

DIAGNOZA STANU ZDROWIA I POTRZEB ZDROWOTNYCH MIESZKAŃCÓW SZCZECINA



**PROJEKT ZREALIZOWANY NA ZLECENIE
URZĘDU MIASTA W SZCZECINIE**

OPRACOWANIE:

DR N. ZDR. MARIA JASIŃSKA

NA PODSTAWIE BADAŃ PRZEPROWADZONYCH PRZEZ IPC INSTYTUT
BADAWCZY WE WROCŁAWIU

SZCZECIN 2012

Spis treści

WPROWADZENIE I METODOLOGIA.....	4
I. WYNIKI BADAŃ PRZEPROWADZONYCH WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY.....	8
1.1 Aktywność fizyczna.....	8
1.2 Odżywianie.....	14
1.3 Samoocena poziomu stresu.....	27
1.4 Życie osobiste.....	28
1.5 Otoczenie społeczne.....	30
1.6 Samoocena stanu zdrowia.....	38
1.7 Czynniki ryzyka.....	41
II. WYNIKI BADAŃ PRZEPROWADZONYCH WŚRÓD STUDENTÓW.....	43
2.1 Charakterystyka grupy badanej.....	43
2.2 Aktywność fizyczna.....	44
2.3 Odżywianie.....	52
2.4 Aktywność zawodowa i stres.....	57
2.5 Życie osobiste.....	60
2.6 Poziom zaufania społecznego.....	63
2.7 Samoocena stanu zdrowia.....	66
2.8 Czynniki ryzyka.....	85
III. WYNIKI BADAŃ PRZEPROWADZONYCH WŚRÓD OSÓB DOROSŁYCH.....	87
3.1 Struktura i charakterystyka grupy badanej.....	87
3.2 Aktywność fizyczna.....	91
3.3 Odżywianie i dieta.....	95
3.4 Aktywność zawodowa.....	99
3.5 Życie osobiste.....	103
3.6 Zaufanie społeczne.....	106
3.7 Samoocena stanu zdrowia.....	111
IV. PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ	139

4.1	Wnioski z badań przeprowadzonych wśród dzieci i młodzieży.....	139
4.2	Wnioski z badań przeprowadzonych wśród studentów.....	140
4.3	Wnioski z badań przeprowadzonych wśród dorosłych.....	141
V.	PROPOZYCJE INTEREWNCJI ZDROWOTNYCH SKIEROWANYCH DO MIESZKAŃCÓW SZCZECINA	144
5.1	Kierowane do dzieci i młodzieży.....	145
5.2	Kierowane do studentów.....	146
5.3	Kierowane do grupy dorosłych.....	146
VI.	SPIS TABEL I WYKRESÓW.....	147

WPROWADZENIE I METODOLOGIA

Badanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych ludności stanowi punkt wyjścia dla realizacji zadań statutowych podmiotów mających na celu ochronę i promocję zdrowia. Trafna diagnoza, następnie podjęcie właściwych i skutecznych interwencji jest podstawą do osiągnięcia korzyści zarówno w skali globalnej jak i w wymiarze indywidualnym. Niniejsze badanie miało na celu rozpoznanie stanu zdrowia mieszkańców Szczecina oraz ocenę ich potrzeb zdrowotnych.

Głównymi przyczynami zachorowalności i umieralności ludności w województwie zachodniopomorskim (podobnie jak i w całej Polsce) są choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, a także wypadki, zatrucia i urazy. Podstawowy wskaźnik zgonów ogółem na tysiąc mieszkańców, w roku 2009, w M. Szczecinie wynosił 10,7 a dla mężczyzn aż 12,0. Natomiast średnio dla województwa równał się on 9,7 i 10,9 wśród mężczyzn. Wyróżniony wskaźnik umieralności tylko z powodu chorób układu krążenia wynosił średnio 47 zgonów na 10 tys. mieszkańców Szczecina i pomimo wdrożenia programów profilaktycznych nie ulega on oczekiwany zmianom.

Dla porównania, wskaźnik ten dla województwa wynosił 42,8/10 tys..

Również wyższy, w odniesieniu do średnich wskazań województwa, a także kraju, był w Szczecinie wskaźnik umieralności z powodu chorób nowotworowych – 284,1. Dla porównania - w województwie wynosił on 245,5 (na 100 tys. ludności). Dominującą przyczyną zgonów wśród kobiet województwa zachodniopomorskiego jest rak oskrzeli i płuc, nowotwór piersi, jelita grubego i szyjki macicy. U mężczyzn zgony te spowodowane są rakiem płuc, żołądka, jelita grubego i prostaty¹.

Poważnym, współczesnym problemem zdrowotnym występującym także wśród mieszkańców Szczecina jest także zjawisko epidemii nadwagi i otyłości oraz cukrzycy typu 2. A są to schorzenia spowodowane głównie złą dietą oraz brakiem aktywności fizycznej. Wskaźniki zapadalności na te choroby w 2010 r. tylko nieznacznie zmieniły się

¹ *Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok*

w porównaniu z danymi z 2009 r. w każdej z wymienionych grup schorzeń, co ilustruje poniższa tabela:

Tabela 1. Osoby dorosłe leczone z powodu chorób cywilizacyjnych – (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców)

Kategoria	2009 rok	2010 rok
Choroby układu krążenia	1 920,5	1 901,3
Nowotwory	145,1	142,5
Cukrzyca	460,5	459,8

Źródło : Szczecin - Raport o stanie miasta. Szczecin 2010 rok

Niewątpliwy wpływ na poprawę zdrowotności społeczeństw mają przemiany ekonomiczne i społeczne, rozwój promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, zwłaszcza rozpowszechnienie aktywnego wypoczynku, prozdrowotnego sposobu odżywiania i unikanie nałogów. Ponadto, na poprawę zdrowia wpływa – nowoczesny rozwój profilaktyki w szczególności w odniesieniu do ograniczania występowania chorób serca i nowotworów poprzez powiększanie zakresu objęcia populacji tzw. wczesną diagnostyką ².

Na przełomie października i listopada 2011 roku na zlecenie Urzędu Miasta Szczecin zrealizowane zostało badanie dotyczące skali zagrożeń i problemów zdrowotnych wśród mieszkańców Szczecina. Zastosowano standaryzowane narzędzie badawcze – kwestionariusz ankiety audytoryjnej, które pozwoliło na uzyskanie danych, mogących być podstawą dla ponownych diagnoz w kolejnych latach. Badanie to umożliwi również bieżące monitorowanie trendów oraz efektywności realizowanych programów promocji zdrowia i działań prewencyjnych.

Diagnoza dotycząca oceny zdrowotności i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Szczecina objęła kilka aspektów, związanych ze zdrowiem, które przedstawione są poniżej.

Aktywność fizyczna:

- sposób i formy spędzania czasu wolnego;
- rodzaj i miejsce uprawianych sportów;

² Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok

- czas przeznaczony na aktywność fizyczną w ciągu tygodnia;
- dostępność obiektów sportowych;

Nawyki żywieniowe:

- ilość i rodzaj spożywanych posiłków i napojów;
- stosunek do fast-foodów i częstość ich spożywania;
- ilość i rodzaj poszczególnych produktów żywieniowych w diecie;

Zdrowie:

- subiektywna ocena stanu zdrowia;
- występujące schorzenia (w tym psychiczne);
- ocena masy ciała;
- realizacja badań profilaktycznych i szczepień ochronnych;
- stosowanie leków i suplementów diety;
- częstotliwość porad lekarskich;
- wydatki z budżetu domowego na zdrowie;
- ocena dostępność do świadczeń zdrowotnych;

Środowisko domowe/nauki/pracy:

- kontakty z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi;
- narażenie na stres;
- obecność czynników ryzyka.

Badanie przeprowadzone w grupie dzieci i młodzieży zostało zrealizowane w następujących placówkach oświatowych: Szkoła Podstawowa nr 71, Szkoła Podstawowa nr 23, Zespół Szkół nr 2, Zespół Szkół nr 8, Gimnazjum nr 29. Badanie ze studentami zrealizowane zostało na Zachodniopomorskim Uniwersytecie Technologicznym (transport, energetyka) oraz Uniwersytecie Szczecińskim (filologia rosyjska, politologia, biologia, matematyka, historia, teologia, ekonomia). Grupa dorosłych dobrana została według grup wiekowych – 50% stanowili respondenci w wieku produkcyjnym (mężczyźni w wieku 18-65 lat, kobiety 18-60 lat). Pozostali, będący w wieku poprodukcyjnym, to mężczyźni, którzy ukończyli 65 r.ż i kobiety, które ukończyły 60 r.ż.

Tabela 2. Wielkość prób badawczych

GRUPY BADANE	n
uczniowie szkół podstawowych klas 1-3	192
uczniowie szkół podstawowych klas 4-6	192
uczniowie szkół gimnazjalnych	193
uczniowie szkół ponadgimnazjalnych	191
studenci	195
Dorośli w wieku produkcyjnym	196
Dorośli w wieku poprodukcyjni	195
RAZEM	1354

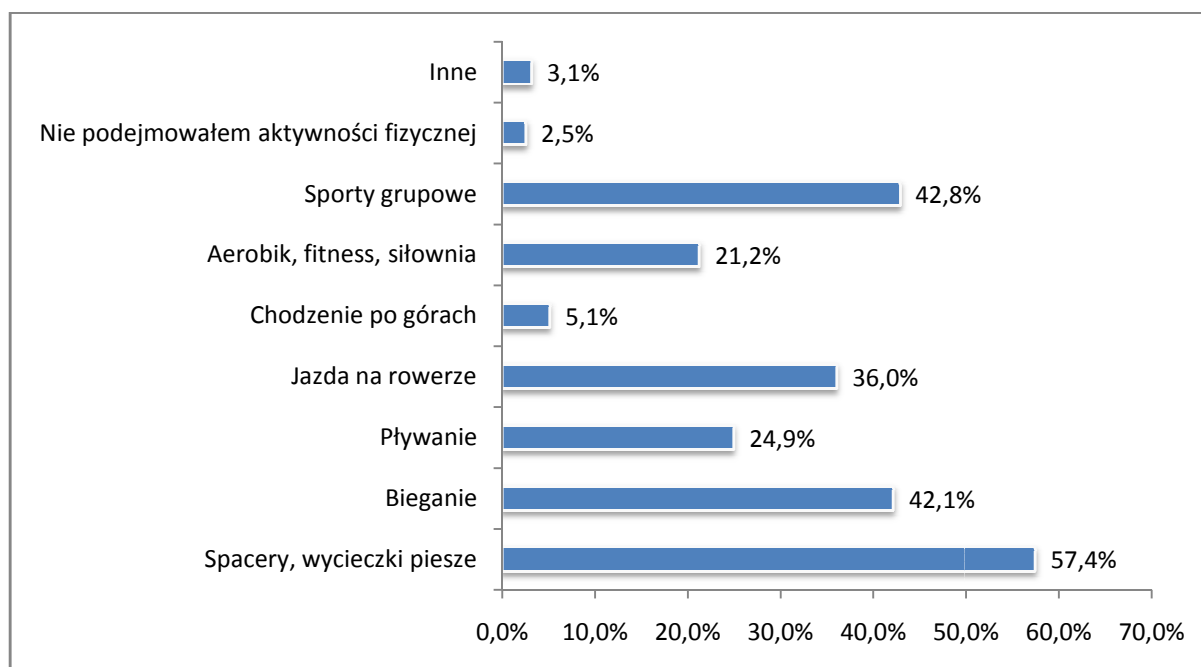
Do oceny zjawisk mających wpływ na zdrowie oraz stopnia ich nasilenia zastosowano metody badawcze ilościowe i jakościowe jako najbardziej klarowne w przypadku postawionych problemów dających się przełożyć na wskazane kategorie odpowiedzi. Wybór metod oraz specyfika badanej populacji wymogła też zastosowanie określonego narzędzia badawczego: zamkniętego kwestionariusza wywiadu (ankiety) przeprowadzonego metodą audytoryjną. Zaletą wybranego instrumentu była możliwość indywidualnego, anonimowego udzielenia odpowiedzi w warunkach umożliwiających skupienie i komfort psychiczny, który z założenia uznano za istotny w badaniu tej właśnie tematyki. Z racji różnej problematyki oraz zdolności percepcji w różnych grupach wiekowych – zastosowano zróżnicowane kwestionariusze wywiadu.

I. WYNIKI BADAŃ PRZEPROWADZOWE WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY

1.1 Aktywność fizyczna

Istnieje związek pomiędzy podejmowanymi formami spędzania wolnego czasu przez młodzież, a ich skłonnością do zachowań ryzykownych, takich jak: łamanie prawa, sięganie po środki psychoaktywne, skłonność do używania przemocy. Dlatego skuteczność programów profilaktycznych wiąże się nie tylko z edukacją, ale również z aktywizacją młodzieży w czasie wolnym. Poznając rzeczywiste, podejmowane przez szczecińską młodzież formy aktywności, poznaje się pośrednio ryzyko wystąpienia tych negatywnych zjawisk oraz ich poziom nasilenia.

Wykres 1. Podejmowanie aktywności fizycznej

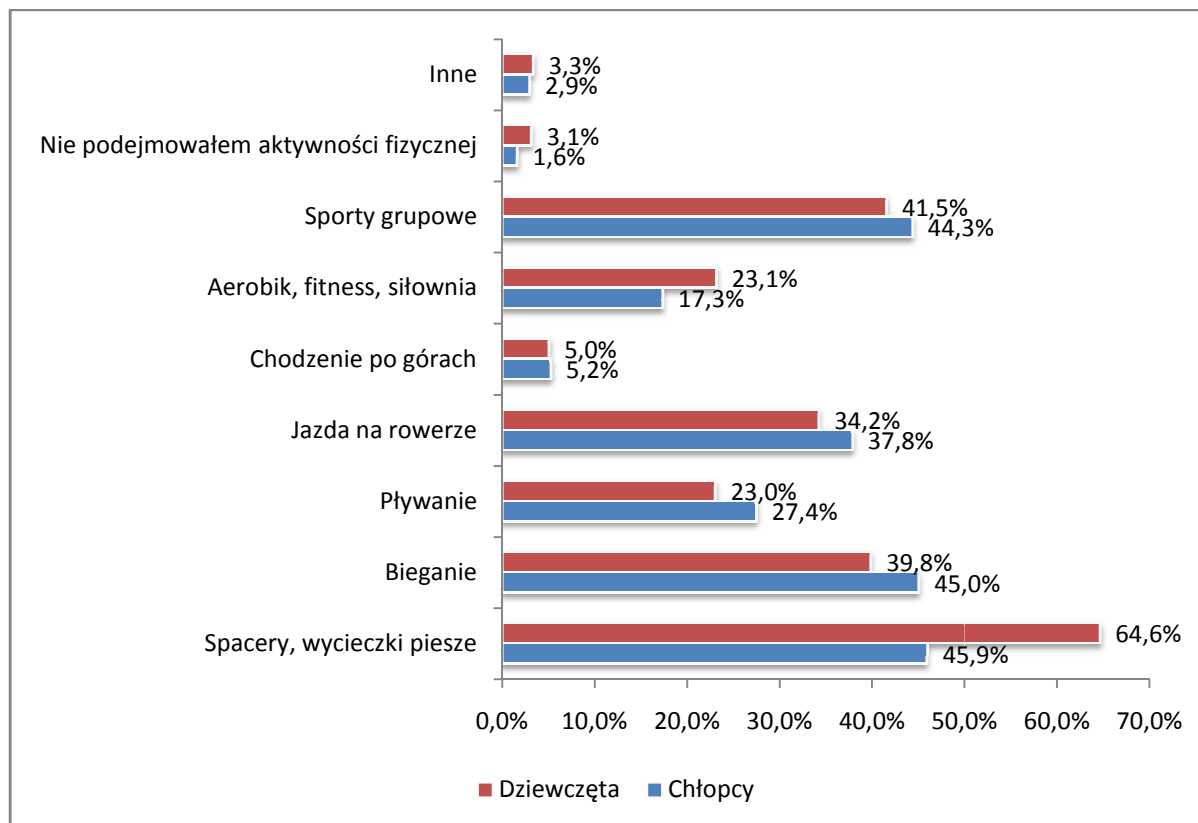


Źródło: badania własne

Najczęściej wymieniane formy aktywności ruchowej badanych uczniów szczecińskich szkół to spacery i wycieczki piesze (57,4%), sporty grupowe (42,8%) oraz bieganie (42,1%). Niewątpliwie znaczna część uprawianych sportów nie wymaga dostępu do odpowiedniej infrastruktury, takiej jak sale sportowe, czy boiska. Niektóre jednak z nich, np. aerobik, fitness czy siłownia, a także niektóre sporty grupowe wymagają dostępu do specjalistycznych urządzeń oraz odpowiednich sal. Oznacza to, że co najmniej 21,2 % badanych miało dostęp

do obiektów sportowych. Jednakże przy założeniu, że do uprawiania sportów grupowych trzeba także mieć dostęp do obiektów sportowych (zarówno na powietrzu, jak i zadaszonych), można uznać, że 42% młodzieży miała dostęp do hal i boisk sportowych.

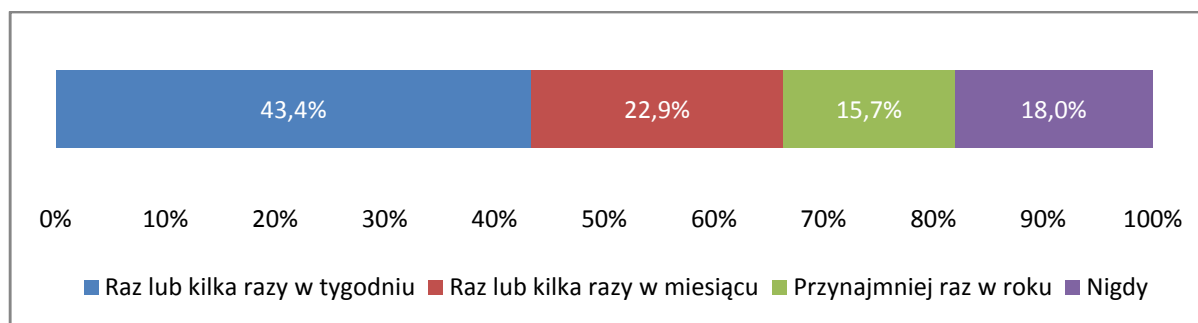
Wykres 2. Podejmowanie aktywności fizycznej a płeć badanych



Źródło: badania własne

Z powyższego wykresu wynika, że dziewczęta częściej od chłopców preferowały spacery oraz wycieczki piesze (64,6% wobec 45,9%). Pozostałe formy aktywności fizycznej były podejmowane w obu badanych grupach w zbliżonych odsetkach, a przy założonym błędzie statystycznym nie stwierdzono między istotnych różnic.

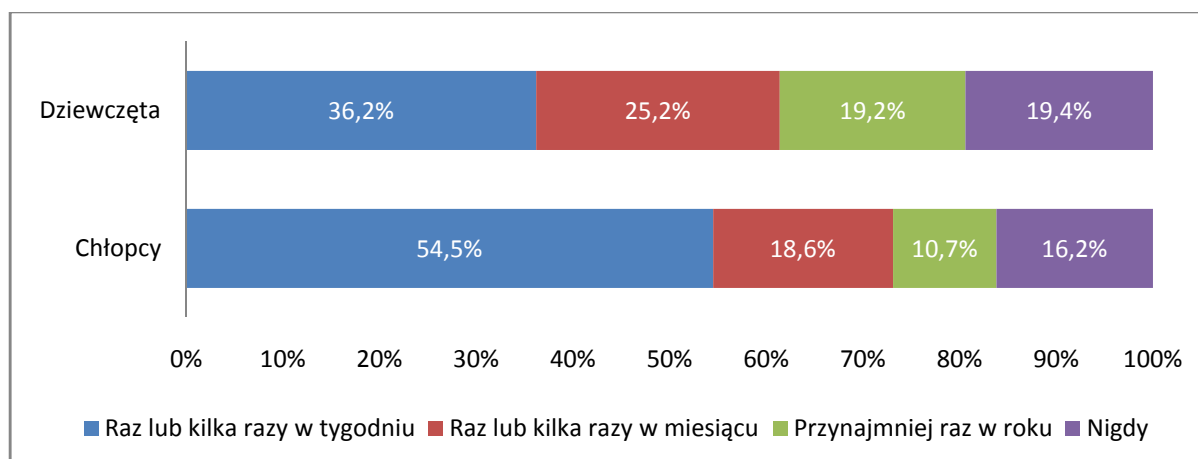
Wykres 3. Częstotliwość korzystania z placówek sportowych



Źródło: badania własne

43,4% badanych uczniów deklaruje, że korzystała z placówek sportowych raz lub kilka razy w tygodniu. Natomiast 22,9% respondentów raz lub kilka razy w miesiącu. Jak widać, przynajmniej w sferze deklaracji, częstotliwość korzystania, a co za tym idzie dostęp, do infrastruktury sportowej był na dość wysokim poziomie. Przy założeniu, że jedna wizyta w placówce sportowej to przynajmniej jedna godzina, to najaktywniejsi badani uczniowie spędzali kilka godzin tygodniowo w obiektach i placówkach sportowych.

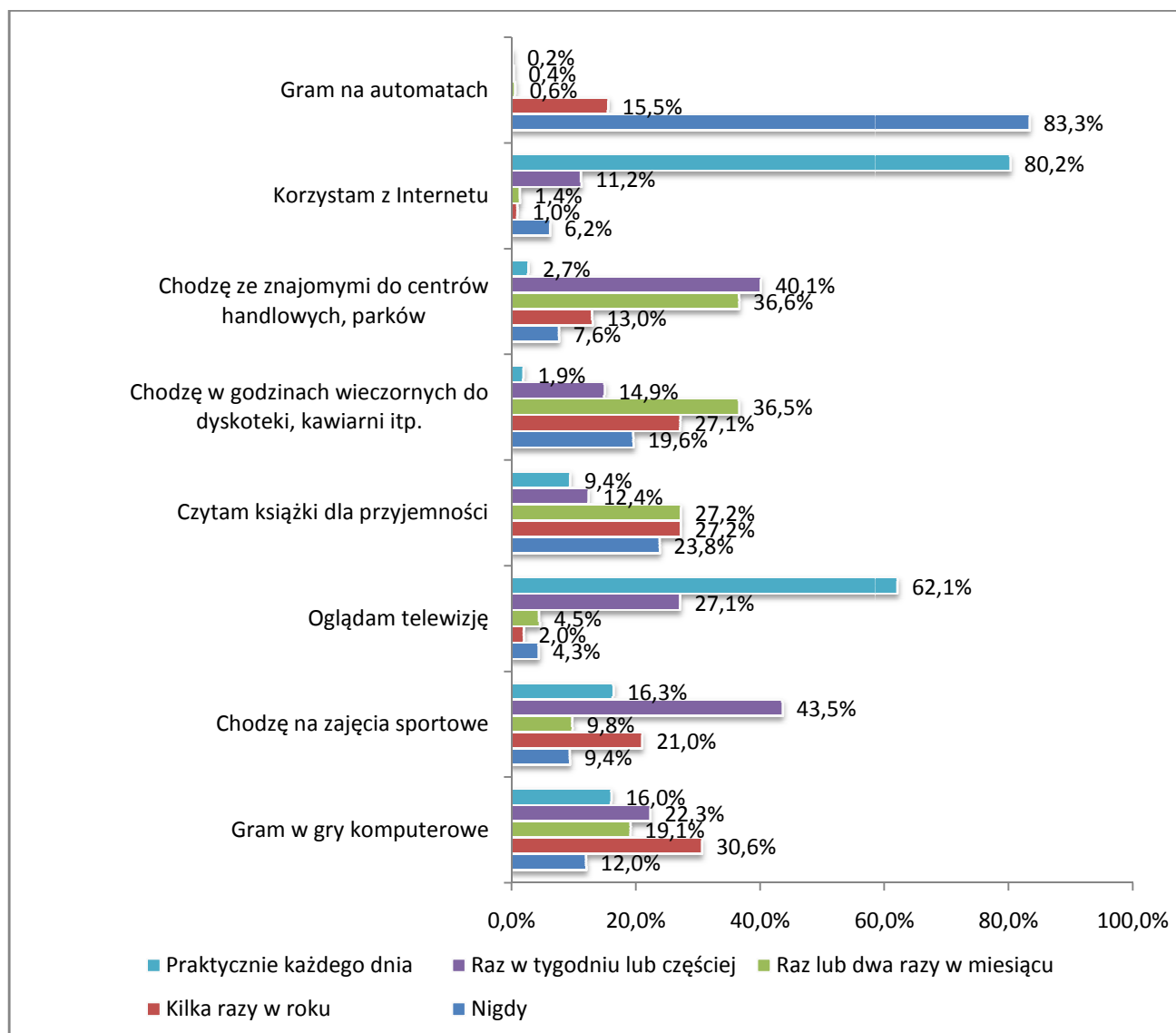
Wykres 4. Częstotliwość korzystania z placówek sportowych (dekompozycja na płeć)



Źródło: badania własne

Badanie wskazało, że to chłopcy dużo częściej od dziewcząt korzystali z placówek sportowych znajdujących się na terenie Szczecina. Aż 54,5% z nich zadeklarowało, że korzystało z obiektów sportowych raz lub kilka razy w tygodniu (wobec 36,2% dziewcząt).

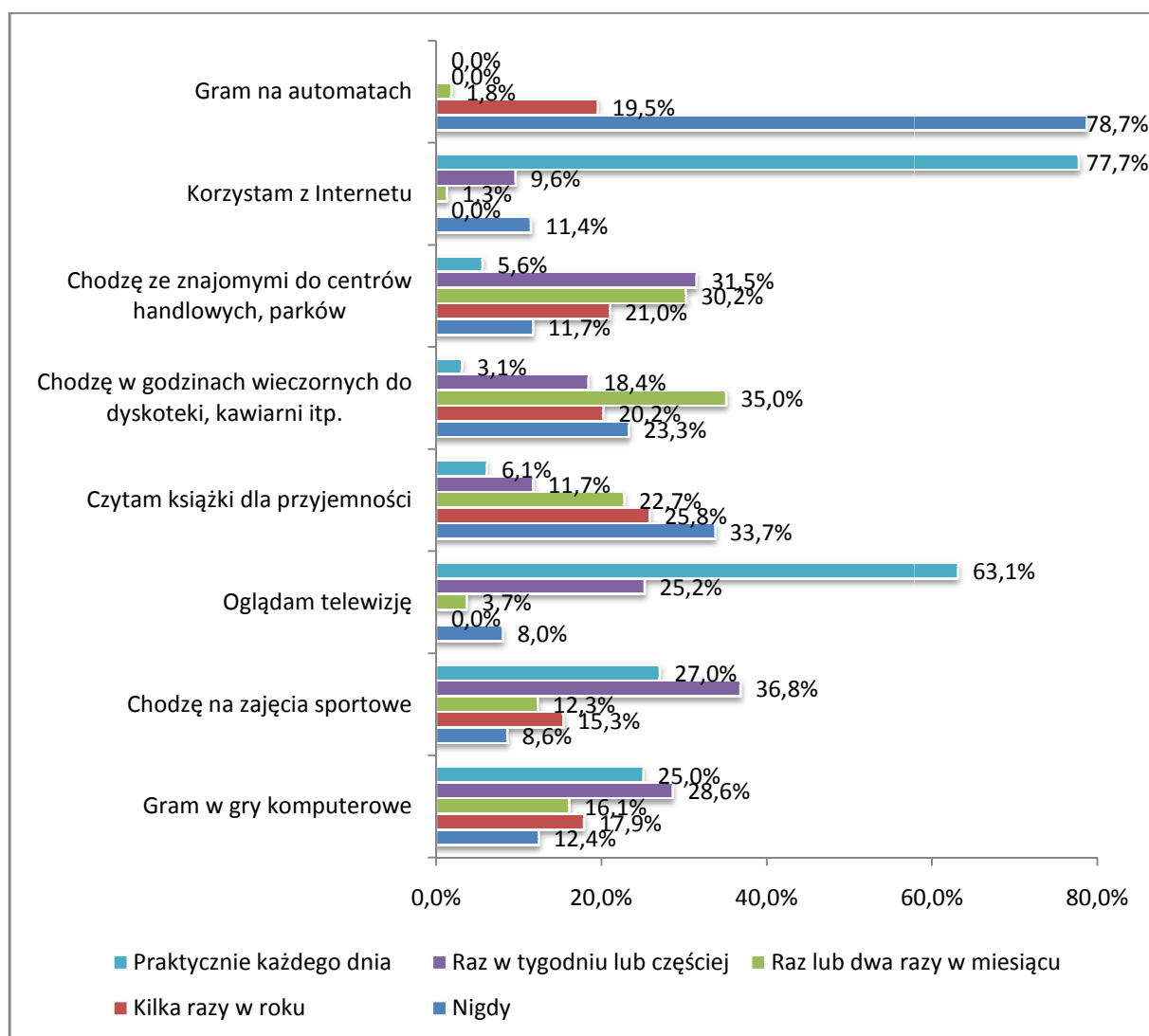
Wykres 5. Spędzanie czasu wolnego wśród młodzieży obu płci



Źródło: badania własne

Badanie unaocznilo jak duzo czasu badani spedzali ogladajac telewizje lub korzystajac z Internetu. Az 62,1% uczniow codziennie ogladalo telewizje, a 80,2% codziennie korzystalo z Internetu. Pozytywnie zaskakuje stosunkowo niski odsetek uczniow, ktorzy deklarowaliby spedzanie czasu poprzez czeste granie w gry komputerowe.

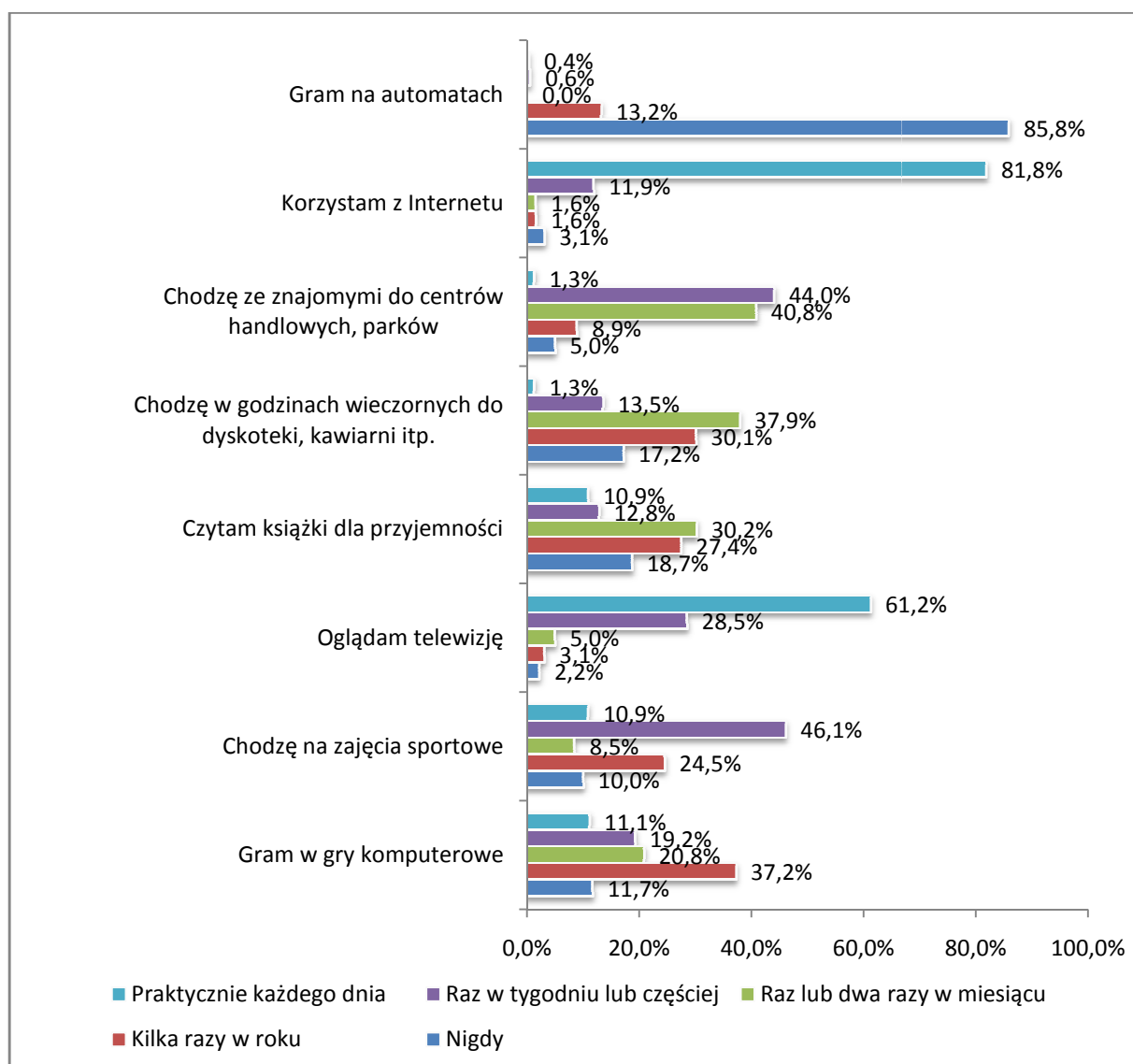
Wykres 6. Spędzanie czasu wolnego (odpowiedzi chłopców)



Źródło: badania własne

Chłopcy najczęściej spędzali czas wolny na oglądaniu telewizji, uczestnictwie w zajęciach sportowych oraz korzystaniu z Internetu. Najrzadziej – 78,7 % wskazywane było przez nich spędzanie wolnego czasu grając na automatach.

Wykres 7. Spędzanie czasu wolnego (odpowiedzi dziewcząt)

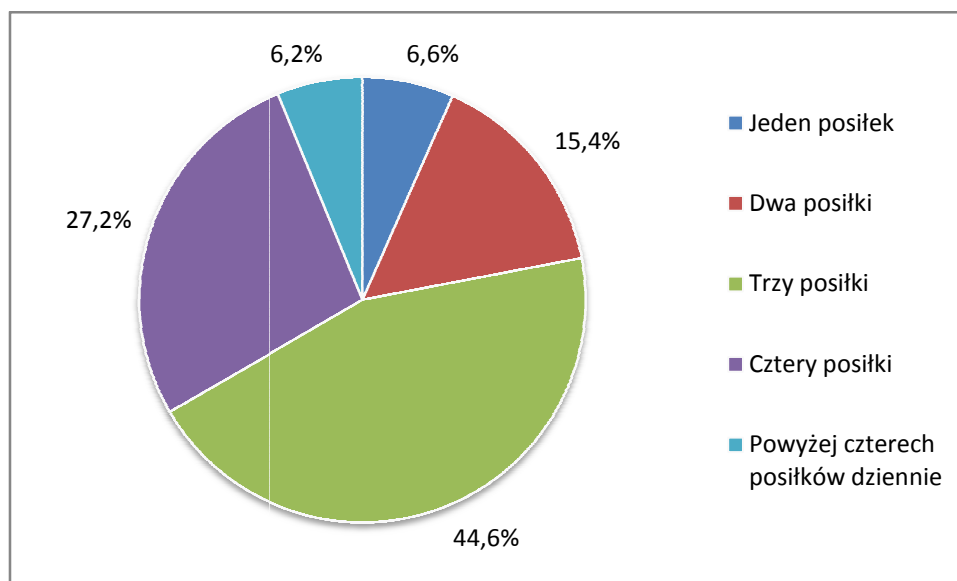


Źródło: badania własne

Podobnie jak chłopcy, także dziewczęta dużo czasu poświęcały na korzystanie z Internetu oraz oglądanie telewizji. Jednak częściej niż chłopcy deklarowały, że czytają książki (również rzadziej zgłaszały, że nie czytają w ogóle). Dziewczęta także, zdecydowanie częściej (44 %) od chłopców (31,5 %) deklarowały spędzanie wolnego czasu w galeriach handlowych.

1.2 Odżywianie

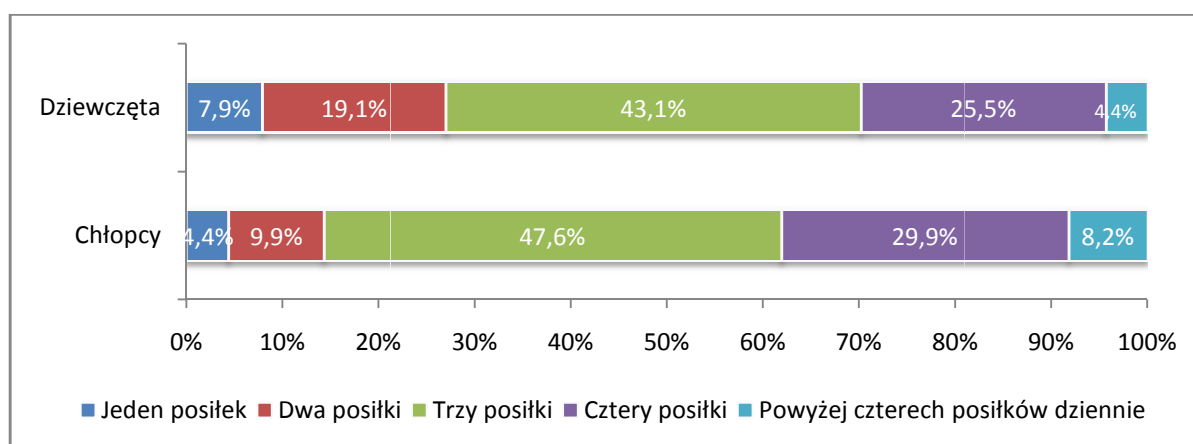
Wykres 8. Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia



Źródło: badania własne

Dla prawidłowego rozwoju i wzrostu dzieci i młodzieży niezbędne jest zdrowe oraz regularne odżywianie. Badana młodzież deklaruwała, że zjadała najczęściej 3 lub 4 główne posiłki dziennie. Na podkreślenie zasługuje jednakże fakt, że 15,4 % z badanej grupy spożywało tylko dwa posiłki a 6,6 % tylko jeden.

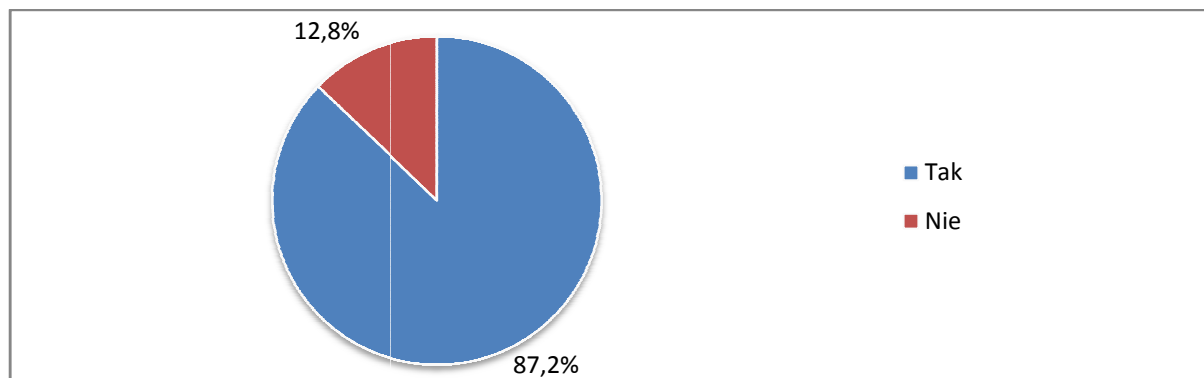
Wykres 9. Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia a płeć badanych



Źródło: badania własne

Zdecydowana większość badanych dzieci i młodzieży (ok. 45 %) spożywało 3 posiłki dziennie. Chłopcy nieco częściej niż dziewczęta deklarowali, że jedli trzy lub cztery posiłki dziennie. Dziewczęta z kolei częściej zgłaszały, że jadły tylko dwa posiłki dziennie.

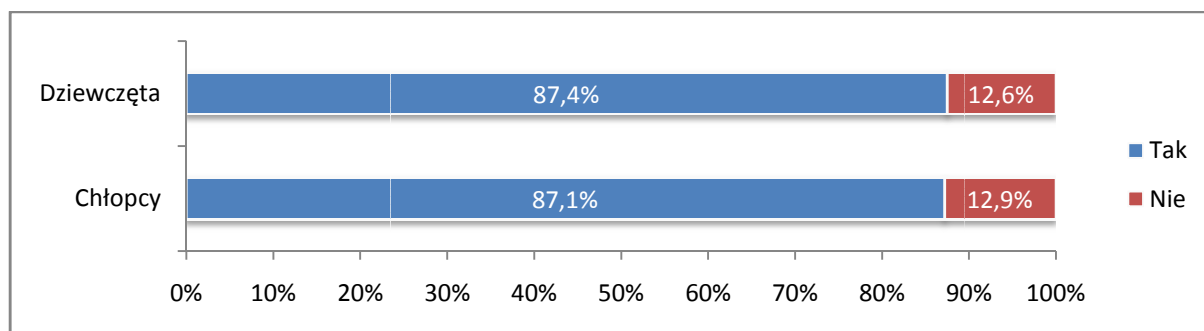
Wykres 10. Podjadanie między posiłkami



Źródło: badania własne

Aż 87,2% badanych uczniów przyznało się do tego, że podjada między głównymi posiłkami.

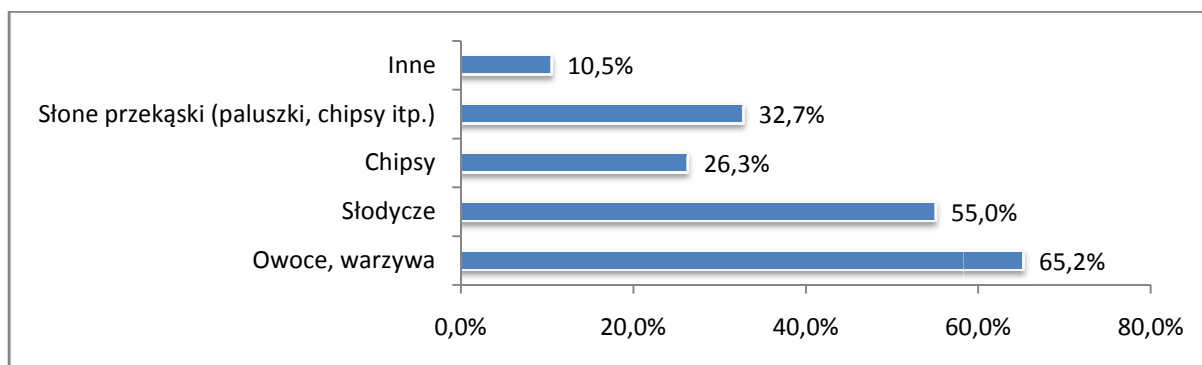
Wykres 11. Podjadanie między posiłkami a płeć badanych



Źródło: badania własne

Nie stwierdzono istotnych różnic między odpowiedziami chłopców i dziewcząt.

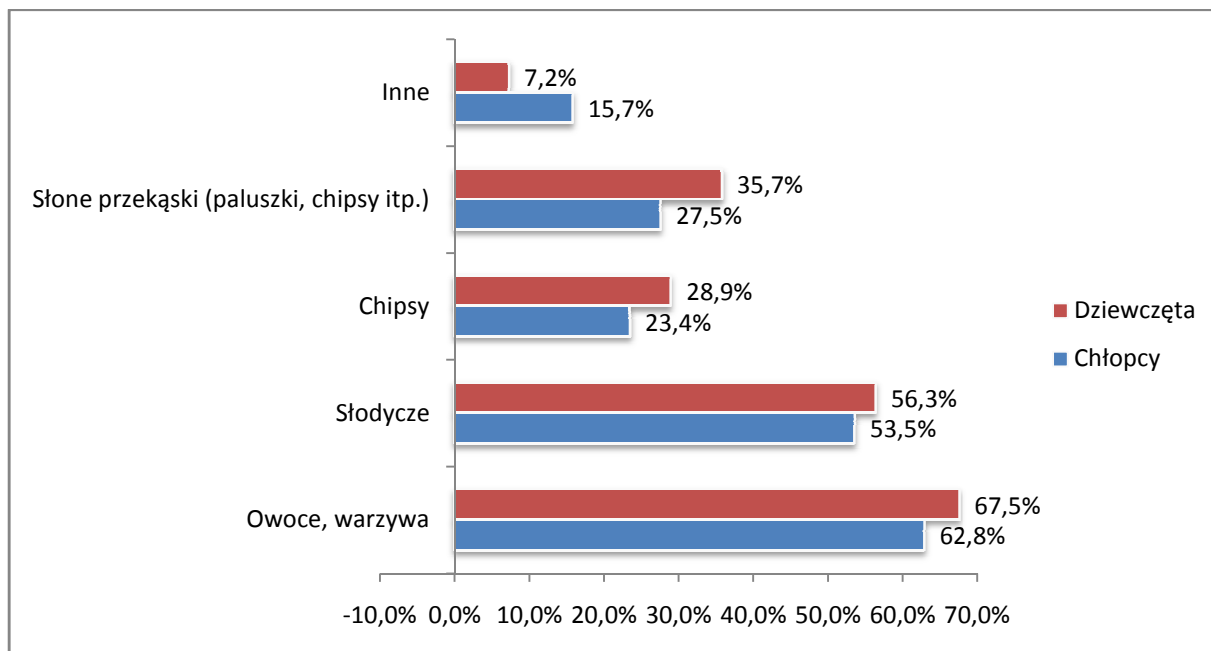
Wykres12. Rodzaje podjadanego jedzenia



Źródło: badania własne

Badani wskazywali, że podjadanymi produktami spożywczymi były głównie owoce i warzywa. Deklarację taką złożyło aż 65,2% badanych, którzy wcześniej wskazali, że podjadali między posiłkami. Z kolei 55% przyznało, że sięgało raczej po słodyczne. Innym, częstym artykułem spożywczym, które podjadali ankietowani były słone przekąski (32,7%) oraz chipsy (26,3%). Spora grupa przyznała się, że często sięga po fast-foody (kategoria inne). Młodzież nie różnicowała jednak żywności typu fast-food a innym jedzeniem, ale wskazywała je jako formę przekąski. Ten sposób postrzegania tego typu żywności przyczynia się do spożywania zbyt dużej ilości kalorii.

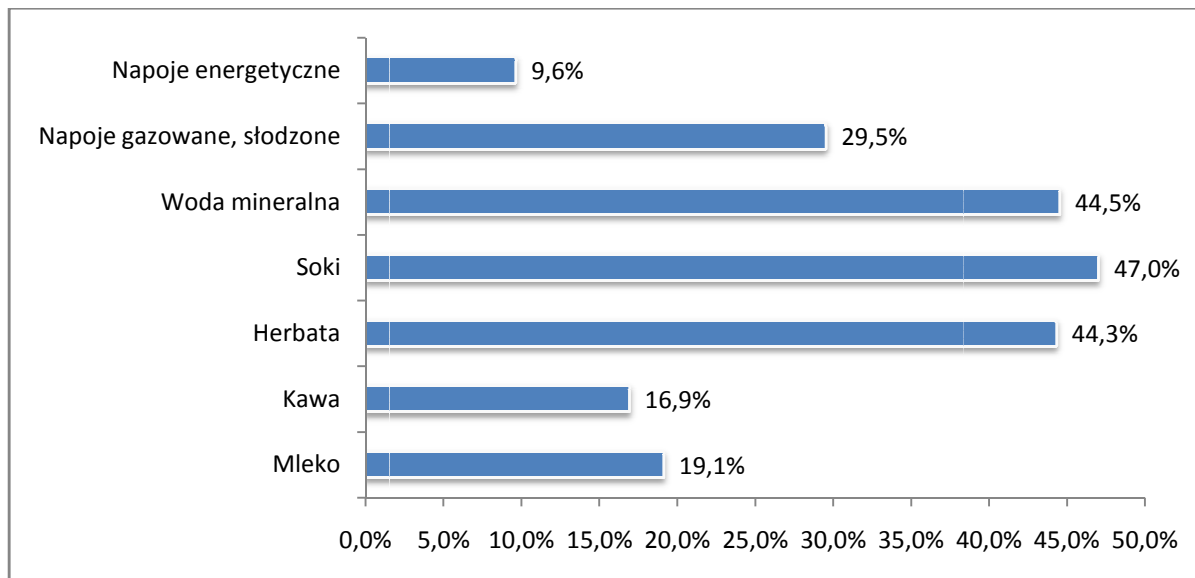
Wykres 13. Rodzaje podjadanego jedzenia a płeć badanych



Źródło: badania własne

Różnice w odpowiedziach były stosunkowo niewielkie, ale widoczne jest, że dziewczęta częściej sięgały po różnego rodzaju słone przekąski, chipsy ale także po owoce i warzywa.

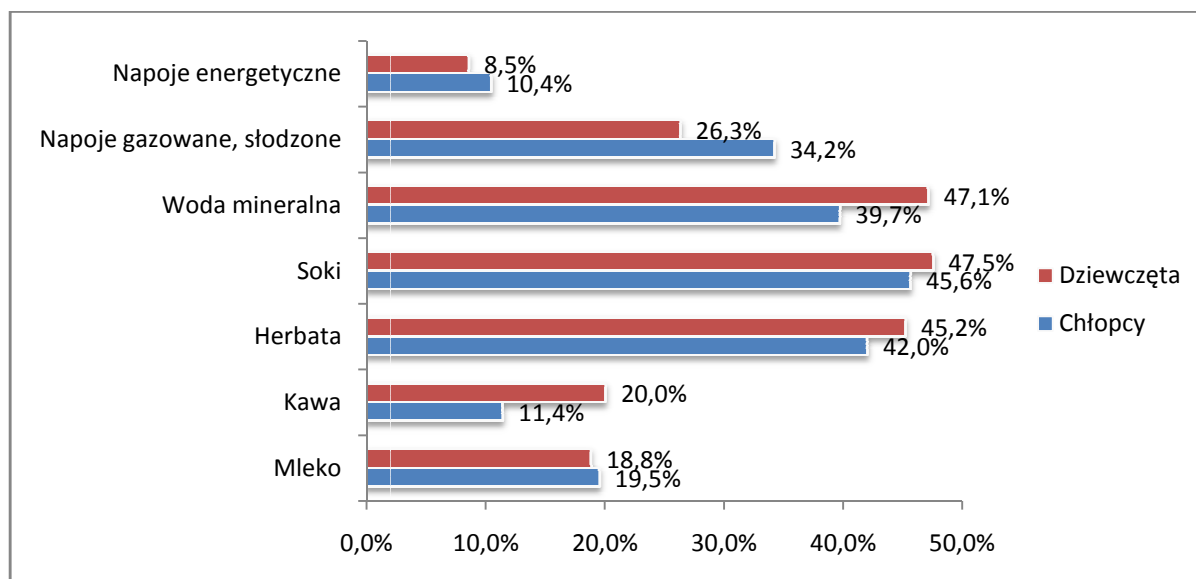
Wykres 14. Preferowane napoje



Źródło: badania własne

Najchętniej spożywanymi przez dzieci i młodzież napojami były soki (47%), woda mineralna (44,5%) oraz herbata (44,3%). Niestety uwypukliło się niepokojące zjawisko sięgania przez dzieci i młodzież po napoje gazowane, słodzone, kawę i napoje energetyczne, które nie są zalecane w diecie. Mleko natomiast spożywał co piąty uczeń, który brał udział w badaniu.

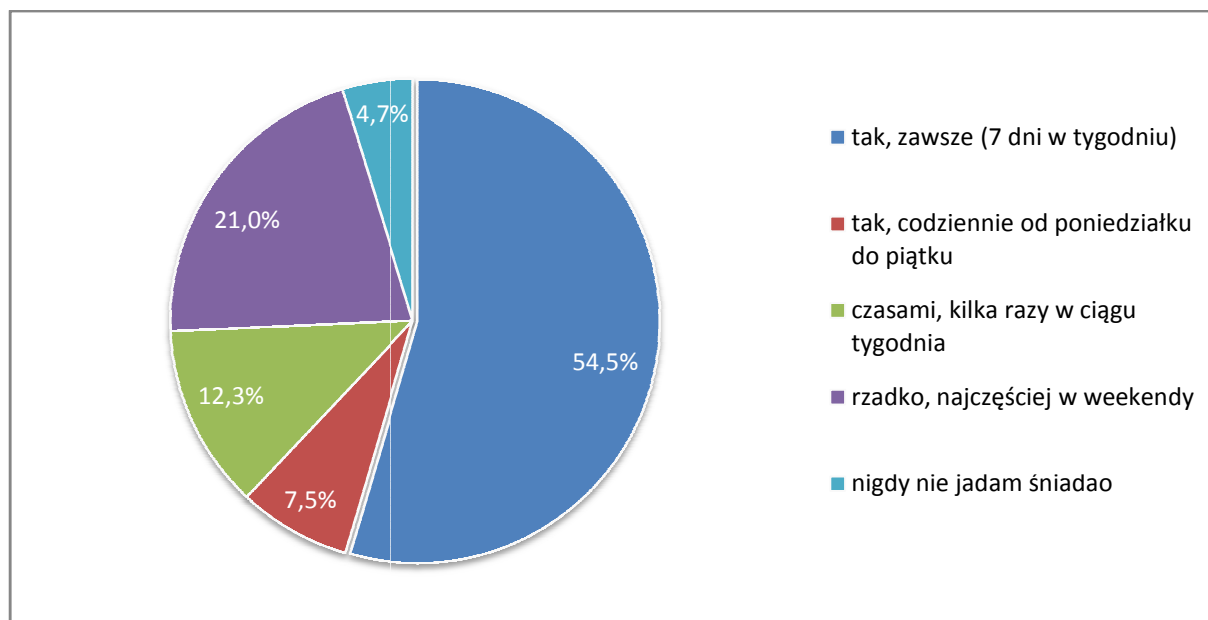
Wykres 15. Preferowane napoje a płeć badanych



Źródło: badania własne

Generalnie, zarówno wśród chłopców jak i dziewczynek nie stwierdzono zbyt wielkich różnic co do wyboru napojów. Dziewczęta nieco częściej wybierały kawę oraz wodę mineralną, natomiast chłopcy bardziej preferowali słodzone napoje gazowane i energetyczne. Odpowiedzi dotyczące spożywania mleka były podobne w obu grupach.

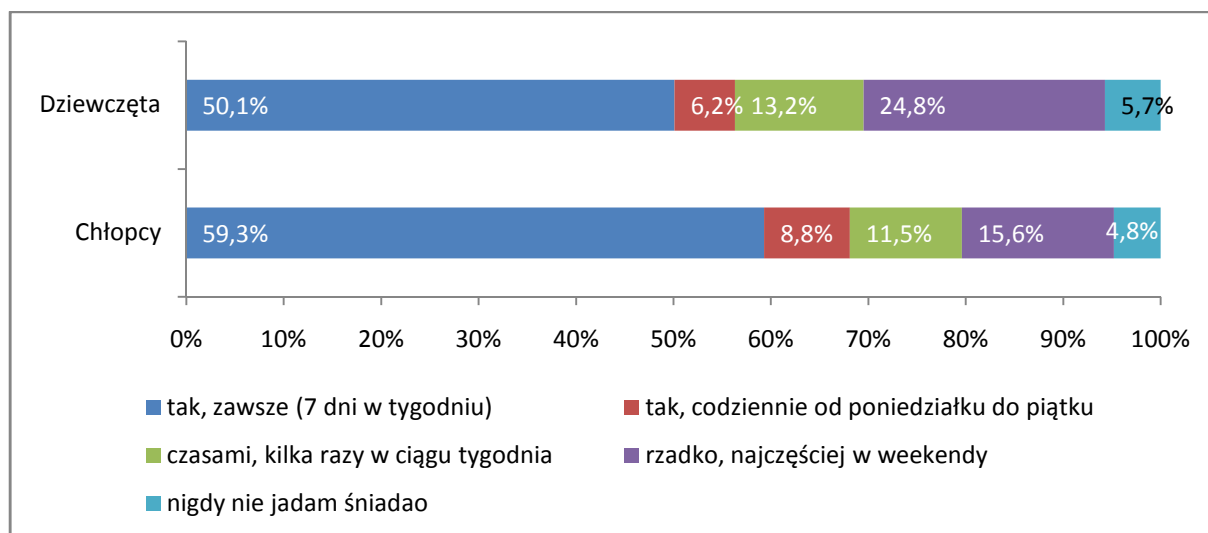
Wykres 16. Spożywanie śniadań



Źródło: badania własne

Niezwykle ważne w prawidłowym żywieniu jest zjadanie śniadania jako pierwszego posiłku. Tylko połowa dzieci i młodzieży tj. 54,5% zjadało je codziennie. Co czwarte dziecko przyznało, że nie zjadało śniadania nigdy albo tylko w weekendy.

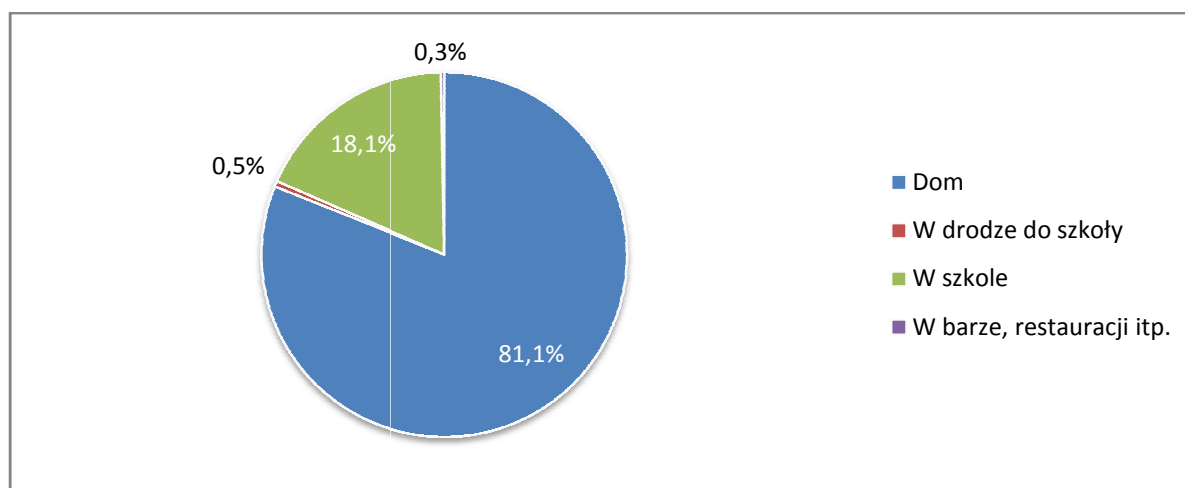
Wykres 17. Spożywanie śniadań a płeć badanych



Źródło: badania własne

Jak wynika z powyższego wykresu – chłopcy częściej niż dziewczynki deklarowały codzienne spożywanie śniadań. Dziewczęta z kolei znacznie częściej niż chłopcy zjadały śniadania tylko w weekendy.

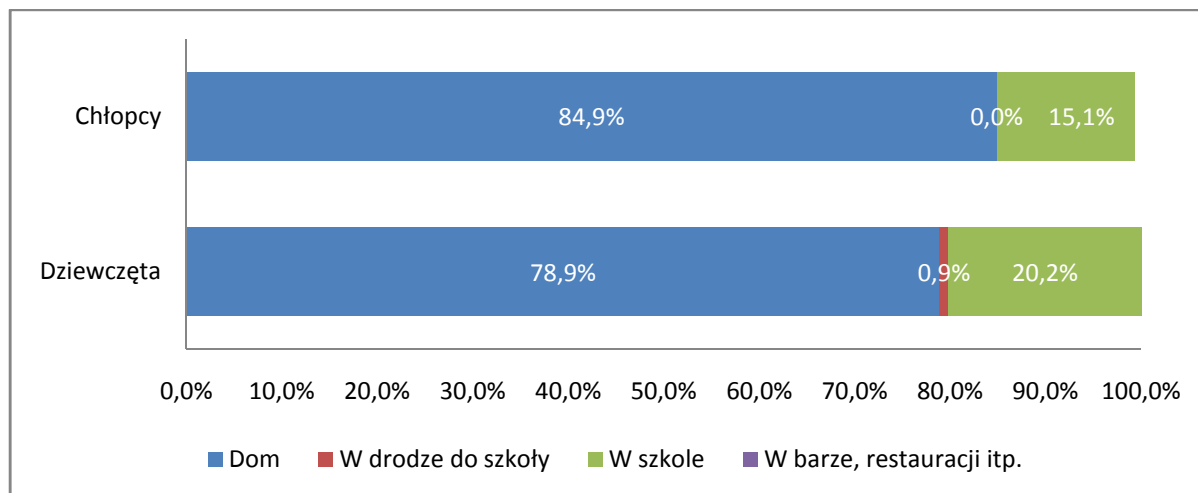
Wykres 18. Miejsce spożywania śniadania



Źródło: badania własne

Zdecydowanie najczęstszym miejscem spożywania śniadania był dom (81,1%). Drugim pod względem popularności miejscem, gdzie dzieci i młodzież zjada śniadanie była szkoła.

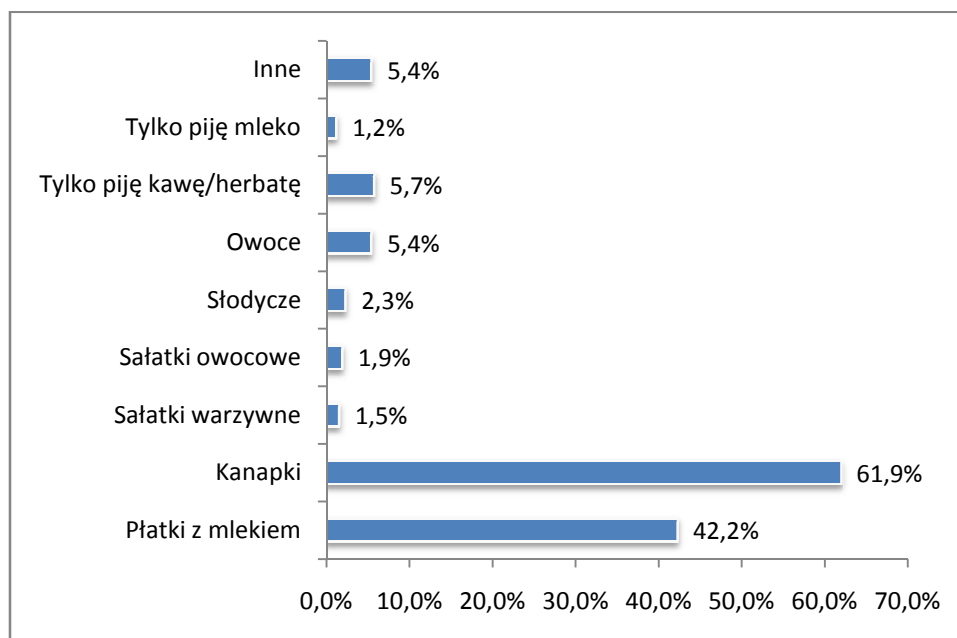
Wykres 19. Miejsce spożywania śniadania a płeć badanych



Źródło: badania własne

Chłopcy nieco częściej niż dziewczęta deklarowali, że spożywali śniadania w domu, była to różnica sześciu punktów procentowych.

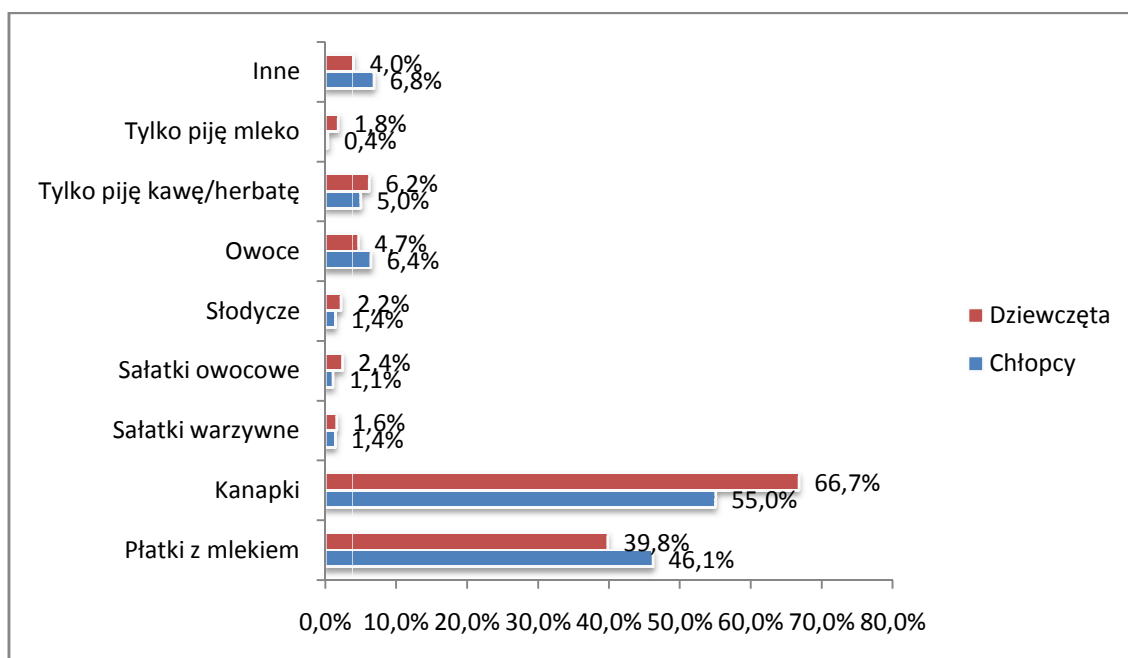
Wykres 20. Składniki śniadania



Źródło: badania własne

Głównym składnikiem śniadania były kanapki (61,9%) oraz płatki z mlekiem (42,2%). Pozostałe produkty wskazywane były rzadko.

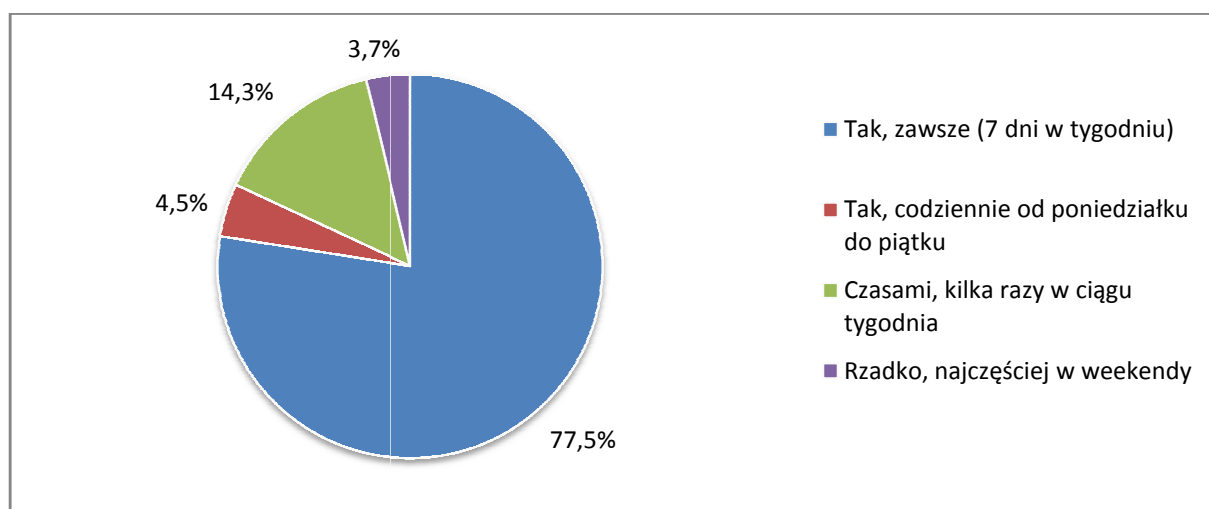
Wykres 21. Składniki śniadania a płeć badanych



Źródło: badania własne

Generalnie widoczne było również to, że dziewczęta częściej niż chłopcy jadły kanapki, natomiast chłopcy z kolei częściej preferowali płatki z mlekiem.

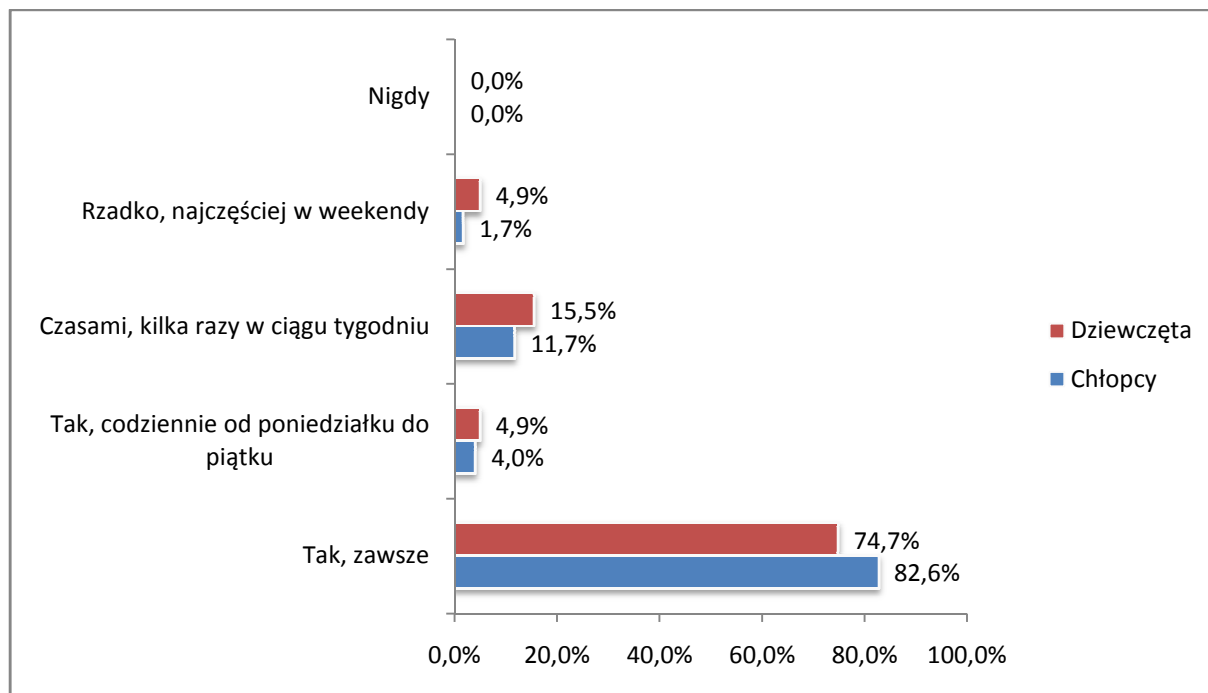
Wykres 22. Spożywanie ciepłych posiłków



Źródło: badania własne

Większość badanych uczniów spożywała codziennie ciepły posiłek (77,5%). 14,3% spożywało go kilka razy w tygodniu, natomiast 3,7% rzadko, najczęściej w weekendy. Co piąty badany spożywał ciepły posiłek czasami lub rzadko.

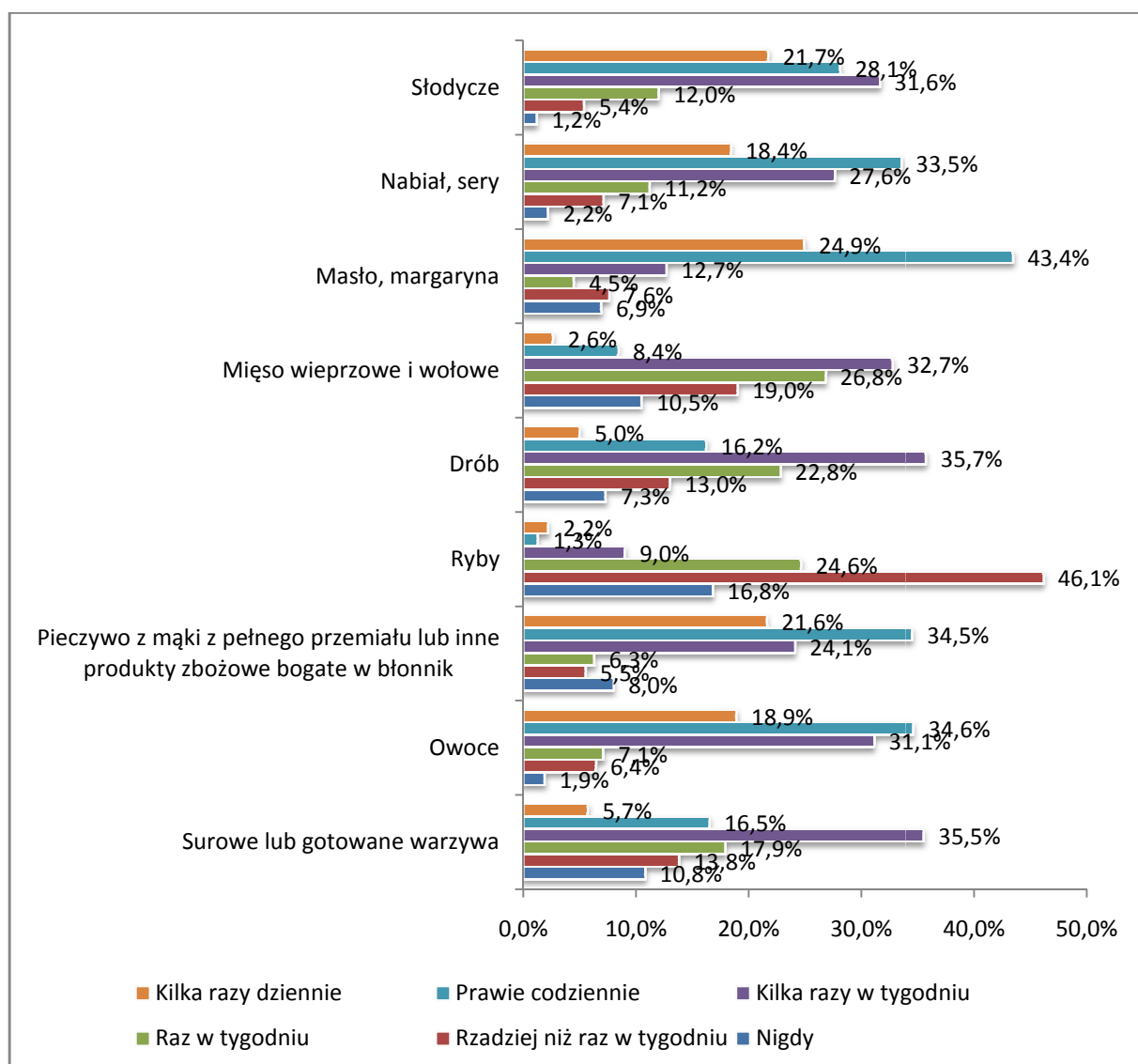
Wykres 23. Spożywanie ciepłego posiłku a płeć badanych



Źródło: badania własne

Chłopcy częściej niż dziewczęta deklarowali, że spożywali gorące posiłki codziennie. Z kolei dziewczęta częściej niż chłopcy spożywały ciepłe posiłki tylko kilka razy w tygodniu.

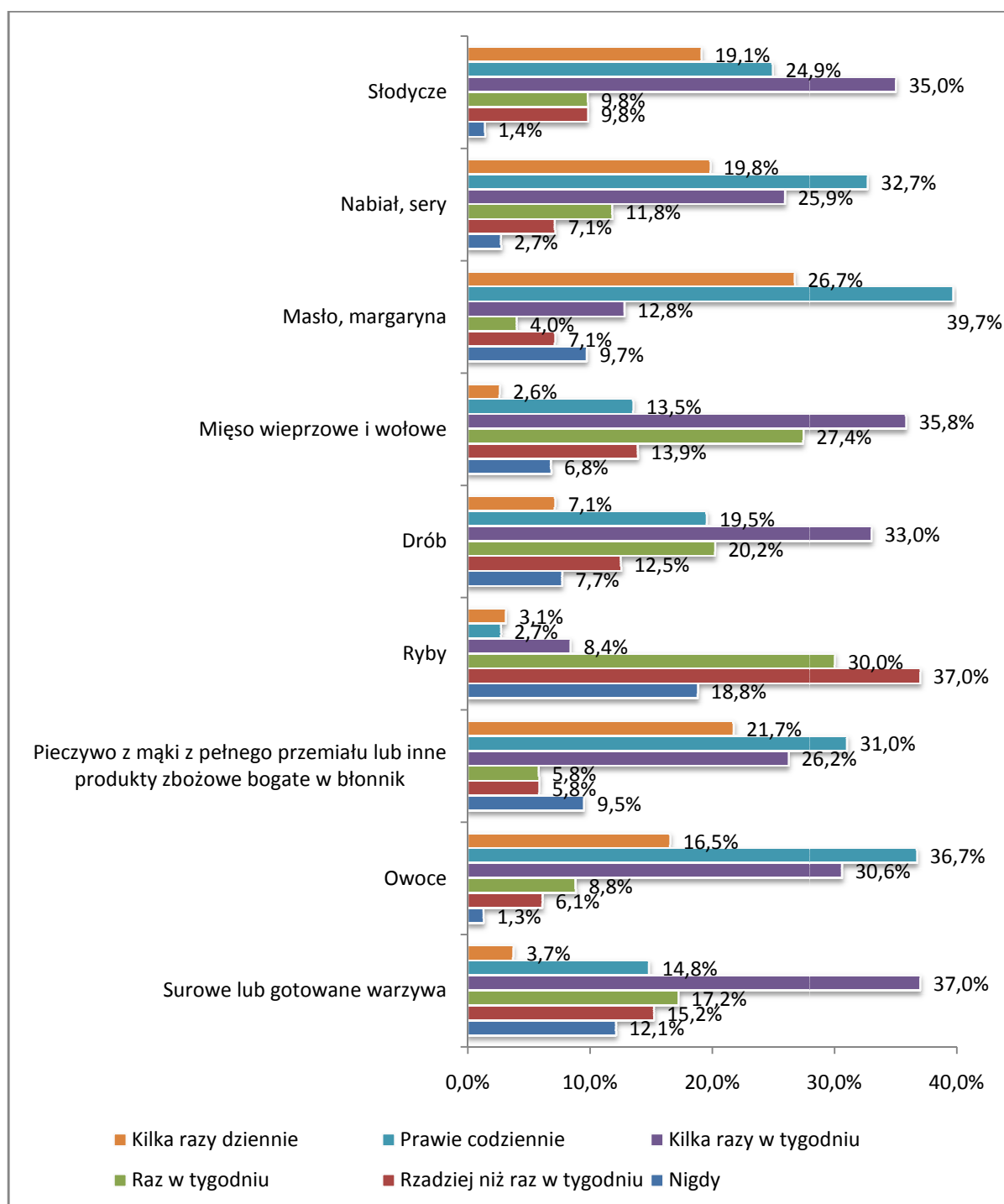
Wykres 24. Częstotliwość spożywanego produktów



Źródło: badania własne

Badani wskazali na dużą częstotliwość spożycia tłuszczu i węglowodanów wskazując na spożywanie masła, margaryny, pieczywa i słodyczy. Owoce oraz nabiał spożywany był w granicach 18% populacji. Mały odsetek wśród badanych zadeklarował jedzenie ryb i warzyw.

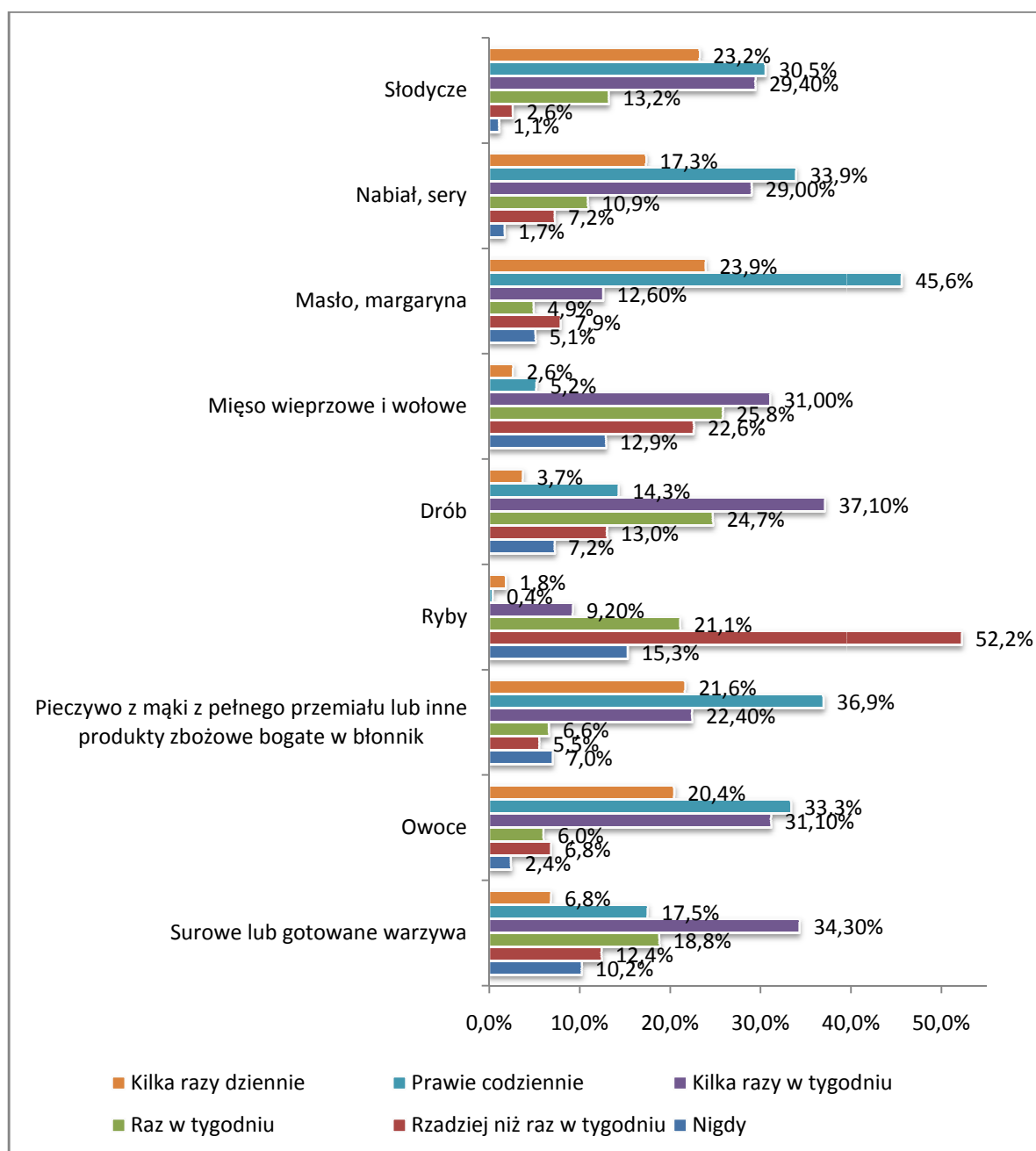
Wykres 25. Częstotliwość spożywania produktów (odpowiedzi chłopców)



Źródło: badania własne

Chłopcy rzadziej niż dziewczęta sięgali po słodycze, natomiast częściej z kolei jedli mięso wieprzowe i wołowe oraz pieczywo, choć nie były to różnice istotne statystycznie.

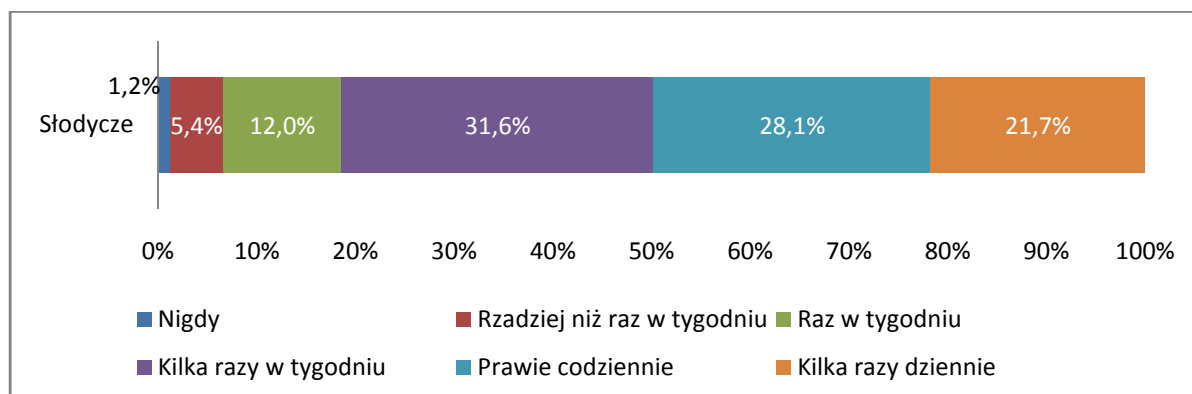
Wykres 26. Częstotliwość spożywania produktów (odpowiedzi dziewcząt)



Źródło: badania własne

Porównanie nawyków żywieniowych nie wykazało zbyt wielkich różnic między obu płciami. Dieta chłopców i dziewcząt była bardzo zbliżona.

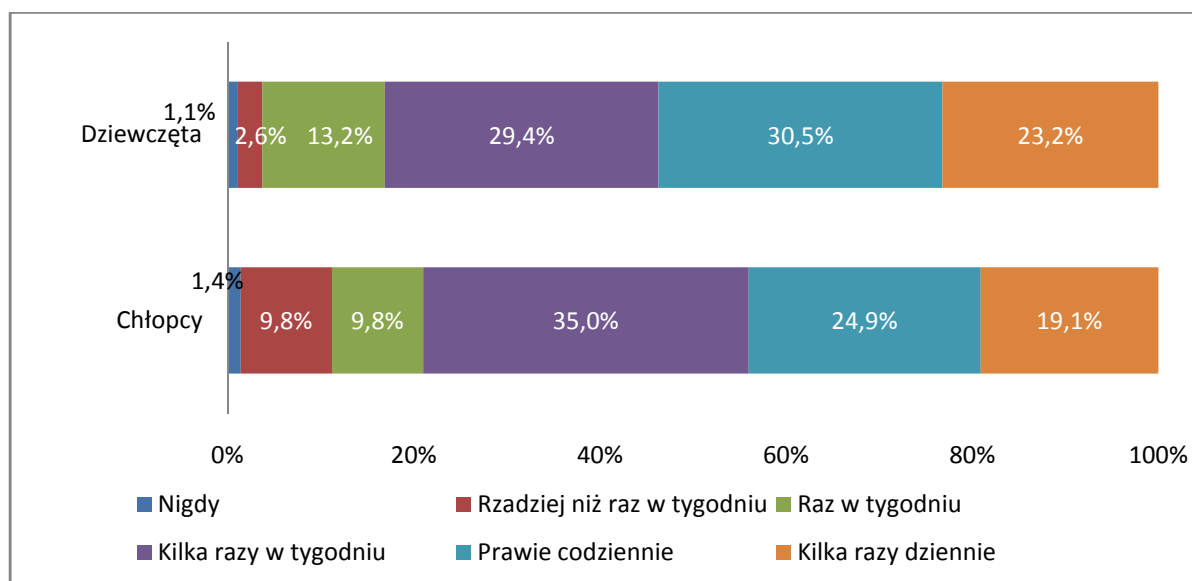
Wykres 27. Częstotliwość zjadania słodczy



Źródło: badania własne

Częstotliwość spożywania słodczy wśród badanej młodzieży była dość wysoka, aż 28,1% badanych deklaroowało zjadanie słodczy przynajmniej raz dziennie, a 31,6% ankietowanych czyniło to kilka razy w tygodniu.

Wykres 28. Częstotliwość zjadania słodczy a płeć badanych

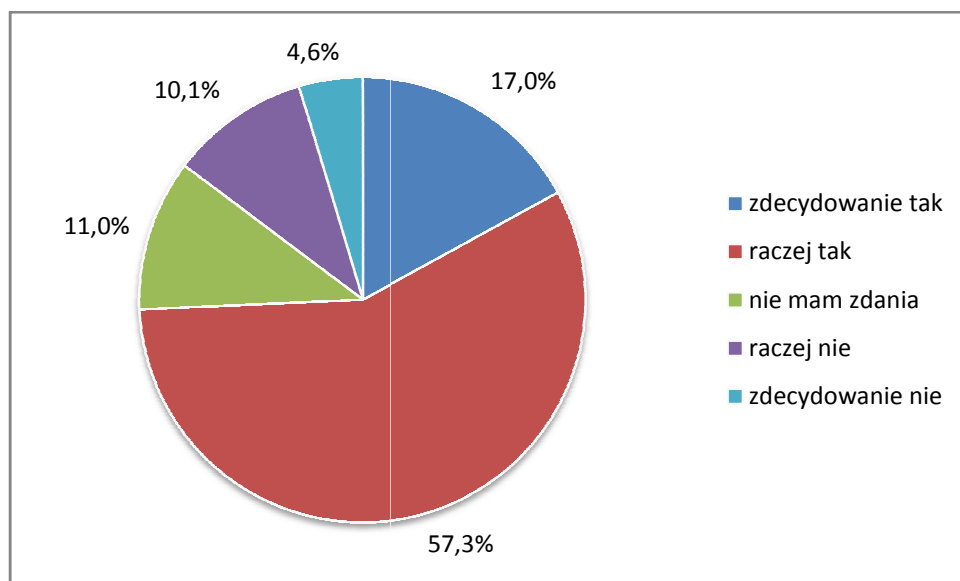


Źródło: badania własne

Chłopcy sięgali po słodczy nieco rzadziej niż dziewczęta, jednakże także oni konsumowali je zdecydowanie za często.

1.3 Samoocena poziomu stresu

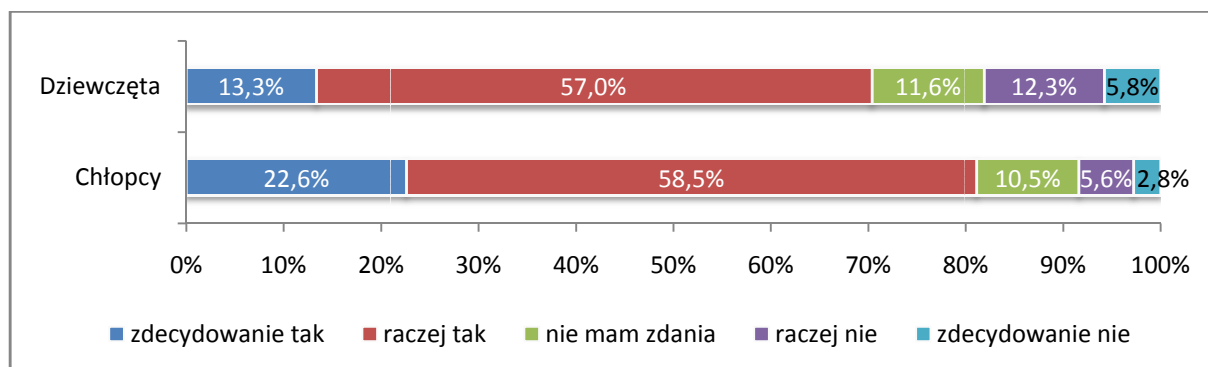
Wykres 29. Radzenie sobie ze stresem



Źródło: badania własne

74,3% badanych stwierdziło, że radziło sobie ze stresem. 14,7% ankietowanych natomiast - deklarowało, że miało problemy w sytuacjach stresujących – odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie”.

Wykres 30. Radzenie sobie ze stresem a płeć badanych

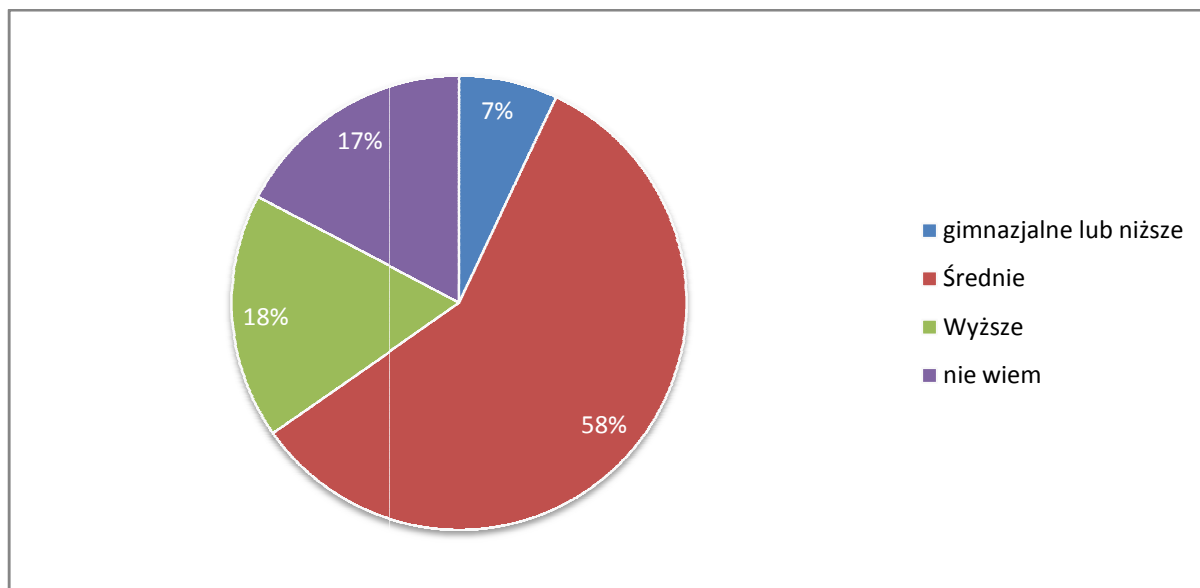


Źródło: badania własne

To chłopcy częściej niż dziewczęta deklarowali, że radzili sobie ze stresem. Łącznie 70,3% dziewcząt potrafiło radzić sobie ze stresem, natomiast w przypadku chłopców ten odsetek wynosił 81,1%.

1.4 Życie osobiste

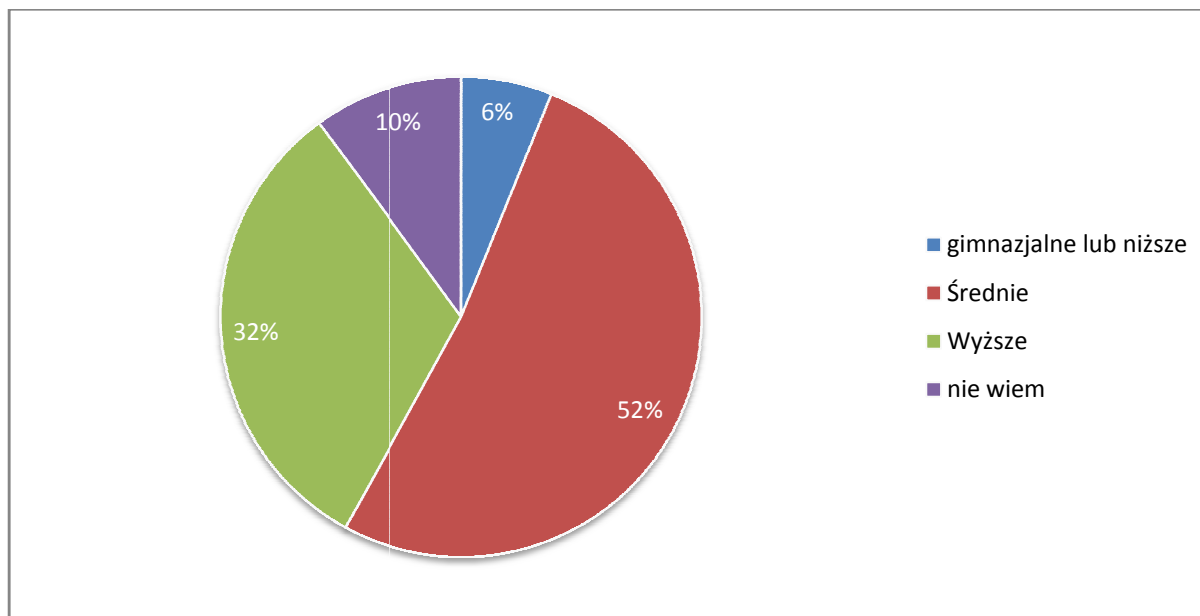
Wykres 31. Poziom wykształcenia ojca/ojczyma



Źródło: badania własne

58% badanych przyznało, że ich ojciec/ojczym posiadał wykształcenie średnie. 18% zadeklarowało wykształcenie wyższe, a aż 17% nie wiedziało, jakie wykształcenie posiadał ich ojciec.

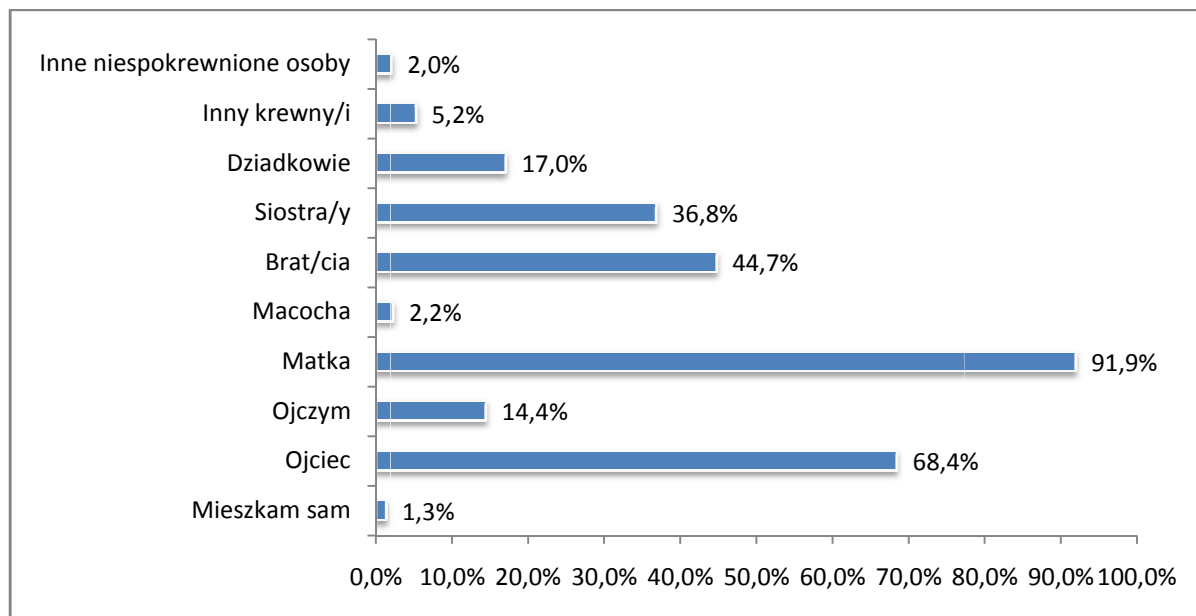
Wykres 32. Poziom wykształcenia matki/macochy



Źródło: badania własne

52% badanych przyznało, że ich matki/macochy miały najczęściej wykształcenie średnie. 32% matek - według badanych - posiadało wykształcenie wyższe. 10% badanych uczniów nie wiedziało jaki wykształcenie miała ich matka (macocha).

Wykres 33. Osoby mieszkające z respondentami

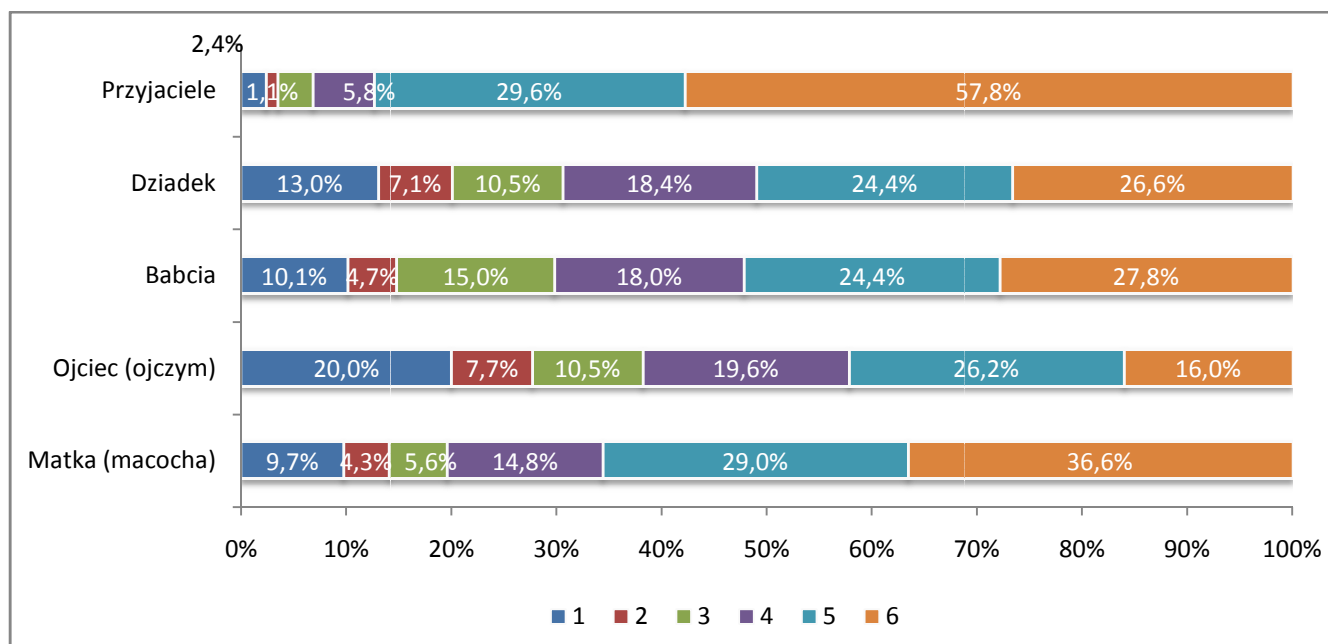


Źródło: badania własne

Badani uczniowie najczęściej zamieszkiwali ze swoimi matkami (91,9%). Co ciekawe, odsetek osób, które zadeklarowały, że mieszkali ze swoim ojcem wynosi 68,4%, a z ojczymem 14,4%. Sporo osób mieszkało ze swoim rodzeństwem (bracia 44,7%, siostry 36,8%). Niewielki odsetek dzieci i młodzieży – 1,3 % - wskazało odpowiedź „mieszkam sam” co jest dość wątpliwe z uwagi na to, że była to grupa niepełnoletnia.

1.5 Otoczenie społeczne

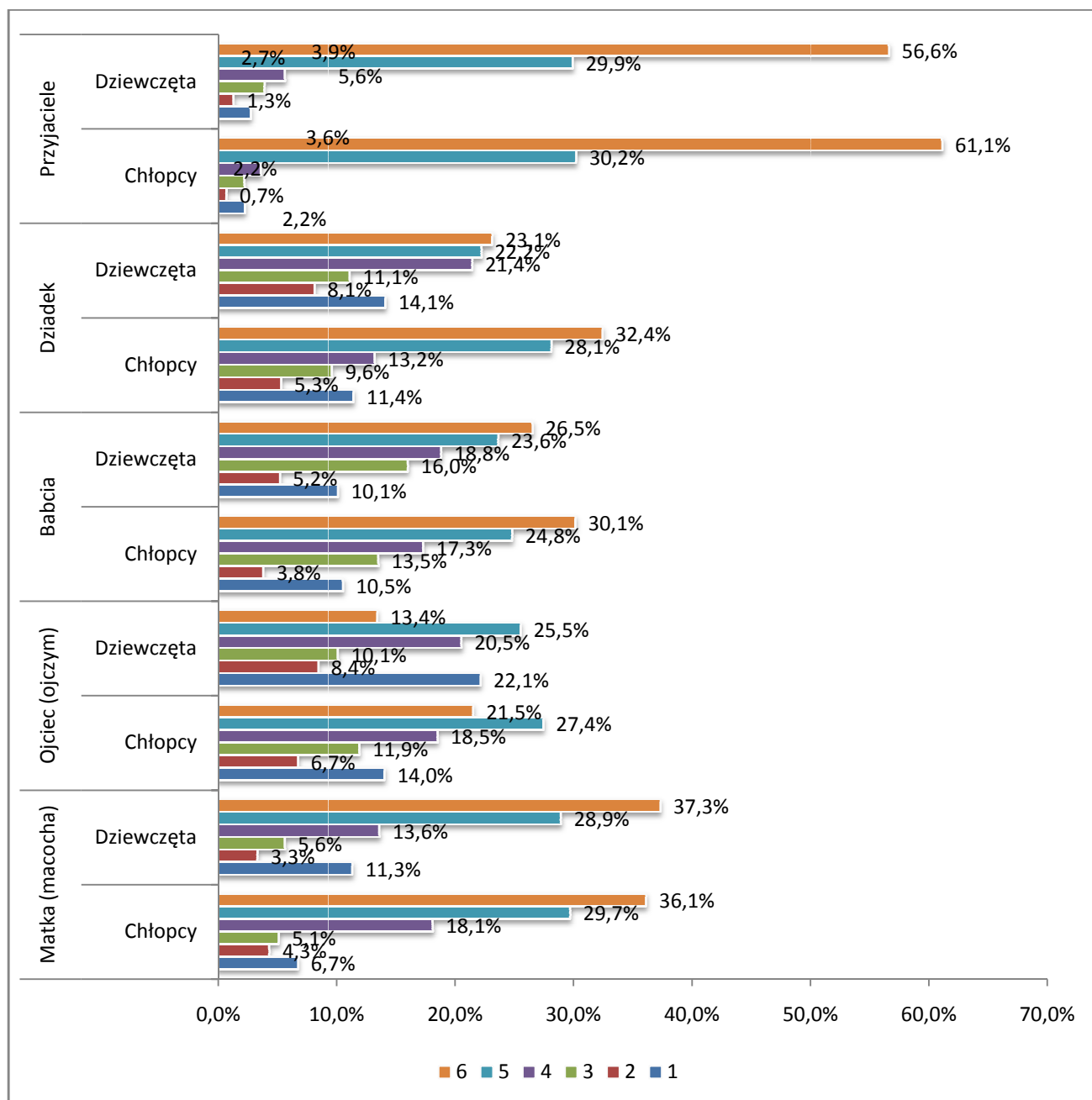
Wykres 34. Ocena relacji rodzinnych w skali 1-6



Źródło: badania własne

Badani bardzo dobrze ocenili swoje relacje z przyjaciółmi oraz matkami. Także ich relacje z dziadkami i babciami były na dość wysokim poziomie. Najślabiej w tym zestawieniu (co nie oznacza jako złe) wyglądały relacje z ojcami. Nie powinno to jednak dziwić, jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że z ojcami mieszka około 7 na 10 badanych. Oznacza to, że są to prawdopodobnie rodziny niepełne (rozwoły, praca poza miejscem zamieszkania), co ma niebagatelny wpływ na więzi z ojcem.

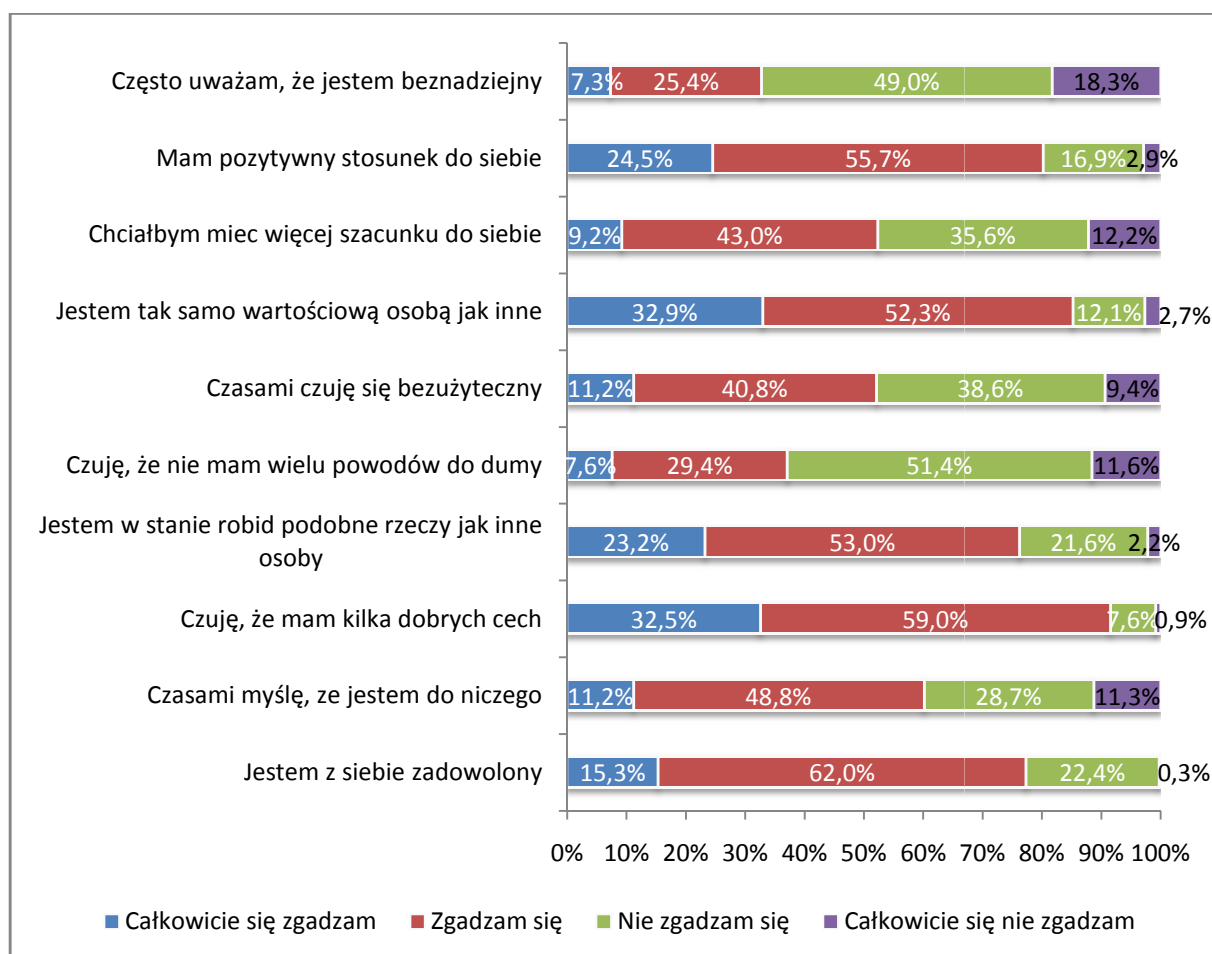
Wykres 35. Ocena relacji a płeć badanych



Źródło: badania własne

Najlepsze relacje miała badana młodzież z przyjaciółmi, następnie matkami. Chłopcy lepiej niż dziewczęta ocenili swoje relacje z dziadkami oraz z ojcami. W pozostałych przypadkach oceny relacji z poszczególnymi osobami były do siebie zbliżone.

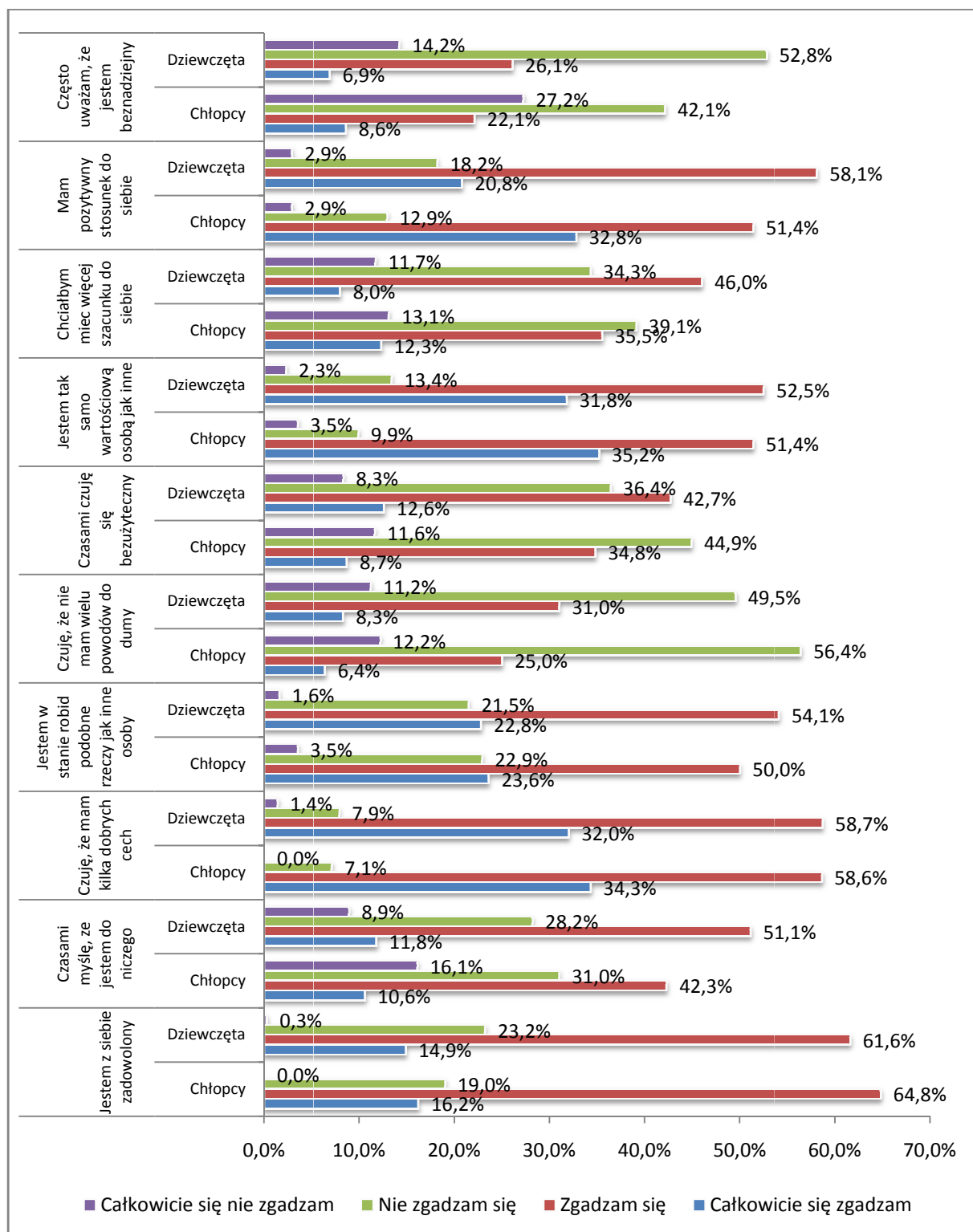
Wykres 36. Stosunek do własnej osoby



Źródło: badania własne

Większość badanych miało pozytywny stosunek do własnej osoby. Ankietowani uważali, że byli takimi samymi wartościowymi osobami jak inne, czuli też, że mają kilka dobrych cech oraz byli z siebie zadowoleni. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że prawie połowa badanych czuła się bezużytecznie, 27% wskazało, że nie ma powodów do dumy, a aż 59%, że są „do niczego”

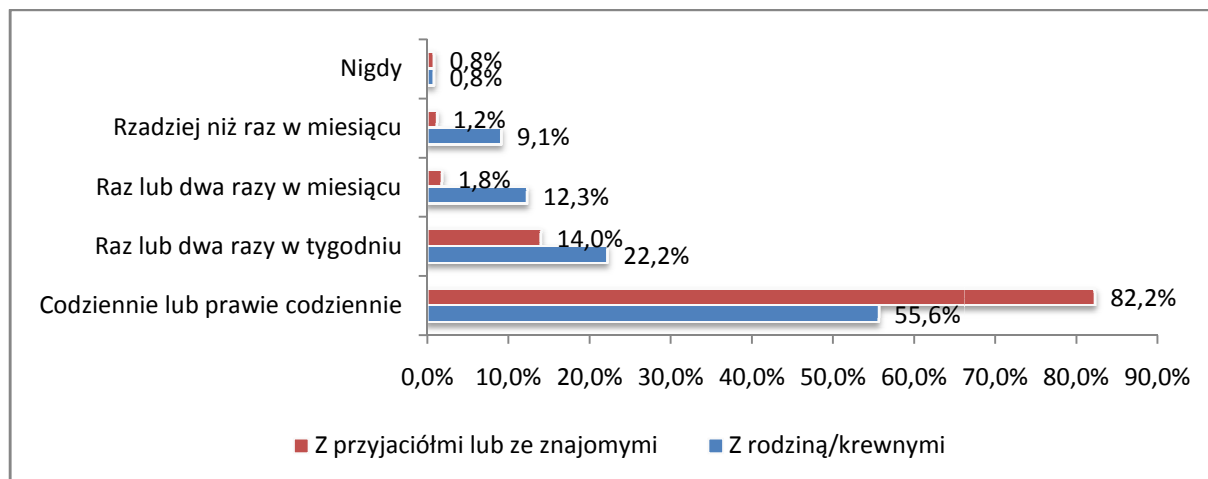
Wykres 37. Stosunek do własnej osoby a płeć badanych



Źródło: badania własne

Więcej chłopców deklarowało, że miało pozytywny stosunek do siebie, z kolei dziewczęta częściej uważały, że chciałyby mieć więcej szacunku do siebie. W większości kategorii przedstawiciele obu płci odpowiadali w zbliżony sposób.

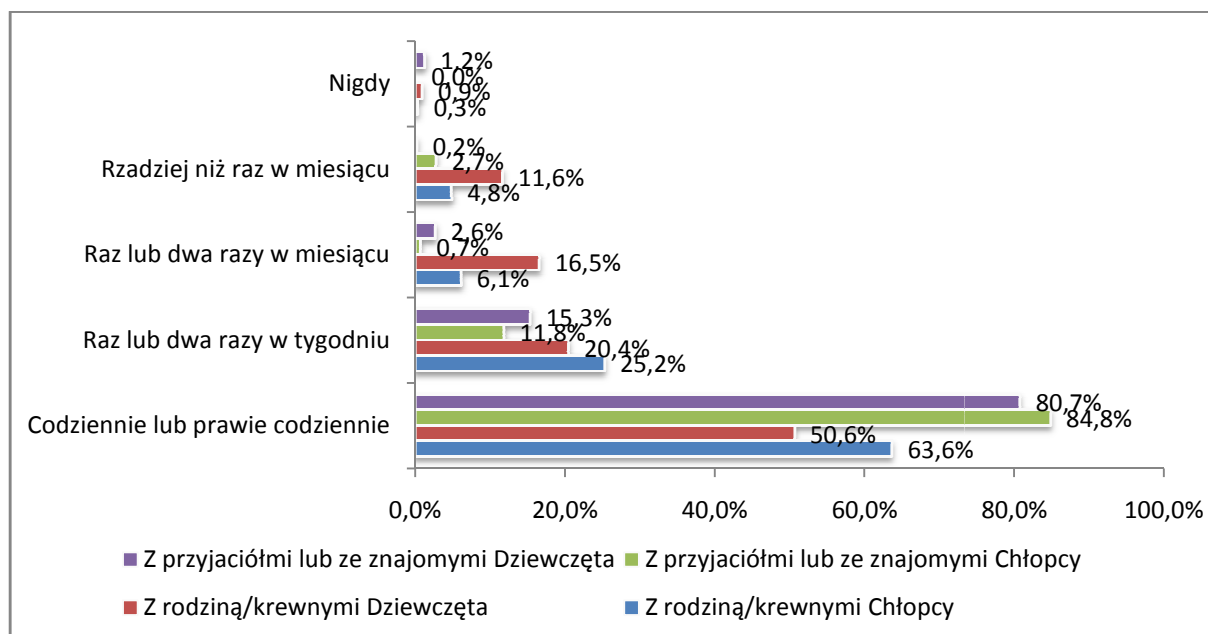
Wykres 38. Częstotliwość spotkań z rodziną i znajomymi



Źródło: badania własne

Większość badanych (82,2%) wskazywała, że częściej widywała się ze swoimi znajomymi i przyjaciółmi niż z rodziną lub krewnymi (55,6%).

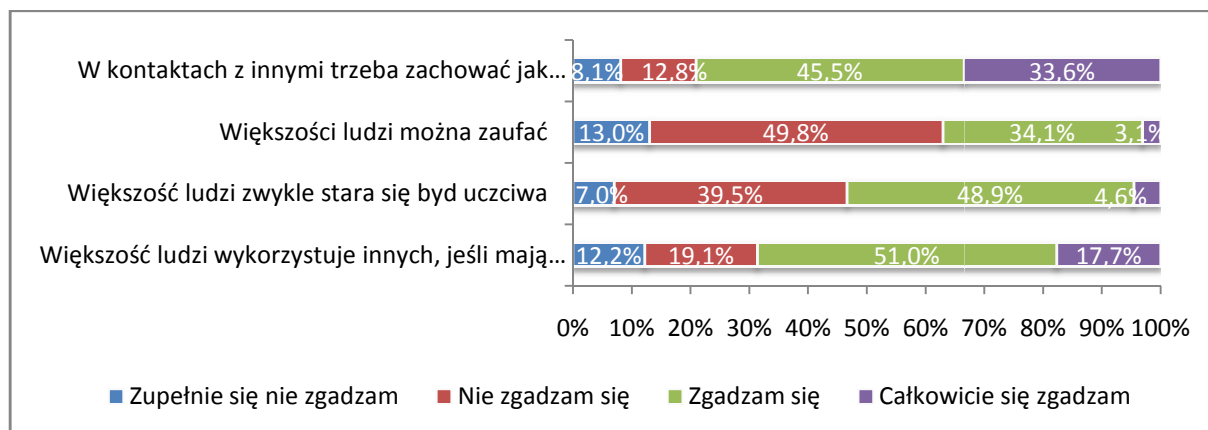
Wykres 39. Częstotliwość spotkań z rodziną i znajomymi a płeć badanych



Źródło: badania własne

Co ciekawe, to chłopcy częściej wskazywali na spotkanie się z rodziną. Natomiast spotkania z przyjaciółmi i znajomymi były na podobnym poziomie u obu płci.

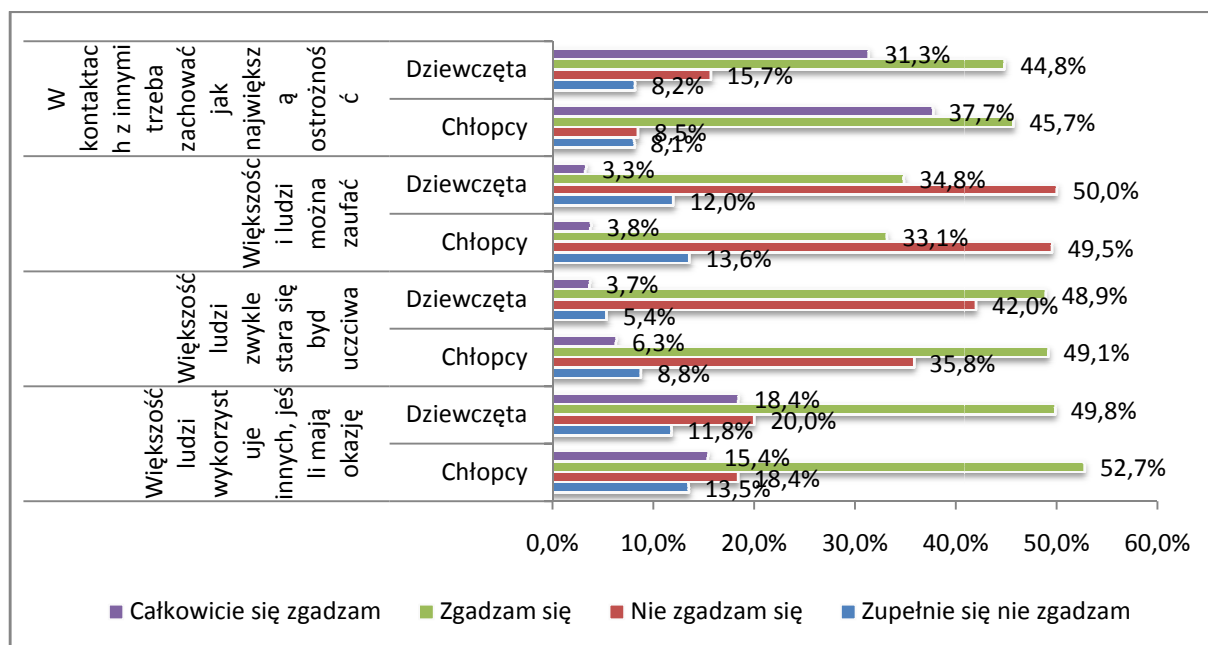
Wykres 40. Poziom zaufania społecznego



Źródło: badania własne

Ponad 75 % badanych stwierdziło, że trzeba być ostrożnym w kontaktach z innymi osobami, a także że większość ludzi wykorzystuje innych, jeśli ma tylko okazję. Oznacza to, że poziom zaufania społecznego wśród dzieci i młodzieży szczecińskich szkół nie jest zbyt wysoki.

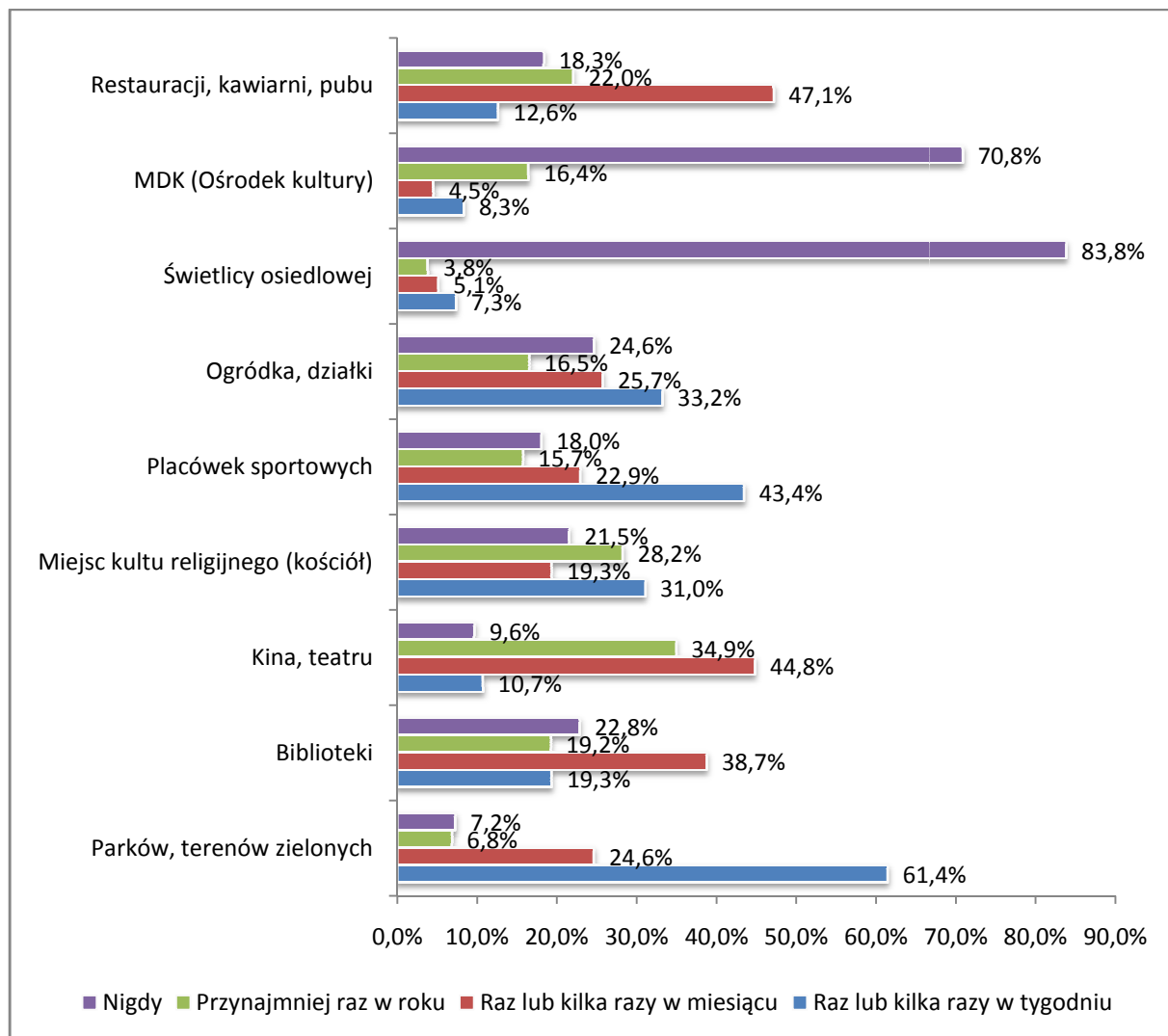
Wykres 41. Poziom zaufania społecznego a płeć badanych



Źródło: badania własne

Opinie chłopców i dziewcząt na temat zaufania w kontaktach z innymi ludźmi były do siebie zbliżone. Obie grupy miały podobny stosunek do ludzi, choć to chłopcy byli bardziej nieufni i ostrożni w kontaktach z innymi osobami.

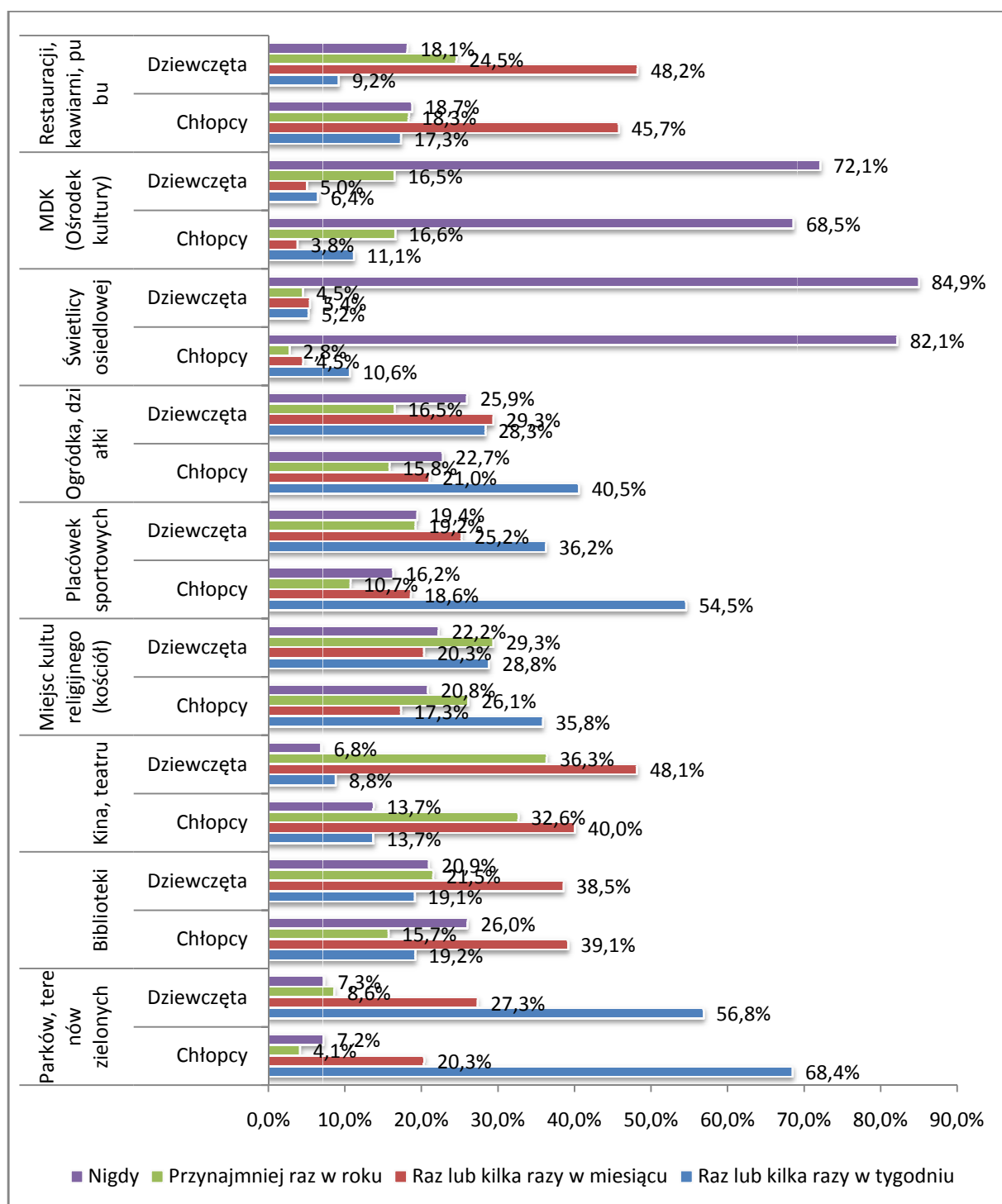
Wykres 42. Korzystanie z infrastruktury społecznej



Źródło: badania własne

Badana młodzież najchętniej korzystała z parków i terenów zielonych oraz placówek sportowych. Najrzadziej badani korzystali ze świetlic osiedlowych oraz miejskich domów kultury (MDK).

Wykres 43. Korzystanie z infrastruktury społecznej a płeć badanych



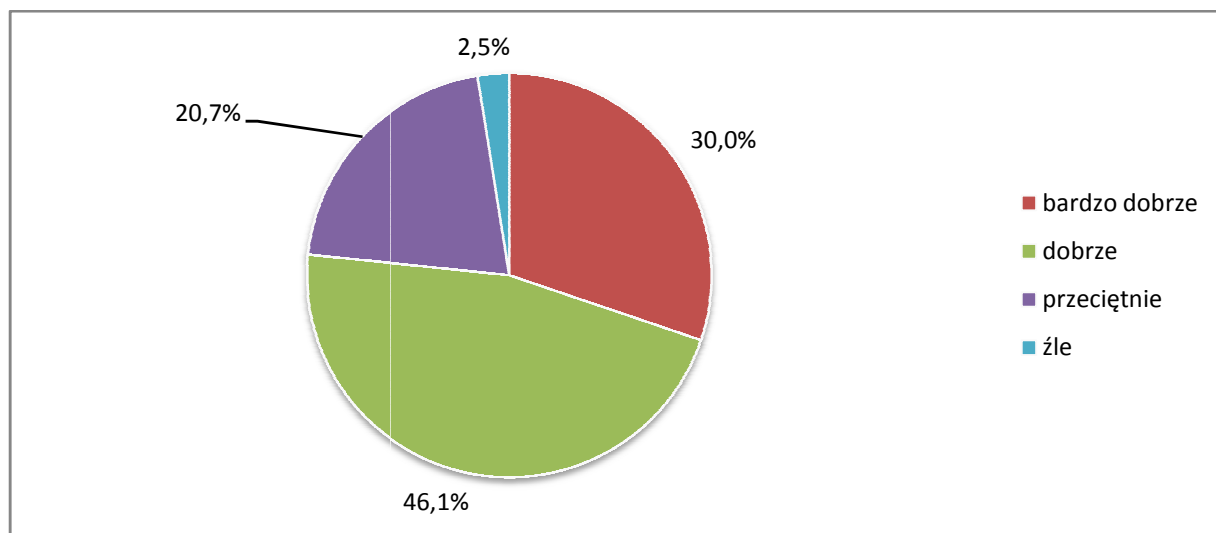
Źródło: badania własne

Chłopcy i dziewczęta korzystali chętnie z tych samych elementów infrastruktury społecznej – parki, placówki sportowe. Podobnie sytuacja wyglądała w przypadku miejsc,

z których korzystali najrzadziej tj. MDK, świetlic osiedlowych czy restauracji, kawiarni, pubów.

1.6 Samoocena stanu zdrowia

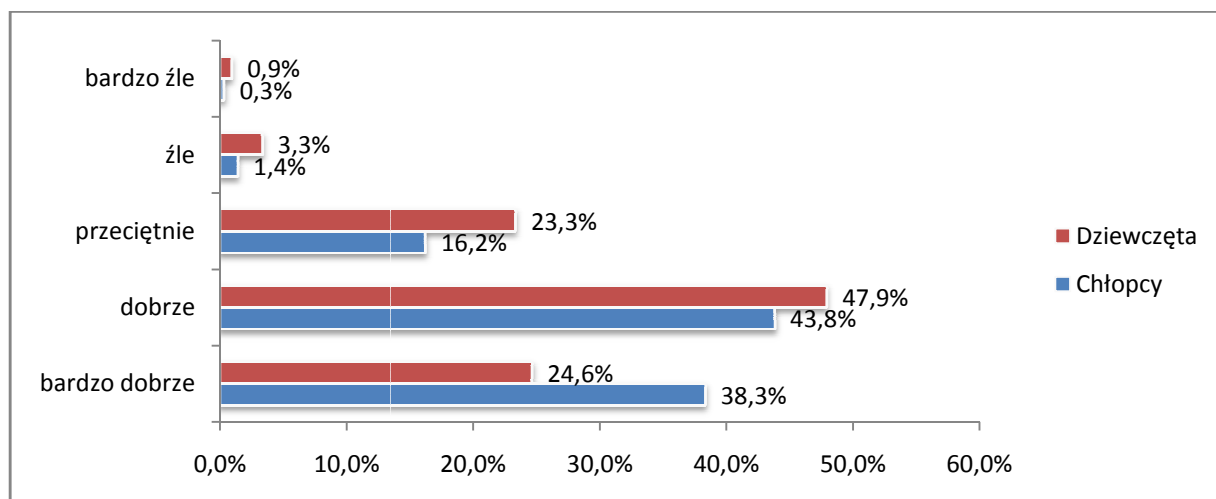
Wykres 44. Subiektywna ocena stanu zdrowia



Źródło: badania własne

Większość z badanych dość dobrze oceniła swój stan zdrowia, aż 76,1% wskazało na dobry lub bardzo dobry. Co piąty uznał swoje zdrowie za przeciętne, natomiast odpowiedzi o stanie zdrowia złym były marginalne.

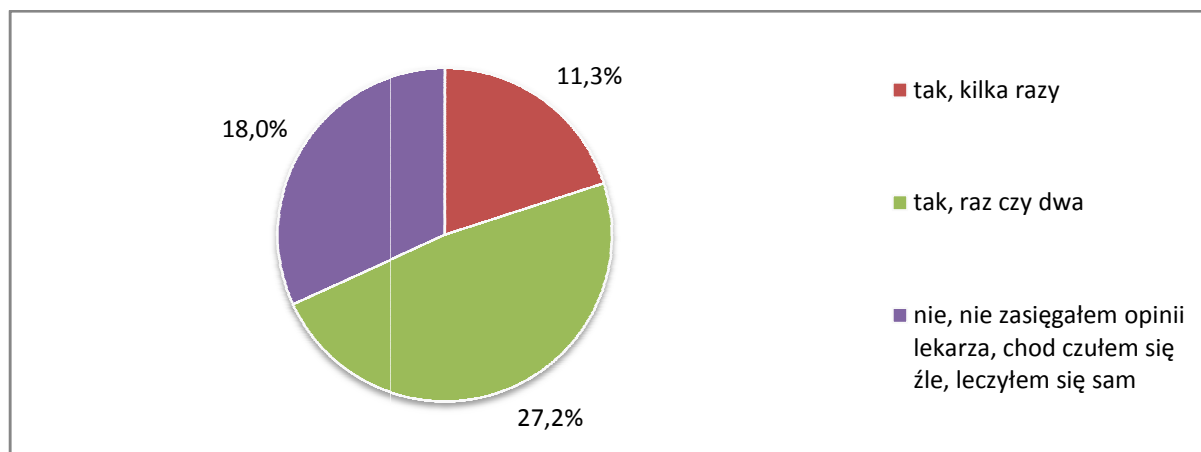
Wykres 45. Subiektywna ocena stanu zdrowia a płeć badanych



Źródło: badania własne

Chłopcy lepiej niż dziewczęta ocenili stan swojego zdrowia, szczególnie dobrze widoczne było to przy wyborze odpowiedzi dotyczącej samooceny zdrowia jako bardzo dobrego. Na uwagę zasługuje fakt częstszego oceniania przez dziewczynki swojego zdrowia w kategoriach od przeciętnego do bardzo złego.

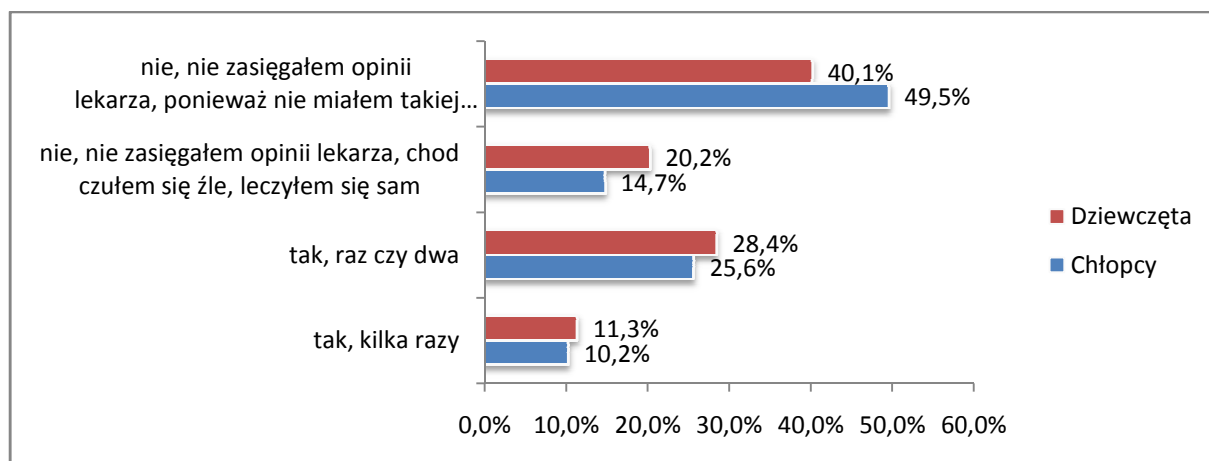
Wykres 46. Wizyty u lekarza w okresie ostatnich 3 miesięcy



Źródło: badania własne

Około 4 na 10 badanych było w okresie ostatnich trzech miesięcy z wizytą u lekarza. Badani zostali dopytani, o powody wizyty, a co za tym idzie uzyskane zostały informacje na temat ich chorób oraz schorzeń. Najczęściej wymieniane były najczęstsze choroby typu przeziębienie czy grypa, ale część osób wymieniała takie choroby jak alergie, przepukliny, a także problemy z sercem lub nadciśnienie.

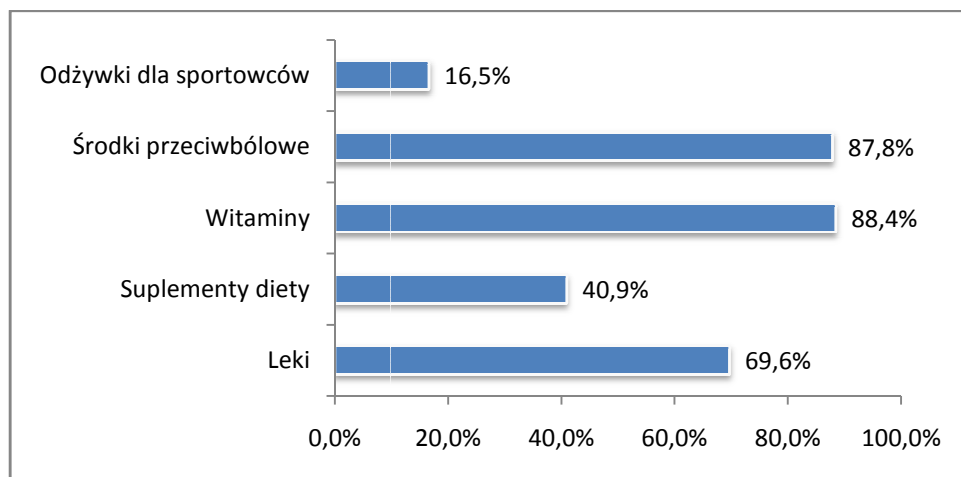
Wykres 47. Wizyty u lekarza w okresie ostatnich 3 miesięcy a płeć badanych



Źródło: badania własne

Dziewczęta nieco częściej zgłaszały się do lekarza, niż chłopcy choć nie były to zbyt wielkie różnice i mieściły się w granicach błędu statystycznego.

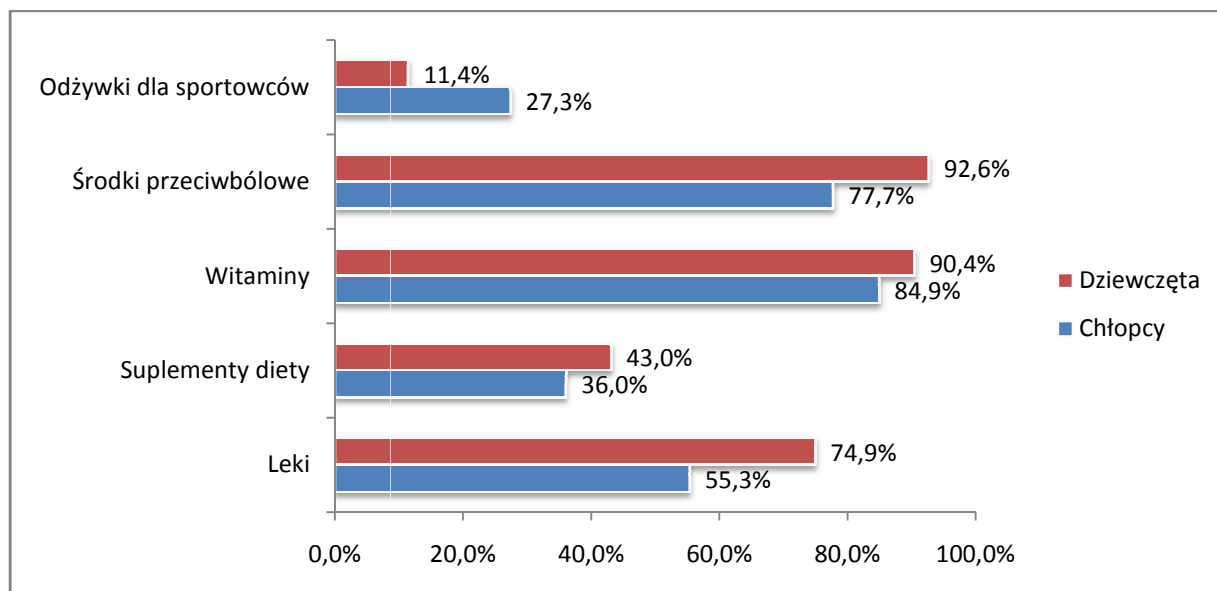
Wykres 48. Przyjmowanie leków oraz suplementów diety



Źródło: badania własne

Blisko 7 na 10 badanych przyznało się, że przyjmowało leki, a także że robiło to bez wiedzy lekarza. Środki przeciwbólowe przyjmowało 87,8% badanych, podobny odsetek brał brało witaminy. Suplementy diety przyjmowało 40,9% badanych, a odżywki dla sportowców – 16,5% respondentów.

Wykres 49. Przyjmowanie leków oraz suplementów diety a płeć badanych

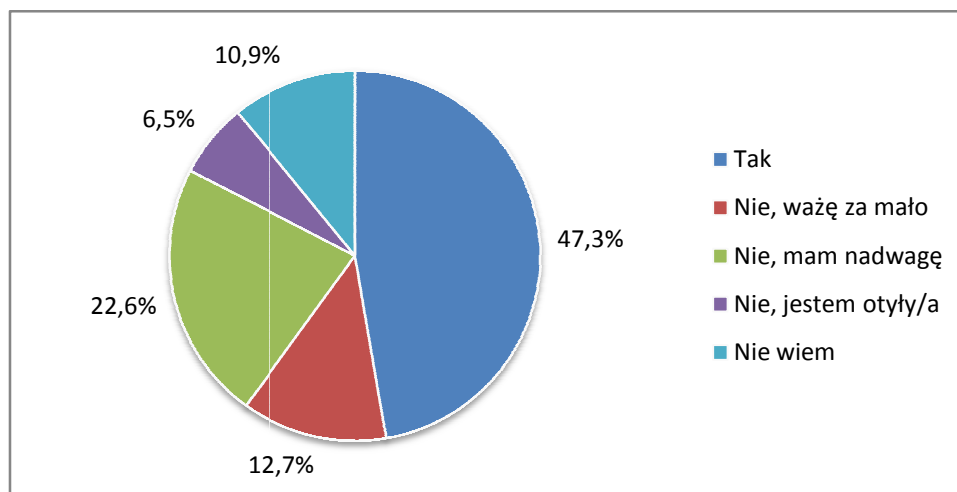


Źródło: badania własne

W pytaniu o przyjmowanie leków bądź suplementów diety, we wszystkich kategoriach farmaceutyków, oprócz odżywek dla sportowców, dominowały dziewczęta.

1.7 Czynniki ryzyka

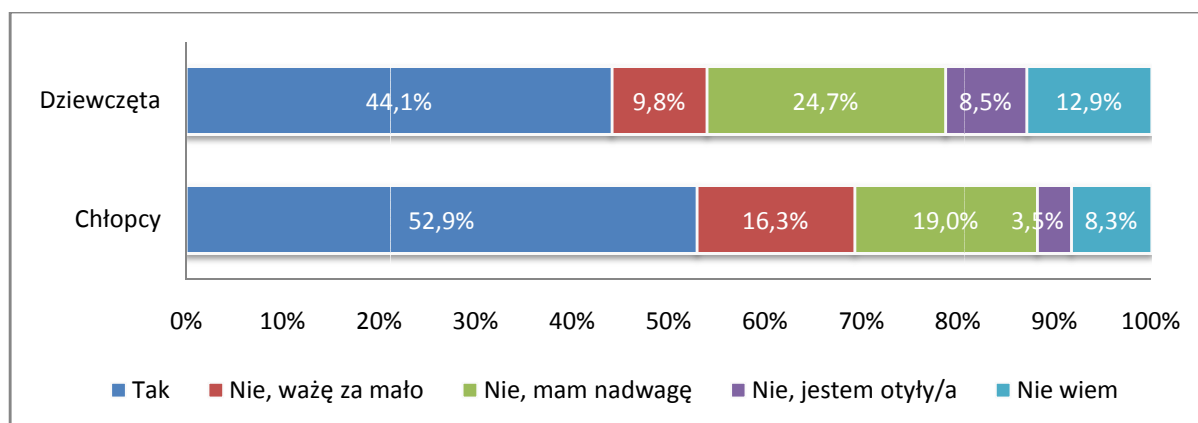
Wykres 50. Ocena własnej masy ciała



Źródło: badania własne

47,3% badanych uczniów stwierdziło, że posiada odpowiednią, prawidłową masę ciała. Blisko 30% stwierdziło, że waży za dużo, natomiast 12,7% uznało, że waży za mało, czyli ma niedowagę. Co dziesiąty uczeń nie potrafił ocenić swojej masy ciała.

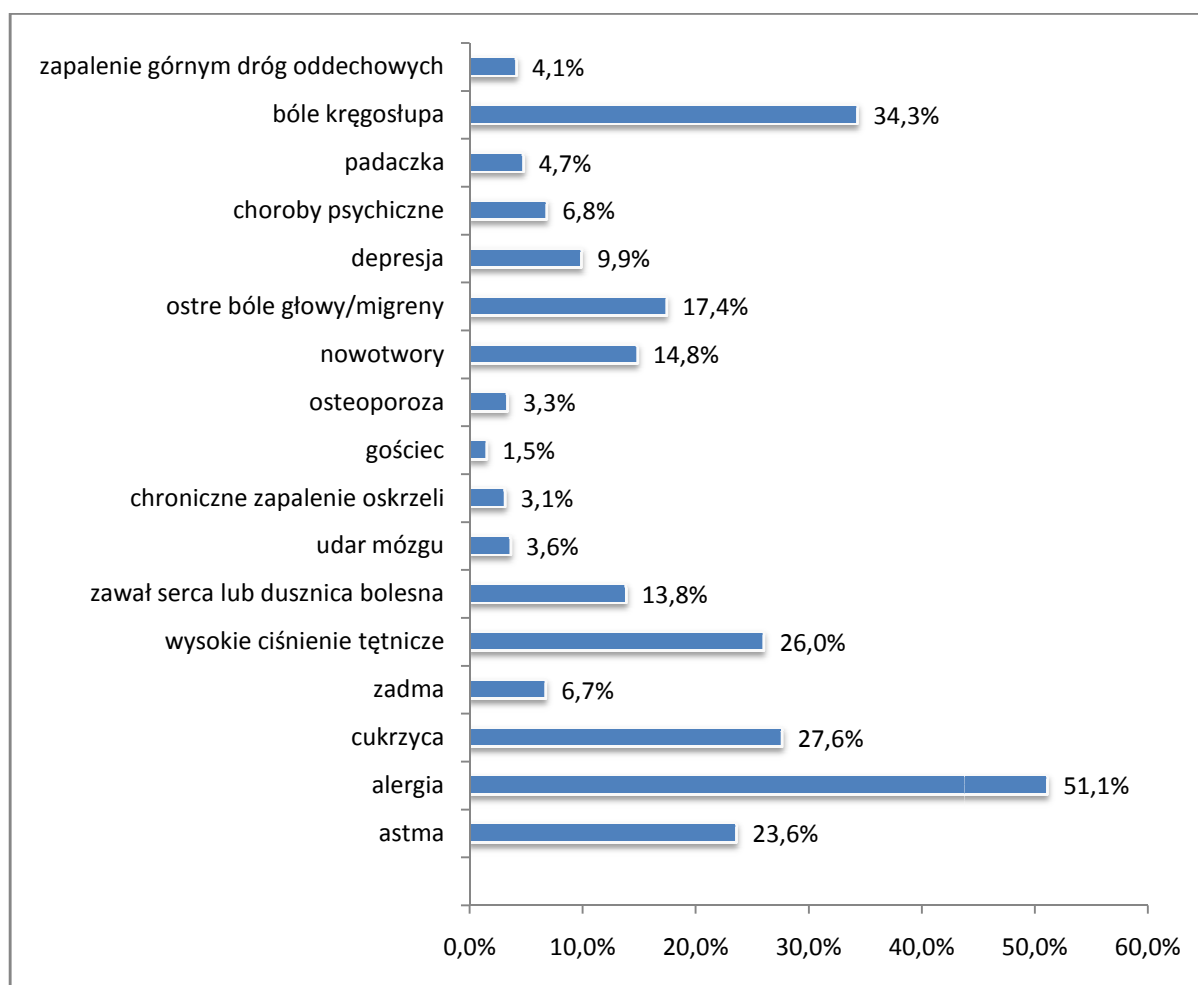
Wykres 51. Ocena własnej masy ciała a płeć badanych



Źródło: badania własne

To chłopcy częściej niż dziewczęta deklarowali, że ważą odpowiednio. 24,7% ankietowanych dziewcząt uznało, że ma nadwagę, a 8,5% twierdziło wręcz, że była otyła.

Wykres 52. Występujące choroby w rodzinie



Źródło: badania własne

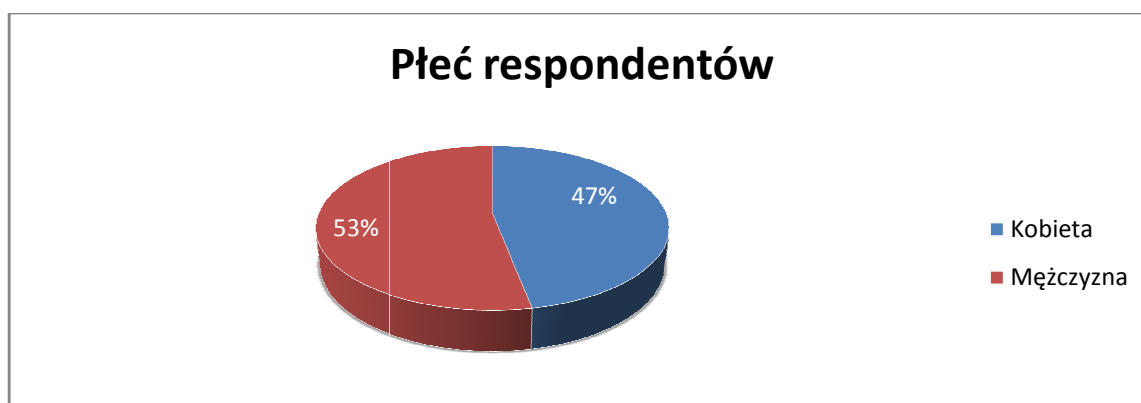
Najczęstszymi schorzeniami występującymi w rodzinach respondentów były alergie, bóle kręgosłupa, cukrzyca oraz wysokie ciśnienie tętnicze. Badani wskazywali także na choroby, które mogą stanowić dla nich obciążenie genetyczne, takie jak nowotwory, choroby psychiczne etc. Spora grupa przyznała, że w ich rodzinie występują choroby psychiczne, co może świadczyć o pewnym otwarciu się na osoby dotknięte takimi schorzeniami oraz przełamywanie tematu tabu.

II. WYNIKI BADAŃ PRZEPROWADZONYCH WÓD STUDENTÓW

2.1 Charakterystyka grupy badanej

Badani tej grupy to łącznie 198 osób w zakresie wiekowym 18-28 lat będący studentami szczecińskich uczelni wyższych. Na potrzeby dalszych analiz ankietowani podzieleni zostali na cztery kategorie wiekowe: do 20 lat, 21-22 lata, 23-24 lata oraz 25 lat i więcej (tabela 54).

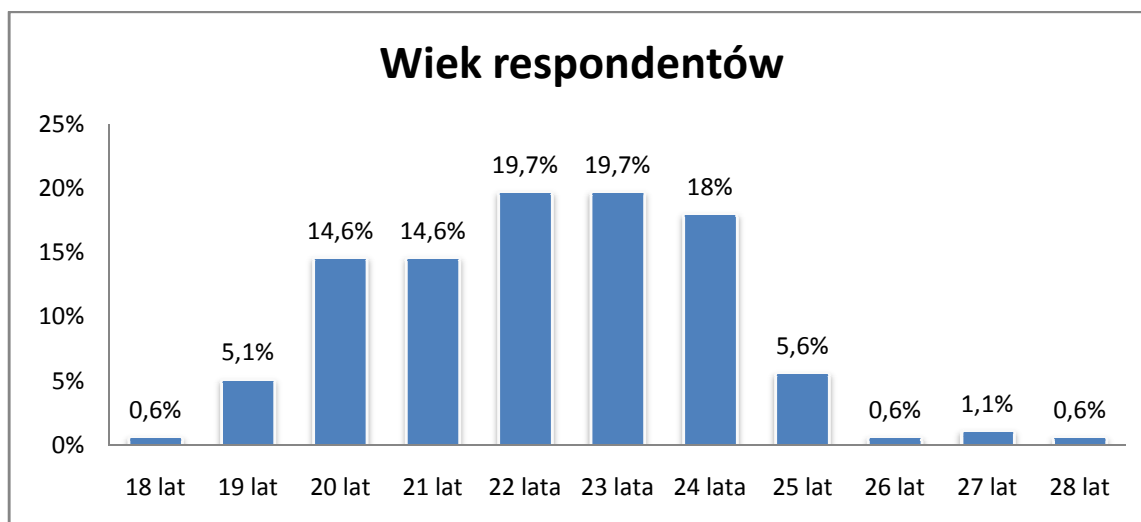
Wykres 53. Płeć respondentów



Źródło: badania własne

Mężczyźni byli w próbie badawczej reprezentowani nieco silniej, niż kobiety – stanowili łącznie 53% wszystkich osób biorących udział w badaniu.

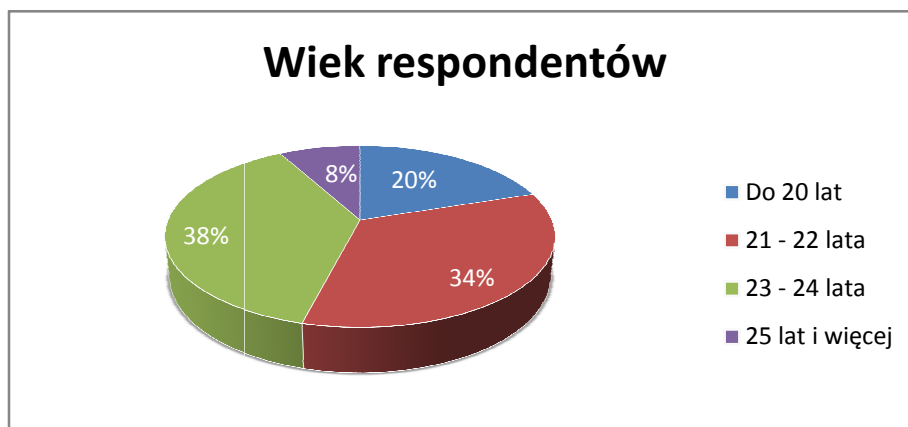
Wykres 54. Wiek respondentów



Źródło: badania własne

W grupie badanej dominowały osoby 22 i 23-letnie – stanowiły łącznie niemal 40% wszystkich respondentów. Licznie reprezentowani byli również 24-latkowie, stanowiący 18% wszystkich badanych. Najmniej licznie natomiast pojawili się w próbie badawczej najmłodsi (18 lat) i najstarsi (28 lat) respondenci.

Wykres 55. Wiek respondentów w przedziałach

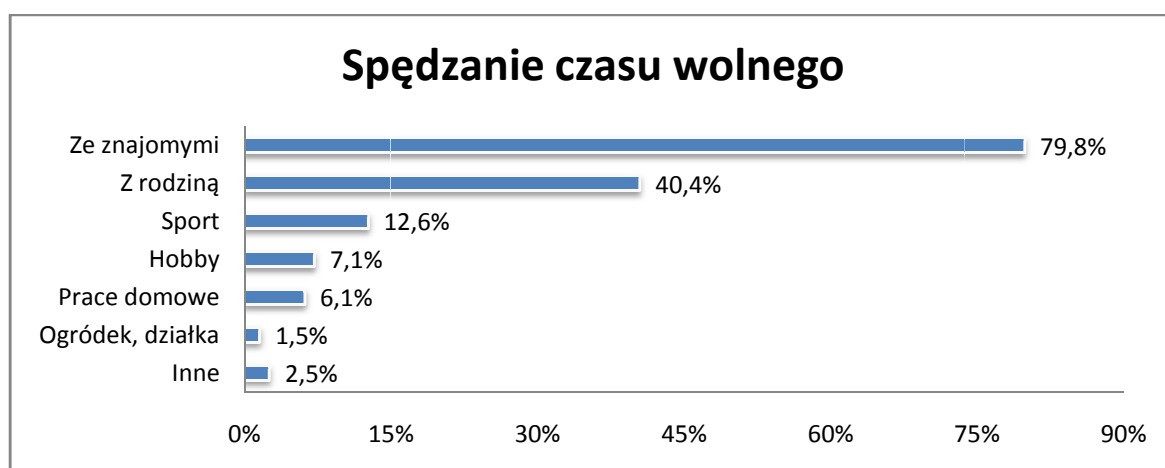


Źródło: badania własne

2.2 Aktywność fizyczna

Ocena stylu życia tej grupy wiekowej w kategorii aktywności fizycznej dotyczyła w pierwszym rzędzie sposobu spędzania wolnego czasu.

Wykres 56. Sposoby spędzania czasu wolnego

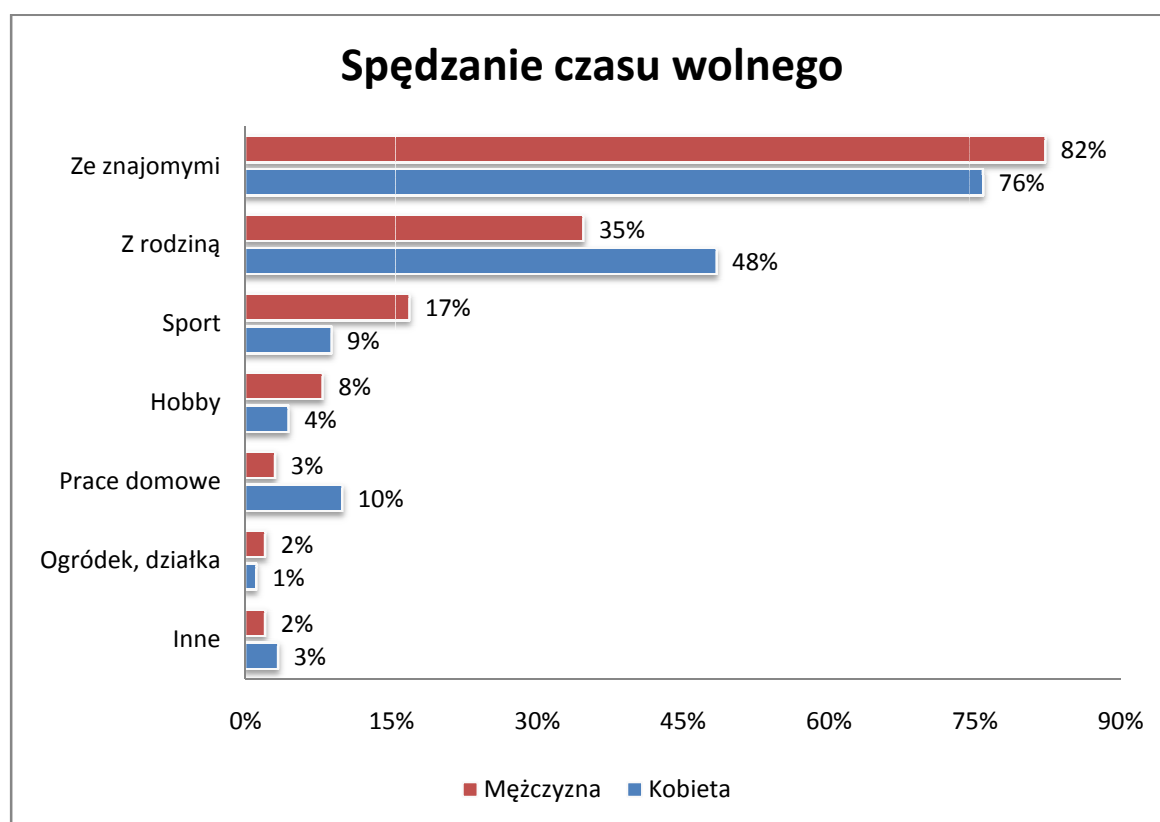


Źródło: badania własne

Czterech na pięciu badanych deklarowało, że najchętniej czas wolny od zajęć i pracy spędzało w towarzystwie przyjaciół i znajomych, zaś 40% respondentów dzieliło go równie często z rodziną. Tylko 13% szczecińskich studentów spędzało czas wolny uprawiając sport, a kolejne 7% poświęcało się swojemu hobby.

Wśród innych niż ujęte w kafeterii sposobów spędzania czasu wolnego, badani wskazywali na randki i spotkania z partnerem (2 wskazania), podróżowanie i oglądanie filmów. Jeden respondent przyznał natomiast, że nigdy nie ma czasu wolnego, który mógłby poświęcić na ulubionym zajęciom.

Wykres 57. Spędzanie czasu wolnego a płeć respondentów



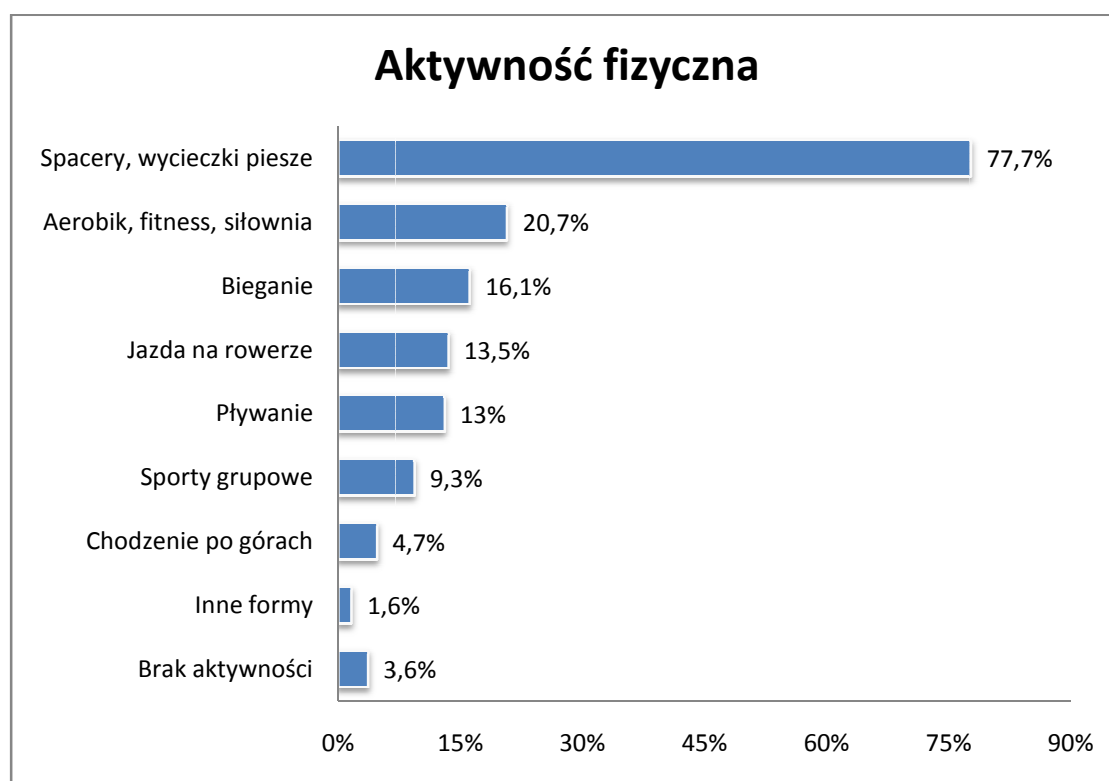
Źródło: badania własne

Sposoby spędzania czasu wolnego były wśród szczecińskich studentów zróżnicowane ze względu na płeć i wpisujący się w dominujący w Polsce kulturowy podział ról, w którym kobieta zdecydowanie więcej czasu niż mężczyzna spędza w domu. Obie płcie jako dwie najpopularniejsze formy wypoczynku wskazały spędzanie czasu ze znajomymi (mężczyźni udzielają tej odpowiedzi częściej, niż kobiety; różnica wskazań wyniosła 6%) oraz rodziną

(kobiety o 13% liczniej niż mężczyźni wybierały tę odpowiedź). Trzecie miejsce wśród najchętniej wybieranych w czasie wolnym aktywności zdywersyfikowało się natomiast w zależności od płci badanych – studenci wskazali przede wszystkim na uprawianie sportu (17% mężczyzn i 9% kobiet), studentki zaś – na drobne prace domowe (10% kobiet i tylko 3% mężczyzn). Panowie również dwukrotnie częściej niż panie czas wolny poświęcali swojemu hobby.

Analiza najchętniej wybieranych form spędzania czasu wolnego ze względu na wiek badanych nie wykazała natomiast istotnych statystycznie zależności.

Wykres 58. Podejmowanie aktywności fizycznej



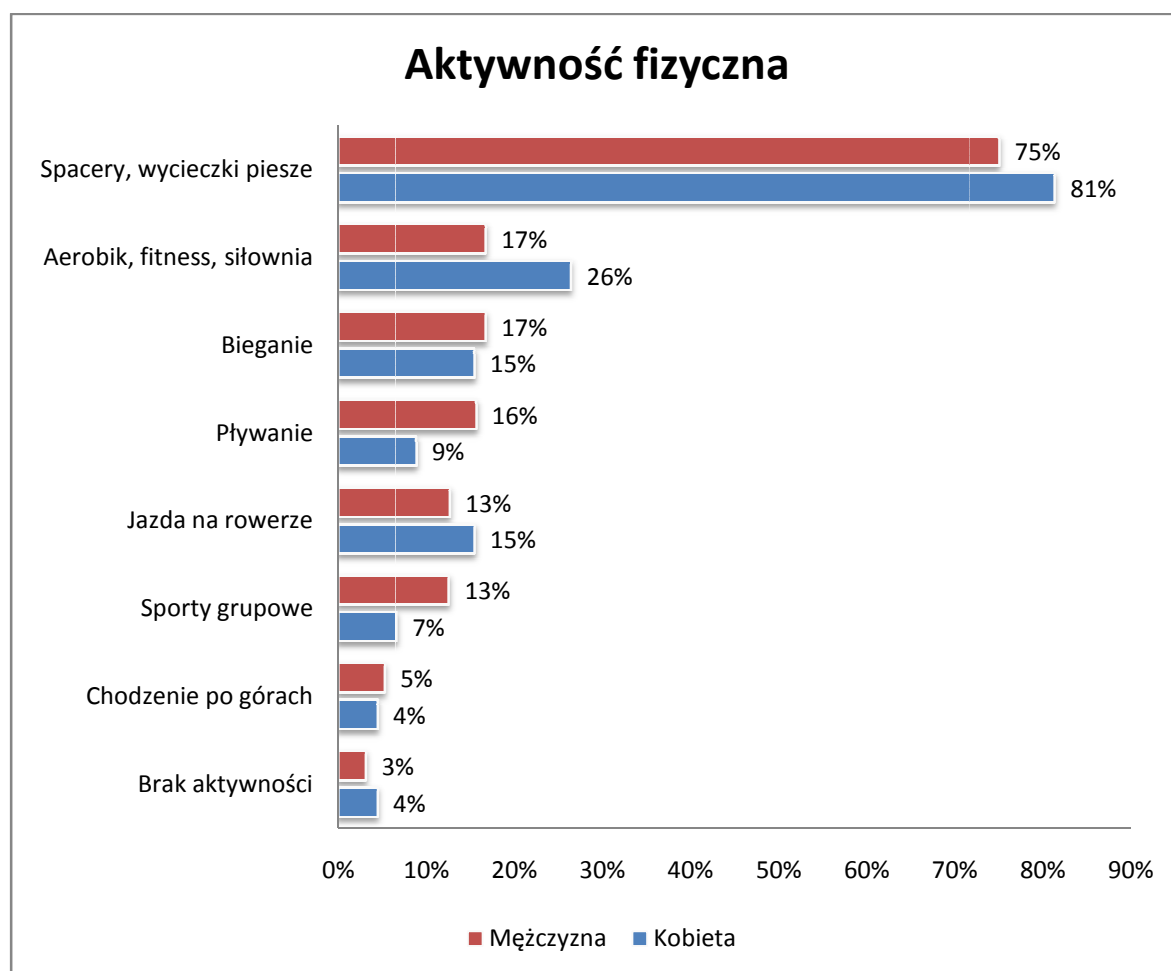
Źródło: badania własne

Respondenci zapytani o aktywność fizyczną, mogli wskazać kilka odpowiedzi, stąd też wskazania nie sumują się do 100%. Dominującą formą aktywności fizycznej podejmowanej przez szczecińskich studentów były spacery i wycieczki piesze – aż 78% z nich wskazało na tę formę aktywności fizycznej. Co piąty student korzystał z zajęć aerobiku, fitnessu czy w siłowni. Nieco mniej respondentów wskazało na bieganie (16%) czy też jazdę na rowerze i pływanie (13,5% i 13%). Inne podejmowane formy aktywności

fizycznej to sporty grupowe (9,3%) oraz chodzenie po górach (4,7%). Sporadycznie (1,6%) wskazywane były inne formy aktywności fizycznej, jak taniec czy skakanie na skakance.

Stwierdzono pozytywny fakt, że zaledwie 3,6% studentów deklarowało, że w ostatnich 3 miesiącach nie podejmowało żadnej aktywności fizycznej.

Wykres 59. Podejmowanie aktywności fizycznej a płeć badanych

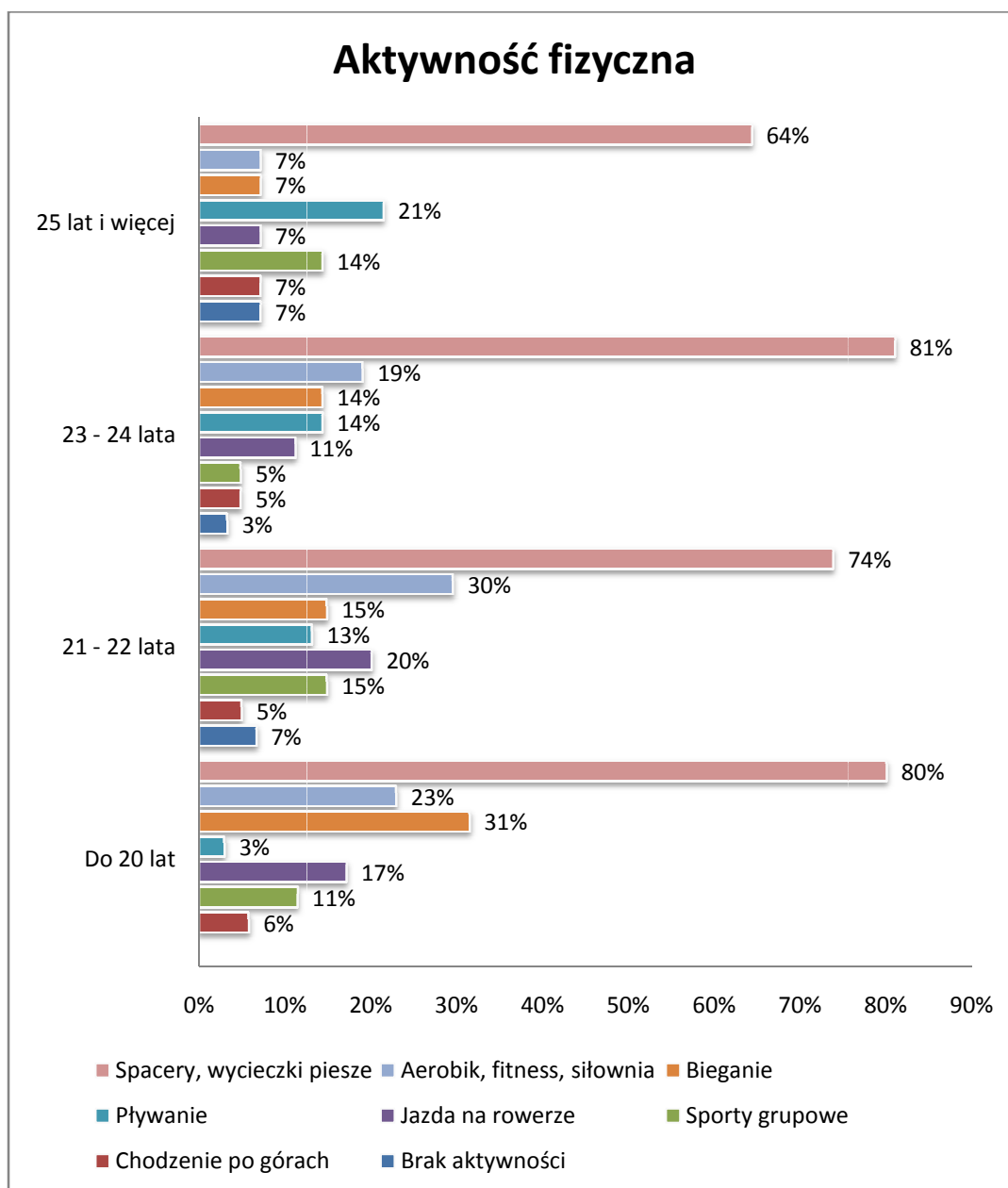


Źródło: badania własne

Różnice w aktywności fizycznej studentek i studentów nie były bardzo znaczące – przez obie płcie najczęściej podejmowaną aktywnością były spacery i wycieczki piesze, przy czym na tę formę wskazało cztery na pięć kobiet i trzech na czterech mężczyzn. Kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z zajęć aerobiku, fitnessu oraz siłowni. Deklarowała tak co czwarta kobieta i co szósty z mężczyzn. Mężczyźni z kolei częściej niż kobiety podejmowali aktywność w formie pływania (16% wobec 9%) oraz sportów grupowych (13% wobec 7%).

Pozostałe formy aktywności fizycznej nie wykazały istotnych statystycznie różnic w zależności od płci. Ponadto na podstawie odpowiedzi respondentów można powiedzieć, iż aktywność fizyczna była podejmowana w równym stopniu przez przedstawicieli obu płci – zaledwie 4% studentek i 3% studentów w ogóle nie było aktywnych w okresie ostatnich 3 miesięcy.

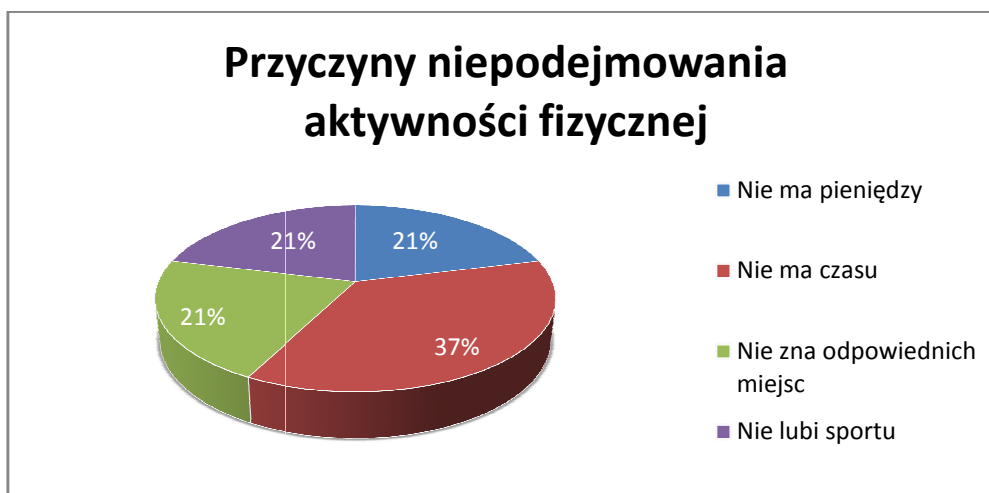
Wykres 60. Podejmowanie aktywności fizycznej a wiek badanych



Źródło: badania własne

Niezależnie od wieku respondentów, najczęściej podejmowaną formą aktywności fizycznej były spacery i wycieczki piesze. Najwyższy odsetek korzystających z tej formy aktywności był wśród studentów w wieku 23-24 lata oraz do 20 lat (odpowiednio 81% i 80%). Najrzadziej spacerowali starsi studenci – choć to aż 64% z nich podjęło tę formę aktywności fizycznej. Odpowiedzi respondentów wskazały, iż ogólnie najczęściej jakąkolwiek formę aktywności fizycznej podejmowali młodsi studenci, mający do 22 lat. Najrzadziej różne formy aktywności podejmowali najstarsi studenci – osoby mające 25 i więcej lat. W tej kategorii wiekowej najwyższy był także odsetek osób niepodejmujących w ogóle aktywności fizycznej w okresie ostatnich 3 miesięcy (7%). Warto zauważyć, że wśród najmłodszych studentów, w wieku do 20 lat, taka kategoria odpowiedzi w ogóle się nie pojawiła.

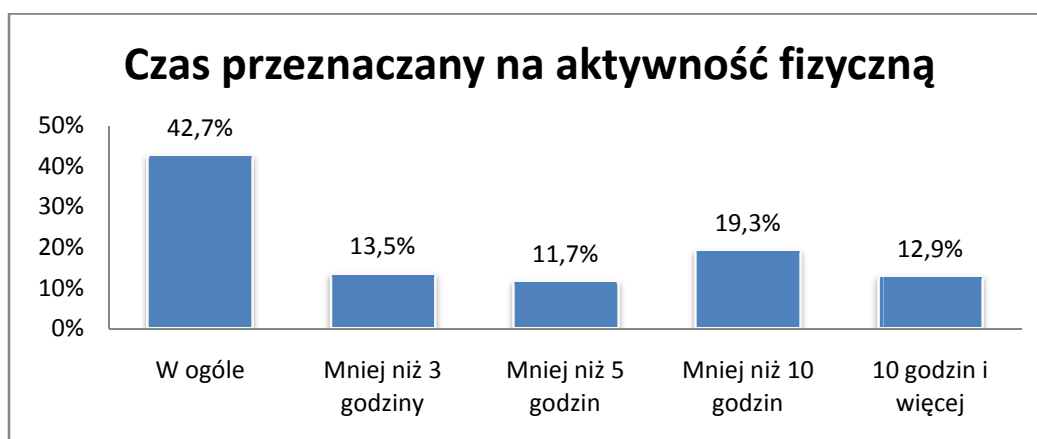
Wykres 61. Przyczyny niepodejmowania aktywności fizycznej



Źródło: badania własne

Najczęstszą przyczyną niepodejmowania aktywności fizycznej przez szczecińskich studentów w okresie ostatnich 3 miesięcy był deklarowany brak czasu – wskazało tak 37% respondentów. Co piąty student twierdził, że powodem braku aktywności był brak możliwości finansowych, ogólna niechęć do sportu lub brak znajomości miejsc, w których odbywane mogły by być zajęcia sportowe.

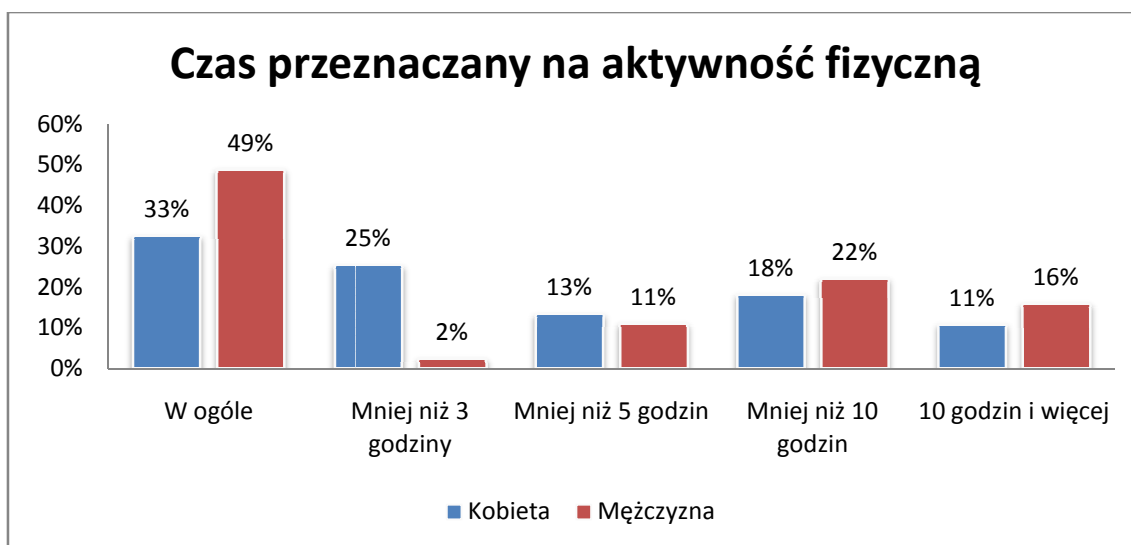
Wykres 62. Czas przeznaczany na aktywność fizyczną



Źródło: badania własne

Kontrolnie, respondentom zadano jeszcze jedno pytanie dotyczące konkretnej ilości godzin przeznaczanych tygodniowo na aktywność fizyczną. Okazało się, że 43% ankietowanych studentów w ogóle nie uprawiało sportów regularnie. 19% przeznaczało na aktywność fizyczną 5 do 10 godzin tygodniowo. Natomiast dla pozostałych kategorii odpowiedzi odsetki wskazań kształtowały się na podobnym poziomie, ok. 12-13%.

Wykres 63. Czas przeznaczany na aktywność fizyczną a płeć badanych

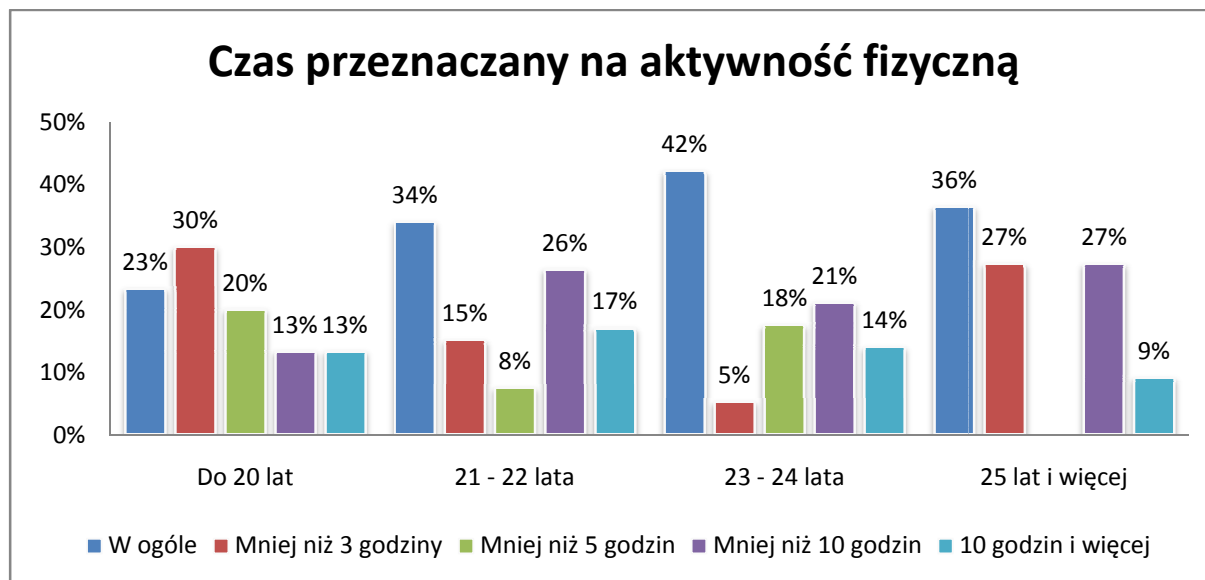


Źródło: badania własne

Ogólnie można stwierdzić, że kobiety częściej niż mężczyźni w sposób regularny przeznaczają czas na aktywność fizyczną - do 3 godzin tygodniowo. Ten poziom wskazało jedynie 2% mężczyzn i 25% ankietowanych kobiet. Mężczyźni rzadziej niż kobiety

przeznaczali czas na aktywność fizyczną (niemal połowa nie robi tego w ogóle). Jednakże jeśli już ją podejmowali, to stosunkowo częściej niż kobiety byli aktywni fizycznie dłużej niż 5 godzin tygodniowo (łącznie 38% mężczyzn i 29% kobiet).

Wykres 64. Czas przeznaczany na aktywność fizyczną a wiek badanych

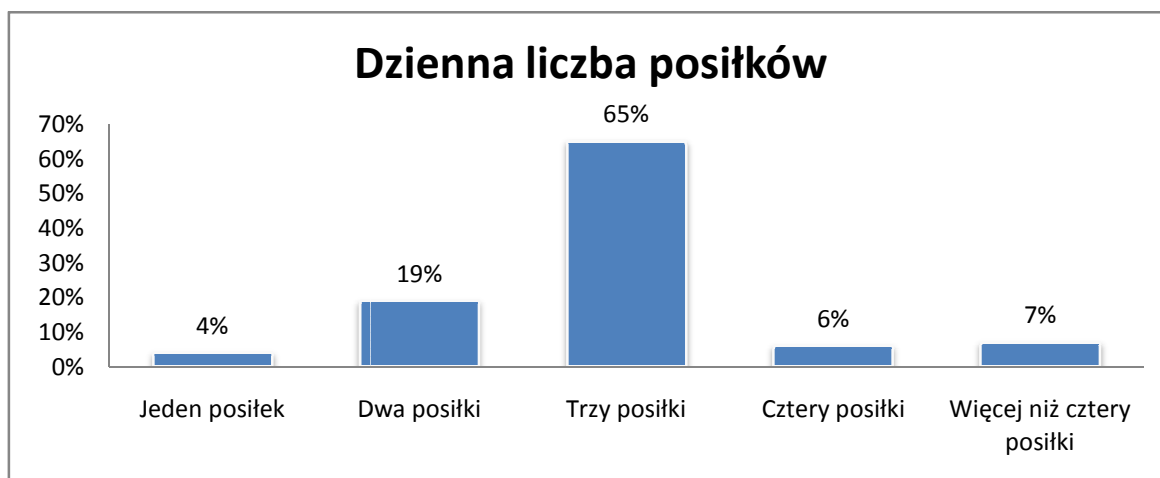


Źródło: badania własne

Respondenci w różnym wieku z różną częstotliwością podejmowali aktywność fizyczną. Dla większości kategorii wiekowych najczęściej pojawiającą się odpowiedzią było wskazanie całkowity brak aktywności fizycznej. Stosunkowo najwięcej takich wskazań odnotowano wśród osób w wieku 23-24 lata (42%). Jedynie wśród osób młodszych, mających do 20 lat, odsetek osób uprawiających aktywność fizyczną w wymiarze mniej niż 3 godziny w tygodniu (30%) był wyższy niż odsetek osób w ogóle nie podejmujących aktywności (23%).

2.3 Odżywianie

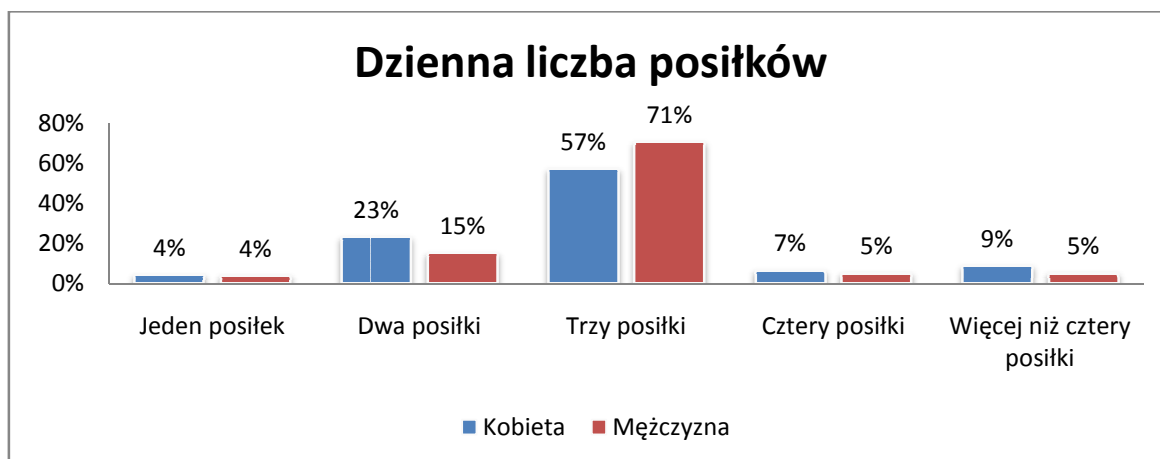
Wykres 65. Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia



Źródło: badania własne

Szczecińscy studenci najczęściej spożywali trzy posiłki dziennie – deklarowało tak aż 65% z nich. Co czwarty student dziennie zjadał mniej niż trzy posiłki - 19% dwa posiłki, a 4% - jeden. 13% spożywało cztery i więcej posiłków dziennie.

Wykres 66. Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia a płeć badanych

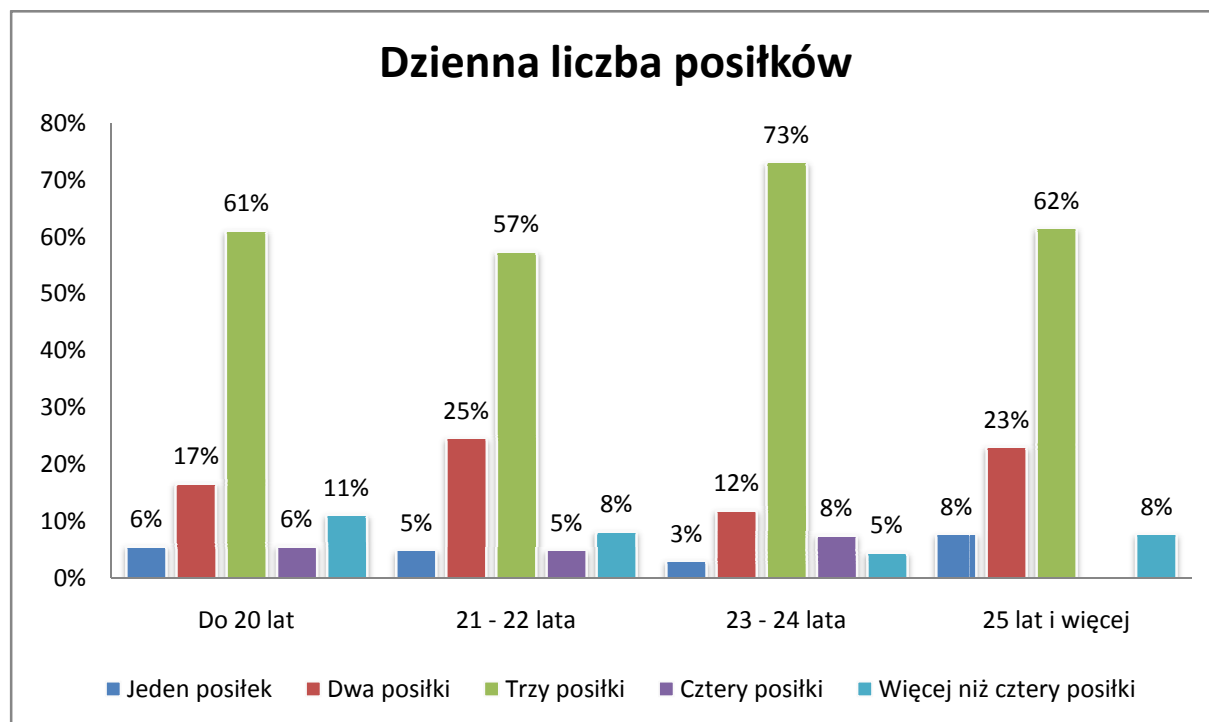


Źródło: badania własne

Dekompozycja odpowiedzi respondentów ze względu na płeć wykazała, że studenci najczęściej zjadają trzy posiłki dziennie. Różnica procentowa wskazań kobiet i mężczyzn wynosiła 14, bowiem trzy posiłki dziennie spożywało 71% studentów i 57% studentek. Różnicę w zależności od płci można było zaobserwować też w przypadku konsumowania dziennie dwóch posiłków – czyniło tak 23% kobiet i 15% mężczyzn. Jednocześnie

nieznacznie więcej kobiet niż mężczyzn spożywało dziennie więcej niż 4 posiłki – taki poziom konsumpcji deklarowany był przez 9% kobiet i 5% mężczyzn. W przypadku pozostałych odpowiedzi (jeden posiłek oraz cztery posiłki) różnice nie były istotne statystycznie.

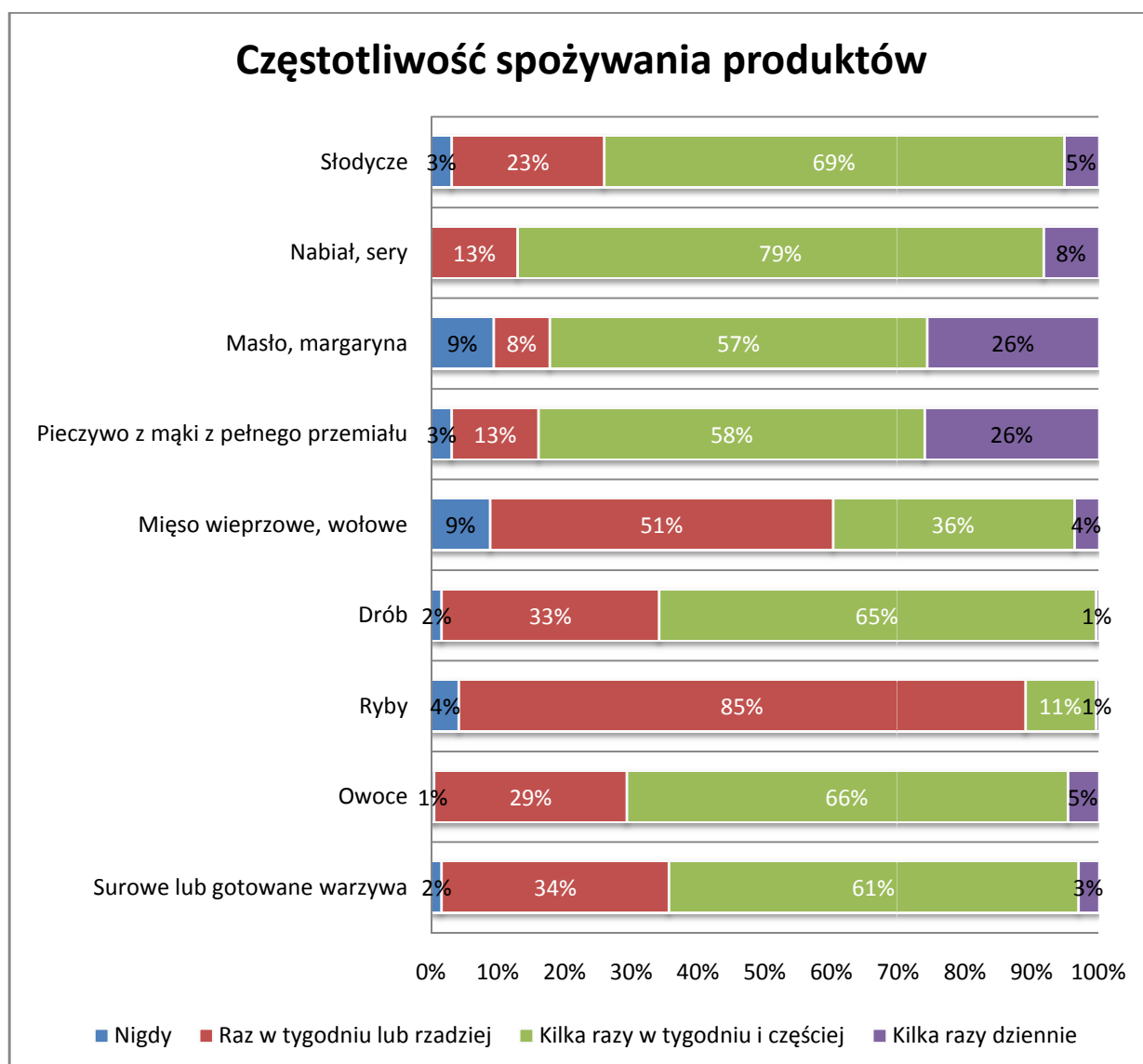
Wykres 67. Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia a wiek badanych



Źródło: badania własne

Również niezależnie od wieku studentów, najczęściej spożywane były trzy posiłki dziennie, jednakże różnice procentowe w rozkładzie odpowiedzi, w poszczególnych kategoriach były znaczne. Konsumpcję na takim poziomie deklarowało 73% respondentów w wieku 23-24 lata, podczas gdy w wieku 21-22 lata było to 57%. Mniej niż trzy posiłki dziennie najczęściej spożywali najstarsi respondenci – 31% z nich deklarowało taką liczebność konsumowanych posiłków. Z kolei więcej niż trzy posiłki dziennie najczęściej konsumowali najmłodsi respondenci – w kategorii wiekowej do 20 lat odsetek ten wynosił 17%, w tym aż 11% spożywało więcej niż cztery posiłki dziennie.

Wykres 68. Częstotliwość spożywania poszczególnych typów produktów spożywczych

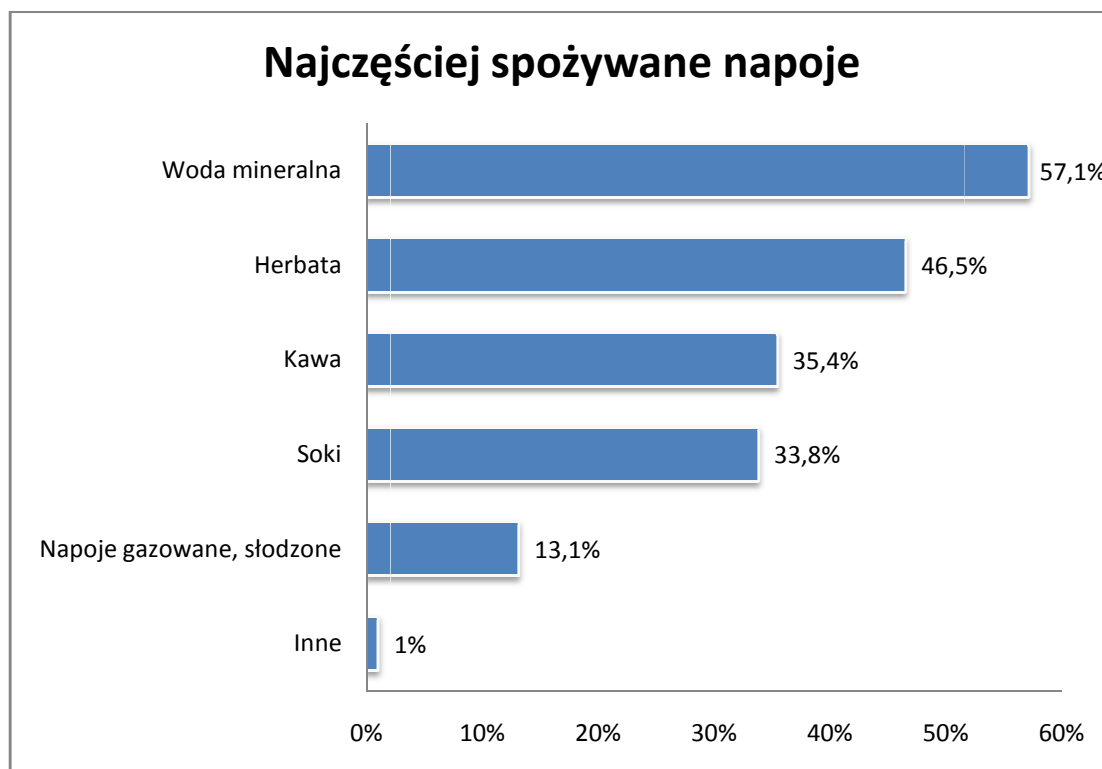


Źródło: badania własne

Respondenci zostali także poproszeni o wskazanie częstotliwości spożywania określonych produktów żywnościowych. Do artykułów spożywanych najczęściej, kilka razy dziennie, należało masło i margaryna oraz pieczywo z mąki z pełnego przemiału – codziennie spożywało je odpowiednio 26% i 28% respondentów. Większość artykułów spożywczych wymienionych w kafeferii odpowiedzi było przez studentów spożywanych przeważnie kilka razy w tygodniu i częściej, co może świadczyć o zróżnicowanej diecie. Stosunkowo najczęściej studenci sięgali po nabiał i sery (79% ankietowanych konsumowało je kilka razy w tygodniu i częściej), słodycze (69%), ale też owoce (66%), drób (65%) oraz surowe lub gotowane

warzywa (61%). Do artykułów, które nie cieszyły się znacznym zainteresowaniem respondentów, należały ryby – 85% studentów zjadało je z częstotliwością raz w tygodniu lub rzadziej – oraz mięso wieprzowe i wołowe – 51% spożywało je raz w tygodniu lub rzadziej. Mięso wieprzowe i wołowe oraz masło i margaryna to artykuły spożywcze, po które nigdy nie sięgał niemal co dziesiąty respondent (po 9% wskazań). Odsetek ankietowanych niespożywających pozostałych artykułów nie przekraczał 4%.

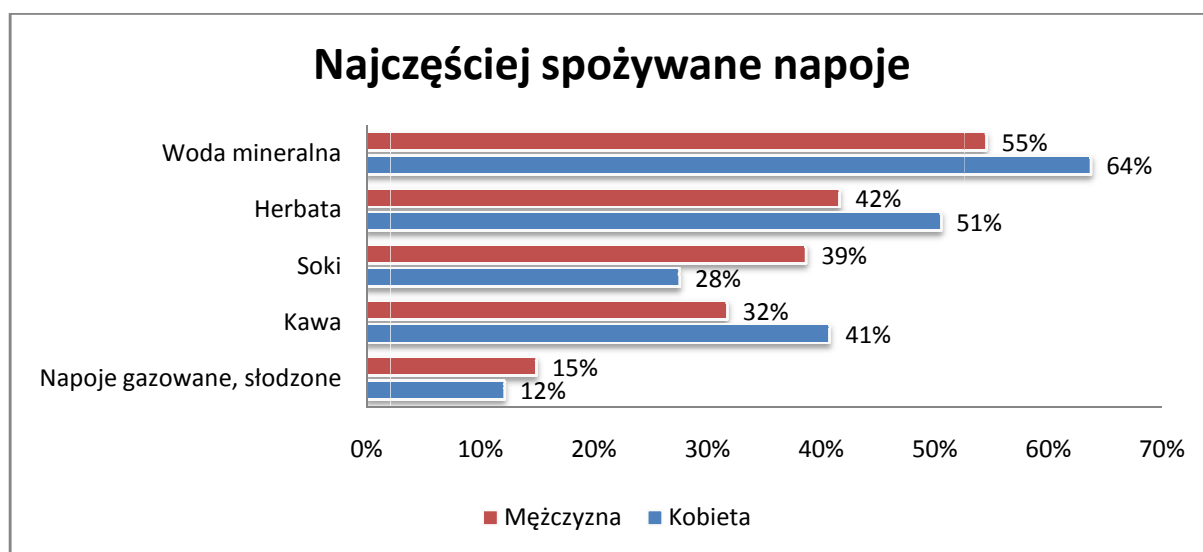
Wykres 69. Najczęściej spożywane napoje



Źródło: badania własne

Wskazania respondentów dotyczące najczęściej spożywanych napojów były bardzo interesujące. Okazało się bowiem, iż napojem, po który najczęściej sięgali szczecińscy studenci, była woda mineralna. Deklarowała tak ponad połowa ankietowanych (57%). Na drugim miejscu pod względem częstotliwości konsumpcji była herbata (46,5%), a dopiero na trzecim – kawa (35%), niemal na równi z sokami (34%). Jedynie 13% respondentów sięgało najczęściej po napoje gazowane i słodzone.

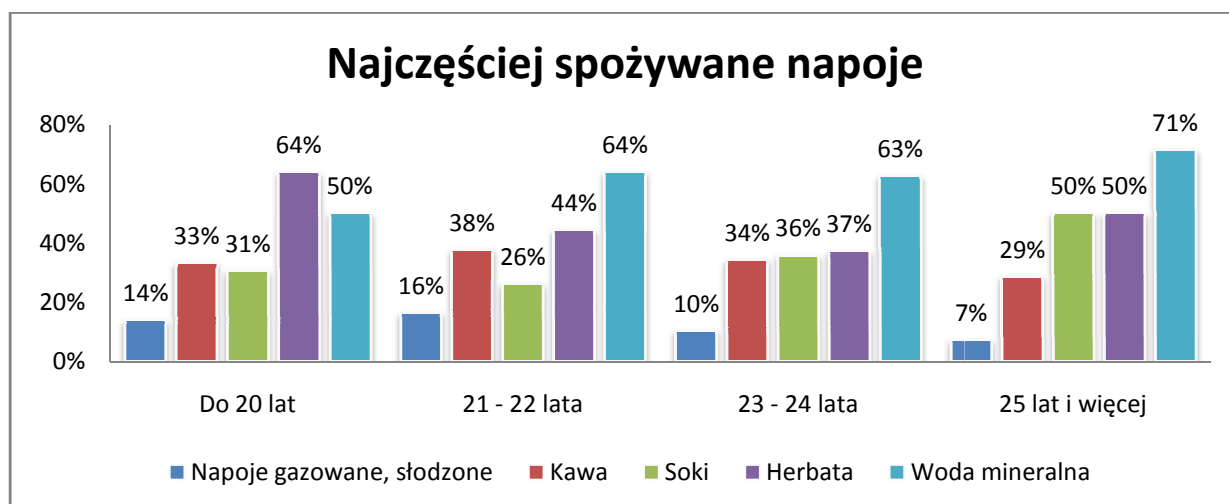
Wykres 70. Najczęściej spożywane napoje a płeć badanych



Źródło: badania własne

Niezależnie od płci studenci najczęściej sięgali po wodę mineralną, jednak stosunkowo częściej robiły to kobiety (64% studentek) niż mężczyźni (55% studentów). Kobiety częściej niż mężczyźni spożywały także herbatę (51% vs 42%) i kawę (41% vs 32%). Okazało się, iż studenci płci męskiej częściej spożywali soki – deklarowało tak 39% studentów i 28% studentek. Niewielkie różnice w przypadku płci zaobserwowano odnośnie konsumpcji napojów gazowanych i słodzonych – nieznacznie częściej sięgali po nie mężczyźni (15%) niż kobiety (12%).

Wykres 71. Najczęściej spożywane napoje a płeć badanych



Źródło: badania własne

Spożywanie wody mineralnej rosło wraz z wiekiem respondentów. Wśród studentów mających do 20 lat po wodę sięgał co drugi ankietowany, natomiast wśród studentów mających 25 i więcej lat odsetek ten wynosił 71%. Najmłodszy badani najczęściej spożywali herbatę – deklarowało tak aż 64% z nich, z kolei po soki stosunkowo najczęściej sięgali najstarsi respondenci – pił je co drugi student mający 25 i więcej lat. Kawę i napoje słodzone, gazowane spożywali stosunkowo najczęściej respondenci w wieku 21-22 lata – odpowiednio 38% i 16% ankietowanych. Odsetki osób sięgających po te rodzaje napojów spadały w starszych kategoriach wiekowych – do 29%, tych, którzy głównie pili kawę oraz 7% ankietowanych osób w wieku 25 i więcej lat sięgających po napoje gazowane i słodzone.

2.4 Aktywność zawodowa i stres

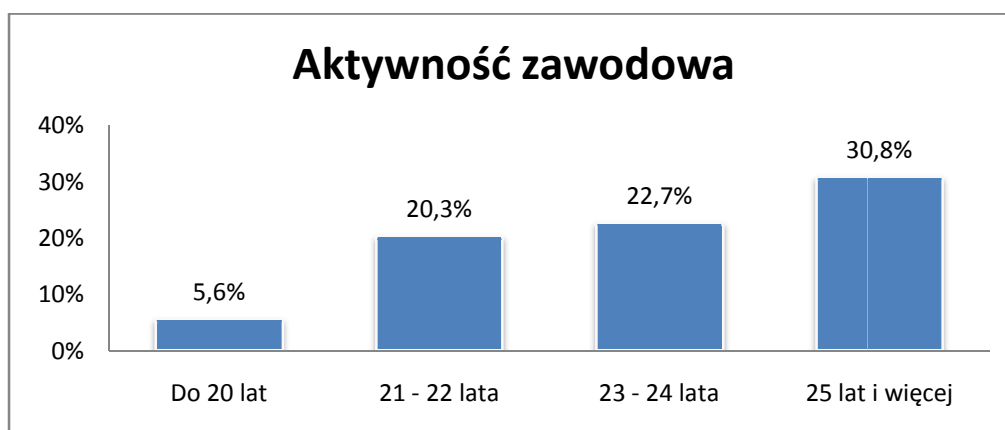
Wykres 72. Aktywność zawodowa



Źródło: badania własne

Zdecydowana większość ankietowanych szczecińskich studentów nie podejmowała aktywności zawodowej. Zawodowo pracowało jedynie 18% respondentów. Aktywni zawodowo częściej byli mężczyźni. W momencie badania pracował co piąty mężczyzna, podczas gdy odsetek pracujących studentek wynosił 15%.

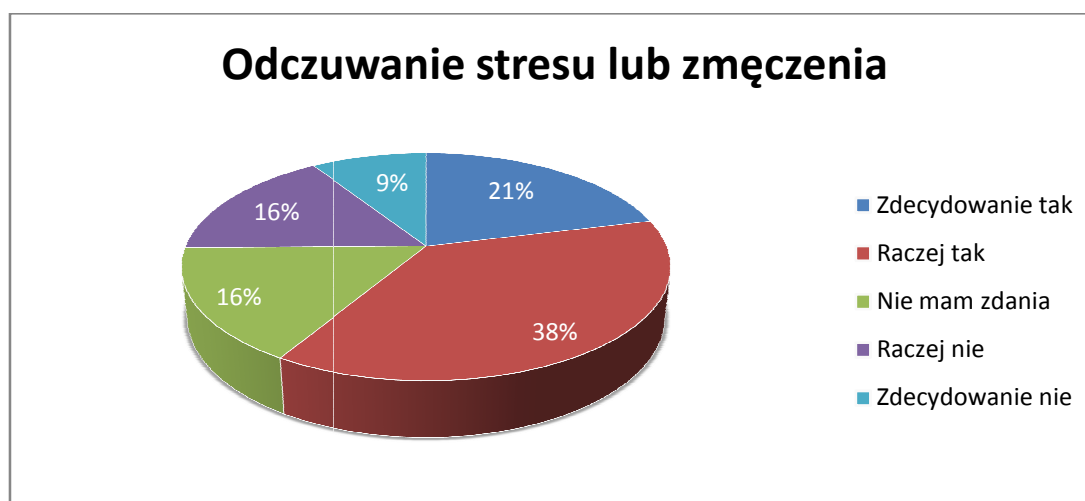
Wykres 73. Aktywność zawodowa a wiek badanych



Źródło: badania własne

Jak można było oczekiwać, wiek respondentów w sposób istotny warunkował ich aktywność zawodową. Wraz z wiekiem studentów rósł odsetek wykonujących pracę zawodową – z 6% wśród osób mających do 20 lat do 31% wśród studentów w wieku 25 i więcej lat.

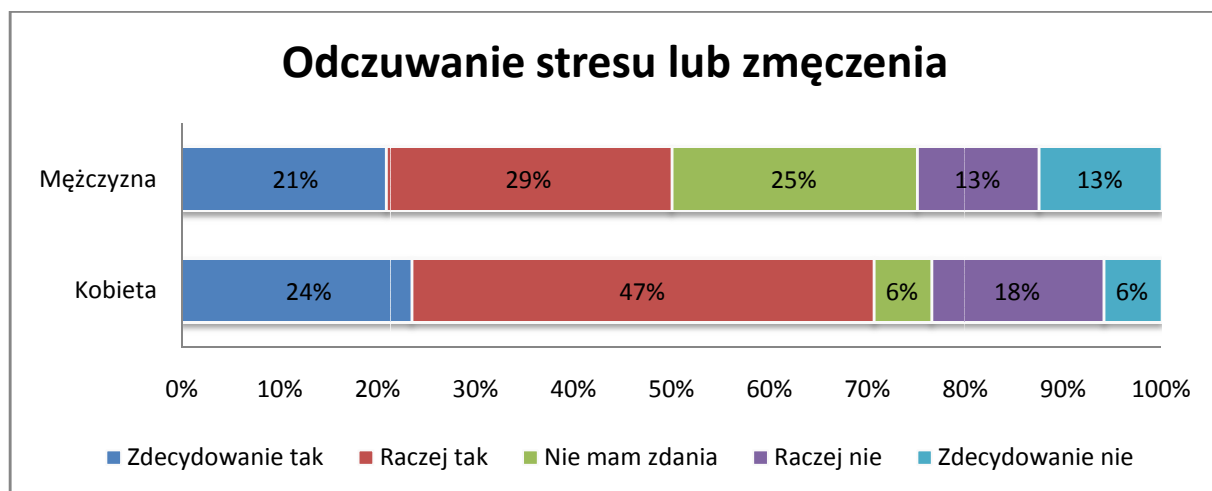
Wykres 74. Odczuwanie stresu lub zmęczenia



Źródło: badania własne

Dla 58% pracujących szczecińskich studentów wykonywana praca zawodowa była raczej związana z odczuwaniem stresu lub zmęczenia. Co czwarty respondent nie stresował się w swojej pracy (25%), a 16% nie potrafiło określić, czy ich praca zawodowa wpływała na odczuwanie stresu lub zmęczenia.

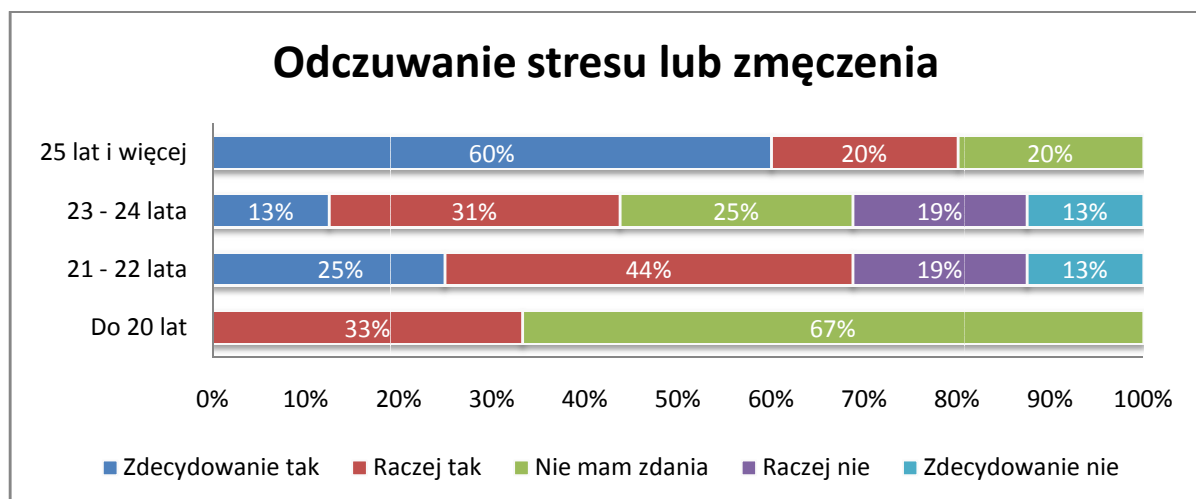
Wykres 75. Odczuwanie stresu lub zmęczenia a płeć badanych.



Źródło: badania własne

Stres i zmęczenie wynikające z wykonywanej pracy zawodowej częściej odczuwały kobiety. Odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” wskazało aż 71% pracujących studentek i co drugi pracujący student. Wskazania dotyczące braku stresu i zmęczenia wynikającego z pracy zawodowej w przypadku obu płci kształtowały się na podobnym poziomie – 24% kobiet i 26% mężczyzn. Znacząca różnica zarysowała się w odpowiedziach „nie mam zdania”. Co czwarty pracujący student nie potrafił wskazać, czy jego praca jest związana ze stresem i zmęczeniem. Podobne trudności miało jedynie 6% pracujących studentek.

Wykres 76. Odczuwanie stresu lub zmęczenia a wiek badanych

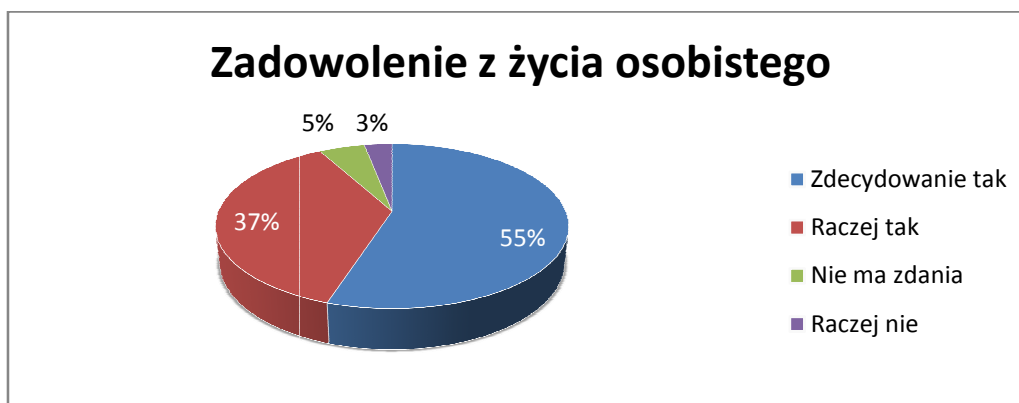


Źródło: badania własne

Z uwagi na małe liczebności pracujących studentów w poszczególnych kategoriach wiekowych, uzyskanych wyników nie można generalizować na całą populację. Wyraźnie zarysowała się jednak tendencja zwiększonego odczuwania stresu i zmęczenia związanego z pracą zawodową wraz ze wzrostem wieku – aż 60% respondentów w wieku 25 i więcej lat wskazało, iż ich praca zdecydowanie generowała stres i zmęczenie, a kolejne 20% wybrało odpowiedź „raczej tak”. Można powiedzieć, iż łącznie 80% starszych ankietowanych odczuwało stres i zmęczenie związane z pracą zawodową. W kategorii respondentów do lat 20 odpowiedź „raczej tak” wybrało 33% ankietowanych, a aż 67% nie miało zdania.

2.5 Życie osobiste

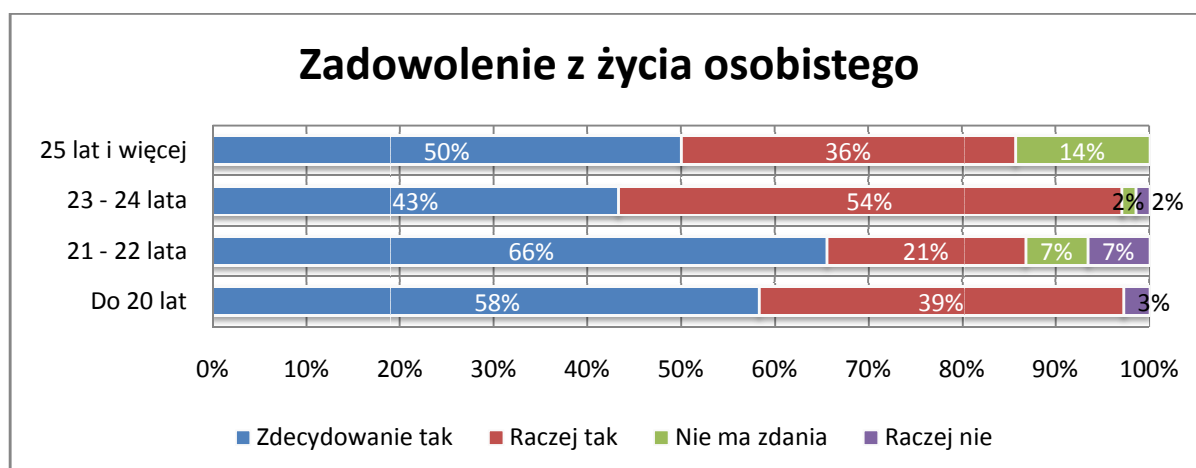
Wykres 77. Zadowolenie z życia osobistego



Źródło: badania własne

Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że szczecińscy studenci uważali się za osoby szczęśliwe i zadowolone z własnego życia osobistego. Zdecydowane zadowolenie deklarowało 55% ankietowanych, a umiarkowane (odpowiedzi „raczej tak”) 37% respondentów. Za ledwie 5% studentów nie potrafiło ocenić swojego zadowolenia z życia osobistego, a jedynie 3% przyznało, że życie osobiste raczej ich nie satysfakcjonuje.

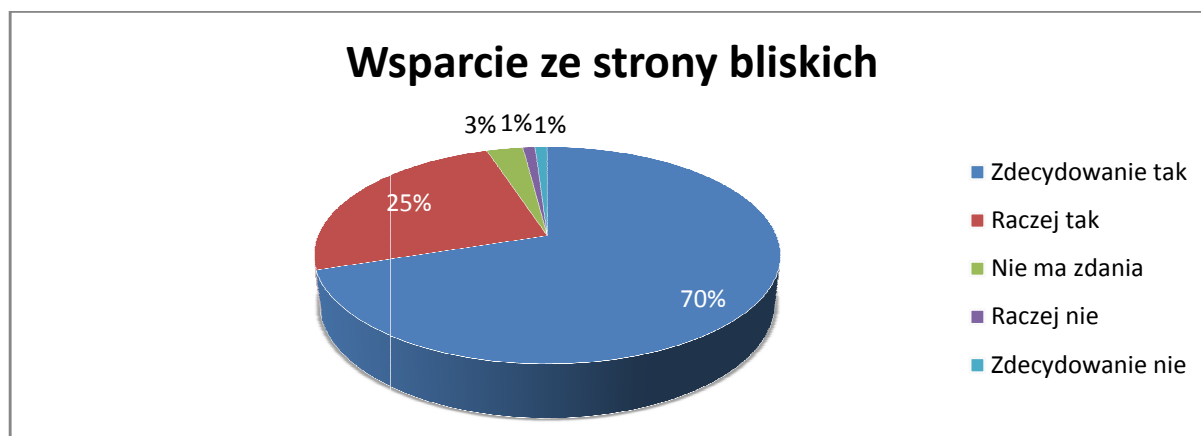
Wykres 78. Zadowolenie z życia osobistego a wiek badanych



Źródło: badania własne

We wszystkich kategoriach wiekowych studenci najczęściej byli zadowoleni ze swojego życia osobistego. Odsetek ten kształtował się od 87% wśród ankietowanych w wieku 21-22 lata, do aż 97% wśród respondentów w wieku 23-24 lata. Brak zdania w kwestii zadowolenia z życia osobistego stosunkowo najczęściej deklarowany był przez najstarszych studentów – uważało tak 14% z nich, natomiast brak satysfakcji w tym aspekcie życia stosunkowo najczęściej pojawiał się wśród respondentów w wieku 21-22 lata (7%).

Wykres 79. Odczuwane wsparcie ze strony bliskich

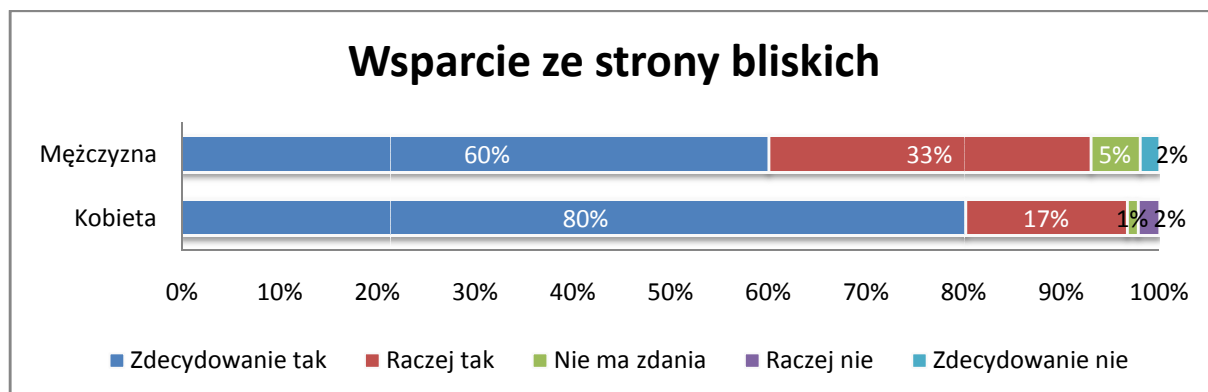


Źródło: badania własne

Studenci zapytani o posiadane wsparcie ze strony bliskich osób w 95% wskazali, że w trudnej sytuacji mogą liczyć na pomoc innych osób: rodziny lub znajomych. To bardzo pozytywny wynik, świadczący o istnieniu silnych więzi nieformalnych, więzi osobistych

między członkami rodzin i znajomymi. Pozostałe odpowiedzi uzyskały marginalne odsetki wskazań.

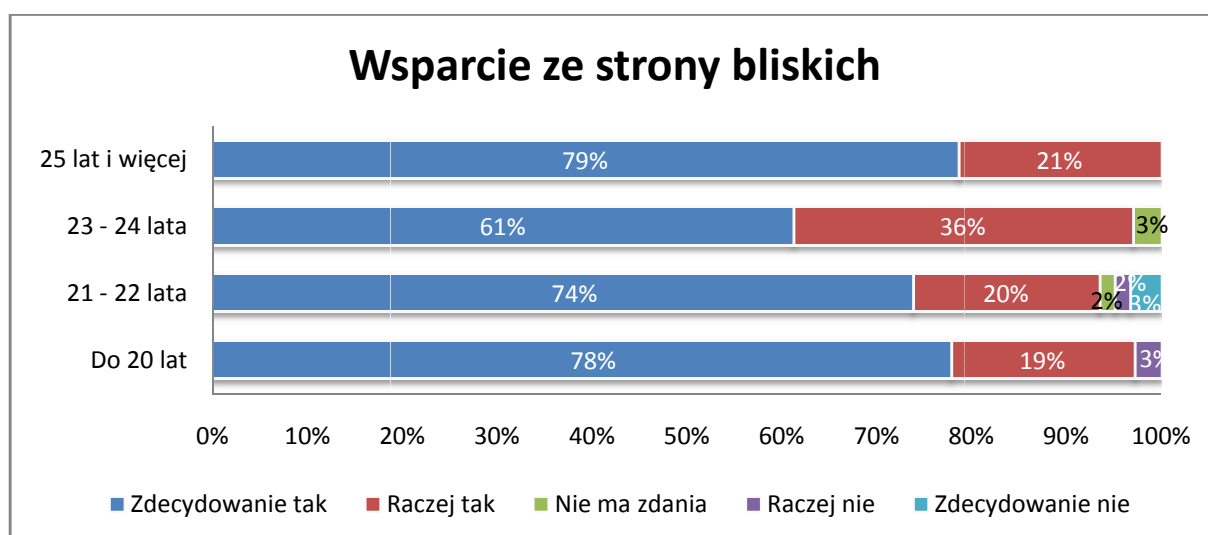
Wykres 80. Odczuwane wsparcie ze strony bliskich a płeć badanych.



Źródło: badania własne

Płeć nie warunkowała poziomu odczuwania wsparcia ze strony bliskich i znajomych. Na pomoc ze strony bliskich, w trudnej sytuacji mogło liczyć 97% studentek i 93% studentów. Różnicę można było zaobserwować jedynie w stopniu pewności ankietowanych odnośnie posiadania tej pomocy. Wśród kobiet, aż 80% wskazało odpowiedź „zdecydowanie tak”, podczas gdy dla mężczyzn odsetek ten, choć również wysoki, był jednak nieco niższy niż w przypadku kobiet i wynosił 60%.

Wykres 81. Odczuwane wsparcie ze strony bliskich a wiek badanych

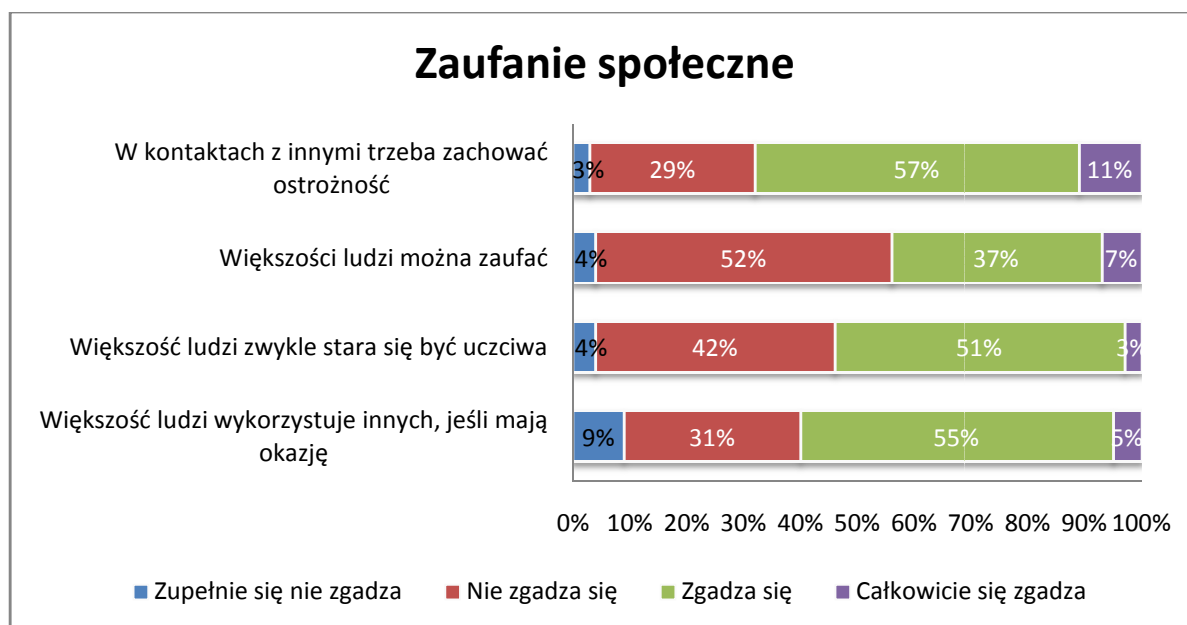


Źródło: badania własne

Zdecydowana większość studentów wszystkich kategorii wiekowych deklarowała posiadanie wsparcia ze strony bliskich. Odsetki te kształtowały się od 84% (respondenci w wieku 21-22 lata) aż do 100% (ankietowani w wieku 25 i więcej lat). Podobnie jednak jak w przypadku płci, można było obserwować różnice jakościowe w odczuwaniu wsparcia osób bliskich w trudnej sytuacji. Odpowiedzi „zdecydowanie tak” najczęściej wskazywane były przez studentów w wieku 25 i więcej lat (79%), stosunkowo najrzadziej zaś przez ankietowanych w wieku 23-24 lata (61%).

2.6 Poziom zaufania społecznego

Wykres 82. Poziom zaufania społecznego

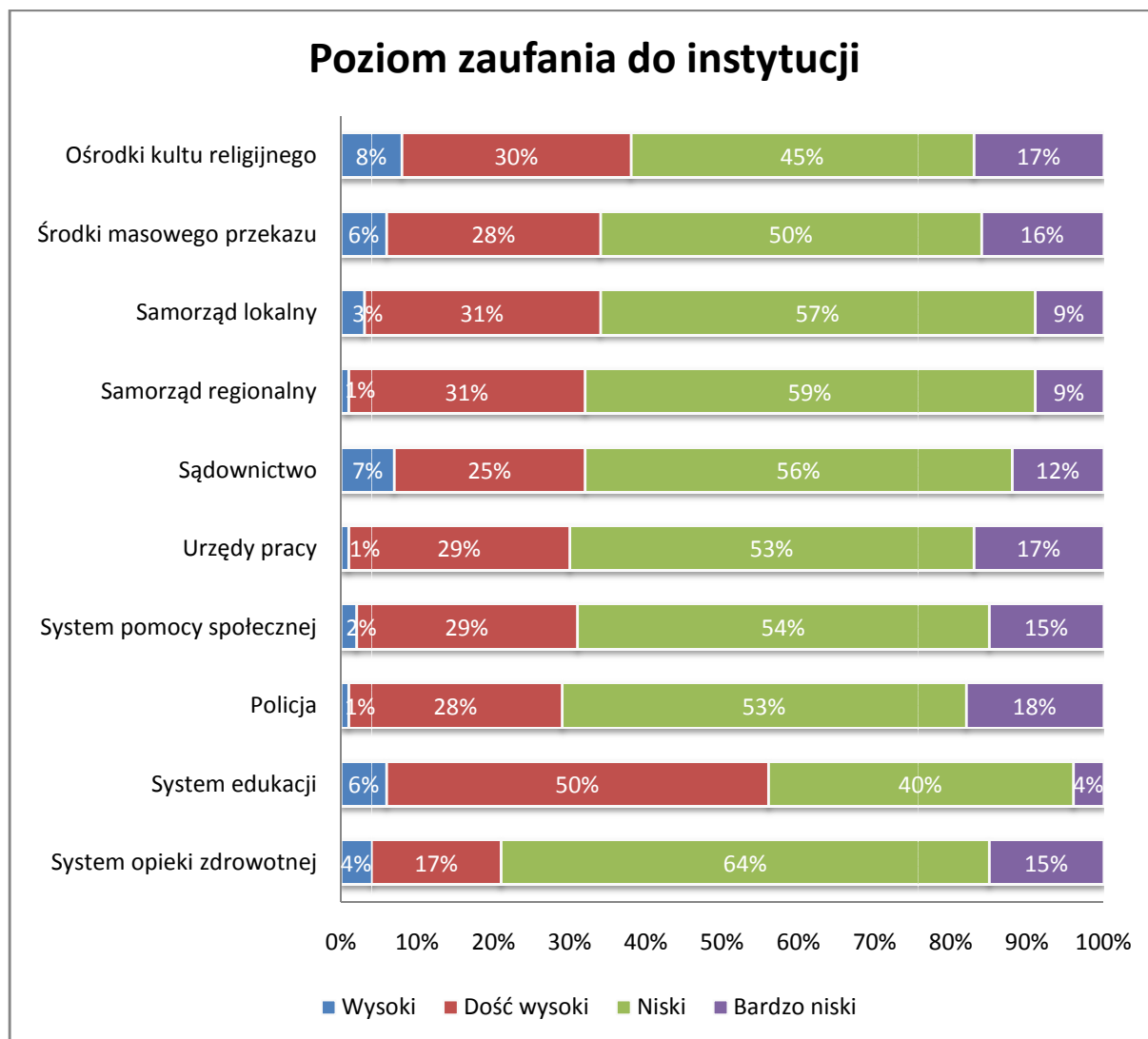


Źródło: badania własne

W kolejnej części wywiadu respondenci zostali poproszeni o ustosunkowanie się do podanych stwierdzeń, oceniających ich poziom ogólnego zaufania społecznego. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi można zauważyć, iż studenci mieli raczej ograniczone zaufanie społeczne – aż 68% z nich uważało, że w kontaktach z innymi ludźmi należy zachować ostrożność, a 60% było zdania, iż większość ludzi wykorzystuje innych, jeśli mają ku temu okazję. Jednocześnie 54% ankietowanych przyznało, że większość ludzi stara się być uczciwa (ale 42% było odmiennego zdania), a tylko 43% badanych uważało, że większości ludzi można zaufać (ale 52% respondentów nie zgadzało się z tym stwierdzeniem). Z uzyskanych

wyników można wnioskować, że szczecińscy studenci mieli zaufanie do innych ludzi, choć do kontaktów z innymi ludźmi podchodzili z ostrożnością.

Wykres 83. Poziom zaufania do instytucji

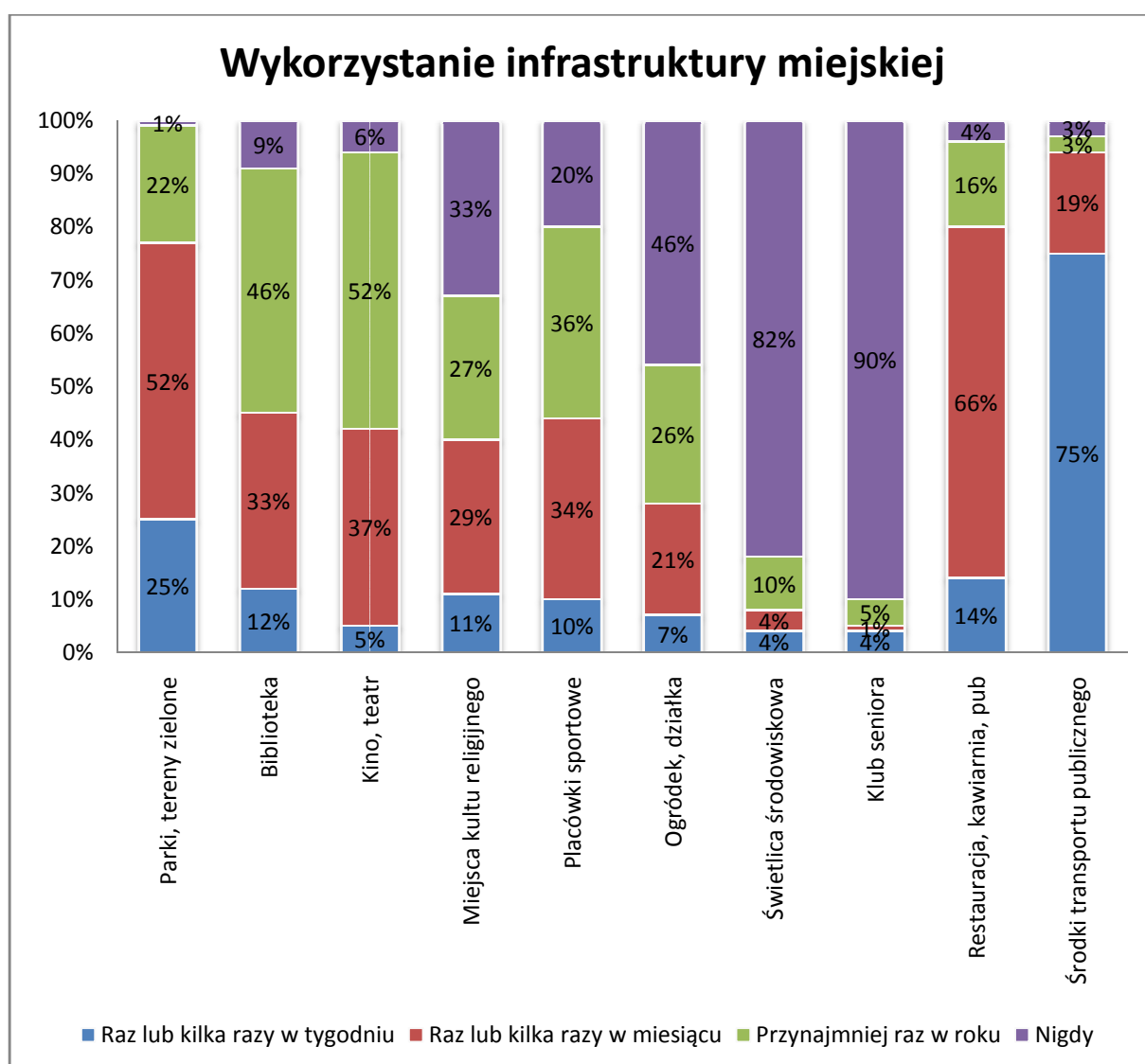


Źródło: badania własne

Kolejne pytanie dotyczyło oceny stopnia zaufania respondentów wobec niektórych instytucji publicznych. Ankietowani mieli za zadanie ocenić poziom swojego zaufania do poszczególnych instytucji w czterostopniowej skali, w zakresie od „wysoki” do „bardzo niski”. Wyniki wyraźnie wskazały, że studenci szczecińscy nie wykazali dużego zaufania do instytucji publicznych. Jedyną, która uzyskała najwięcej wskazań pozytywnych miał system edukacji do którego zaufanie deklarowało łącznie 56% respondentów. Wobec wszystkich innych, wymienionych w badaniu systemów i instytucji ankietowani najczęściej oceniali

swoje zaufanie jako niskie. Niestety, najwięcej respondentów jako niskie i bardzo niskie oceniło zaufanie do systemu opieki zdrowotnej – aż 79% ankietowanych sformułowało oceny niskie. Studenci wskazali też niski poziom zaufania do: policji (71%), urzędów pracy (70%), systemu pomocy społecznej (69%), sądownictwa (68%), samorządu terytorialnego (68%), samorządu lokalnego (66%) i środków masowego przekazu (66%). Drugą instytucją, która zdobyła najwięcej wysokich i dość wysokich ocen odnośnie zaufania studentów, były ośrodki kultu religijnego – ufało im 38% respondentów (przy czym aż 8%, i jest to najwyższy uzyskany wynik, określiło swoje zaufanie do instytucji religijnych jako wysokie).

Wykres 84. Wykorzystanie infrastruktury miejskiej

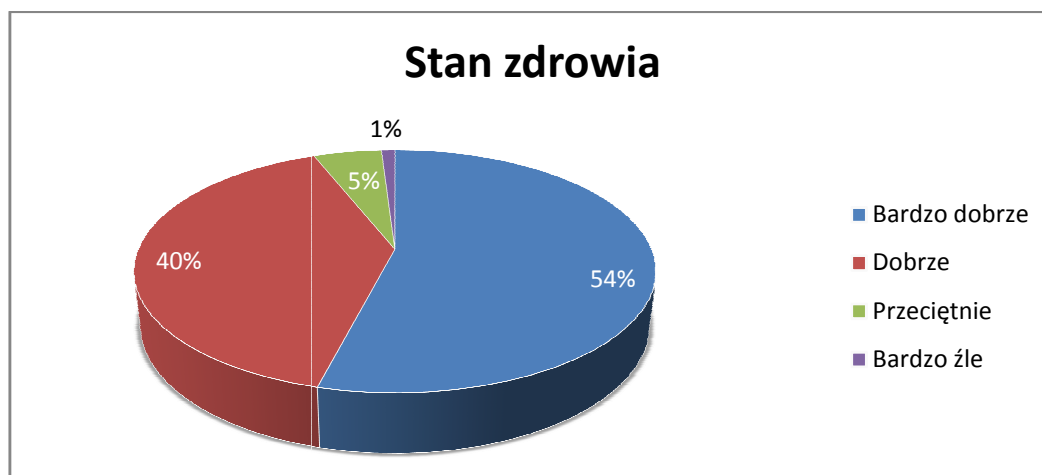


Źródło: badania własne

Respondenci zostali również zapytani o częstotliwość korzystania z infrastruktury miejskiej. Jak można było oczekiwać najczęściej młodzi ludzie korzystali przede wszystkim ze środków transportu publicznego – aż 75% ankietowanych korzystało z nich raz lub kilka razy w tygodniu. Z podobną częstotliwością co czwarty ankietowany korzystał z parków i terenów zielonych, kolejne 52% respondentów pojawiało się w nich raz lub kilka razy w miesiącu. W restauracjach, kawiarniach, pubach przynajmniej raz w tygodniu przebywało 14% studentów, ale aż 66% czyniło to przynajmniej raz w miesiącu. Z kolei w bibliotece przynajmniej raz w tygodniu bywało 12% studentów, w ośrodkach kultu religijnego – 11%, zaś w ośrodkach sportowych – co dziesiąty ankietowany. Kino i teatr studenci odwiedzali najczęściej raz w roku – deklarowało tak 52% badanych. Obiektami, z których studenci korzystali najrzadziej były kluby seniora (90%), świetlice środowiskowe (82%) oraz ogródki i działki (nigdy nie korzystało z nich 46% badanych).

2.7 Samoocena stanu zdrowia

Wykres 85. Samoocena stanu zdrowia

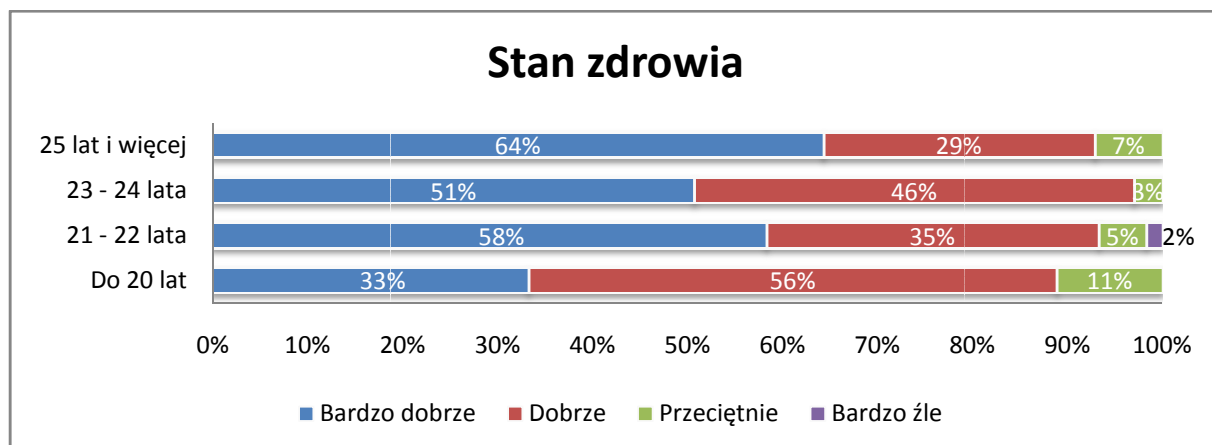


Źródło: badania własne

Studenci szczecińskich uczelni ocenili swoje zdrowie bardzo wysoko. Aż 56% respondentów oceniło swój ogólny stan zdrowia jako bardzo dobry, a kolejne 40% - jako dobry. Odsetki pozostałych wskazań były marginalne, 5% ankietowanych uznało swoje zdrowie za przeciętne, a 1% za bardzo złe.

Płeć w nieznacznym stopniu wpływała na ocenę stanu zdrowia. 96% mężczyzn sformułowało oceny pozytywne, natomiast wśród kobiet odsetek ten kształtował się na poziomie 92%. Nieznaczna różnica była w intensywności pozytywnych ocen: wskazań „bardzo dobre” wybrało aż 59% studentów i tylko 48% studentek.

Wykres 86. Samoocena stanu zdrowia a wiek badanych



Źródło: badania własne

Niezależnie od wieku, respondenci w zdecydowanej większości ocenili stan swojego zdrowia jak dobry i bardzo dobry. Najwięcej pozytywnych ocen sformułowali studenci w wieku 23-24 lata (97% wskazań), najmniej – najmłodsi ankietowani (89%). Osoby do 20 lat stosunkowo najczęściej swoje zdrowie oceniały jako przeciętne (11%) i również najrzadziej deklarowały bardzo dobre oceny (co trzeci student w wieku do 20 lat).

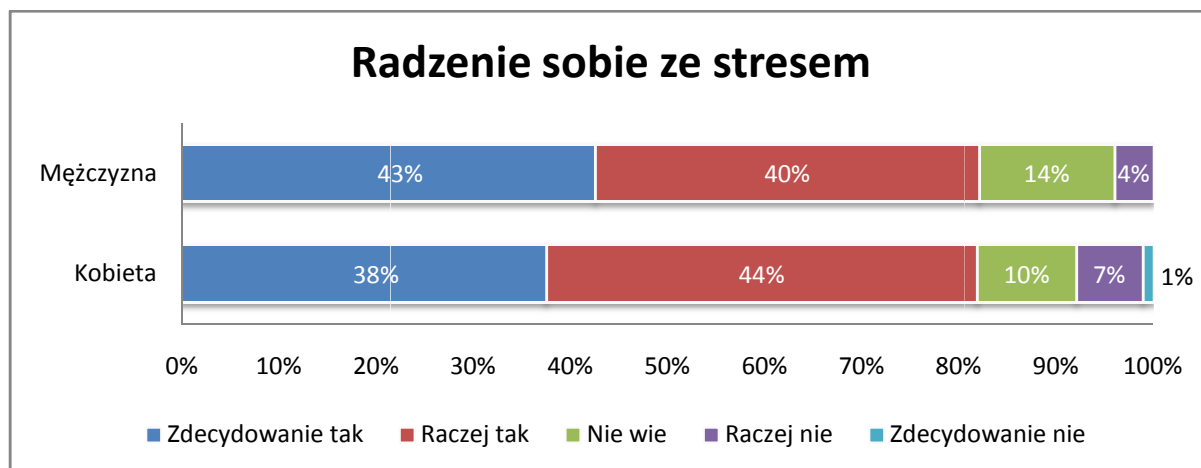
Wykres 87. Umiejętność radzenia sobie ze stresem



Źródło: badania własne

Studenci również zostali zapytani, czy potrafią sobie radzić ze stresem życia codziennego. Wyniki są optymistyczne – 81% studentów deklaroowało, że „zdecydowanie tak” i „raczej tak”. Zdanie, że „nie” i „raczej nie” wyraziło jedynie 6% ankietowanych, przy czym 13% respondentów nigdy nie zastanawiało się nad tym problemem.

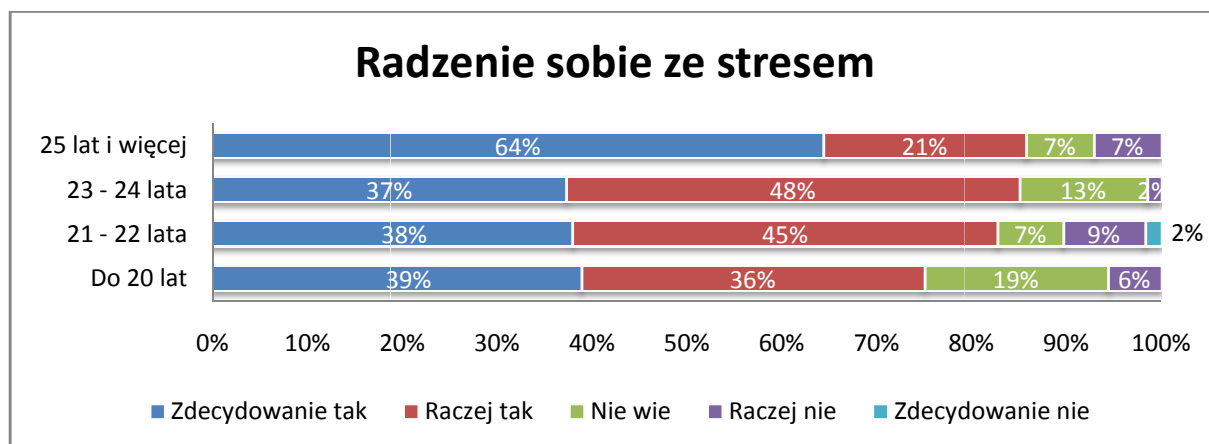
Wykres 88. Umiejętność radzenia sobie ze stresem a płeć badanych



Źródło: badania własne

Badanie pokazało, że płeć nie wpływała na umiejętności radzenia sobie ze stresem. Posiadanie umiejętności w tym zakresie deklaroowało 82% studentek i 83% studentów. Nie radziły sobie ze stresem nieco częściej kobiety niż mężczyźni (8% wobec 4%). Co dziesiąta kobieta przyznała, że nie zastanawiała się nad posiadanymi umiejętnościami radzenia sobie ze stresem w życiu codziennym (wśród mężczyzn było to 14%).

Wykres 89. Umiejętność radzenia sobie ze stresem a wiek badanych



Źródło: badania własne

We wszystkich kategoriach wiekowych dominowały odpowiedzi świadczące o posiadaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem a wraz z wiekiem umiejętność ta zwiększała się. Wśród respondentów mających do 20 lat 75% deklarowało, że radzi sobie z codziennym stresem. Dla respondentów mających 25 i więcej lat odsetek ten wzrósł do 85%. Znaczną różnicę zaobserwowano w odpowiedzi „zdecydowanie tak” – takie przeświadczenie miało 37% ankietowanych w wieku 23-24 lata i aż 64% studentów starszych.

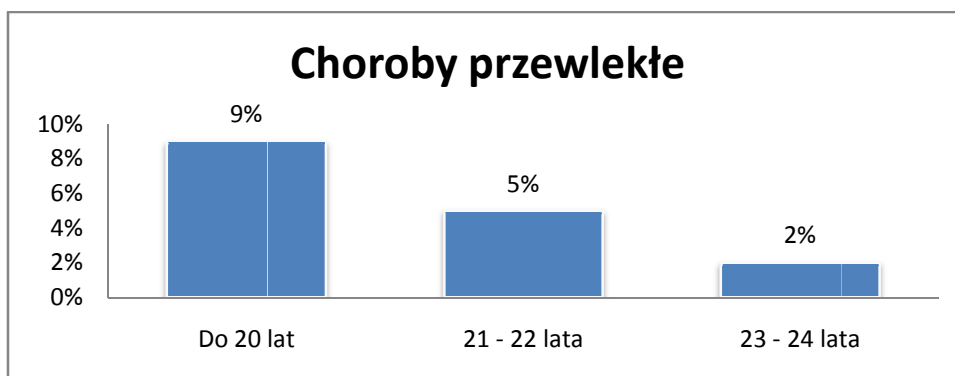
Wykres 90. Zapadanie na choroby przewlekłe.



Źródło: badania własne

Studenci szczecińscy w ogromnej większości nie cierpieli na żadne choroby przewlekłe. Zgodnie z deklaracjami ankietowanych zaledwie 4% z nich leczyło się przewlekłe. Wśród chorób, w badaniu, wymienione były: anemia, astma, niedoczynność i nadczynność tarczycy. Choroby przewlekłe częściej dotyczyły kobiet. Chorowało 6% studentek i 2% studentów.

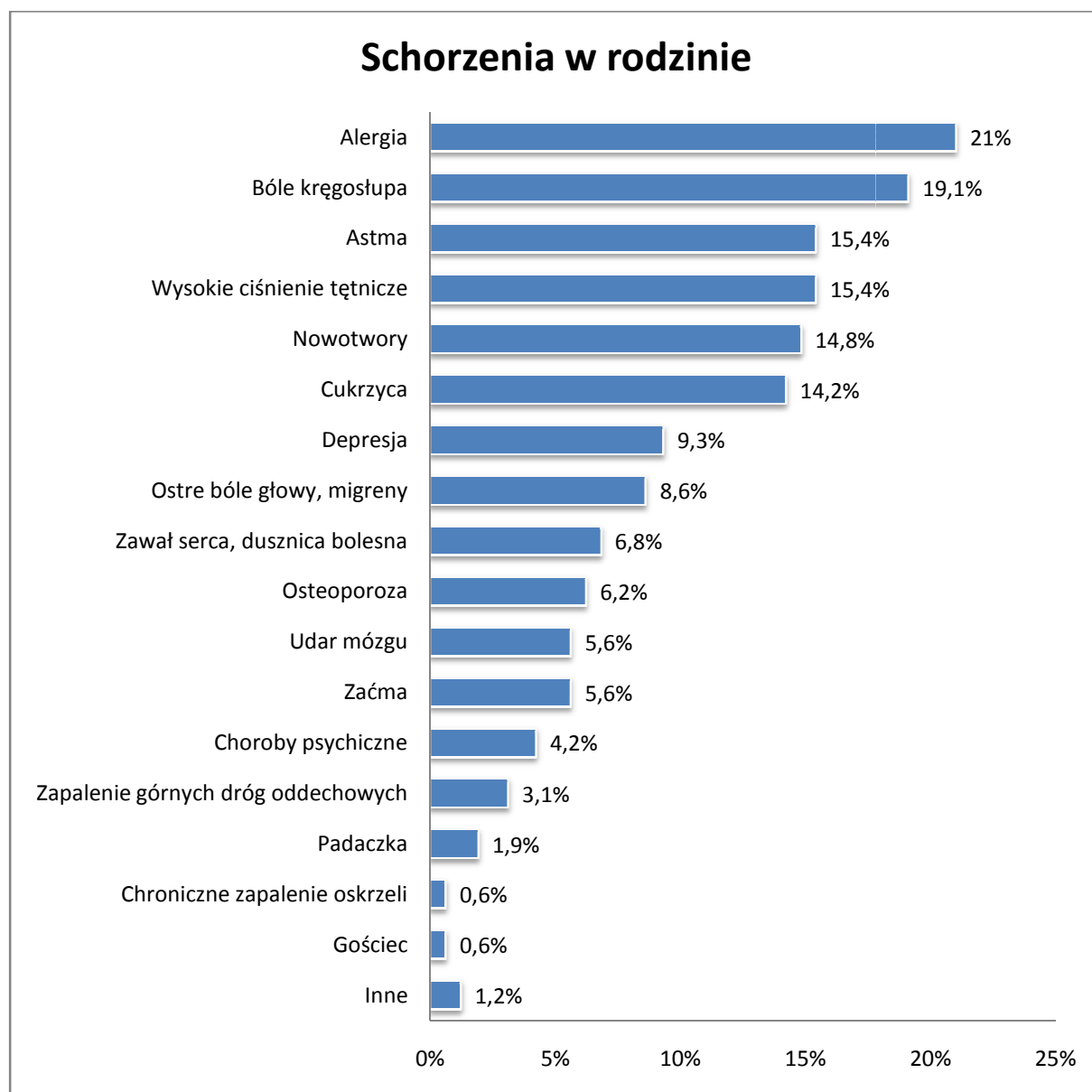
Wykres 91. Zapadanie na choroby przewlekłe a wiek badanych



Źródło: badania własne

Występowanie chorób przewlekłych związane było z wiekiem – częściej chorowali młodszy studenci. Na aktualne leczenie się na choroby przewlekłe wskazywał co dziesiąty student mający do 20 lat, 5% ankietowanych w wieku 21-22 lata i 2% respondentów w wieku 23-24 lata. Choroby przewlekłe zupełnie nie pojawiały się w najstarszej kategorii wiekowej studentów.

Wykres 92. Schorzenia występujące w najbliższej rodzinie badanych

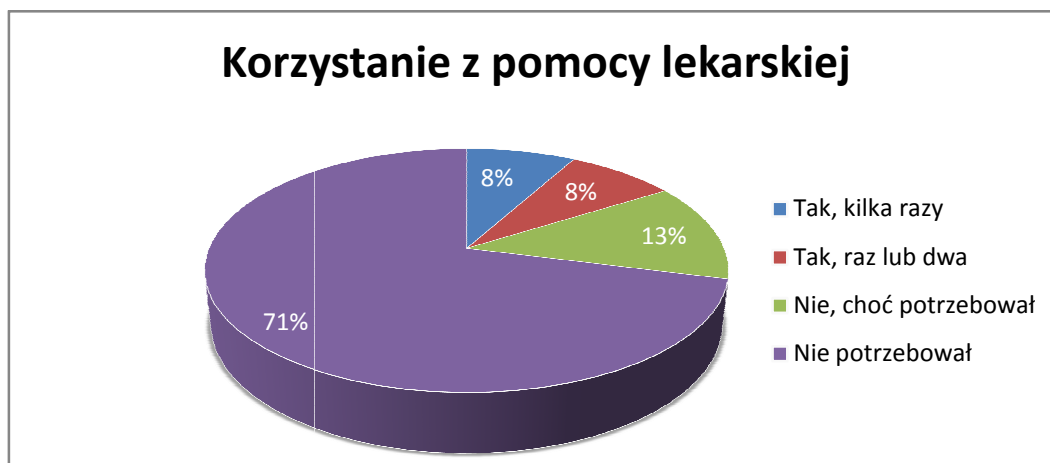


Źródło: badania własne

Respondenci zostali również zapytani o schorzenia występujące w ich najbliższej rodzinie (rodzice, dzieci, rodzeństwo). Najczęściej występującymi schorzeniami były alergie

i bóle kręgosłupa. Astma, wysokie ciśnienie tętnicze oraz nowotwory i cukrzyca były obecne w ok. 15% rodzin respondentów. Rzadziej pojawiały się depresja i migrena (po 9%), zawał serca (7%), osteoporoza, udar mózgu czy zaćma (po 6%). Pozostałe rodzaje chorób uzyskały odsetek wskazań mniejszy od 5%.

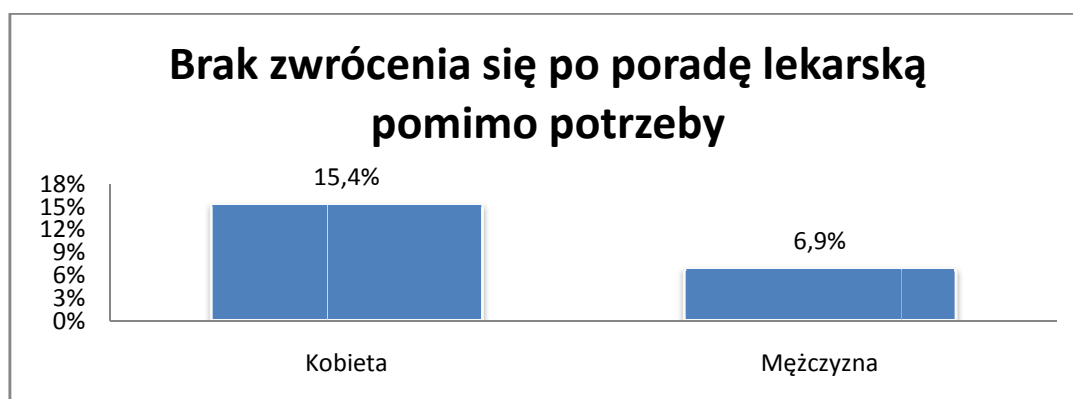
Wykres 93. Korzystanie z pomocy lekarskiej



Źródło: badania własne

Odpowiedzi na kolejne pytanie powtórnie wskazują na ogólnie dobry stan zdrowia badanych studentów. 71% z nich w ostatnich 6 miesiącach nie potrzebowało pomocy lekarskiej. Tylko 16% skorzystało z porady lekarskiej w okresie ostatniego półrocza, a 13% nie zwróciło się o pomoc do lekarza, chociaż jej potrzebowało. Kilka razy w roku respondentom udzielano porady lekarza ginekologa (3 wskazania), rodzinnego, okulisty (po 2 wskazania), chirurga, dermatologa, onkologa, ortopedy oraz alergologa (po 1 wskazaniu). Natomiast wizyty raz lub dwa razy w roku obejmowały: lekarza rodzinnego (4 wskazania), endokrynologa, ginekologa (2 wskazania) oraz dermatologa, diabetologa i ortopedę (po 1 wskazaniu).

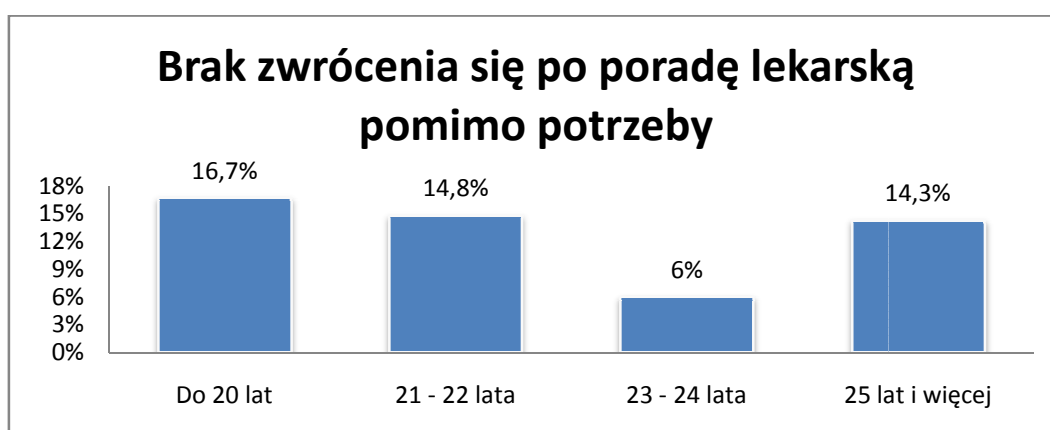
Wykres 94. Brak zwrócenia się po poradę lekarską pomimo potrzeby a płeć badanych



Źródło: badania własne

Płeć różnicuje sytuację braku zwrócenia się po poradę lekarską mimo potrzeby. Wśród kobiet odsetek takich osób wynosił 15%, natomiast wśród mężczyzn – 7%.

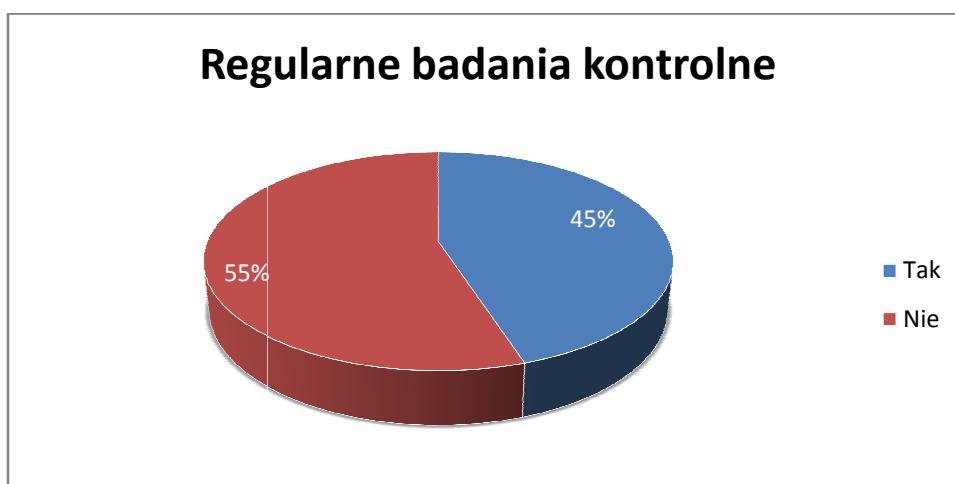
Wykres 95. Brak zwrócenia się po poradę lekarską pomimo potrzeby a wiek badanych



Źródło: badania własne

Trudno było zaobserwować zależność między wiekiem respondentów a brakiem zwrócenia się po pomoc do lekarza pomimo potrzeby. Można jedynie powiedzieć, że sytuacja taka stosunkowo najczęściej miała miejsce w przypadku najmłodszych ankietowanych (17%), a najrzadziej wśród respondentów w wieku 23-24 lata (6%).

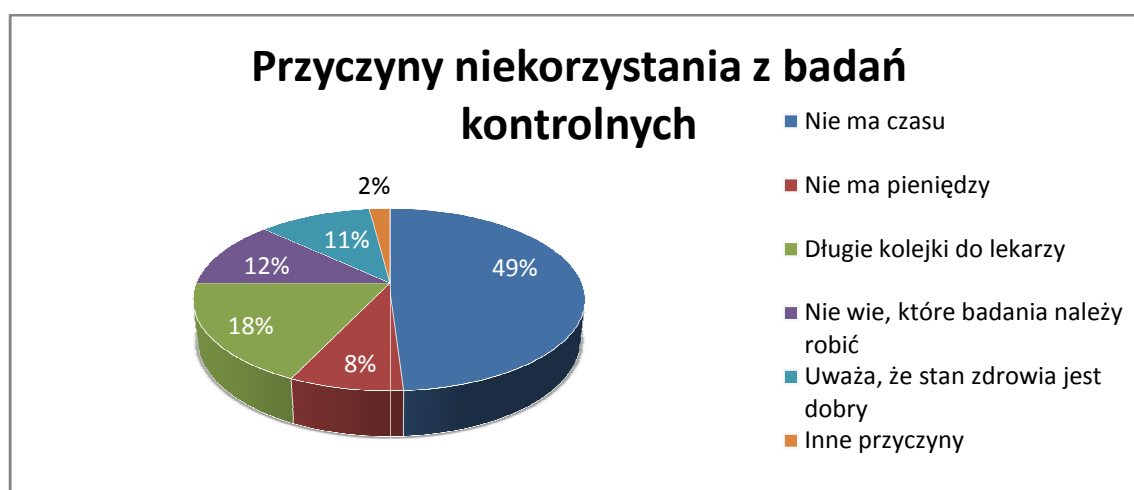
Wykres 96. Regularne wykonywanie badań kontrolnych



Źródło: badania własne

Regularnym badaniom kontrolnym poddawało się 45% ankietowanych. Pozostali ankietowani (55%) badań kontrolnych nie wykonywali w ogóle lub też wykonywali je sporadycznie. Badania kontrolne nieco częściej wykonywali mężczyźni niż kobiety. Wśród studentów odsetek osób deklarujących regularne badania kształtował się na poziomie 48,5%, natomiast wśród studentek – na poziomie 41%. Wiek wpływał na częstotliwość wykonywania regularnych badań kontrolnych. W młodszych kategoriach wiekowych odsetek takich osób nie przekraczał 42%. Natomiast wśród studentów mających 25 i więcej lat aż 75% regularnie poddawało się badaniom kontrolnym.

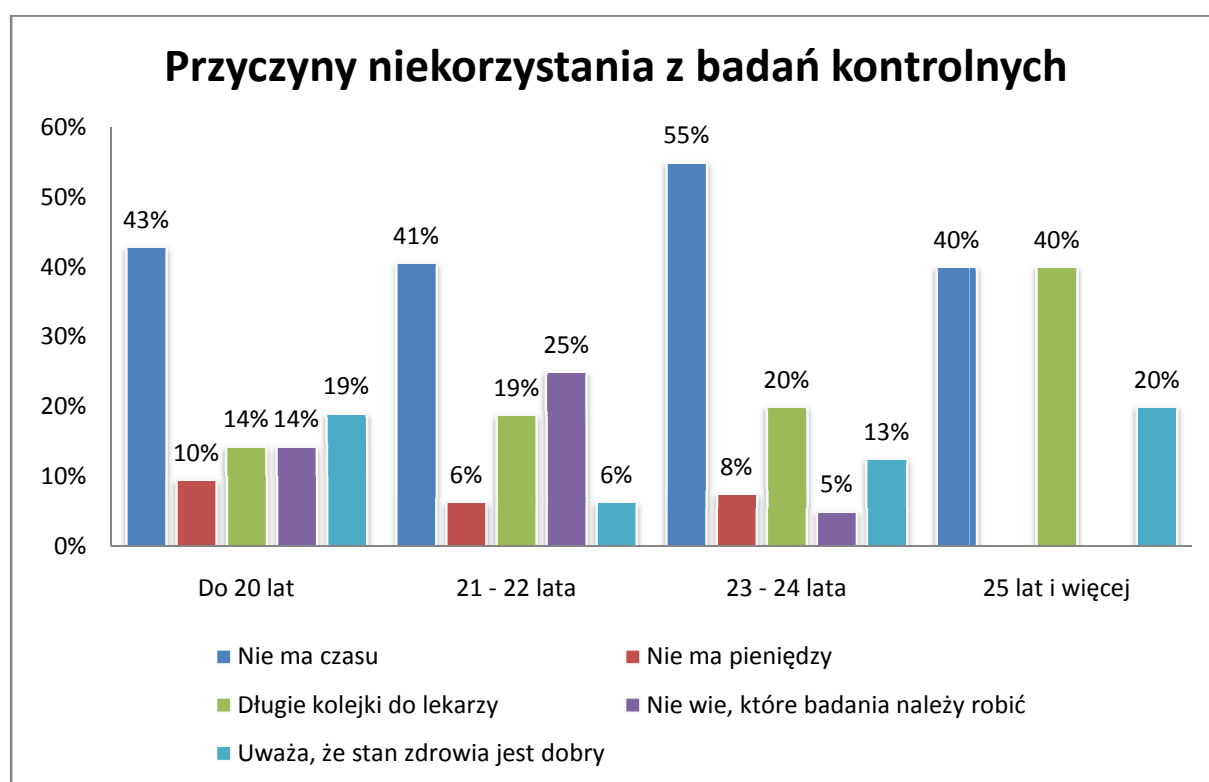
Wykres 97. Przyczyny niewykonywania regularnych badań kontrolnych.



Źródło: badania własne

Niemal co drugi student niekorzystający z badań kontrolnych (49%) tłumaczył to brakiem czasu. 18% ankietowanych zniechęcały długie kolejki do lekarzy, a 12% nie dysponowało wiedzą z zakresu koniecznych do wykonania badań. Warto zauważyć, iż 11% studentów nie korzystało z badań kontrolnych uważając swój stan zdrowia za dobry, a 8% tłumaczyło się brakiem środków finansowych. Płeć w istotny sposób nie różnicowała przyczyn niepoddawaniu się badaniom kontrolnym. Zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet najczęściej stosowanym argumentem był brak czasu, a następnie zniechęcenie wywołane długimi kolejkami do lekarzy.

Wykres 98. Przyczyny niewykonywania regularnych badań kontrolnych a wiek badanych



Źródło: badania własne

Brak czasu również był najczęstszą przyczyną niewykonywania badań kontrolnych we wszystkich grupach wiekowych respondentów. Odsetki takich wskazań wahały się od 40% (kategoria wiekowa 25 i więcej lat) do 55% (kategoria wiekowa 23-24 lata). Najstarsi respondenci równie często jak brakiem czasu tłumaczyli się długimi kolejkami do lekarzy, podczas gdy w pozostałych kategoriach wiekowych odsetek ten był znacznie niższy (14% wśród osób do 20 lat).

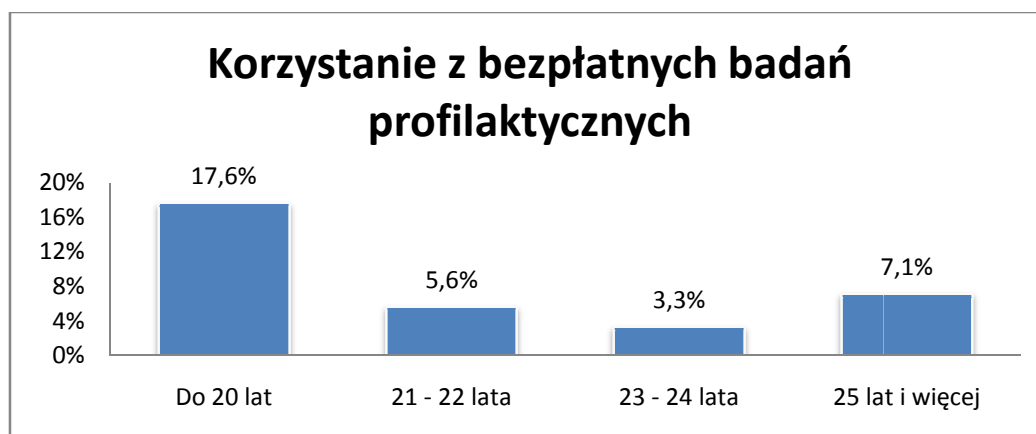
Wykres 99. Korzystanie z bezpłatnych badań profilaktycznych



Źródło: badania własne

Kolejne pytanie może świadczyć o tym, iż ograniczenia finansowe nie były barierą w realizacji badań profilaktycznych. Aż 93% respondentów nie korzystało z bezpłatnych badań prowadzonych w ramach akcji profilaktycznych. Niewielki odsetek korzystał z badań cytologicznych, mammografii, morfologii, USG oraz innych dostępnych. Podobnie jak w przypadku badań kontrolnych, z bezpłatnych badań w ramach akcji profilaktycznych nieznacznie częściej korzystali mężczyźni. Odsetek tak deklarujących studentów wynosił 9%, natomiast wśród studentek – 6%.

Wykres 100. Korzystanie z bezpłatnych badań profilaktycznych a wiek badanych



Źródło: badania własne

O ile w przypadku badań kontrolnych odsetek korzystających wyraźnie wzrósł w starszej kategorii wiekowej, o tyle w przypadku bezpłatnych badań profilaktycznych nie stwierdzono takiej tendencji. Najczęściej korzystali z nich respondenci mający do 20 lat

(18%). Dla pozostałych kategorii wiekowych odsetki podobnych zachowań nie przekraczały kilku procent.

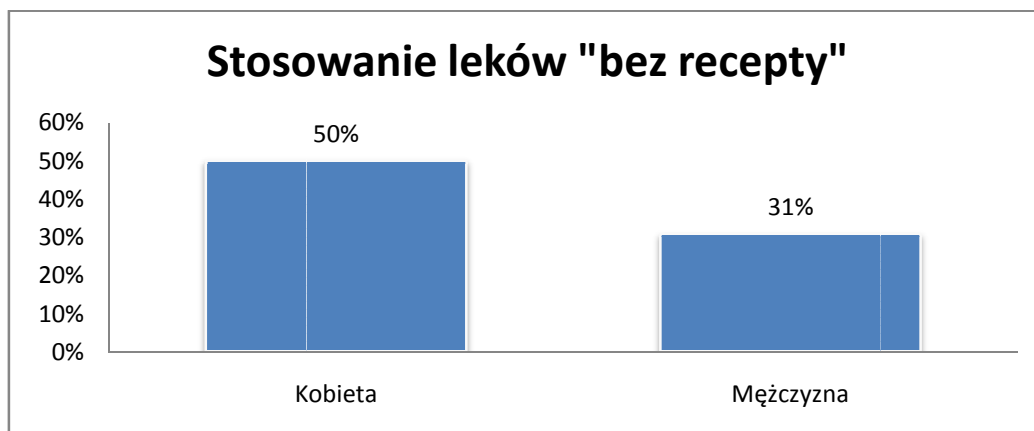
Wykres 101. Stosowanie leków bez wskazania lekarskiego



Źródło: badania własne

Kolejne pytanie związane ze stanem zdrowia populacji szczecińskich studentów było przyjmowanie leków bez recepty. W ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie leki bez recepty zażywało czterech na dziesięciu studentów (40%).

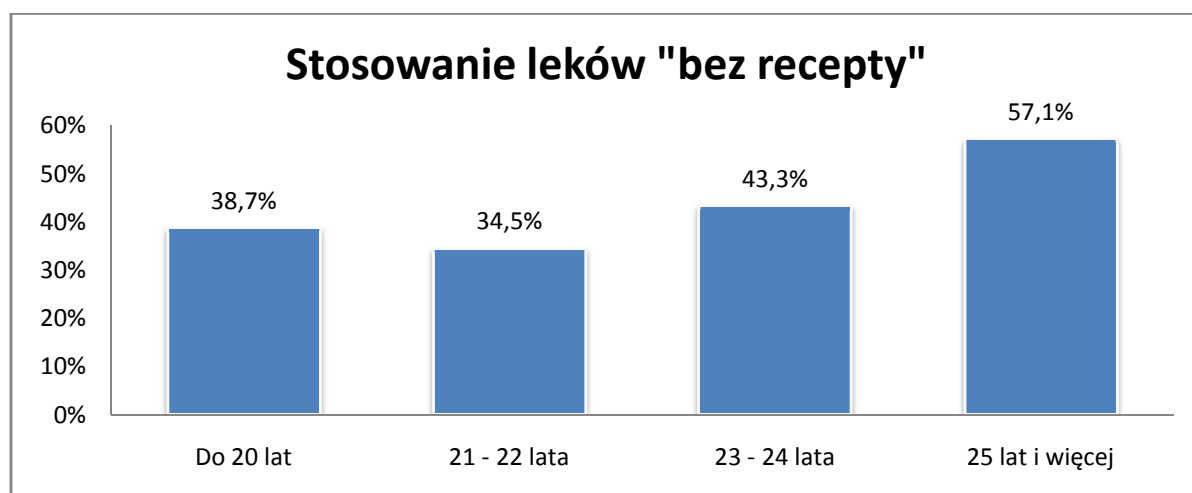
Wykres 102. Stosowanie leków bez wskazania lekarskiego a płeć badanych



Źródło: badania własne

W okresie 2 tygodni przed badaniem ankietowym - po leki bez recepty sięgnęła co druga studentka. W tym samym czasie leki bez recepty stosowało 31% studentów.

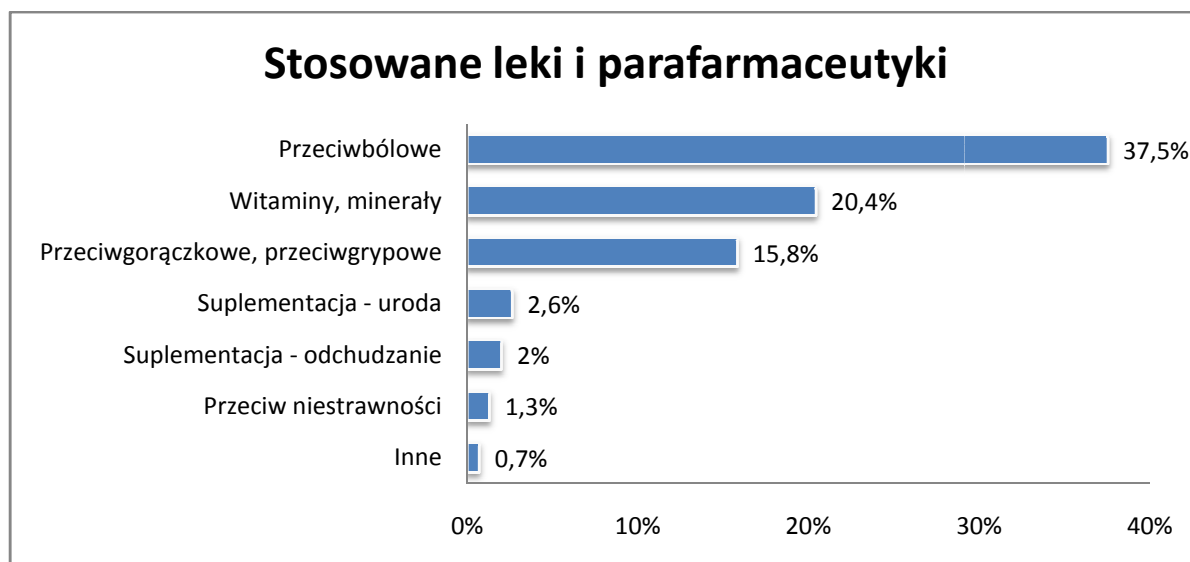
Wykres 103. Stosowanie leków bez wskazania lekarskiego a wiek badanych



Źródło: badania własne

Na podstawie wyników badania można powiedzieć, że nie tylko płeć, ale i wiek warunkuje częstsze sięganie po leki bez recepty. Wśród respondentów w wieku 21-22 lata spożywało je 34,5% ankietowanych, natomiast wśród najstarszych uczestników badania w okresie 2 poprzedzających je tygodni po leki bez recepty sięgnęło już ponad 57% ankietowanych.

Wykres 104. Stosowane leki i parafarmaceutyki

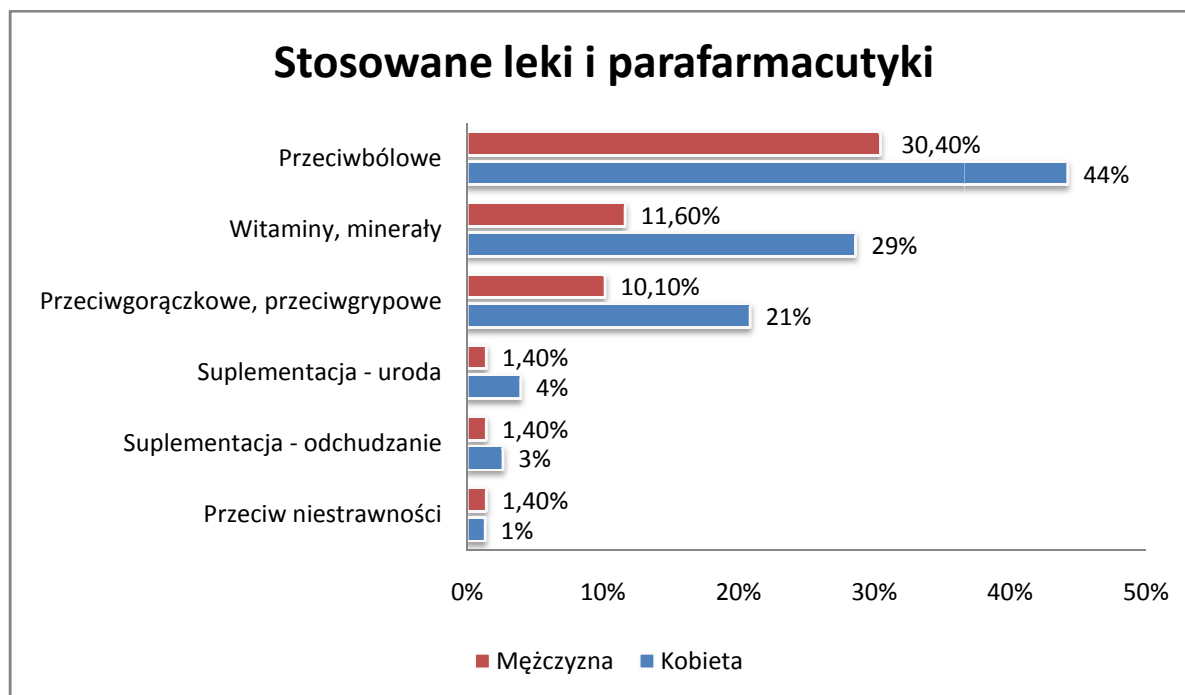


Źródło: badania własne

Jak można było się spodziewać, najczęściej stosowanymi lekami bez recepty były środki przeciwbólowe – sięgało po nie 37,5% respondentów. Co piąty ankietowany

zażywający leki bez recepty i parafarmaceutyki wybierał witaminy i minerały. Prawie 16% badanych spożywało leki przeciwgorączkowe i przeciwgrypowe. Co interesujące, marginalny odsetek uczestników badania sięgał po suplementy urody i odchudzania oraz po leki przeciw niestrawności. Inne leki, które przyjmowali młodzi ludzie, były lekami przeciwalergicznymi.

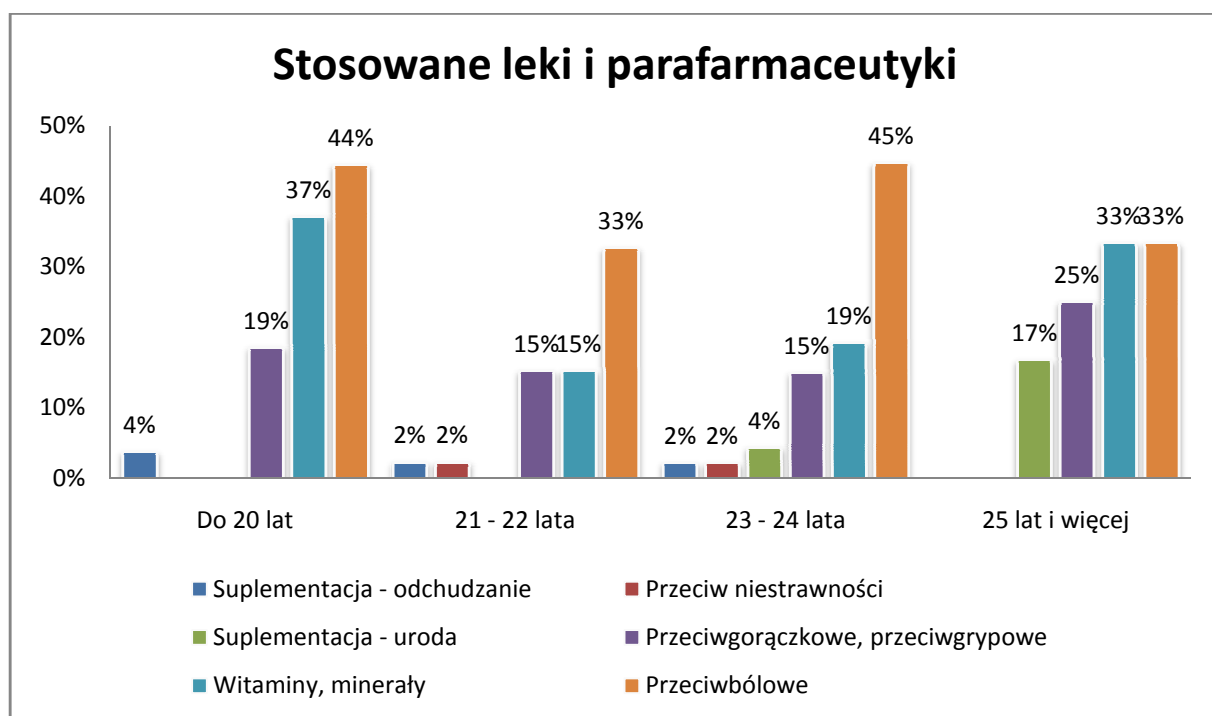
Wykres 105. Stosowane leki i parafarmaceutyki a płeć badanych



Źródło: badania własne

Dekompozycja respondentów ze względu na płeć potwierdziła, iż kobiety zdecydowanie częściej sięgały po wszystkie rodzaje leków bez recepty i parafarmaceutyków. Aż 44% spożywało w okresie 2 tygodni przez badaniem ankietowym leki przeciwbólowe, 29% - witaminy i minerały, a 21% leki przeciwgorączkowe i przeciwgrypowe. Dla mężczyzn odsetki te były znacznie niższe i kształtowały się na poziomie odpowiednio: 30%, 12% i 10%. Również w przypadku spożywania suplementów urody i środków wpływających na przyspieszenie procesu odchudzania częstsze były deklaracje kobiet niż mężczyzn. Jednakże różnice te nie były istotne statystycznie.

Wykres 106. Stosowane leki i parafarmaceutyki a wiek badanych



Źródło: badania własne

Nie zaobserwowano korelacji pomiędzy stosowanymi lekami bez recepty parafarmaceutykami a wiekiem respondentów. We wszystkich grupach wiekowych ankietowani najczęściej sięgali po leki przeciwbólowe. Jedynie respondenci mający 25 i więcej lat, równie często co po leki przeciwbólowe przyjmowali witaminy i minerały (po 33% wskazań).

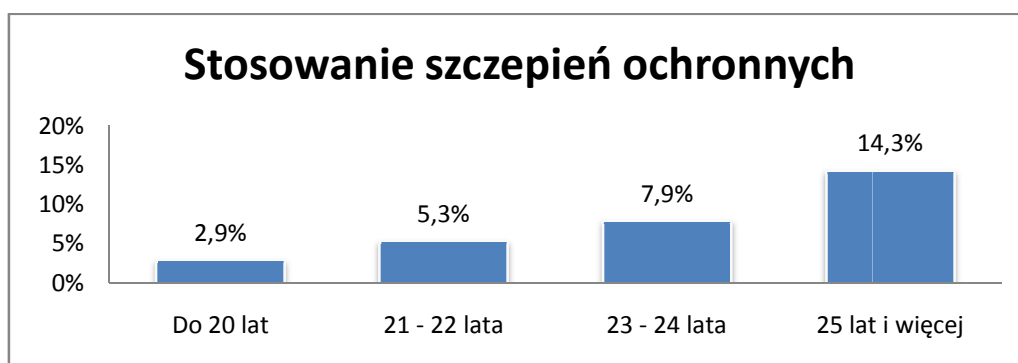
Wykres 107. Stosowanie szczepień ochronnych



Źródło: badania własne

Kolejne pytanie dotyczyło konkretnego zachowania zdrowotnego, jakim jest poddawanie się szczepieniom ochronnym. Występowanie takich zachowań miało miejsce w przypadku tylko 6% ankietowanych studentów. Badani deklarowali wykonywanie szczepień jedynie przeciw grypie. Różnica pomiędzy odsetkiem kobiet i mężczyzn stosujących szczepienia ochronne nie była znaczna i wyniosła niespełna 2%. Wśród studentek odsetek odpowiedzi twierdzących wyniósł 6,9%, natomiast wśród studentów było to 5,3% wskazań.

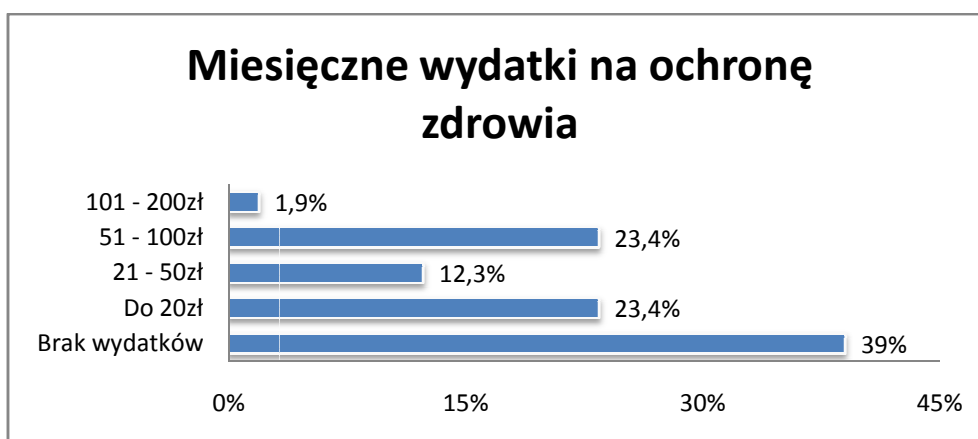
Wykres 108. Stosowanie szczepień ochronnych a wiek badanych



Źródło: badania własne

Czynnikiem wpływającym na częstotliwość poddawania się szczepieniom ochronnym był wiek respondentów. Wraz z wiekiem rósł odsetek osób deklarujących ich wykonywanie. 3% respondentów mających do 20 lat, ale już 14% ankietowanych w wieku 25 i więcej lat poddawało się szczepieniom.

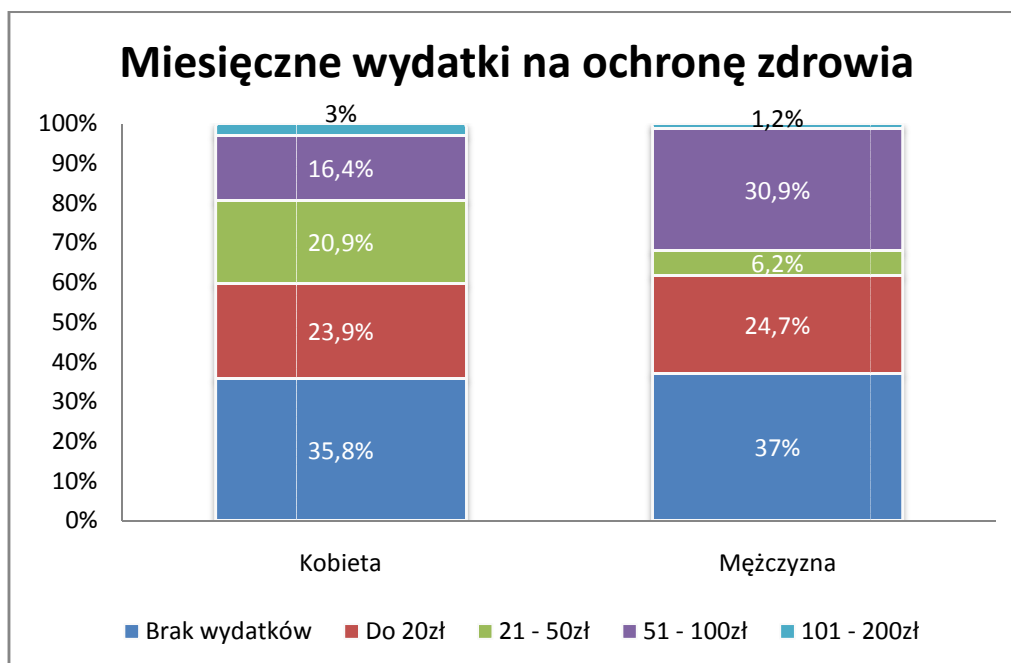
Wykres 109. Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia



Źródło: badania własne

Podsumowaniem zagadnień związanych ze zdrowiem respondentów było pytanie dotyczące średnich, miesięcznych wydatków na ochronę zdrowia. Odpowiedzi wskazywały, że ochrona zdrowia nie stanowiła większego obciążenia dla budżetu szczecińskich studentów. 39% respondentów deklarowało, że w ogóle nie ponosiła wydatków na ochronę zdrowia, po 23% ankietowanych na zdrowie przeznaczało w miesiącu do 20 zł oraz pomiędzy 51 zł a 100 zł, kolejne 12% wydawało na ten cel 21-50 zł.

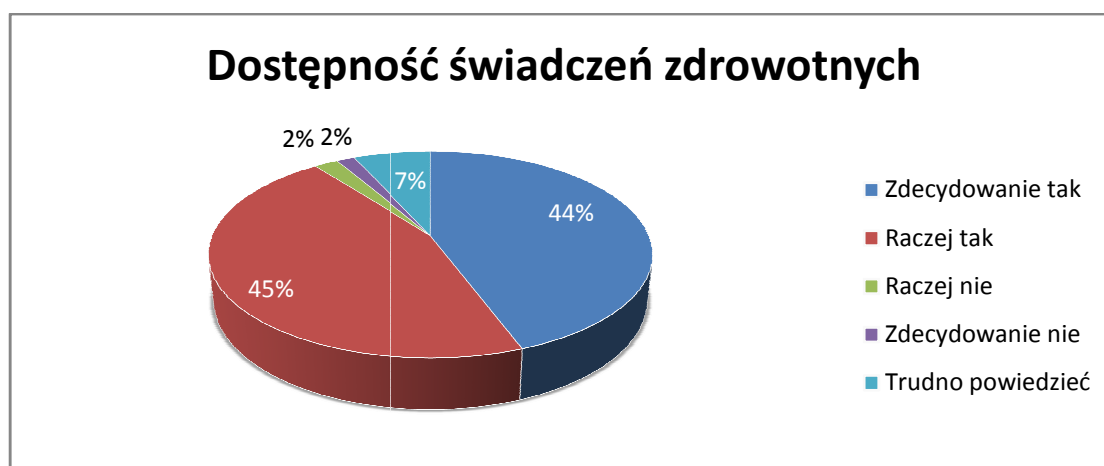
Wykres 110. Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia a płeć badanych



Źródło: badania własne

Zarówno kobiety, jak mężczyźni w podobnym odsetku wskazywali, że na ochronę zdrowia nie ponosili żadnych wydatków. Tak deklarowało 36% studentek i 37% studentów. Jeśli już wydatki na ochronę zdrowia się pojawiały, to kobiety przeważnie przeznaczały na ten cel do 20 zł (24%) lub 21- 50 zł (21%). Natomiast mężczyźni miesięcznie wydawali na ochronę zdrowia 51-100 zł (31%) lub do 20 zł (25%). Wiek nie warunkował wysokości miesięcznych wydatków na ochronę zdrowia. Wśród osób do 24 lat najczęściej deklarowany był brak wydatków na ten cel. Jeden na pięciu respondentów w wieku 25 i więcej lat nie uwzględniał ochrony zdrowia w swoich wydatkach, a 30% przeznaczał na ten cel do 20 zł miesięcznie (tyle samo osób w tej kategorii wiekowej wydawało na zdrowie 51-100 zł miesięcznie).

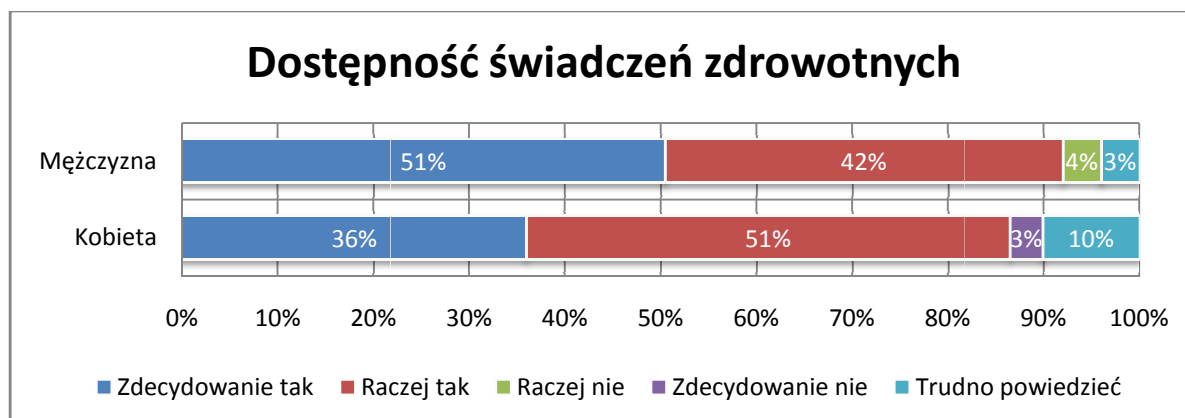
Wykres 111. Dostępność świadczeń zdrowotnych



Źródło: badania własne

89% respondentów uważało, że świadczenia medyczne są dla nich dostępne. Odmienne zdania było 4% badanych, natomiast 7% ankietowanych nie miało opinii na ten temat.

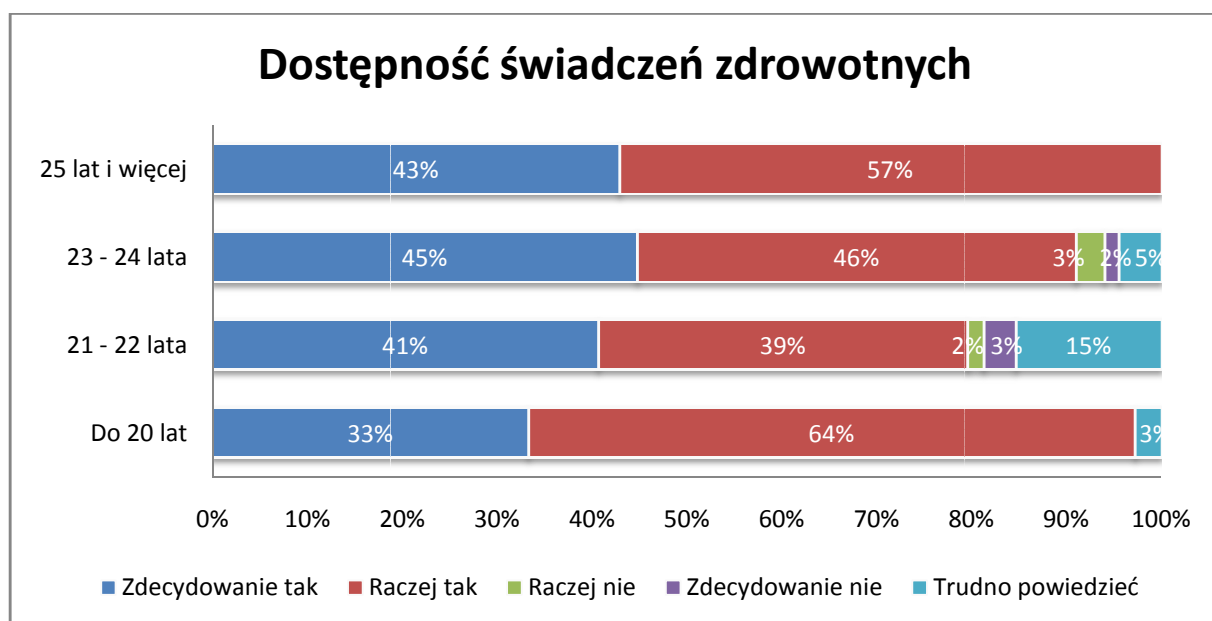
Wykres 112. Dostępność świadczeń zdrowotnych a płeć badanych



Źródło: badania własne

Pozytywna ocena dostępności świadczeń zdrowotnych w podziale na płeć wskazywana była przez kobiety w 89%, mężczyzn w 93%.

Wykres 113. Dostępność świadczeń zdrowotnych a wiek badanych



Źródło: badania własne

Wiek również nie wpływał na postrzeganie dostępności świadczeń zdrowotnych. We wszystkich kategoriach wiekowych najwyższe odsetki dotyczyły pozytywnych odpowiedzi. Najwięcej opinii o niedostępności świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzi „nie wiem” sformułowali respondenci w wieku 21-22 lata: łącznie twierdził tak co piąty ankietowany w tej kategorii wiekowej. Z kolei wśród studentów mających 25 i więcej lat wszyscy respondenci wyrazili pogląd o dostępności świadczeń zdrowotnych.

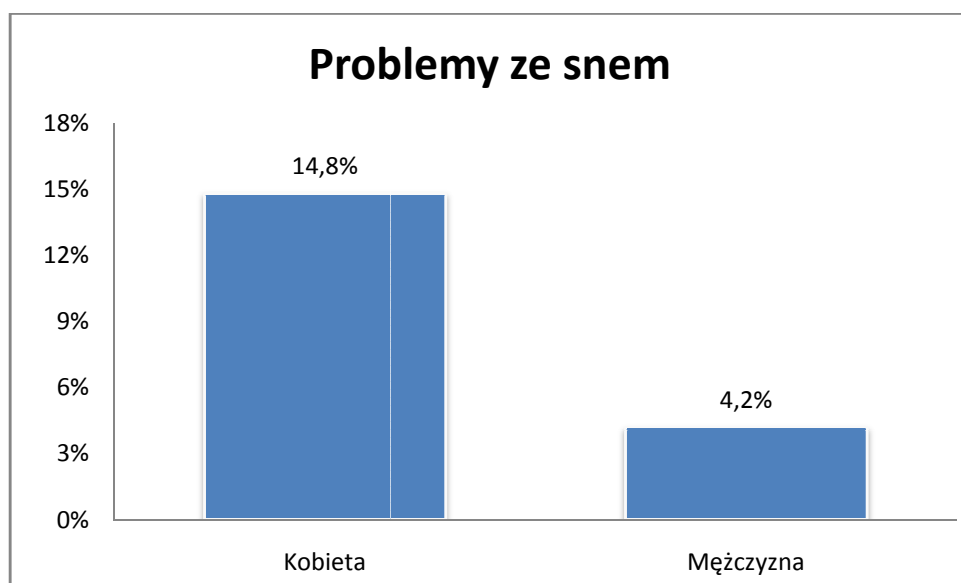
Wykres 114. Występowanie problemów ze snem



Źródło: badania własne

Problemów ze snem doświadcza co dziesiąty szczeciński student.

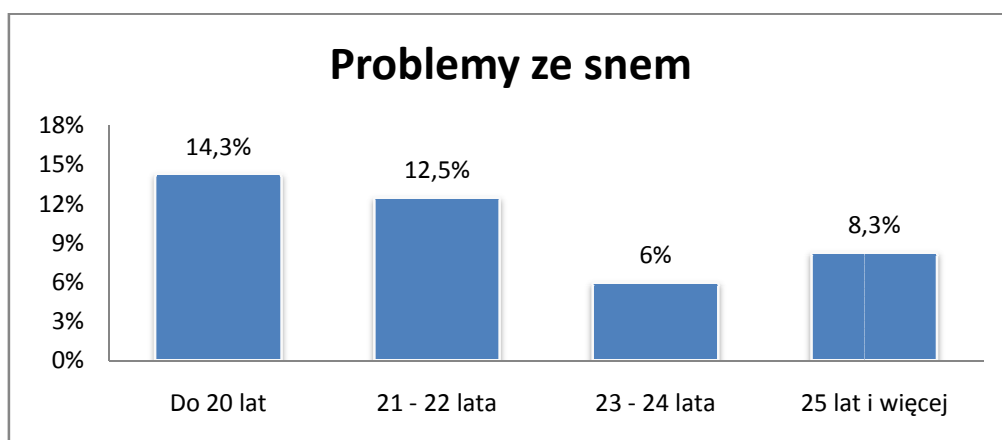
Wykres 115. Występowanie problemów ze snem a płeć badanych



Źródło: badania własne

Problemy ze snem częściej były wskazywane przez kobiety niż mężczyzn. Dotyczyły 4% ankietowanych studentów, ale już 15% uczestniczących w badaniu studentek.

Wykres 116. Występowanie problemów ze snem a wiek badanych

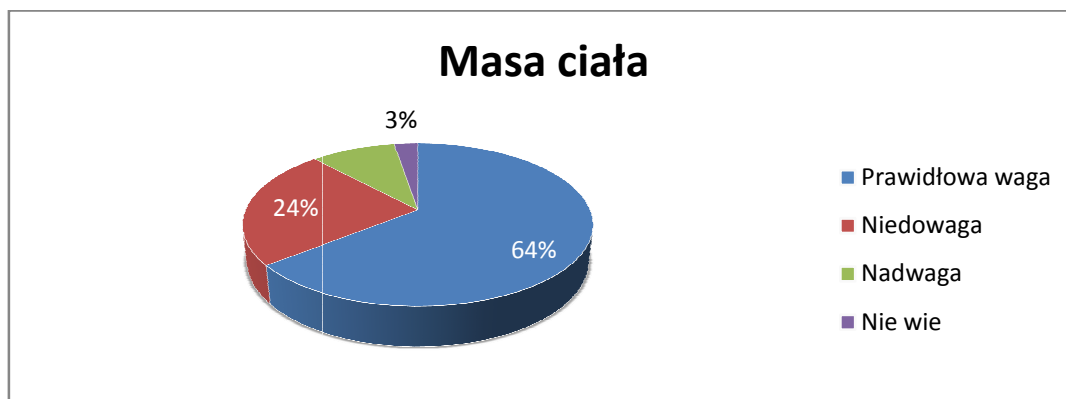


Źródło: badania własne

Nie zaobserwowano wyraźnej zależności pomiędzy doświadczaniem problemów ze snem a wiekiem respondentów. Jednakże więcej osób deklaruujących problemy ze snem było wśród młodszych grup ankietowanych: 14% osób do 20 lat i 12,5% respondentów w wieku 21-22 lata. Dla pozostałych kategorii wiekowych odsetek osób z zaburzeniami snu nie przekraczał 8%.

2.8 Czynniki ryzyka

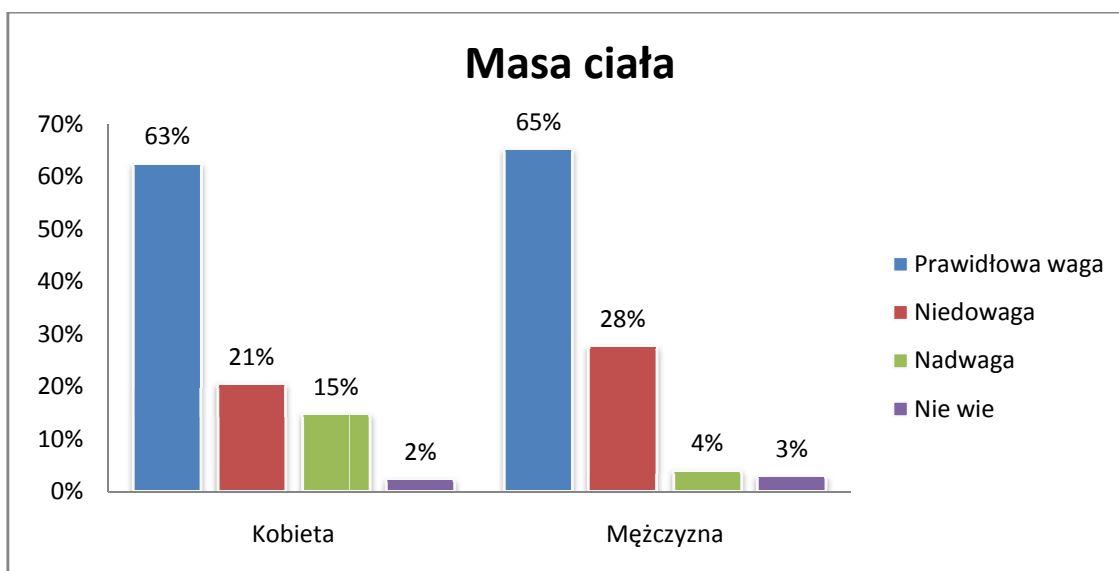
Wykres 117. Masa ciała badanych.



Źródło: badania własne

Istotnym wskaźnikiem zdrowia jest prawidłowa masa ciała. W związku z tym, badani studenci zostali poproszeni o dokonanie samooceny masy ciała. 64% z nich uważał swoją masę ciała za prawidłową. Niemal co czwarty ankietowany (24%) deklarował niedowagę, a z kolei niemal co dziesiąty (9%) przyznał się do nadwagi.

Wykres 118. Masa ciała a płeć badanych

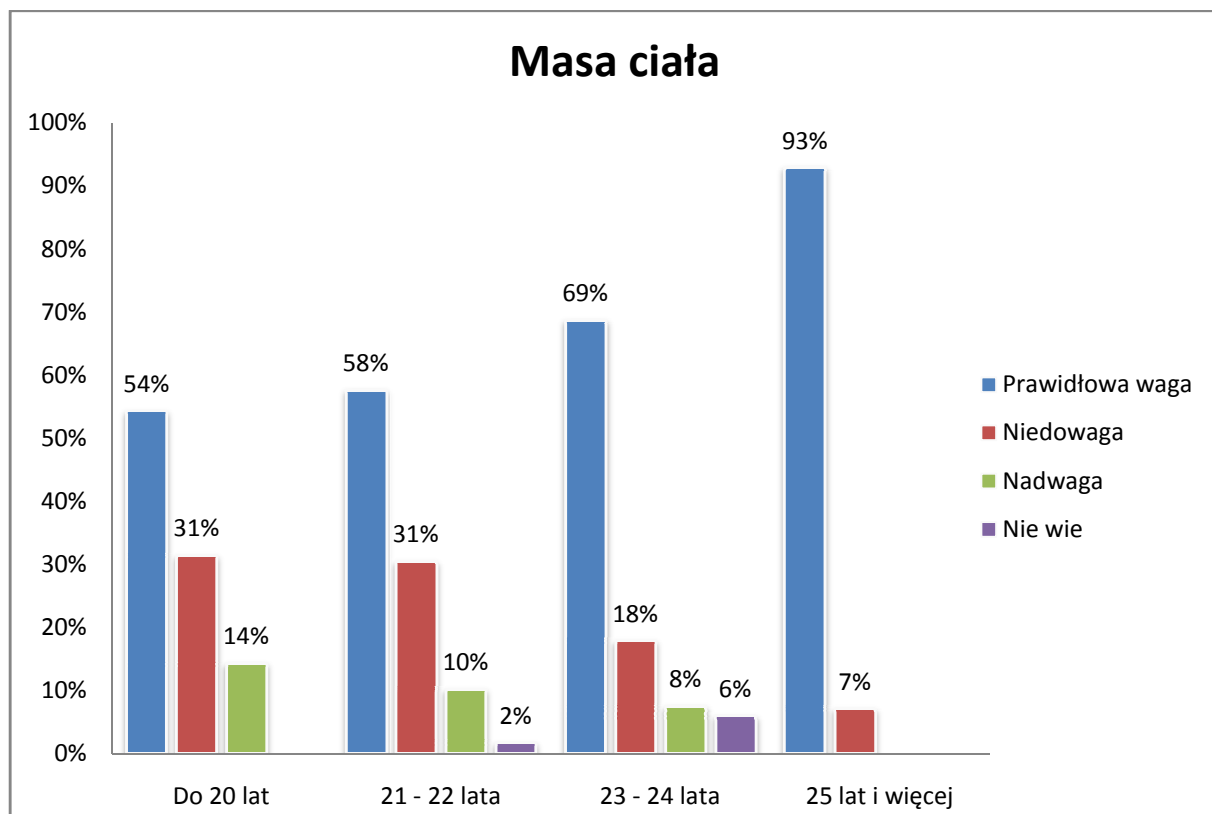


Źródło: badania własne

Najczęściej pojawiającą się odpowiedzią dotyczącą masy ciała, niezależnie od płci, było przekonanie o jej prawidłowej wartości. Niedowagę częściej obserwowali u siebie

mężczyźni (28%) niż kobiety (21%). Natomiast nadwaga była częstszą obserwacją kobiet: w swoim przekonaniu miało ją 4% studentów i 15% ankietowanych studentek.

Wykres 119. Masa ciała a wiek badanych



Źródło: badania własne

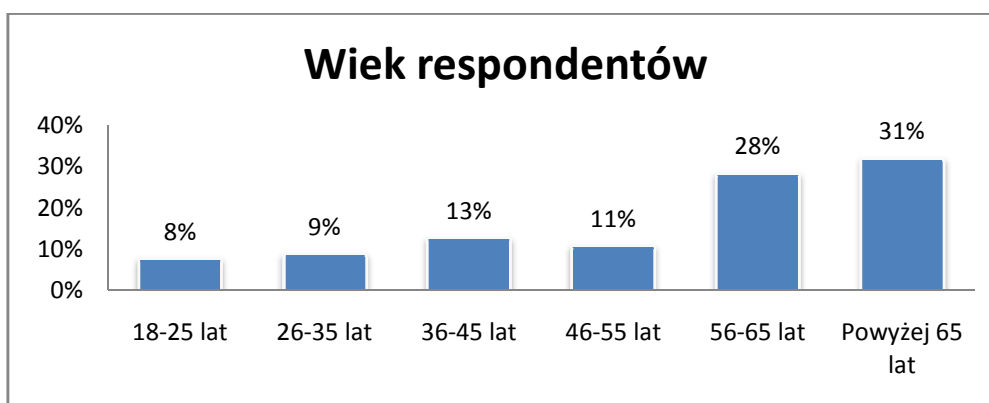
Wiek wpływał na postrzeganie masy swojego ciała, zwłaszcza jako prawidłowej. W kategorii młodszych respondentów tylko 54% uznało swoją wagę za prawidłową, w najstarszej zaś było to już 93% wskazań. Niedowaga była problemem przeważnie młodych studentów – z niedoboru masy ciała zdawało sobie sprawę po 31% ankietowanych w wieku do 20 lat oraz osób w wieku 21-22 lata. Jednocześnie tych właśnie grup wiekowych najczęściej dotyczył problem nadwagi – o nadmiernej masie ciała mówiło odpowiednio 14% i 10% respondentów z tych kategorii wiekowych.

III. BADANIE PRZEPROWADZONE WŚRÓD OSÓB DOROSŁYCH

3.1 Struktura i charakterystyka grupy badanej

Badaniem objęci zostali respondenci dobrani według grup wiekowych – 50% stanowili dorośli respondenci w wieku produkcyjnym (dla mężczyzn – od 18 do 65 roku życia, dla kobiet od 18 do 60 roku życia), pozostali badani byli w wieku poprodukcyjnym – mężczyźni, którzy ukończyli 65 rok życia oraz kobiety, które ukończyły 60 rok życia.

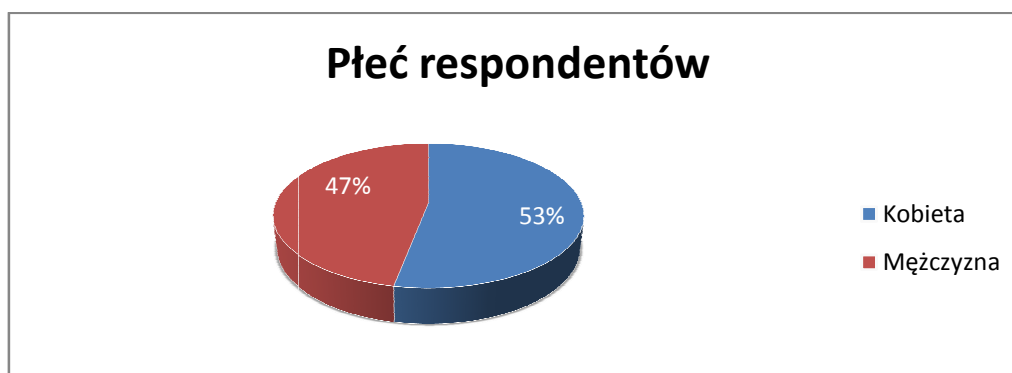
Wykres 120. Wiek respondentów



Źródło: badania własne

Osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 40% ogółu badanych. W wieku poprodukcyjnym 60% próby.

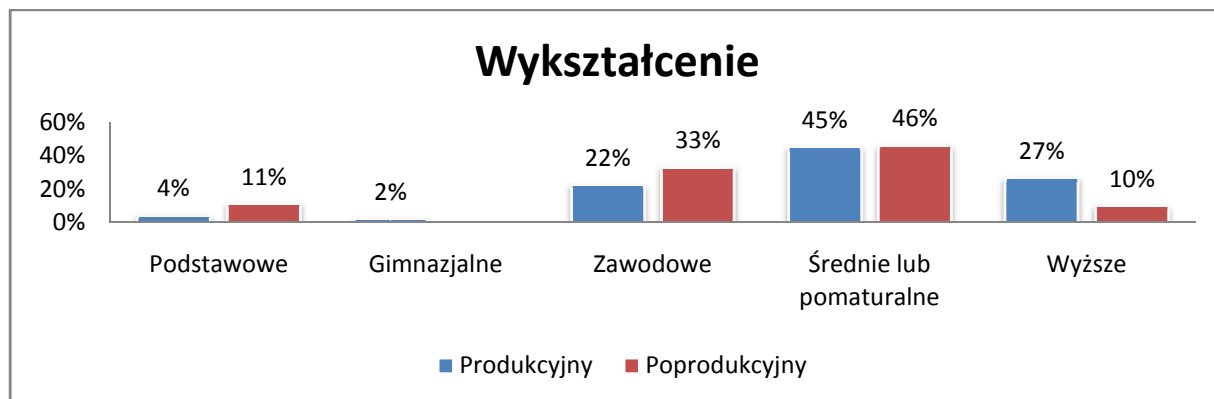
Wykres 121. Płeć respondentów



Źródło: badania własne

Rozkład płci respondentów w badanej próbie przedstawiał się następująco: 53% respondentów stanowiły kobiety a 47% - mężczyźni. Zaprezentowane zostało w ten sposób odwzorowanie struktury populacji Szczecina ze względu na płeć.

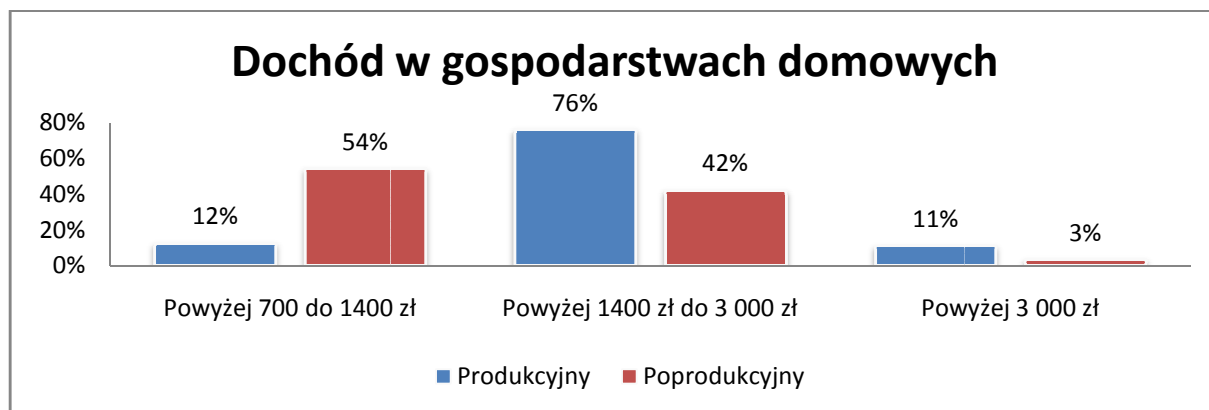
Wykres 122. Wykształcenie respondentów a grupa wiekowa



Źródło: badania własne

Rozkład wykształcenia w grupach wiekowych był zbliżony do rozkładów ogólnopolskich dużych miast. Jak widać, wśród osób badanych, w wieku produkcyjnym rzadziej występował fakt posiadania wykształcenia podstawowego, gimnazjalnego i zawodowego. Wykształceniem wyższym (obejmującym licencjatów i magistrów) legitymowało się w tej grupie 27% badanych z przewagą 17 punktów procentowych w stosunku do grupy w wieku poprodukcyjnym.

Wykres 123. Dochód w gospodarstwach domowych a wiek.

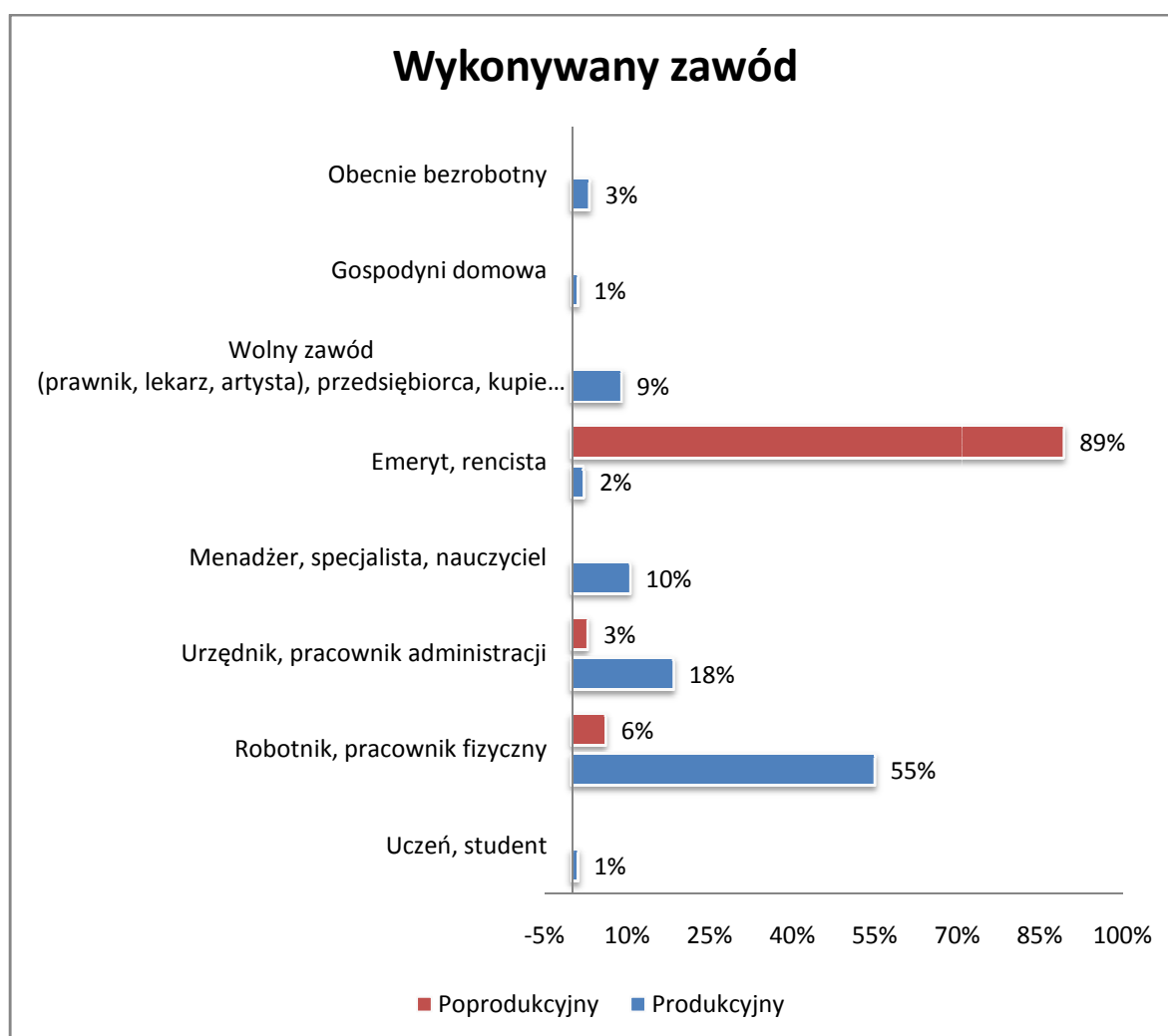


Źródło: badania własne

Zdecydowana większość respondentów w wieku produkcyjnym – ponad trzy czwarte – żyła w gospodarstwach domowych o dochodzie w granicach 1400 do 3000 złotych. W tej

grupie wiekowej 11% osiągało dochód w gospodarstwie domowym powyżej 3000 złotych, a 12% od 700 złotych do 1400 złotych. W grupie osób w wieku poprodukcyjnym przewagę miał zakres dochodów pomiędzy 700 a 1400 złotych – w tym przedziale mieściły się dochody gospodarstw domowych 54% respondentów. Nieco mniej, bo 42% osiągnęło dochód w przedziale od 1400 do 3000 złotych, natomiast 3% respondentów w wieku poprodukcyjnym osiągnęło dochód powyżej 3000 złotych na gospodarstwo domowe. W obydwu grupach wiekowych zanotowano po jednym respondencie deklaruującym dochód gospodarstwa domowego do 700 złotych.

Wykres 124. Wykonywany zawód w grupach wiekowych

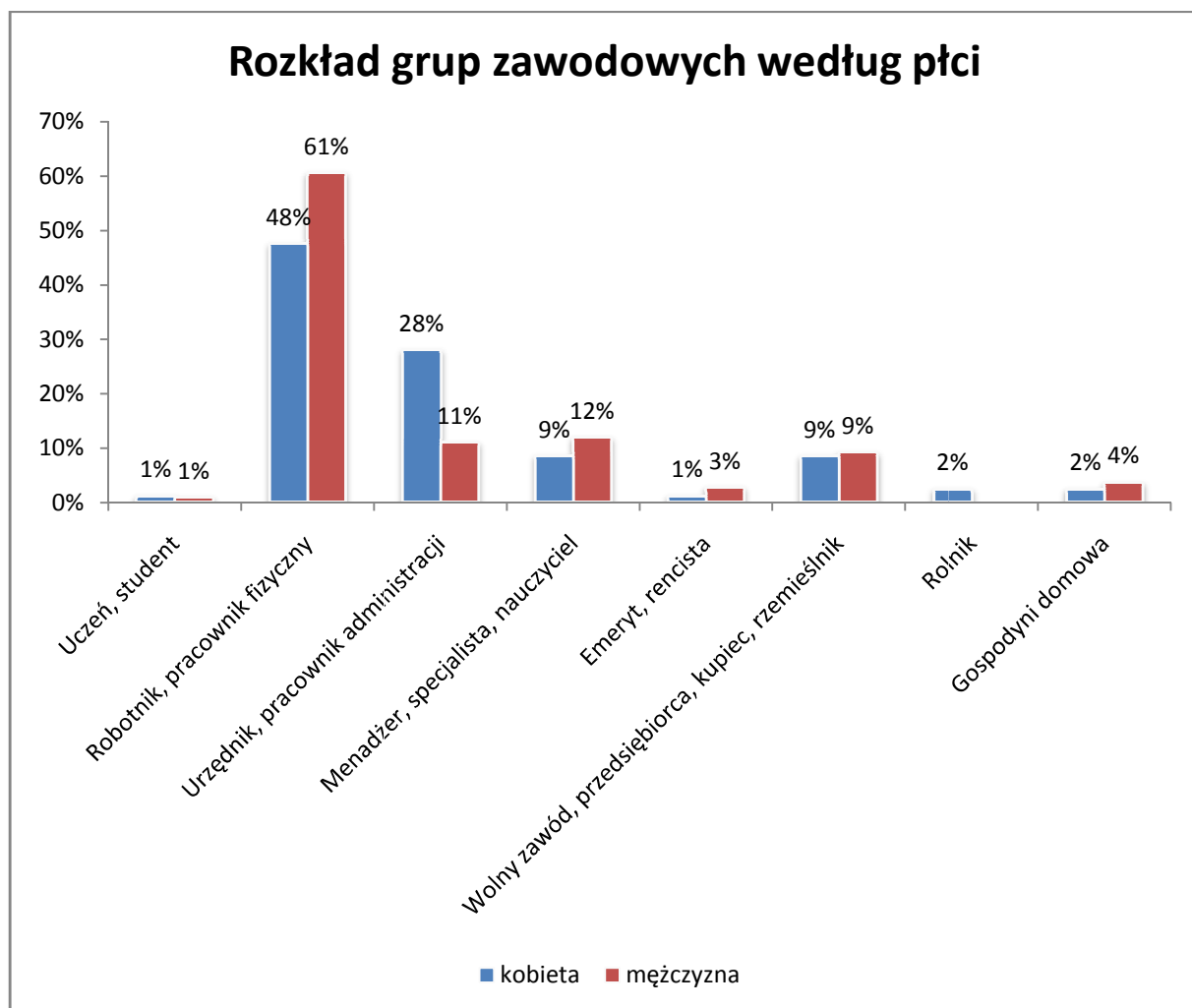


Źródło: badania własne

W grupie respondentów w wieku poprodukcyjnym zdecydowaną większość stanowili emeryci – pracowało tylko 11% respondentów, w tym 3% jako urzędnicy lub pracownicy

administracji, a 6% jako pracownicy fizyczni. Wśród osób w wieku produkcyjnym zdecydowaną przewagę mieli pracownicy fizyczni – 55%, dalej w kolejności znalazły się kategorie zawodowe, takie jak urzędnicy i pracownicy administracji – w tej grupie zawodów znalazło się 18% respondentów, następnie menedżerowie, specjaliści i nauczyciele – 10%, kolejno: przedstawiciele wolnych zawodów oraz przedsiębiorcy gdzie ze względu na specyfikę oraz mało liczną reprezentację tych grup zawodowych, kategorie zostały potraktowane łącznie. Emeryci wśród osób w wieku produkcyjnym stanowili 2%, osoby bezrobotne 3%, a jeden procent to osoby zajmujące się domem.

Wykres 125. Rozkład grup zawodowych według płci wśród mieszkańców Szczecina wśród osób w wieku produkcyjnym



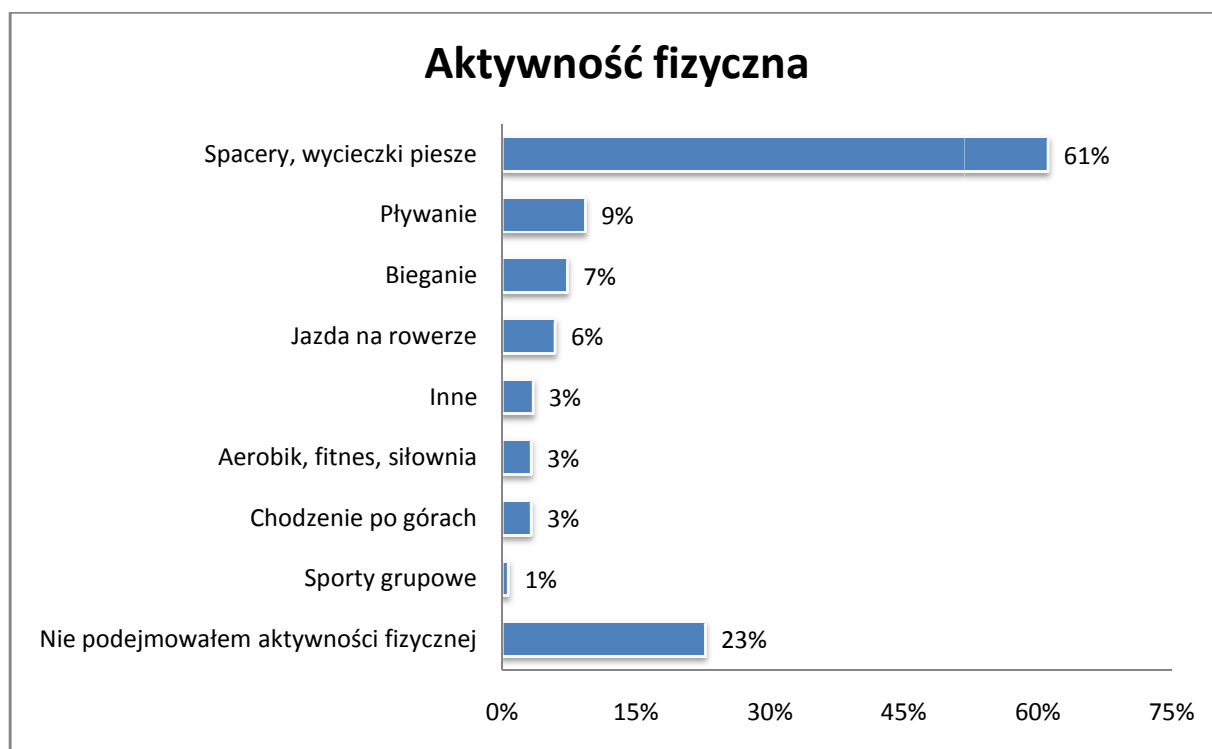
Źródło: badania własne

Większość badanej grupy, zarówno kobiet jak i mężczyzn stanowili pracownicy fizyczni. Kobiety przeważały w grupie pracowników administracji – 28%. Mężczyźni jako menadżerowie, specjaliści i nauczyciele – 12%

3.2 Aktywność fizyczna

Kolejna część wywiadu dotyczyła problemów związanych z szeroko rozumianym zdrowiem respondentów. Obejmowała ona kwestie aktywności fizycznej, sposobu poruszania się po mieście, spożywanych posiłków i napojów, satysfakcji z życia osobistego, zaufania społecznego i zaufania do instytucji publicznych, aktywności zawodowej i stresu, ogólnego stanu zdrowia, wykonywanych badań profilaktycznych i kontrolnych, przyjmowanych leków oraz dostępności świadczeń zdrowotnych.

Wykres 126. Aktywność fizyczna

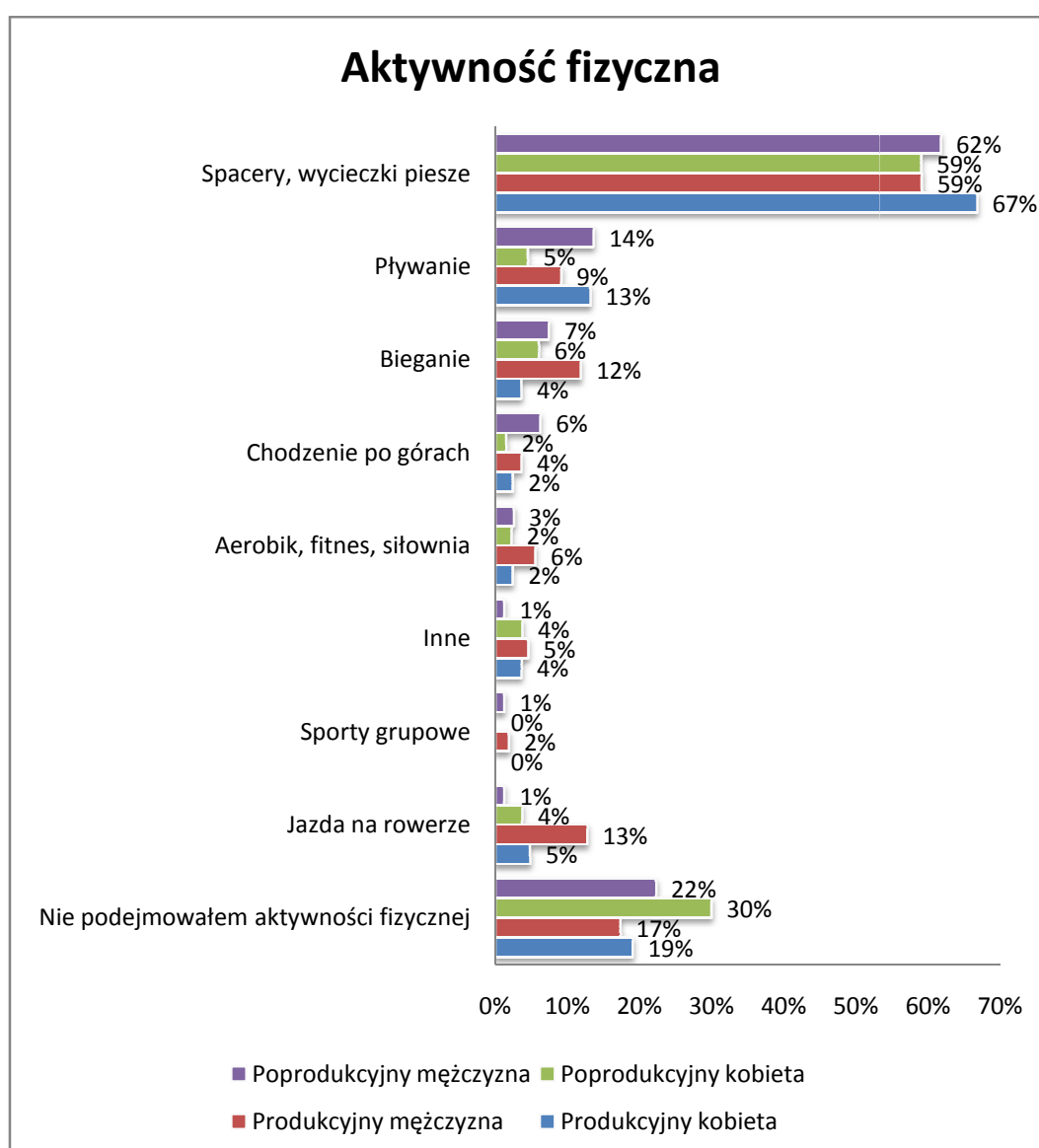


Źródło: badania własne

Respondenci zostali zapytani o podejmowane w okresie ostatnich 3 miesięcy formy aktywności fizycznej. Okazuje się, iż dominującą formą aktywności mieszkańców Szczecina były spacery i wycieczki piesze, które uprawiało aż 61% ankietowanych. Pozostałe wskazane

w kafeterii odpowiedzi sposoby aktywnego spędzania czasu zyskały niskie odsetki wskazań, nieprzekraczające 10%. Mieszkańcy rzadko pływali (tylko 9%), biegali (7%), czy jeździli na rowerze (6%). Zajęcia aerobiku, fitness i siłownia, chodzenie po górach czy sporty grupowe, to marginalne formy aktywności fizycznej respondentów – liczba wskazań dla tych odpowiedzi kształtowała się na poziomie błędu statystycznego. 23% ankietowanych w okresie 3 miesięcy poprzedzających badanie nie podejmowało żadnej aktywności fizycznej. Świadczyć to o słabej świadomości respondentów w zakresie wpływu ruchu na jakość życia i samopoczucie.

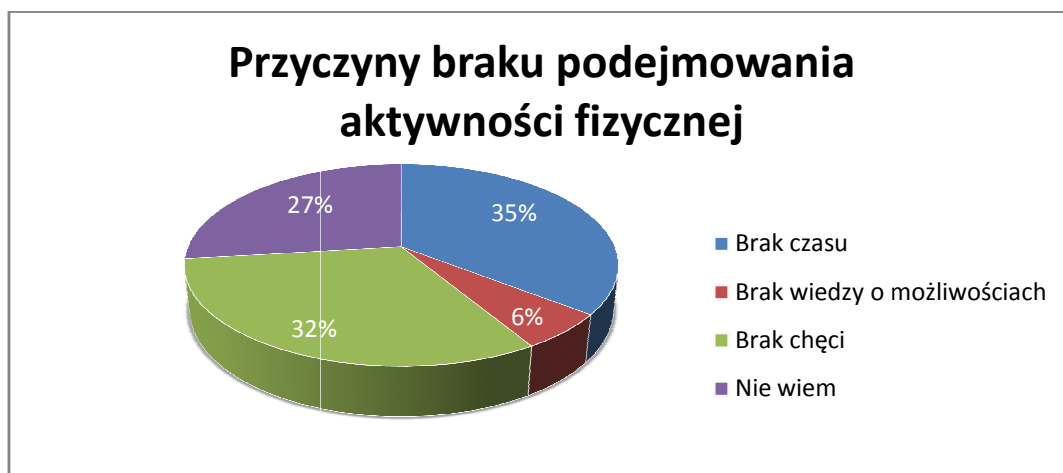
Wykres 127. Podejmowanie aktywności fizycznej a wiek i płeć badany



Źródło: badania własne

Niezależnie od płci i wieku respondentów, najczęściej podejmowaną formą aktywności fizycznej w okresie ostatnich 3 miesięcy były spacery i wycieczki piesze. O ile jednak wśród kobiet bardziej aktywne w tym zakresie były respondentki w wieku reprodukcyjnym (67%) niż poprodukcyjnym (59%), o tyle w przypadku mężczyzn różnice w tym zakresie były nieznaczne statystycznie (59% wobec 62%). Brak aktywności fizycznej w okresie ostatnich 3 miesięcy najczęściej deklarowały kobiety w wieku poprodukcyjnym – aż 30% z nich nie uprawiało żadnej formy ruchu w tym okresie. Jazda na rowerze, bieganie czy zajęcia na siłowni to aktywność fizyczna stosunkowo najczęściej były podejmowana przez mężczyzn w wieku reprodukcyjnym. W przypadku pozostałych form aktywności, różnice pomiędzy odpowiedziami kobiet i mężczyzn oraz osób w wieku reprodukcyjnym i poprodukcyjnym nie były istotne.

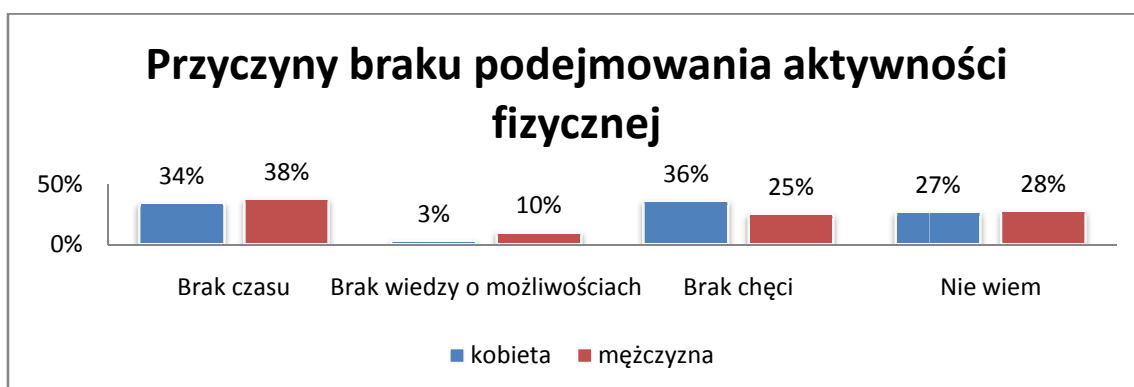
Wykres 128. Przyczyny braku podejmowania aktywności fizycznej



Źródło: badania własne

Przyczynami, dla których mieszkańcy Szczecina nie podejmowali aktywności fizycznej, w okresie 3 miesięcy poprzedzających badanie, było brak czasu - 35% oraz brak chęci – 32%. 6% wskazywało na brak wiedzy o miejscach, w których można uprawiać sport 6%. A aż 27% ankietowanych nie potrafiło wyjaśnić swojego zachowania.

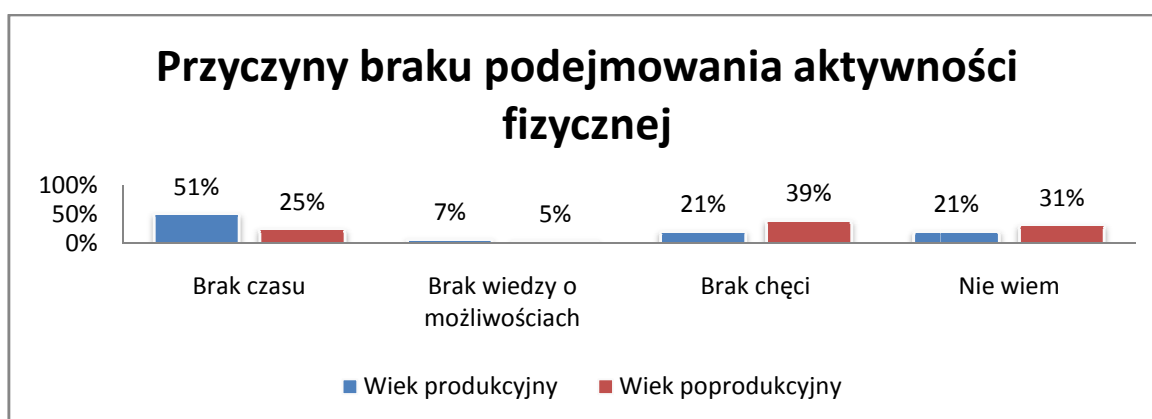
Wykres 129. Przyczyny braku podejmowania aktywności fizycznej a płeć badanych



Źródło: badania własne

Wskazywane powody braku aktywności fizycznej różniły się między mężczyznami i kobietami. 38% mężczyzn na aktywność fizyczną nie miało czasu, 28% nie wskazało powodu braku aktywności fizycznej, co czwarty nie miał chęci, a co dziesiąty tłumaczył się niewiedzą w zakresie miejsc odpowiednich na uprawianie sportów. Kobiety zdecydowanie częściej przyznawały się do niechęci związanej z aktywnością fizyczną (był to powód dla 36% respondentek), rzadziej z kolei czynnik w postaci braku wiedzy o obiektach sportowych warunkował niepodjęcie aktywności fizycznej (zaledwie 3%). Dla pozostałych przyczyn, czyli odpowiedzi „nie wiem” oraz „brak czasu” odsetki wskazań kobiet były porównywalne z odsetkami wskazań mężczyzn.

Wykres 130. Przyczyny braku podejmowania aktywności fizycznej a wiek badanych



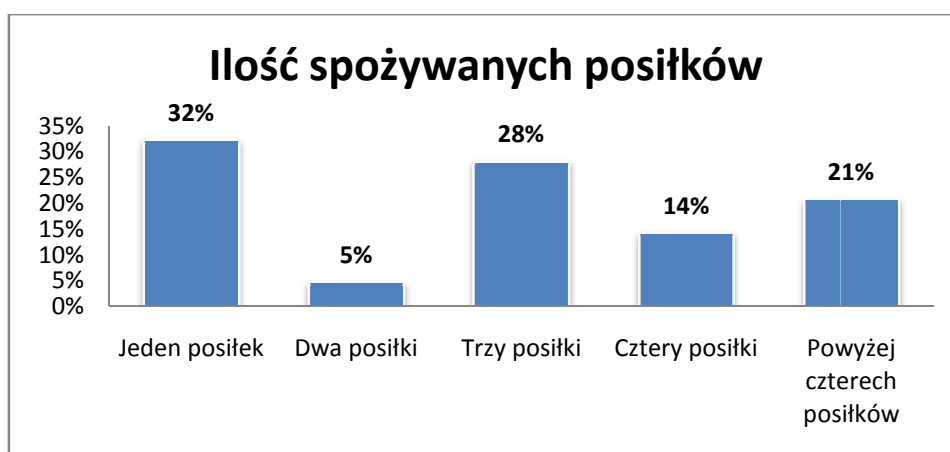
Źródło: badania własne

Wiek w istotny sposób wpływał na wskazywane powody niepodjęcia aktywności fizycznej. Wśród osób w wieku produkcyjnym co druga tłumaczyła się brakiem

czasu, dla porównania można powiedzieć, że podobną przyczynę wskazała co czwarta osoba w wieku poprodukcyjnym. Jednak osoby starsze zdecydowanie częściej rezygnowały z aktywności fizycznej w wyniku braku chęci – uczyniło tak aż 39% respondentów z tej kategorii. Wśród osób młodszych dla co piątej przyczyną niepodejmowania aktywności była niechęć do samego sportu. Różnice zaobserwowano także z odsetku badanych, które nie potrafiły podać powodu braku ruchu. Odpowiedź „nie wiem” wskazało bowiem 31% ankietowanych w wieku poprodukcyjnym i 21% respondentów w wieku produkcyjnym.

3.3 Odżywianie i dieta

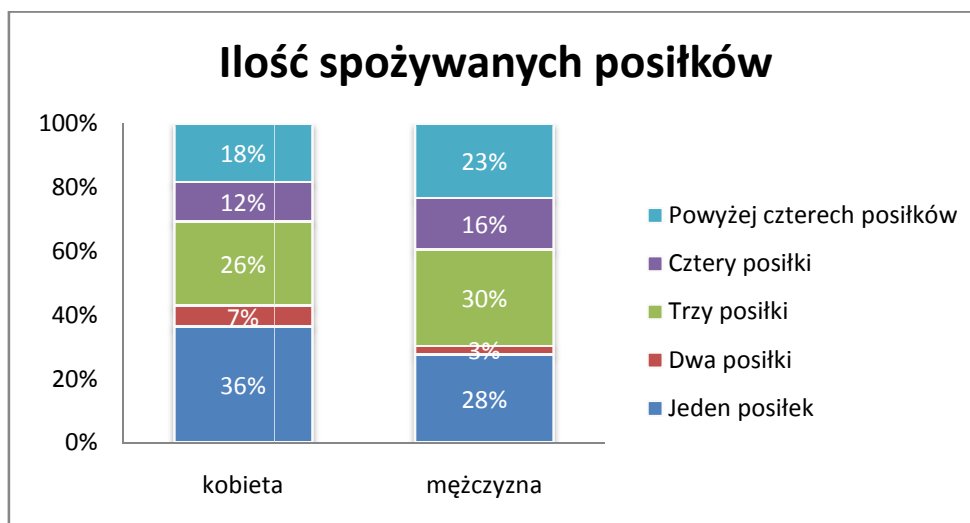
Wykres 131. Liczba spożywanych dziennie posiłków



Źródło: badania własne

Aż 32% respondentów w ciągu dnia spożywało zaledwie jeden główny posiłek. Osoby konsumujące dziennie więcej niż 3 posiłki stanowiły 63% ankietowanych. Odsetek osób deklarujących spożycie tylko jednego/dwu posiłków sumuje się na ok. 37% populacji odżywiającej się nieprawidłowo.

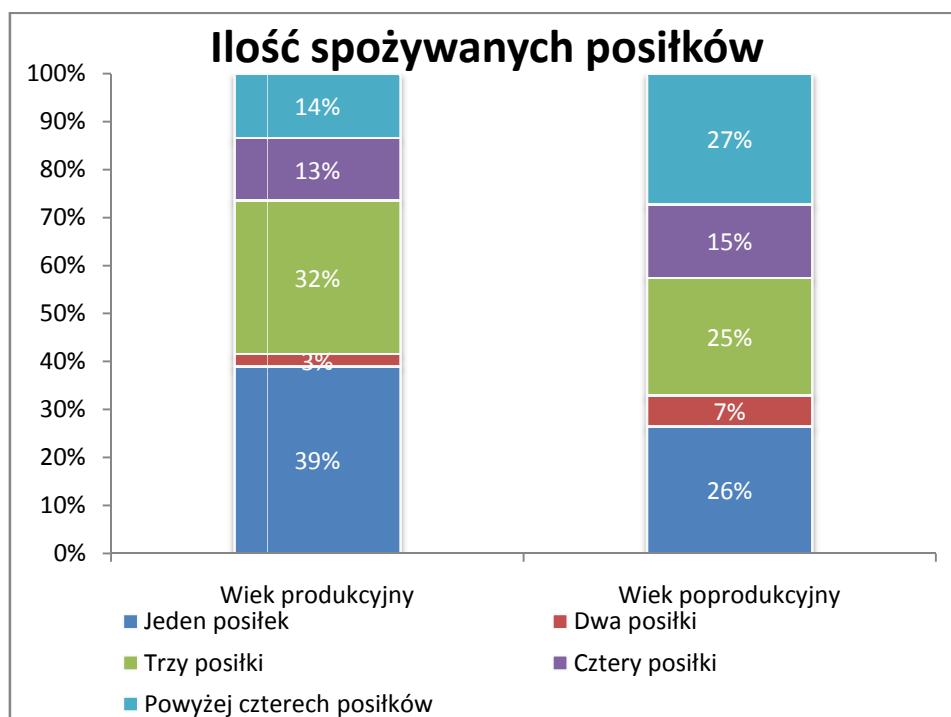
Wykres 132. Liczba spożywanych posiłków a płeć badanych



Źródło: badania własne

Kobiety najczęściej zjadały tylko jeden, główny posiłek dziennie. Deklarowało tak aż 36% uczestniczek badania. Wśród uczestników badania odsetek ten kształtował się na poziomie 28%. 39% z nich zjadało codziennie minimum cztery posiłki dziennie.

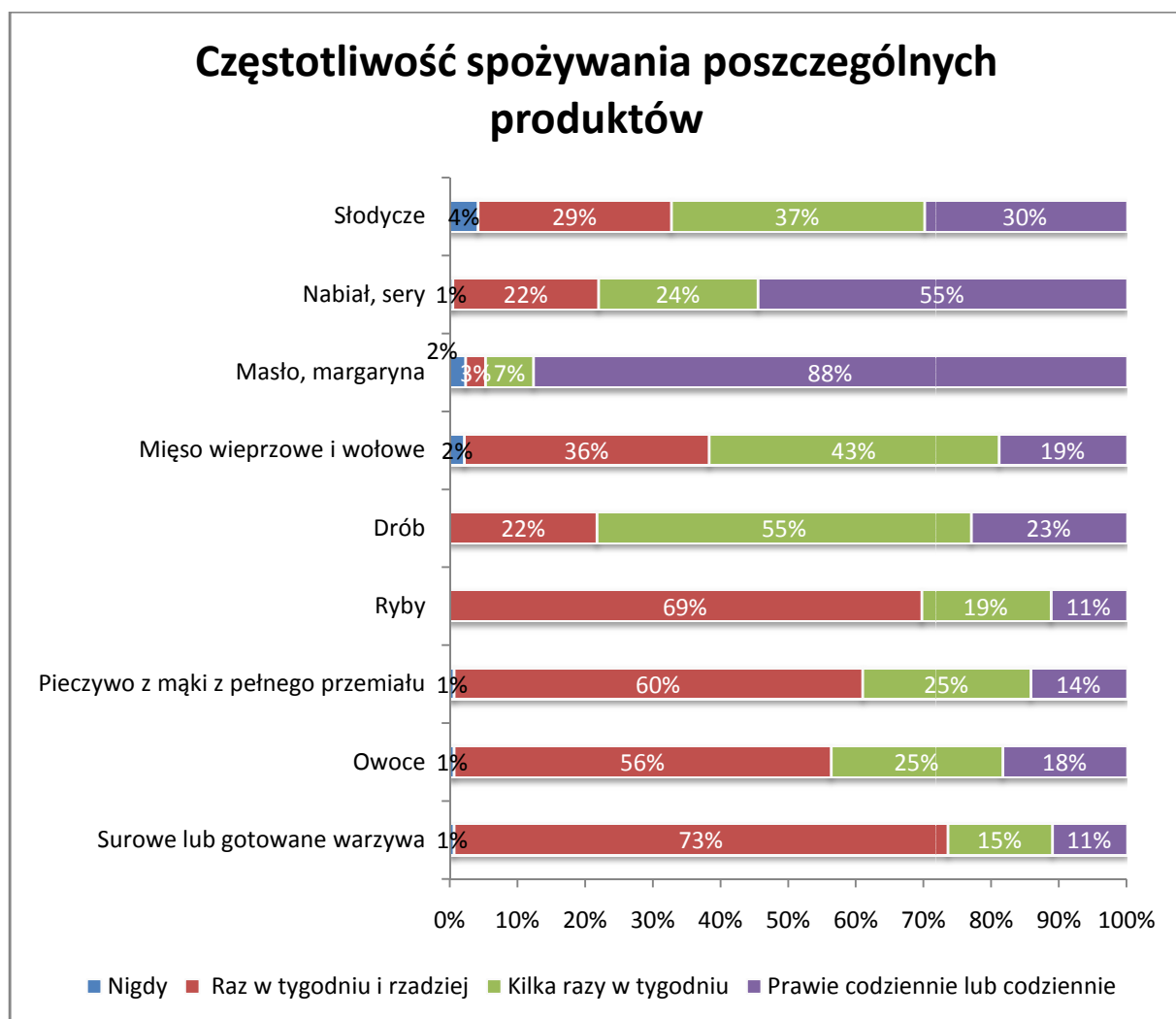
Wykres 133. Liczba spożywanych posiłków a wiek badanych



Źródło: badania własne

Również wiek w istotny sposób wpływał na liczbę zjadanych posiłków. Statystycznie, osoby w wieku poprodukcyjnym dziennie zjadały ich więcej niż osoby w wieku produkcyjnym. Aż 42% osób starszych ankietowanych spożywało codziennie minimum cztery główne posiłki, podczas gdy dla osób w wieku produkcyjnym ten odsetek wynosił zaledwie 27%.

Wykres 134. Częstotliwość spożywania poszczególnych produktów

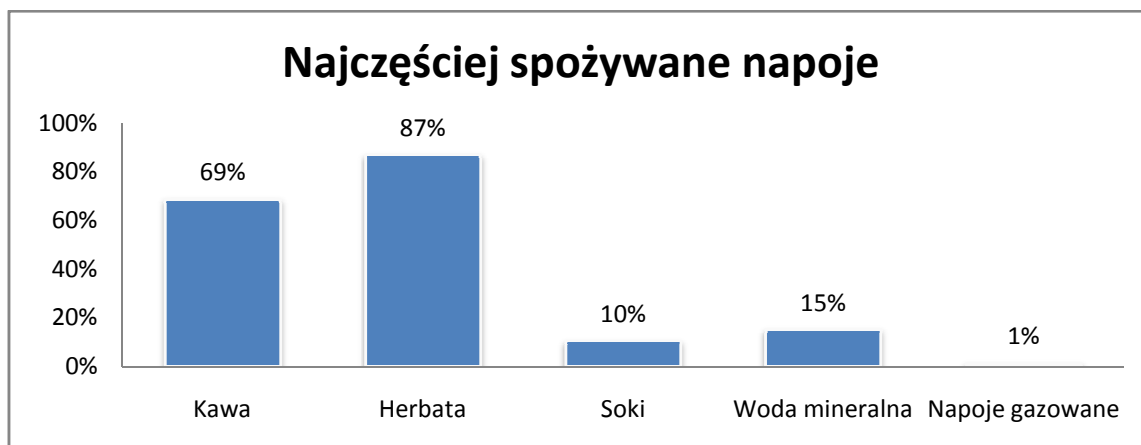


Źródło: badania własne

Spośród szeregu wymienionych produktów spożywczych do tych, po które sięgano najczęściej, należały tłuszcze: masło lub margaryna – codziennie lub prawie codziennie spożywało je 80% ankietowanych. 55% codziennie konsumowało nabiał i sery, a 30% - słodycze. Do produktów, po które ankietowani sięgali przeważnie kilka razy w tygodniu

należało mięso: drób (55% kilka razy w tygodniu) oraz wieprzowina i wołowina (43% wskazań). Raz w tygodniu lub rzadziej respondenci spożywali głównie surowe i gotowane warzywa (73% sięgało po nie częściej niż raz w tygodniu), ryby (69%), pieczywo z mąki z pełnego przemiału (60%) oraz owoce (56%).

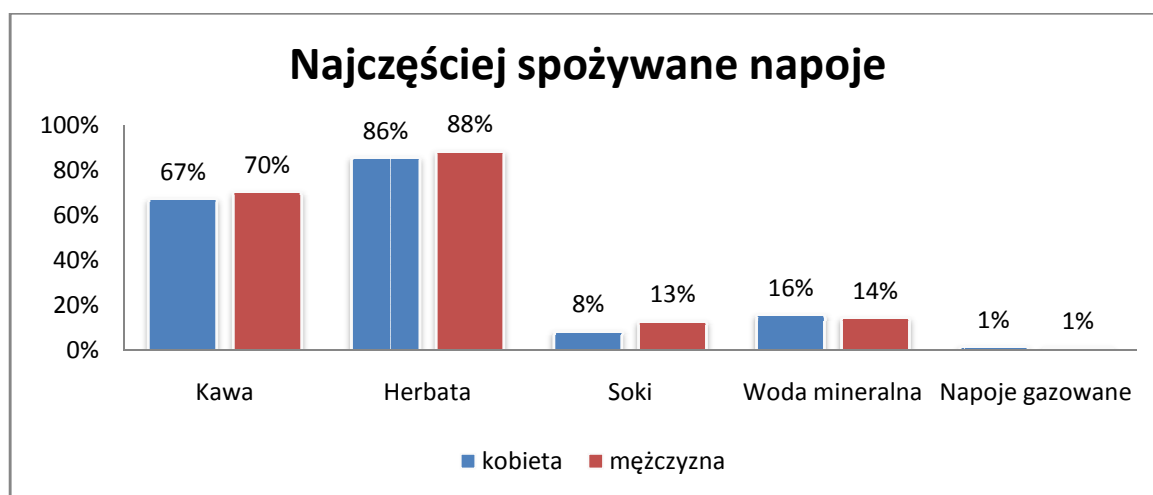
Wykres 135. Najczęściej spożywane napoje



Źródło: badania własne

Najpopularniejsza była herbata (bardzo wysoki odsetek wskazań, aż 87%), na drugim miejscu znalazła się kawa z odsetkiem 69% wskazań. Jedynie 15% respondentów sięgało po wodę mineralną, a zaledwie co dziesiąty – po soki.

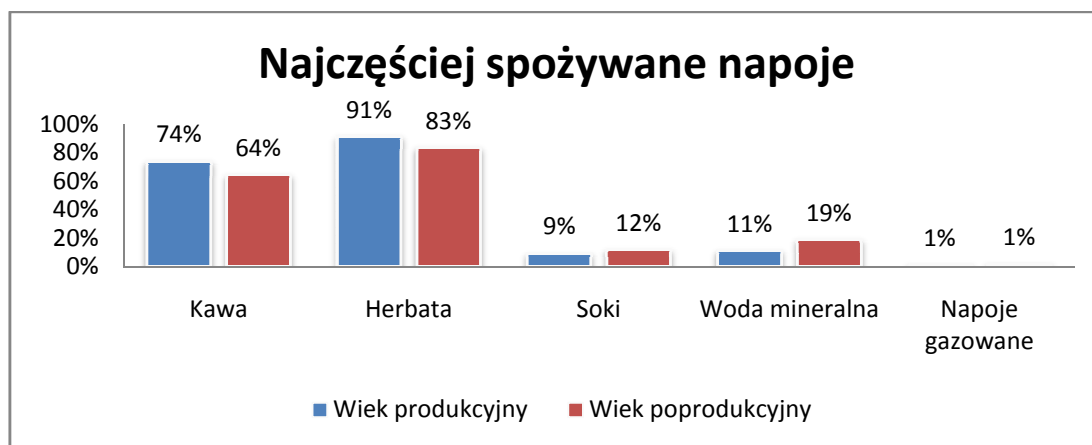
Wykres 136. Najczęściej spożywane napoje a płeć badanych



Źródło: badania własne

Płeć nie warunkowała wyboru rodzaju spożywanego napoju – i mężczyźni i kobiety najchętniej sięgali po herbatę i kawę. Odsetki wskazań dla tych odpowiedzi były w obu kategoriach bardzo wysokie i kształtowały się na podobnym poziomie.

Wykres 137. Najczęściej spożywane napoje a wiek badanych

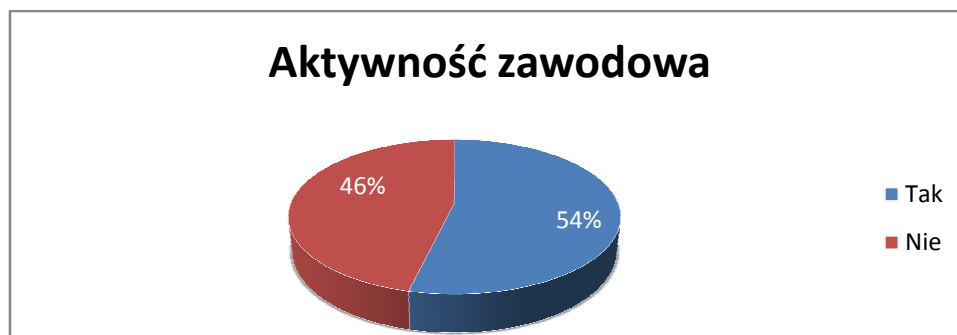


Źródło: badania własne

Również wiek nie zmieniał w sposób istotny rodzaju najczęściej spożywanych napojów – wciąż odsetki wskazań na kawę i herbatę były dominujące. Można jedynie zauważyć, iż osoby w wieku poprodukcyjnym sięgały po nie rzadziej niż respondenci w wieku produkcyjnym (np. herbatę wskazało 91% osób młodszych i 83% osób starszych, a kawę – odpowiednio 74% i 64%). Ankietowani w wieku poprodukcyjnym stosunkowo częściej niż młodszy uczestnicy badania sięgali po wodę (niemal co piąty w tej kategorii) oraz soki (12%).

3.4 Aktywność zawodowa

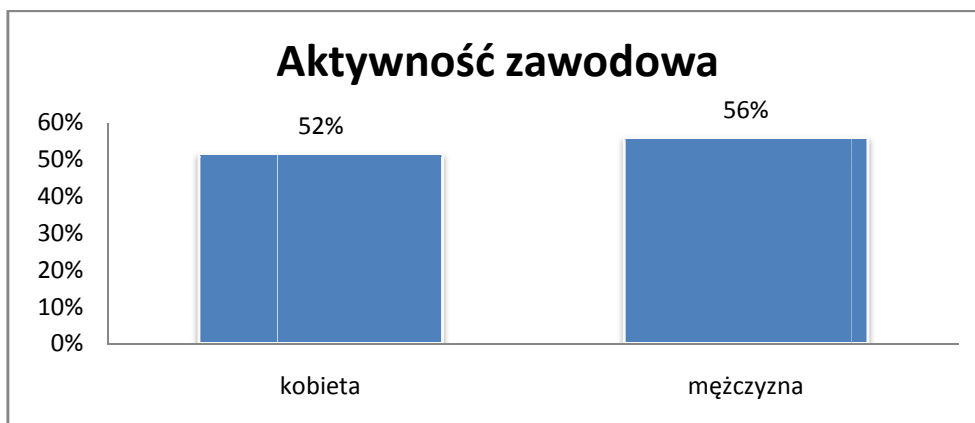
Wykres 138. Aktywność zawodowa mieszkańców Szczecina



Źródło: badania własne

W badanej populacji mieszkańców Szczecina nieznaczną większość (54%) stanowiły osoby wykonujące pracę zawodową. Pozostałe 46% aktualnie nie pracowało.

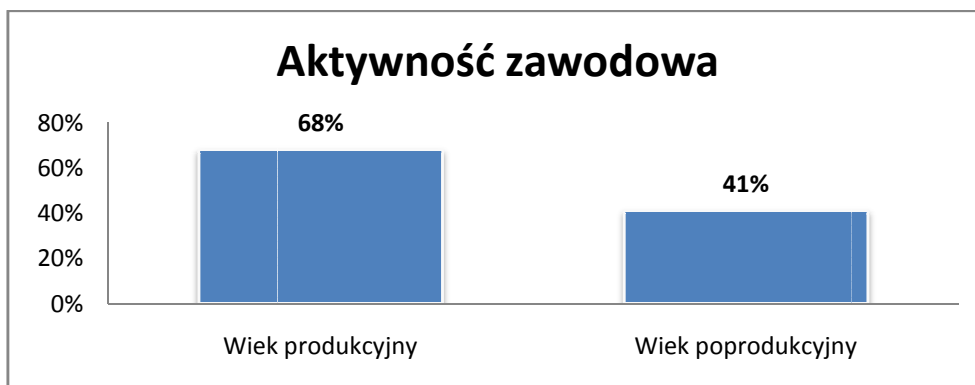
Wykres 139. Aktywność zawodowa a płeć badanych



Źródło: badania własne

Różnice pomiędzy osobami pracującymi zawodowo w zakresie płci były niewielkie. Odsetek mężczyzn wykonujących pracę zawodową był jedynie o 4 punkty procentowe wyższy niż odsetek pracujących kobiet.

Wykres 140. Aktywność zawodowa a wiek badanych



Źródło: badania własne

Aktywność zawodowa częściej dotyczyła osób w wieku produkcyjnym – 68% z nich pracowało w momencie badania. Dla osób w wieku poprodukcyjnym odsetek osób aktywnych zawodowo był niższy, choć i tak kształtował się na wysokim 41% poziomie.

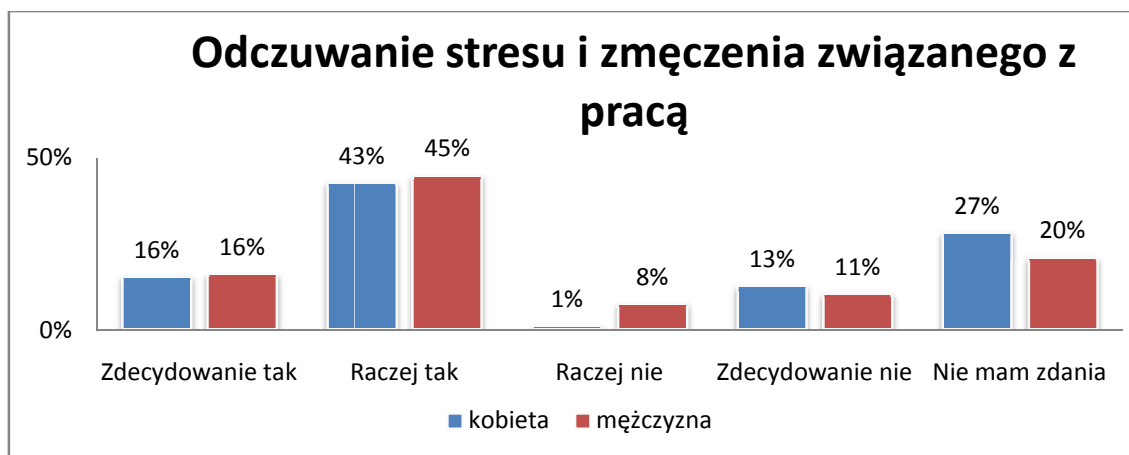
Wykres 141. Odczuwanie stresu i zmęczenia związanego z pracą



Źródło: badania własne

Wykonywanie pracy zawodowej może wiązać się z odczuwaniem stresu i zmęczenia. Sytuacja taka miała miejsce w przypadku aż 60% pracujących mieszkańców Szczecina. Warto zauważyć, że jednocześnie co czwarty respondent nie potrafił ocenić, czy jego praca jest związana ze stresem i zmęczeniem. Okazuje się, że bez stresu i zmęczenia wywołanego pracą żyło jedynie 16% ankietowanych osób.

Wykres 142. Odczuwanie stresu i zmęczenia związanego z pracą a płeć badanych



Źródło: badania własne

Płeć nie miała związku z odczuwaniem stresu i zmęczenia wywołanego pracą zawodową. Odsetki kobiet i mężczyzn deklarujących występowanie tych zjawisk były niemal identyczne: dla 59% kobiet i 61% mężczyzn wykonywanie pracy zawodowej było związane ze stresem. Kobiety sformułowały najwięcej skrajnych ocen, świadczących o braku związku

pomiędzy pracą a zmęczeniem i stresem (13% wskazań na odpowiedź „zdecydowanie nie”), jednak ogólnie to mężczyźni częściej nie doświadczają negatywnych skutków swojej aktywności zawodowej (łącznie co piąty mężczyzna - 19% - wybrał odpowiedź „nie”).

Wykres 143. Odczuwanie stresu i zmęczenia związanego z pracą a wiek badanych

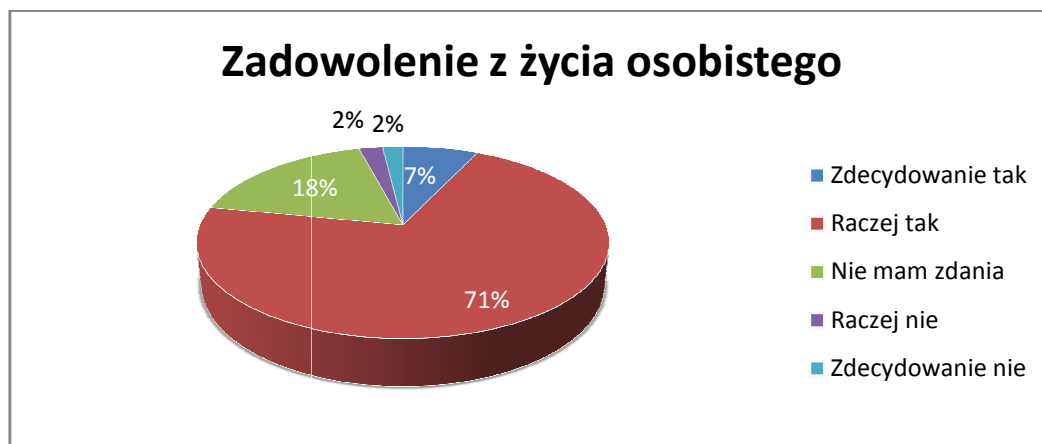


Źródło: badania własne

Choć niezależnie od wieku, większość ankietowanych deklarowała istnienie zależności między aktywnością zawodową a odczuwaniem stresu i zmęczenia, to jednak młodszych kategorii wiekowych taka sytuacja dotyczyła częściej. 64% osób w wieku produkcyjnym mówiło o stresie i zmęczeniu wywołanym pracą, dla pracujących osób w wieku poprodukcyjnym był to odsetek na poziomie 53%. Nieodczuwanie stresu wywołanego pracą nie związane z wiekiem: nie doświadczало go podobne odsetki osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Różnica występowała w przypadku odpowiedzi „nie wiem”. Trudność w zakresie określenia związku między pracą a stresem wyraziło 30% respondentów w wieku poprodukcyjnym i co piąty (21%) pracujący w wieku produkcyjnym.

3.5 Życie osobiste

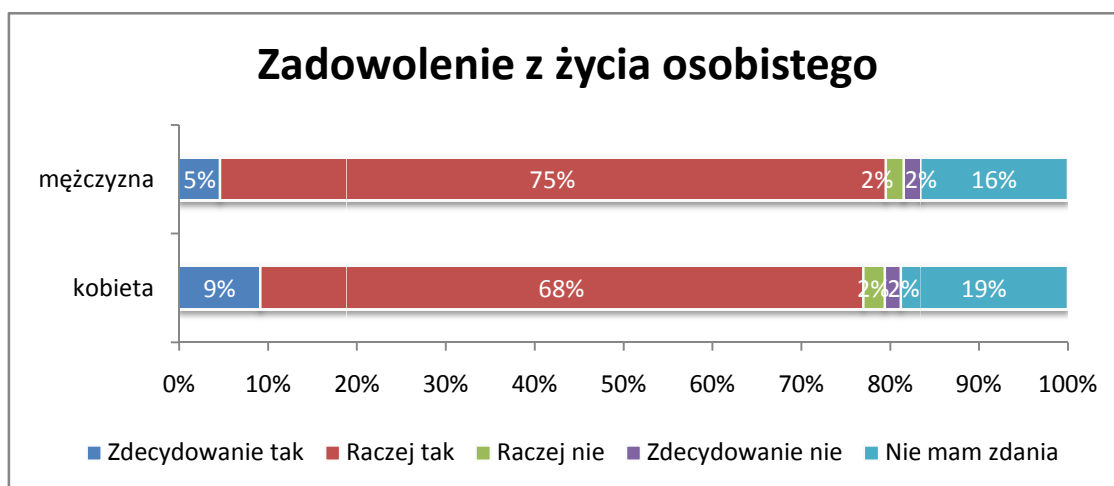
Wykres 144. Zadowolenie z życia osobistego



Źródło: badania własne

Szczecinianie byli w przeważającej większości osobami zadowolonymi z życia osobistego. Zdecydowaną satysfakcję w tym zakresie wyraziło 7% respondentów, a umiarkowaną – aż 79% ankietowanych (łącznie 86% uczestników badania oceniło pozytywnie swoje życie prywatne). Brak zadowolenia z życia osobistego dotyczyło jedynie 4% mieszkańców.

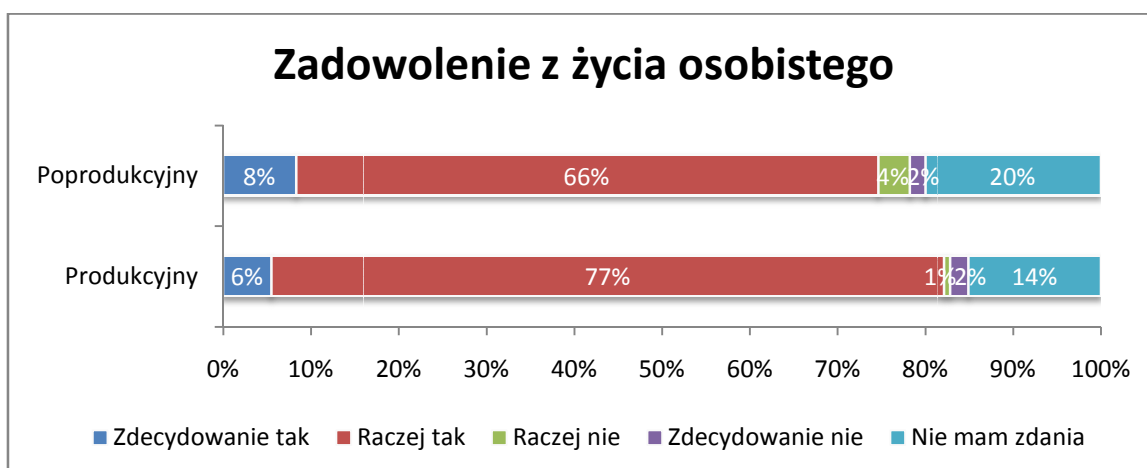
Wykres 145. Zadowolenie z życia osobistego a płeć badanych



Źródło: badania własne

Płeć nie miała wpływu na odczuwane zadowolenie z życia osobistego. 80% mężczyzn i 77% kobiet było usatysfakcjonowanych swoim życiem prywatnym. Podobny odsetek kobiet i mężczyzn (4%) wskazywało na nie odczuwanie zadowolenia z tego aspektu życia.

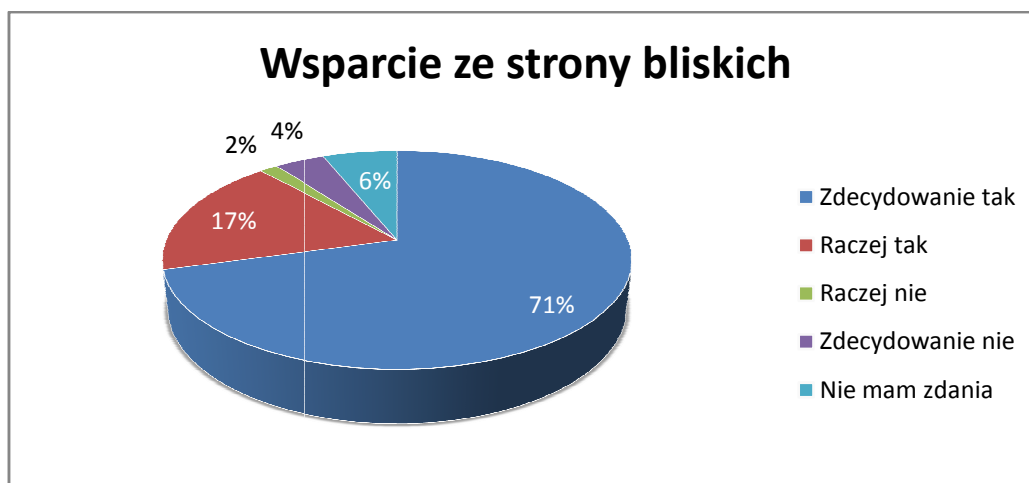
Wykres 146. Zadowolenie z życia osobistego a wiek badanych



Źródło: badania własne

Większość respondentów obu kategorii wiekowych odczuwała zadowolenie z życia osobistego. Usatysfakcjonowanych było 83% ankietowanych w wieku produkcyjnym i 74% osób w wieku poprodukcyjnym. Wśród tych ostatnich co piąty respondent nie potrafił ocenić stopnia zadowolenia z życia osobistego. Takich samych trudności doświadczało tylko 14% osób w wieku produkcyjnym.

Wykres 147. Odczuwane wsparcie ze strony bliskich

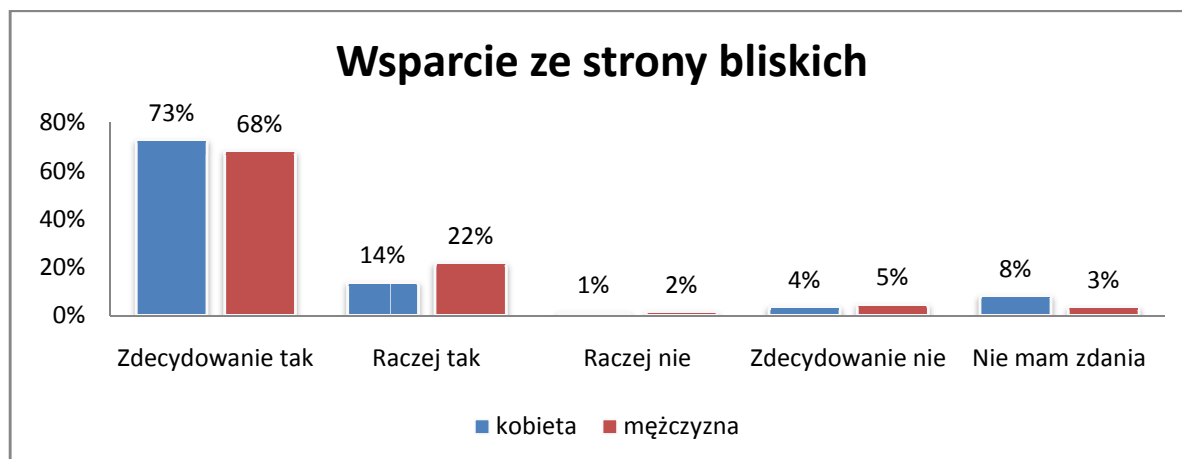


Źródło: badania własne

Zadowolenie z życia osobistego ankietowanych mieszkańców Szczecina wiązało się niewątpliwie z odczuwanym wsparciem ze strony bliskich osób. Niemal dziewięciu na dziesięciu respondentów wyrażało przekonanie, że w trudnej sytuacji mogło liczyć na pomoc

kogoś bliskiego: rodziny czy przyjaciół. O braku takiego wsparcia wspomniało jedynie 6% uczestników badania.

Wykres 148. Odczuwane wsparcie ze strony bliskich a płeć badanych



Źródło: badania własne

Płeć nie warunkowała posiadania wsparcia ze strony bliskich osób – odczuwane było ono w zdecydowanej większości przez kobiety (87%) oraz przez mężczyzn (90%).

Wykres 149. Odczuwane wsparcie ze strony bliskich a wiek badanych

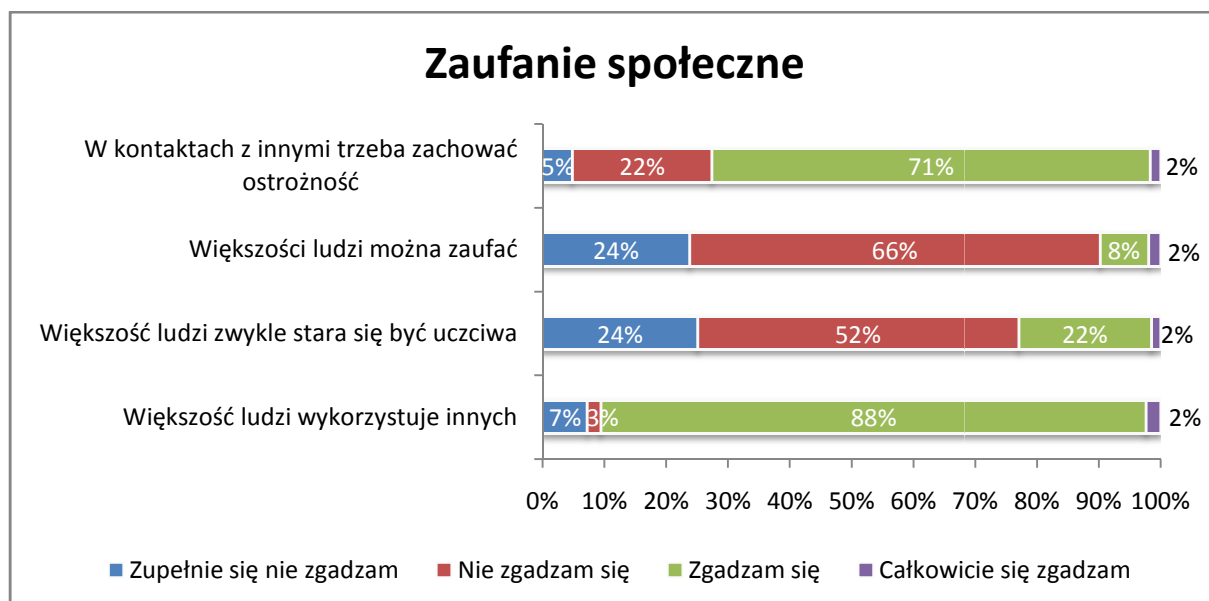


Źródło: badania własne

Również wiek nie miał związku z posiadanym wsparciem ze strony bliskich, Na pomoc rodziny i przyjaciół w trudnej sytuacji mogło liczyć 91% respondentów w wieku produkcyjnym oraz 87% ankietowanych w wieku poprodukcyjnym.

3.6 Zaufanie społeczne

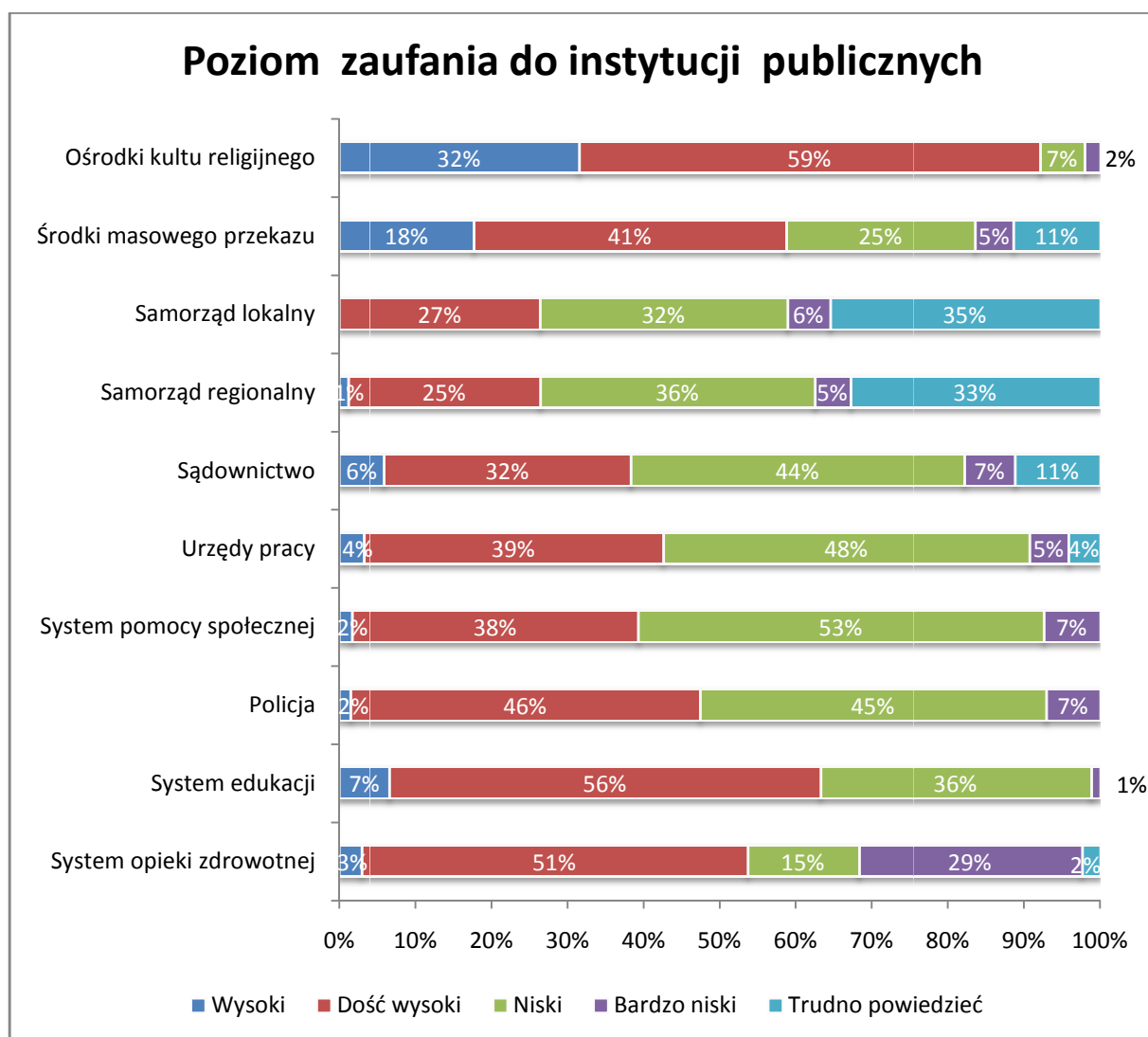
Wykres 150. Zaufanie społeczne wśród mieszkańców Szczecina



Źródło: badania własne

90% uczestników badania zgadzało się ze stwierdzeniem „większość ludzi wykorzystuje innych”, a 73% uważało, że w kontaktach z innymi ludźmi należy zachować ostrożność. Jednocześnie dziewięciu na dziesięciu ankietowanych nie zgadzało się ze stwierdzeniem „większości ludzi można ufać”, a 77% respondentów nie wierzyło, że inni ludzie zwykle starają się być uczciwi. Na podstawie uzyskanych wyników można z pewnością stwierdzić, że poziom zaufania społecznego do innych członków społeczeństwa prezentowany przez uczestników badania jest bardzo niski – przeważnie formułowane są oceny negatywne.

Wykres 151. Poziom zaufania do instytucji publicznych

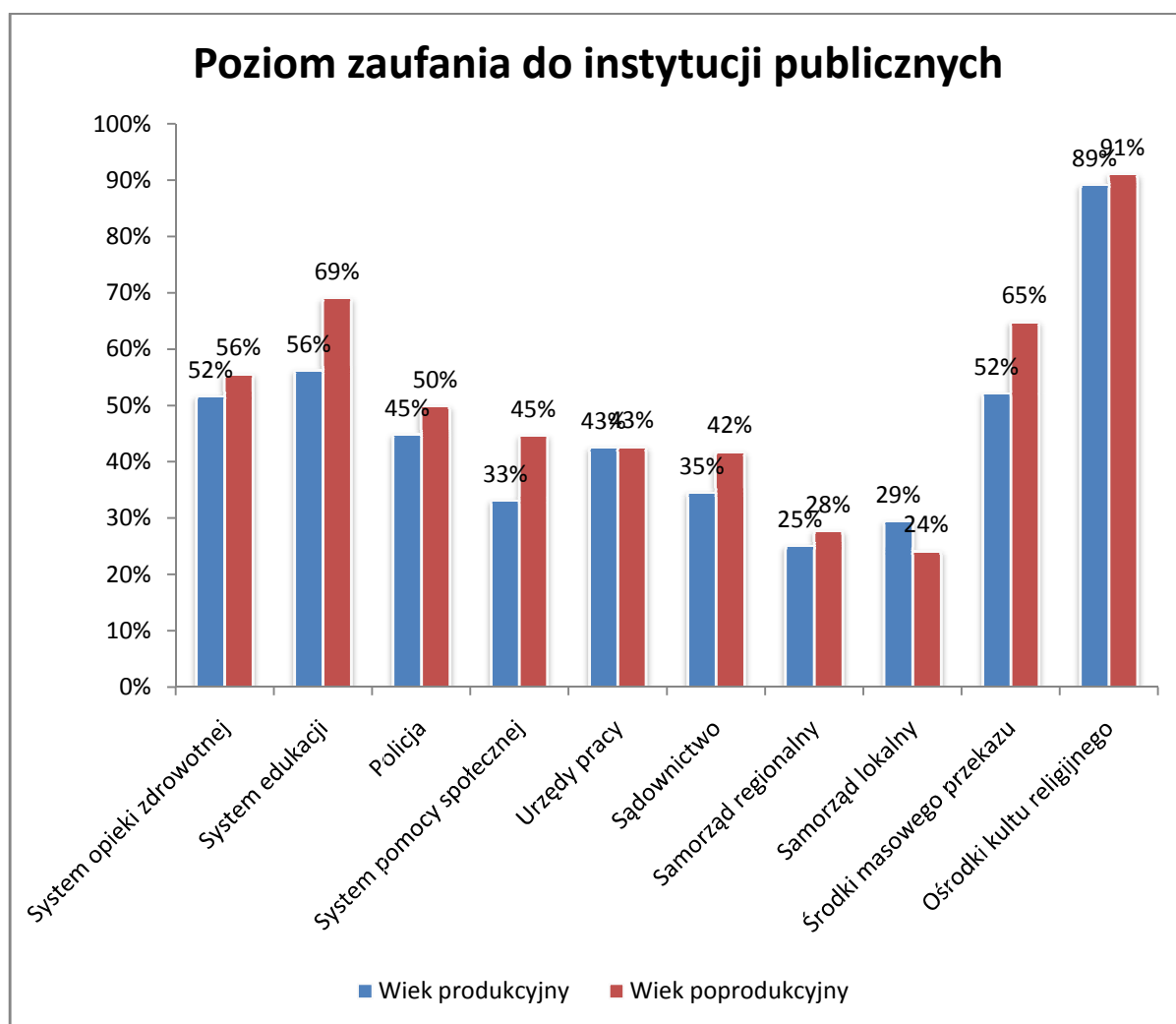


Źródło: badania własne

Kolejnym elementem określenia zaufania społecznego było uzyskanie informacji na temat poziomu zaufania respondentów do instytucji publicznych. Respondenci zostali poproszeni o ocenę swojego poziomu zaufania wobec przedstawionych 9 systemów lub instytucji publicznych na skali: wysoki – dość wysoki – niski – bardzo niski. Największym zaufaniem ankietowanych cieszyły się ośrodki kultu religijnego – jako wysoki i bardzo wysoki poziom swojego zaufania do tej instytucji określiło dziewięciu na dziesięciu ankietowanych. Więcej ocen świadczących raczej o wysokim poziomie zaufania sformułowano także wobec systemu edukacji (łącznie 63% wskazań na wysoki i bardzo wysoki poziom zaufania), środków masowego przekazu (59%) oraz systemu opieki

zdrowotnej (54%). Instytucjami, które najczęściej powodowały trudności w ocenie poziomu zaufania, były samorządy: regionalny i lokalny. Odpowiednio 33% i 35% ankietowanych nie potrafiło ocenić poziomu swojego zaufania do tych instytucji. Najprawdopodobniej jest to efekt słabej znajomości celów i zasad działania samorządów oraz samych instytucji jako takich. Niskie oceny poziomu zaufania najczęściej formułowane były wobec systemu pomocy społecznej (60% wskazań „niski” i „bardzo niski”), policji (53%), urzędów pracy (53%) oraz sądownictwa (51%).

Wykres 152. Poziom zaufania do instytucji publicznych a wiek badanych

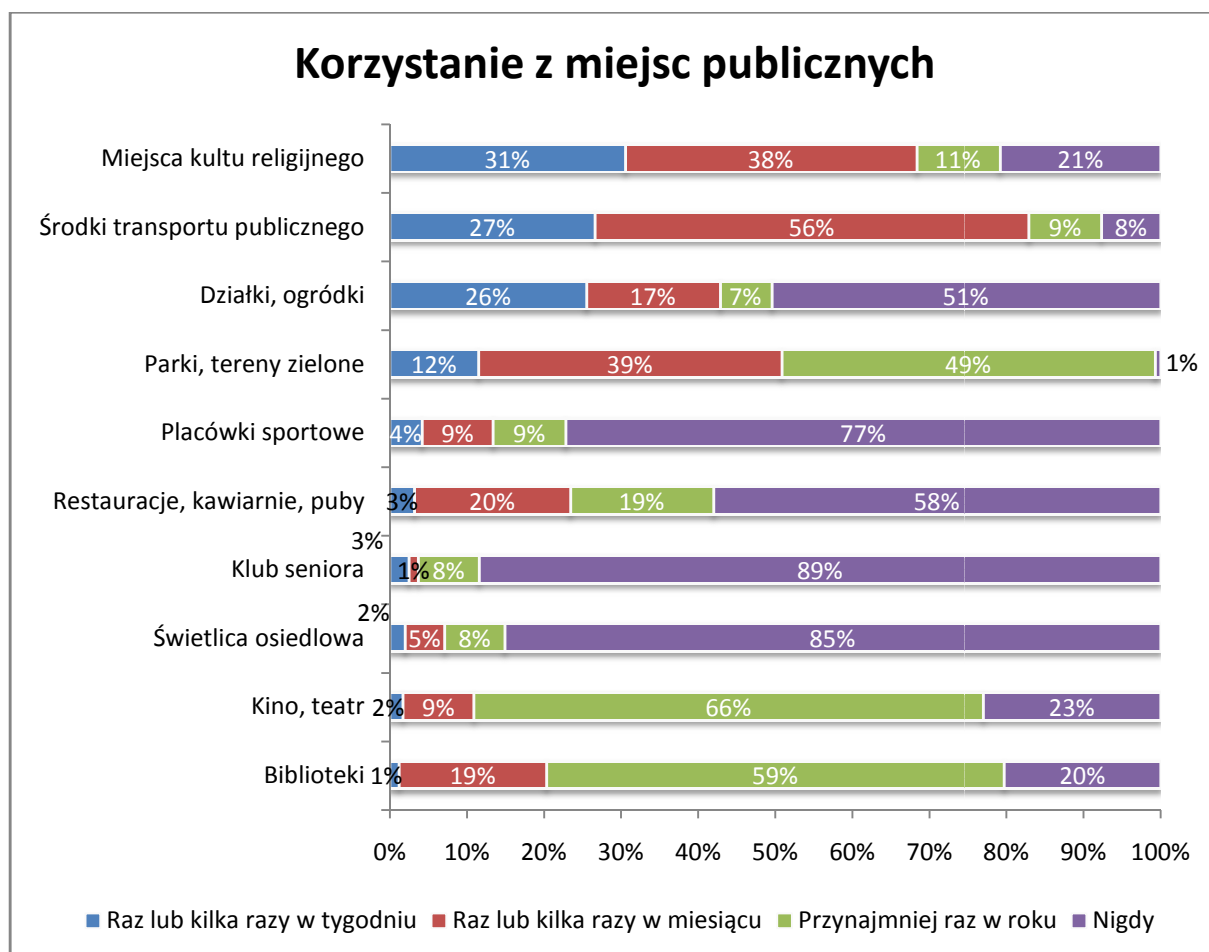


Źródło: badania własne

Analiza poziomu zaufania do instytucji publicznych w zależności od wieku respondentów nie wykazała istotnych różnic. Niezależnie od przedziału wiekowego respondentów (produkcyjnego lub poprodukcyjnego) najwyższe odsetki zaufania

formułowane były wobec ośrodków kultu religijnego (odpowiednio 89% i 91%), systemu edukacji (56% i 69%) oraz środków masowego przekazu (52% i 65%). Z kolei najniższe odsetki poziomu zaufania respondenci w wieku produkcyjnym deklarowali wobec samorządu regionalnego (25%) i lokalnego (29%). Dla respondentów w wieku poprodukcyjnym odsetki te kształtowały się na poziomie 28% i 24%.

Wykres 153. Korzystanie z miejsc publicznych

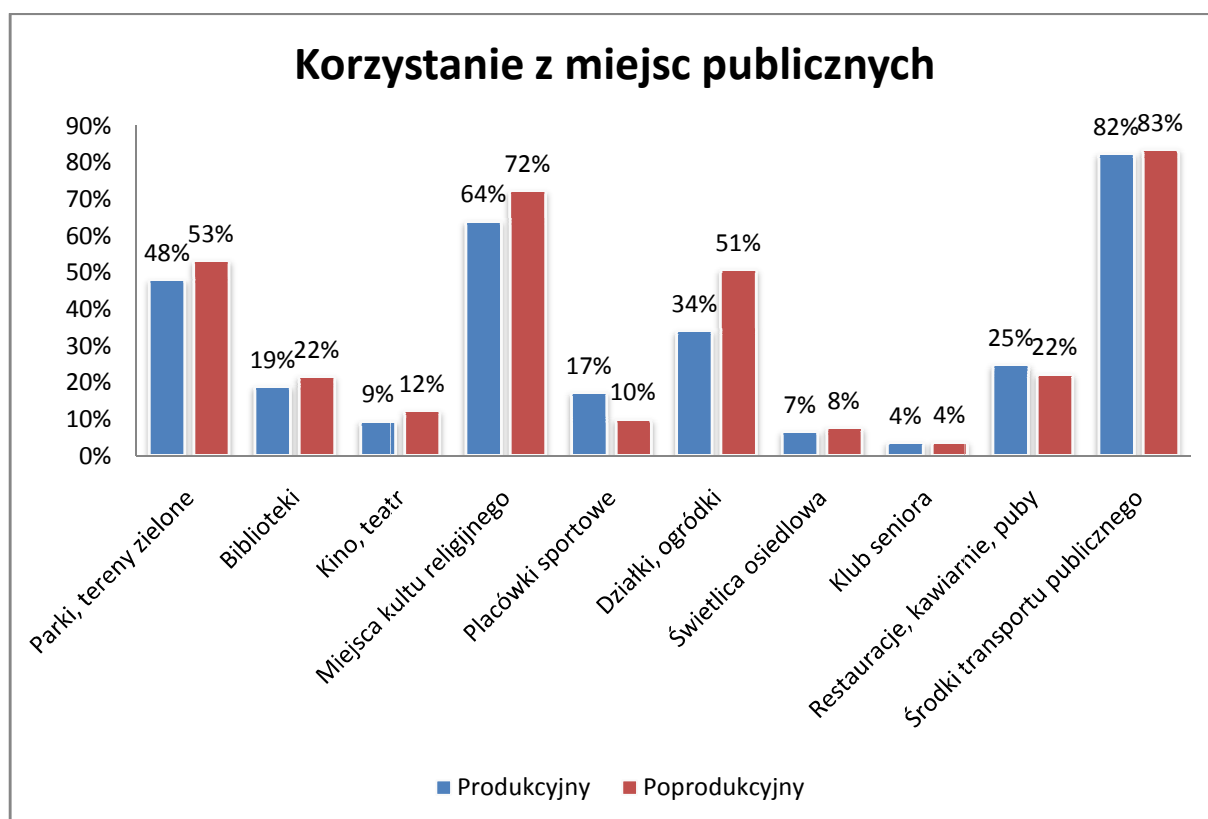


Źródło: badania własne

W kolejnej części wywiadu respondenci zostali poproszeni o wskazanie częstotliwości korzystania przez siebie z różnych miejsc przestrzeni publicznej. Zgodnie z wynikami poprzednich pytań do obiektów odwiedzanych najczęściej należały: miejsca kultu religijnego (31% respondentów bywała w nich przynajmniej raz w tygodniu), środki transportu publicznego (27%), a także działki i ogródki (26%) oraz parki i tereny zielone (12%). Te same miejsca publiczne były też miejscami odwiedzanymi przeważnie raz lub kilka razy

w miesiącu, jednakże w innej kolejności: ze środków publicznego transportu przynajmniej raz w miesiącu korzystała 56% respondentów, z parków - 39% ankietowanych, a miejsca kultu religijnego co najmniej raz w miesiącu nawiedzało 38% badanych. Stosunkowo rzadko mieszkańcy Szczecina bywali w bibliotekach (59% ankietowanych odwiedza je raz w roku, a co piąty nigdy) oraz w kinie czy teatrze (swoją obecność w nich raz w roku deklarowało 66% respondentów). Kluby seniora, świetlice środowiskowe oraz placówki sportowe to miejsca, w których badani bywali bardzo rzadko lub wcale.

Wykres 154. Korzystanie z miejsc publicznych a wiek badanych



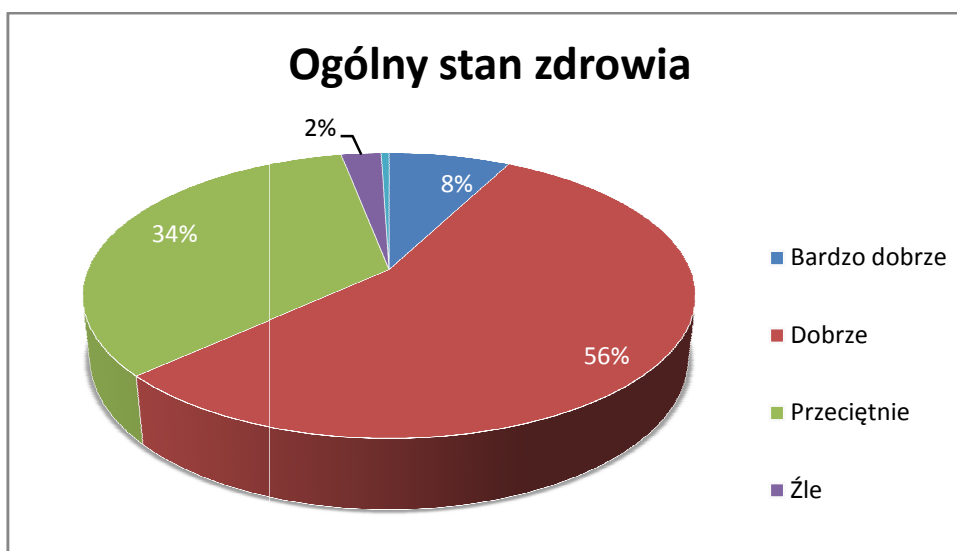
Źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę korzystanie z określonych miejsc publicznych częściej niż raz w miesiącu, można zauważyć, że niezależnie od wieku, na pierwszym miejscu były to środki transportu publicznego, miejsca kultu religijnego oraz parki i tereny zielone. Różne były jedyne odsetki wskazań dla osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym, przy czym w tych miejscach przebywały częściej osoby starsze: 83% z nich częściej niż raz w miesiącu korzystało z publicznego transportu, 72% odwiedzało miejsca związane z religią, a 53% parki. Częściej niż raz w miesiącu czas na działce, ogródku spędzał co drugi ankietowany

w wieku poprodukcyjnym (51%) i tylko 34% respondentów w wieku produkcyjnym. Zapewne jest to związane z większą ilością wolnego czasu, jakim dysponują osoby starsze.

3.7 Samoocena stanu zdrowia

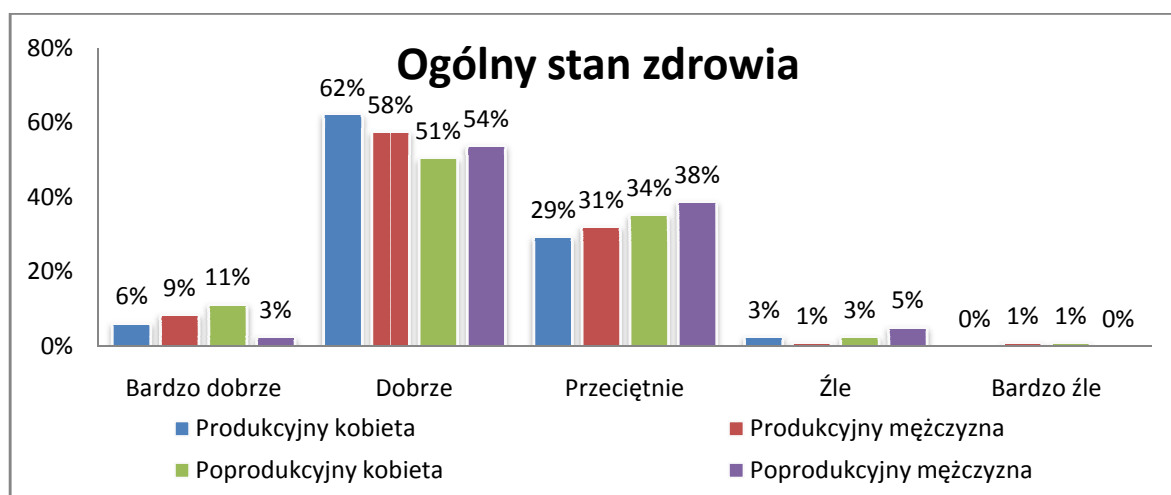
Wykres 155. Ogólny stan zdrowia



Źródło: badania własne

Większość uczestników badania oceniła swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. 8% ankietowanych oceniając ogólny stan zdrowia użyło oceny najwyższej, a 56% ocen dobrych. Co trzeci badany mieszkaniec Szczecina ocenił swoje zdrowie jako przeciętne. Odsetki ocen negatywnych były marginalne.

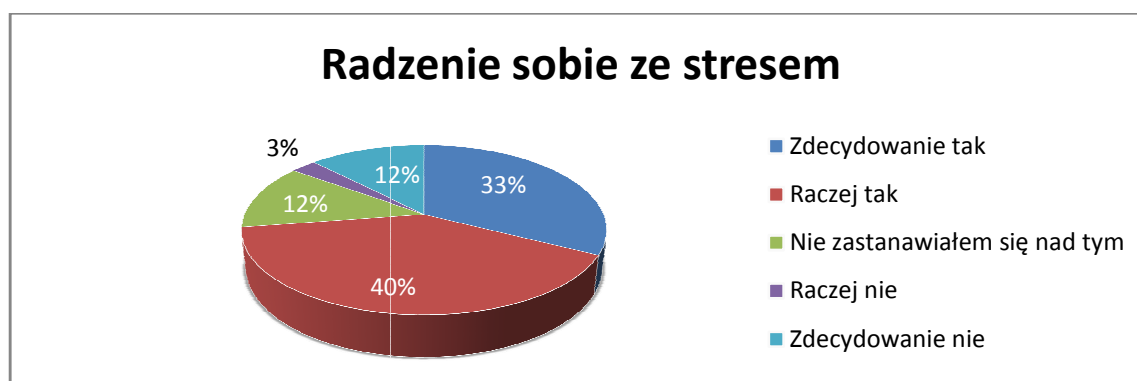
Wykres 156. Ogólny stan zdrowia a wiek i płeć badanych



Źródło: badania własne

We wszystkich kategoriach respondenci w większości oceniali swoje zdrowie pozytywnie. Odsetek ten najwyższy był wśród kobiet w wieku produkcyjnym (68%), a najniższy – wśród mężczyzn w wieku poprodukcyjnym (44%). Ogólnie można powiedzieć, że osoby w wieku poprodukcyjnym częściej formułowały przeciętną ocenę swojego zdrowia, zaś szczególnie w niskich ocenach wyróżniali się mężczyźni – 5% tych w wieku poprodukcyjnym uznało stan zdrowia za zły.

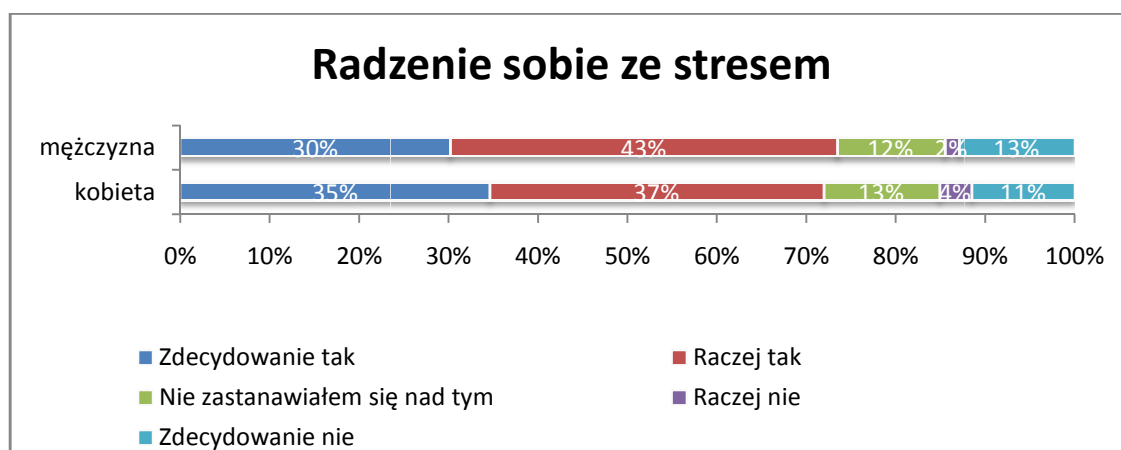
Wykres 157. Radzenie sobie ze stresem życia codziennego



Źródło: badania własne

Ankietowani mieszkańcy Szczecina potrafili w większości radzić sobie ze stresem. Takie przekonanie wyraziło 73% ankietowanych. Doświadczanie trudności w uporaniu się ze stresem życia codziennego deklarowało 15% respondentów. Pozostali (12%) nigdy nie zastanawiali się nad problemem stresu życia codziennego.

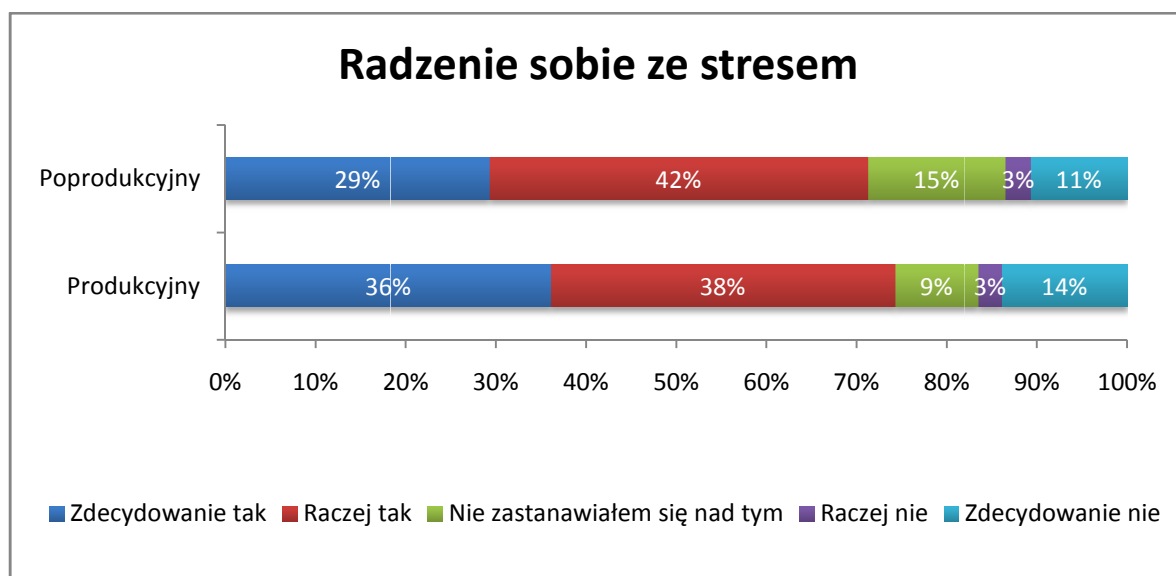
Wykres 158. Radzenie sobie ze stresem życia codziennego a płeć badanych



Źródło: badania własne

Umiejętności radzenia sobie ze stresem życia codziennego nie były uzależnione od płci respondentów, bowiem odsetki osób deklaruujących brak trudności w uporaniu się z codziennymi trudnościami w przypadku obu płci kształtował się na niemal identycznym poziomie: 72% kobiet i 73% mężczyzn. Ze stresem wynikającym z życia codziennego nie radziło sobie 16% kobiet i 15% mężczyzn.

Wykres 159. Radzenie sobie ze stresem życia codziennego a wiek badanych

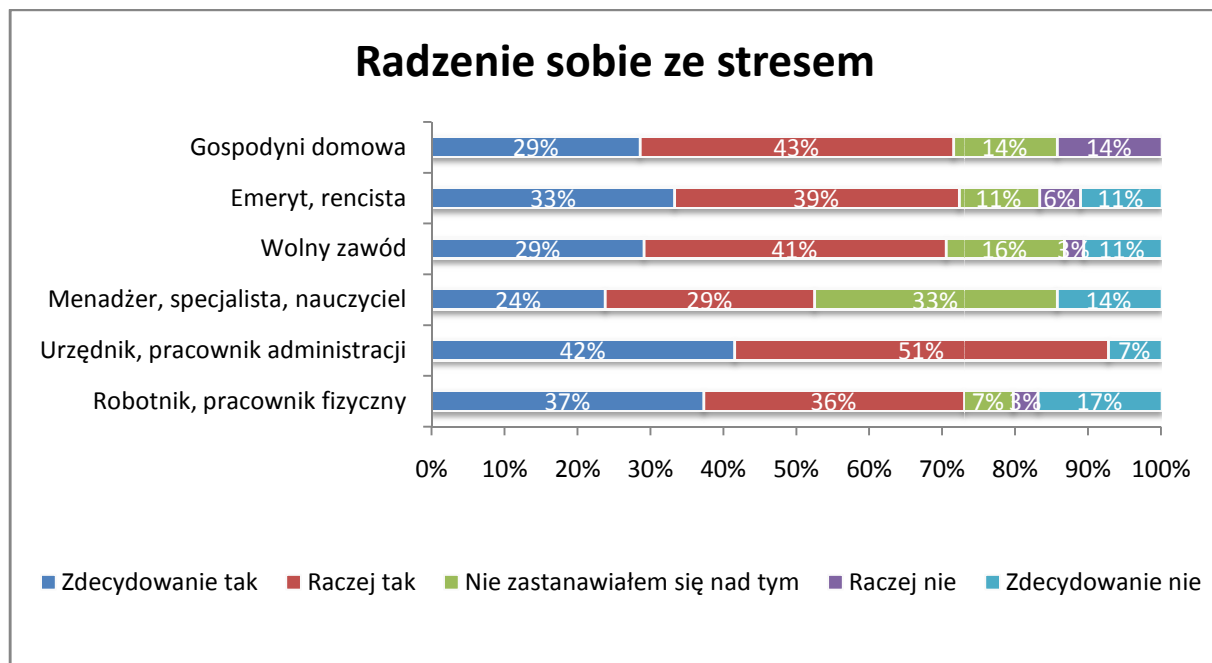


Źródło: badania własne

Również wiek nie miał znaczenia w ocenie umiejętności radzenia sobie ze stresem życia codziennego. Nie stwarzał problemów 71% respondentom w wieku poprodukcyjnym

i 74% ankietowanych w wieku produkcyjnym. Ankietowani w wieku produkcyjnym stosunkowo częściej uskarżali się na trudności związane ze stresem życia codziennego – deklarował tak niemal co piąty badany (19%) w tej kategorii wiekowej.

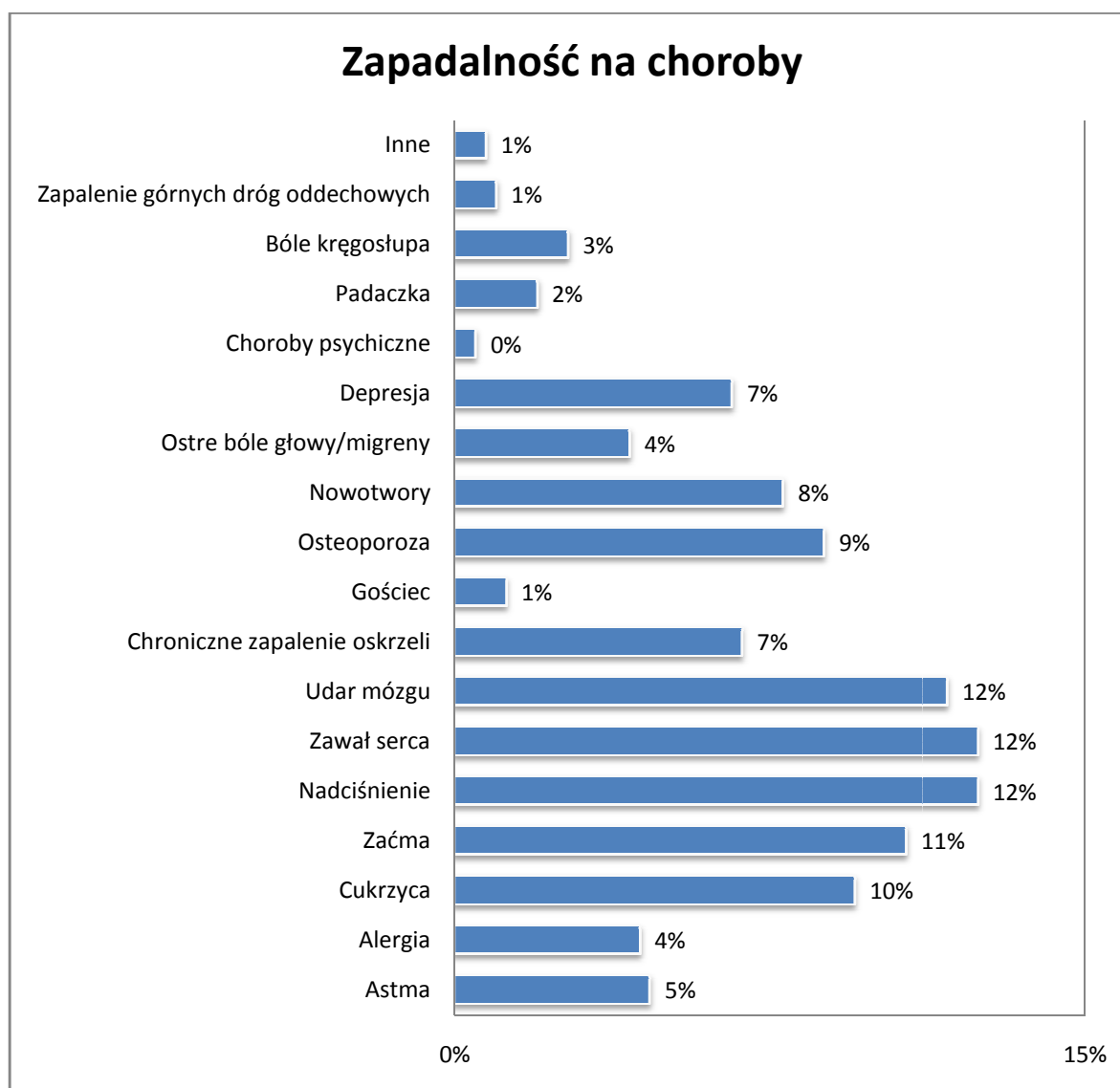
Wykres 160. Radzenie sobie ze stresem życia codziennego a forma aktywności zawodowej



Źródło: badania własne

Niezależnie od formy aktywności zawodowej, odsetek osób, które potrafiły poradzić sobie ze stresami życia codziennego, przewyższał odsetek osób nie posiadających takich umiejętności. Najczęściej ze stresem tego typu nie radzili sobie robotnicy i pracownicy fizyczni (co piąty) oraz emeryci i renciści (17%). Najwyższe umiejętności radzenia sobie ze stresem życia codziennego deklarowali urzędnicy i pracownicy administracji – 93% z nich nie miało problemów w tym zakresie. Z kolei kategorią zawodową, w której był najwyższy odsetek wskazań, na brak opinii związanej z posiadaniem umiejętności radzenia sobie ze stresem byli menedżerowie, specjaliści i nauczyciele – co trzeci respondent z tej kategorii wskazał odpowiedź „nie zastanawiałem się nad tym”.

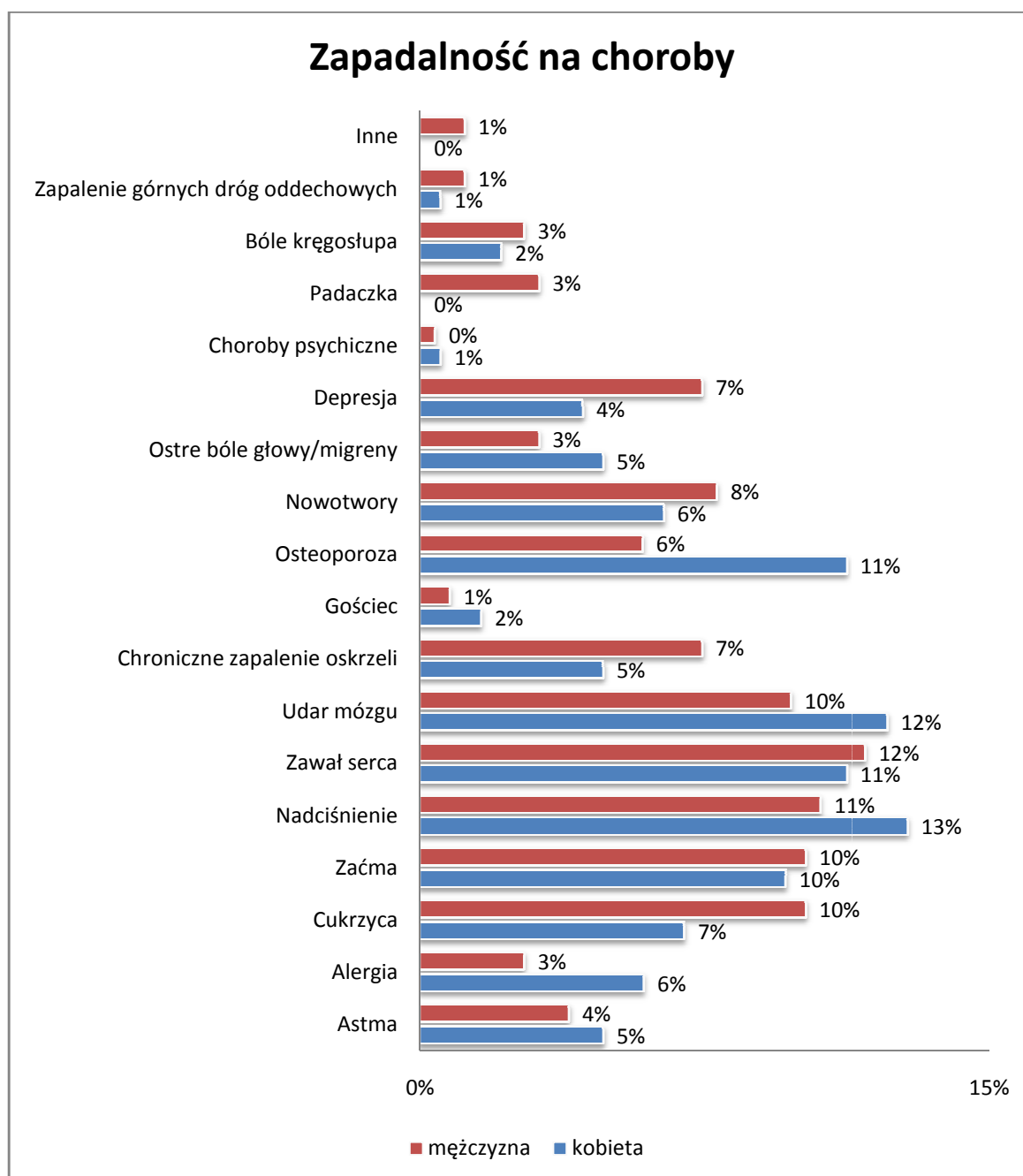
Wykres 161. Zapadalność na choroby wśród najbliższej rodziny badanych



Źródło: badania własne

W celu określenia ogólnego poziomu zdrowia populacji, uczestnicy badania zostali poproszeni o wskazanie chorób, które występują w ich najbliższej rodzinie. Do nich zaliczono: zawał serca i udar mózgu, nadciśnienie (po 12% wskazań), zaćmę (11%), cukrzycę (10%), osteoporozę (9%) i nowotwory (8%). Rzadziej w rodzinach ankietowanych osób pojawiały się depresja czy chroniczne zapalenie oskrzeli (po 7%). Astmę, alergie czy migreny wśród swojej najbliższej rodziny dostrzegali nieliczni respondenci (4-5%). Pozostałe rodzaje schorzeń pojawiały się w rodzinach uczestników badania sporadycznie.

Wykres 162. Zapadalność na choroby wśród najbliższej rodziny a płeć badanych

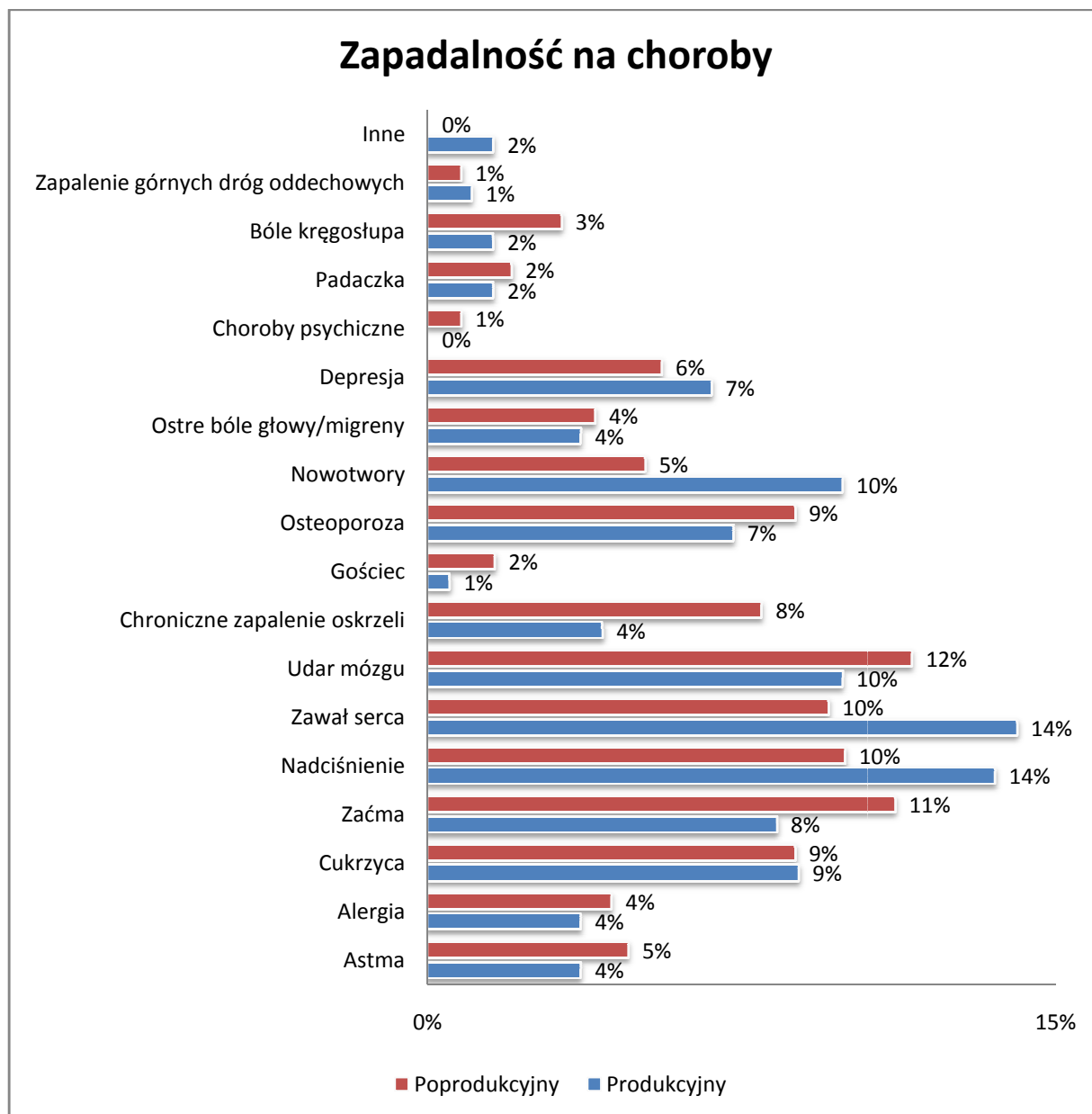


Źródło: badania własne

Odsetki osób deklarujących występowanie określonych chorób, wśród swoich najbliższych, w większości przypadków nie różniły znacznie w zależności od płci. Kobiety nieznacznie częściej niż mężczyźni wskazywały na obecność problemów z nadciśnieniem (13% wobec 11% mężczyzn), udaru mózgu (12% wobec 10%), osteoporozy (11% wobec 6%), czy alergii (6% wobec 3%). Mężczyźni zaś częściej wskazywali na występowanie

u rodziny cukrzycy (10% wobec 7% kobiet), depresji (7% wobec 4%), chronicznego zapalenia oskrzeli (7% wobec 5%) czy padaczki (3% wobec 0%).

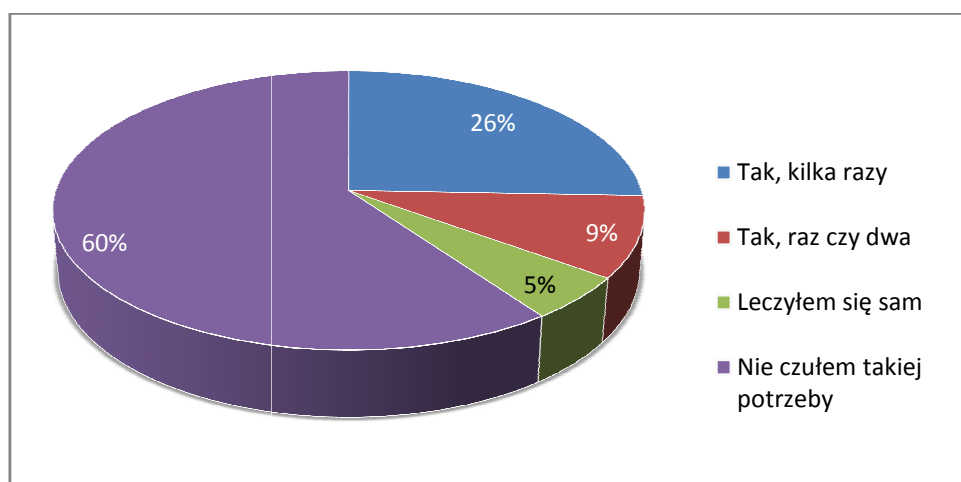
Wykres 163. Zapadalność na choroby wśród najbliższej rodziny a wiek badanych



Źródło: badania własne

Wśród respondentów wieku produkcyjnym wyraźnie większy był odsetek osób, które w swojej najbliższej rodzinie (rodzice rodzeństwo, dzieci) obserwowały: nadciśnienie i zawał serca (po 14%) oraz nowotwory (10%). W przypadku obserwowania zapadalności bliskiej rodziny na pozostałe, wyróżnione choroby nie wystąpiły znaczące różnice.

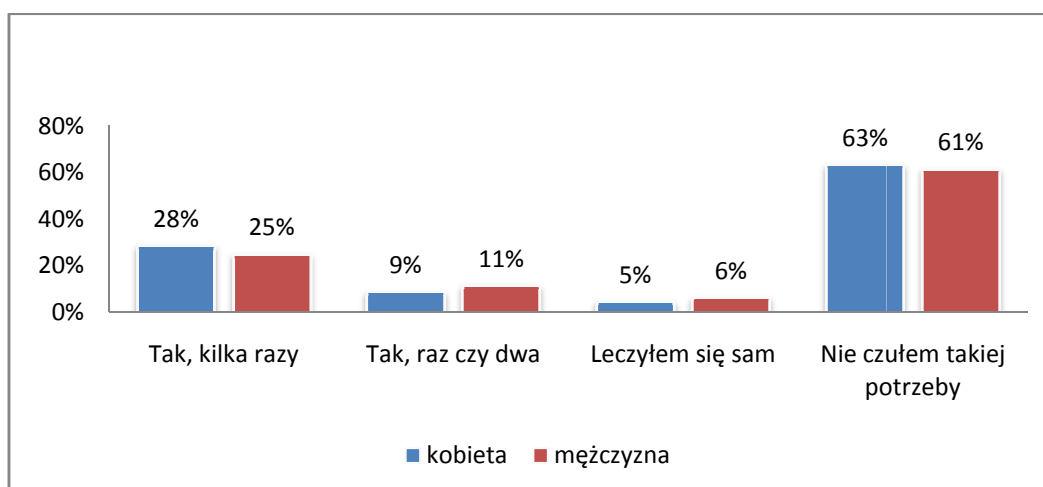
Wykres 164. Częstotliwość zasięgania porad lekarskich



Źródło: badania własne

W okresie ostatnich 6 miesięcy 60% uczestników badania nie odczuwało potrzeby zasięgnięcia porady lekarskiej. 37% respondentów było u lekarza, a 5% przyznało, że samodzielnie leczyło się bez kontroli ze strony lekarza.

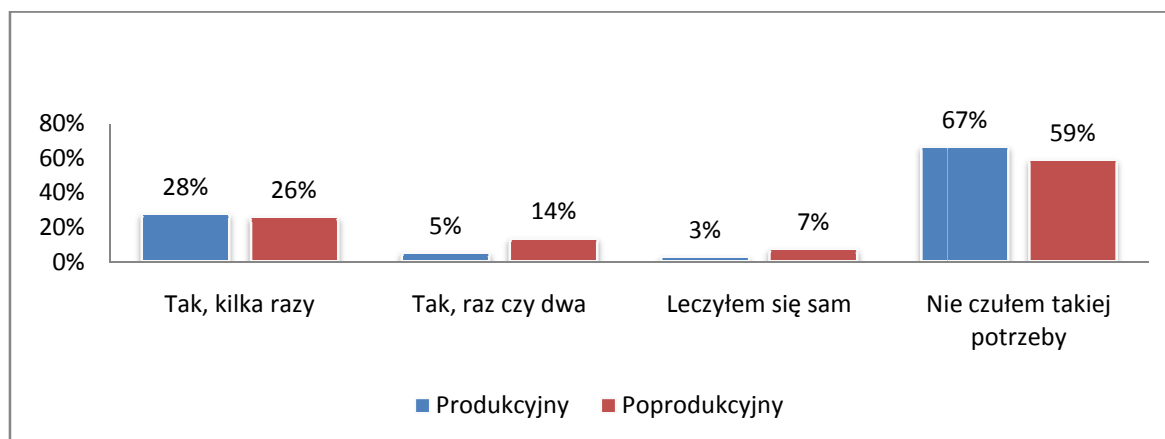
Wykres 165. Częstotliwość porad lekarza a płeć badanych



Źródło: badania własne

Potrzeby zasięgnięcia porady lekarskiej nie odczuwało 63% mężczyzn i 61% kobiet. Podobne były także odsetki osób, które jednak skorzystały z pomocy lekarskiej: uczyniło tak 37% kobiet i 36% mężczyzn.

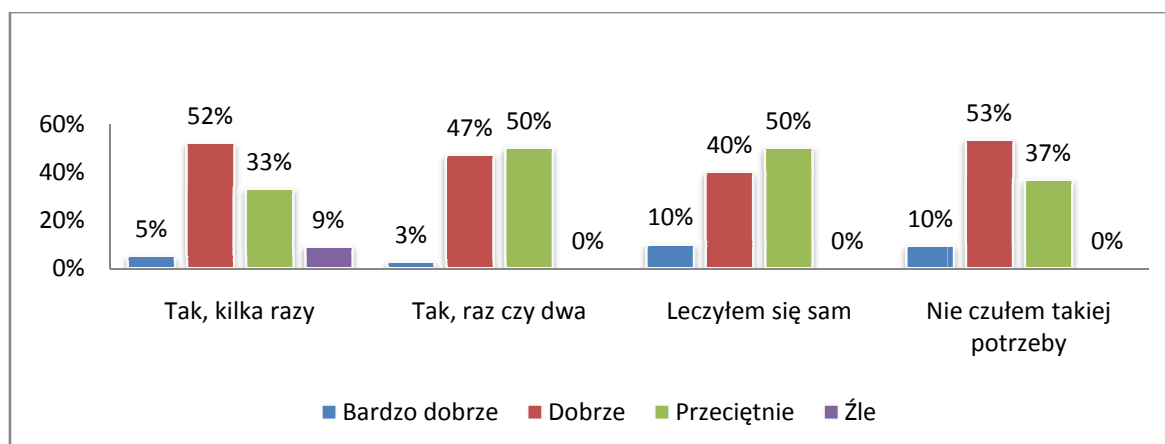
Wykres 166. Częstotliwość porad lekarskich a wiek badanych



Źródło: badania własne

Niezależnie od wieku respondentów, w obu kategoriach wiekowych najczęściej deklarowany był brak potrzeby związanej z wizytą u lekarza. Jednak dla osób w wieku produkcyjnym odsetek ten wynosił 67%, a dla osób w wieku poprodukcyjnym spadał do 59%. Osoby starsze zdecydowanie częściej niż młodsze korzystały w okresie ostatniego półrocza z jednej lub dwóch wizyt lekarskich (14%) oraz podejmowały próby samoleczenia (7%).

Wykres 167. Częstotliwość porad lekarskich a subiektywna ocena stanu zdrowia

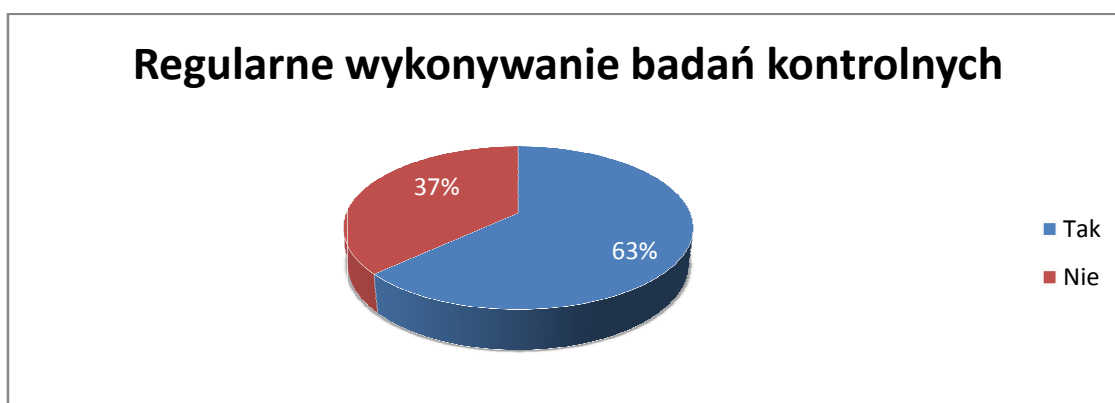


Źródło: badania własne

Częstotliwość odwiedzania gabinetów lekarskich w okresie ostatniego półrocza nie była w istotny sposób związana z oceną stanu zdrowia. Wśród osób, które w czasie 6 miesięcy przed badaniem odbyły kilka wizyt lekarskich, odsetek respondentów deklarujących dobry i bardzo dobry stan zdrowia wyniósł 57%. Co trzeci ankietowany z tej kategorii ocenił stan swojego zdrowia jako przeciętny, a niemal co dziesiąty (9%) – jako zły.

Wskazanie na zły stan zdrowia pojawiało się jedynie wśród tych osób, które w okresie poprzednich 6 miesięcy były u lekarzy przynajmniej kilka razy. Co drugi respondent, który we wskazanym okresie odbył jedną-dwie wizyty lekarskie, uważał swoje zdrowie za przeciętne, tyle samo zaś za dobre i bardzo dobre. Podobny rozkład odpowiedzi wystąpił w przypadku odpowiedzi respondentów podejmujących samo leczenie. Natomiast wśród tych, którzy nie mieli potrzeby skorzystania z porady lekarza, 63% uważało swoje zdrowie za przynajmniej dobre, pozostali (37%) za przeciętne.

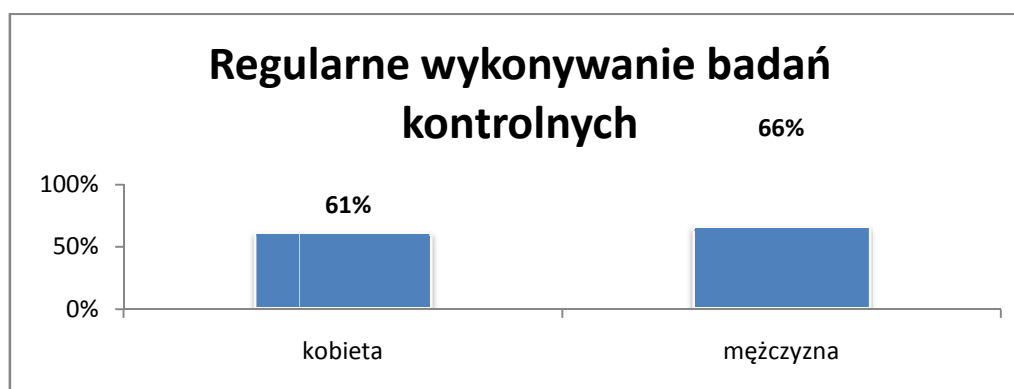
Wykres 168. Wykonywanie badań kontrolnych



Źródło: badania własne

Ważnym zachowaniem prozdrowotnym jest regularnie wykonywanie badań kontrolnych. Wśród uczestników badania, osoby które wykonywały badania kontrolne stanowiły 63%. Pozostałe 37% nie wykonywało regularnych badań kontrolnych.

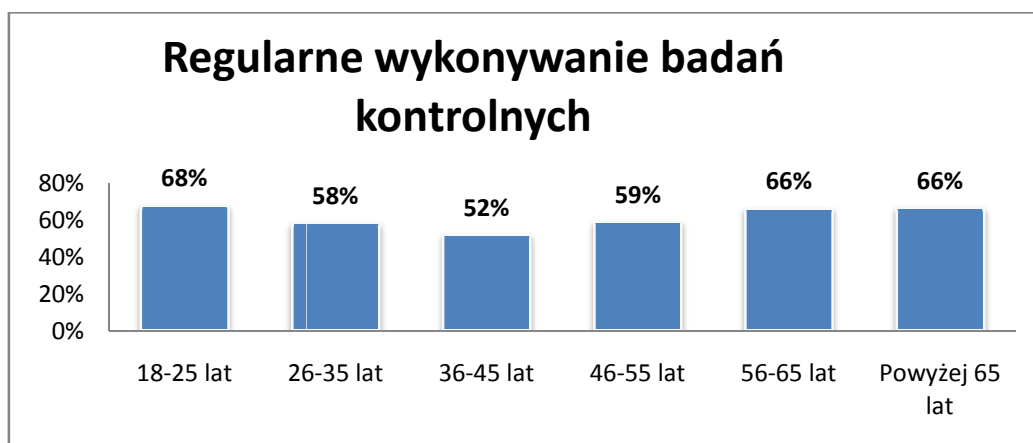
Wykres 169. Wykonywanie badań kontrolnych a płeć badanych



Źródło: badania własne

Mężczyźni częściej deklarowali regularne wykonywanie badań kontrolnych. Odsetek wskazań w tej kategorii wyniósł 66%, podczas gdy dla kobiet kształtował się na poziomie 61%. Najprawdopodobniej jest to efekt nieco większego odsetka pracujących mężczyzn niż kobiet i obowiązkiem przeprowadzenia badań kontrolnych związanych z wykonywanym zawodem.

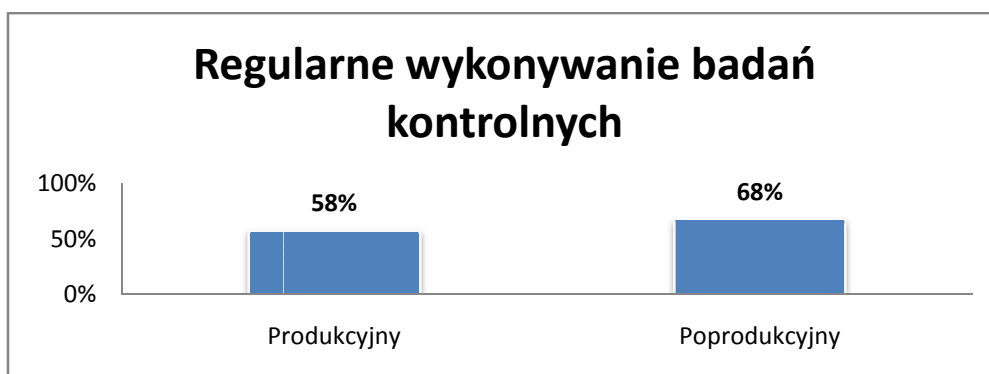
Wykres 170. Wykonywanie badań kontrolnych a kategorie wiekowe



Źródło: badania własne

Regularne badania kontrolne najczęściej wykonywali młodszy uczestnicy badania. Wśród osób w wieku 18-25 lat odsetek takich deklaracji wynosił 68% i był najwyższy spośród pozostałych kategorii wiekowych. W kolejnych grupach osiągany był niższy odsetek osób, które regularnie robią badania kontrolne, osiągając minimum w wysokości 52% wśród respondentów w wieku 36-45 lat. W dalszych kategoriach wiekowych, odsetek ten rósł, osiągając poziom 66% wśród osób powyżej 56 roku życia.

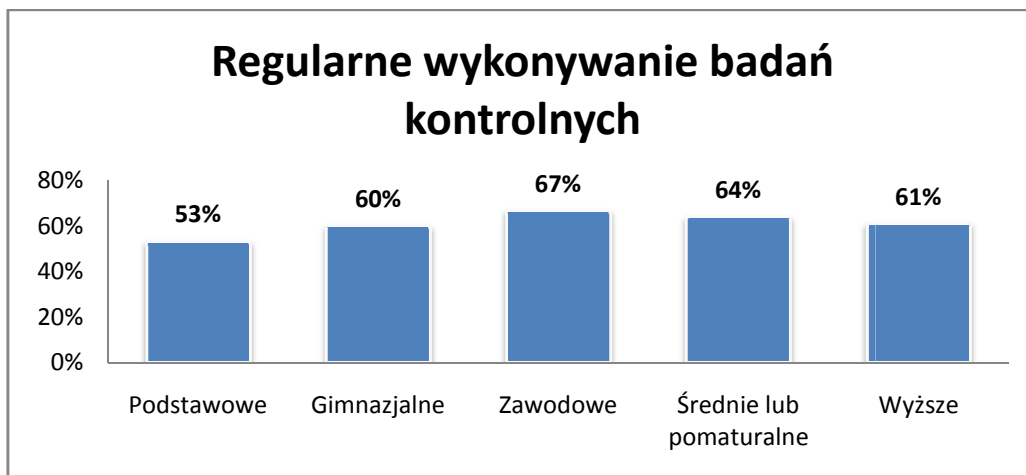
Wykres 171. Wykonywanie badań kontrolnych a wiek badanych



Źródło: badania własne

Zachowania prozdrowotne w postaci regularnych badań kontrolnych częściej podejmowały osoby w wieku poprodukcyjnym (68%). Wśród respondentów w wieku produkcyjnym odsetek osób wykonujących regularne badania kontrolne wynosił 58%.

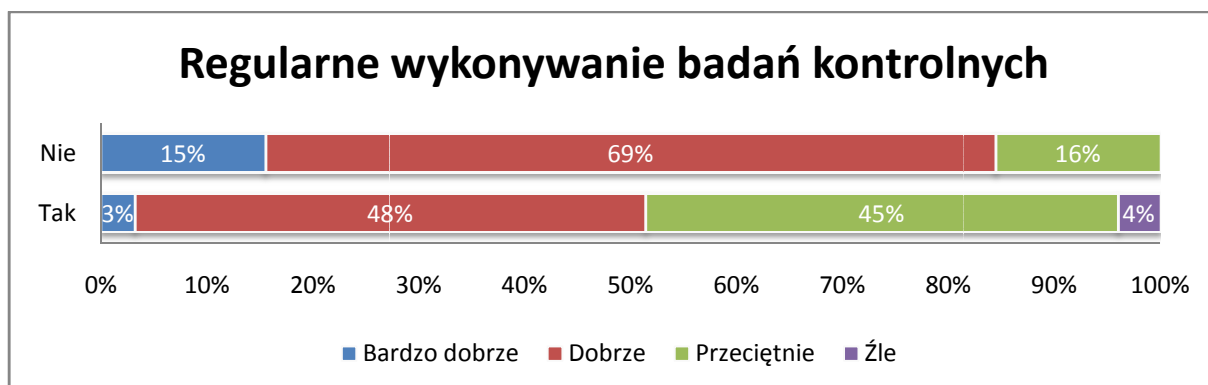
Wykres 172. Wykonywanie badań kontrolnych a wykształcenie badanych



Źródło: badania własne

Analiza zależności między wykonywaniem badań kontrolnych z wykształceniem respondentów, nie potwierdziła obiegowej opinii, że osoby lepiej wykształcone bardziej dbają o swoje zdrowie. Choć najniższy odsetek osób korzystających z badań kontrolnych był wśród respondentów o najniższym, podstawowym, poziomie wykształcenia (53%), to odsetek ten nie rósł wraz z poziomem wykształcenia. Najwięcej osób deklaruujących poddawanie się regularnym badaniom kontrolnym odnotowano wśród respondentów z wykształceniem zawodowym – 67%. Wśród osób z wykształceniem wyższym odsetek ten wyniósł 61%.

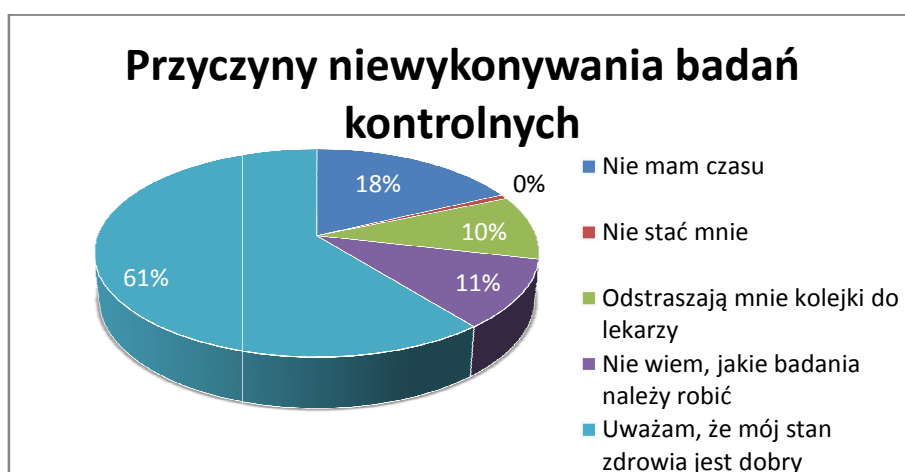
Wykres 173. Wykonywanie badań kontrolnych a subiektywna ocena stanu zdrowia



Źródło: badania własne

Na podstawie uzyskanego wyniku można stwierdzić, że gorsze oceny stanu zdrowia skłaniały do regularnego wykonywania badań kontrolnych. Choć w obu kategoriach: osób deklarujących regularność tego rodzaju zachowań prozdrowotnych oraz osób, które badań kontrolnych nie wykonywało, odsetki pozytywnych ocen swojego zdrowia były wyższe niż odsetki ocen przeciętnych i negatywnych - wyraźna była różnica ilościowa. 51% ankietowanych wykonujących regularne badania kontrolne oceniło stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry. Wśród osób niekorzystających z tych badań odsetek ten kształtował się na poziomie aż 84%. Pozostali ankietowani z tej kategorii oceniali swoje zdrowie jako przeciętne. O złym stanie swojego zdrowia mówili wyłącznie respondenci regularnie wykonujący badania kontrolne (4%).

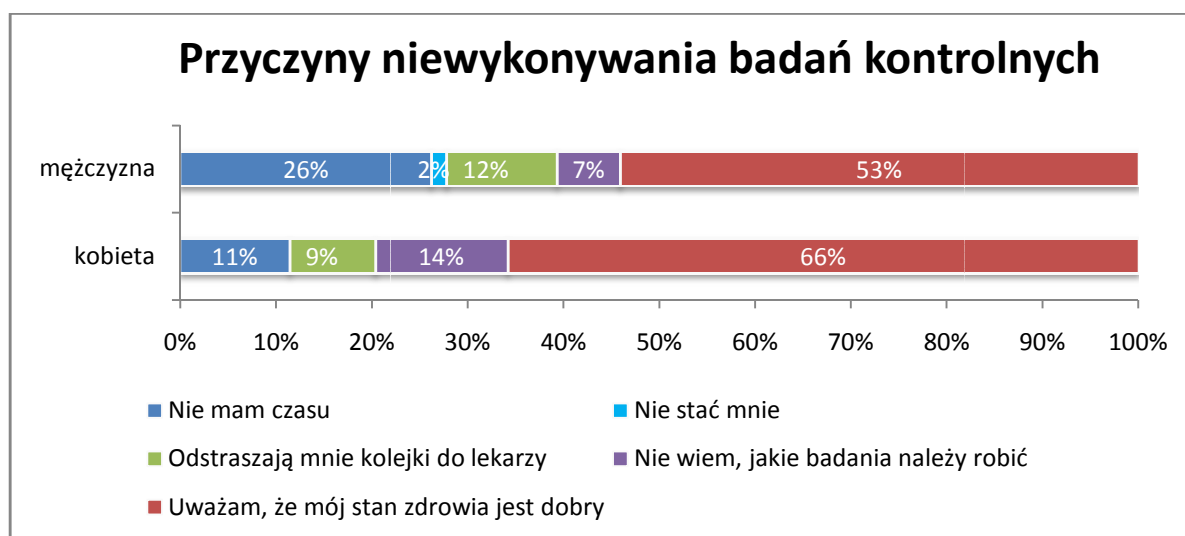
Wykres 174. Przyczyny niewykonywania badań kontrolnych



Źródło: badania własne

Respondenci, którzy deklarowali brak regularnych badań kontrolnych, w większości uważali, że badania te nie są im potrzebne, gdyż stan ich zdrowia jest dobry. Opinię taką wyraził co szósty ankietowany. Co dziesiąty badany (11%) nie wiedział, jakie badania powinien wykonać, tyle samo respondentów od wizyt u lekarzy odstraszały kolejki. 18% osób niewykonywujących badań kontrolnych tłumaczyło się brakiem czasu. Brak finansów nie był barierą w wykonywaniu badań.

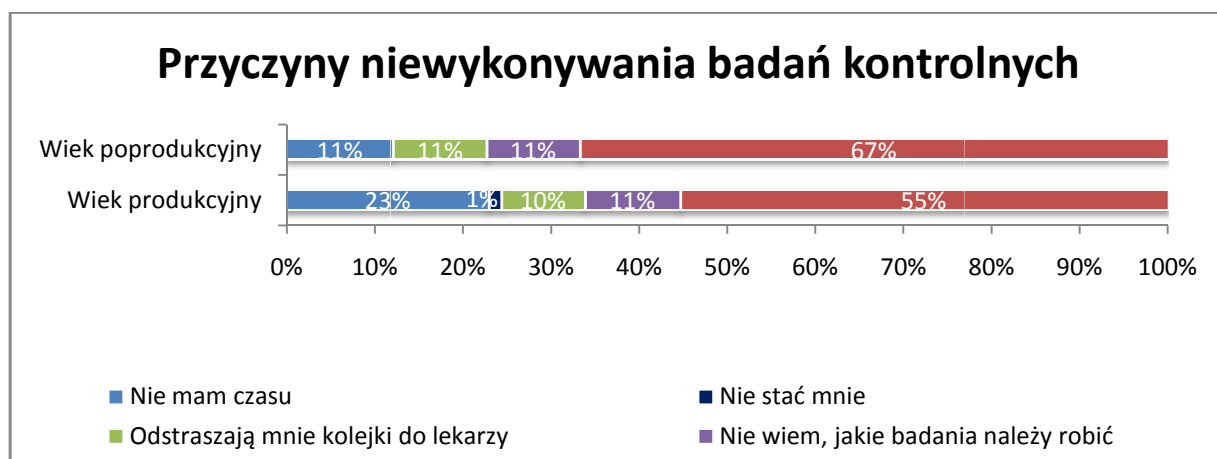
Wykres 175. Przyczyny niewykonywania badań kontrolnych a płeć badanych



Źródło: badania własne

Przyczyną, dla której najczęściej kobiety i mężczyźni nie wykonywali badań kontrolnych, było przekonanie ich o dobrym stanie własnego zdrowia. Wyraziło się tak 53% uczestników badania i 66% uczestniczek. Mężczyźni zdecydowanie częściej tłumaczyli to brakiem czasu – twierdziło tak 26% z respondentów. Dla kobiet ten odsetek wynosił zaledwie 11%. Ponadto, kobietom częściej niż mężczyznom brakowało wiedzy odnośnie niezbędnych do wykonywania badań kontrolnych. Brak wiedzy w tym zakresie jako przyczynę braku badań wskazało dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn (14% wobec 7%).

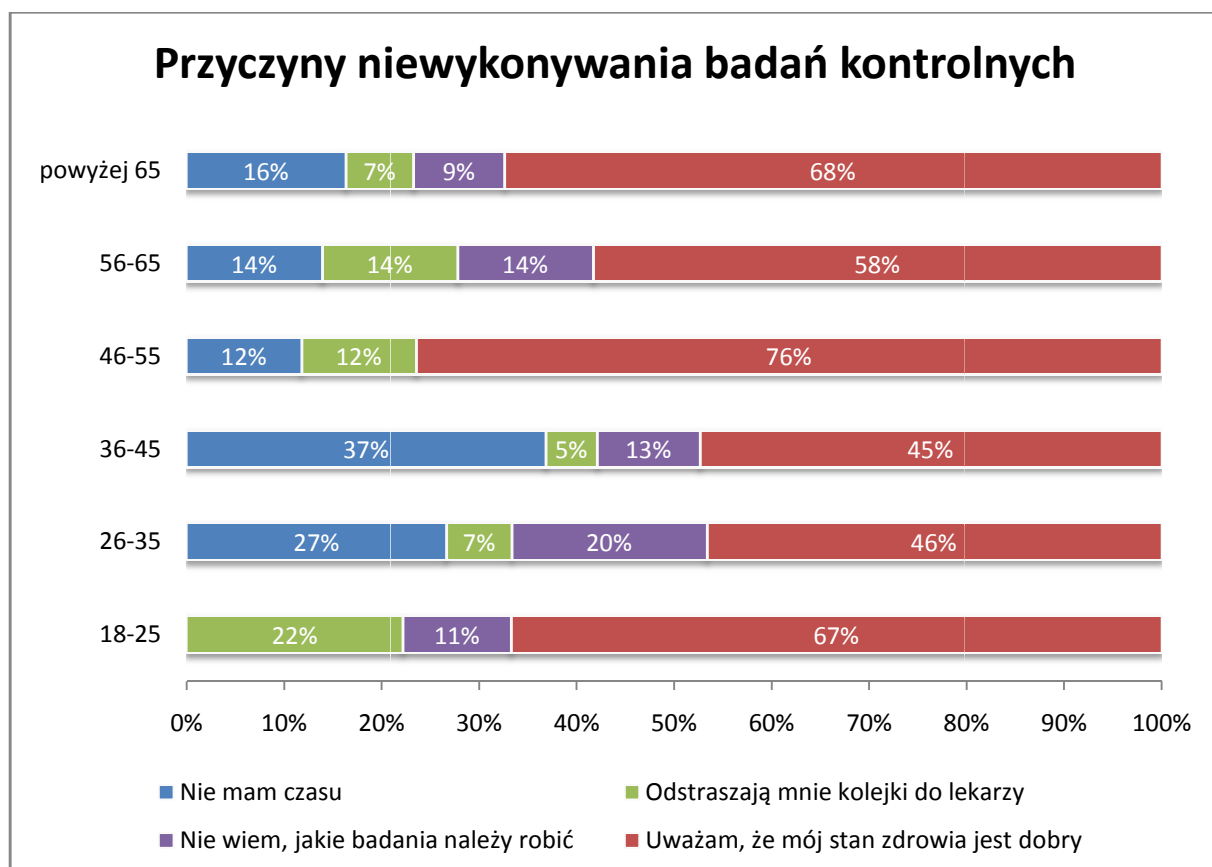
Wykres 176. Przyczyny niewykonywania badań kontrolnych a wiek badanych



Źródło: badania własne

Niezależnie od wieku respondentów podstawową przyczyną niewykonywania badań kontrolnych było przekonanie o dobrym stanie zdrowia – dotyczyło 55% respondentów w wieku produkcyjnym i 67% osób w wieku poprodukcyjnym. Młodszy respondenci podawali brak czasu na regularne badania kontrolne - 23%. Wśród osób w wieku poprodukcyjnym odsetek ten wyniósł zaledwie 11%.

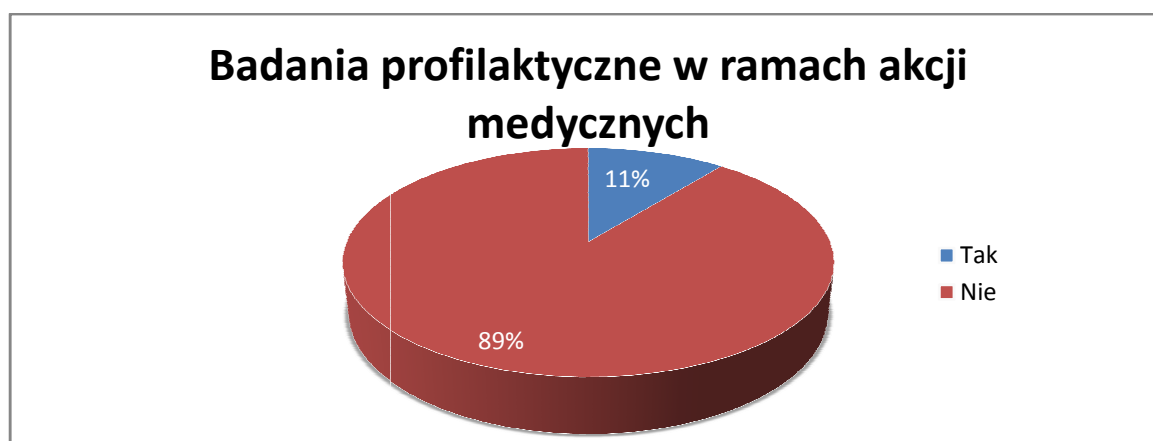
Wykres 177. Przyczyny niewykonywania badań kontrolnych a kategorie wiekowe



Źródło: badania własne

Również niezależnie od kategorii wiekowych, główną przyczyną niewykonywania badań kontrolnych było przekonanie o dobrym stanie zdrowia. Odsetki te jednak różniły się znacznie między sobą – od 45% wśród respondentów w wieku 36-45 lat, do 76% wśród osób w wieku 46-55 lat. Brak czasu uniemożliwiał podjęcie tego rodzaju działań prozdrowotnych głównie osobom w wieku średnim: 37% w kategorii 36-45 lat i 27% w kategorii 26-35 lat. Młodszy respondenci stosunkowo najczęściej nie poddawali się badaniom kontrolnym z uwagi na długie kolejki oczekujących do lekarzy (odsetek wskazań 22%).

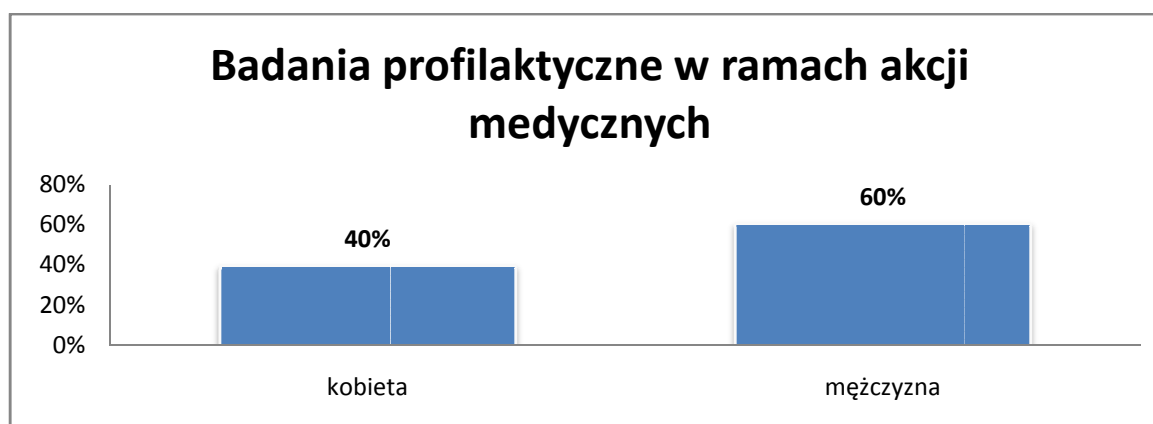
Wykres 178. Badania profilaktyczne w ramach akcji medycznych



Źródło: badania własne

Niewielkim zainteresowaniem wśród badanych cieszyły się różnego rodzaju programy profilaktyczne, w ramach których można było skorzystać z nich bezpłatnie. Zaledwie 11% respondentów kiedykolwiek brało udział w tego typu akcjach. Natomiast pozostałych 89% badanych nigdy nie skorzystało z takich okazji.

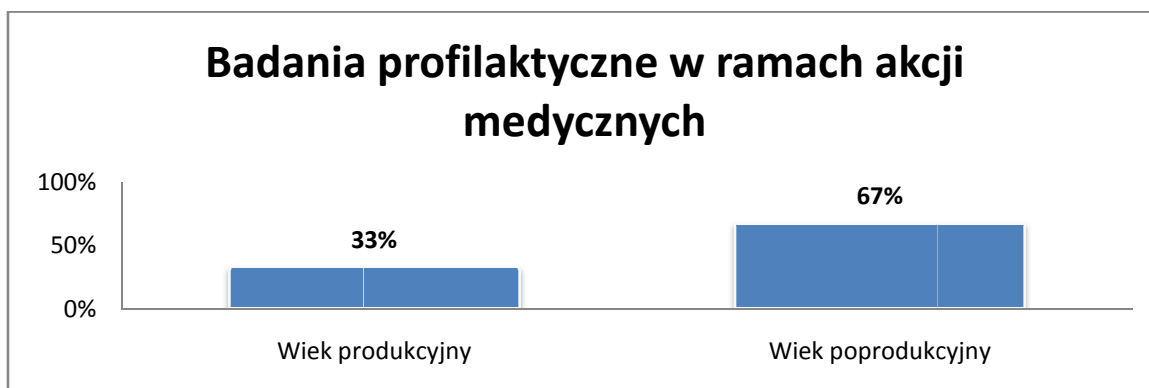
Wykres 179. Badania profilaktyczne w ramach akcji medycznych a płeć badanych



Źródło: badania własne

Z bezpłatnych badań profilaktycznych przeważnie korzystali mężczyźni - odsetek ich wskazań wynosił 60%, kobiet - 40%.

Wykres 180. Badania profilaktyczne w ramach akcji medycznych a wiek



Źródło: badania własne

Udział w programach profilaktycznych zdecydowanie częściej deklarowały osoby w wieku poprodukcyjnym (67%) niż produkcyjnym (33%).

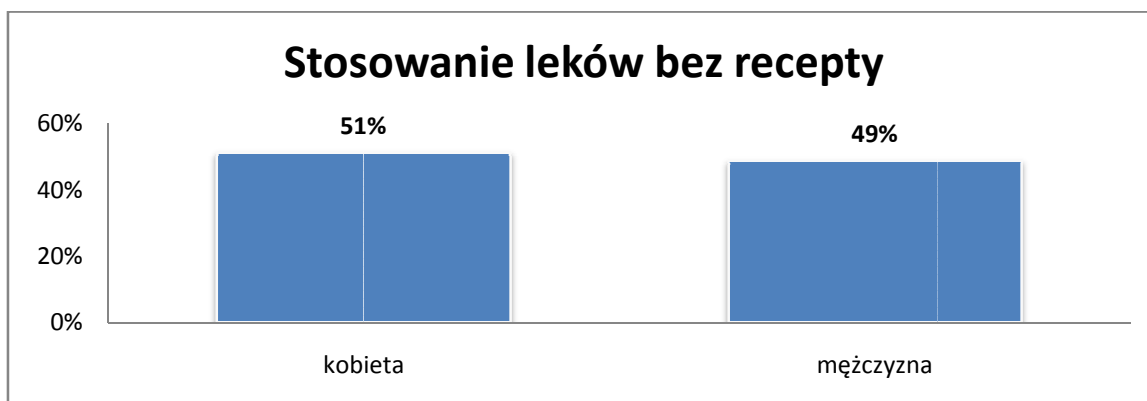
Wykres 181. Stosowanie leków bez recepty



Źródło: badania własne

W okresie ostatnich dwóch tygodni poprzedzających badanie, stosowanie leków oraz farmaceutyków dostępnych bez recepty deklarowało 63% badanych, natomiast odsetek osób, które nie przyjmowały tego typu leków wynosił 37%.

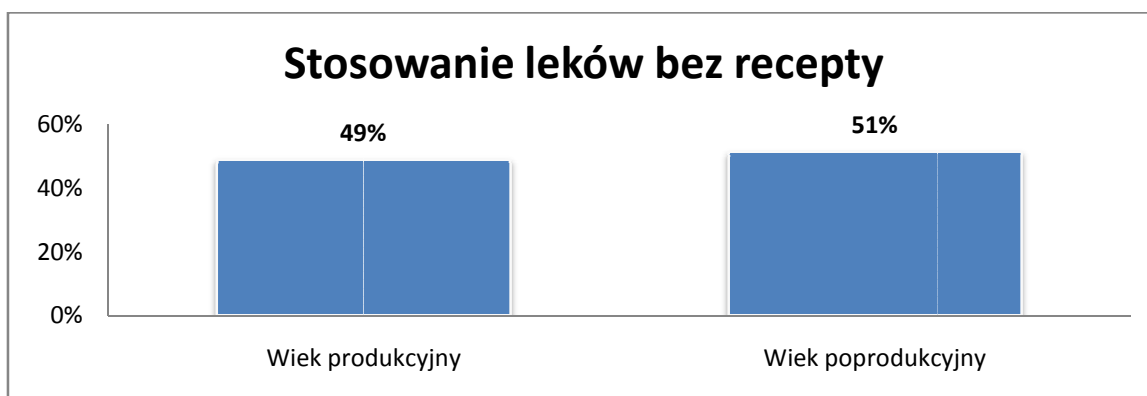
Wykres 182. Stosowanie leków bez recepty a płeć badanych



Źródło: badania własne

Różnice wskazań pomiędzy osobami zażywającymi leki bez recepty w podziale na płeć były niewielkie. Odsetek kobiet był większy zaledwie o 2% od wskazań mężczyzn.

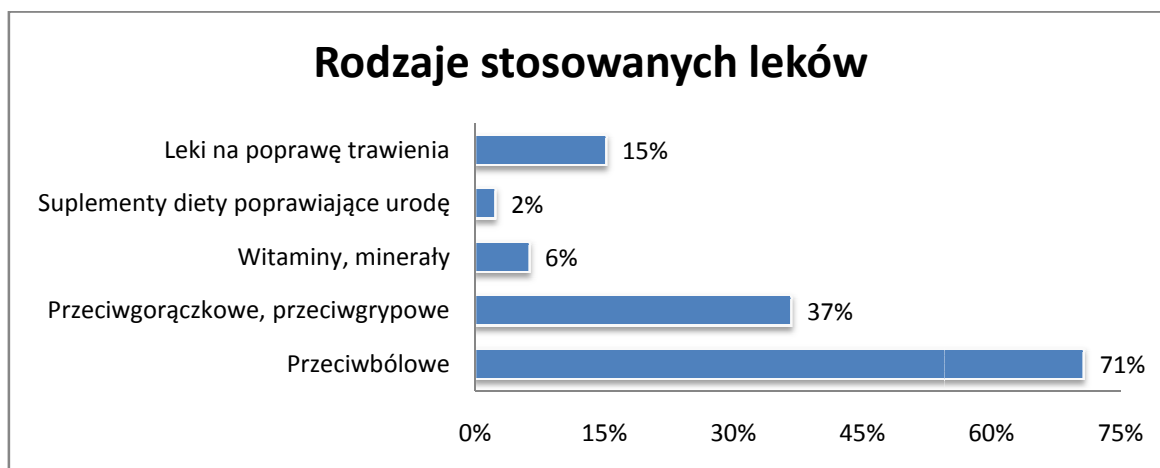
Wykres 183. Stosowanie leków bez recepty a wiek badanych



Źródło: badania własne

Podobnie badanie w podziale na grupy wiekowe, wskazuje, że leki dostępne bez recepty stosowane są częściej przez populację w wieku poprodukcyjnym niż przez osoby w wieku produkcyjnym. Różnica między wskazaniem była jednak niewielka i wynosiła tylko 2%.

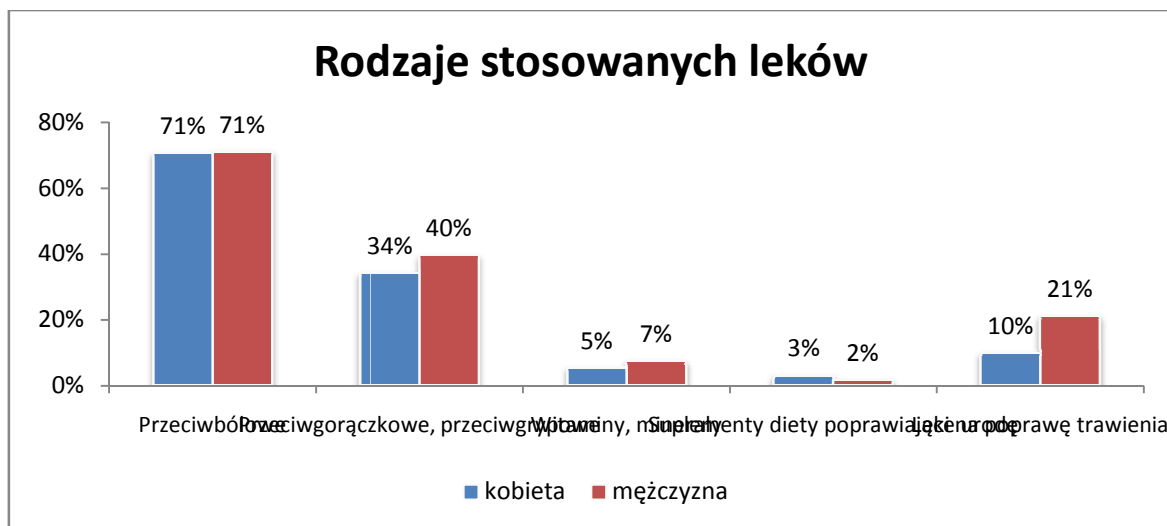
Wykres 184. Rodzaje stosowanych leków



Źródło: badania własne

Wśród rodzajów stosowanych leków zażywanych bez recepty zdecydowanie dominowały leki przeciwbólowe. Odsetek osób, które deklarowały przyjmowanie tego rodzaju leków wynosi 71%. Drugie w kolejności były leki przeciwwgorączkowe i przeciwzapalne z odsetkiem 37%. Kolejne to leki na poprawę trawienia (15%), witaminy i minerały (6%) oraz suplementy diety poprawiające urodę (2%).

Wykres 185. Rodzaje stosowanych leków a płeć badanych

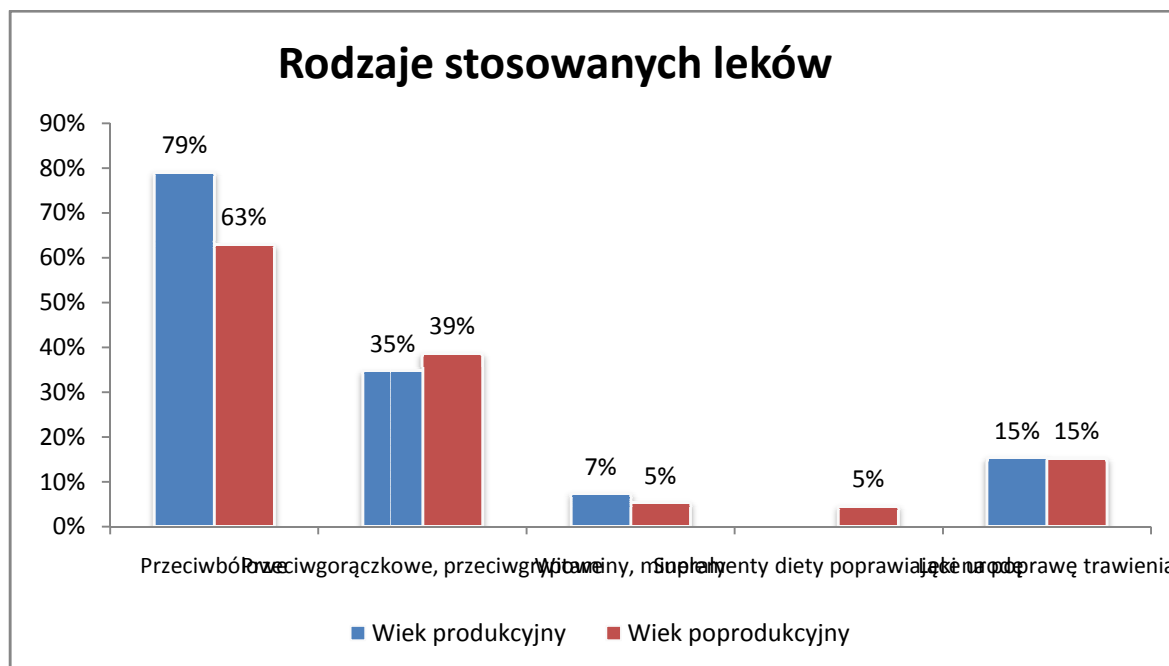


Źródło: badania własne

Stosowanie leków przeciwbólowych było identyczne, zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn. Niewielkie różnice występowały w przypadku przyjmowania leków przeciwwgorączkowych i przeciwzapalnych. W tym wypadku, odsetek mężczyzn wynosił 40%

i był większy o 6 punktów procentowych od odsetka kobiet. W przypadku witamin i minerałów oraz suplementów diety poprawiających urodę różnice były jeszcze mniejsze i wynosiły odpowiednio: 5% i 3% wśród kobiet oraz 7% i 2% wśród mężczyzn. Leki na poprawę trawienia również częściej stosowali mężczyźni (21%) niż kobiety (10%).

Wykres 186. Rodzaje stosowanych leków a wiek badanych



Źródło: badania własne

Leki przeciwbólowe zdecydowanie częściej stosowały osoby w wieku produkcyjnym (79%) niż poprodukcyjnym (63%). Z kolei leki przeciwwgorączkowe i przeciwgrypowe nieznacznie częściej stosowały osoby w wieku poprodukcyjnym. Odsetek takich osób wynosił 39% i jest on wyższy o 4 punkty procentowe w stosunku do osób w wieku produkcyjnym. Witaminy i minerały zażywało 7% badanych w wieku produkcyjnym i 5% badanych w wieku poprodukcyjnym. Stosowanie suplementów diety poprawiających urodę deklarowały tylko osoby w wieku poprodukcyjnym i odsetek takich osób wynosił 5%. Wiek nie wpływał na stosowanie leków poprawiających trawienie i odsetek takich osób, w obu grupach wiekowych, wynosił 15%.

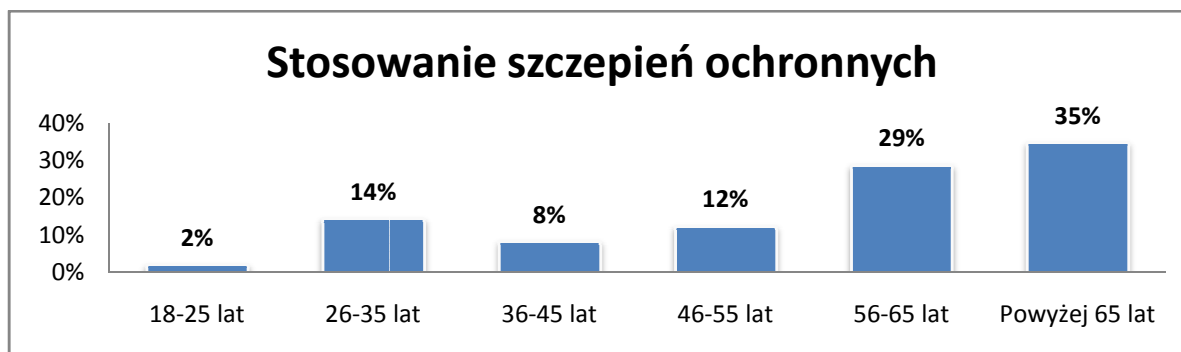
Wykres 187. Stosowanie szczepień ochronnych



Źródło: badania własne

Dorośli mieszkańcy Szczecina relatywnie często korzystali ze szczepień ochronnych; średnio co dziesiąta badana osoba (12% respondentów). Szczepienia te dotyczą głównie grypy. Ze szczepień zdecydowanie częściej korzystali mężczyźni, niż kobiety – wykonywała je co trzecia respondentka (33% wskazań) i dwukrotnie więcej respondentów (67% odpowiedzi twierdzących).

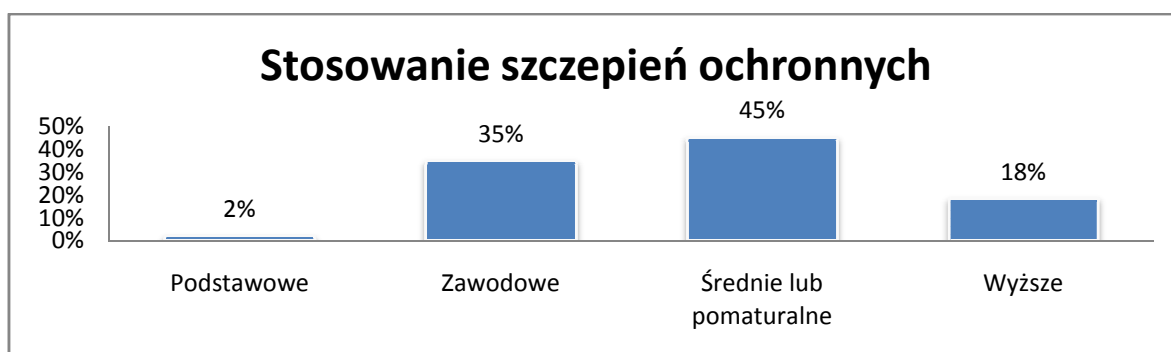
Wykres 188. Stosowanie szczepień ochronnych a wiek badanych



Źródło: badania własne

Wraz z wiekiem badanych - a co za tym idzie, pogarszającym się stanem zdrowia – rosła świadomość w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych. Stwierdzono zwiększone zainteresowanie szczepieniami ochronnymi. W młodszej grupie wiekowej (18-25 lat) szczepił się tylko jeden na pięćdziesięciu badanych; wśród osób w wieku emerytalnym był to już co trzeci (35%). Wyjątek stanowili badani pomiędzy 26 a 35 rokiem życia, wśród których 14% deklarowało, że poddało się szczepieniom ochronnym.

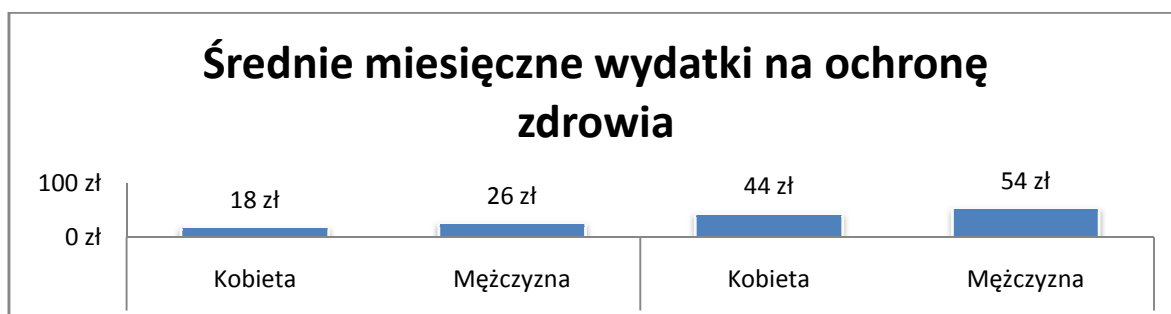
Wykres 189. Stosowanie szczepień ochronnych a wykształcenie badanych



Źródło: badania własne

Częstość korzystania ze szczepień ochronnych związana była z poziomem wykształcenia respondentów. Najczęściej poddawali się nim osoby z wykształceniem średnim (45% wskazań) lub zawodowym (35% wskazań). Szczepienia ochronne stosował co piąty dorosły szczecinianin z wykształceniem wyższym i dziesięciokrotnie mniej osób z wykształceniu podstawowym.

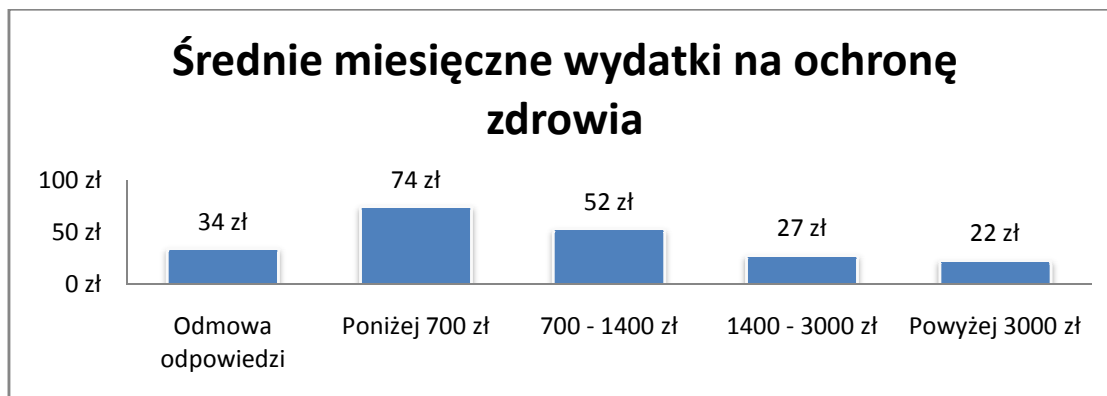
Wykres 190. Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia a płeć i wiek badanych



Źródło: badania własne

Mieszkańcy Szczecina na świadczenia zdrowotne i leki wydawali miesięcznie około 36 złotych. Wydatki mężczyzn (40zł miesięcznie) były wyższe, niż kobiet (31zł na miesiąc). Osoby w wieku emerytalnym deklarowały wydatki ponad dwukrotnie wyższe, niż młodszy respondenci. Wśród badanych osób w wieku produkcyjnym było to średnio 22 zł, a u osób starszych około 49 zł.

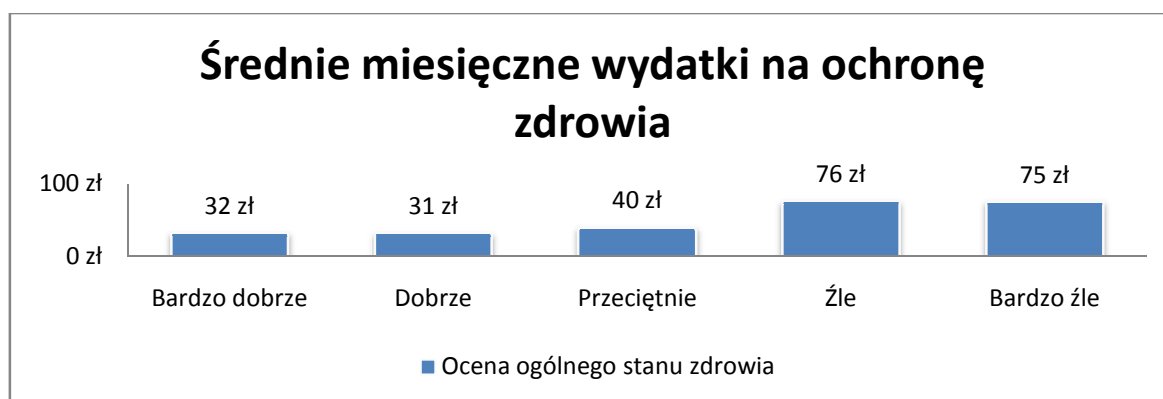
Wykres 191. Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia a dochód gospodarstwa domowego



Źródło: badania własne

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność pomiędzy średnim miesięcznym dochodem gospodarstwa domowego a wysokością kwot przeznaczanych na świadczenia zdrowotne. Najwyższe wydatki na ten cel deklarowali szczecinianie o najniższych dochodach.

Wykres 192. Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia a samoocena stanu zdrowia badanych



Źródło: badania własne

Samoocena stanu zdrowia respondentów związana była z ponoszonymi przez nich dodatkowymi wydatkami na świadczenia medyczne. Wysokość środków przeznaczanych na te cele pozwoliła wyróżnić trzy kategorie badanych: osoby w dobrej kondycji fizycznej (średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia w tej grupie to 31,50 zł), osoby o przeciętnym samopoczuciu (40 zł) oraz osoby, które swoje zdrowie oceniły jako niezadowolające (średnie miesięczne wydatki na świadczenia medyczne były w tej grupie

ponad dwukrotnie wyższe, niż wśród badanych o dobrym samopoczuciu i wynosiły około 75,50 zł). Należy przy tym podkreślić, iż miara zróżnicowania odpowiedzi – odchylenie standardowe – wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły była znacznie wyższa, niż w pozostałych grupach; badani ci przeznaczali często na świadczenia zdrowotne dwu- a nawet trzykrotność średniej. Równie jednak często, w grupie tej występowały osoby, które w ogóle nie wskazywały na ponoszenie nakładów finansowych.

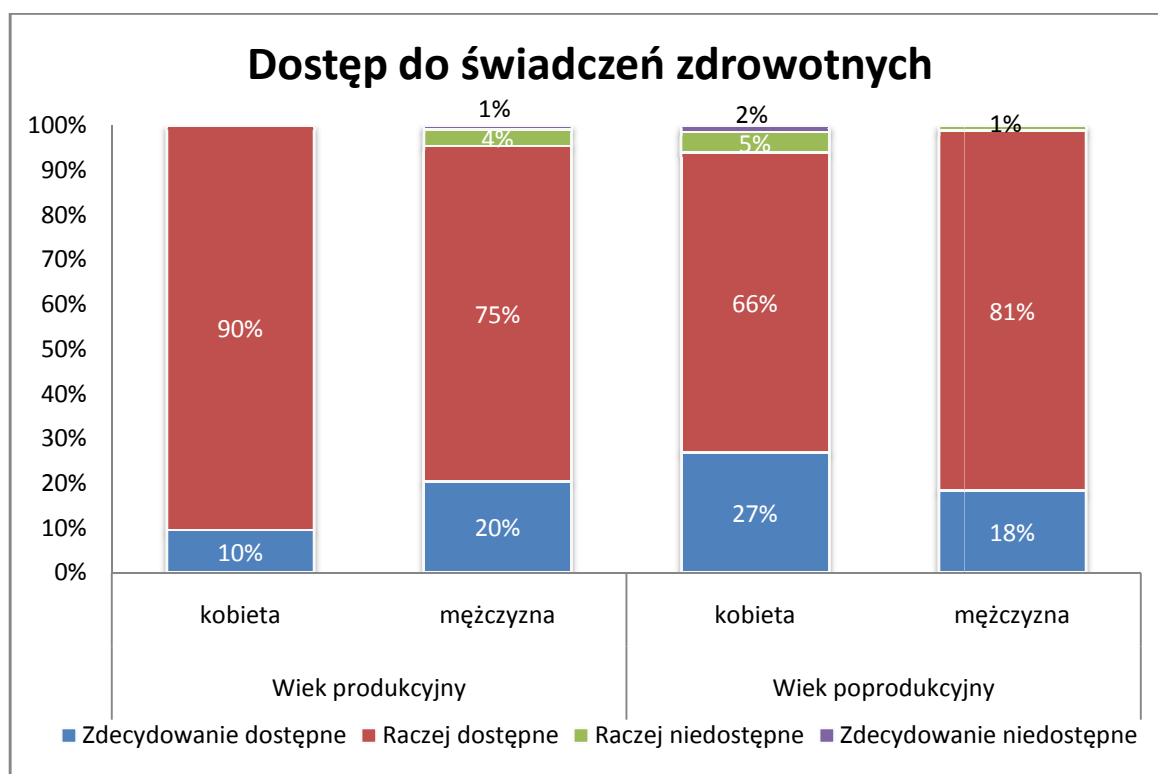
Wykres 193. Dostęp do świadczeń zdrowotnych



Źródło: badania własne

Zdecydowana większość dorosłych mieszkańców Szczecina – aż 96% wszystkich respondentów – pozytywnie oceniła dostępność do świadczeń zdrowotnych i opieki lekarskiej na terenie miasta. Co piąty badany wyraził tę opinię w sposób zdecydowany. Negatywne oceny dostępności świadczeń zdrowotnych wyrażał jeden na dwudziestu pięciu respondentów. Tylko co setny dorosły był zdania, że uzyskanie pomocy medycznej lub porady lekarskiej jest zdecydowanie trudne.

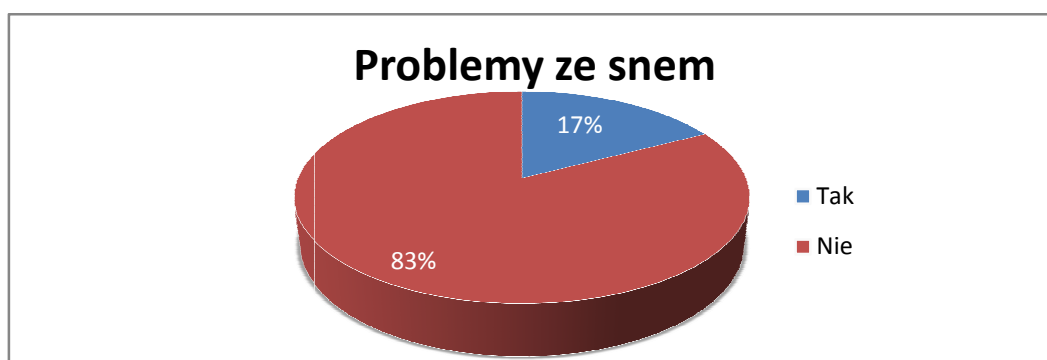
Wykres 194. Dostęp do świadczeń zdrowotnych a wiek i płeć badanych



Źródło: badania własne

Wiek i płeć badanych nie różnicowały w sposób istotny postrzegania dostępności do usług medycznych w Szczecinie. Zarówno wśród osób badanych w wieku produkcyjnym, jak i pośród starszych respondentów, dominowała opinia, że świadczenia zdrowotne były dla nich dostępne. Zróżnicowanie ocen negatywnych pojawiło się wśród badanych - u 5% mężczyzn w wieku produkcyjnym i u 7% kobiet w wieku poprodukcyjnym.

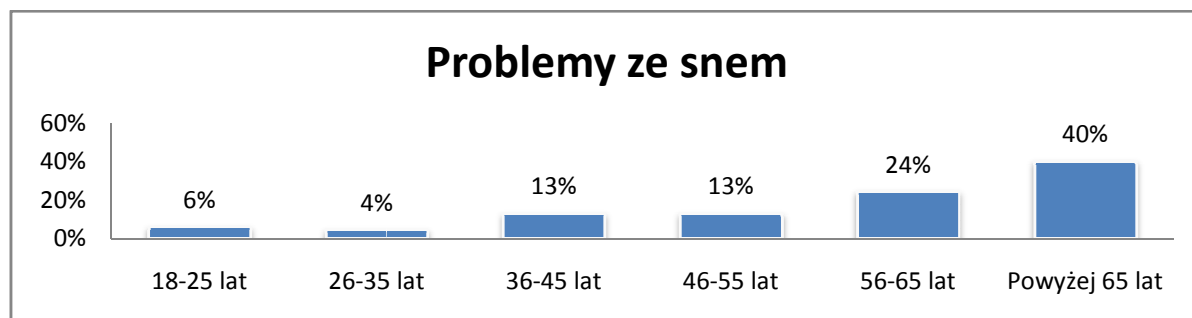
Wykres 195. Doświadczanie problemów ze snem



Źródło: badania własne

Średnio co piąty dorosły mieszkaniec Szczecina (17%) przyznał, że miał trudności ze snem. Problemy te znacznie częściej dotyczyły mężczyzn, spośród których ponad połowa (54%) odczuwała zaburzenia snu. Wśród kobiet odsetek ten był o 8 punktów procentowych niższy.

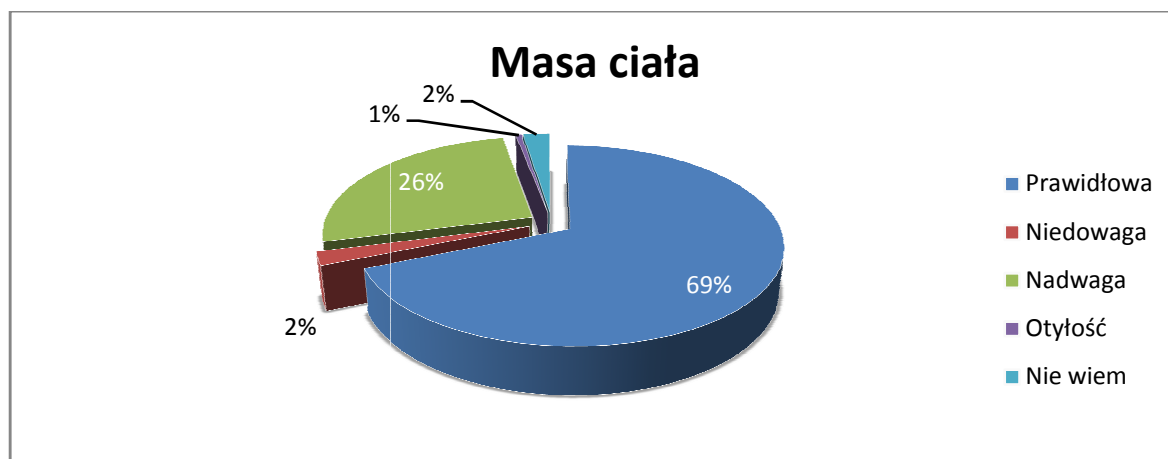
Wykres 196. Doświadczanie problemów ze snem a wiek badanych



Źródło: badania własne

Częstotliwość występowania problemów ze snem zwiększała się wraz z wiekiem badanych. Wśród najmłodszych respondentów, którzy nie ukończyli jeszcze trzydziestego szóstego roku życia, zgłaszała problem jedna na dwadzieścia osób; w najstarszej grupie wiekowej odsetek osób cierpiących na zaburzenia snu był ośmiokrotnie wyższy.

Wykres 197. Samoocena masy ciała

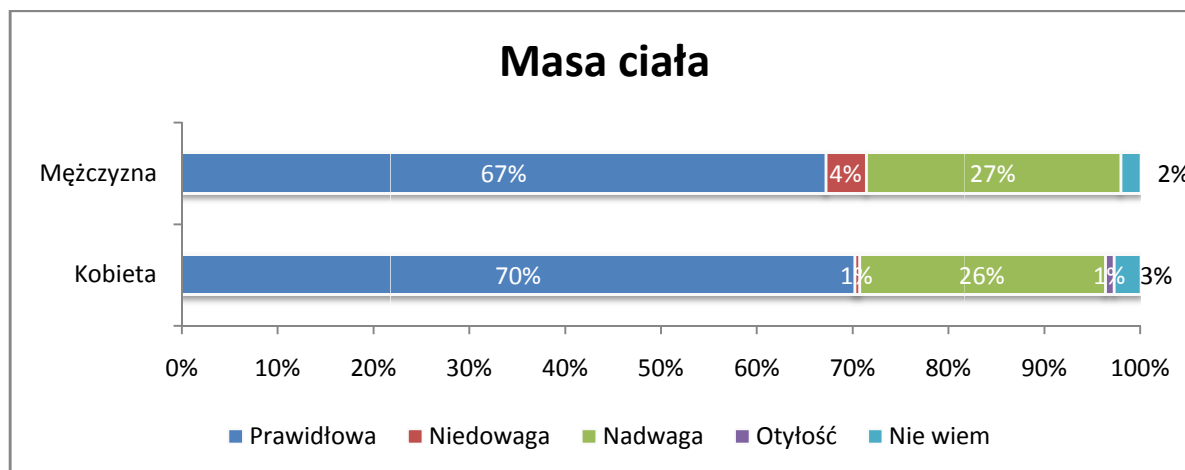


Źródło: badania własne

Ponad dwie trzecie (69%) dorosłych mieszkańców Szczecina uważało, że waży w granicach normy. Co czwarty respondent przyznał, że jego masa ciała nieco przewyższa

normę, zaś jeden na stu badanych deklaruwał otyłość. Niedowagę zauważało u siebie 2% badanych; taka sama grupa nie kontrolowała swojej masy ciała i nie potrafiła jej ocenić.

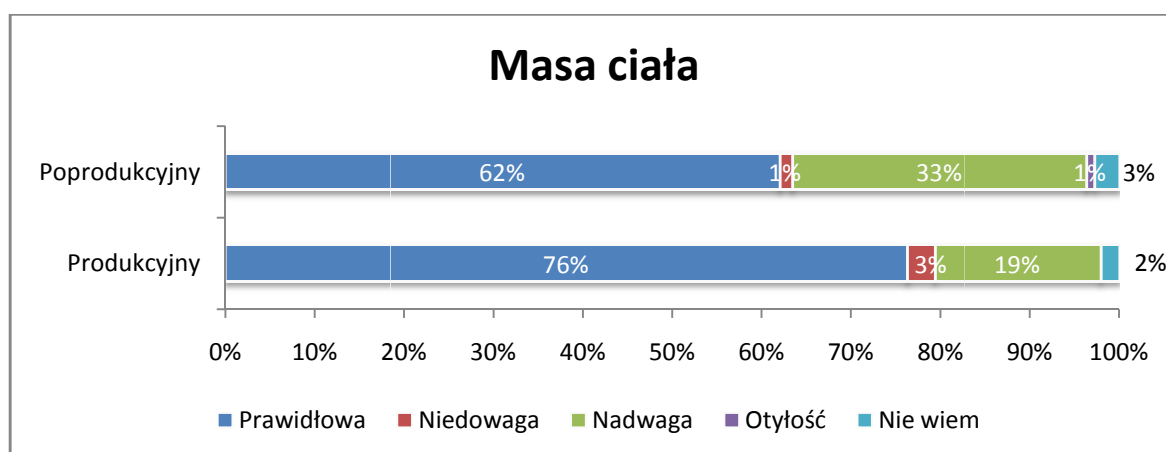
Wykres 198. Samoocena masy ciała a płeć badanych



Źródło: badania własne

Samoocena masy ciała nie była uzależniona od płci badanych – zarówno mężczyźni jak i kobiety w zdecydowanej większości deklarowali prawidłową wagę, a różnica częstości wskazań była nieistotna statystycznie. Warto jednak zauważyć, że odsetek osób deklaruujących niedowagę - mimo iż relatywnie niewielki - czterokrotnie wyższy był wśród mężczyzn, niż wśród kobiet. Z drugiej strony, otyłość dotyczyła w próbie badawczej, wyłącznie respondentek; żaden z badanych płci męskiej nie ocenił tak swojej wagi.

Wykres 199. Samoocena masy ciała a wiek badanych



Źródło: badania własne

Wśród badanych w wieku produkcyjnym trzy czwarte respondentów deklarowało prawidłową masę ciała; dla starszych osób odsetek ten był o 14 punktów procentowych niższy. Trzykrotnie rzadziej osoby w wieku poprodukcyjnym deklarowały niedowagę, natomiast co trzeci badany w tej grupie przyznał, że jego masa ciała przewyższa prawidłową; dla porównania wśród osób w wieku produkcyjnym odsetek ten był o 13% niższy.

IV. PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADANIA

4.1 Wnioski z badań przeprowadzonych wśród dzieci i młodzieży

1. Preferowaną przez dzieci i młodzież aktywnością fizyczną były spacery, wycieczki piesze oraz sporty grupowe.
2. Najpowszechniejszym sposobem spędzania wolnego czasu wśród dzieci i młodzieży było korzystanie z Internetu i oglądanie TV.
3. Co piąty nastolatek spożywał tylko 1-2 posiłki dziennie. Zdecydowana większość podjadała między posiłkami, a w przypadku połowy badanych były to słodkie, słone przekąski, chipsy.
4. Głównymi napojami spożywanymi przez dzieci i młodzież były soki lub woda mineralna. Spora grupa wybierała jednak napoje gazowane i energetyzujące.
5. Tylko połowa z badanych codziennie jadała śniadanie. Najczęściej były to kanapki lub płatki z mlekiem. Dla 1/3 uczniów śniadanie stanowiło sporadyczny posiłek, a 5% w ogóle nie zjadało śniadań. Co piąty nastolatek nie spożywał regularnie ciepłego posiłku w ciągu dnia.
6. Najczęściej spożywanymi przez nich produktami żywnościowymi były tłuszcze i węglowodany. 80% dzieci i młodzieży spożywało słodkie w nadmiernej ilości. Tylko połowa z badanych uważała, że ich masa ciała jest prawidłowa.
7. Co piąta dziewczynka i co dziesiąty chłopiec nie radzili sobie ze stresem.
8. Najlepsze relacje łączyły dzieci i młodzież z przyjaciółmi i matkami.
9. Większość badanych miało pozytywny stosunek do własnej osoby. Niepokojące jest jednak wskazywanie przez prawie połowę nastolatków braku powodów do dumy, poczucie że są do niczego lub bezużyteczni.
10. W kontaktach z innymi ludźmi przeważała wśród nastolatków opinia, że w relacjach międzyludzkich trzeba zachowywać jak największą ostrożność i że większość ludzi

wykorzystuje innych, gdy tylko ma sposobność. Mniejszy odsetek miał odmienne przekonanie uważając, że ludziom można ufać, ponieważ starają się być uczciwi.

11. Z infrastruktury miejskiej, najczęściej dzieci i młodzież przebywała w parkach, terenach zielonych lub obiektach sportowych. Najrzadziej w świetlicach osiedlowych i miejskich ośrodkach kultury.

12. Tylko ok. 75% dzieci i młodzieży oceniło swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. Dziewczynki oceniały swoje zdrowie gorzej niż chłopcy. Przyjmują też od nich więcej niż chłopcy leków, zwłaszcza przeciwbólowych.

4.2 Wnioski z badań przeprowadzonych wśród studentów

1. Wolny czas studenci najczęściej spędzali przebywając ze znajomymi lub rodziną.
2. Podobnie jak w młodszej grupie wiekowej, aktywność fizyczna studentów polegała głównie na spacerach i pieszych wycieczkach. Im starsi badani, tym większy odsetek wskazywał na brak aktywności fizycznej w ogóle. Kobiety częściej podejmowały aktywność fizyczną, choć w mniejszym wymiarze godzin.
3. Przyczyną braku aktywności fizycznej wśród tej grupy wiekowej był brak czasu, pieniędzy lub wiedzy o odpowiednich miejscach do uprawiania sportów.
4. Większość studentów spożywała trzy lub więcej posiłków dziennie. Produktami spożywczymi były również głównie tłuszcze i węglowodany. Napoje to przeważnie woda mineralna, kawa, herbata. Niższe niż w młodszej grupie wiekowej było spożycie soków, ale też napojów słodzonych, gazowanych.
5. Większość studentów oceniała swoją masę ciała jako prawidłową. Z wiekiem przeświadczenie to rosło.
6. Studenci łączący naukę i pracę zarobkową w większości odczuwali stres i zmęczenie. Wraz z wiekiem odczucie to wzrastało. Wśród kobiet stanowiło to poważniejszy problem gdyż dołączały się problemy ze snem.

7. Większość z badanych deklarowało zadowolenie z życia osobistego. Zdecydowana większość posiadała wsparcie ze strony bliskich.

8. W odpowiedziach na pytania o kontakty z innymi ludźmi przeważała opinia, że trzeba zachować jak największą ostrożność, i że większość ludzi wykorzystuje innych, gdy tylko ma sposobność. Mniej badanych miało odmienne przekonanie i uważało, że ludziom można ufać, ponieważ starają się być uczciwi.

9. Z instytucji, największym zaufaniem wśród studentów cieszył się system edukacji, najmniejszym – opieka zdrowotna, mimo że 71% z nich deklarowało, że nie potrzebowała korzystać z pomocy medycznej w ostatnim okresie, a i dostępność do opieki zdrowotnej została oceniona jako bardzo dobra.

10. Najczęściej studenci wykorzystywali infrastrukturę miejską przebywając w miejscach rozrywki (restauracjach, kawiarniach, pubach), ale też parkach, terenach zielonych lub obiektach sportowych. Najrzadziej w świetlicach osiedlowych.

11. Zdecydowana większość (94%), niezależnie od przedziału wiekowego oceniała swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. W przewadze deklarowali też, że radzili sobie ze stresem dnia codziennego.

12. ½ badanej grupy nie korzystała z badań kontrolnych z powodu braku czasu lub długich kolejek w przychodniach. Młodszy ze studentów nie wiedzieli jakie badania należy wykonać. Tylko 7% studentów korzystało z bezpłatnych badań profilaktycznych.

13. Prawie co drugi student stosował leki bez recepty, wraz z wiekiem odsetek ten wzrastał. W większości tę grupę stanowiły kobiety, które stosowały środki przeciwbólowe.

14. 94% studentów nie poddawało się szczepieniom ochronnym choć z wiekiem pięciokrotnie wzrastał odsetek poddających się szczepieniom.

4.3 Wnioski z badań przeprowadzonych wśród dorosłych

1. Większość badanych osiągała dochód w granicach 1,4-3 tys. zł. W grupie wiekowej poprodukcyjnej był on jednak niższy.

2. Również i w tej grupie aktywność fizyczna polegała przede wszystkim na spacerach i wycieczkach pieszych. Przyczyną zaniechania wysiłku fizycznego był brak czasu, chęci lub po prostu brak motywacji zawierający się w odpowiedziach „nie wiem”.
3. 1/3 dorosłych spożywała jeden posiłek na dobę. Pozostali trzy lub więcej. Kobiety przejawiały gorszy sposób żywienia. Wśród produktów spożywczych przeważały tłuszcze, nabiał, mięso. Rzadszymi produktami były warzywa, owoce, ryby. Zaobserwowano również w tej grupie wiekowej duże spożycie słodczy. Z napojów preferowana była herbata, kawa. Bardzo rzadko soki lub woda mineralna. Większość oceniała swoją masę ciała jako prawidłową.
4. Większość badanych osób, zwłaszcza w wieku produkcyjnym, bez względu na płeć, deklarowała odczuwanie stresu i zmęczenia.
5. Kobiety i mężczyźni, w podobnych odsetkach, ocenili swoje życie osobiste jako satysfakcjonujące, choć z wiekiem liczba takich wskazań malała. Deklarowane jednak było posiadanie wsparcia ze strony bliskich.
6. W odpowiedziach dotyczących kontaktów z innymi ludźmi również przeważała opinia, że trzeba zachować jak największą ostrożność ponieważ większość ludzi wykorzystuje innych, gdy tylko ma sposobność. Silnie jednak zmalało, w porównaniu z innymi badanymi przekonanie, że ludziom można ufać, ponieważ starają się być uczciwi.
7. Z instytucji największym zaufaniem wśród tej grupy wiekowej cieszyły się ośrodki kultu religijnego, system edukacji, środki masowego przekazu i opieka zdrowotna. Najmniejszym – system pomocy społecznej, sądownictwo i samorządy.
8. Najczęściej odwiedzanymi miejscami infrastruktury miejskiej były ośrodki kultu religijnego, parki i tereny zielone. Najrzadziej badani dorośli przebywali w klubach seniora, świetlicach osiedlowych, kinach teatrach i obiektach sportowych.
9. Znacząco gorzej, w porównaniu do młodszych grup wiekowych, ocenione zostało własne zdrowie. Jako dobre i bardzo dobre oceniło je tylko 64% badanych. Szczególnie spadł odsetek pozytywnych ocen zdrowia wśród kobiet w wieku poprodukcyjnym.

10. Większość dorosłych potrafiła sobie radzić ze stresem dnia codziennego. Skuteczniejsi byli wykształceni mężczyźni w wieku produkcyjnym.

11. ¼ tej populacji w ostatnim półroczu korzystała z porad lekarskich - głównie ci respondenci, którzy ocenili swoje zdrowie jako dobre lub przeciętne. Większość badanych w tej grupie wiekowej regularnie wykonywała też badania kontrolne i to bez względu na płeć, wiek czy wykształcenie, ale również oceniający swoje zdrowie jako dobre lub przeciętne.

12. Za przyczyny niewykonywania badań kontrolnych respondenci wskazywali swój dobry stan zdrowia, brak czasu i kolejki oczekujących oraz niewiedzę jakie badania należałoby wykonać.

13. Co dziesiąty badany w tej grupie wiekowej korzystał z badań w ramach bezpłatnych akcji medycznych. Większość stanowili mężczyźni w wieku poprodukcyjnym. Co ósma osoba w tej grupie wiekowej poddawała się szczepieniom ochronnym. Z wiekiem odsetek dorosłych stosujących szczepienia rósł. Najczęściej ze szczepień korzystają osoby z wykształceniem średnim.

14. Większość respondentów z tej grupy stosowała leki bez recepty - głównie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwgrypowe.

15. Wydatki na ochronę zdrowia rosły wraz z wiekiem, zwłaszcza w odniesieniu do mężczyzn. Wyższe wydatki wskazywały też osoby o niższych dochodach i złym stanie zdrowia.

16. Dostępność do świadczeń zdrowotnych oceniana była z reguły dobrze lub bardzo dobrze.

V. PROPOZYCJE INTERWENCJU ZDROWOTNYCH SKIEROWANYCH DO MIESZKAŃCÓW SZCZECINA

Zmiany postaw ludzi, nakierowane na modele preferujące prozdrowotny styl życia oraz przeciwdziałanie negatywnym wpływom otoczenia (będącym często przyczyną zachowań antyzdrowotnym), wymaga prowadzenia działań prewencyjnych na szeroką, społeczną skalę. Te społeczne przeobrażenia aby były skuteczne, muszą swym zasięgiem obejmować wszystkie składowe środowiska: jednostkę, rodzinę, zakład pracy, grupę rówieśniczą, szkołę i społeczność lokalną. Kluczem do budowania i realizacji skutecznych programów profilaktycznych jest też aktywna współpraca instytucji i organizacji oraz koordynacja działań wszystkich podmiotów działających na powyższym polu. To także prowadzenie kampanii zdrowotnych, których celem jest nie tylko eliminowanie lub redukcja czynników ryzyka ale też działania nastawione na wzmacnianie czynników protekcyjnych zdrowia, tkwiących w jednostce i w jej środowisku społecznym.

Ważnym czynnikiem warunkującym zdrowie populacji są dochody, poziom edukacji, stan środowiska fizycznego oraz zorganizowanie systemu opieki zdrowotnej. Ale też aktualnie podnoszona - w nowoczesnym podejściu do promocji zdrowia - budowa kapitału społecznego. To wielowymiarowe pojęcie zawiera takie cechy organizacji społeczności jak więzi rodzinne, sieci wsparcia, zaufanie społeczne czy normy.

Istotną kwestią jest też usuwanie przyczyn bierności ludzi wobec zdrowia. Pasywność w tym względzie może być skutkiem niedostatków wiedzy zdrowotnej ale też i zbyt niskiej gotowości do poświęcania zdrowia dla osiągnięcia innych celów np. kariera, zysk finansowy. Równie niekorzystnym z punktu widzenia polityki zdrowotnej jest zjawisko powszechnie obserwowanej skłonności do podejmowania działań na rzecz zdrowia dopiero po jego utracie. Dalej - niskie poczucie własnej skuteczności czy preferowanie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia polegające na zbyt dużym przypisywaniu znaczenia wpływu przypadku lub innych osób (najczęściej pracowników ochrony zdrowia), na własne zdrowie.

Działania profilaktyczne powinny polegać na informowaniu o możliwościach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz funkcjonowaniu innych instytucji niosących pomoc w sytuacjach dotyczących zaburzeń szeroko rozumianego zdrowia. Aby jednak przekaz informacji był maksymalnie skuteczny, należy wykorzystywać wszystkie

dostępne kanały komunikacji - bezpośrednie spotkania, rozmowy, prelekcje, przekazy prasowe, radiowe, telewizyjne, Internet. Ważnym narzędziem szerzenia wiedzy zdrowotnej jest edukacja zdrowotna w atrakcyjnych formach ćwiczeń, treningów, warsztatów.

Podsumowując - dobry program profilaktyczny powinien:

- angażować nie tylko jednostki i wąskie grupy, ale także otoczenie, tj. rodzinę, grupę społeczną (szkoła, środowisko pracy, nauki), społeczność osiedlową, ośrodki pomocy społecznej, policję, straż miejską, poradnie lekarskie, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, kościoły i związki wyznaniowe i inne podmioty mogące wnieść wkład do realizacji celu nadrzędnego;
- dostarczać wiedzy i uczyć praktycznych umiejętności w przystępnej formie, nakierowane na konkretne problemy oraz dostosowane do potrzeb i możliwości odbiorców. Mieć interesującą i różnorodną formę, angażującą i aktywizującą wszystkich uczestników programu;
- uczyć umiejętności i kompetencji społecznych jednocześnie budując środowiska przyjazne ludziom - szkoły, miejsca pracy, osiedla, miejsca użyteczności publicznej, urzędy.

5.1 Kierowane do dzieci i młodzieży

1. Zmiana zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym: wychowanie prozdrowotne, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna o treści higiena osobista, higiena jamy ustnej, aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, samokontrola masy ciała, sen, wypoczynek.
2. Zmiana zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym: nauka umiejętności dobrej komunikacji interpersonalnej, asertywności, kontroli emocji, eliminacja zjawiska przemocy i agresji wobec dzieci i młodzieży w szkole i domu, nauka umiejętności radzenia sobie ze stresem, nauka bezpiecznego korzystania z Internetu, nabycie umiejętności szukania pomocy w razie wystąpienia zagrożenia, stwarzanie alternatywnych sposobów spędzania czasu wolnego.
3. Zachowania profilaktyczne: nauka bezpiecznego zachowania w życiu codziennym zwłaszcza w ruchu drogowym, nauka o bezpiecznych zachowaniach seksualnych, nabycie umiejętności samokontroli zdrowia, udzielania pierwszej pomocy, nauka samobadania.

4. Wykształcenie nawyków powodujących zaniechanie podejmowania zachowań ryzykownych: niepalenie tytoniu, niepicie alkoholu, nieużywanie substancji psychoaktywnych, nienadużywanie leków kupowanych bez recepty.

5.2 Kierowane do populacji dorosłych:

1. Zmiana zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym: wprowadzenie w szkołach i na uczelniach programów międzyprzedmiotowych z zakresu promocji zdrowia, upowszechnianie aktywności fizycznej, racjonalnego odżywiania, umiejętności samokontroli masy ciała, wyboru racjonalnego wypoczynku, prozdrowotnego sposobu spędzania wolnego czasu.
2. Zmiana zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym: wskazywanie na dobrodziejstwo zdolności korzystania i dawania wsparcia społecznego, eliminacja zjawiska przemocy i agresji w środowisku, nauka radzenia sobie ze stresem.
3. Zachowania profilaktyczne: bezpieczne zachowania w życiu codziennym zwłaszcza w ruchu drogowym, nabycie wiedzy o zagrożeniach ryzykownych zachowań seksualnych, propagowanie wiedzy nt. zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, wiedzy nt. korzyści poddawania się badaniom profilaktycznym, samokontrola zdrowia, nauka samobadania.
4. Wykształcenie nawyków powodujących zaniechanie podejmowania: niepalenie tytoniu, niepicie alkoholu, nieużywanie substancji psychoaktywnych, nienadużywanie leków kupowanych bez recepty.

5.3 Kierowane do grupy starszych dorosłych:

1. Zmiana zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym: stwarzanie warunków do kontynuowania aktywności fizycznej stosownej do wieku, nauka racjonalnego odżywiania, samokontrola masy ciała, dbałości o sen i wypoczynek.
2. Zmiana zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym: korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, eliminacja zjawiska przemocy i agresji, zwłaszcza wobec dzieci i kobiet, nauka umiejętności radzenia sobie ze stresem, treningi propagowanie optymizmu i pogodnego nastawienia do życia, organizacja klubów, miejsc spotkań dla seniorów.
3. Zachowania profilaktyczne: bezpieczne zachowania w życiu codziennym, wskazywanie na dobrodziejstwo systematyczne poddawania się badaniom profilaktycznym, nauka regularnej samokontroli zdrowia, nauka samobadania, nabycie umiejętności szukania

pomocy instytucjonalnej w razie potrzeby, nauka sposobów radzenia sobie w chorobach przewlekłych lub innych ograniczeniach powszechnie występujących w starszym wieku.

4. Wykształcenie nawyków powodujących zaniechanie podejmowania: niepalenie tytoniu, niepicie alkoholu, nieużywanie substancji psychoaktywnych, nienadużywanie leków kupowanych bez recepty.

VI. SPIS WYKRESÓW I TABEL

Wykres 1.	Podjmowanie aktywności fizycznej.....	8
Wykres 2.	Podjmowanie aktywności fizycznej a płeć badanych.....	9
Wykres 3.	Częstotliwość korzystania z placówek sportowych.....	10
Wykres 4.	Częstotliwość korzystania z placówek sportowych (dekompozycja na płeć).....	10
Wykres 5.	Spędzanie czasu wolnego wśród młodzieży obu płci.....	11
Wykres 6.	Spędzanie czasu wolnego (odpowiedzi chłopców).....	12
Wykres 7.	Spędzanie czasu wolnego (odpowiedzi dziewcząt).....	13
Wykres 8.	Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia.....	14
Wykres 9.	Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia a płeć badanych.....	14
Wykres 10.	Podjadanie między posiłkami.....	15
Wykres 11.	Podjadanie między posiłkami a płeć badanych.....	15
Wykres 12.	Rodzaje podjadanego jedzenia.....	16
Wykres 13.	Rodzaje podjadanego jedzenia a płeć badanych.....	16
Wykres 14.	Preferowane napoje.....	17
Wykres 15.	Preferowane napoje a płeć badanych.....	18
Wykres 16.	Spożywanie śniadań.....	18
Wykres 17.	Spożywanie śniadań a płeć badanych.....	19
Wykres 18.	Miejsce spożywania śniadania.....	19
Wykres 19.	Miejsce spożywania śniadania a płeć badanych.....	20
Wykres 20.	Składniki śniadania.....	20
Wykres 21.	Składniki śniadania a płeć badanych.....	21
Wykres 22.	Spożywanie ciepłego posiłku.....	21
Wykres 23.	Spożywanie ciepłego posiłku a płeć badanych.....	22
Wykres 24.	Częstotliwość spożywanych produktów.....	23
Wykres 25.	Częstotliwość spożywanych produktów (odpowiedzi chłopców).....	24
Wykres 26.	Częstotliwość spożywanych produktów (odpowiedzi dziewcząt).....	25
Wykres 27.	Częstotliwość zjadania słodczy.....	26
Wykres 28.	Częstotliwość zjadania słodczy a płeć badanych.....	26
Wykres 29.	Radzenie sobie ze stresem.....	27
Wykres 30.	Radzenie sobie ze stresem a płeć badanych.....	27
Wykres 31.	Poziom wykształcenia ojca/ojczy.....	28
Wykres 32.	Poziom wykształcenia matki/macochy.....	28
Wykres 33.	Osoby mieszkające z respondentami.....	29
Wykres 34.	Ocena relacji rodzinnych w skali 1-6.....	30
Wykres 35.	Ocena relacji a płeć badanych.....	31
Wykres 36.	Stosunek do własnej osoby.....	32
Wykres 37.	Stosunek do własnej osoby a płeć badanych.....	33
Wykres 38.	Częstotliwość spotkań z rodziną i znajomym.....	34
Wykres 39.	Częstotliwość spotkań z rodziną i znajomymi a płeć badanych.....	34
Wykres 40.	Poziom zaufania społecznego.....	35
Wykres 41.	Poziom zaufania społecznego a płeć badanych.....	35
Wykres 42.	Korzystanie z infrastruktury społecznej.....	36
Wykres 43.	Korzystanie z infrastruktury społecznej a płeć badanych.....	37
Wykres 44.	Subiektywna ocena stanu zdrowia.....	38

Wykres 45.	Subiektywna ocena stanu zdrowia a płeć badanych.....	38
Wykres 46.	Wizyty u lekarza w okresie ostatnich 3 miesięcy.....	39
Wykres 47.	Wizyty u lekarza w okresie ostatnich 3 miesięcy a płeć badanych.....	39
Wykres 48.	Przyjmowanie leków oraz suplementów diety.....	40
Wykres 49.	Przyjmowanie leków oraz suplementów diety a płeć badanych.....	40
Wykres 50.	Ocena własnej masy ciała.....	41
Wykres 51.	Ocena własnej masy ciała a płeć badanych.....	41
Wykres 52.	Występujące choroby w rodzinie	42
Wykres 53.	Płeć respondentów.....	43
Wykres 54.	Wiek respondentów.....	43
Wykres 55.	Wiek respondentów w przedziałach.....	44
Wykres 56.	Sposoby spędzania czasu wolnego.....	44
Wykres 57.	Spędzanie czasu wolnego a płeć respondentów.....	45
Wykres 58.	Podejmowanie aktywności fizycznej.....	46
Wykres 59.	Podejmowanie aktywności fizycznej a płeć badanych.....	47
Wykres 60.	Podejmowanie aktywności fizycznej a wiek badanych.....	48
Wykres 61.	Przyczyny niepodjęcia aktywności fizycznej.....	49
Wykres 62.	Czas przeznaczany na aktywność fizyczną.....	50
Wykres 63.	Czas przeznaczany na aktywność fizyczną a płeć badanych.....	50
Wykres 64.	Czas przeznaczany na aktywność fizyczną a wiek badanych.....	51
Wykres 65.	Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia.....	52
Wykres 66.	Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia a płeć badanych.....	52
Wykres 67.	Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia a wiek badanych.....	53
Wykres 68.	Częstotliwość spożywania poszczególnych typów produktów spożywczych.....	54
Wykres 69.	Najczęściej spożywane napoje.....	55
Wykres 70.	Najczęściej spożywane napoje a płeć badanych.....	56
Wykres 71.	Najczęściej spożywane napoje a wiek badanych.....	56
Wykres 72.	Aktywność zawodowa.....	57
Wykres 73.	Aktywność zawodowa a wiek badanych.....	58
Wykres 74.	Odczuwanie stresu lub zmęczenia.....	58
Wykres 75.	Odczuwanie stresu lub zmęczenia a płeć badanych.....	59
Wykres 76.	Odczuwanie stresu lub zmęczenia a wiek badanych.....	59
Wykres 77.	Zadowolenie z życia osobistego.....	60
Wykres 78.	Zadowolenie z życia osobistego a wiek badanych.....	61
Wykres 79.	Odczuwane wsparcie ze strony bliskich.....	61
Wykres 80.	Odczuwane wsparcie ze strony bliskich a płeć badanych.....	62
Wykres 81.	Odczuwane wsparcie ze strony bliskich a wiek badanych.....	62
Wykres 82.	Poziom zaufania społecznego.....	63
Wykres 83.	Poziom zaufania do instytucji.....	64
Wykres 84.	Wykorzystanie infrastruktury miejskiej.....	65
Wykres 85.	Samoocena stanu zdrowia.....	66
Wykres 86.	Samoocena stanu zdrowia a wiek badanych.....	67
Wykres 87.	Umiejętność radzenia sobie ze stresem.....	67
Wykres 88.	Umiejętność radzenia sobie ze stresem a płeć badanych.....	68
Wykres 89.	Umiejętność radzenia sobie ze stresem a wiek badanych.....	68
Wykres 90.	Zapadanie na choroby przewlekłe.....	69

Wykres 91.	Zapadanie na choroby przewlekłe a wiek badanych.....	69
Wykres 92.	Schorzenia występujące w najbliższej rodzinie badanych.....	70
Wykres 93.	Korzystanie z pomocy lekarskiej.....	71
Wykres 94.	Brak zwrócenia się po poradę lekarską pomimo potrzeby a płeć badanych.....	72
Wykres 95.	Brak zwrócenia się po poradę lekarską pomimo potrzeby a wiek badanych.....	72
Wykres 96.	Regularne wykonywanie badań kontrolnych.....	73
Wykres 97.	Przyczyny niewykonywania regularnych badań kontrolnych.....	73
Wykres 98.	Przyczyny niewykonywania regularnych badań kontrolnych a wiek badanych.....	74
Wykres 99.	Korzystanie z bezpłatnych badań profilaktycznych.....	75
Wykres 100.	Korzystanie z bezpłatnych badań profilaktycznych a wiek badanych....	75
Wykres 101.	Stosowanie leków bez wskazania lekarskiego.....	76
Wykres 102.	Stosowanie leków bez wskazania lekarskiego a płeć badanych.....	76
Wykres 103.	Stosowanie leków bez wskazania lekarskiego a wiek badanych.....	77
Wykres 104.	Stosowane leki i parafarmaceutyki.....	77
Wykres 105.	Stosowane leki i parafarmaceutyki a płeć badanych.....	78
Wykres 106.	Stosowane leki i parafarmaceutyki a wiek badanych.....	79
Wykres 107.	Stosowanie szczepień ochronnych.....	79
Wykres 108.	Stosowanie szczepień ochronnych a wiek badanych.....	80
Wykres 109.	Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia.....	80
Wykres 110.	Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia a płeć badanych.....	81
Wykres 111.	Dostępność świadczeń zdrowotnych.....	82
Wykres 112.	Dostępność świadczeń zdrowotnych a płeć badanych.....	82
Wykres 113.	Dostępność świadczeń zdrowotnych a wiek badanych.....	83
Wykres 114.	Występowanie problemów ze snem.....	83
Wykres 115.	Występowanie problemów ze snem a płeć badanych.....	84
Wykres 116.	Występowanie problemów ze snem a wiek badanych.....	84
Wykres 117.	Masa ciała badanych.....	85
Wykres 118.	Masa ciała a płeć badanych.....	85
Wykres 119.	Masa ciała a wiek badanych.....	86
Wykres 120.	Wiek respondentów.....	87
Wykres 121.	Płeć respondentów.....	87
Wykres 122.	Wykształcenie respondentów a grupa wiekowa.....	88
Wykres 123.	Dochód w gospodarstwach domowych a wiek.....	88
Wykres 124.	Wykonywany zawód w grupach wiekowych.....	89
Wykres 125.	Rozkład grup zawodowych według płci wśród mieszkańców Szczecina wśród osób w wieku produkcyjnym.....	90
Wykres 126.	Aktywność fizyczna.....	91
Wykres 127.	Podjęmowanie aktywności fizycznej a wiek i płeć badanych.....	92
Wykres 128.	Przyczyny braku podejmowania aktywności fizycznej.....	93
Wykres 129.	Przyczyny braku podejmowania aktywności fizycznej a płeć badanych.	94
Wykres 130.	Przyczyny braku podejmowania aktywności fizycznej a wiek badanych	94
Wykres 131.	Liczba spożywanych dziennie posiłków.....	95
Wykres 132.	Liczba spożywanych posiłków a płeć badanych.....	96
Wykres 133.	Liczba spożywanych posiłków a wiek badanych.....	96

Wykres 134.	Częstotliwość spożywania poszczególnych produktów.....	97
Wykres 135.	Najczęściej spożywane napoje.....	98
Wykres 136.	Najczęściej spożywane napoje a płeć badanych.....	98
Wykres 137.	Najczęściej spożywane napoje a wiek badanych.....	99
Wykres 138.	Aktywność zawodowa mieszkańców Szczecina.....	99
Wykres 139.	Aktywność zawodowa a płeć badanych.....	100
Wykres 140.	Aktywność zawodowa a wiek badanych.....	100
Wykres 141.	Odczuwanie stresu i zmęczenia związanego z pracą.....	101
Wykres 142.	Odczuwanie stresu i zmęczenia związanego z pracą a płeć badanych....	101
Wykres 143.	Odczuwanie stresu i zmęczenia związanego z pracą a wiek badanych...	102
Wykres 144.	Zadowolenie z życia osobistego.....	103
Wykres 145.	Zadowolenie z życia osobistego a płeć badanych.....	103
Wykres 146.	Zadowolenie z życia osobistego a wiek badanych.....	104
Wykres 147.	Odczuwane wsparcie ze strony bliskich.....	104
Wykres 148.	Odczuwane wsparcie ze strony bliskich a płeć badanych.....	105
Wykres 149.	Odczuwane wsparcie ze strony bliskich a wiek badanych.....	105
Wykres 150.	Zaufanie społeczne wśród mieszkańców Szczecina.....	106
Wykres 151.	Poziom zaufania do instytucji publicznych.....	107
Wykres 152.	Poziom zaufania do instytucji publicznych a wiek badanych.....	108
Wykres 153.	Korzystanie z miejsc publicznych.....	109
Wykres 154.	Korzystanie z miejsc publicznych a wiek badanych.....	110
Wykres 155.	Ogólny stan zdrowia.....	111
Wykres 156.	Ogólny stan zdrowia a wiek i płeć badanych.....	112
Wykres 157.	Radzenie sobie ze stresem życia codziennego.....	112
Wykres 158.	Radzenie sobie ze stresem życia codziennego a płeć badanych.....	113
Wykres 159.	Radzenie sobie ze stresem życia codziennego a wiek badanych.....	113
Wykres 160.	Radzenie sobie ze stresem życia codziennego a forma aktywności zawodowej.....	114
Wykres 161.	Zapadalność na choroby wśród najbliższej rodziny badanych.....	115
Wykres 162.	Zapadalność na choroby wśród najbliższej rodziny a płeć badanych....	116
Wykres 163.	Zapadalność na choroby wśród najbliższej rodziny a wiek badanych....	117
Wykres 164.	Częstotliwość chodzenia do lekarza.....	118
Wykres 165.	Częstotliwość chodzenia do lekarza a płeć badanych.....	118
Wykres 166.	Częstotliwość chodzenia do lekarza a wiek badanych.....	119
Wykres 167.	Częstotliwość chodzenia do lekarza a subiektywna ocena stanu zdrowia.....	119
Wykres 168.	Wykonywanie badań kontrolnych.....	120
Wykres 169.	Wykonywanie badań kontrolnych a płeć badanych.....	120
Wykres 170.	Wykonywanie badań kontrolnych a kategorie wiekowe.....	121
Wykres 171.	Wykonywanie badań kontrolnych a wiek badanych.....	121
Wykres 172.	Wykonywanie badań kontrolnych a wykształcenie badanych.....	122
Wykres 173.	Wykonywanie badań kontrolnych a subiektywna ocena stanu zdrowia..	122
Wykres 174.	Przyczyny niewykonywania badań kontrolnych.....	123
Wykres 175.	Przyczyny niewykonywania badań kontrolnych a płeć badanych.....	124
Wykres 176.	Przyczyny niewykonywania badań kontrolnych a wiek badanych.....	124
Wykres 177.	Przyczyny niewykonywania badań kontrolnych a kategorie wiekowe...	125
Wykres 178.	Badania profilaktyczne w ramach akcji medycznych.....	126

Wykres 179.	Badania profilaktyczne w ramach akcji medycznych a płeć badanych...	126
Wykres 180.	Badania profilaktyczne w ramach akcji medycznych a wiek.....	127
Wykres 181.	Stosowanie leków bez recepty.....	127
Wykres 182.	Stosowanie leków bez recepty a płeć badanych.....	128
Wykres 183.	Stosowanie leków bez recepty a wiek badanych.....	128
Wykres 184.	Rodzaje stosowanych leków.....	129
Wykres 185.	Rodzaje stosowanych leków a płeć badanych.....	129
Wykres 186.	Rodzaje stosowanych leków a wiek badanych.....	130
Wykres 187.	Stosowanie szczepień ochronnych.....	131
Wykres 188.	Stosowanie szczepień ochronnych a wiek badanych.....	131
Wykres 189.	Stosowanie szczepień ochronnych a wykształcenie badanych.....	132
Wykres 190.	Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia a płeć i wiek badanych.....	132
Wykres 191.	Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia a dochód gospodarstwa domowego.....	133
Wykres 192.	Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia a samoocena stanu zdrowia badanych.....	133
Wykres 193.	Dostęp do świadczeń zdrowotnych.....	134
Wykres 194.	Dostęp do świadczeń zdrowotnych a wiek i płeć badanych.....	135
Wykres 195.	Doświadczanie problemów ze snem.....	135
Wykres 196.	Doświadczanie problemów ze snem a wiek badanych.....	136
Wykres 197.	Samoocena masy ciała.....	136
Wykres 198.	Samoocena masy ciała a płeć badanych.....	137
Wykres 199.	Samoocena masy ciała a wiek badanych.....	137
Tabela 1	Osoby dorosłe leczone z powodu chorób cywilizacyjnych – (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców).....	5
Tabela 2	Wielkość prób badawczych.....	7