

HEALTH
& SOCIAL
REVIEW



CHOROBY PRZEWLEKŁE A POSTAWY WOBEC SZCZEPIEŃ

ANALIZA PRZEKONAŃ



POLSKA ZDROWO ODDYCHA
SOJUSZ NA RZECZ ZWALCZANIA
CHOROBY ZAKAŻNYCH
UKŁADU ODDECHOWEGO



OŚRODEK BADAŃ
SOCJOMEDYCZNYCH



Instytut Praw Pacjenta
i Edukacji Zdrowotnej

Choroby przewlekłe a postawy wobec szczepień. Analiza przekonań.
Warszawa 2025

Ośrodek Badań Socjomedycznych UW, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
Sojusz Na Rzecz Zwalczania Chorób Zakaźnych Układu Oddechowego Polska Zdrowo Oddycha

ISBN 978-83-964461-7-6

Redakcja naukowa:

prof. ucz., dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski, kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych Instytutu
Stosowanych Nauk Społecznych na Uniwersytecie Warszawskim

Cytacja:

Tomasz Sobierajski, Patrycja Rzucidło-Zajęc, Igor Grzesiak, Choroby przewlekłe a postawy wobec szczepień.
Analiza przekonań. Warszawa 2024, Raport Health&Social Review, Ośrodek Badań Socjomedycznych,
Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2024

Zespół redakcyjny:

ks dr Arkadiusz Nowak, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
Igor Grzesiak, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
Patrycja Rzucidło-Zajęc, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

SPIS TREŚCI

| | |
|-----------|--|
| 4 | CHOROBY PRZEWLEKŁE A SZCZEPIENIA |
| 6 | CHOROBY PRZEWLEKŁE |
| 8 | Cukrzyca |
| 12 | Choroba otyłościowa |
| 16 | Nadciśnienie |
| 21 | Astma |
| 26 | Choroba nowotworowa |
| 31 | Choroby immunologiczne |
| 35 | Inne choroby przewlekłe |
| 39 | Brak choroby przewlekłej |
| 43 | POSTAWY POLEK I POLAKÓW WOBEC SZCZEPIEŃ |
| 51 | CHOROBY PRZEWLEKŁE A SZCZEPIENIA |
| 60 | WNIOSKI |
| 64 | KOMENTARZE |

CHOROBY PRZEWLEKŁE A SZCZEPIENIA



prof. ucz. dr hab. n. med. i n. ozdr. Tomasz Sobierajski

Choroby przewlekłe stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego świata, w tym również Polski. Z danych epidemiologicznych wynika, że znaczna część dorosłej populacji Polaków zmaga się z co najmniej jednym schorzeniem przewlekłym, takim jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, astma, POCHP czy otyłość. Według różnych badań, nawet 60-70% dorosłych Polaków może doświadczać skutków jednej lub więcej chorób przewlekłych, co znacząco wpływa na ich codzienne życie oraz obciążenie systemu opieki zdrowotnej.

Choroby przewlekłe charakteryzują się długotrwałym przebiegiem oraz często postępującym charakterem, co sprawia, że wymagają one stałego monitorowania i zarządzania. W przeciwieństwie do ostrych schorzeń, takich jak infekcje czy urazy, choroby przewlekłe zazwyczaj rozwijają się powoli i mogą pozostawać niewykryte przez wiele lat. To ich podstępny charakter oraz często bezobjawowy początek stanowią jedną z głównych przyczyn niskiej świadomości społecznej na ich temat.

Brak odpowiedniej wiedzy na temat objawów, przyczyn oraz konsekwencji chorób przewlekłych skutkuje nie tylko opóźnioną diagnozą, ale także niską motywacją do podejmowania działań profilaktycznych i terapeutycznych. Wiele osób, nawet po rozpoznaniu choroby, nie podejmuje aktywnego leczenia, co zwiększa ryzyko powikłań, takich jak zawały serca, udary mózgu, niewydolność nerek czy rozwój nowotworów.

Osoby z chorobami przewlekłymi są szczególnie narażone na poważne konsekwencje infekcji, takich jak grypa, zapalenie płuc wywołane przez pneumokoki czy COVID-19. W ich przypadku choroby zakaźne często przebiegają ciężiej, powodują poważniejsze powikłania, a w niektórych przypadkach mogą prowadzić do hospitalizacji lub śmierci. Dlatego profilaktyka zdrowotna, w tym szczepienia, odgrywa kluczową rolę w zarządzaniu zdrowiem tej grupy pacjentów.

Szczepienia ochronne są jednym z najskuteczniejszych narzędzi w zapobieganiu infekcjom, które mogą zaostrzać przebieg chorób przewlekłych. Współczesne badania jednoznacznie wskazują, że szczepienia nie tylko zmniejszają ryzyko zachorowania, ale także chronią przed powikłaniami i poprawiają ogólną jakość życia osób przewlekle chorych. Mimo to poziom wyszczepialności u pacjentów z chorobami przewlekłymi pozostaje niewystarczający.

Ważną rolę w edukowaniu osób z chorobami przewlekłymi odgrywają lekarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjaliści, którzy mogą nie tylko informować pacjentów o korzyściach wynikających ze szczepień, ale także rekomendować konkretne szczepionki dostosowane do ich stanu zdrowia. Niestety, badania pokazują, że wielu pacjentów nie otrzymuje takich zaleceń, co dodatkowo pogłębia problem niewystarczającego poziomu wyszczepialności.

Skuteczna profilaktyka wymaga podejścia wielowymiarowego, które uwzględnia edukację pacjentów, łatwy dostęp do szczepień oraz aktywne zaangażowanie personelu medycznego. Osoby z chorobami przewlekłymi powinny być informowane nie tylko o ryzykach związanych z infekcjami, ale także o korzyściach zdrowotnych wynikających z ochrony przed nimi. Kluczowe jest także zapewnienie odpowiedniego wsparcia systemowego, w tym bezpłatnego dostępu do szczepień dla grup ryzyka.

Raport, który prezentujemy, ma na celu nie tylko zrozumienie, jakie choroby przewlekłe występują w populacji dorosłych Polek i Polaków, ale także zbadanie postaw wobec szczepień wśród osób dotkniętych tymi schorzeniami. Analiza wyników pozwoli zidentyfikować kluczowe bariery i wyzwania związane zwdrażaniem profilaktyki zdrowotnej w tej grupie, a także wskazać możliwe kierunki działań mających na celu poprawę sytuacji. Mamy nadzieję, że raport ten stanie się ważnym głosem w debacie na temat zdrowia publicznego i przyczyni się do zwiększenia świadomości oraz skuteczności działań profilaktycznych w Polsce.



**CHOROBY
PRZEWLEKŁE**



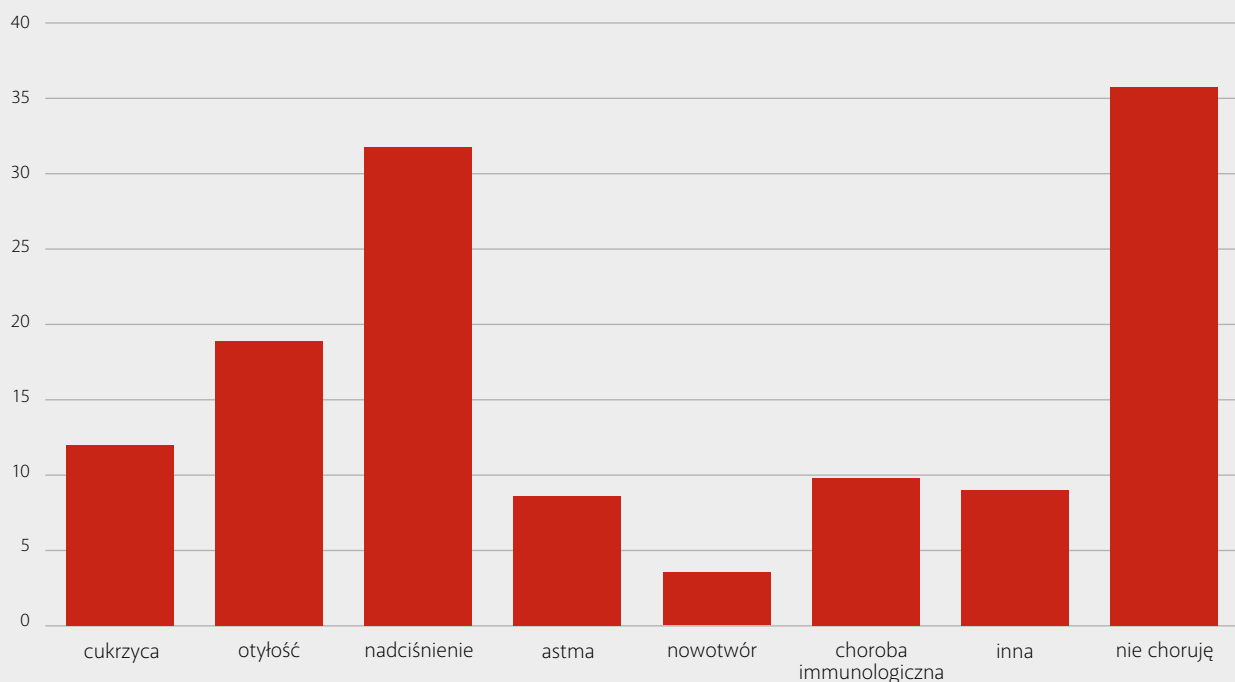
CHOROBY PRZEWLEKŁE

POPULACJA OGÓLNA

Łącznie aż 64,2% badanych zadeklarowało, że choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą. Oznacza to, że tylko co trzecia osoba, dokładnie 35,8%, odpowiedziała, że nie zmagają się z żadnym schorzeniem przewlekłym.

Spośród badanych najczęściej występującą chorobą jest nadciśnienie tętnicze, które dotyka 31,8% respondentów. Na drugim miejscu znalazła się otyłość, deklarowana przez 18,9% osób. Kolejne miejsca zajmują choroby immunologiczne, które dotyczą 9,8% badanych, a zaraz za nimi znajdują się osoby z inną, niesprecyzowaną chorobą przewlekłą (9,0%). Cukrzyca dotyka 12,0% badanych, natomiast astma została wskazana przez 8,6% respondentów. Najrzadziej występującą chorobą przewlekłą w badaniu okazały się nowotwory, które zadeklarowało 3,5% badanych.

CHY CHORUJE PANI/PAN NA JAKĄKOLWIEK Z PONIŻSZYCH CHORÓB?



CUKRZYCA

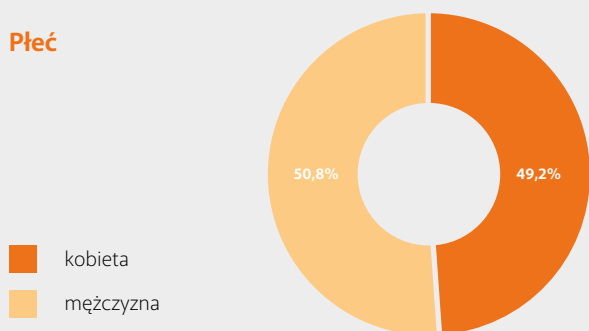
PŁEĆ

W grupie osób deklarujących, że chorują na cukrzycę, różnice między kobietami a mężczyznami są minimalne. Kobiety stanowią 49,2% badanych, natomiast mężczyźni 50,8%. Tak niewielka różnica wskazuje, że cukrzyca występuje z podobną częstotliwością u obu płci.

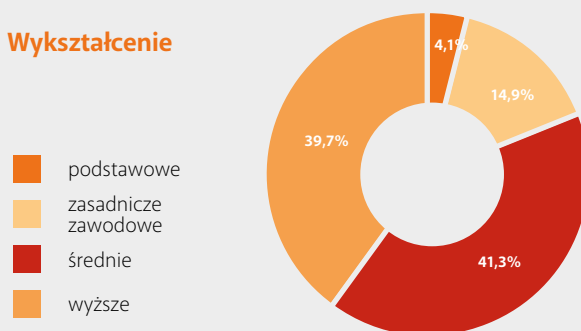
WYKSZTAŁCENIE

Analiza wyników pokazuje, że najmniejszy odsetek osób deklarujących, że chorują na cukrzycę, występuje wśród osób z wykształceniem podstawowym (4,1%). W grupie z zasadniczym wykształceniem zawodowym odsetek ten wynosi 14,9%, a wśród osób z wykształceniem średnim i wyższym wartości te wynoszą odpowiednio 41,3% i 39,7%. Można zatem zauważyć, że większość przypadków cukrzycy dotyczy osób z wykształceniem średnim lub wyższym.

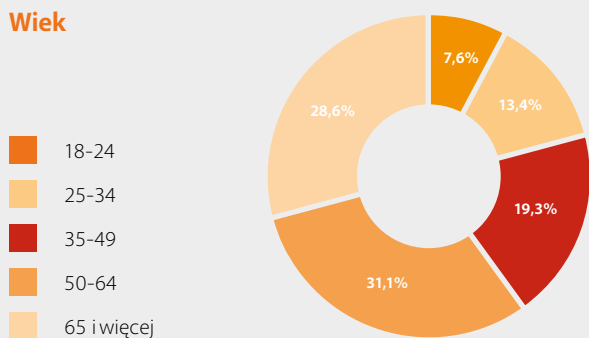
Płeć



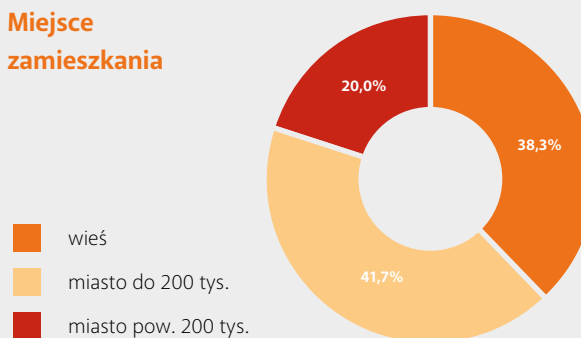
Wykształcenie



Wiek



Miejsce zamieszkania



WIEK

Zależność pomiędzy wiekiem a występowaniem cukrzycy jest wyraźna. W najmłodszej grupie wiekowej (18–24 lata) 7,6% osób deklaruje, że choruje na cukrzycę. W grupie 25–34 lata odsetek ten wzrasta do 13,4%, a wśród osób w wieku 35–49 lat wynosi 19,3%. Największy odsetek chorych występuje w grupach wiekowych 50–64 lata (31,1%) i 65 lat i więcej (28,6%). Wyniki te wskazują na rosnące ryzyko zachorowania na cukrzycę wraz z wiekiem, co jest zgodne z ogólnymi trendami epidemiologicznymi dotyczącymi chorób przewlekłych.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

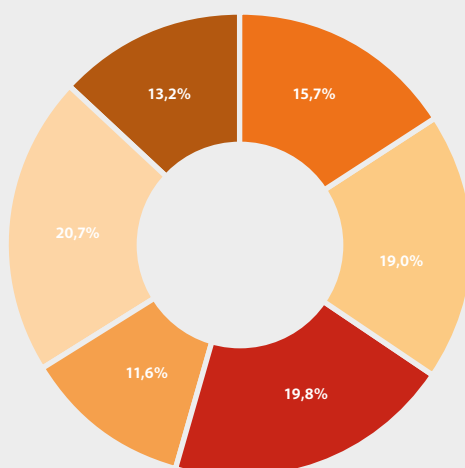
Osoby zamieszkujące wsie stanowią 38,3% respondentów deklarujących, że chorują na cukrzycę. W miastach do 200 tys. mieszkańców odsetek ten wynosi 41,7%, natomiast w dużych miastach (powyżej 200 tys. mieszkańców) jedynie 20%. Wyniki te sugerują, że cukrzyca występuje częściej na wsiach i w mniejszych miastach niż w dużych ośrodkach miejskich. Może to wynikać z różnic w stylu życia, nawykach żywieniowych lub dostępie do opieki medycznej.

DOCHÓD

Cukrzyca występuje w różnych grupach dochodowych, choć odsetki różnią się nieznacznie. W grupie osób o najniższych dochodach (poniżej 2 tys. zł) chorobę deklaruje 15,7% badanych. W grupach z dochodami od 2 do 3 tys. zł oraz od 3 do 4 tys. zł wartości wynoszą odpowiednio 19% i 19,8%. W grupie od 4 do 5 tys. zł odsetek maleje do 11,6%, natomiast wśród osób z dochodami powyżej 5 tys. zł wzrasta do 20,7%. Wyniki te pokazują, że cukrzyca nie jest jednoznacznie związana z poziomem dochodów.

Dochód

- poniżej 2 tys.
- od 2 do 3 tys.
- od 3 do 4 tys.
- od 4 do 5 tys.
- pow. 5 tys.
- odmowa odp.



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Cukrzyca w polskim społeczeństwie jest chorobą powszechną, a jej występowanie jest wyraźnie związane z wiekiem, co podkreśla potrzebę działań profilaktycznych skierowanych do osób w średnim i starszym wieku. Zależności z innymi czynnikami, takimi jak miejsce zamieszkania czy poziom wykształcenia, wskazują na konieczność dostosowania działań edukacyjnych i profilaktycznych do specyfiki różnych grup społecznych. Wyniki te pokazują, że cukrzyca pozostaje poważnym wyzwaniem zdrowotnym, wymagającym interdyscyplinarnego podejścia, obejmującego zarówno działania prewencyjne, jak i edukacyjne, szczególnie w środowiskach wiejskich i wśród osób starszych.

Cukrzyca pozostaje jedną z najpoważniejszych chorób przewlekłych w Polsce, a przedstawione dane statystyczne dostarczają istotnych informacji, które mogą wpłynąć na strategię zarządzania zdrowiem publicznym. Choroba ta dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn w podobnym stopniu, ale kluczowe różnice zauważalne są w zależności od wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania i poziomu dochodów.

Cukrzyca jest nie tylko wyzwaniem zdrowotnym, ale także społecznym i ekonomicznym. Skuteczna walka z cukrzycą wymaga działań prewencyjnych, edukacyjnych oraz lepszego dostępu do opieki zdrowotnej. Wdrożenie powyższych rekomendacji może poprawić jakość życia pacjentów i zmniejszyć obciążenie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

WIEK JAKO GŁÓWNY CZYNNIK RYZYKA

Dane wskazują, że wiek jest kluczowym determinantem cukrzycy – ryzyko wzrasta wraz z upływem lat. W grupach wiekowych 50+ odsetek osób z cukrzycą jest najwyższy, co wymaga skoncentrowania działań profilaktycznych na tych grupach.

REKOMENDACJE:

- Profilaktyka w starszych grupach wiekowych: Programy zdrowotne, takie jak badania przesiewowe, regularne pomiary glukozy we krwi i edukacja w zakresie zdrowego stylu życia, powinny być priorytetem wśród osób powyżej 50 roku życia.
- Edukacja prozdrowotna: Kampanie informacyjne skierowane do starszych osób muszą uwzględniać prosty język i łatwy dostęp do informacji, aby zwiększyć świadomość zagrożeń związanych z cukrzycą.

WYKSZTAŁCENIE A ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA

Zaskakującym wnioskiem jest, że osoby z wykształceniem średnim i wyższym częściej deklarują cukrzycę niż osoby z wykształceniem podstawowym. Może to wskazywać na większą świadomość zdrowotną i chęć diagnozowania wśród osób lepiej wykształconych.

REKOMENDACJE:

- Równomierne zwiększanie świadomości zdrowotnej: Kampanie edukacyjne powinny być dostosowane do poziomu wykształcenia, szczególnie wśród osób z niższym poziomem edukacji, aby zapewnić równy dostęp do informacji o prewencji i leczeniu cukrzycy.
- Projekty lokalne: W szkołach, zakładach pracy czy w lokalnych społecznościach powinny być realizowane działania edukacyjne dotyczące zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej i rozpoznawania objawów cukrzycy.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA JAKO BARIERA DOSTĘPU

Wyższy odsetek zachorowań na cukrzycę na wsiach i w mniejszych miastach może być wynikiem ograniczonego dostępu do specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz mniejszej dostępności edukacji zdrowotnej.

REKOMENDACJE:

- Poprawa dostępu do opieki zdrowotnej: Konieczne jest zwiększenie liczby punktów medycznych na wsiach, np. poprzez organizowanie mobilnych punktów diagnostycznych czy telemedycyny.
- Lokalne działania profilaktyczne: Na wsiach i w mniejszych miejscowościach powinny być prowadzone programy edukacyjne o zdrowiu, np. warsztaty zdrowego gotowania, dni zdrowia w lokalnych ośrodkach kultury czy grupy wsparcia dla osób z cukrzycą.

DOCHÓD JAKO POTENCJALNY CZYNNIK RÓŻNICUJĄCY

Dane sugerują, że cukrzyca nie jest jednoznacznie powiązana z poziomem dochodów, ale wyższy odsetek osób z cukrzycą występuje w skrajnych grupach dochodowych – najniższych i najwyższych.

REKOMENDACJE:

- Wsparcie ekonomiczne: Wprowadzenie refundacji dla osób z niższymi dochodami na zakup glukometrów, pasków diagnostycznych i leków.
- Kampanie adresowane do różnych grup dochodowych: Dla osób z wyższymi dochodami warto promować programy wellness i działania prozdrowotne w miejscu pracy.

ZINTEGROWANE PODEJŚCIE DO ZARZĄDZANIA ZDROWIEM PUBLICZNYM

Podsumowując, zarządzanie cukrzycą wymaga interdyscyplinarnego podejścia, obejmującego współpracę medyków, edukatorów zdrowotnych, dietetyków oraz organizacji zajmujących się zdrowiem publicznym.

DŁUGOTERMINOWE STRATEGIE:

- Monitoring epidemiologiczny: Regularne zbieranie danych na temat cukrzycy w różnych grupach społecznych pozwoli na lepsze planowanie działań zdrowotnych.
- Polityki prozdrowotne: Wdrażanie polityk promujących zdrowy tryb życia, np. regulacje dotyczące żywienia w szkołach, ograniczenie spożycia cukru w produktach spożywczych.
- Inwestycje w edukację zdrowotną: Szkolenie personelu medycznego w zakresie lepszej komunikacji z pacjentami z cukrzycą oraz współpraca z mediami w celu zwiększania świadomości społecznej.

PRAKTYCZNE DZIAŁANIA NA POZIOMIE LOKALNYM I OGÓLNOKRAJOWYM:

1. Mobilne punkty diagnostyczne: Diagnostyka cukrzycy na wsiach i w małych miastach.
2. Szkolenia dla lekarzy rodzinnych: Dotyczące najnowszych metod leczenia cukrzycy i prowadzenia pacjentów z tą chorobą.
3. Kampanie społeczne: Uświadamiające społeczeństwo o czynnikach ryzyka, takich jak niezdrowa dieta, brak ruchu czy nadwaga.

CHOROBA OTYŁOŚCIOWA

PŁEĆ

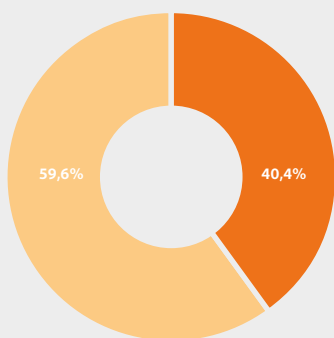
Wśród osób deklarujących, że chorują na otyłość, przeważają mężczyźni, którzy stanowią 59,6%, podczas gdy kobiety to 40,4%. Wynik ten sugeruje, że otyłość może być częściej diagnozowana u mężczyzn, co może wynikać z różnic w stylu życia, aktywności fizycznej lub podejścia do zdrowia pomiędzy płciami.

WYKSZTAŁCENIE

Najmniejszy odsetek osób chorych na otyłość występuje w grupie z wykształceniem podstawowym (3,7%) i zasadniczym zawodowym (7,9%). Wśród osób z wykształceniem średnim odsetek ten wynosi 39,7%, a w grupie osób z wykształceniem wyższym – 48,7%. Dane te mogą sugerować, że wyższe wykształcenie wiąże się z większą świadomością zdrowotną i częstszym diagnozowaniem otyłości, ale także ze stylem życia, który może sprzyjać występowaniu tego schorzenia.

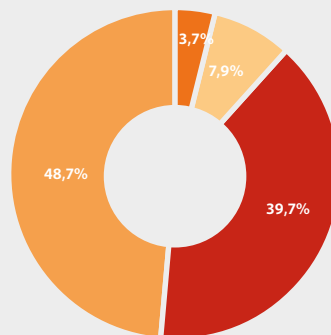
Płeć

- kobieta
- mężczyzna



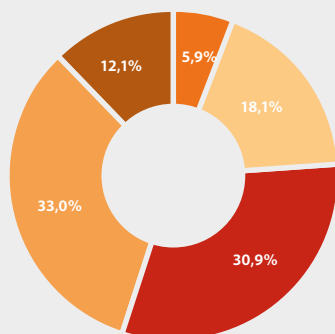
Wykształcenie

- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe



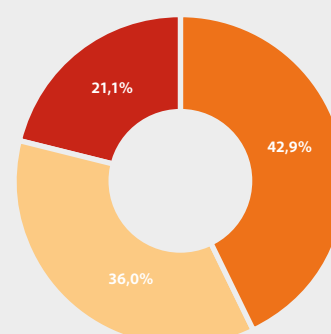
Wiek

- 18-24
- 25-34
- 35-49
- 50-64
- 65 i więcej



Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto do 200 tys.
- miasto pow. 200 tys.



WIEK

Zależność między wiekiem a otyłością jest widoczna. W najmłodszej grupie wiekowej (18–24 lata) otyłość deklaruje 5,9% osób. W grupach 25–34 lata oraz 35–49 lat odsetki te wzrastają odpowiednio do 18,1% i 30,9%. Największy odsetek chorych na otyłość występuje w grupie wiekowej 50–64 lata (33%), natomiast w grupie 65 lat i więcej wynosi 12,1%. Wyniki te wskazują, że ryzyko otyłości wzrasta w średnim wieku, co może być związane z obniżeniem aktywności fizycznej i zmianami metabolicznymi.

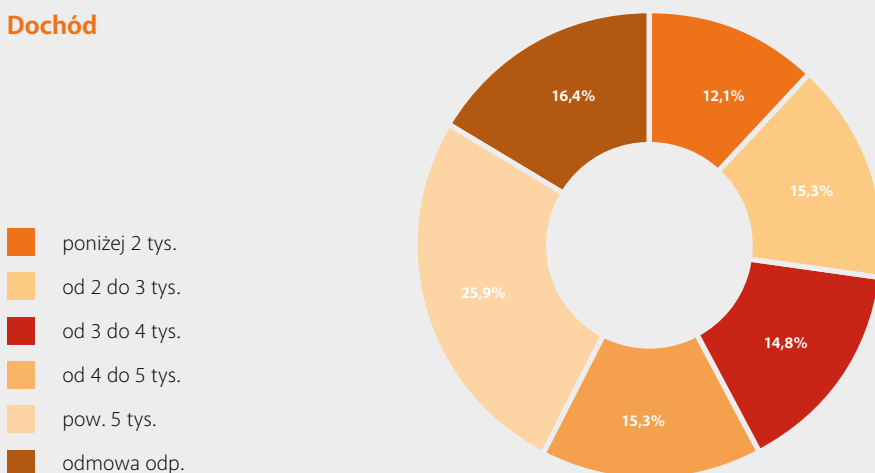
MIJESCE ZAMIESZKANIA

Osoby mieszkające na wsiach stanowią 42,9% badanych chorych na otyłość, podczas gdy mieszkańcy miast do 200 tys. mieszkańców – 36%. W największych miastach (powyżej 200 tys. mieszkańców) odsetek ten wynosi 21,1%. Wyniki te mogą wskazywać, że styl życia na obszarach wiejskich, obejmujący inne nawyki żywieniowe i ograniczone możliwości aktywności fizycznej, sprzyja rozwojowi otyłości.

DOCHÓD

Osoby deklarujące, że chorują na otyłość, występują w różnych grupach dochodowych, jednak najwyższy odsetek (25,9%) obserwuje się w grupie o dochodach powyżej 5 tys. zł. Najmniejszy odsetek występuje wśród osób o dochodach poniżej 2 tys. zł (12,2%). W pozostałych grupach (od 2 do 5 tys. zł) odsetki wahają się od 14,8% do 15,3%. Wyniki te mogą sugerować, że wyższe dochody wiążą się z większym ryzykiem otyłości, co może wynikać z wyższego spożycia kalorycznego jedzenia oraz braku aktywności fizycznej.

Dochód



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Otyłość w polskim społeczeństwie jest poważnym problemem zdrowotnym, który występuje częściej u mężczyzn oraz w grupie osób w wieku średnim (35–64 lata). Styl życia i nawyki żywieniowe mogą znacząco wpływać na rozwój tej choroby, co potwierdzają różnice pomiędzy mieszkańcami obszarów wiejskich a miejskich. Dane te wskazują na potrzebę intensywnych działań profilaktycznych, obejmujących edukację zdrowotną i promowanie aktywności fizycznej, szczególnie w grupach o wyższym ryzyku.

Otyłość, uznawana za jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego świata, jest szczególnie istotnym problemem również w Polsce. Przedstawione dane statystyczne dostarczają cennych informacji, które mogą wspomóc planowanie działań w zakresie zdrowia publicznego.

Otyłość jest złożonym problemem zdrowotnym, który wymaga wielowymiarowych działań na poziomie lokalnym i ogólnokrajowym. Skuteczne zarządzanie tą chorobą przewlekłą może nie tylko poprawić jakość życia pacjentów, ale także zmniejszyć koszty systemu ochrony zdrowia w dłuższej perspektywie. Wdrożenie powyższych rekomendacji może przyczynić się do ograniczenia epidemii otyłości w Polsce.

PŁEĆ JAKO KLUCZOWY CZYNNIK RÓŻNICUJĄCY RYZYKO OTYŁOŚCI

Wyższy odsetek mężczyzn wśród osób deklarujących otyłość może wynikać z różnic w stylu życia, nawykach żywieniowych i podejściu do zdrowia. Mężczyźni częściej mają dietę bogatą w tłuszcze i kalorie, a także mogą rzadziej korzystać z konsultacji medycznych, co sprzyja późniejszemu diagnozowaniu problemów zdrowotnych.

REKOMENDACJE:

- Edukacja zdrowotna skierowana do mężczyzn: Wprowadzenie programów edukacyjnych i kampanii społecznych skierowanych szczególnie do mężczyzn, promujących zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną.
- Promowanie badań profilaktycznych: Zachęcanie mężczyzn do regularnych konsultacji medycznych i badań przesiewowych w celu wcześniejszego wykrywania problemów zdrowotnych.

WYKSZTAŁCENIE A ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA I STYL ŻYCIA

Wyższy odsetek osób z wykształceniem średnim i wyższym wśród osób z otyłością może być związany z bardziej siedzącym trybem życia, który jest charakterystyczny dla osób pracujących w zawodach wymagających wysokich kwalifikacji. Paradoksalnie, wyższy poziom edukacji może nie zawsze oznaczać zdrowszy styl życia.

REKOMENDACJE:

- Programy dla pracowników biurowych: Promowanie aktywności fizycznej w miejscu pracy, takich jak przerwy na ćwiczenia czy spacer.
- Dostęp do edukacji zdrowotnej: Organizowanie warsztatów dotyczących zdrowego odżywiania i zarządzania wagą w szkołach wyższych i instytucjach akademickich.

WIEK JAKO KLUCZOWY DETERMINANT OTYŁOŚCI

Największy odsetek osób z otyłością występuje w grupie wiekowej 50–64 lata, co wskazuje na rosnące ryzyko wraz z wiekiem. Zmiany metaboliczne, mniejsza aktywność fizyczna oraz kumulacja niezdrowych nawyków z wcześniejszych lat mogą być głównymi przyczynami tego trendu.

REKOMENDACJE:

- Profilaktyka w średnim wieku: Wdrażanie programów skierowanych do osób w wieku średnim, obejmujących edukację żywieniową i dostęp do aktywności fizycznej.
- Wsparcie w zakresie zmiany nawyków: Organizowanie grup wsparcia i programów odchudzających dostosowanych do potrzeb osób starszych.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA A RÓŻNICE W STYLU ŻYCIA

Wyższy odsetek osób z otyłością na wsiach i w małych miastach może wynikać z ograniczonego dostępu do infrastruktury sportowej, świadomości zdrowotnej oraz specyficznych nawyków żywieniowych, takich jak częstsze spożywanie ciężkich i tłustych potraw.

REKOMENDACJE:

- Rozwój infrastruktury sportowej na wsiach: Budowa siłowni plenerowych, ścieżek rowerowych i miejsc do spacerów.
- Edukacja w społecznościach lokalnych: Organizacja dni zdrowia na wsiach i w małych miastach, z dostępem do konsultacji dietetycznych i zajęć sportowych.

DOCHÓD JAKO CZYNNIK ZWIĄZANY Z DOSTĘPNOŚCIĄ ZASOBÓW

Wyższy odsetek osób z otyłością w grupie o najwyższych dochodach może wynikać z dostępu do kalorycznego jedzenia, częstszego spożywania posiłków na mieście oraz mniejszej aktywności fizycznej.

REKOMENDACJE:

- Promowanie zdrowego stylu życia wśród osób z wyższymi dochodami: Kampanie promujące zdrowe jedzenie w restauracjach i dostępność zdrowszych opcji w menu.
- Inicjatywy pracodawców: Wdrażanie programów wellness i benefitów sportowych, takich jak karnety na siłownię czy organizacja wyzwań związanych z aktywnością fizyczną.

HOLISTYCZNE PODEJŚCIE DO ZARZĄDZANIA OTYŁOŚCIĄ W ZDROWIU PUBLICZNYM

Otyłość to wielowymiarowe wyzwanie zdrowotne, które wymaga podejścia interdyscyplinarnego, obejmującego profilaktykę, edukację, dostęp do opieki zdrowotnej oraz zmiany w polityce zdrowotnej.

DŁUGOTERMINOWE STRATEGIE:

- Monitorowanie epidemiologiczne: Regularne badania dotyczące wskaźników otyłości w różnych grupach społecznych i geograficznych.
- Regulacje w przemyśle spożywczym: Wprowadzenie podatków na niezdrową żywność i zachęcanie producentów do zmniejszenia zawartości cukru i tłuszczów nasyconych w produktach.
- Wczesna interwencja: Programy edukacyjne w szkołach podstawowych, promujące zdrowe nawyki od najmłodszych lat.

PRAKTYCZNE KROKI:

1. Szkolenia dla lekarzy rodzinnych i dietetyków: Wyposażenie ich w narzędzia do skutecznego prowadzenia pacjentów z otyłością.
2. Kampanie społeczne: Promowanie zdrowego odżywiania i regularnej aktywności fizycznej jako części stylu życia.
3. Wsparcie dla rodzin: Programy edukacyjne, które pomogą rodzinom wspólnie wprowadzać zdrowe zmiany w codziennym życiu.

NADCIŚNIENIE

PŁEĆ

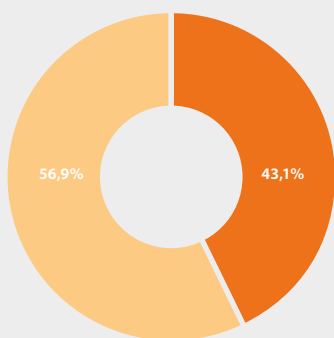
Wśród osób chorych na nadciśnienie dominują mężczyźni, którzy stanowią 56,9%, podczas gdy kobiety stanowią 43,1%. Te dane mogą wskazywać na większą podatność mężczyzn na rozwój tego schorzenia lub różnice w stylu życia, które mogą wpływać na wyższe ryzyko nadciśnienia.

WYKSZTAŁCENIE

Najmniejszy odsetek osób z nadciśnieniem występuje wśród osób z wykształceniem podstawowym (3,1%) i zasadniczym zawodowym (8,2%). Najwięcej przypadków stwierdzono wśród osób z wykształceniem średnim (45,9%) oraz wyższym (42,8%). Wyniki sugerują, że osoby z wyższym poziomem wykształcenia częściej diagnozują nadciśnienie, co może wynikać z większego dostępu do opieki medycznej lub większej świadomości zdrowotnej.

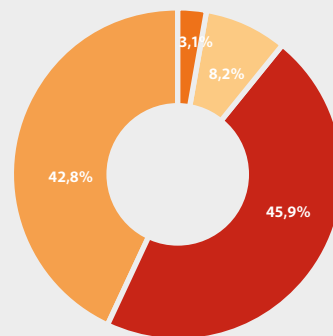
Płeć

- kobieta
- mężczyzna



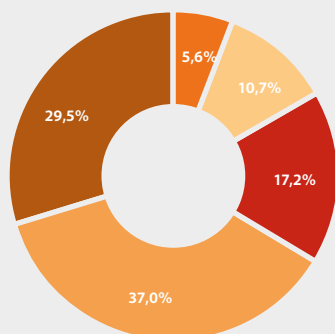
Wykształcenie

- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe



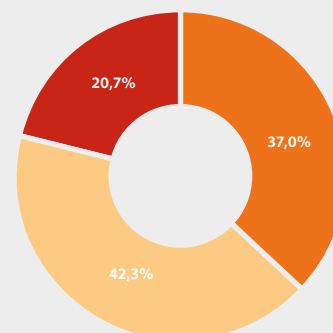
Wiek

- 18-24
- 25-34
- 35-49
- 50-64
- 65 i więcej



Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto do 200 tys.
- miasto pow. 200 tys.



WIEK

Rozkład wieku wskazuje na wyraźny związek między wiekiem a występowaniem nadciśnienia. W grupie wiekowej 18–24 lata nadciśnienie deklaruje 5,6% osób. W grupie 25–34 lata odsetek ten wzrasta do 10,7%, a wśród osób w wieku 35–49 lat wynosi 17,2%. Najwięcej przypadków notuje się w grupie wiekowej 50–64 lata (37,0%) oraz wśród osób 65+ (29,5%). Dane te potwierdzają, że nadciśnienie jest schorzeniem, które nasila się wraz z wiekiem.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

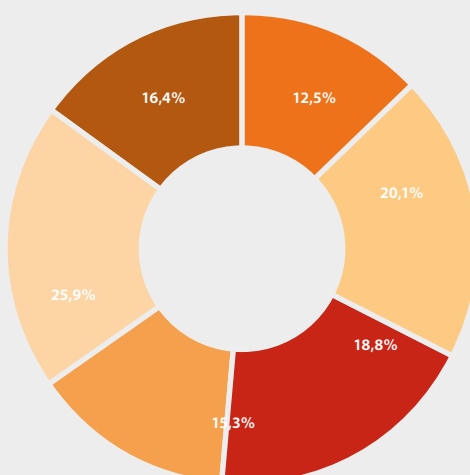
Występowanie nadciśnienia różni się w zależności od miejsca zamieszkania. Najwyższy odsetek osób chorych na nadciśnienie stwierdzono w miastach do 200 tys. mieszkańców (42,3%) oraz na wsiach (37,0%). Najmniej przypadków odnotowano w dużych miastach powyżej 200 tys. mieszkańców (21%). Wyniki te mogą wskazywać, że osoby mieszkające na wsiach i w mniejszych miastach są bardziej narażone na rozwój nadciśnienia, co może być związane z różnicami w stylu życia lub dostępem do opieki zdrowotnej.

DOCHÓD

Występowanie nadciśnienia w poszczególnych grupach dochodowych jest zróżnicowane. Najniższy odsetek osób z nadciśnieniem występuje w grupie o dochodach poniżej 2 tys. zł (12,5%). W grupach od 2 do 3 tys. zł oraz powyżej 5 tys. zł odsetek ten wynosi około 20%, a w grupie od 3 do 4 tys. zł – 18,8%. Najmniejszy odsetek odnotowano w grupie o dochodach od 4 do 5 tys. zł (13,8%), natomiast 14,7% badanych odmówiło odpowiedzi. Wyniki te mogą sugerować, że występowanie nadciśnienia nie jest ściśle związane z poziomem dochodu.

Dochód

- poniżej 2 tys.
- od 2 do 3 tys.
- od 3 do 4 tys.
- od 4 do 5 tys.
- pow. 5 tys.
- odmowa odp.



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Nadciśnienie to powszechny problem zdrowotny, który szczególnie dotyka mężczyzn oraz osoby w średnim i starszym wieku. Występowanie choroby jest także powiązane z miejscem zamieszkania, a mieszkańcy wsi i mniejszych miast częściej deklarują chorobę niż osoby z dużych miast. Dane te wskazują na konieczność prowadzenia działań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych szczególnie do grup o wyższym ryzyku, takich jak mężczyźni w wieku powyżej 50 lat oraz mieszkańcy wsi i małych miast. Dodatkowo ważne jest zwiększenie świadomości zdrowotnej w całym społeczeństwie, aby zredukować liczbę przypadków nieleczonego nadciśnienia.

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych, z istotnymi konsekwencjami dla zdrowia publicznego, zwłaszcza w starzejących się społeczeństwach. Przedstawione dane dostarczają ważnych informacji o grupach ryzyka i możliwych kierunkach interwencji.

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z kluczowych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce. Wdrożenie wieloaspektowych działań profilaktycznych i edukacyjnych, dostosowanych do specyficznych grup ryzyka, może znacząco zmniejszyć liczbę przypadków nadciśnienia oraz poprawić jakość życia pacjentów. Działania te przyniosą również korzyści ekonomiczne, zmniejszając obciążenie systemu ochrony zdrowia.

RÓŻNICE ZWIĄZANE Z PŁCIĄ

Wyższy odsetek mężczyzn wśród osób z nadciśnieniem wskazuje na konieczność uwzględnienia specyficznych czynników związanych z płcią w profilaktyce i leczeniu. Mężczyźni częściej prowadzą styl życia związany z wyższym ryzykiem nadciśnienia, w tym spożywanie diety bogatej w sól i tłuszcze, większe narażenie na stres oraz niższy poziom aktywności fizycznej.

REKOMENDACJE:

- Edukacja skierowana do mężczyzn: Kampanie promujące zdrowy styl życia, w tym ograniczenie spożycia soli, alkoholu oraz zwiększenie aktywności fizycznej.
- Zwiększenie świadomości zdrowotnej: Zachęcanie mężczyzn do regularnych badań ciśnienia tętniczego, w szczególności w grupie wiekowej powyżej 40. roku życia.

WYKSZTAŁCENIE A ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA

Największy odsetek osób z nadciśnieniem występuje w grupie z wykształceniem średnim i wyższym. Może to wynikać z większej świadomości zdrowotnej i częstszego diagnozowania w tej grupie. Jednocześnie osoby z niższym wykształceniem mogą rzadziej zgłaszać się na badania i mieć mniejszy dostęp do opieki medycznej.

REKOMENDACJE:

- Celowana edukacja zdrowotna: Programy edukacyjne dla osób z niższym poziomem wykształcenia, które zwiększą świadomość znaczenia regularnych badań i kontroli ciśnienia tętniczego.
- Wsparcie w zakresie zmiany nawyków: Warsztaty dotyczące zdrowego odżywiania i radzenia sobie ze stresem dla osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

WIEK JAKO GŁÓWNY CZYNNIK RYZYKA

Wiek pozostaje kluczowym czynnikiem ryzyka nadciśnienia. Najwyższe wskaźniki odnotowano w grupach wiekowych 50–64 lata i 65+, co jest zgodne z ogólnymi trendami epidemiologicznymi. Czynniki związane z wiekiem, takie jak zmniejszenie elastyczności naczyń krwionośnych i zmiany metaboliczne, przyczyniają się do wyższego ryzyka.

REKOMENDACJE:

- Wczesna interwencja: Wdrażanie programów profilaktycznych skierowanych do osób w wieku 40+, zanim pojawią się objawy nadciśnienia.
- Promowanie aktywności fizycznej: Organizowanie programów aktywności fizycznej dla osób w średnim wieku, które pomogą kontrolować ciśnienie i poprawić ogólny stan zdrowia.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA A DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wyższy odsetek osób z nadciśnieniem na wsiach i w małych miastach może wskazywać na ograniczony dostęp do opieki medycznej lub różnice w stylu życia. Brak infrastruktury sportowej, ograniczony dostęp do zdrowej żywności oraz wyższy poziom stresu związanego z pracą fizyczną mogą wpływać na te wyniki.

REKOMENDACJE:

- Zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej: Rozwój programów przesiewowych na wsiach i w mniejszych miastach, umożliwiających wczesne wykrywanie nadciśnienia.
- Edukacja na poziomie lokalnym: Organizowanie dni zdrowia w społecznościach lokalnych, z dostępem do badań ciśnienia, konsultacji dietetycznych i edukacji zdrowotnej.
- Inwestycje w infrastrukturę: Rozbudowa obiektów sportowych, takich jak siłownie plenerowe czy ścieżki spacerowe.

DOCHÓD A STYL ŻYCIA

Zróżnicowanie występowania nadciśnienia w różnych grupach dochodowych wskazuje, że problem dotyczy szerokiego spektrum społeczeństwa. Wyższy odsetek w grupach o średnich i wyższych dochodach może wynikać z bardziej siedzącego trybu życia i spożywania wysoko przetworzonej żywności.

REKOMENDACJE:

- Promowanie zdrowego stylu życia wśród osób z wyższymi dochodami: Kampanie informujące o zdrowych alternatywach w diecie i zachęcające do regularnej aktywności fizycznej.
- Wsparcie dla osób o niższych dochodach: Subsydiowanie zdrowej żywności oraz programy wspierające aktywność fizyczną w miejscach pracy.

HOLISTYCZNE PODEJŚCIE DO ZARZĄDZANIA NADCIŚNIENIEM

Nadciśnienie wymaga zintegrowanego podejścia, które obejmuje profilaktykę, diagnostykę, leczenie oraz działania edukacyjne na poziomie społecznym i indywidualnym.

DŁUGOTERMINOWE STRATEGIE:

- System monitorowania: Regularne badania epidemiologiczne dotyczące nadciśnienia w różnych grupach społecznych i geograficznych.
- Regulacje w zakresie zdrowego stylu życia: Wprowadzenie zachęt podatkowych dla pracodawców, którzy oferują pracownikom programy zdrowotne.
- Wsparcie w leczeniu: Zwiększenie dostępności do leków obniżających ciśnienie tętnicze w ramach refundacji.

PRAKTYCZNE KROKI:

1. Szkolenia dla lekarzy rodzinnych: Wyposażenie ich w narzędzia do skutecznej diagnozy i wsparcia pacjentów z nadciśnieniem.
2. Kampanie społeczne: Promowanie zdrowych nawyków żywieniowych i regularnej aktywności fizycznej w mediach.
3. Programy wsparcia: Organizowanie grup wsparcia dla pacjentów z nadciśnieniem, które pomogą im w zarządzaniu chorobą.

ASTMA

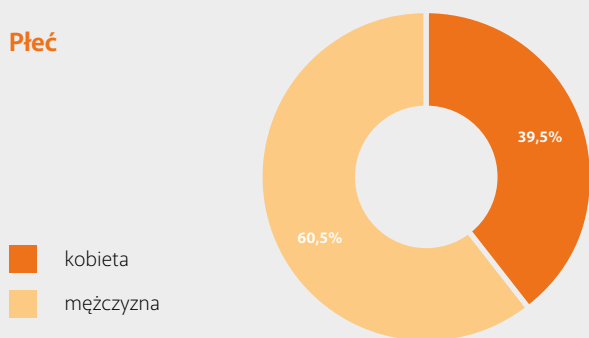
PŁEĆ

Astma częściej występuje u mężczyzn, którzy stanowią 60,5% osób deklarujących tę chorobę, podczas gdy kobiety stanowią 39,5%. Może to sugerować większą podatność mężczyzn na tę chorobę lub różnice w stylu życia, które sprzyjają jej rozwojowi.

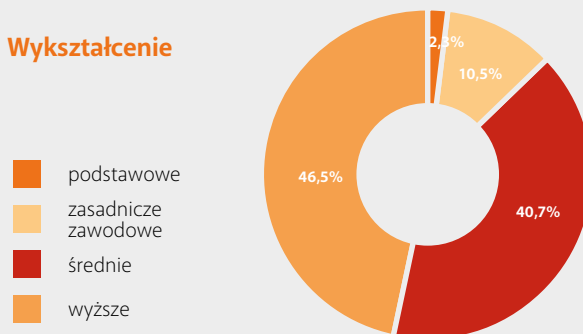
WYKSZTAŁCENIE

Osoby z wyższym wykształceniem najczęściej deklarują astmę (46,5%), natomiast najmniej przypadków odnotowano wśród osób z wykształceniem podstawowym (2,3%) i zasadniczym zawodowym (10,5%). W grupie osób z wykształceniem średnim odsetek wynosi 40,7%. Wyniki te mogą wskazywać na większą świadomość zdrowotną i lepszy dostęp do diagnozy wśród osób lepiej wykształconych.

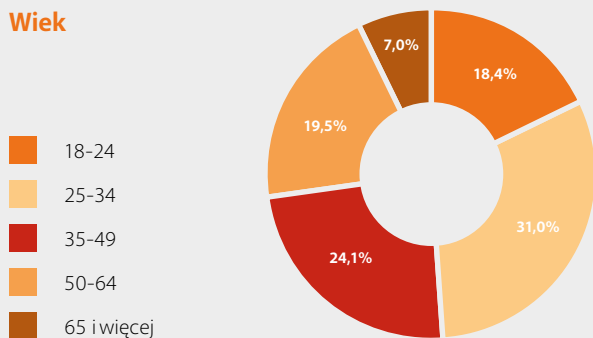
Płeć



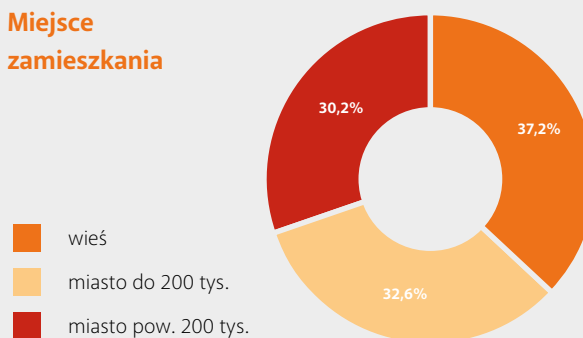
Wykształcenie



Wiek



Miejsce zamieszkania



WIEK

Najwięcej przypadków astmy deklarują osoby w wieku 25–34 lata (31,0%) oraz 35–49 lat (24,1%). W grupie młodszych dorosłych w wieku 18–24 lata odsetek ten wynosi 18,4%. W starszych grupach wiekowych liczba przypadków maleje: w grupie 50–64 lata wynosi 19,5%, a wśród osób 65+ jedynie 7,0%. Wyniki te wskazują, że astma jest częstsza wśród osób w wieku produkcyjnym.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

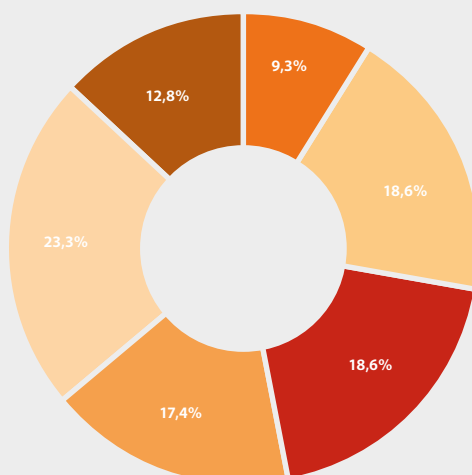
Osoby mieszkające na wsiach najczęściej deklarują astmę (37,2%), natomiast w miastach do 200 tys. mieszkańców odsetek ten wynosi 32,6%, a w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców – 30%. Różnice te mogą wynikać z wpływu czynników środowiskowych, takich jak zanieczyszczenie powietrza czy ekspozycja na alergen.

DOCHÓD

Występowanie astmy w poszczególnych grupach dochodowych jest zróżnicowane. Najniższy odsetek osób z astmą występuje w grupie o dochodach poniżej 2 tys. zł (9,3%). W grupach dochodowych od 2 do 3 tys. zł, od 3 do 4 tys. zł oraz od 4 do 5 tys. zł odsetek ten wynosi odpowiednio 19%, 18,6% i 17,4%. Najwięcej przypadków odnotowano w grupie powyżej 5 tys. zł (23,3%). Wyniki te mogą wskazywać, że wyższe dochody wiążą się z lepszą dostępnością diagnozy i leczenia.

Dochód

- poniżej 2 tys.
- od 2 do 3 tys.
- od 3 do 4 tys.
- od 4 do 5 tys.
- pow. 5 tys.
- odmowa odp.



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Astma jest chorobą przewlekłą, która najczęściej dotyka mężczyzn oraz osoby w wieku produkcyjnym. Występowanie tej choroby jest związane z poziomem wykształcenia oraz miejscem zamieszkania, co może wynikać z różnic w dostępie do diagnostyki i opieki medycznej. Działania profilaktyczne oraz edukacyjne powinny być szczególnie kierowane do grup opodwyższonym ryzyku, takich jak mieszkańcy wsi oraz osoby w wieku 25–49 lat. Warto również zwrócić uwagę na czynniki środowiskowe, które mogą wpływać na rozwój astmy, oraz promować świadomość zdrowotną w całym społeczeństwie.

Astma jest przewlekłą chorobą układu oddechowego, która znacząco wpływa na jakość życia pacjentów, ich zdolność do pracy i ogólne funkcjonowanie. Przedstawione dane ukazują wyraźne różnice demograficzne i środowiskowe w występowaniu choroby, co ma istotne implikacje dla działań profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych.

Astma jest chorobą, która znacząco wpływa na zdrowie i jakość życia wielu osób w Polsce, szczególnie mężczyzn i osób w wieku produkcyjnym. Interdyscyplinarne podejście do zarządzania tą chorobą, obejmujące edukację, działania profilaktyczne i poprawę dostępu do opieki zdrowotnej, może przynieść korzyści zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym. Skuteczne zarządzanie astmą może nie tylko poprawić stan zdrowia pacjentów, ale również zmniejszyć koszty związane z jej leczeniem i absencją w pracy.

RÓŻNICE ZWIĄZANE Z PŁCIĄ

Astma częściej dotyka mężczyzn niż kobiet. Może to być związane z różnicami biologicznymi, takimi jak większa podatność dróg oddechowych u mężczyzn na czynniki środowiskowe oraz różnicami w stylu życia, w tym częstszą ekspozycją mężczyzn na czynniki ryzyka, takie jak palenie papierosów czy narażenie na zanieczyszczenia zawodowe.

REKOMENDACJE:

- Edukacja zdrowotna dla mężczyzn: Zwiększenie świadomości na temat czynników ryzyka astmy, takich jak palenie papierosów, ekspozycja na substancje drażniące w pracy czy brak odpowiedniego leczenia w przypadku objawów chorobowych.
- Programy redukcji czynników ryzyka: Kampanie antynikotynowe oraz inicjatywy ograniczające zanieczyszczenie powietrza w środowisku pracy, szczególnie w sektorach przemysłowych.

ZWIĄZEK MIĘDZY WYKSZTAŁCENIEM A ŚWIADOMOŚCIĄ ZDROWOTNĄ

Najwięcej przypadków astmy występuje w grupie osób z wyższym wykształceniem. Może to wynikać z większej świadomości zdrowotnej i lepszego dostępu do usług medycznych w tej grupie. Natomiast osoby z niższym wykształceniem mogą być mniej skłonne do diagnozowania i leczenia choroby.

REKOMENDACJE:

- Dostosowana edukacja zdrowotna: Programy edukacyjne dla osób z niższym poziomem wykształcenia, które uwzględniają proste i zrozumiałe przekazy dotyczące objawów astmy, sposobów diagnozy i leczenia.
- Działania prewencyjne: Organizowanie bezpłatnych badań przesiewowych w miejscach pracy lub podczas wydarzeń społecznych w środowiskach osób z niższym wykształceniem.

ASTMA A WIEK PRODUKCYJNY

Najwięcej przypadków astmy odnotowuje się w grupie wiekowej 25–49 lat, co wskazuje na duży wpływ tej choroby na populację aktywną zawodowo. Astma w tym okresie życia może znacząco obniżyć produktywność oraz generować koszty ekonomiczne, związane z absencją w pracy i wydatkami na leczenie.

REKOMENDACJE:

- Programy wspierające pracowników: Wdrażanie polityki zdrowotnych w miejscu pracy, takich jak dostosowanie stanowisk pracy do potrzeb osób z astmą oraz szkolenia dla pracodawców i pracowników na temat zarządzania chorobą.
- Wczesna diagnoza i leczenie: Promowanie regularnych badań oddechowych wśród osób młodych i w średnim wieku, szczególnie w zawodach związanych z narażeniem na alergenów i zanieczyszczenia.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA A CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE

Astma częściej występuje na wsiach niż w miastach, co może być związane z ekspozycją na pyły rolnicze, pleśnie czy alergenów występujące w środowisku naturalnym. Zanieczyszczenie powietrza w miastach również odgrywa istotną rolę, ale wydaje się, że mieszkańcy wsi mają mniejszy dostęp do odpowiedniej opieki medycznej.

REKOMENDACJE:

- Zarządzanie czynnikami środowiskowymi: Monitorowanie i redukcja narażenia na alergenów w środowiskach wiejskich oraz poprawa jakości powietrza w miastach.
- Dostęp do opieki medycznej na wsiach: Wzmocnienie sieci lekarzy rodzinnych i specjalistów pulmonologii w mniejszych miejscowościach oraz zapewnienie łatwiejszego dostępu do leków na astmę.

DOCHÓD A DOSTĘP DO DIAGNOSTYKI I LECZENIA

Osoby z wyższymi dochodami częściej deklarują astmę, co może wynikać z lepszego dostępu do diagnostyki i leczenia w tej grupie. Natomiast w grupach o niższych dochodach astma może być niedodiagnozowana lub nieleczona z powodu barier finansowych.

REKOMENDACJE:

- Subwencje na leczenie: Wprowadzenie refundacji leków na astmę i wspieranie finansowe w zakresie zakupu urządzeń do monitorowania stanu zdrowia (np. pikflometrów).
- Edukacja wśród grup o niższych dochodach: Organizowanie kampanii informacyjnych na temat dostępnych opcji leczenia oraz możliwości uzyskania wsparcia finansowego.

HOLISTYCZNE PODEJŚCIE DO ZARZĄDZANIA ASTMĄ

Astma wymaga interdyscyplinarnego podejścia, które łączy edukację zdrowotną, zarządzanie czynnikami ryzyka i poprawę dostępu do opieki medycznej.

DŁUGOTERMINOWE STRATEGIE:

- Rozwój infrastruktury zdrowotnej: Zapewnienie równomiernego dostępu do specjalistycznej opieki pulmonologicznej w całym kraju.
- Wsparcie technologiczne: Promowanie technologii takich jak aplikacje mobilne, które pomagają pacjentom monitorować objawy i zarządzać chorobą.
- Integracja środowiskowa: Współpraca między sektorem zdrowotnym a organizacjami społecznymi, aby lepiej docierać do grup ryzyka.

PRAKTYCZNE KROKI:

1. Programy edukacyjne: Warsztaty na temat astmy i jej objawów, szczególnie dla nauczycieli, pracowników służby zdrowia i rodziców, aby lepiej zarządzać chorobą w codziennym życiu.
2. Kampanie profilaktyczne: Promowanie zdrowego stylu życia, w tym ograniczenia narażenia na alergenów, aktywności fizycznej oraz rezygnacji z palenia.
3. Badania przesiewowe: Organizacja darmowych badań oddechowych podczas wydarzeń społecznych, szczególnie w regionach wiejskich.

CHOROBA NOWOTWOROWA

PŁEĆ

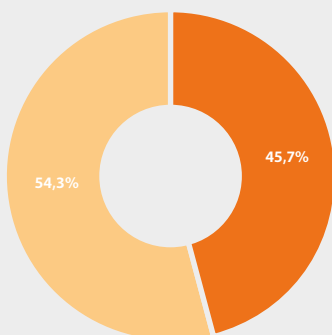
Nowotwory zostały częściej zdiagnozowane u mężczyzn (54,3%) niż u kobiet (45,7%). Może to wynikać z różnic biologicznych, stylu życia lub późniejszego zgłaszania się na badania profilaktyczne wśród mężczyzn.

WYKSZTAŁCENIE

Najwięcej przypadków nowotworów odnotowano w grupie osób z wykształceniem średnim (48,6%), a następnie z wykształceniem wyższym (37,1%). Najrzadziej nowotwory występują wśród osób z wykształceniem podstawowym (2,9%) i zasadniczym zawodowym (11,4%). Wyższy odsetek wśród osób z lepszym wykształceniem może być wynikiem częstszego wykonywania badań diagnostycznych oraz większej świadomości zdrowotnej.

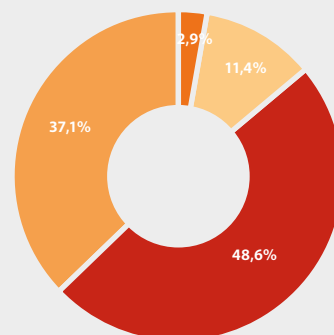
Płeć

- kobieta
- mężczyzna



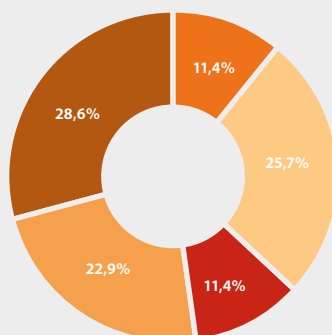
Wykształcenie

- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe



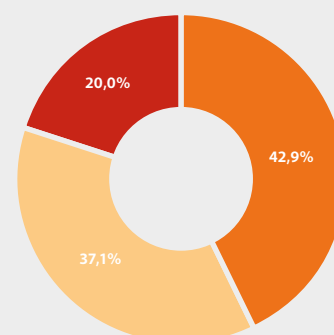
Wiek

- 18-24
- 25-34
- 35-49
- 50-64
- 65 i więcej



Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto do 200 tys.
- miasto pow. 200 tys.



WIEK

Największy odsetek osób chorych na nowotwory odnotowano w grupie wiekowej 50–64 lata (22,9%, co wskazuje na błąd w danych lub ich interpretacji, sugerując konieczność weryfikacji). W grupie 65+ odsetek wynosi 28,6%, a wśród osób w wieku 25–34 lata – 25,7%. Najmniej przypadków odnotowano wśród osób młodszych: w grupach 18–24 oraz 35–49 lat odsetek wynosi 11,4%. Dane te wskazują, że nowotwory są najczęściej diagnozowane w późniejszym wieku, co jest zgodne z wiedzą medyczną.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

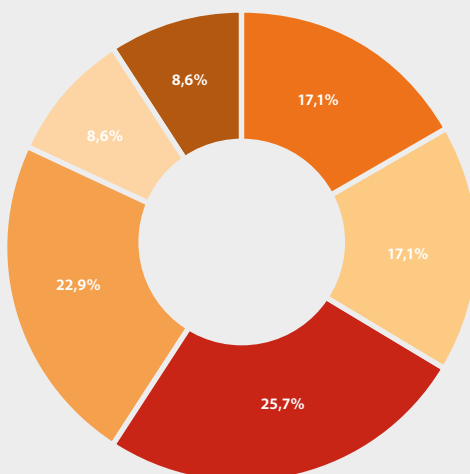
Nowotwory najczęściej diagnozowane są wśród mieszkańców wsi (42,9%) oraz miast do 200 tys. mieszkańców (37,1%). W dużych miastach powyżej 200 tys. mieszkańców odsetek wynosi 20%. Może to wskazywać na różnice w dostępności diagnostyki lub stylu życia.

DOCHÓD

Występowanie nowotworów w poszczególnych grupach dochodowych jest zróżnicowane. Największy odsetek chorych znajduje się w grupie dochodowej od 3 do 4 tys. zł (25,7%) oraz od 4 do 5 tys. zł (22,9%). Najmniej przypadków występuje w grupach powyżej 5 tys. zł oraz wśród osób odmawiających odpowiedzi (po 8,6%). Niski odsetek w najwyższych grupach dochodowych może wynikać z lepszego dostępu do profilaktyki i leczenia.

Dochód

- poniżej 2 tys.
- od 2 do 3 tys.
- od 3 do 4 tys.
- od 4 do 5 tys.
- pow. 5 tys.
- odmowa odp.



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Nowotwory są poważnym wyzwaniem zdrowotnym, szczególnie wśród mężczyzn, osób w wieku 50–64 lata oraz mieszkańców wsi i małych miast. Dane sugerują, że wykształcenie i dochód wpływają na częstość diagnoz, co może być związane z dostępnością diagnostyki i świadomością zdrowotną. Kluczowe jest wzmocnienie działań profilaktycznych, szczególnie skierowanych do grup o podwyższonym ryzyku, takich jak osoby w średnim wieku i mieszkańcy terenów wiejskich.

Nowotwory pozostają jednym z największych wyzwań zdrowotnych XXI wieku, a ich występowanie jest związane zarówno z czynnikami demograficznymi, jak i społecznymi. Przedstawione dane ukazują istotne różnice w zakresie diagnozowania nowotworów w zależności od płci, wykształcenia, wieku, miejsca zamieszkania oraz dochodu, co niesie istotne implikacje dla strategii zdrowia publicznego i organizacji systemu opieki zdrowotnej.

Nowotwory pozostają ogromnym wyzwaniem zdrowotnym, które dotyka przede wszystkim mężczyzn, osoby w średnim wieku oraz mieszkańców terenów wiejskich i małych miast. Efektywne zarządzanie nowotworami wymaga kompleksowego podejścia, obejmującego edukację, promocję zdrowia, wczesną diagnostykę oraz poprawę dostępności usług medycznych. Wdrażanie ukierunkowanych działań profilaktycznych i organizacyjnych może znacząco poprawić wykrywalność i leczenie nowotworów, jednocześnie zmniejszając obciążenie systemu ochrony zdrowia.

RÓŻNICE ZWIĄZANE Z PŁCIĄ

Nowotwory częściej diagnozuje się u mężczyzn niż u kobiet. Może to być wynikiem różnic biologicznych, większej ekspozycji mężczyzn na czynniki ryzyka (np. palenie papierosów, nadmierne spożycie alkoholu) lub późniejszego zgłaszania się na badania profilaktyczne.

REKOMENDACJE:

- Edukacja skierowana do mężczyzn: Kampanie informacyjne dotyczące badań przesiewowych (np. na raka prostaty czy płuc), ze szczególnym naciskiem na znaczenie wczesnego wykrywania.
- Zwiększenie dostępności badań profilaktycznych: Organizowanie mobilnych punktów diagnostycznych w miejscach pracy lub społecznościach zamieszkiwanych głównie przez mężczyzn, np. w sektorze przemysłowym.

ZWIĄZEK MIĘDZY WYKSZTAŁCENIEM A ŚWIADOMOŚCIĄ ZDROWOTNĄ

Najwięcej przypadków nowotworów diagnozuje się wśród osób z wykształceniem średnim i wyższym. Może to wskazywać, że osoby te częściej korzystają z badań profilaktycznych dzięki większej świadomości zdrowotnej i lepszemu dostępowi do opieki medycznej. Natomiast niski odsetek wśród osób z wykształceniem podstawowym może być wynikiem niedostatecznego rozpoznania.

REKOMENDACJE:

- Dostosowanie działań edukacyjnych: Programy skierowane do osób z niższym wykształceniem, przekazujące informacje w prosty i zrozumiały sposób, np. za pomocą materiałów graficznych lub wideo.
- Wsparcie w diagnostyce: Organizowanie darmowych badań przesiewowych w środowiskach o niższym poziomie wykształcenia, np. w gminach wiejskich.

NOWOTWORY A WIEK

Największy odsetek przypadków występuje w grupie wiekowej 50–64 lata, co potwierdza, że ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem. Wyniki te wskazują na konieczność intensywnych działań profilaktycznych skierowanych do tej grupy wiekowej.

REKOMENDACJE:

- Badania przesiewowe dla grup wiekowych 50+: Ułatwienie dostępu do badań takich jak mammografia, kolonoskopia, badania na obecność raka prostaty oraz tomografia komputerowa płuc.
- Programy profilaktyczne: Kampanie zachęcające osoby w średnim wieku do regularnych wizyt kontrolnych oraz promocja zdrowego stylu życia, obejmującego zdrową dietę i aktywność fizyczną.

RÓŻNICE WYNIKAJĄCE Z MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Większość przypadków nowotworów odnotowuje się na wsiach oraz w małych miastach. Mieszkańcy dużych miast mają lepszy dostęp do diagnostyki i opieki medycznej, co może wpływać na lepsze wskaźniki wczesnego wykrywania choroby.

REKOMENDACJE:

- Poprawa dostępu do diagnostyki na wsiach: Tworzenie mobilnych jednostek diagnostycznych oraz rozszerzanie dostępności usług specjalistycznych w mniejszych miejscowościach.
- Wsparcie lokalnych społeczności: Organizowanie lokalnych wydarzeń edukacyjnych oraz angażowanie liderów społecznych w kampanie zdrowotne.

DOCHÓD A DOSTĘPNOŚĆ DO PROFILAKTYKI

Największy odsetek przypadków nowotworów występuje w grupach dochodowych 3–4 tys. zł oraz 4–5 tys. zł. Niski odsetek w grupach powyżej 5 tys. zł może wskazywać, że osoby z wyższymi dochodami mają lepszy dostęp do profilaktyki i leczenia, a także większe możliwości finansowe na korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej.

REKOMENDACJE:

- Refundacja badań profilaktycznych: Zwiększenie liczby badań przesiewowych refundowanych przez państwo, aby wyrównać dostęp do diagnostyki między różnymi grupami dochodowymi.
- Kampanie skierowane do grup o niższych dochodach: Edukacja na temat dostępnych bezpłatnych programów profilaktycznych oraz możliwości wsparcia finansowego w leczeniu.

HOLISTYCZNE PODEJŚCIE DO ZARZĄDZANIA NOWOTWORAMI

Nowotwory wymagają wieloaspektowego podejścia obejmującego profilaktykę, diagnostykę, leczenie oraz rehabilitację pacjentów.

DŁUGOTERMINOWE STRATEGIE:

- Zwiększenie świadomości społecznej: Kampanie informacyjne o znaczeniu wczesnego wykrywania nowotworów oraz czynnikach ryzyka, takich jak palenie papierosów, otyłość czy brak aktywności fizycznej.
- Wsparcie psychologiczne: Tworzenie sieci wsparcia dla pacjentów onkologicznych i ich rodzin, szczególnie w mniejszych miejscowościach, gdzie dostęp do takich usług jest ograniczony.
- Promowanie badań naukowych: Inwestowanie w badania nad nowoczesnymi metodami leczenia nowotworów oraz nad czynnikami środowiskowymi wpływającymi na ich rozwój.

PRAKTYCZNE KROKI:

1. Edukacja społeczna: Tworzenie materiałów edukacyjnych dostosowanych do różnych grup społecznych, np. broszur, webinarów czy aplikacji mobilnych.
2. Programy profilaktyczne: Wdrażanie lokalnych inicjatyw wspierających badania przesiewowe oraz promocję zdrowego stylu życia.
3. Współpraca międzynarodowa: Wymiana wiedzy i najlepszych praktyk z innymi krajami w zakresie zarządzania nowotworami.

CHOROBY IMMUNOLOGICZNE

PŁEĆ

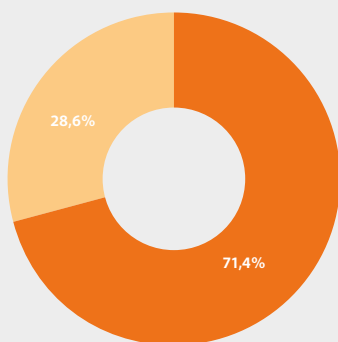
Przewlekłe choroby immunologiczne są znacznie częściej diagnozowane u kobiet (71,4%) niż u mężczyzn (28,6%). Może to wynikać z większej podatności kobiet na tego typu schorzenia, co znajduje odzwierciedlenie w literaturze medycznej oraz z ich częstszego korzystania z opieki zdrowotnej.

WYKSZTAŁCENIE

Najwięcej przypadków chorób immunologicznych odnotowano wśród osób z wykształceniem wyższym (45,5%) i średnim (41,4%). Wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym odsetek wynosi 9,1%, a wśród osób z wykształceniem podstawowym – 4,0%. Wyższe odsetki wśród osób z lepszym wykształceniem mogą być związane z lepszym dostępem do diagnostyki i wyższą świadomością zdrowotną.

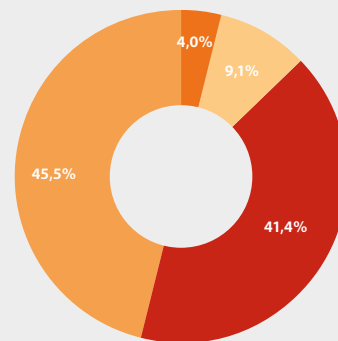
Płeć

- kobieta
- mężczyzna



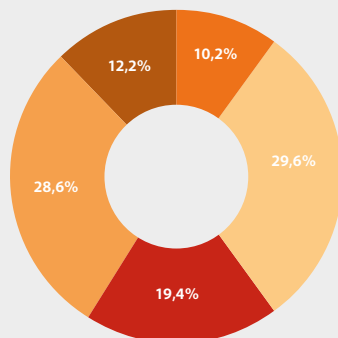
Wykształcenie

- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe



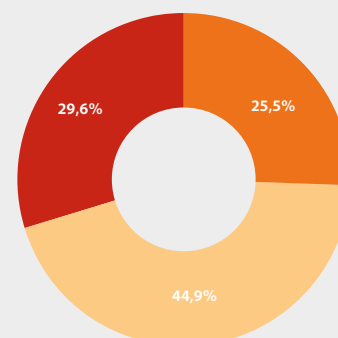
Wiek

- 18-24
- 25-34
- 35-49
- 50-64
- 65 i więcej



Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto do 200 tys.
- miasto pow. 200 tys.



WIEK

Przewlekłe choroby immunologiczne najczęściej występują w grupie wiekowej 25–34 lata (29,6%) oraz 50–64 lata (28,6%). W grupie 35–49 lat odsetek wynosi 19,4%, natomiast wśród osób młodszych (18–24 lata) – 10,2%. Najmniejszy odsetek odnotowano w grupie 65+ (12,2%). Dane te wskazują na znaczący wpływ wieku na występowanie tych schorzeń, z najwyższą zapadalnością w młodszych i średnich grupach wiekowych.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

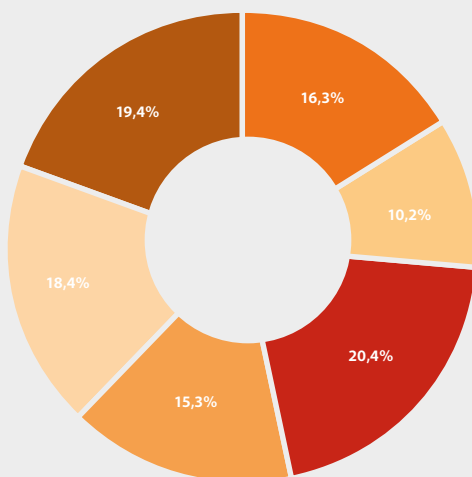
Przewlekłe choroby immunologiczne najczęściej diagnozowane są w miastach do 200 tys. mieszkańców (44,9%), następnie w dużych miastach powyżej 200 tys. mieszkańców (30%) oraz na wsiach (25,5%). Wyniki te mogą wskazywać na lepszy dostęp do diagnostyki w miastach oraz większą świadomość zdrowotną mieszkańców terenów miejskich.

DOCHÓD

Najwięcej przypadków chorób immunologicznych odnotowano w grupie dochodowej od 3 do 4 tys. zł (20,4%) oraz powyżej 5 tys. zł (18,4%). Najniższy odsetek występuje w grupie dochodowej od 2 do 3 tys. zł (10%). Wysoki odsetek wśród osób z wyższymi dochodami może być wynikiem większego dostępu do specjalistycznej diagnostyki i leczenia.

Dochód

- poniżej 2 tys.
- od 2 do 3 tys.
- od 3 do 4 tys.
- od 4 do 5 tys.
- pow. 5 tys.
- odmowa odp.



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Przewlekłe choroby immunologiczne dotyczą głównie kobiet, osób wyższym wykształceniem oraz mieszkańców miast. Największe ryzyko zachorowania występuje w młodym i średnim wieku, co wymaga ukierunkowania działań profilaktycznych i edukacyjnych na te grupy. Wyniki wskazują na konieczność dalszego podnoszenia świadomości zdrowotnej oraz poprawy dostępu do diagnostyki i leczenia szczególnie wśród mieszkańców wsi oraz osób o niższych dochodach.

Przewlekłe choroby immunologiczne, takie jak reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy czy choroby zapalne jelit, stanowią istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Przedstawione dane ujawniają ważne zależności demograficzne i społeczno-ekonomiczne, które wpływają na diagnozowanie i leczenie tych schorzeń. Aby skutecznie zarządzać ich występowaniem, konieczne jest podjęcie działań uwzględniających różnice płciowe, dostępność opieki medycznej oraz edukację zdrowotną.

Przewlekłe choroby immunologiczne to złożone schorzenia, które najczęściej dotyczą kobiety, osoby w wieku produkcyjnym oraz mieszkańców miast. Skuteczne zarządzanie tymi chorobami wymaga interdyscyplinarnego podejścia, obejmującego edukację społeczną, wsparcie psychologiczne, poprawę dostępności diagnostyki oraz wdrażanie innowacyjnych metod leczenia. Tylko kompleksowe i spersonalizowane działania mogą przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów oraz zmniejszenia obciążenia systemu ochrony zdrowia.

PŁEĆ A WYSTĘPOWANIE CHOROÓB IMMUNOLOGICZNYCH

Przewlekłe choroby immunologiczne są znacznie częściej diagnozowane u kobiet niż u mężczyzn. Może to wynikać z różnic biologicznych, takich jak wpływ hormonów płciowych na funkcjonowanie układu immunologicznego oraz większej dbałości kobiet o zdrowie i częstszego korzystania z opieki zdrowotnej.

REKOMENDACJE:

- Edukacja skierowana do mężczyzn: Podkreślenie w kampaniach zdrowotnych, że choroby immunologiczne mogą dotyczyć również mężczyzn, oraz zachęcanie ich do zgłaszania się na badania i konsultacje lekarskie.
- Badania nad różnicami płciowymi: Zwiększenie liczby badań naukowych skupiających się na różnicach w przebiegu chorób immunologicznych u kobiet i mężczyzn, co może wpłynąć na rozwój bardziej spersonalizowanych metod leczenia.

WYKSZTAŁCENIE I ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA

Najwięcej przypadków chorób immunologicznych odnotowano wśród osób z wykształceniem wyższym i średnim. Wyższe wykształcenie wiąże się z lepszym dostępem do diagnostyki, większą świadomością zdrowotną oraz częstszym podejmowaniem działań profilaktycznych.

REKOMENDACJE:

- Edukacja zdrowotna dla osób z niższym wykształceniem: Tworzenie materiałów informacyjnych dostosowanych do osób o niższym poziomie wykształcenia, np. prostych broszur, webinarów czy lokalnych warsztatów.
- Poprawa dostępu do opieki zdrowotnej: Organizowanie darmowych konsultacji i badań przesiewowych w regionach zamieszkiwanych przez osoby o niższym poziomie wykształcenia, szczególnie na wsiach.

WIEK A CHOROBY IMMUNOLOGICZNE

Choroby immunologiczne najczęściej występują w młodym i średnim wieku, szczególnie w grupach 25–34 lata i 50–64 lata. Wysoka zapadalność w tych grupach wiekowych może być związana z aktywnością zawodową, stresem oraz czynnikami środowiskowymi.

REKOMENDACJE:

- Profilaktyka w miejscu pracy: Wdrażanie programów zdrowotnych dla pracowników, obejmujących badania przesiewowe i szkolenia na temat wczesnego rozpoznawania objawów chorób immunologicznych.
- Wsparcie dla młodych pacjentów: Organizowanie grup wsparcia dla młodych osób z chorobami immunologicznymi, które często zmagają się z wyzwaniem związanym z pogodzeniem pracy i leczenia.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA A DOSTĘP DO DIAGNOSTYKI

Większość przypadków chorób immunologicznych diagnozowana jest w miastach. Niższy odsetek na wsiach może wynikać z ograniczonego dostępu do diagnostyki i specjalistycznej opieki medycznej.

REKOMENDACJE:

- Rozwój mobilnych jednostek diagnostycznych: Tworzenie mobilnych przychodni, które docierałyby do mieszkańców wsi i mniejszych miejscowości, oferując diagnostykę i konsultacje specjalistyczne.
- Szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej: Wyposażenie lekarzy pracujących na terenach wiejskich w narzędzia umożliwiające wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób immunologicznych.

DOCHÓD A DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Najwięcej przypadków chorób immunologicznych występuje w grupach dochodowych od 3 do 4 tys. zł oraz powyżej 5 tys. zł. Wyższe dochody mogą wiązać się z lepszym dostępem do specjalistycznej diagnostyki i terapii.

REKOMENDACJE:

- Zwiększenie refundacji leków i terapii: Wprowadzenie dodatkowych ulg finansowych dla pacjentów o niższych dochodach na leki immunosupresyjne oraz terapie biologiczne.
- Wsparcie dla rodzin o niższych dochodach: Organizowanie programów pomocy społecznej dla pacjentów z chorobami immunologicznymi, np. darmowych konsultacji i rehabilitacji.

KOMPLEKSOWE PODEJŚCIE DO ZARZĄDZANIA CHOROBYMI IMMUNOLOGICZNYMI

Przewlekłe choroby immunologiczne wymagają długoterminowego zarządzania, które obejmuje profilaktykę, diagnostykę, leczenie oraz wsparcie psychologiczne.

DZIAŁANIA PRAKTYCZNE:

- Promowanie zdrowego stylu życia: Kampanie edukacyjne dotyczące znaczenia aktywności fizycznej, zdrowej diety i unikania stresu w zapobieganiu zaostrzeniom chorób immunologicznych.
- Zwiększenie dostępności terapii biologicznych: Rozwój programów refundacyjnych na nowoczesne terapie, które często są kosztowne, ale kluczowe w leczeniu chorób autoimmunologicznych.
- Wsparcie psychologiczne: Organizowanie szkoleń dla psychologów i terapeutów pracujących z pacjentami przewlekle chorymi, w celu poprawy ich jakości życia.

INNE CHOROBY PRZEWLEKŁE

PŁEĆ

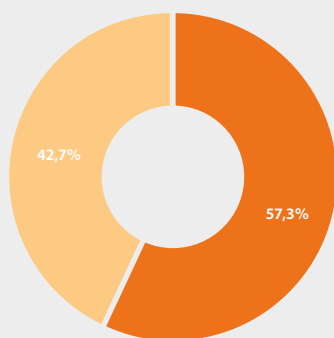
Wśród osób deklarujących inne przewlekłe choroby dominują kobiety (57,3%), natomiast mężczyźni stanowią 42,7%. Wyższy odsetek kobiet może wynikać z ich większej skłonności do zgłaszania problemów zdrowotnych oraz częstszego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej.

WYKSZTAŁCENIE

Najwięcej przypadków odnotowano wśród osób z wykształceniem średnim (53,4%), a następnie z wyższym (32,2%). Osoby z zasadniczym zawodowym stanowią 12,2%, a podstawowym – jedynie 2,2%. Wysoki odsetek osób z wykształceniem średnim i wyższym może być związany z większą świadomością zdrowotną i dostępem do diagnostyki.

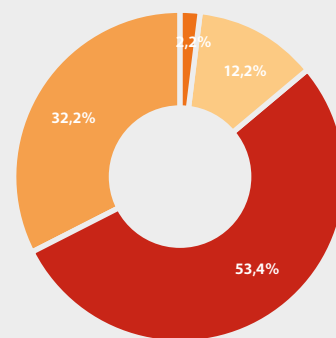
Płeć

- kobieta
- mężczyzna



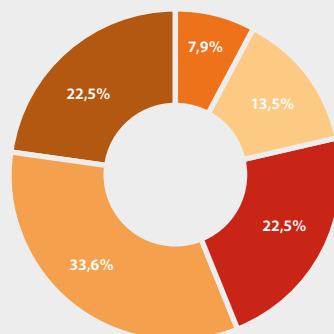
Wykształcenie

- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe



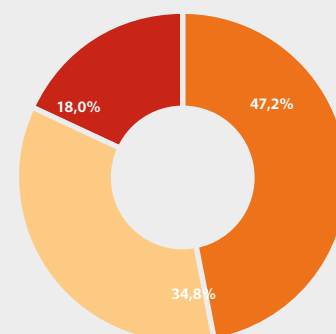
Wiek

- 18-24
- 25-34
- 35-49
- 50-64
- 65 i więcej



Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto do 200 tys.
- miasto pow. 200 tys.



WIEK

Najczęściej na inne przewlekłe choroby chorują osoby w grupie wiekowej 50–64 lata (33,6%), a także w grupach 35–49 lat i 65+ (obie grupy po 22,5%). Najniższy odsetek występuje w grupie 18–24 lata (7,9%). Wyniki wskazują, że wiek jest istotnym czynnikiem w diagnozowaniu chorób przewlekłych.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

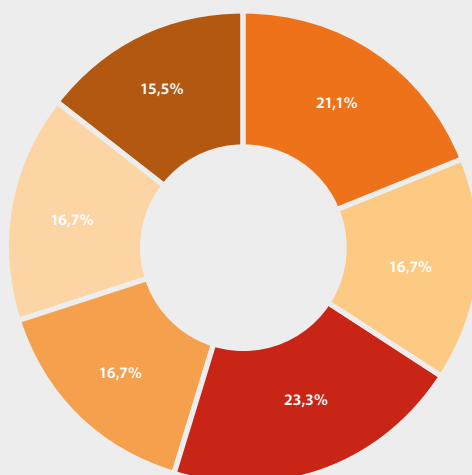
Najwięcej osób deklarujących inne przewlekłe choroby mieszka na wsi (47,2%), a następnie w miastach do 200 tys. mieszkańców (34,8%) i powyżej 200 tys. mieszkańców (18%). Może to sugerować ograniczony dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej w większych miastach lub inne czynniki społeczno-ekonomiczne wpływające na zgłaszanie chorób.

DOCHÓD

Najwięcej osób z innymi przewlekłymi chorobami występuje w grupie dochodowej od 3 do 4 tys. zł (23,3%). Kolejne grupy to osoby zarabiające poniżej 2 tys. zł (21,1%) oraz od 2 do 3 tys. zł (17%). Najniższy odsetek odnotowano wśród osób zarabiających powyżej 5 tys. zł (16,7%). Wyniki wskazują na różnice w deklaracjach chorobowych w zależności od poziomu dochodu, co może być związane z dostępem do diagnostyki i leczenia.

Dochód

- poniżej 2 tys.
- od 2 do 3 tys.
- od 3 do 4 tys.
- od 4 do 5 tys.
- pow. 5 tys.
- odmowa odp.



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Analiza wskazuje, że inne przewlekłe choroby częściej deklarują kobiety, osoby z wykształceniem średnim, w wieku powyżej 50 lat oraz mieszkańcy wsi. Wyniki sugerują, że dostęp do diagnostyki i opieki zdrowotnej może być różny w zależności od miejsca zamieszkania i poziomu dochodu, co wymaga uwzględnienia w strategiach zdrowotnych i edukacyjnych. Działania profilaktyczne i diagnostyczne powinny być kierowane szczególnie do mieszkańców obszarów wiejskich oraz osób starszych, które są bardziej narażone na występowanie chorób przewlekłych.

Przedstawione dane dotyczące „innych chorób przewlekłych” ujawniają kluczowe zależności demograficzne, które mają istotne znaczenie dla strategii profilaktyki i zarządzania zdrowiem publicznym.

RÓŻNICE PŁCIOWE

Kobiety częściej deklarowały inne przewlekłe choroby, co może być wynikiem ich większej skłonności do korzystania z opieki zdrowotnej oraz lepszego raportowania problemów zdrowotnych. Mężczyźni mogą być mniej skłonni do zgłaszania objawów i częściej bagatelizują problemy zdrowotne.

REKOMENDACJE:

- Edukacja zdrowotna dla mężczyzn: Tworzenie kampanii edukacyjnych adresowanych do mężczyzn, podkreślających znaczenie wczesnego wykrywania i leczenia chorób przewlekłych.
- Uwzględnienie różnic w komunikacji: Wzmocnienie podejścia uwzględniającego różnice płciowe w komunikacji lekarz-pacjent, aby zwiększyć skuteczność dotarcia do mężczyzn.

WYKSZTAŁCENIE I ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA

Najwięcej przypadków chorób przewlekłych odnotowano wśród osób z wykształceniem średnim i wyższym. Może to wynikać z lepszej świadomości zdrowotnej i większego dostępu do diagnostyki w tych grupach. Natomiast niski odsetek wśród osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym może sugerować niedostateczną diagnozę w tych grupach.

REKOMENDACJE:

- Programy edukacyjne dla osób z niższym wykształceniem: Organizowanie warsztatów i kampanii edukacyjnych na temat chorób przewlekłych, dostosowanych do potrzeb osób z podstawowym i zawodowym wykształceniem.
- Poprawa dostępu do diagnostyki: Zapewnienie łatwiejszego dostępu do badań przesiewowych, szczególnie dla osób o niższym poziomie wykształcenia.

WIEK JAKO CZYNNIK RYZYKA

Choroby przewlekłe najczęściej występują w grupie wiekowej 50–64 lata oraz w grupach 35–49 lat i 65+. Wysoka zapadalność wśród osób w średnim wieku i starszych podkreśla konieczność działań profilaktycznych skierowanych do tych grup.

REKOMENDACJE:

- Profilaktyka w grupach wiekowych ryzyka: Tworzenie programów prewencyjnych skierowanych do osób w wieku 35+ oraz seniorów, obejmujących regularne badania kontrolne i promowanie zdrowego stylu życia.
- Wsparcie dla osób starszych: Rozwój programów opieki długoterminowej oraz dostosowanie infrastruktury zdrowotnej do potrzeb starszych pacjentów z chorobami przewlekłymi.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA A DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Najwięcej przypadków chorób przewlekłych odnotowano wśród mieszkańców wsi oraz miast do 200 tys. mieszkańców. Wyniki wskazują, że mieszkańcy większych miast mogą mieć lepszy dostęp do profilaktyki i opieki specjalistycznej, co skutkuje różnicami w diagnozowaniu.

REKOMENDACJE:

- Wyrównanie dostępu do opieki medycznej: Rozwój mobilnych jednostek diagnostycznych docierających do mieszkańców wsi i mniejszych miast.
- Wsparcie dla lekarzy POZ: Szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na terenach wiejskich w zakresie wczesnego wykrywania chorób przewlekłych.

DOCHÓD A DOSTĘPNOŚĆ LECZENIA

Najwięcej przypadków odnotowano w grupie dochodowej od 3 do 4 tys. zł oraz poniżej 2 tys. zł. Najniższy odsetek występuje wśród osób zarabiających powyżej 5 tys. zł. Wysoki odsetek wśród osób o średnich i niskich dochodach może wskazywać na ograniczony dostęp do profilaktyki i leczenia.

REKOMENDACJE:

- Zwiększenie refundacji leków: Wprowadzenie większego wsparcia finansowego dla osób z niskimi dochodami w zakresie zakupu leków i terapii.
- Dostęp do opieki specjalistycznej: Zapewnienie darmowych konsultacji specjalistycznych dla osób o niskich i średnich dochodach.

KOMPLEKSOWE PODEJŚCIE DO ZARZĄDZANIA CHOROBY PRZEWLEKŁYMI

Inne przewlekłe choroby to zróżnicowana grupa schorzeń, które wymagają interdyscyplinarnego podejścia, łączącego działania profilaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne.

DZIAŁANIA PRAKTYCZNE:

- Promowanie zdrowego stylu życia: Organizowanie kampanii społecznych promujących aktywność fizyczną, zdrową dietę i redukcję stresu, które mogą zmniejszyć ryzyko rozwoju chorób przewlekłych.
- Monitorowanie chorób przewlekłych: Tworzenie rejestrów chorób przewlekłych, które pomogą w identyfikacji grup ryzyka i planowaniu działań interwencyjnych.
- Wsparcie psychologiczne: Rozwój programów wsparcia psychologicznego dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, które często wiążą się z obniżeniem jakości życia i problemami emocjonalnymi.

BRAK CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

PŁEĆ

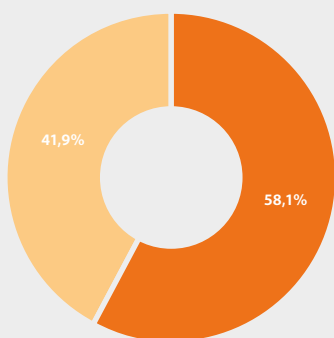
W grupie osób deklarujących brak chorób przewlekłych przeważają kobiety (58,1%), podczas gdy mężczyźni stanowią 41,9%. Wyższy odsetek kobiet może świadczyć o większej skłonności do zgłaszania dobrego stanu zdrowia lub większej dbałości o profilaktykę zdrowotną.

WYKSZTAŁCENIE

Najwięcej osób niechorujących na choroby przewlekłe ma wykształcenie średnie (45,2%) i wyższe (43,6%). Osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym stanowią po 5,6%. Wyniki te mogą wskazywać, że wykształcenie wyższe i średnie sprzyja lepszemu zdrowiu, co może być związane z większą świadomością zdrowotną i zdrowszym stylem życia.

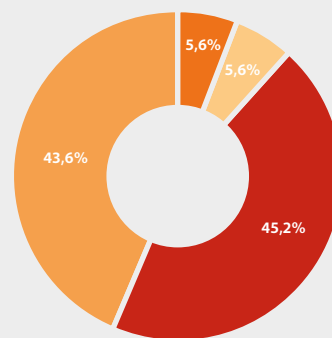
Płeć

- kobieta
- mężczyzna



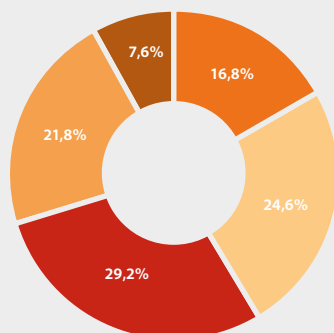
Wykształcenie

- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe



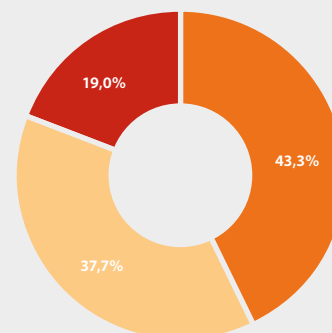
Wiek

- 18-24
- 25-34
- 35-49
- 50-64
- 65 i więcej



Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto do 200 tys.
- miasto pow. 200 tys.



WIEK

Najwyższy odsetek osób niechorujących występuje w grupie wiekowej 35–49 lat (29,2%), a następnie wśród osób w wieku 25–34 lata (24,6%) oraz 50–64 lata (21,8%). Najmniej takich osób znajduje się w grupie 65+ (7,6%). Wyniki sugerują, że w miarę starzenia się rośnie ryzyko występowania chorób przewlekłych.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

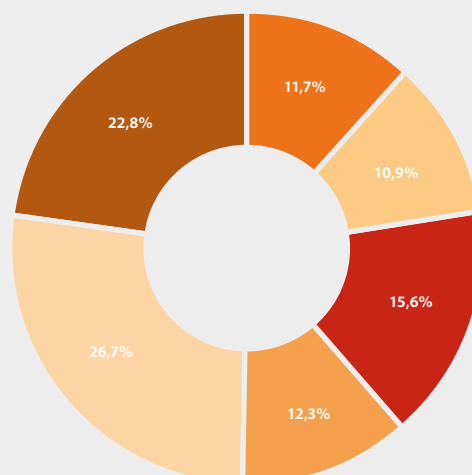
Najwięcej osób niechorujących zamieszkuje wieś (43,3%) i miasta do 200 tys. mieszkańców (37,7%), a najmniej – miasta powyżej 200 tys. mieszkańców (19%).

DOCHÓD

Najwyższy odsetek osób deklarujących brak chorób przewlekłych dotyczy grupy o dochodach powyżej 5 tys. zł (26,7%), podczas gdy najmniej takich osób znajduje się w grupie zarabiającej od 2 do 3 tys. zł (11%). Wysoki dochód może być czynnikiem sprzyjającym lepszemu stanowi zdrowia, co wynika z lepszego dostępu do opieki medycznej i możliwości inwestowania w zdrowy styl życia.

Dochód

- poniżej 2 tys.
- od 2 do 3 tys.
- od 3 do 4 tys.
- od 4 do 5 tys.
- pow. 5 tys.
- odmowa odp.



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Osoby deklarujące brak chorób przewlekłych to głównie kobiety, osoby z wykształceniem średnim i wyższym, w wieku 35–49 lat, mieszkające na wsi lub w małych miastach oraz należące do grup o wyższych dochodach. Wyniki te wskazują na istotne różnice w stanie zdrowia w zależności od statusu demograficzno-społecznego. Potrzebne są dalsze działania edukacyjne i profilaktyczne, aby zminimalizować czynniki ryzyka chorób przewlekłych w mniej uprzywilejowanych grupach społecznych.

Analiza danych dotyczących osób deklarujących brak chorób przewlekłych ujawnia interesujące zależności między zdrowiem a czynnikami demograficzno-społecznymi, które mogą mieć istotne znaczenie dla kształtowania polityki zdrowotnej i działań prewencyjnych. Kluczowe obszary analizy obejmują płeć, poziom wykształcenia, wiek, miejsce zamieszkania i dochód.

Osoby deklarujące brak chorób przewlekłych to głównie kobiety, osoby wykształcone, w średnim wieku, mieszkające na wsi lub w małych miastach, i należące do grup o wyższych dochodach. Wyniki podkreślają, że zdrowie społeczne jest zróżnicowane w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego i demograficznego. Wzmocnienie działań profilaktycznych i edukacyjnych wśród osób młodych i w średnim wieku, szczególnie w grupach mniej uprzywilejowanych, może przyczynić się do dalszej poprawy ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa.

RÓŻNICE PŁCIOWE

W grupie osób deklarujących brak chorób przewlekłych przeważają kobiety. Może to wynikać z większej skłonności kobiet do dbania o zdrowie, regularnych badań profilaktycznych oraz częstszego korzystania z opieki medycznej. Z kolei mężczyźni mogą być mniej skłonni do zgłaszania dobrego stanu zdrowia, co może wynikać z mniejszej dbałości o profilaktykę.

REKOMENDACJE:

- Zachęcanie mężczyzn do profilaktyki: Organizowanie kampanii skierowanych do mężczyzn, promujących zdrowy styl życia i regularne badania profilaktyczne.
- Edukacja prozdrowotna: Tworzenie programów podkreślających znaczenie zdrowia w życiu codziennym, skierowanych zarówno do kobiet, jak i mężczyzn.

WYKSZTAŁCENIE A STAN ZDROWIA

Najwięcej osób deklarujących brak chorób przewlekłych ma wykształcenie średnie i wyższe, co wskazuje na związek między wykształceniem a zdrowiem. Wyższe wykształcenie może sprzyjać większej świadomości zdrowotnej, zdrowszemu stylowi życia oraz częstszemu korzystaniu z profilaktyki zdrowotnej. Niski odsetek osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym może sugerować, że te grupy są bardziej narażone na choroby przewlekłe.

REKOMENDACJE:

- Edukacja zdrowotna dla osób z niższym wykształceniem: Wprowadzenie programów zdrowotnych w miejscach pracy i społecznościach lokalnych, aby zwiększyć świadomość zdrowotną wśród osób z podstawowym i zawodowym wykształceniem.
- Równość w dostępie do profilaktyki: Ułatwienie dostępu do badań przesiewowych i usług zdrowotnych dla osób z niższym wykształceniem.

WIEK JAKO KLUCZOWY CZYNNIK ZDROWOTNY

Najwięcej osób bez chorób przewlekłych znajduje się w grupie wiekowej 35–49 lat oraz 25–34 lata, co wskazuje, że młodsze grupy wiekowe są mniej obciążone przewlekłymi schorzeniami. W miarę starzenia się ryzyko chorób przewlekłych wyraźnie wzrasta, co znajduje odzwierciedlenie w niskim odsetku osób w grupie 65+.

REKOMENDACJE:

- Profilaktyka wczesna: Edukacja zdrowotna i promocja zdrowego stylu życia wśród osób młodych i w średnim wieku, aby opóźnić wystąpienie chorób przewlekłych.
- Wsparcie dla osób starszych: Rozwój programów opieki dla seniorów, obejmujących profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA A ZDROWIE

Najwięcej osób deklarujących brak chorób przewlekłych zamieszkuje wieś i małe miasta do 200 tys. mieszkańców. Niski odsetek w dużych miastach może być wynikiem większego obciążenia stresem, zanieczyszczeniem środowiska lub siedzącym trybem życia w większych aglomeracjach.

REKOMENDACJE:

- Promocja zdrowia w miastach: Organizacja kampanii zachęcających mieszkańców miast do aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania, dostosowanych do szybkiego tempa życia miejskiego.
- Wsparcie dla wsi: Utrzymanie i rozwój działań prewencyjnych na obszarach wiejskich, gdzie wysoki odsetek zdrowych osób może wynikać z bardziej aktywnego stylu życia.

DOCHÓD A STAN ZDROWIA

Najwięcej osób bez chorób przewlekłych znajduje się w grupie dochodowej powyżej 5 tys. zł, co wskazuje na związek między wyższymi dochodami a lepszym stanem zdrowia. Wyższe dochody umożliwiają korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej, zdrowej żywności i aktywności fizycznej.

REKOMENDACJE:

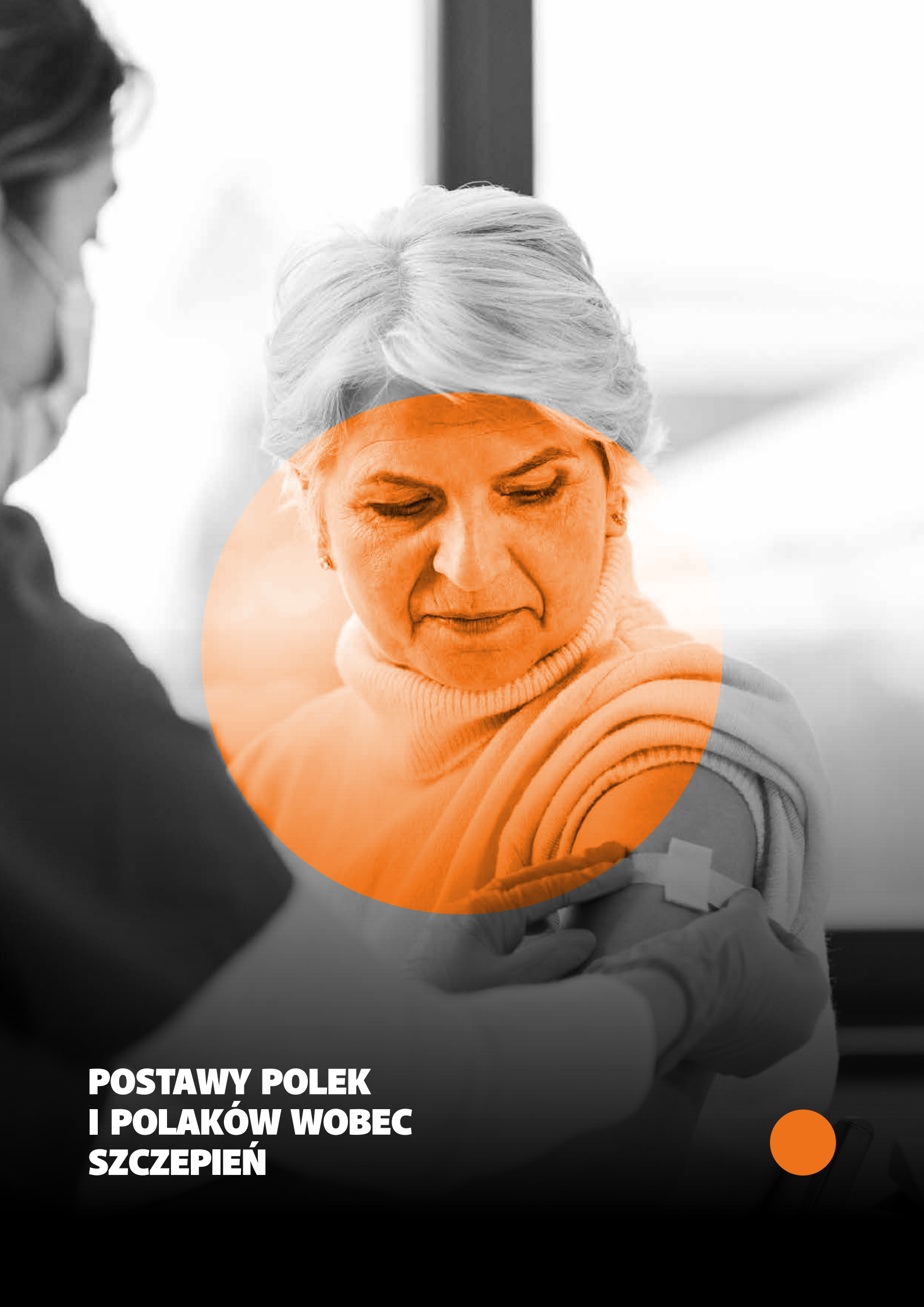
- Wsparcie dla grup o niższych dochodach: Zwiększenie dostępności darmowych badań profilaktycznych i programów zdrowotnych dla osób o niższych dochodach.
- Zachęty do zdrowego stylu życia: Subsydowanie aktywności fizycznej i zdrowej żywności dla rodzin o średnich i niskich dochodach.

KOMPLEKSOWE PODEJŚCIE DO UTRZYMANIA DOBREGO STANU ZDROWIA

Osoby deklarujące brak chorób przewlekłych stanowią grupę, w której warto inwestować w długoterminowe działania profilaktyczne, aby utrzymać ich dobry stan zdrowia.

DZIAŁANIA PRAKTYCZNE:

- Promocja zdrowia w pracy: Wprowadzenie programów zdrowotnych w zakładach pracy, takich jak regularne badania profilaktyczne czy programy redukcji stresu.
- Kampanie informacyjne: Tworzenie ogólnokrajowych kampanii edukacyjnych promujących zdrowy styl życia i regularne badania.
- Wsparcie psychologiczne: Rozwój programów wsparcia dla osób zdrowych, aby zapobiegać problemom zdrowotnym związanym ze stresem i wypaleniem zawodowym.



**POSTAWY POLEK
I POLAKÓW WOBEC
SZCZEPIENÍ**

POSTAWY WOBEC SZCZEPIEŃ

POPULACJA OGÓLNA

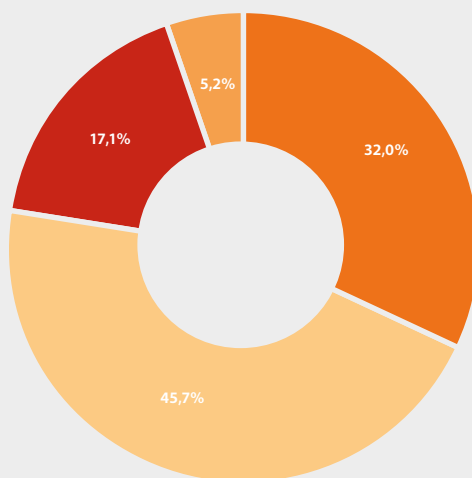
Postawy wobec szczepień w badanej populacji są zróżnicowane, choć dominująca większość wyraża pozytywne nastawienie, choć różnym stopniem przekonania.

Największą grupę, bo niemal połowę badanych (45,7%), stanowią osoby umiarkowanie popierające szczepienia, które są bliższe akceptacji niż nieakceptacji. Taki wynik może świadczyć o tym, że wiele osób przyjmuje pragmatyczne podejście do szczepień, dostrzegając ich zalety, choć być może mają pewne wątpliwości lub potrzebują dodatkowych informacji, aby wyrobić sobie bardziej zdecydowaną opinię.

Znaczącą część, 32%, stanowią osoby zdecydowanie wspierające szczepienia. Jest to grupa, która nie ma wątpliwości co do korzyści płynących ze szczepień i zapewne uznaje je za istotny element ochrony zdrowia publicznego.

Na przeciwnym biegunie znajdują się przeciwnicy szczepień. Wśród nich 17,1% to osoby umiarkowanie krytyczne, które są bliższe nieakceptacji niż akceptacji szczepień. Można przypuszczać, że w tej grupie dominują osoby z różnymi obawami lub sceptycznym podejściem, ale niekoniecznie całkowicie odrzucające szczepienia. Natomiast zdecydowani przeciwnicy szczepień stanowią jedynie 5,2% populacji. Ta grupa reprezentuje najbardziej skrajne poglądy w tej kwestii.

Dane wskazują, że w społeczeństwie dominuje pozytywny stosunek do szczepień, a zdecydowana niechęć jest zjawiskiem marginalnym. Jednak istnienie grup o umiarkowanym podejściu – zarówno zwolenników, jak i przeciwników – sugeruje, że istnieje przestrzeń do prowadzenia działań edukacyjnych i informacyjnych, które mogą rozwiązać wątpliwości i umocnić zaufanie do szczepień.



■ Zdecydowana zwolenniczka/ zwolennik szczepień

■ Umiarkowana zwolenniczka /zwolennik szczepień bliższa/ bliższy akceptacji szczepień niż nieakceptacji szczepień

■ Umiarkowana zwolenniczka/ zwolennik szczepień bliższa/ bliższy nieakceptacji szczepień niż akceptacji szczepień

■ Zdecydowana przeciwniczka/ przeciwnik szczepień

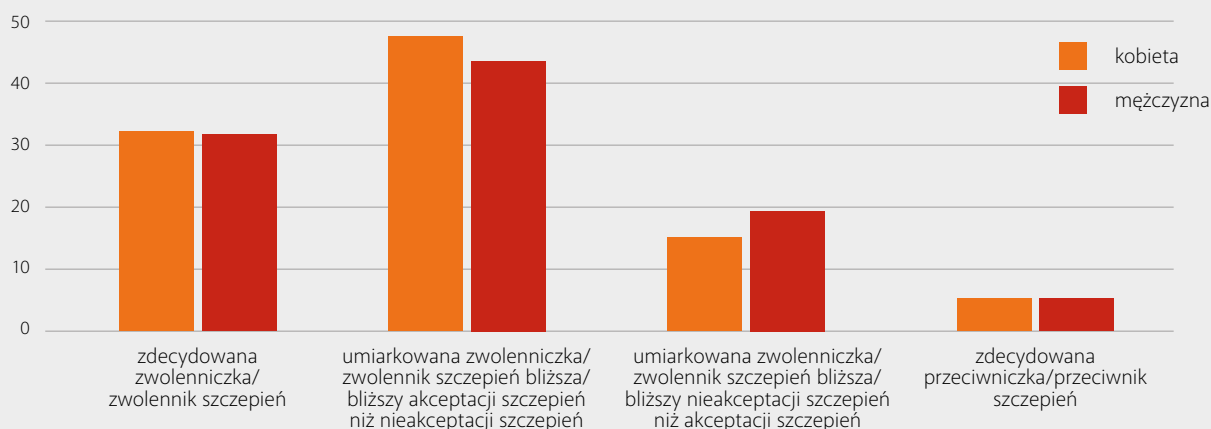
STOSUNEK DO SZCZEPIEŃ – DEMOGRAFIA

Na podstawie zróżnicowania danych demograficznych postawy wobec szczepień prezentują pewne wzorce, które różnią się w zależności od płci, poziomu wykształcenia, wieku, miejsca zamieszkania oraz wielkości miejscowości.

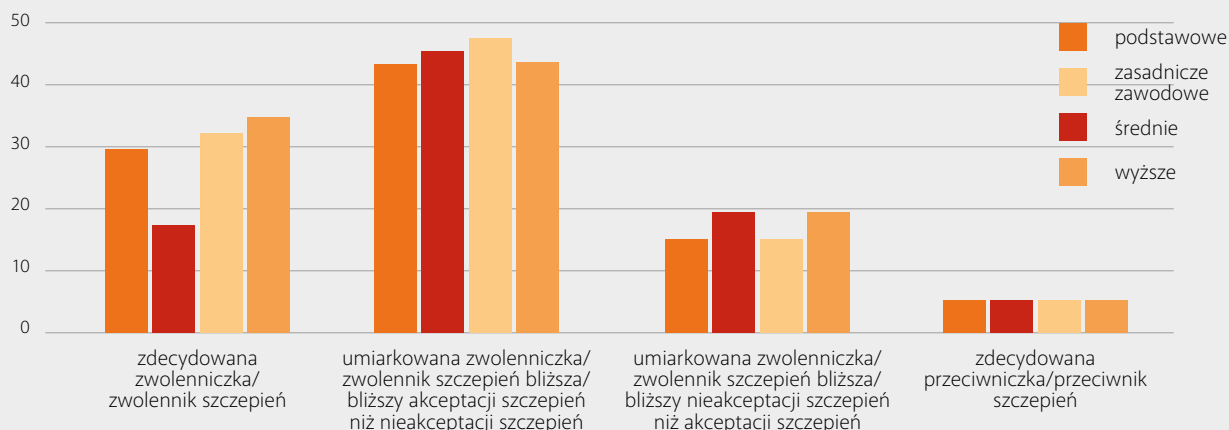
PŁEĆ

W przypadku płci wyniki pokazują, że kobiety częściej niż mężczyźni deklarują umiarkowane poparcie dla szczepień (47,5% vs 43,6%), przy jednoczesnym minimalnie wyższym odsetku zdecydowanych zwolenników szczepień wśród kobiet (32,2% vs 31,7%). Mężczyźni natomiast częściej wyrażają umiarkowaną niechęć wobec szczepień (19,4% vs 15,1%), ale odsetek zdecydowanych przeciwników jest identyczny dla obu płci i wynosi 5,3%.

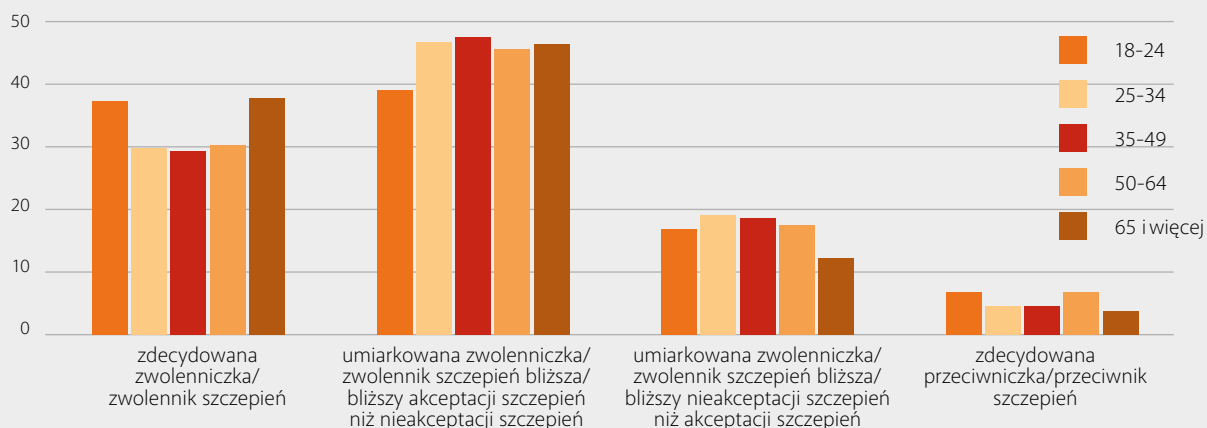
Płeć



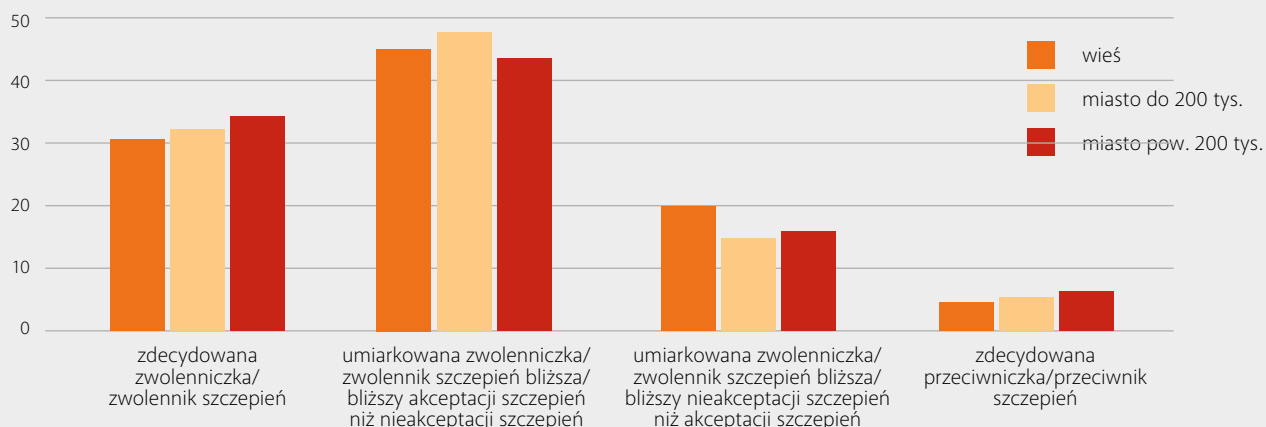
Wykształcenie



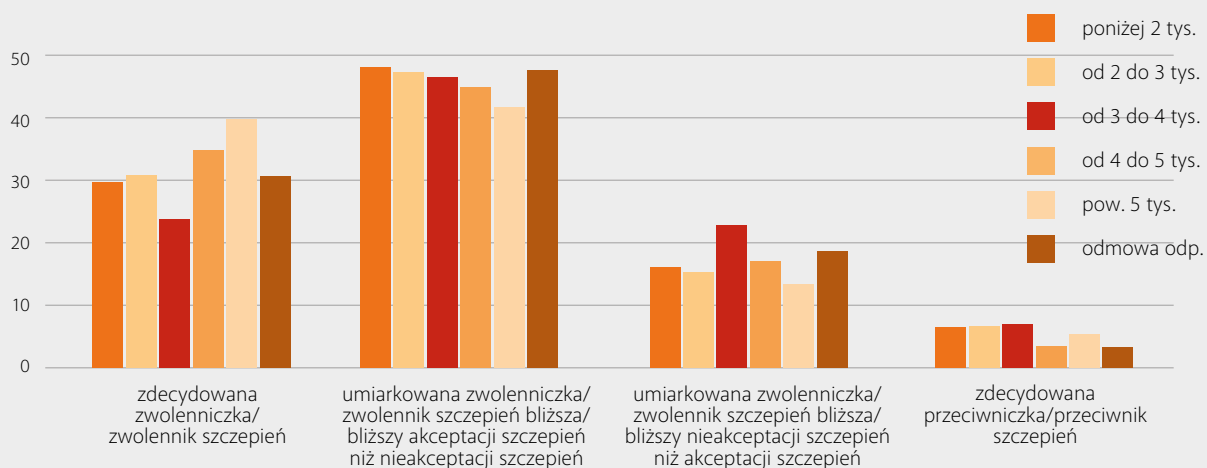
Wiek



Miejsce zamieszkania



Dochód



WYKSZTAŁCENIE

Analiza według wykształcenia wskazuje, że wyższe wykształcenie wiąże się z większym odsetkiem zdecydowanych zwolenników szczepień (34,8%) w porównaniu do osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym, gdzie wynosi on tylko 17,3%. Umiarkowane poparcie dla szczepień jest najczęstsze we wszystkich grupach wykształcenia, przy czym najwyższe wartości odnotowano wśród osób z wykształceniem średnim (47,5%). Umiarkowana niechęć wobec szczepień i zdecydowany sprzeciw są na podobnym poziomie we wszystkich grupach wykształcenia.

WIEK

Pod względem wieku najwyższy odsetek zdecydowanych zwolenników szczepień można zauważyć w grupach 18–24 oraz 65+ (37,3% i 37,8%), co może wynikać z większego zaufania młodszych osób do nauki lub większej troski o zdrowie w starszym wieku. Grupa 25–34 lat wyróżnia się najwyższym poziomem umiarkowanego poparcia (46,7%), podczas gdy wśród osób w wieku 65+ odsetek umiarkowanej niechęci jest najniższy (12,2%), co może sugerować bardziej ugruntowane opinie.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Miejsce zamieszkania pokazuje ciekawe różnice. W miastach powyżej 200 tys. mieszkańców odsetek zdecydowanych zwolenników szczepień jest najwyższy (34,3%), a umiarkowana niechęć i zdecydowany sprzeciw są nieco częstsze niż na wsiach. Na wsiach umiarkowane poparcie dominuje (45,0%), co wskazuje na pewną ostrożność, ale ogólnie pozytywną postawę wobec szczepień.

WIELKOŚĆ MIEJSCOWOŚCI

Wielkość miejscowości ujawnia, że mieszkańcy największych miejscowości (powyżej 5 tys.) częściej są zdecydowanymi zwolennikami szczepień (39,8%) niż mieszkańcy mniejszych miejscowości, gdzie ten odsetek jest wyraźnie niższy, zwłaszcza w grupie 3–4 tys. (23,8%). Umiarkowana niechęć wobec szczepień jest bardziej widoczna w mniejszych miejscowościach, co może wynikać z ograniczonego dostępu do informacji lub większego sceptycyzmu wobec instytucji.

KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Podsumowując, wyniki ukazują, że postawy wobec szczepień są zróżnicowane w zależności od czynników demograficznych. Generalnie większe poparcie dla szczepień występuje wśród osób z wyższym wykształceniem, starszych wiekiem oraz zamieszkujących większe miasta. Natomiast umiarkowana niechęć i sceptycyzm są częstsze wśród mężczyzn, osób z wykształceniem zasadniczym oraz mieszkańców mniejszych miejscowości. Te różnice wskazują na konieczność zróżnicowanego podejścia w kampaniach edukacyjnych promujących szczepienia, dostosowanego do specyfiki poszczególnych grup.

Badanie postaw wobec szczepień w populacji ogólnej ujawnia znaczne zróżnicowanie opinii, co stanowi istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia publicznego. Choć dominują pozytywne postawy, w tym zarówno umiarkowane poparcie, jak i zdecydowane wsparcie dla szczepień, istnienie grup umiarkowanie krytycznych oraz zdecydowanych przeciwników wymaga uwzględnienia różnorodnych strategii komunikacyjnych i edukacyjnych.

Dane wskazują na ogólnie pozytywne nastawienie wobec szczepień w Polsce, z dominującymi umiarkowanymi i zdecydowanymi zwolennikami. Istnieją jednak wyraźne różnice demograficzne, które wymagają zróżnicowanego podejścia w kampaniach edukacyjnych i informacyjnych. Skuteczna strategia powinna uwzględniać personalizację przekazu, współpracę z lokalnymi społecznościami i wzmocnienie dostępności szczepień. Takie działania mogą przyczynić się do zwiększenia poziomu zaufania społecznego do szczepień oraz poprawy ogólnego stanu zdrowia publicznego.

GŁÓWNE WNIOSKI Z DEMOGRAFII POSTAW WOBEC SZCZEPIEŃ

PŁEĆ

Kobiety częściej wykazują umiarkowane poparcie dla szczepień i nieco wyższy odsetek zdecydowanego wsparcia niż mężczyźni, co może wynikać z ich większej świadomości zdrowotnej i częstszych kontaktów z systemem opieki zdrowotnej. Z kolei mężczyźni częściej wykazują umiarkowaną niechęć wobec szczepień.

REKOMENDACJE:

- Kampanie edukacyjne skierowane do mężczyzn powinny kłaść nacisk na obalanie mitów i promowanie naukowych dowodów skuteczności szczepień.
- Kobiety mogą być kluczowym partnerem w propagowaniu szczepień w rodzinach i lokalnych społecznościami, dlatego warto wzmocnić ich rolę jako ambasaderek zdrowia.

WYKSZTAŁCENIE

Zdecydowane wsparcie dla szczepień jest najwyższe w grupie osób z wykształceniem wyższym i średnim, natomiast osoby z zasadniczym wykształceniem zawodowym cechuje niższy poziom poparcia dla szczepień.

REKOMENDACJE:

- Dostosowanie kampanii edukacyjnych: Treści powinny być dostosowane językowo i merytorycznie do poziomu wykształcenia, aby skutecznie docierać do osób z niższym poziomem edukacji.
- Promocja rzetelnych źródeł informacji: W grupach z niższym wykształceniem warto wprowadzić działania zwiększające dostępność informacji w miejscach pracy, ośrodkach zdrowia czy poprzez liderów lokalnych społeczności.

WIEK

Osoby w wieku 18–24 oraz 65+ wyróżniają się najwyższym odsetkiem zdecydowanego poparcia dla szczepień, natomiast umiarkowane poparcie dominuje wśród osób w wieku 25–34 lata.

REKOMENDACJE:

- Młodsze grupy wiekowe: Skierowanie działań informacyjnych do młodych dorosłych, podkreślających rolę szczepień w ochronie bliskich i społeczności.
- Seniorzy: Dalsze wzmocnienie programów profilaktycznych dla osób starszych, uwzględniających szczepienia jako kluczowy element zdrowego starzenia się.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA I WIELKOŚĆ MIEJSCOWOŚCI

Osoby z największych miast (powyżej 200 tys. mieszkańców) częściej są zdecydowanymi zwolennikami szczepień, podczas gdy na wsiach dominuje umiarkowane poparcie.

REKOMENDACJE:

- Działania w miastach: Promowanie szczepień jako elementu odpowiedzialności społecznej i wzmocnianie programów dostępnych w miejscach pracy, szkołach i instytucjach miejskich.
- Obszary wiejskie: Rozwój mobilnych punktów szczepień oraz kampanii lokalnych, które uwzględnią obawy i potrzeby mieszkańców obszarów o mniejszym dostępie do informacji.

DOCHÓD

Największy odsetek zdecydowanych zwolenników szczepień znajduje się w grupach o wyższych dochodach, co może wynikać z lepszego dostępu do informacji i opieki zdrowotnej. Jednak umiarkowana niechęć wobec szczepień jest bardziej widoczna w grupach o niższych dochodach.

REKOMENDACJE:

- Edukacja prozdrowotna: Kampanie w mediach publicznych i na lokalnych rynkach skierowane do grup o niższych dochodach, podkreślające korzyści ze szczepień.
- Subwencje i wsparcie finansowe: Zapewnienie darmowych szczepień oraz informacji w łatwo dostępnych formatach.

OGÓLNE STRATEGIE DLA POPRAWY POSTAW WOBEC SZCZEPIEŃ

KOMUNIKACJA I EDUKACJA

1. Personalizacja przekazu: Dostosowanie treści do konkretnych grup demograficznych, takich jak młodzież, seniorzy, osoby z niższym wykształceniem czy mieszkańcy obszarów wiejskich.
2. Media społecznościowe i tradycyjne: Wykorzystanie platform cyfrowych i tradycyjnych mediów do obalania mitów i promowania dowodów naukowych.

WSPÓŁPRACA Z LOKALNYMI LIDERAMI I INSTYTUCJAMI

1. Zaangażowanie liderów opinii: Włączenie lokalnych liderów, nauczycieli, pracowników ochrony zdrowia i organizacji społecznych do promocji szczepień.
2. Partnerstwo z instytucjami religijnymi i edukacyjnymi: Wykorzystanie ich zaufania w społecznościach lokalnych.

WZMOCNIENIE DOSTĘPU DO SZCZEPIEŃ

1. Rozwój infrastruktury szczepień: Wprowadzenie mobilnych punktów szczepień na obszarach wiejskich i w małych miastach.
2. Dodatkowe wsparcie finansowe: Subsydiowanie kosztów szczepień dla grup o niskich dochodach.



**CHOROBY
PRZEWLEKŁE
A SZCZEPIENIA**



CHOROBY PRZEWLEKŁE A SZCZEPIONIA

Na podstawie danych dotyczących postaw wobec szczepień w grupach osób z różnymi schorzeniami można zauważyć pewne charakterystyczne różnice w akceptacji szczepień.

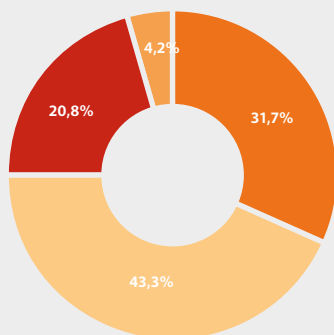
CUKRZYCA

W przypadku cukrzycy dominującą postawą jest umiarkowane poparcie dla szczepień, które deklaruje 43,3% badanych. Zdecydowani zwolennicy stanowią 31,7%, natomiast umiarkowana niechęć jest obecna u 20,8%. Zdecydowany sprzeciw wobec szczepień jest niski i wynosi jedynie 4,2%.

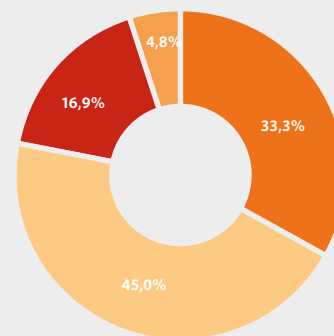
CHOROBA OTYŁOŚCIOWA

Osoby zotyłością w większym stopniu wykazują umiarkowane poparcie dla szczepień (45,0%), a 33,3% to zdecydowani zwolennicy. Umiarkowana niechęć występuje u 16,9%, a zdecydowany sprzeciw u 4,8%, co wskazuje na generalnie pozytywne nastawienie w tej grupie.

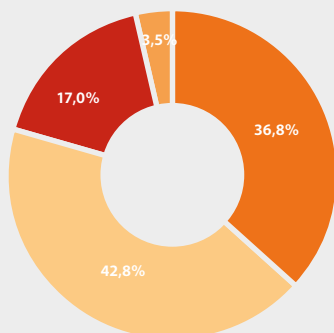
CUKRZYCA



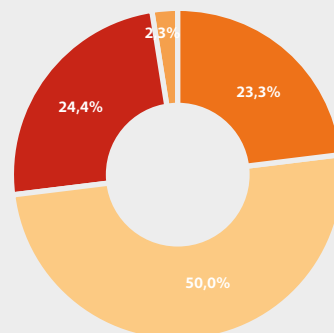
CHOROBA OTYŁOŚCIOWA



NADCIŚNIENIE



ASTMA



Zdecydowana zwolenniczka / zwolennik szczepień

Umiarkowana zwolenniczka / zwolennik szczepień bliższa / bliższy akceptacji szczepień niż nieakceptacji szczepień

Umiarkowana zwolenniczka / zwolennik szczepień bliższa / bliższy nieakceptacji szczepień niż akceptacji szczepień

Zdecydowana przeciwniczka / przeciwnik szczepień

NADCIŚNIENIE

Wśród osób z nadciśnieniem najwyższy odsetek (36,8%) stanowią zdecydowani zwolennicy szczepień, a umiarkowane poparcie deklaruje 42,8%. Umiarkowana niechęć wynosi 17,0%, a sprzeciw jest minimalny, na poziomie 3,5%.

ASTMA

Astma wyróżnia się najwyższym odsetkiem umiarkowanego poparcia dla szczepień (50,0%), co wskazuje na dominację wyważonego podejścia. Zdecydowani zwolennicy stanowią 23,3%, a umiarkowana niechęć 24,4%. Zdecydowany sprzeciw jest najniższy spośród wszystkich grup (2,3%).

CHOROBA NOWOTWOROWA

Osoby z chorobą nowotworową charakteryzują się najwyższym odsetkiem zdecydowanego poparcia dla szczepień (45,7%) w porównaniu do innych schorzeń. Niemniej jednak, umiarkowana niechęć jest również wyższa (25,7%), a umiarkowane poparcie wynosi 20,0%. Zdecydowany sprzeciw występuje u 8,6%.

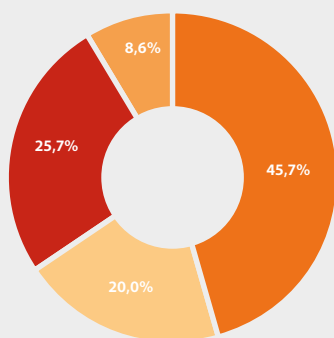
CHOROBY IMMUNOLOGICZNE

W grupie osób z chorobami immunologicznymi odsetek zdecydowanych zwolenników jest bardzo wysoki (43,9%), a umiarkowane poparcie również znaczące (41,8%). Umiarkowana niechęć to jedynie 13,3%, a zdecydowany sprzeciw praktycznie nie występuje (1,0%).

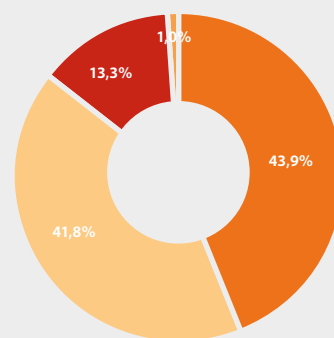
INNE CHOROBY PRZEWLEKŁE

W przypadku innych schorzeń (kategoria „inna”) dominującą postawą jest umiarkowane poparcie dla szczepień (55,6%), a 32,2% stanowi zdecydowanych zwolenników. Umiarkowana niechęć jest niska (8,9%), a zdecydowany sprzeciw minimalny (3,3%).

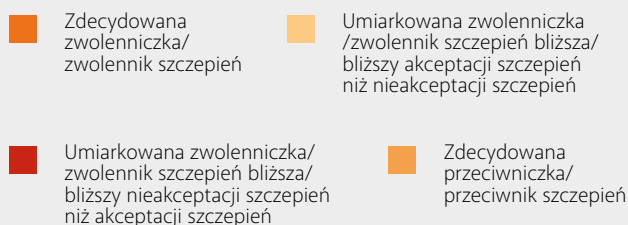
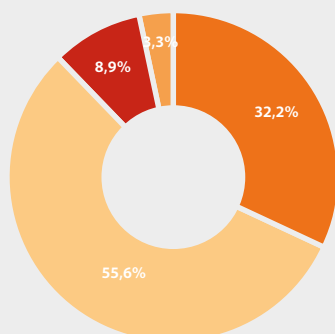
CHOROBA NOWOTWOROWA



CHOROBY IMMUNOLOGICZNE



INNE CHOROBY PRZEWLEKŁE



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Podsumowując, niezależnie od schorzenia, większość osób deklaruje poparcie dla szczepień, przy czym różnice w poziomie zdecydowania są widoczne. Najbardziej pozytywnie wyróżniają się grupy z chorobami immunologicznymi i nowotworami, natomiast umiarkowana niechęć jest najwyższa wśród osób z cukrzycą i astmą. Dane te wskazują na potrzebę dalszego informowania i wzmacniania zaufania do szczepień, szczególnie w grupach z umiarkowaną niechęcią.

Dane pokazują, że wśród osób z różnymi chorobami przewlekłymi postawy wobec szczepień są generalnie pozytywne, choć różnią się poziomem akceptacji i zdecydowania. Grupy z chorobami immunologicznymi i nowotworowymi charakteryzują się najwyższym odsetkiem zdecydowanych zwolenników szczepień, co może wynikać z większej świadomości ryzyka powikłań wynikających z infekcji w tych populacjach. Z kolei umiarkowana niechęć jest najczęściej widoczna w grupach z astmą i cukrzycą, co sugeruje potrzebę ukierunkowanych działań edukacyjnych.

Analiza postaw wobec szczepień w różnych grupach chorych ujawnia wyraźne różnice w akceptacji i sprzeciwie wobec szczepień. Grupy takie jak osoby z chorobami nowotworowymi i immunologicznymi wykazują najwyższy poziom zdecydowanego poparcia dla szczepień, co jest zrozumiałe w kontekście ich zwiększonego ryzyka ciężkich powikłań infekcyjnych. Z kolei grupy takie jak osoby z astmą czy cukrzycą charakteryzują się bardziej umiarkowanymi postawami, co może wynikać z mniejszej percepcji ryzyka lub obaw dotyczących skutków ubocznych.

Dane pokazują, że większość osób przewlekle chorych wykazuje pozytywne nastawienie wobec szczepień, choć poziom akceptacji różni się w zależności od choroby. Najbardziej pozytywne postawy obserwuje się wśród osób z chorobami immunologicznymi i nowotworowymi, co odzwierciedla ich większą świadomość ryzyka. Z kolei grupy takie jak osoby z cukrzycą i astmą wykazują umiarkowaną akceptację, co wskazuje na potrzebę ukierunkowanych działań edukacyjnych.

Kluczowe znaczenie ma indywidualne podejście do każdej grupy, z uwzględnieniem ich specyficznych potrzeb zdrowotnych i barier psychologicznych, aby wzmocnić zaufanie do szczepień jako skutecznego narzędzia ochrony zdrowia publicznego.

CHARAKTERYSTYKA POSTAW WOBEC SZCZEPIEŃ W POSZCZEGÓLNYCH GRUPACH PACJENCKICH

CUKRZYCA

W tej grupie dominującą postawą jest umiarkowane poparcie. Umiarkowana niechęć jest stosunkowo wysoka, co może być związane z brakiem wystarczających informacji o korzyściach szczepień w zapobieganiu powikłaniom infekcyjnym u diabetyków.

REKOMENDACJE:

- Skierowanie działań edukacyjnych na korzyści szczepień w zapobieganiu infekcjom, które mogą zaostrzyć przebieg cukrzycy.
- Promocja szczepień wśród lekarzy rodzinnych i diabetologów, którzy mogą być kluczowymi źródłami informacji.

OTYŁOŚĆ

Grupa osób z otyłością wykazuje stosunkowo wysoki poziom akceptacji szczepień, przy czym umiarkowane poparcie dominuje.

REKOMENDACJE:

- Podkreślanie roli szczepień w zmniejszaniu ryzyka ciężkiego przebiegu chorób zakaźnych u osób z otyłością, która jest istotnym czynnikiem ryzyka.
- Organizowanie kampanii informacyjnych w miejscach takich jak kluby fitness, centra rehabilitacyjne i poradnie dietetyczne.

NADCIŚNIENIE

Osoby z nadciśnieniem charakteryzują się wysokim odsetkiem zdecydowanych zwolenników i umiarkowanego poparcia. Niski poziom sprzeciwu sugeruje wysoki poziom zaufania do szczepień.

REKOMENDACJE:

- Kontynuowanie edukacji o korzyściach szczepień w tej grupie, szczególnie w kontekście zmniejszania ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych związanych z infekcjami.

ASTMA

Grupa osób z astmą wyróżnia się najwyższym odsetkiem umiarkowanego poparcia oraz relatywnie wysokim poziomem umiarkowanej niechęci.

REKOMENDACJE:

- Wzmocnienie przekazu o tym, jak szczepienia mogą chronić przed zaostrzeniem objawów astmy wywołanych infekcjami dróg oddechowych.
- Włączenie specjalistów pulmonologów do działań edukacyjnych, aby podkreślić znaczenie szczepień w tej grupie.

NOWOTWORY

Osoby z nowotworami charakteryzują się najwyższym odsetkiem zdecydowanych zwolenników szczepień, choć umiarkowana niechęć jest również zauważalna.

REKOMENDACJE:

- Zwiększenie dostępności szczepień w ośrodkach onkologicznych oraz edukacja pacjentów na temat konieczności ochrony przed infekcjami w trakcie terapii przeciwnowotworowej.
- Włączenie onkologów i pielęgniarek onkologicznych w proces edukacji.

CHOROBY IMMUNOLOGICZNE

W tej grupie występuje bardzo wysoki odsetek zdecydowanych zwolenników szczepień oraz umiarkowanego poparcia. Niski poziom niechęci wskazuje na wysoką akceptację szczepień.

REKOMENDACJE:

- Podkreślanie znaczenia szczepień jako elementu ochrony zdrowia w kontekście osłabionego układu odpornościowego.
- Organizowanie warsztatów i materiałów edukacyjnych dla pacjentów w poradniach immunologicznych.

INNE CHOROBY PRZEWLEKŁE

Osoby z innymi schorzeniami wykazują dominujące umiarkowane poparcie.

REKOMENDACJE:

- Dostosowanie kampanii informacyjnych do różnych grup przewlekle chorych, z uwzględnieniem specyfiki ich problemów zdrowotnych.
- Zwiększenie dostępności informacji o szczepieniach w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

STRATEGICZNE REKOMENDACJE DLA DZIAŁAŃ ZDROWIA PUBLICZNEGO

EDUKACJA PROZDROWOTNA

1. Segmentacja odbiorców: Personalizacja treści edukacyjnych dla każdej grupy chorób przewlekłych.
2. Współpraca z lekarzami: Lekarze rodzinni, specjaliści i pielęgniarki powinni być kluczowymi ambasadorami szczepień.

DOSTĘPNOŚĆ SZCZEPIEŃ

1. Infrastruktura mobilna: Ułatwienie dostępu do szczepień w ośrodkach leczenia przewlekłego.
2. Dotacje: Wprowadzenie subsydiów lub darmowych szczepień dla osób przewlekle chorych.

MONITOROWANIE POSTAW

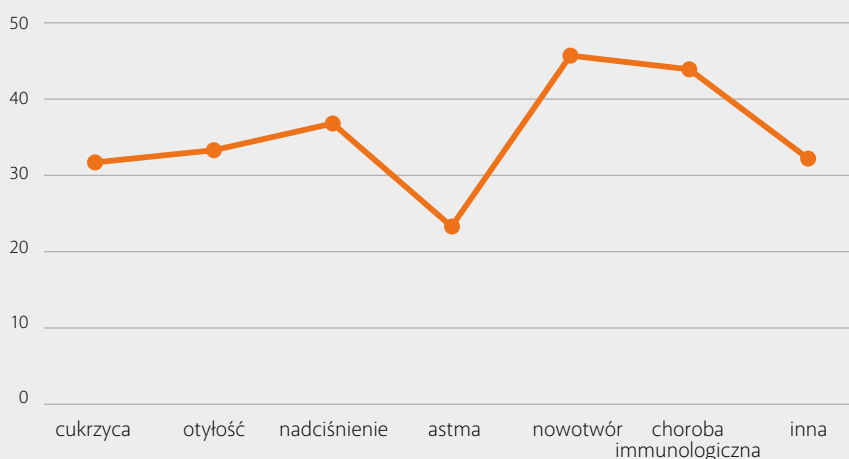
1. Badania regularne: Prowadzenie cyklicznych badań dotyczących postaw wobec szczepień w grupach przewlekle chorych.
2. Analiza barier: Identyfikacja przyczyn umiarkowanej niechęci i opracowanie strategii jej zmniejszenia.

PROTAGONIŚCI VS ANTAGONIŚCI

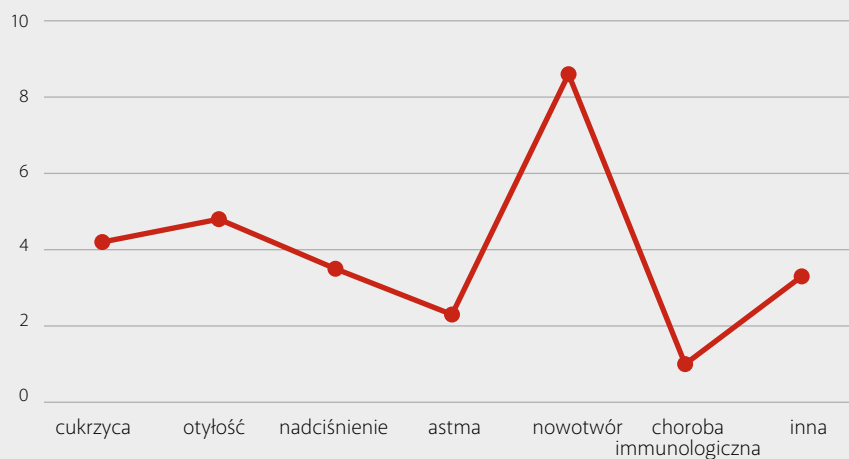
Na podstawie danych dotyczących postaw zdecydowanego poparcia i zdecydowanego sprzeciwu wobec szczepień w różnych grupach osób zmagających się z chorobami, można zaobserwować istotne różnice w podejściu.

Największy odsetek zdecydowanych zwolenników szczepień występuje w grupie osób z chorobą nowotworową (45,7%) oraz chorobami immunologicznymi (43,9%). Te wyniki mogą wynikać z większej świadomości zagrożeń zdrowotnych i korzyści, jakie niosą szczepienia, szczególnie w kontekście osłabionej odporności lub wysokiego ryzyka powikłań w przypadku zakażeń.

ZDECYDOWANA ZWOLENNICZKA/ZWOLENNIK SZCZPIEŃ



ZDECYDOWANA PRZECIWNICZKA/PRZECIWNIK SZCZPIEŃ

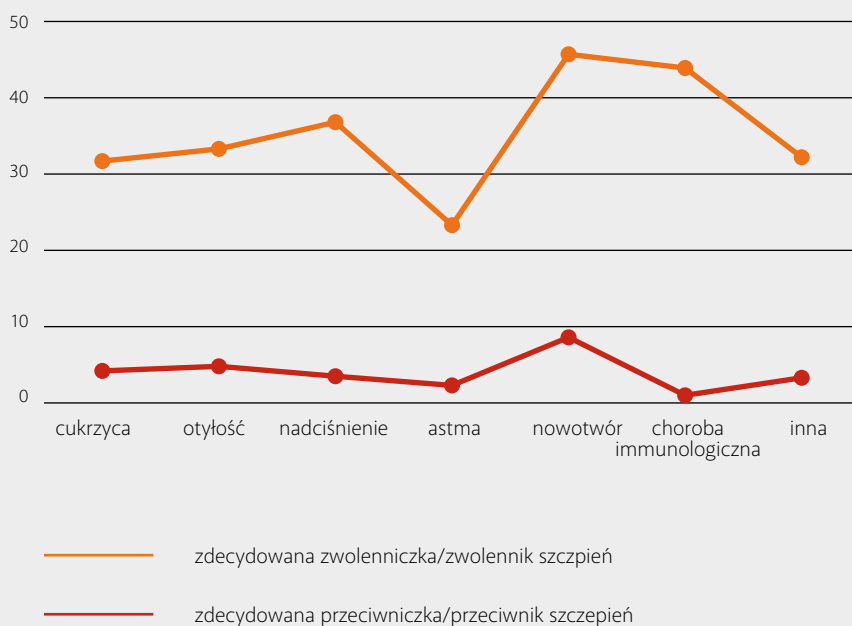


Wysokie poparcie dla szczepień odnotowano także w grupie osób z nadciśnieniem (36,8%) i otyłością (33,3%). Wyniki te są nieco niższe, ale nadal wskazują na ogólną akceptację szczepień w tych grupach, choć mogą być one bardziej zróżnicowane pod względem poziomu świadomości zdrowotnej.

Grupa osób z cukrzycą charakteryzuje się odsetkiem zdecydowanych zwolenników szczepień wynoszącym 31,7%, co jest niższym wynikiem niż w przypadku wymienionych wcześniej chorób przewlekłych. Natomiast najniższe poparcie obserwuje się wśród osób z astmą (23,3%), co może wskazywać na większe obawy lub sceptycyzm w tej grupie.

Jeśli chodzi o zdecydowany sprzeciw wobec szczepień, najniższy odsetek odnotowano w grupie osób z chorobami immunologicznymi (1%), co jest zrozumiałe w kontekście ich zwiększonej podatności na infekcje i potencjalnie poważniejszych konsekwencji zdrowotnych. Podobnie niski poziom sprzeciwu występuje w grupie osób z astmą (2,3%) i nadciśnieniem (3,5%).

Najwyższy odsetek zdecydowanych przeciwników szczepień widoczny jest w grupie osób z nowotworami (8,6%). Może to wynikać z obaw dotyczących potencjalnych skutków ubocznych szczepień w kontekście osłabionego zdrowia lub innych czynników indywidualnych. Osoby z cukrzycą i otyłością wykazują nieco wyższy poziom sprzeciwu (4,2% i 4,8%) w porównaniu do osób z astmą czy nadciśnieniem.



KONKLUZJA SOCJOMEDYCZNA

Podsumowując, najbardziej pozytywne postawy wobec szczepień występują wśród osób z chorobami immunologicznymi i nowotworami, co wskazuje na wysoką świadomość korzyści płynących ze szczepień. Największe różnice w poziomie akceptacji i sprzeciwu występują między grupami o różnym stopniu narażenia na poważne konsekwencje zdrowotne w przypadku chorób zakaźnych. Wyniki te sugerują potrzebę dostosowania działań edukacyjnych do specyfiki każdej grupy, zwłaszcza w przypadku chorób, gdzie poziom akceptacji jest niższy.



WNIOSKI



CHOROBY PRZEWLEKŁE

1. Powszechność chorób przewlekłych

- Aż 64,2% dorosłych Polaków deklaruje, że cierpi na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, co wskazuje na skalę tego problemu zdrowotnego w społeczeństwie. Tylko 35,8% badanych stwierdza brak schorzeń przewlekłych.

2. Najczęstsze choroby przewlekłe

- Nadciśnienie tętnicze to najczęściej występująca choroba przewlekła, deklarowana przez 31,8% badanych. Otyłość zajmuje drugie miejsce (18,9%), a kolejne to cukrzyca (12%), choroby immunologiczne (9,8%) i astma (8,6%). Najrzadszym schorzeniem są nowotwory, deklarowane przez 3,5% respondentów.

3. Wpływ wieku na częstość występowania chorób przewlekłych

- Choroby przewlekłe częściej występują w starszych grupach wiekowych. Ryzyko nadciśnienia, cukrzycy, otyłości oraz chorób nowotworowych wyraźnie wzrasta w grupach wiekowych powyżej 50 lat, co wskazuje na konieczność działań profilaktycznych skierowanych do osób w średnim i starszym wieku.

4. Różnice demograficzne w występowaniu chorób przewlekłych

- Mężczyźni częściej deklarują otyłość, nadciśnienie i astmę, natomiast kobiety przeważają wśród osób z chorobami immunologicznymi oraz niespecyficznymi schorzeniami przewlekłymi. Wynika to prawdopodobnie z różnic biologicznych, stylu życia oraz częstszego korzystania z opieki zdrowotnej przez kobiety.

Osoby mieszkające na wsiach i w małych miastach częściej zmagają się z chorobami przewlekłymi, takimi jak nadciśnienie czy otyłość, co może wynikać z różnic w stylu życia, nawykach żywieniowych oraz dostępie do opieki zdrowotnej.

5. Wpływ wykształcenia i dochodów na występowanie chorób przewlekłych

- Wykształcenie oraz dochód są czynnikami wpływającymi na częstość diagnozowania chorób przewlekłych. Osoby z wyższym wykształceniem i wyższymi dochodami częściej deklarują cukrzycę, otyłość oraz choroby immunologiczne, co może być efektem lepszego dostępu do diagnostyki i większej świadomości zdrowotnej.

Choroby przewlekłe, takie jak nadciśnienie czy otyłość, są także powszechne w grupach o niższych dochodach, co wskazuje na potrzebę działań edukacyjnych i poprawy dostępu do opieki zdrowotnej w tych grupach.

6. Różnorodność wyzwań zdrowotnych w różnych grupach społecznych

- Analiza danych pokazuje, że każda grupa społeczna zmagają się z innym profilem chorób przewlekłych, co wymaga indywidualnego podejścia w działaniach profilaktycznych i edukacyjnych. Na przykład mieszkańcy dużych miast częściej deklarują choroby immunologiczne, podczas gdy osoby mieszkające na wsiach – nadciśnienie i otyłość.

CHOROBY PRZEWLEKŁE A POSTAWA WOBEC SZCZEPIEŃ

1. Ogólna akceptacja szczepień w grupie osób z chorobami przewlekłymi
 - W większości analizowanych grup chorób przewlekłych przeważa umiarkowane poparcie dla szczepień, co wskazuje na pozytywny, choć często niepełny poziom zaufania do tego rodzaju profilaktyki. Umiarkowane poparcie dominuje szczególnie wśród osób z astmą (50%) oraz cukrzycą (43,3%).
 - Zdecydowane poparcie dla szczepień jest najwyższe wśród osób z chorobami nowotworowymi (45,7%) oraz immunologicznymi (43,9%). Wyniki te sugerują, że w grupach szczególnie narażonych na poważne skutki infekcji szczepienia są postrzegane jako istotne narzędzie ochrony zdrowia.
2. Różnice w poziomie akceptacji między schorzeniami
 - Choroby nowotworowe i immunologiczne cechują się największym odsetkiem osób zdecydowanie popierających szczepienia, co może wynikać z większej świadomości ryzyka infekcji i ich potencjalnych konsekwencji.
 - W grupie osób z astmą odnotowano najniższy poziom zdecydowanego poparcia (23,3%) oraz wysoki odsetek umiarkowanej niechęci (24,4%), co może sugerować obawy związane z bezpieczeństwem szczepień w tej grupie.
 - Umiarkowana niechęć jest relatywnie częsta wśród osób z cukrzycą (20,8%) i otyłością (16,9%), co wskazuje na potrzebę zwiększenia świadomości dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień w tych grupach.
3. Zdecydowany sprzeciw wobec szczepień – minimalny, ale istotny
 - Zdecydowany sprzeciw wobec szczepień jest stosunkowo niski w większości grup, szczególnie wśród osób z chorobami immunologicznymi (1%) i astmą (2,3%).
 - Najwyższy poziom sprzeciwu odnotowano w grupie osób z chorobami nowotworowymi (8,6%), co może wynikać z obaw przed negatywnym wpływem szczepień na osłabiony organizm lub braku informacji o ich bezpieczeństwie.
4. Czynniki demograficzne wpływające na postawy wobec szczepień
 - Wiek: Osoby starsze (65+) cechują się większą akceptacją szczepień, co może wynikać z większej świadomości zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi. Jednocześnie młodsze grupy wiekowe (18–34 lata) wykazują bardziej umiarkowane podejście do szczepień.
 - Płeć: Kobiety częściej deklarują umiarkowane poparcie dla szczepień, podczas gdy mężczyźni wykazują wyższy poziom umiarkowanej niechęci, co wskazuje na różnice w percepcji ryzyka.
 - Wykształcenie: Wyższe wykształcenie jest silnie skorelowane z większym poparciem dla szczepień. Wynika to prawdopodobnie z lepszego dostępu do wiedzy medycznej i większej świadomości zdrowotnej.
5. Czynniki społeczne i ekonomiczne a akceptacja szczepień
 - Miejsce zamieszkania: Mieszkańcy większych miast częściej deklarują zdecydowane poparcie dla szczepień, podczas gdy umiarkowane poparcie dominuje na wsiach i w małych miastach. Może to wynikać z ograniczonego dostępu do informacji oraz różnic w świadomości zdrowotnej.
 - Dochód: Wyższe dochody często korelują z wyższym poziomem akceptacji szczepień, co sugeruje, że status ekonomiczny może wpływać na postrzeganie profilaktyki zdrowotnej jako priorytetu.

6. Bariery utrudniające szczepienia w grupach przewlekle chorych
 - Niska świadomość korzyści płynących ze szczepień, szczególnie wśród osób z umiarkowaną niechęcią, stanowi istotną barierę. W grupie osób z cukrzycą, astmą i otyłością obawy przed skutkami ubocznymi mogą być kluczowym czynnikiem hamującym wyszczepialność.
 - Brak wystarczających rekomendacji ze strony lekarzy to kolejny istotny problem, który ogranicza motywację pacjentów do szczepień.
7. Potrzeba działań edukacyjnych i dostosowania przekazu
 - Wyniki sugerują, że istnieje konieczność prowadzenia zróżnicowanych działań edukacyjnych, które uwzględniają specyfikę poszczególnych grup demograficznych i chorobowych. Działania te powinny być dostosowane do poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz świadomości zdrowotnej pacjentów.
8. Rola lekarzy i systemu ochrony zdrowia
 - Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjaliści odgrywają kluczową rolę w zwiększaniu świadomości na temat szczepień. Wiele osób z chorobami przewlekłymi nie otrzymuje jednak odpowiednich informacji lub rekomendacji dotyczących szczepień, co wymaga poprawy w systemie opieki zdrowotnej.
 - Zapewnienie bezpłatnego dostępu do szczepień dla grup wysokiego ryzyka może znacząco zwiększyć wyszczepialność.
9. Korzyści zdrowotne wynikające ze szczepień
 - Szczepienia nie tylko zmniejszają ryzyko zakażeń w grupie osób przewlekle chorych, ale także minimalizują ryzyko zaostrzeń ich podstawowych schorzeń. Współczesne badania potwierdzają poprawę jakości życia dzięki ochronie przed poważnymi infekcjami, co ma szczególne znaczenie w grupach wysokiego ryzyka.
10. Brak powszechnej akceptacji szczepień wśród młodszych grup
 - Mimo pozytywnych wyników w grupach starszych, młodsze osoby z chorobami przewlekłymi wykazują bardziej umiarkowaną postawę wobec szczepień. Wyniki te sugerują konieczność zwiększenia działań edukacyjnych skierowanych do tej grupy, z naciskiem na długoterminowe korzyści zdrowotne.



KOMENTARZE





Polska stoi w obliczu rosnącego wyzwania zdrowotnego, które dotyka miliony obywateli, ale wciąż nie jest traktowane należytą uwagą. Choroby przewlekłe, od nadciśnienia po cukrzycę i otyłość, stają się codziennością dla większości dorosłych Polaków. Według naszego najnowszego raportu, niemal 64,2% osób deklaruje, że zmagają się z co najmniej jednym schorzeniem przewlekłym. To liczby, które powinny budzić niepokój nie tylko wśród lekarzy i ekspertów zdrowia publicznego, ale przede wszystkim wśród decydentów kształtujących politykę zdrowotną.

Problem nie dotyczy wyłącznie indywidualnych pacjentów – skala zachorowań ma realny wpływ na wydolność systemu ochrony zdrowia i jakość życia społeczeństwa. Starzejąca się populacja, brak skutecznych działań profilaktycznych oraz rosnąca liczba pacjentów z chorobami metabolicznymi sprawiają, że konieczne staje się natychmiastowe wdrożenie kompleksowej strategii zdrowotnej.

Dane pokazują, że ryzyko chorób przewlekłych nie jest rozłożone równomiernie w społeczeństwie. Osoby starsze, mieszkańcy wsi oraz osoby o niższych dochodach częściej zmagają się z nadciśnieniem i otyłością. To nie tylko kwestia genetyki, ale także warunków życia, poziomu świadomości zdrowotnej i dostępu do opieki medycznej. Dla wielu osób mieszkających poza dużymi miastami problemem jest nie tylko brak specjalistów, ale także ograniczona możliwość diagnostyki i profilaktyki.

Z drugiej strony, wśród mieszkańców dużych miast i osób z wyższym wykształceniem częściej diagnozuje się cukrzycę i choroby immunologiczne. Może to wynikać z lepszego dostępu do badań, jak i większej świadomości zdrowotnej, co sprawia, że schorzenia te są wykrywane na wcześniejszym etapie. Jednak niezależnie od miejsca zamieszkania czy statusu społecznego, każda grupa wymaga dostosowanej do jej potrzeb strategii profilaktyki oraz lepszego wsparcia ze strony systemu ochrony zdrowia.

Raport jednoznacznie pokazuje, że choroby przewlekłe to nie tylko indywidualny problem pacjentów, ale systemowe wyzwanie, które wymaga konkretnych działań. Bez skutecznej polityki profilaktycznej, dostępu do nowoczesnych terapii oraz lepszego wsparcia dla najbardziej narażonych grup, polski system ochrony zdrowia będzie coraz bardziej obciążony, a jakość życia pacjentów znacząco się pogorszy. Czas na działanie – zanim problem wymknie się spod kontroli.

ks dr. Arkadiusz Nowak

prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, przewodniczący Rady Organizacji Pacjentów przy MZ



W dobie kolejnych fal zakażeń i rosnących wyzwań zdrowotnych szczepienia pozostają jednym z najskuteczniejszych narzędzi profilaktycznych. Szczególnie w przypadku osób z chorobami przewlekłymi, które są znacznie bardziej narażone na powikłania infekcji, znaczenie immunizacji jest nie do przecenienia. Tymczasem dane z najnowszego raportu pokazują, że choć w tej grupie dominuje umiarkowane poparcie dla szczepień, to poziom akceptacji jest zróżnicowany w zależności od rodzaju schorzenia.

Najwyższe zdecydowane poparcie dla szczepień deklarują pacjenci onkologiczni i osoby z chorobami immunologicznymi – to właśnie oni, świadomi własnej podatności na infekcje, najczęściej postrzegają szczepienia jako konieczność. Z kolei pacjenci z astmą czy cukrzycą wykazują większą nieufność wobec tej formy profilaktyki. Skąd ta różnica? Może to wynikać zarówno z obaw o skutki uboczne, jak i z braku jednoznacznych rekomendacji od lekarzy, którzy powinni odgrywać kluczową rolę w budowaniu zaufania do szczepień.

To właśnie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i specjaliści mają największy wpływ na decyzje pacjentów. Ich rola nie powinna ograniczać się jedynie do biernego informowania o możliwości szczepień – konieczne jest aktywne rekomendowanie immunizacji jako elementu kompleksowej ochrony zdrowia. Tymczasem wielu pacjentów nadal nie otrzymuje jasnych, merytorycznych wskazówek dotyczących szczepień, co pozostawia przestrzeń dla dezinformacji i niepewności.

Z raportu wynika również, że najmłodsza grupa dorosłych przewlekle chorych wykazuje wyraźnie niższą akceptację szczepień. To sygnał alarmowy – oznacza, że dotychczasowe strategie komunikacyjne w tym zakresie są niewystarczające. Przekaz kierowany do młodszych pacjentów powinien podkreślać długoterminowe korzyści zdrowotne oraz odwoływać się do ich stylu życia i priorytetów.

Kluczowym elementem zwiększania wyszczepialności pozostaje także dostępność – zwłaszcza dla grup wysokiego ryzyka. Zapewnienie darmowych szczepień dla pacjentów przewlekle chorych, a także prowadzenie szeroko zakrojonych kampanii edukacyjnych, dostosowanych do różnic społecznych i ekonomicznych, mogłoby znacząco wpłynąć na poprawę poziomu immunizacji. W przeciwnym razie luka w wyszczepialności wśród najbardziej narażonych pacjentów może się pogłębiać, co w dłuższej perspektywie będzie generować większe koszty – nie tylko zdrowotne, ale i systemowe.

Igor Grzesiak

wiceprezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Sojusz Polska Zdrowo Oddycha



Obecnie medycyna dostarcza nam coraz skuteczniejszych narzędzi do walki z chorobami zakaźnymi, a szczepienia od lat są jednym z fundamentów zdrowia publicznego. Mimo to, zaufanie do tej formy profilaktyki drastycznie maleje, także wśród pacjentów przewlekle chorych, którzy paradoksalnie należą do grup najbardziej narażonych na powikłania związane z infekcjami.

Spadek zaufania do procedur medycznych, a w szczególności do szczepień obserwujemy już od wielu lat, ale pandemia COVID-19 przyspieszyła ten proces.

Ta bezprecedensowa sytuacja nie tylko wystawiła na próbę systemy opieki zdrowotnej na całym świecie, ale uwypukliła także kruchość zaufania społecznego do instytucji publicznych i medycyny. W miarę rozwoju pandemii pojawiały się sprzeczne komunikaty, zmieniające się zalecenia oraz dezinformacja, co dodatkowo pogłębiało sceptycyzm wobec szczepień. W efekcie, mimo szybkiego opracowania i dystrybucji szczepionek, wielu osób pozostało nieufnych wobec ich bezpieczeństwa i skuteczności. Sytuację tę pogłębiały różnice polityczne oraz szerzenie teorii spiskowych, które zyskały na sile w mediach społecznościowych.

W obliczu tych wyzwań, rola lekarzy w kształtowaniu postaw wobec szczepień nabiera kluczowego znaczenia. Bezpośredni kontakt z pacjentem stwarza unikalną okazję do budowania zaufania poprzez dostarczanie rzetelnych informacji, rozwiewanie wątpliwości oraz empatyczne podejście do obaw związanych ze szczepieniami. Niestety jak wynika z wielu, przeprowadzonych przez nas w ramach Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej badań, wielu pacjentów dorosłych nie otrzymuje od swoich lekarzy informacji dotyczących zalecanych szczepień ochronnych, ani jednoznacznych rekomendacji dotyczących tej procedury.

Ciekawym wnioskiem płynącym z najnowszego raportu „Choroby przewlekłe, a postawy wobec szczepień” wynika, że choć większość pacjentów przewlekle chorych wykazuje umiarkowane poparcie dla szczepień, to poziom akceptacji znacząco różni się w zależności od rodzaju schorzenia. Najbardziej przekonani do szczepień są pacjenci onkologiczni i osoby z chorobami immunologicznymi, natomiast osoby z astmą, czy cukrzycą częściej wykazują sceptycyzm. Wśród najczęściej wskazywanych powodów niechęci pojawia się obawa o skutki uboczne oraz brak wystarczających informacji. I to właśnie tutaj powinno wkroczyć skuteczne wsparcie ze strony lekarzy. W rzeczywistości jednak takie wsparcie nie pojawia się, a szczepienia nie są traktowane przez lekarzy prowadzących pacjentów z chorobami przewlekłymi priorytetowo.

Odbudowa zaufania do szczepień to proces wymagający zaangażowania na wielu poziomach – od indywidualnych rozmów w gabinetach lekarskich, po szeroko zakrojone kampanie edukacyjne. Jednak zaufanie do szczepień przede wszystkim rodzi się w bezpośrednim kontakcie pacjenta z lekarzem. To w gabinecie lekarskim najczęściej zapada decyzja o szczepieniu i to w tym miejscu można rozwiać wątpliwości, wyjaśnić mechanizmy działania szczepionek i dostosować przekaz do indywidualnych potrzeb. Dopóki lekarze nie będą w pełni angażować się w skuteczną komunikację o szczepieniach, a system nie zapewni im odpowiednich narzędzi, poziom zaufania do profilaktyki w Polsce nadal pozostanie na niepokojąco niskim poziomie.

*Patrycja Rzucidło-Zajac
Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej*

OŚRODEK BADAŃ SOCJOMEDYCZNYCH (OBS)



Ośrodek Badań Socjomedycznych to pierwsza w Polsce innowacyjna przestrzeń naukowo-badawcza, której celem jest wszechstronne zgłębianie złożonych zależności między medycyną, zdrowiem publicznym i socjologią. Misją ośrodka jest dostarczanie interdyscyplinarnej i praktycznej wiedzy, która stanowi źródło inspiracji dla tworzenia długofalowych strategii, służących poprawie jakości życia jednostek i społeczności.

Głównymi celami działania OBS jest prowadzenie multidyscyplinarnych badań socjomedycznych, w których nacisk położony jest na poznanie wiedzy, postaw i praktyk środowiska opieki medycznej oraz pacjentów. Przygotowywane w oparciu o badania analizy zwracają uwagę na wszystkie aspekty zdrowia: fizyczny, psychiczny i społeczny, zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i dostarczają rekomendacji, których wdrożenie może wpłynąć na poprawę dobrostanu psychofizycznego określonych grup społecznych. W oparciu o zdobyte doświadczenie naukowo-badawcze OBS prowadzi również działalność edukacyjno-szkoleniową, wspierającą sektor opieki zdrowotnej oraz organizacje pacjenckie.

Prace OBS w koncentrują się wokół następujących zagadnień:

- Socjologia zdrowia i choroby (psychospołeczna sytuacja pacjentów z chorobami rzadkimi, choroby cywilizacyjne, *urban-affected diseases*, społeczne postawy wobec zjawiska antybiotykooporności, analiza procesów diagnostycznych)
- Wakcynologia społeczna (socio-wakcynologiczne determinanty szczepień, społeczna percepcja szczepień, akceptacja wobec szczepień)
- Zdrowie publiczne (zarządzanie procesami grupowymi w służbie zdrowia, procesy społeczne z perspektywy One Health)
- Socjologia edukacji (uczenie się przez całe życie, doradztwo zawodowe i kreowanie ścieżek kariery zawodowej);
- Komunikacja interpersonalna i medyczna (autoprezentacja, komunikacja niewerbalna, komunikacja w sytuacji konfliktu, komunikacja lekarz-pacjent);
- Neurosocjologia (trendwatching, kognitywistyka, neurobiologia interpersonalna);
- Ewaluacja i monitoring (projektowanie i analiza procesów ewaluacyjnych w edukacji i zdrowiu);
- Metodologia badań społecznych (badania sondażowe, etyka badań, metodyka konstruowania kwestionariuszy, badania jakościowe).

INSTYTUT PRAW PACJENTA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ



Instytut Praw Pacjenta
i Edukacji Zdrowotnej

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej to fundacja, która została utworzona w 2004 roku z inicjatywy księdza Arkadiusza Nowaka. Fundacja prowadzi wiele projektów z zakresu edukacji zdrowotnej, realizuje kampanie społeczne i edukacyjne, organizuje debaty, konferencje i szkolenia, a także cykliczne spotkania z decydentami w obszarze ochrony zdrowia.

W ramach prac Instytutu powstają także raporty i analizy dotyczące aktualnej problematyki zdrowotnej i praw pacjenta. Współpracujemy z ok. 300 organizacjami zrzeszającymi pacjentów z całej Polski oraz ekspertami w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce i zagranicą.

Misją Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej jest wspieranie rozwiązań systemowych ukierunkowanych na poprawę sytuacji pacjentów oraz oddziaływanie na kształtowanie prozdrowotnych postaw Polaków. Instytut w swoich działaniach urzeczywistnia ideę wielopłaszczyznowego partnerstwa.

Wizją Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej jest pozostanie instytucją wiarygodną, transparentną oraz otwartą na potrzeby wynikające z prowadzonej diagnozy społecznej. Instytut w swoich działaniach będzie dążyć do dalszej konsolidacji i profesjonalizacji sektora organizacji pozarządowych działających dla dobra pacjenta tak aby stały się istotnym partnerem w procesie podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej.

SOJUSZ NA RZECZ ZWALCZANIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH UKŁADU ODDECHOWEGO POLSKA ZDROWO ODDYCHA



POLSKA ZDROWO ODDYCHA
SOJUSZ NA RZECZ ZWALCZANIA
CHOROÓB ZAKAŻNYCH
UKŁADU ODDECHOWEGO

SOJUSZ PZO został powołany 12 listopada 2021 roku w ramach obchodów Światowego Dnia Chorób Płuc i jest odpowiedzią na pilny problem zdrowotny, jakim jest zwiększająca się liczba zachorowań na choroby zakaźne układu oddechowego. Intencją SOJUSZU PZO jest wskazanie długofalowych rozwiązań systemowych, których celem jest uniknięcie niepotrzebnych zachorowań, zmniejszenie odsetka osób hospitalizowanych z powodu chorób zakaźnych układu oddechowego i wdrożenie efektywnej profilaktyki zachorowań szczególnie w grupach podwyższonego ryzyka, do których należą m.in. osoby chorujące na choroby przewlekłe takie jak cukrzyca, astma, POChP, nowotwory, choroby serca. Działania Sojuszu PZO mają także, poprzez działania informacyjno-edukacyjne, zwiększyć świadomość szerokiej opinii publicznej na temat chorób zakaźnych układu oddechowego, zdrowia środowiskowego oraz problemu narastającej antybiotykooporności.

Inicjatorami Sojuszu PZO są organizacje pozarządowe reprezentujące pacjentów z chorobami przewlekłymi: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Federacja Stowarzyszeń Amazonki, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce, Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę i Choroby Alergiczne i Przewlekłe Obturacyjne Choroby Płuc, Active Citizenship Network (ACN).

