

# 13. ROZPOWSZECHNIENIE BEHAVIORALNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA ZDROWOTNEGO

Anna Poznańska, Daniel Rabcenko, Bogdan Wojtyniak

---

Wiele elementów stylu życia ma istotne znaczenie dla zdrowia, a w konsekwencji jakości i długości życia. O znaczeniu diety i ćwiczeń fizycznych pisali już lekarze starożytni Herodikus (V w. p.n.e.), Hipokrates (V–IV w. p.n.e.), Galen (II w. n.e.). Znacznie później, bo dopiero w latach 50-tych XX wieku, udowodniono niekorzystny wpływ palenia tytoniu na długość życia, kiedy wyniki Badania Lekarzy Brytyjskich (ang.: *British Doctors' Study*) pokazały, że zwiększa ono ryzyko zgonu z powodu raka płuc i zakrzepicy naczyń wieńcowych<sup>1</sup>. Warto też podkreślić znaczenie rozpoczętego w 1948 r. i stale kontynuowanego *Framingham Heart Study* w zidentyfikowaniu behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia<sup>2</sup>.

Próby liczbowego oszacowania wpływu stylu życia na stan zdrowia populacji podejmowane są przynajmniej od czasu ogłoszenia koncepcji obszarów zdrowia Lalonde'a (1974)<sup>3</sup>. Przykładowo w latach 90-tych XX wieku jego udział w umieralności z ogółu przyczyn szacowano na 50%, podczas gdy czynnikom biologicznym oraz środowiskowym/społecznym przypisywano po 20%, a systemowi ochrony zdrowia – 10%<sup>4</sup>.

Najnowsze analizy Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (*GBD Study 2021*) przypisują behawioralnym czynnikom ryzyka (nie wlicza się tu nadwagi i otyłości) w 2021 r. 28,2% światowych zgonów z ogółu przyczyn (32,2% wśród

---

<sup>1</sup> Doll R, Hill AB (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits. *BMJ* 328 (7455): 1529-33; doi:10.1136/bmj.328.7455.1529

<sup>2</sup> Syed S Mahmood i wsp. (2014). The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet* 383 (9921):999-1008; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61752-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61752-3)

<sup>3</sup> Lalonde M., A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document, National government publication, Ottawa 1974

<sup>4</sup> Badura B. (1995). What is and What Determines Health. W: Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe. Eds.: Laaser U., de Leeuw E., Stock Ch., Juventa Verlag, Munchen

mężczyzn i 23,1% wśród kobiet)<sup>5</sup>. Odsetki dla Polski są zbliżone, odpowiednio wynoszą 28,3%, 33,3% i 22,9% – nieco większa różnica dotyczy mężczyzn. Należy jednak pokreślić, że dane te dotyczą okresu, gdy trwała jeszcze pandemia COVID-19 i znaczenie behawioralnych czynników ryzyka dla natężenia umieralności było niższe niż przeciętnie. Wartości powyższych wskaźników za 2021 r. były wyraźnie najniższe w całym analizowanym okresie (1990–2021).

Wyniki GBD za 2018 r. mówią o ich wpływie na 33,8% zgonów na świecie (39,1% wśród mężczyzn i 27,5% wśród kobiet). Dla Polski odsetki te były wyższe i wynosiły odpowiednio: 36,2%, 42,9% i 29,1%.

Jednocześnie behawioralne, a więc modyfikowalne, czynniki ryzyka odpowiadały w Polsce w 2021 r. za 25,6% ogółu DALY (ang. *Disability-adjusted life years*) – lat życia, które społeczeństwo traci na skutek przedwczesnej śmierci lub uszczerbku na zdrowiu jego członków. Odsetki te wynosiły 30,9% dla mężczyzn i 19,5% dla kobiet. Podobnie jak w przypadku zgonów, w związku z trwającą wówczas pandemią, wartości te są wyraźnie najniższe w analizowanym okresie (1990–2021).

W miarę powiększania się wiedzy na temat znaczenia behawioralnych czynników ryzyka władze poszczególnych krajów oraz organizacje międzynarodowe podejmowały rozmaite działania edukacyjne i profilaktyczne. Z inicjatywy WHO powstał też Globalny plan działania na rzecz zapobiegania i kontroli chorób niezakaźnych wskazujący palenie tytoniu, szkodliwe spożywanie alkoholu, niezdrową dietę oraz brak aktywności fizycznej jako czynniki, których ograniczenie ma zapobiec wielu zachorowaniom i większości przedwczesnych zgonów z tego powodu na świecie. W 2019 r. plan został przedłużony do 2030 r. Jednym z jego celów jest redukcja modyfikowalnych czynników ryzyka chorób niezakaźnych, a także leżących u ich podstaw czynników społecznych poprzez tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu<sup>6</sup>. Aktualny Ogólny Program Prac WHO na lata 2025–2028 zaleca podejmowanie działań kompleksowych – wielosektorowych i wielopodmiotowych<sup>7</sup>.

W Polsce ograniczenie rozpowszechnienia wielu czynników ryzyka związanych ze stylem życia wpisano do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, podstawowego dokumentu polityki zdrowia publicznego, wyznaczającego jej cele i najważniejsze zadania<sup>8</sup>. Dla realizacji celu strategicznego Programu, jakim

<sup>5</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Results, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> dostęp: 7.04.2025

<sup>6</sup> WHO (2022) Updated Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan 2013-2030

<sup>7</sup> WHO (2025). A Global Health Strategy for 2025-2028 – advancing equity and resilience in a turbulent world: fourteenth General Programme of Work. Geneva

<sup>8</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. 2021 r. poz. 642)

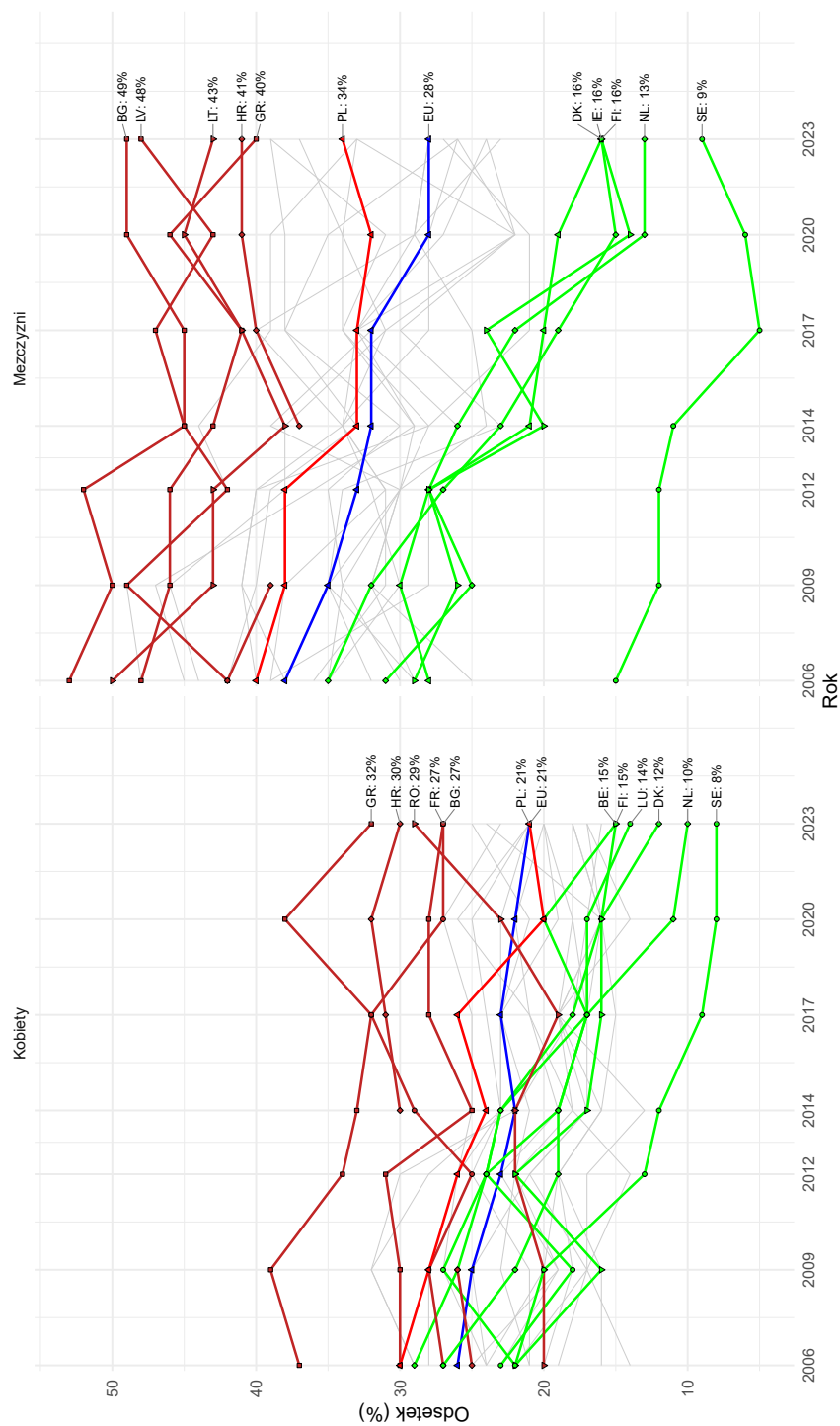
jest „zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu” określono dwa cele operacyjne bezpośrednio nawiązujące do poprawy zachowań zdrowotnych tj. profilaktykę nadwagi i otyłości oraz profilaktykę uzależnień. Pierwszy z nich obejmuje zadania związane z upowszechnieniem prawidłowego odżywiania i zwiększenia aktywności fizycznej społeczeństwa, drugi – z ograniczeniem palenia tytoniu i spożywania alkoholu.

## Stosowanie tradycyjnych wyrobów tytoniowych oraz ich zamienników

Rycina 13.1 prezentuje trendy w odsetku stosujących tradycyjne wyroby tytoniowe codziennie w Polsce, Unii Europejskiej a także wybranych krajach UE, w których sytuacja jest najlepsza i najgorsza.

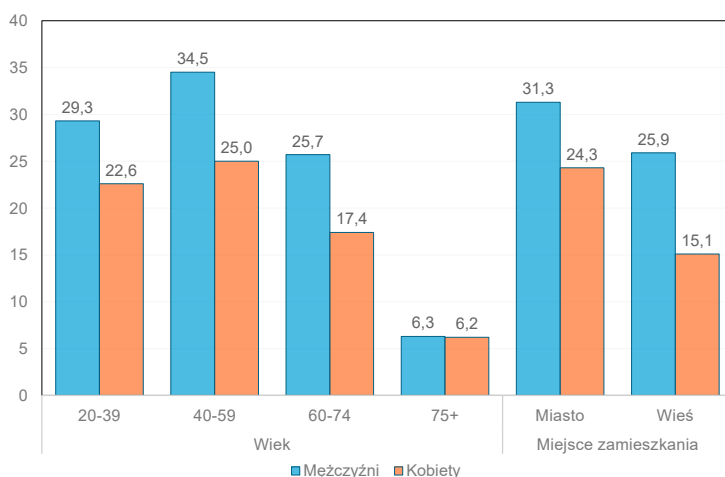
W Polsce od 2006 r. obserwowano systematyczny spadek odsetka stosujących codziennie tradycyjne wyroby tytoniowe (papierosy, fajka, cygara) zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet (ryc. 13.1). W ostatnich latach, szczególnie po 2020 r., trend ten uległ jednak zahamowaniu. W naszym badaniu, na początku 2025 r. codzienne palenie deklarowało 28,8% mężczyzn oraz 20,3% kobiet. W przypadku mężczyzn widoczny jest niewielki wzrost odsetka palących, co stanowi odwrócenie wcześniejszej tendencji. Wśród kobiet spadek również uległ spowolnieniu, a poziom utrzymuje się obecnie bez wyraźnej dalszej poprawy.

W Unii Europejskiej ogólny trend pozostaje malejący zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet. Polska odstaje od krajów o najniższych wskaźnikach palenia – wśród kobiet są to m.in. Szwecja (8%) i Holandia (13%), a wśród mężczyzn Holandia (10%) i Szwecja (9%). Jednocześnie zmiany (różnej wielkości i w różnym kierunku) odsetka palących codziennie obserwowane są w różnych krajach. Są to zmiany nie tylko związane z wystąpieniem pandemii COVID-19. Zwraca uwagę znaczny wzrost codziennie palących kobiet w Grecji (od 2012 r. do 2020 r.) i Rumunii (od 2017 r. do 2023 r.), a także długotrwałe pozytywne zmiany w Szwecji, Holandii i Danii. Ciekawe zmiany zachodzą we Francji, gdzie również widać stały, korzystny trend, jednak bezwzględny poziom odsetka codziennie palących kobiet pozostaje wysoki. W populacjach mężczyzn warto zwrócić na brak korzystnych zmian w krajach o bardzo wysokim wskaźniku palących codziennie (z wyłączeniem Grecji) oraz pewne zahamowanie, a nawet wzrost w 2023 r. korzystnych trendów w krajach o najniższym poziomie wskaźnika (Szwecja, Holandia, Finlandia, Irlandia). Aktualny poziom palenia w Polsce odpowiada wartościom obserwowanym w tych krajach około dwie dekady temu.



Ryc. 13.1.1. Odsetek palących codziennie w Polsce, Unii Europejskiej oraz wybranych krajach (dane: Eurostat)

Rycina 13.2 przedstawia odsetek osób palących codziennie w 2025 r. w zależności od płci, grupy wieku i miejsca zamieszkania. W grupie wieku 20–39 lat codzienne palenie deklaruje 29,3% mężczyzn i 22,6% kobiet. W przedziale 40–59 lat odsetek ten wynosi 34,5% u mężczyzn oraz 25,0% u kobiet. W grupie 60–74 lata palenie codzienne dotyczy 25,7% mężczyzn i 17,4% kobiet. W grupie wieku 75+ palenie codzienne deklaruje 6,3% mężczyzn i 6,2% kobiet. We wszystkich grupach wieku, z wyjątkiem 75+, odsetek codziennie palących mężczyzn przewyższa odsetek kobiet. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet odsetek palących jest wyraźnie wyższy w miastach niż na wsi (o 5,9 punktów procentowych dla mężczyzn i 9,2 punktów procentowych dla kobiet).



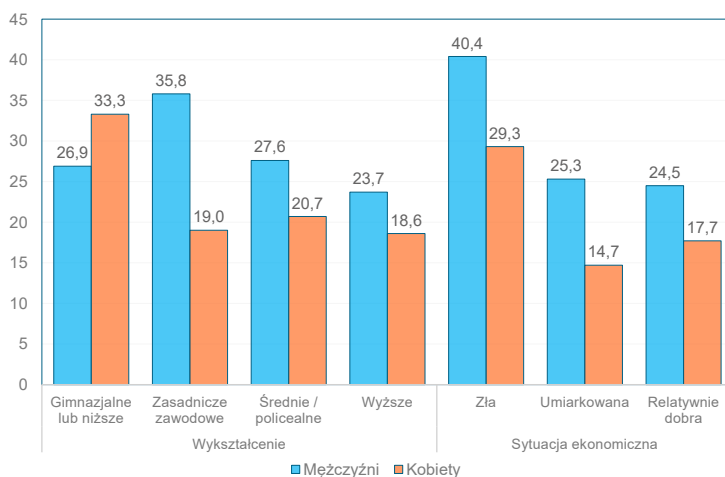
**Ryc. 13.2.** Odsetek palących codziennie w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania w Polsce w 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka, NIZP PZH – PIB 2025)

W 2025 r. w Polsce częstość codziennego palenia tytoniu wyraźnie różni się w zależności od płci, poziomu wykształcenia oraz subiektywnej oceny sytuacji ekonomicznej. Wśród kobiet jedynie osoby z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym wyróżniają się znacząco wyższym (33,3%) odsetkiem palących. W przypadku mężczyzn najwyższe wartości występują w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym, a najniższe wśród osób z wykształceniem wyższym.

Podobne zależności można zaobserwować w odniesieniu do oceny sytuacji ekonomicznej. W Badaniu Zdrowia i Czynniki Ryzyka przeprowadzonym przez NIZP PZH – PIB w 2025 r. zadano pytania dotyczące trudności finansowych gospodarstwa domowego respondenta związanych z zaspokajaniem podstawowych potrzeb, takich jak żywność, odzież oraz opłaty za mieszkanie i media. Na podstawie odpowiedzi

utworzono trzy kategorie sytuacji ekonomicznej stosowane w tym tekście. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, palenie najczęściej deklarują osoby oceniające swoją sytuację jako złą, a najrzadziej – osoby, które postrzegają ją jako umiarkowaną lub relatywnie dobrą.

We wszystkich analizowanych kategoriach – z wyjątkiem grupy z najniższym poziomem wykształcenia – częściej palą mężczyźni niż kobiety.

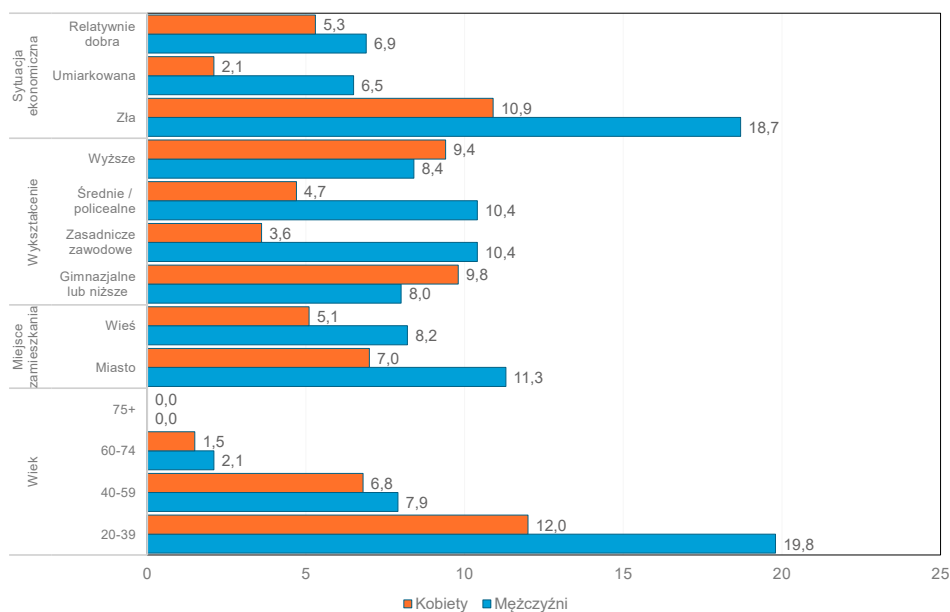


**Ryc. 13.3.** Odsetek palących codziennie w zależności od płci, wykształcenia i sytuacji ekonomicznej w Polsce w 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka NIZP PZH – PIB)

W badaniu 56,9% obecnie palących mężczyzn i 63,6% obecnie palących kobiet deklarowało podejmowane w przeszłości próby rzucenia palenia. Jednocześnie spośród osób obecnie niepalących 32,9% (39,1% mężczyzn i 28,2% kobiet) rzuciło palenie (deklarowało palenie codzienne lub okazjonalne w przeszłości). Wartości te pokazują pole możliwości związane z prowadzeniem działań mających na celu zmniejszenie rozpowszechnienia palenia. Spośród osób, które próbowały rzucić palenie profesjonalnej pomocy (lekarza, psychoterapeuty, uczestnictwa w programach rzucania palenia) poszukiwało tylko 18,4% (zarówno mężczyzn, jak i kobiet). Większość poszukujących, bo 77,7% mężczyzn i 84,6% kobiet taką pomoc uzyskało, odpowiednio 65,6% oraz 76,1% bezpłatnie.

Rycina 13.4 przedstawia odsetek kobiet i mężczyzn codziennie stosujących zamienniki wyrobów tytoniowych, takie jak e-papierosy, podgrzewacze tytoniu, saszetki z nikotyną, tytoń do żucia, w podziale na wiek, wykształcenie oraz sytuację ekonomiczną. Najwyższy odsetek użytkowników odnotowano wśród osób w wieku 20–39 lat. Żaden z respondentów w wieku 75 lat i więcej nie zadeklarował stosowania elektronicznych wyrobów tytoniowych. Zarówno w przypadku mężczyzn

jak i kobiet o ponad jedną trzecią częściej zamienniki wyrobów tytoniowych stosują mieszkańcy miast. Większe zróżnicowanie w zależności od wykształcenia zaobserwowano w grupie kobiet – najwyższy odsetek w grupach z wykształceniem wyższym oraz gimnazjalnym i poniżej. Zwraca uwagę inny charakter związku wykształcenia z częstotliwością stosowania zamienników tytoniowych – względne zróżnicowanie w populacji mężczyzn jest mniejsze, przy czym najwyższy odsetek palących codziennie obserwuje się w grupach z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym, wśród kobiet – w grupach z wykształceniem wyższym oraz gimnazjalnym i poniżej. Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet najczęściej stosowanie zamienników wyrobów tytoniowych obserwuje się w grupie o najgorszej sytuacji finansowej.

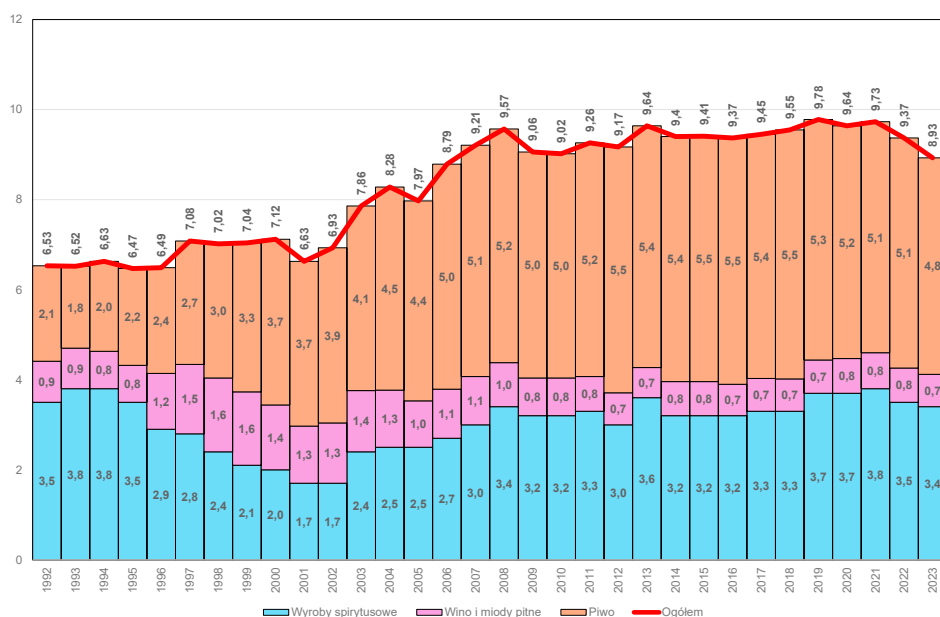


**Ryc. 13.4.** Odsetek osób codziennie stosujących zamienniki wyrobów tytoniowych (np. e-papieros, podgrzewacze tytoniu, saszetki, tytoń do żucia), w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz sytuacji ekonomicznej, w podziale na płeć (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Istotnym zagadnieniem jest jednoczesne stosowanie wyrobów tytoniowych oraz ich zamienników. Analiza wykazała, że wśród osób palących codziennie 23,0% używa również zamienników, w tym 16,4% sięga codziennie również po zamienniki wyrobów tytoniowych, a kolejne 6,6% używa ich rzadziej niż codziennie. W grupie osób palących rzadziej niż codziennie, odpowiednie odsetki wynoszą 17,3% i 13,7%. Oznacza to, że łącznie 31,0% tej grupy sięga po zamienniki mimo ograniczonego stosowania tradycyjnych wyrobów tytoniowych, co wskazuje na tendencję do uzupełniania konsumpcji tytoniu alternatywnymi produktami nikotynowymi.

## Konsumpcja alkoholu

Przedstawienie poziomu konsumpcji alkoholu w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej jest zaskakująco trudnym zadaniem. Dane dostępne w bazach WHO, Eurostatu i OECD są niekompletne lub sprzed kilku lat, co w kontekście spadku spożycia w Polsce w ostatnich dwóch latach (ryc. 13.5) oraz wystąpienia epidemii COVID-19 czyni zadanie trudniejszym. Pewnym źródłem mogą być, przygotowane na podstawie danych o sprzedaży alkoholu oraz szacunków nierejestrowanego spożycia, prognozy Global Health Observatory<sup>9</sup> umiejscawiające Polskę ponad średnią europejską.



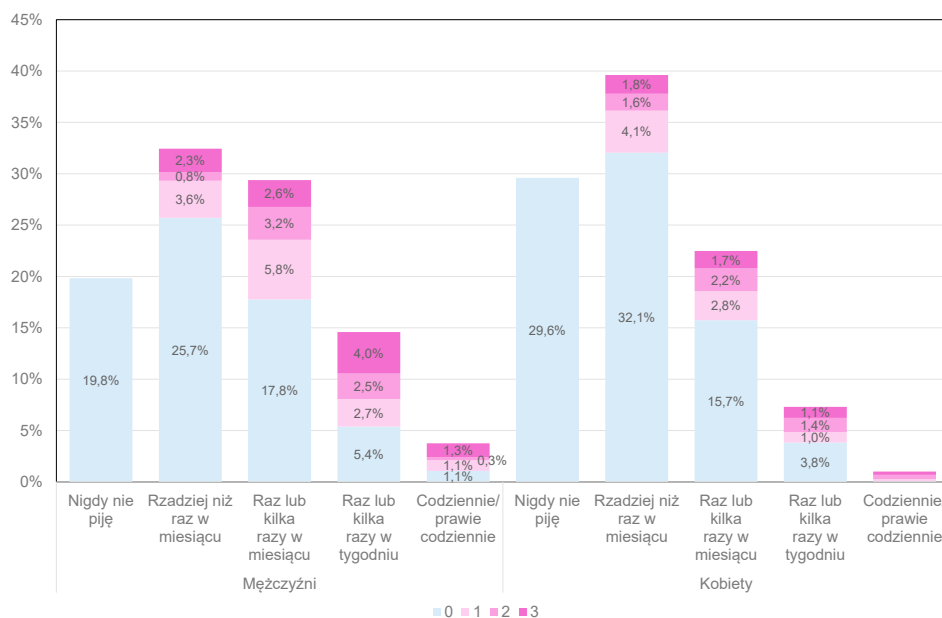
**Ryc. 13.5.** Zmiany spożycia alkoholu na 1 mieszkańca, z uwzględnieniem struktury rodzaju spożywanego alkoholu w Polsce w latach 1992–2013 (Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom<sup>10</sup> na podstawie danych GUS<sup>11</sup>)

<sup>9</sup> „Alcohol, Total (Recorded + Unrecorded) per Capita (15+) Consumption with 95%CI, Projections”. Dostęp 12 kwiecień 2025. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-total-\(recorded-unrecorded\)-per-capita-\(15-\)-consumption-with-95-ci-projections](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-total-(recorded-unrecorded)-per-capita-(15-)-consumption-with-95-ci-projections)

<sup>10</sup> „Spożycie-napojow-alkoholowych-na-jednego-mieszkanca2023.pdf”. Dostęp 12 kwiecień 2025. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/09/Spozycie-napojow-alkoholowych-na-jednego-mieszkanca2023.pdf>.

<sup>11</sup> GUS. „Dostawy na rynek krajowy oraz spożycie niektórych artykułów konsumpcyjnych na 1 mieszkańca w 2023 roku”. stat.gov.pl. Dostęp 12 kwiecień 2025. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/handel/dostawy-na-rynek-krajowy-oraz-spozycie-niektorych-artykułow-konsumpcyjnych-na-1-mieszkanca-w-2023-roku,9,14.html>.



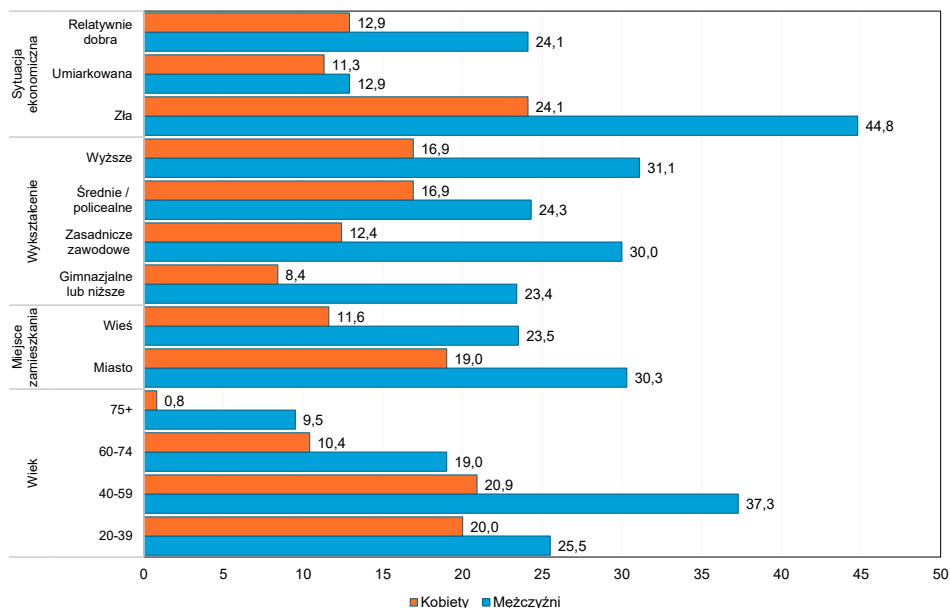


**Ryc. 13.6.** Deklarowana częstość spożywania alkoholu z uwzględnieniem liczby wskaźników ryzykownego picia (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Rycina 13.6 przedstawia deklarowaną częstość spożywania alkoholu z uwzględnieniem odpowiedzi ankietowanych mężczyzn i kobiet dotyczących występowania u nich wskaźników ryzykownego picia. Ryzykowne picie oceniano za pomocą trzech pytań dotyczących wystąpienia u respondenta myśli, że spożywa za dużo alkoholu, złego samopoczucia lub poczucia winy z powodu spożywania alkoholu, lub zgłoszenia przez respondenta w wywiadzie irytacji z powodu uwag otoczenia dotyczących jego picia alkoholu. Twierdząca odpowiedź na jedno z tych pytań kwalifikuje respondenta do grupy, u której występują wskaźniki ryzykownego picia.

Sumarycznie potencjalnie szkodliwą częstość konsumpcji alkoholu (raz lub częściej w tygodniu) zadeklarowało 18,4% mężczyzn i 8,3% kobiet. Co najmniej jeden wskaźnik ryzykownego picia (niezależnie od deklarowanej częstości spożycia) wystąpił u 29,6% mężczyzn oraz u 18,0% kobiet.

W dalszej części opracowania analizowana będzie kategoria osób, które albo zadeklarowały potencjalnie szkodliwą częstotliwość picia alkoholu albo znajdują się w grupie osób, u których występują 2 lub 3 wskaźniki ryzykownego picia. Odsetek osób ryzykownie pijących alkohol wg powyższej definicji różnił się w znacznym stopniu w zależności od płci i wynosił 27,2% mężczyzn oraz 15,7% kobiet.



**Ryc. 13.7.** Odsetek osób ryzykownie pijących alkohol, w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz sytuacji ekonomicznej, w podziale na płeć, 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Rycina 13.7 przedstawia odsetek osób, u których stwierdzono obecność wskaźników ryzykownego picia alkoholu, z uwzględnieniem wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia oraz sytuacji ekonomicznej, wśród kobiet i mężczyzn.

Wśród mężczyzn najwyższy odsetek ryzykownego picia odnotowano w wieku 40–59 lat (37,3%), w grupach z wykształceniem wyższym (31,1%) a także zasadniczym zawodowym (30,0%) oraz deklarujących złą sytuację ekonomiczną (44,8%). Mieszkańcy miast o około 1/3 częściej piją ryzykownie niż mieszkańcy wsi. Najwyższe odsetki odpowiedzi mogących świadczyć o ryzykownym picu w grupie kobiet zaobserwowano w grupach wiekowych 40–59 lat (20,9%) oraz 20–39 lat (20,0%), w grupach z wykształceniem wyższym oraz średnim/policealnym (po 16,9%) oraz w złej sytuacji ekonomicznej (24,1%). Mieszkancki miast o blisko 2/3 częściej piją ryzykownie niż kobiety mieszkające na wsi.

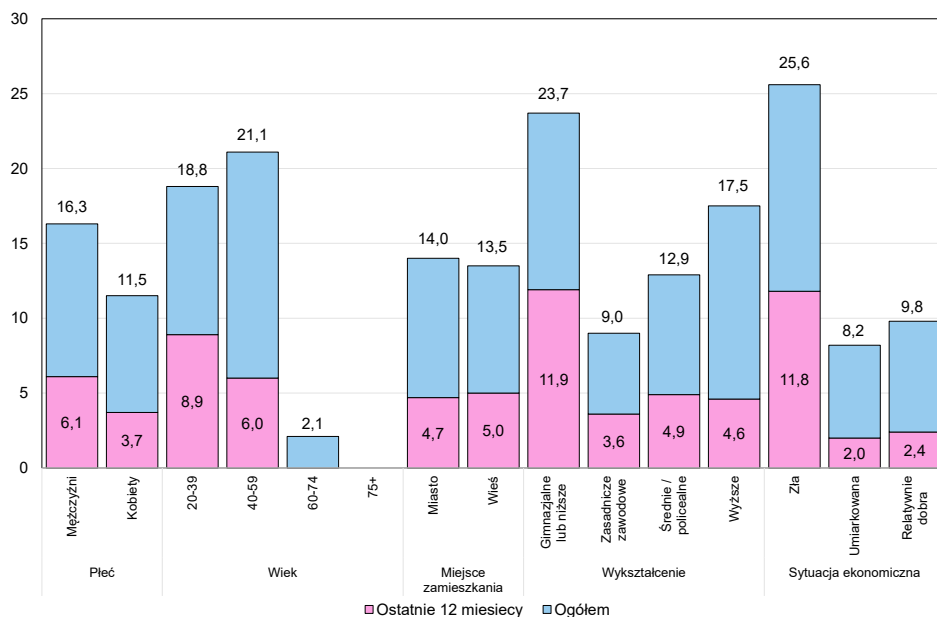
## Stosowanie substancji psychoaktywnych

W obecnej edycji badania rozpowszechnienia czynników ryzyka po raz pierwszy zdecydowano się na zadanie pytań związanych ze stosowaniem substancji

psychoaktywnych. Zadano pytania dotyczące marihuany, substancji stymulujących (amfetamina, efedryna, dopalacze) oraz substancji o dużym potencjale uzależniającym, tak zwanych narkotyków twardych (heroina, LSD, kokaina).

Rycina 13.8 przedstawia częstość stosowania marihuany. Odsetek mężczyzn używających marihuany był wyższy niż kobiet zarówno ogółem (16,3% vs 11,5%), jak i w ostatnich 12 miesiącach (6,1% vs 3,7%). Do stosowania marihuany przystępowały głównie osoby przed 60 r. ż. – w grupie 20–39 lat odsetek używających w okresie całego życia wynosił 18,8%, a w grupie 40–59 – 21,1%; w ostatnich 12 miesiącach odpowiednio 8,9% i 6,0%.

Najwyższy odsetek osób stosujących marihuanę w ciągu całego życia odnotowano wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (23,7%, 11,9% w ciągu ostatnich 12 miesięcy) oraz w złej sytuacji ekonomicznej (25,6%, 11,8% w ciągu ostatnich 12 miesięcy).



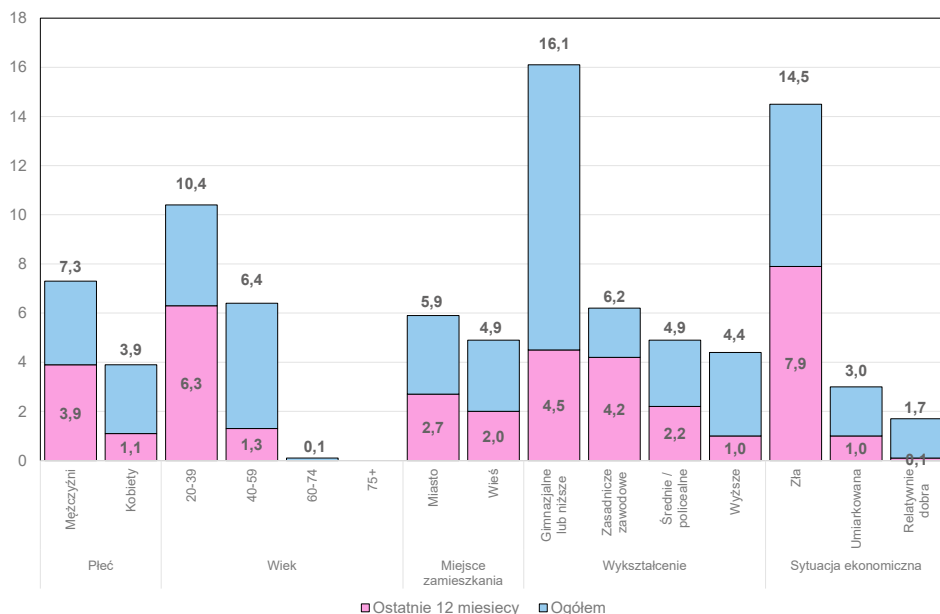
**Ryc. 13.8.** Stosowanie marihuany w ostatnich 12 miesiącach oraz kiedykolwiek w ciągu całego życia w 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Na rycinie 13.9 przedstawiono stosowanie substancji stymulujących, takich jak amfetamina, efedryna i tzw. dopalacze. Mężczyźni wykazywali wyższe wskaźniki użycia substancji stymulujących niż kobiety zarówno ogółem (7,3% vs 3,9%), jak i w ostatnich 12 miesiącach (3,9% vs 1,1%). W świetle wyników problem stosowania

substancji stymulujących dotyczył niemal wyłącznie osób przed 60 r. ż., w grupie 20–39 lat odsetek używających w okresie całego życia wynosił 10,4% a w grupie 40–59 lat – 6,4% oraz odpowiednio 6,3% i 1,3% w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Najwyższy odsetek osób stosujących substancje stymulujące w ciągu całego życia odnotowano wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (16,1%) oraz w złej sytuacji ekonomicznej (14,5%). W ostatnich 12 miesiącach najwyższe wskaźniki odnotowano w tych samych grupach: 4,5% i 7,9% odpowiednio. W grupie wieku 20–39 lat stosowanie ogółem wyniosło 10,4%, a w ostatnich 12 miesiącach – 6,3%.

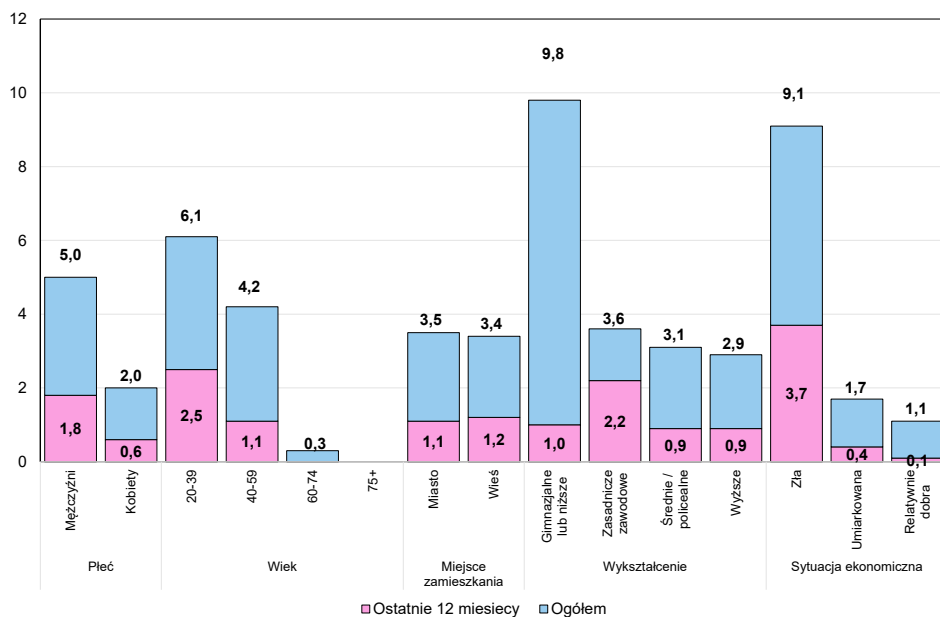
Zwraca uwagę częste stosowanie stymulantów wśród osób zgłaszających złą sytuację materialną.



**Ryc. 13.9.** Stosowanie substancji stymulujących w ostatnich 12 miesiącach oraz kiedykolwiek w ciągu całego życia, 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Rycina 13.10 prezentuje odsetki osób stosujących substancje psychoaktywne o dużym potencjale uzależniającym (LSD, kokaina, heroina i inne). Mężczyźni wykazywali wyższe wskaźniki użycia narkotyków twardych niż kobiety zarówno ogółem (5,0% vs 2,0%), jak i w ostatnich 12 miesiącach (1,8% vs 0,6%). Zjawisko stosowania tych substancji dotyczyło głównie osób przed 60. r. ż. W grupie wieku 20–39 lat odsetek używających w okresie całego życia wynosił 6,1%, a w grupie 40–59 lat – 4,2%; odpowiednio 2,5% i 1,1% w ostatnich 12 miesiącach.

Najwyższy odsetek osób używających narkotyków twardych kiedykolwiek w życiu odnotowano wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (9,8%) oraz deklarujących złą sytuację ekonomiczną (9,1%). W ostatnich 12 miesiącach najwyższe wartości dotyczyły tych samych grup: odpowiednio 1,0% i 3,7%. Warto podkreślić, że Badanie Zdrowia i Czynniki Ryzyka przeprowadzone przez NIZP-PZH – PIB miało charakter przekrojowy, co oznacza, że jednocześnie oceniano wykształcenie, status ekonomiczny oraz stosowanie substancji psychoaktywnych. Dlatego zaobserwowane związki nie wskazują na przyczynowo skutkowy kierunek zależności.



**Ryc. 13.10.** stosowanie substancji psychoaktywnych o dużym potencjale uzależniającym (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

## Nadwaga i otyłość

Według wyników Globalnego Badania Obciążenia Chorobami (GBD 2021) zbyt wysoka masa ciała jest w Polsce piątym co do znaczenia czynnikiem ryzyka zdrowotnego, któremu przypisuje się 7,7% ogółu zgonów oraz 7,6% utraconych lat życia w zdrowiu<sup>5</sup>. Dla kobiet jest to drugi z najważniejszych czynników ryzyka

w odniesieniu do DALY (8,9%) i czwarty dla zgonów (9,3%), dla mężczyzn odpowiednio szósty (6,5%) i ósmy (6,2%).

Najnowsze dostępne oszacowania rozpowszechnienia nadwagi i otyłości w populacji ogólnopolskiej powstały na podstawie badań ankietowych obejmujących samoocenę masy ciała i wzrostu przez respondentów. Uzyskiwane wyniki są zróżnicowane, również ze względu na różnice metodyczne. I tak Europejski Sondaż Społeczny (ang.: *European Social Survey*), realizowany w ramach europejskiego konsorcjum infrastruktury badawczej (ang. *European Research Infrastructure Consortium*) w dziedzinie nauk społecznych i humanistycznych przeprowadzony na przełomie lat 2023/24 szacuje rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (indeks BMI  $\geq 25$ ) wśród ludności w wieku 15 lat lub więcej na 57,6% (69,0% wśród mężczyzn i 47,4% wśród kobiet), a otyłości (BMI  $\geq 30$ ) odpowiednio na 18,8% (22,1% i 16,5%)<sup>12</sup>.

Zbliżone wyniki uzyskano w badaniu „Zdrowie osób dorosłych” zrealizowanym przez GUS w 2022 r. jako moduł Europejskiego Badania Warunków Życia (EU-SILC). Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała wśród ludności Polski w wieku 16 lat lub więcej oszacowano na 57,1% (65,7% wśród dla mężczyzn i 49,3% wśród kobiet), a otyłości na 18,0% (odpowiednio 19,5% i 16,7%)<sup>13</sup>

Oszacowanie skali problemu dokonywane przez WHO na podstawie wielu źródeł (z preferencją dla danych opartych na pomiarach) są tradycyjnie znacznie wyższe. Odsetek dorosłych (w wieku 18 lub więcej lat) Polaków o zbyt wysokiej masie ciała w 2022 r. oceniany jest na 68,5 % (mężczyzn na 77,8%, a kobiet – 55,9%), zaś osób z otyłością na 31,4% (mężczyzn – 33,8%, kobiet – 29,4%)<sup>14</sup>. Odsetek mężczyzn ważących zbyt dużo (taki sam jak w Rumunii) jest najwyższy wśród 27 krajów Unii Europejskiej, dla kobiet oznacza 10. pozycję, licząc od wartości najwyższych. Udział Polaków z otyłością plasuje ich odpowiednio na 6. i 9. miejscu w UE.

Wyniki Badania Zdrowia i Czynników Ryzyka przeprowadzonego przez NIZP PZH – PIB w lutym 2025 r. wskazują, że zbyt wysoką masą ciała ma 55,8% Polaków w wieku 20 lat lub więcej, zaś 13,9% cierpi na otyłość. Problem ten znacznie częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet (odsetki osób obu płci ze zbyt wysoką masą ciała wynosiły odpowiednio 64,1% i 48,3%, a z otyłością 15,3% i 12,6%). Uwzględnienie struktury wieku obu subpopulacji praktycznie nie zmienia tych

<sup>12</sup> Europejski Sondaż Społeczny (2025). Co Polacy mówią o sobie? Nowe dane Europejskiego Sondażu Społecznego (N=1442), <https://ess.ifspan.pl>, dostęp: 8.04.2025; przeglądarka danych: Przeglądarka danych ESS

<sup>13</sup> GUS (2023). Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2022)

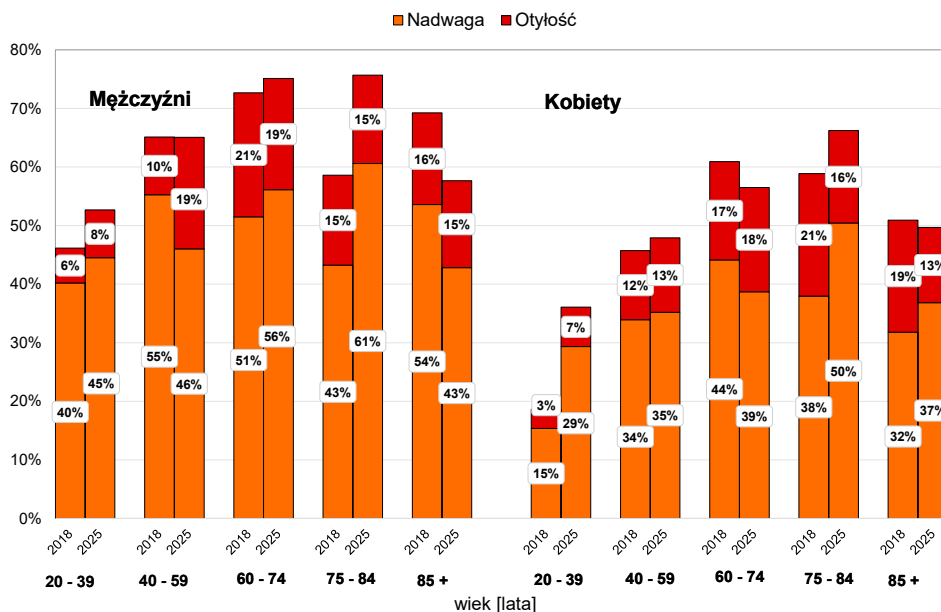
<sup>14</sup> WHO The Global Health Observatory, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>, dostęp: 18.04.2025

proporcji, współczynniki standaryzowane względem wieku wynoszą 64,5% i 47,7% w przypadku zbyt wysokiej masy ciała oraz 15,3% vs 12,4% dla otyłości. Są to wartości niższe niż w przypadku wymienionych wyżej badań, zwłaszcza w przypadku otyłości. Pokazują jednak wzrost nasilenia problemu od jesieni 2018 r., kiedy przeprowadzono wcześniejszą edycję tego badania.

Porównanie wyników obu naszych badań wskazuje, że w stosunku do okresu przed pandemią COVID-19 sytuacja uległa pogorszeniu – rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała znacznie wzrosło (o 7,2 p.p. wśród kobiet i 5,3 p.p. wśród mężczyzn, a otyłości odpowiednio o 1,7 p.p. oraz 4,4 p.p.) i tylko w części jest to skutek starzenia się populacji. Po przeliczeniu specyficznych dla wieku współczynników rozpowszechnienia nadwagi i otyłości z 2018 r. na aktualną strukturę wieku ludności okazuje się, że zbyt wysoka masa ciała dotyczyłaby wówczas 60,5% mężczyzn i 43,0% kobiet, a otyłość po 11,5% Polaków obu płci.

Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała zwiększa się z wiekiem, osiągając maksimum dla kategorii 75–84 lata (ryc. 13.11). Trzeba jednak podkreślić, że już w wieku 20–39 lat ponad połowa mężczyzn waży zbyt dużo, a w starszych kategoriach (60–84 lata) ich udział przekracza  $\frac{3}{4}$ . We wszystkich analizowanych grupach wieku odsetek kobiet o zbyt wysokiej masie ciała jest znacznie niższy niż w przypadku mężczyzn, w wieku poniżej 74 lat różnice wynoszą 17–19 p.p., wśród osób starszych 8–9 p.p. Dla obu płci najniższy poziom otyłości cechuje najmłodszych dorosłych tj. osoby w wieku 20–39 lat (8,2% mężczyzn i 6,7% kobiet). Maksimum rozpowszechnienia tego problemu wśród mężczyzn przypada już w wieku 40–59 lat – w tej kategorii obserwuje się największą różnicę w rozpowszechnieniu otyłości między płciami (19,1% wśród mężczyzn i 12,7% wśród kobiet). W starszych grupach wieku różnice te są mniejsze i nie przekraczają 2 p.p. Kobiety otyłość dotyka najczęściej (17,8%) w wieku 60–74 lata.

W niemal wszystkich analizowanych grupach wieku częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała wzrosła w porównaniu z 2018 r. (ryc. 13.11). Zwraça uwagę niekorzystna sytuacja najmłodszych kobiet (20–39 lat) – w tej grupie zarówno rozpowszechnienie nadwagi, jak i otyłości zwiększyło się dwukrotnie w ciągu niecałych 7 lat. Z kolei wśród Polek w wieku powyżej 75 lat wzrósł odsetek osób z nadwagą w zakresie BMI poniżej 30, ale rozpowszechnienie otyłości wyraźnie się zmniejszyło (o 6,3 p.p. w wieku 85 lat lub więcej i o 5,2 p.p. w kategorii 75–84 lata). Wśród mężczyzn zwiększenie poziomu otyłości dotyczyło jedynie osób głównie wieku poniżej 60 lat (w kategorii 40–59 lat o 9,2 p.p., a w grupie 20–39 lat o 2,2 p.p.). Na tym tle zwraca uwagę znaczny spadek rozpowszechnienia zbyt wysokiej masy u najstarszych mężczyzn (aż o 11,6 p.p.), związane głównie z redukcją nadwagi w zakresie BMI < 30 o 10,8 p.p.



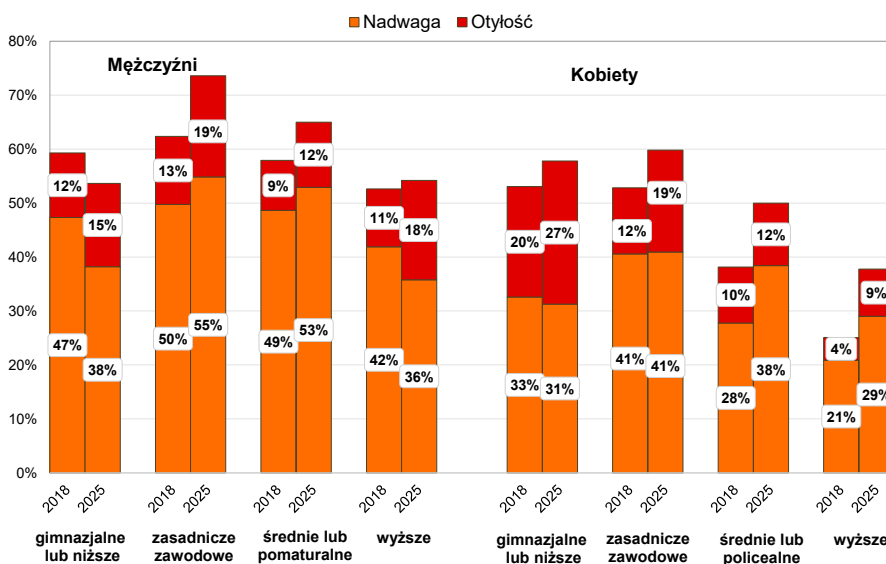
**Ryc. 13.11.** Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2025 według płci i wieku (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%); (dane: NIZP PZH – PIB)

Wyniki badania dla kobiet potwierdzają wyraźny związek między zbyt wysoką masą ciała a poziomem wykształcenia (ryc. 13.12). Występuje tu obserwowana od wielu lat zależność – nadwaga najczęściej charakteryzuje osoby słabiej wykształcone. W 2025 r. były to Polki z wykształceniem zasadniczym zawodowym (u 59,8% z nich stwierdzono zbyt wysoką masę ciała, a u 18,9% otyłość) oraz gimnazjalnym lub niższym (odpowiednio 57,8% i 26,5%). Wśród kobiet z wykształceniem wyższym odsetki te były znacznie (w przypadku otyłości ponad dwukrotnie) niższe i wynosiły 37,8% oraz 8,8%. Po standaryzacji współczynników i wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku porównywanych kategorii korzystniejsza sytuacja lepiej wykształconych Polek nadal jest wyraźna (rozpowszechnienie nadwagi 39,3%, a otyłości – 8,6% wobec 56,3% i 28,2% przy wykształceniu gimnazjalnym lub niższym, a 57,4% i 16,5% przy zasadniczym zawodowym).

Nieco inaczej wygląda sytuacja wśród mężczyzn – co prawda zbyt wysoka masa ciała najczęściej charakteryzowała Polaków z wykształceniem zasadniczym zawodowym (73,6%), ale najrzadziej i niemal z równą częstością najslabiej i najlepiej wykształconych (odpowiednio 53,7% i 54,2%). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku porównywanych kategorii nadal najcięższe są osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (współczynnik standaryzowany



73,5%), ale widoczna staje się wyraźna rozbieżność między grupą z wykształceniem wyższym (56,2%) a gimnazjalnym lub podstawowym (62,3%). Najwyższe odsetki osób otyłych cechują mężczyzn z wykształceniem zawodowym (18,7%) i wyższym (18,4%), a wyraźnie najniższy – ze średnim (12,1%). Jednak obraz ten wynika z różnic w strukturze wieku tych grup, po ich wyeliminowaniu największe zagrożenie otyłością dotyczy mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (współczynnik standaryzowany względem wieku 20,2%), a w dalszej kolejności z zasadniczym zawodowym (18,4%) i wyższym (18,1%), przy 12,1% w przypadku wykształcenia średniego lub policealnego.



**Ryc. 13.12.** Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2025 według płci i poziomu wykształcenia (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%) (dane: NIZP PZH – PIB)

Przedstawione wyniki wskazują, że różnice w rozpowszechnieniu nadwagi, a zwłaszcza otyłości, wśród kobiet i mężczyzn również silnie zależą od poziomu wykształcenia. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku otyłość wśród Polaków z wykształceniem wyższym 2,1 razy częściej występuje u mężczyzn, podczas gdy wśród osób z wykształceniem podstawowym 1,4 razy częściej u kobiet. W pozostałych kategoriach wykształcenia rozpowszechnienie otyłości dla obu płci jest zbliżone z niewielkimi nadwyżkami (do 11% wartości współczynnika standaryzowanego) u mężczyzn. Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (po standaryzacji względem wieku) we wszystkich kategoriach wykształcenia jest wyższe

u mężczyzn niż u kobiet – nadwyżki współczynnika standaryzowanego rosną monotonicznie ze wzrostem wykształcenia i wynoszą 11% dla gimnazjalnego lub niższego, 28% dla zasadniczego zawodowego, 32% – średniego i 43% – wyższego.

W porównaniu z 2018 r. otyłość występuje częściej u Polaków obu płci na wszystkich poziomach wykształcenia, w przypadku zbyt wysokiej masy ciała jest jeden wyjątek (wśród najslabiej wykształconych mężczyzn ten odsetek zmniejszył się o 5,6 p.p.). Największa – niekorzystna zmiana dotyczy grupy kobiet z wyższym wykształceniem, w której udział osób z otyłością w ciągu niecałych 7 lat zwiększył się 2,1 razy, a z nadwagą w zakresie BMI < 30 – 1,4 razy. W efekcie odsetek osób ze zbyt wysoką masą ciała zwiększył się 1,5 razy (o 12,7 p.p.). Za wzrost rozpowszechnienia zbyt wysokiej masy ciała wśród Polek z wykształceniem średnim odpowiada w pierwszej kolejności zwiększenie częstości nadwagi w zakresie BMI < 30 (o 10,7 p.p.), zaś wśród słabiej wykształconych Polek wzrost odsetka osób otyłych (o 6,6 p.p. w przypadku wykształcenia zasadniczego zawodowego i o 6,0 p.p. dla gimnazjalnego lub niższego). Rozpowszechnienie otyłości wśród mężczyzn najsilniej zwiększyło się wśród osób z wykształceniem wyższym (o 7,7 p.p.) oraz zasadniczym zawodowym (o 6,1 p.p.). W tej ostatniej grupie mocno wzrósł również udział o osób z nadwagą w zakresie BMI poniżej 30 (o 5,1 p.p.), co wobec wysokiego odsetka zbyt wysokiej masy ciała już w 2018 r., poprowadziło jego wartość do rekordowego poziomu 73,6%.

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości łączy się również z zasobnością materialną. Szczególnie wyróżniają się pod tym względem członkowie gospodarstw domowych, w których w ciągu ostatniego roku stale lub często brakowało pieniędzy na żywność, ubranie czy opłaty mieszkaniowe. Polki z tej grupy w stosunku do pozostałych kobiet cechuje niemal dwukrotnie wyższe rozpowszechnienie otyłości (19,0% vs 10,8%) przy zbliżonym poziomie występowania zbyt wysokiej masy ciała (49,1% vs 48,1%). Różnice pogłębiają się po wyeliminowaniu wpływu struktury wieku obu subpopulacji, współczynniki standaryzowane względem wieku dla otyłości wynoszą odpowiednio 21,8% vs 9,7%, zaś dla zbyt wysokiej masy ciała 53,6% vs 46,2%. W przypadku mężczyzn schemat jest odwrotny – mających problemy finansowe cechuje niższe niż w przypadku lepiej sytuowanych rozpowszechnienie zarówno zbyt wysokiej masy ciała (52,2% vs 68,8%), jak i otyłości (11,4% vs 16,4%). Po standaryzacji względem wieku współczynniki dla zbyt wysokiej masy ciała wynoszą 55,7% vs 66,9%, a dla otyłości 11,9% vs 16,5% – w obu przypadkach różnice pozostają wyraźne. Warto podkreślić, że wśród osób z trudnościami materialnymi otyłość częściej cechuje kobiety, zaś wśród lepiej sytuowanych – mężczyzn.

W porównaniu z 2018 r. zwraca uwagę spadek rozpowszechnienia zbyt wysokiej masy ciała oraz otyłości u gorzej sytuowanych mężczyzn, odpowiednio

o 5,9 p.p. oraz 2,9 p.p. Po przeliczeniu specyficznych dla wieku współczynników rozpowszechnienia nadwagi i otyłości z 2018 r. na aktualną strukturę wieku ludności (obecnie populacja jest starsza) redukcja ta jest jeszcze większa i wynosi 6,8 p.p. oraz 4,3 p.p. W odniesieniu do zbyt wysokiej masy ciała wynik ten współgra ze wspomnianym wyżej dużym spadkiem jej rozpowszechnienia wśród mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym – w tej grupie trudną sytuację materialną ma aż 76% osób, dużo więcej niż w przypadku pozostałych kategorii wykształcenia (od 19% wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym do 31% z zasadniczym zawodowym). W grupie mężczyzn lepiej sytuowanych rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała oraz otyłości wzrosło odpowiednio o 9,6 p.p. oraz 6,3 p.p. Efekt ten tylko w niewielkim stopniu jest skutkiem starzenia się populacji – po jego wyeliminowania różnice są nieco mniejsze i wynoszą 7,9 p.p. oraz 5,9 p.p.

Częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała u kobiet zwiększyła się od 2018 r., wśród gorzej sytuowanych o 5,6 p.p., a u zamożniejszych o 7,7 p.p. (po przeliczeniu na aktualną strukturę wieku różnice te wynoszą 4,9 p.p. i 5,4 p.p.). Wzrost rozpowszechnienia otyłości dotyczył niemal wyłącznie kobiet mających częste trudności finansowe – wynosił 5,6 p.p. (5,5 p.p. po ujednoczeniu struktury wieku porównywanych grup), u zamożniejszych Polek wzrost ten był bardzo niewielki – o 0,5 p.p. (0,2 p.p.).

Odsetek Polaków o zbyt wysokiej masie ciała jest wyższy wśród mieszkańców wsi niż miast, zarówno dla mężczyzn (67,9% vs 60,6%), jak i kobiet (50,9% vs 46,4%). Fakt ten nie wynika z różnic w strukturze wieku porównywanych subpopulacji – współczynniki standaryzowane wynosiły odpowiednio 68,7% vs 60,8% i 51,3% vs 45,4%. Jednak rozpowszechnienie otyłości wśród mieszkańców wsi jest wyższe jedynie dla kobiet (13,4% vs 12,0%, a po standaryzacji współczynników ze względu na wiek: 13,8% vs 11,7%). Wśród mężczyzn otyłość częściej dotyka mieszkańców miast (16,1% vs 14,3%, a po standaryzacji 15,9% vs 14,5%).

W porównaniu z 2018 r. częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała wzrosła wśród mężczyzn zamieszkałych w miastach o 2,4 p.p. (o 1,0 p.p. po wyeliminowaniu wpływu starzenia się populacji). Zmiana rozpowszechnienia otyłości była większa i wynosiła 4,7 p.p. (3,8 p.p. po ujednoczeniu struktury wieku porównywanych grup), co oznacza spadek udziału osób z mniejszą nadwagą (o BMI poniżej 30) – można przypuszczać, że wiele z nich przekroczyło po 2018 r. granicę otyłości. Wśród mieszkańców wsi częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała wzrosła o 8,1 p.p. (6,4 p.p. po wyrównaniu struktury wieku), wyraźnie podwyższając nadwyżkę w stosunku do mężczyzn zamieszkałych w miastach. Rozpowszechnienie otyłości wzrosło podobnie jak w miastach – o 4,1 p.p. (3,7 p.p.).

Wzrost częstości nadwagi wśród kobiet praktycznie nie zależał od miejsca zamieszkania i wynosił 7,0 p.p. (5,3 p.p.) w miastach i 6,9 p.p. (5,3 p.p.).

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród młodzieży szkolnej przedstawiono w rozdziale 20 niniejszego Raportu.

## Aktywność fizyczna

Według wyników Globalnego Badania Obciążenia Chorobami (GBD 2021) w 2021 r. niska aktywność odpowiadała w Polsce za 1,3% ogółu zgonów (0,8% mężczyzn i 1,9% kobiet) oraz 0,9% utraconych lat **życia** w zdrowiu – DALY (1,3% przez kobiety i 0,6% przez mężczyzn)<sup>5</sup>. Ich **główną przyczyną** były choroby układu krążenia, a w drugiej kolejności nowotwory (w przypadku umieralności) oraz cukrzyca i choroby nerek (DALY).

Ogólnopolskie badania aktywności fizycznej stosują różną metodologię, w tym definicje wskaźników wynikowych. Jednak ich rezultaty zgodnie wskazują na spadek aktywności z wiekiem i jej związek z poziomem wykształcenia uczestników. Odnotowują też wysoki udział osób niepodjęających rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych.

Według wyników wspomnianego wyżej, realizowanego na przełomie lat 2023 i 2024, Europejskiego Sondażu Społecznego 34,7% Polaków w wieku 15 lat lub więcej (36,5% kobiet i 32,7% mężczyzn) zadeklarowało, że w ostatnim tygodniu przed badaniem nie poświęciło nawet 30 minut na uprawianie sportu ani inne formy aktywności fizycznej (z uwzględnieniem szybkiego chodzenia)<sup>17</sup>. Odsetek osób nieaktywnych zwiększał się z wiekiem; wśród najmłodszych (do 24 lat) nieaktywny był blisko co piąty Polak (19,6%), a wśród najstarszych (65 lat lub więcej) – blisko połowa (48,7%). Udział niećwiczących monotonicznie zależał od poziomu wykształcenia i w kategoriach: poniżej średniego, średnie i powyżej średniego wynosił odpowiednio 45,1%, 35,5% oraz 23,0%.

Badanie „Zdrowie osób dorosłych” zrealizowane przez GUS w 2022 r. jako moduł Europejskiego Badania Warunków Życia (EU-SILC) ocenia, że 23,6% Polaków w wieku 16 lat lub więcej (23,1% mężczyzn i 24,0% kobiet) nie podejmuje sportowej ani rekreacyjnej aktywności fizycznej niezwiązanej z pracą (trwającej co najmniej 10 minut i powodującej przynajmniej niewielkie przyspieszenie oddechu lub tętna)<sup>18</sup>. Ich udział w populacji monotonicznie maleje z poziomem wykształcenia i wynosi: 36,2% wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, 33,0% z zasadniczym zawodowym, 20,5% ze średnim i tylko 9,7% z wyższym.

WHO zaleca dorosłym dla zachowania zdrowia co najmniej 150 minut tygodniowo ćwiczeń o umiarkowanym natężeniu lub 75 minut o intensywnym

(względnie równoważną kombinację obu typów<sup>15</sup>). W Badania Zdrowia i Czynniki Ryzyka przeprowadzonym przez NIZP PZH – PIB w lutym 2025 r. ustalano, ile czasu w przeciętnym tygodniu sezonu wiosennego lub jesiennego Polacy poświęcają rekomendowanym aktywnościom (gimnastyka, szybki marsz, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, zajęcia w siłowni, trening sportowy, itp.), podejmowanym w celach rekreacyjnych (bez pracy zawodowej i potrzeb lokomocyjnych). Ćwiczenia trwające przynajmniej 10 minut bez przerwy wykonuje 42,3% Polaków (43,2% mężczyzn i 41,6% kobiet). Przeciętnie poświęcają oni tym zajęciom 200 minut tygodniowo, czyli blisko pół godziny dziennie.

Wynik ten oznacza, że ponad połowa Polaków (57,7%, w tym 56,8% mężczyzn i 58,4% kobiet) w wieku 20 lat lub więcej nie podejmuje regularnie rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych w wymiarze co najmniej 10 minut w tygodniu. Wyższy odsetek nieaktywnych kobiet wynika z różnic w strukturze wieku ludności obu płci – kobiety w populacji są przeciętnie starsze od mężczyzn. Po standaryzacji względem wieku współczynniki stają się praktycznie równe i wynoszą 57,7% dla mężczyzn i 57,8% dla kobiet. Są to wyniki znacznie mniej korzystne niż uzyskane w przedstawionych wyżej badaniach, dotyczą jednak osób nieco starszych (w wieku 20 lat lub więcej).

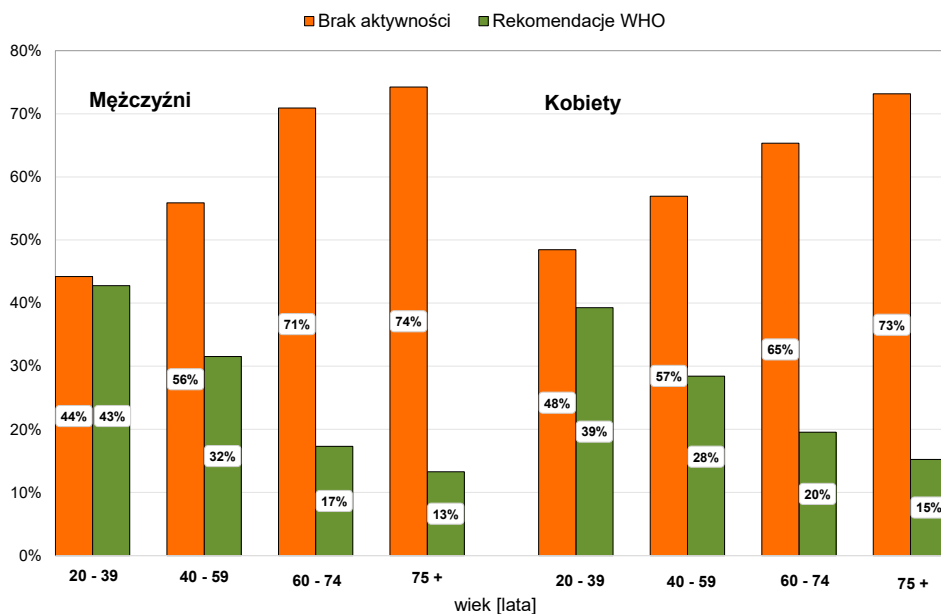
Odstąpienie od warunku przynajmniej umiarkowanego wysiłku i dołączenie do grupy ćwiczących również osób ograniczających aktywność do spacerów, zmniejsza odsetek osób nieaktywnych do 27,3% (28,5% wśród mężczyzn i 26,2% wśród kobiet, a po standaryzacji względem wieku 28,8% vs 26,2%).

Jednocześnie zalecenia WHO, uwzględniające obok natężenia wysiłku minimalny czas ćwiczeń w tygodniu, spełnia 30,6% mężczyzn i 27,9% kobiet (zaliczając do czasu aktywności obok ćwiczeń rekreacyjnych jazdę na rowerze w celach lokomocyjnych). Po standaryzacji współczynników pod względem wieku przewaga mężczyzn zmniejsza się do poziomu 29,9% vs 28,3%).

Częstość podejmowania ćwiczeń fizycznych o co najmniej umiarkowanym natężeniu systematycznie zmniejsza się z wiekiem (ryc. 13.13). Nieaktywnych pod tym względem jest 46,3% osób w wieku 20–39 lat i 73,8% w wieku 75 lat lub więcej. Wypełnianie rekomendacji WHO deklaruje 41,0% najmłodszych i 14,5% najstarszych Polaków. W wieku 20–39 lat mężczyźni ćwiczą częściej od kobiet – odsetki osób nieaktywnych wynoszą odpowiednio 44,2% vs 48,4%, a wypełniających rekomendacje WHO – 42,8% vs 39,3%). W wieku 40–59 lat udziały osób nieaktywnych są zbliżone (55,9% vs 56,9%), ale mężczyźni poświęcają na ćwiczenia więcej czasu, częściej spełniając rekomendacje WHO (31,5% vs 28,4%). Po

<sup>15</sup> WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

ukończeniu 60 lat kobiety ćwiczą częściej i dłużej od swoich rówieśników, szczególnie wyraźna różnica dotyczy kategorii 60–74 lata, kiedy całkowicie nieaktywnych jest 70,9% mężczyzn, a 65,3% kobiet.

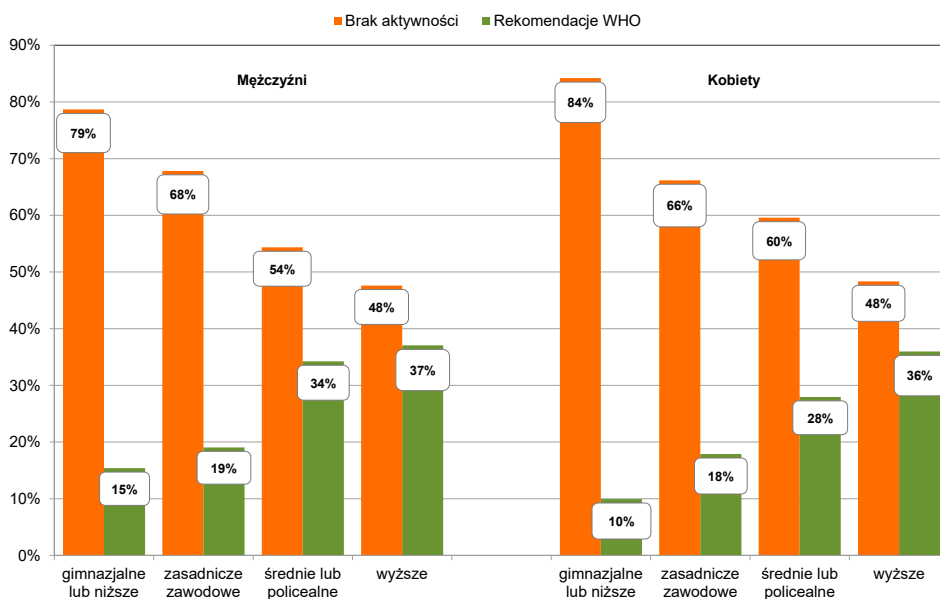


**Ryc. 13.13.** Aktywność fizyczna Polaków w wieku 20 lat lub więcej według płci i wieku w 2025 r. – odsetki niepodjęających rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych oraz wypełniających zalecenia WHO w zakresie czasu aktywności fizycznej (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%) (dane NIZP PZH – PIB)

Częstość podejmowania ćwiczeń rekreacyjnych przez osoby obu płci zwiększa się z poziomem wykształcenia (ryc. 13.14). Rozpiętość wartości porównywanych wskaźników jest bardzo znaczna. Odsetek Polaków z wykształceniem wyższym wypełniających zalecenia WHO w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym jest 2,4 razy wyższy dla mężczyzn (37,1% vs 15,4%) i nawet 3,6 razy dla kobiet (36,0% vs 9,9%). Ćwiczeń rekreacyjnych w ogóle nie podejmuje 78,7% mężczyzn z wykształceniem podstawowym, a 47,6% z wyższym. Dla kobiet odsetki te wynoszą odpowiednio 84,2% i 48,3%. Efekt ten tylko w niewielkim stopniu wynika z różnic w strukturze wieku porównywanych grup (osoby starsze są słabiej wykształcone – wg danych GUS na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2021 r. wśród Polaków w wieku 70 lat lub więcej 32,0% miało wykształcenie podstawowe, a 13,3% – wyższe, podczas gdy w wieku 25–39 lat odsetki te wynosiły odpowiednio 3,3% oraz 45,1%). Po standaryzacji współczynników względem wieku ich wartości dla poszczególnych poziomów wykształcenia

nadal znacznie się różnią. Odsetki nieaktywnych wynoszą w rosnącej kolejności wykształcenia (tj. gimnazjalne lub niższe, zasadnicze-zawodowe, średnie, wyższe): 77,2%, 67,2%, 55,3% i 49,1% dla mężczyzn oraz 85,2%, 63,79%, 60,1% i 51,0% dla kobiet. Analogicznie udziały wypełniających zalecenia WHO to: 14,8%, 19,6%, 33,1% i 36,5% dla mężczyzn oraz 11,6%, 20,1%, 27,5% i 34,6%.

Wśród osób z wykształceniem wyższym, a także zasadniczym zawodowym oba wskaźniki aktywności fizycznej mają zbliżone wartości dla mężczyzn i kobiet (ryc. 13.14). W pozostałych kategoriach wykształcenia mężczyźni są wyraźnie aktywniejsi. Wśród osób z wykształceniem średnim odsetek niećwiczących mężczyzn jest o 5,2 p.p. niższy, a spełniających zalecenia WHO o 6,2 p.p. wyższy niż w przypadku kobiet. Dla osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym różnice te wynoszą po 5,5 p.p. dla obu wskaźników.



**Ryc. 13.14.** Aktywność fizyczna Polaków w wieku 20 lat lub więcej według płci i poziomu wykształcenia w 2025 r. – odsetki niepodjęających rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych oraz wypełniających zalecenia WHO w zakresie czasu aktywności fizycznej (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%) (dane NIZP PZH – PIB)

Aktywność fizyczna Polaków wykazuje również związek z ich sytuacją materialną. Osoby z gospodarstw domowych, w których w ciągu ostatniego roku stałe lub często brakowało pieniędzy na żywność, ubranie czy opłaty mieszkaniowe znacznie częściej niż pozostałe nie podejmują aktywności rekreacyjnej (64,4% vs 55,1%). Rzadziej też wypełniają rekomendacje WHO (23,8 vs 31,2%), nawet biorąc pod uwagę



jedynie osoby ćwiczące (66,7% vs 69,5%). Różnice te są nieco większe po uwzględnieniu struktury wieku porównywanych grup – po standaryzacji odsetki niećwiczących wynoszą 67,6% vs 54,4%, a wypełniających rekomendację 21,8% vs 33,7%. Przedstawiciele obu płci w trudnej sytuacji finansowej równie często rezygnują z zajęć ruchowych – 64,3% mężczyzn i 64,4% kobiet (po standaryzacji odpowiednio 65,0% vs 63,9%) i spełniają zalecenia WHO – 24,1% vs 23,7% (po standaryzacji 23,7% vs 23,9%). Wśród osób lepiej sytuowanych mężczyźni są nieco aktywniejsi od kobiet (odsetki niećwiczących 56,0% vs 54,2%, a wypełniających rekomendacje 32,9% i 29,6%), ale po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku porównywanych subpopulacji efekt ten zanika w przypadku pierwszego wskaźnika (po standaryzacji: 55,3% vs 55,2%) i znacznie się zmniejsza dla drugiego (32,0% vs 30,2%).

Mieszkańcy wsi ćwiczą nieco rzadziej niż mieszkańcy miast (odsetki niepodejmujących rekreacji fizycznej – 58,9% vs 56,6%). Zjawisko w większym stopniu dotyczy kobiet – nieaktywnych jest 60,2% mieszkanki wsi i 57,0% miast, w przypadku mężczyzn różnice są mniejsze (57,5 vs 56,3%). Dla obu płci efekt pogłębia się po uwzględnieniu struktury wieku porównywanych grup (współczynniki standaryzowane względem wieku różnią się o 4,3 p.p. dla kobiet (60,6% vs 56,3%) i 2,8 p.p. (59,2% vs 56,4%) dla mężczyzn. Aktywność osób obu płci zamieszkałych w miastach jest więc bardzo zbliżona do siebie, na wsi kobiety ćwiczą rzadziej od mężczyzn, co jednak częściowo wynika ze struktury wieku tych grup. Odsetek wypełniających rekomendacje WHO mieszkańców wsi i miast jest zbliżony (dla ogółu ludności 29,7% vs 28,7%, różnice „miasto-wieś” współczynników specyficznych dla płci nie przekraczają 1,1 p.p.). Niezależnie od miejsca zamieszkania mężczyźni częściej niż kobiety spełniają zalecenia (30,3% vs 27,4% w mieście i 31,0% vs 28,5% na wsi).

Informacji o aktywności fizycznej polskich uczniów dostarczają realizowane co 4 lata Badania Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (HBSC – ang.: *Health Behaviour in School-aged Children*<sup>16,17,18,19,20</sup>). Oceniają one odsetek

<sup>16</sup> Instytut Matki i Dziecka (2007). Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC w Polsce w 2006 r. Red: Mazur J, Woynarowska B, Kołło H, Warszawa

<sup>17</sup> Instytut Matki i Dziecka (2011). Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Red.: Mazur J, Małkowska-Szkutnik A, Warszawa

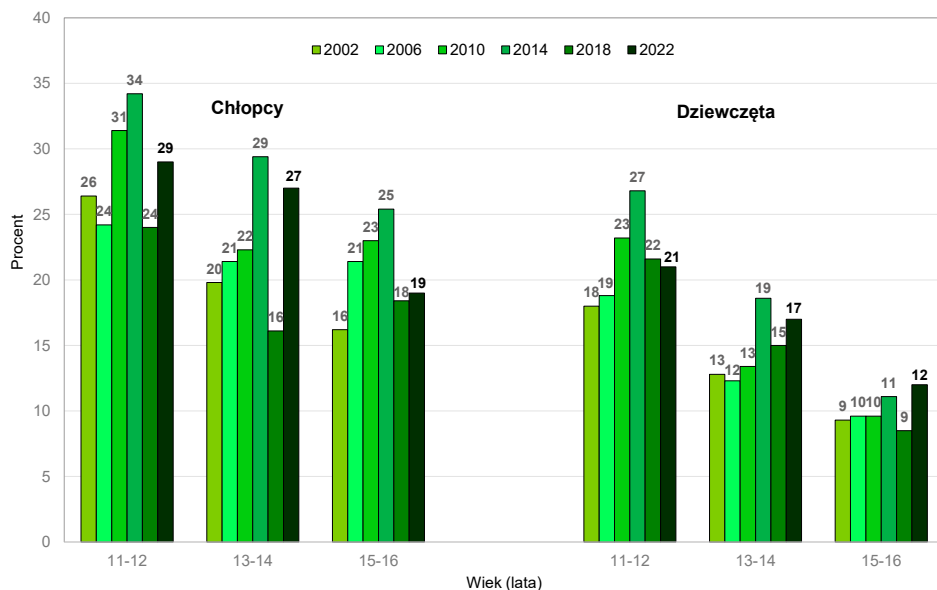
<sup>18</sup> Instytut Matki i Dziecka (2015). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Red: Mazur J, Warszawa

<sup>19</sup> Instytut Matki i Dziecka (2018). Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC. Red.: Mazur J, Małkowska-Szkutnik A, Warszawa

<sup>20</sup> Rakić J G i wsp. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. WHO. Regional Office for Europe, Kopenhaga License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



uczniów w wieku 11–16 lat utrzymujących poziom aktywności zalecany przez WHO dla prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia (tj. codziennie 60 minut ćwiczeń o umiarkowanej lub wysokiej intensywności). W 2022 r. rekomendacje te spełniało zależnie od wieku 19–29% chłopców i 12–27% dziewcząt (ryc. 13.15).



**Ryc. 13.15.** Odsetek młodzieży szkolnej wypełniającej dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006, 2010, 2014, 2018, 2022 według płci i wieku (źródło: badanie HBSC)

Długoletni trend wzrostowy tego wskaźnika uległ załamaniu w 2018 r. dla wszystkich kategorii wieku. W 2022 r. sytuacja poprawiła się w stosunku do poprzedniej edycji badania, z wyjątkiem grupy najmłodszych dziewcząt, w której utrzymała się tendencja spadkowa. Aktywność młodzieży nie przekroczyła jednak poziomu z 2014 r. – jedyny wyjątek stanowiła grupa najstarszych dziewcząt (15–16 lat) charakteryzująca się bardzo niskim poziomem aktywności i jego niewielkimi wahaniami (w XXI w. zmieniały się one w zakresie 9–12%, osiągając maksimum w 2024 r.).

Nie uległy zmianie obserwowane od wielu lat zasadnicze tendencje: we wszystkich analizowanych kategoriach chłopcy są aktywniejsi od dziewcząt, a dla obu płci odsetek uczniów spełniających zalecenia WHO maleje z wiekiem. Poszczególne roczniki młodzieży z upływem czasu wykazują coraz mniejszą aktywność.

I tak na rekomendowanym poziomie ćwiczy 19% chłopców 15- i 16-letnich, podczas gdy w 2018 r. (jako 11- i 12-latków) było ich 24%. U dziewcząt efekt ten jest jeszcze silniejszy – w grupie obecnych 15- i 16-latek udział aktywnych fizycznie uczennic w ciągu czterech lat zmniejszył się z 22% (poziom zbliżony wówczas do chłopców) do 12%.