

Katedra Humanistycznych Podstaw Kultury Fizycznej
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Chair of Humanistic Foundations of Physical Culture
University School of Physical Education in Wrocław

LESŁAW KULMATYCKI, JAN SUPIŃSKI

***Healthy lifestyle and health of Poles among EU countries
– comparative analyses***

Styl życia i zdrowie Polaków na tle krajów UE – analiza porównawcza

Wraz z wejściem Polski do Unii Europejskiej nasuwa się pytanie o bilans startowy w odniesieniu do zdrowia w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Nie ulega wątpliwości, że stan zdrowia Polaków jest pod wieloma względami gorszy niż Anglików czy Szwedów. Wątpliwości natomiast budzi skala różnicy, czy też dystans dzielący nas od innych krajów. W niniejszym artykule stawiamy sobie dwa cele. Pierwszy, to próba wskazania trzech grup wskaźników dotyczących zdrowia i jego promocji w odniesieniu do dużych populacji. Drugi, to próba pokazania zaawansowania Polski w rozwoju promocji zdrowia w porównaniu z niektórymi krajami europejskimi.

MATERIAŁ

Analiza dotyczy całych populacji krajów UE i odnosi się do wartości zdrowia. Trudności w precyzyjnym określeniu samego pojęcia zdrowia stwarza szereg ograniczeń. Z jednej strony dane nie zawsze są precyzyjne ani jednoznaczne, z drugiej, istnieje dylemat wyboru tych, które pozwolą na sformułowanie odpowiedzi na postawione pytania. Zdrowie nie jest stanem statycznym, toteż trudno precyzyjnie i jednoznacznie określić stan zdrowia większej populacji. W jednych przypadkach należy je przywracać lub odzyskiwać, tj. w sytuacji, kiedy pojawi się stan chorobowy następuje leczenie i rehabilitacja, w innych sytuacjach należy je chronić przez chorobą poprzez profilaktykę i edukację, i w jeszcze innych, co jest istotą promocji zdrowia, należy je wzmocnić i pomnażać.

METODA

W niniejszym opracowaniu podejmujemy próbę wskazania na różnice zdrowotności Polaków i przedstawicieli innych krajów UE. Dane zostały zebrane na podstawie analizy dokumentów publikowanych przez ŚOZ oraz stosowne krajowe instytucje odpowiedzialne z politykę zdrowotną. Będąc świadomymi ogromu informacji oraz trudności definiowania samego terminu „zdrowie”, zawężamy nasze próby do porównania tylko kilku wskaźników istotnych z punktu widzenia promocji zdrowia. Dzielimy je na trzy grupy, (A) wskaźniki ogólne, (B) wskaźniki stylu życia, (C) wskaźniki organizacji promocji zdrowia.

ANALIZA DANYCH – WYNIKI

A. Wskaźniki ogólne

W tej grupie wskaźników wyróżniamy dwie podgrupy, podgrupę wskaźników jakości życia i wskaźników usług zdrowotnych. W polityce zdrowotnej powszechnie używanym wskaźnikiem zdro-

wotności społeczeństwa są: wskaźnik umieralności okołoporodowej i rokowanie dotyczące długości życia i jakości przeżytych lat {patrz tab.1).

Tab. 1. Wskaźniki zdrowia oraz usług zdrowotnych w Polsce na tle wybranych krajów europejskich

	Wskaźnik umieraln. okołopor. (liczba/1000 urodzeń)	Wskaźnik długości życia w ogóle	Wskaźnik długości życia w ogóle mężczyźni	Wskaźnik długości życia w ogóle kobiety	Wskaźnik długości życia w zdrowiu	Wskaźnik nakładów finansowych na osobę	Wskaźnik poziomu usług zdrow.	Wskaźnik dostępności usług zdrow.
Czechy	4.01	75.2	71.8	78.6	65.6	1022.88	5.78	0.987
Finlandia	3.65	77.6	73.8	81.3	68.8	1547.00	6.76	0.995
Francja	6.99	78.9	75.0	82.7	70.7	2125.00	6.82	0.995
Niemcy	6.07	78.1	74.9	81.0	69.4	2476.00	7.10	0.995
Grecja	8.77	78.3	75.8	80.8	71.0	1397.05	6.05	0.995
Litwa	8.27	72.9	67.6	78.0	58.4	412.67	5.31	0.987
Norwegia	4.34	78.5	75.6	81.5	70.5	2612.00	6.98	0.995
Polska	10.84	74.0	69.8	78.1	61.8	535.00	5.73	0.970
Hiszpania	5.57	78.7	75.2	82.3	70.6	1194.00	6.18	0.995
Anglia	8.23	77.6	75.1	80.0	69.9	1569.00	6.51	0.995
Węgry	10.04	71.5	67.2	75.8	59.9	830.48	5.47	0.980
Szwecja	4.67	79.6	77.0	82.2	71.4	1732.00	6.90	0.995
Słowacja	6.57	73.4	69.3	77.6	62.4	709.60	5.51	0.973

Pod tym względem umieralności okołoporodowej, mimo znacznych postępów w latach 90, nadal pozostajemy daleko za większością krajów UE. W roku 2002 – 10,84 promili (liczba zgonów/1000). Jest to wskaźnik niekorzystnie wysoki, gdyż w porównaniu z krajami skandynawskimi, gdzie umiera 6 noworodków na 1000 u nas jest prawie dwa razy wyższy. Drugim ważnym wskaźnikiem zdrowotności jest rokowanie dotyczące długości życia w ogóle, a trzecim, długości życia w zdrowiu. Szacowana długość życia Polaka wg raportu WHO z roku 2002 wynosi 74 lata, u mężczyzn – 69,8 lat i u kobiet – 78,1 lat i jest przeciętnie o 6-10 lat krótsze niż w krajach UE¹. Długość życia „w zdrowiu” wynosi w Polsce 61,8 lat (mężczyźni – 59,3, kobiety – 64,3). Na podstawie innego źródła (Wronkowski i wsp. 2002) przy wykorzystaniu wskaźnika DALE (Disability Adjusted of Life Equal) średnie dalsze trwanie życia w dobrym stanie, Polska zajmuje dalszą pozycję wśród wszystkich krajów UE ze wskaźnikiem 66,2 (mężczyźni – 62,3, kobiety – 70,1).

B. Wskaźniki stylu życia

Zachowania zdrowotne i styl życia – to kluczowe słowa nowoczesnej pojętej promocji zdrowia. Pojęcie „styl życia”² zostało spopularyzowane m.in. za przyczyną „pól Lalonde” kiedy zespół M. Lalonde (1974) stworzył teoretyczne podstawy kanadyjskiej polityki zdrowotnej zawartej w „A New Perspective on the Health of Canadian's” (Nowa perspektywa zdrowotna dla Kanadyjczyków). Na styl życia składa się szereg elementów dotyczących naszego codziennego postępowania i życia. Do najczęściej wymienianych zaliczyć należy sposób odżywiania, styl radzenia sobie ze stresem i trudnościami, relacje w pracy i środowisku życia, korzystanie z używek czy styl wypoczyniania itp. Chcielibyśmy zwrócić uwagę na dwa aspekty stylu życia, aktywności fizycznej i kondycji psychicznej. Aktywność fizyczna w promowaniu zdrowia tj. jego utrzymaniu i jego wzmacnianiu odgrywa wiodącą rolę. Z danych ostatniego Raportu Zdrowia WHO (The European Health Report, 2002) wynika, że aktywność fizyczna (physical activity) może wpływać na dodatkowe zredukowanie wielu chorób cywilizacyjnych³. Cytowany Raport prezentuje koncepcję „aktywności fizycznej wzmacniającej

¹ Te informacje są wg konwencjonalnych danych (metoda Wieslera) podawanych oficjalnie przez WHO.

² Według ŚOZ, styl życia to taki sposób życia, który jest wypadkową indywidualnych preferencji i wzorów zachowań a warunkami życia zdeterminowanymi czynnikami psychologicznymi, społeczno-ekonomicznymi i kulturowymi.

³ Wg danych następują redukcja chorób układu krążenia o 15-39 proc., wylewów o 33 proc., osteoporozy o 18 proc., cukrzycy o 12-35 proc., czy nowotworów odbytu o 22-33 proc., nadciśnień o 12 proc.

zdrowie” (health-enhancing physical activity - HEPA)⁴, która obejmuje wszelkie rodzaje aktywności fizycznej właściwych dla stylu życia, toteż nie tylko dotyczące czasu wolnego, ale też związane z pracą zawodową, przemieszczaniem się czy pracami domowymi⁵. Według różnych źródeł można szacować, że tylko ok. 10 proc. Polaków⁶ uczestniczy w czasie wolnym w regularnych formach aktywności fizycznej, które mają znaczący wpływ na kondycję i zdrowie.

Rozmiary kondycji psychicznej społeczeństwa częściowo są odzwierciedlane przez rejestrowane częstości zaburzeń psychicznych leczonych w poszczególnych rodzajach psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej. W przypadku leczenia zamkniętego, począwszy od roku 1975, obserwowana jest względna stabilizacja wskaźników hospitalizacji na poziomie ok. 450 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Wzrasta natomiast liczba pacjentów leczonych po raz pierwszy, którzy obecnie stanowią około 1/3 wszystkich leczonych. To zjawisko jest nowe dla Polski i odbiegające od wskaźników większości krajów UE. Obserwowana tendencja jest przede wszystkim skutkiem wzrostu liczby pierwszorazowych hospitalizacji osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych spowodowanych alkoholem. Według danych szacunkowych liczba osób uzależnionych od opiatów wynosi ok. 25-30 tys. Szczególnie zwiększa się spożycie substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi i w tym wypadku „doganiamy” kraje UE. Bardzo wyraźną natomiast tendencję zwykową obserwuje się w przypadku psychoz afektywnych (wzrost o 60%).

C. Wskaźniki organizacji i dobrej praktyki promocji zdrowia

Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad zachowaniem zdrowia i jego poprawy. Dla zaistnienia „procesu” w wymiarze powszechnym niezbędny jest proces na określonych szczeblach administracji państwowej i lokalnej zajmującej się sprawami promocji zdrowia⁷. Za najważniejsze wskaźniki takiego procesu autorzy uznali siedem podanych w tabeli nr 2.

Tab. 2. Charakterystyka wskaźników organizacji i dobrej praktyki promocji zdrowia w Polsce i krajach UE

Wskaźnik	Kraje EU	Polska
1. Instytucja krajowa wskazująca na standardy w promocji zdrowia	Jest w większości krajów UE	Brak (w różnych fazach reformy, różne podmioty próbują nadzorować zadania dotyczące promocji zdrowia)
2. Spójny system kształcenia profesjonalistów w promocji zdrowia	Obecny w prawie wszystkich krajach UE	Brak (pojawiają się jednostki edukacyjne kształcić promotorów zdrowia, ale raczej na własną odpowiedzialność wedle własnej koncepcji).
3. Osobny budżet centralny na realizację zadań promocji zdrowia (np. Narodowego Programu Zdrowia)	Gwarantowany w większości krajów UE na zadania priorytetowe i długofalowe dotyczące profilaktyki i edukacji zdrowotnej.	Obecny (jednak niestabilny, upolityczniony, dostosowany do potrzeb instytucji centralnych, nieczytelny dla organizacji pozarządowych)
4. Współpraca intersektoralna w zakresie rozwiązywania problemów i patologii społecznych	W większości państw instytucjom zależy na współpracy, gdyż mają szerszy zakres odpowiedzialności i możliwości.	Brak (owszem przy ustalaniu zapisów NPZ brany pod uwagę, natomiast w praktyce całkowicie nieobecny)
5. Uznanie zawodów dotyczących promocji zdrowia	Są uznane zawody w zależności od szczebla edukacyjnego i specjalności.	Brak (choć są instytucje, które zatrudniają na stanowiskach promotorów zdrowia czy edukatorów zdrowia)
6. System zatrudnienia i etatów przeznaczonych dla promotorów zdrowia	Jest w większości krajów UE	Częściowy (generalnie nie ma zawodu to nie ma czytelnych zasad zatrudnienia)

⁴ W roku 1996 została utworzona Europejska Sieć dla Promocji Aktywności Fizycznej Wzmacniającej Zdrowie (The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity) i jest jedną z 7 sieci promujących zdrowie wśród krajów UE. Dostrzec można wyraźne związki z wcześniej wspomnianą koncepcją „health-related fitness”. (The European Health Report, 2002, s.79-80).

⁵ Tego rodzaju regularne monitorowanie prowadzi kilkanaście krajów europejskich. Jednym z wielu jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Finlandii (The National Public Health Institute of Finland), który prowadzi badania od roku 1978.

⁶ Według M. Demela uczestniczy tylko 6-8 % (Demel, 1992, s. 78).

⁷ Taki zapis np. znajduje się w Ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia z 2004 r. (Dz.U. Nr 210, poz. 2135).

Wskaźnik	Kraje EU	Polska
7. Środowisko naukowe promocji zdrowia, pisma fachowe, organizacje zawodowe itp.	Funkcjonuje i rozwija się w większości krajów UE	Brak (a jeśli jest, to na poziomie lokalnym lub stowarzyszenia „hobbystycznego”)

OMÓWIENIE

Zdrowie mieszkańców Polski oraz innych krajów regionu Europy Środkowej i Wschodniej w okresie ostatniego półwiecza powojennego była bardzo podobna. Według badaczy problemu (Doll i wsp. 1993, Murray i wsp. 1993, Zatoński 2000) wyróżnić można było dwie podstawowe tendencje: spadek zachorowań i umieralności⁸ w wyniku chorób infekcyjnych w grupie 0-20 lat oraz wzrost liczby zgonów z powodu urazów i wypadków zawinionych przez człowieka w grupach średniego i starszego wieku. Obecnie wśród krajów europejskich Polska należy do krajów w których zdrowie, jego ochrona i promocja zdrowia należy do jednych z gorszych. Wskaźnik zgonów niemowląt i rokowanie dotyczące długości życia i jakości przeżytych lat w porównaniu z krajami UE jest dla Polski niekorzystny, mimo, że nastąpił pozytywny skok w porównaniu do początku lat 90. Długość życia „w zdrowiu” wynosi w Polsce 61,8 lat w których silnie zaznacza się zjawisko tzw. nad-umieralności mężczyzn, czyli znacznie wyższego natężenia zgonów wśród mężczyzn niż kobiet. Około 30% niepełnosprawności jest następstwem urazów, co stawia nas to w rzędzie „przodujących” krajów europejskich. Analizując dane od strony inwestycji „w zdrowie” nietrudno zauważyć dystans dzielący Polskę od innych krajów UE w przeznaczaniu środków na głowę mieszkańca. O ile ten wskaźnik wydaje się oczywisty powodu ogólnego poziomu życia w kraju, o tyle zaskakiwać powinien niski wskaźnik dotyczący jakości usług i ich dostępności usług zdrowotnych. Analizując wskaźniki organizacji promocji zdrowia w Polsce i w krajach europejskich dostrzega się ogromną przepaść, która wzrasta z roku na rok. Podstawowym powodem tego zaniedbania jest brak konsekwentnej strategii w reformowaniu sektora zdrowia i co za tym idzie całkowite zepchnięcie na margines promocji zdrowia.

WNIOSKI

- Wskaźniki dotyczące zgonów niemowląt, długości lat życia oraz długość przeżytych lat w zdrowiu w porównaniu z krajami UE są dla Polski niekorzystne. Ogólny niekorzystny stan zdrowotności pogłębia bardzo niski wskaźnik finansowania usług zdrowotnych, niska jakość usług oraz mniejsza niż w innych krajach unijnych dostępność.
- Świadomość Polaków przekładająca się na zachowania zdrowotne jest niska w porównaniu z innymi krajami UE. Przykładowo, tylko ok. 10 proc. Polaków uczestniczy w czasie wolnym w regularnych formach aktywności fizycznej i jest znacznie poniżej wskaźników dla krajów Unii Europejskiej. Najniżej notowany kraj byłej „piętnastki” - Portugalia ma ten wskaźnik o ok. 20 proc. wyższy.
- Praktyczne osiągnięcia Polski w zakresie realizacji promocji zdrowia w porównaniu z państwami europejskimi prawie nie istnieją. Nie można mówić ani o długofalowych programach, ani o strategii, ani o profesjonalistach w tej dziedzinie. To wszystko dopiero jest przed nami.

PIŚMIENICTWO

1. Doll R. I wsp., Tobacco and Death in Eastern Europe [w:] Bodmer W i in. Cancer Prevention in Europe. Organization of European Cancer Institutions, London, 1993.
2. Kulmatycki L., O kondycji psychofizycznej Polaków w przededniu wejścia do UE, [w:] G. Rdzaneck, E. Stadtmuller, Człowiek, Region, Państwo w procesach globalizacji, regionalizacji oraz integracji, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2004
3. Lalonde M., A New Perspective on the Health of Canadians, Information Canada, Ottawa, (1974).
4. Murray C.J. i wsp., Adult mortality: levels, patterns and causes [w:] World Development Report, Investing in Health, World Development Indicators. A World Bank, Oxford University Press, London, 1993.

⁸ Przez termin zachorowalność autor rozumie liczbę zachorowań na 100 tys. mieszkańców w ciągu jednego roku. Przez umieralność – liczbę zgonów na 100 tys. również w ciągu jednego roku.

5. Narodowy Program Zdrowia (NPZ) 1996-1005, MZiOS, Warszawa, 1996.
6. Ottawa Charter for Health Promotion, Health Promotion International, 1986, 1 (4), 3-5.
7. Wronkowski Z. i wsp., Ekonomiczne i społeczne aspekty badań przesiewowych wybranych nowotworów w Polsce [w:] Karski J. B., (red), (2002), Wyzwania i zagrożenia zdrowotne w świetle procesu integracji, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2002, s. 110-112.
8. Zatoński W., The Health Transformation in Eastern Europe after 1990: A second Look. Instytut Onkologii, Warszawa, 2000.

STRESZCZENIE

Podstawowym celem niniejszej analizy porównawczej jest uzyskanie informacji na temat głównych wskaźników związanych ze zdrowiem i aktywnością promocji zdrowia w Polsce na tle wybranych krajów UE. Pod uwagę były brane trzy grupy danych; grupa konwencjonalnych wskaźników: umieralność noworodków, długość życia od urodzenia, długość w zdrowiu, nakłady na zdrowie na mieszkańca, grupa wskaźników dotyczących aktywnego stylu życia w odniesieniu do aktywności fizycznej i zdrowia psychicznego, oraz dane dotyczące konkretnych wskaźników rozwoju promocji zdrowia. Dane pochodziły z raportów ŚOZ i dokumentów krajowych, takich jak np. Europejski Raport Zdrowia (z lat 2000-2004) czy Narodowy Program Zdrowia 1996-2005. Porównywalne dane pozwoliły na zobaczenie różnicy między Polską a europejskimi krajami bardziej rozwiniętymi. Badania wskazują na gorszą sytuację w Polsce, gorsze wskaźniki dotyczące zdrowia i promocji zdrowia, znacznie niższy poziom finansowania sektora zdrowia oraz w odniesieniu do standardów europejskich brak rozwoju promocji zdrowia.

ABSTRACT

The primary purpose of these comparative analyses is to get information on major indicators related to health and health promotion activity in Poland and selected EU countries. The three groups of data were chosen to measure of health and health promotion development, data of conventional indicators; maternal mortality ratio, life expectancy at birth (years), healthy life expectancy (HALE) (years), total expenditure on health per capita; data of healthy lifestyle related to physical activity and psychic health; and data of health promotion development according to the certain criteria. Data were collected from WHO and national health reports, such as The European Health Reports 2000-2003 or Polish National Health Programme 1996-2005. Figures computed by WHO and national sources to assure comparability show us the gap and distance between Poland and more developed European countries. Research evidence on health and health promotion show us worse indicators of health and healthy lifestyle; much lower level of public expenditure upon health and according to western European standards lack of health promotion development.