

Katarzyna Szalonka
Uniwersytet Wrocławski

Pożądane zachowania zdrowotne polskich gospodarstw domowych

DESIRABLE HEALTH BEHAVIORS POLISH HOUSEHOLDS

Celem niniejszego artykułu jest ocena skuteczności polityki prozdrowotnej w Polsce i wskazanie pożądanych zachowań polskich gospodarstw domowych w świetle polityki WHO. Coraz większa zachorowalność na choroby cywilizacyjne w Polsce i Unii Europejskiej motywuje organizację do stosowania polityki prozdrowotnej poprzez uświadamianie społeczeństw tak w zakresie prawidłowej konsumpcji jak i aktywnego stylu życia. Efektem tych działań powinna być zmiana w zachowaniach podmiotów gospodarstw domowych dotycząca świadomego wyboru dóbr spożywczych, coraz wyższej aktywności sportowej, racjonalnej konsumpcji leków, profilaktyki zdrowotnej oraz ograniczenia konsumpcji autodestrukcyjnej.

Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, gospodarstwa domowe, konsumpcja.

1. Wstęp

Polska, jako członek WHO od 1945 roku, została zobligowana do wdrażania polityki prozdrowotnej. Do najważniejszych programów realizowanych po transformacji ustrojowej można zaliczyć Narodowy Program Zdrowia (NPZ), który wdrożono w trzech etapach¹:

- Narodowy Program Zdrowia opracowany przez Komitet Społeczno – Ekonomiczny Rady Ministrów w 1990 r. - była to pierwsza próba konsolidacji programu WHO z polityką państwa polskiego w celu zahamowania rosnącej zachorowalności i umieralności Polaków;

- Narodowy Program Zdrowia na lata 1996 – 2006, którego celem była poprawa zdrowia i jakości życia poprzez m.in. zwiększenie aktywności fizycznej, poprawy stylu żywienia, zmniejszenie konsumpcji autodestrukcyjnej;

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015 zakładał kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa polskiego.

Na podstawie źródeł wtórnych (OECD, EUROSTAT, GUS, Diagnoza Społeczna 2003-2011) oraz badań pierwotnych autorki dokonano oceny skuteczności programów zdrowotnych oraz analizy zachowań zdrowotnych Polaków. Badania pierwotne

¹ K.Szalonka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, wyd. PWN, Warszawa 2011, s. 38.

zrealizowano w maju i czerwcu 2012r. metodą – kwestionariusza ankietowego – (*face to face*) na próbie 730 respondentów (45 osób z każdego województwa - próba kontrolowana z p.w. kryterium wieku, płci i wykształcenia).

2. Zdrowie jako czynnik wzrostu gospodarczego - ujęcie teoretyczne

Zdrowie jest najwyższą wartością tak dla człowieka jak też dla społeczności, w której funkcjonuje. Zdrowie pozwala człowiekowi w pełni realizować wszystkie życiowe funkcje, czerpiąc pełną satysfakcję z życia: ucząc się, pracując, wypełniając obowiązki względem otoczenia, w którym funkcjonuje². Zdrowie jest traktowane jako podstawowe prawo każdego człowieka ujęte w Światowej Deklaracji Praw Człowieka³, na które wpływa styl życia jednostki jak też otoczenie. Istota zdrowia stała się przedmiotem troski i rozważań każdego państwa. Już w 1920 roku Winslow na Uniwersytecie w Yale sformułował definicję zdrowia publicznego („to nauka i umiejętność zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności ...”⁴) i tym samym rozpoczęła się era polityki zdrowotnej, która wyznaczyła prawa i obowiązki państwa i obywateli w zakresie ochrony zdrowia. W 1952 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła definicję zdrowia publicznego. Przyjęła, że jest to „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowanie zdrowia przez zorganizowane wysiłki społeczne”. W 1974 roku ówczesny Minister Zdrowia Kanady, Marc Lalonde, stwierdził, że państwu zdecydowanie bardziej opłaca się promować zdrowy styl życia, w konsekwencji czego można spodziewać się w długim okresie zmniejszenie popytu na usługi medyczne a tym samym zmniejszenie wydatków na opiekę zdrowotną. Opublikował raport „*A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*”⁵, w którym określił koncepcję „pól zdrowia”, stanowiących cztery nadrzędne kategorie – determinujące zdrowie⁶:

- czynniki biologiczno-dziedziczne (*human biology*),
- środowisko (*environment*),
- styl życia ludzi (*lifestyle*),
- organizacja opieki zdrowotnej (*Health Care Organization*).

Duże znaczenie dla polityki zdrowotnej miało odkrycie M. Lalonde, polegające na oszacowaniu stopnia wpływu poszczególnych pól na stan zdrowia człowieka. Wykazał, że styl życia w 50% ma decydujące znaczenie dla naszego zdrowia, środowisko 25%, czynniki biologiczne 15% a organizacja opieki zdrowotnej 10%⁷.

² K. Szalotka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, wyd. PWN Warszawa 2011, s. 16.

³ K. Borzucka – Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, wyd. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s.14.

⁴ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, wyd. CeDeWu, Warszawa 2004, s. 14.

⁵ M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*, wyd. Minister of Supply and services, Canada 1981, [w:] <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

⁶ Tamże, s. 31-32.

⁷ M. Synowiec-Piłat, *Profilaktyka zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, wyd. Adam Marszałek & Akademia Medyczna we Wrocławiu, Toruń 2009, s. 34.

Teza M. Lalonde'a jednoznacznie definiuje człowieka, jako podmiot odpowiedzialny za gospodarowanie własnym zdrowiem, traktowany jako zasób naturalny, podobny do środowiska naturalnego, w którym żyje. Zarządzanie własnym zasobem zdrowia powinno opierać się na: racjonalnym żywieniu, aktywności fizycznej, racjonalnej konsumpcji leków, eliminacji konsumpcji autodestrukcyjnej i stosowanie profilaktyki zdrowotnej (rys. 1).



Rys. 1. Obszary zdrowotne charakteryzujące styl życia człowieka
Źródło: oprac. własne

Zdrowie, obok czynników społeczno – ekonomicznych, determinuje poziom i jakość życia. Nie zagłębiając się w przegląd definicji i przyjmując, że „*poziom życia to stopień zaspokojenia potrzeb ludzkich, wynikający z konsumpcji dóbr materialnych i usług oraz wykorzystania walorów środowiska naturalnego i społecznego*”⁸, należałoby uzupełnić o sformułowanie „przy określonym stanie zdrowia”. niesprawność fizyczna i psychiczna organizmu w decydujący sposób wpływa na poziom życia. Zmienia się hierarchia potrzeb, struktura wydatków i poziom satysfakcji z zaspokojonych potrzeb (jakość życia – definiowana jako „stopień satysfakcji człowieka z całokształtu swej egzystencji”⁹). Trudno też badać i porównywać jakość życia mieszkańców nie weryfikując ich stanu zdrowia. Jakość życia w chorobie (konkretnej jednostce chorobowej) jest przedmiotem zainteresowania medycyny, farmacji i nauk o zdrowiu. Natomiast brak jest jakiegokolwiek uwzględnienia i rozróżnienia jakości życia ze

⁸ J. Berbeka, *Poziom życia ludności a wzrost gospodarczy w krajach Unii Europejskiej*, wyd. AE w Krakowie, Kraków 2006, s. 11.

⁹ Cz. Bywalec, L. Rudnicki, *Konsumpcja*, wyd. PWE, Warszawa 2002, s. 42.

względem na stan zdrowia respondentów w naukach ekonomicznych. Jest to o tyle istotne, że analiza zachowań nabywców, konsumpcja i jakość życia stanowią główne obszary zainteresowań ekonomistów. Stąd też konieczność uwzględnienia zdrowia jako czynnika kształtującego poziom życia.

3. Styl życia Polaków w świetle badań

Ważnym akcentem polityki zdrowotnej w Europie była bardzo aktywna współpraca WHO z Komisją Europejską, która opracowała wytyczne do realizacji polityki prozdrowotnej mieszkańców Unii Europejskiej. W 2004 r. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała Globalną strategię dotyczącą żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia. W 2006 r. Światowa Organizacja Zdrowia oraz Biuro Regionalne WHO dla Europy, w Kopenhadze przygotowały projekt: *Kroki do zdrowia. Europejskie ramy promowania aktywności fizycznej*. W 2007 roku w Genewie Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała *Przewodnik dla opartych na populacji podejść zwiększania poziomów aktywności fizycznej. Wdrożenie globalnej strategii WHO dotyczącej żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia*¹⁰.

W jednym z badań, stanowiącym próbę przeliczenia strat wynikających z braku aktywności fizycznej, koszty dla Anglii oszacowano na ponad 3 mld EUR rocznie, czyli 63 EUR na mieszkańca – podobne wyniki dały również obliczenia przeprowadzone w innych krajach. Jeśli przyjąć taką wartość na mieszkańca dla całości UE, szacunkowy koszt braku aktywności fizycznej w Unii wyniesie 31 mld EUR rocznie¹¹.

Tabela 1. Procentowy rozkład mężczyzn, kobiet i ogółem ze względu na rodzaj aktywności fizycznej w 2011r.

Rodzaj uprawianego sportu	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
Nie uprawiają żadnej aktywności	57,6	64,6	61,3
Aerobik	0,5	7,1	4
Bieganie/jogging/nordic walking	6,2	6,8	6,5
Siłownia	9,9	2,5	6,1
Jazda na rowerze	22,8	20,1	21,4
Jazda na nartach/inne sporty zimowe	5,4	3,4	4,3
Pływanie	8,8	6,7	7,7

¹⁰Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej. Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie, Czwarty projekt skonsolidowany zatwierdzony przez Grupę Roboczą UE „Sport i Zdrowie” Bruksela 2008, S.6., [w:] http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf

¹¹ Zalecenie Rady Europy w sprawie propagowania prozdrowotnej aktywności fizycznej w różnych

Sektorach, Komisja Europejska, Bruksela, 28.08.2013r. s. 8., [w:] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SWD:2013:0312:FIN:PL:PDF>

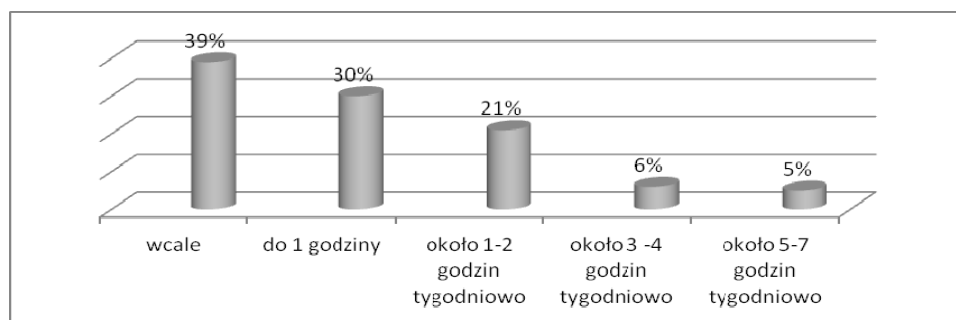
Gra w piłkę nożną/inne sporty zespołowe	13,6	2,3	7,7
Joga	0,3	1,2	0,8
Sztuki walki	1,9	0,4	1,2
Inne formy	8,7	7,8	8,2

Źródło: DIAGNOZA SPOŁECZNA, raporty: J. Czapiński, T. Panek (red.) (2011), www.diagnoza.com [odczyt:20.09.2013]

Zaprezentowane wyniki badań z 2011 roku są niekorzystne dla Polski (tabela 1). Jednoznacznie z nich wynika, że ponad 60% rodaków nie uprawia żadnego sportu. *Cytowane przez Komisję Europejską* badania wskazują, że średnia dla Europejczyków uprawiających sport sporadycznie to 60%¹².

Oznacza to, że Polacy nie odbiegają od standardowych zachowań Europejczyków, choć powołując się na badania statystyczne z 2006 roku *Eurostat* te różnice są znaczne – Polska ze wskazaniem 41% nieaktywnych fizycznie jest w grupie państw (obok Rumunii, Portugalii, Malty, Grecji, Francji, Cypru) o najwyższym odsetku nie uprawiających sportu¹³.

Z badań pierwotnych autorki wynika, że 39% Polaków nie uprawia sportu (rys. 2) a kolejne 30% uprawia sport 1 godzinę w tygodniu. Wyniki są zbliżone z danymi *Eurostatu*, choć realizowane w odstępie pięciu lat.



Rysunek 2. Czas poświęcony na aktywność fizyczną w ciągu tygodnia

Źródło: oprac. na podst. badań własnych

Zaleca się wprowadzenie ujednoliconego pomiaru aktywności fizycznej w celu możliwości porównania zachowań mieszkańców Europy. Wyniki badań pozwolą na oszacowanie potrzeb aktywizowania i komunikowania w przyszłości.

¹² Zalecenie Rady Europy w sprawie propagowania prozdrowotnej aktywności fizycznej w różnych

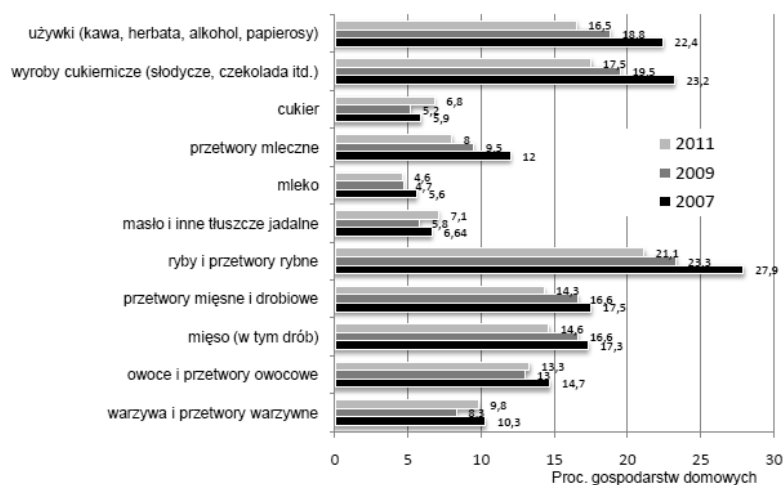
Sektorach, Komisja Europejska, Bruksela, 28.08.2013r. s.3., [w:] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SWD:2013:0312:FIN:PL:PDF>

¹³ europa.eu/abc/keyfigures/qualityoflife/health/index_pl.htm#chart11.

Żywnienie należy do trudnych w obszarze badań ekonomicznych, z punktu widzenia możliwości porównania sposobu odżywiania i bezpośredniego wpływu na stan zdrowia. Diagnoza prof. Czapińskiego porusza ważny aspekt nie tyle racjonalnego żywienia co możliwości finansowania. Jak wynika z *Diagnozy* z 2011 roku, maleje odsetek gospodarstw domowych, których nie stać na zakupy dóbr spożywczych.

WHO przyjęło tezę, że w krajach trzeciego świata istnieje problem z żywnieniem społeczeństwa ale w krajach rozwiniętych należy zwalczać nadmierną i nieracjonalną konsumpcję dóbr spożywczych. Opracowano modele żywieniowe, które wskazują na konieczność spożywania 3 posiłków dziennie w odpowiednich proporcjach żywieniowych zawierających węglowodany, białko, witaminy, mikroelementy. Eksperti podają jako wzorcową kuchnię japońską, hinduską i chińską. Badając racjonalność konsumpcji dóbr spożywczych, należałoby identyfikować odsetek konsumujących regularne posiłki. W źródłach statystycznych gromadzone są informacje dotyczące spożywania owoców, warzyw (w kg *per capita*), mięsa, ryb, nabiału, pieczywa itp. Ale jak wynika z analizy diety hinduskiej i chińskiej, nie ma potrzeby konsumowania dużej ilości mięsa a istotny jest sposób przyrządzania posiłków oraz umiejętnego stosowania przypraw, olejów, które pozwalają organizmowi na zagospodarowanie dostarczonych witamin i mikroelementów.

Do badań nad racjonalną konsumpcją dóbr spożywczych - z punktu widzenia ekonomicznego - stosowane są mierniki - odsetek konsumujących warzywa, owoce, mięso, ryby, pieczywo oraz dynamika konsumpcji a także konsumpcja w kg *per capita*.



Rys. 3 Odsetek gospodarstw domowych z niezaspokojonymi potrzebami żywieniowymi
 Źródło: DIAGNOZA SPOŁECZNA, raporty: Czapiński J., Panek T. (red.) (2007,2009,2011).
www.diagnoza.com [odczyt:20.09.2013]

Tylko nieznacznie wzrósł odsetek (o 1,7%) gospodarstw, które musiały zrezygnować z zakupu warzyw i przetworów warzywnych oraz owoców i przetworów owocowych, masła i innych tłuszczów jadalnych (1,3%) oraz mniej istotnego dla

organizmu cukru (1,6%) (patrz rys. 3). U progu lat dziewięćdziesiątych 70% gospodarstw domowych deklarowało brak możliwości zakupu wybranych dóbr spożywczych z powodu braku środków finansowych. W 2011 roku już tylko 20% ankietowanych nie było stać na zakup ryb i przetworów rybnych. Można zatem wskazać, że poziom ubóstwa w Polsce jest niewielki i nie wpływa na racjonalność konsumpcji.

Z badań pierwotnych wynika, że blisko 80% respondentów jada codziennie śniadania i obiady a 60% kolacje. Nie konsumujący posiłków jako przyczynę podawali: brak potrzeby, dietę, brak czasu, brak możliwości. Posiłki w większości badanych są urozmaicone. 37% respondentów deklarowało konsumpcję owoców i warzyw do śniadania i kolacji a 78% w czasie obiadu spożywa warzywa i sałatki¹⁴. Aby ocenić styl żywienia należałoby zidentyfikować np. proporcje konsumpcji warzyw i owoców w porównaniu do pozostałych składników, np. mięsa. Wydaje się, że konsumpcja dóbr spożywczych podąża w prawidłowym kierunku lecz jest daleka od zaleceń specjalistów.

Trudno korelować jedynie dietę ze stanem zdrowia i średnią długością życia społeczeństwa, ponieważ jest bardzo wiele czynników determinujących stan zdrowia. Na stan zdrowia wpływają również: stan psychiczny, warunki mieszkaniowe, warunki pracy, środowisko, dostęp do usług medycznych¹⁵ i leków, itp. Stąd też kolejnym aspektem rozważań na temat zdrowego stylu życia będzie racjonalna konsumpcja leków i profilaktyka zdrowotna.

W Polsce trudno mówić o racjonalnej konsumpcji leków. Przeciętny Polak konsumuje 33 opakowania leków per capita (2010 r.)¹⁶, co plasuje nas na 3 miejscu w Europie (za Francuzami i Grekami). 17% respondentów zażywa dziennie więcej niż 5 leków (zjawisko polipragmazji¹⁷). 5% hospitalizowanych jest z powodu zatrucia lekowego. Koszt leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego zatrucia lekowego sięga 6 mld złotych rocznie¹⁸. Wydaje się, że zmiana ustawy zakazująca promocji działalności aptek od 1.01.2012r. zmniejszyła obroty o 12-15% (r/r) na rynku farmaceutycznym. Jednak na wysoki poziom konsumpcji leków wpływ ma również intensywna reklama leków OTC w środkach masowego przekazu (telewizja, radio, prasa). Analizując miesięczną sprzedaż leków w latach 2011 i 2012 można wywnioskować, że wielkość sprzedaży jest uzależniona od pór roku i stanu zdrowia pacjentów. Maleją obroty w miesiącach letnich, zaś rosną w sezonie jesienno – zimowo – wiosennym (rys 4).

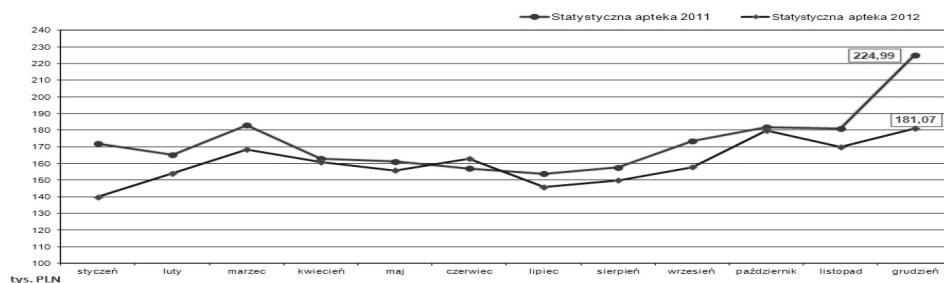
¹⁴ Wyniki badań własnych opisanych we wstępie

¹⁵ Na podst. R. Szarfenberg, *Kwestia społeczna*, „Polityka Społeczna” 1998, nr 3, s.12.

¹⁶ K. Szalotka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, wyd. PWN Warszawa 2011, s. 116.

¹⁷ Badania własne - metodologia opisana we wstępie.

¹⁸ P. Kardas, *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów*, Fundacja Polpharmy na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Warszawa, kwiecień 2010.



Rys. 4. Miesięczne obroty na rynku farmaceutycznym w latach 2011 – 2012.

Źródło: aptekarz polski.pl, [w:]

<http://www.aptekarzpolski.pl/images/PharmaExpert/012013c.jpg>

Istotnym, z punktu widzenia Narodowego Programu Zdrowia, wydaje się być problem konsumpcji autodestrukcyjnej – nikotynizmu, alkoholizmu, narkomanii. Polska prowadziła wiele programów społecznych, których zadaniem było wyeliminowanie patologii. W 2009 r. w Polsce paliło nałogowo blisko 30% respondentów, co w porównaniu do USA (20% palących), jest wielkością znaczącą. Zakłada się, że Polska osiągnie wskaźnik amerykański dopiero za 10 lat. Badania jednoznacznie wskazują, że palenie jest w 98% przyczyną nowotworu górnych i dolnych dróg oddechowych. Podobnie alkohol jest przyczyną ponad 60 różnego rodzaju schorzeń¹⁹. Tymczasem przy średniej dla UE 10,7 l per capita, Polska zajmuje 20 miejsce z wielkością 10,1 l na osobę. Od 1980 roku spożycie zmniejszyło się o 12 %²⁰.

Kolejny aspekt prozdrowotny to profilaktyka. W Polsce w ostatnim dziesięcioleciu wprowadzono programy skierowane do pacjentów celem identyfikacji stanu zdrowia. Choć 94% respondentów w ostatnim półroczu odczuwała dolegliwości a 30% korzystała z wizyty lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty, to niewiele osób korzysta z programów profilaktycznych. Przykładowe programy to:

- program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy,
- program wczesnego wykrywania raka piersi,
- program profilaktyki chorób układu krążenia,
- program profilaktyki chorób odytoniowych²¹.

Problem polega jednak na tym, że środki wydatkowane na powyżej skonstruowane projekty sięgają 2 mld zł rocznie natomiast wykrywalność chorób w Polsce należy do najniższych w Europie. Z przeprowadzonych badań pierwotnych wynika, że respondenci najczęściej nie wiedzą o programach a jeśli nawet wiedzą, to nie chcą z nich korzystać. Boją się złej diagnozy, lekceważą swoje zdrowie. Tylko 9% respondentów uczestniczyło w projektach profilaktycznych wielokrotnie, 14% raz a pozostali respondenci albo nie pamiętają albo nie uczestniczą.

¹⁹ K. Szalonka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, wyd. PWN Warszawa 2011, s. 108.

²⁰ Raport OECD: *Zdrowie w pigułce. Europa 2012*, [w:] www.parpa.pl/index

²¹ http://www.nfz-katowice.pl/?k0=02_ubezpieczony&k1=06_programy_profilaktyczne

Efekty są następujące – 65% respondentów stan zdrowia ocenia jako dobry i bardzo dobry, ani dobry ani zły 33% a 2% ocenia jako zły. Odnosząc samoocenę stanu zdrowia do statystyk zgonów Polaków na tle Europejczyków, można stwierdzić, że należy czynić wszystko aby profilaktyka zdrowotna docierała do większej grupy Polaków. W Polsce liczba zgonów na 100 tys. mieszkańców należy po Węgrzech i Bułgarii do najwyższych w Europie, odpowiednio 1149,5 mężczyzn i 600,8 kobiet²². W Szwajcarii na 100 tys. mieszkańców umiera 393,8 kobiet i 614,2 mężczyzn. Oznacza to, że w Polsce współczynnik umieralności jest blisko dwukrotnie wyższy.

4. Podsumowanie

Zgodnie z koncepcją M. Lalonda każdy rząd powinien kreować zdrowy styl życia w społeczeństwie, ponieważ im zdrowsze społeczeństwo, tym niższe wydatki na opiekę zdrowotną a także większy wzrost gospodarczy. Z badań wynika, że konieczna jest praca nad poprawą zdrowia Polaków. Dotyczy to aktywności fizycznej, zdrowych nawyków żywieniowych, ograniczania konsumpcji autodestrukcyjnej, racjonalnej konsumpcji leków. Choć aktywność fizyczna gospodarstw domowych jest zbliżona do innych krajów europejskich, to jednak istnieje potrzeba uaktywnienia 60% nie uprawiających żadnego sportu. Brak ruchu jest przyczyną większości chorób cywilizacyjnych – układu krążenia, nadciśnienia, cukrzycy, niektórych nowotworów. W obszarze żywienia należy wykształcić świadomość regularnego spożywania starannie dobranych produktów, dostarczających niezbędnych witamin i mikroelementów, stąd konieczna wydaje się edukacja od wczesnych lat życia. Optymistyczne są wyniki badań nad konsumpcją alkoholu w Polsce. W ostatnich latach zmniejszyła się konsumpcja alkoholu per capita do 10.1 l. Pasuje to Polskę w rankingu spożycia na 20 miejscu w Europie. Zdecydowanie gorzej można ocenić programy antynikotynowe. Blisko 30% społeczeństwa polskiego pali papierosy. Choć powszechnie znana jest szkodliwość palenia, to w środowisku ludzi młodych (od 15 do 18 roku życia) istnieje swoistego rodzaju moda czy trend na palenie. Skuteczność programów antynikotynowych jest mierna. Kolejny aspekt to nieprawidłowa konsumpcja leków, która jest konsekwencją braku popytu na opiekę farmaceutyczną i niewiedzy pacjentów o szkodliwości leków. Więcej jest informacji skierowanych do pacjentów o zaletach produktów leczniczych (w reklamach) niż o ich szkodliwości (rola lekarzy, farmaceutów, mediów). Stąd konieczność wdrożenia opieki farmaceutycznej, opartej na rzetelnej analizie leków konsumowanych przez pacjentów.

Reasumując, wydaje się, że przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia programy prozdrowotne powinny być wsparte polityką promocyjną przygotowaną przez ekspertów z zakresu społecznej komunikacji marketingowej. Z badań pierwotnych jednoznacznie wynika, że Polacy chętnie korzystaliby z profilaktyki, gdyby zostali o niej poinformowani. Sam projekt przygotowany przez rząd i polityków nie oznacza sukcesu. Niezbędna jest mozolna praca specjalistów upowszechniających edukację i komunikację w zakresie pożądanых zachowań prozdrowotnych.

²² Rocznik demograficzny 2009, s.496 – 497, [w:] http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_rocznik_demograficzny_2009.pdf

Literatura:

1. Berbeka J., *Poziom życia ludności a wzrost gospodarczy w krajach Unii Europejskiej*, wyd. AE w Krakowie, Kraków 2006.
2. Borzucka – Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, wyd. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006
3. Bywalec Cz., Rudnicki L., *Konsumpcja*, wyd. PWE, Warszawa 2002
4. europa.eu/abc/keyfigures/qualityoflife/health/index_pl.htm#chart11.
5. http://www.nfz-katowice.pl/?k0=02_ubezpieczony&k1=06_programy_profilaktyczne
6. Kardas P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów*, Fundacja Polpharmy na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Warszawa, kwiecień 2010.
7. Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*, wyd. Minister of Supply and services, Canada 1981, [w:] <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
8. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, wyd. CeDeWu, Warszawa 2004
9. Raport OECD: *Zdrowie w pigułce. Europa 2012*, [w:] www.parpa.pl/index
10. *Rocznik demograficzny 2009*, [w:] http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbc/gus/PUBL_rocznik_demograficzny_2009.pdf
11. Synowiec-Piłat M., *Profilaktyka zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, wyd. Adam Marszałek & Akademia Medyczna we Wrocławiu, Toruń 2009
12. Szalanka K., *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, wyd. WN PWN, Warszawa 2011
13. Szarfenberg R., *Kwestia społeczna*, „Polityka Społeczna” 1998, nr 3
14. *Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej. Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie*, Czwarty projekt skonsolidowany zatwierdzony przez Grupę Roboczą UE „Sport i Zdrowie” Bruksela 2008 [w:] http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf
15. *Zalecenie Rady Europy w sprawie propagowania prozdrowotnej aktywności fizycznej w różnych Sektorach*, Komisja Europejska, Bruksela, 28.08.2013r., [w:] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SWD:2013:0312:FIN:PL:PDF>

Summary

The increasing incidence of civilization diseases in Poland motivates the use of state health policy by raising public awareness as to the proper consumption and active lifestyle. The effect of these activities should be a change in the behavior of households entities as in the informed choice of goods and food as well as in ever higher sports activity.

The results clearly show that the Poles though lag behind, they are very actively involved in correcting the current lifestyles. A growing number of Poles in sports, so more and more Poles are looking for reliable source of food they buy.

Keywords: health policy, households, consumption.

Informacje o autorze:

Dr hab. Katarzyna Szalanka

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii

Zakład Ogólnej Teorii

e-mail: kszalanka@prawo.uni.wroc.pl