

mgr Marek Rafał Przybył

**Zachowania zdrowotne mieszkańców
terenów wiejskich przebywających
w Centrum Rehabilitacji Rolników
Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
w Jedlcu**

Rozprawa na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych
i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu

Promotor

dr hab. n. med. Przemysław Biliński Profesor Uniwersytetu
Kaliskiego

Promotor pomocniczy

dr hab. n. med. i n. o zdr. Paulina Wojtyła-Buciora
Profesor Uniwersytetu Kaliskiego

Kalisz, 2025

Niniejsza rozprawa doktorska została przygotowana w formie cyklu publikacji pod wspólnym tytułem „Zachowania zdrowotne mieszkańców terenów wiejskich przebywających w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu”, na które składają się poniższe jednotematyczne publikacje własne:

1. **Przybył M.**, Wojtyła E., Wojtyła A., Biliński P., Ksepka J., (2023). Otyłość i nadwaga wśród mieszkańców terenów wiejskich jako problem zdrowotny na przykładzie pacjentów Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu. Biul. Gł. Bibl. Lek. 2023, R. 56, nr 381, s. 59-76. (MEiN 140).
2. **Przybył M.**, Ksepka J., Hendrysiak J., Karasiewicz W., (2024). Analysis of the physical acitivity of rural residents in the perspective of chronic diseases on the example of patients of the KRUS Farmers' Rehabilitation Center in Jedlec. Long-Term Care Nursing, Vol. 9, year 2024, issue 2, p. 71-89. (MEiN 40).
3. **Przybył M.**, Wojtyła-Buciora P., Ksepka J., Hendrysiak J., Jerczak M., Przybył F., (2024). Badania stylu życia skoncentrowane na konsumpcji alkoholu i paleniu tytoniu wśród mieszkańców obszarów wiejskich na przykładzie pacjentów Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu. Biul. Gł. Bibl. Lek. 2024, R. 56, nr 383, s. 33-48. (MEiN 20).
4. **Przybył M.**, Przewoźniak K., Barabasz M., Wojtyła E., Sociodemographic inequalities in cigarette smoking, alcohol drinking and simultaneous use of cigarettes and alcohol among Polish farmers: findings from questionnaire survey conducted among patients of the voivodeship farmer's rehabilitation centre in Poland. Journal Health Inequalities, 2025; 11 (1): 1–10. (MEiN 100).

SUMARYCZNIE: MEiN: 300 pkt.

SPIS TREŚCI

I.	WPROWADZENIE.....	3
1.	CEL BADAŃ I HIPOTEZY.....	6
2.	METODOLOGIA BADAŃ.....	6
2.1	Uczestnicy badania.....	6
2.2	Metody badawcze.....	6
2.3	Metody statystyczne.....	7
3.	WYNIKI.....	7
3.1	Charakterystyka grup badanych oraz dane socjodemograficzne.....	7
3.2	Subiektywna ocena zdrowia, budowa ciała oraz chęć zmiany sylwetki ciała.....	11
3.3	Nawyki żywieniowe.....	14
3.4	Palenie wyrobów tytoniowych.....	25
3.5	Spożywanie alkoholu.....	30
3.6	Aktywność fizyczna.....	35
4.	DYSKUSJA.....	45
4.1	Główne ustalenia.....	45
4.2	Hipoteza I.....	45
4.3	Hipoteza II.....	46
4.4	Hipoteza III.....	47
4.5	Mocne strony i ograniczenia badań.....	48
5.	WNIOSKI.....	49
5.1	Implikacje praktyczne.....	50
II.	BIBLIOGRAFIA.....	51
III.	STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM.....	68
IV.	STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM.....	69
V.	SPIS TABEL.....	70
VI.	SPIS WYKRESÓW.....	71
VII.	SPIS RYCIN.....	72
VIII.	KWESTIONARIUSZ.....	73
IX.	PUBLIKACJE I OŚWIADCZENIA WSPÓŁAUTORÓW.....	83

I. WPROWADZENIE

Nawyki żywieniowe

Zachowanie zdrowotne podejmowane przez każdego człowieka mają wpływ na jego zdrowie zarówno w najbliższej przyszłości jak i w późniejszym wieku. W zależności od podejmowanych działań lub zaniechań mamy wpływ na własne zdrowie i samopoczucie oraz długość przeżycia.

Zbilansowana dieta stanowi źródło makro i mikroskładników wzmacniających odporność, zwiększając prawdopodobieństwo długoletniego przeżycia [WHO, 2020]. Zgodnie z wytycznymi WHO z 2020 r. regularna aktywność fizyczna jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko chorób niezakaźnych (NCD), mianowicie chorób metabolicznych, chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworów [WHO, 2020]. Wpływa również ochronnie na funkcje poznawcze oraz zmniejsza nasilenie objawów związanych z depresją [Blondell, 2014, Pearce 2022]. Stosowanie substancji uzależniających po każdorazowym sięgnięciu po środek odurzający, pobudza ośrodek nagrody uwalniając dopaminę. Wiąże się to z odpężającymi doznaniem, jednak nieproporcjonalnie silnymi, stanowiąc bezpośrednią trudność w próbie rezygnacji z nałogów [Di Chiara 1997, Benowitz 2009]. Przy każdym z tych czynników kluczowy jest poziom świadomości i stan wiedzy pacjenta, które umożliwiają odpowiednią prewencję chorób cywilizacyjnych. Zgodnie z doniesieniami WHO, w latach 1975-2016, prawie trzykrotnie wzrosła częstość występowania otyłości na całym świecie [WHO 2024]. Szacuje się, iż do 2035 r. większość światowej populacji - ponad 4 miliardy, będzie cierpieć na nadwagę lub otyłość, a 1 na 4 osoby - prawie 2 miliardy, będzie cierpieć na otyłość [World Obesity Federation, 2023]. Badania pokazują, jak znaczącą rolę odgrywa niewłaściwe stosowanie się do zaleceń dietetycznych w procesie niewydolności układu sercowo-naczyniowego, czy endokrynologicznego [Grundy, 2015]. Wykazano również silne powiązanie pomiędzy pogorszoną kondycją psychiczną, a występowaniem otyłości [Luppino, 2010]. Ponadto, ogromny problem stanowi powszechna dostępność produktów wysoko przetworzonych, a ich niska cena w porównaniu do produktów pochodzenia naturalnego, często zachęca potencjalnych nabywców. Dlatego jedną z głównych przyczyn nadwagi i otyłości na świecie są różnice socjodemograficzne. [Zandstra, 2001].

Palenie tytoniu

Istniejącym dowodem na stosunkowo krótki okres czasu posiadania wiedzy o negatywach palenia tytoniu w polskim społeczeństwie jest fakt, iż dopiero 10 lat po ukazaniu się raportu „Smoking and health” w 1964 roku, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ogłosił pierwsze w Polsce Rozporządzenie w sprawie ograniczenia palenia tytoniu ze względów zdrowotnych, (Dz.U. 1974 nr 22 poz. 135). Tytoń i dym tytoniowy zawierają złożoną mieszaninę ponad 9500 związków chemicznych, z których wiele zostało uznanych przez organy regulacyjne za niebezpieczne dla zdrowia ludzkiego. Do 2012 roku uważało się, iż z listy szkodliwych i potencjalnie szkodliwych składników niespalonego tytoniu i dymu tytoniowego, 79 jest rakotwórcza. W ciągu ostatnich lat, wraz z postępem technologii i wiedzy o substancjach kancerogennych, liczba ta wzrosła do 83 - stan wiedzy na rok 2022 [Li, 2022]. Zgodnie z doniesieniami WHO, palenie tytoniu jest przyczyną 25% wszystkich zgonów z powodu nowotworów na świecie i jest najważniejszą przyczyną raka płuc. W przypadku mężczyzn, tytoń jest przyczyną 92% przypadków raka tchawicy, oskrzeli i płuc, a u kobiet wskaźnik ten wynosi 62%. Bierni palacze, również ryzykują zwiększonym prawdopodobieństwem zachorowania na przewlekłe choroby układu oddechowego i raka płuc [WHO, 2021].

Spożycie alkoholu

Aldehyd octowy powstający w wątrobie pod wpływem dehydrogenazy alkoholowej z etanolu może uszkadzać DNA, blokować jego syntezę oraz procesy naprawcze [Łaniewska-Dunaj, 2013]. Oba przytoczone związki organiczne mogą negatywnie wpływać na metylację nici DNA. Etanol przyczynia się również do zaburzeń metabolizmu kwasu foliowego, stanów zapalnych i powstawania stresu oksydacyjnego, co wiąże się z dalszym uszkodzeniem podwójnej helisy DNA [Rumgay, 2021]. Wspomniane powyżej mechanizmy powodowane przez konsumpcję alkoholu zwiększają ryzyko między innymi raka górnego odcinka przewodu pokarmowego, wątroby, jelita grubego oraz piersi [Rumgay, 2021]. Zgodnie z doniesieniami WHO nie ma bezpiecznej dawki alkoholu. Według ostatniego zestawienia informacyjnego opracowanego przez Europejskie Biuro WHO ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób Niezakaźnych, jedynie w 2018 roku udokumentowano 180 000 przypadków raka oraz 92 000 przypadków zgonów z powodu nowotworu powiązanego z przyczyną alkoholową [Li, 2022].

Aktywność fizyczna

Obecnie zaleca się, aby osoby w wieku 18-64 lat wykonywały aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności przez 150-300 minut tygodniowo lub aktywność fizyczną o wysokiej intensywności przez 75-150 minut. Po 65 roku życia, ćwiczenia są przede wszystkim wskazane w celu spowolnienia procesów zwyrodnieniowych kości i zapobiegania upadkom. Z kolei populacja w wieku szkolnym potrzebuje średnio 60 minut dziennie na ćwiczenia o umiarkowanej lub wysokiej intensywności aerobowej [WHO, 2020]. Na całym świecie 1/3 kobiet i 1/4 mężczyzn nie podejmuje wystarczającej aktywności fizycznej, aby osiągnąć adekwatne wyniki zdrowotne. Wykazano, iż w krajach o wyższym statusie ekonomicznym problem ten występuje dwukrotnie częściej niż w krajach o niższym statusie [WHO, 2018]. Brak ruchu staje się czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, otyłości, osteoporozy czy zaburzeń funkcji poznawczych. Koreluje również z predyspozycją do nowotworów złośliwych, w szczególności raka piersi [Kohl, 2001, Wannamethee, 1998, Laaksonen, 2005, Rohan, 1995].

Edukacja na temat znaczenia i wpływu aktywności fizycznej na zdrowie człowieka zalecana jest już od najmłodszych lat. Jej pozytywny wpływ na koncentrację, pamięć i emocje można zaobserwować już w dzieciństwie [Bidzan-Bluma, 2018]. Dzięki organizacjom wspieranym przez Komisję Europejską i władze niższego szczebla, zdrowy styl życia jest promowany z uwzględnieniem społeczno-ekonomicznych oraz demograficznych problemów populacji. Dzięki temu możliwym staje się podnoszenie świadomości we wszystkich grupach wiekowych i zwiększanie dostępności różnych zajęć sportowych [European Union, 2021]. Niemniej jednak, pojawiające się pozytywne ruchy w społeczeństwie wspierające kulturę dbania o ciało nie powinny obniżać naszej czujności, gdyż konieczne jest ciągle monitorowanie stanu wiedzy pacjentów na temat modyfikowalnych czynników ryzyka chorób przewlekłych. Propagowanie zachowań prozdrowotnych w miejscach publicznych, wydają się być dużym krokiem w stronę prewencji chorób tytoniowych, alkoholowych oraz „dietozależnych”.

1. CEL BADAŃ I HIPOTEZY

Jednym z celów niniejszej pracy badawczej była analiza wybranych nawyków i zachowań zdrowotnych charakteryzujących pacjentów Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu. Dodatkowo celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jak wygląda rozpowszechnienie palenia tytoniu oraz spożycia alkoholu z jednoczesną obserwacją zróżnicowania w obrębie płci, wieku i wykształcenia badanych. Ponadto, celem rozprawy była również ocena poziomu aktywności fizycznej kuracjuszy wraz z interpretacją potencjalnych czynników socjodemograficznych mających na nią wpływ.

Hipotezy badawcze:

1. Wybrane czynniki socjodemograficzne mają wpływ na nawyki i zachowania zdrowotne badanych osób.
2. Wybrane czynniki socjodemograficzne mają wpływ na rozpowszechnienie palenia tytoniu i spożycia alkoholu badanych osób.
3. Wybrane czynniki socjodemograficzne mają wpływ na poziom aktywności fizycznej badanych osób.

2. METODOLOGIA BADAŃ

2.1 Uczestnicy badań

Pracę badawczą przeprowadzono na 612 osobach znajdujących się w Ośrodku Rehabilitacyjnym Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Jedlcu. Badanie realizowano w okresie od sierpnia 2021 roku do września 2022 roku. Wszyscy pacjenci wyrazili uprzednio zgodę na wzięcie udziału w badaniu.

2.2 Metody badawcze

Kuracjusze zostali poproszeni o wypełnienie autorskiego kwestionariusza zawierającego pytania dotyczące między innymi: subiektywnej oceny własnego zdrowia, subiektywnej oceny budowy ciała, nawyków żywieniowych, palenia papierosów, spożycia alkoholu oraz poziomu aktywności fizycznej. Kwestionariusz składał się z pytań jedno- oraz wielokrotnego wyboru.

Otrzymane odpowiedzi zinterpretowano oraz zróżnicowano pod względem płci, wieku, wykształcenia i wskaźnika BMI.

2.3 Metody statystyczne

Normalność rozkładu testowano testem Shapiro-Wilka. Różnice między zmiennymi były badane za pomocą testu U Manna-Whitneya dla zmiennych o rozkładzie innym niż normalny. Współczynnik V Cramera został wykorzystany do obliczenia korelacji. Uzyskane wyniki analizowano statystycznie za pomocą programu IBM SPSS wersja 29.0. Jako poziom istotności przyjęto $\alpha=0,05$. Wynik uznano za istotny statystycznie, gdy $p<\alpha$.

3. WYNIKI

3.1 Charakterystyka grup badanych oraz dane socjodemograficzne

Tabela 1. Charakterystyka grup badanych.

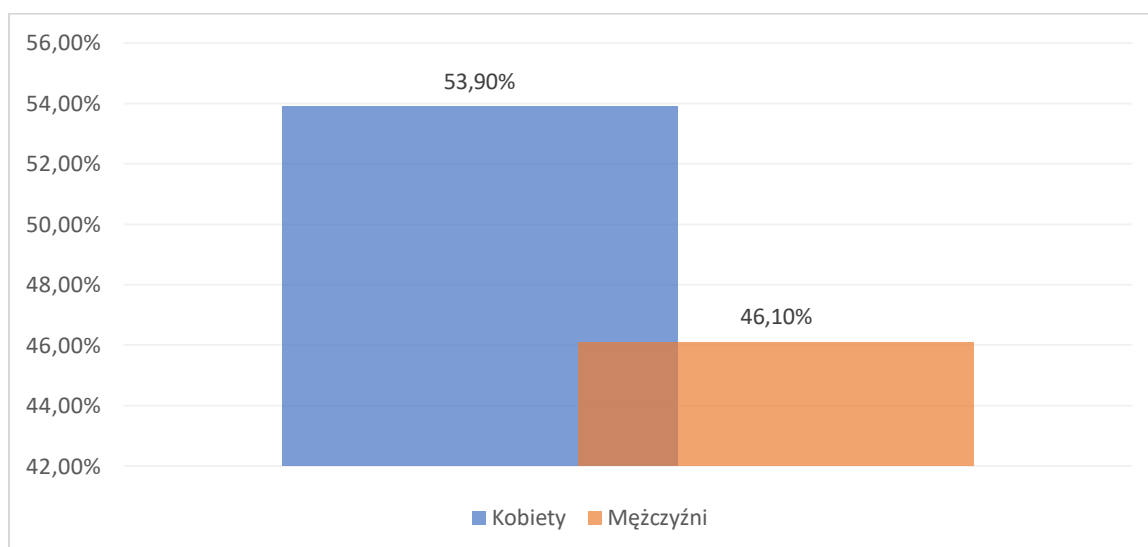
Analizowany parametr		Liczebność	
		N	%
Płeć	Kobiety	330	53,9
	Mężczyźni	282	46,1
Wiek	do 49 lat	128	20,9
	50-59 lat	382	62,4
	60 lat i więcej	102	16,7
Wykształcenie	podstawowe	65	10,6
	zasadnicze zawodowe	309	50,5
	średnie/średnie zawodowe	195	31,9
	pomaturalne	21	3,4
	wyższe	22	3,6

Tabela 2. Podział respondentów ze względu na wiek i płeć.

Analizowany parametr			
Płeć	Grupa wiekowa	Liczebność	Procentowo
Kobiety	do 49 lat	78	23,6%
	50-59 lat	232	70,3%
	60 lat i więcej	20	6,1%
	Łącznie	330	100%
Mężczyźni	do 49 lat	50	17,7%
	50-59 lat	150	53,2%
	60 lat i więcej	82	29,1%
	Łącznie	282	100%

Badaniem zostało objętych 612 rolników przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym dla rolników w Jedlcu. Wśród badanych osób nieznacznie dominowała płeć żeńska (N=330; 53,9%) nad płcią męską (N=282; 46,1%) (wyk.1).

Wykres 1. Płeć (n=612)

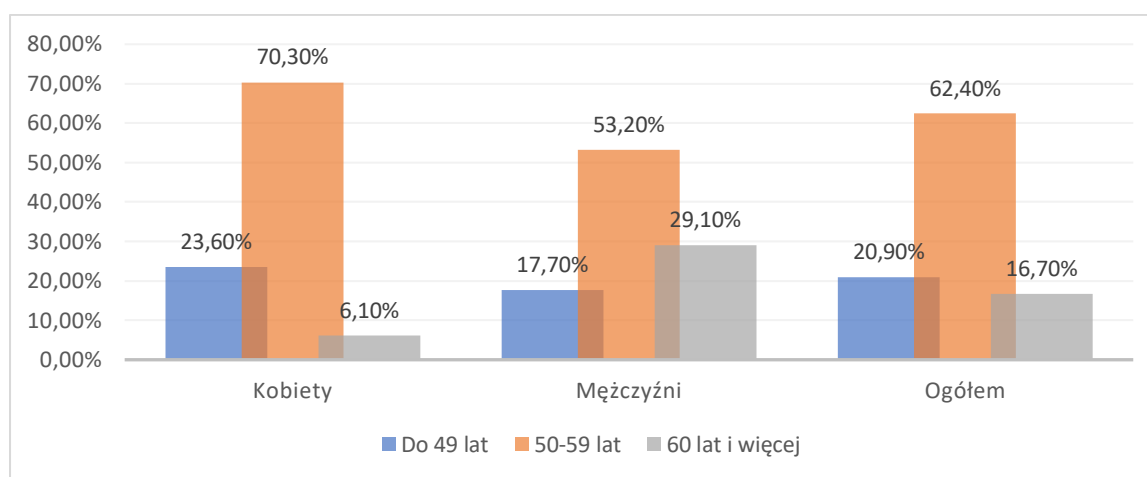


Źródło: opracowanie własne.

Badana grupa była zróżnicowana pod względem wieku. Najliczniejszą grupą reprezentowaną wśród badanych były osoby w przedziale wiekowym 50-59 lat (N=382; 62,4%). Wśród kobiet odsetek ten wynosił 70,3% (N=232), zaś wśród mężczyzn 53,2% (N=150). Kolejną licznie reprezentowaną grupą były osoby do 49 roku życia (N=128; 20,9%). Kobiet w tym przypadku było 23,6% (N=78), zaś mężczyzn 17,7% (N=50). Najmniej liczna

grupa osób miała 60 i więcej lat (N=102; 16,7%). Wśród nich było 6,1% kobiet (N=20) oraz 29,1% (N=82) mężczyzn. Jak widać na poniższym wykresie kobiety najczęściej reprezentowały młodsze grupy wiekowe – do 49 lat i pomiędzy 50 a 59 rokiem życia. Natomiast mężczyzn było więcej od kobiet w wieku 60 i więcej lat (wyk.2).

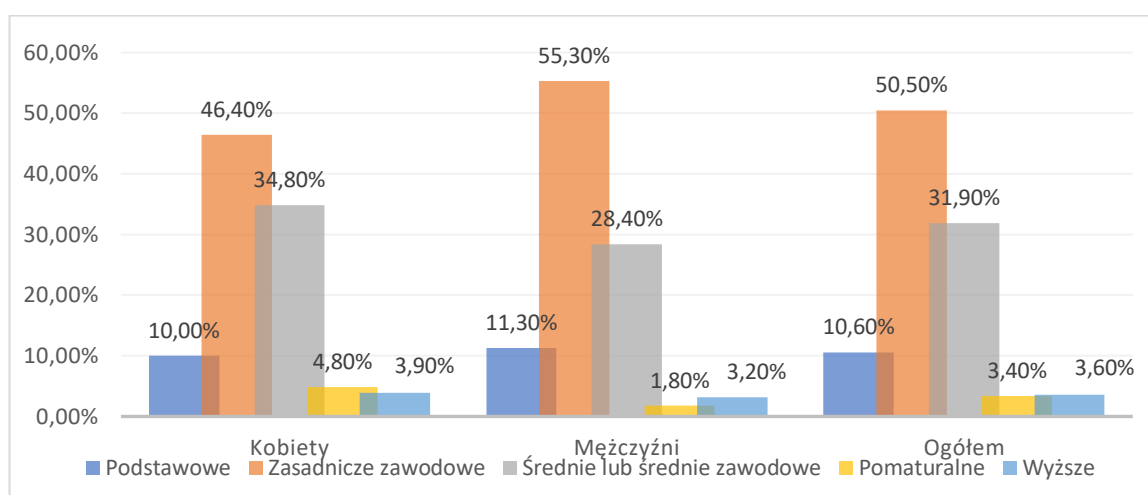
Wykres 2. Wiek (lata) (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Poziom wykształcenia również różnicował badanych. Najwięcej z nich miało wykształcenie zasadnicze zawodowe (N=309; 50,5%). Ponad połowa badanych mężczyzn posiadała wykształcenie na tym poziomie (N=156; 55,3%). Odsetek kobiet był niewiele mniejszy i wynosił 46,40% (N=153). Osoby z wykształceniem średnim (N=195; 31,9%) stanowiły drugą co do wielkości grupę. W tym przypadku dominowała płeć żeńska nad męską. Kobiet było 34,8% (N=115), a mężczyzn 28,4% (N=80). Osoby z wykształceniem podstawowym reprezentowane były przez 10,6% osób (N=65) wśród, których było 10,0% (N=33) kobiet i 11,3% (N=32) mężczyzn. Najmniej liczna grupa posiadała wykształcenie pomaturalne (N=21; 3,4%) i wyższe (N=22; 3,6%). Kobiet mających wykształcenie pomaturalne było 4,8% (N=16), a mężczyzn 1,8% (N=5). Najwyższy poziom wykształcenia miało 3,9% (N=13) kobiet oraz 3,2% (N=9) mężczyzn. Jak widać na załączonym wykresie kobiety częściej miały wyższy poziom wykształcenia aniżeli mężczyźni (wyk.3).

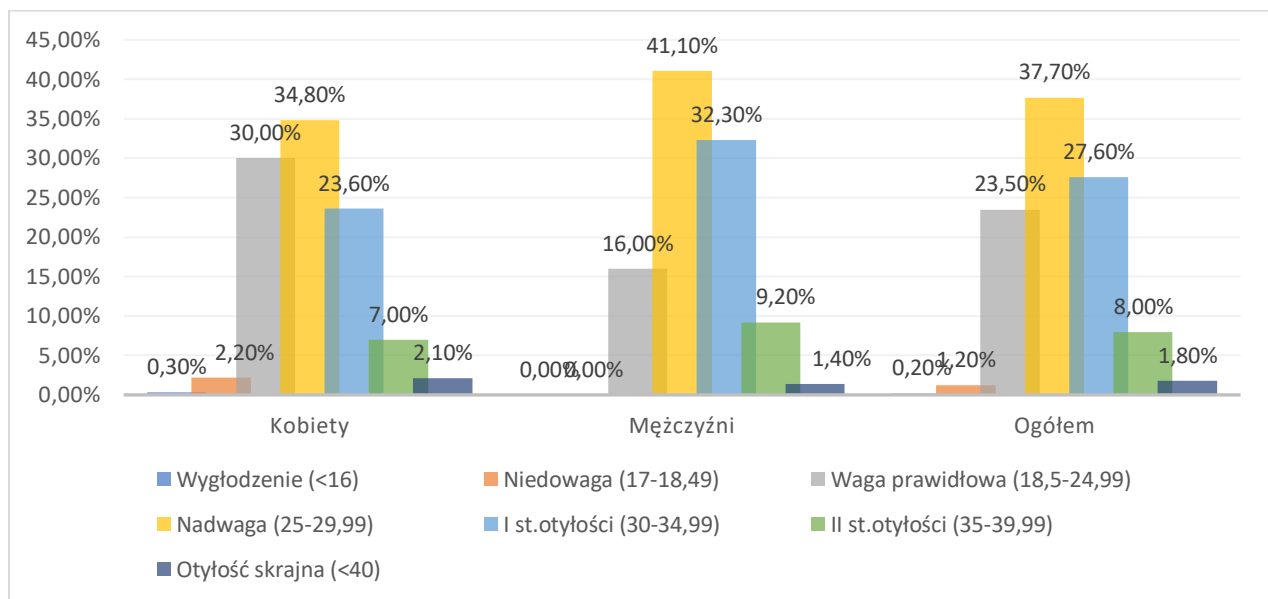
Wykres 3. Wykształcenie (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych antropometrycznych dotyczących wagi i wzrostu respondentów obliczony został wskaźnik BMI (*Body Mass Index*). Osoby klasyfikowane na poziomie wskaźnika w kategoriach wygłodzenia (N=1; 0,3%) i niedowagi (N=7; 2,2%) reprezentowane były tylko przez płć żeńską. Wśród badanych najliczniejsza grupa miała nadwagę (N=231; 37,7%) – kobiety stanowiły w tym przypadku mniejszość w stosunku do mężczyzn i było ich 34,8% (N=115). Mężczyźni stanowili 41,1% (N=116). Wagę określaną jako prawidłową miało 23,5% (N=144) i było wśród nich więcej kobiet (N=99; 30,0%) niż mężczyzn (N=45; 16,0%). Reprezentanci płci męskiej byli od płci żeńskiej częściej osobami z otyłością I, jaki i II stopnia. W przypadku otyłości skrajnej (N=11; 1,8%) odsetek tych osób był nieznacznie wyższy u kobiet (N=7; 2,1) niż mężczyzn (N=4; 1,4%) (wyk.4).

Wykres 4. Wskaźnik BMI (n=612)

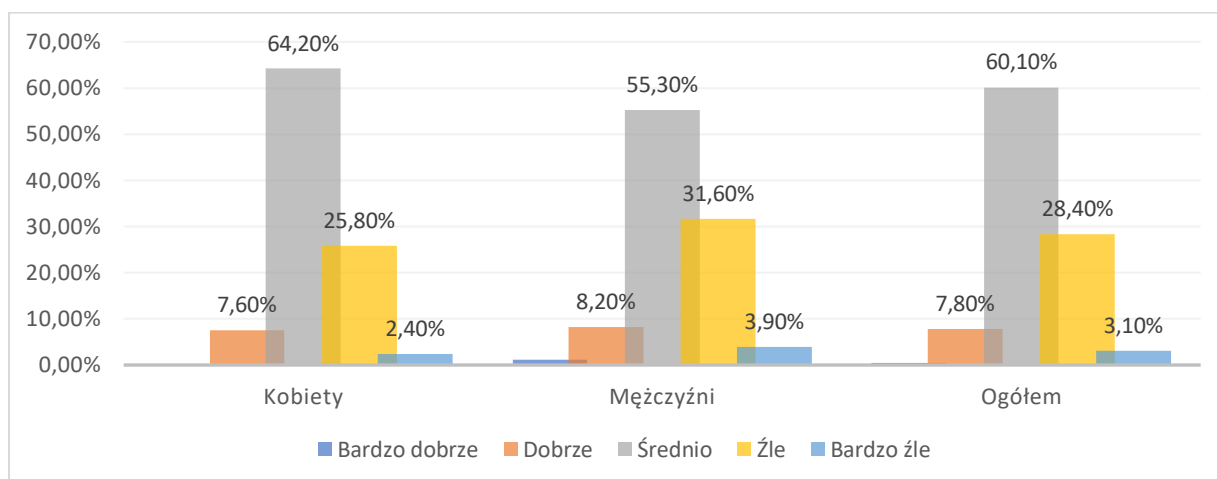


Źródło: opracowanie własne.

3.2 Subiektywna ocena zdrowia, budowa ciała oraz chęć zmiany sylwetki ciała

Badane osoby najczęściej oceniały stan swojego zdrowia na poziomie średnim (N=368; 60,1%). Taki poziom oceny podawany był przez 64,2% (N=212) kobiet oraz 55,3% (N=156) mężczyzn. Najniższy odsetek procentowy badanych wskazywał na poziom bardzo dobry (N=3; 0,5%) i byli to sami przedstawiciele płci męskiej. Niewiele więcej badanych osób oceniało go jako bardzo zły (N=19; 3,1%) i było to nieznacznie więcej mężczyzn (N=11; 3,9%) niż kobiet (N=8; 2,4%). Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy prawidłową masą ciała, nadwagą i otyłością a subiektywną oceną stanu zdrowia ($\chi^2=9,271$, $df=8$, $p=0,320$). Wykazano związek istotnie statystyczny między subiektywną oceną stanu zdrowia a wiekiem – osoby w wieku 60 i więcej lat (63,7%) częściej oceniały swoje zdrowie na poziomie średnim niż osoby w wieku 50-59 lat (61,0%) i do 49 lat (54,7%) ($\chi^2=16,815$, $df=8$, $p=0,032$). Nie wykazano związku między tą zmienną a płcią ($p=0,076$). Ponadto wykazano związek istotny statystycznie pomiędzy poziomem wykształcenia – osoby z wykształceniem pomaturalnym częściej oceniały swój stan zdrowia na poziomie średnim niż pozostałe osoby z innym wykształceniem ($\chi^2=28,112$, $df=16$, $p=0,031$) (wyk.5).

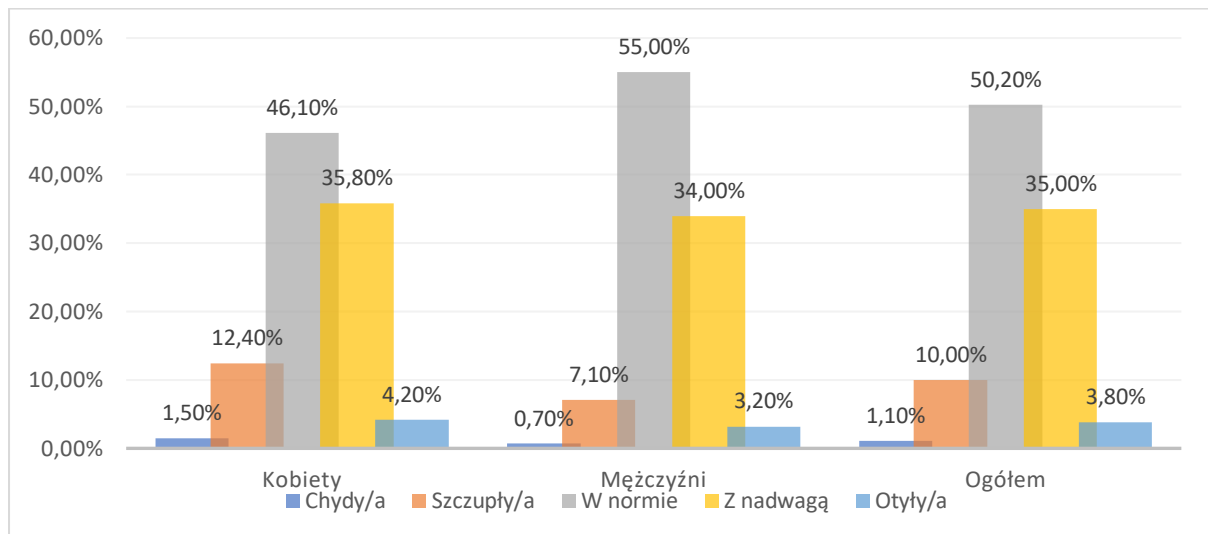
Wykres 5. Subiektywna ocena ogólnego stanu zdrowia (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

W przypadku subiektywnej oceny budowy ciała 50,2% (N=307) badanych uważała, że ich budowa ciała jest w normie. Odsetek kobiet wynosił 46,1% (N=152), a mężczyzn 55,0% (N=155). 35,0% (N=214) osób uważało, że ma nadwagę, wśród nich było nieznacznie więcej kobiet (N=118; 35,8%) niż mężczyzn (N=96; 34,0%). Najniższy odsetek badanych uważał, że jest za chudy (N=7; 1,1%) i było to 1,5% (N=5) kobiet oraz 0,7% (N=2) mężczyzn. Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy prawidłową masą ciała, nadwagą i otyłością badanych a subiektywną oceną stanu ich zdrowia ($\chi^2=292,462$, $df=8$, $p=0,001$). Osoby mające nadwagę (70,6%) częściej postrzegały swoją budowę ciała w normie niż osoby mające prawidłową masę ciała (66,0%) czy też otyłość (21,0%). Współczynnik V Cramera był dodatni o słabej sile ($r=0,492$). Wykazano związek istotnie statystyczny między subiektywną oceną budowy ciała – wraz ze wzrostem lat badani rzadziej oceniali swoją budowę ciała jako w normie (młodsze osoby częściej to robiły) ($\chi^2=16,815$, $df=8$, $p=0,032$). Nie wykazano związku między płcią ($p=0,085$) oraz wykształceniem ($p=0,990$) a podaną zmienną (wyk.6).

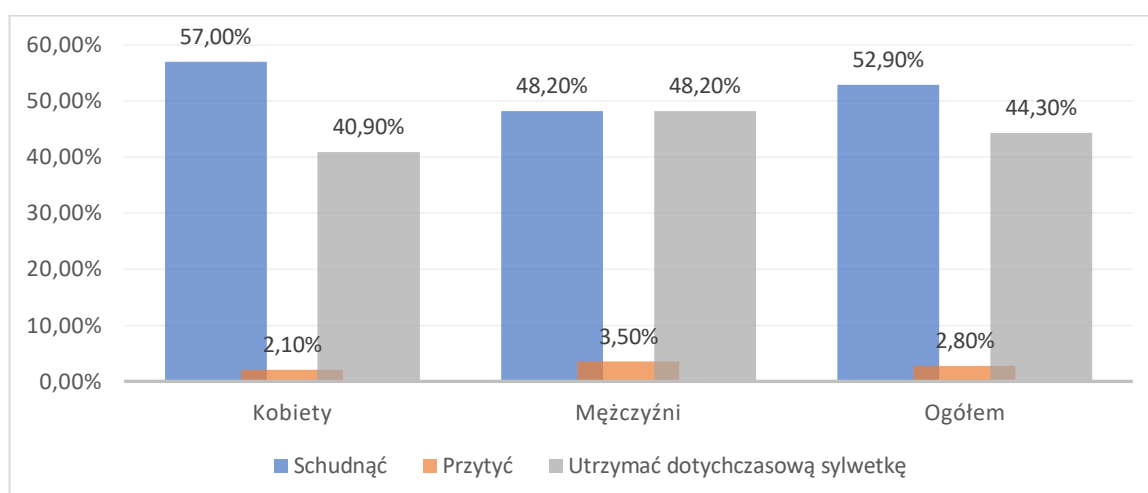
Wykres 6. Subiektywna ocena budowy ciała (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa respondentów chciałaby schudnąć (N=324; 52,9%). Najczęściej takich odpowiedzi udzielały badane kobiety (N=188; 57,0%). Mężczyźni w tym przypadku stanowili 48,2% (N=136). Przytyć chciałoby najmniej z badanych ankietowanych (N=17; 2,8%). Wśród nich było 2,1% (N=7) kobiet oraz 3,5% (N=10) mężczyzn. Natomiast utrzymać dotychczasową sylwetkę chciało 44,3% (N=271) badanych. Większy odsetek procentowy mężczyzn (N=136; 48,2%) wskazywał na tą odpowiedź aniżeli kobiet (N=135; 40,9%). Wynik chi kwadrat między poziomami BMI (prawidłowa masa ciała, nadwaga, otyłość) wykazał związek istotnie statystyczny pomiędzy tą zmienną a chęcią zmiany sylwetki ($\chi^2=196,996$, $df=4$, $p=0,001$). Osoby z otyłością (88,2%) częściej chciały schudnąć niż osoby z nadwagą (41,1%) i prawidłową masą ciała (18,8%). Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy chęcią zmiany sylwetki a wiekiem ($\chi^2=4,042$, $df=4$, $p=0,400$), płcią ($\chi^2=5,146$, $df=2$, $p=0,076$) i wykształceniem ($\chi^2=4,091$, $df=8$, $p=0,849$) (wyk.7).

Wykres 7. Czy chciałby Pan/Pani zmienić swoją sylwetkę? (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Weryfikacji statystycznej poddano także poziom wskaźnika BMI z uwzględnieniem płci, wieku i wykształcenia badanych. Ze względu na niską liczebność badanych mających poziom wskaźnika <16 wskazującego na wygłodzenie ($N=1;0,2\%$) oraz pomiędzy 17-18,49, który wskazywał na niedowagę ($N=7;1,1\%$) postanowiono nie używać tych danych do poniższych analiz.

Analiza statystyczna testem U Manna-Whitneya wykazała różnice istotnie statystyczne pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie wyniku ogólnego wskaźnika BMI. Kobiety ($28,04 \pm 4,97$) mają niższy poziom ogólnego wskaźnika BMI aniżeli mężczyźni ($29,04 \pm 4,37$) ($p=0,001$) (tab.3).

Tabela 3. Płeć a wynik ogólny wskaźnika BMI (n=604)

Zmienna	Kobiety (n=322)		Mężczyźni (n=282)		Z	P
Poziom BMI	M	SD	M	SD	-4,145	<0,001
	28,04	4,97	29,48	4,37		

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z- standaryzowana wartość testu U Manna-Whitneya, p – poziom istotności

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna z wykorzystaniem testu nieparametrycznego Kruskala-Wallis wykazała istotnie statystycznie różnice międzygrupowe pomiędzy wiekiem badanych

a wynikiem ogólnym wskaźnika BMI ($p=0,002$) (tab.4). W analizie post hoc wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi w wieku do 50-59 lat i powyżej 60 lat. Osoby w wieku 60 i więcej lat (343,69) miały wyższy poziom wskaźnika BMI niż osoby w wieku 50-59 lat (305,27) (ryc.1).

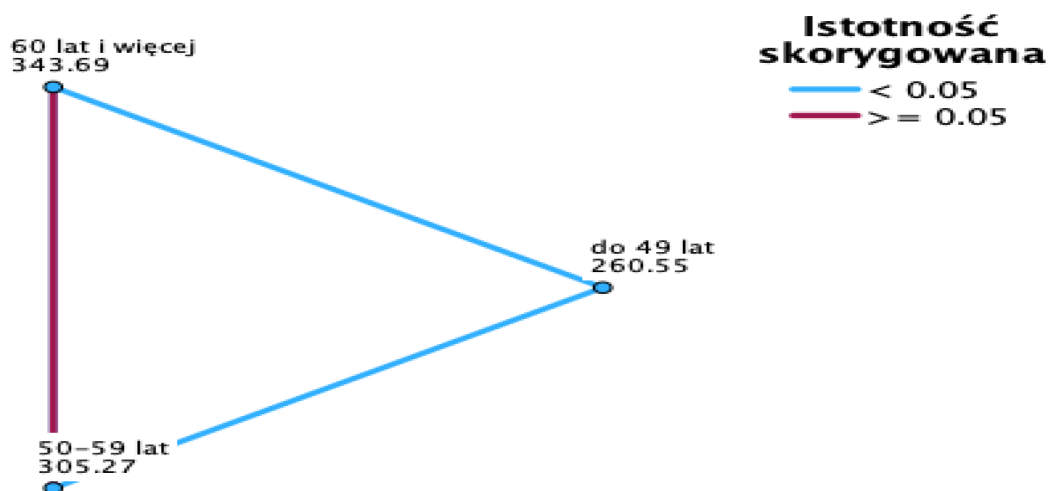
Tabela 4. Wiek a wynik ogólny wskaźnika BMI ($n=604$)

Zmienna	Do 49 lat		50-59 lat		60 lat i więcej		H Kruskala	df	P
Poziom	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	13,001	2	0,002
BMI	27,79	5,27	28,77	4,67	29,59	4,20			

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *H* – test Kruskala-Wallisa, *df* – stopnie swobody, *p* – poziom istotności

Źródło: opracowanie własne.

Rycina 1. Porównywanie parami wiek i wynik ogólny wskaźnika BMI – test post hoc Kruskala-Wallisa



Źródło: opracowanie własne.

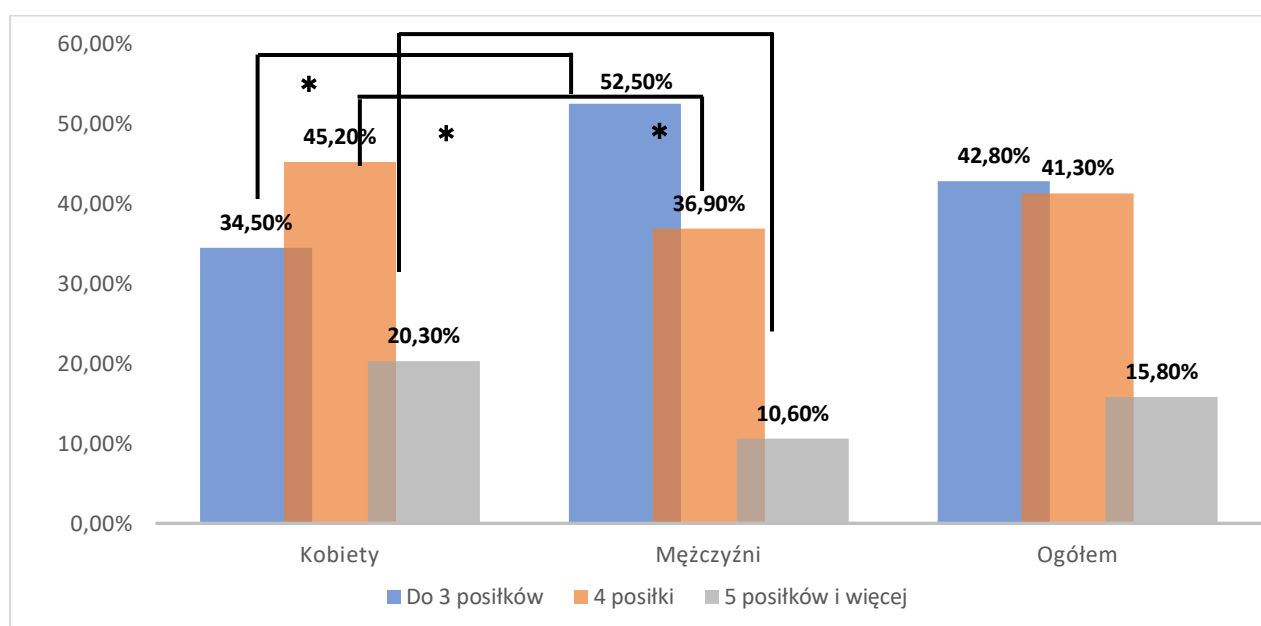
W przypadku wykształcenia nie wykazano różnic istotnie statystycznych pomiędzy tą zmienną a ogólnym wynikiem wskaźnika BMI (surowy wynik waga/wzrost(m²)²) ($H=8,999$, $df=4$, $p=0,061$).

3.3 Nawyki żywieniowe

Nawyki żywieniowe respondentów analizowane były pod kątem ilości spożywanych posiłków, podjadania między posiłkami oraz jedzenia w nocy z uwzględnieniem rodzaju produktów oraz częstotliwości tych zachowań.

Analiza ilości spożywanych posiłków wykazała, że najczęściej z ankietowanych osób spożywa do 3 posiłków dziennie (N=262; 42,8%) i są to częściej mężczyźni (N=148; 52,5%) niż kobiety (N=114; 34,5%). Druga z kolei ilość spożywanych posiłków wybierana przez badanych wskazywała na 4 posiłki w ciągu dnia (N=253; 41,3%). Wśród nich było 45,2% (N=149) kobiet oraz 36,9% (N=104) mężczyzn. Najmniej liczna grupa badanych przyjmowała w ciągu doby 5 i więcej posiłków (N=97; 15,8%). W tym przypadku również przeważały kobiety (N=67; 20,3%) nad mężczyznami (N=30; 10,6%). Wynik analizy statystycznej wskazał na występowanie istotnych statystycznie różnic międzypłciowych w zakresie ilości przyjmowanych posiłków. Większą ilość posiłków w ciągu dnia przyjmowały kobiety aniżeli mężczyźni ($\chi^2=22,906$, $df=2$, $p=0,001$). Współczynnik V Cramera analizowanego związku był dodatni o słabej sile ($r=0,193$). Różnica proporcji kolumnowych wykazała, że kobiety w porównaniu do mężczyzn przyjmowały częściej 4 posiłki oraz 5 i więcej posiłków w ciągu dnia. Mężczyźni natomiast statystycznie częściej od kobiet spożywali od 1 do 3 posiłków dziennie. (wyk.8).

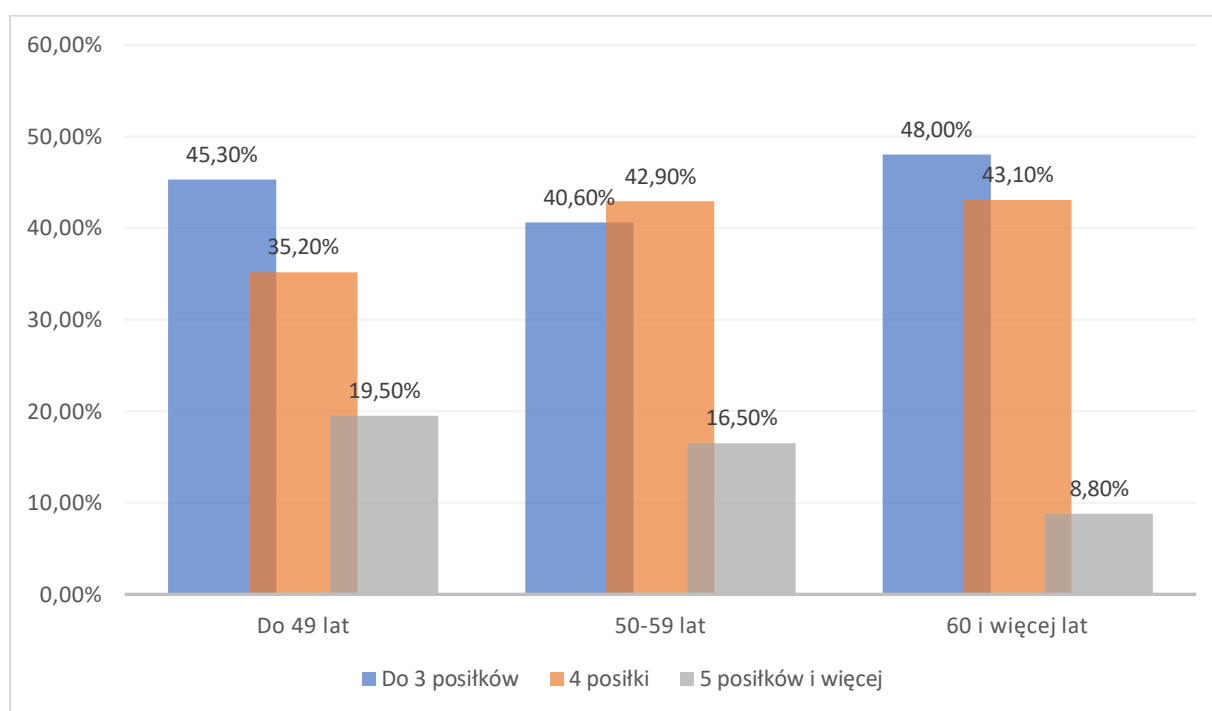
Wykres 8. Ilość spożywanych posiłków w zależności od płci (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

W grupie badanych reprezentowanych przez osoby do 49 roku życia najczęściej spożywano do 3 posiłków dziennie (N=58; 45,3%). Natomiast najmniejszy odsetek w tej grupie spożywał 5 i więcej posiłków (N=25; 19,5%). Grupa osób w wieku 50-59 lat przyjmowała najczęściej 4 posiłki dziennie (N=164; 42,9%), a najrzadziej 5 posiłków i więcej (N=63; 16,5%). Wśród osób w wieku 60 i więcej lat największy odsetek przyjmował do 3 posiłków dziennie (N=49; 48,0%). W tej grupie wiekowej najrzadziej natomiast spożywano 5 i więcej posiłków (N=9; 8,8%). Wyniki analizy statystycznej nie wykazały różnic pomiędzy wiekiem badanych a ilością spożywanych posiłków ($\chi^2=7,153$, $df=4$, $p=0,128$) (wyk.9).

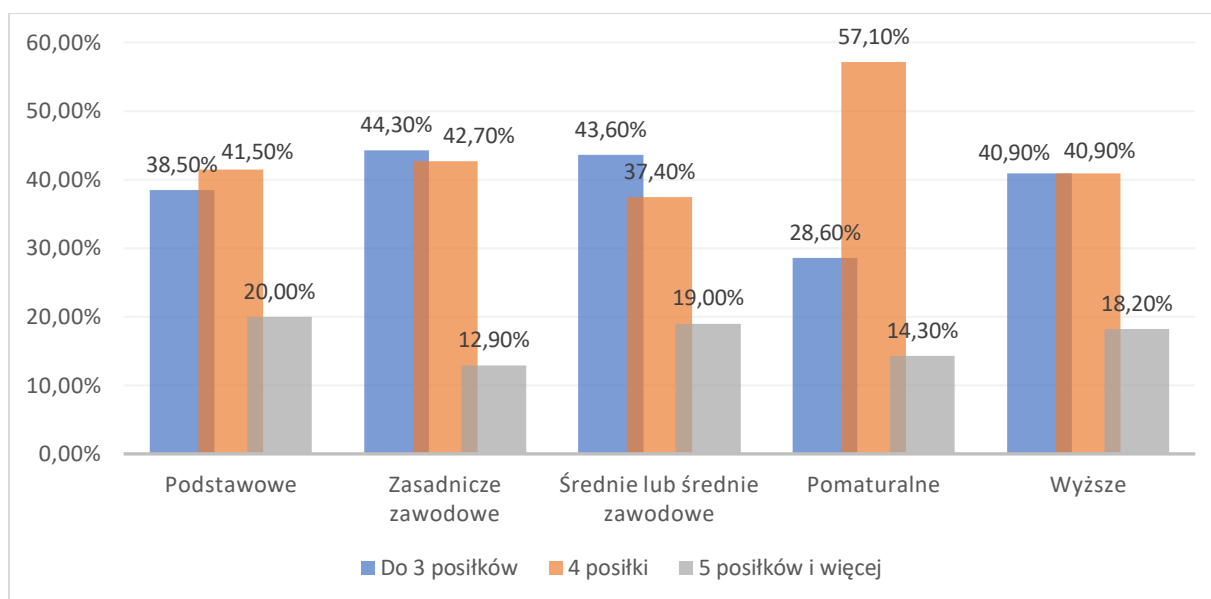
Wykres 9. Ilość spożywanych posiłków w zależności od wieku (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Osoby z wykształceniem podstawowym (N=27; 41,5%) i pomaturalnym (N=12; 57,1%) najczęściej spożywały 4 posiłki dziennie. Wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (N=137; 44,3%) i średnim lub średnim zawodowym (N=85; 43,6%) najczęściej przyjmowano do 3 posiłków dziennie. Osoby z wykształceniem wyższym przyjmowały równie często 3, jak i 4 posiłki w ciągu dnia (N=9; 40,9%). Niezależnie od poziomu wykształcenia najrzadziej wskazywaną przyjmowaną ilością posiłków była liczba 5 i więcej. Wynik analizy statystycznej nie wykazały różnic istotnie statystycznych pomiędzy wykształceniem badanych osób a ilością spożywanych posiłków ($\chi^2=7,288$, $df=8$, $p=0,506$) (wyk.10).

Wykres 10. Ilość spożywanych dziennie posiłków w zależności od wykształcenia (n=612)

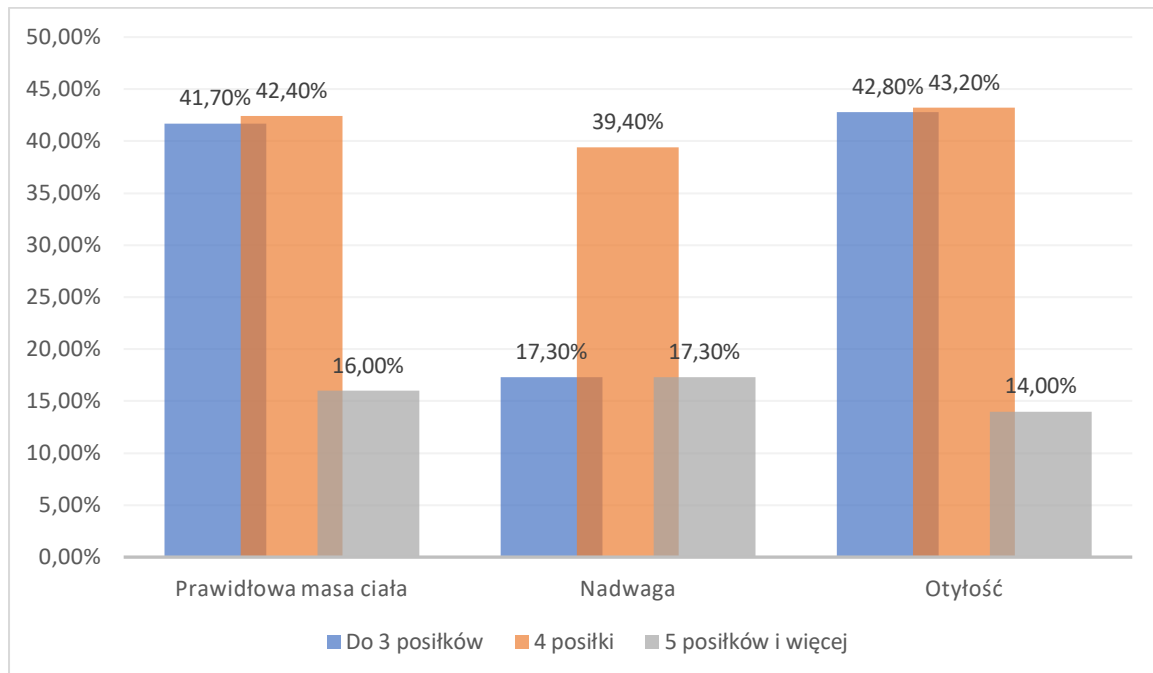


Źródło: opracowanie własne.

Analizie poddano także poziom wskaźnika BMI badanych osób z ilością przyjmowanych posiłków. Ze względu na niską liczebność badanych mających poziom wskaźnika <16 wskazującego na wygłodzenie ($N=1$; 0,2%) oraz pomiędzy 17-18,49, który wskazuje na niedowagę ($N=7$; 1,1%) postanowiono nie używać tych danych do poniższej analizy. Utworzono trzy grupy zmiennych obejmujących badanych z prawidłową masą ciała ($n=144$), nadwagą ($n=231$) oraz otyłością ($n=229$).

Badane osoby, które miały nieprawidłowy wskaźnik BMI wskazujący na nadwagę ($N=100$; 43,3%) najczęściej spożywały do 3 posiłków dziennie. Osoby z prawidłową masą ciała, które przyjmowały 3 posiłki dziennie stanowiły 41,7% ($N=60$) badanych. Badani ci najczęściej przyjmowali 4 posiłki dziennie ($N=61$; 42,4%). Osoby z otyłością najczęściej przyjmowały 4 posiłki dziennie ($N=99$; 43,2%). W każdej z grup niezależnie od poziomu wskaźnika BMI najrzadziej spożywano w ciągu dnia 5 posiłków i więcej. Wynik analizy statystycznej nie wykazał różnic istotnie statystycznych pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a ilością spożywanych posiłków ($\chi^2=1,316$, $df=4$, $p=0,859$) (wyk.11).

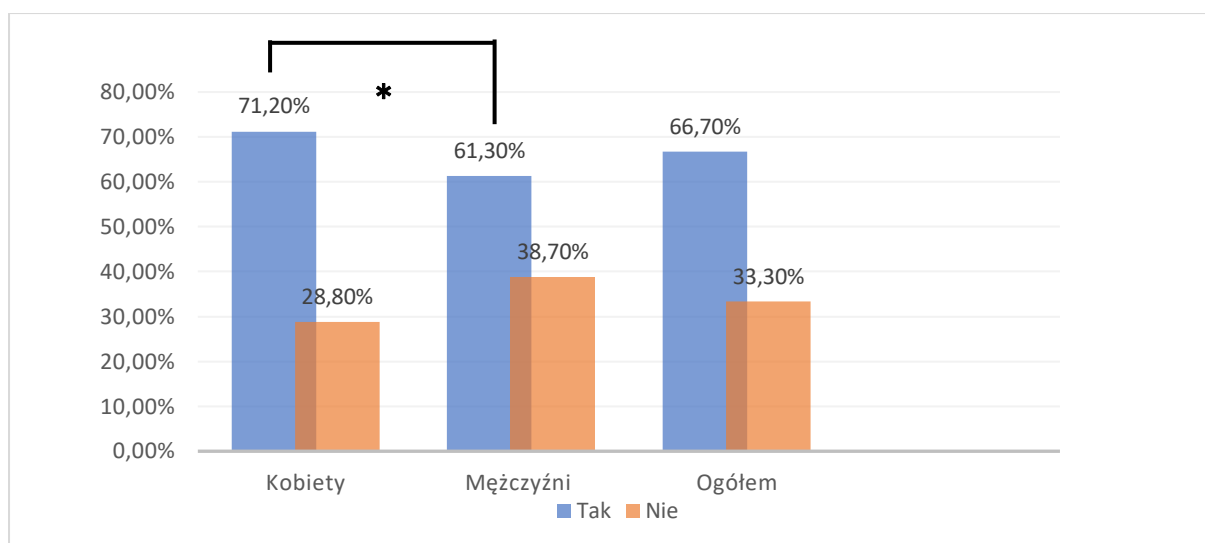
**Wykres 11. Ilość spożywanych dziennie posiłków w zależności od wskaźnika BMI
(n=604)**



Źródło: opracowanie własne.

Kolejną analizowaną zmienną było podjadanie produktów między posiłkami. Ponad połowa ankietowanych deklarowała podjadanie między posiłkami (N=408; 66,7%). Natomiast 1/3 badanych (N=204; 33,3%) negowała ten fakt. Wynik analizy statystycznej wykazał istnienie różnic istotnie statystycznych pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie podjadania między posiłkami ($\chi^2=6,659$, $df=1$, $p=0,010$). Proporcja kobiet podjadających między posiłkami była istotnie wyższa od proporcji mężczyzn deklarujących ten fakt. Współczynnik V Cramera był dodatni, o słabej sile ($r=0,104$) (wyk.12).

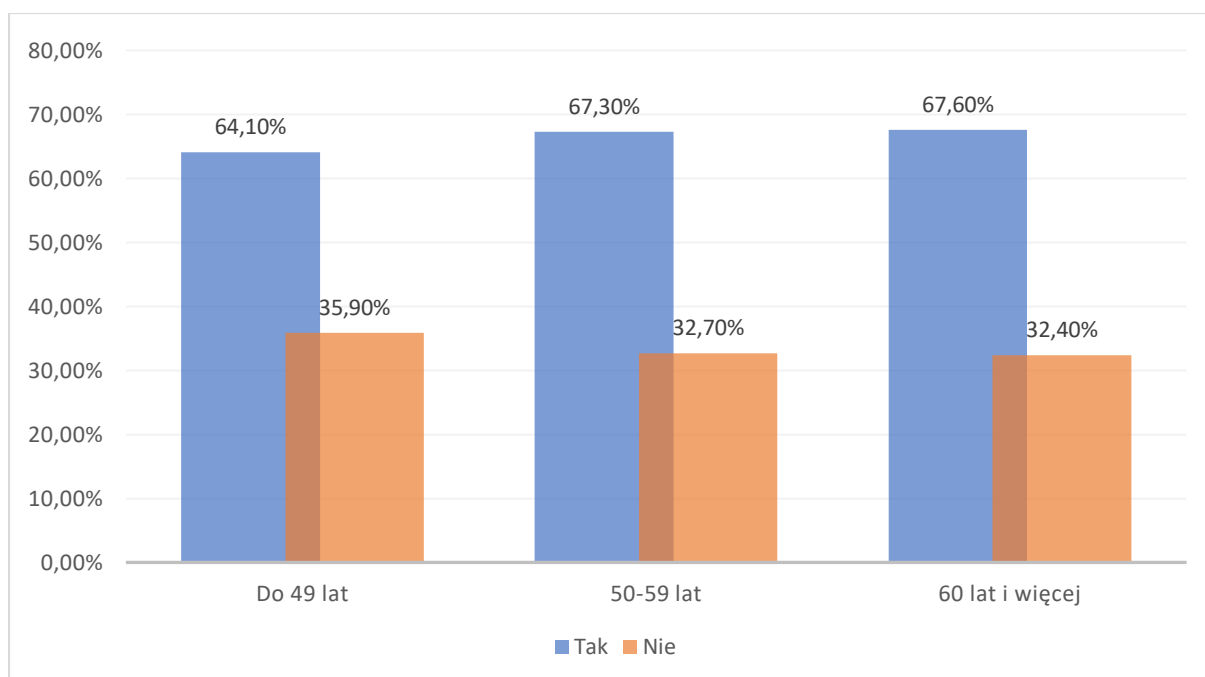
Wykres 12. Podjadanie między posiłkami w zależności od płci (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przeprowadzonej analizy z podziałem na grupy wiekowe w odniesieniu do podjadania między posiłkami wykazał niewielkie zróżnicowanie pomiędzy badanymi grupami. Widoczna jest jednak tendencja wzrostowa wskazująca na to, że wraz z wiekiem rośnie odsetek osób dojadających między posiłkami. 64,1% (N=82) osób do 49 roku życia, 67,30% (N=257) w wieku od 50-59 lat oraz 67,6% (N=69) osób w wieku 60 lat i więcej dojada między posiłkami. Wynik analizy statystycznej nie wykazał różnic istotnie statystycznych pomiędzy wiekiem badanych a podjadaniem między posiłkami ($\chi^2=0,499$, $df=2$, $p=0,779$) (wyk.13).

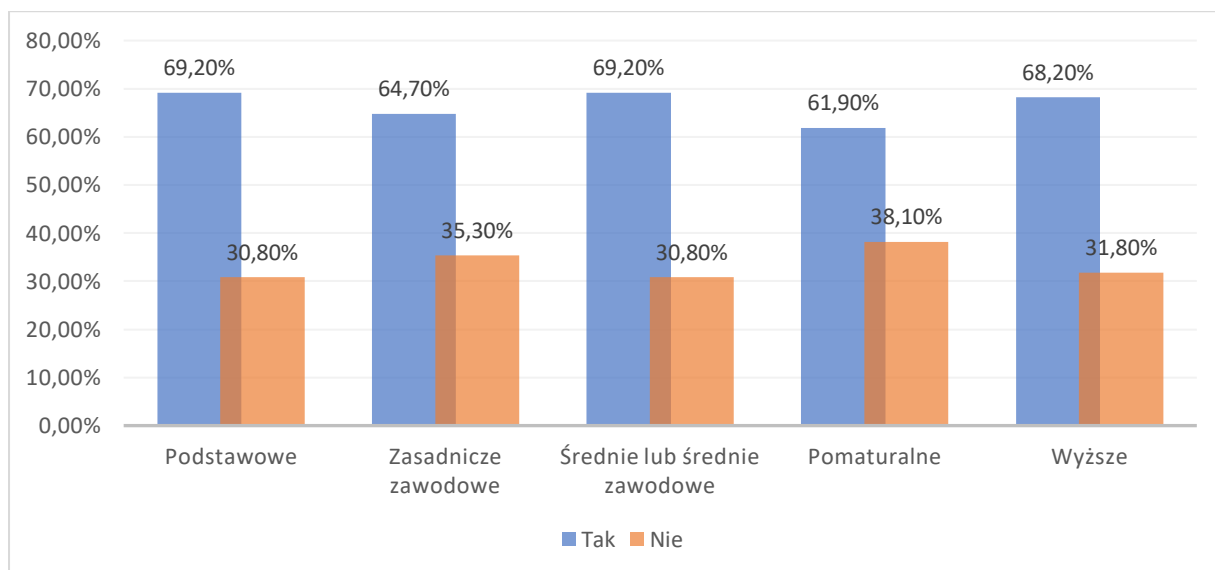
Wykres 13. Podjadanie między posiłkami w zależności od wieku (n=612)



Źródło: opracowanie własne

Analiza podjadania między posiłkami w zależności od wykształcenia również wykazała małe zróżnicowanie międzygrupowe. Na każdym poziomie wykształcenia odsetek osób podjadających między posiłkami przekraczał 60,0% ogółu badanych. Wynik analizy statystycznej nie wykazał różnic istotnie statystycznych pomiędzy wykształceniem badanych a podjadaniem między posiłkami ($\chi^2=1,531$, $df=4$, $p=0,821$) (wyk.14).

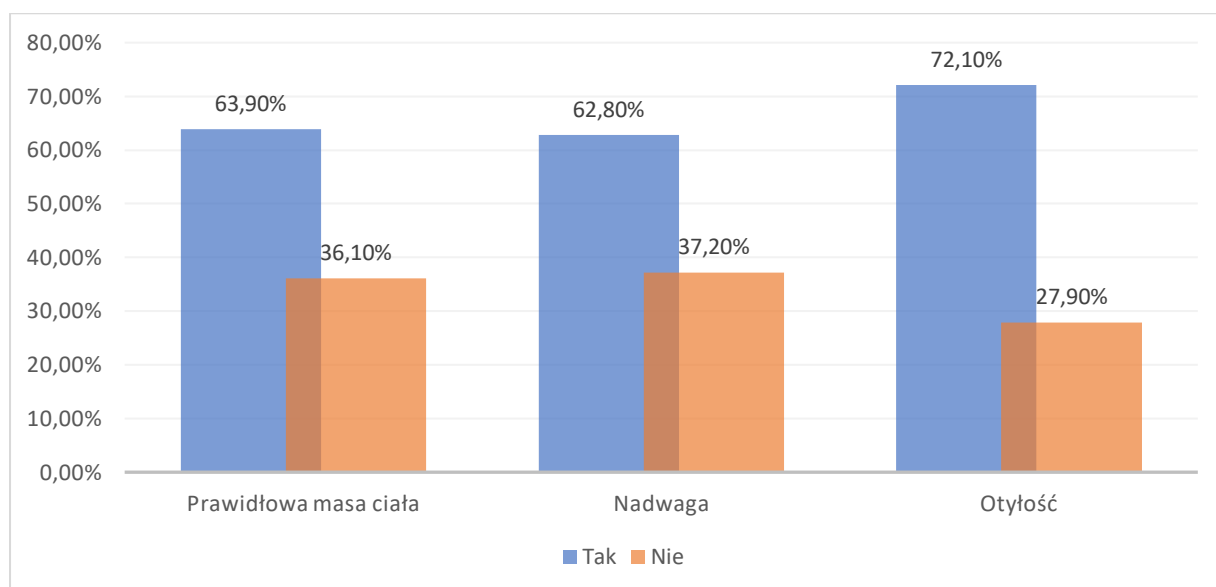
Wykres 14. Podjadanie między posiłkami w zależności od wykształcenia (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Podział badanych na podjadających między posiłkami w zależności od wskaźnika BMI wykazał, że ponad połowa z nich niezależnie od jego poziomu podjada między posiłkami. Odpowiednio robiło to 63,9% (N=92) osób z prawidłową masą ciała oraz zbliżony odsetek osób z nadwagą wynoszący 62,8% (N=145) oraz 72,1% (N=165) osób z otyłością. Wynik analizy statystycznej nie wykazał różnic istotnie statystycznych pomiędzy wskaźnikiem BMI a podjadaniem między posiłkami ($\chi^2=5,055$, $df=2$, $p=0,080$) (wyk.15).

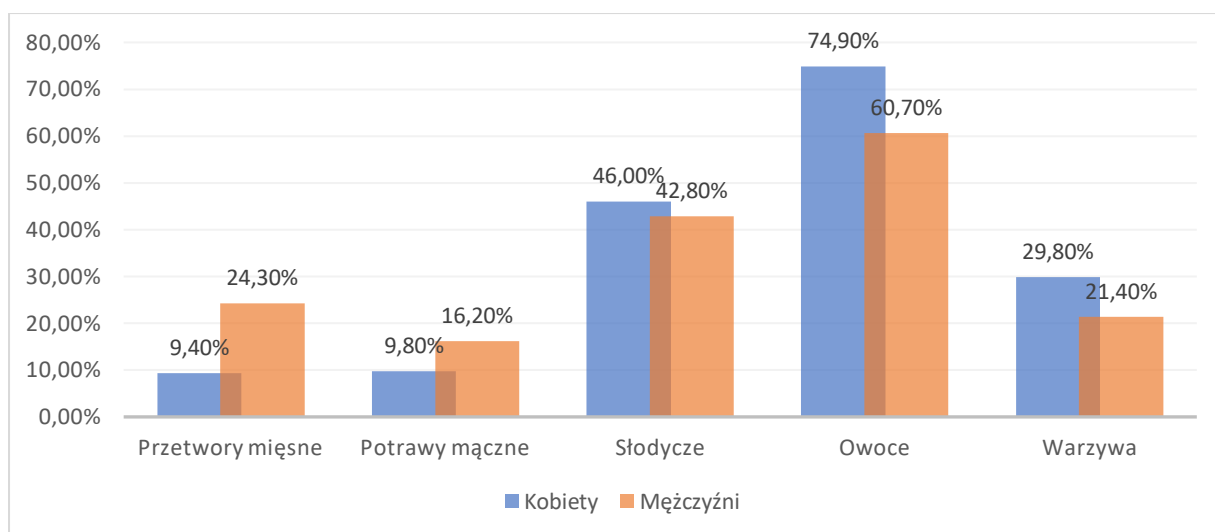
Wykres 15. Podjadanie między posiłkami w zależności od wskaźnika BMI (n=604)



Źródło: opracowanie własne.

Produktami, które były najczęściej podjadane przez badane osoby były owoce (N=408). Deklarowało tak 74,9% (N=176) kobiet oraz 60,7% (N=105) mężczyzn. Spora liczba kobiet (N=108; 46,0%) oraz mężczyzn (N=74; 42,8%) podjadała również słodczyce. Warzywa podjadało 29,8% (N=70) kobiet i 21,4% (N=37) mężczyzn. Przetwory mięsne podjadało 9,4% (N=22) kobiet i były to najrzadziej wybierane przez płęć żeńską produkty. Mężczyźni podjadający przetwory mięsne w tym przypadku stanowili 24,3% (N=42). Najmniejszy odsetek z nich podjadał potrawy mączne (N=28; 16,2%). Kobiet wybierających ten rodzaj produktu było 9,8% (N=23) (wyk.16).

Wykres 16. Produkty spożywane między posiłkami (n=408)

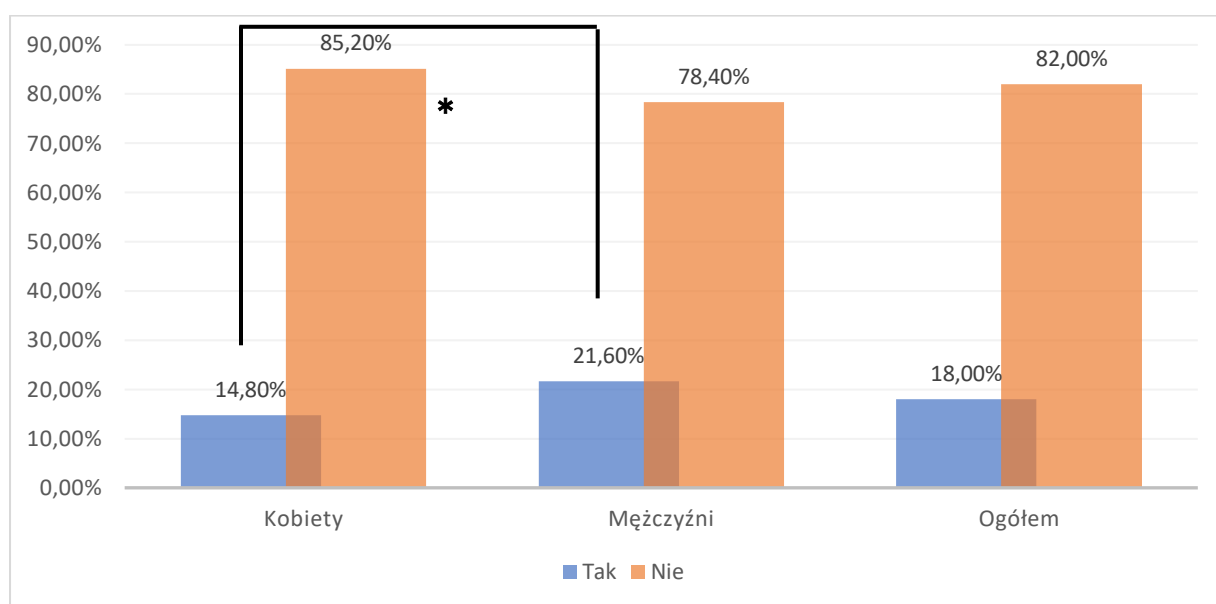


*uzyskane wyniki nie sumują się w 100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie dotyczące jedzenia w nocy zdecydowana większość badanych zaprzeczała (N=502; 82,0%). Stan ten negowało 85,2% (N=281) kobiet oraz 78,4% (N=221) mężczyzn. Natomiast procentowy odsetek kobiet, które jadły w nocy wynosił 14,8% (N=49), a mężczyzn 21,6% (N=61). Proporcja mężczyzn była istotnie statystycznie wyższa od proporcji mężczyzn jedzących w nocy ($\chi^2=4,745$, $df=1$, $p=0,029$). Współczynnik V Cramera był dodatni o słabej sile ($r=0,088$). Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy jedzeniem w nocy a wiekiem ($\chi^2=2,480$, $df=2$, $p=0,289$), wykształceniem ($\chi^2=7,172$, $df=2$, $p=0,127$) i poziomem BMI ($\chi^2=1,273$, $df=2$, $p=0,529$) (wyk.17).

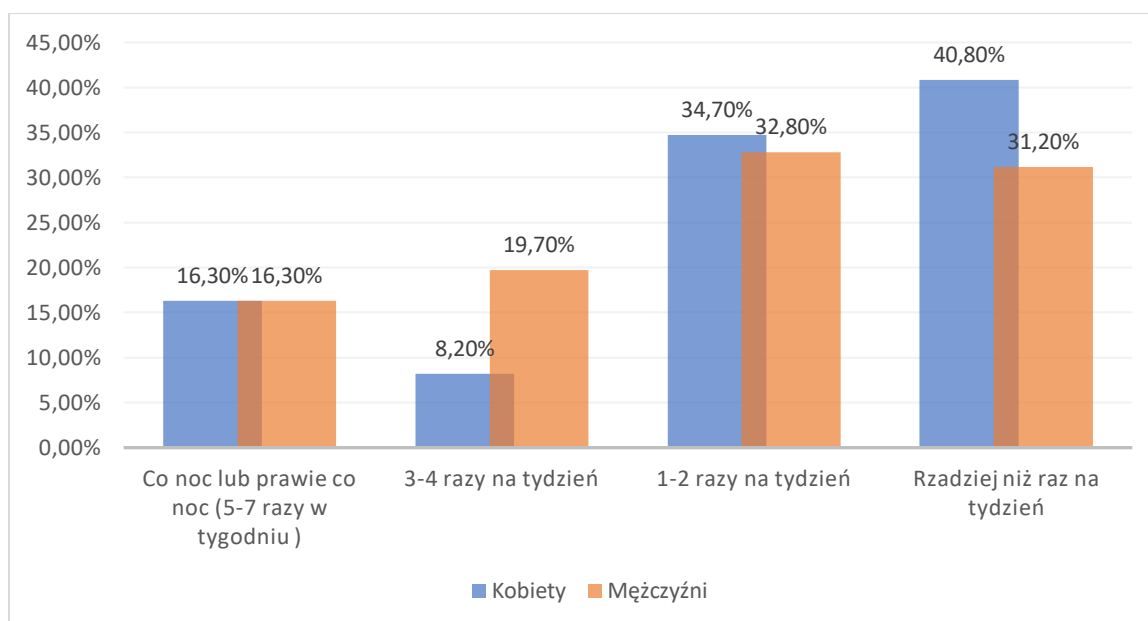
Wykres 17. Jedzenie w nocy w zależności od płci (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Osoby wskazujące, że spożywają posiłki w nocy zostały poproszone o wskazanie z o ich częstotliwość (N=110). Wśród badanych przeważały osoby spożywające je rzadziej niż raz na tydzień i było to 40,8% (N=20) kobiet oraz 31,2% (N=19) mężczyzn. Najmniejszy procentowy odsetek badanych kobiet (N=4; 8,20%) wskazywał, że robi to 3-4 razy na tydzień. Mężczyzn w tym przypadku było trzy razy więcej niż kobiet (N=12; 19,7%). Natomiast grupa męska najrzadziej wskazywała na jedzenie co noc lub prawie co noc (N=10; 16,3%). Również 16,3% (N=8) kobiet deklarowało, że robi to co noc (wyk.18).

Wykres 18. Częstość jedzenia w nocy w zależności od płci (n=110)



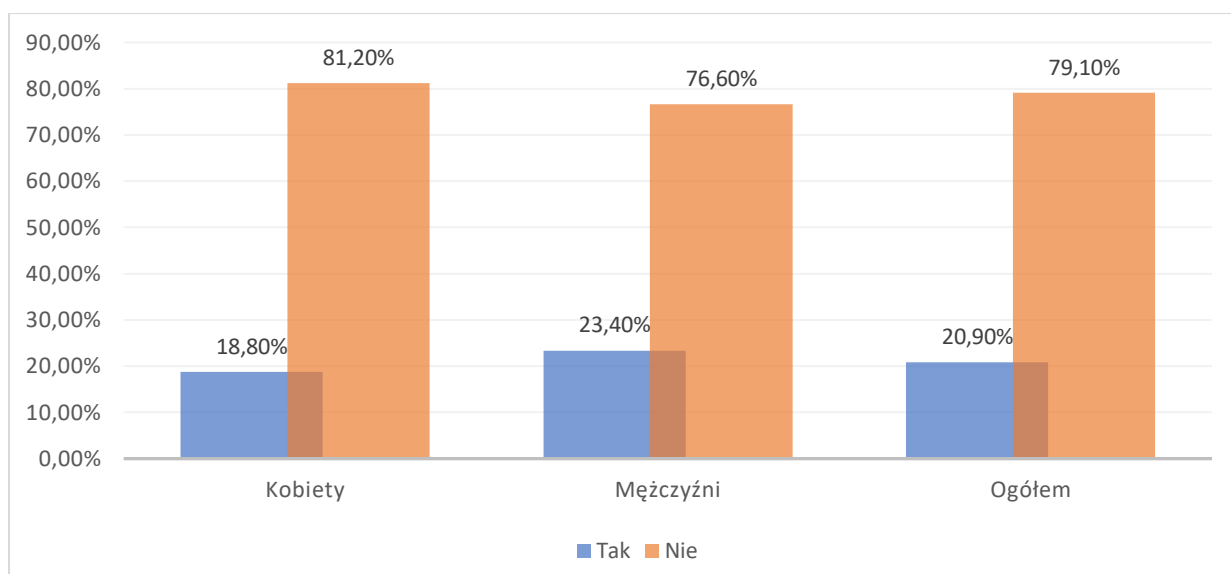
Źródło: opracowanie własne.

3.4 Palenie wyrobów tytoniowych

W pracy analizowano także zachowania zdrowotne respondentów dotyczące palenia wyrobów tytoniowych takich jak: papierosy, tabaka czy e-papierosy.

Zdecydowana większość respondentów negowała palenie papierosów (N=484; 79,1%). Odsetek procentowy niepalących kobiet (N=268; 81,2%) był wyższy niż mężczyzn (N=216; 76,6%). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic międzypłciowych pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie palenia tytoniu ($\chi^2=1,959$, $df=1$, $p=0,162$) (wyk.19).

Wykres 19. Palenie papierosów (n=612)

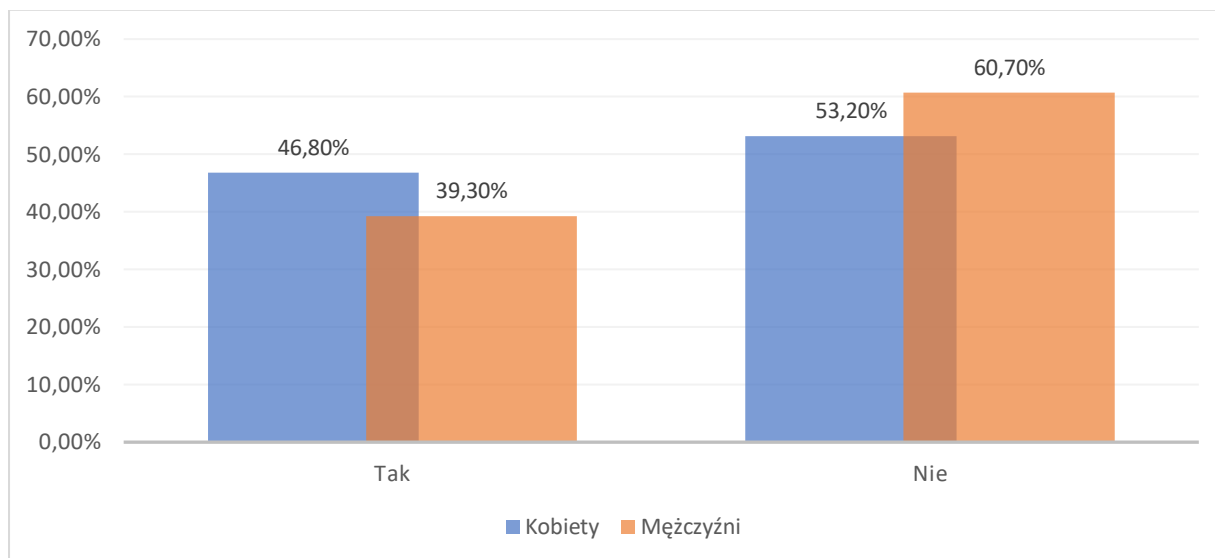


Źródło: opracowanie własne.

W pracy wykazano także związki istotnie statystyczne pomiędzy wiekiem ($\chi^2=6,498$, $df=2$, $p=0,039$) oraz wykształceniem ($\chi^2=31,018$, $df=4$, $p=0,001$) a paleniem papierosów. Osoby młodsze częściej palą papierosy niż osoby starsze – w przedziale do 49 lat robi to 28,9%, 50-59 lat - 18,3%, a w wieku 60 lat i więcej – 20,9%. Współczynnik V Cramera był dodatni o słabej sile ($r=0,103$). Natomiast analiza statystyczna wykształcenia i palenia tytoniu wśród respondentów wykazała, że częstość palenia tytoniu maleje wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Osoby palące mające wykształcenie podstawowe stanowią 44,6% badanych, zasadnicze zawodowe – 20,4%, średnie lub średnie zawodowe – 17,4%, pomaturalne -9,5% i wyższe - 0,0%. Współczynnik V Cramera był dodatni o słabej sile ($r=0,225$).

Osoby palące papierosy zostały poproszone o wskazanie, czy w ciągu ostatnich 12-miesięcy podejmowały próby rzucenia nałogu ($N=128$). Zarówno wśród kobiet ($N=33$; 53,2%) jak i mężczyzn ($N=40$; 60,7%) dominowały osoby, które nie podejmowały takich prób. Natomiast wśród osób, które starały się rzucić palenie przeważała płeć żeńska ($N=29$; 46,8%) nad męską ($N=26$; 39,3%) (wyk.20).

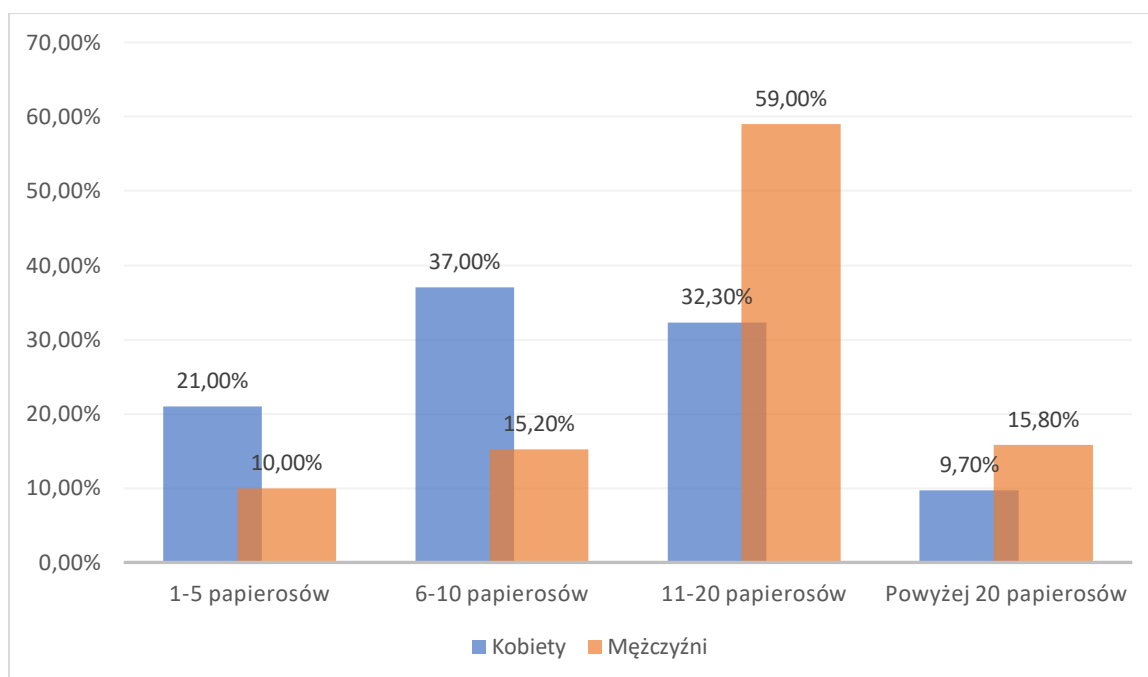
Wykres 20. Podejmowane przez respondentów próby rzucenia palenia papierosów w okresie ostatnich 12 miesięcy (n=128)



Źródło: opracowanie własne.

Osoby palące papierosy zostały także poproszone o wskazanie średniej ilości wypalanych papierosów w ciągu dnia (N=128). Najwięcej z respondentów wypalało średnio 11-20 papierosów (N=59; 46,0%). Wśród nich dominowała płeć męska (N=39; 59,0%) nad żeńską (N=20; 32,3%). Spora grupa osób wypalała 6-10 papierosów dziennie (N=33; 25,8%). W tym przypadku odsetek kobiet wynosił 37,0% (N=23) a mężczyzn 15,2% (N=10). Najmniejszy odsetek badanych wskazywał, że wypala powyżej 20 papierosów dziennie (N=17; 13,3%) i było wśród nich 9,7% (N=6) kobiet oraz 15,8% (N=11) mężczyzn (wyk.21).

Wykres 21. Średnia ilość wypalanych dziennie papierosów (n=128)

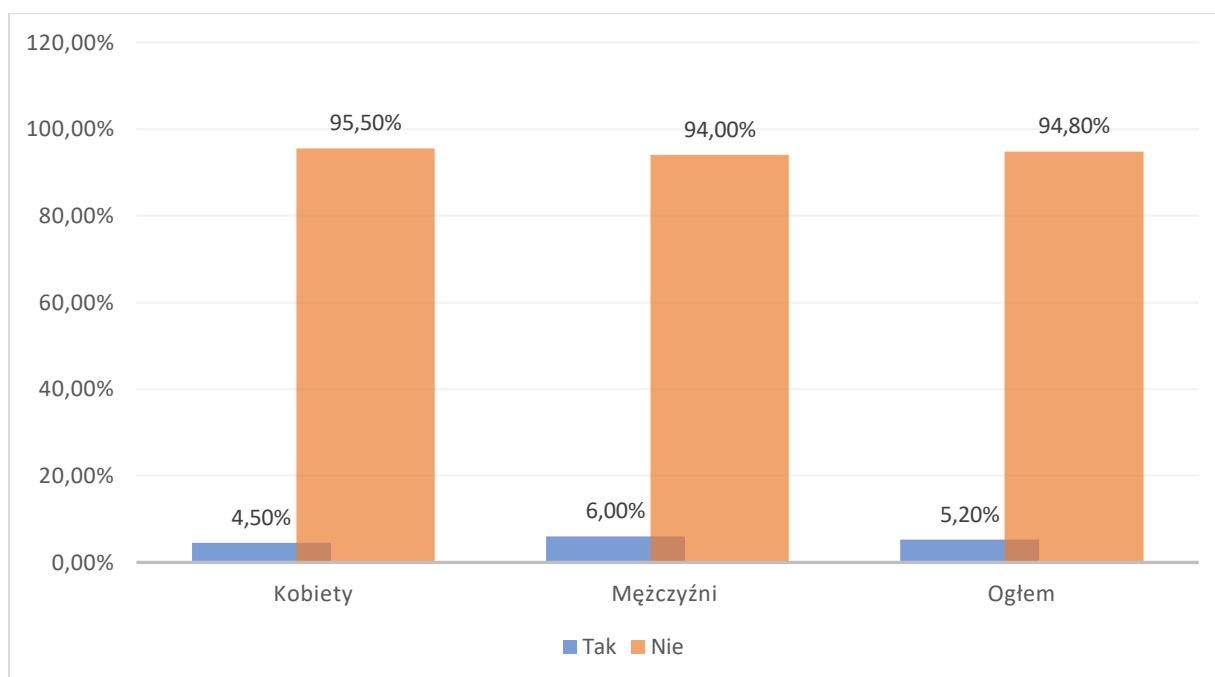


Źródło: opracowanie własne.

W przypadku tabaki i e-papierosów z uwagi na zbyt duże zróżnicowanie pomiędzy palącymi, a niepalącymi zaniechano analizy zmiennych.

Badani zostali poproszeni o wskazanie czy zażywają tabakę. Osoby, które to robiły stanowiły mniejszość – 5,2% (N=32). Odsetek mężczyzn (N=17; 6,0%) był nieznacznie wyższy od kobiet (N=15; 4,5%). 94,8% (N=580) osób negowało zażywanie tabaki (wyk.22).

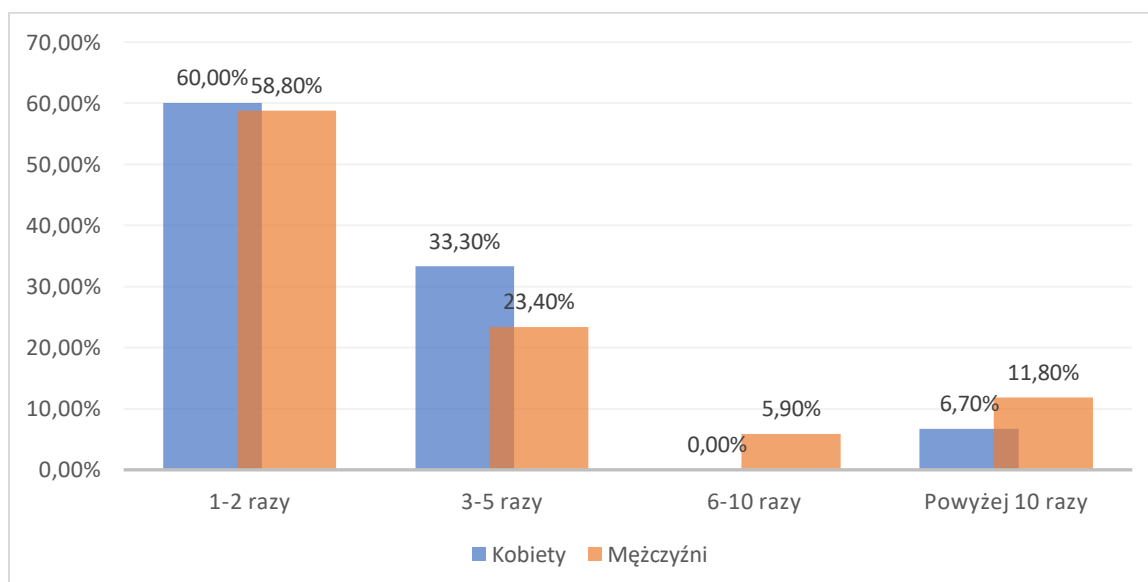
Wykres 22. Zażywanie tabaki (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie dotyczące częstości zażywania tabaki zdecydowana większość badanych kobiet (N=9; 60,0%) i mężczyzn (N=10; 58,8%) robiła to 1-2 razy dziennie. Natomiast najmniej z nich robiło to 6-10 razy i byli to tylko przedstawiciele płci męskiej (N=1; 5,9%) (wyk.23).

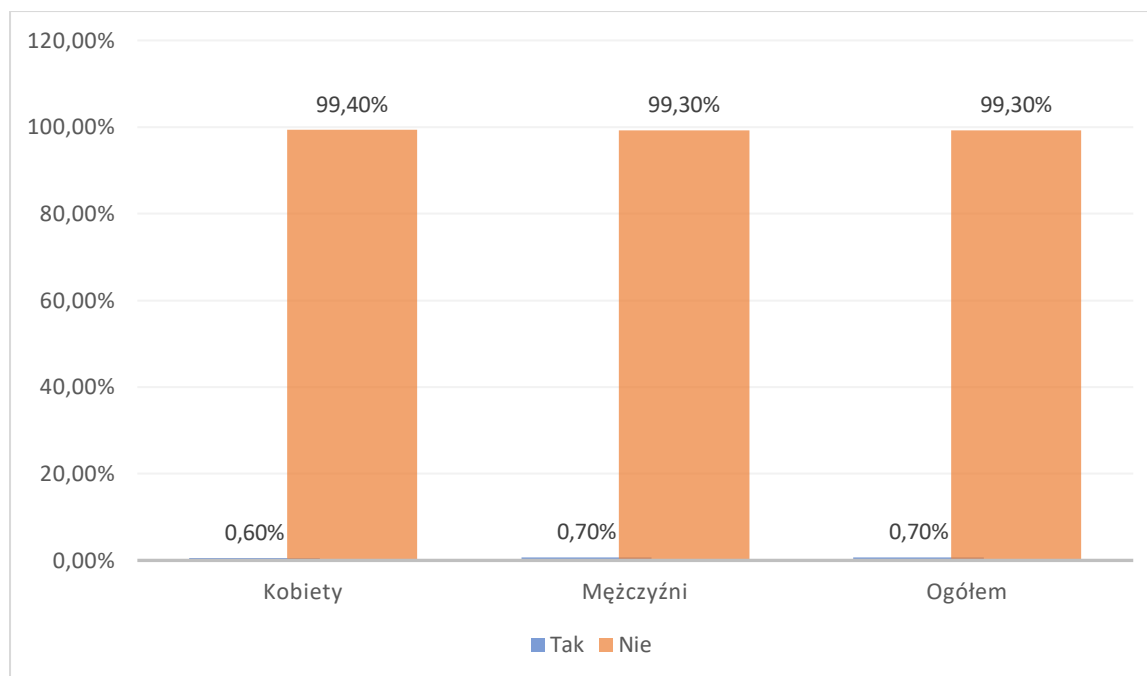
Wykres 23. Częstość zażywania tabaki (n=32)



Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych osób nie korzystała z e-papierosów (N=608; 99,3%). Jedynie 0,7% (N=4) badanych to robiło i było wśród nich 0,6% (N=2) kobiet oraz 0,7% (N=2) mężczyzn (wyk.24).

Wykres 24. Palenie e-papierosów (n=612)

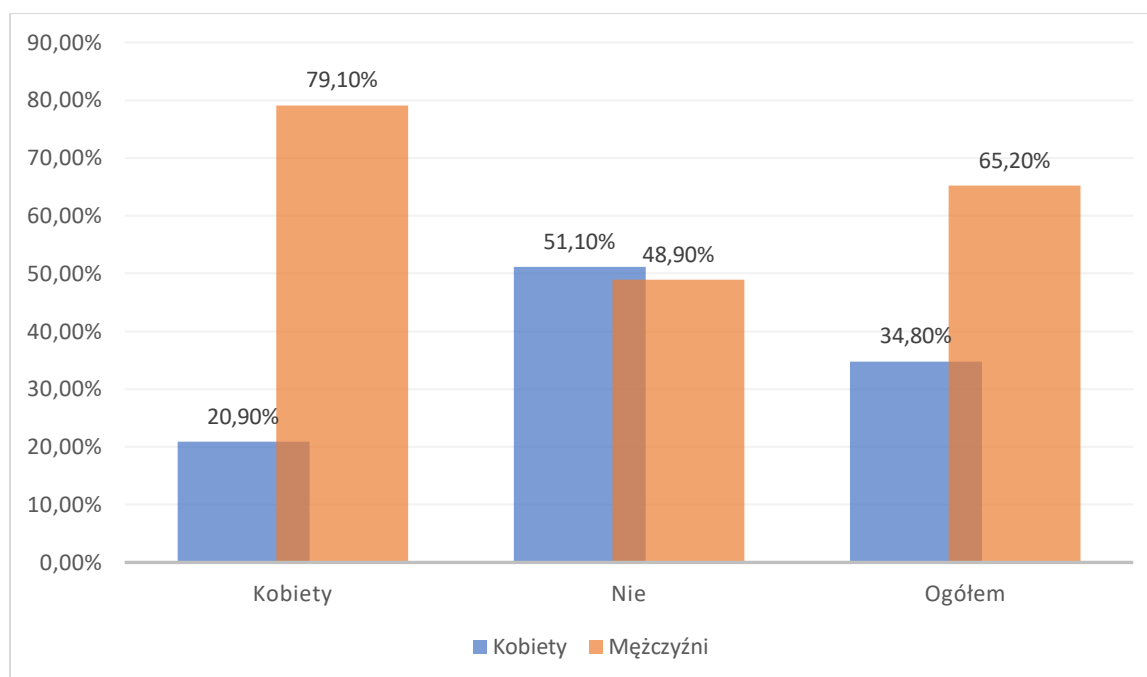


Źródło: opracowanie własne.

3.5 Spożywanie alkoholu

Ankietowani zostali poproszeni o ustosunkowanie się do pytania dotyczącego spożywania alkoholu. Wśród osób badanych ponad połowa z nich (N=399; 65,2%) deklarowała, że nie spożywa alkoholu. Odsetek kobiet (N=261; 79,1%) był prawie dwukrotnie wyższy od odsetka mężczyzn (N=138; 48,9%), którzy wskazywali na ten fakt (wyk.25). Wynik analizy statystycznej wykazał związek między płcią a spożywaniem alkoholu ($\chi^2=60,936$, $df=1$, $p=0,001$). Badani mężczyźni (51,1%) częściej od kobiet (20,9%) spożywają alkohol. Współczynnik V Cramera jest dodatni o słabej sile ($r=0,316$). Dalsze analizy wykazały także związek istotny statystycznie między wiekiem badanych a spożyciem alkoholu ($\chi^2=12,781$, $df=2$, $p=0,002$). Widoczna jest tendencja, że im starsza osoba tym częstsze spożycie alkoholu. Osób spożywających alkohol do 49 lat było 29,7%, w wieku 50-59 lat – 32,5%, a w wieku 60 lat i więcej – 50,0%. Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy wykształceniem badanych a spożyciem alkoholu ($\chi^2=1,972$, $df=4$, $p=0,741$).

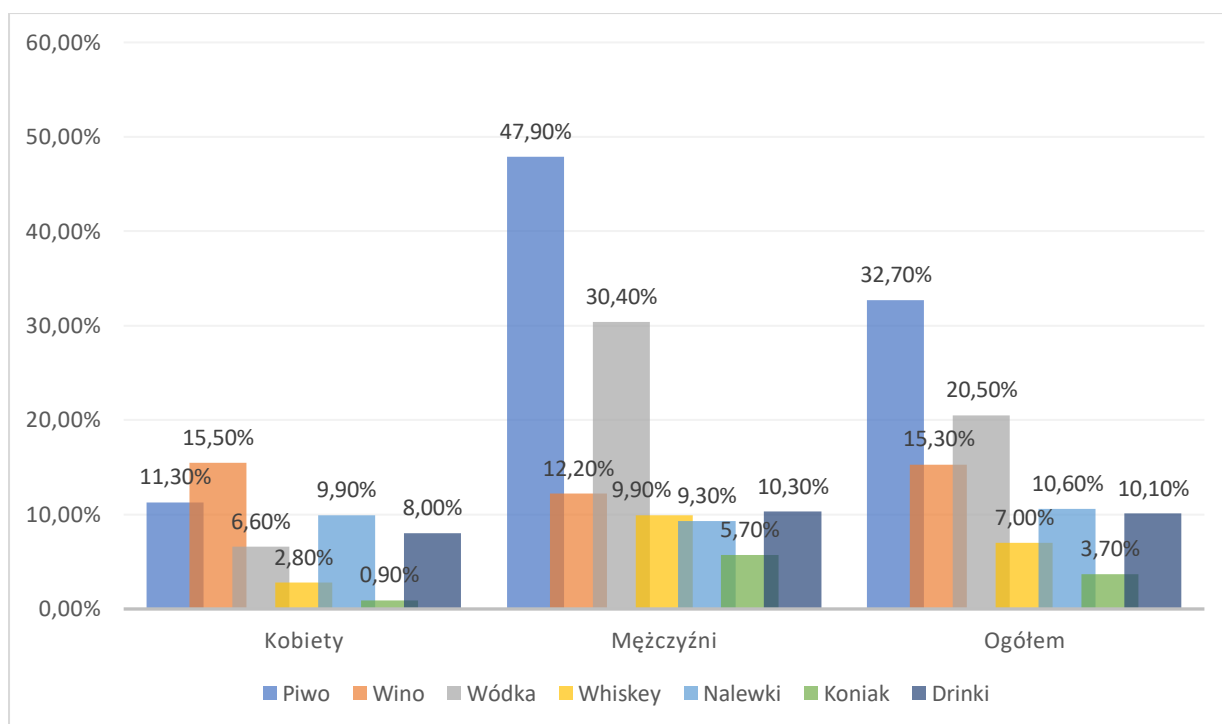
Wykres 25. Spożywanie alkoholu (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Osoby spożywające alkohol (N=213) zostały poproszone o wskazanie rodzaju trunku, jaki najczęściej przyjmują. Badani mieli możliwość udzielenia wielokrotnych odpowiedzi. Łączna suma wskazanych odpowiedzi wynosiła 385. Najwięcej z nich spożywało takie trunki jak: piwo (N=126; 32,7%), wódka (N=79; 20,5%) oraz wino (N=59; 5,3%). Odsetek procentowy mężczyzn (N=102; 47,9%) 4-krotnie przeważał odsetek kobiet (N=24; 11,3%), spożywających piwo. Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku spożycia wódki, gdzie odsetek procentowy mężczyzn (N=65; 30,4%) był prawie 5-krotnie wyższy od odsetka procentowego kobiet spożywających ten rodzaj alkoholu (N=14; 6,6%). Natomiast wino było nieznacznie częściej spożywane przez kobiety (N=33; 15,5%) aniżeli mężczyzn (N=26; 12,2%). Najrzadziej spożywanym przez badanych rodzajem alkoholu był koniak (N=14; 3,7%), który częściej spożywany był przez płęć męską (N=12; 5,7%) aniżeli żeńską (N=2; 0,9%) (wyk.26).

Wykres 26. Rodzaj spożywanego alkoholu (n=213)

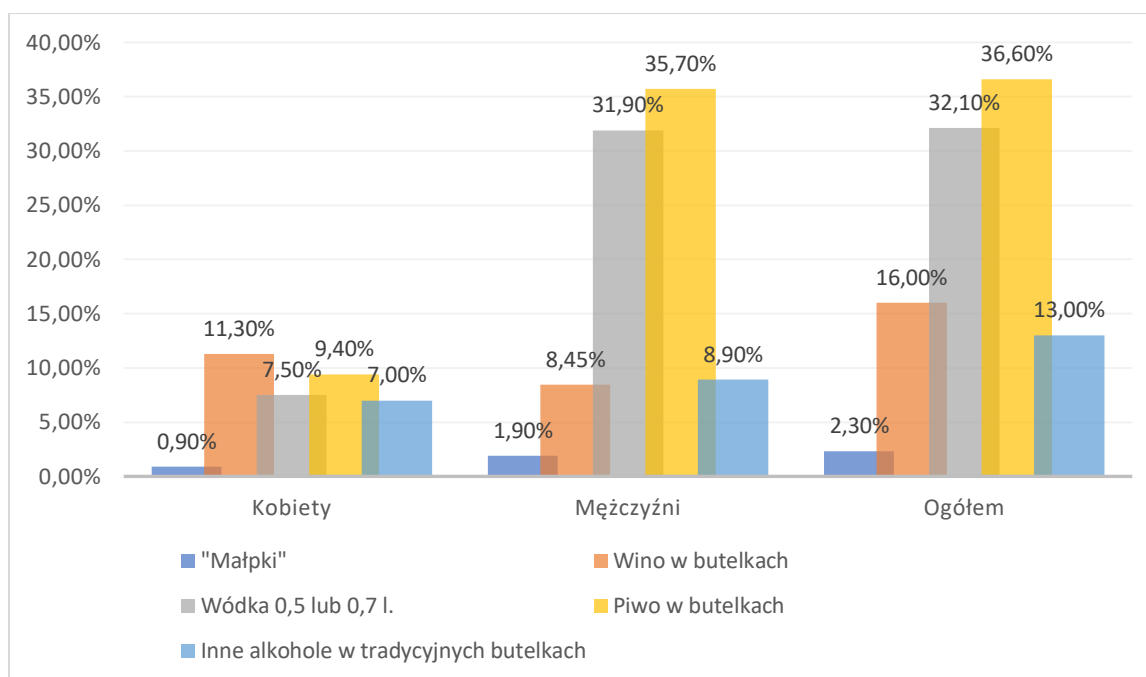


*uzyskane wyniki nie sumują się w 100,0%

Źródło: opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu te same osoby zostały poproszone o wskazanie w jakich butelkach kupują oni alkohol. Badani mieli możliwość udzielenia wielokrotnych odpowiedzi. Łączna suma wskazanych odpowiedzi wynosiła 262. Największy odsetek odpowiedzi, na które wskazywali badani dotyczył zakupywania butelek z piwem 0,3 lub 0,5 l. (N=96; 36,6%) oraz wódki 0,5 lub 0,7 l. (N=84; 32,1%). Piwo zakupywane było w zdecydowanej większości częściej przez mężczyzn (N=76; 35,7%) niż przez kobiety (N=20; 9,4%). Butelki z wódką o pojemności 0,5 lub 0,7 l. zakupywało 31,9% (N=68) mężczyzn, natomiast kobiet robiło to 4-krotnie mniej (N=16; 7,5%). Na załączonym wykresie widać, że mężczyźni przeważali nad kobietami w zakresie każdego rodzaju zakupywanych butelek z alkoholem (wyk.27).

Wykres 27. Rodzaj kupowanych butelek z alkoholem (n=213)

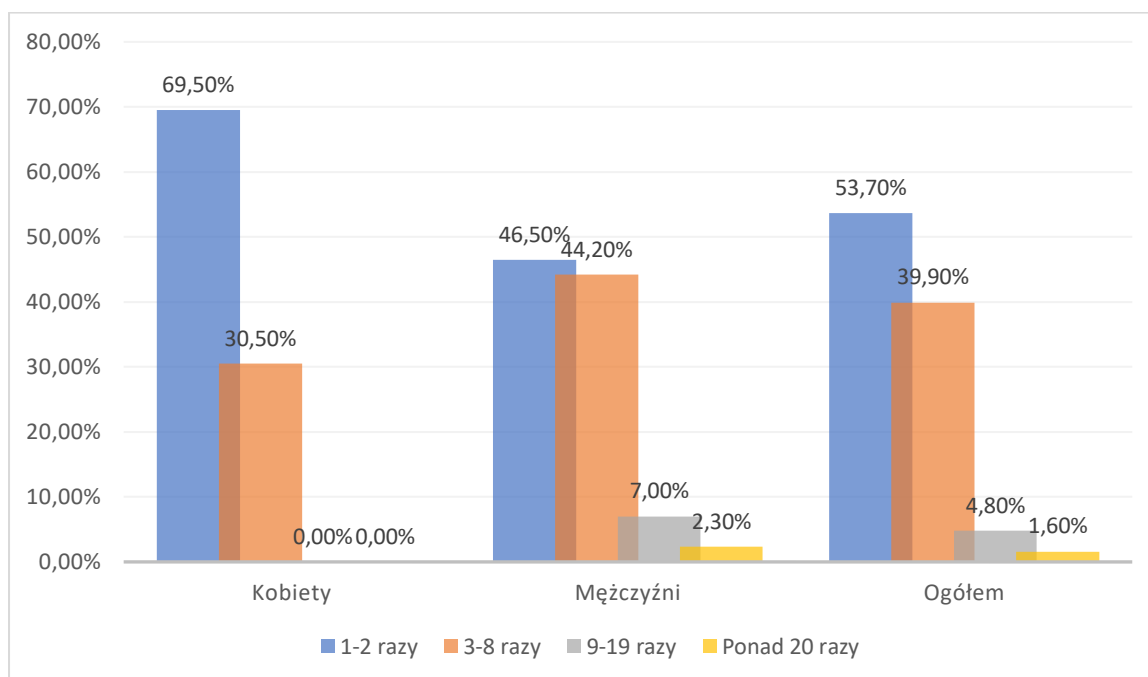


*uzyskane wyniki nie sumują się w 100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Jedno z pytań do których ustosunkowanie poproszono osoby pijące alkohol dotyczyło częstotliwości spożywania go w okresie ostatniego miesiąca. 25 osób nie udzieliło odpowiedzi na zadane pytanie i było to 10 kobiet oraz 15 (mężczyzn. Badani najczęściej wskazywali, że spożywali alkohol 1-2 razy w miesiącu (N=101; 53,7%) oraz 3-8 razy w miesiącu (N=75; 39,9%). Kobiety częściej z mniejszą częstością spożywały w miesiącu alkohol aniżeli mężczyźni. 1-2 razy w miesiącu alkohol spożywało 69,5% kobiet (N=41), zaś mężczyzn 46,5% (N=60). 3-8 razy robiło to 30,5% (N=18) kobiet oraz 44,2% (N=57) mężczyzn. Żadna z kobiet nie wskazała na częstość spożywania alkoholu powyżej 8 razy w miesiącu. Natomiast odsetek procentowy mężczyzn, który spożywał alkohol 9-19 razy wyniósł 7,0% (N=9), a powyżej 20 razy – 2,3% (N=3) (wyk.28).

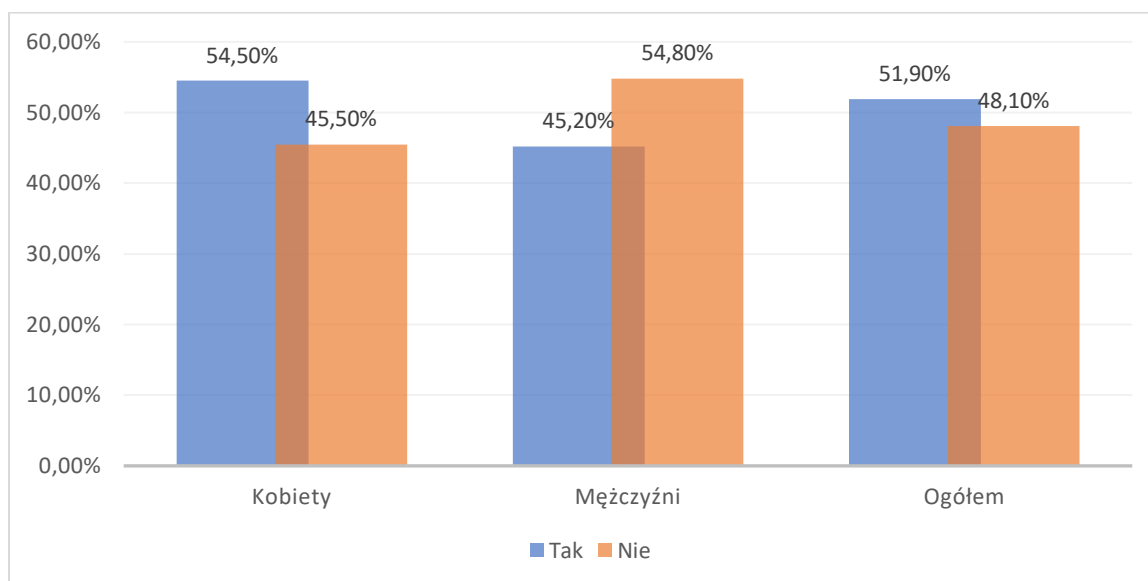
Wykres 28. Częstotliwość spożycia alkoholu (n=188)



Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie dotyczące spożywania alkoholu tylko w czasie weekendu odpowiedziało 181 osób. Wśród 213 osób, które wskazywał na picie alkoholu 32 osoby nie udzieliły na to pytanie odpowiedzi (14 kobiet i 18 mężczyzn). Wśród uzyskanych odpowiedzi nieznacznie przeważały osoby spożywające alkohol tylko w soboty i niedziele (N=94; 51,9%) nad osobami, które tego nie robiły (N=87; 48,1%). W soboty i niedziele alkohol był częściej spożywany przez płć żeńską (N=30; 54,5%) aniżeli męską (N=57; 45,20%) (wyk.29).

Wykres 29. Spożycie alkoholu tylko w soboty i niedziele (n=181)



Źródło: opracowanie własne.

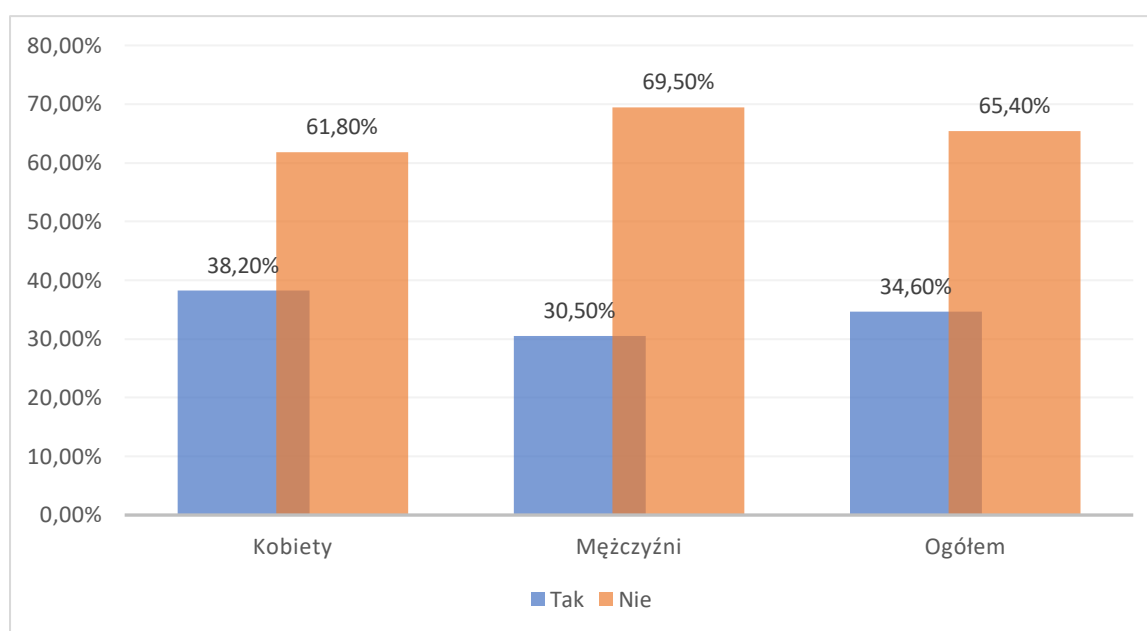
3.6 Aktywność fizyczna

Ankietowani poproszeni zostali o określenie poziomu aktywności fizycznej w okresie ostatnich 7 dni przed przybyciem do ośrodka. Poziom wykonywanych czynności oceniany był pod kątem jego intensywności, rodzaju i czasu trwania.

Wykonywanie intensywnych czynności w okresie ostatnich 7 dni przed przybyciem do ośrodka (np. podnoszenie dużych ciężarów, ciężka praca fizyczna, kopanie ziemi, aerobik, szybka jazda rowerem, bieganie) deklarowało 34,6% (N=212) badanych osób, a ponad połowa z nich (N=400; 65,4%) negowała ten fakt. Odsetek procentowy kobiet (N=126; 38,2%), które wskazywał na wykonywanie intensywnych ćwiczeń w tym okresie był nieznacznie wyższy od odsetka badanych mężczyzn (N=86; 30,5%) (wyk.30). Pomiedzy zmiennymi wykazano istotny związek – kobiety częściej od mężczyzn wykonywały intensywne czynności fizyczne w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających przyjazd do ośrodka rehabilitacji w Jedlcu ($\chi^2=3,967$, $df=1$, $p=0,046$). Współczynnik V Cramera jest dodatni o słabej sile ($r=0,081$). Ponadto wykazano także związek istotnie statystyczny pomiędzy wykształceniem a wykonywaniem intensywnych czynności fizycznych – wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie częstość wykonywania intensywnych ćwiczeń fizycznych ($\chi^2=10,692$, $df=4$, $p=0,030$). Współczynnik V Cramera jest dodatni o słabej sile ($r=0,132$). W przypadku wskaźnika BMI nie wykazano związku istotnie

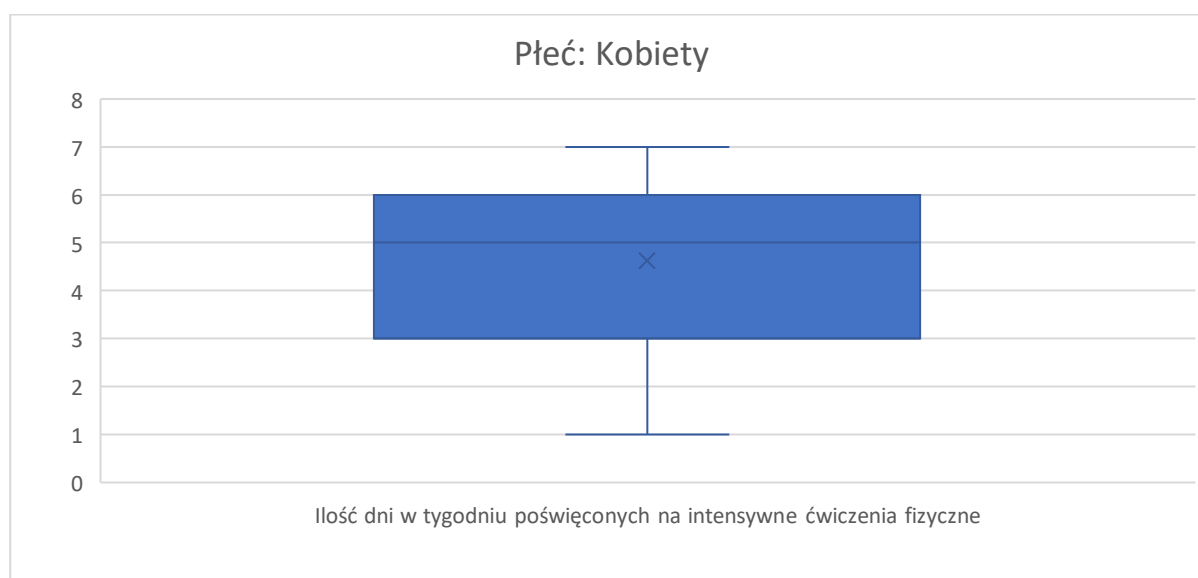
statystycznego pomiędzy tą zmienną a intensywnymi czynnościami fizycznymi ($\chi^2=0,729$, $df=2$, $p=0,695$).

Wykres 30. Wykonywanie intensywnych czynności fizycznych w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających przyjazd do ośrodka w zależności od płci (n=612)



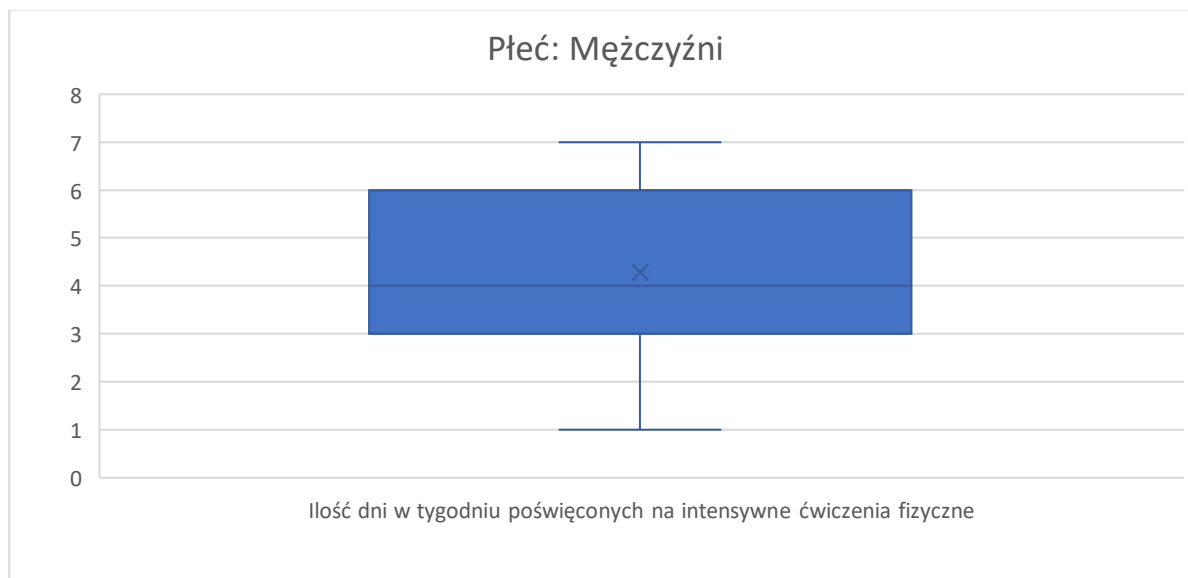
Źródło: opracowanie własne.

Wykres 31. Ilość dni w tygodniu poświęconych na wykonywanie intensywnych czynności fizycznych w zależności od płci - kobiety



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 32. Ilość dni w tygodniu poświęconych na wykonywanie intensywnych czynności fizycznych w zależności od płci – mężczyźni



Źródło: opracowanie własne.

Kobiety ($5,51 \pm 3,42$) średnio mniej godzin w ciągu dnia poświęcały na intensywne aktywności w porównaniu do mężczyzn ($6,46 \pm 3,36$). Rozpiętość czasowa liczona w godzinach u obu grup wynosiła od 1 godziny do 15 godzin. Mediana u kobiet wynosiła 5 godzin, co oznacza, że 50% kobiet poświęcało na to 5 godzin i więcej, a 50% 5 godzin i mniej. Natomiast u mężczyzn wynosiła ona 6 godzin, co oznacza, że 50% mężczyzn poświęcało na intensywne aktywności w ciągu dnia 6 godzin i więcej, a 50% 6 godzin i mniej (tab.5). Kobiety bez odpowiedzi, które nie potrafiły wskazać na czas jaki poświęcały tym czynnością – 39 osób, mężczyźni – 25 osób.

Tabela 5. Ilość czasu (dni w tygodniu, godziny i minuty dziennie) poświęconego na intensywne czynności fizyczne ze względu na płeć (n=212)

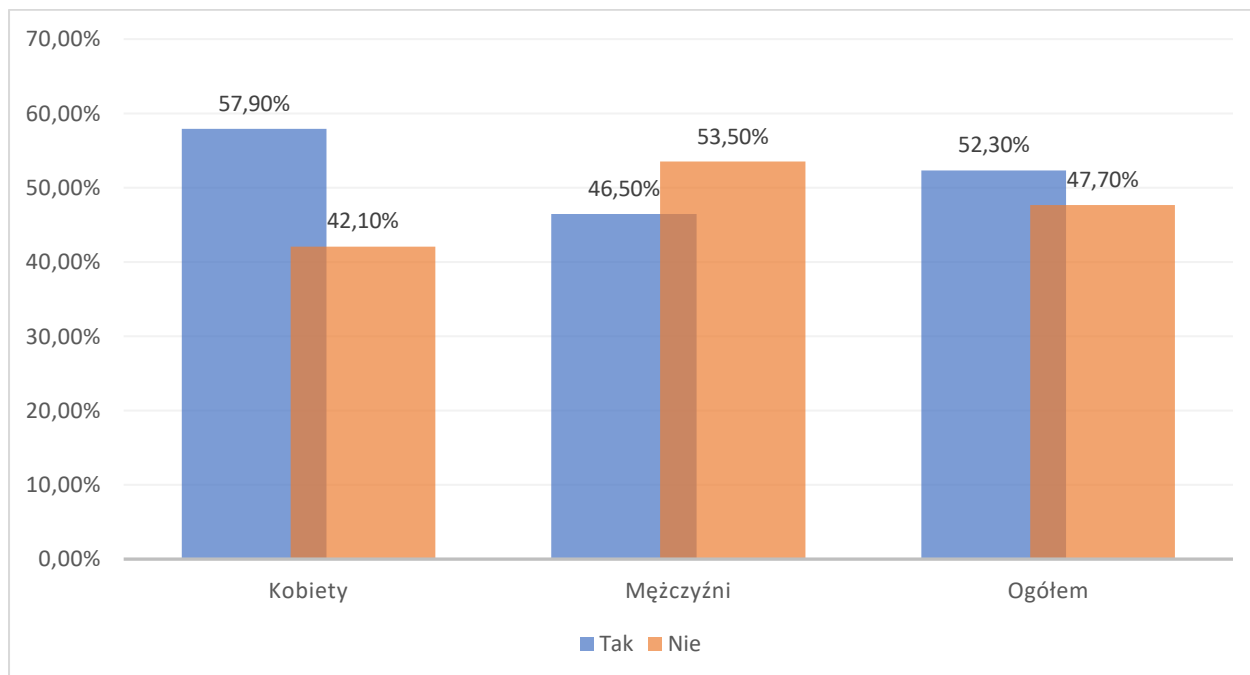
Zmienna		N	M	SD	Me	Min	Max
Ilość dni w tygodniu	Kobiety	126	1,62	0,48	5	1	7
	Mężczyźni	86	1,70	0,46	5	1	7
Ilość godzin dziennie	Kobiety	78	5,51	3,42	5	1	15
	Mężczyźni	56	6,46	3,36	6	1	15
Ilość minut dziennie	Kobiety	9	31,11	8,20	30,0	15,0	45,0
	Mężczyźni	5	28,0	4,47	30,0	20,0	30,0

N – liczba obserwacji, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – wartość minimalna, Max – wartość maksymalna

Źródło: opracowanie własne.

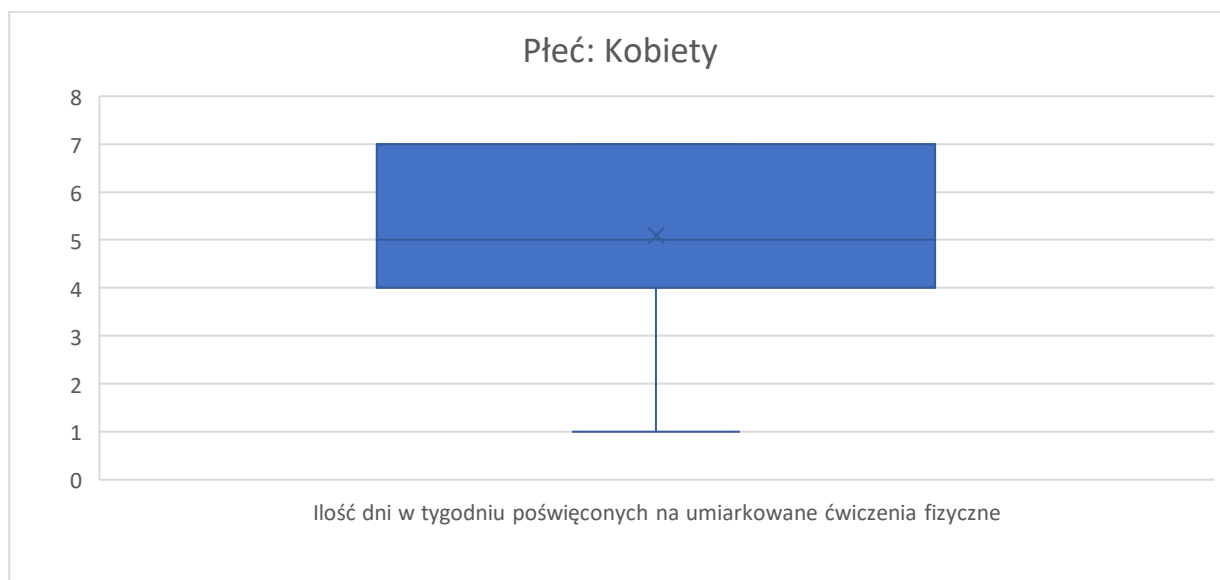
Wykonywanie umiarkowanych czynności w okresie ostatnich 7 dni przed przybyciem do ośrodka (np. podnoszenie lżejszych ciężarów, jazda na rowerze w normalnym tempie, prace domowe, lekkie prace przydomowe) deklarowało 52,3% (N=320) badanych osób, natomiast 47,7% (N=292) nie wskazało na wykonywanie wspomnianych czynności. Odsetek procentowy kobiet (N=191; 57,9%) wskazujących na wykonywanie tych czynności był wyższy od odsetka procentowego mężczyzn (N=129; 46,5%). Pomędzy zmiennymi wykazano istotny związek – kobiety częściej od mężczyzn wykonywały umiarkowane czynności fizyczne w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających przyjazd do ośrodka rehabilitacji w Jedlcu ($\chi^2=8,974$, $df=1$, $p=0,003$). Współczynnik V Cramera jest dodatni o słabej sile ($r=0,121$) (wyk.32). Ponadto wykazano także związek istotnie statystyczny pomiędzy wykształceniem a wykonywaniem umiarkowanych czynności fizycznych – wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie częstość wykonywania umiarkowanych ćwiczeń fizycznych ($\chi^2=17,002$, $df=4$, $p=0,002$). Współczynnik V Cramera jest dodatni o słabej sile ($r=0,167$). W przypadku wskaźnika BMI nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy tą zmienną a umiarkowanymi czynnościami fizycznymi ($\chi^2=1,647$, $df=2$, $p=0,439$).

**Wykres 33. Wykonywanie umiarkowanych czynności fizycznych w zależności od płci
(n=612)**



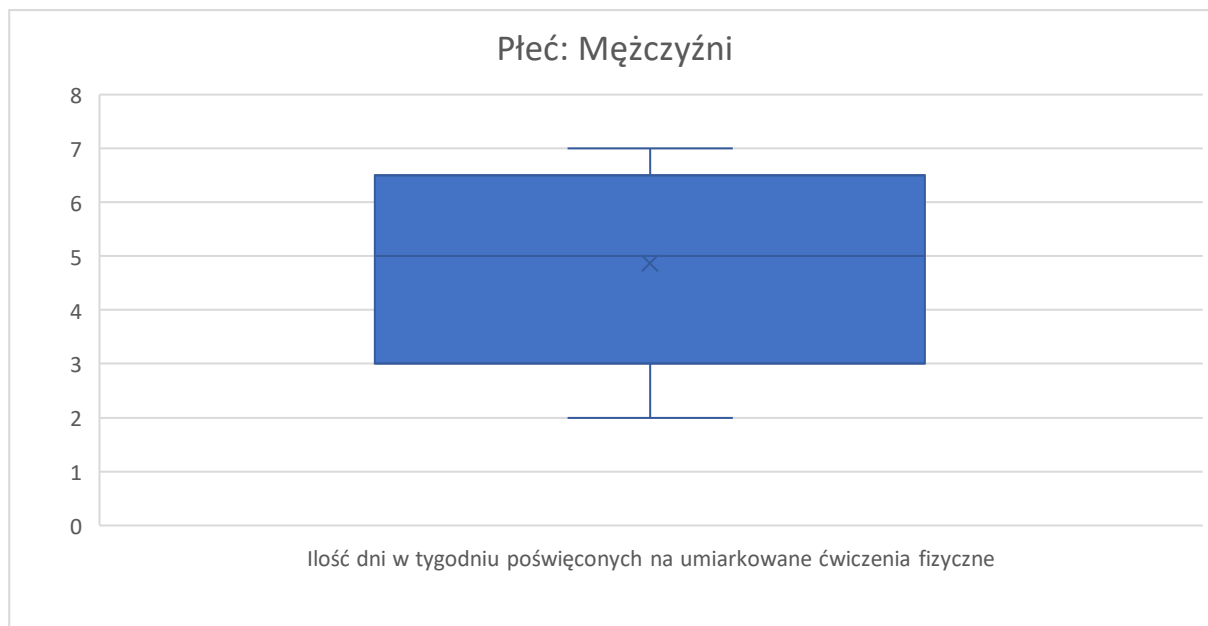
Źródło: opracowanie własne.

**Wykres 34. Ilość dni w tygodniu poświęconych na wykonywanie umiarkowanych
czynności fizycznych w zależności od płci - kobiety**



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 35. Ilość dni w tygodniu poświęconych na wykonywanie umiarkowanych czynności fizycznych w zależności od płci - mężczyźni



Źródło: opracowanie własne.

Kobiety ($4,87 \pm 3,29$) średnio więcej godzin w ciągu dnia poświęcały na umiarkowane aktywności w porównaniu do mężczyzn ($4,55 \pm 3,06$). Rozpiętość czasowa liczona w godzinach u kobiet wynosiła od 1 godziny do 14 godzin, natomiast u mężczyzn od 1 godziny do 12 godzin. Mediana u kobiet i mężczyzn wynosiła 4 godziny, co oznacza, że 50% kobiet i mężczyzn poświęcało na umiarkowane aktywności w ciągu dnia 4 godziny i więcej, a 50% 4 godziny i mniej (tab.6). W przypadku liczby godzin i minut danych tych nie potrafiło podać 64 kobiet oraz 48 mężczyzn.

Tabela 6. Ilość czasu (dni w tygodniu, godziny i minuty dziennie) poświęconego na umiarkowane czynności fizyczne ze względu na płeć (n=320)

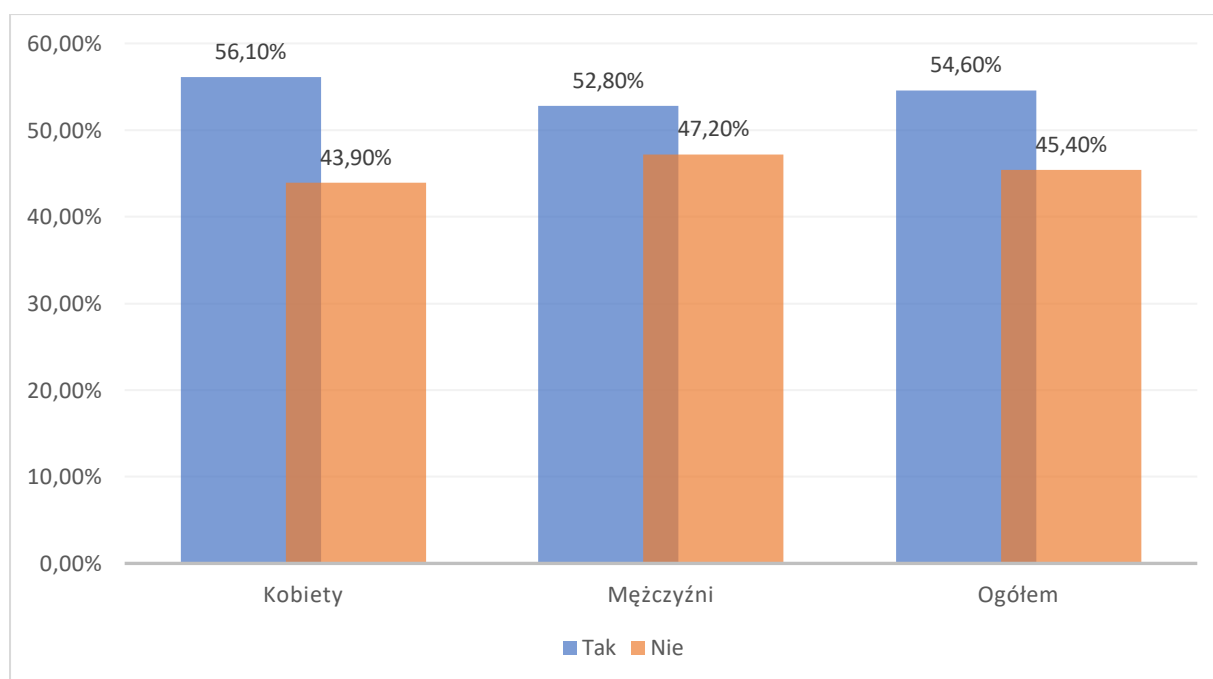
Zmienna		N	M	SD	Me	Min	Max
Ilość dni w tygodniu	Kobiety	191	5,14	1,98	6,0	1	7
	Mężczyźni	129	4,40	1,99	4,5	1	7
Ilość godzin dziennie	Kobiety	114	4,87	3,29	4,0	1	14
	Mężczyźni	73	4,55	3,06	4,0	1	12
Ilość minut dziennie	Kobiety	13	27,31	16,02	30,0	10,0	75,0
	Mężczyźni	8	26,88	10,32	30,0	5,0	40,0

N – liczba obserwacji, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – wartość minimalna, Max – wartość maksymalna

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku jednorazowego chodzenia przez co najmniej 60 minut dziennie to tutaj zadeklarowało się 54,6% (N=334), natomiast 45,4% (N=278) osób wskazało, że nie chodziło tyle czasu w ciągu ostatnich 7 dni przed przyjazdem do ośrodka. Odsetek procentowy kobiet wskazujących na tego typu aktywność wynosił 56,1% (N=185), natomiast mężczyzn 52,8% (N=149) (wyk.35). Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie aktywności związanej z jednorazowym chodzeniem przez 60 minut w ciągu dnia ($\chi^2=0,505$, $df=1$, $p=0,477$). Brak takiego związku także wystąpił między wskaźnikiem BMI a omawianą zmienną ($\chi^2=1,330$, $df=2$, $p=0,514$). Natomiast wykazano związek istotnie statystyczny pomiędzy wykształceniem a opisywaną zmienną – wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rosła częstość wykonywania jednorazowej aktywności przez co najmniej 60 minut ($\chi^2=19,387$, $df=4$, $p=0,001$). Współczynnik V Cramera jest dodani o słabej sile ($r=0,178$).

Wykres 36. Jednorazowe chodzenie przez 60 minut dziennie w zależności od płci (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Kobiety ($5,31\pm 3,65$) średnio więcej godzin w ciągu dnia poświęcały na co najmniej jednorazowe chodzenie powyżej 60 minut w porównaniu do mężczyzn ($4,71\pm 1,95$). U kobiet minimalny czas poświęcony na tę aktywność wynosił 1 godzinę, natomiast maksymalny 17 godzin. U mężczyzn natomiast minimalny czas wynosił 1 godzinę, a maksymalny 16 godzin.

Mediana u kobiet i mężczyzn wynosiła 4 godziny, co oznacza, że 50% kobiet i mężczyzn wykonywało te czynności przez 4 godziny i mniej, a 50% przez 4 godziny i więcej (tab.7). 109 osób nie potrafiło wskazać na liczbę godzin i minut dziennie – 67 kobiet i 42 mężczyzn.

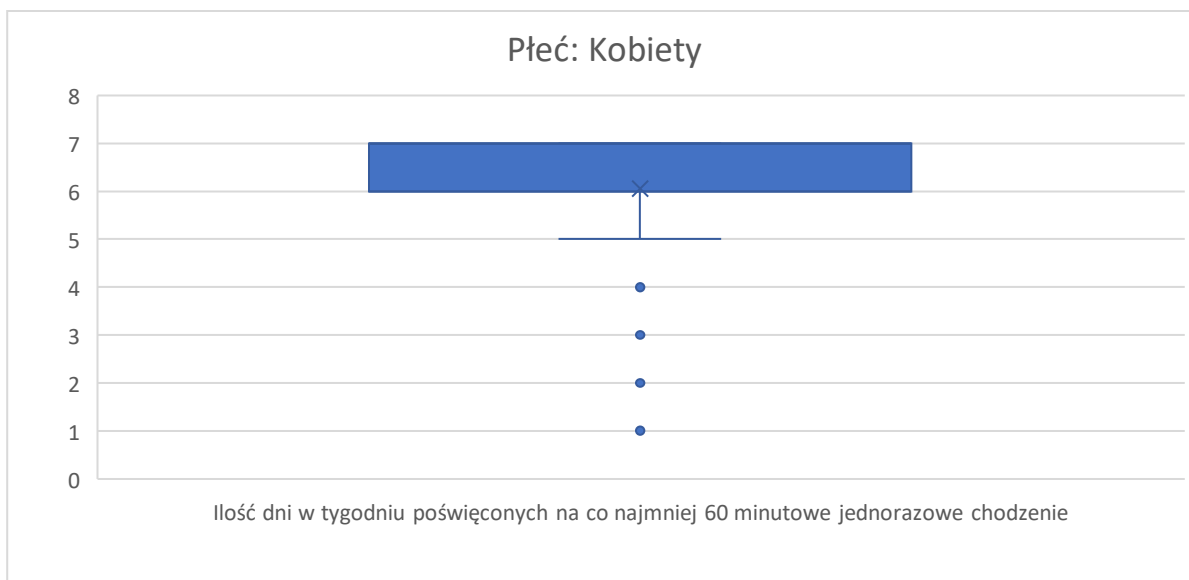
Tabela 7. Ilość dni w tygodniu poświęconych przez respondentów na jednorazowe chodzenie przez co najmniej 60 minut dziennie w zależności od płci (n=334)

Zmienna		N	M	SD	Me	Min	Max
Ilość dni w tygodniu	Kobiety	185	6,05	1,55	7,0	1,0	7,0
	Mężczyźni	149	5,32	1,95	6,0	1,0	7,0
Ilość godzin dziennie	Kobiety	114	5,31	3,65	4,0	1,0	17,0
	Mężczyźni	103	4,71	3,48	4,0	1,0	16,0
Ilość minut dziennie	Kobiety	5	58,0	32,71	30,0	20,0	90,0
	Mężczyźni	3	33,33	5,77	30,0	30,0	40,0

N – liczba obserwacji, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – wartość minimalna, Max – wartość maksymalna

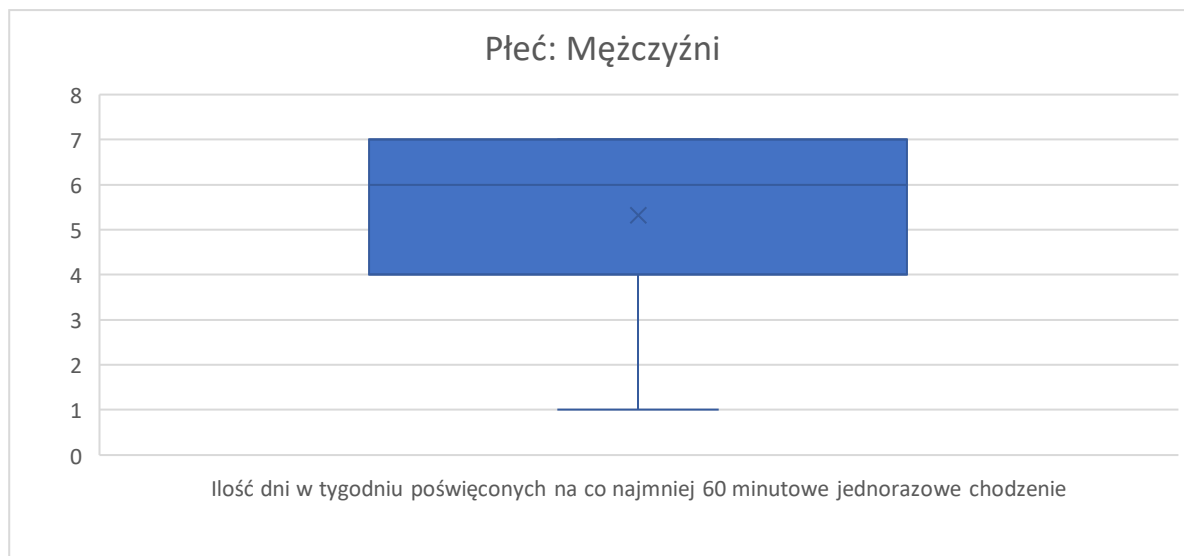
Źródło: opracowanie własne.

Wykres 37. Ilość dni w tygodniu poświęconych na co najmniej 60 minutowe jednorazowe chodzenie w zależności od płci - kobiety



Źródło: opracowanie własne.

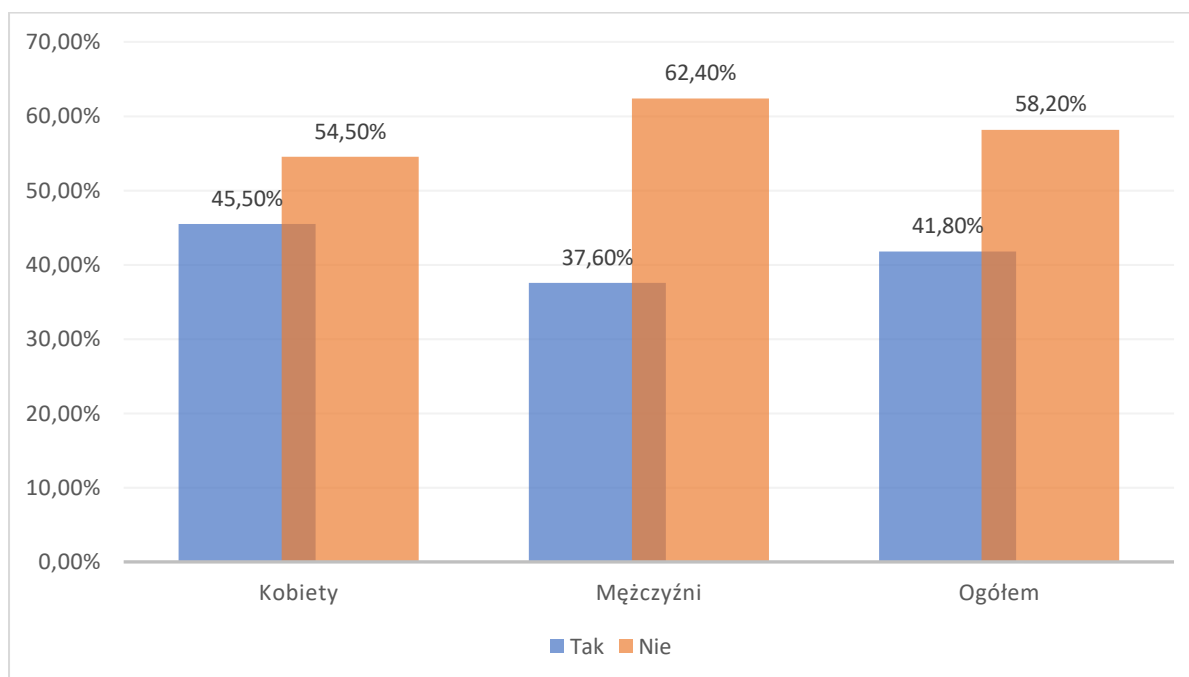
Wykres 38. Ilość dni w tygodniu poświęconych na co najmniej 60 minutowe jednorazowe chodzenie w zależności od płci - mężczyźni



Źródło: opracowanie własne.

Osoby, które deklarowały, ile czasu spędziły w okresie ostatniego tygodnia przed przyjazdem do ośrodka rehabilitacyjnego wykonując siedzące czynności typu siedzenie przy biurku, odwiedziny u znajomych, czytanie czy też oglądanie telewizji stanowiły 41,8% (N=256) badanych. Ponad połowa z nich (N=356; 58,2%) nie potrafiła wskazać na czas jaki zajęły im te czynności. Odsetek procentowy kobiet (N=150; 45,5%) potrafiących określić ten czas był wyższy od odsetka mężczyzn (N=106; 37,6%), który również to zrobił (wyk.38). Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy poziomem BMI ($\chi^2=0,251$, $df=2$, $p=0,882$), wiekiem ($\chi^2=0,265$, $df=2$, $p=0,876$) a siedzącymi aktywnościami. Związek istotny statystycznie wykazano pomiędzy płcią a siedzącymi aktywnościami ($\chi^2=0,386$, $df=1$, $p=0,049$). Kobiety (58,6%) częściej w okresie ostatnich 7 dni przed przyjazdem do ośrodka wykonywały siedzące aktywności niż badani mężczyźni (41,4%). Ponadto związek istotny statystycznie wykazano także pomiędzy wykształceniem badanych a tym typem aktywności ($\chi^2=31,481$, $df=4$, $p=0,001$). Osoby z wykształceniem zawodowym (43,0%) częściej spędzały czas na siedzących aktywnościach niż osoby z wykształceniem podstawowym (7,0%), średnim (37,9%), pomaturalnym (5,9%) i wyższym (6,3%).

Wykres 39. Siedząca aktywność respondentów w zależności od płci (n=612)



Źródło: opracowanie własne.

Kobiety ($2,81 \pm 2,09$) średnio mniej godzin w ciągu dnia poświęcały na siedzącą aktywność w porównaniu do mężczyzn ($3,05 \pm 2,12$) w ciągu ostatnich 7 dni przed przyjazdem do ośrodka. Minimalny czas podawany przez kobiety i mężczyzn wynosił 1 godzinę, maksymalny 12 godzin. Mediana u kobiet i mężczyzn wynosiła 2 godziny, co oznacza, że 50% kobiet poświęcało na siedzącą aktywność w ciągu dnia 2 godziny i więcej, a 50% 2 godziny i mniej. Natomiast wartość środkowa u mężczyzn wynosiła 3 godziny (tab.8).

Tabela 8. Czas poświęcony na siedzącą aktywność w zależności od płci (n=256)

Zmienna		N	M	SD	Me	Min	Max
Ilość godzin dziennie	Kobiety	145	2,81	2,09	2,0	1	12
	Mężczyźni	105	3,05	2,12	3,0	1	12
Ilość minut dziennie	Kobiety	5	26,0	8,94	30,0	10,0	30,0
	Mężczyźni	1	30,0	0,0	30,0	30,0	30,0

N – liczba obserwacji, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – wartość minimalna, Max – wartość maksymalna

Źródło: opracowanie własne.

4. DYSKUSJA

4.1 Główne ustalenia

W niniejszej dysertacji przeanalizowano zachowania zdrowotne cechujące polskich rolników przebywających w Centrum Rehabilitacji KRUS w Jedlcu. Oceniano elementy stylu życia, nawyków żywieniowych, rozpowszechnienia używek oraz poziomu aktywności fizycznej. Główne ustalenia płynące z badań prezentują się następująco: Mężczyźni mają istotnie wyższy poziom wskaźnika BMI. Wartość wskaźnika BMI nie koreluje z subiektywną oceną stanu zdrowia oraz subiektywną oceną budowy ciała. Aż 37,7% badanych zmagało się z nadwagą. Pacjenci najczęściej konsumowali do 3 posiłków dziennie, natomiast wiek, wykształcenie i poziom BMI nie miał związku z ilością dziennie spożytych posiłków. Niższy poziom wykształcenia wiązał się z częstszym paleniem papierosów. Kobiety istotnie rzadziej spożywają napoje alkoholowe. Starszy wiek był dodatnio skorelowany z częstszym spożyciem alkoholu. Poziom wykształcenia nie miał związku z konsumpcją alkoholu. Wskaźnik BMI nie wpływał na wykonywanie intensywnych oraz umiarkowanych ćwiczeń fizycznych w okresie jednego tygodnia przed przyjazdem do ośrodka. Mężczyźni istotnie rzadziej wykonywali intensywnie i umiarkowane aktywności fizyczne 7 dni przed wyjazdem do ośrodka. Niższy poziom wykształcenia wiązał się z rzadszym wykonywaniem intensywnych i umiarkowanych ćwiczeń fizycznych w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających wizytę w ośrodku.

4.2 Hipoteza I

Wybrane czynniki socjodemograficzne mają wpływ na nawyki i zachowania zdrowotne badanych osób.

Hipoteza nie została potwierdzona. W niniejszej pracy pacjenci nieprawidłowo oceniali własny stan zdrowia. Aktualna literatura potwierdza rezultaty mojej dysertacji. Publikacja analizująca zachowania zdrowotne pacjentów otyłych oraz z nadwagą zaobserwowała, że poziom wiedzy dotyczącej zasad prawidłowego żywienia malał wraz z wiekiem [Kawalec-Kajstura, 2011]. Innym przykładem jest praca, w której 85% ankietowanych twierdziło, iż dba o swoje zdrowie, przy czym 52% z nich miało nadwagę [Hildt-Ciupińska, 2021]. Płeć oraz wykształcenie nie były związane z subiektywną oceną zdrowia. Istnieje praca będąca w połowicznej zgodności z tym stwierdzeniem, według której niezależnie od płci osoby starsze gorzej oceniają swoje zdrowie. W pracy tej wraz ze wzrostem wykształcenia oraz spadkiem wieku, samoocena zdrowia poprawiała się [Jopkiewicz, 2014]. Nie zaobserwowaliśmy związku między chęcią schudnięcia, a płcią, wiekiem oraz wykształceniem. Publikacja skupiająca się na

motywach redukcji masy ciała w grupie dorosłych 21-50 lat dowiodła, że płeć przeciwnie do wieku nie wpływała na chęć schudnięcia [Matusz-Mirlak, 2020]. Nasz manuskrypt nie zaobserwował związku istotnie statystycznego między poziomem wykształcenia, a wskaźnikiem BMI. Dostępna literatura stoi w kontrze do naszych rezultatów. Wykazuje ona bowiem, iż mężczyźni o niższym poziomie wykształcenia mają istotnie niższe BMI, u kobiet natomiast, nie obserwowano podobnej zależności [López-Olmedo, 2019]. W naszej grupie badanych kobiety były częściej skłonne podjadać między posiłkami. Praca analizująca zachowania zdrowotne studentów zauważyła, iż powyżej 80% badanych podjadała z przewagą płci męskiej [Szczodrowska, 2013]. Nasze badanie wykazało, iż wskaźnik BMI, nie jest skorelowany z liczbą dziennie konsumowanych posiłków. Nasze stanowisko potwierdza również artykuł, analizujący chorych z lubelskich przychodni [Nalepa, 2016].

4.3 Hipoteza II

Wybrane czynniki socjodemograficzne mają wpływ na rozpowszechnienie palenia tytoniu i spożycia alkoholu badanych osób.

Ta hipoteza została potwierdzona. Spośród wybranych czynników socjodemograficznych na rozpowszechnienie palenia tytoniu miał wpływ wiek, poziom wykształcenia oraz płeć. Biorąc pod uwagę spożycie alkoholu czynnikami korelującymi z jego częstością była płeć oraz wiek. W naszym badaniu istotnie częstsze palenie wyrobów tytoniowych obserwowaliśmy u młodszych pacjentów. Tożsame rezultaty otrzymano dla badanych z Polski, Turcji, Brazylii i Stanów Zjednoczonych [Giovino, 2012]. Ponadto, wykazaliśmy, iż niższy poziom wykształcenia korelował z częstszym paleniem. Zjawisko to widoczne jest również w pracach innych autorów [Wang, 2018, Hitchman, 2014]. Płeć, była także czynnikiem różnicującym chęć zaprzestania palenia tytoniu. W niniejszej pracy kobiety (46,8%) częściej od mężczyzn (39,3%) próbowały walczyć z nałogiem. Istnieją prace posiadające odmienne wyniki. Wykazano w nich, iż zaprzestanie palenia ma związek z wyższym poziomem wykształcenia oraz dotyczy głównie mężczyzn [Rukolainen, 2021]. Wśród rolników z ośrodka rehabilitacyjnego w Jedlcu, aż 46% pali pół do całej paczki papierosów każdego dnia.

W 2022 roku spożycie alkoholu w przeliczeniu na 100% czystego etanolu na jednego Polaka wynosiło odpowiednio: wyroby spirytusowe 3,5 litra, wino i miody pitne 0,76 litra, piwo 5,11 litra i jest 1,3-krotnie wyższe w porównaniu z rokiem 2000 [KCPU, 2023]. Również w naszej populacji, spośród różnych napoi alkoholowych badani najczęściej sięgali po piwo. Niemniej jednak, nie dowiedliśmy, iż wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie spożycie alkoholu [Zatońska, 2021]. W niniejszej dysertacji płeć miała związek z konsumpcją

alkoholu. Mężczyźni (51,1%) istotnie częściej w porównaniu do kobiet (20,9%) spożywali alkohol. Tożsame rezultaty wykazała jedna z autorek, jednakże w naszym manuskrypcie przedziałem wiekowym najczęściej spożywającym alkohol był przedział 60 lat i więcej [Zatońska, 2021].

4.4 Hipoteza III

Wybrane czynniki socjodemograficzne mają wpływ na poziom aktywności fizycznej badanych osób.

Hipoteza została częściowo potwierdzona. Zaledwie 34,6% respondentów wykonywało intensywną aktywność fizyczną 7 dni przed przyjazdem do ośrodka. Umiarkowaną aktywność deklarowało 52,3% badanych. Inne źródła podają, iż umiarkowaną aktywność taką jak praca w ogrodzie wykonywało 53,4% płci męskiej oraz 34,7% płci żeńskiej w przedziale wiekowym powyżej 65 lat [Ignasiak, 2013]. W przypadku jednorazowego chodzenia przez co najmniej godzinę odsetek pacjentów wyniósł 54,6%, a siedzące aktywności wykonywane były przez 41,8% badanych. Jest to wyjątkowo istotne, ponieważ część publikacji przestrzega, iż ilość osób nieaktywnych fizycznie na obszarach wiejskich może dochodzić nawet do 31,7% [Biernat, 2017]. Dodatkowo, około 27,5% globalnej populacji nie spełnia kryteriów rekomendowanej ilości aktywności fizycznej [Guthold, 2018]. W naszym badaniu kobiety w porównaniu do mężczyzn istotnie częściej wykonywały intensywną oraz umiarkowaną aktywność fizyczną. Ponadto dla powyższych poziomów wysiłku fizycznego wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia rosła częstość aktywności. Nasze wyniki zgadzają się z innymi publikacjami dotyczącymi zachowań i nawyków ludności wiejskiej [Biernat, 2019]. Co ważne, osoby z zawodowym wykształceniem statystycznie częściej podejmowały siedzące aktywności w porównaniu do badanych z innym wykształceniem. Dodatkowo, to kobiety istotnie częściej wykonywały siedzące aktywności. W jednym z manuskryptów zaobserwowano, iż wyższy status socjoekonomiczny oraz płeć męska była pozytywnie skorelowana z ćwiczeniami [Azevedo, 2007]. Również inne źródła podają, że mężczyźni statystycznie częściej podejmują aktywność fizyczną [Biernat, 2019, Ignasiak, 2013]. Przeciwnie rezultaty możemy zaobserwować u Wang J. i wsp., gdzie siedzący tryb życia oraz niski poziom aktywności fizycznej cechował wysoko wykształconych mężczyzn [Wang, 2022]. Godnym rozważań jest fakt iż pomimo częstszego wykonywania intensywnych, umiarkowanych oraz siedzących ćwiczeń fizycznych przez kobiety, tylko w przypadku umiarkowanych aktywności wykonywały je sumarycznie przez dłuższy okres czasu. Co więcej, zsumowany czas jednorazowego chodzenia przez minimum 60 minut był także wykonywany dłużej przez płć

żeńską i był pozytywnie skorelowany z poziomem wykształcenia. W niniejszej pracy wiek nie był istotnie związany z częstością ćwiczeń fizycznych. Pokrewne publikacje badające społeczności z różnych obszarów Polski wykazały, że aktywność fizyczna maleje wraz z wiekiem [Rowiński, 2021, Biernat, 2017, Ignasiak, 2013, Biernat, 2018]. Ponadto, część źródeł dowodzi, iż wraz ze wzrostem wskaźnika BMI, maleje poziom aktywności fizycznej [Zbrońska, 2018, Riebe, 2009]. Jednakże nasza praca nie zaobserwowała istotnego związku pomiędzy powyższymi zmiennymi.

4.5 Mocne strony i ograniczenia badań

Obecne badanie jest częścią szerszego, trwającego projektu badawczego dotyczącego stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych rolników, który również ma być kontynuowany w przyszłości. Istnieje więc zarówno potrzeba, jak i możliwość budowania, obserwowania i analizowania kohorty rolników w badaniu podłużnym dotyczącym ich zachowań zdrowotnych, w tym palenia papierosów i picia alkoholu, również w kontekście związku z percepcją zdrowia i stanem zdrowia. Wyniki badania dotyczą również zjawiska (palenia tytoniu i picia alkoholu), które nie jest zbyt często analizowane korelacyjnie w badaniach nad zdrowiem rolników, chociaż oba zachowania zdrowotne są naukowo udowodnionymi głównymi przyczynami obciążeń zdrowotnych w populacji ogólnej i populacji rolników. Odnosi się to zwłaszcza do braku badań lub analiz badawczych dotyczących jednoczesnego używania papierosów i alkoholu (nadużywanie wielu substancji) wśród polskich rolników.

Istnieje jednak również szereg ograniczeń metodologicznych, które należy wziąć pod uwagę przy interpretacji wyników badania. Po pierwsze, wyniki badania opierały się wyłącznie na kwestionariuszu własnym. Oznacza to, że wyniki opisują raczej deklaracje zdrowotne rolników niż faktycznie zaobserwowane zachowania zdrowotne. Może to zwiększać ryzyko możliwych rozbieżności między odpowiedziami respondentów a faktycznym stanem wzorców zachowań. Samoopisowa formuła kwestionariusza może również obniżyć jakość administrowania kwestionariuszem i zwiększyć liczbę pustych odpowiedzi, zwłaszcza gdy zadawane pytania mogą być uważane przez respondenta za "zbyt wrażliwe" lub "stygmatyzujące społecznie". W szczególności może to dotyczyć określonej grupy respondentów, takich jak kobiety, zwłaszcza w ciąży, lub osoby chore i może się zdarzyć w określonych okolicznościach wypełniania kwestionariusza, takich jak opieka zdrowotna. Po drugie, warto wyjaśnić, że wszyscy badani byli rekrutowani spośród tych rolników, którzy wyrazili chęć leczenia i rehabilitacji oraz uczestniczyli w turnusach rehabilitacyjnych. Tacy respondenci są zwykle bardziej świadomi zagrożeń dla zdrowia, w tym palenia tytoniu i picia

alkoholu, i rzadziej palą i piją alkohol niż wszyscy rolnicy. Ponadto kwestionariusz badania został wypełniony w placówce służby zdrowia, pierwszego dnia wydarzenia prozdrowotnego (kursu rehabilitacyjnego), co mogło zwiększyć liczbę fałszywych odpowiedzi w kwestionariuszu. Po trzecie, dane wykorzystane w analizie statystycznej opierały się na stosunkowo niewielkiej liczbie rolników (N=612). Po czwarte, rozkład badanych według wieku i wykształcenia znacznie różni się od struktury wieku i wykształcenia populacji rolników w Polsce. W naszym badaniu rolnicy w wieku od 50 do 59 lat byli nadreprezentowani, podczas gdy młodzi rolnicy (w wieku od 18 do 30 lat) i osoby z wysokim wykształceniem były niedoreprezentowane. Wyniki ogólnokrajowych badań przeprowadzonych w Polsce wskazują, że dorośli Polacy w wieku 50-59 lat należą do najczęściej palących i pijących alkohol, a osoby w młodym wieku i z wysokim wykształceniem, również mieszkające na wsi, do najrzadziej palących i pijących alkohol. W rzeczywistości niewielka liczba badanych z wysokim wykształceniem utrudnia wiarygodną interpretację rozpowszechnienia palenia tytoniu i picia alkoholu przez wysoko wykształconych rolników.

5. WNIOSKI

1. Spośród badanych najliczniejszą grupę stanowią osoby z nadwagą - 37,7%.
2. Wartość wskaźnika BMI nie ma związku z subiektywną oceną stanu zdrowia oraz subiektywną oceną budowy ciała.
3. Kobiety wykazują istotnie niższy poziom wskaźnika BMI w porównaniu z mężczyznami.
4. Ankietowani najczęściej spożywają maksymalnie 3 posiłki dziennie – 42,8%.
5. Wiek, wykształcenie oraz wskaźnik BMI nie ma związku z ilością spożywanych posiłków w ciągu dnia.
6. Częstość palenia wyrobów tytoniowych rośnie wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia.
7. Mężczyźni istotnie częściej spożywają napoje alkoholowe w porównaniu do kobiet.
8. Wraz ze wzrostem wieku wzrasta częstość spożywania alkoholu, natomiast poziom wykształcenia nie wpływa na spożycie alkoholu.
9. Co dziesiąty rolnik jednocześnie pali papierosy i pije alkohol.
10. Stwierdzono silny związek bieżącego picia alkoholu z płcią, wiekiem i poziomem wykształcenia.

11. Różnice w grupach wykształcenia wydają się być większe w przypadku bieżącego palenia papierosów.
12. Wyżej wymienione zmienne zależne są silnie zdeterminowane przez status socjodemograficzny rolników
13. Kobiety istotnie częściej wykonują intensywne oraz umiarkowane aktywności fizyczne w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających przyjazd do ośrodka.
14. Wraz ze wzrostem wykształcenia rosła częstość wykonywania intensywnych oraz umiarkowanych aktywności fizycznych w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających przyjazd do ośrodka.
15. Poziom wskaźnika BMI nie wpływa na częstość wykonywania intensywnych oraz umiarkowanych ćwiczeń fizycznych w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających przyjazd do ośrodka.

5.1 Implikacje praktyczne

Odwołując się do rezultatów moich badań, szkodliwe zachowania występują z różnym nasileniem w obrębie poszczególnych podgrup. Podobnie prezentuje się prozdrowotne zagadnienie związane z poziomem i intensywnością aktywności fizycznej, która jest istotnie heterogenna w zależności od wykształcenia czy płci. Zmienne zależne dotyczące picia alkoholu i palenia tytoniu są silnie zdeterminowane przez status socjodemograficzny rolników. Te nierówności społeczne powinny być poważnie brane pod uwagę przy tworzeniu programów profilaktyki i rzucania palenia tytoniu i alkoholu dla rolników, aby skutecznie zmienić ich stan zdrowia i zachowania zdrowotne.

Dzięki wynikom mojej pracy zasadnym byłoby zastanowienie się nad zaplanowaniem programów profilaktycznych edukacji zdrowotnej skierowanych specjalnie do konkretnych grup społecznych, tym samym podnosząc ich skuteczność. Niemniej jednak, powinno się kontynuować czynną politykę propagowania należytych wzorców zachowań pozytywnie wpływających na ogólny dobrostan każdej indywidualnej jednostki, niezależnie od statusu socjoekonomicznego.

II. BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> [dostęp 20.07.2024]
2. Gertig H., Gawęcki J.: Słownik terminów żywieniowych. PWN, Warszawa, 2001.
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>[dostęp 20.07.2024]
4. <https://www.worldobesity.org/news/economic-impact-of-overweight-and-obesity-to-surpass-4-trillion-by-2035> [dostęp 20.07.2024]
5. Grundy SM. Metabolic syndrome update. Trends Cardiovasc Med. 2016 May;26(4):364-73. doi: 10.1016/j.tcm.2015.10.004. Epub 2015 Oct 31. PMID: 26654259.
6. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry. 2010 Mar;67(3):220-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2. PMID: 20194822.
7. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. Int J Obes Relat Metab Disord. 2002 Aug;26(8):1075-82. doi: 10.1038/sj.ijo.0802038. PMID: 12119573.
8. Zandstra, E. H., De Graaf, C., & Van Staveren, W. A. (2001). Influence of health and taste attitudes on consumption of low-and high-fat foods. *Food Quality and Preference*, 12(1), 75-82.
9. Drewnowski, A., & Hann, C. (1999). Food preferences and reported frequencies of food consumption as predictors of current diet in young women. *The American journal of clinical nutrition*, 70(1), 28-36.
10. Martin, A., Booth, J. N., Laird, Y., Sproule, J., Reilly, J. J., & Saunders, D. H. (2018). Physical activity, diet and other behavioural interventions for improving cognition and school achievement in children and adolescents with obesity or overweight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
11. Kawalec-Kajstura, E., Reczek, A., Porębska, A., Brzostek, T., & Malinowska-Lipień, I. (2011). Zachowania zdrowotne pacjentów z otyłością i nadwagą. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, (2).
12. Jopkiewicz, A. (2014). Samoocena zdrowia, jakości życia i zaradności życiowej osób starszych. *Rocznik Lubuski*, 40(2), 261-273.
13. Matusz-Mirlak, A., Liszka, P., & Jędrzejczyk, I. (2020). Czynniki motywujące osoby dorosłe do podjęcia decyzji o odchudzaniu. *Hygeia*, 55(3), 121-125.

14. López-Olmedo N, Popkin BM, Mendez MA, Taillie LS. The association of overall diet quality with BMI and waist circumference by education level in Mexican men and women. *Public Health Nutr.* 2019 Oct;22(15):2777-2792. doi: 10.1017/S136898001900065X. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31190677; PMCID: PMC6751011.
15. Szczodrowska, A., & Krysiak, W. (2013). Analiza wybranych zwyczajów żywieniowych studentów łódzkich uczelni. *Bromat. Chem. Toksykol.* 40(2), 186-193.
16. Nalepa Dorota, Weber Dorota, Rogala Renata, Charzyńska-Gula Marianna: Wpływ ilości spożywanych posiłków na wartość wskaźnika BMI, *Journal of Education, Health and Sport*, Radomska Szkoła Wyższa, vol. 6, no. 3, 2016, pp. 48-61, DOI:10.5281/zenodo.47438
17. Mulawka, P., Dereziński, T., Jaroszyński, A. J., & Wolf, J. (2015). Rozpowszechnienie otyłości u osób w podeszłym wieku. In *Forum Medycyny Rodzinnej* (Vol. 9, No. 2, pp. 88-90).
18. Wasiluk, A., Saczuk, J., Szyszka, P., & Chazan, Z. (2015). Nadwaga i otyłość w populacji 60-letnich i starszych mieszkańców Białej Podlaskiej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(2).
19. Stoś K, Rychlik E, Woźniak A, Ołtarzewski M, Jankowski M, Gujski M, Juszczak G. Prevalence and Sociodemographic Factors Associated with Overweight and Obesity among Adults in Poland: A 2019/2020 Nationwide Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jan 28;19(3):1502. doi: 10.3390/ijerph19031502. PMID: 35162521; PMCID: PMC8834843.
20. Hildt-Ciupińska K, Pawłowska-Cypriak K. Care for health among Polish men, taking into account social and economic factors, as well as the type of work. *Med Pr.* 2021 Aug 31;72(4):351-362. doi: 10.13075/mp.5893.01056. Epub 2021 Jun 1. PMID: 34140708.
21. Sundquist, K., Qvist, J., Sundquist, J., & Johansson, S. E. (2004). Frequent and occasional physical activity in the elderly: a 12-year follow-up study of mortality. *American journal of preventive medicine*, 27(1), 22-27.
22. Liu-Ambrose T, Davis JC, Best JR, Dian L, Madden K, Cook W, Hsu CL, Khan KM. Effect of a Home-Based Exercise Program on Subsequent Falls Among Community-Dwelling High-Risk Older Adults After a Fall: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019 Jun 4;321(21):2092-2100. doi: 10.1001/jama.2019.5795. Erratum in: *JAMA.* 2019 Jul 9;322(2):174. PMID: 31162569; PMCID: PMC6549299.
23. Patti A, Zangla D, Sahin FN, Cataldi S, Lavanco G, Palma A, Fischietti F. Physical exercise and prevention of falls. Effects of a Pilates training method compared with a general

- physical activity program: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Apr 2;100(13):e25289. doi: 10.1097/MD.00000000000025289. PMID: 33787615; PMCID: PMC8021317.
24. Jeon MY, Jeong H, Petrofsky J, Lee H, Yim J. Effects of a randomized controlled recurrent fall prevention program on risk factors for falls in frail elderly living at home in rural communities. *Med Sci Monit*. 2014 Nov 14;20:2283-91. doi: 10.12659/MSM.890611. PMID: 25394805; PMCID: PMC4243515.
 25. Siegrist M, Freiburger E, Geilhof B, Salb J, Hentschke C, Landendoerfer P, Linde K, Halle M, Blank WA. Fall Prevention in a Primary Care Setting. *Dtsch Arztebl Int*. 2016 May 27;113(21):365-72. doi: 10.3238/arztebl.2016.0365. PMID: 27504699; PMCID: PMC4908924.
 26. Larsson SC, Burgess S, Mason AM, Michaëlsson K. Alcohol Consumption and Cardiovascular Disease: A Mendelian Randomization Study. *Circ Genom Precis Med*. 2020 Jun;13(3):e002814. doi: 10.1161/CIRCGEN.119.002814. Epub 2020 May 5. PMID: 32367730; PMCID: PMC7299220.
 27. O'Neill D, Britton A, Brunner EJ, Bell S. Twenty-Five-Year Alcohol Consumption Trajectories and Their Association With Arterial Aging: A Prospective Cohort Study. *J Am Heart Assoc*. 2017 Feb 20;6(2):e005288. doi: 10.1161/JAHA.116.005288. PMID: 28219925; PMCID: PMC5523790.
 28. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer> [dostęp 20.07.2024]
 29. Kuzmickiene I, Everatt R, Virviciute D, Tamosiunas A, Radisauskas R, Reklaitiene R, Milinaviciene E. Smoking and other risk factors for pancreatic cancer: a cohort study in men in Lithuania. *Cancer Epidemiol*. 2013 Apr;37(2):133-9. doi: 10.1016/j.canep.2012.10.001. Epub 2012 Oct 26. PMID: 23107757.
 30. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [dostęp 20.07.2024]
 31. Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2014 May 27;14:510. doi: 10.1186/1471-2458-14-510. PMID: 24885250; PMCID: PMC4064273.
 32. Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, Kelly P, Khan S, Utukuri M, Laird Y, Mok A, Smith A, Tainio M, Brage S, Woodcock J. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*

- Psychiatry. 2022 Jun 1;79(6):550-559. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0609. PMID: 35416941; PMCID: PMC9008579.
33. Matei D, Trofin D, Iordan DA, Onu I, Condurache I, Ionite C, Buculei I. The Endocannabinoid System and Physical Exercise. *Int J Mol Sci.* 2023 Jan 19;24(3):1989. doi: 10.3390/ijms24031989. PMID: 36768332; PMCID: PMC9916354.
 34. Ipsos | Global views on sport and exercise | July 2021 [access 10.04.2024]
 35. Lin LL, Liu CC. Effectiveness of Comprehensive Physical Activity Health Promotion Program on the Essential Physical Functions of Older Patients With Multiple Diseases and Dementia in Rural Area. *Gerontol Geriatr Med.* 2023 Jun 26;9:23337214231184127. doi: 10.1177/23337214231184127. PMID: 37435006; PMCID: PMC10331075.
 36. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [dostęp 20.07.2024]
 37. Kohl HW 3rd. Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response. *Med Sci Sports Exerc.* 2001 Jun;33(6 Suppl):S472-83; discussion S493-4. doi: 10.1097/00005768-200106001-00017. PMID: 11427773.
 38. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Changes in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men. *Lancet.* 1998 May 30;351(9116):1603-8. doi: 10.1016/S0140-6736(97)12355-8. PMID: 9620713.
 39. Laaksonen DE, Lindström J, Lakka TA, Eriksson JG, Niskanen L, Wikström K, Aunola S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Valle TT, Ilanne-Parikka P, Louheranta A, Hämäläinen H, Rastas M, Salminen V, Cepaitis Z, Hakumäki M, Kaikkonen H, Härkönen P, Sundvall J, Tuomilehto J, Uusitupa M; Finnish diabetes prevention study. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes.* 2005 Jan;54(1):158-65. doi: 10.2337/diabetes.54.1.158. PMID: 15616024.
 40. Rohan TE, Fu W, Hiller JE. Physical activity and survival from breast cancer. *Eur J Cancer Prev.* 1995 Oct;4(5):419-24. doi: 10.1097/00008469-199510000-00010. PMID: 7496329.
 41. <https://sport.ec.europa.eu/policies/sport-and-society/physical-activity-and-health> [dostęp 20.07.2024]
 42. Bidzan-Bluma I, Lipowska M. Physical Activity and Cognitive Functioning of Children: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Apr 19;15(4):800. doi: 10.3390/ijerph15040800. PMID: 29671803; PMCID: PMC5923842.
 43. <https://sport.ec.europa.eu/initiatives/healthylifestyle4all-2021-2023> [dostęp 20.07.2024]

44. Rowiński R, Kowalska G, Kozakiewicz M, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski M, Hawlena J, Rowińska K. Physical Activity and Its Determinants among Senior Residents of Podlasie, a Green Region of Poland, Based on the National PolSenior Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 14;18(20):10816. doi: 10.3390/ijerph182010816. PMID: 34682562; PMCID: PMC8535249.
45. Biernat E, Bartkiewicz P, Buchholtz S. Are Structural Changes in Polish Rural Areas Fostering Leisure-Time Physical Activity? *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Apr 1;14(4):372. doi: 10.3390/ijerph14040372. PMID: 28368322; PMCID: PMC5409573.
46. Fennell, Curtis, Jacob E. Barkley, and Andrew Lepp. "The relationship between cell phone use, physical activity, and sedentary behavior in adults aged 18–80." *Computers in Human Behavior* 90 (2019): 53-59.
47. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077-e86.
48. An HY, Chen W, Wang CW, Yang HF, Huang WT, Fan SY. The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 4;17(13):4817. doi: 10.3390/ijerph17134817. PMID: 32635457; PMCID: PMC7369812.
49. Ćwirlej-Sozańska, A. (2014). Aktywność fizyczna a stan zdrowia osób starszych. *Medical Review*, (2), 173-181.
50. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira Vd, Mazzardo O, Campos Wd. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Braz J Psychiatry*. 2014 Jan-Mar;36(1):76-88. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0895. Epub 2014 Jan 17. PMID: 24554274.
51. Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2014 May 27;14:510. doi: 10.1186/1471-2458-14-510. PMID: 24885250; PMCID: PMC4064273.
52. Hemmeter UM, Ngamsri T. Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit: Fokus Alter [Physical Activity and Mental Health in the Elderly]. *Praxis (Bern 1994)*. 2022;110(4):193-198. German. doi: 10.1024/1661-8157/a003853. PMID: 35291872.
53. Biernat E, Piątkowska M. Leisure-Time Physical Activity Participation Trends 2014-2018: A Cross-Sectional Study in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec 27;17(1):208. doi: 10.3390/ijerph17010208. PMID: 31892204; PMCID: PMC6982099.

54. Azevedo MR, Araújo CL, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health*. 2007;52(1):8-15. doi: 10.1007/s00038-006-5062-1. PMID: 17966815; PMCID: PMC2778720.
55. Ignasiak Z, Sławińska T, Dabrowski A, Rowiński R. The structure of physical activity in seniors from lower Silesia. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2013;64(1):67-73. PMID: 23789316.
56. Wang J, Wang Y, Korivi M, Chen X, Zhu R. Status of Sedentary Time and Physical Activity of Rural Residents: A Cross-Sectional Population-Based Study in Eastern China. *Front Public Health*. 2022 Apr 14;10:838226. doi: 10.3389/fpubh.2022.838226. PMID: 35493367; PMCID: PMC9047957.
57. Stalsberg R, Pedersen AV. Are Differences in Physical Activity across Socioeconomic Groups Associated with Choice of Physical Activity Variables to Report? *Int J Environ Res Public Health*. 2018 May 5;15(5):922. doi: 10.3390/ijerph15050922. PMID: 29734745; PMCID: PMC5981961.
58. Owino V, Yang SY, Goldspink G. Age-related loss of skeletal muscle function and the inability to express the autocrine form of insulin-like growth factor-1 (MGF) in response to mechanical overload. *FEBS Lett*. 2001 Sep 14;505(2):259-63. doi: 10.1016/s0014-5793(01)02825-3. PMID: 11566187.
59. WHO . World Health Organization; Geneva: 2021. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course.
60. Xu Q, Ou X, Li J. The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2022 Oct 17;10:902599. doi: 10.3389/fpubh.2022.902599. PMID: 36324472; PMCID: PMC9618649.
61. Bielemann RM, Silveira MPT, Lutz BH, Miranda VIA, Gonzalez MC, Brage S, Ekelund U, Bertoldi AD. Objectively Measured Physical Activity and Polypharmacy Among Brazilian Community-Dwelling Older Adults. *J Phys Act Health*. 2020 May 29;17(7):729-735. doi: 10.1123/jpah.2019-0461. PMID: 32473590.
62. GUS (2023), Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 roku, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2022-roku,2,5.html> [dostęp: 20.07.2024].
63. Iwai N, Yoshiike N, Saitoh S, Nose T, Kushiro T, Tanaka H. Leisure-time physical activity and related lifestyle characteristics among middle-aged Japanese. Japan Lifestyle Monitoring Study Group. *J Epidemiol*. 2000 Jul;10(4):226-33. doi: 10.2188/jea.10.226. PMID: 10959604.

64. Biernat E, Piątkowska M, Mynarski W. Prevalence and socioeconomic determinants of leisure time physical activity among Polish farmers. *Ann Agric Environ Med*. 2018 Mar 14;25(1):151-156. doi: 10.26444/aaem/75927. Epub 2017 Jul 20. PMID: 29575859.
65. Zbrońska I, Mędreła-Kuder E. The level of physical activity in elderly persons with overweight and obesity. *Rocz Panstw Zakł Hig*. 2018;69(4):369-373. doi: 10.32394/rpzh.2018.0042. PMID: 30525327.
66. Riebe D, Blissmer BJ, Greaney ML, Garber CE, Lees FD, Clark PG. The relationship between obesity, physical activity, and physical function in older adults. *J Aging Health*. 2009 Dec;21(8):1159-78. doi: 10.1177/0898264309350076. PMID: 19897781.
67. Di Chiara G. Alcohol and dopamine. *Alcohol Health Res World*. 1997;21(2):108-14. PMID: 15704345; PMCID: PMC6826820.
68. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2009;49:57-71. doi: 10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742. PMID: 18834313; PMCID: PMC2946180.
69. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control; 1964. PHS Publication No. 1103.
70. Li Y, Hecht SS. Carcinogenic components of tobacco and tobacco smoke: A 2022 update. *Food Chem Toxicol*. 2022 Jul;165:113179. doi: 10.1016/j.fct.2022.113179. Epub 2022 May 25. PMID: 35643228; PMCID: PMC9616535.
71. <https://www.who.int/europe/news/item/03-02-2021-world-cancer-day-know-the-facts-tobacco-and-alcohol-both-cause-cancer> [dostęp 20.07.2024]
72. Łaniewska-Dunaj M, Jelski W, Szmitkowski M. Dehydrogenaza alkoholowa - znaczenie fizjologiczne i diagnostyczne [Alcohol dehydrogenase - physiological and diagnostic Importance]. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2013 Aug 27;67:901-7. Polish. doi: 10.5604/17322693.1064330. PMID: 24018456.
73. Rumgay H, Murphy N, Ferrari P, Soerjomataram I. Alcohol and Cancer: Epidemiology and Biological Mechanisms. *Nutrients*. 2021 Sep 11;13(9):3173. doi: 10.3390/nu13093173. PMID: 34579050; PMCID: PMC8470184.
74. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VEPP, Rehm J, Soerjomataram I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2021 Aug;22(8):1071-1080. doi: 10.1016/S1470-2045(21)00279-5. PMID: 34270924; PMCID: PMC8324483.

75. Bobo JK, Husten C. Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Res Health*. 2000;24(4):225-32. PMID: 15986717; PMCID: PMC6709745.
76. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> [dostęp 20.07.2024]
77. Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, et al. Tobacco Addiction. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Chapter 46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11741/> Co-published by Oxford University Press, New York.
78. Jacob L, Freyn M, Kalder M, Dinas K, Kostev K. Impact of tobacco smoking on the risk of developing 25 different cancers in the UK: a retrospective study of 422,010 patients followed for up to 30 years. *Oncotarget*. 2018 Apr 3;9(25):17420-17429. doi: 10.18632/oncotarget.24724. PMID: 29707117; PMCID: PMC5915125.
79. Zhou B, Yang L, Sun Q, Cong R, Gu H, Tang N, Zhu H, Wang B. Cigarette smoking and the risk of endometrial cancer: a meta-analysis. *Am J Med*. 2008 Jun;121(6):501-508.e3. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.01.044. PMID: 18501231.
80. Ng R, Sutradhar R, Yao Z, Wodchis WP, Rosella LC. Smoking, drinking, diet and physical activity-modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease. *Int J Epidemiol*. 2020 Feb 1;49(1):113-130. doi: 10.1093/ije/dyz078. PMID: 31329872; PMCID: PMC7124486.
81. OECD (2023), Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/aab579a7-pl>.
82. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, Peto R, Zatonski W, Hsia J, Morton J, Palipudi KM, Asma S; GATS Collaborative Group. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet*. 2012 Aug 18;380(9842):668-79. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61085-X. Erratum in: *Lancet*. 2012 Dec 1;380(9857):1908. Erratum in: *Lancet*. 2013 Jul 13;382(9887):128. PMID: 22901888.
83. Rissanen I, Oura P, Paananen M, Miettunen J, Geerlings MI. Smoking trajectories and risk of stroke until age of 50 years - The Northern Finland Birth Cohort 1966. *PLoS One*. 2019 Dec 17;14(12):e0225909. doi: 10.1371/journal.pone.0225909. PMID: 31846462; PMCID: PMC6917292.

84. Wang Q, Shen JJ, Sotero M, Li CA, Hou Z. Income, occupation and education: Are they related to smoking behaviors in China? *PLoS One*. 2018 Feb 8;13(2):e0192571. doi: 10.1371/journal.pone.0192571. PMID: 29420649; PMCID: PMC5805321.
85. Hitchman SC, Fong GT, Zanna MP, Thrasher JF, Chung-Hall J, Siahpush M. Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug Alcohol Depend*. 2014 Oct 1;143:158-66. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019. Epub 2014 Jul 26. PMID: 25156228; PMCID: PMC4209373.
86. Ruokolainen O, Härkänen T, Lahti J, Haukkala A, Heliövaara M, Rahkonen O. Association between educational level and smoking cessation in an 11-year follow-up study of a national health survey. *Scand J Public Health*. 2021 Dec;49(8):951-960. doi: 10.1177/1403494821993721. Epub 2021 Mar 1. PMID: 33648397; PMCID: PMC8573358.
87. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004 May;184:386-92. doi: 10.1192/bjp.184.5.386. PMID: 15123501.
88. Messner B, Bernhard D. Smoking and cardiovascular disease: mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2014 Mar;34(3):509-15. doi: 10.1161/ATVBAHA.113.300156. PMID: 24554606.
89. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. 2018 Jan;47:1-5. doi: 10.1016/j.jocn.2017.09.022. Epub 2017 Oct 21. PMID: 29066229.
90. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851-8. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9. PMID: 17826170.
91. Kang SH, Jeong W, Jang SI, Park EC. The effect of depression status change on daily cigarette smoking amount according to sex: an eleven-year follow up study of the Korea Welfare Panel Study. *BMC Public Health*. 2021 Jul 3;21(1):1304. doi: 10.1186/s12889-021-11362-y. PMID: 34217238; PMCID: PMC8254959.
92. Dajas-Bailador F, Wonnacott S. Nicotinic acetylcholine receptors and the regulation of neuronal signalling. *Trends Pharmacol Sci*. 2004 Jun;25(6):317-24. doi: 10.1016/j.tips.2004.04.006. PMID: 15165747.
93. Nestler EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nat Neurosci*. 2005 Nov;8(11):1445-9. doi: 10.1038/nn1578. PMID: 16251986.

94. Benowitz NL. Nicotine addiction. *Prim Care*. 1999 Sep;26(3):611-31. doi: 10.1016/s0095-4543(05)70120-2. PMID: 10436290.
95. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann N Y Acad Sci*. 2008 Oct;1141:105-30. doi: 10.1196/annals.1441.030. PMID: 18991954; PMCID: PMC2732004.
96. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/09/Spozycie-napojow-alkoholowych-na-jednego-mieszkanca.pdf> [dostęp 20.07.2024]
97. Zatońska K, Psikus P, Basiak-Rasała A, Stępnicka Z, Wołyniec M, Wojtyła A, Szuba A, Połtyn-Zaradna K. Patterns of Alcohol Consumption in the PURE Poland Cohort Study and Their Relationship with Health Problems. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 15;18(8):4185. doi: 10.3390/ijerph18084185. PMID: 33920940; PMCID: PMC8071311.
98. Rehm J, Badaras R, Ferreira-Borges C, Galkus L, Gostautaitė Midttun N, Gobiņa I, Janik-Koncewicz K, Jasilionis D, Jiang H, Kim KV, Lange S, Liutkutė-Gumarov V, Manthey J, Miščikienė L, Neufeld M, Petkevičienė J, Radišauskas R, Reile R, Room R, Stoppel R, Tamutienė I, Tran A, Trišauskė J, Zatoński M, Zatoński WA, Zurlytė I, Štelemėkas M. Impact of the WHO "best buys" for alcohol policy on consumption and health in the Baltic countries and Poland 2000-2020. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Aug 31;33:100704. doi: 10.1016/j.lanepe.2023.100704. PMID: 37953993; PMCID: PMC10636269.
99. Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OSM, Probst C, Rehm J. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*. 2019 Jun 22;393(10190):2493-2502. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32744-2. Epub 2019 May 7. PMID: 31076174.
100. İlhan MN, Yapar D. Alcohol consumption and alcohol policy. *Turk J Med Sci*. 2020 Aug 26;50(5):1197-1202. doi: 10.3906/sag-2002-237. PMID: 32421277; PMCID: PMC7491269.
101. Zatoński WA, Zatoński M, Janik-Koncewicz K, Wojtyła A. Alcohol-Related Deaths in Poland During a Period of Weakening Alcohol Control Measures. *JAMA*. 2021 Mar 16;325(11):1108-1109. doi: 10.1001/jama.2020.25879. PMID: 33724316; PMCID: PMC7967082.
102. Zatoński W. The alcohol crisis in Polish public health. *Journal of Health Inequalities*. 2019;5(2):122-123. doi:10.5114/jhi.2019.91380.
103. Baum-Baicker C. The psychological benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 1985 Aug;15(4):305-22. doi: 10.1016/0376-8716(85)90008-0. PMID: 4053968.

104. Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Su Z, Ungvari GS, Tang YL, Ng CH, Li XH, Xiang YT. Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian J Psychiatr*. 2023 Feb;80:103417. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103417. Epub 2022 Dec 20. PMID: 36587492.
105. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66665-2. PMID: 15936426.
106. Schuckit MA. Alcohol, Anxiety, and Depressive Disorders. *Alcohol Health Res World*. 1996;20(2):81-85. PMID: 31798156; PMCID: PMC6876499.
107. Go VL, Gukovskaya A, Pandol SJ. Alcohol and pancreatic cancer. *Alcohol*. 2005 Apr;35(3):205-11. doi: 10.1016/j.alcohol.2005.03.010. PMID: 16054982.
108. Macke AJ, Petrosyan A. Alcohol and Prostate Cancer: Time to Draw Conclusions. *Biomolecules*. 2022 Feb 28;12(3):375. doi: 10.3390/biom12030375. PMID: 35327568; PMCID: PMC8945566.
109. Zatoński WA, Zatoński M, Janik-Konieczny K, McKee M. Alcohol-related liver cirrhosis in Poland: the reservoir effect. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020 Dec;5(12):1035. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30329-0. PMID: 33181084.
110. Zatoński WA, Sulkowska U, Mańczuk M, Rehm J, Boffetta P, Lowenfels AB, La Vecchia C. Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to Central and Eastern Europe. *Eur Addict Res*. 2010;16(4):193-201. doi: 10.1159/000317248. Epub 2010 Jul 2. PMID: 20606444.
111. Ma H, Li X, Zhou T, Sun D, Shai I, Heianza Y, Rimm EB, Manson JE, Qi L. Alcohol Consumption Levels as Compared With Drinking Habits in Predicting All-Cause Mortality and Cause-Specific Mortality in Current Drinkers. *Mayo Clin Proc*. 2021 Jul;96(7):1758-1769. doi: 10.1016/j.mayocp.2021.02.011. PMID: 34218856; PMCID: PMC8262073.
112. Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry*. 2013 May 1;73(9):827-35. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.01.032. Epub 2013 Mar 26. PMID: 23541000; PMCID: PMC3658316.
113. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2015 Jun;78(6):519-28. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009. Epub 2015 Mar 20. PMID: 25818837.
114. Worthen M, Cash E. Stress Management. 2023 Aug 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 30020672.
115. Whitfield T, Barnhofer T, Acabchuk R, Cohen A, Lee M, Schlosser M, Arenaza-Urquijo EM, Böttcher A, Britton W, Coll-Padros N, Collette F, Chételat G, Dautricourt S, Demnitz-

- King H, Dumais T, Klimecki O, Meiberth D, Moulinet I, Müller T, Parsons E, Sager L, Sannemann L, Scharf J, Schild AK, Touron E, Wirth M, Walker Z, Moitra E, Lutz A, Lazar SW, Vago D, Marchant NL. The Effect of Mindfulness-based Programs on Cognitive Function in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2022 Sep;32(3):677-702. doi: 10.1007/s11065-021-09519-y. Epub 2021 Aug 4. PMID: 34350544; PMCID: PMC9381612.
116. Maddocks M. Physical activity and exercise training in cancer patients. *Clin Nutr ESPEN.* 2020 Dec;40:1-6. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.09.027. Epub 2020 Oct 3. PMID: 33183519.
117. Eckstrom E, Neukam S, Kalin L, Wright J. Physical Activity and Healthy Aging. *Clin Geriatr Med.* 2020 Nov;36(4):671-683. doi: 10.1016/j.cger.2020.06.009. Epub 2020 Aug 19. PMID: 33010902.
118. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Raport WHO na temat globalnej epidemii tytoniu, 2023. Chroń ludzi przed dymem tytoniowym. WHO, Genewa 2023.
119. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Globalny raport o stanie alkoholu, zdrowia i leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. WHO, Genewa 2024.
120. Global Burden of Disease 2019 Tobacco Collaborators (GBD). Przestrzenne, czasowe i demograficzne wzorce rozpowszechnienia palenia tytoniu i przypisywanego obciążenia chorobami w 204 krajach i terytoriach, 1990-2019: systematyczna analiza z Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021; 397(10292): 2337-2360. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7).
121. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, Peto R, Zatoński W, Hsia J, Morton J, Palipudi KM, Asma S; GATS Collaborative Group. Używanie tytoniu przez 3 miliardy osób z 16 krajów: analiza reprezentatywnych dla danego kraju przekrojowych badań gospodarstw domowych. *Lancet* 2012; 380(9842): 668-79. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61085-X.

122. Komisja Europejska (KE). Postawy Europejczyków wobec tytoniu i wyrobów tytoniowych. Raport. Specjalne badanie Eurobarometru 539. EC DG SANTE, Bruksela 2023.
123. Przewoźniak K, Zatoński W. Palenie tytoniu. W: Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny. Golinowska St (red.). Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2024: 167-188.
124. Peto, R, Lopez AD, Boreham J, Thun MJ, Heath C. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2020. 4th ed. Oxford University Press, Oxford 2015.
125. Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OSM, Probst C, Rehm J. Globalne narażenie na alkohol w latach 1990-2017 i prognozy do 2030 r.: badanie modelowe. Lancet 2019; 393(10190): 2493-2502. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32744-2.
126. Bętkowska-Korpała B, Klingemann J. Używanie alkoholu. W: Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny. Golinowska S (red.). Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2024: 189-204.
127. Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). Konsumpcja alkoholu w Polsce. Komunikat z badań [Konsumpcja alkoholu w Polsce. Raport z badań]. Fundacja CBOS, Warszawa 2019 [in Polish].
128. Niu C, Dong J, Zhang P, Yang Q, Xue D, Liu B, Xiao D, Zhuang R, Li M, Zhang L. Globalne obciążenie chorobami układu krążenia związane z wysokim spożyciem alkoholu w latach 1990-2021: analiza dla globalnego badania obciążenia chorobami 2021. Front Public Health 2025; 13. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1541641.
129. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VEPP, Rehm J, Soerjomataram I. Globalne obciążenie rakiem w 2020 r. przypisywane spożyciu alkoholu: badanie populacyjne. Lancet Oncol 2021; 22(8): 1071-1080. DOI: 10.1016/S1470-2045(21)00279-5.

130. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. Globalne, regionalne i krajowe obciążenie marskością wątroby według przyczyny w 195 krajach i terytoriach, 1990-2017: systematyczna analiza dla Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 3): 245-266. DOI: [10.1016/S2468-1253\(19\)30349-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30349-8).
131. Zatoński W. Kryzys alkoholowy w polskim zdrowiu publicznym. *J Health Inequalities* 2019; 5(2): 122-123. DOI: [10.5114/jhi.2019.91380](https://doi.org/10.5114/jhi.2019.91380).
132. Drope J, Schluger NW (red.). *The Tobacco Atlas*. 6th ed. American Cancer Society, Atlanta 2018.
133. Zatoński W, Przewoźniak K, Sulkowska U, West R, Wojtyła A. Tobacco smoking in countries of the European Union. *Ann Agric Environ Med* 2012; 19;2: 181-192
134. Rehm J, Probst C. Spadek oczekiwanej długości życia pomimo spadku śmiertelności z powodu chorób niezakaźnych: rola używania substancji i statusu społeczno-ekonomicznego. *Eur Addict Res* 2018; 24 (2): 53-59. DOI: [10.1159/000488328](https://doi.org/10.1159/000488328).
135. Bobo JK, Husten C. Społeczno-kulturowe wpływy na palenie i picie. *Alcohol Res Health* 2000; 24(4): 225-32.
136. Ng R, Sutradhar R, Yao Z, Wodchis WP, Rosella LC. Palenie tytoniu, picie alkoholu, dieta i aktywność fizyczna - modyfikowalne czynniki ryzyka związane ze stylem życia i ich związek z wiekiem wystąpienia pierwszej choroby przewlekłej. *Int J Epidemiol* 2020; 49(1): 113-130. DOI: [10.1093/ije/dyz078](https://doi.org/10.1093/ije/dyz078).
137. Palipudi KM, Gupta PC, Sinha DN, Andes LJ, Asma S, McAfee T, et al. Social Determinants of Health and Tobacco Use In Thirteen Low and Middle Income Countries: Evidence from Global Adult Tobacco Survey. *PloS One* 2012; 7(3): e33466. DOI: [10.1371/journal.pone.0033466](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033466).

138. Wang Q, Shen JJ, Sotero M, Li CA, Hou Z. Dochód, zawód i wykształcenie: Czy są one związane z zachowaniami związanymi z paleniem w Chinach? PLoS One 2018; 13(2):e0192571. DOI: 10.1371/journal.pone.0192571.
139. Ruokolainen O, Härkänen T, Lahti J, Haukkala A, Heliövaara M, Rahkonen O. Związek między poziomem wykształcenia a zaprzestaniem palenia tytoniu w 11-letnim badaniu uzupełniającym krajowego badania zdrowia. Scand J Public Health 2021; 49(8): 951-960. DOI: 10.1177/1403494821993721.
140. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Tytoń i ubóstwo: błędne koło. WHO, Genewa 2004
141. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Globalny raport WHO na temat trendów w rozpowszechnieniu używania tytoniu w latach 2000-2030. WHO, Genewa 2024
142. Friesen EL, Bailey J, Hyett S, Sedighi S, de Snoo ML, Williams K, Barry R, Erickson A, Foroutan F, Selby P, Rosella L, Kurdyak P. Niebezpieczne spożywanie alkoholu i szkody związane z alkoholem w społecznościach wiejskich i oddalonych: przegląd zakresu. Lancet Public Health 2022; 7(2): E177-E187. DOI: 10.1016/S2468-2667(21)00159-6.
143. Vander Weg MW, Cunningham CL, Howren MB, Cai X. Używanie tytoniu i narażenie na jego działanie na obszarach wiejskich: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. Addictive Behaviors 2011; 36(3): 231-236. DOI: [10.1016/j.addbeh.2010.11.005](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.11.005).
144. Włodarczyk A, Raciborski F, Opoczyńska D, Samoliński B, GATS Collaborators. Wzorce codziennego palenia tytoniu na terenach wiejskich i miejskich w Polsce - wyniki badania GATS. Ann Agric Environ Med 2013; 20(3): 588-594.
145. Piotrowski K. Uwarunkowania stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych rolników z dolegliwościami bólowymi narządu ruchu uczestniczących w turnusach rehabilitacyjnych [Determinants of health status and health behaviors among farmers with musculoskeletal

- pain symptoms participating in rehabilitation courses]. Praca doktorska. publikowana Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań 2016 [in Polish].
146. Biernat E, Stupnicki R, Gajewski AK. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) - wersja polska. Wychowanie Fizyczne i Sport 2007; 51(1): 47-54 [in Polish].
147. Główny Urząd Statystyczny (GUS). Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 roku. Stan w dniu 30 czerwca [Population. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 roku. Stan w dniu 30 czerwca]. Stan w dniu 30 czerwca.] GUS, Warszawa 2024 [in Polish].
148. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS). Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. GIS, Warszawa 2019 [in Polish].
149. Rowicka M, Postek S, Zin-Sędek M. Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r. [Patterns of alcohol consumption in Poland. Raport z badań kwestionariuszowych, 2020 r.] Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2021.
150. Herbec A. Nierówności w zachowaniach zdrowotnych podczas pandemii COVID-19 - komentarz. J Health Inequalities 2024; 10 (2): 157-161. DOI: 10.5114/jhi.2024.145106.
151. Zatoński WA, Zatoński M, Janik-Konieczny K, Wojtyła A. Alcohol-related deaths in Poland during a period of weakening alcohol control measures . JAMA 2021; 325(11): 1108-1109. DOI: 10.1001/jama.2020.25879.
152. Ellis JD, Rabinowitz JA, Ware OD, Wells J, Dunn K, Huhn A. Patterns of polysubstance use and clinical comorbidity among persons seeking substance use treatment: Badanie obserwacyjne. J Subst Use Addict Treat 2023; 146: 208932. DOI: 10.1016/j.josat.2022.208932

153. Sridharan S, Kawata JH, Campbell B, Tseng CWM. Równoczesny związek między leczeniem uzależnień a używaniem wielu substancji: Evidence from the Persistent Effect of Treatment Studies. *J Subst Abuse Treatment* 2005; 28(Suppl 2): S83-S90. DOI: 10.1016/j.jsat.2004.09.003.

III. STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Cel: Analiza i interpretacja zachowań dotyczących stylu życia, nawyków żywieniowych, stosowania używek oraz poziomu aktywności fizycznej na przykładzie ludności wiejskiej przebywającej w Ośrodku Rehabilitacyjnym w Jedlcu.

Metody: Badanie przeprowadzono na 612 osobach. Uczestnicy zostali poproszeni o wypełnienie autorskiego kwestionariusza dotyczącego zachowań zdrowotnych. Uzyskane odpowiedzi zinterpretowano oraz zróżnicowano pod względem płci, wieku i wykształcenia. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu programu IBM SPSS wersja 29.0.

Wyniki: Najliczniejsza grupa wśród badanych miała nadwagę (37,7%). Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy prawidłową masą ciała, nadwagą i otyłością a subiektywną oceną stanu zdrowia ($p=0,320$) oraz subiektywną oceną budowy ciała ($p=0,001$). Badane kobiety miały niższy poziom ogólnego wskaźnika BMI, niż mężczyźni ($p=0,001$). Analiza ilości spożywanych posiłków wykazała, że najwięcej z ankietowanych osób spożywa do 3 posiłków dziennie (42,8%). Wyniki analizy statystycznej nie wykazały różnic pomiędzy wiekiem ($p=0,128$), wykształceniem ($p=0,506$) oraz wskaźnikiem BMI ($p=0,859$), a ilością spożywanych posiłków. Częstość palenia tytoniu maleje wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ($p=0,001$). Mężczyźni (51,1%) częściej od kobiet (20,9%) spożywali alkohol ($p=0,001$). Im starsza osoba tym częstsze spożycie alkoholu ($p=0,002$). Nie wykazano związku istotnie statystycznego pomiędzy wykształceniem badanych a spożyciem alkoholu ($p=0,741$). Kobiety częściej od mężczyzn wykonywały intensywne oraz umiarkowane aktywności fizyczne w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających przyjazd do ośrodka ($p=0,046$), ($p=0,046$). Wraz ze wzrostem wykształcenia rosła częstość wykonywania intensywnych oraz umiarkowanych aktywności fizycznych ($p=0,03$), ($p=0,002$). Wskaźnik BMI nie wpływał na wykonywanie intensywnych oraz umiarkowanych ćwiczeń fizycznych ($p=0,695$), ($p=0,439$).

Wnioski: Jednostki zdrowia publicznego powinny koncentrować się na nieustannej implementacji programów profilaktycznych z zakresu edukacji zdrowotnej w celu podnoszenia świadomości obejmującej właściwe wzorce zachowań wśród Polaków.

IV. STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM

Aim: Analysis and interpretation of lifestyle behaviors, dietary habits, use of stimulants and level of physical activity on the example of the rural population staying at the Rehabilitation Center in Jedlec.

Methods: The study was conducted on 612 people. Participants were asked to complete an original questionnaire on health behavior. The responses obtained were interpreted and differentiated by gender, age and education. Statistical analysis was performed using IBM SPSS version 29.0 software.

Results: The largest group among the subjects was overweight (37.7%). There was no statistically significant relationship between normal weight, overweight and obesity and subjective assessment of health ($p=0.320$) and subjective assessment of body composition ($p=0.001$). The women surveyed had a lower overall BMI than men ($p=0.001$). Analysis of the number of meals consumed showed that most of the respondents consumed up to 3 meals a day (42.8%). The results of the statistical analysis showed no differences between age ($p=0.128$), education ($p=0.506$) and BMI ($p=0.859$) and the amount of meals consumed. Smoking prevalence decreases as education level increases ($p=0.001$). Men (51.1%) were more likely than women (20.9%) to consume alcohol ($p=0.001$). The older the person, the more frequent alcohol consumption ($p=0.002$). There was no statistically significant relationship between the subjects' education and alcohol consumption ($p=0.741$). Women were more likely than men to have performed intensive and moderate physical activities in the last 7 days before coming to the center ($p=0.046$), ($p=0.046$). As education increased, the frequency of performing intensive and moderate physical activities increased ($p=0.03$), ($p=0.002$). BMI did not affect the performance of intensive and moderate physical activities ($p=0.695$), ($p=0.439$).

Conclusions: Public health units should concentrate on the continuous implementation of preventive health education programs to raise awareness that includes proper behavioral patterns among Poles.

V. SPIS TABEL

Tabela 1. Charakterystyka grup badanych.....	13
Tabela 2. Podział respondentów ze względu na wiek i płeć.....	13
Tabela 3. Płeć a wynik ogólny wskaźnika BMI.....	20
Tabela 4. Wiek a wynik ogólny wskaźnika BMI.....	21
Tabela 5. Ilość czasu (dni w tygodniu, godziny i minuty dziennie) poświęconego na intensywne czynności fizyczne ze względu na płeć.....	43
Tabela 6. Ilość czasu (dni w tygodniu, godziny i minuty dziennie) poświęconego na umiarkowane czynności fizyczne ze względu na płeć.....	46
Tabela 7. Ilość dni w tygodniu poświęconych przez respondentów na jednorazowe chodzenie przez co najmniej 60 minut dziennie w zależności od płci.....	48
Tabela 8. Czas poświęcony na siedzące aktywności w zależności od płci.....	50

VI. SPIS WYKRESÓW

Wykres 2. Płeć.....	14
Wykres 2. Wiek (lata).....	15
Wykres 3. Wykształcenie.....	16
Wykres 4. Wskaźnik BMI.....	17
Wykres 5. Subiektywna ocena ogólnego stanu zdrowia.....	18
Wykres 6. Subiektywna ocena budowy ciała.....	19
Wykres 7. Czy chciałby Pan/Pani zmienić swoją sylwetkę?.....	20
Wykres 8. Ilość spożywanych posiłków w zależności od płci.....	22
Wykres 9. Ilość spożywanych posiłków w zależności od wieku.....	23
Wykres 10. Ilość spożywanych dziennie posiłków w zależności od wykształcenia.....	24
Wykres 11. Ilość spożywanych dziennie posiłków w zależności od wskaźnika BMI.....	25
Wykres 12. Podjadanie między posiłkami w zależności od płci.....	26
Wykres 13. Podjadanie między posiłkami w zależności od wieku.....	27
Wykres 14. Podjadanie między posiłkami w zależności od wykształcenia.....	27
Wykres 15. Podjadanie między posiłkami w zależności od wskaźnika BMI.....	28
Wykres 16. Produkty spożywane między posiłkami.....	29
Wykres 17. Jedzenie w nocy w zależności od płci.....	30
Wykres 18. Częstość jedzenia w nocy w zależności od płci.....	31
Wykres 19. Palenie papierosów.....	32
Wykres 20. Podejmowane przez respondentów próby rzucenia palenia papierosów w okresie ostatnich 12 miesięcy.....	33
Wykres 21. Średnia ilość wypalanych dziennie papierosów.....	34
Wykres 22. Zażywanie tabaki.....	35
Wykres 23. Częstość zażywania tabaki.....	35

Wykres 24. Palenie e-papierosów.....	36
Wykres 25. Spożywanie alkoholu.....	37
Wykres 26. Rodzaj spożywanego alkoholu.....	38
Wykres 27. Rodzaj kupowanych butelek z alkoholem.....	39
Wykres 28. Częstotliwość spożycia alkoholu.....	40
Wykres 29. Spożycie alkoholu tylko w soboty i niedziele.....	41
Wykres 30. Wykonywanie intensywnych czynności fizycznych w okresie ostatnich 7 dni poprzedzających przyjazd do ośrodka w zależności od płci.....	42
Wykres 31. Ilość dni w tygodniu poświęconych na wykonywanie intensywnych czynności fizycznych w zależności od płci – kobiety.....	42
Wykres 32. Ilość dni w tygodniu poświęconych na wykonywanie intensywnych czynności fizycznych w zależności od płci – mężczyźni.....	43
Wykres 33. Wykonywanie umiarkowanych czynności fizycznych w zależności od płci.....	45
Wykres 34. Ilość dni w tygodniu poświęconych na wykonywanie umiarkowanych czynności fizycznych w zależności od płci – kobiety.....	45
Wykres 35. Ilość dni w tygodniu poświęconych na wykonywanie umiarkowanych czynności fizycznych w zależności od płci – mężczyźni.....	46
Wykres 36. Jednorazowe chodzenie przez 60 minut dziennie w zależności od płci.....	47
Wykres 37. Ilość dni w tygodniu poświęconych na co najmniej 60 minutowe jednorazowe chodzenie w zależności od płci – kobiety.....	48
Wykres 38. Ilość dni w tygodniu poświęconych na co najmniej 60 minutowe jednorazowe chodzenie w zależności od płci – mężczyźni.....	49
Wykres 39. Siedząca aktywność respondentów w zależności od płci.....	50

VII. SPIS RYCIN

Rycina 1. Porównywanie parami wiek i wynik ogólny wskaźnika BMI.....	21
--	----

VIII. KWESTIONARIUSZ

Nr ankiety (wypełnia koordynator)

ANKIETA

Szanowni Państwo!

Uczestniczy Pan/Pani w badaniu ankietowym, którego celem jest zbadanie zachowań zdrowotnych osób zamieszkujących tereny wiejskie, uczestniczących w turnusie rehabilitacyjnym w Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Jedlcu.

Ankieta jest anonimowa, a wszystkie odpowiedzi zostaną przeznaczone tylko i wyłącznie do celów badawczych.

Bardzo dziękujemy, że chce nam Pan/Pani pomóc w badaniach!

INFORMACJE OGÓLNE

1. Data badania

Dzień	Miesiąc	Rok

2. Wiek

- ☐ [1] 20-29 lat
☐ [2] 30-39 lat
☐ [3] 40-49 lat
☐ [4] 50-59 lat
☐ [5] 60-69 lat
☐ [6] 70 i więcej lat

3. Płeć

- ☐ [1] Kobieta
☐ [2] Mężczyzna

4. Miejsce zamieszkania

Województwo	Powiat	Gmina

5. Waga, wzrost

Waga (kg)	Wzrost (cm)

6. Wykształcenie

- ☐ [1] podstawowe
☐ [2] zasadnicze zawodowe
☐ [3] średnie lub średnie zawodowe
☐ [4] pomyślnie
☐ [5] wyższe

7. Liczba osób zamieszkujących wspólnie z Panem/Panią w gospodarstwie:
- ☐ [1] 1
- ☐ [2] 2
- ☐ [3] 3
- ☐ [4] 4 i więcej
8. Jaki typ gospodarstwa Pan/Pani posiada? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)
- ☐ [1] rolne
- ☐ [2] produkcyjne
- ☐ [3] hodowlane
- ☐ [4] handlowe
- ☐ [5] inne
- ☐ [6] nie posiadam gospodarstwa- proszę przejść do pytania nr 10
9. Jaka jest Pana/Pani wielkość gospodarstwa?
- ☐ [1] 0-5 ha
- ☐ [2] 6-10 ha
- ☐ [3] 11-15 ha
- ☐ [4] 16-20 ha
- ☐ [5] 21-30 ha
- ☐ [6] powyżej 30 ha
10. Jaki rodzaj pracy Pan/Pani wykonuje najczęściej?
- ☐ [1] praca fizyczna
- ☐ [2] praca umysłowa
- ☐ [3] praca przy obsłudze maszyny produkcyjnej
- ☐ [4] praca w domu
- ☐ [5] inna

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

11. Jak ocenia Pan/Pani swój ogólny stan zdrowia?
- ☐ [1] bardzo dobry
- ☐ [2] dobry
- ☐ [3] średni
- ☐ [4] zły
- ☐ [5] bardzo zły
12. Jakiej dziedziny chorób dotyczą Pana/Pani dolegliwości związane z przyczyną pobytu w Centrum Rehabilitacji w Jedlcu? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)
- ☐ [1] chirurgicznych
- ☐ [2] ortopedycznych
- ☐ [3] neurologicznych
- ☐ [4] reumatologicznych
- ☐ [5] chorób wewnętrznych
- ☐ [6] urologicznych

- ☐ [7] onkologicznych
- ☐ [8] dermatologicznych
- ☐ [9] kardiologicznych
- ☐ [10] otolaryngologicznych
- ☐ [11] inne

13. Czy Pan/Pani choruje na nadciśnienie tętnicze?

- ☐ [1] tak
- ☐ [2] nie

14. Jakie ciśnienie tętnicze miał/ła Pan/Pani przy przyjęciu do CRR KRUS w Jedlcu

15. Jakie ciśnienie tętnicze posiada Pan/Pani dziś?

16. Jakie najwyższe ciśnienie tętnicze kiedykolwiek u Pana/Pani zanotowano?

Rok.....	RR = /
----------	------------

17. Czy pobiera Pan na stałe leki nadciśnieniowe?

- ☐ [1] nie
- ☐ [2] tak – jeden lek
- ☐ [3] tak – dwa leki
- ☐ [4] tak – trzy leki
- ☐ [2] tak – cztery i więcej leków

18. Czy przebył Pan/Pani kiedykolwiek operację serca lub naczyń?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

19. Czy miał Pan/Pani badany kiedykolwiek poziom cholesterolu we krwi?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

20. Jaki poziom cholesterolu w badaniach krwi stwierdzano:

- ☐ [1] Poniżej 150
- ☐ [2] Między 150 a 250
- ☐ [2] Powyżej 250 do 300
- ☐ [2] Powyżej 300

21. Czy chorował Pan/Pani na chorobę nowotworową?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

21. Jeśli TAK niech Pan/Pani OKREŚLI, JAKIEGO NARZĄDU DOTYCZYŁA CHOROBA NOWOTWOROWA

- ☐ [1] płuca
- ☐ [2] nerki
- ☐ [3] głowa
- ☐ [4] mózg
- ☐ [5] choroby krwi np. białaczka
- ☐ [6] żołądek
- ☐ [7] trzustka
- ☐ [8] jelito grube
- ☐ [9] odbył
- ☐ [10] pierś
- ☐ [11] szyjka macicy
- ☐ [12] macica
- ☐ [13] prostata
- ☐ [14] inna lokalizacja (napisz)

22. Czy w związku z chorobą nowotworową miał Pan/Pani przeprowadzany zabieg chirurgiczny/?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

23. Czy ma Pan/Pani dolegliwości bólowe narządu ruchu?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

24. Czy te dolegliwości spowodowane są wypadkiem lub urazem?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

25. Czy te dolegliwości spowodowane są wypadkiem lub urazem związanym z wykonywaną pracą?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

26. Czy te dolegliwości spowodowane są wypadkiem lub urazem w pracy w gospodarstwie rolnym?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

27. Jakich okolic ciała dotyczą dolegliwości bólowe narządu ruchu?

- ☐ [1] kończyny dolnej
- ☐ [2] kończyny górnej
- ☐ [3] kręgosłupa
- ☐ [4] głowy i szyi

28. Jeśli dolegliwości bólowe dotyczą kręgosłupa, proszę wskazać jakiego odcinka
KRĘGOSŁUPA dotyczą?

- ☐ [1] odcinka szyjnego
- ☐ [2] odcinka piersiowego
- ☐ [3] odcinka lędźwiowego
- ☐ [4] odcinka krzyżowego lub lędźwiowo-krzyżowego

29. Od jak dawna cierpi Pan/Pani na bóle kręgosłupa?

- ☐ [1] od 1 roku
- ☐ [2] od 3 lat
- ☐ [3] od kilku lat
- ☐ [4] powyżej 10 lat

30. Jak ocenia Pan/Pani swoją budowę ciała?

- ☐ [1] chudy/a
- ☐ [2] szczupły/a
- ☐ [3] w normie
- ☐ [4] z nadwagą
- ☐ [5] otyły/a

31. Czy chciałby Pan/chciałaby Pani

- ☐ [1] schudnąć
- ☐ [2] przytyć
- ☐ [3] utrzymać dotychczasową sylwetkę

32. Ile posiłków najczęściej spożywa Pan/Pani dziennie?

- ☐ [1] 1-2
- ☐ [2] 3
- ☐ [3] 4
- ☐ [4] 5
- ☐ [5] 6 i więcej

33. Czy dojada/podjada Pan/Pani między posiłkami?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie – proszę przejść do pytania nr 35

34. Jakie produkty dojada/podjada Pan/Pani najczęściej między posiłkami?

- ☐ [1] przetwory mięsne (np. kiełbasa)
- ☐ [2] potrawy mączne (np. chleb, bułki)
- ☐ [3] słodycze (np. ciastka, cukierki, pączki)
- ☐ [4] owoce
- ☐ [5] warzywa

35. Czy zdarza się Panu/Pani jeść w nocy?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie – proszę przejść do pytania nr 37

36. Jeśli tak, to jak często Pan/Pani je w nocy?
- ☐ [1] co noc lub prawie co noc (5-7 dni w tygodniu)
- ☐ [2] 3-4 razy na tydzień
- ☐ [3] 1-2 razy na tydzień
- ☐ [4] rzadziej niż raz na tydzień
37. Czy pali Pan/Pani papierosy?
- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie – proszę przejść do pytania 40
38. Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy próbował/a Pan/Pani rzucić palenie?
- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie
39. Ile papierosów średnio wypalał/a Pan/Pani dziennie w przeciągu ostatniego miesiąca?
- ☐ [1] 1-5 papierosów
- ☐ [2] 6-10 papierosów
- ☐ [3] 11-20 papierosów
- ☐ [4] powyżej 20 papierosów
40. Czy zażywa Pan/Pani TABAKĘ?
- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie – proszę przejść do pytania 42
41. Jeśli TAK, to ile razy średnio zażywał/a Pan/Pani TABAKĘ dziennie w przeciągu ostatniego miesiąca?
- ☐ [1] 1-2 razy
- ☐ [2] 3- 5 razy
- ☐ [3] 6-10 razy
- ☐ [4] powyżej 10 razy
42. Czy PALI Pan/Pani papierosy elektroniczne (E-PAPIEROSY)?
- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie
43. Czy spożywa Pan/Pani alkohol?
- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie – proszę przejść do pytania 51
44. Jeśli spożywa Pan/Pani alkohol, to jaki to jest alkohol?
- ☐ [1] piwo
- ☐ [2] wino
- ☐ [3] wódka
- ☐ [4] whiskey
- ☐ [5] nalewki
- ☐ [6] koniak
- ☐ [7] drinki

45. Jeśli spożywa Pan/Pani alkohol, to w jakich butelkach KUPUJE alkohol?

- ☐ [1] tzw. „MAŁPKI „ 100 lub 200 mililitrów
- ☐ [2] wino w butelkach
- ☐ [3] wódka 0,5 lub 0,7 litra
- ☐ [4] piwo w butelkach 0,33 lub 0,5 litra
- ☐ [5] inne alkohole w tradycyjnych butelkach

46. Jeśli spożywa Pan/Pani PIWO, to ile średnio Pan/Pani wypija jednorazowo?

- ☐ [1] 0,5 litra piwa
- ☐ [2] 2 piwa
- ☐ [3] 3-4 piwa
- ☐ [4] powyżej 4 butelek piwa

47. Jeśli spożywa Pan/Pani WINO, to ile średnio Pan/Pani wypija jednorazowo?

- ☐ [1] 1-2 lampek wina
- ☐ [2] ½ butelki wina
- ☐ [3] 1 butelkę wina
- ☐ [4] powyżej 1 butelki wina

48. Jeśli spożywa Pan/Pani WÓDKĘ, to ile średnio Pan/Pani wypija jednorazowo?

- ☐ [1] 1-2 kieliszki
- ☐ [2] 1 małąkę
- ☐ [3] ćwiartkę wódki
- ☐ [4] 0,5 litra i powyżej

49. Ile razy w ciągu ostatniego miesiąca pił Pan/Pani alkohol w jakiegokolwiek postaci (piwo, wino, wódka, whiskey, nalewki, drinki)

- ☐ [1] 1-2 razy
- ☐ [2] 3-8 razy
- ☐ [3] 9-19 razy
- ☐ [4] ponad 20 razy
- ☐ [5] codziennie

50. Czy spożywa Pan/Pani alkohol tylko w soboty i niedziele?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

INFORMACJE O AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

51. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatniego tygodnia (7dni) przed przybyciem do Centrum Rehabilitacji w Jedlcu, w których wykonywał Pan/Pani intensywne czynności fizyczne np. podnoszenie (przenoszenie) dużych ciężarów, ciężka praca fizyczna, kopanie ziemi, aerobik, szybka jazda rowerem, bieganie

_____ wpisać liczbę dni w tygodniu

- ☐ Nie wykonywałem żadnych intensywnych czynności fizycznych – proszę przejść do pytania nr 53

52. Ile czasu w jednym z takich dni poświęca Pan/Pani zwykle na intensywne czynności fizyczne?

____ godzin dziennie

____ minut dziennie

☐ Nie wiem – nie mam pewności

53. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatniego tygodnia (7dni) przed przybyciem do Centrum Rehabilitacji w Jedlcu, w których wykonywał Pan/Pani umiarkowane czynności fizyczne, np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda na rowerze w normalnym tempie, prace domowe, lekkie prace przydomowe. Proszę nie brać pod uwagę chodzenia.

____ dni w tygodniu

☐ Nie wykonywałem żadnych umiarkowanych czynności fizycznych – proszę przejść do pytania nr 55

54. Ile czasu w jednym z takich dni poświęca Pan/Pani zwykle na umiarkowane czynności fizyczne?

____ godzin dziennie

____ minut dziennie

☐ Nie wiem – nie mam pewności

55. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatniego tygodnia (7dni) przed przybyciem do Centrum Rehabilitacji w Jedlcu, w których chodził Pan/Pani jednorazowo co najmniej 60 minut dziennie. Obejmuje to chodzenie w czasie pracy, w domu, spacer, przemieszczanie się z miejsca na miejsce.

____ dni w tygodniu

☐ Nie chodziłem – proszę przejść do pytania nr 57

56. Proszę podać ile czasu w jednym z takich dni poświęca Pan/ Pani zwykle na chodzenie?

____ godzin dziennie

____ minut dziennie

☐ Nie wiem – nie mam pewności

57. Proszę podać ile czasu, w ciągu ostatniego tygodnia przed przybyciem do Centrum Rehabilitacji w Jedlcu, spędził Pan/Pani siedząc (dotyczy tylko dni powszednich). Obejmuje to siedzenie przy biurku (komputerze), odwiedziny u znajomych, czytanie, oglądanie telewizji (siedząc lub leżąc).

_____ godzin dziennie

_____ minut dziennie

☐ Nie wiem – nie mam pewności

58. Czy w Pani/Pana mieście/gminie znajdują się ogólnodostępne obiekty sportowe (sala gimnastyczna, boiska, ścieżki rowerowe)?

☐ [1] Tak

☐ [2] Nie – proszę przejść do pytania nr 60

59. Jakie ogólnodostępne obiekty sportowe znajdują się w Pana/Pani mieście/gminie?

☐ [1] sala gimnastyczna

☐ [2] boisko sportowe

☐ [3] pływalnia

☐ [4] ścieżka rowerowa

☐ [5] klub fitness

☐ [6] siłownia

☐ [7] korty tenisowe

☐ [8] inne, jakie

60. Czy korzysta Pan/Pani z obiektów sportowych (sal gimnastycznych, boisk, ścieżek rowerowych) znajdujących się w Pana/Pani mieście/gminie?

☐ [1] Tak

☐ [2] Nie – proszę przejść do pytania 62

61. Z jakich obiektów sportowych korzysta Pan/Pani najczęściej (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?

☐ [1] sala gimnastyczna

☐ [2] boisko sportowe

☐ [3] pływalnia

☐ [4] ścieżka rowerowa

☐ [5] klub fitness

☐ [6] siłownia

☐ [7] korty tenisowe

☐ [8] inne, jakie.....

62. Z jakich powodów Pan/Pani NIE KORZYSTA z obiektów sportowych znajdujących się w Pana/Pani mieście/gminie?

- ☐ [1] brak czasu
- ☐ [2] stan zdrowia
- ☐ [3] wiek
- ☐ [4] zmęczenie
- ☐ [5] brak zainteresowania, chęci, preferowanie biernego wypoczynku
- ☐ [6] brak środków finansowych
- ☐ [7] brak towarzystwa
- ☐ [8] inne przyczyny.....

63. Czy posiada Pan/Pani hobby?

- ☐ [1] Tak
- ☐ [2] Nie

64. Jeżeli tak to jakiego obszaru hobby dotyczy? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- ☐ [1] czytanie książek
- ☐ [2] kolekcjonerstwo - jakie.....
- ☐ [3] gotowanie
- ☐ [4] podróże
- ☐ [5] sport, jaki.....
- ☐ [6] łowiectwo
- ☐ [7] wędkowanie
- ☐ [8] robótki ręczne, jakie.....
- ☐ [9] działalność społeczna, jaka.....
- ☐ [10] inne, jakie.....

Serdecznie dziękujemy za rzetelne wypełnienie kwestionariusza

IX. PUBLIKACJE I OŚWIADCZENIA WSPÓŁAUTORÓW

1. **Przybył M.**, Wojtyła E., Wojtyła A., Biliński P., Ksepka J., (2023). Otyłość i nadwaga wśród mieszkańców terenów wiejskich jako problem zdrowotny na przykładzie pacjentów Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu. Biul. Gł. Bibl. Lek. 2023, R. 56, nr 381, s. 59-76. (MEiN 140).
2. **Przybył M.**, Ksepka J., Hendrysiak J., Karasiewicz W., (2024). Analysis of the physical activity of rural residents in the perspective of chronic diseases on the example of patients of the KRUS Farmers' Rehabilitation Center in Jedlec. Long-Term Care Nursing, Vol. 9, year 2024, issue 2, p. 71-89. (MEiN 40).
3. **Przybył M.**, Wojtyła-Buciora P., Ksepka J., Hendrysiak J., Jerczak M., Przybył F., (2024). Badania stylu życia skoncentrowane na konsumpcji alkoholu i paleniu tytoniu wśród mieszkańców obszarów wiejskich na przykładzie pacjentów Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu. Biul. Gł. Bibl. Lek. 2024, R. 56, nr 383, s. 33-48. (MEiN 20).
4. **Przybył M.**, Przewoźniak K., Barabasz M., Wojtyła E., Sociodemographic inequalities in cigarette smoking, alcohol drinking and simultaneous use of cigarettes and alcohol among Polish farmers: findings from questionnaire survey conducted among patients of the voivodeship farmer's rehabilitation centre in Poland. Journal Health Inequalities, 2025; 11 (1): 1–10. (MEiN 100).

SUMARYCZNIE: MEiN: 300 pkt.