

Promocja zdrowia

SKRYPT AKADEMICKI

dla studentów studiów licencjackich
na kierunku Pielęgniarstwo

Grażyna Wiraszka

dr n. med. mgr pielęgniarstwa

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ

Spis treści

ROZDZIAŁ 1.

ROZWÓJ IDEI PROMOCJI ZDROWIA

1. Wprowadzenie 4
2. Tło narodzin idei promocji zdrowia w kontekście sytuacji epidemiologicznej i rozwoju nauk 4
3. Rozwój i tworzenie się koncepcji promocji zdrowia 7
4. Stwarzanie ludziom warunków do podejmowania decyzji prozdrowotnych jako podstawa idei promocji zdrowia – strategii promocji zdrowia 9
5. Miejsce promocji zdrowia w terminologii związanej ze zdrowiem – definicje, cele, zakres, poziomy promocji zdrowia 10
6. Promocja zdrowia w strukturze opieki zdrowotnej 17

ROZDZIAŁ 2.

KONCEPCJE I UWARUNKOWANIA ZDROWIA

1. Koncepcje zdrowia na tle historycznym 20
2. Współczesne rozumienie zdrowia w kontekście celów promocji zdrowia 21
3. Uwarunkowania zdrowia 26

ROZDZIAŁ 3.

OCENA STANU ZDROWIA POPULACJI ORAZ GŁÓWNYCH ZAGROŻEŃ ZDROWIA JAKO WYZNACZNIK DZIAŁAŃ Z ZAKRESU PROMOCJI ZDROWIA

1. Mierniki zdrowia jako narzędzia oceny stanu zdrowia jednostki i populacji 28
 - 1.1. Pojęcie i klasyfikacja mierników zdrowia 28
 - 1.2. Charakterystyka pozytywnych mierników zdrowia 29
 - 1.3. Charakterystyka negatywnych mierników zdrowia 38
2. Analiza wybranych mierników zdrowia w Polsce na tle danych z Unii Europejskiej 40

ROZDZIAŁ 4.

BEHAVIORALNE UWARUNKOWANIA ZDROWIA

1. Styl życia i zachowania zdrowotne – wyjaśnienie pojęci klasyfikacja 42
2. Socjokulturowe determinanty zachowań zdrowotnych 44
3. Zachowania zdrowotne jako czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych 46

4. Charakterystyka i rozpowszechnienie behawioralnych czynników ryzyka	51
5. Wybrane metaboliczne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych.....	70

ROZDZIAŁ 5.

MIEJSCE EDUKACJI ZDROWOTNEJ I PROGRAMÓW PROZDROWOTNYCH W DZIAŁANIACH NA RZECZ ZDROWIA

1. Pojęcie i znaczenie edukacji zdrowotnej	80
2. Zachowania zdrowotne jako obszar interwencji edukacyjnej	82
3. Funkcje i cechy edukacji zdrowotnej.....	83
4. Modele edukacji zdrowotnej.....	84
5. Planowanie i ocena rezultatów edukacji zdrowotnej.....	88
6. Wybrane programy promocji zdrowia	92
7. Narodowy Program Zdrowia jako wyraz polityki zdrowotnej państwa.....	98
PIŚMIENNICTWO.....	101

ROZDZIAŁ I.

ROZWÓJ IDEI PROMOCJI ZDROWIA

1. WPROWADZENIE

Termin promocja zdrowia (*ang. health promotion*)

Oznacza w wolnym tłumaczeniu

- Tworzenie, doskonalenie, podnoszenie na wyższy poziom zdrowia.
- Uważa się ją za kategorię ukierunkowaną na zdrowie.

Początkowo funkcjonowała jako **społeczny ruch prozdrowotny**.

Obecnie funkcjonuje jako **specjalność nauki** wchodząca w zakres szerszej dziedziny – w zakres **Zdrowia Publicznego**. Ściśle współdziała z medycyną. Oparta jest na gruncie dawnych zasad higieny (*córka higieny*).

Działania na rzecz zdrowia uprzedzające promocję zdrowia

Promocja zdrowia została poprzedzona w historii przez działania ukierunkowane **na chorobę i czynniki zagrożenia**:

- **Leczenie chorych** (*medycyna naprawcza*) – walka z chorobą,
- **Zapobieganie chorobom** (*profilaktyka, medycyna zapobiegawcza*) - ochrona organizmu przed istniejącymi zagrożeniami.

2. TŁO NARODZIN IDEI PROMOCJI ZDROWIA W KONTEKŚCIE SYTUACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ I ROZWOJU NAUK

POPRAWA I STAGNACJA W SYTUACJI ZDROWOTNEJ NA ŚWIECIE

I rewolucja zdrowotna

Przełom wieku XIX i XX (1875-1930) – w obrazie chorób dominują na świecie **choroby zakaźne**

- W USA liczba zgonów uległa znacznemu ↓ z ponad 20 tys. do poniżej 10 tys. /100tys. ludności
- Spowodowane było to głównie **działaniami profilaktycznymi** opartymi na odkryciach naukowych m.in. w dziedzinie bakteriologii (poznanie przyczyn chorób). Były one nakierowane głównie na neutralizację zagrożeń zdrowotnych związanych ze **środowiskiem**:
 - Udoskonalenia sanitarno-higieniczne
 - Poprawa warunków mieszkaniowych, pracy
- Ważne znaczenie miało również:
 - Radykalne polepszenie się **żywienia ludności** (wzrost odporności na choroby)
 - **Szczepienia ochronne**.

Czynniki te, wpływające na zdrowie były wyraźnie umiejscowione **poza człowiekiem**. Człowiek występował w roli biernej.

Okres rozwoju farmakoterapii i dalszy spadek umieralności

W kolejnych latach obserwowano dalszy spadek umieralności, jednak znacznie mniejszy niż w poprzednim okresie.

Spadek ten został spowodowany głównie:

- Odkryciami w zakresie chemii i farmakologii – pojawiły się leki, np. sulfonamidy, antybiotyki, leki przeciwgruźlicze, itp.

Okres postępu w technikach i metodach leczenia oraz STAGNACJI w stanie zdrowia populacji

Od około połowy XX wieku, mimo:

- Ewidentnych sukcesów w zakresie **technik i metod leczenia** jakie nastąpiły w tym czasie
- Sukcesów w zakresie **rozwoju szpitalnictwa**
- Oraz istotnego **wzrostu nakładów finansowych** na ochronę zdrowia
 - **Liczba zgonów utrzymywała się** prawie na tym samym poziomie.

Okazało się, że dotychczasowe wysiłki, metody oraz nakłady na ochronę zdrowia **nie dają oczekiwanych wyników**.

II rewolucja zdrowotna

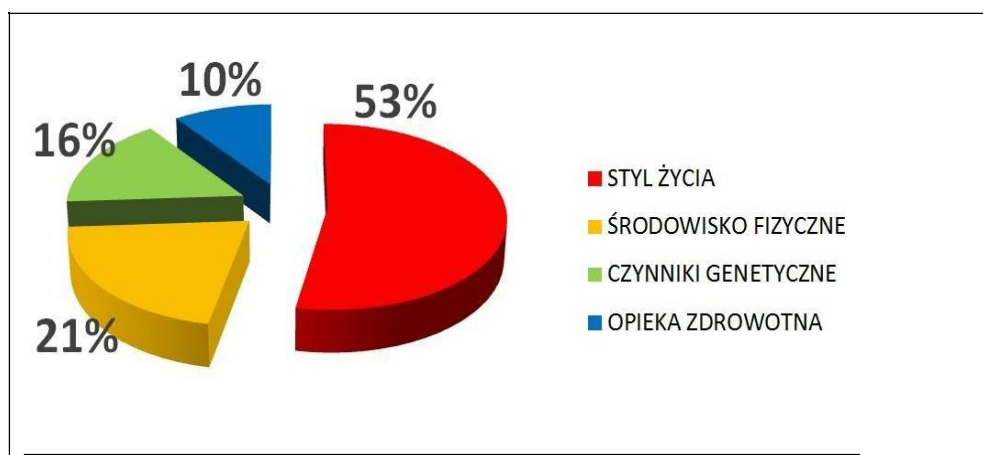
Na początku lat 70-tych zaczęto podejmować próby przełamania **stagnacji zdrowotnej**. Prowadzone w tym czasie badania i analizy epidemiologiczne doprowadziły do następujących wniosków:

- W połowie XX wieku w krajach o wysokim poziomie cywilizacji dokonała się gwałtowna **zmiana w obrazie chorób** (*transformacja epidemiologiczna*) – w miejsce dominujących do tej pory chorób zakaźnych pojawiły się choroby przewlekłe takie jak choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i wypadki, które coraz częściej były przyczyną niepełnosprawności i zgonów.
- Empirycznie udowodniono brak związku między zwiększaniem nakładów finansowych na opiekę medyczną a poprawą stanu zdrowia populacji - **tzw. anomalia Cochrane'a**.
- Jako punkt wyjścia w poszukiwaniu innych sposobów ochrony zdrowia przyjęto założenie, że współczesne zagrożenia zdrowia to **choroby cywilizacyjne**, które mają **etiologię behawioralną**. Był to początek kształtowania się idei promocji zdrowia.
- Działania zostały ukierunkowane na **zmianę zachowań człowieka**, szczególnie stylu życia, co dało w krótkim czasie spadek liczby zgonów. W koncepcji tej człowiek zaczyna przejmować odpowiedzialność za swoje zdrowie, zmieniając styl życia.

NARODZINY KONCEPCJI PROMOCJI ZDROWIA

Znaczenie Raportu Lalonda

Nowa filozofia zdrowia i życia, w której centralne miejsce zajmuje promocja zdrowia zapoczątkowana została w Kanadzie. Przełomowym momentem było ogłoszenie w roku 1974 *Raportu o stanie zdrowia Kanadyjczyków*. Argumentem przemawiającym za koniecznością podejmowania działań promocyjnych była **analiza czynników determinujących zdrowie (koło czynników zdrowia –Lalond)**.



Rycina 1. Koło czynników zdrowia Lalonda [opracowanie własne]

Wnioski z Raportu Lalonda

To m.in.:

- Potrzeba radykalnej zmiany w podejściu do zdrowia i jego uwarunkowań,
- Uznawanie indywidualnych zachowań i stylu życia za główne przyczyny śmierci i chorób,
- Konieczność współpracy międzysektorowej na rzecz ochrony zdrowia
- Nie przecenianie znaczenia edukacji zdrowotnej.

Na znaczenie stylu życia w powstawaniu chorób wskazują również badania WHO. Tak zwane **choroby stylu życia** (spowodowane między innymi niewłaściwym sposobem odżywiania, niską aktywnością fizyczną, używaniem alkoholu, paleniem tytoniu, stresem psychicznym) są przyczyną 70-80% zgonów w krajach gospodarczo rozwiniętych oraz około 40-50% w krajach rozwijających się.

Na stan alarmujący wskazują również dane epidemiologiczne w Polsce. Poziom zachorowalności i umieralności z powodu „chorób stylu życia” jest wysoki. Wśród przyczyn wszystkich zgonów aż 75% stanowią choroby układu krążenia, nowotwory i urazy.

3. ROZWÓJ I TWORZENIE SIĘ KONCEPCJI PROMOCJI ZDROWIA

Zapoczątkowana w latach siedemdziesiątych idea promocji zdrowia, kształtowała się i dojrzywała dalej, w kolejnych latach.

ZGROMADZENIE WHO W ALMA-ATA (1978)

Wszystkie kraje członkowskie WHO zobligowanie zostały do przyjęcia zasad zamieszczonych w dokumencie „Zdrowie dla Wszystkich do 2000 roku”.

Dokument ten zawiera **5 kluczowych zasad charakteryzujących promocję zdrowia jako działania**, które:

- Obejmują populacje w kontekście życia codziennego (pracy, nauki itd.),
- Oddziałują na determinanty i uwarunkowania zdrowia,
- Łączą w sposób komplementarny różne metody i sposoby podejścia (informację/komunikację, edukację, legislację, system podatkowy, zmiany organizacyjne, spontaniczne działania społeczne),
- Zachęcają społeczeństwo do szerokiego udziału w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych,
- Podkreślają rolę zawodów medycznych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) zarówno w procesie edukacji jak też w podejmowaniu działań na rzecz zdrowia.

PIERWSZA MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA PROMOCJI ZDROWIA W OTTAWIE (1986)

Karta Ottawska jako dokument programowy Promocji Zdrowia

- Podczas konferencji wypracowana została „Karta Ottawska” – dokument programowy promocji zdrowia (określany również jako konstytucja), w której zdefiniowano po raz pierwszy promocję zdrowia, opisując ją jako:
„Proces umożliwiający ludziom uzyskanie kontroli nad swoim stanem zdrowia”.
- Zgodnie z założeniami karty:
 - Promocja zdrowia koncentruje się nie tyle na unikaniu zagrożeń chorobowych,
 - Ile na zdrowiu rozumianym pozytywnie, jako pewien potencjał, który człowiek może rozwijać lub pomniejszać poprzez swoje zachowania.
- Wpływ na postępowanie człowieka mają zarówno:
 - Decyzje indywidualne
 - Jak też czynniki od niego niezależne
 - System polityczny kraju,
 - System edukacji,
 - Organizacja służby zdrowia itd.
- Zadaniem promocji zdrowia jest zatem **stwarzanie ludziom takich warunków, aby podejmowanie prozdrowotnych decyzji było dla nich możliwe i korzystne.**
Działania te mają zapewniać następujące czynniki:

B. PODSTAWOWE WARUNKI DLA ZDROWIA

- Zapewnienie pokoju i bezpieczeństwa,
- Dostęp do edukacji,
- Zabezpieczenie środków do życia,
- Utrzymanie stabilnego ekosystemu,
- Zagwarantowanie sprawiedliwości i równości społecznej.

C. STRATEGIE DZIAŁANIA W PROMOCJI ZDROWIA

- Budowanie polityki zdrowia publicznego,
- Tworzenie środowisk wspierających zdrowie
- Rozwijanie umiejętności indywidualnych,
- Wzmacnianie działań środowisk lokalnych,
- Reorientacja świadczeń zdrowotnych.

D. KIERUNKI DZIAŁAŃ PROMOCJI ZDROWIA

- OBRONA - ma na celu poznanie potrzeb zdrowotnych pojedynczych osób oraz poszczególnych grup społecznych a także zwiększanie wiedzy o czynnikach oddziałujących na stan zdrowia
- UMOŻLIWIENIE - ma zniwelować różnice w stanie zdrowia oraz zapewnić ludziom jednakowe możliwości w osiągnięciu pełnego potencjału zdrowia
- POŚREDNICZENIE - ma na celu koordynację współpracy wielu instytucji i agencji reprezentujących różne interesy (godzenie tych interesów).

Znaczenie Karty Ottawskiej

- Karta Ottawska jak również inne (kolejne) dokumenty WHO (z kolejnych konferencji – 1988, 1991, 1997, 2000) przesuwają punkt ciężkości ochrony zdrowia z prewencji specyficznych chorób oraz wykrywania grup ryzyka, **na zdrowie oraz poprawę warunków i jakości życia.**
- Zmienia sposób myślenia o zdrowiu, które jest kształtowane przez człowieka w układach jego życia codziennego, zależy nie tylko od troski człowieka o siebie i innych, ale także od podejmowanych przez niego decyzji a także od tego jak panuje nad różnorodnymi czynnikami
- Zasadniczą strategią promocji zdrowia jest dbanie o wspólne dobro i rozwiązania całościowe oraz myślenie kategoriami ekologicznymi

Druga Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia (Adelajda 1989)

Podczas konferencji m.in. określono zadania promocji zdrowia:

- Popieranie działań na rzecz zdrowia kobiet,
- Popieranie jakości żywności i żywienia,
- Ograniczenie zużycia tytoniu i alkoholu,
- Tworzenie środowisk wspierających zdrowie.

Konferencja w Dżakarcie (1997)

Zakreślenie programu działań promocji zdrowia na XXI wiek.

4. STWARZANIE LUDZIOM WARUNKÓW DO PODEJMOWANIA DECYZJI PROZDROWOTNYCH JAKO PODSTAWA IDEI PROMOCJI ZDROWIA – strategie promocji zdrowia

Karta Ottawska wymieniła 5 obszarów działania (strategie promocji zdrowia), w ramach których warunki te mają być stwarzane. Zakres zadań w tych obszarach był rozwijany na kolejnych konferencjach.

Budowanie polityki zdrowia publicznego

Znaczenie polityki zdrowotnej państwa dla promocji zdrowia wynika z tego, że:

- Od **decyzji politycznych** zależy czy *prawne, ekonomiczne i administracyjne mechanizmy* będą gwarantowały równość w dostępie do zasobów istotnych dla zdrowia.
- Osiągnięcie dobrego zdrowia jest bowiem niemożliwe bez takich podstawowych czynników jak: pożywienie, mieszkanie, ubranie, czy praca.
- Promocja zdrowia jest możliwa tylko wtedy, kiedy podejmowane **decyzje polityczne mają charakter prozdrowotny** i to nie tylko w sektorze zdrowia. Na Konferencji w Adelajdzie ustalono, że prozdrowotna polityka państwa powinna dotyczyć **polityki wszystkich sektorów**, a zwłaszcza:
 - Rolnictwa, handlu, edukacji, przemysłu, komunikacji. Sektory te muszą być odpowiedzialne za zdrowotne konsekwencje prowadzonej przez nich polityki.
- Wyrazem polityki zdrowotnej państwa na rzecz promocji zdrowia w Polsce jest przede wszystkim:
 - **Ustawa o Zdrowiu Publicznym**
 - **Narodowy Program Zdrowia** - realizacja celów tego programu wyznacza kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej dla poszczególnych sektorów.

Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu

- Ochrona zdrowia oraz jego pomnażanie wymaga tworzenia korzystnych warunków we wszystkich miejscach, gdzie człowiek żyje – tzw. **siedliskach**, czyli: społeczności lokalnej, domu, miejscu pracy i nauki. Środowisko, w którym żyjemy może bowiem stwarzać korzystne bądź niekorzystne warunki dla zdrowia w wymiarach:
 - Fizycznym (stan środowiska życia i pracy)
 - Politycznym – polityka państwa w podstawowych sektorach
 - Społecznym
 - Zasobów (zasoby finansowe, infrastruktura, zasoby informacyjne)
 - Edukacyjnym – za edukację zdrowotną powinien być odpowiedzialny nie tylko sektor edukacji, ale wszystkie sektory państwowe.

Wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia

Zagadnieniem kluczowym dla promocji zdrowia jest **aktywne uczestnictwo całego społeczeństwa** i wszystkich jego struktur w działaniach na rzecz zdrowia. Proces aktywizacji odbywa się między innymi przez:

- Wzmacnianie ruchów samopomocowych,

- Organizację instytucjonalnych systemów wsparcia
- Poprzez włączanie jednostek i grup w proces identyfikacji i rozwiązywania problemów zdrowotnych społeczności, w której żyją. Zadaniem ekspertów jest jedynie stymulowanie aktywności poszczególnych grup społecznych.

Rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu

- Naczelnym zadaniem promocji zdrowia w tym obszarze jest **umożliwienie ludziom nabywania umiejętności służących zdrowiu w ciągu całego życia**:
 - W okresie dzieciństwa i młodości,
 - Okresie dorosłości
 - Oraz w podeszłym wieku.
- Zgodnie z ideą promocji zdrowia ludzie muszą być tak przygotowani do każdej fazy życia, by dokonywane przez nich wybory były wyborami prozdrowotnymi.
- Do kształtowania tych umiejętności zobligowane są:
 - Instytucje edukacyjne i medyczne
 - Środowiska społeczne – rodzina, miejsce pracy, środowisko lokalne.

Reorientacja służby zdrowia

- Ograniczanie się służby zdrowia tylko do funkcji terapeutycznej uniemożliwia włączenie jej do działań promocji zdrowia.
- Służby medyczne powinny umieć reagować na różne potrzeby zdrowotne pacjentów i ich rodzin, nie tylko związane z leczeniem, ale również działalnością edukacyjną w odniesieniu do ludzi chorych oraz zdrowych.
- Reorientacja ta wymaga zmian w profilu szkolenia kadr medycznych jak i znaczących przemian instytucjonalnych.

5. MIEJSCE PROMOCJI ZDROWIA W TERMINOLOGII ZWIĄZANEJ ZE ZDROWIEM - definicje, cele, zakres, poziomy promocji zdrowia

DEFINIOWANIE PROMOCJI ZDROWIA

Ustalenie definicji promocji zdrowia jest trudne, ponieważ:

- Jest to pojęcie kompleksowe - obejmujące wiele aspektów,
- Różni się ono w różnych krajach w zależności od kontekstu politycznego, społecznego i kulturowego,
- A jako nowa idea - jej pozycja jest **nieustabilizowana**, podlega ciągle przeobrażeniom

Ustalenie definicji mimo tych trudności jest bardzo istotne ze względu na konieczność porozumiewania się ludzi współpracujących w tej dziedzinie - różne środowiska zawodowe i grupy społeczne.

Przeobrażenia w zakresie zadań promocji zdrowia

Według Cartforda i Legera, w ostatnich 3 dekadach XX wieku można dostrzec następujące grupy zagadnień, jakie podejmowano w zakresie promowania zdrowia:

Pierwszy wymiar promocji zdrowia

To lata 70-ąte XX wieku - zajmowano się wówczas czynnikami ryzyka i chorobami, którym można zapobiegać przez informację i edukację (szkodliwości palenia, niewłaściwego odżywiania itp.)

Drugi wymiar promocji zdrowia

W latach 80-ych podkreślano znaczenie działań podejmowanych w celu **wypełnienia strategii** takich jak: zdrowotna polityka społeczna, wzmacnianie indywidualnych umiejętności jednostek, tworzenie środowisk wspierających zdrowie, wspieranie działań społeczności lokalnych

Trzeci wymiar promocji zdrowia

W latach 90-ych zaczęto doceniać znaczenie docierania do konkretnych osób i grup poprzez **siedliska i sektory**, w których żyją (np. miasta, szkoły, zakłady opieki zdrowotnej, miejsca pracy).

Czwarty wymiar promocji zdrowia

W 2000 roku okazało się niezbędne zachowanie w/w trendów, a także potrzeba zareagowania na globalny trend masowych zmian społecznych, co do których promocja zdrowia musi podjąć odpowiednie działania. Wymieniane jest tu 7 środowisk:

- **Miejsce zamieszkania** – niepohamowany wzrost urbanizacji i spadek terenów uprawnych,
- **Rodzina** – zmiany w strukturze, odpowiedzialności i rolach członków rodziny,
- **Praca** – pojawienie się nowych wzorców, nowych zagrożeń i konkurencji
- **Starzenie się** – wydłużanie się czasu życia i wzrost zależności od innych ludzi
- **Przemoc** – rosnąca agresja, konflikty, troska o ich ofiary, uciekinierów,
- **Rynek** – wzrost postaw konsumpcyjnych, prywatyzacji świadczeń,
- **Porozumiewanie się** - rewolucyjne zmiany w przekazywaniu informacji i nowych technik uczenia się.

Definicje promocji zdrowia

- **Definicja WHO (biuro europejskie)**

„**Promocja zdrowia to proces** umożliwiający każdemu człowiekowi

- Zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy stanu zdrowia
- Sprzyjający rozwijaniu zdrowego stylu życia,
- A także kształtowaniu innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia”.

W definicji tej podkreślono czemu ma służyć promocja zdrowia, oraz wskazano, że główne znaczenie dla promocji zdrowia ma aktywność poszczególnych osób i grup, która jednak powinna być wspierana działaniami społecznymi i politycznymi.

- **Definicja Grena i Kreutera (zwana amerykańską)**

„Promocja zdrowia jest połączeniem:

- **Działań edukacyjnych**
- Oraz różnego rodzaju **wsparcia** – środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego – sprzyjających zdrowiu”.

W definicji tej wskazuje się na działania, jakie powinny być podejmowane w ramach promocji zdrowia.

- **W Unii Europejskiej**

Określa się dziś promocję zdrowia jako:

„Jednolity **proces** zmierzający do poprawy i utrzymania ludzkiego zdrowia, który składa się z trzech ściśle ze sobą powiązanych elementów:

- Edukacji zdrowotnej,
- Zapobiegania chorobom
- I ochrony zdrowia

a wyrażanych przede wszystkim przez lokalną politykę zdrowotną”.

Definicja wskazuje cel działań promujących zdrowie oraz jej elementy składowe, jak również podkreśla znaczenie strategii jaką jest polityka zdrowotna.

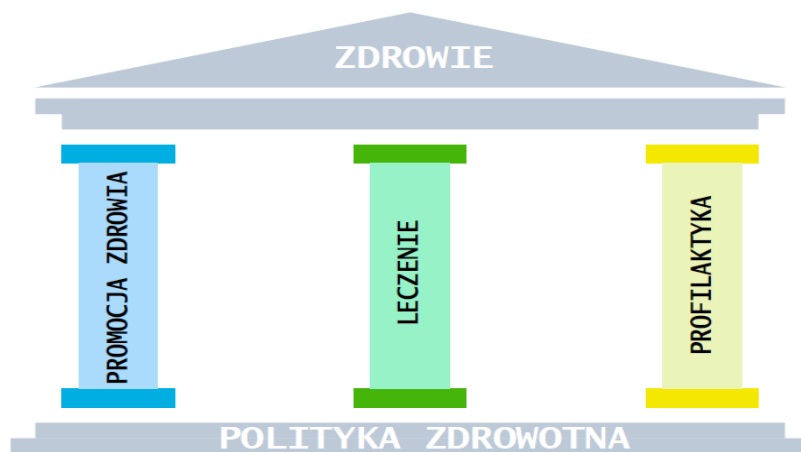
Należy zwrócić uwagę, iż w w/w definicjach **powtarzają się takie pojęcia jak:**

- Proces – promocja zdrowia jest procesem
- Edukacja zdrowotna
- Polityka zdrowotna
- Wsparcie
- Ale również zapobieganie chorobom, czy ochrona zdrowia.

Promocja zdrowia w Polsce

- Promocja zdrowia została wymieniona w Ustawie o Zdrowiu Publicznym z dnia 11 września 2015 roku (Dz. U. 2015 poz. 1916) jako jedno z zadań realizowanych w ramach zdrowia publicznego. W myśl zapisów Ustawy obejmuje:
 - Kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych;
 - Zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień;
- W Ustawie wymieniona została również edukacja zdrowotna, która powinna być dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych.

Promocję zdrowia wymienia się jako jeden z głównych filarów zdrowia, obok medycyny naprawczej i zapobiegawczej.

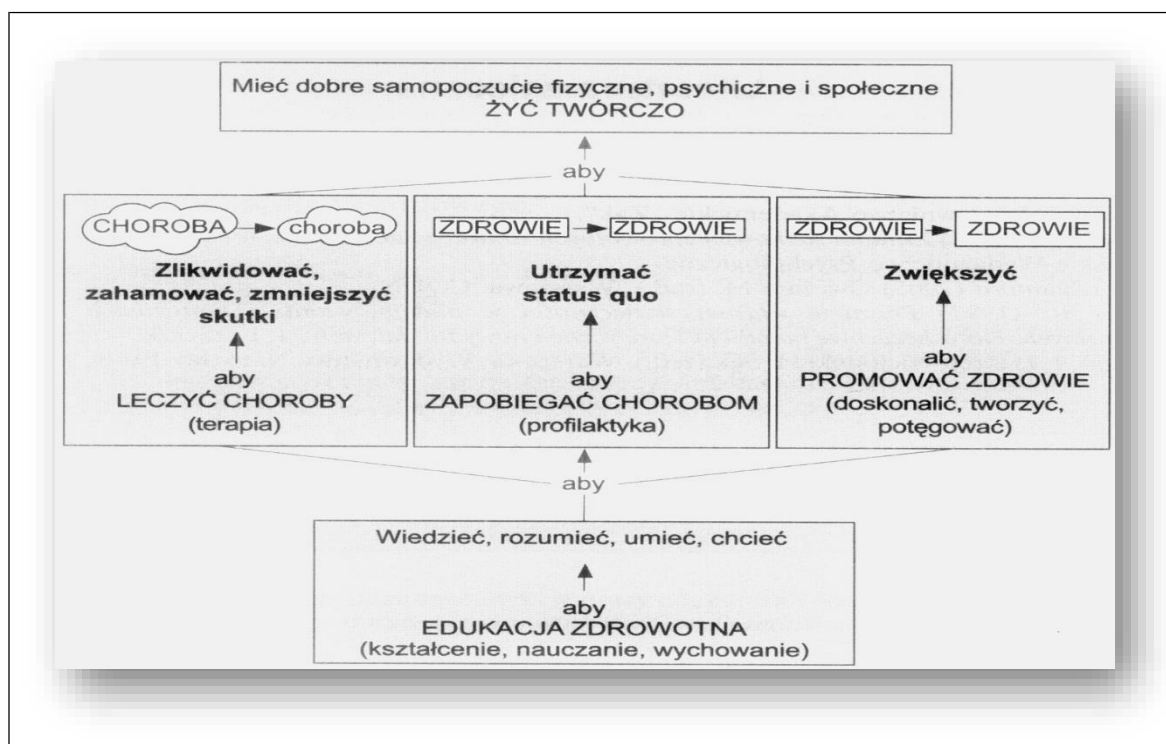


Rycina 2. Promocja zdrowia jako filar zdrowia [źródło: Edukacja zdrowotna w POZ, NFZ 2022].

USYTUOWANIE POJĘCIA PROMOCJI ZDROWIA W STRUKTURZE TERMINÓW ZWIĄZANYCH ZE ZDROWIEM

Promocja zdrowia a medycyna naprawcza i zapobiegawcza oraz edukacja zdrowotna

Znaczenie poszczególnych obszarów działań podejmowanych na rzecz zdrowia obrazuje poniższy schemat autorstwa Barbary Woynarowskiej. Zarówno w zakresie promocji zdrowia jak też medycyny naprawczej (leczenie) oraz zapobiegawczej (profilaktyka) podejmowane są działania na rzecz zdrowia (rozumianego jako dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne). Działania te jednak mają różny cel i ukierunkowanie.



Rycina 3. Promocja zdrowia a leczenie i profilaktyka [źródło: Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. PZWL]

- **Medycyna naprawcza** – Działania są podejmowane w sytuacji już trwającej choroby, a ich celem jest opanowanie choroby (zmniejszenie / zahamowanie objawów i skutków, a najlepiej całkowite wyleczenie)
 - Np. diagnostyka, farmakoterapia czy zastosowanie innych metod terapii
- **Medycyna zapobiegawcza** – Działania są podejmowane w sytuacji zagrożenia zdrowia, a ich celem jest utrzymanie stanu dotychczasowego (status quo)
 - Np. epidemia grypy (zagrożenie) → proponowanie szczepień przeciw grypie.
- **Promocja zdrowia** – Działania są podejmowane jeszcze przed wystąpieniem choroby czy zagrożenia zdrowia - w zdrowiu. Ich celem jest pomnażanie zasobów zdrowia (wzmacnianie zdrowia) bez myślenia ukierunkowanego na zagrożenie czy chorobę. Zawsze należy dbać o zdrowie i jego wzmacnianie, nawet jak nic nam nie zagraża:
 - Np. podejmowanie aktywności fizycznej, prozdrowotne odżywianie, przyjmowanie szczepień bez względu na aktualne zagrożenia epidemiczne (z kalendarza szczepień), itp.

Działania z zakresu promocji zdrowia mają również swój **skutek profilaktyczny**, bo jeżeli zdrowie człowieka jest doskonałe, to organizm łatwiej może oprzeć się zagrożeniom zdrowia czy z nimi walczyć.

- **Edukacja zdrowotna** – Jest tu przedstawiona jako narzędzie, które wykorzystywane jest zarówno przez promocję zdrowia, jak też medycynę naprawczą oraz zapobiegawczą. Ma dostarczać wiedzy, umiejętności i motywacji do podejmowania prozdrowotnych zachowań, służących zdrowiu. Można mówić zatem o edukacji:
 - promującej zdrowie,
 - prewencyjnej,
 - terapeutycznej.

Promocja zdrowia a profilaktyka

W niektórych podejściach do promocji zdrowia, profilaktyka wymieniana jest jako jej część składowa (np. definicja UE). Obie kategorie mają w swoich założeniach wpływać pozytywnie na zdrowie – pomnażać i umacniać je (promocja) oraz chronić przed zagrożeniami (profilaktyka).

Profilaktyka, czyli zapobieganie

Oznacza:

- Przeciwdziałanie rozwojowi choroby,
- Jednakże w szerszym rozumieniu w pojęciu tym mieszczą się również działania, których celem jest przerwanie lub zahamowanie dalszego rozwoju choroby.

Dlatego też wyróżnia się kilka poziomów (faz) profilaktyki.

Fazy profilaktyki

- 1) **Zapobieganie pierwszej fazy** (profilaktyka pierwotna, pierwszorzędowa) jest przeciwdziałaniem powstawaniu choroby przez zwiększenie odporności osobniczej na zachorowania lub zmniejszenie ekspozycji osób wrażliwych na czynniki szkodliwe. Obejmuje działania profilaktyczne

-
- a. **Swoiste** – ukierunkowane na konkretne problemy zdrowotne, np. szczepienia ochronne w celu zapobiegania chorobom zakaźnym (odra, grypa itp.) czy poprawa jakości środowiska (np. wzbogacenie wody pitnej związkami fluoru w celu zapobiegania próchnicy);
 - b. **Nieswoiste** – wzmocnienie ogólnego stanu zdrowia przez stosowanie zdrowego odżywiania, wypoczynku, itp.)
- 2) **Zapobieganie drugiej fazy** – profilaktyka wtórna, drugorzędowa (w stadium przedklinicznym choroby) polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby – poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowanie. Skierowana jest do osób zagrożonych i obejmuje m.in. badania przesiewowe (screening) – np. w kierunku raka piersi (mammografia) czy szyjki macicy (cytologia), badania okresowe, kontrolę czynników ryzyka, poradnictwo.
 - 3) **Zapobieganie trzeciej fazy** – profilaktyka trzeciorzędowa (w stadium zaawansowanym choroby), dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Jej cel to ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów. Obejmuje m.in. leczenie, opiekę ostrą, kontynuację leczenia, rehabilitację, zarządzanie powikłaniami [10, 11].

Profilaktykę można prowadzić z perspektywy:

- Adresata
 - Na poziomie pojedynczej osoby – tzw. strategia wysokiego ryzyka
 - Na poziomie populacji – tzw. strategia populacyjna
- Poziomu ryzyka
 - Profilaktyka uniwersalna, selektywna, wskazująca [11].

POZIOMY PROMOCJI ZDROWIA

Kelly wymienia następujące poziomy zdrowia:

- **Poziom środowiskowy** - Oddziaływanie na środowisko życia i pracy (chronienie zdrowia – *health protection*)
- **Poziom społeczny** - Oddziaływanie na grupy i struktury społeczne, tworzenie nowych wzorów i standardów zachowań poprzez takie instrumenty jak: reklama, polityka fiskalna, zmiany w ustawodawstwie, działania edukacyjne
- **Poziom organizacyjny** (instytucjonalny) - Dążenie do funkcjonowania instytucji jako ośrodków promocji zdrowia – zdrowa szkoła, zdrowy szpital
- **Poziom indywidualny** - Zmiana zachowań jednostek i kształtowanie ich zdrowego stylu życia (główna sfera działań w początkowym okresie rozwoju koncepcji)

CELE I ZAŁOŻENIA PROMOCJI ZDROWIA

Cele promocji zdrowia

Umacnianie zdrowia przez

- Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności
- Redukcję czynników ryzyka i zmianę zachowań zdrowotnych
- Zmniejszenie absencji chorobowej
- Obniżenie kosztów opieki zdrowotnej (promocja zdrowia jako alternatywa dla rosnącej spirali kosztów)
- Lepsze standardy organizacyjne (pozwalające na włączenie instytucji medycznych i pozamedycznych do działań promujących zdrowie oraz tworzenie nowych wyspecjalizowanych ośrodków)
- Wzrost wiedzy społeczeństwa o czynnikach wpływających na zdrowie.

Ogólne założenia promocji zdrowia

- Promocja zdrowia obejmuje wszystkich ludzi – nie tylko chorych, bądź zagrożonych chorobą
- Promocja zdrowia zajmuje się wszystkimi czynnikami zwiększającymi potencjał zdrowia (stąd udział wielu nauk pozamedycznych – pedagogika, socjologia, psychologia, ekonomia itd.)
- Każdy z nas jest odpowiedzialny za własne zdrowie
- Człowiek jest podmiotem, a nie jedynie przedmiotem oddziaływań - skuteczność zależy od partnerstwa i współpracy
- Współodpowiedzialność łączy się z wymogiem aktywności. Postawa aktywna wyraża się m.in. w zmianie stylu życia, ale także podejmowaniu działań w społeczności lokalnej
- Skupianie uwagi na środowisku
- Troska o jakość życia (zdrowie ma wpływ na jakość życia człowieka)

Jakość życia w promocji zdrowia

- Jakość życia (*Quality of life*) rozumiana jest jako satysfakcja z życia, poziom szczęścia, dobre samopoczucie, dobrostan.
- Wg Tobiasz-Adamczyk to:
 - „satysfakcja z sytuacji życiowej, subiektywna ocena własnej sytuacji życiowej w porównaniu z sytuacją innych osób w tym samym wieku”
- W latach 70-ych wyodrębniono pojęcie:
 - **Jakości życia związanej ze zdrowiem** (*health related quality of life - HRQOL*). Koncepcja ta uznaje **zdrowie jako podstawową determinantę** jakości życia: Ważne jest w tej koncepcji:
 - Zadowolenie jednostki z tego jak funkcjonuje w sensie fizycznym, psychicznym, społecznym i emocjonalnym oraz w relacjach rodzinnych i społecznych
 - Wpływ, jaki ma stan zdrowia na zdolność jednostki do prowadzenia pełnego życia
 - Nie chodzi tylko przedłużanie życia, leczenie chorób, ale również troska o jakość życia tych osób – umożliwienie pomimo np. choroby, niepełnosprawności życia aktywnego, zbliżonego do życia ludzi zdrowych.

6. PROMOCJA ZDROWIA W STRUKTURZE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zgodnie z Kartą Ottawską, istotną odpowiedzialność za promocję zdrowia, mimo przeniesienia akcentu również na inne sektory, ponosi służba zdrowia. Jest nadal sektorem wiodącym w tej dziedzinie. Realizują ją:

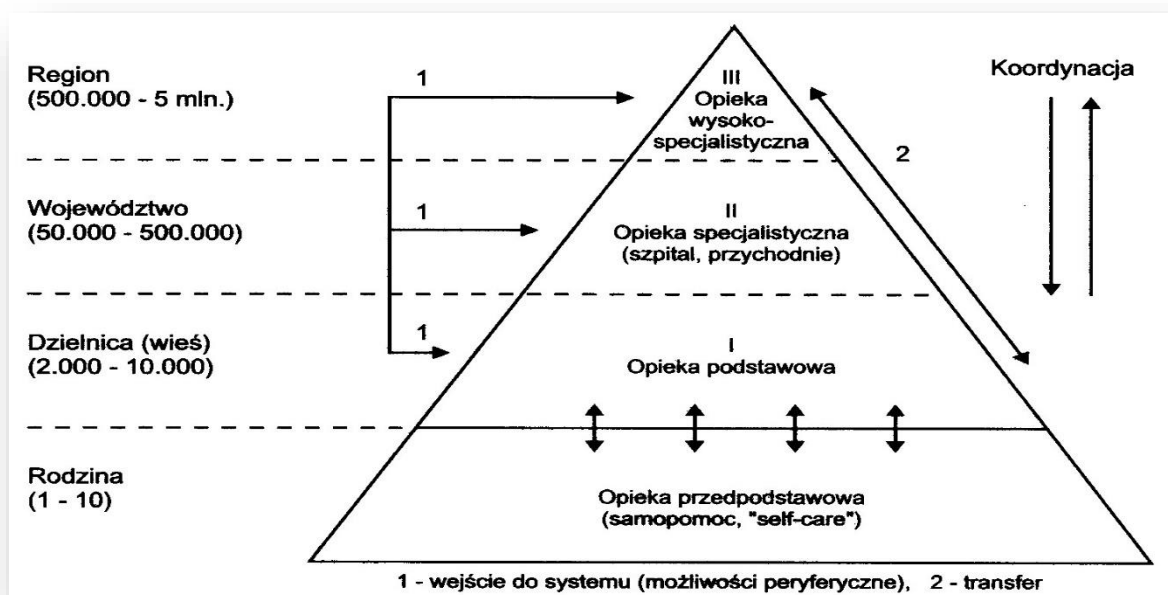
- Profesjonaliści medyczni
- Instytucje świadczące usługi medyczne - podstawowa opieka zdrowotna, medyczna opieka specjalistyczna
- Administracja zarządzająca systemem ochrony zdrowia

Dla wypełnienia nowych zadań konieczne są istotne zmiany w jej funkcjonowaniu, polegających na poszerzeniu zadań poza dostarczanie usług klinicznych i leczniczych (1,2).

Podstawowa opieka zdrowotna

Jest obszarem opieki zdrowotnej stanowiącym miejsce wejścia do systemu opieki zdrowotnej. Głównym jej celem jest poprawa i utrzymanie dobrego stanu zdrowia jednostek i rodzin. Jej właśnie przypisuje się zasadnicze znaczenie w podejmowaniu działań z zakresu promocji zdrowia.

Zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społecznych jest jednym ustawowych celów POZ.



Rycina 4. Model organizacyjny opieki zdrowotnej [2]

Racjonalny model organizacyjny opieki zdrowotnej powinien przybierać kształt trójkąta, którego podstawę stanowi podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Fundamentem systemu jest podstawowa opieka zdrowotna, wsparta działaniami jednostki lub rodziny; POZ stanowi wejście do systemu opieki zdrowotnej. Na bazie dobrze zorganizowanej i sprawnie funkcjonującej podstawowej opieki zdrowotnej rozwijane są działania w zakresie opieki

specjalistycznej (ambulatoryjnej i szpitalnej) – na poziomie obwodu oraz wysokospecjalistycznej na poziomie województwa i regionu.

Zadania POZ w zakresie promocji zdrowia

Biuro WHO Regionu Europejskiego określił zadania dla POZ:

- **W następujących dziedzinach zagrożeń zdrowotnych**
 - Choroba niedokrwienna serca, Choroby naczyń mózgowych, Nowotwory, Zdrowie Psychiczne, Zdrowie seksualne – AIDS, Niechciane ciąży zwłaszcza wśród młodocianych i młodych rodziców
- **W odniesieniu do następujących uwarunkowań zdrowia**
 - Palenie tytoniu, Sposób odżywiania, Alkohol, Aktywność fizyczna, Stres, Zachowania seksualne, Warunki społeczno-ekonomiczne
- **Działania powinny być podejmowane w odniesieniu do**
 - Jednostki, Rodziny, Społeczności lokalnych (2)

Możliwości profesjonalistów medycznych w POZ

To lekarze, lekarze rodzinni, pielęgniarki, czy położne.

Ich dobrze zorganizowana praca i współpraca powinna zapewnić kompleksową opiekę terapeutyczno-promocyjną dla każdego pacjenta w oparciu o podstawowe narzędzie promocji zdrowia – edukację zdrowotną. Rola ta polega na:

- Włączaniu elementów promujących zdrowie w proces terapii – w odniesieniu do prozdrowotnej modyfikacji stylu życia pacjentów (np. rzucenie palenia u pacjentów po zawale m. sercowego). Nie podejmowanie tych działań można nawet uznać za błąd w sztuce.
- Podejmowaniu działań prozdrowotnych działań w odniesieniu do człowieka zdrowego i zagrożonego chorobą
- Zachęcanie do badań profilaktycznych i wykonywanie z własnej inicjatywy dodatkowych badań np. pomiar RR, badanie palpacyjne sutków
- Ogromne możliwości tkwią w podejmowaniu działań w siedliskach, a zwłaszcza w rodzinie, która kształtuje zachowania zdrowotne swoich członków (1)
- Udział w programach promocji zdrowia.

Medyczna opieka specjalistyczna

- Działania indywidualnego specjalisty podobne jak w POZ
- Istotną rolę odgrywa tu koncepcja szpitali promujących zdrowie, gdzie osiową ideą jest edukacja zdrowotna pacjentów szpitalnych, nachylona głównie pod kątem ich potrzeb wynikających z leczonych u nich w szpitalu chorób w zakresie zachowań korzystnych dla zdrowia związanych z aktualnym problemem zdrowotnym, aby:
 - Nie dopuścić do nawrotu choroby,
 - Odzyskać dawną sprawność (1)

Administracja służby zdrowia

- W Polsce kluczową rolę odgrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. W jego gestii leżą decyzje alokacyjne (o przeznaczeniu określonych środków pieniężnych na określone

usługi medyczne, w tym również promocyjne). Jak wynika z doświadczeń, szeroko rozumiana promocja zdrowia jest wprawdzie dostrzegana przez zarządy tych funduszy, jednakże w zakresie daleko niewystarczającym w porównaniu do potrzeb (1)

- Pracownicy działów administracyjnych i gospodarczych zakładu opieki zdrowotnej podejmują decyzje związane z promowaniem zdrowia polegające na podejmowaniu decyzji:
 - Udziału w programach zdrowia (np. 17% szpitali jest dobrowolnie zrzeszonych w Polską Sieć Szpitali Promujących Zdrowie)
 - Związanych z bezpieczeństwem pracowników, pacjentów, oraz osób żyjących w pobliżu (2).

Przyczyny ograniczeń we wdrażaniu modelu promującej zdrowie opieki zdrowotnej

- Ograniczenia finansowe
- Utrwalona w świadomości zarówno profesjonalistów medycznych jak też pacjentów tradycyjna ich rola, ograniczona do terapii
- Braki we właściwym przygotowaniu do promowania zdrowia i edukacji zdrowotnej (1)

PROMOWANIE ZDROWIA JAKO FUNKCJA ZAWODOWA PIELEŃNIARKI

Zadania

- Tworzenie warunków podopiecznym do praktycznego realizowania stylu życia sprzyjającego utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia
- Przygotowanie podopiecznego do zwiększenia kontroli nad stanem własnego zdrowia poprzez:
 - Uświadomienie wpływu sytuacji zawodowej, rodzinnej, środowiskowej i czynników behawioralnych na stan zdrowia
 - Uczenie samoobserwacji i kontrolowania zdrowia
 - Zachęcanie do badań profilaktycznych (kształtowanie zachowań prewencyjnych)
 - Zachęcanie do podejmowania zachowań zdrowotnych korzystnych dla zdrowia w przebiegu choroby, leczenia, rehabilitacji, niepełnosprawności
- Pomaganie w kształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu poprzez uczenie:
 - Racjonalnego odżywiania
 - Zasad higieny osobistej i otoczenia
 - Aktywnego wypoczynku
 - Prawidłowych zachowań służących ochronie i higienie środowiska (wody, gleby, żywności)
 - Dbania o higienę zdrowia psychicznego
- Współdziałanie z instytucjami, grupami wsparcia i indywidualnymi osobami pracującymi na rzecz wzmacniania zdrowia społeczeństwa
- Przygotowanie autorskiego programu promocji zdrowia adresowanego do indywidualnego podopiecznego, rodziny, grupy
- Współdziałanie w ogólnopolskich i lokalnych kampaniach zdrowotnych (3+A)

ROZDZIAŁ 2.

KONCEPCJE I UWARUNKOWANIA ZDROWIA

1. KONCEPCJE ZDROWIA NA TLE HISTORYCZNYM

Koncepcja Hipokratesa

W kulturze europejskiej najwcześniej poglądy na temat zdrowia uporządkował Hipokrates, który twierdził, że:

- **Dobre samopoczucie (zdrowie) oraz złe (choroba), zależą od równowagi między tym, co nas otacza, a nami.**

Koncepcja mechanistyczno-redukcyjna

- Pojawiła się wraz z filozofią kartezjańską (mechanistycznego widzenia świata i człowieka). Organizm człowieka w tej filozofii był porównywany do wielkiej maszyny, działającej z ogromną doskonałością i precyzją.
- Teoria ta:
 - Odegrała ważną rolę w poznaniu człowieka i jego funkcji (bardzo mocno rozwinęła się anatomia, fizjologia),
 - Ale reakcja na człowieka chorego i jego problemy została zawężona do naprawiania jego zdrowia jako uszkodzonej maszyny biologicznej, bez widzenia go jako całości (człowiek widziany wyłącznie jako chory narząd) – tzw. **biomedyczne pojęcie zdrowia**

Paradygmat socjomedyczny zdrowia

- Zaczęto dopatrywać się, że wpływ na zdrowie mają obok czynników biologicznych również czynniki społeczne. Zdano sobie sprawę, że zdrowie nie jest tylko domeną medycyny ale wielu nauk.
- Człowieka zaczęto spostrzegać jako „**zespół elementów powiązanych względnie prostymi relacjami**”. Wiedza o tych elementach i powiązaniach to wiedza o człowieku jako całości.
- Nie uwzględniano tu jednak wpływu i zmian otoczenia na zdrowie

2. WSPÓŁCZESNE ROZUMIENIE ZDROWIA – w kontekście celów promocji zdrowia

HOLISTYCZNA KONCEPCJA ZDROWIA

Terminologia

Współcześnie w podejściu do problemów zdrowia i choroby dominuje koncepcja holistyczna. Holos (z gr. *cały*) oznacza całościowe podejście do problemu zdrowia i choroby. Koncepcja ta została wskazana w latach 40-ych XX wieku przez WHO w definicji (1946), wg której:

**„Zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny
a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności”.**

Definicja ta wskazuje, iż:

- Zdrowie nie jest tylko brakiem choroby (odrzuca podejście biomedyczne)
- Wzmacnia znaczenie czynnika subiektywnego w ocenie zdrowia
- Ujmuje człowieka całościowo (holistycznie)
- Zdrowie jest procesem dynamicznym, podlegającym zmianom.

Człowiek w ujęciu holistycznym

Podstawą definicji zdrowia WHO, jest rozumienie **człowieka i jego problemów dotyczących zdrowia, w ujęciu holistycznym**. Człowiek jest:

- Istotą złożoną,
- Jednością biopsychospołeczną,
- A także jednością kulturową i duchową.

Wszystkie te elementy są ze sobą ściśle zintegrowane.

PODSTAWĘ BIOLOGICZNĄ stanowi organizm o złożonej strukturze i funkcjonowaniu. Podlega procesom wzrostu i rozwoju. Poznaniem tego wymiaru zajmuje się m.in. anatomia, fizjologia, patologia, biochemia, genetyka.

PSYCHIKA CZŁOWIEKA obejmuje właściwości emocjonalne, poznawcze, twórcze; ich poznawaniem zajmują się nauki psychologiczne, powstają teorie powiązań psychiki z biologią.

CZŁOWIEK JAKO ISTOTA SPOŁECZNA – bycie człowiekiem jest uwarunkowane przebywaniem z innymi ludźmi, współżyciem z nimi, nawiązywaniem kontaktów, bez czego niemożliwy jest prawidłowy rozwój i funkcjonowanie. Stosunki te mogą wpływać pozytywnie, lub negatywnie na zdrowie.

CZŁOWIEK JAKO ISTOTA KULTUROWA – dorobek ludzkości materialny i duchowy wpływa na człowieka, kulturowe wzory zachowań wpływają na styl życia.

CZŁOWIEK JAKO ISTOTA DUCHOWA – tym, co nadaje człowiekowi sens bytu i działania są wierzenia i wartości, które przyjmuje za własne.

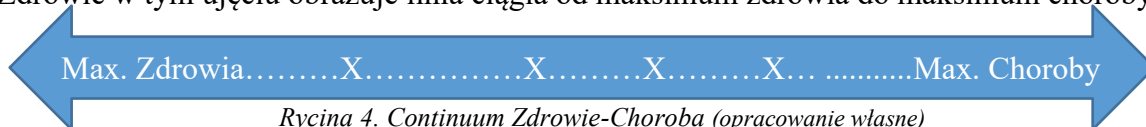
Wymiary zdrowia

Wyróżniamy więc kilka powiązanych ze sobą wymiarów zdrowia:

1. **Zdrowie fizyczne (somatyczne)** - to prawidłowe funkcjonowanie organizmu, jego poszczególnych narządów i układów
2. **Zdrowie psychiczne** - obejmuje
 - **Zdrowie umysłowe** (mentalne) - zdolność do logicznego i jasnego myślenia
 - **Zdrowie emocjonalne** - zdolność do rozpoznawania przeżywanych uczuć i wyrażania ich w adekwatny sposób oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami, lękami, depresją.
3. **Zdrowie społeczne** - zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych
4. **Zdrowie duchowe** - u niektórych związane jest z wyznawaną religią, u innych dotyczy zasad i sposobów utrzymywania wewnętrznego spokoju.

KONCEPCJA CIĄGŁOŚCI i ZMIENNOŚCI STANÓW ZDROWIA CZŁOWIEKA - w ujęciu teorii salutogenetycznej (Antonovsky)

Zdrowie w tym ujęciu obrazuje linia ciągła od maksimum zdrowia do maksimum choroby.



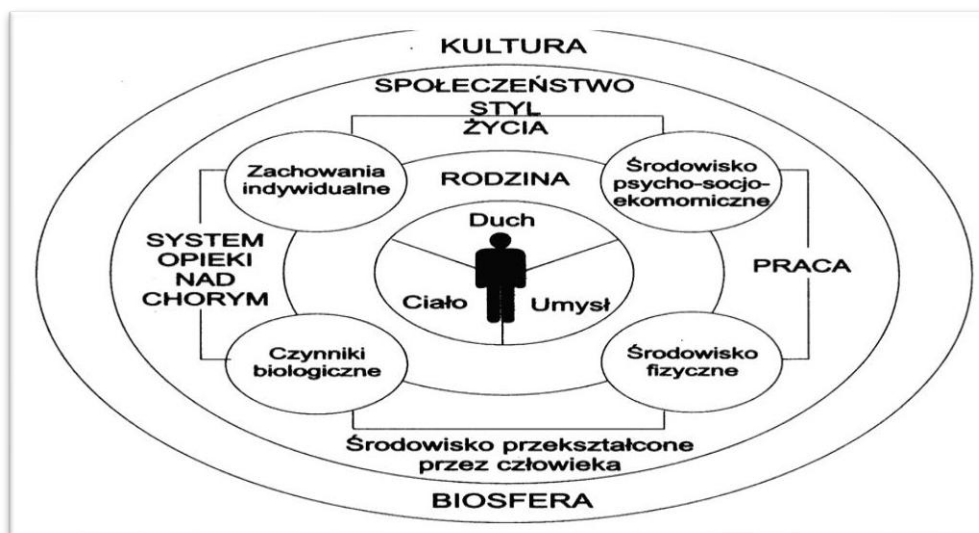
- Zdrowie jest procesem, które toczy się w sposób ciągły i ma charakter dynamiczny (podlega zmianom – przesunięciom). Na każdym poziomie zdrowia może pojawić się choroba, i na każdym poziomie choroby jest obecne zdrowie
- Podstawowe znaczenie dla optymalizacji zdrowia ma postępowanie człowieka (zachowania), podejmowane w każdej chwili życia (również w chorobie - właściwe postępowanie w chorobie nawet przewlekłej może spowodować osiągnięcie pewnego optimum zdrowia)
- Koncepcja ta wpłynęła znacząco na współczesne rozumienie promocji zdrowia (proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawienie w kierunku osiągnięcia maksimum zdrowia), która dotyczy wszystkich ludzi

PARADYGMAT SOCJOEKOLOGICZNY ZDROWIA

W podejściu tym dostrzeżono znaczenie **ekologii i zachowań** w kształtowaniu stanu zdrowia, jest modelem holistycznym zdrowia.

Model „mandala zdrowia” (Hancock i Perkins)

Jest modelem ekosystemu człowieka integrującym uwarunkowania przyrodnicze ze społecznymi. Dzięki kompleksowemu podejściu do zdrowia model ten wyjaśnia wielorakie zależności pomiędzy kulturowym, społecznym i fizycznym środowiskiem życia a zdrowiem. Przedstawia on kluczowe problemy związane ze współczesnym zdrowiem wymagające bezzwłocznego rozwiązania na poziomie indywidualnym oraz zbiorowym.



Rycina 6. Model zdrowia – mandala zdrowia [Źródło: 32]

W modelu tym figura koła symbolizuje **wszechświat**, a poszczególne jego elementy to:

- **Człowiek** - Znajduje się w centrum układu i składa się z ciała, umysłu i ducha, ulega wpływom poszczególnych systemów, w tym również RODZINY
- **Rodzina** - Jako jeden z obszarów w modelu zdrowia, jest najważniejszą grupą socjalizującą jednostkę do życia w społeczeństwie, odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu systemów wartości, w tym postaw i zachowań zdrowotnych.
- **Czynniki warunkujące zdrowie jednostki i rodziny**
 - **Czynniki biologiczne** - Informacja genetyczna, predyspozycje wrodzone, cechy systemu immunologicznego, charakterystyki biochemiczne, fizjologiczne i anatomiczne cechy człowieka i rodziny
 - **Zachowania indywidualne** - Zwyczaje dietetyczne, palenie tytoniu, picie alkoholu, sposób prowadzenia pojazdów, ogólna skłonność do ryzyka, podejmowanie działań zapobiegawczych, itp.
 - **Środowisko fizyczne** - Warunki mieszkaniowe, cechy środowiska pracy, cechy bliższego i dalszego otoczenia człowieka
 - **Środowisko psycho-socjo-ekonomiczne** - Status społeczny, status ekonomiczny, podatność na presję społeczną, podatność na informację zewnętrzną w tym reklamę, rodzaj grup wsparcia społecznego oraz zakres udzielonego wsparcia.

Wymienione czynniki warunkujące zdrowie są ze sobą powiązane takimi elementami jak:

- **Styl życia** - Rozumiany jako kompleks zachowań modyfikowanych przez wpływ środowiska socio-ekonomicznego
- **System opieki zdrowotnej** - Jest obszarem odnoszącym się do czynników biologicznych i zachowań indywidualnych
- **Praca lub jej brak** - Jest ważną determinantą zdrowia fizycznego oraz psychicznego
- **Spoleczności** - Każda społeczność poprzez swoje własne systemy wartości, standardy, systemy wsparcia i sieć współpracy ma wpływ na zdrowie.

-
- **Środowisko przekształcone przez człowieka** - Rozumiane jest jako narastający proces urbanizacji i uprzemysłowienia, poprzez stosowanie nowoczesnych technologii hodowli roślin i zwierząt, wzrost stopnia zanieczyszczenia fizycznego, chemicznego i biologicznego człowieka, wody, gleby i żywności – czego efektem jest postępujący proces degradacji środowiska życia człowieka.

W prezentowanym modelu, na człowieka i determinanty zdrowia mają wpływ:

- **Kultura** – wartości kultury, postawy i przekonania wpływają na zdrowie w taki sposób, że decydują o kulturowych wzorcach zachowań w zdrowiu i chorobie
- **Biosfera** - Jest podstawową determinantą zdrowia, człowiek jest jej nieodłączną częścią; w jej skład wchodzi wszystkie organizmy żywe, a człowiek podlega jego wpływom.

Podsumowanie

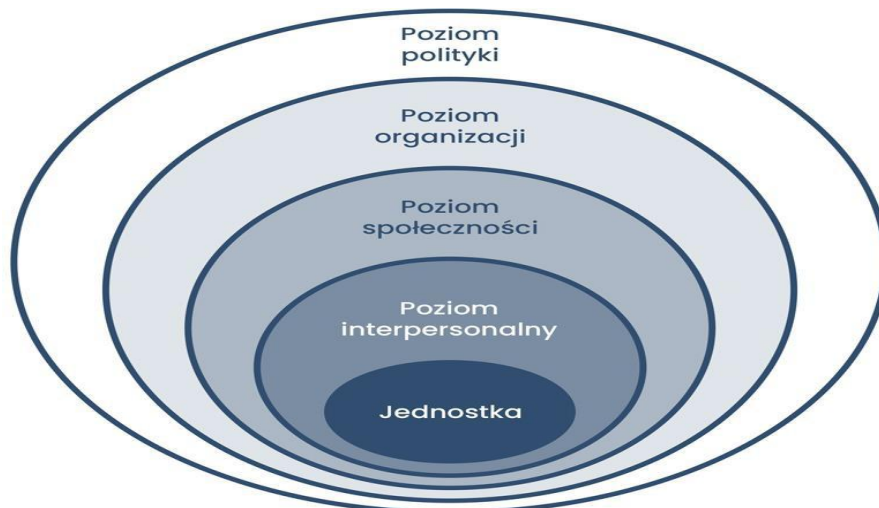
- Model ten stanowi **bazę teoretyczną** dla promocji zdrowia, bezspornie uważa się go za inspirujący do podejmowania różnorodnych przedsięwzięć na rzecz zdrowia jednostek, grup społecznych bądź też populacji.
- Uznawany jest za **model holistyczny**, ukazujący nie tylko człowieka jako biopsychospołeczną całość, ale również wskazujący, w jaki sposób zdrowie jest determinowane fizycznymi i społecznymi komponentami środowiska (model socjoekologiczny)
- Określany jest również jako **model dynamiczny** – określone czynniki traktowane jako przyczyny określonego stanu zdrowia mogą być modyfikowane przez człowieka, kładzie duży nacisk na indywidualną odpowiedzialność za zdrowie
- Cechą tego modelu jest również **interaktywność** – co oznacza, że różne komponenty modelu, działając na człowieka, wchodzi jednocześnie w interakcję między sobą, wzmacniając lub znosząc swoje działanie
- Model ten zakłada również **tzw. społeczną dystrybucję zdrowia**, czyli nierówny dostęp do zdrowia, zależny od cech położenia społecznego człowieka, takich jak płeć, dochód, wiek czy poziom wykształcenia. Chodzi tu nie tylko o dostęp do służby zdrowia, ale również możliwości przestrzegania zasad zdrowego stylu życia.

Model socjoekologiczny zdrowia – wielopoziomowy

Zakłada, że:

- Istnieją wzajemne związki człowieka z otoczeniem społecznym,
- Istnieją liczne uwarunkowania zdrowia, które zgrupowane są na kilku poziomach:
 - Na poziomie najniższym dotyczącym osoby, jednostki (intrapersonalnym), znaczenie dla zdrowia mają zadatki genetyczne, wiedza, postawy i zachowania,
 - Na poziomie interpersonalnym znaczenie mają sieci społeczne i normy grupowe, wsparcie społeczne ze strony rodziny, bliskich, rówieśników,
 - Na poziomach społeczności i instytucjonalnym znaczenie mają czynniki wynikające z relacji między organizacjami, które determinują warunki nauki, pracy, usługi publiczne, transport, itp.,

- Na poziomie najwyższym, społecznym, ekonomicznym i politycznym, znaczenie mają polityki publiczne, prawo oraz normy kulturowe.
- W modelu tym uwarunkowania zdrowia z najwyższych poziomów nazywa się umownie dalszymi, a te z najniższych – bliższymi uwarunkowaniami zdrowia.
- Poziom polityki wywiera wpływ na poziom organizacji oraz społeczności, te oddziałują na poziom interpersonalny, ten zaś wpływa na poziom jednostki. Do zmiany sytuacji zdrowotnej wybranej grupy zazwyczaj potrzebne są działania na wszystkich poziomach uwarunkowań (Źródło: Profibaza)



Rycina 7. Wielopoziomowy model socjoekologiczny zdrowia [Źródło: Profibaza]

ZDROWIE W DOKUMENTACH WHO

Podkreśla się, że jest ono:

- **Wartością**, która pozwala jednostce lub grupie realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji oraz aktywnie zmieniać środowisko
- **Zasobem** (bogactwem), gwarantującym rozwój społeczeństwa i osiągnięcie odpowiedniej jakości życia
- **Środkiem** (a nie celem) do codziennego życia
- **Koncepcją eksponującą korzyści płynące z „bycia zdrowym”** w miejsce negatywnych konsekwencji choroby.

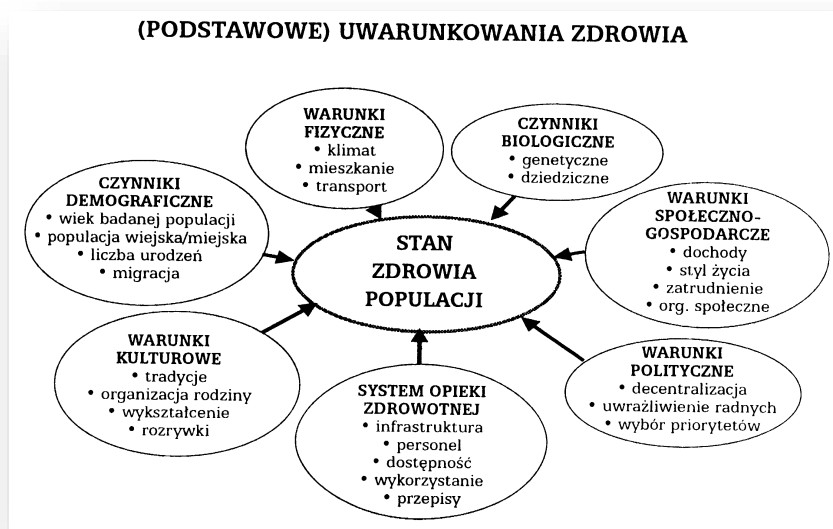
W związku z tym wysuwa się następujące wnioski dla praktyki:

- Zdrowie nie jest stanem danym raz na zawsze, wobec tego należy je zdobywać, tak jak zdobywa się zawód, wiedzę, dobra materialne
- Posiadanie dobrego zdrowia zwiększa szansę na osiągnięcie sukcesu w życiu, w tym sukcesu materialnego (ponieważ sprawny człowiek ma większe szanse na znalezienie dobrej i satysfakcjonującej pracy)
- Wraz z przedłużeniem czasu ludzkiego życia, nie musi iść w parze przedłużenie jego jakości. Aby to było możliwe należy wcześniej „zainwestować” w swoje zdrowie i sprawność.
- Ludzie samodzielnie podejmują decyzje i wybory w sprawie swojego zdrowia.

3. UWARUNKOWANIA ZDROWIA

Istotne znaczenie dla kształtowania się poziomu zdrowia mają jego uwarunkowania, które przedstawiane są w różnych układach i modelach:

- 1) Uwarunkowania modelu socjoekologicznego - „mandala zdrowia”
- 2) Koło czynników zdrowia Lalonda (1974)
- 3) Determinanty zdrowia społeczeństwa (Leew, 1989)
 - 50% - styl życia jednostek
 - 21% - warunki środowiska
 - 16% - cechy dziedziczne
 - 10% - sprawność systemu opieki zdrowotnej
 - 3% - sytuacja demograficzna
- 4) Koncepcja francuska uwarunkowań zdrowia (rycina 7)



- 5) Koncepcja kanadyjska uwarunkowań zdrowia (rycina 8)



6) Model australijski uwarunkowań zdrowia (rycina 9)



ROZDZIAŁ 3.

OCENA STANU ZDROWIA POPULACJI ORAZ GŁÓWNYCH ZAGROŻEŃ ZDROWIA JAKO WYZNACZNIK DZIAŁAŃ Z ZAKRESU PROMOCJI ZDROWIA

1. MIERNIKI ZDROWIA JAKO NARZĘDZIA OCENY STANU ZDROWIA JEDNOSTKI I POPULACJI

1.1. POJĘCIE I KLASYFIKACJA MIERNIKÓW ZDROWIA

Mierniki zdrowia

To miary, wskaźniki oceniające stan zdrowia. W zależności od przyjętych kryteriów, można wyróżnić różne ich grupy.

Klasyfikacja mierników zdrowia

- **KRYTERIUM 1. Kto dokonuje oceny**

- **Obiektywne** – które mogą być zmierzone i wyrażone w liczbach (np. RR, poziom cholesterolu)
- **Subiektywne** – ocena dokonana przez człowieka (samoocena). Np. kwestionariusze do oceny dobrostanu – QOL (jakość życia), HRQOL (jakość życia związana ze zdrowiem), narażenia na stres itd.

- **KRYTERIUM 2. Kogo oceniamy**

- **Stan zdrowia jednostki**, rodziny (np. siatki centylowe do oceny wzrostu)
- **Stan zdrowia zbiorowości** (mierniki populacyjne) oceniające zjawiska zdrowotne populacji świata, kraju, regionu, grup wiekowych, itp. (np. umieralność, oczekiwana długość życia)

- **KRYTERIUM 3. W zależności od „znaku”**

- **Pozytywne mierniki zdrowia** - Są to mierniki dające wielostronną opinię o zdrowiu pozytywnym
 - **Indywidualne** – określają prawidłowość i sprawność funkcjonowania całego organizmu lub poszczególnych układów jednostki (np. sprawność i wydolność fizyczną, rozwój fizyczny - wzrost, BMI), czy poczucie zadowolenia z życia, jakość życia
 - **Populacyjne** – oceniające pozytywne zjawiska zdrowotne w całej populacji np. Oczekiwana długość życia (ODŻ), Wskaźnik Rozwoju Społecznego, Długość trwania życia w zdrowiu
- **Negatywne mierniki zdrowia** - Są to mierniki dające wielostronną opinię o negatywnych zjawiskach dotyczących zdrowia (o zdrowiu negatywnym), np.:
 - Umieralność, Zachorowalność, Urazowość, Hospitalizacje, Absencje chorobowe

1.2. CHARAKTERYSTYKA POZYTYWNYCH MIERNIKÓW ZDROWIA

OCENA ROZWOJU FIZYCZNO-SOMATYCZNEGO

Dotyczy dzieci i młodzieży i obejmuje procesy:

- Rośnięcia
- Dojrzewania oraz różnicowania się tkanek, narządów i ich funkcji

PROCESY ROŚNIĘCIA

- **Pomiary somatyczne:**
 - Wysokość
 - Masa ciała.

Badania wysokości ciała w Polsce wykazują, że młodzież podlega trendowi **wysokoroślenia** (kolejne generacje są coraz wyższe), co spowodowane jest pełniejszą realizacją genotypu w lepszych warunkach wzrastania i świadczy o pozytywnym zdrowiu społeczeństwa.

Metody oceny procesów rośnięcia

- Ocena wzrostu i masy ciała względem wieku (proporcji wagowo-wzrostowych)
- Ocena obwodów ciała (np. głowy) względem wieku
- Powszechnym parametrem do oceny proporcji między masą ciała i wzrostem jest wskaźnik masy ciała BMI (z ang. *Body Mass Index*), zwany również wskaźnikiem Quateleta.

Wskaźnik Body Mass Index w promocji zdrowia

- Wskaźnik ten stosowany jest w ocenie rozwoju dzieci i młodzieży i oceniany na właściwych siatkach centylowych
- Stosowany także u dorosłych, gdzie jest narzędziem przesiewowym w wykrywaniu zaburzeń odżywiania.
- BMI jest obliczany na podstawie stosunku masy ciała (w kg) i wysokości (w m²)

$$\text{BMI} = \text{masa ciała (kg)} / \text{wzrost (m)}^2$$

Interpretacja BMI u dorosłych	
Wartość BMI	Ocena stanu
<18,5	Niedowaga
18,5-24,9	Prawidłowa masa ciała
25-29,9	Nadwaga
>30	Otyłość
<ul style="list-style-type: none">• 30-34,9• 35-39,9• Powyżej 40	<ul style="list-style-type: none">• I stopnia• II stopnia• III stopnia (olbrzymia)

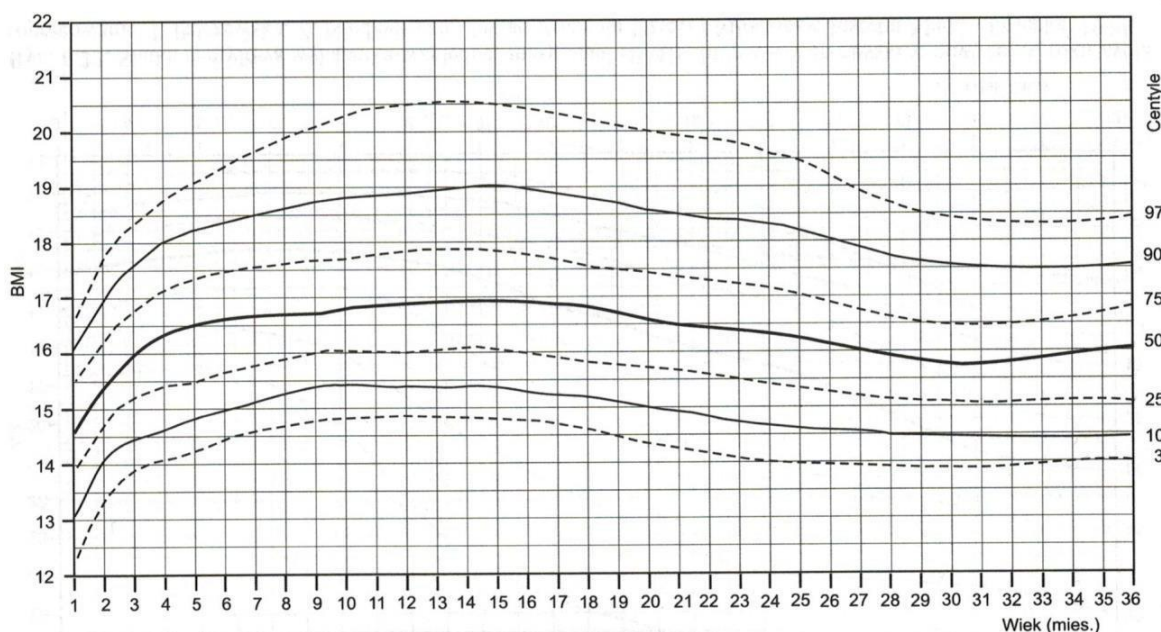
Interpretacja BMI i innych wskaźników rośnięcia u dzieci i młodzieży

- W przypadku dzieci i młodzieży do 18. roku życia uzyskane wyniki pomiarów somatycznych, w tym BMI, należy interpretować na podstawie siatek centylowych

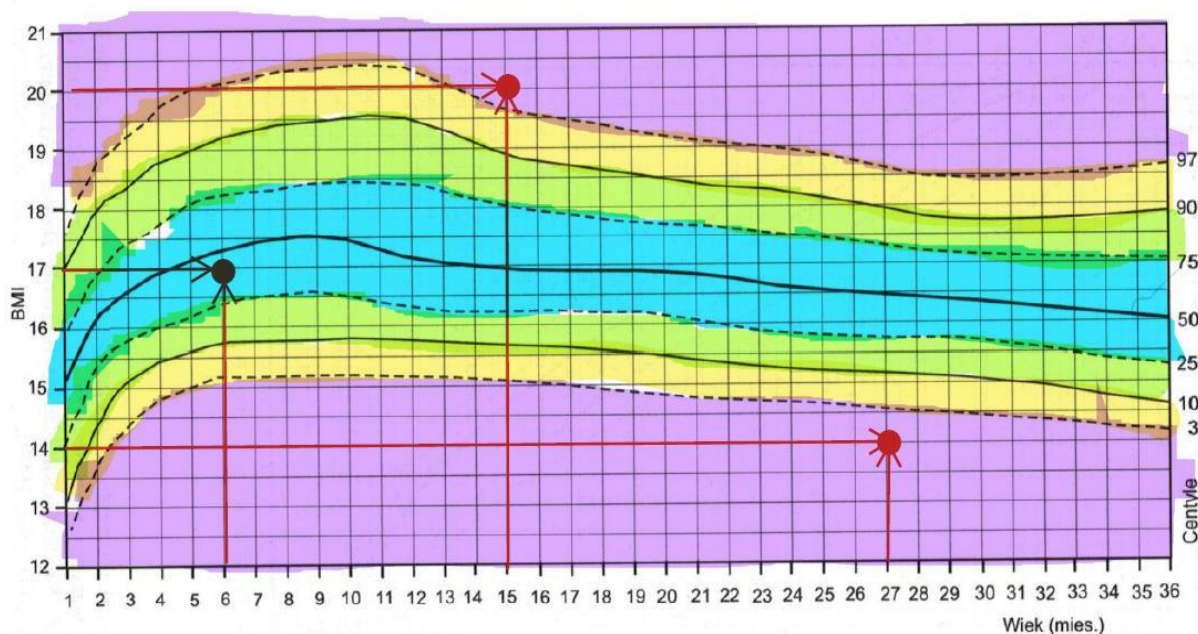
uwzględniających płeć i wiek badanego, celowanych dla określonej metody oceny, np. BMI, proporcji wagowo-wzrostowych itd.

- Metodyka oceny polega na naniesieniu punktów na siatkę dla zmierzonych wartości (np. wartość BMI i wartość wieku), a następnie określeniu centyla dla tych wartości (punkt przecięcia)
- W interpretacji uzyskanych wartości centylowych korzystamy z:
 - Ogólnych zasad interpretacji wyników na siatce centylowej
 - Opisowych kluczy interpretacji uzyskanych danych

Przykład siatki: Siatka centylowa wskaźnika względnej masy ciała (BMI) dziewczynek warszawskich do 3 –ego roku życia

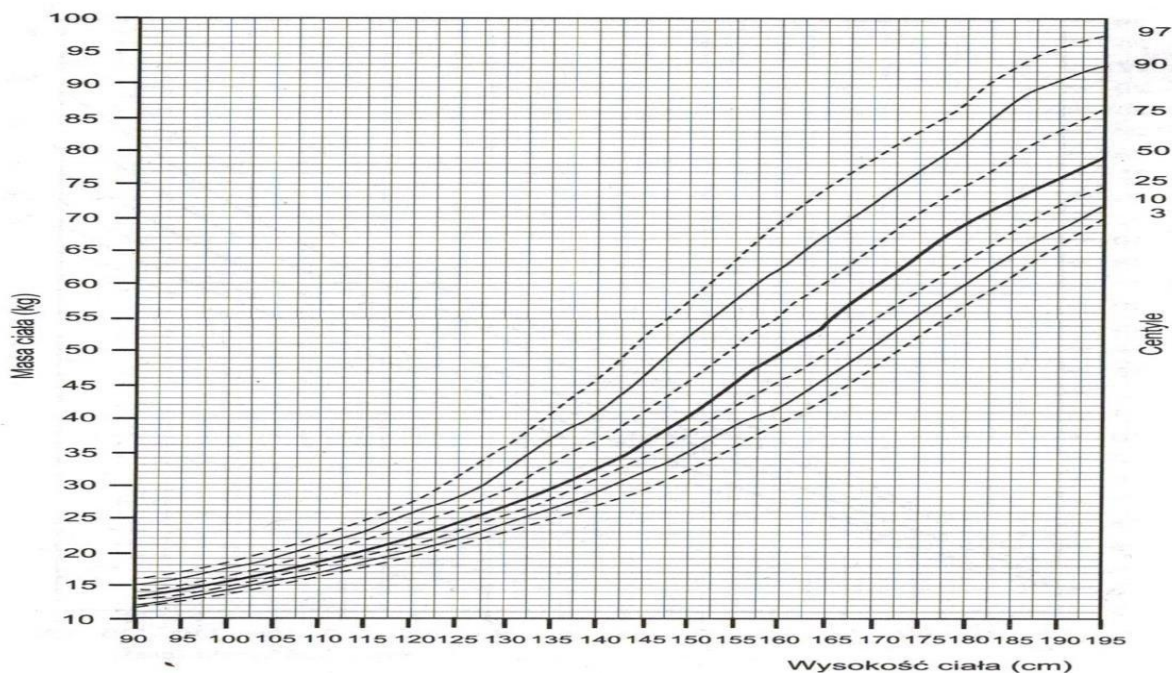


Rycina 10 i 11. Źródło: Bożkowska K., Sito A. (red.): *Opieka zdrowotna nad rodziną*. PZWL, Warszawa 2003. (Opracowanie I. Palczewska, Z. Niedźwiecka. Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, 1999).



Przykład siatki dla proporcji wagowo – wzrostowych

Proporcja masy do wysokości ciała chłopców warszawskich powyżej 3 roku życia



Rycina 12. Źródło: Bożkowska K., Sito A. (red.): *Opieka zdrowotna nad rodziną*. PZWL, Warszawa 2003. (Opracowanie I. Palczewska, Z. Niedźwiecka. Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, 1999).

Ogólne zasady interpretacji wyników na siatce centylowej - dla BMI oraz innych wskaźników

Dokonując interpretacji wyników w układzie siatek centylowych przyjmuje się:

- Za wąską normę uznaje się zakres pomiędzy 25. a 75. centylem
- Za szeroką normę zakres od 10. do 90. centyla
- Dziecko, którego oceniany wskaźnik znajduje się między 10. a 3. centylem oraz między 90. a 97. centylem wymaga częstszej kontroli,
- Jeśli znajduje się poniżej 3. centyla lub powyżej 97. centyla wymaga pogłębionej diagnozy.

Klucz do interpretacji BMI u dzieci według Lopez

- Poniżej 10 centyla – niedobór masy ciała,
- Od 10 do 90 centyla – prawidłowa masa ciała (szeroka norma)
- Powyżej 90 centyla – nadwaga,
- Powyżej 97 centyla – otyłość,
- Im dalej od 97 centyla tym większy stopień otyłości [13].

Klucz do interpretacji proporcji wagowo-wzrostowych wg Bożkowa, Sito

Klucz do oceny proporcji wagowo – wzrostowych w oparciu o odpowiednie siatki centylowe.

Pozycja centylowa	Interpretacja
Powyżej linii 97.centyla	Otyłość
Przedział powyżej 90.do 97.centyla z linią 97.centyla włącznie	Nadmiar masy ciała w stosunku do wysokości (nadwaga)
Przedział powyżej 75.do 90.centyla z linią 90.centyla włącznie	Tendencja do nadmiaru masy ciała w stosunku do wysokości
Przedział między 75.a 25.centylem z liniami 75.i 25.centyla włącznie	Wartość przeciętna (wąska norma)
Przedział poniżej 25.do 10.centyla z linią 10.centyla włącznie	Tendencja do niedoboru masy ciała w stosunku do wysokości
Przedział poniżej 10.do 3.centyla z linią 3.centyla włącznie	Deficyt masy ciała w stosunku do wysokości
Poniżej linii 3.centyla	Wychudzenie

Źródło: Bożkowa K., Sito A., Opieka zdrowotna nad rodziną, s.311

OCENA SPRAWNOŚCI I WYDOLNOŚCI FIZYCZNEJ (ruchowej)

Dotyczy oceny zdrowotnej a nie sportowo-wyczynowej i mówi o kondycji człowieka i jego ruchowym przystosowaniu się do warunków egzystencji. Mają tu zastosowanie m.in.:

- Próby ruchowe pojedyncze lub złożone (np. Test Coopera – bieg w ciągu 12 minut)

Test Coopera

- Normy testu Coopera zostały ustalone w połowie lat 60. XX wieku przez amerykańskiego lekarza Kennetha Coopera. Dzięki nim można określić stan kondycji fizycznej.

Test Coopera: Normy dla mężczyzn

Wiek	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
13-14	2700+ m	2400– 2700 m	2200– 2399 m	2100– 2199 m	2100- m
15-16	2800+ m	2500– 2800 m	2300– 2499 m	2200– 2299 m	2200- m
17-20	3000+ m	2700– 3000 m	2500– 2699 m	2300– 2499 m	2300- m
20-29	2800+ m	2400– 2800 m	2200– 2399 m	1600– 2199 m	1600- m
30-39	2700+ m	2300– 2700 m	1900– 2299 m	1500– 1899 m	1500- m
40-49	2500+ m	2100– 2500 m	1700– 2099 m	1400– 1699 m	1400- m
50+	2400+ m	2000– 2400 m	1600– 1999 m	1300– 1599 m	1300- m

- Test Coopera mogą wykonać już osoby od 13 roku życia, ale, co bardzo ważne, aktywne fizycznie (choćby rekreacyjnie). Najlepszym miejscem do przeprowadzenia testu jest stadion lekkoatletyczny (bieżnia 400 m), jednak dobre jest każde inne miejsce o znanej długości (i płaskiej powierzchni).
- Zadaniem uczestnika testu jest przebiegnięcie jak najdłuższego dystansu w ciągu 12 minut. Od zawodników nie wymaga się ciągłego biegu – jeśli nie wystarcza sił, mogą maszerować przez część dystansu.
- Wyniki interpretuje się w oparciu o tabele uwzględniające płeć i wiek.

MIERNIKI ZDROWIA POZYTYWNE POPULACYJNE - Oczekiwana długość życia

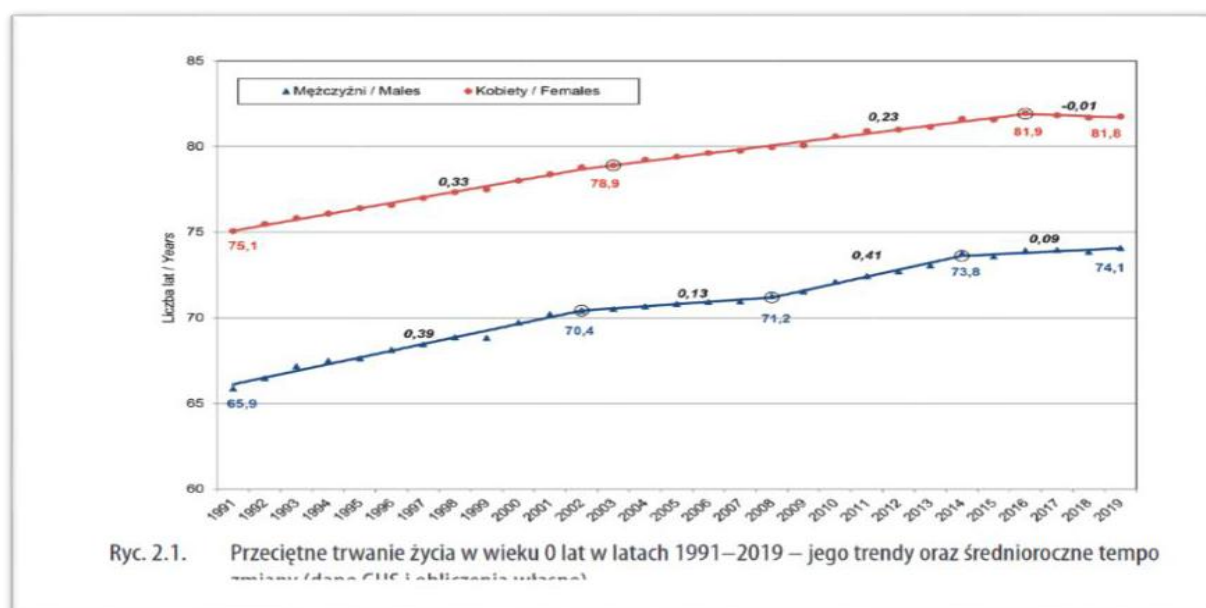
Parametr - Przeciętne trwanie życia noworodka

Określany również krócej – **przeciętne trwanie życia**. Parametr ten określa średnią liczbę lat jaką ma przed sobą dziecko w momencie urodzenia (w momencie 0).

Parametr - Przeciętne dalsze trwanie życia

Dotyczy osoby w wieku X lat (np. 45 lat) i wyraża średnią liczbę lat jaką ma do przeżycia ta osoba – przy danych warunkach umieralności populacji i przy założeniu, że warunki te będą utrzymywały się przez dostatecznie długi czas.

ODŻ oblicza się na podstawie tablic trwania życia.

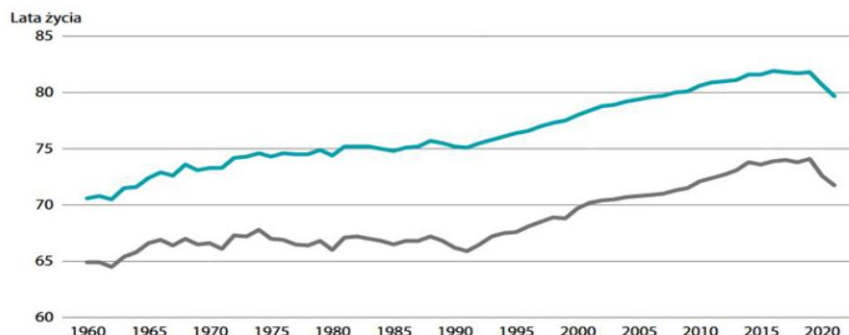


Rycina 13. Źródło: Wojtyniak B, Goryński P. Raport - Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP – PZH, Warszawa 2020

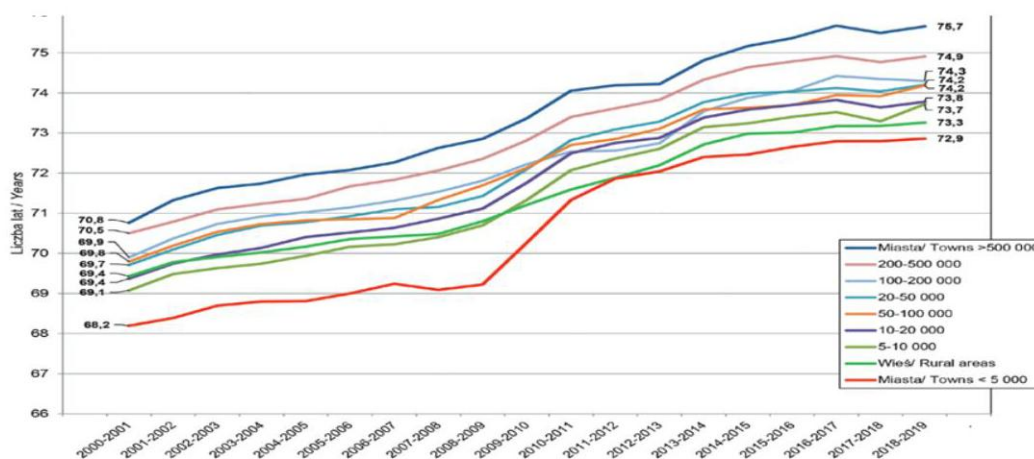
W 2019 r. w Polsce mężczyźni żyli średnio o 18 lat dłużej niż w połowie ubiegłego stulecia, natomiast kobiety o 20 lat dłużej.

Na skutek epidemii COVID-19 i związanej z nią zwiększonej liczby zgonów, trwanie życia w 2021 r., w porównaniu z 2019 r., uległo skróceniu o 2,3 roku w przypadku mężczyzn oraz o 2,1 roku w przypadku kobiet.

Wykres 2. Przekiętne trwanie życia noworodka w latach 1960–2021 w Polsce

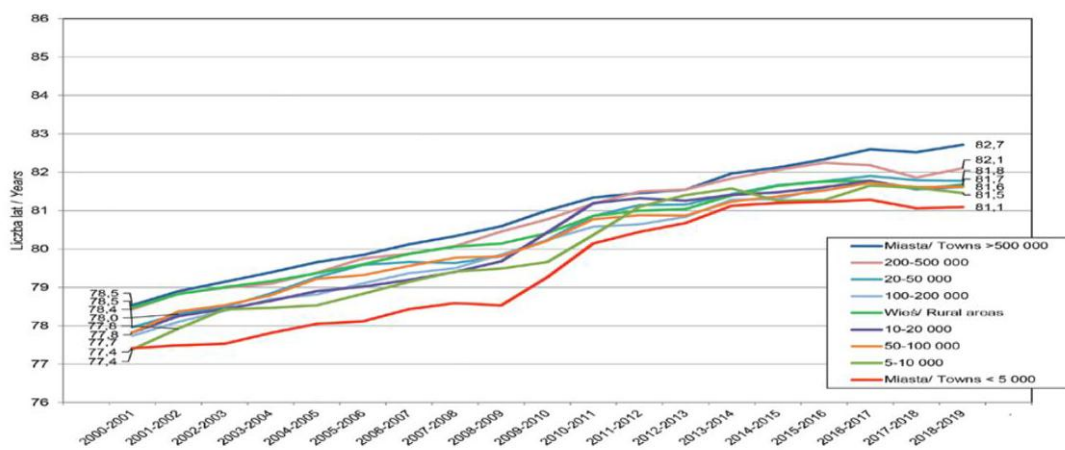


Rycina 14. Źródło: Trwanie życia w 2021 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2022



Ryc. 2.4a. Przekiętne trwanie życia mężczyzn w wieku 0 lat mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2000–2019 – dwuletnie średnie ruchome (obliczenia własne)

Rycina 15. Źródło: Wojtyniak B, Goryński P. Raport - Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP – PZH, Warszawa 2020

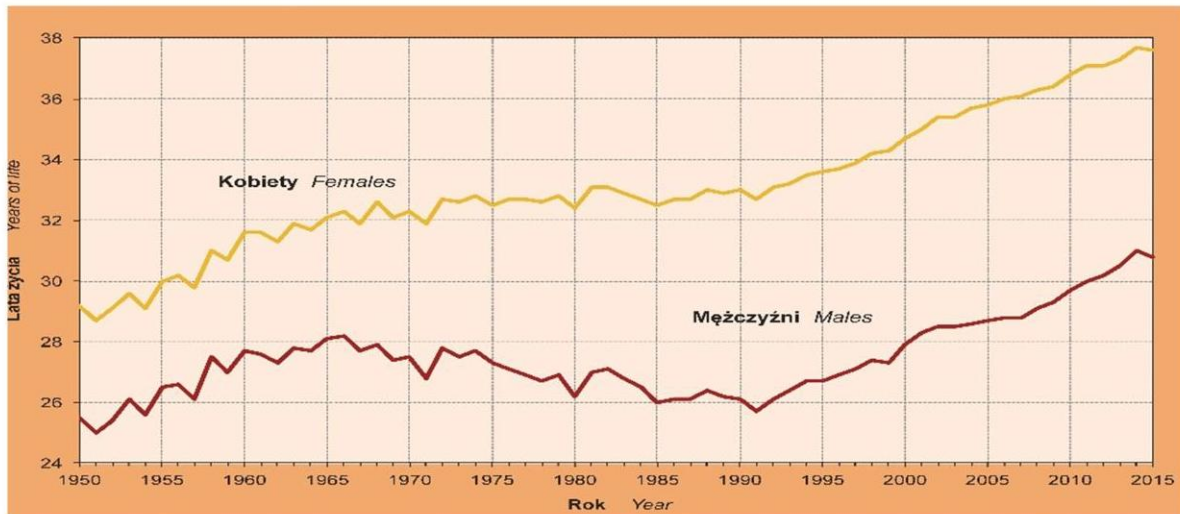


Ryc. 2.4b. Przeciętne trwanie życia kobiet w wieku 0 lat mieszkających na wsi oraz w miastach

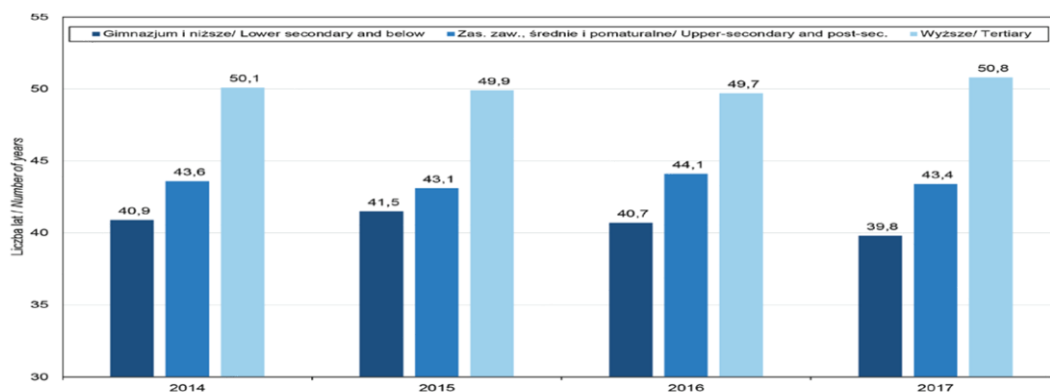
Rycina 16. Źródło: Wojtyniak B, Goryński P. Raport - Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP – PZH, Warszawa 2020

Rys. 3. Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 45 lat

Fig. 3. Life expectancy at age 45

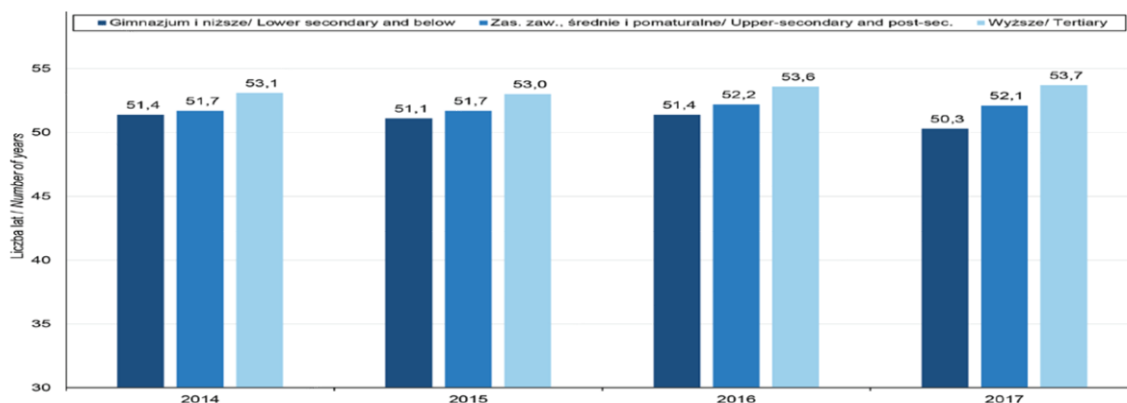


Rycina 17. Źródło: [51]

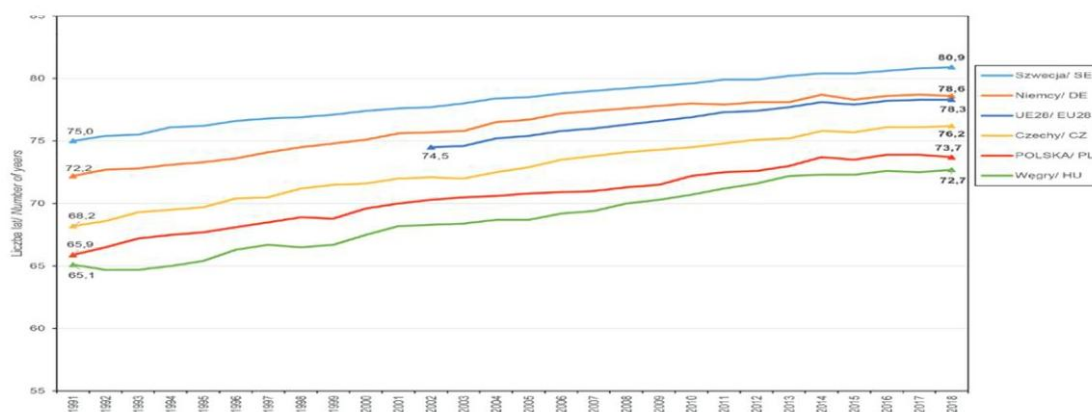


Ryc. 2.9a. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2014-2017 (dane Eurostat)

Rycina 18 i 19. Źródło: Wojtyniak B, Goryński P. Raport - Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP – PZH, Warszawa 2020

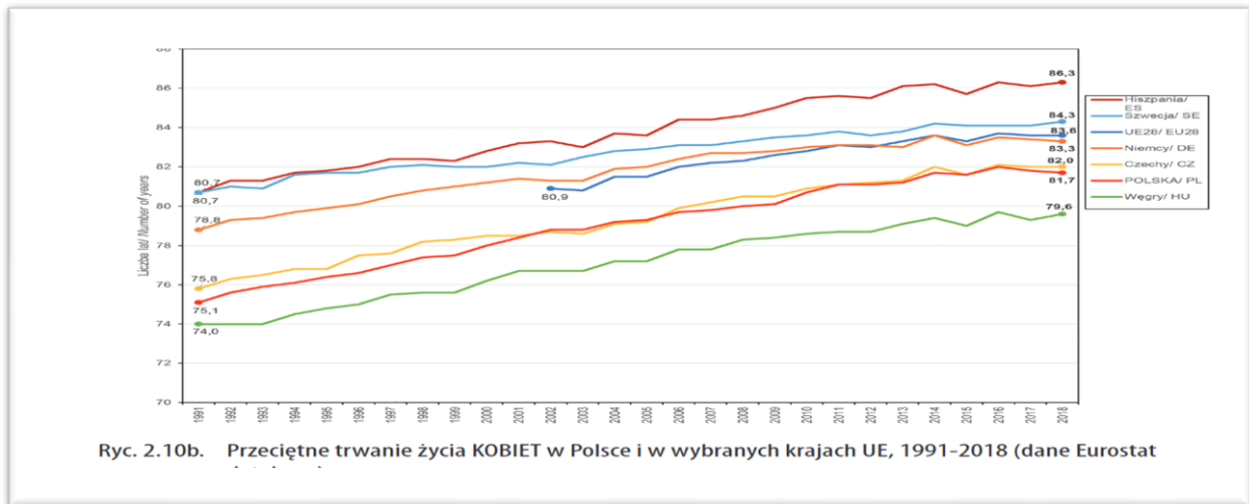


Ryc. 2.9b. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2014-2017 (dane Eurostat)



Ryc. 2.10a. Przeciętne trwanie życia MĘŻCZYŹN w Polsce i w wybranych krajach UE, 1991-2018 (dane Eurostat)

Rycina 20 i 21. Źródło: Wojtyniak B, Goryński P. Raport - Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP – PZH, Warszawa 2020



Ryc. 2.10b. Przeciętne trwanie życia KOBIEC w Polsce i w wybranych krajach UE, 1991-2018 (dane Eurostat)

Znaczenie ODŹ

Odzwierciedla

- Stan zdrowia ludności
- Jakość opieki medycznej
- Warunki życia
- Stan środowiska

DŁUGOŚĆ TRWANIA ŻYCIA W ZDROWIU

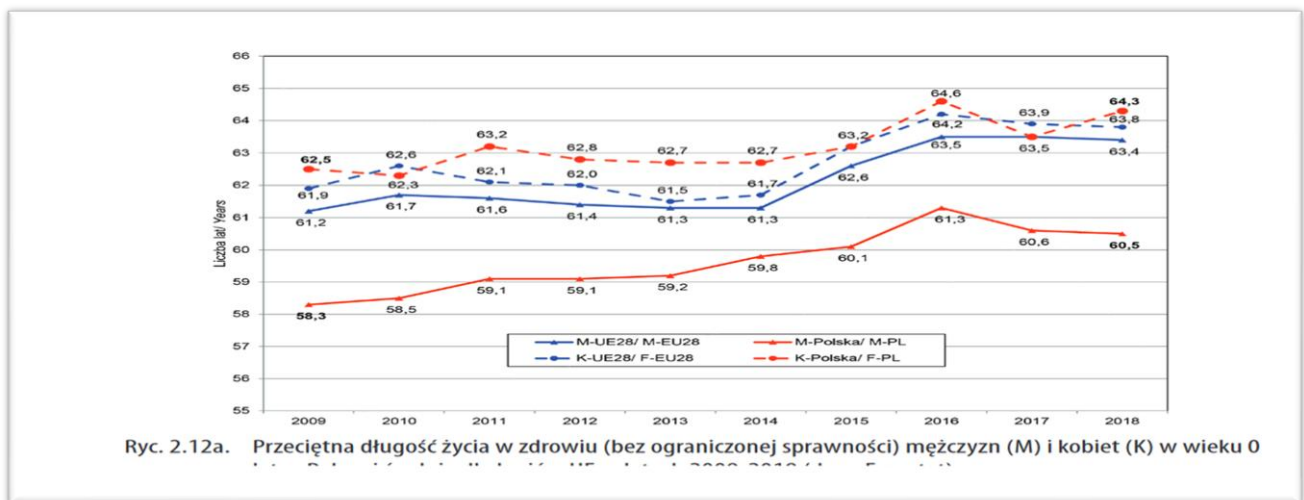
Wskaźnik znany jako **Healthy Life Years - HLY / Disability Free Life Expectancy – DFLE**

Założeniem jest, iż cały okres życia dzieli się na:

- Przeżyty w zdrowiu
- Oraz przy jego braku

Jako brak zdrowia przyjmuje się zazwyczaj:

- Ograniczoną sprawność,
- Występowanie określonych chorób przewlekłych,
- Złą samoocenę stanu zdrowia.



Ryc. 2.12a. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 0

Rycina 22. Źródło: Wojtyński B, Goryński P. Raport - Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP – PZH, Warszawa 2020

WSKAŹNIK ROZWOJU SPOŁECZNEGO - Human Development Index (HDI)

Został zaproponowany przez ONZ dla celów porównań międzynarodowych.

Jest on miarą opartą na średniej wskaźników obejmujących **trzy podstawowe sfery życia**:

- **Sfera zdrowia** - oceniana poprzez wskaźnik przeciętnej długości życia
- **Sfera edukacji** - wskaźnik alfabetyzmu, tj. umiejętności pisania i czytania ze zrozumieniem i wskaźnik skolaryzacji
- **Sfera zamożności** - dochodu przypadającego na głowę mieszkańca (PKB *per capita*)

Kryteria klasyfikacji krajów

Uwzględniając HDI, kraje klasyfikowane są na:

- Wysoko rozwinięte - wskaźnik 0,801–1,0
- Średnio rozwinięte – wskaźnik 0,501–0,8
- Słabo rozwinięte - wskaźnik 0–0,5

Ranking HDI 2021

1. Szwajcaria ze wskaźnikiem na poziomie 0,962
2. Norwegia (0,961)
3. Islandia (0,959)
4. Hongkong (0,952)
5. Australia (0,951)
6. Dania (0,948)
-
23. Słowenia
31. Estonia
32. Czechy
34. Polska (0,876)
- Przed Litwą (35), Łotwą (39), Węgrami (46), Rumunią (53), Bułgarią (68)

1.3. CHARAKTERYSTYKA NEGATYWNYCH MIERNIKÓW ZDROWIA

Jest wiele miar (wskaźników) epidemiologicznych negatywnych.

Zjawiska te mogą być oceniane w całej populacji lub w poszczególnych jej podgrupach (np. według wieku, płci, zawodu, miejsca zamieszkania). Gromadząc dane o stanie zdrowia uzyskujemy:

- **Liczby bezwzględne** - liczby przypadków choroby, czy zgonów; nie można opierać na nich analiz, ze względu na niemożność przeprowadzenia porównań między populacjami różniącymi się liczebnością.
- **Liczby względne** - Aby uzyskać rzeczywiste pojęcie o skali różnic częstości występowania choroby w różnych populacjach, posługujemy się liczbami względnymi, tj. **współczynnikami** informującymi o częstości występowania choroby w populacji, czy spowodowanych nią zgonów.

UMIERALNOŚĆ

Najczęstsza metoda oceny stanu zdrowia populacji w skali ogólnokrajowej i międzynarodowej. Oparta jest o systemy centralnego zbierania danych dotyczących zgonów i ich przyczyn, które są danymi dokładnymi. Dlatego to ważny (rzetelny) wskaźnik, choć dostarcza danych jeżeli chodzi o zagrożenia chorobami z pewnym opóźnieniem, w porównaniu do zachorowalności.

Liczba zgonów zależy od:

- Liczebności populacji
- Struktury wieku
- Częstości występowania schorzeń i stanów, które są przyczynami zgonów

W związku z tym, nie można posługiwać się zwykłymi danymi liczbowymi, a przeliczonymi w odpowiedni sposób współczynnikami, które biorą pod uwagę wpływ zwłaszcza liczebności populacji i wieku.

Współczynnik umieralności surowy

To liczba zgonów przeliczona na:

- Przyjętą umownie jednostkę czasu (przeważnie rok)
- I przyjętą umownie liczbę osób (przeważnie 100 tysięcy populacji)

Współczynnik umieralności standaryzowany

- Przy wyliczeniu tego wskaźnika, uwzględnia się wpływ różnic wiekowych (eliminuje się wpływ wieku na liczbę zgonów)

Współczynnik umieralności pozwala

- Porównywać stan zdrowia w różnych populacjach
- Analizować ewolucję stanu zdrowia w danej populacji w pewnym okresie czasu
- Określać trend zagrożeń w populacji określonymi chorobami

Uwaga! Nie można mylić współczynnika umieralności ze współczynnikiem **śmiertelności**, który oznacza strumień osób zmarłych spośród chorych (np. na określoną chorobę)

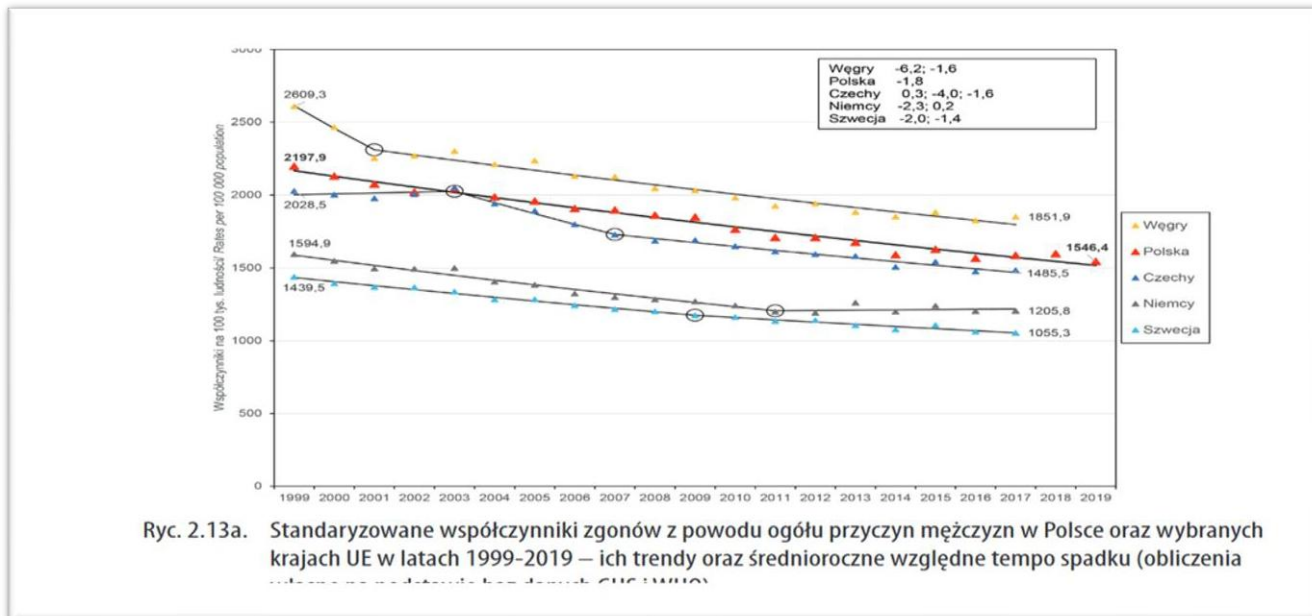
WSPÓLCZYNNIK ZACHOROWALNOŚCI (ZAPADALNOŚCI)

To liczba **nowych zachorowań** w przeliczeniu na:

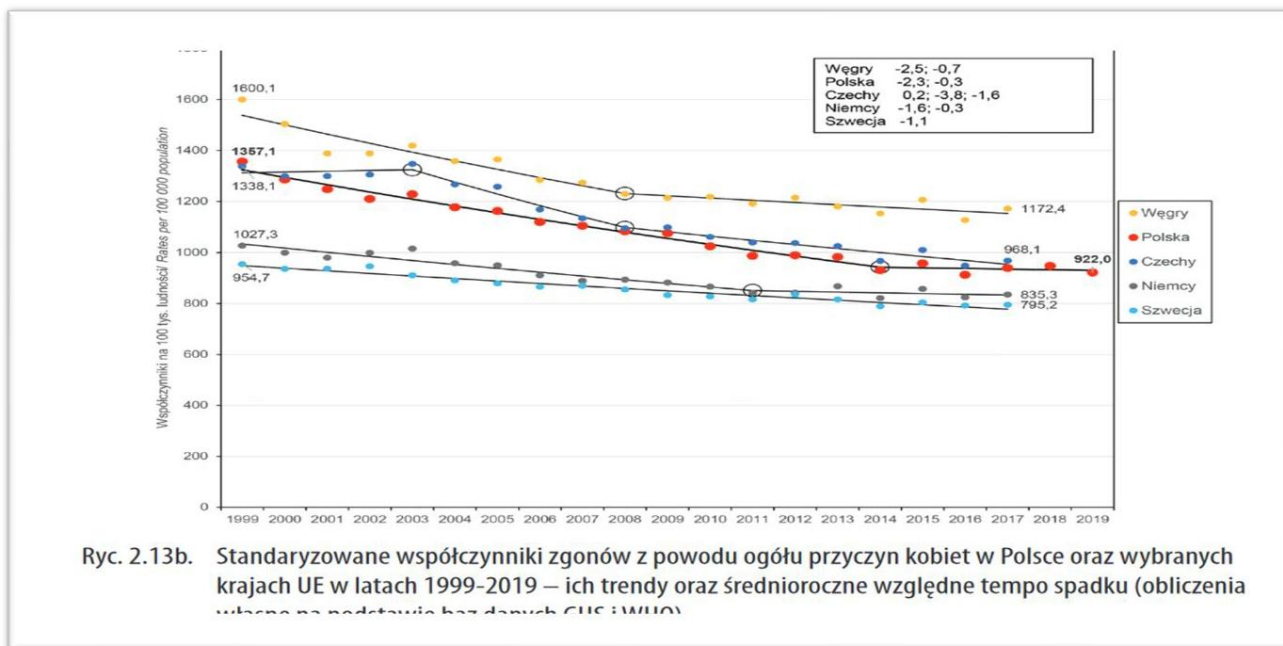
- Przyjętą umownie jednostkę czasu (przeważnie rok)
- I przyjętą umownie liczbę osób (przeważnie 100 tysięcy)

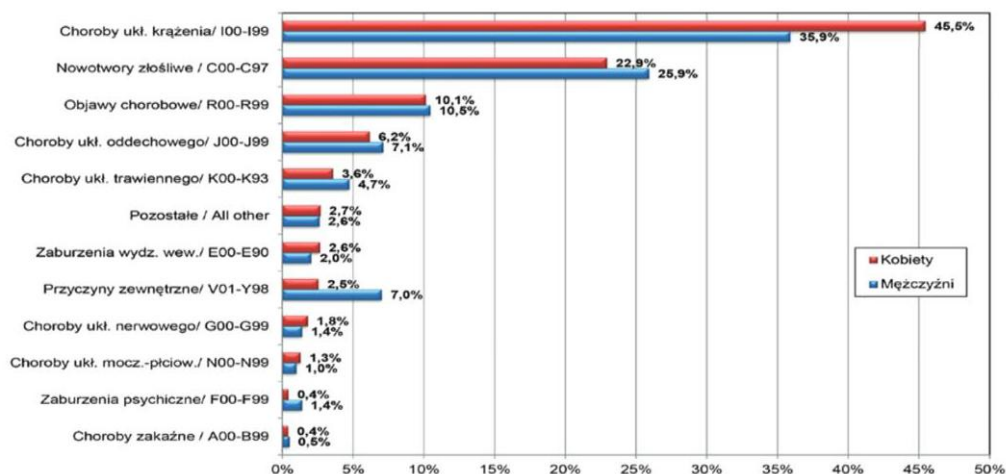
Uwaga! Nie można mylić współczynnika zachorowalności ze współczynnikiem **chorobowości**, który oznacza liczbę wszystkich chorych w danej chwili (roku) na konkretną chorobę w określonej grupie mieszkańców (na 100 tys. mieszkańców). Współczynnik ten obejmuje zarówno osoby **chorujące już wcześniej, jak i nowo stwierdzone przypadki** (zapadalność). Czyli są to **wszyscy chorzy na daną chorobę** w przeliczeniu na przyjętą umownie jednostkę czasu (przeważnie rok) i przyjętą umownie liczbę osób.

2. ANALIZA WYBRANYCH MIERNIKÓW ZDROWIA W POLSCE NA TLE DANYCH Z UNII EUROPEJSKIEJ



Rycina 23. Źródło: Wojtyniak B, Goryński P. Raport - Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP – PZH, Warszawa 2020





Dw. 2.15. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w roku 2018 r. (dane GUS)

Rycina 24. Źródło: Wojtyński B, Goryński P. Raport - Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP – PZH, Warszawa 2020

Tabela 2.5a. Umieralność MĘŻCZYŹN według głównych przyczyn w latach 2009–2018 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Table 2.5a. Deaths of MALES by main groups of causes, 2009–2018 (authors' own calculation availing SP data)

Przyczyna zgonu (ICD-10) / Causes of deaths	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. mężczyzn / Age-standardised death rates per 100 000 men										
Nowotwory zł. (C00-C97)	448,4	432,0	422,8	422,8	410,2	405,1	426,5	414,3	400,6	398,8
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	855,1	808,8	765,4	780,7	756,1	703,1	723,9	656,3	636,4	624,1
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	126,0	116,0	115,9	113,2	122,5	106,4	119,9	111,6	122,1	125,3
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	73,5	69,6	69,0	67,9	66,2	60,6	57,3	61,6	62,4	64,2
Objawy chorob. (R00-R99)	116,0	113,5	108,8	101,1	106,4	118,2	105,1	117,8	150,4	163,2
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	112,6	109,6	108,7	107,3	101,3	96,2	87,5	84,6	83,9	87,6

Tabela 2.5b. Umieralność KOBIEI według głównych przyczyn w latach 2009–2018 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Table 2.5b. Deaths of FEMALES by main groups of causes, 2009–2018 (authors' own calculation availing SP data)

Przyczyna zgonu (ICD-10) / Causes of deaths	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. kobiet / Age-standardised death rates per 100 000 women										
Nowotwory zł. (C00-C97)	230,1	224,6	220,2	223,6	219,1	220,9	227,5	223,1	221,3	222,5
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	575,5	540,5	510,7	516,4	505,6	468,9	487,3	441,6	434,1	425,9
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	50,7	45,4	45,4	45,9	52,4	45,2	54,9	49,0	57,6	58,4
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	40,8	38,6	38,2	37,5	37,9	34,1	31,2	33,0	34,4	34,3
Objawy chorob. (R00-R99)	68,0	68,0	63,4	56,4	60,8	67,0	58,1	62,7	80,6	93,8
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	31,3	29,4	28,9	29,2	28,1	26,4	25,0	24,1	24,1	24,6

ROZDZIAŁ 4.

BEHAVIORALNE UWARUNKOWANIA ZDROWIA

1. STYL ŻYCIA I ZACHOWANIA ZDROWOTNE – wyjaśnienie pojęć i klasyfikacja

Od połowy lat osiemdziesiątych w dokumentach WHO pojawia się pojęcie stylu życia, które jest wyrazem poszukiwania przez medycynę nowych dróg wiodących do poprawy zdrowia społeczeństwa, a bodźcem do tych przemian były wyniki badań epidemiologicznych.

Styl życia

Pojęcie stylu życia jest pojęciem interdyscyplinarnym funkcjonującym na gruncie różnych nauk i w związku z tym jest różnie definiowane.

Według Szilagyi-Pągowskiej styl życia to:

„Zespół zachowań i postaw, zależnych od:

- Środowiska zewnętrznego, społecznego, kulturowego,
- A także sytuacji społeczno-ekonomicznej
- I uznanych przez daną jednostkę przekonań i wartości”.

Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne (czyli związane ze zdrowiem) to:

Jakiegokolwiek zachowania lub aktywności jednostki będące elementem codziennego jej życia i wpływające na stan zdrowia. Rozumiemy je jako działania polegające na:

- Praktycznym stosowaniu posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby
- Są wolnym wyborem i decyzją jednostki
- A nad tą grupą czynników warunkujących zdrowie człowiek ma największą kontrolę.

Podział zachowań zdrowotnych

W zależności od przyjętych kryteriów można wskazywać na różne grupy zachowań zdrowotnych.

KRYTERIUM I. Wpływ zachowań zdrowotnych na zdrowie

- **Biopozytywne** (prozdrowotne) – posiadające pozytywny wpływ na zdrowie powodując w efekcie podtrzymanie, umacnianie i przywracanie zdrowia, np.:
 - Właściwe odżywianie, niepalenie tytoniu, stosowanie szczepień ochronnych, itp.

-
- **Bionegatywne** (antyzdrowotne) – negatywnie wpływające na zdrowie, wywołujące jego zagrożenie, chorobę, niesprawność, utrudniające profilaktykę, leczenie, diagnozowanie, rehabilitację, np.:

- Palenie tytoniu i picie alkoholu, itp.

KRYTERIUM II. Faza zagrożenia chorobą

- **Zachowania zdrowotne w profilaktyce** – wiążące się z ochroną zdrowia i zapobieganiem chorobom (aby nie dopuścić do choroby, w sytuacji zagrożenia)
 - Np. postawy wobec szczepień, badań przesiewowych
- **Zachowania zdrowotne w chorobie** - są to zachowania zdrowotne człowieka chorego mające wpływ na przebieg i efekty leczenia
 - Np. przestrzeganie zaleconych reżimów (dietetycznego, lekowego, itp.)
- **Zachowania zdrowotne w rehabilitacji** - są to zachowania osób niepełnosprawnych i chorych, które wpływają na przebieg i efekty rehabilitacji

KRYTERIUM III. Stan zdrowia jednostki (*klasyfikacja wg Kasl i Cobb*)

- **Zachowania zdrowotne w zdrowiu** - Są to zachowania osoby zdrowej. Mogą:
 - Być ukierunkowane na umacnianie zdrowia i zapobieganie chorobom lub jak najwcześniejsze ich wykrywanie (zachowania prozdrowotne),
 - Sprzyjać utracie zdrowia (zachowania antyzdrowotne).
- **Zachowania zdrowotne w doświadczaniu choroby** (osoba czuje się chora, dostrzega u siebie nieprawidłowości w zdrowiu). Polegają na:
 - Przyjmowaniu biernej postawy wobec choroby (oczekiwanie, że dolegliwości ustąpią same)
 - Samoleczeniu – samodzielne stosowanie środków i metod leczniczych
 - Poszukiwanie pomocy profesjonalnej
 - Wycofywaniu się z pełnionych ról społecznych
- **Zachowania zdrowotne w roli chorego** – występują wyraźne objawy chorobowe, konieczna walka o ich usunięcie. Polegają np. na:
 - Poszukiwaniu pomocy medycznej
 - Współdziałanie z personelem medycznym
 - Wykonywanie lub NIE wykonywanie otrzymanych zaleceń

Rodzaje prozdrowotnych i antyzdrowotnych zachowań (według Induskiego)

- **Sposób odżywiania się**
 - Regularność posiłków
 - Spożycie chlorku sodu
 - Bilans odżywczy
 - Jakość pierwszego posiłku
 - Dojadanie między posiłkami

-
- **Aspekty psychospołeczne**
 - Zainteresowania i zajęcia dające satysfakcję, presja czasu, przeciążenie informacyjne,
 - Przeciążenie odpowiedzialnością, poczucie satysfakcji z dokonań
 - **Aktywność ruchowa**
 - Udział w sportach, rekreacji, aktywność podczas wypoczynku, sposób spędzania dni wolnych
 - **Użytki**
 - Palenie tytoniu, alkohol, kawa, herbata, narkotyki, nadużywanie leków,
 - **Ogólny rytm życia**
 - Czas pracy, regularność życia codziennego, praca nocna i zmianowa,
 - Czas i jakość snu, regularność wypoczynku, unormowanie życia rodzinnego
 - **Skłonność do ryzyka**
 - Sposób prowadzenia pojazdów, zapinanie pasów

2. SOCJOKULTUROWE DETERMINANTY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA KSZTAŁTOWANIE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Styl życia i zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości. Na proces ten wpływają następujące czynniki:

- **Środowiskowe** – m.in. dostępność i ceny żywności, opieka zdrowotna
- **Kulturowo-społeczne** – to przede wszystkim
 - Miejsce zdrowia w hierarchii wartości,
 - Wzory ze strony osób znaczących,
 - Znaczenie określonych osób i grup w procesie wychowania i socjalizacji, czyli wzorce i zasady przekazywane przez rodziców, rówieśników, szkołę, religię, społeczność lokalną i środki masowego przekazu. Należy pamiętać, że ukształtowane w toku socjalizacji błędne nawyki i zachowania bardzo trudno zmienić.
- **Osobowe** – własne przekonania w sprawach dotyczących zdrowia, potrzeba działań profilaktycznych, aktywność i wytrzymałość w sytuacjach zagrożenia, umiejętność radzenia sobie ze stresem

KONCEPCJA RODZINNYCH DETERMINANT W KSZTAŁTOWANIU ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Przeprowadzone do tej pory badania jednoznacznie wskazują, że rodzina odrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu pewnych zachowań zdrowotnych, a zwłaszcza związanych z:

- Paleniem papierosów
- Odżywianiem
- Aktywnością fizyczną i powstawaniem otyłości.

Elementy kultury rodziny wpływające na kształtowanie zachowań zdrowotnych

- **Wartości** – determinują nasze wybory, sprawą niezwykle ważną jest zatem miejsce jakie zajmuje zdrowie w hierarchii wartości rodziny
- **Przekonania** – są subiektywnymi poglądami o prawdziwości rzeczy, mają wymiar nastawień z silnym ładunkiem emocjonalnym tłumaczących podejmowanie działań. Przekonania panujące w rodzinie na temat tego co jest zdrowe, a co nie bezpośrednio przekładają się na zachowania jej członków
- **Wzory** – zalecenia sankcjonowane tradycją i umacniane presją opinii grup
 - Wyznaczają normy zachowań,
 - Wywierają pewną presję zmuszającą jednostkę do stosowania się do określonych nakazów
 - Pełnią rolę oceniającą preferowanego zachowania w danej sytuacji

Rodzina przekazuje wiele wzorów zachowań, w tym również zdrowotnych.

Mechanizmy oddziaływania w modelu rodzinnych determinant

1) MODELING - kształtowanie, modelowanie

- **Efekt uczenia się przez obserwację** (obserwację zachowań innych ludzi).
Wszyscy członkowie rodziny mają sposobność takiej obserwacji, czego efektem jest **dyfuzja** – czyli rozprzestrzenianie się pewnych zachowań
 - Np. obserwując rodzica, dziecko uczy się, że sposobem na rozładowanie stresu jest zapalenie papierosa
- **Obserwowanie pozytywnych lub negatywnych skutków czyichś zachowań** – zachęca lub nie zachęca do podejmowania pewnych działań
 - Np. poważny wypadek spowodowany ryzykowną jazdą, spowoduje unikanie w przyszłości takich zachowań
- **Efekt ułatwionej reakcji** – określone działanie jest tutaj wynikiem sytuacji poprzedzającej
 - Np. jeśli rodzice pozwalali starszemu dziecku na palenie papierosów, dziecko młodsze będzie miało mniej oporów przed podjęciem takiego zachowania
- **Ustalanie poznawczych standardów dla własnych zachowań** – przez obserwację zachowania innych osób, jednostka kształtuje własne standardy
 - Np. jeśli dziecko obserwuje rodziców spędzających wiele godzin przed telewizorem, to prawdopodobnie uzna to za normę spędzania wolnego czasu i w przyszłości będzie się zachowywać podobnie

2) ANTECEDENCJE

To sygnały, bodźce, które inspirują do działania, np.:

- Dostępność do sprzętu sportowego ,
- Obecność papierosów w domu.

MODYFIKOWANIE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Chociaż wzory zachowań zdrowotnych przekazywane w procesie socjalizacji są bardzo mocno zakorzenione w naszej świadomości, to jednak mamy bezpośredni wpływ na nasz styl życia i możemy go modyfikować.

Czynniki pobudzające do zmian

1. **Czynniki środowiskowe** – zachęta, perswazja czy presja ze strony rodziny, rówieśników, współpracowników
2. **Czynniki osobiste**
 - **Uświadomienie sobie korzyści** płynących ze zmiany i uznania ich za własny interes, w innym wypadku podejmowane wysiłki mogą być spostrzegane w kategoriach kary, czy poświęcania (np. dla rodziny)
 - **Obudzenie w sobie potrzeby zmiany** oraz systematyczne i planowe dążenia do jej realizacji (np. potrzeba podobać się komuś, skłania często nastolatków do dbania o wygląd i higienę)
 - **Umiejętność radzenia sobie** z problemami oraz odpowiedzialność za kierowanie sobą, swoim życiem i postępowaniem

Czynniki utrudniające zmianę zachowań

- Przekonanie wytworzone przez cywilizację, że postęp technologiczny i medyczny pozwoli szybko, trwale i bezboleśnie usunąć wszystkie „ubytki” zdrowia
- Niska pozycja zdrowia w społecznej hierarchii wartości, powoduje to, że podnoszenie wiedzy na temat zdrowia i jego uwarunkowań nie ma bezpośredniego przełożenia na zmianę zachowań

3. ZACHOWANIA ZDROWOTNE JAKO CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB CYWILIZACYJNYCH

CZYNNIKI RYZYKA

Wyjaśnienie pojęcia

- To czynniki (cecha, stan lub zachowanie), które zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju choroby, [2, 14]. To cecha statystycznie związana ze zwiększoną zachorowalnością lub umieralnością na określoną chorobę [19].
- Czynniki ryzyka to parametr, który można określić, nazwać, a często nawet zmierzyć i który pozwala przewidzieć prawdopodobieństwo rozwoju choroby lub jej powikłań [28]
- Czynniki ryzyka są często omawiane pojedynczo, jednak w rzeczywistości często współistnieją ze sobą i oddziałują na siebie wzajemnie [14].
- Pojęcie czynników ryzyka (*ang. risk factors*) zostało wprowadzone do nomenklatury medycznej na podstawie badań epidemiologicznych (np. kohortowych) obejmujących tysiące osób [2, 28], które wykazały istnienie wielu czynników wewnątrz- i zewnątrzustrojowych, wywołujących określone schorzenia [2]. W badaniach tych

(często wieloletnich) ocenia się związku między występowaniem pewnych czynników a rozwojem konkretnych chorób np. układu krążenia [28].

Aby uznać określone czynniki za czynniki ryzyka muszą one spełniać następujące warunki:

- Są związane z zachorowaniem na określona chorobę
- Istnieje możliwość ich eliminacji lub zmniejszenia narażenia
- Zmniejszenie narażenia powoduje obniżenie zachorowalności [13].

Podział czynników ryzyka

- **Behawioralne** - to zachowania, np. palenie tytoniu, picie alkoholu, brak aktywności fizycznej
 - **Fizjologiczne** (osobnicze, metaboliczne) - dotyczą organizmu lub cech biologicznych człowieka; wynikać mogą z czynników genetycznych lub np. związanych ze stylem życia (nadwaga lub otyłość, wysokie ciśnienie krwi, wysokie stężenie cholesterolu we krwi, wysokie stężenie glukozy we krwi)
 - **Demograficzne** - wiek, płeć, przynależność np. do grupy zawodowej
 - **Środowiskowe** - liczne czynniki o charakterze społecznym, ekonomicznym, kulturowym i politycznym, a także czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne
 - **Genetyczne** - wynikają z genów danej osoby - mogą determinować wystąpienie choroby (np. mukowiscydoza); wiele schorzeń jest wynikiem interakcji między genami jednostki i czynnikami środowiskowymi (np. cukrzyca) [14]

W innej, często stosowanej klasyfikacji wyróżnia się:

- **Modyfikowalne czynniki ryzyka** - na które można mieć wpływ: nieracjonalne/niezdrowe odżywianie, brak aktywności fizycznej, siedzący tryb życia, uzależnienie od: alkoholu, palenia, narkotyków;
- **Niemodyfikowalne czynniki ryzyka** (na które nie można mieć wpływu): płeć, wiek, uwarunkowania genetyczne [2].

CZYNNIKI RYZYKA A CHOROBY CYWILIZACYJNE

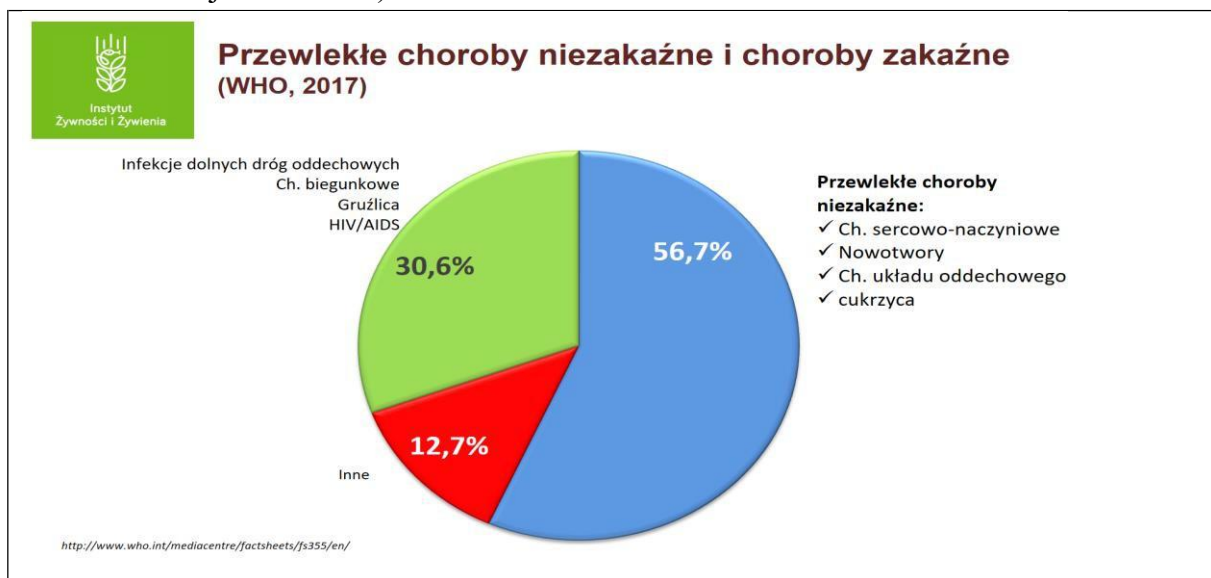
Pojęcie choroby cywilizacyjnej i ich miejsce wśród zagrożeń zdrowia

- Choroby cywilizacyjne to globalnie (na całym świecie) i powszechnie występujące choroby, których przyczyną rozwoju oraz rozprzestrzeniania się jest postęp współczesnej cywilizacji [1, 33]. Głównie, wynikają one z nieprawidłowego żywienia, małej aktywności fizycznej oraz palenia papierosów [1, 20, 21].
- Mają one charakter przewlekły - ich objawy utrzymują się przez długi czas, a nawet przez całe życie i cechuje je powolny ich rozwój (WHO) [3, 21].
- Oddziałują na ludzi - w każdym wieku, wszystkich narodowości i klas społecznych [8, 22]. Często kojarzone są ze starszymi grupami wiekowymi, ale dowody wskazują, że 17 milionów zgonów z powodu chorób niezakaźnych ma miejsce przed 70 rokiem życia (30-69 lat; tzw. przedwczesne zgony) [22]

- Kryteriami szczególnie istotnymi są: masowość ich występowania, doniosłe konsekwencje społeczne (koszty) oraz wzory zachowań, traktowane jako swoiste nośniki tych chorób [8].

Choroby cywilizacyjne określa się również jako

- **Choroby XXI wieku** [33] - są obecnie głównymi przyczynami zachorowalności i umieralności [1]. Choć nie są chorobami zakaźnymi, to ich rozprzestrzenianie przypomina wybuch epidemii [3, 23].
- **Choroby stylu życia / choroby behawiorozależne** - styl życia i związane z nimi zachowania zdrowotne są głównymi przyczynami tych chorób, nazywanymi czynnikami ryzyka [21]
- **Przewlekłe choroby niezakaźne** (chronic non-communicable diseases, CNCDS) [4, 8] – po wielowiekowej erze chorób zakaźnych jako głównych przyczyn zachorowań i zgonów populacji całego świata, choroby cywilizacyjne w XX wieku zajęły ich miejsce i zaczęły dominować w obrazie chorób (tzw. transformacja epidemiologiczna, II rewolucja zdrowotna)



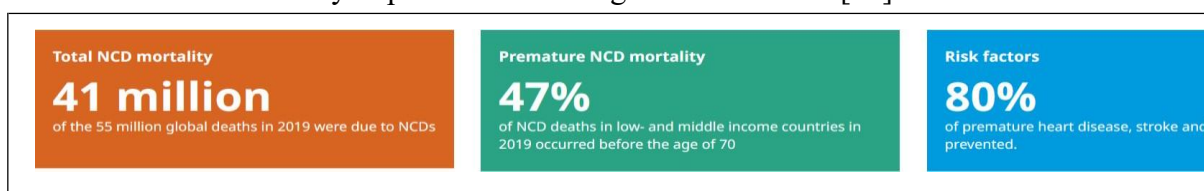
Rycina 25. Źródło: Jarosz M. *Żywność, żywienie a zdrowie*. Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia, Warszawa, 2018.

Choroby cywilizacyjne jako współczesny problem zdrowia populacji

W ciągu ostatnich 20 lat NCDs zmieniły świat [26], stanowiąc olbrzymi problem, w tym również w Polsce [2, 22, 29].

- Osiągają na całym świecie rozmiary epidemii [8, 21, 23] (choć nie są chorobami zakaźnymi)
- Stały się one główną przyczyną umieralności w większości krajów [26], stanowiąc przyczyną 74% wszystkich zgonów [22, 23]
- NCDs stanowią obecnie 7 z 10 głównych przyczyn zgonów na świecie. Oznacza to wzrost w porównaniu z 4 z 10 głównych przyczyn w 2000 r. [27]
- Globalnie mają największy udział sprawczy wśród przyczyn umieralności oraz niepełnosprawności [8].

- Są też częstą przyczyną tzw. zgonów przedwczesnych [22, 8]. W ostatnich 20-u latach spowodowały 200 milionów przedwczesnych zgonów wśród kobiet i mężczyzn (w wieku od 30 do 70 lat), z których większość mieszka w krajach o niskich i średnich dochodach. Szacuje się, że w ciągu następnych 10 lat odnotuje się kolejne 150 milionów zgonów przedwczesnych z powodu NCDs [26]
- W krajach Unii Europejskiej
 - Odpowiadają za 80% obciążenia zdrowotnego [5] i są główną przyczyną możliwych do uniknięcia przedwczesnych zgonów [5, 32]
 - Obecnie już ponad 1/3 populacji UE w wieku 16 i więcej lat zmagają się przynajmniej z jedną z takich jednostek chorobowych [31]
- W Polsce - Według GUS, zgodnie z opracowaniem pt. „Raport 2020. Polska na drodze zrównoważonego rozwoju”, kraj zmagają się z rosnącą śmiertelnością z powodu chorób cywilizacyjnych. Choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe stanowią najczęstszą przyczynę zgonów. Łącznie powodują one 65% wszystkich zgonów, tj. więcej niż średnio w UE (61%), ale mniej niż w 2010 r. (70%) [32].
- Stanowią poważne obciążenie finansowe związane z diagnozowaniem i leczeniem [2, 3, 5, 23] oraz grożą przeciążeniem systemów opieki zdrowotnej [23, 31]
- W ostatnich latach negatywny wzorzec zachorowalności i umieralności na choroby cywilizacyjne zaczął się zwiększać w krajach rozwijających się [20]. Według WHO najbardziej dotknięte śmiercią z powodu chorób niezakaźnych stają się kraje o niskich i średnich dochodach (3/4 zgonów z powodu NCDs) oraz biedniejsza ludność we wszystkich krajach [19, 21, 22, 23].
- Są poważnym wyzwaniem zdrowia publicznego, ochrony zdrowia, epidemiologii, nauk klinicznych – interny, kardiologii, diabetologii, onkologii, psychiatrii, a nawet chirurgii
- Podkreśla się, że **promocja zdrowia i profilaktyka mogą ograniczyć** występowanie tych chorób aż o 70 % [5] – 80 % [24], dlatego ważnym sposobem kontroli chorób niezakaźnych jest skupienie się na ograniczaniu czynników ryzyka związanych z tymi chorobami, a wykrywanie, badania przesiewowe i leczenie chorób niezakaźnych, to kluczowe elementy odpowiedzi na te zagrożenia zdrowia [22]



Źródło [24]

Wykaz chorób cywilizacyjnych

Wśród chorób cywilizacyjnych wymienia się m.in:

- Choroby układu krążenia (choroby układu sercowo-naczyniowego - choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń mózgowych, w tym udar mózgu)
- Nowotwory
- Choroby układu oddechowego
- Otyłość

- Cukrzycę
- Alergie
- Zaburzenia psychiczne [3, 19]
- Choroby zapalne stawów [21]
- Osteoporoza [30]
- Gruźlica [16]

Nie ma jednak sporządzonej jednej, pełnej listy tych chorób, a tworzone wykazy ciągle ewoluują. Najogólniej uznaje się, że są to choroby, których występowanie wiąże się i nasila wraz z rozwojem cywilizacyjnym, czyli postępowaniem technologicznym, zmianami społecznymi, kulturowymi i gospodarczymi [3].

Analizując wymienione choroby, należy zwrócić uwagę, że jedne schorzenia podwyższają prawdopodobieństwo występowania innych, stając się czynnikami ryzyka dla nich [3], (np. otyłość jest uznana za chorobę, ale jednocześnie jest czynnikiem ryzyka np. chorób układu krążenia, czy nowotworów).

Główne choroby cywilizacyjne wg WHO

Biorąc pod uwagę obciążenie zgonami spowodowanymi chorobami niezakaźnymi, jako głównych zabójców WHO wymienia:

- Choroby układu krążenia - 17,9 mln zgonów rocznie
- Nowotwory – 9,3 mln zgonów rocznie
- Przewlekłe choroby układu oddechowego - 4.1 mln zgonów rocznie
- Cukrzyca – 2,0 mln zgonów rocznie [22, 21].

Te cztery grupy chorób odpowiadają za ponad 80% wszystkich przedwczesnych zgonów niezakaźnych [22].

- W ostatnim czasie jako kolejne poważne zagrożenie zdrowia o charakterze cywilizacyjnym WHO wskazała **zaburzenia zdrowia psychicznego**.

Główne i metaboliczne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych wg WHO

Przyczyną wielu schorzeń przewlekłych są identyczne czynniki ryzyka [17, 21]. WHO wskazuje na **cztery główne czynniki ryzyka NCDs o charakterze behawioralnym** [23].

- WHO już w 2004 roku, a potem w 2014 roku („Global Raport”) określiła 4 główne **modyfikowalne czynniki antyzdrowotnego stylu życia**, które są odpowiedzialne za prawie 70% przypadków chorób niezakaźnych. Należą do nich:
 - Palenie tytoniu,
 - Brak lub niska aktywność fizyczna,
 - Szkodliwe spożywanie alkoholu
 - Niezdrowa dieta [17, 21].

Czynniki te prowadzą konsekwentnie do 4 kluczowych zmian metabolicznych /fizjologicznych - **metaboliczne czynniki ryzyka**, takich, jak:

- Nadwaga/otyłość,
- Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi,
- Podwyższone stężenie cholesterolu oraz glukozy we krwi [18, 22, 24].

Tabela I. Główne czynniki ryzyka chorób niezakaźnych – WHO 2004 r.

		Czynniki ryzyka			
		Papierosy	Niezdrowa dieta	Brak aktywności fizycznej	Alkohol
Choroby niezakaźne	Choroby serca i udar mózgu	✓	✓	✓	✓
	Cukrzyca	✓	✓	✓	✓
	Nowotwory	✓	✓	✓	✓
	Choroby płuc	✓			



Rycina 6. Główne czynniki ryzyka NCDs wg WHO wraz z konsekwencjami metabolicznymi czynników behawioralnych (opracowanie własne)

4. CHARAKTERYSTYKA I ROZPOWSZECHNIENIE BEHAWIORALNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA

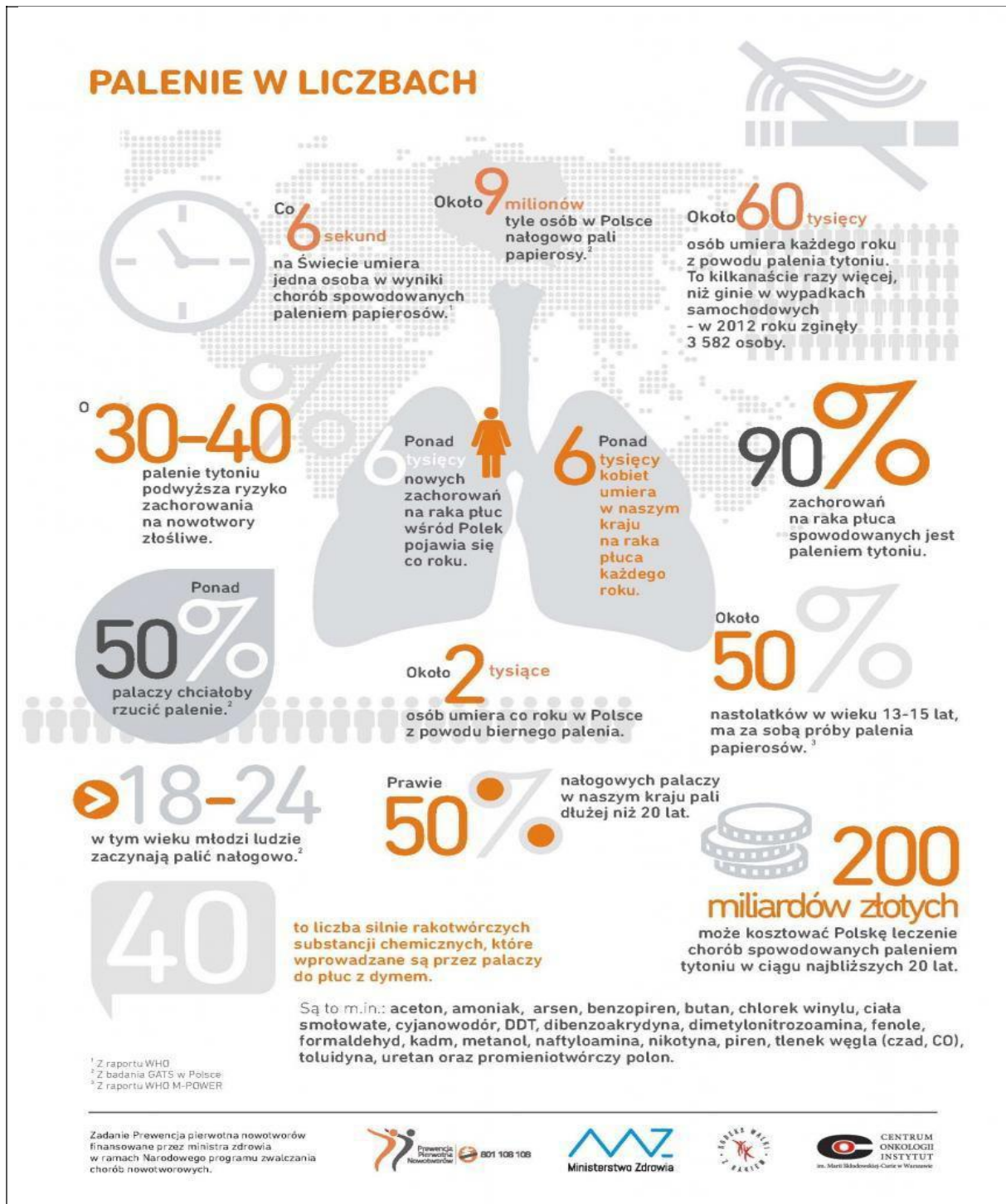
PALENIE PAPIEROSÓW - NIKOTYNIZM

Rozpowszechnienie używania tytoniu

Problem używania tytoniu upowszechnił się wraz z wprowadzeniem do obrotu dosyć tanich papierosów (okres po II wojnie światowej), a zwłaszcza w latach 60 i 70-ych XX wieku [9, 10] doprowadzając do obecnych skutków zdrowotnych [9] – przewlekłych chorób odtytoniowych.

- Problem palenia tytoniu bywa bagatelizowany [10, 31], tymczasem w skali rocznej:

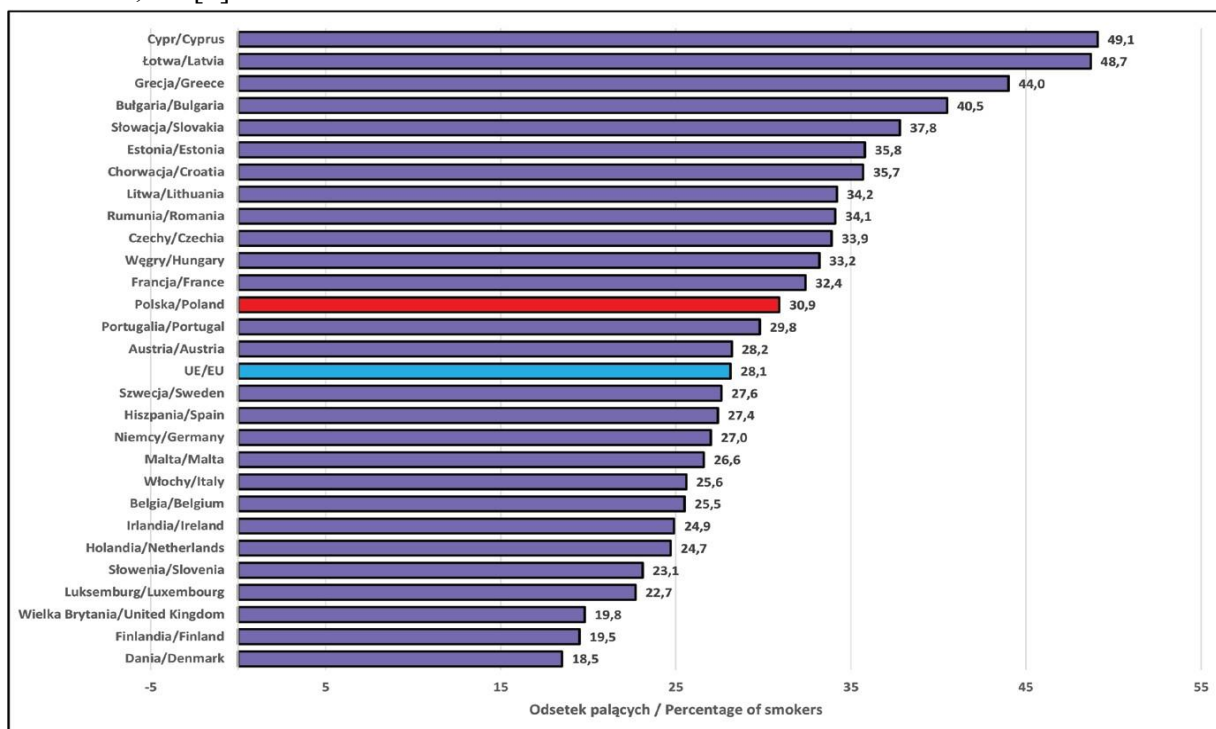
- Do atmosfery dostaje się około 100 tys. ton nikotyny
- Wypalanych jest około 12 bilionów sztuk papierosów i cygar
- Niedopałki stanowią 2,5 mln ton [10].
- Szacuje się, że na świecie pali około 40% populacji (z czego 60% to mężczyźni, a 40% kobiety) [10].
- W Polsce wg Ministerstwa Zdrowia nałogowo pali około 9 milionów dorosłych osób [16, 24], a prawie 50% z nich pali co najmniej 20 lat; prawie 50% nastolatków w wieku 13-15 lat ma za sobą próbę palenia (szczegóły na ulotce informacyjnej MZ) [24]



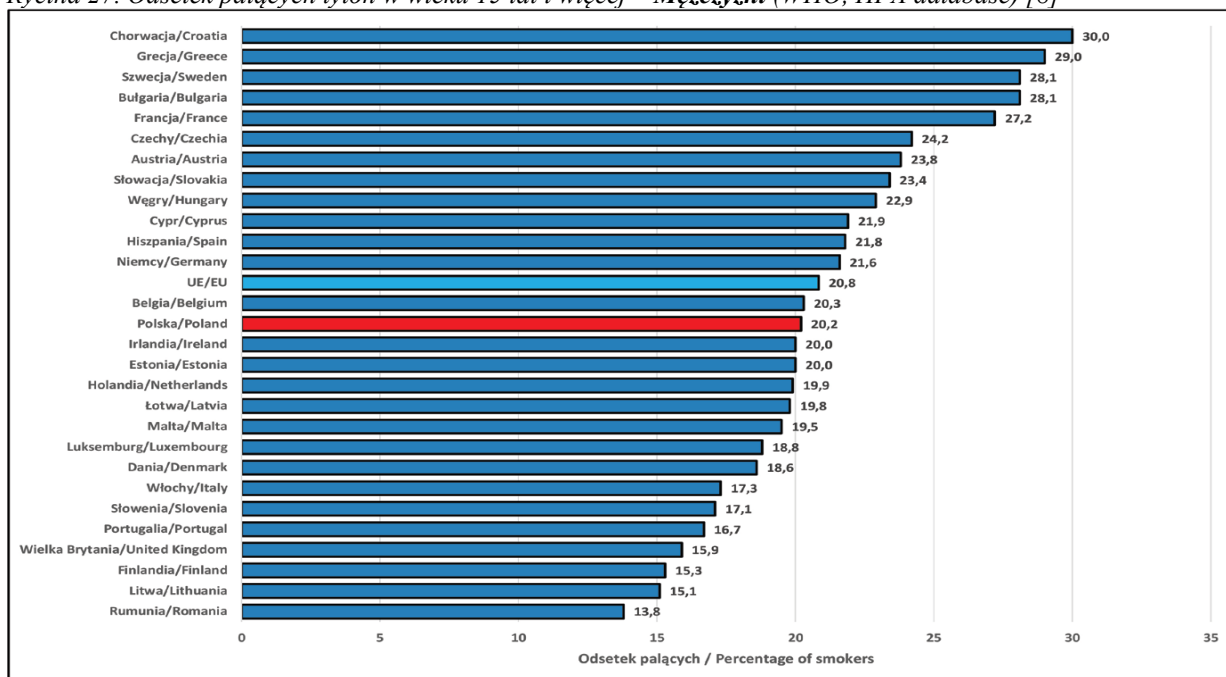
Rycina 26. Ulotka informacyjna Ministerstwa Zdrowia – Palenie w liczbach [24]

Wg danych WHO (rycina 1 i 2), w Polsce odsetek osób palących w wieku 15 lat i powyżej stanowi:

- 30,9% mężczyzn, co na tle krajów UE (28 państw) klasyfikuje nas na 13 pozycji od najbardziej palących Cypryjczyków (49,1%) do najmniej palących Duńczyków (18,5%) i jest on nieco wyższy od średniej UE – 28,1%,
- 20,2% kobiet, co klasyfikuje nas na 14 pozycji od najbardziej palących Chorwatek (30,0%) do najmniej palących Rumunek (13,8%) i jest nieco niższy od średniej UE – 20,8% [8].



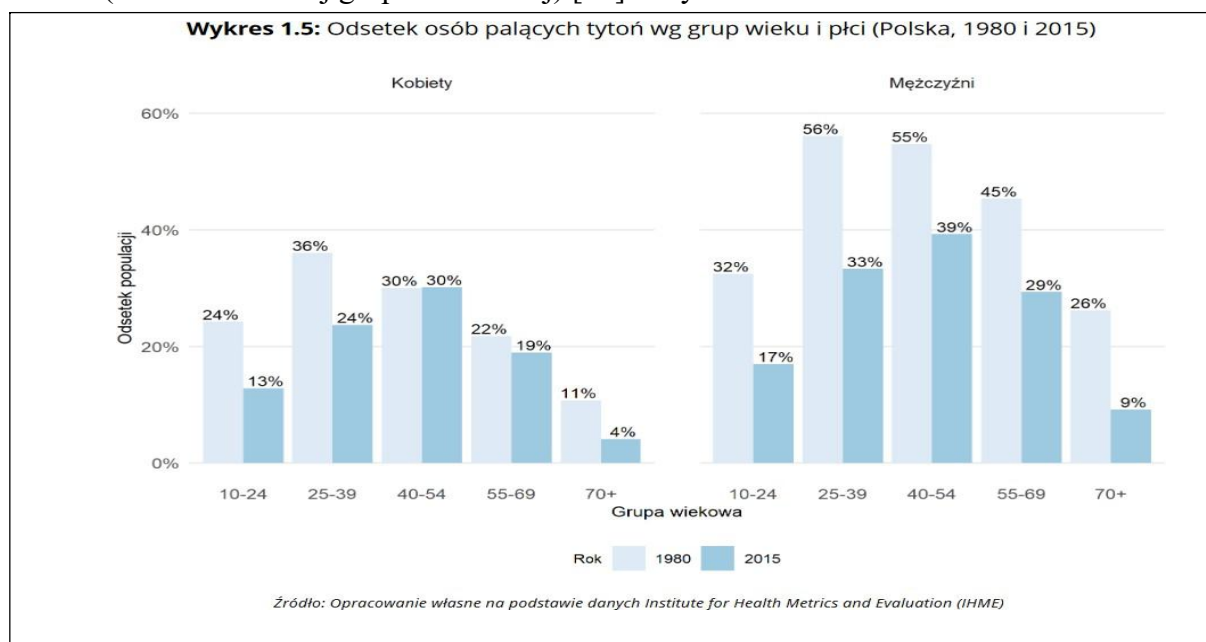
Rycina 27. Odsetek palących tytoni w wieku 15 lat i więcej – **Mężczyźni** (WHO, HFA database) [8]



Rycina 29. Odsetek palących tytoni w wieku 15 lat i więcej – **Kobiety** (WHO, HFA database) [8]

Trendy palenia w Polsce w zależności od płci i wieku na przestrzeni lat 1980 - 2015

- W Polsce w 1980 roku, 56% mężczyzn w wieku 25–39 i 55% mężczyzn w wieku 40–54 palili tytoń, 35 lat później odsetek ten był niższy odpowiednio o 23 i 16 p.p.
- W 2015 roku największy odsetek osób palących był w grupie mężczyzn w wieku 40–54 (39% mężczyzn w tej grupie wiekowej).
- Zarówno w roku 1980, jak i 2015 w każdej grupie wiekowej było mniej palących kobiet niż mężczyzn, choć w roku 2015 różnice te były mniejsze. W roku 2015 największy odsetek palących kobiet obserwowano w grupie wiekowej 40–54 lata (30% kobiet w tej grupie wiekowej) [14] – wykres 3.



Rycina 30. Odsetek osób palących tytoń w Polsce w roku 1980 i 2015 wg grup wieku i płci [14]

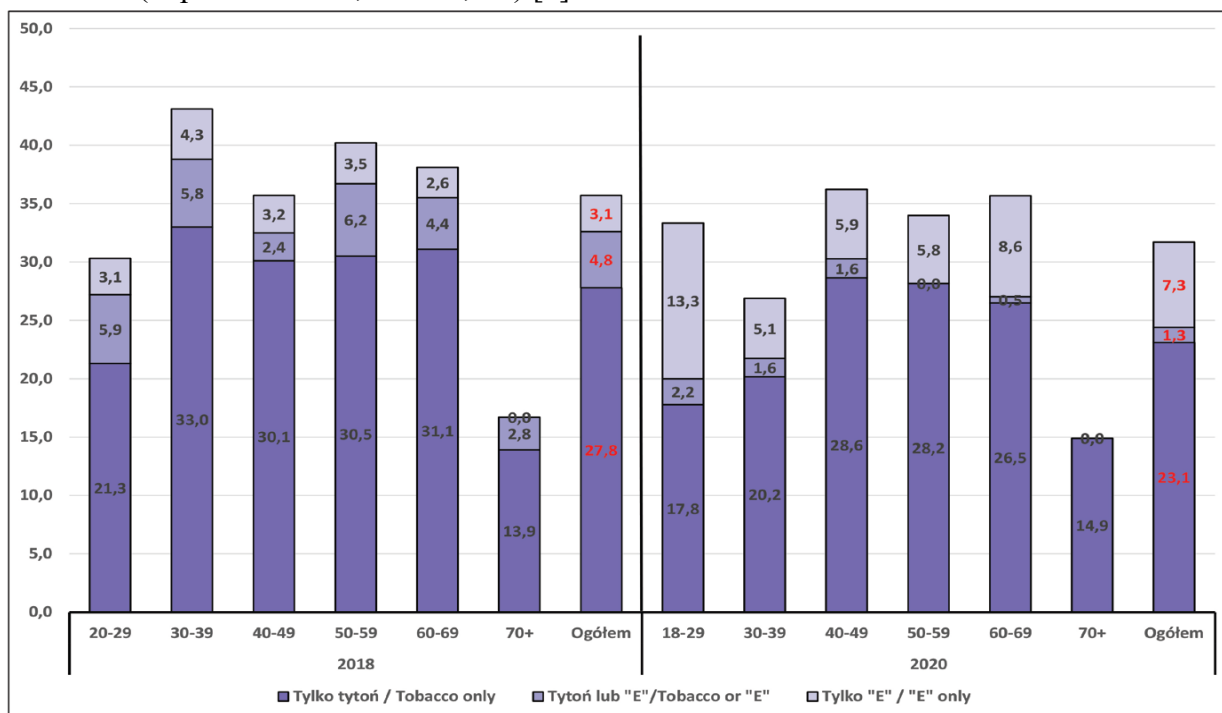
Trendy palenia w Polsce w zależności od płci i wieku w roku 2018 i 2020

W ostatnich latach (rok 2018 versus 2020) obserwuje się (rysunek 4 i 5):

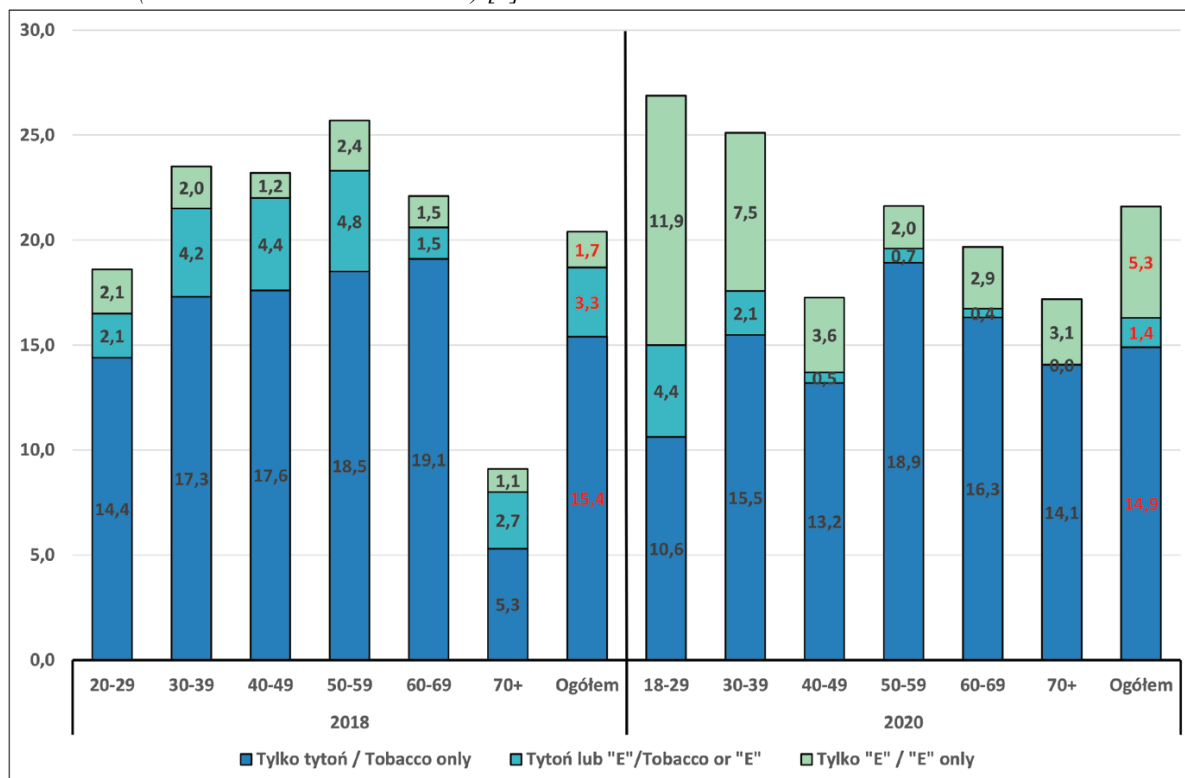
- **W POPULACJI MĘŻCZYZN**
 - Spadek sięgania po papierosy tradycyjne na korzyść wzrostu stosowania e-papierosów we wszystkich grupach wiekowych, z wyjątkiem osób 70+.
 - Pozytywnym aspektem jest niewielki spadek odsetka palących w całej populacji: 2018 (35,7%) i 2020 (31,7%) [8]
- **W POPULACJI KOBIET**
 - Spadek sięgania po papierosy tradycyjne na korzyść wzrostu stosowania e-papierosów, z wyjątkiem grupy wiekowej 50-59 lat i 70+.
 - Niepokojący jest natomiast znaczący wzrost odsetka palących papierosy w grupie wiekowej 70+ i znaczny przyrost wszystkich palących w tej grupie (2018-9,1% i 2020 – 17,2%).
 - W przeciwieństwie do mężczyzn obserwuje się wzrost ogółu palących kobiet (2018 - 20,4% i 2020 - 21,6%).

• W POPULACJI OGÓLEM

- Większe rozpowszechnienie nikotynizmu w grupie mężczyzn w porównaniu do kobiet, zarówno w roku 2018 (odpowiednio 35,7% i 20,45) jak też 2020 (odpowiednio 31,7% i 21,6%) [8].



Rycina 31. Zmiany rozpowszechnienia użycia produktów z nikotyną w Polsce wg grup wieku - **Mężczyźni** (badania ankietowe NIZP-PZH) [8]

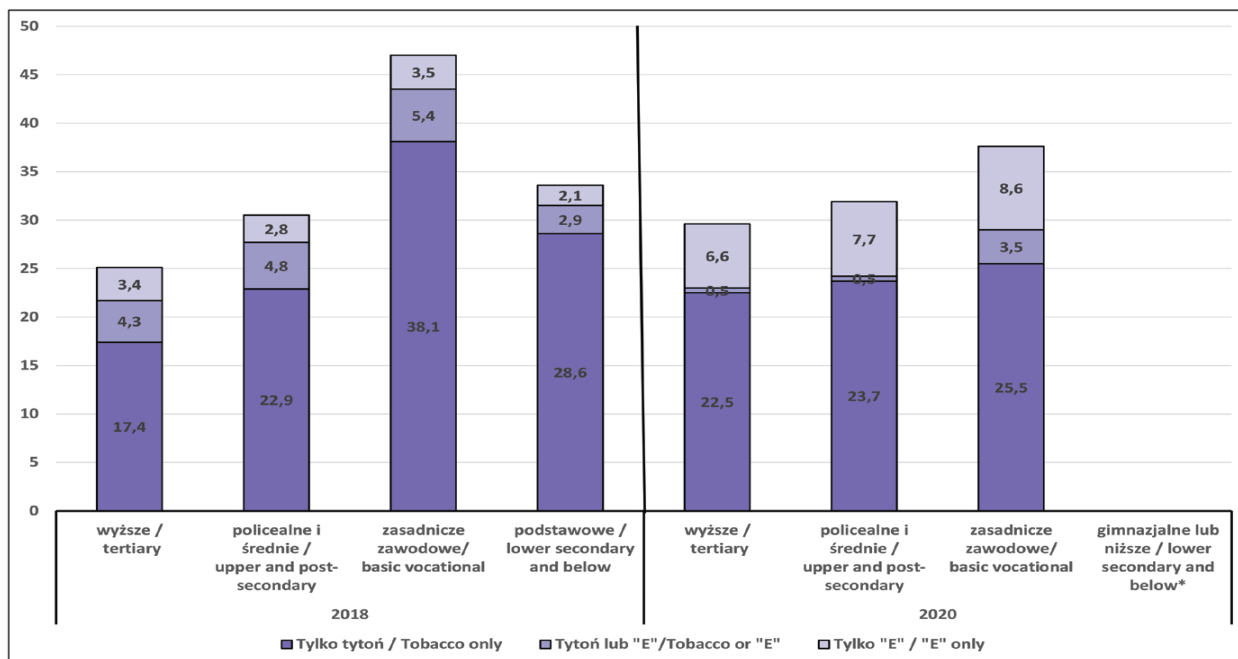


Rycina 32. Zmiany rozpowszechnienia użycia produktów z nikotyną w Polsce wg grup wieku - **Kobiety** (badania ankietowe NIZP-PZH) [8]

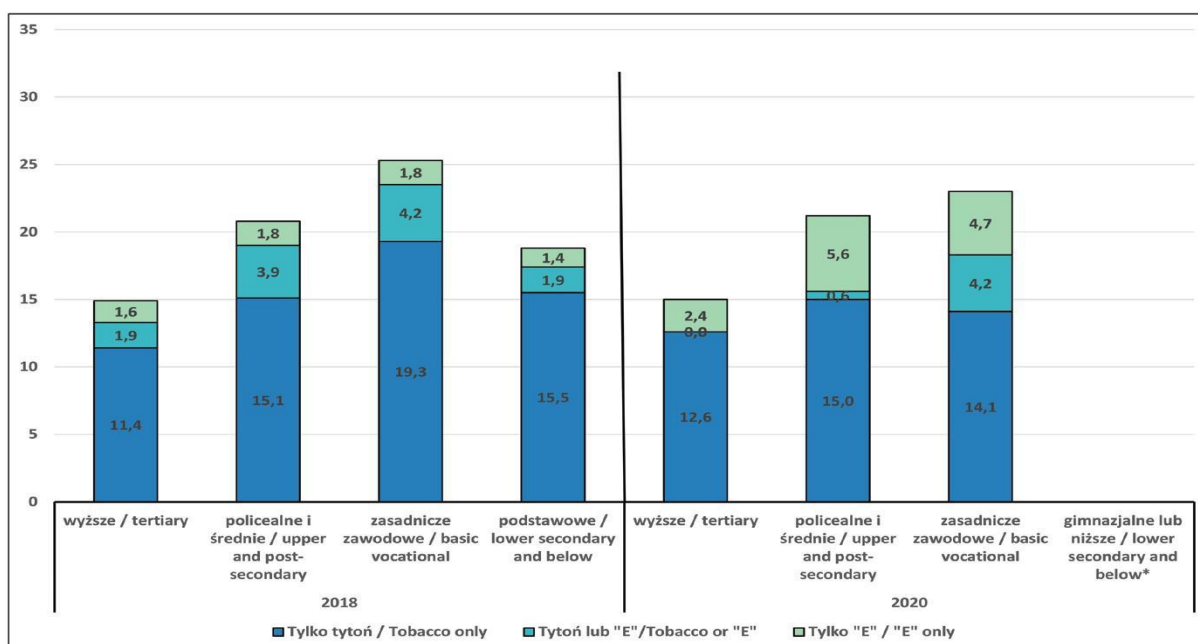
Trendy palenia w Polsce w zależności od wykształcenia

W ostatnich latach (rok 2018 versus 2020) obserwuje się (rysunek 6 i 7):

- **W POPULACJI MĘŻCZYŹN**
 - Wyższy odsetek palących wśród osób gorzej wykształconych, zarówno w roku 2018 jak też 2020, oraz niewielkie odwracanie się tego trendu w porównywanym latach [8]
- **W POPULACJI KOBIET**
 - Wyższy odsetek palących wśród osób gorzej wykształconych, zarówno w roku 2018 jak też 2020 [8]



Rycina 33. Użycie produktów z nikotyną według wykształcenia - **Mężczyźni** (badania NZIP-PZH) [8]



Rycina 34. Użycie produktów z nikotyną według wykształcenia, **Kobiety** (badania NZIP-PZH) [8]

Skład dymu tytoniowego

Żarzący się w końcowej części papierosa tytoń (temp. 950-1050⁰C) rozgrzewa przepływające przez niepalącą się część papierosa powietrze, które indukuje uwalnianie zarówno nikotyny, jak i innych czynników toksycznych [13, 10]. W dymie tytoniowy uwalnianym podczas spalania znajduje się około 4000 do 7000 związków chemicznych [9 14], a wiele z nich charakteryzuje się silnym działaniem toksycznym, mutagennym, teratogennym (uszkodzającym płód) [11, 13]. Aż 73 z nich ma udowodnione działanie rakotwórcze [9, 10, 14]. Z punktu widzenia medycznego najbardziej szkodliwymi składnikami są:

Nikotyna

Bardzo toksyczny alkaloid mający powinowactwo do receptorów acetylocholinowych rdzenia nadnerczy, płytki nerwowo-mięśniowej i OUN.

- Małe dawki pobudzają przewodzenie impulsów, a duże hamują. Jest substancją wywołującą uzależnienie [9].
- Zaburza działanie układu krążenia i oddechowego [11].
 - Pobudzenie receptorów czuciowych głównie w sercu i płucach wywołuje częstoskurcz, zwiększenie wyrzutu serca, wzrost ciśnienia tętniczego [12], co wpływa na uszkodzenia układu krwionośnego [11].
 - Powoduje gorsze ukrwienie naczyń i przyspiesza procesy miażdżycowe w naczyniach krwionośnych [12].
 - Zwiększa skłonność płytek krwi do agregacji, co grozi powstawaniem zakrzepów i **zwiększa ryzyko zawału mięśnia sercowego**.
 - Nikotyna podwyższa również poziom fibrynogenu, który jest odpowiedzialny za krzepliwość krwi. Oznacza to dodatkowo zwiększenie ryzyka **zakrzepicy żyłnej** [11].
- Zmniejsza również perystaltykę przewodu pokarmowego.
- Nikotyna jest ponadto genotoksyczna oraz fetotoksyczna (uszkadza płód) [12]

Tlenek węgla

Wykazuje 200-krotnie większe powinowactwo do hemoglobiny niż tlen, tworząc karboksyhemoglobinę - uniemożliwia łączenie się hemoglobiny z tlenem. Powoduje wzrost agregacji płytek krwi, uszkadza śródbłonek naczyń krwionośnych oraz obniża próg migotania komór [9]. Powoduje niedotlenienie organizmu i obciąża serce [14, 9].

Substancje kancerogenne

Nazywane są substancjami smołowatymi – prowadzą do przewlekłych stanów zapalnych płuc, a następnie nowotworów [11]. Są ich inicjatorami lub promotorami. Szczególnie niebezpieczne są wielocykliczne węglowodory aromatyczne (np. benzopiren), nitrozaminy, metale ciężkie (arsen, chrom) i izotopy promieniotwórcze (polon, rad). Promotorami są natomiast zwłaszcza fenole, estry kwasów tłuszczowych i wolne kwasy tłuszczowe. Zawartość związków rakotwórczych zależy również od gatunku tytoniu oraz ich produkcji (rodzaj bibułki papierosowej). W Polsce uprawiany jest tzw. tytoń czarny (warunki glebowe), który uwalnia podczas spalania więcej substancji rakotwórczych.

Substancje drażniące

Działają głównie w drogach oddechowych [11]. Do tej grupy związków należą tlenki azotu, amoniak, cyjanowodor, aldehydy, fenole, ketony, lotne kwasy [9].

-
- Drażnią one błonę śluzową oskrzeli i pobudzają komórki kubkowe do produkcji większej ilości śluzu oraz kaszlu [9, 10].
 - Powodują uszkodzenie rzęsek komórkowych i w następstwie zaburzenia w samooczyszczaniu płuc i oskrzeli (zaleganie wydzieliny, tzw. kaszel palacza) [10, 11].
 - Powodują również zgrubienie ścianek pęcherzyków płucnych i powstanie tkanki bliznowatej – ścianki tracą prężność i słabną a zablokowane przez śluz powietrze prowadzi do rozciągania pęcherzyków i tzw. rozedmy [10].

Mechanizm szkodliwości palenia tytoniu

- Dym tytoniowy stanowi aerozol, w którym powietrze jest środkiem rozpraszającym dla cząsteczek będących produktem niecałkowitego spalania lub destylacji składników tytoniu.
- Jest głęboko inhalowany do układu oddechowego, a wiele zawartych w nim związków chemicznych dostaje się do krwi i jest rozprowadzanych po całym organizmie [9]
- Regularne palenie zwiększa ryzyko infekcji dolnych dróg oddechowych, a także powoduje przewlekłe stany zapalne
- W płucach osadzają się substancje smoliste, które niszczą pęcherzyki płucne odpowiedzialne za wymianę tlenu i dwutlenku węgla między płucami a krwią, oraz mogą doprowadzić do trwałego obkurczenia oskrzelików. W konsekwencji utrudniona jest wymiana gazowa, a także dystrybucja tlenu po organizmie.
- Substancje smoliste wnikają do naczyń krwionośnych w płucach i stamtąd są transportowane razem z krwią do komórek i narządów w całym organizmie
- Szkodliwe związki chemiczne, które dostają się do krwiobiegu niszczą komórki śródbłonna wyściełającego żyły i tętnice. Zniszczone naczynia krwionośne mniej efektywnie transportują krew, są również narażone na odkładanie się komórek tłuszczu z krwi w ścianach tętnic, co z kolei może prowadzić do rozwoju miażdżycy i innych chorób serca (choroba niedokrwienna)
- Substancje rakotwórcze zawarte w dymie papierosowym mogą wywoływać zmiany w DNA, które mogą doprowadzić do rozwoju choroby nowotworowej. Nie dotyczy to jedynie raka płuca. Zostało udowodnione, że palenie jest bezpośrednią przyczyną 13 innych typów nowotworów złośliwych [14].

Choroby odtytoniowe

Choroby odtytoniowe to choroby spowodowane działaniem w dymie tytoniowym składników, z powodu których w Polsce umiera rocznie przedwcześnie 60 tys. palaczy [14].

CHOROBY ODTYTONIOWE

Dym nikotynowy to toksyczna mieszanka ponad 7 tys. związków chemicznych, z których co najmniej 73 ma działanie rakotwórcze. Z tego powodu palenie tytoniu jest niebezpieczne dla organizmu człowieka i powoduje liczne choroby, które znacząco obniżają standard życia, a w wielu przypadkach prowadzą do przedwczesnej śmierci.

KONSEKWENCJE



Choroby płuc
m.in. POCHP, rozedma



Choroby układu krążenia
m.in. nadciśnienie tętnicze,
udar mózgu



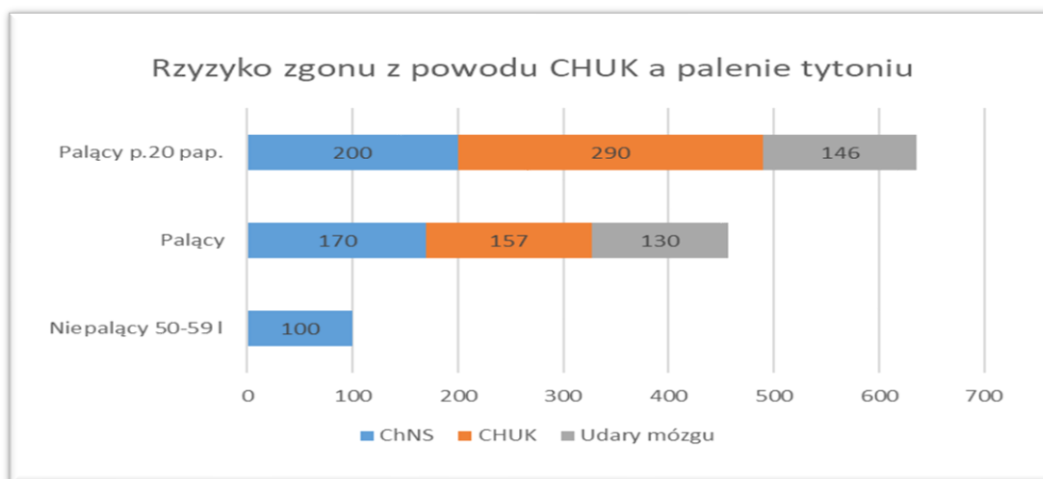
Nowotwory m.in. płuca,
gardła, krtani, pęcherza

Rycina 35. Choroby odtytoniowe, MZ [15]

Wymienia się ponad 30 jednostek chorobowych spowodowanych paleniem tytoniu, które dotyczą:

1. Układu krążenia

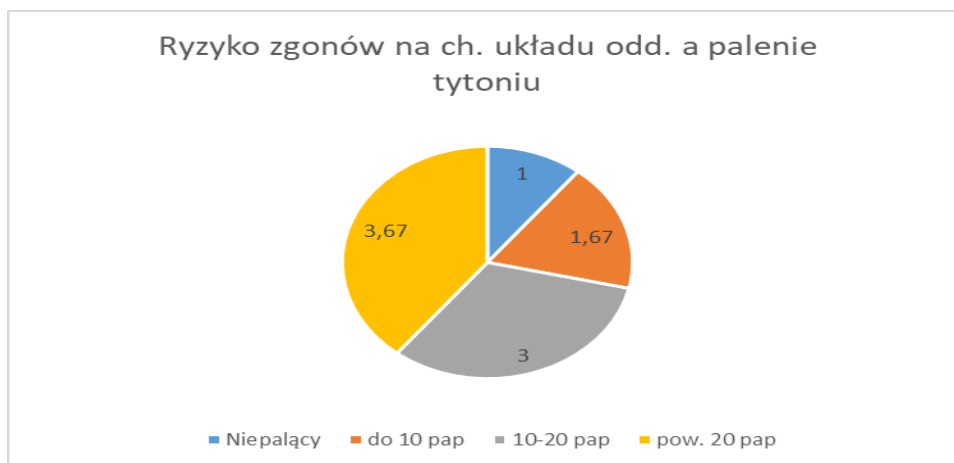
- Choroby serca - arytmia, choroba niedokrwienna serca (wieńcowa), zawał
- Choroby naczyń - miażdżyca, choroba Burgera, wylewy krwi do mózgu [10]



Rycina 36. Ryzyko zgonu z powodu CHUK a palenie tytoniu – opracowanie własne na podstawie [10]

2. Układu oddechowego

- Nieżyty – nosa, gardła, krtani, górnych dróg oddechowych
- Przewlekłe zapalenia oskrzeli
- Rozedma
- Częsta zapadalność na grypę i zapalenia płuc
- Rak krtani, tchawicy, oskrzeli, płuc
- POCHP, astma
- Gruźlica [10, 11, 18]



Rycina 37. Ryzyko zgonu z powodu chorób układu oddechowego a palenie tytoniu – opracowanie własne na podstawie [10]

3. Układu pokarmowego
 - a. Nieżyty żołądka w tym nieżyty spastyczne, nieżyty przełyku
 - b. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy
 - c. Marskość wątroby
 - d. Rak wargi, jamy ustnej, gardła, przełyku, żołądka, wątroby, trzustki, jelita grubego [10, 18]
4. Układu moczowo-płciowego
 - a. Zaburzenia płodności, rozrodczości
 - b. Patologia ciąży i urodzeń
 - c. Rak pęcherza, nerki, prostaty [10, 18].
5. Inne - paradontoza, zapalenie dziąseł, próchnica, zapalenie spojówek, katarakta, zwyrodnienie plamki żółtej, zaburzenia funkcjonowania tarczycy, choroby skóry i przyspieszone starzenie się skóry, cukrzyca, osteoporoza [11, 18], uszkadza układ immunologiczny [18]

Palenie bierne

To wdychanie dymu papierosowego przez osoby przebywające w pobliżu palącego. Strumień główny dymu tytoniowego powstający podczas zaciągania, wdychany jest przez osobę palącą. Natomiast obłok dymu tytoniowego (strumień boczny) wydobywający się przez cały czas palenia wdychany jest przez osoby towarzyszące i zawiera on od 5 do 15 razy więcej tlenu węgla oraz od 2 do 20 razy więcej nikotyny, niż dym wdychany przez palącego. Wg danych Ministerstwa Zdrowia, w Polsce umiera rocznie około 2 tysiące tzw. "biernych palaczy". Wg WHO co roku z powodu wdychania dymu papierosowego umiera 600 tys. osób, które papierosów nie palą, a około 1/3 ofiar to dzieci. Ponadto, dzieci, które narażone są na bierne palenie, rozwijają się wolniej niż ich rówieśnicy [11, 10].

Palenie alternatywne / e-papierosy

- W ostatnich latach bardzo popularne stały się urządzenia do podawania nikotyny (PPN), nazywane elektronicznymi papierosami [31]. Różnica polega na braku procesu spalania tytoniu w wysokiej temperaturze. Aerosol generowany jest poprzez podgrzewanie (200-250 C) i odparowywanie zawartej w papierosie cieczy (e-liquid) [10, 32]. Może ona

zawierać glikol propylenowy, glicerynę, nikotynę, związki aromatyzujące [17], a nawet dopalacze [31, 32], ponadto formaldehyd, akroleinę, czy rakotwórcze nitrozaminy [32].

- Użycie e-papierosa powoduje emisję pyłu zawieszonego (PM2.5) oraz najdrobniejszych cząstek (UFPs), których stężenie wzrasta w powietrzu otaczającym e-palacza [32]
- Mniejsza jest natomiast ilość wchłanianych związków chemicznych, a z listy substancji rakotwórczych stwierdzono obecność dwóch; skutki zależne są również od dodawanych środków aromatyzujących [10]
- Należy być jednak bardzo ostrożnym. Firmy produkujące urządzenia elektroniczne obecne są na rynku od niedawna. W związku z tym w chwili obecnej nie ma zbyt wielu publikacji, które dotyczą wpływu e-papierosów na zdrowie człowieka. Zbyt krótki okres obserwacji nie pozwala również stwierdzić, że użytkowanie tego urządzenia nie ma wpływu na rozwój nowotworów czy też przewlekłych chorób układu oddechowego, takich jak POChP i astma.
- W świetle dostępnych danych wiadomo, że chociaż urządzenia podgrzewające tytoń prawdopodobnie wytwarzają mniej substancji toksycznych i kancerogennych niż papierosy tradycyjne, nie są bezpieczne dla zdrowia człowieka. Należy podkreślić również fakt, że większość nielicznych publikacji dotyczących wpływu tej formy palenia na zdrowie człowieka została sfinansowana przez znaną, dużą firmę produkującą tradycyjne papierosy [17].
- Wśród konsekwencji zdrowotnych wynikających z używania e-papierosów wymienia się:
 - Zwiększanie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i chorób układu oddechowego - uszkodzają śródbłonek naczyń krwionośnych, podrażniają górne i dolne drogi oddechowe;
 - Powodują zapalenie oskrzeli, kaszel, zmiany rozedmowe w płucach
 - Powodują skurcze mięśni i drżenie mięśni, zaburzenia pamięci, podrażnienie oczu, kontaktowe zapalenie skóry i oparzenia oraz zmniejszenie wydajności układu odpornościowego [32].

BRAK LUB NISKA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Pojęcie i skutki hipokinezji

- **Hipokinezja** to niedobór lub całkowity brak ruchu. Generuje negatywne skutki zdrowotne w postaci spadku wydolności i upośledzenia pracy narządów wewnętrznych. Dłużej trwający niedobór ruchu prowadzi również do niekorzystnych zmian w układzie kostnym w postaci osłabienia struktury kości.
- Wśród przyczyn prowadzących do zubożenia ruchowego bardzo często wymienia się: brak nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej, siedzący tryb życia, pasywne spędzanie wolnego czasu, postęp technologiczny, brak odpowiedniego poziomu wiedzy na temat skutków unieruchomienia i ograniczonej aktywności fizycznej [25], a także niektóre schorzenia ograniczające aktywność ruchową.
- Jest przyczyną głównych chorób cywilizacyjnych [1,2,3,4,5,6,7]. Obniżona aktywność fizyczna jest jednym z podstawowych czynników ryzyka miażdżycy, udaru, zapalenia stawów, cukrzycy, otyłości, osteoporozy, a także niektórych postaci raka [26]

- Prowadzone badania wskazują, że skutkami hipokinezji są przede wszystkim:
 - Atrofia mięśni – zmniejszenie siły i wytrzymałości mięśniowej, gorsze unaczynienie, obniżenie poziomu substratów energetycznych, gorsze możliwości funkcjonalne;
 - Osteoporoza – obniżenie mineralizacji tkanki kostnej, bóle i złamania kości, resorpcja wapnia z kości;
 - Pogorszone funkcje metaboliczne i obniżenie przemiany materii – ryzyko cukrzycy typu II, zwiększenia tkanki tłuszczowej, ryzyko otyłości, podniesienie poziomu LDL cholesterolu we krwi, pogorszenie tolerancji glukozy, zakłócenie funkcji trawiennych i rytmu jelitowego;
 - Zmniejszenie odporności swoistej i odporności nieswoistej ustroju – obniżenie liczby i aktywności komórek obronnych NK (ang. natural killers), zwiększone ryzyko np. raka piersi, prostaty i okrężnicy;
 - Spadek wydolności fizycznej – zmniejszenie maksymalnej wentylacji płuc i pojemności życiowej płuc
 - Zwiększone ryzyko schorzeń sercowo-naczyniowych – rozwój nadciśnienia tętniczego, gorsze funkcje sercowo-płucne;
 - Negatywny wpływ na zdrowie psychiczne – zakłócone funkcje poznawcze, ryzyko demencji starczej, wzrost poziomu lęku i depresji, pogorszenie samopoczucia, skłonność do stresu, niska samoocena, gorsza jakość snu [26]
- W USA oszacowano, że przyczynę ok. 9-16% przedwczesnych zgonów można przypisać siedzącemu trybowi życia. Sytuacja w Europie niewiele odbiega od tych danych, a w samej Unii Europejskiej 40-60% populacji prowadzi siedzący tryb życia [26]

Pojęcie aktywności fizycznej

- **Aktywność fizyczna** jest czynnikiem sprzyjającym zdrowiu [18] i jedną z podstawowych potrzeb fizjologicznych [23]. Stanowi podstawowy czynnik utrzymujący każdą komórkę przy życiu [26]. Wg WHO jest to „**każdy ruch ciała, możliwy do wykonania dzięki mięśniom szkieletowym, który wymaga nakładów energii**”, a więc obejmuje wysiłek związany z pracami domowymi i pracą zawodową, przemieszczaniem się oraz zorganizowanymi formami rekreacji i sportu [19, 26].
- Znaczenie ochronne ma systematyczny wysiłek fizyczny, a **trening zdrowotny** rozumiany jest jako „**całozyciowy proces utrzymania odpowiedniej do wieku i potrzeb zdrowotnych ogólnej wydolności fizycznej organizmu w celu przeciwdziałania zdrowotnym i społecznym skutkom hipokinezji**” [22]
- Z badań klinicznych wynika, iż nawet najmniejsza dawka ruchu jest lepsza od bierności, a ruch powinien być dobrany do wieku i kondycji osoby [19].

Znaczenie aktywności fizycznej

Znaczenie ochronne ma systematyczna aktywność fizyczna [20, 21]. Wpływa na:

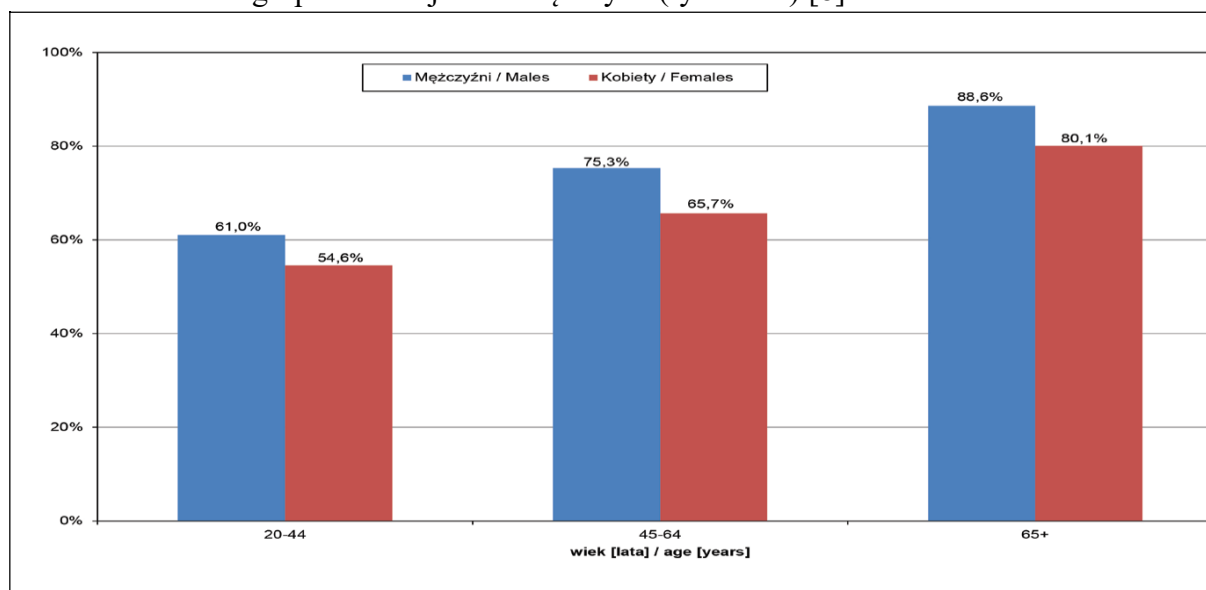
- **Potencjał zdrowia**
 - Poprawia wydolność krążenia

- Powiększa sieć naczyniową krążenia obocznego
- Zwiększa przepływ krwi w naczyniach obwodowych
- Obniża wartość ciśnienia skurczowego i rozkurczowego krwi
- Zwiększa pojemność płuc (lepsza wentylacja i większa zawartość tlenu we krwi)
- Poprawia sprawność psychiczną, odporność na stres i zmęczenie, poprawia samopoczucie (wzrost we krwi endomorfina)
- Stanowi korzystną przeciwwagę dla obciążenia pracą umysłową
- **Czynniki ryzyka chorób**
 - Obniża poziom trójglicerydów w surowicy krwi
 - Obniża stężenie cholesterolu całkowitego i frakcji LDL, a podwyższa frakcje HDL
 - Obniża stężenie glukozy we krwi
 - Wzmaga aktywność „wymiataczy” wolnych rodników
- **Zmniejszenie ryzyka występowania chorób i patologii**
 - Choroby niedokrwiennej serca
 - Nadciśnienia tętniczego
 - Otyłości
 - Cukrzycy
 - Zapobiega patologiom społecznym wśród młodzieży [20].

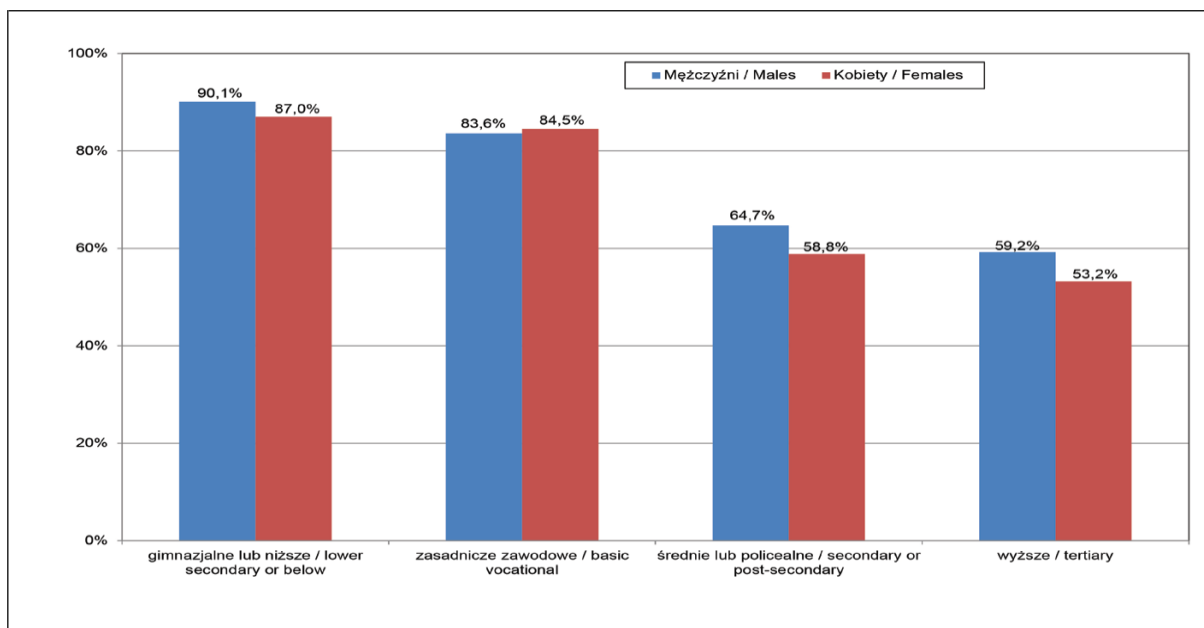
Poziom aktywności fizycznej Polaków

Badania od wielu lat wskazują na niski poziom aktywności fizycznej Polaków. Dane NIZP z 2020 roku wskazują, że:

- Znaczny odsetek badanych kobiet (54,6 do 80,1%) i mężczyzn (61,0 do 88,8%) nie podejmował żadnej aktywności fizycznej, a deficyt ten znacząco rośnie wraz z wiekiem (rycina 11)
- Deficyt aktywności fizycznej jest mniejszy wśród Polaków lepiej wykształconych, zarówno w grupie kobiet jak też mężczyzn (rycina 12) [8].



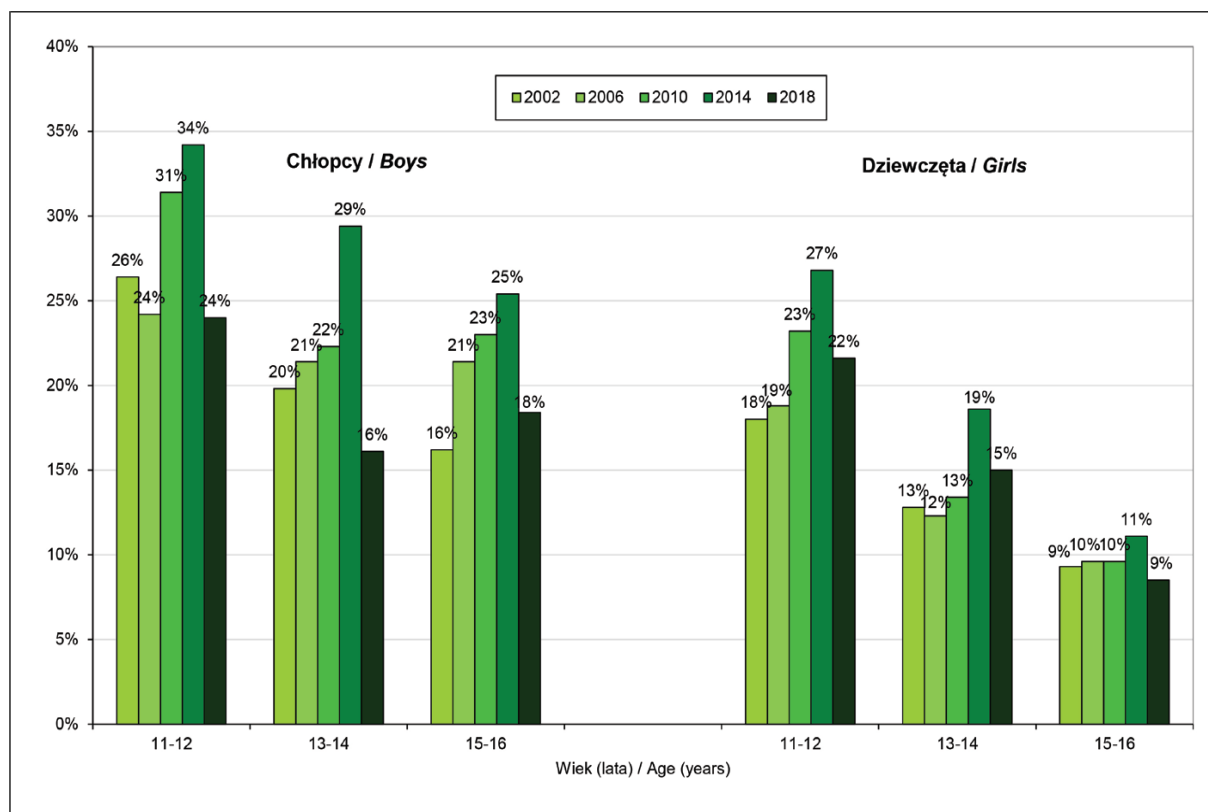
Rycina 38. Odsetek Polaków w wieku 20 lat lub więcej niepodjmujących żadnej rekreacyjnej aktywności fizycznej w 2020 roku wg płci i wieku (NIZP-PZH)[8]



Rycina 39. Odsetek Polaków w wieku 20 lat lub więcej niepodjmujących żadnej rekreacyjnej aktywności fizycznej w 2020 roku wg płci i poziomu wykształcenia (NIZP-PZH)[8]

Aktywność fizyczna wśród młodzieży

Z badań HBSC wynika, iż niewielki odsetek młodzieży szkolnej wypełnia dzienną normę aktywności fizycznej w grupie chłopców w granicach 20-30% i w grupie dziewcząt w granicach 20-10%, a odsetek ten spada w starszych grupach wiekowych (rycina 13)



Rycina 40. Odsetek młodzieży szkolnej wypełniających dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006, 2010, 2014 i 2018 (HBSC) [8]

Protekcyjne działanie wysiłku fizycznego

Zależy od rodzaju treningu, całkowitej dawki ćwiczeń (wielkość wydatku energetycznego w okresie tygodnia) częstości i intensywności wysiłku [6]. Literatura przedmiotu podaje liczne znane i akceptowane w wielu krajach zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w prewencji pierwotnej CHUK [28].

Tabela 1. Zalecenia aktywności ruchowej w prewencji pierwotnej CHUK i promocji zdrowia.

Cechy treningu	Charakterystyka
Częstotliwość	Minimum 3 x w tygodniu
Intensywność ćwiczeń	Umiarkowana (60-75% maksymalnego tętna) tj. dla wieku: 21-30 lat → 115-145 sk/min 31-40 lat → 110-140 sk/min 41-50 lat → 105-130 sk/min 51-60 lat → 100-125 sk/min 61-70 lat → 95-115 sk/min
Czas jednostki treningowej	20-60 minut (średnio 40 min.)
Rodzaj zalecanego treningu	<ul style="list-style-type: none">• Wytrzymałościowy• Jako uzupełnienie (10-15% objętości ćwiczeń) trening oporowy (ćwiczenia mieszane - statyczne i dynamiczne)• Główna część treningu poprzedzona 5-10 minutową rozgrzewką, a zakończony ćwiczeniami wyciszającymi (10-15 minut)
Wydatek energetyczny w czasie ćwiczeń	Minimum 200-300kcal/trening Powyżej 1000 kcal/tydzień Optymalnie powyżej 2000 kcal/tydzień
Zalecane formy ćwiczeń	Marsze, marszobiegi, jazda rowerem, pływanie, gry sportowe

Źródło: Drygas W., Jegier A.: Aktywność ruchowa w profilaktyce serca i naczyń. W: Naruszewicz M. (red.). Kardiologia zapobiegawcza II. Wydawnictwo eMKA, Warszawa 2007: 443-463.

Podstawą aktywności fizycznej w profilaktyce pierwotnej CHUK jest **trening wytrzymałościowy** angażujący duże grupy mięśniowe (np. mięśnie kończyn dolnych), który powinien **mieć charakter ciągły, czyli trwać nieprzerwanie przez kilka lub kilkanaście minut i powinien być prowadzony w warunkach tlenowych** [6, 2].

Szczególnie istotna z punktu widzenia efektywności treningu jest całkowita dawka wysiłku fizycznego wynikająca z wielkości wydatku energetycznego. Dawka około 1000 kcal/tydzień wg Drygasa i Jegier jest wystarczająca dla większości zdrowych osób dorosłych.

Autorzy podkreślają również znaczenie intensywności wysiłku, który powinien być wysiłkiem umiarkowanym, czyli do uzyskania od 60 do 75% maksymalnego tętna, mierzonego w czasie lub tuż po wysiłku [6].

Tabela 2. Średni wydatek energetyczny w wybranych dyscyplinach sportowych.

Forma ćwiczeń	Wydatek energetyczny	
	kcal/min	kcal/h
Marsz 5km/h, tenis stołowy, piłka siatkowa, gimnastyka	5	300
Tenis ziemny, badminton, taniec	7	420
Piłka koszykowa	9	540
Piłka nożna, pływanie 40m/min, narciarstwo biegowe, jazda na rowerze 20km/h	10	600
Bieg 10 km/h	>11	>660

Źródło: Drygas W., Jegier A.: *Aktywność ruchowa w profilaktyce serca i naczyń*. W: Naruszewicz M. (red.). *Kardiologia zapobiegawcza II*. Wydawnictwo eMKA, Warszawa 2007: 458 (Modyfikacja).

SPOŻYWANIE ALKOHOLU

Alkohol jako substancja psychoaktywna i czynnik ryzyka NCDs

Alkohol to najbardziej powszechnie stosowana substancja psychoaktywna (oddziaływująca na struktury OUN), której używanie prowadzi do powstania wielu szkód:

- Zdrowotnych - psychicznych (w tym uzależnienia) i somatycznych,
- Zaburzeń funkcjonowania w rolach społecznych
- Generująca różne problemy społeczne [27]

W kontekście zdrowia zaleca się abstynencję, czyli całkowite odstawienie alkoholu [28, 29]. Alkohol jest na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia, a jego nadużywanie skraca życie średnio o 16 lat [33].

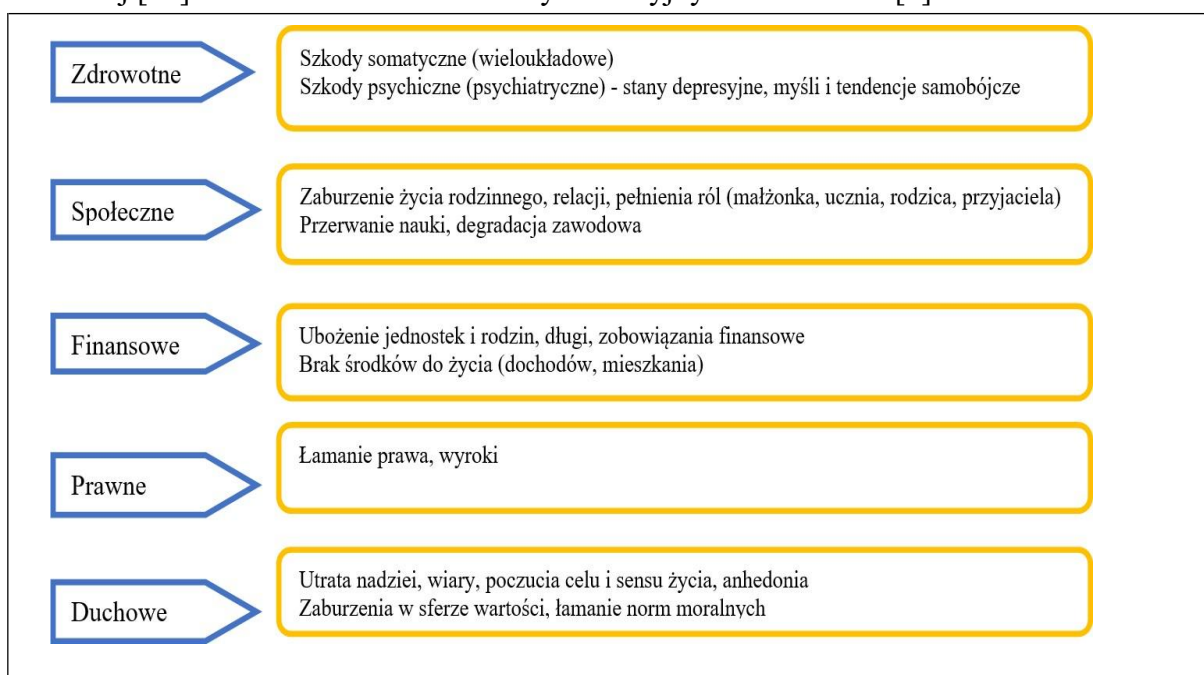
Wzory picia alkoholu

WHO wśród głównych czynników ryzyka NCDs, wskazuje na tzw. **szkodliwe nadużywanie alkoholu** [1,2,3,4,5], które jest jednym z modeli picia. Światowa Organizacja Zdrowia stosuje następujące definicje wzorów spożycia alkoholu:

- **Abstynencja** – całkowita rezygnacja ze spożywania alkoholu. Jest zdecydowanie najlepszym zaleceniem nie tylko dla osób z problemem alkoholowym,
- **Picie alkoholu o niskim ryzyku szkód** – to wzorzec spożywania alkoholu, który nie pociąga za sobą ryzyka poważnych konsekwencji zdrowotnych, psychologicznych i społecznych (spożywanie małych dawek alkoholu),
- **Picie okazjonalne** - upijanie się intencjonalne lub nieintencjonalne, któremu przypisuje się odpowiedzialność za niektóre szkody zdrowotne i społeczne (*wypijanie jednorazowo dużych dawek alkoholu*),
- **Picie ryzykowne** - to picie nadmiernych ilości alkoholu jednorazowo i w określonym czasie, nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model spożycia nie zostanie zmieniony (*spożywanie ponad 1- 2 (kobiety) lub 3-4 (mężczyźni) porcji zawierających 10g alkoholu dziennie*),

- **Picie szkodliwe** - to taki model picia alkoholu, który powoduje szkody zdrowotne somatyczne lub psychiczne (tj. zapalenie trzustki, poalkoholowe uszkodzenie wątroby, stany depresyjne, dysfotyczne, itp.), ale również szkody psychologiczne i społeczne (przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu),
- **Uzależnienie od alkoholu** - to zespół zjawisk somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których zdobywanie i picie alkoholu zaczyna dominować nad innymi ważnymi dotychczas aktywnościami życiowymi.

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą (**choroba alkoholowa**) - chroniczną, postępującą i potencjalnie śmiertelną. Nie jest możliwe całkowite jej wyleczenie, a jedynie zahamowania narastania jej objawów i szkód zdrowotnych z nią związanych. Jest chorobą wieloczynnikową, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej [27]. Jest zaliczana do chorób cywilizacyjnych XXI wieku [..].



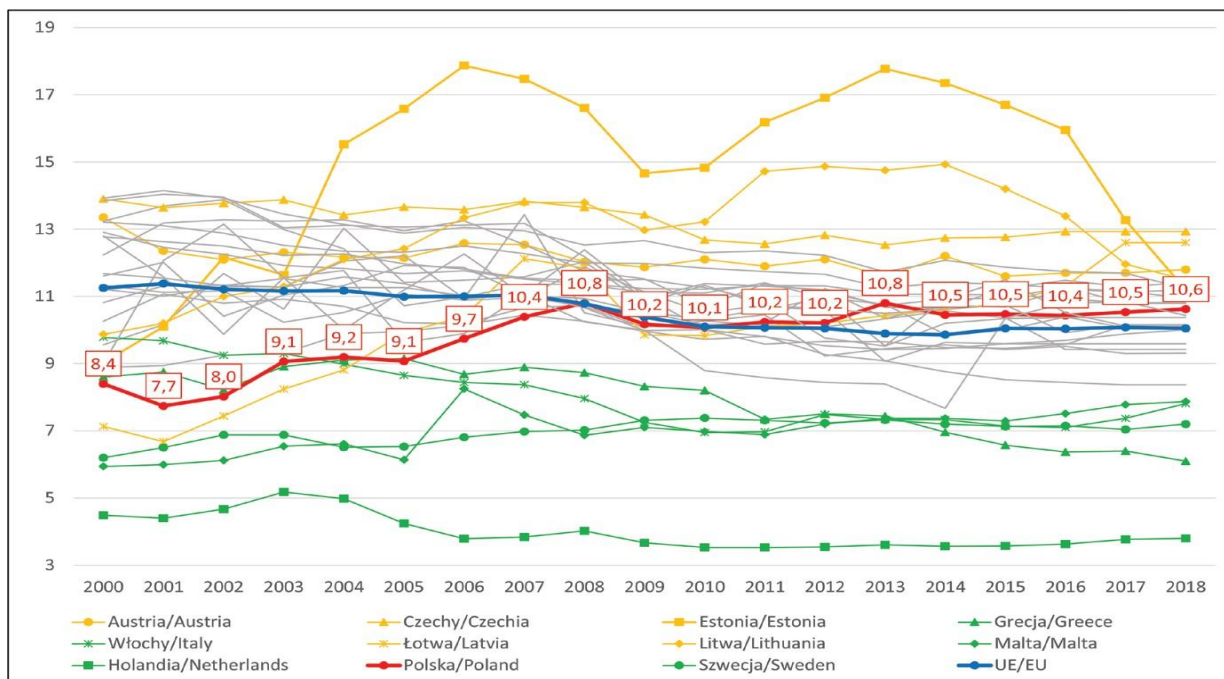
Rycina 41. Skutki uzależnienia od alkoholu [Opracowanie własne]

Skutki somatyczne spożywania alkoholu

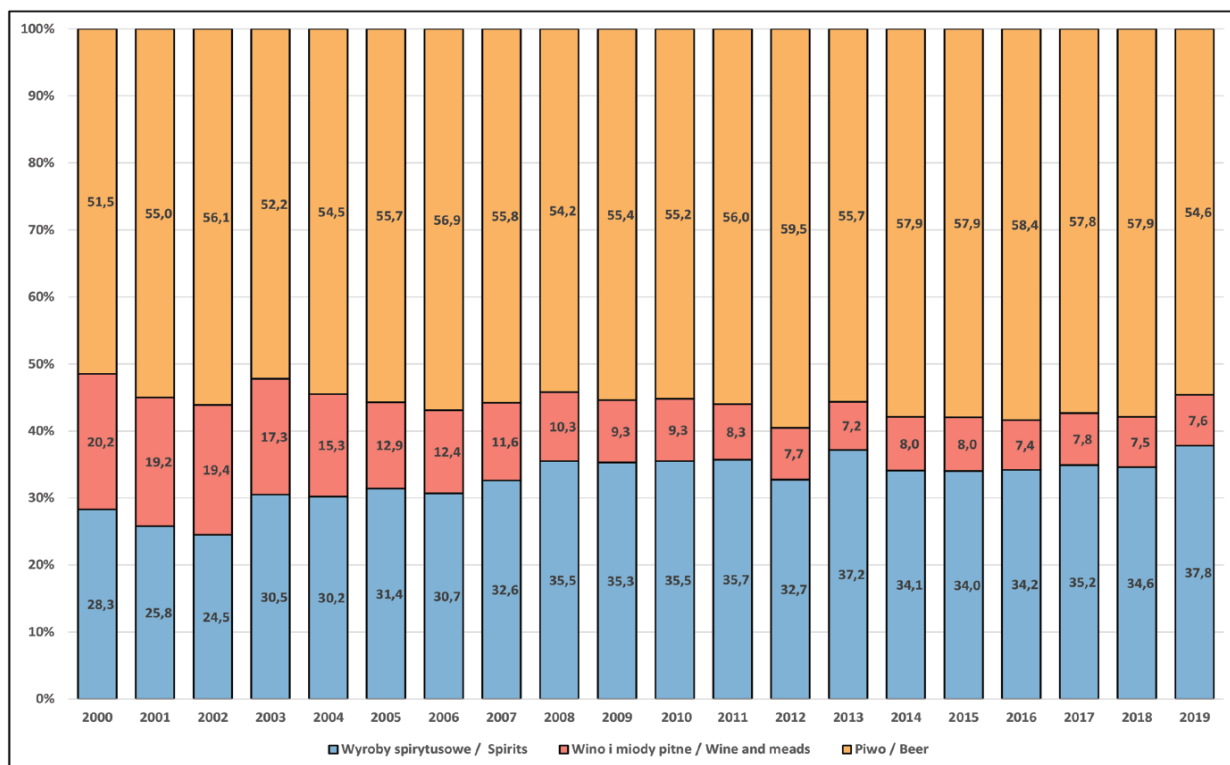
- Alkohol toruje drogę dla wielu chorób [30]
- Zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór piersi, jelita, wątroby, jamy ustnej i gardła, przełyku oraz żołądka. Aldehyd octowy, który jest produktem metabolizmu alkoholu w organizmie, może uszkadzać DNA i prowadzić do rozwoju nowotworów. Alkohol zwiększa też stężenie niektórych hormonów, co również jest niekorzystne dla naszego zdrowia. Rakotwórcze działanie alkoholu potęgowane jest przez dym tytoniowy [28, 29].
- Powoduje uszkodzenia wątroby i trzustki, przewlekłe zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego
- Wieloletnia intoksykacja alkoholem powoduje zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatię. Jest przyczyną polineuropatii, encefalopatii, padaczki poalkoholowej oraz psychoza alkoholowych [30].

Badania wskazują również na korzyści picia alkoholu w małych dawkach dla układu krążenia i metabolizmu. Chodzi o czerwone wino i zawarty w nim Resweratrol. Obniża poziom LDL i zwiększa HDL, może działać prewencyjnie względem cukrzycy [30]. **Eksperti podkreślają jednak, iż spożywanie alkoholu wiąże się z tak wieloma szkodami, że nie można zalecać takiego rodzaju działań ochronnych [34].**

Trendy spożycia alkoholu – dane epidemiologiczne



Rycina 42. Trendy w spożyciu alkoholu w Polsce i krajach UE (WHO Global Health Observatory) [8]



Rycina 43. Struktura spożycia alkoholu w Polsce w latach 2000-2019 (Polska Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) [8]

ANTYZDROWOTNE ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE

Sposób odżywiania obejmuje wiele elementów, m.in. jakość produktów spożywczych, ilość dostarczanej organizmowi energii, strukturę spożycia – właściwe zestawienie produktów w posiłkach, rozkład dziennej racji pokarmowej na posiłki [9].

Błędy żywieniowe mające znaczenie w etiologii schorzeń cywilizacyjnych

Błędy żywieniowe związane z nadkonsumpcją

- Zbyt duża ilość energii pobieranej z pożywieniem w stosunku do zapotrzebowania kalorycznego organizmu
- Zbyt duża ilość w pożywieniu energii pochodząca ze spożycia tłuszczów, zwłaszcza zwierzęcych o wysokiej zawartości kwasów tłuszczowych nasyconych
- Zawartość w diecie zbyt dużej ilości cholesterolu
- Nadmiar łatwo przyswajalnych wolnych cukrów (cukrów prostych i dwucukrów, głównie sacharozy)
- Nadmiar chlorku sodu (soli kuchennej)
- Nadmierne spożycie alkoholu [9]
- Preferowanie mięsa jako źródła białka
- Nadmierne spożycie mięsa, zwłaszcza czerwonego

Błędy żywieniowe związane ze zbyt niskim spożyciem niektórych składników pokarmowych

- Zbyt mała ilość energii pochodząca ze spożycia węglowodanów złożonych
- Zbyt niskie spożycie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, w tym niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT)
- Zbyt niskie spożycie warzyw i owoców, produktów roślin strączkowych, produktów z grubego przemiału (np. ciemnego pieczywa)
- Zbyt niska zawartość w pożywieniu błonnika pokarmowego
- Małe spożycie mleka i jego przetworów oraz ryb

Pozostałe (inne) błędy żywieniowe

- Nieregularne spożywanie posiłków, w tym niespożywanie pierwszych śniadań, spożywanie jednorazowo posiłków zbyt obfitych
- Zjadanie posiłków w pośpiechu
- Spożywanie nadmiernej ilości żywności konserwowanej i przygotowanej przemysłowo (gotowe produkty, zupki itp.) [9]
- Stosowanie niewłaściwych technik przygotowania posiłków (np. smażenia, grillowanie)

Skutki błędów żywieniowych

- Miażdżyca tętnic, a na jej podłożu choroba niedokrwienna serca i inne zaburzenia naczyniowe (udary mózgu), nadciśnienie tętnicze
- Nadwaga i otyłość, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy
- Cukrzyca insulinoniezależna (typu II)
- Niektóre rodzaje nowotworów – rak żołądka, okrężnicy, jelita grubego, sutka, prostaty, trzonu macicy i jajnika, krtani i przełyku, pierwotnego raka wątroby
- Osteoporoza, próchnica zębów, wole endemiczne [9].

5. WYBRANE METABOLICZNE CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB CYWILIZACYJNYCH

HIPERCHOLESTEROLEMIA jako dyslipidemia

Cholesterol i jego znaczenie w organizmie

Cholesterol to substancja tłuszczowa [50] niezbędna do prawidłowego funkcjonowania organizmu

- Jest składnikiem budulcowym błon lipidowych: pełni funkcje strukturalne, odpowiada także za płynność błon komórkowych
- Uczestniczy w przekazywaniu sygnałów, gdyż jest składnikiem otoczki mielinowej komórek nerwowych. Uznaje się, że do właściwego funkcjonowania mózgu i komórek nerwowych niezbędna jest obecność cholesterolu w ilości minimum 5%
- Decyduje o aktywności receptorów i enzymów uczestniczących w różnych szlakach metabolicznych
- Cholesterol jako składnik żółci pomaga w trawieniu tłuszczu
- Jest prekursorem syntezy witaminy D₃ oraz hormonów steroidowych, takich jak aldosteron, progesteron, estrogeny, testosteron oraz kortyzon

W zależności od pochodzenia cholesterolu wyróżnia się:

Cholesterol endogenny

- Produkowany jest w organizmie człowieka. Może on być syntetyzowany przez wszystkie komórki organizmu (główne - wątroba, jelita i skóra). Dziennie w wątrobie syntetyzowane jest około 800 mg cholesterolu, a w całym organizmie zdrowego człowieka nawet do 1500 mg [49]. Dostarcza około $\frac{3}{4}$ jego całkowitej ilości [50].

Cholesterol egzogeny

- To cholesterol dostarczany z pożywieniem [49]. Źródłem takiego cholesterolu są tłuszcze zwierzęce oraz produkty pochodzenia zwierzęcego, czyli mięso i jego przetwory, jaja oraz w mniejszym stopniu nabiał [49]

Frakcje cholesterolu we krwi

Cholesterol całkowity

- Jest to ogólna ilość cholesterolu znajdującego się w organizmie człowieka (egzogeny i endogeny).
- Ponieważ cholesterol jest nierozpuszczalny we krwi i płynach obwodowych, musi być transportowany do miejsc przeznaczenia w postaci kompleksów z białkami w formie **lipoprotein** – czyli cząstek zbudowanych z białka i tłuszczów [49, 50]
- **Lipoproteiny osocza**
 - To cząstki zbudowane z hydrofobowego rdzenia, bogatego w cholesterol i triglicerydy oraz z płaszcza utworzonego z wolnego (niezestryfikowanego) cholesterolu, fosfolipidów, a także ze specjalnego białka zwanego apolipoproteiną. Najwyższą zawartością apolipoprotein cechują się lipoproteiny o dużej gęstości - HDL [49].
 - W zależności od gęstości wyróżnia się 4 ich grupy:

- o bardzo małej gęstości (ang. *very low density lipoprotein* – VLDL),
 - o pośredniej gęstości (ang. *intermediate density lipoprotein* – IDL)
 - Lipoproteiny o małej gęstości (ang. *low density lipoprotein* – LDL)
 - Lipoproteiny o dużej gęstości (ang. *high density lipoprotein* – HDL)
- [49, 50]

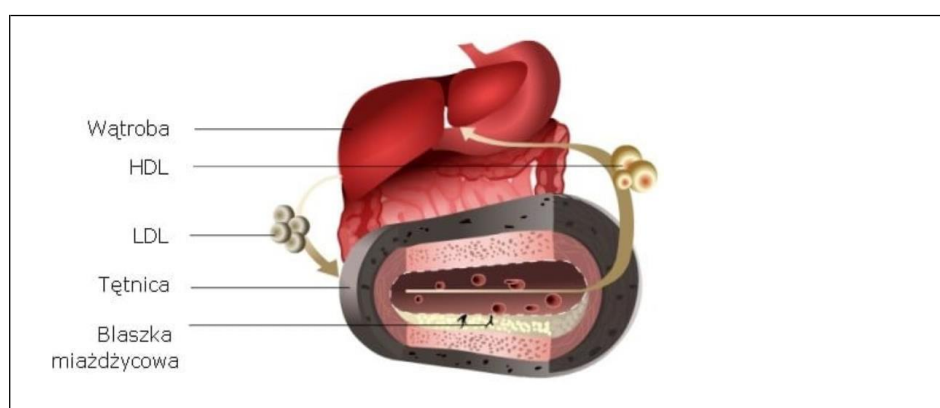
W zależności od gęstości poszczególnych lipoprotein rozróżnia się:

Cholesterol LDL – tzw. zły cholesterol

- Cholesterol zawarty w LDL potocznie określa się jako „zły”. Wiąże się to z faktem, że LDL dostarcza cholesterol do poszczególnych komórek („rozprowadza” go po organizmie). Nieprawidłowości w procesach metabolicznych mogą prowadzić do gromadzenia nadmiaru LDL, prowadząc do miażdżycy. LDL są stosunkowo niewielkie i dlatego z łatwością przenikają przez ściany śródbłonka naczyń [49], jednak po wnikięciu do ściany naczynia, pozostają tam [50]

Cholesterol HDL - tzw. dobry cholesterol

- Cholesterol zawarty w HDL określane jest jako „dobry” [49, 50] - ma bowiem działanie ochronne, co oznacza, że duże stężenie cholesterolu HDL **zmniejsza ryzyko miażdżycy i związanych z nią chorób** [48].
- Wynika to z faktu, że HDL bierze udział w **odwrotnym transporcie cholesterolu** z komórek pozawątrobowych do wątroby (oczyszcza tkanki z nadmiaru cholesterolu i transportuje go do wątroby) [49]. Lipoproteiny te są małymi cząsteczkami, które łatwo przedostają się do ściany naczynia i bez trudu je opuszczają, zabierając ze sobą nadmiar zgromadzonego tam cholesterolu [50].
- Zarówno badania kliniczne, jak i epidemiologiczne wykazały odwrotną zależność między stężeniem HDL w osoczu a ryzykiem rozwoju miażdżycy. Istnieją również inne korzystne funkcje HDL, do których zalicza się jej antyoksydacyjne, przeciwzapalne, przeciwzakrzepowe działanie.[49]



Rycina 24. Krążenie cholesterolu w organizmie. Źródło [49]

Hipercholesterolemia – pojęcie i rozpowszechnienie

- Spożywanie w nadmiernych ilościach pokarmów z dużą zawartością cholesterolu i jednoczesnym zwiększonym spożyciu nasyconych kwasów tłuszczowych, może przyczyniać się do powstania hipercholesterolemii [49].
- Hipercholesterolemią nazywamy zwiększone stężenie cholesterolu we krwi [47], a dokładnie podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego i frakcji LDL [49]
- Podwyższone stężenie cholesterolu jest zwykle wynikiem interakcji wielu czynników środowiskowych, takich jak:

- niewłaściwa dieta
- mała aktywność fizyczna
- palenie papierosów oraz
- predyspozycje genetyczne.[49]
- Hipercholesterolemia jest jedną z **dyslipemii**, czyli stanu, w którym stężenia lipidów i lipoprotein we krwi przekraczają wartości uznane za pożądane [47].
- Za nieprawidłowe przyjmuje się u osób zdrowych stężenie **LDL-C ≥ 3 mmol/l (115 mg/dl)**. Takie stężenie występuje u 57,8% dorosłych Polaków (w wieku 18–79 lat), w tym u 58,3% mężczyzn i 57,3% kobiet.
- Najczęściej spotyka się hipercholesterolemię wielogenową, która występuje u 1 osoby na 10–20 zależnie od wieku (częściej u osób w starszym wieku). Hipercholesterolemie uwarunkowane genetycznie są rzadsze (występują u 1 osoby na 500–1000 [47]

Diagnostyka hipercholesterolemii - lipidogram

Profil lipidowy (lipidogram), to podstawowe badanie służące ocenie gospodarki lipidowej organizmu. Dzięki niemu można zdiagnozować, m.in. hipercholesterolemię, aterogenną dyslipidemię lub hipertriglicydemię [49]. Obejmuje ocenę:

- Stężenia cholesterolu całkowitego,
- Stężenia cholesterolu LDL (LDL-C),
- Cholesterolu HDL (HDL-C)
- Triglicerydów [49]

Normy cholesterolu całkowitego we krwi i innych frakcji

Normy u osób zdrowych (z małym ryzykiem sercowo-naczyniowym):

- **Cholesterol całkowity:** 3,0–4,9 mmol/l (114–190 mg/dl)
- **Cholesterol HDL:** kobiety $>1,3$ mmol/l (50 mg/dl), mężczyźni $>1,0$ mmol/l (40 mg/dl)
- **Cholesterol LDL:** $<3,0$ mmol/l (115 mg/dl)
- **Triglicerydy:** $<1,7$ mmol/l (150 mg/dl) na czczo lub $<2,0$ mmol/l (175 mg/dl) nie na czczo

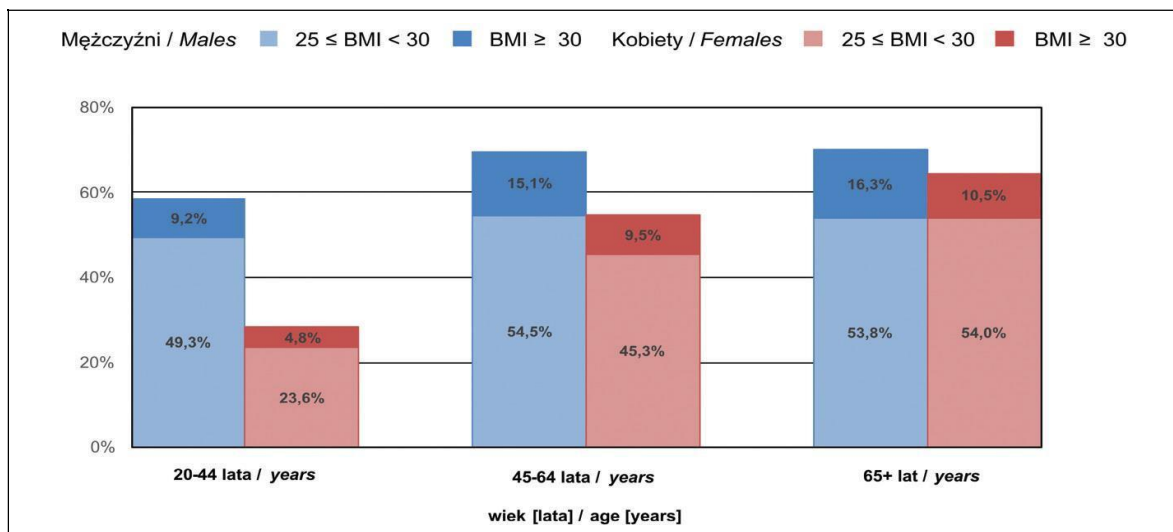
U osób z hipercholesterolemią występuje zwiększone stężenie **całkowitego cholesterolu oraz cholesterolu LDL (LDL-C)**. Stężenie triglicerydów może być prawidłowe lub nieznacznie zwiększone. [47].

NADWAGA I OTYŁOŚĆ

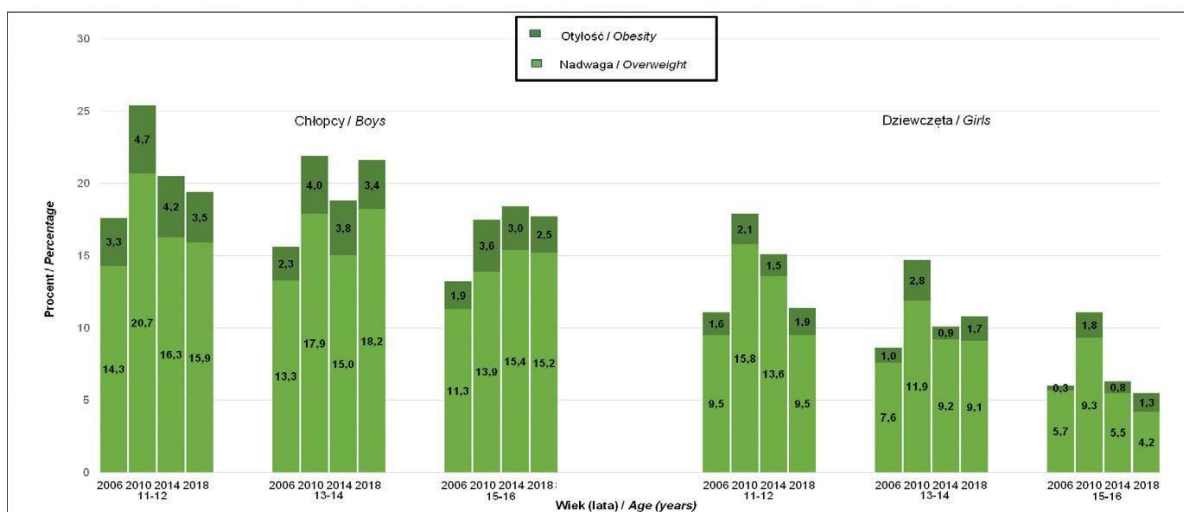
Epidemiologia nadwagi i otyłości

- W Europie otyłość osiągnęła rozmiary epidemii. Wg WHO w Europie 11% mężczyzn i 15% kobiet w wieku 18 lat i więcej jest otyłych, a więcej niż 42 miliony dzieci poniżej 5 roku życia ma nadwagę [8?].
- W Polsce w 2020 roku odnotowano zróżnicowany poziom otyłości w zależności od grup wiekowych i płci [wykres 16]:
 - W populacji mężczyzn otyłość dotyczyła od 9,2% grupy wiekowej 20-44 lata do 16,3% osób 65+). Natomiast otyłość wraz z nadwagą dotyczyła odpowiednio od 58,5% do 70,1%.

- W populacji kobiet odsetek ten był niższy i wynosił od 4,8% w grupie wiekowej 20-44 lata do 10,5% wśród osób 65+). Natomiast otyłość wraz z nadwagą dotyczyła odpowiednio od 28,4% do 64,5%.
- W populacji dzieci i młodzieży w roku 2018 nadwaga i otyłość dotyczyła (wykres 17):
 - W populacji chłopców od 19,4% (11-12 lat) do 17,7% (15-16 lat)
 - W populacji dziewcząt od 10,4% (11-12 lat) do 5,5% (15-16 lat)



Rycina 45. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej w 2020 roku według płci i wieku (NIZP-PZH)[8]



Rycina 46. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród młodzieży szkolnej w wieku 11-12, 13-14 i 15-16 lat w latach 2006, 2010, 2014 i 2018 (HBSC)[8]

Pojęcie i skutki otyłości

Otyłość to choroba przewlekła, która została sklasyfikowana jako schorzenie (1985; E.66 wg ICD-10) [8, 41, 42, 43], polegająca na nadmiernym nagromadzeniu tkanki tłuszczowej wyrażonej wskaźnikiem masy ciała (BMI) ≥ 30 kg/m² [8, 41-43]. Jest również głównym czynnikiem ryzyka innych chorób cywilizacyjnych, w niektórych sytuacjach będących jednocześnie czynnikami ryzyka NDs*:

- Chorób układu krążenia (sercowo-naczyniowych)
- Cukrzycy (typu 2)*

- Nowotworów złośliwych
- Przewlekłych chorób układu ruchu
- Nadciśnienia tętniczego*
- Zespołu metabolicznego* [8?, 40, 41, 44].
- Miażdżycy, dyslipidemii oraz zapalenia [44]

Rodzaje otyłości

Klasyfikacja otyłości ze względu na przyczynę

- **Otyłość pierwotna** (prosta, samoistna) - do której prowadzą różne czynniki środowiskowe. Występuje zarówno u dzieci jak i dorosłych. Nakładające się na otyłość prostą ciągłe spożywanie pokarmów wysokokalorycznych oraz niewielka liczba posiłków w ciągu dnia powoduje znaczną tendencję do utrzymywania się wysokiego stężenia cholesterolu i zaburzonej tolerancji węglowodanów
- **Otyłość wtórna** (objawowa)
 - Rozwija się w następstwie **innych chorób**, np. zespołu Cushinga, zespołu policystycznych jajników, wyspiaka wydzielającego insulinę, niedoboru hormonu wzrostu lub rzekomej niedoczynności przynajmniej. Występuje ona także w genetycznie uwarunkowanych zespołach: Willy - Pradera, Bardeta Moo-na-Biedla, Alstroma-Hallgren, Cohena, Carpentera, a także w zespole Downa.
 - **Otyłość polekowa**. Jest ona następstwem leczenia m.in. glikokortykosteroidami, przedawkowania insuliny w cukrzycy, długotrwałego stosowania cyproheptadyny, pochodnych fenotiazyny, estrogenów, progesteronu, środków uspokajających oraz amitryptyliny (lek p/depresyjny).
 - **Otyłość podwzgórzowa**. Może ona być wywołana urazem, guzem nowotworowym, tętniakiem lub stanem zapalnym obejmującym brzuszno-przyśrodkową część podwzgórza, w której jest zlokalizowany ośrodek sytości. Cechuje ją wzmożone łaknienie [43].

Klasyfikacja otyłości ze względu na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej

Na podstawie dystrybucji tkanki tłuszczowej w poszczególnych rejonach ciała można wyróżnić dwa typy otyłości i ocenić zagrożenie zdrowotne. Wyróżnia się:

- **Otyłość androidalna** (wisceralna, centralna, brzuszna, trzewna, „typu jabłko”). Jest charakterystyczna dla mężczyzn - u kobiet z reguły pojawia się ona w okresie menopauzy, może także stanowić przejaw otyłości występującej rodzinnie. Charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w górnej połowie ciała, głównie wewnątrz jamy brzusznej w sieci krezki i w przestrzeni zaotrzewnowej. Jest szczególnie groźna dla zdrowia, jest częścią złożonego zespołu zaburzeń metabolicznych
 - Stanowi ryzyko wystąpienia zmian biochemicznych, które prowadzą do rozwoju cukrzycy typu 2, choroby niedokrwiennej serca oraz udaru mózgu.
 - Ten typ rozmieszczenia tkanki tłuszczowej może występować także u osób z prawidłową lub lekko podwyższoną masą ciała i stanowi wówczas czynnik ryzyka również dla tej grupy osób. Wykazano, że WHR dodatnio koreluje z czynnikami takimi jak: miażdżycorodne zaburzenia w metabolizmie

lipoprotein, upośledzona tolerancja glukozy, hiperinsulinemia, nadciśnienie tętnicze, wysokie stężenie fibrynogenu we krwi (tendencja do tworzenia zakrzepów naczyniowych), podatność na stres i niekorzystne zachowania żywieniowe.

- Zagrożenie chorobą wieńcową i dyslipidemią narasta wraz ze wzrostem ilości trzewnej tkanki tłuszczowej. W odniesieniu do choroby wieńcowej i udaru mózgu ryzyko to jest niezależne od stopnia otyłości, a więc wystarczy sam fakt występowania otyłości brzusznej bez względu na stopień jej nasilenia. W odniesieniu do cukrzycy (nawet przy prawidłowo monitorowanej glikemii) zagrożenie chorobą wieńcową jest tym większe, im bardziej rozwinięta jest trzewna tkanka tłuszczowa. Znacznie groźniejsza w skutkach jest otyłość trzewna u mężczyzn, ponieważ testosteron nasila insulinooporność, natomiast u kobiet estrogeny osłabiają ją [43]
- Otyłość wisceralna wiąże się ze zwiększoną odpowiedzią zapalną oraz ze zmniejszonym poziomem testosteronu w osoczu, co zwiększa ryzyko patologii naczyniowych [44]
- **Otyłość ginoidalną** – (pośladkowo-udowa, „typu gruszka”). Jest typowa dla kobiet, charakteryzuje się występowaniem nadmiaru tkanki tłuszczowej w obrębie dolnej połowy ciała. Niesie ze sobą mniejsze zagrożenie zdrowotne niż otyłość trzewna. Z tym typem otyłości kojarzą się głównie schorzenia narządu ruchu i dróg żółciowych. Ponadto notuje się 3–krotnie mniejsze ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego niż w przypadku otyłości brzusznej [43]

Przyczyny otyłości

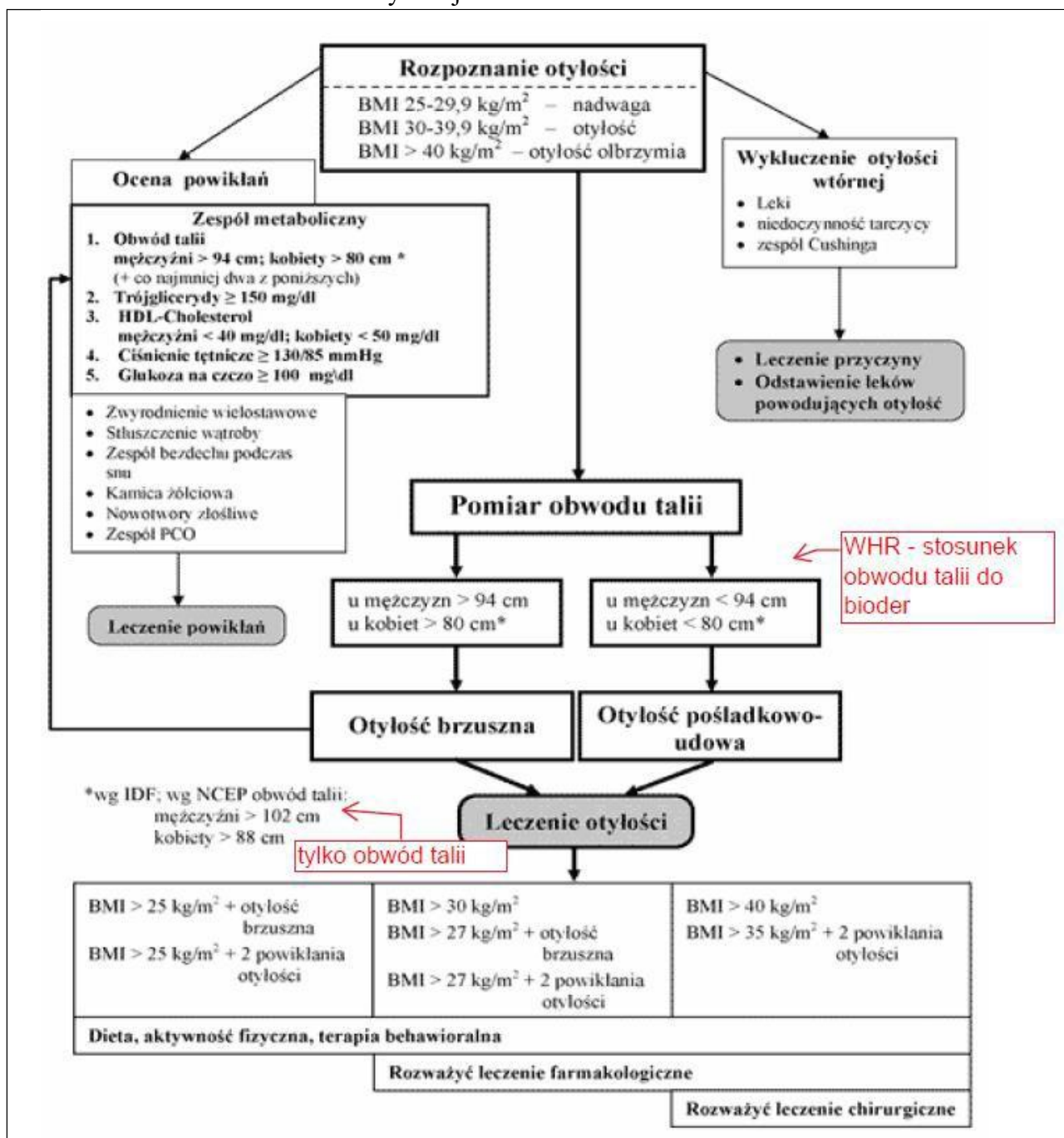
- Przyjmowanie nadmiaru energii w stosunku do jej zużycia - nieodpowiednia dieta i brak aktywności fizycznej [43, 44]
 - Nieodpowiedni skład diety, mała liczebność i częstość spożywania posiłków, przekarmianie i sztuczne żywienie w wieku niemowlęcym (zwłaszcza w pierwszym półroczu). Osoby spożywające 1-2 posiłki dziennie wykazują większą tendencję do tycia, mają wyższe stężenie cholesterolu i częściej zaburzoną tolerancję węglowodanów niż te, które spożywają 5 posiłków dziennie. Posiłki bogate w tłuszcze i węglowodany oraz mała aktywność fizyczna sprzyjają odkładaniu tkanki tłuszczowej.
 - Zastój mięśniowy wynikający z braku aktywności fizycznej i długotrwałej hipokinezy prowadzi do:
 - Zbijania się kropelek tłuszczu w adipocytach, a w taki sposób zbita tkanka tłuszczowa trudniej podlega rozpadowi.
 - Zmniejszenia zużycia energii
 - Często unieruchomieniu towarzyszy dodatkowo spożywanie bogatokalorycznej żywności (podjadanie) np. chipsów, słonych paluszków, prażonej kukurydzy, co sprzyja odkładaniu tłuszczu [43]
- Oprócz w/w czynników, podkreśla się:
 - Czynniki genetyczne, np. wadliwe szlaki biochemiczne zaangażowane w wydatek energetyczny [44], skłonność organizmu do magazynowania energii celem wykorzystania jej w sytuacjach niedostatku (tzw. oszczędne geny) [43]
 - Niska podstawowa przemiana materii

- Programowanie otyłości w okresie płodowym (niedożywienie płodu wymuszające oszczędne gospodarowanie składnikami odżywczymi, zwłaszcza glukozą)
- Skłonność do preferencyjnego utleniania węglowodanów, względem lipidów (2,5-krotnie większa skłonność do tycia)
- Brak uczucia sytości – wynikający z braku pobudzenia ośrodka sytości w podwzgórzu mózgu przez tzw. czynniki sytości, np. leptynę (hormon białkowy)
 - Leptyna wydzielana jest pod wpływem insuliny w tkance tłuszczowej i transportowana drogą krwi do mózgu. Zmniejszając łaknienie i spożycie pokarmów leptyna bierze udział w utrzymywaniu stałej masy ciała. Jeżeli stężenie leptyny spada, nasila się spożycie pokarmów
 - Funkcję leptyny jako czynnika sytości mogą upośledzać: mutacje w genie, który ją koduje, defekty w budowie receptora lub defekty w przekazywaniu sygnału z receptora na układy wykonawcze w podwzgórzu mózgu.
- Ograniczenie termogenezy poposiłkowej lub jej brak – ograniczenie rozproszenia energii w postaci ciepła, która u osób szczupłych obejmuje nawet 10% energii. Przyczyną jest niedobór lub dysfunkcja tzw. brunatnej tkanki tłuszczowej (której skupiska występują w normalnej tkance tłuszczowej) wydzielającej termogeninę powiązaną w mechanizmie działania z noradrenaliną
- Zaburzenia czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego
 - Pierwotne – hiperinsulinizm spowodowany guzami trzustki, nadczynność kory nadnerczy i jajników, zwiększone wydzielanie somatostatyny. Skutkiem tego stanu jest przestawienie się organizmu na składowanie tłuszczu i spadek wydatkowania energii.
- Zaburzenia aktywności białek stymulujących syntezę trójglicerydów – towarzyszy niektórym typom otyłości (ASP - ang. *acylation stimulating proteins*) w odpowiedzi na wysokokaloryczną dietę.
 - W otyłości gynoidalnej (typu kobiecego) stężenie ASP w osoczu krwi jest podwyższone, wyższa jest także zdolność odkładania podskórnej tkanki tłuszczowej.
 - W otyłości brzusznej odpowiedź komórek wewnątrzbrzusznej tkanki tłuszczowej na białka ASP jest osłabiona. Stan ten powoduje wzrost stężenia wolnych kwasów tłuszczowych w surowicy krwi, obniżoną zdolność usuwania z osocza krwi poposiłkowych lipoprotein bogatych w triglicerydy i większy ich napływ do wątroby. Konsekwencją tego faktu jest wzrost syntezy miażdżycorodnych lipoprotein oraz wzrost stężenia ASP w osoczu krwi [43].

Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w przypadku otyłości

- Zazwyczaj tkanka tłuszczowa stanowi 10-15 % masy ciała młodego zdrowego mężczyzny i 20-25 % masy ciała młodej kobiety.
 - Otyłość u osób dorosłych stwierdza się, gdy odsetek tłuszczu w ciele niezależnie od wieku przekracza 25% należnej masy ciała u mężczyzn i 30% u kobiet.
 - Otyłość rozpoznaje się najczęściej na podstawie pomiarów antropometrycznych. W tym celu należy zmierzyć: wzrost, masę ciała, obwód

talii, obwód bioder oraz ocenić grubość fałdów skórno-tłuszczowych w standardowo określonych rejonach ciała.



Wskaźniki oceny otyłości

- **Pożądana / idealna masa ciała (IMC)**

Najprostszym sposobem rozpoznawania otyłości jest porównanie aktualnej masy ciała danego osobnika z pożądaną, zwaną także idealną masą ciała, ustaloną zgodnie z przyjętymi zasadami (wzór Lorenza):

$$IMC = (\text{wzrost [cm]} - 100) - \{(\text{wzrost [cm]} - 150) : K\}$$

Współczynnik K dla kobiet wynosi 4, a dla mężczyzn 2.

Przekroczenie idealnej masy ciała określa się jako nadwagę. Jej zaawansowaną postać stanowi otyłość, w której IMC jest przekroczona o co najmniej 20%.

- **Wskaźnik masy ciała** (wskaźnik Queteleta, lub BMI)

Uważa się go za najlepszy sposób oceny masy ciała. BMI (ang. *body mass index*), jest to stosunek masy ciała wyrażonej w kilogramach do kwadratu wzrostu pacjenta podanego w metrach (*interpretacja opisana w rozdziale dotyczącym mierników zdrowia*).

$$BMI = \frac{\text{Ciężar ciała (kg)}}{(\text{wzrost(m)})^2}$$

- **Pomiar obwodu pasa** (WC, waist circumference; tzw. "pas hipertriglicerydemiczny")
Przyjmuje się wartości nieprawidłowe:
 - Dla kobiet powyżej 88 cm
 - Dla mężczyzn powyżej 102 cm [45, 41]
- **Wskaźnik talia/biodra** (WHR - *waist to hip ratio*) [43, 45]

$$WHR = \frac{\text{Obwód pasa (cm)}}{\text{Obwód bioder (cm)}}$$

Typ otyłości	Kobiety	Mężczyźni
Otyłość trzewna	WHR \geq 0,8	WHR \geq 1,0
Otyłość udowo - pośladowa	WHR $<$ 0,8	WHR $<$ 1,0

Źródło [43].

Uwaga: Niektóre źródła podają również wartość wskaźnika WHR $>$ 0,85 u kobiety i $>$ 0,9 u mężczyzny.

ZESPÓŁ METABOLICZNY

Pojęcie zespołu metabolicznego

- U około 25% osób otyłych występuje zespół metaboliczny [44], który jest przede wszystkim powiązany z otyłością brzuszną [43, 44]. Występowanie ZM rośnie wraz z wiekiem, co jest widoczne częściej wśród kobiet. Występuje również u dzieci i młodzieży [45].
- WHO definiuje zespół metaboliczny jako współwystępowanie czynników ryzyka pochodzenia metabolicznego, sprzyjających rozwojowi chorób sercowo-naczyniowych o podłożu miażdżycowym oraz cukrzycy typu 2. Do składowych ZM zaliczono:
 - otyłość brzuszną,
 - dyslipidemię,
 - podwyższone ciśnienie krwi,

-
- insulinooporność z lub bez upośledzonej tolerancji glukozy,
 - stan prozapalny
 - oraz stan prozakrzepowy.
 - Występowanie ZM zwiększa dwukrotnie ryzyko pojawienia się chorób układu krążenia i pięć razy ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2.[46]

ROZDZIAŁ 5.

MIEJSCE EDUKACJI ZDROWOTNEJ I PROGRAMÓW PROZDROWOTNYCH W DZIAŁANIACH NA RZECZ ZDROWIA

1. POJĘCIE I ZNACZENIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Wprowadzenie

- To pojęcie nierozdzielnie związane z promocją zdrowia, które przywędrowało do nas z zachodu (*education for health*).
- W Polsce poprzedzone było takimi pojęciami jak:
 - Oświata zdrowotna
 - Wychowanie zdrowotnez tym że edukacja zdrowotna jest jednak pojęciem o szerszym znaczeniu, stawiającym na **aktywność własną człowieka**.
- U podłoża edukacji zdrowotnej leżą **dwa założenia** (2):
 - Zdrowie jest w istotny sposób uwarunkowane przez zachowania osobnicze,
 - Zachowania te można prozdrowotnie kształtować (modyfikować, zmieniać) przez oddziaływania edukacyjne.

Definiowanie terminu edukacja zdrowotna

Propozycji definiowania edukacji zdrowotnej jest bardzo wiele, a wszystkie zgodne są w następujących punktach:

- Są to działania zaplanowane lub co najmniej zamierzone
- Są adresowane do zbiorowości lub jednostek
- Ich celem jest nauczanie i skłonienie do podejmowania określonych zachowań służących zdrowiu
- Działania edukacyjne polegają przede wszystkim na operowaniu informacją.

Wśród najczęściej przytaczanych definicji zdrowia wymieniane są:

Edukacja zdrowotna to działania, których celem jest wyposażenie osób zdrowych lub chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia.

Edukacja zdrowotna to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją. Składa się z kilku etapów:

- Uświadomienie sobie przez człowieka problemów zdrowia
- Podjęcie osobistych decyzji i działań w celu zmiany zachowań zdrowotnych
- Podjęcie zaplanowanych działań zmieniających zachowania zdrowotne i stan środowiska

Według Greena

Jest to zespół zaplanowanych przedsięwzięć uczących, które mają ułatwić jednostce podjęcie dobrowolnych działań sprzyjających zdrowiu (2).

Struktura zmian w edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna jest bezpośrednio obliczona na wywołanie określonej zmiany w ludziach. Dlatego też oddziaływania edukacyjne powinny prozdrowotnie kształtować:

- Przekonania jednostki
- Motywy (system wartości)
- Umiejętności

Dopiero na tak ukształtowanym podłożu mogą ujawnić się **prozdrowotne postawy**, czyli względnie trwałe dyspozycje psychiczne do realizowania założonych w procesie edukacyjnym pozytywnych dla zdrowia zachowań.

Kształtowanie prozdrowotnych przekonań

- Kształtowanie ich polega na przekazywaniu jednostce informacji dotyczącej zdrowia, popartej odpowiednią argumentacją, co powinno pozwolić jednostce na wyrobienie subiektywnego przeświadczenia o jej prawdziwości oraz o tym, że ta informacja ma zastosowanie również do niej (nie wystarczy suchy przekaz).

Kształtowanie prozdrowotnej motywacji

- Polega na odwoływaniu się do cenionych przez jednostkę wartości, które mogą być przez nią osiągnięte (lub też stracone) poprzez praktykowanie służącego zdrowiu (lub nie) stylu życia (dobre zdrowie zapewni zrealizowanie celów życiowych, kariery zawodowej,).

Kształtowanie umiejętności

- Nie wystarczy kogoś przekonać, że dane zachowanie (np. palenie) jest szkodliwe czy nawet wzbudzić w nim motywację do jego zmiany (rzucenia palenia), ale należy go nauczyć jak to efektywnie zrobić.

Znaczenie edukacji zdrowotnej

- **W wymiarze jednostkowym** (osoby edukowanej)
 - Prowadzi do poprawy stanu zdrowia
 - Łagodzi przebieg chorób przewlekłych
 - Spowalnia ich postęp
 - Zmniejsza częstość powikłań
 - Prowadzi do poprawy jakości życia i satysfakcji z opieki medycznej

Na podstawie badań chorych z cukrzycą, astmą i nadciśnieniem, chorzy edukowani:

- Lepiej rozumieją istotę choroby
- Zasady jej leczenia
- Potrafią właściwie reagować w przypadku wystąpienia określonych objawów

-
- Lepiej przygotowane są do samoopieki.
 - **W wymiarze ponadjednostkowym (ogólnym ochrony zdrowia)**
 - Prowadzi do uzyskiwania lepszych wyników w opiece zdrowotnej, stanowiąc ważny element poprawy jakości świadczeń medycznych
 - Zmniejsza koszty opieki zdrowotnej poprzez zmniejszenie liczby porad lekarskich, skrócenie czasu hospitalizacji.

Obecnie mówi się o większej skuteczności **zorganizowanej edukacji grupowej**, o sprecyzowanym planie dydaktycznym.

2. ZACHOWANIA ZDROWOTNE JAKO OBSZAR INTERWENCJI EDUKACYJNEJ

Kluczowym pojęciem w procesie edukacji są **zachowania prozdrowotne**, które dla celów procesu edukacji możemy pogrupować w następujące kategorie:

Zachowania promocyjne w wąskim znaczeniu, czyli:

- Zachowania, które prowadzą do umacniania i rozwoju zdrowia, dzięki czemu wzrastają możliwości produktywne życia, poziom dobrego samopoczucia (np. aktywność fizyczna, czy prozdrowotny model żywienia).
- Należy zauważyć, że zachowania tego typu dają też wtórnie efekty prewencyjne (zapobiegają chorobom, np. układu krążenia).

Zachowania prewencyjne I stopnia (prewencja pierwotna)

- Zapobiegające wystąpieniu choroby. Przykładem może być odpowiednia dieta, czy też rezygnacja z palenia, jak również zachowania medyczne – szczepienia ochronne.

Zachowania prewencyjne II stopnia (prewencja wtórna)

- Określone zachowania człowieka sprawiają, że proces chorobowy zostaje uchwycony w fazie przedklinicznej (np. samobadanie piersi, uczestnictwo w różnych badaniach skriningowych)

Zachowania związane z podejrzeniem choroby

- Właściwe rozpoznanie symptomów, samoobserwacja i podjęcie odpowiednio wcześniej decyzji o poszukiwaniu profesjonalnej pomocy medycznej

Prozdrowotne zachowania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym

- Czyli zachowania zdrowotne w chorobie, polegające na współpracy z lekarzem, pielęgniarką i dotyczące zachowania przez pacjentów pewnych reżimów postępowania, których należy ich nauczyć

Zachowania rehabilitacyjne i zapobiegające nawrotowi choroby (prewencja III stopnia)

- To zachowania chorych, które nie dopuszczają do negatywnych skutków choroby w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej, zapewniają powrót do maksymalnie możliwej sprawności i funkcjonalności.

Edukacja zdrowotna może być zorientowana na każdą z wymienionych kategorii zachowań. Możemy więc wyróżnić edukację zdrowotną ukierunkowaną:

- Promocyjnie
- Prewencyjnie
- Terapeutycznie
- Rehabilitacyjnie.

3. FUNKCJE i CECHY EDUKACJI ZDROWOTNEJ

FUNKCJE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Funkcja orientacyjna

- Edukacja zdrowotna stwarza podstawy do tego, aby jednostka mogła dokonać świadomego wyboru najbardziej optymalnego modelu życia dzięki zasobowi zobiektywizowanej i przyswojonej wiedzy o zdrowiu.

Funkcja personalizacyjna

- Poprzez edukację zdrowotną zachodzi udzielenie pomocy w kształtowaniu samego siebie

Funkcja rozwojowa

- Następuje umożliwienie jednostce gromadzenie nowych doświadczeń i osiągnięcia nowych kompetencji na miarę własnych potrzeb, możliwości zdrowotnych i rozwojowych.

Funkcja kompensacyjna

- Edukacja zdrowotna stanowi niezbędne uzupełnienie i wzbogacenie informacji na temat zdrowia, choroby, postępowania w stanach zagrożenia chorobą i problemach środowiskowych.

Funkcja socjalizacyjna

- Poprzez edukację zdrowotną następuje przyswajanie kultury zdrowotnej danej grupy i przygotowanie do czynnego udziału w życiu społecznym w realizacji celów zdrowotnych.

Funkcja emancypacyjna

- Zapewnienie jednostce niezbędnego zasobu wiedzy pozwalającej rozpoznać i ocenić własne możliwości związane z sytuacją zdrowotną i rozwojową.

Funkcja kulturowa

- Daje możliwość aktywnego i twórczego wkładu w rozwój kultury zdrowotnej.

CECHY EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Intencjonalność

- Oddziaływania edukacyjne są zamierzone, nadawca kieruje się zamiarem wywołania zmian, czy wyuczenia nowych umiejętności lub zachowań.

Planowość

- Jest procesem zorganizowanym i przebiegającym według planu (choć może wynikać również z potrzeby chwili).

Celowość

- Dąży do realizowania zamiarów, które są z góry określone i do których dobieramy najskuteczniejsze środki.

Interakcyjność

- Założeniem jest współdziałanie edukatora i osób edukowanych. Jest to oddziaływanie dwukierunkowe, gdzie relacje powinny być dwupodmiotowe; (oddziaływania o charakterze jednokierunkowym mogą prowadzić do instrumentalnego traktowania drugiego człowieka i jego bierności).

Trwałość skutków

Dążenie do trwałych zmian w psychice i zachowaniach

Długotrwałość

Proces edukacji zdrowotnej dotyczy całego życia człowieka, nie jest skierowany tylko do wybranych grup (np. dzieci).

4. MODELE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

WPROWADZENIE

Obecnie w edukacji zdrowotnej funkcjonuje kilka jej modeli. Ich pojawianie się w praktyce uwarunkowane jest historycznie.

W czasach współczesnych zaczęła się rozwijać w okresie powojennym:

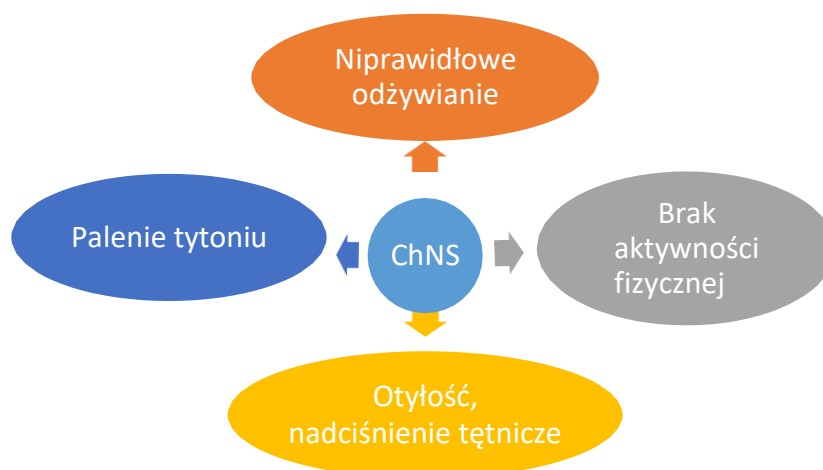
- W 1948 rok – w USA, zainteresowano się wpływem czynników ryzyka na występowanie CHNS, wśród których wymieniano m.in. palenie tytoniu
- Ważny był również postępujący rozwój:
 - Technicznych środków przekazu
 - Nauk psychosocjologicznych opracowujących skuteczne metody oddziaływań na zachowania zdrowotne człowieka
- Właściwa fascynacja edukacją zdrowotną pojawiała się wraz z narodzinami idei promocji zdrowia. Wtedy edukacja zdrowotna oprócz samodzielnego funkcjonowania zaczęła funkcjonować jako integralna część szerszych programów prozdrowotnych - programów promocji zdrowia.

- Obecnie ważną rolę w rozwoju edukacji zdrowotnej pełnią specjalnie jej poświęcone towarzystwa naukowe, np. Międzynarodowa Unia Edukacji Zdrowotnej, Międzynarodowa Unia Promocji Zdrowia i Edukacji czy Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej.

MODELE NEGATYWNE I POZYTYWNE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Model edukacji zdrowotnej zorientowany na chorobę

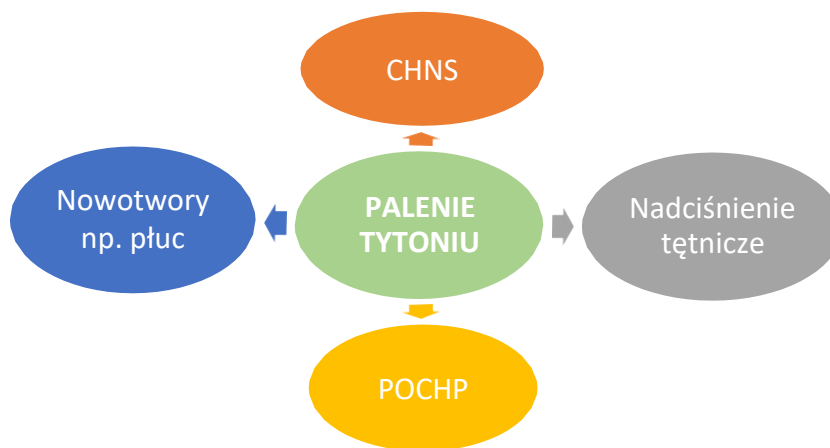
- To model negatywny edukacji zdrowotnej – ukierunkowany na zjawiska negatywne
- Główny cel - zmniejszenie narażenia na wystąpienie określonych chorób
- Punktem wyjścia jest w nim czynnik ryzyka
- Punktem wyjścia jest w nim **jednostka chorobowa**, a proces edukowania służyć ma uświadomieniu związku między czynnikami ryzyka a możliwością wystąpienia danej choroby.



Rycina 48. Model edukacji zdrowotnej zorientowany na chorobę [opracowanie własne]

Model edukacji zdrowotnej zorientowanej na czynniki ryzyka

- To również model negatywny, a priorytetem są tu **czynniki ryzyka**
- Proces edukacji sprowadza się do uświadomienia zdrowotnych zagrożeń związanych z obecnością określonego czynnika ryzyka (czynnik ryzyka jako przyczyna kilku chorób).



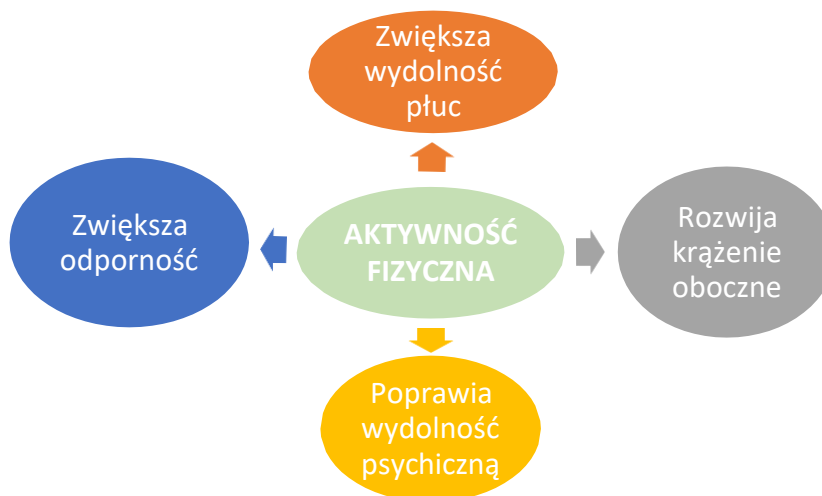
Rycina 48. Model edukacji zdrowotnej zorientowany na czynniki ryzyka [opracowanie własne]

Wady negatywnych modeli zdrowia

- Jediną ukazywaną korzyścią podporządkowania się zaleceniom jest uchronienie przed chorobą
 - Tymczasem choroba nie jest zjawiskiem nieuchronnym i zazwyczaj zainteresowanie nią pojawia się, gdy człowiek zachoruje
 - Ludzie uznający się za zdrowych, mogą nie rozumieć potrzeby rezygnacji ze swoich upodobań związanych ze stylem życia
 - Jest to szczególnie niekorzystne dla ludzi młodych, dla których perspektywa zaburzeń zdrowotnych jest zbyt odległa
- Odwołują się do skutków negatywnych niewłaściwego stylu życia (straszenie chorego)

Model pozytywny edukacji zdrowotnej

- To model ukierunkowany **na zdrowie** (na zjawisko pozytywne)
- Główny akcent kładzie się nie na chorobę i czynniki ryzyka, ale na zdrowie
- Edukacja zdrowotna pozytywna ukazuje korzyści wynikające z podejmowania zachowań prozdrowotnych.



Rycina 49. Model edukacji zdrowotnej zorientowany na zdrowie [opracowanie własne]

MODELE EDUKACJI ZDROWOTNEJ W ZALEŻNOŚCI OD RELACJI MIĘDZY NADAWCAMI I ODBIORCAMI INFORMACJI

Edukacja autorytatywna

- Przekaz informacji zawierającej element poznawczy jak też moralny, przebiega od osoby posiadającej wiedzę do osoby chcącej ją zdobyć.
- Stanowi on precyzyjne wskazówki, co należy robić, czego należy unikać.
- Komunikacja ma charakter asymetryczny, informacje przekazywane są w jednym kierunku, w klimacie emocjonalnie neutralnym.
- Człowiek uzyskuje nowe informacje, które jednak niekoniecznie prowadzą do zmiany.
- Należy go raczej wiązać z prewencją wtórną i oddziaływaniem na grupy ryzyka.

Edukacja uczestnicząca

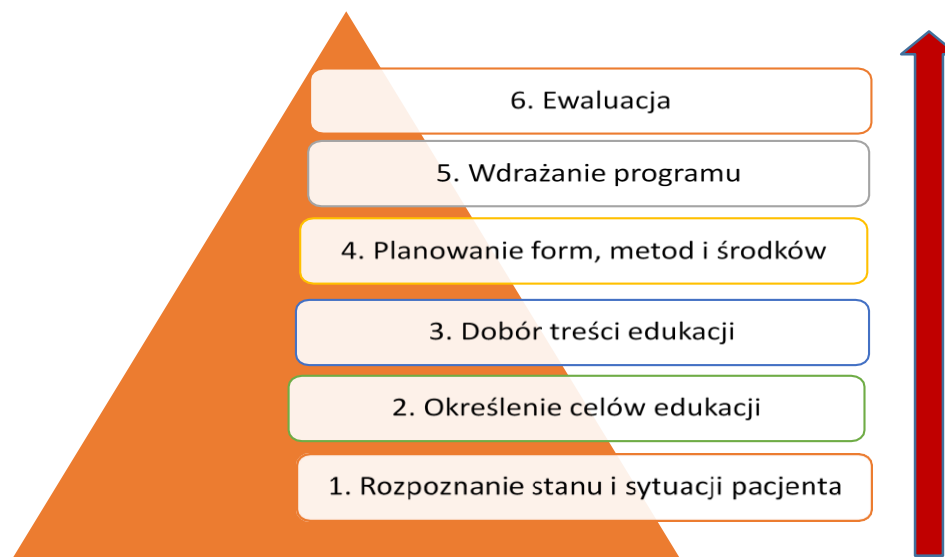
- Polega na wymianie wiedzy między ekspertem posiadającym ogólną wiedzę i umiejętności oraz klientem, który zna warunki w których żyje i pragnie podzielić się z ekspertem, aby poprawić własny stan zdrowia
- Informacje przekazywane są w dwóch kierunkach, a związek między uczestnikami oparty jest na empatii i zaufaniu
- Komunikacja ma charakter wspomagająco-asymetryczny (uczestnicy nawzajem się uzupełniają, ale jeden formułuje pytania a drugi odpowiada).
- Proces edukacji zakłada rodzaj emancypacji klienta.
- Rezultaty są tutaj bardziej zadawalające niż w poprzednim modelu, ale również nie optymalne. Ten typ edukacji wiązać należy przede wszystkim z prewencją pierwotną.

Edukacja promująca

- Oparta jest na wzajemności i wspólnym świadczeniu między dwoma równymi uczestnikami procesu edukacyjnego. Każdy z nich posiada inne kompetencje i poglądy, ale obydwaj są na równi zainteresowani dokonaniem zmiany.
- Ich komunikacja polega na porównywaniu różnic. Celem tego porównania jest reorganizacja tego, co wie osoba edukująca oraz tego, co doświadczają w życiu codziennym osoba edukowana.
- Model zakłada, że osoba edukowana jest autonomicznym systemem i w związku z tym do samoreorganizacji powinno dojść w drodze samorefleksji.
- Tak jak w poprzednich modelach działania edukacyjne można określić mianem „działania na rzecz czegoś”, to tutaj mają one charakter „działania z kimś” i zakłada aktywny udział osoby objętej edukacją.

5. PLANOWANIE EDUKACYJNEGO PRAGRAMU ZDROWIA I OCENA REZULTATÓW EDUKACJI ZDROWOTNEJ

ETAPY EDUKACJI ZDROWOTNEJ



Rycina 50. Etapy planowania programu edukacyjnego [opracowanie własne]

Edukacja zdrowotna powinna mieć charakter **działania zorganizowanego** i powinna przebiegać według następujących etapów:

1. Rozpoznanie stanu i sytuacji pacjenta
2. Określenie celów edukacji
3. Dobór treści edukacji
4. Planowanie form organizacyjnych, metod, środków dydaktycznych, optymalnego czasu potrzebnego do osiągnięcia celów, udziału osób uczestniczących w edukacji pacjenta odpowiedzialnych za poszczególne zadania
5. Wdrażanie przygotowanego programu zgodnie z przygotowanym planem
6. Ocena uzyskanych wyników w odniesieniu do sformułowanych celów, skuteczności zastosowanych form i metod.

1. Rozpoznanie stanu i sytuacji pacjenta

1. Rozpoznanie problemów zdrowotnych

- Zachowań w zakresie zdrowia i stylu życia
- Występujących czynników ryzyka
- Obecnych schorzeń, ich faz i metod leczenia
- Zakresów niepełnosprawności

2. Rozpoznanie sytuacji pacjenta i jego możliwości

- Źródeł wsparcia
- Ograniczeń wynikających np.

-
- Z wieku,
 - Miejsce zamieszkania, wykształcenia,
 - Możliwości fizycznych, ekonomicznych
 - Możliwości komunikowania się z pacjentem

3. Ocena zapotrzebowania na edukację

Obejmuje ocenę poziomu wiedzy, umiejętności oraz motywacji do zmian w ważnych dla pacjenta obszarach zdrowia /choroby/nieppełnosprawności

METODY

- Rozmowa, wywiad,
- Pomiar bezpośredni oraz przy użyciu narzędzi standaryzowanych,
- Analiza dokumentacji, wyników badań, obserwacja
- Testy wiedzy i umiejętności
- Testy motywacji do podjęcia zmian

2.Określenie celów edukacji i ich operacjonalizacja

Cele dla potrzeb edukacji zdrowotnej formułuje się w 3 dziedzinach:

- **Dziedzina poznawcza** – dotyczy wiedzy, jaką ma opanować pacjent
- **Dziedzina psychoruchowa** – dotyczy ważnych dla pacjenta umiejętności, które powinien pozyskać w toku edukacji
- **Dziedzina afektywna** – dotyczy oddziaływania na emocje i postawy.

Cele powinny być przedstawione w **formie operacyjnej**, np.:

- Pacjent **potrafi wykonać** badanie na obecność cukru w moczu (dziedzina psychoruchowa)
- Pacjent **jest przekonany** o konieczności przestrzegania diety w cukrzycy (dziedzina afektywna)
- Pacjent **umie wyjaśnić** wpływ wysiłku fizycznego na poziom cukru we krwi (dziedzina poznawcza)

3.Dobór treści edukacji

Dobór treści powinien być:

- Dostosowany do założonych do osiągnięcia celów
- Dostosowany do wieku
- Dostosowany do możliwości chorego (np. wykształcenie, możliwości w zakresie komunikacji)

4.Planowanie form, metod i środków dydaktycznych

METODY DYDAKTYCZNE

To sposób pracy edukatora z pacjentem, umożliwiający osiągnięcie założonych celów edukacji i przyczyniających się do spowodowania założonych zmian behawioralnych. Należą do nich:

- **Wyjaśnianie** - polega na zwięzłym podawaniu treści i zakresu nieznanego pojęcia, definicji, przyczyn jakiegoś zjawiska
- **Opis** - metoda uzupełniająca, przy pomocy której możemy scharakteryzować przedmioty, osoby, zjawiska, zwłaszcza wtedy, gdy nie wszystko można pokazać lub zobaczyć
- **Dyskusja** - metoda oparta na dialogu, jest zbiorową i wzajemną wymianą myśli, której podstawą jest sformułowanie problemu. W czasie dyskusji formułowane są sądy, uczestnicy argumentują swoje stanowiska. Organizowana jest w celu podjęcia decyzji, dla wymiany doświadczeń, lub oddziaływania na innych.
 - Dyskusja integracyjna - zbliżenie do siebie grupy przez wzajemne poznanie, zainteresowanie poglądami
 - Dyskusja robocza - wspólne opracowanie optymalnego rozwiązania problemu
 - Dyskusja panelowa - w celu wywierania wpływu przez prezentowanie poglądów i argumentacji podawanych przez specjalistów i autorytety w danej dziedzinie
 - Giełda pomysłów - burza mózgów – ustalenie dużej liczby pomysłów rozwiązania jednego problemu, i wybór najlepszego
- **Inscenizacja** - omówienie problemu na podstawie zaprezentowanej sytuacji (granieról przez uczestników lub inne osoby, wcześniej przygotowane)
- **Wykład** - jest metodą podającą, zwykle służy do zapoznania z nową problematyką
- **Pogadanka** - kierowanie pytań do uczestników formułowanych w logicznej kolejności i uzupełnianie wypowiedzi wyjaśnieniami
- **Instruktaż** - udzielanie istotnych informacji w czasie wykonywania czynności praktycznych, wyjaśniających cele, ogólną strukturę czynności, zależności między kolejnymi etapami, obowiązujące zasady
- **Pokaz** - prezentacja wzorca wykonywanej czynności, powinien być poprzedzony wyjaśnieniem lub instruktażem; ma zastosowanie w kształtowaniu umiejętności. Powinien obejmować
 - Pokaz całej czynności w normalnym tempie
 - Ponowny pokaz każdego kolejnego elementu działania z omówieniem wyniku i następstw każdego z nich
 - Pokaz wybranych elementów, trudnych do wykonania, omówienie niedostrzegalnych ruchów decydujących o prawidłowym wykonaniu czynności
 - Ponowny pokaz całej czynności w prawidłowym tempie
 - Pierwsze wykonanie czynności przez uczącego się
- **Ćwiczenia** - metoda umożliwiająca powtarzanie poprawnie wykonywanych czynności aż do uzyskania danej umiejętności czy sprawności

FORMY ORGANIZACYJNE

- **Praca indywidualna** - Pacjent wykonuje specjalnie dla niego przygotowane zadanie, wynikające z realizowanych celów
- **Praca grupowa** - Wspólne wykonywanie zadań przez grupę liczącą kilka osób. Mogą dobierać się samorzutnie, spośród większej grupy, lub mogą być dobrani celowo.

- Praca grupowa jednolita
- Praca grupowa zróżnicowana

Zasady podczas pracy grupowej:

- Stałe aktywizowanie każdego uczestnika przez wyraźne formułowanie celu pracy i oczekiwań
 - Utrzymywanie bezpośredniego kontaktu z każdym uczestnikiem
 - Indywidualna ocena pracy i uzyskanych wyników
- **Praca zbiorowa** – wszyscy uczestnicy zajęć wykonują te same czynności (np. słuchają wykładu, oglądają film)

ŚRODKI DYDAKTYCZNE

- To wszelkiego rodzaju przedmioty oddziałujące na zmysły osób edukowanych, których zadaniem jest ułatwienie poznawania danego zagadnienia (tzw. pomoce dydaktyczne)
- Znaczenie
 - Ułatwiają osiągnięcie założonych celów edukacji zdrowotnej
 - Aktywizują proces myślenia
 - Ułatwiają odbiór treści kształcenia
 - Wpływają na wyobraźnię
- **Rodzaje środków dydaktycznych**
 - Słowne - tekst drukowany
 - Wzrokowe - plakaty, wykresy, plansze, przezrocza, slajdy, zdjęcia
 - Słuchowe - nagrania magnetofonowe
 - Wzrokowo-słuchowe - filmy
- **W pracy z pacjentem szczególną rolę odgrywają:**
 - Przewodniki, broszury poświęcone różnym tematom zdrowia (np. racjonalne odżywianie)
 - Książki w formie przewodników do uczenia się postępowania podczas choroby czy niepełnosprawności (np. jak żyć ze stomią)
 - Broszury dotyczące różnych zagadnień społecznych (np. HIV, narkomania)
 - Filmy dydaktyczne
 - Rysunki, plansze, plakaty (np. samobadanie piersi)
 - Programy komputerowe (np. obliczanie składników pokarmowych w diecie)
 - Sprzęt powszechnie stosowany w pielęgnowaniu pacjentów

OCENA REZULTATÓW EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Ocena bieżąca (w trakcie edukacji)

- Obserwacja aktywności i zachowania pacjenta
- Stwarzanie sytuacji, w których pacjent reprezentuje umiejętności i sposób wykorzystania nabytej wiedzy

Ewaluacja końcowa

- **Dokonana przez edukatora**

- Ocena poziomu osiągniętych celów (test wiedzy i umiejętności)
- Ocena potrzeby kontynuacji pracy z pacjentem i w jakim zakresie
- Co stanowiło utrudnienie w realizacji celów
- Jak należy w przyszłości postępować realizując podobne cele
- **Dokonana przez uczestnika** (w formie ankiety)
 - Ocena atrakcyjności, przydatności, poziomu szkolenia, spełnienia oczekiwań

6. WYBRANE PROGRAMY PROMOCJI ZDROWIA

Promocja zdrowia jest działalnością celową i powinna być realizowana w sposób zaplanowany i zorganizowany.

Organizacyjną formę, w ramach której realizowane są działania promujące zdrowie, stanowią programy promocji zdrowia. Są to zaplanowane i skoordynowane w oparciu o założone do osiągnięcia cele zdrowotne, zespoły działań promujących zdrowie.

TYPY PROGRAMÓW PROZDROWOTNYCH

Ze względu na charakter działań

- **Programy edukacyjne** – głównym środkiem oddziaływania promującego zdrowie jest edukacja
- **Programy medyczne** – głównym środkiem oddziaływania są medyczne działania prewencyjne
 - **Programy mieszane** (edukacyjno-medyczne)

Ze względu na charakter celu do którego program dąży

- **Programy zorientowane na zdrowie** – ostatecznym celem programu jest wzrost potencjału zdrowotnego adresatów działań promocyjnych. W tych programach promocja zdrowia rozumiana jest w „węższym” znaczeniu, a programy tego typu uważa się za szczególnie wartościowe zdrowotnie
- **Programy zorientowane na chorobę** – celem programu jest zapobieżenie chorobie, zwykle chorobie wyraźnie określonej, czy też grupie chorób (charakter prewencyjny programu)
- **Programy mieszane** - w jednym programie mogą występować oba elementy łącznie

Ze względu na wymiar zdrowia, objętego działaniami promującymi

- Programy dotyczące zdrowia somatycznego, zdrowia psychicznego, zdrowia społecznego, mieszane

Ze względu na ukierunkowanie działań na wybrane czynniki ryzyka czy zachowania zdrowotne

- Programy żywieniowe, programy antytytoniowe, programy promujące aktywność fizyczną itp.

Ze względu na charakterystykę adresatów (grupy docelowe), do których kierowany jest program

- **Programy populacyjne** – adresowane do całych istniejących naturalnie zbiorowości (np. do mieszkańców miasta, czy wszystkich pracowników danego zakładu pracy)
- **Programy skierowane do określonych grup ryzyka zdrowotnego** – np. do palaczy, osób z nadciśnieniem, z podwyższonym poziomem cholesterolu.

Ze względu na to w jakiego typu zbiorowości (siedlisku) są realizowane

- Siedliskowe programy promocji zdrowia (1)

SIEDLISKOWE PODEJŚCIE W PROMOCJI ZDROWIA

Pojęcie „siedliska”

- Pojęcie to oznacza, że działania są realizowane w środowiskach życiowych ludzi, tzn. w miejscach i zbiorowościach, w ramach których żyją oni i pracują:
 - Rodzina
 - Szkoła,
 - Zakład pracy,
 - Miasto, wieś, gmina, osiedla mieszkaniowe.
- Chodzi tu o siedliska trwałe, których członkowie mają poczucie wspólnoty co najmniej w niektórych wymiarach swego życia oraz poczucie odrębności wobec innych, podobnych zbiorowości (społecznościach).
- Potrzebę działań promocji zdrowia ukierunkowanych na siedliska podkreśla już Konferencja w Alma –Ata (1978), charakteryzując promocję zdrowia jako działania obejmujące populację w kontekście codziennego życia (pracy, nauki itp.). Docieranie do osób przez siedliska zaczęto doceniać w latach 90-ych, co nazwano w rozwoju koncepcji promocji zdrowia trzecim jej wymiarem.
- Tego rodzaju zbiorowości stwarzają możliwości realizowania programów promujących zdrowie o złożonej zawartości problemowej, które mogą być rozłożone w czasie oraz stwarza możliwość aktywnego włączenia członków zbiorowości do planowania programów jak też do oceny ich efektywności.
- W praktyce promocji zdrowia wypracowano specyficzną **formułę organizacyjną**, w ramach której odbywa się współpraca **jednoimiennych siedlisk** realizujących własne programy promocyjne – tzw. „**sieci**”, np.:
 - Sieci szkół promujących zdrowie (europejska, polska, sieci miejskie np. wrocławska)
 - Sieć szpitali promujących zdrowie (1)

Siedliskowe programy promocji zdrowia

Dążąc do uzyskania konkretnych wyników dotyczących promocji zdrowia i poprawy zdrowia WHO opracowała i rozpowszechniła szereg programów (projektów) które szybko zostały przyjęte i zaadoptowane do warunków poszczególnych krajów i włączyły jednostki, społeczności lokalne oraz określone siedliska do działań na rzecz zdrowia. Są to:

- Zdrowe Miasta

-
- Zdrowe Miejsce Pracy
 - Szkoła Promująca Zdrowie
 - Szpital Promujący Zdrowie
 - Szpital Przyjazny Dziecku

Zdrowe Miasta

Został opracowany przez Biuro WHO Regionu Europejskiego i rozpowszechniany od 1986 roku. Objętych jest nim ponad 400 miast na całym świecie. Polską sieć „Zdrowych Miast” rozpoczęto tworzyć w 1990 roku (objęła w tym czasie 12 miast) i włączona do projektu WHO w 1991 r. Od 1993 roku sieć ta działa w ramach Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich (z siedzibą w Łodzi).

Cel projektu

- Wprowadzenie idei promocji zdrowia do środowisk lokalnych

Główne kierunki działań

- Tworzenie sieci zdrowych miast współpracujących ze sobą, wymieniających doświadczenia, udzielających sobie pomocy i tworzących i realizujących własne programy zdrowotne
- Rozwijanie zdrowotnej i ekologicznej koncepcji miasta
- Przesunięcie polityki zdrowotnej do grupy priorytetów działań politycznych i społecznych na terenie miasta
- Dążenie do zintegrowania życia miasta z problemami zdrowotnymi, ekologicznymi, kulturowymi i ekonomicznymi przy jak najszerszym zaangażowaniu społecznym mieszkańców
- Popieranie rozwoju fizycznego i społecznego miasta oraz jego środowiska i podkreślenie ich wzajemnej zależności
- Uaktywnienie działań na rzecz zdrowia publicznego zmierzające w kierunku zrozumienia wzajemnego wpływu środowiska i ludzi oraz życia i zdrowia.

W ramach programu miasta realizują m.in. takie projekty jak: „Kobiety i zdrowie”, „Alkohol”, „Miasta wolne od dymu tytoniowego”, „Miasta Nadbałtyckie: Zdrowie środowiskowe”.

Zdrowe miejsce pracy

To idea dotycząca promocji zdrowia pracowników:

1. Oprócz ochrony zdrowia pracowników przed zagrożeniami związanymi z pracą (prewencja) należy również zdrowie umacniać i rozwijać przez inne działania prozdrowotne podejmowane na terenie pracy i w związku z pracą
2. Potencjał zdrowotny pracowników jest m.in. wynikiem warunków, w jakich pracuje, ale także skutkiem jego zachowań w procesie wykonywania pracy i stylu życia poza pracą. W związku z tym, budowanie zdrowia pracownika powinno odbywać się poprzez określone działania na obydwu polach.
3. Umacnianie i rozwój zdrowia pracownika może się odbywać wyłącznie przy ich aktywnym udziale i w ścisłym współdziałaniu z zakładem pracy.

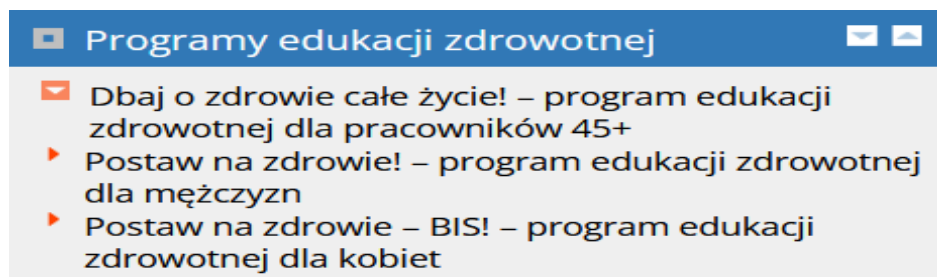
Rodzaje działań promocyjnych

1. Edukacja zdrowotna obejmująca:

- Budowanie w świadomości pracowników i uczestników programu pozytywnej filozofii zdrowia, opartego na 2 tezach
 - Moje zdrowie jest podstawową wartością, dzięki której mogę osiągać ważne dla mnie cele życiowe
 - Stan mojego zdrowia w dużej mierze zależy od mojego postępowania
 - Dostarczanie informacji ilustrujących zależność stanu zdrowia ludzi od ich stylu życia
 - Wskazywanie jak można realizować zasady zdrowego stylu życia w praktyce
2. Badania lekarskie (wstępne i okresowe) połączone z poprawą pojmowania problemów zdrowia przez pracownika (ocena zagrożeń i ryzyka zdrowotnego)
 3. Interdyscyplinarna współpraca na rzecz zdrowia pracowników
 4. Oddziaływanie pozytywnego klimatu społecznego w miejscu pracy
 5. Motywacja ambicjonalna i finansowa.

Programy promocji zdrowia dla pracowników

W ramach edukacji zdrowotnej w miejscu pracy, **Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy**, oferuje następujące programy:



Źródło:

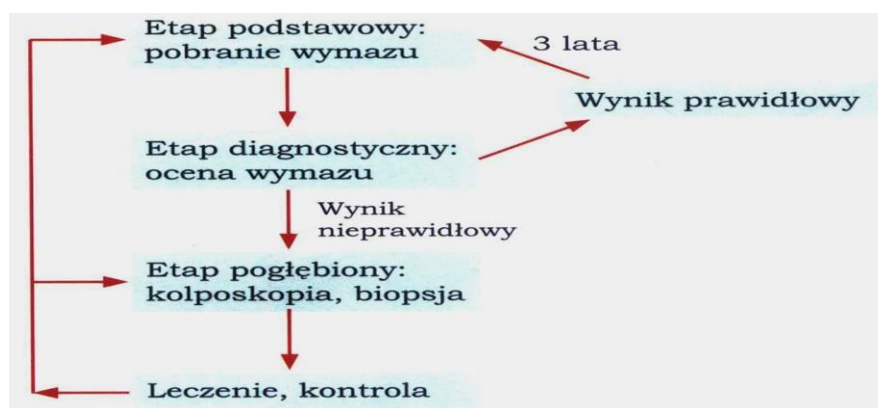
https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P66800249391706094435040&html_tresc_root_id=300015381&html_tresc_id=300015381&html_klucz=300015381&html_klucz_spis=

PROGRAMY MEDYCZNE

Finansowane są najczęściej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego lub też przez samorządy. Przykładem takiego programu jest m.in. program profilaktyki raka szyjki macicy czy mammografia.

Program profilaktyki raka szyjki macicy

- Kryteria (kobiety w wieku 25-59 lat), które nie korzystały z badania 2 lata (1 raz na 3 lata)
- 1 etap – podstawowy
 - Edukacja pacjentki w zakresie schorzenia - czynników ryzyka, przewiduje się również edukację w kierunku objawów innych umiejscowień, wywiad lekarski, badanie ginekologiczne, pobranie wymazu
 - Diagnostyczny – ocena wymazu
 - Diagnostyki pogłębionej – dla pacjentek z nieprawidłowym wynikiem



Rycina 51. Schemat programu [Źródło: 39]

PROGRAMY PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego

- System wprowadzono w ramach realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom wynikającym z celów Narodowego Programu Zdrowia jak też Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
- System oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego opracowany i wdrażany został we współpracy /przez:
 - KBPN (Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii)
 - PARPA (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych)
 - ORE (Ośrodek Rozwoju Edukacji)
 - IPiN (Instytut Psychiatrii i Neurologii).
- Obecnie system tych programów zajmuje się Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), które jest wyspecjalizowaną agendą Ministra Zdrowia, utworzoną w roku 2022 w wyniku połączenia KBPN i PARPA.
- W ramach systemu dokonywana jest ocena programów z obszarów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (profilaktyki narkomanii, profilaktyki problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży.
- Programy są badane pod kątem spełnienia standardów - szczegółowych wymagań odnoszących się do jakości programu jako całości, a także poszczególnych etapów jego realizacji, tj. etapu diagnozy i oceny potrzeb, wyboru grupy docelowej, planowania celów i sposobów ich realizacji, zapewnienia jakości realizacji oraz monitorowania i oceny efektów programu w trakcie ewaluacji.

Zakresy programów rekomendowanych





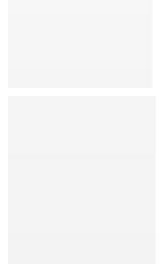
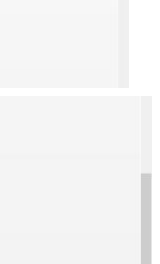
Programy rekomendowane dotyczą:

- **Profilaktyki uniwersalnej** – ukierunkowana na całe populacje (bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów). Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi

problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój

- **Profilaktyki selektywnej** – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka (ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne)
- **Profilaktyki wskazującej** – profilaktyka ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych.

Przykłady programów rekomendowanych

	<p>Promocja zdrowia</p> <ol style="list-style-type: none">1. PRZYJACIELE ZIPPIEGO2. PROGRAM EPSILON3. SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 1-34. SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 4-65. APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY EMOCJONALNEJ	
	<p>Profilaktyka uniwersalna</p> <ol style="list-style-type: none">1. ARCHIPELAG SKARBÓW2. PROGRAM DOMOWYCH DETEKTYWÓW „JAŚ I MAŁGOSIA NA TROPIE”3. PROGRAM FANTASTYCZNE MOŻLIWOŚCI4. LABORATORIUM WIEDZY POZYTYWNEJ5. PROGRAM WZMACNIANIA RODZINY6. SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 1-37. SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 4-68. SZKOŁA DLA RODZICÓW I WYCHOWAWCÓW9. PROGRAM PROFILAKTYCZNY DEBATA10. PROGRAM EPSILON11. PROGRAM TRZY KOŁA12. UNPLUGGED13. ARS CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ?14. APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY EMOCJONALNEJ15. TUTORING SZKOLNY - PROGRAM PEDAGOGIKI DIALOGU	
	<p>Profilaktyka selektywna</p> <ol style="list-style-type: none">1. PROGRAM WSPOMAGANIA ROZWOJU PSYCHOSPOŁECZNEGO DZIECI NIELUBIANYCH2. PROGRAM WSPOMAGANIA ROZWOJU PSYCHOSPOŁECZNEGO DZIECI NIEŚMIAŁYCH3. FRED GOES NET4. PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA MŁODZIEŻOWEJ PATOLOGII SPOŁECZNEJ5. PROGRAM WZMACNIANIA RODZINY6. ŚRODOWISKOWA PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ7. SZKOLNA INTERWENCJA PROFILAKTYCZNA8. PROGRAM NAUKI ZACHOWANIA9. PROFILAKTYCZNY BANK DOBRYCH PRAKTYK	



Źródło: <https://programyrekomendowane.pl>

6. NARODOWY PROGRAM ZDROWIA JAKO WYRAZ POLITYKI ZDROWOTNEJ PAŃSTWA

WPROWADZENIE

W Polsce w oparciu o dokumenty WHO powołany został w 1996 roku Narodowy Program Zdrowia, który w kolejnych wersjach aktualizuje inicjatywy w dziedzinie promocji zdrowia i stanowi państwowy dokument w zakresie promocji i ochrony zdrowia - nadrzędny do opracowywanych i wdrażanych programów. Jest on oparty o zasadę integracji działań międzyresortowych.

Cele programu strategiczne i operacyjne NPZ aktualizowane są w **kolejnych jego wersjach**:

- NPZ na lata 1996-2005 (pierwsza wersja)
- NPZ na lata 2006-2015
- NPZ na lata 2016-2020
- Aktualna (czwarta) wersja NPZ powołana została na lata 2021-25 w drodze Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 Roku [DzU. Poz. 642].

NPZ A USTAWA O ZDROWIU PUBLICZNYM

Obecnie wytyczne dotyczące NPZ określa Ustawa o Zdrowiu Publicznym z dnia 11 września 2015 roku (Dz. U. 2015 poz. 1916):

- Ustawa określa NPZ jako dokument ustanawiany w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz określonych w NPZ podmiotów
- Za przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia odpowiada minister zdrowia
- NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat
- Rada Ministrów w drodze rozporządzenia określa:
 - Cel strategiczny ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Polski i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,
 - Cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia,
 - Zadania służące realizacji celów operacyjnych,
 - Podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,

-
- Realizatorów zadań,
 - Tryb i wysokość finansowania zadań,
 - Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ
 - **Rada do spraw Zdrowia Publicznego**
 - Opiniuje projekt Narodowego Programu Zdrowia oraz dokonuje ewaluacji wdrażania tego programu
 - Wśród członków komitetu swoje miejsce ma również środowisko pielęgniarskie (przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa)
 - **Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia**
 - Do zadań Komitetu należy bieżąca koordynacja działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ
 - Komitet składa się z przedstawicieli ministrów wskazanych w NPZ jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych
 - Członkowie Komitetu odpowiadają za wdrażanie zadań NPZ w zakresie właściwym dla reprezentowanego ministra.

AKTUALNY NARODOWY PROGRAM ZDROWIA - NA LATA 2021-2025

Cele strategiczne

- Zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu
- Oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu.

Przy realizacji NPZ niezbędne jest **uwzględnienie wpływu skutków zdrowotnych wywołanych przez epidemię COVID-19 na zdrowie populacji**. Choroba ta przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu II wojny światowej. Z uwagi na jej specyfikę niezbędne jest zintensyfikowanie działań mających na celu promowanie zdrowia oraz ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych. Epidemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje **efekt negatywnej synergii**. Tym bardziej istotna jest konieczność podjęcia kompleksowych, a także zgodnych z aktualną wiedzą naukową, interwencji w obszarze zdrowia publicznego, wszelkimi dostępnymi narzędziami.

Cele operacyjne

Obejmują:

1. Profilaktykę nadwagi i otyłości
2. Profilaktykę uzależnień
3. Promocję zdrowia psychicznego
4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne
5. Wyzwania demograficzne

Podmioty odpowiedzialne za realizację celów

Do każdego celu operacyjnego zostały przyporządkowane podmioty odpowiedzialne za ich realizację, np.:

- Minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: oświaty i wychowania, wewnętrznych, rodziny, zabezpieczenia społecznego, szkolnictwa

wyższego i nauki, finansów publicznych, rolnictwa, rynków rolnych, gospodarki, budownictwa, planowania i zagospodarowania przestrzennego oraz mieszkalnictwa, informatyzacji, energii, gospodarki morskiej, gospodarki wodnej, gospodarki złożami kopaliny, klimatu, środowiska, pracy, obrony narodowej, sprawiedliwości.

Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ

Podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację NPZ jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ewaluacja jest prowadzona w trakcie całego czasu realizacji NPZ i oparta na wskaźnikach takich jak:

- **Wskaźniki monitorowania celu strategicznego** – m.in. Oczekiwana długość życia w zdrowiu (HLY), Oczekiwana długość życia, Umieralność według przyczyn Umieralność niemowląt
- **Wskaźniki monitorowania poszczególnych celów operacyjnych**
 - **Cel operacyjny 1.** Liczba uczestników zadań realizowanych w ramach programu sportu dla wszystkich, Spożycie warzyw
 - **Cel operacyjny 2.** Umieralność z powodu raka płuca, Całkowite spożycie alkoholu Rozpowszechnienie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP wśród młodzieży
 - **Cel operacyjny 3.** Liczba prób samobójczych, Liczba samobójstw
 - **Cel operacyjny 4.** Zapadalność na wybrane choroby zakaźne (HCV, HBV, HIV, różyczka, odra, polio)
 - **Cel operacyjny 5.** Samoocena stanu zdrowia (*Self-perceived health*) osób w wieku co najmniej 60 lat, Oczekiwana dalsza długość życia osób w wieku 65 lat oraz oczekiwana dalsza długość życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat
- **Wskaźniki ewaluacji NPZ**
 - Liczba zrealizowanych lub podjętych zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 w danym roku

- Alkohol. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świnoujściu, 2023. <https://www.gov.pl/web/psse-swinoujscie/alkohol>
- Andruszkiewicz A., Banaszkiwicz M.: Promocja zdrowia. Tom 2 -Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarstwa i położnej. PZWL, W-wa 2010.
- Arnson Y, Shoenfeld Y, Amital H. Wpływ dymu tytoniowego na odporność, zapalenie i procesy autoimmunologiczne. *Dermatologia po Dyplomie* 2010, 1, 4, 31-43
- Bernatek P. Jak skutecznie zalecać aktywność fizyczną? W: [red.] Sliż D, Mamcarz A. *Medycyna stylu życia*. PZWL, Warszawa 2022: 34-39
- Bielecki W. Markery ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych (CNCs) a proces modernizacji biomedycznej społeczeństwa – wyzwania i dylematy współczesności. W: Synowiec-Piłat M, Łaska-Formejster A. [red.]. *Biologiczny wymiar życia populacji a jego socjologiczne interpretacje*. Uniwersytet Łódzki, Instytut Socjologii 2013: 197-209 *Repozytorium Uniwersytetu Łódzkiego* <http://dx.doi.org/10.18778/7525-973-5.14>
- Burak M. Hipokinezyja – jakie są skutki braku aktywności fizycznej? *Poradnik o zdrowiu*, 2022. https://www.doz.pl/czytelnia/a16593-Hipokinezyja_jakie_sa_skutki_braku_aktywnosci_fizycznej
- Chomiuk T, Bernatek P. Korzyści wynikające z aktywności fizycznej, czyli wpływ aktywności fizycznej na organizm oraz aktualne zalecenia. W: [red.] Sliż D, Mamcarz A. *Medycyna stylu życia*. PZWL, Warszawa 2022: 17-54.
- Choroby odtytoniowe. Grafika. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroby-odtytoniowe>
- Climate change and noncommunicable diseases: connections. WHO, 2023. <https://www.who.int/news/item/02-11-2023-climate-change-and-noncommunicable-diseases-connections>
- Cianciara D. Uwarunkowania zdrowia. Model socjoekologiczny zdrowia. *ProfiBaza PZH*. <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/podstawy-zdrowia-publicznego/02-uwarunkowania-zdrowia>
- Climate change and noncommunicable diseases: connections. WHO, 2023. <https://www.who.int/news/item/02-11-2023-climate-change-and-noncommunicable-diseases-connections>
- Curry SA. Obesity Epidemic: Pharmaceutical Weight Loss. *Rhode Island Medical Journal* 2017, 3:18-21
- Czynniki ryzyka związane ze zdrowiem i chorobami. *The European Patients' Academy on Therapeutic Innovation- EUPATI*. <https://toolbox.eupati.eu/resources/czynniki-ryzyka-zwiazane-ze-zdrowiem-i-chorobami/?lang=pl>
- Drygas W, Jegier A. Aktywność ruchowa w profilaktyce serca i naczyń. W: Naruszewicz M. (red.). *Kardiologia zapobiegawcza II*. Wydawnictwo eMKA, Warszawa 2007: 443-463.
- Dudek K. Raport PHSSR: potrzebna zmiana podejścia do chorób niezakaźnych – 2023. Dostępne na: <https://www.mzdrowie.pl/medycyna/raport-phssr-potrzebna-zmiana-podejscia-do-chorob-niezakaznych/> [PHSSR - Partnership for Health System Sustainability and Resilience; <https://www.phssr.org/home>]
- Edukacja zdrowotna w podstawowej opiece zdrowotnej. Praca zbiorowa [Aut: Józwiak A, Kaczmarek B, Kiepuszewski R, Klonowska K, Kozłowski R et al.]. NFZ, Warszawa 2022
- E-papierosy. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świnoujściu, 2023. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/psse-swinoujscie/e-papierosy>
- Filary zdrowia – ruch i zdrowe odżywianie. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Dostępne na: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/filary-zdrowia-ruch-i-zdrowe-odzywianie>

-
- *Filary zdrowia – ruch i zdrowe odżywianie*. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Dostępne na: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/filary-zdrowia-ruch-i-zdrowe-odzywianie>
 - *Folga A. Czy sport to zdrowie?* W: [red.] Sliż D, Mamcarz A. *Medycyna stylu życia*. PZWL, Warszawa 2022: 39-44
 - *Garry E. In Search of a Germ Theory Equivalent for Chronic Disease*. Center for Disease Control and Prevention - Preventing Chronic Disease 2012, 9: 11_0301
 - *Gierczyński J, Miller N. Wprowadzenie*. W: *Gierczyński J. [red.]. Raport z konferencji naukowej pt. Healthcare Policy Summit. Choroby cywilizacyjne*. Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. Warszawa. Maj 2023: 6-9.
 - *Global Status Report 2014. Preventing chronic diseases a vital investment*. WHO. https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf (08.02.2021).
 - *Gładczuk J, Kleszczewska E. Choroby cywilizacyjne – działania profilaktyczne i interwencyjne*. *Hygeia Public Health* 2021, 56(1): 14-23
 - *Health Promotion and Disease Prevention Knowledge Gateway*. European Commission. Dostępne na: <https://visitors-centre.jrc.ec.europa.eu/en/media/animations/health-promotion-and-disease-prevention-knowledge-gateway>
 - *Jankowski P. Warto wiedzieć. Palenie – fakty i mity*. Uniwersytet Warszawski. Dostępne na: <https://niespalajcie.wum.edu.pl/node/79>
 - *Jarosz M. Żywność, żywienie a zdrowie*. Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia, Warszawa, 2018.
 - *Jędrzychowski W. Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010
 - *Kapka-Skrzypczak L, Biliński P, Niedźwiecka J, Kulpa P, Skowron J, Wojtyła A. Zmiana stylu życia człowieka jako metoda prewencji przewlekłych chorób niezakaźnych*. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 27-31
 - *Karski J.: Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wyd. Fachowe CeDeWu, Warszawa 2011.
 - *Królikowski K. Uzależnienia biochemiczne – nikotynizm*. W: [red.] Sliż D, Mamcarz A. *Medycyna stylu życia*. PZWL, Warszawa 2022: 184-193
 - *Kulik TB, Pacian A. Zdrowie publiczne*. PZWL, Warszawa 2016.
 - *Programy rekomendowane – programy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zachowań ryzykownych*. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Dostępne na: <https://programyrekomendowane.pl/>
 - *Lewtak K, Gajewska M, Sugay L, Rutyna A. Profilaktyka chorób – definicja*. System ProfiBaza. Projekt ProfiBaza współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFRR 2014-2020 w ramach POPC nr POPC.02.03.01-00-0015/17-00. Dostępne na: <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/swiadczenia-zdrowia-publicznego/05-profilaktyka-chor%C3%B3b-definicja>
 - *Michalak J. Zagrożenia zdrowia publicznego, cz. 3. Naukowe podstawy promocji zdrowia*. Wolter Kluwer Polska, Kraków 2016
 - *Mirkner K, Drosik A, Baraniewicz-Kotasińska S, Haber G, Maziarz B. Wprowadzenie do Global Studies*. Rozdział 19. *Współczesne choroby cywilizacyjne*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2019: 269-283.
 - *Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025*. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. Dz.U., poz. 642
 - *NFZ o zdrowiu. Choroby odtytoniowe*. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji, Warszawa 2021.
 - *Noncommunicable diseases. Fact sheets*. WHO, 2023. Dostępne na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
 - *Noncommunicable diseases. Health Topics*. WHO. Dostępne na: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_3

-
- Osiński W, Kantanista A. Znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia - w niewoli niewiedzy, stereotypów i zaniedbań. *Standardy Medyczne – Profilaktyka Zdrowotna* 2015, 1, 15-20
 - Palenie – fakty i mity. Uniwersytet Warszawski. Dostępne na: <https://niespalajsie.wum.edu.pl/node/74>
 - Pawłowska J, Witkowski JM, Bryl E. Zespół metaboliczny — aktualny stan wiedzy o przyczynach i patomechanizmach. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2009, 3, 4, 278–291
 - Pawłowska J, Witkowski JM, Bryl E. Zespół metaboliczny - rys historyczny i współczesność. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2009, 3, 3, 222–228
 - Public Health. Choroby niezakaźne – informacje ogólne. Komisja Europejska. Dostępne na: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_pl
 - Rudnicka-Drożak E. Czynniki kształtujące stan zdrowia. W [red.] Kulik T, Pacian A. *Zdrowie publiczne*. PZWL, Warszawa 2016:51-63
 - Siemiński M. Środowiskowe zagrożenia zdrowia. Warszawa; Wydawnictwo PWN, 2009.
 - Stefanowicz A. Profilaktyka chorób cywilizacyjnych i społecznych. W [red.] Kulik T, Pacian A. *Zdrowie publiczne*. PZWL, Warszawa 2016:124-140
 - Stelmach M. Rola aktywności fizycznej w profilaktyce otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych. *Człowiek i zdrowie* 2010, 1 (IV): 50-58
 - Stępień R, Wiraszka G; Dajer A. Health behaviors of young people during late adolescence; *Pielęgniarstwo XXI wieku*; 2015; 14, 4; 42-45
 - Stępień R, Zdziebło K, Wiraszka G; Posłuszna B. Czynniki ryzyka zdrowotnego występujące u pacjentów korzystających ze skryningu dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego *PIELĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE I ANGIOLOGICZNE* 2015; 4; 210-215
 - Stępień R., Wiraszka G.: *Metodyka edukacji zdrowotnej osób chorych z perspektywy roli zawodowej pielęgniarki*. W: Juszczyk M. (red.). *Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej*. Wydawnictwo WSEiP w Kielcach, Kielce 2010: 103-115
 - Stęplowska J, Nowak G, Wanot B. Wpływ zanieczyszczeń powietrza na stan zdrowia. W: [red.]. Wanot B. Wiatrowski J, Bartnik M. *Zagrożenia środowiskowe i cywilizacyjne*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie: 6-16
 - Suchocka Z. Otyłość - przyczyny i leczenie. *Biul. Wydz. Farm. AMW*, 2003, 1, 1-10
 - Surwiłło-Snarska A. Promowanie postaw prozdrowotnych – regularnej aktywności fizycznej i zdrowych wyborów żywieniowych. *Kampania społeczna – Planuję długie życie*. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, Ministerstwo Zdrowia, 2021. <https://planujedlugiezycie.pl/aktualnosci/promowanie-postaw-prozdrowotnych-regularnej-aktywnosci-fizycznej-i-zdrowych-wyborow-zywnieniowych/>
 - Surwiłło-Snarska A. Promowanie postaw prozdrowotnych – regularnej aktywności fizycznej i zdrowych wyborów żywieniowych. *Kampania społeczna – Planuję długie życie*. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, Ministerstwo Zdrowia, 2021. <https://planujedlugiezycie.pl/aktualnosci/promowanie-postaw-prozdrowotnych-regularnej-aktywnosci-fizycznej-i-zdrowych-wyborow-zywnieniowych/>
 - Sygit M. *Zdrowie publiczne*. Wolter Kluwer, Warszawa 2023.
 - Szczepańska E. Postępy w leczeniu otyłości. *Postępy Nauk Medycznych* 2008, 3: 203-210
 - Szczęch R, Narkiewicz K. Czynniki ryzyka chorób układu krążenia. *Choroby Serca i Naczyń* 2008, 5, 1, 55–56.
 - Śliż D, Brzozowski A, Chomiuk T, Mamcarz A. Aktywność fizyczna, dieta, zmiana stylu życia i alkohol a lipidogram. *Kardiologia po Dyplomie*, 2018, 3, 31-41.
 - Tabish SA. Lifestyle diseases: consequences, characteristics, causes and control. *J Cardiol Curr Res*. 2017;9(3):1–6. DOI: 10.15406/jccr.2017.09.00326
 - Tabish SA. Lifestyle diseases: consequences, characteristics, causes and control. *J Cardiol Curr Res*. 2017;9(3):1–6. DOI: 10.15406/jccr.2017.09.00326

-
- Tokarski Z., Denys A. *Zagrożenia zdrowia publicznego, cz. 5. Vademecum promotora zdrowia*. Wolter Kluwer Polska, Kraków 2018
 - Topor-Mądry R. *Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011, 1: 25–49
 - Traish AM, Feeley RJ, Guay A. *Mechanisms of obesity and related pathologies: Androgen deficiency and endothelial dysfunction may be the link between obesity and erectile dysfunction*. *FEBS Journal* 2009, 276: 5755–5767.
 - Turaman C. *Classification of the risk factors of coronary heart disease and their evolutionary origins*. *Health Sciences Review* 2022, 3: 100027
 - Tytoń – Palenie tytoniu w liczbach. Ministerstwo zdrowia. <https://archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/palenie-tytoniu-w-liczbach/>
 - Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym. *Dz. U.* 2015 poz. 1916
 - WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. WHO, 2020. Geneva, Switzerland. <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability->
 - WHO. *Noncommunicable diseases: Risk factors*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors> (08.02.2021).
 - WHO. *Noncommunicable diseases: Risk factors*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors> (08.02.2021).
→ Wiercińska M. *Cholesterol HDL – normy*. *Portal Medycyna Praktyczna*. Dostępne na: <https://www.mp.pl/pacjent/cholesterol/hipercholesterolemia/318115,cholesterol-hdl-normy>
 - Wilk M, Łoza B. *Uzależnienia biochemiczne – alkohol i styl życia*. W: [red.] Sliż D, Mamcarz A. *Medycyna stylu życia*. PZWL, Warszawa 2022: 175-179
 - Wiraszka G, Stępień R, Dragan M. *Zapotrzebowanie na edukację zdrowotną w świetle oceny występowania behawioralnych czynników ryzyka w grupie chorych ze zdiagnozowaną chorobą niedokrwinną serca*. W: Red. Stępień R, Kozieł D, Wiraszka G, *Wyzwania naukowe i zawodowe we współczesnym pielęgniarstwie. Tom II*. Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, 2018: 155-167
 - Wiraszka G, Głuszek-Osuch M, Stępień R. *Incidence and determinants of chronic stress as a health risk factor in a group of Polish high school students*. *Medical Studies* 2024; 40 (2): 102–112
 - Wiraszka G., Obierzyńska A. *Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia tytoniu wśród młodych dorosłych – studentów regionu świętokrzyskiego*. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2019;9(1):15-22
 - Wiraszka G, Obierzyńska A, Kielar M. *Problem palenia tytoniu wśród młodzieży studiującej w województwie świętokrzyskim*. W: *Wyzwania naukowe i zawodowe we współczesnym pielęgniarstwie. T. 1 (red.) Dorota Kozieł, Renata Stępień, Grażyna Wiraszka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, 2017, s.372-385
 - Wiraszka G, Góral K, Stępień R, Kielar M. *Cancer prevention awareness among young adult Polish females on the basis of the assessment of knowledge and health behaviours*; *Studia Medyczne* 2016; 32; 77-85;
 - Wiraszka G., Stępień R.: *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób układu krążenia i kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia*. W: Juszczak M. (red.). *Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej*. Wydawnictwo WSEiP w Kielcach, Kielce 2010: 183-200
 - Wnęk W. *Cholesterol - funkcje, źródła, frakcje, stężenie*. *Portal Medycyna Praktyczna*. Dostępne na: <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/zasady/117035,cholesterol-funkcje-zrodla-frakcje-stezenie>
 - Wojakowski W, Hrycek E. *Hipercholesterolemia*. *Portal Medycyna Praktyczna*. Dostępne na: <https://www.mp.pl/pacjent/cholesterol/hipercholesterolemia/88295,hipercholesterolemia>
 - Wojtczak A. *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. PZWL, Warszawa 2009.

-
- Wojtyniak B, Goryński P. *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2020*. NIZ-PZH, Warszawa 2020. Dostępne na:
https://profibaza.pzh.gov.pl/sites/default/files/pliki/Archiwum/Sytuacja_zdrowotna_2020_PL_i_nternet_0.pdf
 - Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa 2017.
 - Wrońska I., Sierakowska M. *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 2014
 - Zgliszczyński W, Pinkas J. *Epidemiologia – największe wyzwania. Czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*. W: [red.] Sliż D, Mamcarz A. *Medycyna stylu życia*. PZWL, Warszawa 2022: 1-16
 - Żołnierczuk-Kieliszek D. *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*. W [red.]. Kulik T, Pacian A. *Zdrowie publiczne*. PZWL, Warszawa 2016:64-87.
 - Żółtaszek A, Budny D. *Czy postęp cywilizacyjny jest dla nas zdrowy? Analiza wydatków na ochronę zdrowia i aspektów epidemiologicznych wybranych chorób cywilizacyjnych*. W: Dańska-Borsiak B, Laskowska I. *Regionalne analizy ekonomiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2016: 83-98