

HEALTH
& SOCIAL
REVIEW



KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU

WIEDZA, PRAKTYKI I PROFILAKTYKA
WŚRÓD POLEK I POLAKÓW

**NIE IGRAJ
z kleszczem**
wygraj z Kleszczowym
Zapaleniem Mózgu

OBS

OŚRODEK BADAŃ
SOCJOMEDYCZNYCH



Instytut Praw Pacjenta
i Edukacji Zdrowotnej

Raport Health&Social Review: Kleszczowe zapalenie mózgu. Wiedza, praktyki i profilaktyka wśród Polek i Polaków
Warszawa 2025

Ośrodek Badań Socjomedycznych UW, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,

ISBN 978-83-964461-8-3

Redakcja naukowa:

prof. ucz., dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski, kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych na Uniwersytecie Warszawskim

Cytacja:

Tomasz Sobierajski, Patrycja Rzucidło-Zajęc, Igor Grzesiak, Kleszczowe zapalenie mózgu. Wiedza, praktyki i profilaktyka wśród Polek i Polaków. Warszawa 2025, Raport Health&Social Review, Ośrodek Badań Socjomedycznych, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2025

Konsultacja naukowa:

prof. dr hab Joanna Zajkowska, Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
dr inż Anna Wierzbicka, Katedra Łowiectwa i Ochrony Lasu, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

Zespół redakcyjny:

Igor Grzesiak, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
Patrycja Rzucidło-Zajęc, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Raport sfinansowano ze środków własnych Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

SPIS TREŚCI

4	WPROWADZENIE
9	CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ KLESZCZE
11	Borelioza
13	Kleszczowe zapalenie mózgu
15	Babeszjoza
18	ZAGROŻENIE UKŁUCIEM KLESZCZA – OCENA RYZYKA
30	WIEDZA O KLESZCZACH – FAKTY I MITY
44	ŚRODKI OSTROŻNOŚCI W OCHRONIE PRZED KLESZCZAMI
54	KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU KZM
60	SZCZEPIENIE PRZECIWKO KZM
70	SZCZEPIENIE PRZECIWKO KZM JAKO REKOMENDACJA LEKARSKA
73	STOSUNEK DO KZM I SZCZEPIENIA PRZECIWKO KZM WŚRÓD WYBRANYCH GRUP RYZYKA
77	POSTAWA WOBEC SZCZEPIEŃ A STOSUNEK DO KZM I SZCZEPIEŃ PRZECIWKO KZM
80	WNIOSKI
90	REKOMENDACJE

WPROWADZENIE



prof. ucz., dr hab. n. med i n. ozdr. Tomasz Sobierajski

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) to poważna choroba neurologiczna, które może pojawić się w konsekwencji pokłucia przez kleszcze, a jednocześnie jest to choroba, której można skutecznie zapobiec poprzez szczepienie profilaktyczne. Problem ten, choć dobrze udokumentowany medycznie, pozostaje wyzwaniem społecznym i edukacyjnym, ponieważ wiele osób w Polsce wciąż nie posiada wystarczającej wiedzy o zagrożeniach związanych z kleszczami ani świadomości możliwości ich minimalizowania poprzez profilaktykę. W obliczu rosnącej aktywności kleszczy, wynikającej z globalnych zmian klimatycznych i intensywnego użytkowania terenów zielonych przez ludzi, konieczne staje się spojrzenie na to zagadnienie w sposób całościowy, uwzględniając zarówno aspekty medyczne, jak i społeczne.

Kleszcze, niewielkie pajęczaki występujące na terenie całej Polski, są nosicielami wielu niebezpiecznych patogenów, w tym wirusa kleszczowego zapalenia mózgu (KZM). Choroba ta, choć rzadsza niż borelioza, ma potencjalnie poważniejsze konsekwencje zdrowotne, w tym trwałe uszkodzenia układu nerwowego, niedowłady, paraliż, a w skrajnych przypadkach nawet śmierć. Co istotne, w odróżnieniu od boreliozy, na którą nie istnieje szczepionka, KZM można zapobiec poprzez przyjęcie szczepienia ochronnego. Mimo to dane pokazują, że poziom zaszczepienia przeciwko KZM w Polsce pozostaje niski w porównaniu do krajów zachodnich, takich jak Austria czy Niemcy, gdzie szczepienia te są powszechnie rekomendowane, a w niektórych regionach nawet obowiązkowe.

Styl życia i miejsce zamieszkania odgrywają istotną rolę w ocenie ryzyka ukłucia przez kleszcze. Najczęściej kleszcze atakują podczas codziennych aktywności, takich jak spacer z psami, prace ogrodowe czy odpoczynek na świeżym powietrzu. Osoby spędzające dużo czasu na świeżym powietrzu, jak chociażby właściciele psów czy osoby aktywnie uprawiające sport na zewnątrz są bardziej narażone na kontakt z kleszczami. Warto podkreślić, że kleszcze występują nie tylko w środowiskach naturalnych, ale również w miastach. Prowadzone niedawno badania wykazały, że ponad 90% zakażeń wynika z ukłuć kleszczy w okolicy miejsca zamieszkania – w ogrodach, parkach czy na podwórkach.

Tymczasem wyniki badań wskazują, że istnieje wiele mitów związanych z kleszczami, które mogą prowadzić do bagatelizowania ryzyka. Przykłady takich mitów to przekonanie, że kleszcze „spadają z drzew” lub że ich aktywność ogranicza się wyłącznie do okresu letniego.

Dlatego kluczową rolę w przeciwdziałaniu rozprzestrzenianiu się chorób przenoszonych przez kleszcze, w tym KZM, odgrywa edukacja zdrowotna. Kampanie informacyjne powinny koncentrować się na podnoszeniu świadomości o zagrożeniach związanych z kleszczami, promowaniu środków ochrony, takich jak noszenie odpowiedniej odzieży, stosowanie repelentów oraz sprawdzanie ciała po spacerach w terenach zielonych. Jednocześnie należy szczególną uwagę zwrócić na profilaktykę szczepienną jako najbardziej skuteczną metodę zapobiegania KZM. Ważnym elementem

edukacji jest także obalanie mitów związanych z ukłuciami kleszczy i uświadamianie społeczeństwa, że choroby te mogą dotknąć każdego, niezależnie od miejsca zamieszkania czy stylu życia.

Raport Raport Health&Social Review: *Kleszczowe zapalenie mózgu. Wiedza, praktyki i profilaktyka wśród Polek i Polaków* przedstawia wyniki badania przeprowadzonego przez Instytut badawczy SW Research na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkanek i mieszkańców Polski. Badanie miało na celu zgłębienie wiedzy, postaw i zachowań Polaków wobec zagrożeń związanych z kleszczami, w tym świadomości chorób przenoszonych przez te pajęczaki, takich jak KZM, oraz podejścia do profilaktyki, w tym szczepień ochronnych. Wyniki badania nie tylko rzucają światło na obecny stan wiedzy i postawy społeczne, ale także wskazują na obszary wymagające szczególnej uwagi w kontekście działań edukacyjnych i prewencyjnych.

W dobie rosnącej liczby zachorowań na choroby przenoszone przez kleszcze, takich jak KZM, konieczne staje się wzmocnienie działań profilaktycznych na poziomie społecznym. Edukacja zdrowotna, wspierana przez rzetelne badania naukowe, może odegrać kluczową rolę w kształtowaniu postaw sprzyjających ochronie zdrowia, zarówno indywidualnie, jak i zbiorowo.

NOTA METODOLOGICZNA

Badanie zostało zrealizowane w ramach paradygmatu metody ilościowej przez firmę badawczą SW Research przy wykorzystaniu nowoczesnej techniki CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*), która umożliwiła efektywne i precyzyjne zbieranie danych w formie online. Projekt został zrealizowany na reprezentatywnej próbie obejmującej 1000 dorosłych mieszkanki i mieszkańców Polski. Przyjęta metodologia próby zapewniła odpowiednie odwzorowanie kluczowych zmiennych demograficznych, takich jak wiek, płeć, poziom wykształcenia oraz miejsce zamieszkania, co pozwoliło uzyskać dane odzwierciedlające zróżnicowane perspektywy i doświadczenia w badanej populacji.

Kwestionariusz badawczy został opracowany przez zespół metodologiczny pod kierunkiem prof. Tomasza Sobierajskiego, eksperta w dziedzinie badań socjomedycznych i metodologii badań społecznych z Ośrodka Badań Socjomedycznych Uniwersytetu Warszawskiego. Narzędzie składało się z 11 precyzyjnie sformułowanych pytań zamkniętych oraz dodatkowych pytań półotwartych, które umożliwiły pozyskanie zróżnicowanych danych jakościowych i ilościowych. W konstrukcji kwestionariusza zastosowano różnorodne skale odpowiedzi (np. skalę Likerta, skalę oceny ryzyka), które zostały dobrane z uwzględnieniem charakteru pytań i ich zgodności z celami badania. Dzięki temu możliwa była pogłębiona analiza świadomości społecznej, postaw wobec szczepień oraz działań profilaktycznych podejmowanych przez respondentów.

Przed głównym etapem realizacji badania kwestionariusz został poddany pilotażowi. Etap ten pozwolił na przetestowanie narzędzia w praktyce i ocenę jego trafności, rzetelności oraz przejrzystości pytań. Uwagi zgłoszone przez uczestników pilotażu oraz zespół badawczy przyczyniły się do wprowadzenia korekt i udoskonalenia kwestionariusza, co zapewniło wiarygodność i wysoką jakość zebranych danych.

Głównym celem projektu było zbadanie świadomości społecznej na temat zagrożeń związanych z kleszczami oraz postaw wobec szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM). Ponadto badanie miało na celu: ocenę poziomu wiedzy respondentów na temat chorób przenoszonych przez kleszcze, w tym boreliozę, babeszjozę i KZM, analizę stosowanych działań profilaktycznych, takich jak stosowanie repelentów, odpowiednie ubranie czy szczepienia, zbadanie postrzeganego ryzyka ukąszenia przez kleszcze w różnych kontekstach, np. na wsi, w mieście, czy w trakcie rekreacji na łonie natury, identyfikację barier i motywacji związanych z decyzją o szczepieniu przeciwko KZM.

Badanie zostało przeprowadzone na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, co nadaje projektowi istotny wymiar społeczny, związany z promocją wiedzy o profilaktyce zdrowotnej i ochroną praw pacjenta.

ETYCZNE ASPEKTY BADANIA

Realizacja projektu odbyła się z poszanowaniem najwyższych standardów etycznych oraz w zgodzie z zasadami badań społecznych.

- **Poufność i anonimowość:** Wszystkie odpowiedzi uczestników zostały zakodowane w sposób uniemożliwiający ich identyfikację. Dane osobowe uczestników nie były zbierane ani przetwarzane.
- **Dobrowolność udziału:** Respondenci zostali poinformowani o dobrowolnym charakterze udziału w badaniu oraz mieli możliwość rezygnacji na każdym etapie bez konieczności podawania przyczyny.
- **Transparentność:** Przed przystąpieniem do badania uczestnikom przekazano szczegółowe informacje o celu projektu, sposobie przetwarzania danych oraz jego charakterze.
- **Ochrona danych osobowych:** Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z wytycznymi RODO (Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych), co gwarantuje pełną zgodność z obowiązującymi przepisami prawnymi.

ZNACZENIE WYNIKÓW

Uzyskane dane pozwolą na zidentyfikowanie kluczowych obszarów wymagających edukacji zdrowotnej oraz wsparcia w zakresie profilaktyki. Wyniki badania mogą być wykorzystane w kampaniach informacyjnych skierowanych do społeczeństwa oraz w działaniach decydentów polityki zdrowotnej, mających na celu zwiększenie ochrony przed chorobami przenoszonymi przez kleszcze.

KLUCZOWE WNIOSKI Z BADANIA

- 1. Wysoka ogólna świadomość zagrożeń przenoszonych przez kleszcze:** Niemal wszyscy badani (99,2%) wiedzą, że kleszcze przenoszą choroby, przy czym borelioza jest najlepiej rozpoznawana (95,3%), a KZM (70,5%) i babeszjoza (18,3%) mają znacznie niższy poziom świadomości. Szczególnie młodsze grupy wiekowe oraz osoby z niższym wykształceniem wykazują braki w wiedzy.
- 2. Niska percepcja ryzyka w grupach młodszych i męskich:** Osoby starsze (50+), kobiety oraz mieszkańcy wsi częściej postrzegają ryzyko ukłucia kleszcza jako wysokie lub bardzo wysokie, podczas gdy młodsze grupy wiekowe i mężczyźni są bardziej sceptyczni wobec zagrożenia.
- 3. Różnorodność w postawach wobec faktów i mitów:** Mimo że pewne mity, takie jak „kleszcze spadają z drzew,” są wciąż powszechne, skuteczna edukacja obaliła niektóre błędne przekonanie, że np. „należy smarować kleszcza tłuszczem.” Jednocześnie młodsze osoby oraz grupy z niższym wykształceniem częściej są neutralne wobec złożonych informacji o kleszczach.
- 4. Niski poziom szczepień przeciwko KZM:** Zaledwie 10,2% badanych jest zaszczepionych przeciwko KZM, mimo że 61,6% zna taką możliwość. Główne bariery to brak wiedzy na temat szczepionki (40,7%), brak poczucia potrzeby szczepienia (30,6%) oraz koszty (15,2%). Szczepienia są bardziej popularne wśród młodszych grup i mężczyzn.
- 5. Kluczowa rola lekarzy:** Tylko 6,1% badanych otrzymało zalecenie szczepienia od lekarza. Najwięcej rekomendacji dotyczyło osób w wieku 35–64 lat, ale brak zaleceń pozostaje główną przeszkodą w zwiększeniu poziomu szczepień.
- 6. Wyrażna korelacja między wykształceniem, a świadomością:** Osoby z wyższym wykształceniem mają lepszą wiedzę o chorobach odkleszczowych i częściej rozważają szczepienie, co podkreśla potrzebę skierowania działań edukacyjnych do osób z niższym poziomem edukacji.
- 7. Wpływ kontekstu społecznego na podejście do prewencji:** Posiadacze zwierząt wychodzących oraz rodzice dzieci do 15. roku życia mają wyższą świadomość KZM, częściej rozważają szczepienie i są bardziej skłonni do działań profilaktycznych, co sugeruje, że większa ekspozycja na ryzyko motywuje do podjęcia kroków ochronnych.
- 8. Postawy wobec szczepień a działania profilaktyczne:** Zdecydowani zwolennicy szczepień wykazują najwyższą świadomość KZM, postrzegają je jako poważne zagrożenie i częściej podejmują działania profilaktyczne (21,4% zaszczepionych). Natomiast umiarkowani zwolennicy i przeciwnicy szczepień napotykają bariery, takie jak brak zaleceń lub zaufania do szczepień.



**CHOROBY
PRZENOSZONE
PRZEZ KLESZCZE**

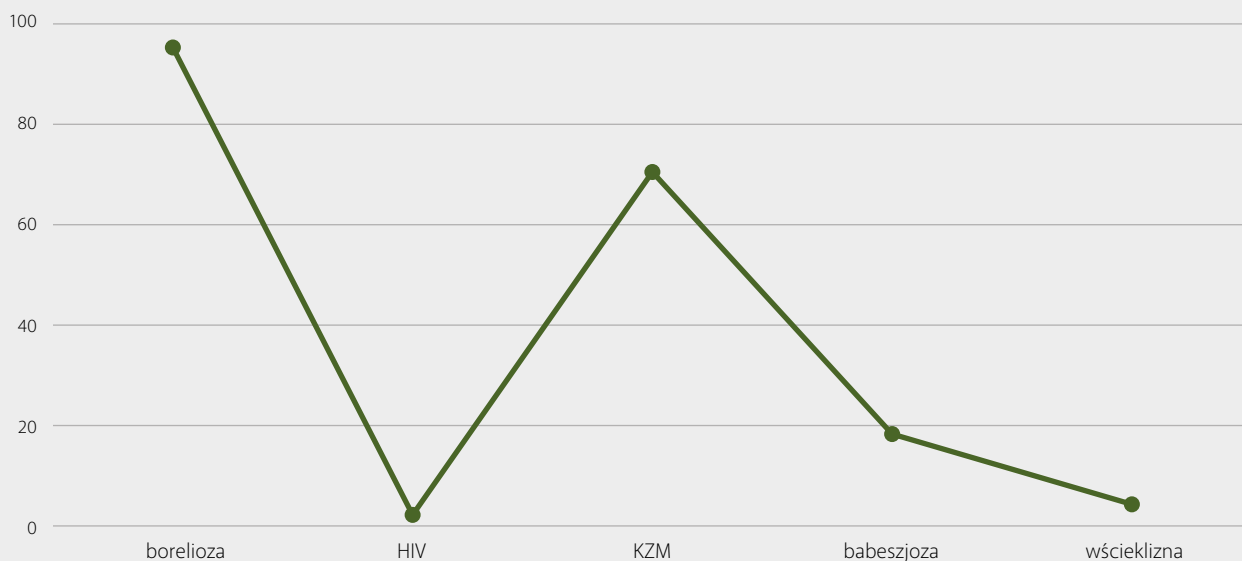
I. CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ KLESZCZE

Kleszcze są istotnym zagrożeniem zdrowotnym, przenoszącym liczne choroby o różnorodnym charakterze. Poniżej przedstawiono wyniki badań dotyczących świadomości na temat schorzeń wywoływanych przez kleszcze, takich jak borelioza czy kleszczowe zapalenie mózgu.

Niemalże wszystkie badane osoby (99,2%) słyszały o tym, że kleszcze mogą przenosić choroby.

Spośród listy chorób przenoszonych przez kleszcze badani wskazywali najczęściej boreliozę (95,3%) oraz kleszczowe zapalenie mózgu KZM (70,5%), rzadziej wskazywano wściekliznę (4,3%) oraz HIV (2,2%). Blisko co dwudziesta osoba (18,3%) wskazała, że kleszcze przenoszą babeszjozę.

CZY KLESZCZE PRZENOSZĄ TE CHOROBY?



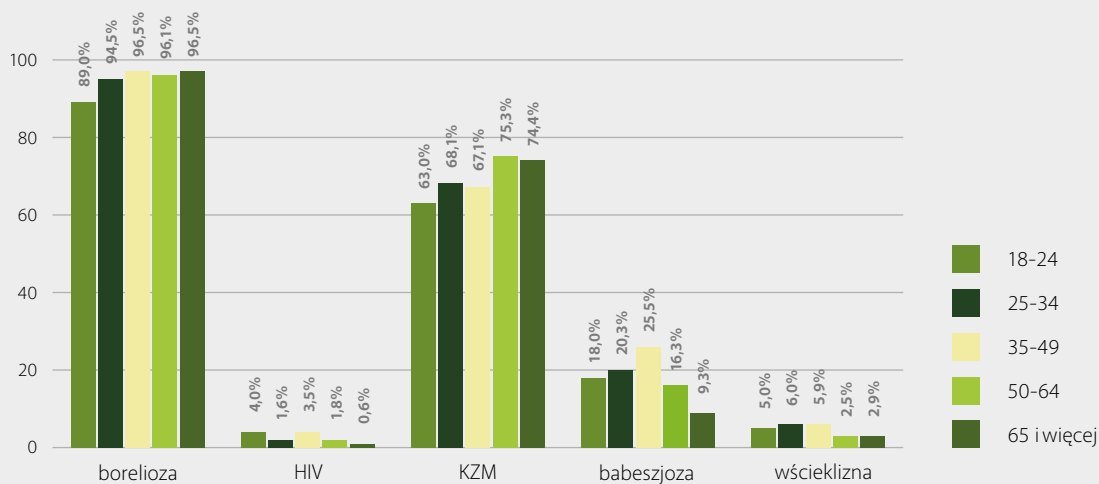
Analiza demograficzna trzech najczęściej wskazywanych chorób przedstawia się następująco.

BORELIOZA

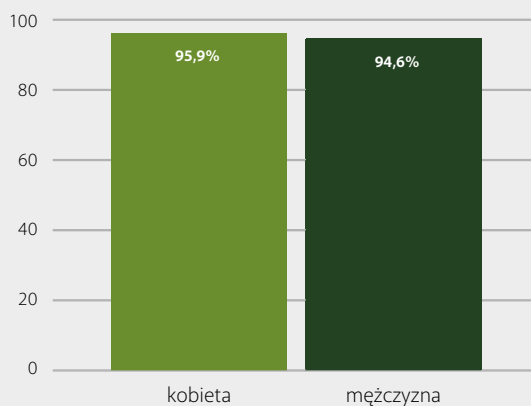
Zdecydowana większość badanych, niezależnie od płci, identyfikuje boreliozę jako chorobę przenoszoną przez kleszcze. Kobiety stanowią 95,9%, a mężczyźni 94,6% osób, które wybrały tę odpowiedź. Różnica między płciami jest minimalna, co wskazuje na wysoką świadomość wśród obu grup. Jedynie niewielki odsetek, odpowiednio 4,1% kobiet i 5,4% mężczyzn, nie wybrał boreliozy jako choroby przenoszonej przez kleszcze.

Najwyższą świadomość dotyczącą boreliozy jako choroby przenoszonej przez kleszcze odnotowano w grupach wiekowych 35–49 lat (96,5%) oraz 65+ (również 96,5%). Grupy wiekowe 50–64 lata oraz 25–34 lata wykazały zbliżony poziom (odpowiednio 96,1% i 94,5%). Najniższy odsetek osób świadomych tej zależności występuje w najmłodszej grupie wiekowej do 24 lat, choć i tutaj wynosi on aż 89%. Wyniki te wskazują na ogólnie wysoki poziom wiedzy wśród wszystkich grup wiekowych, z lekkim wzrostem w grupach starszych, co może być związane z większym doświadczeniem lub ekspozycją na informacje zdrowotne.

ROZKŁAD OSÓB, KTÓRE ODPOWIEDZIAŁY POZYTYWNIE NA PYTANIE: KTÓRA Z PONIŻSZYCH CHOROÓB JEST PANA/PANI ZDANIEM PRZENOSZONA PRZEZ KLESZCZE?



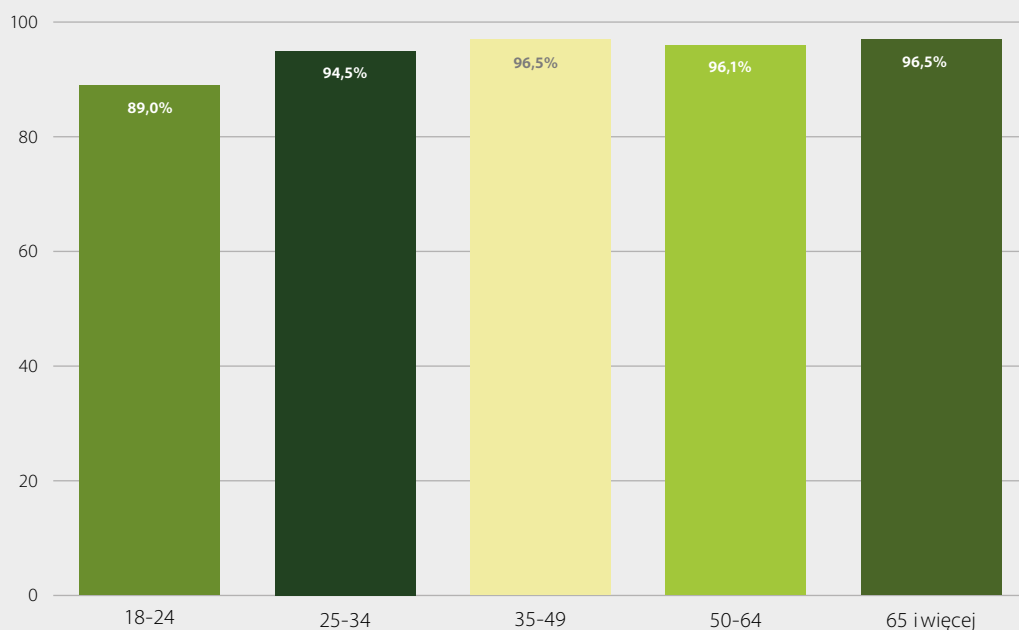
ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ BORELIOZY W PODZIALE NA PŁEĆ



Osoby z wykształceniem średnim (95,9%) oraz wyższym (96,4%) najczęściej wskazywały boreliozę jako chorobę przenoszoną przez kleszcze. Wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym odsetek ten wynosi 90,4%, a wśród osób z zasadniczym zawodowym – 89,3%. Choć różnice są niewielkie, dane te mogą sugerować, że poziom wykształcenia ma pewien wpływ na świadomość zagrożeń związanych z boreliozą.

Najwyższą świadomość dotyczącą boreliozy odnotowano w miastach średniej wielkości (20–99 tys. mieszkańców), gdzie aż 98,1% osób wskazało tę chorobę jako przenoszoną przez kleszcze. W większych miastach (100–199 tys. mieszkańców) odsetek wynosi 96,7%, a w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców – 93,7%. Na wsiach świadomość ta jest również wysoka i wynosi 94,7%. Najniższy wynik odnotowano w miastach 200–499 tys. mieszkańców (90,9%). Wyniki te wskazują, że świadomość boreliozy jest wysoka niezależnie od wielkości miejscowości.

ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ BORELIOZY JAKO CHOROBY PRZENOSZONEJ PRZEZ KLESZCZE W PODZIALE NA WIEK

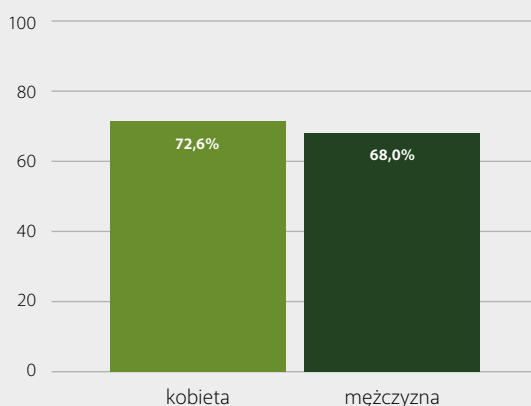


KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU

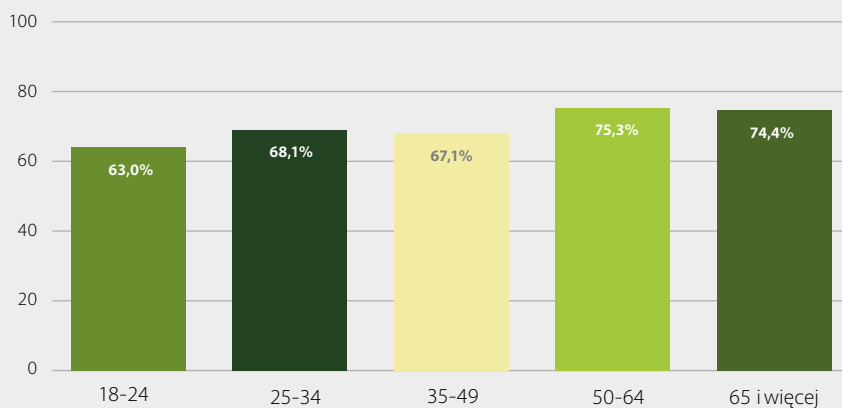
Z analizy wynika, że kobiety i mężczyźni mają porównywalny poziom świadomości dotyczący kleszczowego zapalenia mózgu. Wśród kobiet 72,6% zadeklarowało znajomość tego zagadnienia, podczas gdy wśród mężczyzn wynik wyniósł 68%. Jednakże, większy odsetek mężczyzn (32%) niż kobiet (27,4%) nie znał odpowiedzi na to pytanie. Może to sugerować, że kobiety są bardziej świadome zagrożeń związanych z chorobami odkleszczowymi, co może wynikać z większej skłonności do poszukiwania informacji zdrowotnych lub uczestniczenia w działaniach profilaktycznych.

Wiek respondentów wykazuje istotny wpływ na poziom świadomości o kleszczowym zapaleniu mózgu. Największy odsetek osób deklaruujących znajomość tej choroby występuje w grupie wiekowej 50–64 lata (75,3%), co może wynikać z większej ekspozycji na informacje zdrowotne w mediach lub od lekarzy. Wśród osób powyżej 65. roku życia wynik jest również wysoki (74,4%). Najmniejszą świadomość odnotowano w grupach młodszych: do 24 lat (63%) oraz 25–34 lata (68,1%). Wyniki te sugerują, że działania edukacyjne powinny być szczególnie ukierunkowane na młodsze grupy wiekowe, które mogą być mniej zainteresowane tematyką zdrowotną.

ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ KZM W PODZIALE NA PŁEĆ



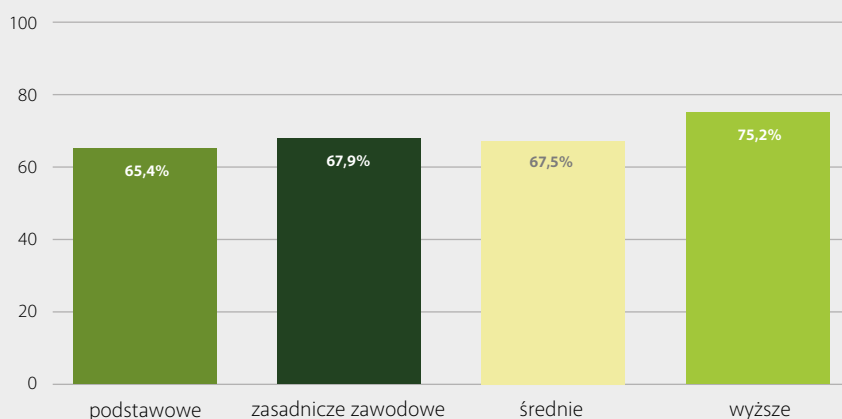
ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ KZM JAKO CHOROBY PRZENOSZONEJ PRZEZ KLESZCZE W PODZIALE NA WIEK



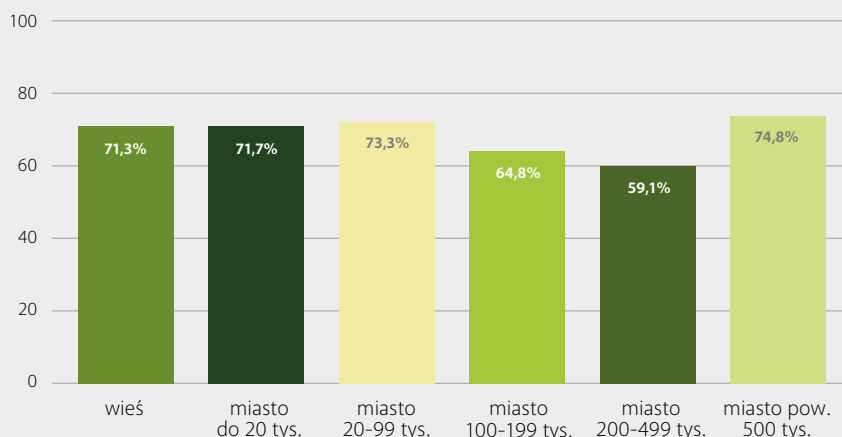
Poziom wykształcenia ma wyraźny wpływ na znajomość kleszczowego zapalenia mózgu. Osoby z wykształceniem wyższym cechuje najwyższy poziom świadomości – 75,2% z tej grupy wybrało poprawną odpowiedź. Podobne wyniki występują wśród osób z wykształceniem średnim (67,5%). Najniższy poziom znajomości problemu odnotowano wśród osób z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym (34,6%). Te różnice mogą wynikać z łatwiejszego dostępu do informacji zdrowotnych oraz większej świadomości w wyżej wykształconych grupach. Działania informacyjne powinny zatem być szczególnie skierowane do osób z niższym poziomem wykształcenia.

Analiza miejsca zamieszkania pokazuje różnice w świadomości o kleszczowym zapaleniu mózgu. Najwięcej osób znających ten temat mieszka na wsiach (71,3%) oraz w dużych miastach powyżej 500 tys. mieszkańców (74,8%). Z kolei najniższą świadomość odnotowano w miastach o średniej wielkości, takich jak miasta 200–499 tys. mieszkańców (59,1%) i miasta 100–199 tys. mieszkańców (64,8%). Wyniki te wskazują, że działania edukacyjne powinny być bardziej intensywnie prowadzone w średnich miastach, gdzie wiedza na ten temat wydaje się najbardziej ograniczona.

ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ KZM JAKO CHOROBY PRZENOSZONEJ PRZEZ KLESZCZE W PODZIALE NA WYKSZTAŁCENIE



ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ KZM JAKO CHOROBY PRZENOSZONEJ PRZEZ KLESZCZE W ZALEŻNOŚCI OD MIEJSCA ZAMIESZKANIA



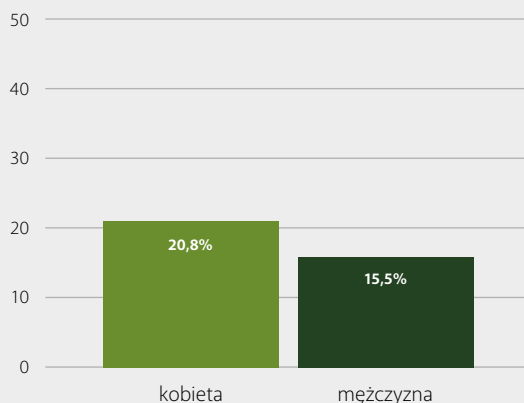
BABESZJOZA

Znacząca większość badanych, niezależnie od płci, nie jest świadoma, że babeszjoza jest przenoszona przez kleszcze. W grupie kobiet aż 79,2% nie wybrało tej odpowiedzi, podczas gdy u mężczyzn odsetek wynosi 84,5%. Oznacza to, że jedynie 20,8% kobiet i 15,5% mężczyzn wskazało prawidłowo. Różnice te mogą wskazywać na nieco większą świadomość wśród kobiet, jednak ogólny poziom wiedzy w tej kwestii pozostaje niski.

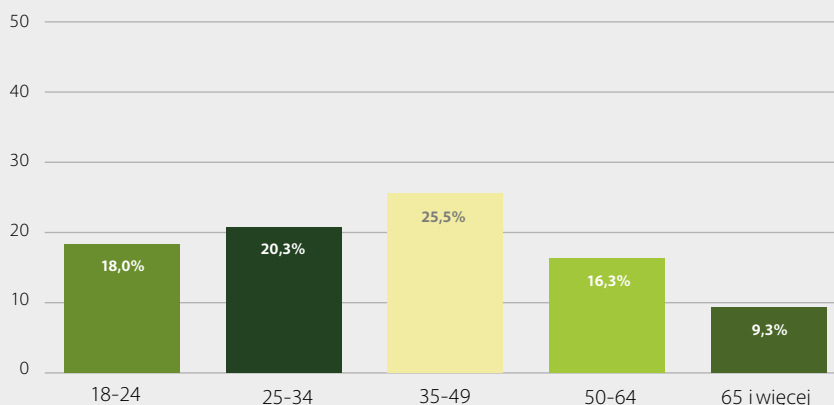
Wyniki pokazują wyraźną zależność między wiekiem a świadomością dotyczącą babeszjozy. Największy odsetek osób świadomych występowania tej choroby przenoszonej przez kleszcze znajduje się w grupie wiekowej 35–49 lat (25,5%). Z kolei najmniejsza wiedza występuje w grupie wiekowej 65+ (9,3%) oraz wśród osób poniżej 24 lat (18,0%). Wyniki sugerują, że edukacja zdrowotna mogłaby być szczególnie przydatna w młodszych i najstarszych grupach wiekowych.

Świadomość babeszjozy jako choroby przenoszonej przez kleszcze wzrasta wraz z poziomem wykształcenia. Wśród osób z wykształceniem wyższym 22,5% odpowiedziało prawidłowo, natomiast w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym odsetek ten wynosi zaledwie 8,3%. Podobnie niska świadomość występuje u osób z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym (21,2%). Dane te pokazują, że edukacja jest istotnym czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy o chorobach przenoszonych przez kleszcze.

ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ BABESZJOZY W PODZIALE NA PŁEĆ

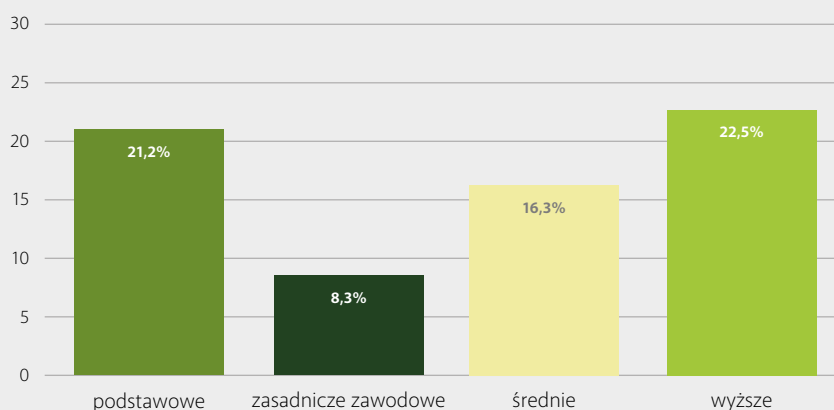


ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ BABESZJOZY W PODZIALE NA WIEK

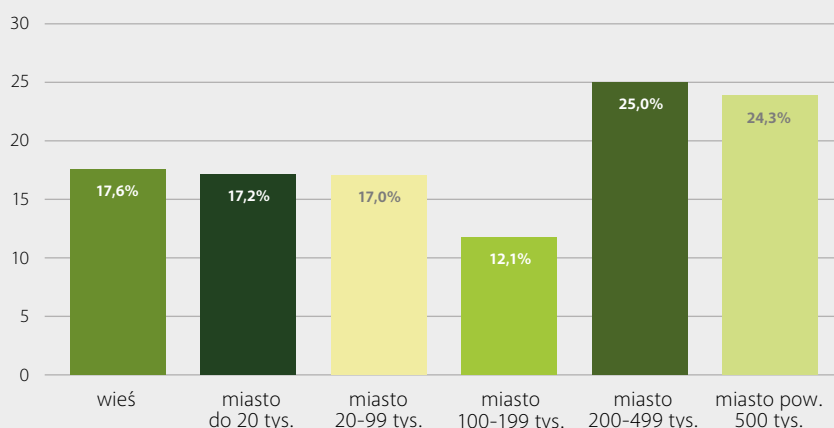


Największa świadomość występowania babeszjozy jako choroby przenoszonej przez kleszcze odnotowana została w największych miastach (powyżej 500 tys. mieszkańców), gdzie 24,3% osób podało prawidłową odpowiedź. W miastach o populacji 200–499 tys. odsetek ten wynosi 25%, co jest najwyższym wynikiem w analizie. Najniższa świadomość występuje na wsiach i w miastach o populacji do 20 tys., gdzie jedynie około 17% odpowiedziało prawidłowo. Wyniki te mogą wskazywać na potrzebę większej edukacji w mniejszych miejscowościach.

ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ BABESZJOZY JAKO CHOROBY PRZENOSZONEJ PRZEZ KLESZCZE W PODZIALE NA WYKSZTAŁCENIE



ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCĄ BABESZJOZY JAKO CHOROBY PRZENOSZONEJ PRZEZ KLESZCZE W ZALEŻNOŚCI OD MIEJSCA ZAMIESZKANIA



CHOROBY ODKLESZCZOWE

• **BOLERIOZA**

Najczęstszą chorobą odkleszczową jest borelioza. Zakażenie człowieka następuje poprzez ukłucie lub dostanie się do rany wymiocin kleszcza. Najczęstszym objawem wczesnej fazy boreliozy jest rumień wędrujący oraz objawy grypopodobne. Infekcja w swoim dalszym stadium charakteryzuje się nawracającym zapaleniem stawów, zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i zapaleniem mięśnia sercowego. Boreliozę leczy się za pomocą antybiotyków.

• **BABESZJOZA**

Inną chorobą przenoszoną przez kleszcze jest babeszjoza, zwana także „malarią północy”. Choroba występuje w różnych odmianach u ludzi i u zwierząt (głównie psów, sporadycznie kotów). Charakteryzuje się gorączką, dreszczami, ogólnym wyczerpaniem, bólami mięśni i stawów, niekiedy także ciężką anemią. Babeszjoza jest najczęstszą i bardzo groźną chorobą dla psów.

• **BARTONELLA**

Kleszcze mogą także przenosić chorobę o nazwie bartonella, która daje podobne objawy do boreliozy dodatkowo wzmacniając jej niektóre objawy. Ukłucie przez kleszcza może również powodować anaplazmozę ludzką granulocytarną, która objawia się gorączką, dreszczami, bólami mięśni, biegunką i kaszlem. Do leczenia stosuje się antybiotyki.

• **KZM (KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU)**

Ukłucie kleszcza może prowadzić do zakażenia wirusem KZM, który szybko przedostaje się do organizmu przez gruczoły ślinowe kleszcza. Niewielki odsetek zakażeń wynika z konsumpcji niepasteryzowanego mleka od zakażonych zwierząt.

Wywołana przez ten wirus choroba ma dwufazowy przebieg. Pierwsza faza przypomina grypę i trwa do 28 dni. W drugiej fazie, gdy wirus atakuje układ nerwowy, mogą wystąpić zapalenie opon mózgowych, bóle głowy, gorączka oraz porażenia nerwowe, prowadzące do długotrwałej rehabilitacji. U najmłodszych dzieci i osób starszych KZM może wywołać poważne powikłania, w tym niewydolność oddechową. Na KZM nie ma leku, dlatego kluczowa jest profilaktyka, w tym stosowanie repelentów, noszenie odpowiedniej odzieży i unikanie miejsc, gdzie występują kleszcze. Szczepienia ochronne są dostępne od ukończonego 1. roku życia i skutecznie zapobiegają KZM.

A black and white photograph of two women walking their dogs in a forest. The woman on the left is wearing sunglasses and a textured cardigan, holding a leash for a large, fluffy dog. The woman on the right is wearing a denim jacket and a necklace, holding a leash for a smaller, fluffy dog. A large, semi-transparent green circle is overlaid on the image, centered behind the women. In the bottom right corner, there is a solid green circle.

**ZAGROŻENIE
UKŁUCIEM KLESZCZA
– OCENA RYZYKA**

II. ZAGROŻENIE UKŁUCIEM KLESZCZA – OCENA RYZYKA

Świadomość zagrożeń związanych z ukłuciami kleszczy wciąż bywa niewystarczająca, szczególnie w kontekście miejsc ich występowania. Choć najczęściej kojarzone są z lasami, kleszcze mogą bytować także w parkach miejskich, przydomowych ogrodach czy placach zabaw. Poniżej zaprezentowano wyniki badania świadomości miejsc w jakich może dojść do ukłucia przez kleszcza, oceniane na skali ryzyka od 1 do 6, gdzie 1 oznaczało „żadne zagrożenie”, a 6 oznaczało „wysokie zagrożenie”.

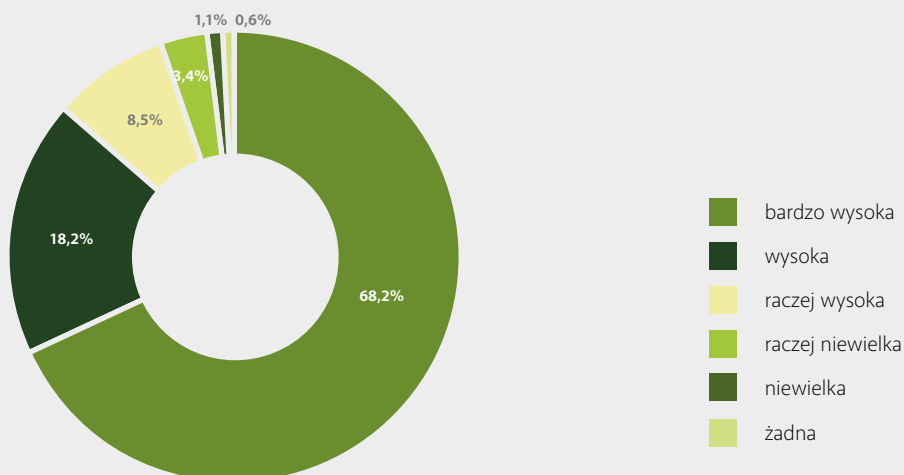
W DZIKIM LESIE

W **dzikim lesie**, zagrożenie ocenione na poziomie 6 (bardzo wysokie) wskazało aż 68,2% badanych, co jest zdecydowanie najwyższą wartością w tej kategorii. Poziom 5 (18,2%) również został wskazany stosunkowo często, co łącznie daje aż 86,4% osób dostrzegających wysokie lub bardzo wysokie ryzyko. Poziomy niskiego zagrożenia (1 i 2) zanotowały jedynie 1,7% wskazań, co podkreśla konsensus badanych co do wysokiego ryzyka w dzikich lasach.

Analiza wyników dotyczących oceny ryzyka ukłucia kleszcza w dzikim lesie przeprowadzona na podstawie 6-stopniowej skali ryzyka, gdzie 1 oznacza „żadne wskazuje na istotne różnice w percepcji ryzyka w zależności od płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania.

Kobiety częściej niż mężczyźni oceniają ryzyko ukłucia kleszcza w dzikim lesie jako bardzo wysokie (73,7% kobiet wobec 61,8% mężczyzn). Z kolei mężczyźni częściej przypisują ryzyko niższe (poziomy od 1 do 4), co może wskazywać na większą ostrożność kobiet w ocenie potencjalnych zagrożeń związanych z kleszczami.

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO KONTAKTU Z KLESZCZAMI W DZIKIM LESIE



W każdej grupie wiekowej większość osób oceniła ryzyko ukłucia kleszcza na poziomie 6 (bardzo wysokie), co stanowi 68,2% ogółu badanych. Wysokie ryzyko (poziom 6) częściej wskazywały osoby starsze: grupa wiekowa 50–64 lata (73,1%) oraz 65+ (67,6%). W grupie najmłodszych (do 24 lat) odsetek ten wynosił 61,0%. Z kolei młodsze osoby częściej oceniały ryzyko jako niskie (poziomy 1–3), co może wynikać z mniejszego doświadczenia z kleszczami.

Osoby z wyższym wykształceniem (68,9%) oraz średnim (69,5%) najczęściej wskazywały na bardzo wysokie ryzyko ukłucia w dzikim lesie. Podobny poziom wskazań dotyczył osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (65,5%). Natomiast osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym znacznie częściej wybierały niższe poziomy ryzyka (do 4), co może być efektem mniejszej wiedzy na temat zagrożeń związanych z kleszczami.

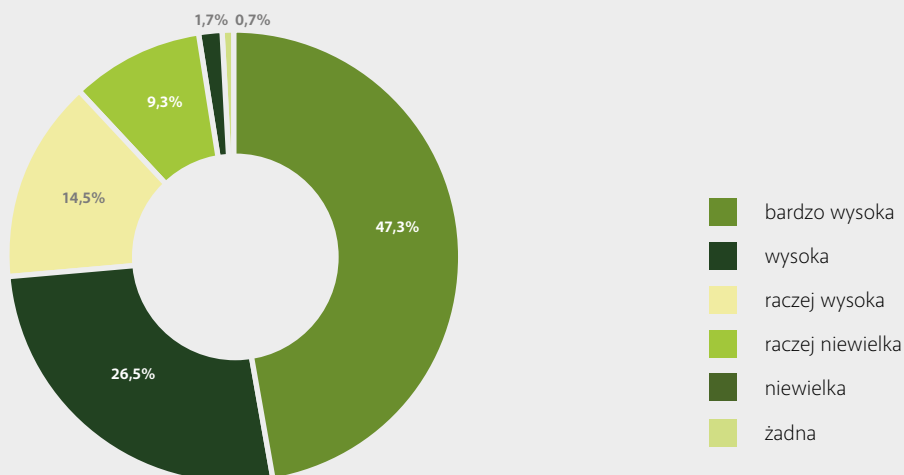
Osoby z mniejszych miejscowości, takich jak wsie (67,5%) oraz miasta do 20 tys. mieszkańców (69,3%), częściej postrzegały ryzyko jako bardzo wysokie w porównaniu do mieszkańców większych miast (np. 61,9% w miastach powyżej 500 tys.). Mieszkańcy dużych miast częściej oceniali ryzyko na niższych poziomach (1–3), co może wynikać z mniejszego kontaktu z dzikimi terenami leśnymi w codziennym życiu.

W LESIE POD MIASTEM

W **lesie pod miastem**, poziom zagrożenia oceniony na 6 osiągnął 47,3%, co jest wyraźnie niższe niż w dzikim lesie, jednak nadal stanowi znaczącą wartość. Poziom 5 został wskazany przez 26,5% badanych, co łącznie daje 73,8% osób oceniających ryzyko jako wysokie lub bardzo wysokie. Niskie oceny (1 i 2) osiągnęły 2,4%, co wskazuje na większe zróżnicowanie opinii w porównaniu z dzikim lasem.

Kobiety częściej postrzegają ryzyko jako bardzo wysokie (54,7%), wskazując na najwyższy poziom skali, w porównaniu do mężczyzn (38,7%). Z kolei mężczyźni częściej wybierają niższe poziomy ryzyka (1–3), co świadczy o większym zróżnicowaniu ich ocenie zagrożenia.

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO KONTAKTU Z KLESZCZAMI W LESIE POD MIASTEM



Wiek znacząco wpływa na ocenę ryzyka – osoby starsze, zwłaszcza w grupie wiekowej 50-64 lata, najczęściej wskazują najwyższy poziom ryzyka (56,9%), podobnie jak osoby w wieku 65+ (48,6%). W młodszych grupach wiekowych, takich jak osoby do 24 lat, wybieranie najwyższego poziomu ryzyka jest rzadsze (33%), a częściej wskazywane są niższe poziomy (1-3), co może wynikać z mniejszego doświadczenia lub wiedzy na temat zagrożeń związanych z kleszczami.

Wykształcenie również ma wpływ na percepcję zagrożenia. Osoby z wyższym (48,1%) i średnim (48,8%) wykształceniem najczęściej przypisują najwyższy poziom ryzyka na skali. Natomiast osoby z podstawowym lub gimnazjalnym wykształceniem częściej wskazują na niższe poziomy ryzyka (do 4), co może świadczyć o ograniczonej wiedzy lub świadomości dotyczącej problemu.

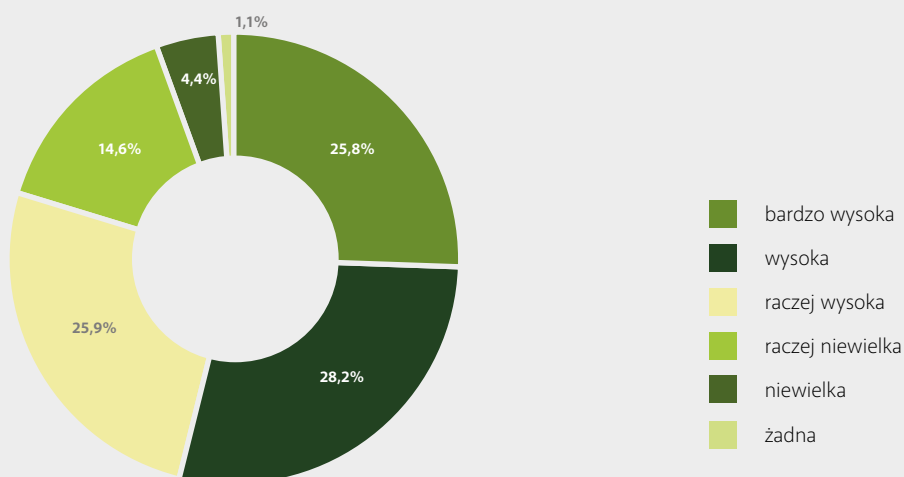
Miejsce zamieszkania wyraźnie wpływa na ocenę ryzyka. Mieszkańcy mniejszych miejscowości, takich jak wsie (49,0%) i miasta do 20 tys. mieszkańców (44,6%), częściej wskazują najwyższy poziom ryzyka (6) w porównaniu do mieszkańców największych miast (powyżej 500 tys.), gdzie najwyższy poziom ryzyka wybiera 40,7% osób. Mieszkańcy dużych miast częściej wybierają niższe wartości na skali (1-3), co może być związane z mniejszą ekspozycją na tereny leśne w ich codziennym życiu.

W PARKU

W **parku**, najczęściej wybierano poziom 5 (28,2%), a poziom 6 osiągnął 25,8%. Znaczna część badanych wskazała również poziom 4 (25,9%), co sugeruje bardziej umiarkowaną percepcję ryzyka. Łącznie 54% respondentów dostrzegło wysoki lub bardzo wysoki poziom zagrożenia. Niższe poziomy (1-3) łącznie stanowiły 20,1%.

Kobiety częściej oceniają ryzyko ukłucia kleszcza w parku jako bardzo wysokie – 29,8% wskazało tę odpowiedź, w porównaniu do 21,2% mężczyzn. Z kolei mężczyźni częściej wybierali najniższe poziomy ryzyka (od 1 do 3), co może wskazywać na mniejsze obawy w tej grupie.

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO KONTAKTU Z KLESZCZAMI W PARKU



We wszystkich grupach wiekowych ryzyko oceniane jako bardzo wysokie (6) wybierało od 14,0% w grupie do 24 lat do 31,1% w grupie 50-64 lata. Osoby starsze (50+), zwłaszcza w wieku 50-64 lat, znacznie częściej postrzegały ryzyko jako wysokie lub bardzo wysokie (5 lub 6). Natomiast młodsze grupy wiekowe, jak osoby do 24 lat, częściej wybierały niższe poziomy ryzyka (1-3).

Najwyższe ryzyko (6) najczęściej wskazywały osoby z zasadniczym zawodowym wykształceniem (31,0%) oraz osoby z wykształceniem średnim (27,1%). Osoby z podstawowym wykształceniem częściej oceniały ryzyko jako niższe (1-3), co może wynikać z braku świadomości lub mniejszych obaw.

Osoby z większych miejscowości (powyżej 500 tys.) rzadziej oceniały ryzyko jako bardzo wysokie (21,2%) w porównaniu do mieszkańców wsi (29,5%) czy miast do 20 tys. (22,8%). Mieszkańcy większych miast częściej wybierali średnie poziomy ryzyka (3-4), co może wynikać z mniejszego kontaktu z terenami zielonymi w codziennym życiu.

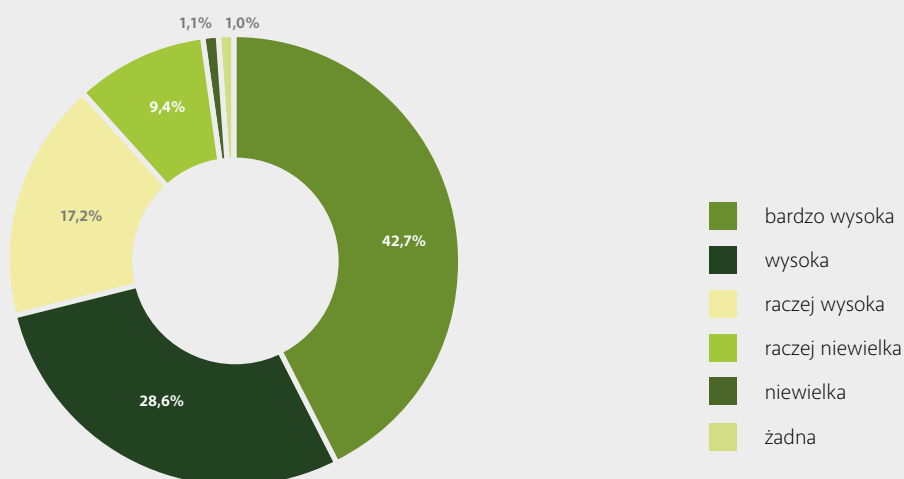
PODCZAS WYCIECZKI NA „ŁONO NATURY”

Podczas **wycieczek na „łono natury”**, zagrożenie ocenione na 6 wybrało 42,7% respondentów, a poziom 5 osiągnął 28,6%. W sumie 71,3% badanych wskazało na wysoki lub bardzo wysoki poziom zagrożenia. Niskie oceny (1-3) wyniosły razem 11,5%, co wskazuje na ogólnie wysoką świadomość ryzyka w tej sytuacji.

Kobiety znacznie częściej oceniają ryzyko jako bardzo wysokie (51,4%), w porównaniu z mężczyznami (32,6%). Mężczyźni częściej wybierają niższe poziomy zagrożenia, zwłaszcza 4 (21,2%) i 5 (31,5%), co może wskazywać na bardziej umiarkowaną percepcję ryzyka.

We wszystkich grupach wiekowych dominującą odpowiedzią było wskazanie ryzyka jako bardzo wysokiego (42,7%). Grupa wiekowa 50-64 lata wskazywała ten poziom najczęściej (50,2%), podczas gdy najmłodsze osoby (do 24 lat) rzadziej oceniały ryzyko jako bardzo wysokie (34,0%) i częściej wybierały poziomy niskiego zagrożenia, co może wynikać z mniejszego doświadczenia w przebywaniu na łonie natury.

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO KONTAKTU Z KLESZCZAMI NA ŁONIE NATURY



Osoby z wyższym wykształceniem najczęściej wskazują ryzyko jako bardzo wysokie (44,8%), podobnie jak osoby z zasadniczym zawodowym (40,5%) i średnim (42,6%). Osoby z podstawowym/gimnazjalnym wykształceniem rzadziej wskazują na bardzo wysokie ryzyko (30,8%), a częściej wybierają niższe poziomy zagrożenia.

Mieszkańcy wsi najczęściej oceniają ryzyko ukłucia kleszcza jako bardzo wysokie (45,3%). W miastach o wielkości 20-99 tys. mieszkańców ryzyko to również jest oceniane wysoko (41,5%). Mieszkańcy dużych miast (powyżej 500 tys.) oceniają ryzyko jako bardzo wysokie w nieco mniejszym stopniu (39,8%) i częściej wskazują na umiarkowane poziomy zagrożenia, takie jak 4 i 5.

W MIEŚCIE

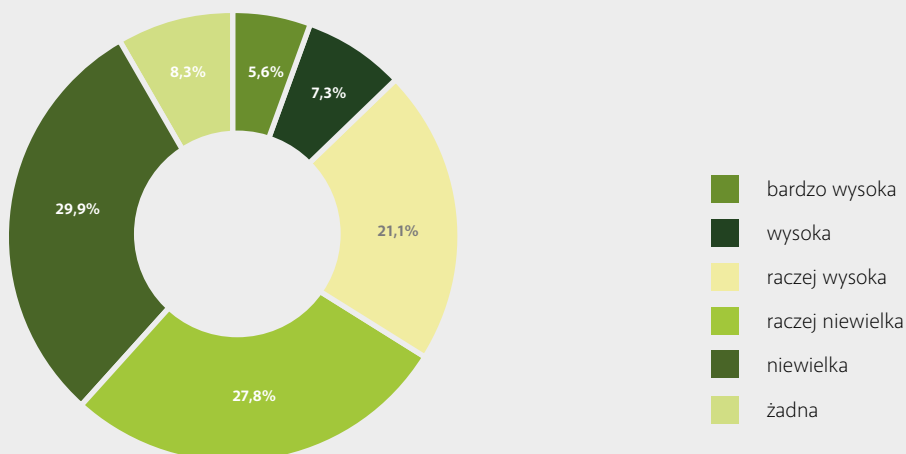
W **mieście**, sytuacja wygląda zupełnie inaczej – poziom 6 wskazało tylko 5,6% badanych, a poziom 5 – 7,3%. Dominowały oceny średnie (3 i 4), które stanowiły odpowiednio 27,8% i 21,1%. Niskie oceny (1 i 2) osiągnęły razem 38,2%, co sugeruje niską percepcję zagrożenia ukłucia kleszcza w miejskich obszarach.

Mężczyźni częściej oceniają ryzyko ukłucia kleszcza w mieście na poziomie 1 – żadnym (11,0% w porównaniu do 6,0% kobiet). Kobiety natomiast częściej wybierają poziom 4 – umiarkowane ryzyko (24,6% kobiet wobec 17,1% mężczyzn). Bardzo wysokie ryzyko (poziom 6) jest rzadziej wskazywane, zarówno przez kobiety (6,1%), jak i mężczyzn (5,0%).

W młodszych grupach wiekowych (do 24 lat) zauważalnie więcej osób wskazuje brak zagrożenia (17,0%), natomiast w starszych grupach wiekowych (50-64 lata oraz 65+) oceny te są rzadsze (odpowiednio 3,9% i 6,4%). Z kolei poziom umiarkowanego ryzyka (3 i 4) są najczęściej wybierane w grupach wiekowych od 25 do 64 lat, gdzie łącznie osiągają ponad 50%. Bardzo wysokie ryzyko (poziom 6) najczęściej wskazują osoby w wieku 35-49 lat (8,1%).

Osoby z podstawowym i gimnazjalnym wykształceniem częściej oceniają ryzyko ukłucia kleszcza w mieście na poziomie 1 (13,5%), co jest znacząco wyższe niż wśród osób z wyższym wykształceniem (5,8%). Poziomy 2 i 3 – niskie i średnie ryzyko – są najczęściej wskazywane we wszystkich grupach wykształcenia, przy czym osoby z wykształceniem wyż-

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO KONTAKTU Z KLESZCZAMI W MIEŚCIE



szym i średnim oceniają je bardziej umiarkowanie (odpowiednio 30,1% i 29,9% wskazań dla poziomu 3). Poziom bardzo wysokiego ryzyka (6) był najmniej popularny, choć najczęściej wybierany przez osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (9,5%).

Osoby z mniejszych miejscowości, takich jak wsie (7,0%) oraz miasta do 20 tys. mieszkańców (12,9%), częściej oceniają ryzyko na poziomie 1 – żadnym. Z kolei mieszkańcy dużych miast (powyżej 500 tys.) są mniej skłonni do wskazywania bardzo wysokiego ryzyka (7,1%), podczas gdy mieszkańcy mniejszych miejscowości, takich jak wsie (5,5%), częściej oceniają ryzyko na tym poziomie. Poziomy umiarkowanego ryzyka (3 i 4) dominują we wszystkich klasach wielkości miejscowości, szczególnie w miastach średnich (20-99 tys.), gdzie łącznie osiągają niemal 53%.

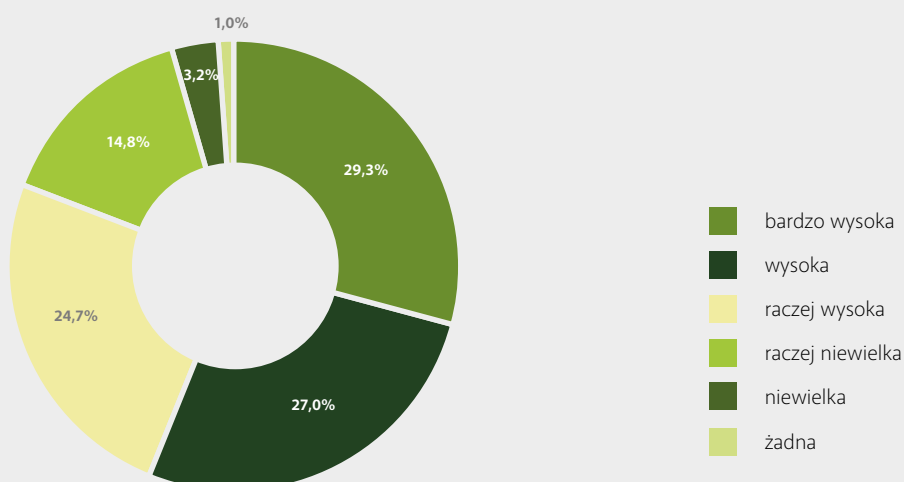
Ryzyko ukłucia kleszcza w mieście jest postrzegane jako niższe w porównaniu do innych lokalizacji. Kobiety, osoby starsze oraz mieszkańcy średnich miast częściej wskazują umiarkowane ryzyko (poziom 3 lub 4). Mężczyźni oraz osoby z niższym wykształceniem częściej wybierają brak ryzyka (poziom 1). Wskazuje to na istotne różnice w percepcji ryzyka w zależności od cech demograficznych i społecznych.

NA WSI

Na **ws**i, najwyższy poziom zagrożenia (6) wskazało 29,3% respondentów, a poziom 5 – 27,0%. Łącznie 56,3% respondentów dostrzega wysokie lub bardzo wysokie ryzyko. Niskie oceny (1-3) stanowiły 19%.

Kobiety częściej oceniają ryzyko ukłucia kleszcza na wsi jako bardzo wysokie (35,4%) w porównaniu do mężczyzn (22,2%). Jednocześnie mężczyźni częściej przypisują niższe poziomy ryzyka (1 i 2) – odpowiednio 1,7% i 3,9%, w porównaniu do kobiet (0,4% i 2,6%). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni najczęściej wybierają najwyższe oceny ryzyka na poziomie 5 i 6 (łącznie 63,9% kobiet i 47,5% mężczyzn). Najwyższe ryzyko (poziom 6) najczęściej wskazują osoby w grupach wiekowych 35-49 lat (33,8%) i 50-64 lata (30,4%). Młodsze osoby (do 24 lat) częściej oceniają ryzyko na niższych poziomach (1-3), co może wskazywać na mniejszą świadomość zagrożeń lub doświadczenie w kontakcie z naturą. Dla osób powyżej 65 lat poziom ryzyka 6 również jest wysoki (26,0%), jednak widoczna jest większa roz-

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO KONTAKTU Z KLESZCZAMI NA WSI



pięć ocen. Osoby z wyższym wykształceniem częściej wskazują bardzo wysokie ryzyko ukłucia kleszcza (28,1%) niż osoby z niższym wykształceniem. Dla porównania, osoby z podstawowym/gimnazjalnym wykształceniem częściej przypisują niższe poziomy ryzyka (do poziomu 3), co może wskazywać na mniejszą świadomość zagrożeń. Mieszkańcy wsi (31,8%) oraz miast o wielkości od 200 do 499 tys. mieszkańców (35,2%) częściej wskazują najwyższe poziomy ryzyka (6). Z kolei mieszkańcy miast do 20 tys. (łącznie 30,7%) i największych miast (powyżej 500 tys.) nieco częściej wybierają poziomy niższe, co może być związane z mniejszym doświadczeniem w kontakcie z naturą.

NA OGRÓDKU KOŁO DOMU

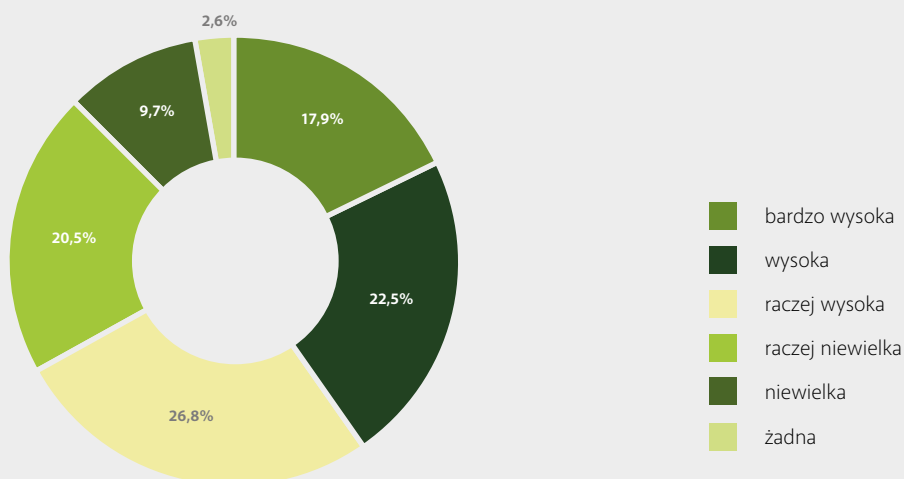
Na **ogródku koło domu**, poziom 4 osiągnął najwyższą wartość u 26,8% badanych, a poziom 5 został wskazany przez 22,5% badanych. Najwyższe zagrożenie (6) dostrzegło 17,9% respondentów, co jest niższe niż w bardziej naturalnych środowiskach. Niskie poziomy (1-3) łącznie wyniosły 32,8%.

Kobiety w większym stopniu niż mężczyźni dostrzegają ryzyko ukłucia kleszcza na ogródku koło domu jako „bardzo wysokie” – taką odpowiedź wybrało 22,3% kobiet w porównaniu do 12,7% mężczyzn. Z kolei mężczyźni częściej wskazywali na niższe poziomy ryzyka, co może świadczyć o bardziej sceptycznym podejściu tej grupy do zagrożenia w takich sytuacjach.

Jeśli chodzi o grupy wiekowe, najwyższy odsetek ocen wskazujących na „bardzo wysokie” ryzyko występuje wśród osób w wieku 35–49 lat (21,2%) oraz wśród osób w wieku powyżej 65 lat (17,9%). W obu tych grupach dominują także oceny umiarkowanie wysokie, co wskazuje na wyraźną percepcję ryzyka, choć osoby starsze częściej wybierały oceny niższe, co może wynikać z ich ograniczonego kontaktu z ogródkami bądź mniejszej aktywności fizycznej w takich miejscach.

Wykształcenie badanych również wpływa na postrzeganie ryzyka. Osoby z wykształceniem wyższym i średnim częściej oceniały szanse na ukłucie kleszcza jako „wysokie” lub „bardzo wysokie” (odpowiednio 17,5% i 18,6%), co może wynikać z ich większej świadomości zagrożenia wynikającego z kontaktu z naturą. Z kolei osoby z wykształceniem podstawowym

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO KONTAKTU Z KLESZCZAMI W PRZYDOMOWYM OGRÓDKU



lub zasadniczym zawodowym relatywnie częściej wybierały najniższe oceny ryzyka, co może wskazywać na mniejszą świadomość bądź bagatelizowanie problemu.

Analiza danych w kontekście wielkości miejscowości ujawnia, że osoby mieszkające na wsiach częściej wskazywały na „bardzo wysokie” ryzyko ukłucia kleszcza (21,8%) w porównaniu z mieszkańcami największych miast powyżej 500 tys. mieszkańców (14,9%). To zróżnicowanie może wynikać z faktu, że mieszkańcy wsi częściej mają bezpośredni kontakt z przyrodą, co zwiększa ich świadomość ryzyka. Natomiast w dużych miastach takie sytuacje mogą być rzadziej doświadczane, co przekłada się na niższą percepcję zagrożenia.

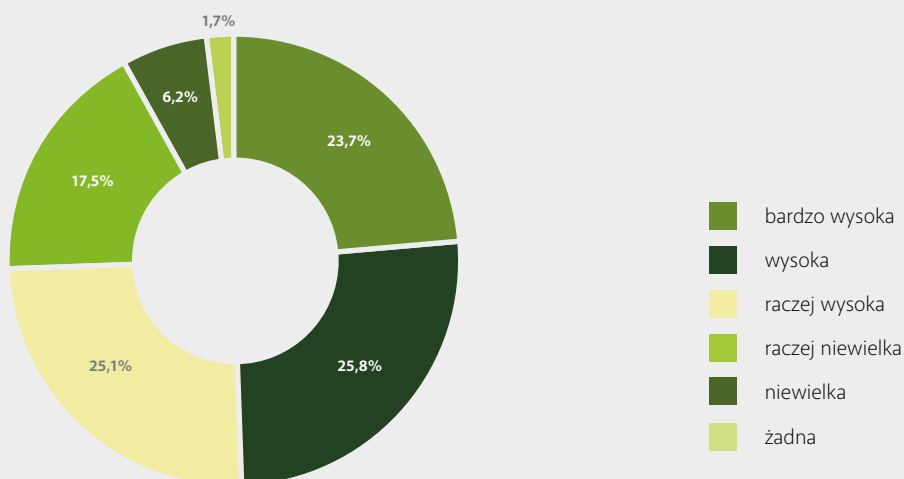
NA OGRÓDKU DZIAŁKOWYM

Na **ogródku działkowym**, dominowały wskazania poziomu 5 (25,8%) i poziomu 6 (23,7%), co łącznie daje 49,5% badanych wskazujących na wysokie lub bardzo wysokie ryzyko. Niskie oceny (1-3) osiągnęły 25,4%.

Kobiety częściej niż mężczyźni postrzegają ryzyko jako bardzo wysokie, co potwierdza 28,3% kobiet w porównaniu do 18,4% mężczyzn. Z kolei mężczyźni częściej oceniają ryzyko jako niskie, wskazując na to niższe wartości na skali. W grupie wiekowej powyżej 65 lat dominują oceny wskazujące na umiarkowane i wysokie ryzyko, co wyraża 31,2% wskazań na wysoki poziom ostrożności i 26,6% na umiarkowane ryzyko. Młodsze osoby, w wieku do 24 lat, częściej oceniają ryzyko jako niskie, co może wynikać z mniejszego doświadczenia lub mniejszej uwagi poświęcanej zagrożeniom.

Najwyższe oceny ryzyka są najczęściej podawane przez osoby w wieku od 35 do 64 lat – w grupie 35–49 lat 26,2% badanych wskazuje na bardzo wysokie ryzyko, a w grupie 50–64 lata ten odsetek wzrasta do 28,6%. Może to mieć związek z ich aktywnością w przestrzeniach zielonych, takich jak ogródki działkowe. Respondenci z wyższym wykształceniem również częściej oceniają ryzyko jako wysokie, co może odzwierciedlać ich wyższą świadomość problematyki zagrożeń, podczas gdy osoby z podstawowym lub gimnazjalnym wykształceniem częściej wskazują na niskie ryzyko.

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO KONTAKTU Z KLESZCZAMI W OGRÓDKU DZIAŁKOWYM



Mieszkańcy wsi częściej oceniają ryzyko jako bardzo wysokie – taką opinię wyraziło 28,5% badanych. W miastach średniej wielkości, zamieszkiwanych przez 20–99 tys. osób, ten odsetek spada do 17,4%. W dużych miastach powyżej 500 tys. mieszkańców przeważają umiarkowane oceny ryzyka, z dominacją 28,3% wskazań na umiarkowany poziom i 25,7% na wysoki. Mieszkańcy obszarów wiejskich i małych miast rzadziej oceniają ryzyko jako niskie, co może wynikać z ich większego kontaktu z przyrodą i świadomości zagrożeń wynikających z takich środowisk.

ZAGROŻENIE UKŁUCIEM KLESZCZA – ROZKŁAD WG PŁCI

Na poniższym wykresie porównano percepcję ryzyka ukłucia kleszcza w różnych miejscach w zależności od płci – kobiet i mężczyzn, ponieważ w tej grupie demograficznej zanotowano największe różnice. Wyniki zostały przedstawione jako odsetki osób oceniających zagrożenie jako „bardzo wysokie” (poziom 6). Analiza uwzględnia osiem różnych lokalizacji, co pozwala na szczegółowe porównanie.

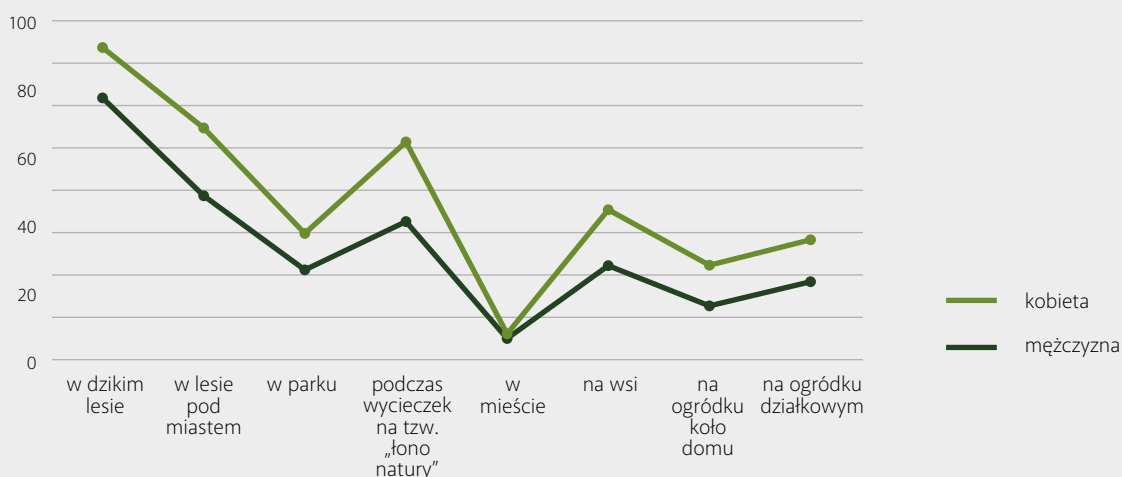
W dzikim lesie: Kobiety wyraźnie częściej postrzegają zagrożenie jako bardzo wysokie (73,7%) w porównaniu z mężczyznami (61,8%). Różnica wynosi 11,9 punktów procentowych, co wskazuje na wyższy poziom ostrożności wśród kobiet w naturalnych, dzikich środowiskach.

W lesie pod miastem: Różnica między kobietami (54,7%) a mężczyznami (38,7%) jest jeszcze większa i wynosi 16 punktów procentowych. Kobiety ponownie wykazują większą świadomość ryzyka, co sugeruje, że środowiska półnaturalne są dla nich bardziej kojarzone z zagrożeniem.

W parku: Ryzyko postrzegane jako bardzo wysokie wskazało 29,8% kobiet i 21,2% mężczyzn. Tutaj różnica wynosi 8,6 punktów procentowych, co oznacza spadek w porównaniu z bardziej naturalnymi lokalizacjami, ale nadal wskazuje na większą percepcję zagrożenia wśród kobiet.

Podczas wycieczek na łono natury: Kobiety również wskazują wyższy poziom ryzyka (51,4%) niż mężczyźni (32,0%), co daje różnicę aż 19,4 punktów procentowych. To największa różnica na wykresie, co może odzwierciedlać ich większą ostrożność w trakcie aktywności na świeżym powietrzu.

JAK OCENIA PANI/PAN RYZYKO UKŁUCIA PRZEZ KLESZCZE W RÓŻNYCH MIEJSCACH W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI



W mieście: W tej kategorii zarówno kobiety (9,0%), jak i mężczyźni (8,0%) oceniają ryzyko jako bardzo niskie, a różnica wynosi zaledwie 1 punkt procentowy. Miasto jest miejscem, w którym percepcja zagrożenia kleszczami jest najniższa dla obu płci.

Na wsi: Kobiety (35,4%) ponownie częściej wskazują bardzo wysokie zagrożenie niż mężczyźni (22,2%). Różnica wynosi 13,2 punktów procentowych, co utrzymuje trend wyższej oceny ryzyka wśród kobiet w bardziej naturalnych środowiskach.

Na ogródku koło domu: Tutaj różnica między płciami jest mniejsza – kobiety wskazały bardzo wysokie zagrożenie w 22,3% przypadków, a mężczyźni w 12,7%. Różnica wynosi 9,6 punktów procentowych, co może wynikać z mniejszego związku tej lokalizacji z dziką przyrodą.

Na ogródku działkowym: Kobiety (28,3%) nadal częściej postrzegają ryzyko jako bardzo wysokie niż mężczyźni (18,4%). Różnica wynosi 9,9 punktów procentowych, co jest zbliżone do różnic w innych lokalizacjach o charakterze półnaturalnym.

GDZIE NAJCZĘŚCIEJ ŁAPIEMY KLESZCZA?

W ostatnich latach nastąpił skok zdiagnozowanych przypadków kleszczowego zapalenia mózgu (KZM). W 2022 roku stwierdzono 445 przypadków KZM, a w 2023 już 659, czyli ponad dwukrotnie więcej niż cztery lata wcześniej. Z najnowszych badań wynika, że ponad 90% zakażonych „złapało” kleszcza nie w lesie czy podczas aktywności na łonie natury, ale w miejscu zamieszkania.

Obserwując te wzrostowe tendencje eksperci wskazują, że zmiany klimatyczne, sprzyjające dłuższej aktywności kleszczy, są jednym z głównych czynników wpływających na rosnącą liczbę przypadków KZM. Zaobserwowano także, że przenoszony przez kleszcze wirus odpowiadający występuje na obszarze całej Polski przez większą część roku, co stawia praktycznie każdego mieszkańca kraju w grupie ryzyka zakażenia.

GDZIE NAJCZĘŚCIEJ „ŁAPIEMY” KLESZCZA?

Najnowsze badania¹ wykazują, że kleszcze atakują najczęściej w miejscach, gdzie spędzamy czas na co dzień – otoczeniu naszego domu. **Ponad 90% osób, które doświadczyły pokłucia przez te groźne pajęczaki, przyznaje się do „złapania” ich w okolicy własnego miejsca zamieszkania.**

Prof. dr hab. n. med. Joanna Zajkowska specjalistka chorób zakaźnych z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prowadziła badania, w których pytano pacjentów, u których stwierdzono KZM, gdzie doszło do kontaktu z kleszczem. *„Zdecydowana większość pacjentów deklaruwała, że doszło do tego w miejscu zamieszkania. Znacznie rzadziej pajęczak wkłuł się w skórę podczas aktywności poza domem, takich jak łowienie ryb, bieganie, zbieranie grzybów, wędrówka po górach. Umniejszej części osób do ukłucia przez kleszcza doszło podczas podróży i wakacji. Co ciekawe zdecydowana mniejszość nie pamiętała, by miały kontakt z kleszczem.*

Szansę na zachorowania na kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) istotnie zwiększa także²:

- zamieszkiwanie na terenach wiejskich,
- posiadanie psa jako zwierzęcia domowego,
- częste spacerowanie oraz prowadzenie prac ogrodowych z częstotliwością przynajmniej cztery razy w tygodniu.
- uczestnictwo w aktywnościach na świeżym powietrzu, takich jak jazda na rowerze czy polowania, również determinuje istotne statystycznie zwiększenie szans na zachorowanie na KZM.

1 Zajkowska J. badanie Aktywny nadzór nad zachorowaniami na Kleszczowe zapalenie mózgu w Polsce w latach 17-20

2 Nygren T.M., Pilic A., Bohmer M.M. et al. (2022). Tick-Borne Encephalitis Risk Increases with Dog Ownership, Frequent Walks, and Gardening: A Case-Control Study in Germany 2018– 2020. *Microorganisms*. 10(4): 690



**WIEDZA
O KLESZCZACH
– FAKTY I MITY**



III. WIEDZA O KLESZCZACH – FAKTY I MITY

Kleszcze wzbudzają liczne emocje i zainteresowanie, ale wokół nich narosło również wiele mitów i błędnych przekonań. Poniżej przedstawiono postawy respondentów wobec faktów i mitów dotyczących tych pasożytów – ich zachowań, środowisk życia i zapobiegania ich ukłuciom.

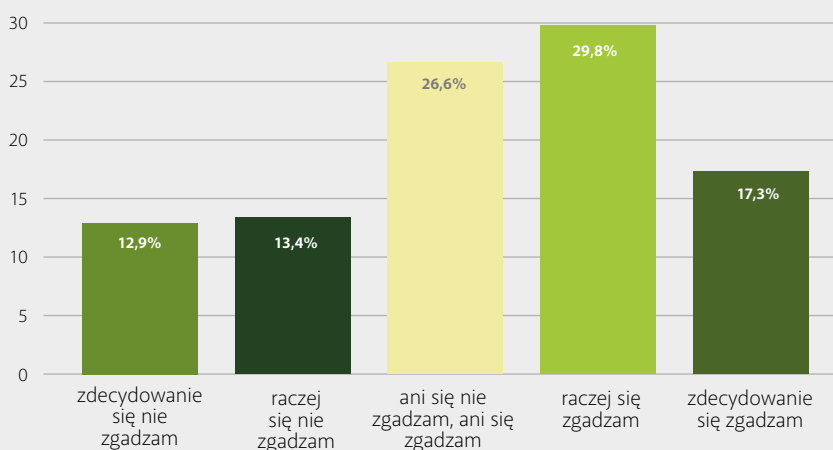
KLESZCZE SPADAJĄ Z DRZEW

Dane dotyczące przekonań na temat kleszczy pokazują bardzo ciekawe różnice w opiniach respondentów. Weźmy na początek stwierdzenie, że „**kleszcze spadają z drzew**” – aż 29,8% osób „raczej się zgadza” z tym poglądem, a kolejne 17,3% „zdecydowanie się zgadza”. Oznacza to, że niemal połowa badanych uważa, że kleszcze mają tendencję do spadania z wysokości. Z drugiej strony, 26,3% wyraziło brak zgody – z czego 13,4% „raczej się nie zgadza”, a 12,9% stanowczo odrzuca tę tezę. To pokazuje, że choć jest to powszechne przekonanie, nie wszyscy są do niego przekonani.

Na podstawie danych demograficznych dotyczących przekonań o spadaniu kleszczy z drzew można zaobserwować pewne interesujące różnice między płciami, grupami wiekowymi, poziomami wykształcenia oraz miejscowościami różnej wielkości. Kobiety i mężczyźni różnią się w swoich ocenach, ale te różnice są stosunkowo niewielkie. W przypadku kobiet 33,3% zgadza się z twierdzeniem „raczej się zgadzam”, co stanowi najwyższy odsetek wśród ich odpowiedzi, podczas gdy u mężczyzn ten odsetek wynosi 25,7%. Równocześnie więcej mężczyzn (18,8%) niż kobiet (16,0%) wyraziło zdecydowaną zgodę. Z kolei, więcej mężczyzn (14,9%) niż kobiet (11,2%) stanowczo się nie zgadza z tym stwierdzeniem.

W podziale na kategorie wiekowe widzimy, że osoby młodsze są bardziej skłonne do stanowczego niezgadzania się z tym twierdzeniem – 9% osób poniżej 24. roku życia wyraziło zdecydowaną niezgodę, podczas gdy w grupie osób powyżej 65 lat ten odsetek wynosi 11%. Warto jednak zauważyć, że najwyższy odsetek odpowiedzi „raczej się zgadzam” obserwuje się w grupie osób w wieku 25-34 lat (32,6%) i jest on wyższy niż w pozostałych grupach wiekowych.

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PANI/PAN ZE STWIERDZENIEM „KLESZCZE SPADAJĄ Z DRZEW”?



Wykształcenie zdaje się odgrywać znaczącą rolę w kształtowaniu opinii. Osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym najczęściej zdecydowanie zgadzają się z twierdzeniem (40,4%), co wyróżnia się na tle innych grup. Natomiast osoby z wykształceniem wyższym mają tendencję do większego sceptycyzmu – 14,2% zdecydowanie się nie zgadza, a 24,8% wybiera odpowiedź neutralną.

Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, mieszkańcy wsi częściej wyrażają zarówno zdecydowaną zgodę (18,5%), jak i stanowczą niezgodę (12,5%), co może świadczyć o większej polaryzacji opinii w tej grupie. Z kolei w małych miastach do 20 tys. mieszkańców obserwuje się najwyższy odsetek odpowiedzi „raczej się nie zgadzam” (19,8%). Neutralność najczęściej deklarują mieszkańcy większych miast, szczególnie tych o liczbie mieszkańców powyżej 500 tys. (32,7%).

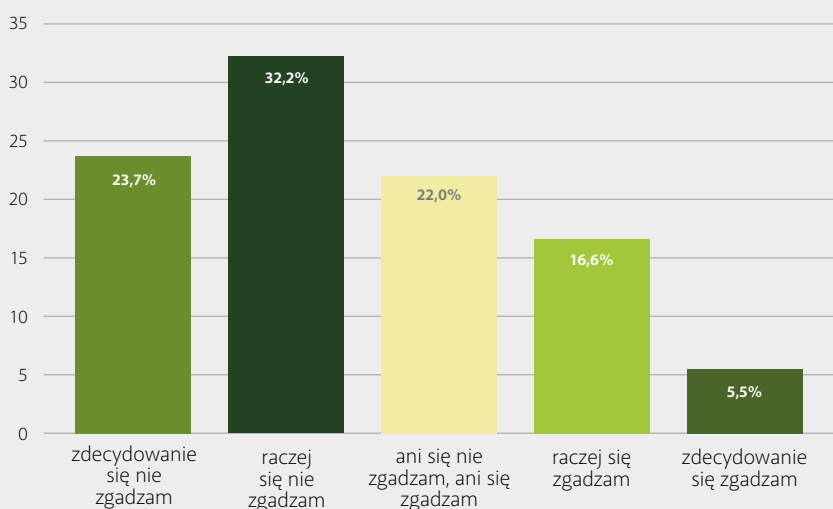
Zestawiając różne kategorie, można dostrzec ciekawe wzorce. Mężczyźni i osoby starsze częściej wyrażają stanowcze opinie (zarówno zgodę, jak i niezgodę), podczas gdy osoby młodsze oraz kobiety częściej wybierają odpowiedzi neutralne. Wyższe wykształcenie koreluje z większym sceptycyzmem wobec omawianego stwierdzenia, natomiast niższe wykształcenie wiąże się z większą gotowością do jego akceptacji. W obszarach miejskich tendencja do neutralnych odpowiedzi może wynikać z mniejszego bezpośredniego kontaktu z przyrodą w porównaniu do obszarów wiejskich.

KLESZCZE SĄ AKTYWNE TYLKO LATEM

Kiedy zapytano oto, czy „**kleszcze są aktywne tylko latem**”, większość respondentów wyraziła brak zgody – aż 32,2% „raczej się nie zgadza”, a 23,7% „zdecydowanie się nie zgadza”. Razem daje to ponad połowę badanych (55,9%), którzy nie wierzą w tę teorię. Jednocześnie 22% osób zachowało neutralność, co może sugerować, że nie mają pewności, czy to stwierdzenie jest prawdziwe. Zgoda była raczej rzadkością – tylko 5,5% zdecydowanie popiera ten pogląd.

Kobiety częściej niż mężczyźni wyrażają zdecydowane przekonanie o niezgodzie na to stwierdzenie (25,1% kobiet w porównaniu do 22% mężczyzn), ale też są nieco bardziej skłonne do neutralnego stanowiska (20,3% kobiet w porównaniu do 24% mężczyzn). Z kolei mężczyźni częściej zgadzają się częściowo lub całkowicie z tym stwierdzeniem, co jest widoczne w kategoriach „raczej się zgadzam” i „zdecydowanie się zgadzam” (łącznie 24,6% mężczyzn wobec 19,9% kobiet).

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PANI/PAN ZE STWIERDZENIEM „KLESZCZE SĄ AKTYWNE TYLKO LATEM”?



Analizując dane według wieku, można zauważyć, że najwyższy odsetek osób wyrażających całkowitą niezgodę występuje w grupach wiekowych 35-49 oraz 50-64 lata (odpowiednio 26,9% i 26,5%). Młodsze grupy wiekowe, do 24 lat oraz 25-34 lata, częściej przyjmują stanowisko neutralne lub częściowej zgody, co wskazuje na pewną ostrożność w formułowaniu kategoriycznych sądów wśród młodszych uczestników badania.

Również wykształcenie wyraźnie różnicuje postawy wobec omawianego stwierdzenia. Osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym najczęściej wyrażają częściową zgodę lub neutralne stanowisko (odpowiednio 25% i 29,2%), podczas gdy osoby z wykształceniem wyższym dominują w grupie całkowicie odrzucających to stwierdzenie (29,9%). Wyraźny kontrast widać także w przypadku pełnej zgody – tylko 3% osób z wyższym wykształceniem deklaruje zdecydowane poparcie wobec stwierdzenia, podczas gdy w grupie z wykształceniem podstawowym to aż 17,3%.

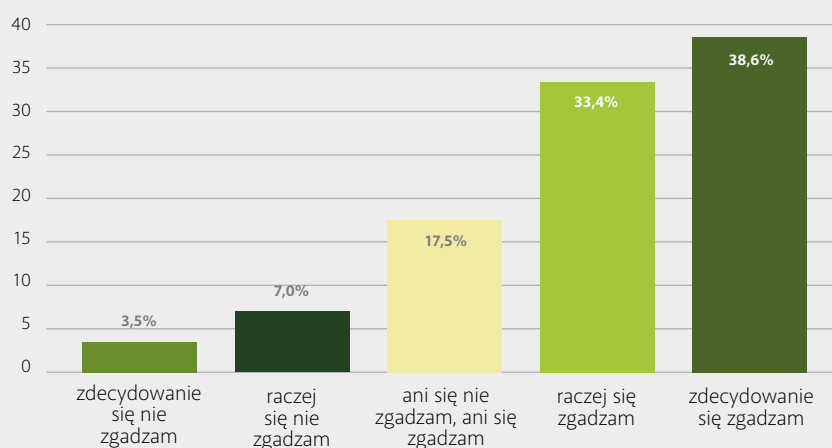
Pod względem klasy wielkości miejscowości mieszkańcy wsi częściej wyrażają całkowitą niezgodę (26,3%) niż mieszkańcy dużych miast powyżej 500 tysięcy (24,8%). Ciekawostką jest, że najmniejszy odsetek osób wyrażających całkowitą zgodę pochodzi z miast średniej wielkości (20-99 tys. mieszkańców), gdzie wyraźnie przeważają postawy neutralne i częściowej zgody.

UKŁUCIE KLESZCZA BOLI

Inne pytanie dotyczyło tego, czy „ukłucie kleszcza boli”, tutaj odpowiedzi były dość jednoznaczne – 38,6% „zdecydowanie się zgadza”, a 33,4% „raczej się zgadza”. To oznacza, że ponad 70% badanych uważa ukłucie kleszcza za nieodczuwalne. Jedynie 10,5% wyraziło brak zgody na to stwierdzenie, co czyni je jednym z bardziej akceptowanych w całej ankiecie.

Dane dotyczące opinii na temat twierdzenia „ukłucie kleszcza nie boli” pokazują zróżnicowanie w odpowiedziach zależnie od płci, wieku, wykształcenia i wielkości miejscowości zamieszkania. Kobiety i mężczyźni różnią się nieznacznie w swoich deklaracjach. 37,6% kobiet i 39,7% mężczyzn zdecydowanie zgadza się z tym stwierdzeniem, natomiast podobne odsetki – 35,6% kobiet i 30,9% mężczyzn – raczej się z nim zgadzają. Mniejszy odsetek w obu grupach wyraża brak zgody – jedynie 2,4% kobiet i 4,8% mężczyzn zdecydowanie się nie zgadza, co wskazuje, że mężczyźni nieco częściej wyrażają skrajne stanowisko.

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PANI/PAN ZE STWIERDZENIEM „UKŁUCIE KLESZCZE BOLI”?



Patrząc na kategorie wiekowe, najmłodsi respondenci (do 24 lat) są mniej skłonni do jednoznacznego zgadzania się – tylko 28% zdecydowanie zgadza się z twierdzeniem. Wraz z wiekiem wzrasta akceptacja tego stwierdzenia – w grupie osób powyżej 65 lat już 46,2% zdecydowanie zgadza się z tym, że ukłucie kleszcza nie boli. Wyraźnie zauważalna jest tu tendencja, że starsze osoby, być może z większym doświadczeniem, częściej zgadzają się z tym twierdzeniem.

Kolejny podział, według wykształcenia, pokazuje, że osoby z podstawowym lub gimnazjalnym wykształceniem są najbardziej podzielone – 44,2% z nich zdecydowanie zgadza się z twierdzeniem, ale również 3,8% zdecydowanie się nie zgadza. W grupie osób z wykształceniem wyższym zdecydowanie zgadza się 39,7%, a raczej zgadza – 32,9%. Warto zauważyć, że wśród osób z wykształceniem zawodowym prawie 30% zdecydowanie zgadza się z twierdzeniem, co jest wynikiem niższym niż w pozostałych grupach.

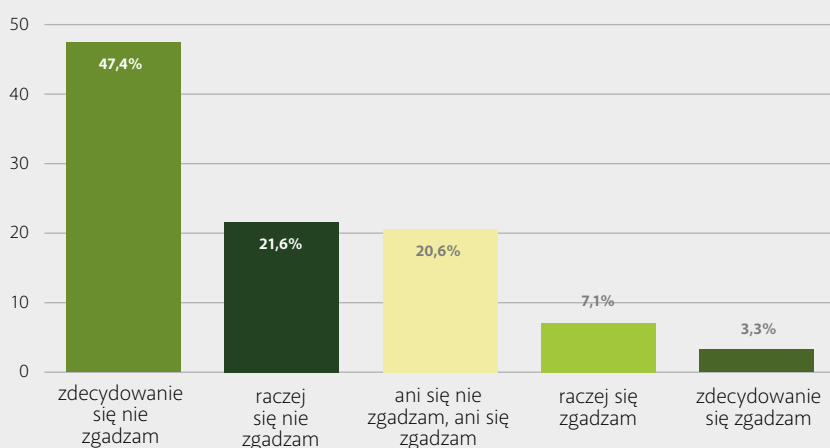
Wreszcie, patrząc na wielkość miejscowości zamieszkania, najbardziej skłonne do zgody są osoby mieszkające na wsiach – 41,3% zdecydowanie zgadza się z twierdzeniem, a 33,3% raczej się zgadza. W większych miastach, powyżej 500 tys. mieszkańców, odsetek zdecydowanie zgadzających się spada do 31%, co może sugerować, że mieszkańcy miast są bardziej sceptyczni wobec takiego stwierdzenia.

Zależności między kategoriami wskazują na kilka interesujących trendów. Wiek i miejsce zamieszkania zdają się być kluczowe dla poziomu zgody, co może odzwierciedlać różnice w doświadczeniach życiowych oraz stopniu kontaktu z naturą. Płeć nie odgrywa tu znaczącej roli, ale wykształcenie wprowadza subtelne różnice – osoby z wyższym wykształceniem są nieco bardziej krytyczne wobec tego stwierdzenia.

ABY ŁATWIEJ USUNĄĆ KLESZCZA TRZEBA GO POSMAROWAĆ MASŁEM

Jednak przy stwierdzeniu, że „**aby łatwiej usunąć kleszcza, należy go posmarować tłuszczem**”, opinie były zupełnie inne. Aż 47,4% osób „zdecydowanie się nie zgadza”, a 21,6% „raczej się nie zgadza”. To znaczy, że niemal 70% badanych odrzuca ten sposób postępowania. Tylko 10,4% zgadza się z tym pomysłem, co wyraźnie pokazuje, że większość ludzi nie uważa tłuszczu za skuteczne rozwiązanie.

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PANI/PAN ZE STWIERDZENIEM „ABY ŁATWIEJ USUNĄĆ KLESZCZA, NALEŻY GO POSMAROWAĆ TŁUSZCZEM”?



Na podstawie przesłanych danych o postawach wobec stwierdzenia, że „aby łatwiej usunąć kleszcza, trzeba go posmarować masłem”, można dostrzec wyraźne różnice w przekonaniach poszczególnych grup demograficznych.

Zacznijmy od płci. Kobiety w zdecydowanej większości (53,1%) stanowczo odrzucają to stwierdzenie, co czyni je bardziej sceptycznymi niż mężczyźni, wśród których 40,8% wyraziło podobne zdanie. Mężczyźni jednak częściej pozostają niezdecydowani, z 24% wybierających opcję neutralną, w porównaniu do 17,7% kobiet. Jeśli chodzi o wyższy poziom zgody na to stwierdzenie, różnice między płciami są niewielkie – zarówno wśród kobiet (8,4%), jak i mężczyzn (12,8%), pojawiają się osoby skłonne zaakceptować ten pogląd.

W podziale wiekowym zauważalne jest, że sceptycyzm wobec masła jako środka do usuwania kleszczy rośnie wraz z wiekiem. Aż 56,6% osób powyżej 65. roku życia stanowczo odrzuca to stwierdzenie, a kolejne 19,1% raczej się z nim nie zgadza. Dla porównania, wśród najmłodszych respondentów (do 24 lat) 34% zdecydowanie zaprzecza tej teorii, a 31% raczej się z nią nie zgadza. Najbardziej podatni na wiarę w skuteczność masła wydają się być respondenci w wieku 25-34 lata, gdzie 9,2% osób raczej się zgadza, a 3,8% zdecydowanie akceptuje to stwierdzenie.

Kolejną kategorią jest poziom wykształcenia. W tej grupie dane pokazują, że im wyższe wykształcenie, tym większy sceptycyzm wobec tej metody. Wśród osób z wykształceniem wyższym aż 56,2% wyraża zdecydowany sprzeciw wobec tego poglądu, podczas gdy w grupie z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym odsetek ten wynosi 26,9%. Ciekawym zjawiskiem jest wyraźnie mniejsza liczba osób z wykształceniem podstawowym, które całkowicie odrzucają to stwierdzenie, co może sugerować wpływ mniejszej edukacji w zakresie medycyny na akceptację mitów.

Z kolei wielkość miejscowości zamieszkania pokazuje, że mieszkańcy dużych miast są bardziej sceptyczni wobec masła jako sposobu na kleszcze. Aż 52,2% mieszkańców miast powyżej 500 tys. mieszkańców stanowczo zaprzecza tej metodzie, w porównaniu do 44,8% mieszkańców wsi. Jednocześnie mieszkańcy wsi są mniej skłonni do całkowitej zgody – tylko 2,8% deklaruje pełną wiarę w to stwierdzenie.

Patrząc na ogólne wzorce, widać, że sceptycyzm wobec tego poglądu rośnie wraz z wiekiem, wykształceniem oraz wielkością miejscowości. Mężczyźni wydają się być bardziej neutralni w ocenie, podczas gdy kobiety częściej odrzucają to stwierdzenie.

JASNE UBRANIA ODSTRASZAJĄ KLESZCZE

Stwierdzenie o tym, że „jasne ubrania odstraszaają kleszcze”, zebrало zróżnicowane odpowiedzi. Najwięcej osób, bo 35,9%, wybrało odpowiedź neutralną. Brak zgody wyraziło 42,5% respondentów – 19,5% „zdecydowanie się nie zgadza”, a 23% „raczej się nie zgadza”. Z kolei zgoda była raczej umiarkowana – tylko 14,8% „raczej się zgadza”, a 6,8% „zdecydowanie się zgadza”. Wygląda na to, że ludzie mają mieszane odczucia wobec tej teorii.

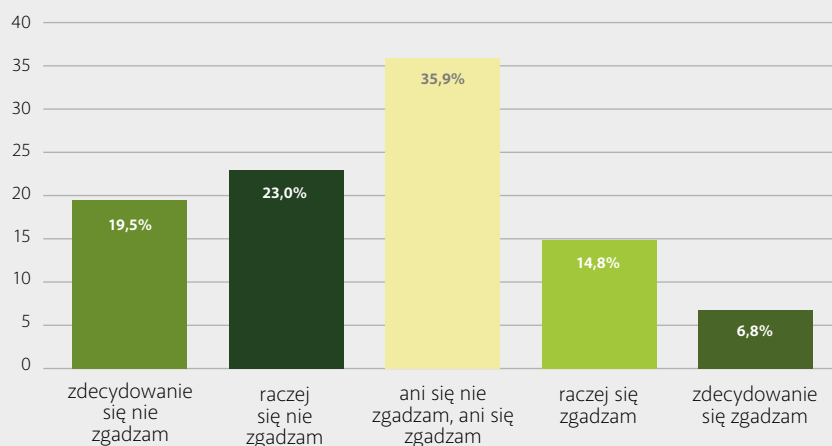
W analizie odpowiedzi ze względu na płeć widzimy, że kobiety częściej niż mężczyźni wyrażają brak zgody na to stwierdzenie – aż 20,9% kobiet zdecydowanie się nie zgadza, w porównaniu do 17,9% mężczyzn. Odpowiedź „raczej się nie zgadzam” jest niemal równie popularna w obu grupach – wybrało ją 23,5% kobiet i 22,5% mężczyzn. W przypadku neutralnych odpowiedzi – „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam” – mężczyźni częściej przyjmują postawę umiarkowaną (38% wobec 34,1% kobiet). Z kolei odpowiedzi wskazujące na zgodę, czyli „raczej się zgadzam” i „zdecydowanie się zgadzam”, są minimalnie częstsze wśród mężczyzn (odpowiednio 13,6% i 8% wobec 15,8% i 5,8% wśród kobiet).

Kategoria wieku przynosi zróżnicowany obraz odpowiedzi. Osoby w wieku 35–49 lat najczęściej wyrażają zdecydowaną niezgodę (24,6%), co wyraźnie odróżnia ich od najmłodszych respondentów (23%) i najstarszych (13,9%). W grupie wiekowej 50–64 lata przeważa umiarkowana niezgoda (21,9%). Najbardziej neutralną postawę wykazują osoby w wieku 65 lat i więcej – aż 40,5% wybrało odpowiedź „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”. W przypadku zgody na stwierdzenie – zarówno umiarkowanej, jak i zdecydowanej – największą skłonność obserwujemy w grupie najstarszych respondentów (19,7% wybrało „raczej się zgadzam”, a 5,2% „zdecydowanie się zgadzam”).

Pod względem wykształcenia respondenci z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym wyrażają najmniejszą zgodę z omawianym stwierdzeniem. Aż 11,5% z nich zdecydowanie się nie zgadza, co odróżnia ich od osób z wykształceniem zawodowym i wyższym. W grupie z wykształceniem średnim najczęściej pojawia się umiarkowana niezgoda – 23,2%. Osoby z wykształceniem wyższym częściej wybierają odpowiedź neutralną (35,7%), a 15,2% zgadza się raczej z omawianym twierdzeniem. Co ciekawe, tylko 5,8% osób z wykształceniem wyższym wyraziło zdecydowaną zgodę.

W podziale na klasę wielkości miejscowości uwagę zwraca największa liczba osób wyrażających brak zgody wśród mieszkańców wsi – aż 44,8% zdecydowanie się nie zgadza, co jest najwyższym wynikiem spośród wszystkich grup. Najbardziej neutralną postawę zajmują mieszkańcy miast liczących od 100 do 199 tysięcy mieszkańców (45,1% wskazało odpowiedź „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”). Mieszkańcy największych miast (powyżej 500 tysięcy mieszkańców) stosunkowo rzadziej wyrażają zdecydowaną zgodę (8%), podczas gdy umiarkowaną zgodę najczęściej deklarują mieszkańcy wsi (14,2%).

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PANI/PAN ZE STWIERDZENIEM „JASNE UBRANIA ODSTRASZAJĄ KLESZCZE”?



KLESZCZE WYSTĘPUJĄ TYLKO W LASACH

Przy pytaniu o to, czy „**kleszcze występują tylko w lasach**”, większość stanowczo odrzuciła to stwierdzenie. Ponad połowa respondentów (51,5%) „zdecydowanie się nie zgadza”, a kolejne 28,8% „raczej się nie zgadza”. To razem daje prawie 80% osób, które nie wierzą, że kleszcze ograniczają się tylko do lasów. Załedwie 10% zgadza się z tym poglądem, co czyni go jednym z najmniej akceptowanych w całym badaniu.

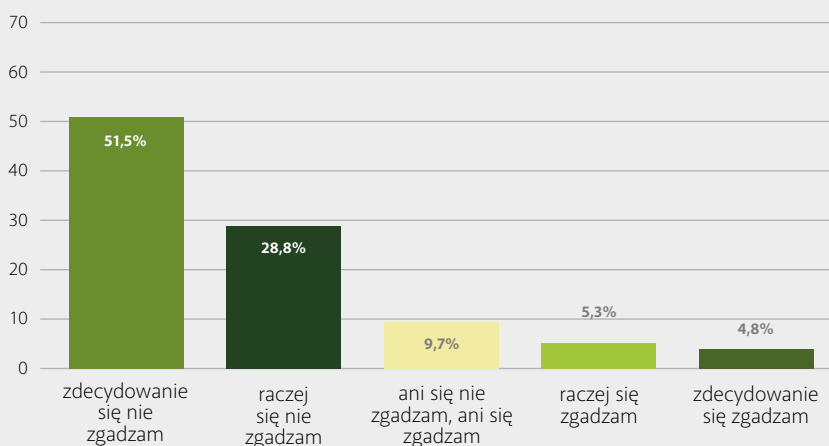
W grupie kobiet aż 56,2% zdecydowanie nie zgadza się z tą tezą, co przewyższa analogiczne 46% wśród mężczyzn. Jednak mężczyźni częściej niż kobiety zaznaczają odpowiedź „zdecydowanie się zgadzam” (7,1% wobec 2,8%), co wskazuje na wyraźne większą polaryzację opinii w tej grupie.

Wiek również różnicuje odpowiedzi. Najmłodsi badani, do 24. roku życia, charakteryzują się dużą zgodnością z tezą – aż 10% z nich „zdecydowanie się zgadza” – co kontrastuje z pozostałymi grupami, gdzie ten odsetek spada. Jednocześnie jednak to właśnie młodsze grupy wiekowe (do 34 lat) są bardziej skłonne wyrażać brak zgody na to stwierdzenie, co widać w odpowiedziach na poziomie „zdecydowanie się nie zgadzam” i „raczej się nie zgadzam”.

Wykształcenie odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu postaw wobec kleszczy. Osoby z wykształceniem wyższym najczęściej odrzucają tę tezę – aż 59% wskazuje na zdecydowany brak zgody, co kontrastuje z niższymi grupami wykształcenia, gdzie brak zgody jest mniejszy. Osoby z wykształceniem podstawowym wyróżniają się większą akceptacją tezy, co może świadczyć o większym wpływie mitów na ich postawy.

Równie istotne są różnice wynikające z wielkości miejscowości zamieszkania. Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy większych miast deklarują zgodę z tezą – aż 5,3% z nich zaznacza „zdecydowanie się zgadzam”. Tymczasem mieszkańcy miast, zwłaszcza średniej wielkości, w przeważającej mierze odrzucają stwierdzenie, co może być wynikiem większej świadomości w tych środowiskach.

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PANI/PAN ZE STWIERDZENIEM „KLESZCZE WYSTĘPUJĄ TYLKO W LASACH”?



Zależności między kategoriami wskazują, że większa świadomość i krytyczne podejście do mitów dotyczących kleszczy częściej występuje w grupach o wyższym poziomie wykształcenia oraz w miastach. Polaryzacja opinii widoczna jest w grupach mężczyzn i osób młodych, co może wskazywać na większą otwartość na różne narracje lub mniejsze zainteresowanie tematem w kontekście edukacyjnym.

KLESZCZE SĄ AKTYWNE TYLKO W CIĄGU DNIA

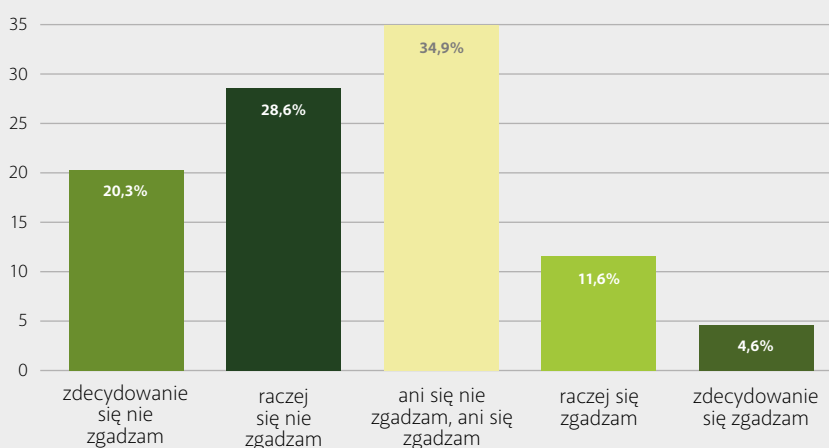
Wyniki wskazują, że 20,3% respondentów zdecydowanie nie zgadza się ze stwierdzeniem, iż **kleszcze są aktywne tylko w ciągu dnia**, a kolejne 28,6% raczej się z nim nie zgadza, co daje łącznie 48,9% wyrażających brak zgody. Neutralne stanowisko zajmuje 34,9% badanych. Z kolei 11,6% raczej zgadza się z tym stwierdzeniem, a 4,6% zdecydowanie je popiera, co stanowi razem 16,2% zgadzających się.

Kobiety nieco częściej niż mężczyźni wyrażają zdecydowany brak zgody na to twierdzenie, co znajduje odzwierciedlenie w 22,9% odpowiedzi „zdecydowanie się nie zgadzam” wśród kobiet w porównaniu do 17,3% u mężczyzn. Mężczyźni natomiast częściej wybierali opcję „raczej się zgadzam” oraz „zdecydowanie się zgadzam”, co może wskazywać na różnice w percepcji lub wiedzy na temat aktywności kleszczy między płciami.

Analizując odpowiedzi według kategorii wiekowych, najmłodsze grupy (do 24 lat) oraz osoby w wieku powyżej 65 lat rzadziej wskazują na brak zgody z twierdzeniem w porównaniu do osób w wieku 35–49 lat i 50–64 lat. Ciekawym zjawiskiem jest stosunkowo wysoki odsetek odpowiedzi „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam” w grupach wiekowych 50–64 lata oraz 65+ – odpowiednio 39,9% i 37%, co może sugerować brak pewności co do wiedzy w tej kwestii.

Pod względem wykształcenia, osoby z wykształceniem wyższym częściej wyrażają zdecydowany brak zgody na twierdzenie (22,5%), natomiast osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz podstawowym/gimnazjalnym częściej odpowiadają „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam” (odpowiednio 45,2% i 30,8%). Może to wskazywać na różnice w poziomie wiedzy związanej z kleszczami.

W JAKIM STOPNIU ZGADZASZ SIĘ ZE STWIERDZENIEM „KLESZCZE SĄ AKTYWNE TYLKO W CIĄGU DNIA”?



W odniesieniu do wielkości miejsca zamieszkania, osoby z mniejszych miejscowości (miasto do 20 tys. mieszkańców) częściej zgadzają się z twierdzeniem, podczas gdy mieszkańcy wsi i największych miast najczęściej wyrażają brak zgody. To może sugerować, że bliskość natury lub środowisko życia może wpływać na przekonania i doświadczenia związane z kleszczami.

KAŻDY KLESZCZ PRZENOSI BORELIOZĘ

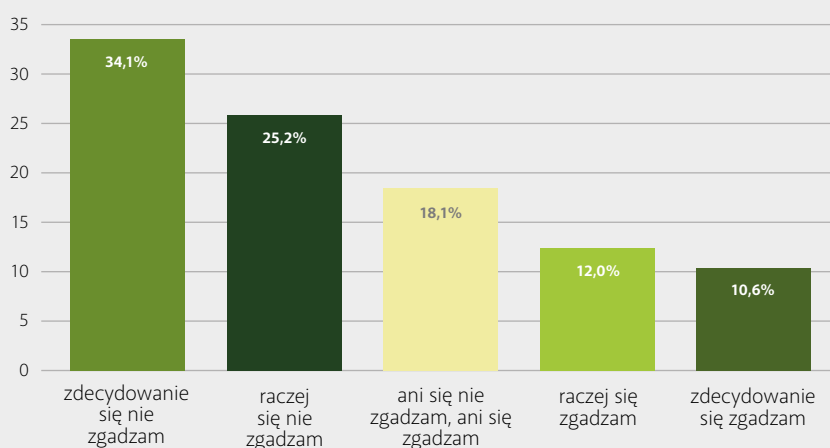
Na koniec, zapytano o przekonanie, że „**każdy kleszcz przenosi boreliozę**” – i tutaj odpowiedzi były podzielone. Większość, bo 59,3%, wyraziła brak zgody (34,1% „zdecydowanie się nie zgadza”, a 25,2% „raczej się nie zgadza”). Jednocześnie 18,1% respondentów miało neutralne stanowisko, a 22,6% zgodziło się z tym stwierdzeniem. Wydaje się więc, że ludzie są ostrożni w ocenie tego poglądu, choć większość go odrzuca.

Kobiety i mężczyźni wykazują zbliżone postawy wobec stwierdzenia. Najwięcej respondentów z obu grup zdecydowanie się nie zgadza, stanowiąc 33,5% kobiet i 34,8% mężczyzn. Nieco mniej osób raczej się nie zgadza, co obejmuje 27,6% kobiet i 22,5% mężczyzn. Postawa neutralna pojawia się częściej u mężczyzn (19%) niż u kobiet (17,3%). Z kolei osoby raczej zgadzające się stanowią 12,7% kobiet i 11,2% mężczyzn, podczas gdy zdecydowane poparcie dla stwierdzenia wyraża 8,9% kobiet i 12,5% mężczyzn.

Wśród najmłodszych respondentów, do 24 lat, odsetek osób zdecydowanie się niezgadzających wynosi 27%, rosnąc do 38,2% w grupie 50-64 lata. Najstarsza grupa, powyżej 65 lat, wykazuje mniejszą skłonność do zdecydowanego sprzeciwu (35,8%). Postawy neutralne są bardziej wyrażane w grupach wiekowych 35-49 oraz 50-64 lata, osiągając odpowiednio 20,4% i 17,7%. Zgoda na stwierdzenie maleje wśród starszych grup, osiągając najniższe wartości w grupie 65+ (6,9% zdecydowanie się zgadza).

Respondenci z wyższym wykształceniem najczęściej odrzucają stwierdzenie (40,5% zdecydowanie się nie zgadza), co różni ich od osób z wykształceniem podstawowym, gdzie ten odsetek wynosi 17,3%. Neutralność w odpowiedziach spada wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia: osoby z podstawowym wykształceniem wyrażają ją w 30,8%, a z wyższym – w 15,7%. Zgoda na stwierdzenie jest wyższa wśród osób z niższym wykształceniem (11,5% zdecydowanie się zgadza).

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PANI/PAN ZE STWIERDZENIEM „KAŻDY KLESZCZ PRZENOSI BORELIOZĘ”?



Zdecydowany sprzeciw wobec stwierdzenia dominuje w miastach 100-199 tys. mieszkańców (42,9%) oraz wsiach (31,8%). Neutralne postawy częściej występują w miastach powyżej 500 tys. (20,4%) i miastach do 20 tys. (15,8%). Poparcie dla stwierdzenia jest wyższe w miastach 200-499 tys. i powyżej 500 tys. mieszkańców, gdzie odsetek osób zdecydowanie zgadzających się wynosi odpowiednio 15,9% i 8,8%.

KLESZCZE ATAKUJĄCE LUDZI RÓŻNIĄ SIĘ OD KLESZCZY ATAKUJĄCYCH ZWIERZĘTA

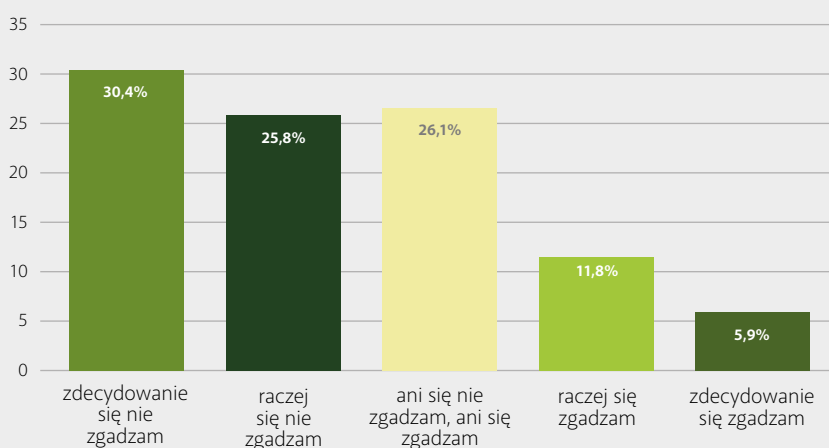
Wyniki dotyczące stwierdzenia, że **kleszcze atakujące ludzi różnią się od tych atakujących zwierzęta**, pokazują, że 30,4% respondentów zdecydowanie nie zgadza się z tym twierdzeniem, a 25,8% raczej się z nim nie zgadza, co daje łącznie 56,2% wyrażających brak zgody. Neutralne stanowisko zajmuje 26,1% badanych. Z kolei 11,8% raczej zgadza się z tym stwierdzeniem, a 5,9% zdecydowanie je popiera, co stanowi łącznie 17,7% zgadzających się.

W kontekście płci widać, że nieco większy odsetek kobiet niż mężczyzn zdecydowanie nie zgadza się z tym stwierdzeniem (31,5% wobec 29,2%). Podobny trend dotyczy odpowiedzi „raczej się nie zgadzam” – częściej wybierają je kobiety (27,4%) niż mężczyźni (24,0%). Natomiast odpowiedzi „raczej się zgadzam” oraz „zdecydowanie się zgadzam” są częściej udzielane przez mężczyzn – odpowiednio 12,3% i 7,3% w porównaniu do 11,4% i 4,7% wśród kobiet.

Przy analizie wieku dominującą grupą pod względem odrzucenia tego stwierdzenia są osoby w wieku 50-64 lata (36,4%) oraz 35-49 lat (33,5%). Najrzadziej z tym stwierdzeniem zgadzają się najmłodsi respondenci (22%), co wskazuje na bardziej neutralne lub sceptyczne nastawienie młodych ludzi wobec różnic w atakach kleszczy. Warto zauważyć, że osoby powyżej 65 roku życia najczęściej wybierają opcję neutralną („ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”), co może świadczyć o braku przekonania lub wiedzy w tej kwestii.

Pod względem wykształcenia respondenci z wyższym wykształceniem częściej niż inni zdecydowanie odrzucają stwierdzenie (34,2%). W przeciwieństwie do nich, osoby z podstawowym wykształceniem wykazują wyższy poziom zgody – 17,3% z nich „raczej się zgadza”, a 17,3% „zdecydowanie się zgadza”. Świadczy to o różnicach w percepcji tego zagadnienia w zależności od poziomu edukacji.

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PAŃI/PAN ZE STWIERDZENIEM „KLESZCZE ATAKUJĄCE LUDZI RÓŻNIĄ SIĘ OD KLESZCZY ATAKUJĄCYCH ZWIERZĘTA”?



Analiza klasy wielkości miejscowości wskazuje, że najczęściej osób z miast średniej wielkości (20-99 tys. mieszkańców) zdecydowanie nie zgadza się z tym stwierdzeniem (36,2%). Na wsiach i w małych miastach dominuje odrzucenie, jednak w miastach największych (powyżej 500 tys. mieszkańców) widoczny jest wyższy odsetek odpowiedzi „raczej się zgadzam” oraz „zdecydowanie się zgadzam”, co może wynikać z większego kontaktu z różnorodnymi źródłami informacji.

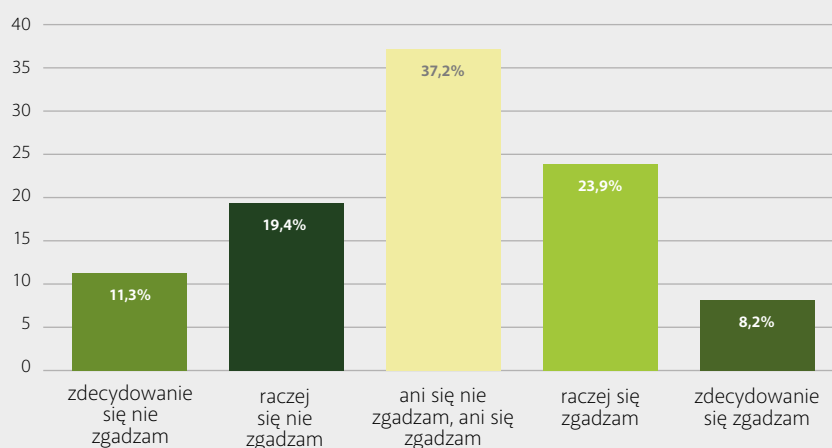
Zależności pomiędzy kategoriami: W analizie płci i wieku można dostrzec, że kobiety oraz osoby starsze są bardziej stanowcze w odrzucaniu stwierdzenia o różnicach między kleszczami, co może wynikać z większej świadomości zagrożenia i bardziej konserwatywnego podejścia do tematu. Z kolei młodszy respondenci częściej prezentują bardziej neutralne stanowisko, co wskazuje na mniejszą wiedzę lub zainteresowanie. Wykształcenie silnie różnicuje postawy – osoby z wyższym wykształceniem częściej odrzucają stwierdzenie, co można tłumaczyć dostępem do bardziej rzetelnych informacji naukowych. W przypadku klasy wielkości miejscowości wyłania się obraz większej otwartości mieszkańców dużych miast na różne interpretacje zagadnienia, co może być efektem dostępu do wiedzy z mediów i instytucji edukacyjnych.

WYJĘCIE KLESZCZA W CIĄGU 24 GODZIN OCHRONI PRZED ZAKAŻENIEM CHOROBA

Na podstawie danych z tabeli dotyczącej stwierdzenia, że **wyjęcie kleszcza w ciągu doby zapobiega zakażeniu chorobą**, wyniki prezentują się następująco. Zdecydowanie nie zgadza się z tym stwierdzeniem 11,3% respondentów, a raczej nie zgadza się kolejne 19,4%, co łącznie daje 30,7% wyrażających sceptycyzm wobec tej tezy. Obojętność, wyrażona przez odpowiedź „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”, została wybrana przez największą grupę badanych – 37,2%. Z kolei umiarkowaną zgodę ze stwierdzeniem wyraziło 23,9% respondentów, a zdecydowanie poparło je 8,2%.

W analizie różnic między płciami zauważono, że kobiety i mężczyźni wyrażają zbliżone postawy wobec wybranego stwierdzenia. Najwięcej osób w obu grupach, zarówno wśród kobiet (36,1%), jak i mężczyzn (38,4%), przyznało, że są neutralni wobec stwierdzenia, wybierając opcję „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”. Niemniej jednak, kobiety nieco częściej niż mężczyźni wyrażały postawę zgody, szczególnie w kategorii „raczej się zgadzam” (24,8% wobec 22,9% u mężczyzn). Mężczyźni zaś wykazywali większą skłonność do wyrażania zdecydowanej zgody – 10,2% w porównaniu z 6,5% kobiet. Niewielki odsetek badanych obu płci zdecydowanie odrzucił stwierdzenie, jednakże kobiety częściej niż mężczyźni wybierały opcję „zdecydowanie się nie zgadzam”.

W JAKIM STOPNIU ZGADZA SIĘ PANI/PAN ZE STWIERDZENIEM „WYJĘCIE KLESZCZA W CIĄGU DOBY ZAPOBIEGA ZAKAŻENIU CHOROBA”?



W odniesieniu do grup wiekowych największą grupę stanowili respondenci w wieku 50-64 lata (28,3%), a najmniejszą osoby do 24. roku życia (10%). Najbardziej neutralne stanowisko („ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”) dominowało we wszystkich grupach wiekowych, jednak odsetek ten był najwyższy w grupie osób 65+ (37%). Z kolei osoby w wieku 50-64 lata wykazywały największą skłonność do zgody (27,6% wybrało „raczej się zgadzam”). Warto zauważyć, że najmłodsza grupa (do 24 lat) oraz najstarsza (65+) w mniejszym stopniu niż inne wyrażały zdecydowane odrzucenie stwierdzenia, co może wskazywać na mniej skrajne postawy w tych grupach.

Analiza danych z uwzględnieniem wykształcenia wykazała, że osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym najczęściej wyrażały postawę neutralną (50%). W grupie z wykształceniem średnim i wyższym również dominowała neutralność (odpowiednio 38,6% i 34,2%). Z kolei zdecydowana zgoda była najrzadziej wyrażana przez osoby z wyższym wykształceniem (6,6%), co może sugerować większą ostrożność lub sceptycyzm tej grupy wobec stwierdzenia.

W podziale według klasy wielkości miejscowości dominowały osoby mieszkające na wsi (40%). Najczęściej wybieraną odpowiedzią we wszystkich grupach była neutralność, przy czym najwyższy odsetek neutralnych odpowiedzi odnotowano w miastach do 20 tys. mieszkańców (37,6%). Zgoda na stwierdzenie („raczej się zgadzam”) była bardziej widoczna w miastach średniej wielkości (20-99 tys. mieszkańców), gdzie wyniosła 25,1%. Warto zauważyć, że mieszkańcy miast powyżej 500 tys. częściej wyrażali zdecydowaną niezgodę niż mieszkańcy mniejszych miejscowości.

Analiza zależności wskazuje na ogólną przewagę postaw neutralnych we wszystkich kategoriach, co świadczy o umiarkowanych opiniach respondentów. Kobiety i osoby z wykształceniem średnim częściej wyrażały raczej pozytywną postawę wobec stwierdzenia, co mogło być związane z ich większą ostrożnością wobec tematyki kleszczy. Z kolei osoby młodsze i mieszkańcy dużych miast częściej wyrażały skrajne postawy, co może sugerować większą polaryzację opinii w tych grupach. W grupach wiekowych i według poziomu wykształcenia zauważono, że osoby starsze oraz z wykształceniem zawodowym najczęściej pozostawały neutralne.

FAKTY I MITY DOTYCZĄCE KLESZCZY

- **MIT: KLESZCZE SĄ NIEAKTYWNE ZIMĄ**

Coraz cieplejsze zimy i dodatnie temperatury powodują, że kleszcze są aktywne przez większą część roku, również zimą. Gdy maksymalna dzienna temperatura osiąga 7-8 stopni Celsjusza kleszcze rozpoczynają aktywne poszukiwania żywiciela.

- **MIT: WKŁUTEGO KLESZCZA NALEŻY POSMAROWAĆ MASŁEM, A POTEM WYKRĘCIĆ ZE SKÓRY**

Nie należy smarować masłem, wyciskać ani rozgniatać kleszcza. Niewskazane jest również przypalanie pasożyta. Najczęstszym efektem tych działań jest to, że kleszcz wypłwca swoją ślinę i zawartość układu pokarmowego do rany, a wraz z nimi przenikają do niej wszystkie drobnoustroje. Kleszcza najlepiej wyjąć pęsetą. Należy chwycić go jak najbliżej skóry i pewnym, ale delikatnym ruchem wyciągnąć. Przemyć miejsce po wkłuciu spirytusem.

- **MIT: KLESZCZE SPADAJĄ/SKACZĄ Z DRZEW**

Kleszcze przeważnie czekają na żywicieli na trawach czy w niskich zaroślach. Warto jednak wiedzieć, że potrafią wspiąć się na wysokość 120-150 cm², ale wbrew krążącym mitom nie czyhają na drzewach i nie skaczą z nich na ofiarę.

- **MIT: KLESZCZY NIE MA W MIASTACH**

To bardzo szkodliwy mit, bo nakłania do porzucenia ostrożności i środków prewencyjnych w miastach. Tymczasem od kleszczy nie są wolne nawet trawniki czy nieużytki na blokowiskach, nie mówiąc już o dużych parkach czy lasach miejskich. W oparciu o badania przeprowadzone w Warszawie kleszcze są obecne w mieście i są czterokrotnie częściej zainfekowane bakteriami i wirusami, będącymi przyczyną chorób, niż kleszcze z terenów niezurbanizowanych.

- **MIT: WYCIĄGNIĘCIE KLESZCZA W CIĄGU 24 GODZIN CHRONI PRZED ZARAŻENIEM CHOROBAМИ ODKLESZCZOWYMI**

Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (KZM) przekazywany jest ze ślinianek kleszcza w ciągu zaledwie kilku minut od ukłucia i nawet natychmiastowe wyjęcie pajęczaka nie daje gwarancji uniknięcia zakażenia. Wirusem można się również zarazić pijąc niepasteryzowane mleko. Inaczej jest w przypadku boreliozy – krętki boreliozy najczęściej znajdują się w jelitach kleszcza i przekazywane są do ciała ofiary dopiero po kilkudziesięciu godzinach od ukłucia.



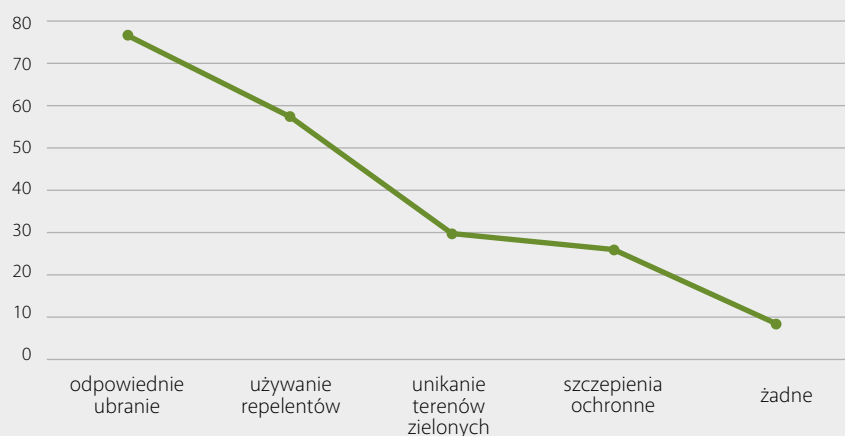
**ŚRODKI
OSTROŻNOŚCI
W OCHRONIE
PRZED KLESZCZAMI**



IV. ŚRODKI OSTROŻNOŚCI W OCHRONIE PRZED KLESZCZAMI

Zanalizy wyników wyłania się zróżnicowanie w wyborze środków ochrony przed kleszczami. Największą popularnością cieszy się odpowiednie ubranie, które wybiera 76,6% respondentów. Na drugim miejscu znalazło się używanie repelentów, wskazane przez 57,4% badanych. Znacznie mniej osób, bo 29,7%, unika terenów zielonych, a 25,9% decyduje się na szczepienia ochronne. Najmniejszą grupę stanowią osoby, które nie stosują żadnych środków ochrony – 8,4%.

CZY STOSUJE PANI/PAN WYMIENIONE ŚRODKI OCHRONY PRZED KLESZCZAMI (ODPOWIEDZI „TAK”)



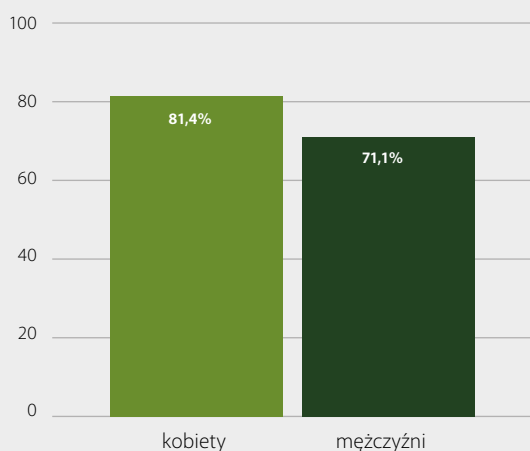
ODPOWIEDNIE UBRANIE

Podział na grupy wiekowe wskazuje na tendencję wzrostową w korzystaniu z odpowiedniego ubrania wraz z wiekiem. Najmniejszy odsetek osób stosujących ten środek zaobserwowano w grupie najmłodszej (do 24 lat) – 75%. Wraz ze wzrostem wieku ten wskaźnik rośnie, osiągając najwyższy poziom w grupie 65 lat i więcej, gdzie 79,8% badanych deklaruje noszenie odpowiedniego ubrania. To może wskazywać na większe doświadczenie starszych osób w radzeniu sobie z zagrożeniami zdrowotnymi lub ich większą ostrożność.

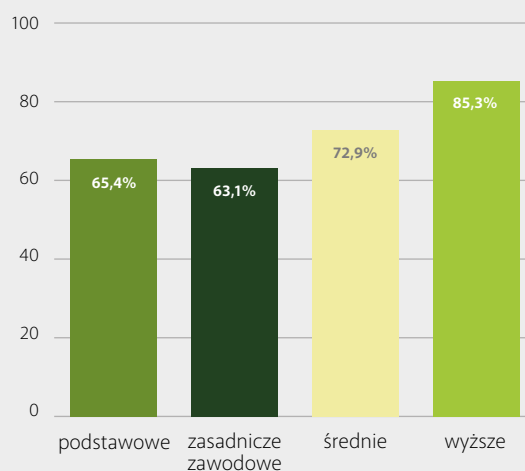
W odniesieniu do poziomu wykształcenia najwięcej osób stosujących odpowiednie ubranie zauważono wśród respondentów z wykształceniem wyższym (85,3%). W grupach z niższym wykształceniem wskaźnik ten był znacznie niższy, szczególnie wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym, gdzie tylko 65,4% deklarowało stosowanie tego środka. Wyniki te mogą sugerować, że poziom wykształcenia wpływa na świadomość zagrożeń zdrowotnych i gotowość do podejmowania działań profilaktycznych.

Podział według miejsca zamieszkania wskazuje na wysoką jednolitość w stosowaniu odpowiedniego ubrania w różnych klasach wielkości miejscowości. Najwyższy odsetek deklarujących ten środek ochrony odnotowano w miastach śred-

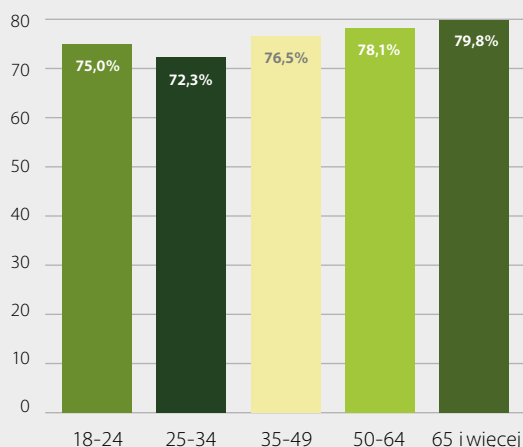
PŁEĆ



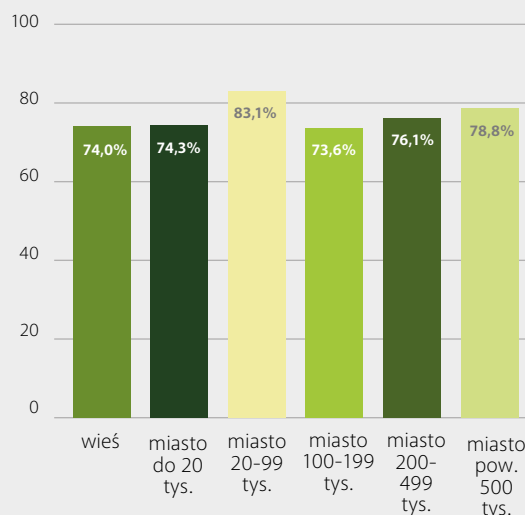
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIEJSCE ZAMIESZKANIA



niej wielkości (20-99 tys. mieszkańców), gdzie wyniósł on 83,1%. Mieszkańcy wsi również często wybierali ten środek (74%), choć odsetek ten był nieco niższy w porównaniu z większymi miastami. Wyniki te mogą świadczyć o podobnym poziomie świadomości zagrożeń niezależnie od miejsca zamieszkania, z niewielkimi różnicami wynikającymi z dostępu do informacji lub stylu życia.

Wyniki wskazują na wyraźną zależność między poziomem wykształcenia a częstotliwością stosowania odpowiedniego ubrania – osoby z wykształceniem wyższym znacznie częściej deklaruowały stosowanie tego środka ochrony. Podobna zależność występuje między wiekiem a postawą wobec tego środka – starsze grupy wiekowe wykazują większą skłonność do korzystania z fizycznej ochrony przed kleszczami. W kontekście płci kobiety wyraźnie dominują w deklarowaniu noszenia odpowiedniego ubrania, co może być związane z większą troską o zdrowie lub dbałością o bezpieczeństwo. W podziale na klasy wielkości miejscowości różnice są mniej wyraźne, co sugeruje podobny poziom świadomości w różnych środowiskach.

UŻYWANIE REPELENTÓW

Z analizy wynika, że kobiety częściej deklarują używanie repelentów jako środka ochrony przed kleszczami niż mężczyźni. 61,1% kobiet wskazało, że korzysta z repelentów, podczas gdy wśród mężczyzn odsetek ten wynosi 53,1%. Jednocześnie mężczyźni częściej rezygnują z używania środków odstraszających – 46,9% w porównaniu do 38,9% kobiet. Wyniki te mogą świadczyć o większej skłonności kobiet do podejmowania działań prewencyjnych lub ich większej świadomości zagrożeń.

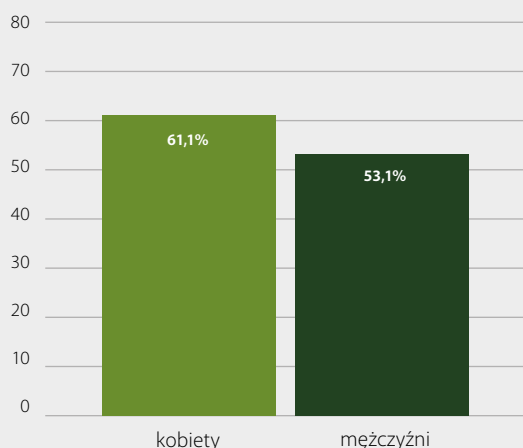
Podział na grupy wiekowe ukazuje wyraźne różnice w stosowaniu repelentów. Najmłodsza grupa badanych, osoby do 24 lat, wykazuje relatywnie wysoki odsetek korzystania z repelentów (60%), jednak w grupach powyżej 35 lat częstotliwość stosowania tych środków maleje. Najmniejszy odsetek użytkowników repelentów odnotowano w grupie wiekowej 65 lat i więcej, gdzie 53,8% deklaruje korzystanie z tego środka. Równocześnie najwyższy odsetek osób rezygnujących z repelentów zauważono w grupie najstarszej, co może być związane z mniejszą świadomością lub dostępnością produktów w tej grupie.

Poziom wykształcenia odgrywa istotną rolę w stosowaniu repelentów. Osoby z wykształceniem wyższym najczęściej deklarują używanie tych środków – 62,8%. Z kolei w grupie osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym odsetek ten wynosi 42,9%, co jest najniższym wynikiem wśród wszystkich grup wykształcenia. Wyższy poziom wykształcenia może wpływać na większą świadomość zagrożeń i znajomość dostępnych metod ochrony.

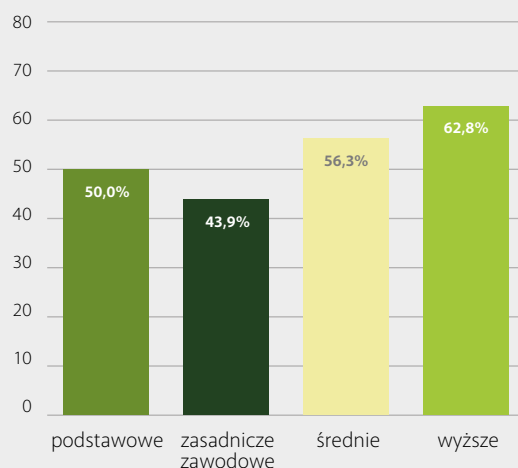
Podział według miejsca zamieszkania ujawnia, że osoby mieszkające w miastach średniej wielkości (20–99 tys. mieszkańców) najczęściej stosują repelenty – 63,8% deklaruje ich używanie. Z kolei mieszkańcy wsi oraz miast do 20 tys. mieszkańców są najmniej skłonni do korzystania z tego środka ochrony, co potwierdzają wyniki odpowiednio 56% i 52,5%. Wyniki te mogą sugerować, że dostępność produktów oraz styl życia mają wpływ na wybór tej formy prewencji.

Z analizy wynika, że wykształcenie i miejsce zamieszkania są kluczowymi czynnikami wpływającymi na korzystanie z repelentów. Osoby z wykształceniem wyższym i mieszkańcy miast średniej wielkości najczęściej deklarują ich stosowanie, co może wynikać z lepszego dostępu do produktów i większej świadomości zagrożeń. Płeć również odgrywa istotną rolę – kobiety są bardziej skłonne do stosowania repelentów, co może być związane z ich większą dbałością o zdrowie. Wiek z kolei wskazuje na tendencję spadkową w używaniu repelentów wśród starszych grup, co może wynikać z różnic w postrzeganiu ryzyka.

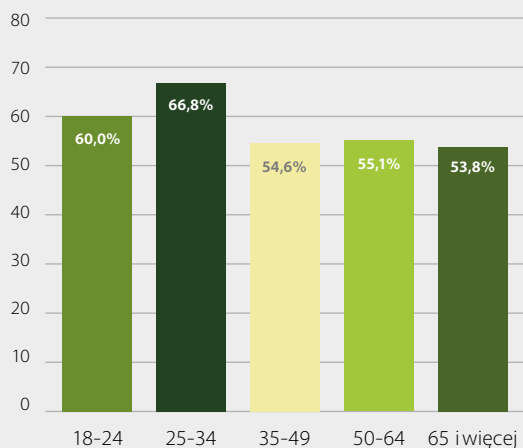
PŁEĆ



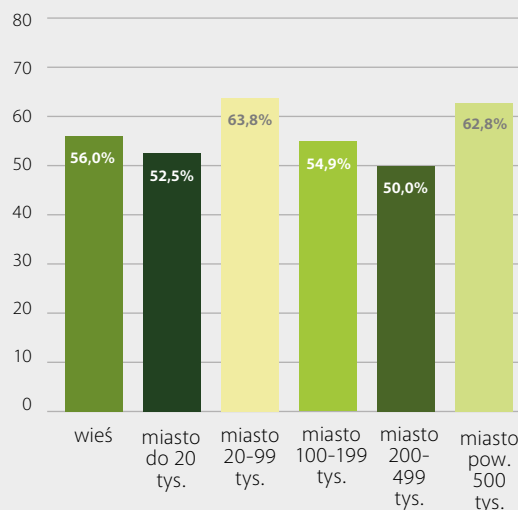
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIEJSCE ZAMIESZKANIA



UNIKANIE TERENÓW ZIELONYCH

Unikanie terenów zielonych jako forma ochrony przed kleszczami było wybierane niemal równie często przez kobiety i mężczyzn. Odsetek osób, które deklarowały stosowanie tego środka, wynosił 29,1% wśród kobiet i 30,5% wśród mężczyzn, co wskazuje na zbliżoną skłonność do unikania takich miejsc w obu grupach. Większość, zarówno wśród kobiet (70,9%), jak i mężczyzn (69,5%), nie stosuje tej strategii ochrony, co może wskazywać na ograniczoną gotowość do rezygnacji z przebywania na terenach zielonych.

Podział na grupy wiekowe ujawnia interesujące różnice w stosowaniu unikania terenów zielonych. Najmniejszy odsetek osób wybierających tę strategię zaobserwowano w grupie do 24 lat (26%), podczas gdy najwyższy wystąpił w grupie

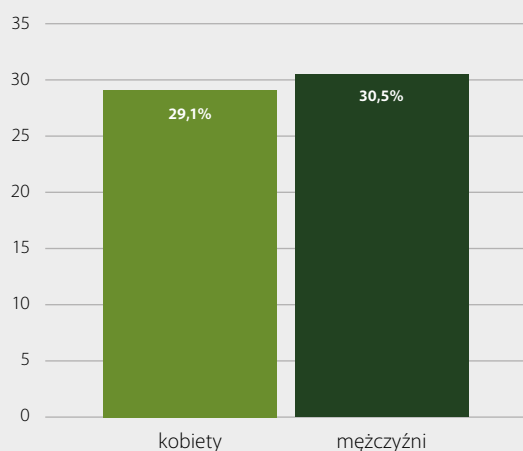
35-49 lat (33,8%). W pozostałych grupach wiekowych odsetki te były zbliżone, oscylując wokół 30%. Wyniki te sugerują, że osoby młodsze są mniej skłonne do unikania terenów zielonych, co może wynikać z ich stylu życia lub mniejszej percepcji ryzyka.

Wykształcenie również odgrywa istotną rolę w deklaracjach dotyczących unikania terenów zielonych. Najmniej osób wybierających tę strategię odnotowano wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (26,9%), natomiast najwyższy odsetek (32,2%) zaobserwowano w grupie osób z wykształceniem wyższym. Wyższy poziom wykształcenia może wskazywać na większą świadomość potencjalnych zagrożeń związanych z kleszczami i bardziej przemyślane podejście do działań prewencyjnych.

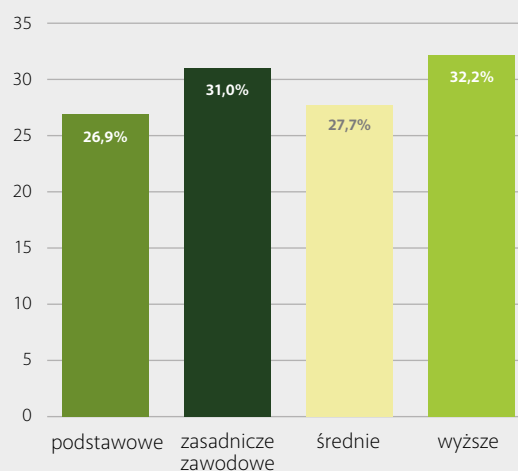
Podział na klasy wielkości miejscowości ukazuje, że unikanie terenów zielonych jest najmniej popularne wśród mieszkańców wsi (29,3%) oraz miast do 20 tys. mieszkańców (29,7%). Najczęściej stosują tę strategię mieszkańcy największych miast powyżej 500 tys. mieszkańców (35,4%) oraz miast średniej wielkości (33%). Wyniki te mogą wskazywać na większą świadomość zagrożeń wśród mieszkańców miast, szczególnie tych największych.

Zanalizy wynika, że czynnikiem najmocniej różnicującym stosowanie unikania terenów zielonych jest poziom wykształcenia oraz miejsce zamieszkania. Osoby z wyższym wykształceniem i mieszkańcy dużych miast częściej wybierają tę

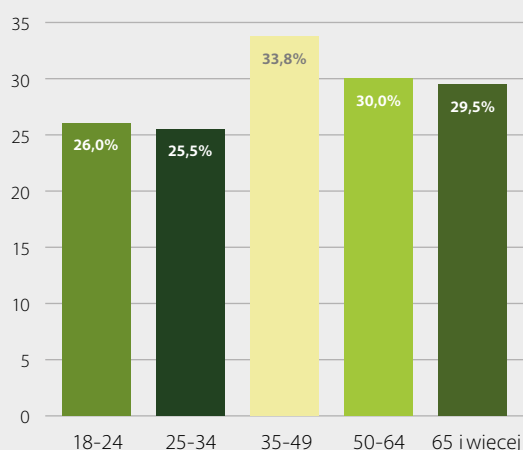
PŁEĆ



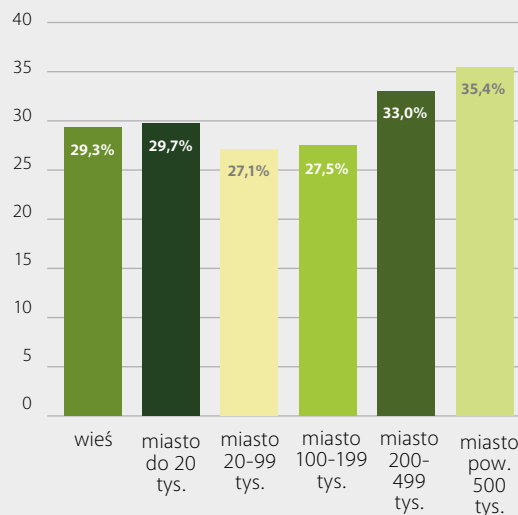
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

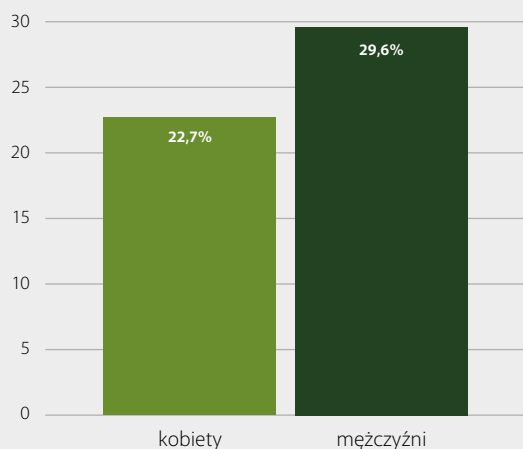


strategię ochrony, co może być związane z ich większą świadomością zagrożeń i dostępem do informacji. Wiek również wpływa na podejmowanie tej strategii, jednak różnice między grupami wiekowymi są stosunkowo niewielkie. Płeć, choć zbliżona w odsetkach, może wskazywać na większe umiłowanie przebywania na świeżym powietrzu wśród kobiet i mężczyzn, co ogranicza stosowanie tego środka ochrony.

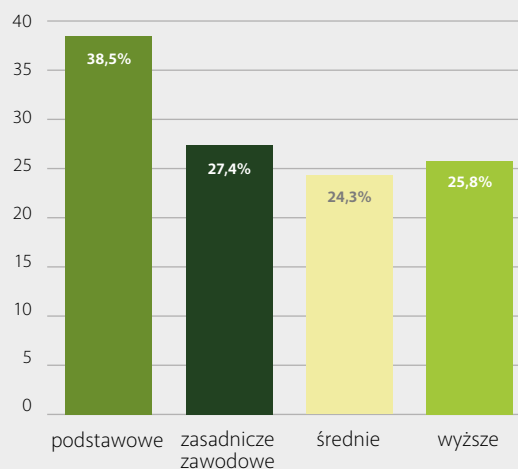
SZCZEPIENIA OCHRONNE

Analiza danych wskazuje, że mężczyźni częściej deklarują korzystanie ze szczepień ochronnych jako formy prewencji przed kleszczami niż kobiety. Odsetek mężczyzn, którzy wybrali tę metodę, wynosi 29,6%, podczas gdy wśród kobiet jest to 22,7%. Większość respondentów obu płci, odpowiednio 70,4% mężczyzn i 77,3% kobiet, nie korzysta z tej formy ochrony. Wyniki te mogą sugerować większą gotowość mężczyzn do podejmowania działań prewencyjnych związanych z zagrożeniami zdrowotnymi.

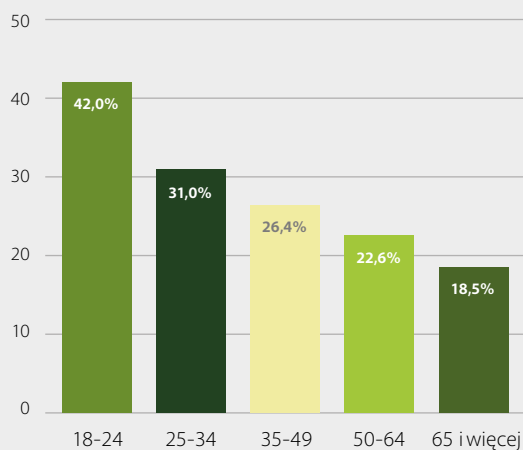
PŁEĆ



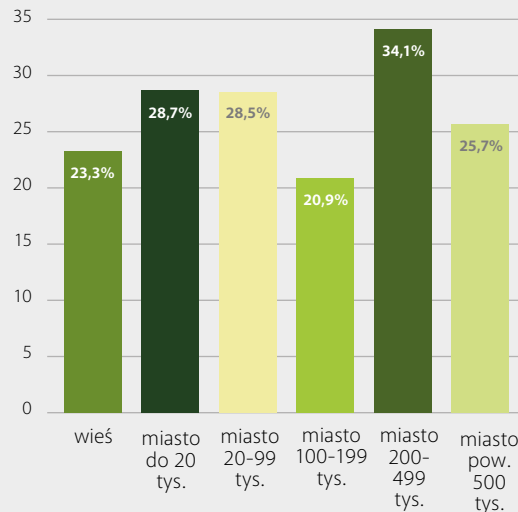
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIEJSCE ZAMIESZKANIA



Podział na grupy wiekowe ukazuje wyraźny spadek odsetka osób deklarujących szczepienia wraz z wiekiem. Najmłodsza grupa do 24 lat najczęściej wskazywała na szczepienia jako wybrany środek ochrony – 42%. W grupach starszych, takich jak 50–64 lata i 65 lat i więcej, odsetek ten wynosił odpowiednio 22,6% i 18,5%. Jednocześnie najstarsze grupy wiekowe, w szczególności osoby powyżej 65 roku życia, najrzadziej korzystają ze szczepień, co może być związane z ograniczoną dostępnością lub mniejszą świadomością znaczenia tej formy ochrony.

Wykształcenie istotnie różnicuje deklaracje dotyczące szczepień ochronnych. Osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym najczęściej wskazywały, że nie korzystają z tej metody (61,5%), co stanowi najwyższy odsetek wśród analizowanych grup. Z kolei osoby z wyższym wykształceniem najczęściej deklarowały stosowanie szczepień (25,8%). Może to świadczyć o większej świadomości zdrowotnej w grupach o wyższym poziomie edukacji.

W analizie podziału według klasy wielkości miejscowości zauważono, że osoby mieszkające na wsiach najczęściej nie korzystają ze szczepień ochronnych (76,8%). Odsetek osób deklarujących korzystanie ze szczepień jest najwyższy w miastach o wielkości 200–499 tys. mieszkańców, gdzie wynosi 34,1%. Wyniki te wskazują na różnice w dostępności do usług medycznych i informacji zdrowotnych między obszarami wiejskimi a miejskimi.

Zauważalne jest, że wykształcenie i miejsce zamieszkania mają największy wpływ na deklarowanie stosowania szczepień ochronnych. Wyższy poziom wykształcenia oraz zamieszkanie w większych miastach sprzyjają wyborowi tej formy ochrony, co wynika z lepszej dostępności do usług medycznych i informacji zdrowotnych. Wiek również odgrywa istotną rolę – młodsze grupy wiekowe częściej wskazują szczepienia jako środek ochrony, co może wynikać z ich większej otwartości na nowoczesne metody prewencji.

ŻADNE ŚRODKI

W kategorii płci wyniki wskazują, że 92,6% kobiet i 90,5% mężczyzn deklaruje, że nie stosuje żadnych środków ochronnych. Proporcja osób unikających środków ochronnych jest wyższa wśród kobiet, co może wynikać z różnic w postrzeganiu zagrożeń lub podejściu do prewencji zdrowotnej. Mężczyźni częściej przyznają się do stosowania przynajmniej jednej metody ochrony, co stanowi 9,5% w porównaniu do 7,4% wśród kobiet.

Z perspektywy wieku można zauważyć, że odsetek osób deklarujących brak stosowania ochrony wzrasta wraz z wiekiem, przy czym najwyższy wskaźnik (94,2%) występuje wśród osób powyżej 65. roku życia. Najmniejszy odsetek takich deklaracji (7,0%) dotyczy grupy najmłodszej, osób do 24. roku życia. Można przypuszczać, że młodsze grupy są bardziej świadome zagrożeń lub mają łatwiejszy dostęp do środków ochronnych.

Podział według wykształcenia wskazuje, że osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym najczęściej deklarują brak stosowania środków ochronnych (88,5%), co może wiązać się z mniejszą świadomością zagrożeń lub ograniczonym dostępem do informacji. W grupie osób z wyższym wykształceniem odsetek ten wynosi 95,2%, co jest nieoczekiwane i wymagałoby głębszej analizy. Może to wynikać z innego sposobu postrzegania ryzyka lub przekonania o braku potrzeby ochrony.

W podziale na klasy wielkości miejscowości najwyższy odsetek osób niestosujących żadnych środków ochronnych występuje na wsiach (90,3%) oraz w małych miastach do 20 tys. mieszkańców (90,1%). Natomiast w większych miastach, takich jak miejscowości powyżej 500 tys. mieszkańców, proporcja ta wynosi 91,2%. Wyniki te mogą być odzwierciedleniem różnic w stylu życia, dostępności do środków ochronnych oraz świadomości zagrożeń.

Analizując zależności między kategoriami, można zauważyć, że wykształcenie odgrywa istotną rolę w podejściu do prewencji, choć nie zawsze w sposób liniowy. Starsze grupy wiekowe, niezależnie od miejsca zamieszkania, częściej deklarują brak stosowania ochrony, co może wynikać z mniejszej ekspozycji na działania edukacyjne. Podobnie, osoby z mniejszych miejscowości mogą mieć ograniczony dostęp do edukacji zdrowotnej w zakresie ochrony przed kleszczami.

KONTROLA CIAŁA POD KĄTEM KLESZCZY PO SPACERZE

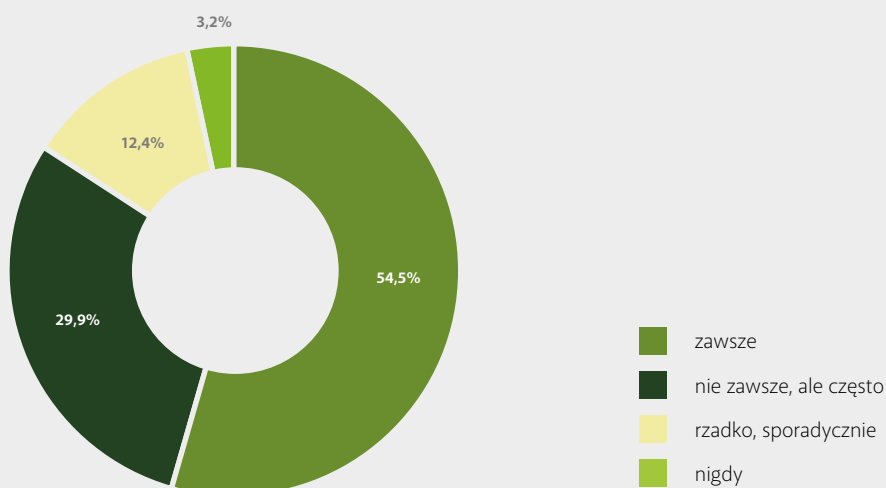
Największa grupa respondentów, stanowiąca 54,5%, deklaruje, że zawsze sprawdza swoje ciało pod kątem obecności kleszczy. Taka postawa może wskazywać na wysoką świadomość zagrożenia związanego z ukąszeniami tych pasożytów i ich potencjalnymi konsekwencjami zdrowotnymi, takimi jak borelioza czy kleszczowe zapalenie mózgu. Kolejną grupę, wynoszącą 29,9%, stanowią osoby, które dokonują kontroli raczej często, ale nie po każdym spacerze. Choć ich podejście jest mniej rygorystyczne, nadal wskazuje na pewien poziom ostrożności.

Na przeciwnym biegunie znajdują się osoby, które sprawdzają swoje ciało raczej rzadko, co deklaruje 12,4% badanych. Ich działania są bardziej sporadyczne, co może wynikać z braku świadomości zagrożenia, niskiego poczucia ryzyka lub zwyczajnej niedbałości. Najmniejsza grupa, licząca jedynie 3,2% respondentów, przyznaje, że nigdy nie sprawdza swojego ciała po spacerach. Taki brak ostrożności może sugerować całkowity brak wiedzy na temat zagrożeń lub postawę lekceważącą wobec zdrowotnych konsekwencji ukąszeń kleszczy.

Z analizy danych wynika, że większość respondentów podejmuje działania ochronne w różnym stopniu, przy czym dominują osoby szczególnie skrupulatne. Można również zauważyć, że im bardziej regularna kontrola, tym większa świadomość ryzyka, podczas gdy sporadyczność lub całkowity brak działań sugerują niską edukację w tym zakresie lub bagatelizowanie problemu.

W kategorii płci wyraźnie widać, że kobiety częściej sprawdzają swoje ciało po spacerach pod kątem obecności kleszczy niż mężczyźni. Regularność w tym działaniu, wyrażona jako „zawsze”, deklaruje 59,8% kobiet w porównaniu do 48,4% mężczyzn. Rzadko lub sporadycznie takie kontrole wykonuje odpowiednio 10,2% kobiet i 14,9% mężczyzn, podczas gdy nigdy nie sprawdza swojego ciała po spacerach jedynie 2,8% kobiet i 3,7% mężczyzn. Jest to grupa demograficzna z największymi rozbieżnościami w tej kwestii.

KONTROLA PO SPACERZE

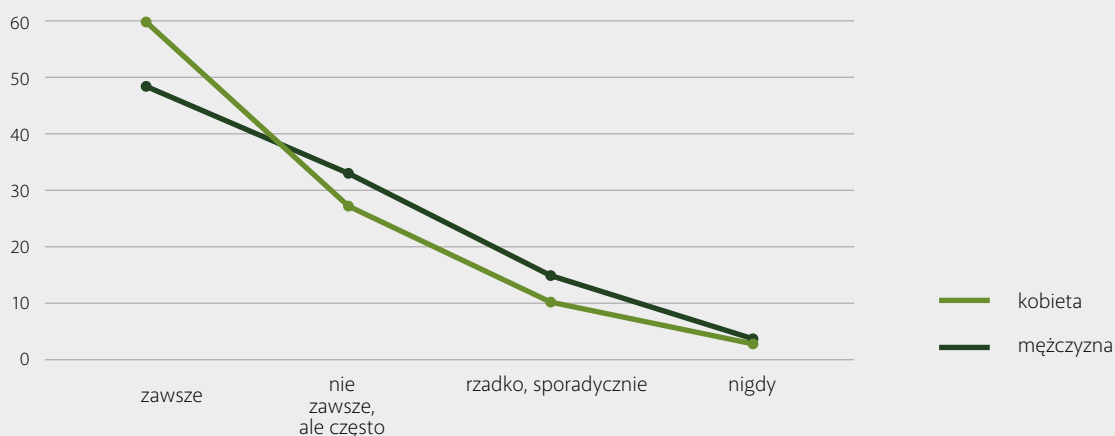


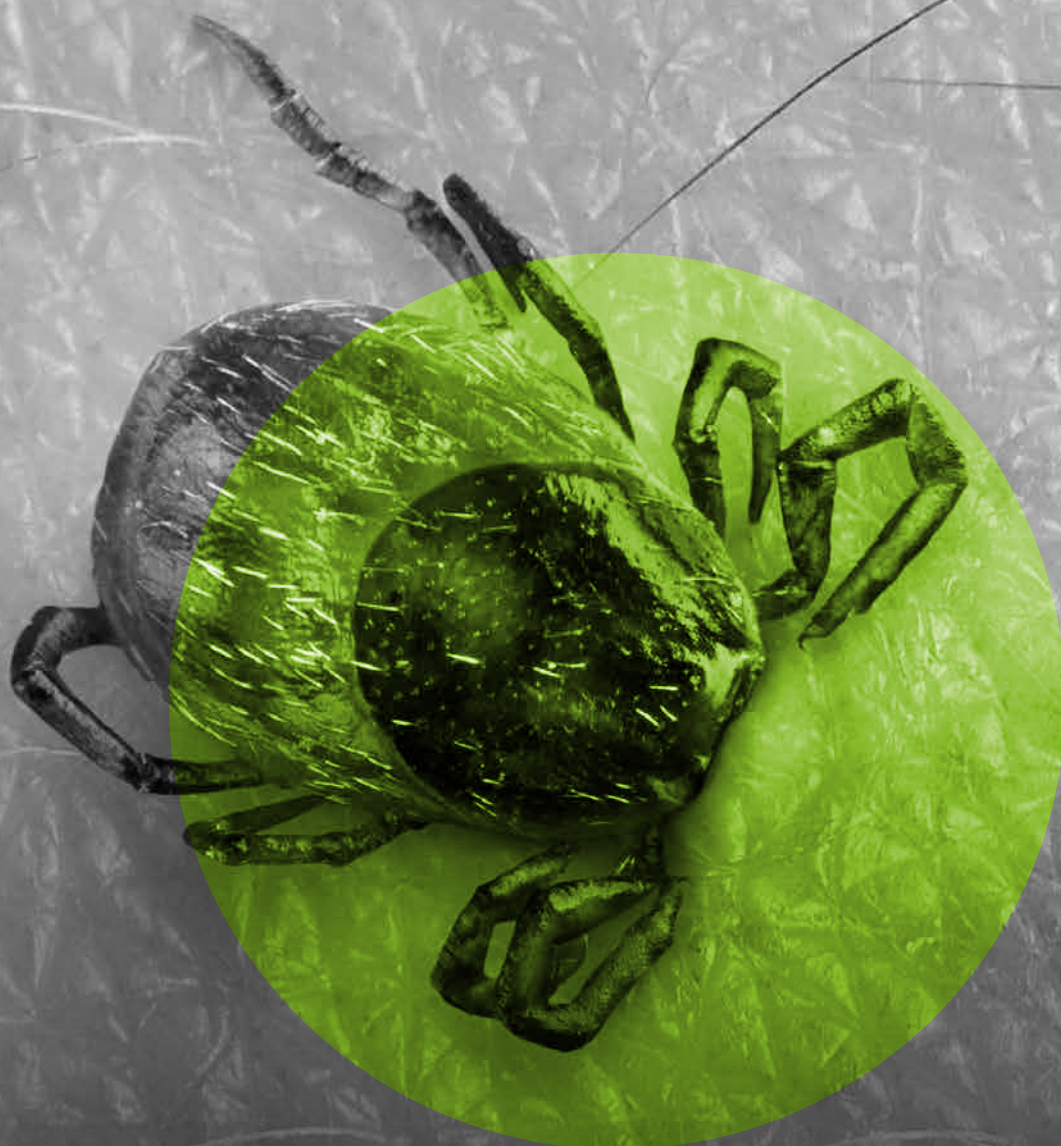
Podział według wieku pokazuje, że najwyższy odsetek osób regularnie sprawdzających ciało (około 55%) występuje w grupach w wieku 35–64 lata. Osoby młodsze, poniżej 24 lat, rzadziej podejmują ten nawyk (53%). W grupie seniorów, powyżej 65. roku życia, liczba deklarujących regularne sprawdzanie wynosi 54,3%. Z drugiej strony, najwięcej osób, które nigdy nie sprawdzają ciała, występuje w najmłodszej grupie wiekowej (3%).

Pod względem wykształcenia najczęściej ciało sprawdzają osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (69,2%), natomiast najrzadziej – osoby z wykształceniem wyższym (53,4%). Sporadyczność w kontrolach jest najbardziej widoczna w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym (17,9%), co może świadczyć o mniejszej świadomości związanej z zagrożeniami ze strony kleszczy.

Podział według wielkości miejscowości zamieszkania ujawnia, że mieszkańcy wsi w największym odsetku deklarują regularne sprawdzanie ciała po spacerach (56%). W miastach od 200 do 499 tysięcy mieszkańców ten wskaźnik wzrasta do 58%, co czyni ich grupą najbardziej systematyczną. Z kolei wśród mieszkańców miast powyżej 500 tysięcy regularność ta jest najniższa (48,7%).

KONTROLA PO SPACERZE





**KLESZCZOWE
ZAPALENIE MÓZGU
KZM**



V. KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU KZM

ŚWIADOMOŚĆ ISTNIENIA CHOROBY

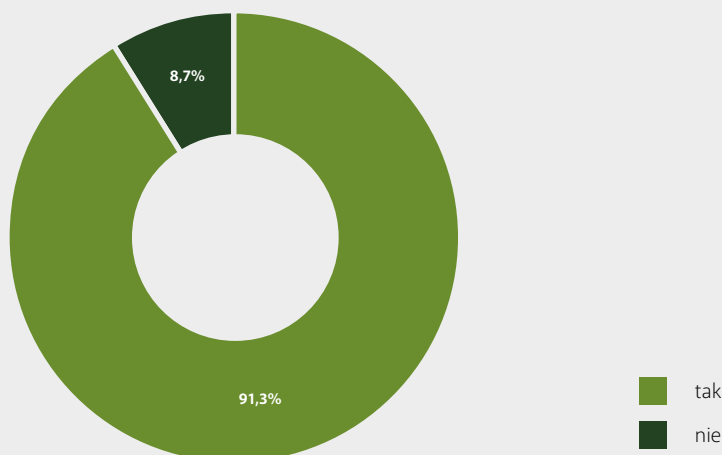
W badaniu aż 91,3% respondentów zadeklarowało, że słyszało o KZM, co stanowi znaczącą większość, podczas gdy zaledwie 8,7% przyznało, że nie jest zaznajomionych z tym pojęciem. Procent skumulowany wskazuje, że całość badanych zakończyła odpowiedź w dwóch jasno określonych kategoriach, co podkreśla przejrzystość i prostotę struktury pytań.

W analizie według płci zauważono, że większa część kobiet (92,7%) niż mężczyzn (89,6%) deklaruje znajomość kleszczowego zapalenia mózgu. Odsetek osób, które nigdy nie słyszały o tej chorobie, wynosił 7,3% wśród kobiet i 10,4% wśród mężczyzn, co wskazuje na nieco wyższy poziom świadomości wśród kobiet.

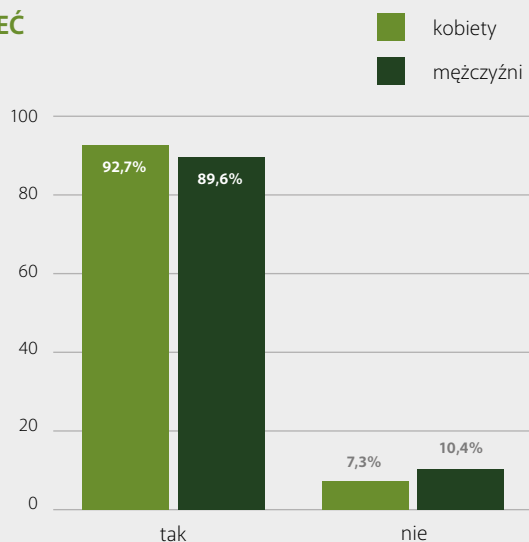
Podział według wieku ukazuje, że znajomość choroby wzrasta z wiekiem. W grupie najmłodszych respondentów (do 24 lat) 88% słyszało o KZM, a w grupie najstarszej (65 lat i więcej) już 94,8% miało świadomość istnienia tej choroby. Najmniejszy odsetek osób nieświadomych KZM występuje w najstarszej grupie wiekowej (5,2%), co może świadczyć o większym doświadczeniu i zainteresowaniu własnym zdrowiem w tej grupie.

Pod względem wykształcenia wyniki były stosunkowo zbliżone, choć w grupie osób z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym odsetek znających KZM wynosił 88,5%, co jest nieco niższe niż w innych grupach, gdzie poziom ten oscylował wokół 91-92%. Osoby z wykształceniem wyższym wykazywały najwyższą świadomość (91,9%), co może wynikać z większego dostępu do wiedzy.

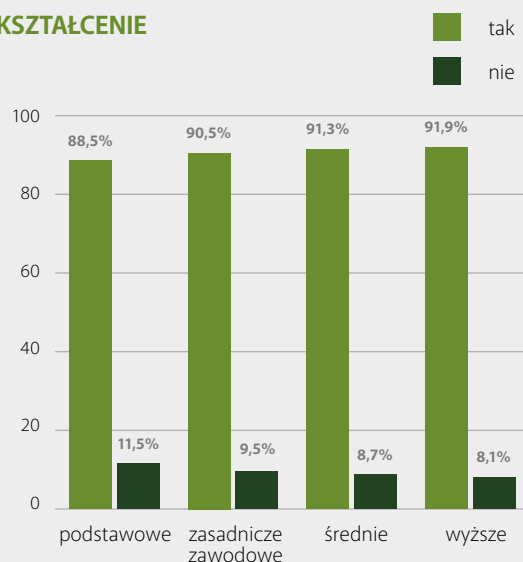
CZY SŁYSZAŁA PANI/PAN O KLESZCZOWYM ZAPALENIU MÓZGU (KZM)?



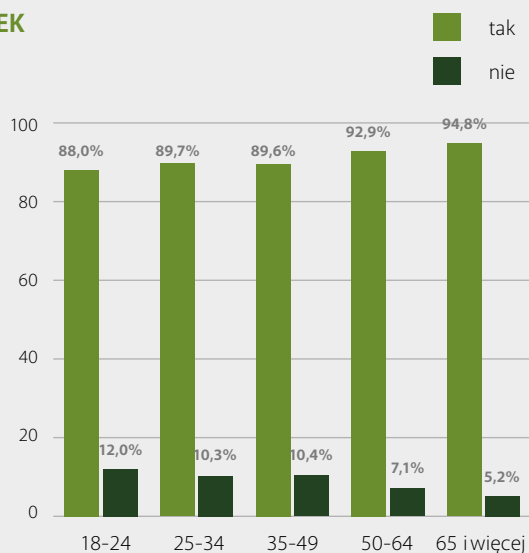
PŁEĆ



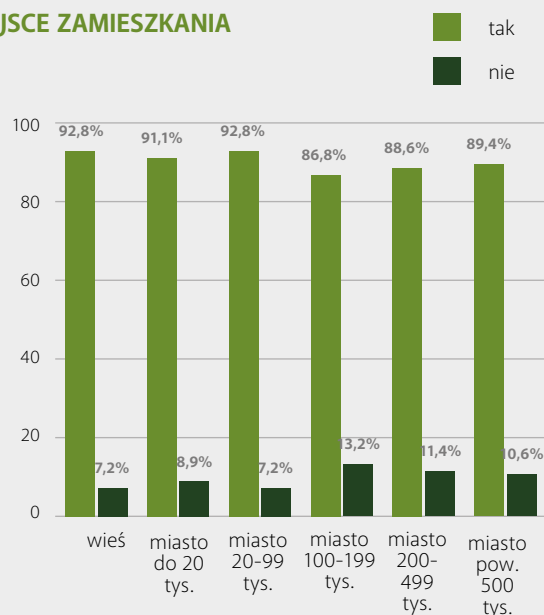
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIEJSCE ZAMIESZKANIA



Analizując miejsce zamieszkania, największą świadomość choroby odnotowano na wsiach oraz w miastach do 20 tysięcy mieszkańców (92,8% i 91,1%), natomiast najniższą w miastach o liczbie ludności 100-199 tysięcy, gdzie znajomość KZM deklarowało 86,8% respondentów. Z kolei odsetek osób nieświadomych tej choroby wynosił 13,2% w tej samej grupie, co jest najwyższym wynikiem w badaniu.

Przyglądając się wzajemnym zależnościom między kategoriami, można zauważyć, że poziom świadomości KZM jest wyższy wśród kobiet i osób starszych, a także wśród respondentów z wykształceniem wyższym. Co interesujące, różnice między mieszkańcami wsi a miast są niewielkie, z wyjątkiem miast średniej wielkości, gdzie świadomość była zauważalnie niższa.

ŚWIADOMOŚĆ PRZEBIEGU CHOROBY

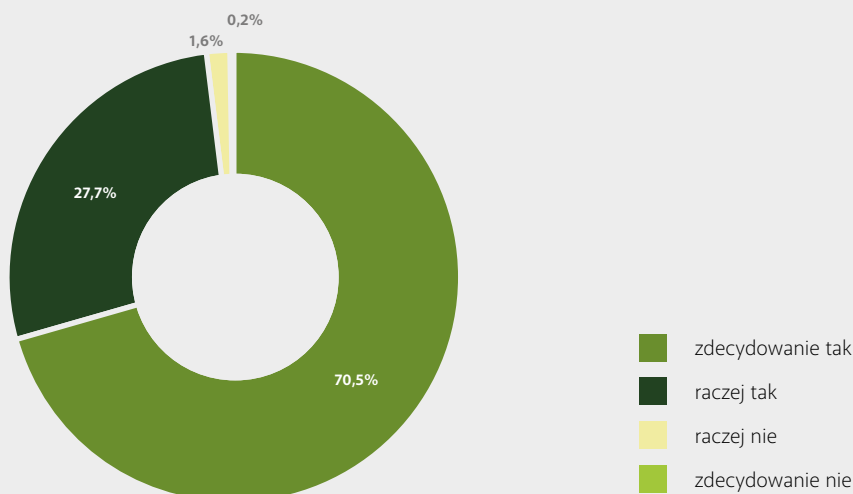
Na podstawie przedstawionych danych o postrzeganiu ciężkości przebiegu kleszczowego zapalenia mózgu (KZM), możemy zauważyć, że zdecydowana większość respondentów, bo aż 64,4%, uważa, że KZM może mieć zdecydowanie ciężki przebieg. Kolejna znaczna grupa, licząca 25,3% ankietowanych, wyraża przekonanie, że przebieg tej choroby jest raczej poważny. W sumie więc aż 91,3% badanych ocenia ryzyko związane z KZM jako poważne, podczas gdy jedynie niewielki odsetek – 1,5% – uważa, że ryzyko jest raczej nieistotne, a zdecydowanie lekceważących ten problem jest zaledwie 0,2%.

Z perspektywy demograficznej, kobiety i mężczyźni w zbliżonym stopniu dostrzegają powagę przebiegu KZM, jednak wśród kobiet większy odsetek wskazuje na zdecydowane przekonanie o powadze choroby. Z kolei w podziale wiekowym największa świadomość powagi zagrożenia pojawia się wśród starszych respondentów – w grupach wiekowych 50–64 lata oraz powyżej 65 roku życia odsetek osób wskazujących na zdecydowaną powagę KZM jest wyższy niż w młodszych kohortach. Jeśli chodzi o poziom wykształcenia, to osoby z wykształceniem wyższym częściej deklarują zdecydowaną ocenę ciężkości przebiegu choroby, co może być związane z lepszym dostępem do wiedzy i świadomością zdrowotną. Również mieszkańcy większych miast, szczególnie tych liczących ponad 200 tys. mieszkańców, wydają się bardziej świadomi ryzyka związanego z KZM w porównaniu do osób zamieszkujących wsie.

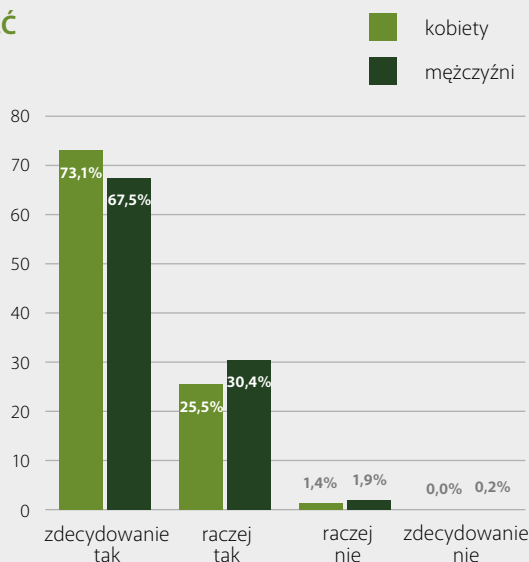
Zależności między kategoriami sugerują, że świadomość ryzyka ciężkiego przebiegu KZM wzrasta wraz z wiekiem, wykształceniem oraz wielkością miejscowości. Te trzy czynniki wydają się kluczowe w budowaniu postawy odpowiedzialności wobec tej choroby. Kobiety, mimo wyższej ogólnej świadomości, również przejawiają tendencję do wyrażania bardziej zdecydowanych opinii na ten temat, co podkreśla ich większą wrażliwość na kwestie zdrowotne.

Wśród płci zauważalna jest przewaga kobiet, które częściej niż mężczyźni uważają KZM za chorobę mogącą mieć ciężki przebieg. „Zdecydowanie tak” odpowiedziało 73,1% kobiet w porównaniu z 67,5% mężczyzn. Podobnie w przypadku odpowiedzi „raczej tak” mężczyźni wskazywali tę opcję nieco częściej (30,4%) niż kobiety (25,5%). Odsetek osób, które negują możliwość poważnego przebiegu choroby, jest marginalny i wynosi poniżej 2% w obu grupach.

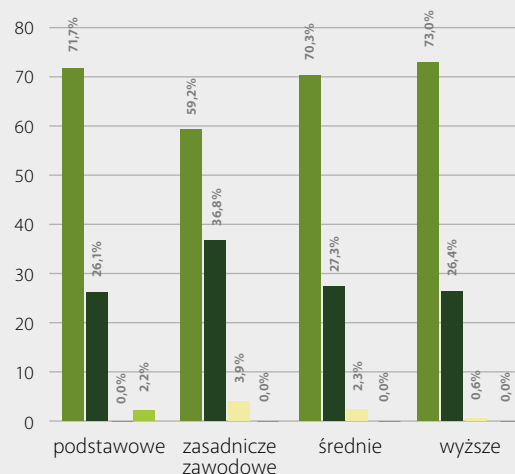
CZY UWAŻA PAN/PANI, ŻE KLESZCZOWEGE ZAPALENIE MÓZGU (KZM) MOŻE MIEĆ CIĘŻKI/POWAŻNY PRZEBIEG?



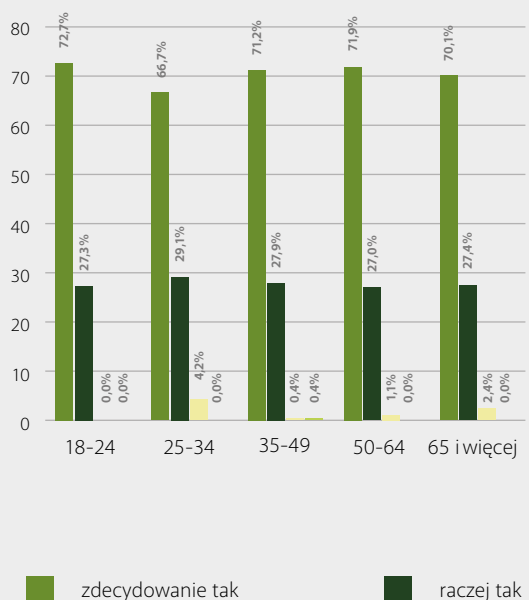
PŁEĆ



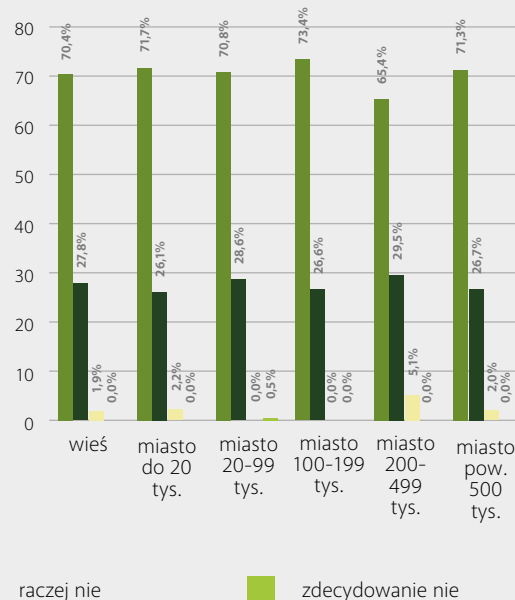
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIEJSCE ZAMIESZKANIA



W kategoriach wiekowych najwyższy odsetek osób zgadzających się zdecydowanie z powagą przebiegu KZM wystąpił w grupie najstarszej (70,1% dla „zdecydowanie tak”) oraz w grupie 50–64 lata (71,9%). Grupa najmłodsza (do 24 lat) odznacza się najmniejszą świadomością zagrożenia – 72,7% odpowiedzi „zdecydowanie tak”, ale również najwyższym odsetkiem odpowiedzi „raczej nie” (0%).

Wykształcenie wpływa na percepcję ciężkiego przebiegu KZM. Najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” wystąpił wśród osób z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym (71,7%) i wyższym (73%). Najmniej takich odpowiedzi pochodziło od osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (59,2%). Zauważalna jest też wyższa liczba odpowiedzi „raczej nie” w tej grupie (3,9%).

Analiza podziału na klasy wielkości miejscowości wskazuje, że osoby z mniejszych miejscowości (wieś, miasto do 20 tys.) wykazują nieco większą zgodność co do ciężkości KZM – 70,4% dla „zdecydowanie tak” na wsi oraz 71,7% w małych miastach. W większych miastach (powyżej 500 tys. mieszkańców) odsetek ten wynosi 71,3%, ale jednocześnie w tych grupach widoczny jest nieco wyższy odsetek osób, które wybrały odpowiedź „raczej tak” (29,5%).

Zależności między kategoriami wskazują na większą świadomość zagrożeń związanych z KZM w grupach o wyższym poziomie wykształcenia i wśród starszych respondentów. Mieszkańcy mniejszych miejscowości również częściej deklarują, że KZM może mieć ciężki przebieg, co może wynikać z większej ekspozycji na ryzyko. Różnice między płciami są niewielkie, co świadczy o ogólnej wiedzy populacji na temat KZM.

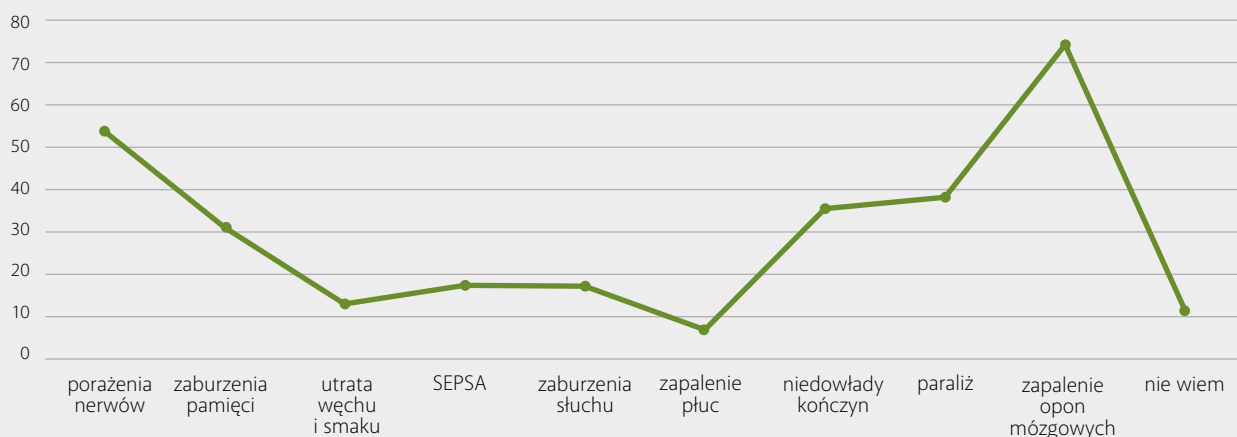
ŚWIADOMOŚĆ SKUTKÓW CHOROBY I POWIKŁAŃ

Na podstawie przedstawionych danych o problemach zdrowotnych, które mogą być spowodowane wirusem kleszczowego zapalenia mózgu (KZM), można zauważyć zróżnicowanie w świadomości respondentów na temat powikłań między KZM a różnymi komplikacjami zdrowotnymi. Największa liczba osób (74,2%) wskazała zapalenie opon mózgowych jako potencjalne powikłanie. To najwyraźniej najbardziej znana i kojarzona konsekwencja tej choroby. Paraliż i niedowłady kończyn również przyciągnęły znaczną uwagę, z odpowiednio 38,2% i 35,3% odpowiedzi. Zaburzenia pamięci zostały wymienione przez 31,1% ankietowanych, co sugeruje, że są one mniej intuicyjnie kojarzone z KZM.

Inne komplikacje, takie jak porażenia nerwów (53,8%) czy sepsa (17,4%), są mniej powszechnie rozpoznawane. Co ciekawe, utrata węchu i smaku oraz zapalenie płuc były najrzadziej wybierane jako potencjalne skutki wirusa – zaledwie przez 13,0% i 6,9% ankietowanych. Świadczy to o niskim poziomie wiedzy o mniej oczywistych, ale potencjalnych konsekwencjach tej choroby.

Analizując te dane, widać, że świadomość społeczna koncentruje się na najpoważniejszych powikłaniach neurologicznych, ale brakuje pełnej wiedzy o różnorodności skutków choroby. Można też zauważyć, że wiedza o konsekwencjach choroby rozkłada się nierównomiernie między różnymi grupami demograficznymi, co wskazuje na potencjalne różnice w edukacji zdrowotnej i dostępności informacji.

KTÓRE Z PONIŻSZYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH PANA/PANI ZDANIEM MOGĄ BYĆ SPOWODOWANE WIRUSEM KLESZCZOWEGO ZAPALENIA MÓZGU (KZM)?





**SZCZEPIENIE
PRZECIWKO KZM**



VI. SZCZEPIENIE PRZECIWKO KZM

ŚWIADOMOŚĆ ISTNIENIA SZCZEPIENIA

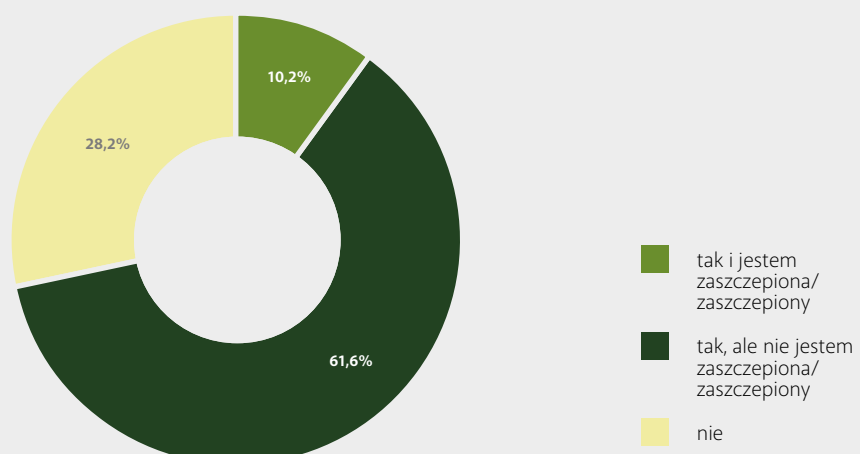
W badaniu dotyczącym świadomości i stosowania szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu wyraźnie zaznacza się podział na trzy grupy respondentów. Pierwsza z nich, stanowiąca zaledwie 10,2% populacji badanej, to osoby, które słyszały o szczepieniu i są zaszczepione. Grupa ta, choć niewielka, wykazuje najwyższy poziom świadomości i działań profilaktycznych wobec zagrożenia. Kolejna, najliczniejsza grupa, obejmuje 61,6% badanych, którzy są świadomi istnienia szczepienia, lecz z niego nie skorzystali. To właśnie w tej kategorii można dostrzec największe możliwości zwiększenia profilaktyki poprzez kampanie edukacyjne i promocyjne. Ostatnia grupa, obejmująca 28,2%, to osoby, które nigdy nie słyszały o możliwości szczepienia przeciw KZM. Ich brak świadomości może być związany z brakiem dostępu do informacji lub brakiem zainteresowania zagrożeniem.

W podziale na płeć zauważa się, że mężczyźni częściej deklarują zaszczepienie niż kobiety (13,6% wobec 7,3%), co może sugerować różnice w podejściu do ochrony zdrowia lub w dostępie do informacji.

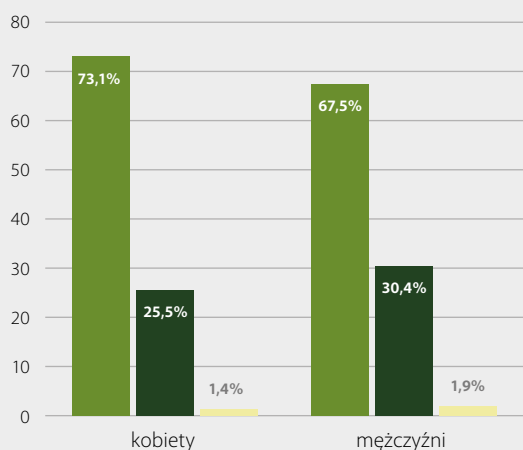
Podział na grupy wiekowe pokazuje ciekawy trend: najwyższy odsetek zaszczepionych znajduje się wśród najmłodszych respondentów (23,0% w grupie do 24 lat), co kontrastuje z wyraźnym spadkiem w starszych grupach, gdzie udział osób zaszczepionych nie przekracza 10%. Natomiast osoby starsze, szczególnie w grupach powyżej 50 roku życia, częściej deklarują świadomość szczepienia, ale brak podjęcia działania, co może wynikać z obaw zdrowotnych lub finansowych. Osoby z wyższym wykształceniem nieznacznie częściej deklarują zaszczepienie (10,1%), co może wynikać z większej świadomości medycznej, choć różnice nie są bardzo wyraźne.

Pod względem miejsca zamieszkania wieś i miasta do 20 tys. mieszkańców charakteryzują się relatywnie niskim poziomem zaszczepienia (odpowiednio 9,3% i 11,9%), podczas gdy największe miasta notują minimalnie wyższe wskaźniki (9,7% w miastach powyżej 500 tys.). Najbardziej rzuca się w oczy wysoki odsetek osób słyszących o szczepieniu, ale nie-

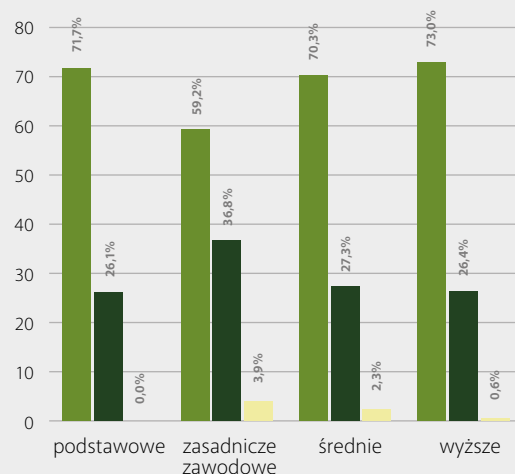
CZY SŁYSZAŁ PAN/SŁYSZAŁA PANI O SZCZEPIENIU PRZECIWKO KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU (KZM)?



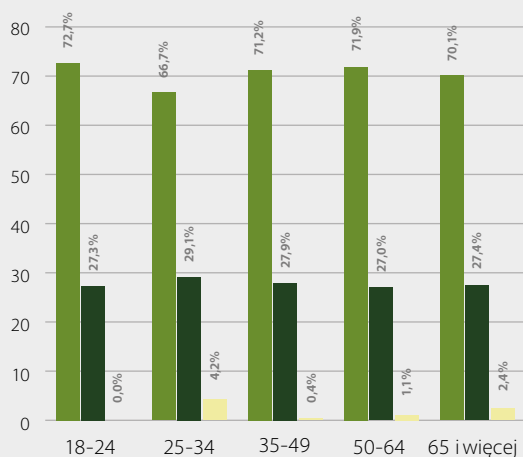
PŁEĆ



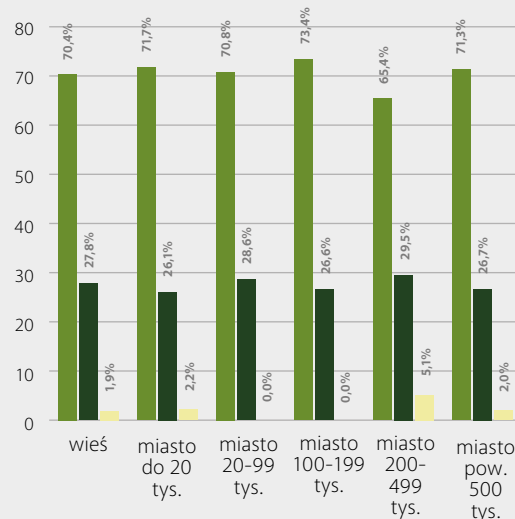
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIĘJSCE ZAMIESZKANIA



tak i jestem zaszczepiona/zaszczepiony

tak, ale nie jestem zaszczepiona/zaszczepiony

nie

zaszczepionych w średniej wielkości miastach (do 99 tys. mieszkańców), co może wskazywać na różnice w dostępności do służby zdrowia lub barierach logistycznych.

Analiza zależności między kategoriami ujawnia kilka istotnych wniosków. Po pierwsze, świadomość szczepień jest wysoka, ale przekłada się na stosunkowo niski poziom praktycznych działań ochronnych. Po drugie, różnice płciowe sugerują, że mężczyźni częściej podejmują działania prozdrowotne w tym zakresie, choć ich świadomość nie odbiega znacząco od kobiet. Po trzecie, edukacja i miejsce zamieszkania odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu postaw wobec szczepień, wskazując na potencjalne bariery i nierówności w dostępie do informacji oraz usług zdrowotnych.

ROZWAŻANIE DECYZJI O ZASZCZEPIENIU

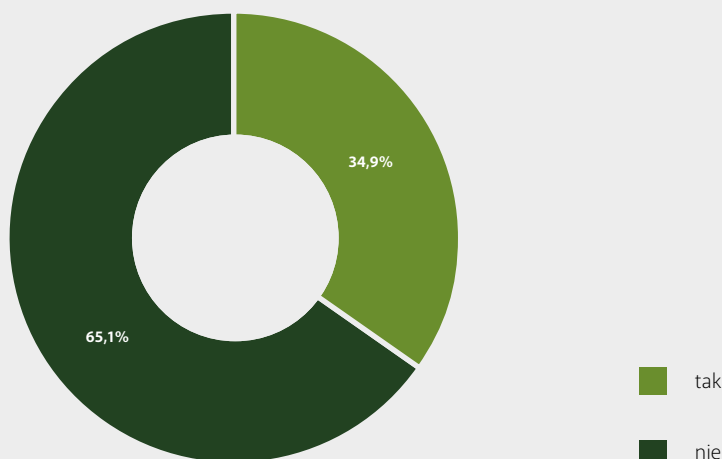
Dwie trzecie badanych (65%) zadeklarowało, że nie rozważało nigdy decyzji o zaszczepieniu się przeciwko KZM, a co trzecia osoba (35%) zadeklarowała, że rozważało przyjęcie tej szczepionki.

Analizując odpowiedzi dotyczące rozważań nad szczepieniem przeciwko KZM w podziale na płeć, zauważalne jest, że kobiety i mężczyźni w podobnym stopniu zastanawiają się nad tą formą ochrony. Odsetek kobiet, które rozważały szczepienie, wynosi 34,5%, a w przypadku mężczyzn jest minimalnie wyższy – 35,3%. W obu grupach zdecydowana większość, odpowiednio 65,5% kobiet i 64,8% mężczyzn, wskazuje, że nie podjęła takich rozważań. Wyniki te pokazują względną równowagę płci w postawach wobec szczepienia, z lekko wyższą skłonnością mężczyzn do rozważania takiego kroku.

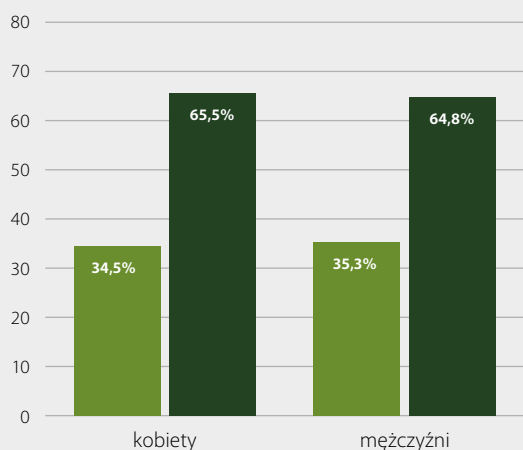
W podziale na grupy wiekowe widoczna jest tendencja do większego zainteresowania szczepieniem wśród młodszych grup. Najwyższy odsetek osób, które rozważały szczepienie, odnotowano w grupie wiekowej do 24 lat (41,6%), następnie w grupie 25–34 lata (38,8%). Wraz z wiekiem zainteresowanie spada – w grupie 35–49 lat wynosi ono 33,3%, w grupie 50–64 lata 33,0%, a wśród osób powyżej 65 roku życia 33,1%. Wyniki te mogą wskazywać na większą świadomość lub otwartość młodszych osób na szczepienia, podczas gdy starsze grupy wiekowe wykazują bardziej sceptyczne podejście lub mniejsze zainteresowanie tematem.

Wykształcenie odgrywa istotną rolę w podejmowaniu decyzji o rozważeniu szczepienia. Największy odsetek osób, które rozważały szczepienie, znajduje się wśród osób z wykształceniem wyższym (36,6%), natomiast najmniejszy – w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym (33,3%). Wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym szczepienie rozważało 41,5% respondentów, co może świadczyć o specyficznych potrzebach tej grupy społecznej, takich jak zwiększenie dostępu do informacji i edukacji zdrowotnej.

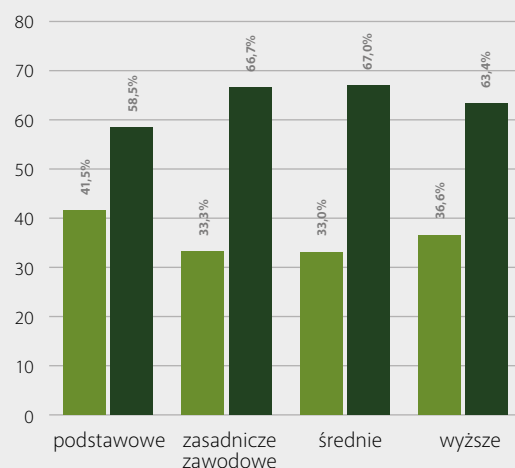
CZY KIEDYKOLWIEK ROZWAŻAŁ PAN/ROZWAŻAŁA PANI ZASZCZEPIENIE SIĘ PRZECIWKO KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU (KZM)?



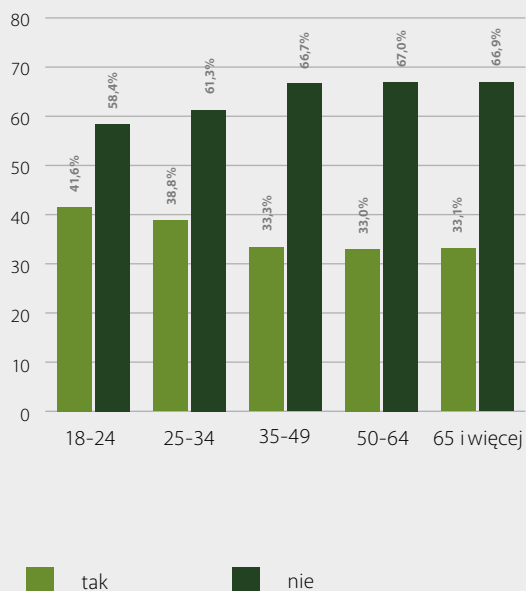
PŁEĆ



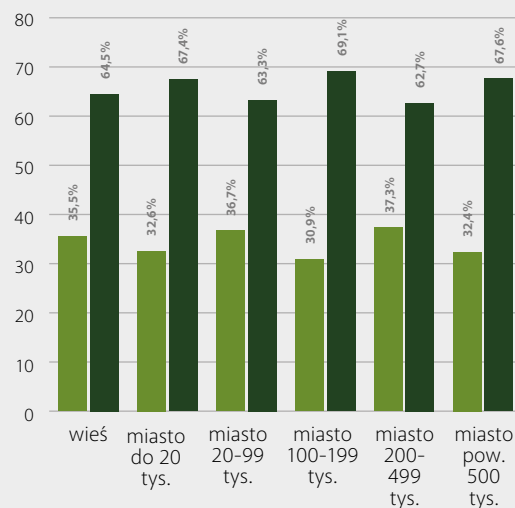
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIEJSCE ZAMIESZKANIA



Rozkład odpowiedzi w zależności od klasy wielkości miejscowości ujawnia interesujące różnice. Najwyższy odsetek osób rozważających szczepienie znajduje się w miastach o wielkości od 200 do 499 tys. mieszkańców (37,3%), a najniższy – w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców (32,4%). Na wsi zainteresowanie szczepieniem wynosi 35,5%, co plasuje tę grupę nieco powyżej średniej. Wyniki te mogą sugerować, że dostępność usług medycznych oraz poziom kampanii informacyjnych wpływa na podejmowanie rozważań dotyczących szczepień.

POWODY NIEROZWAŻANIA SZCZEPIENIA PRZECIWKO KZM

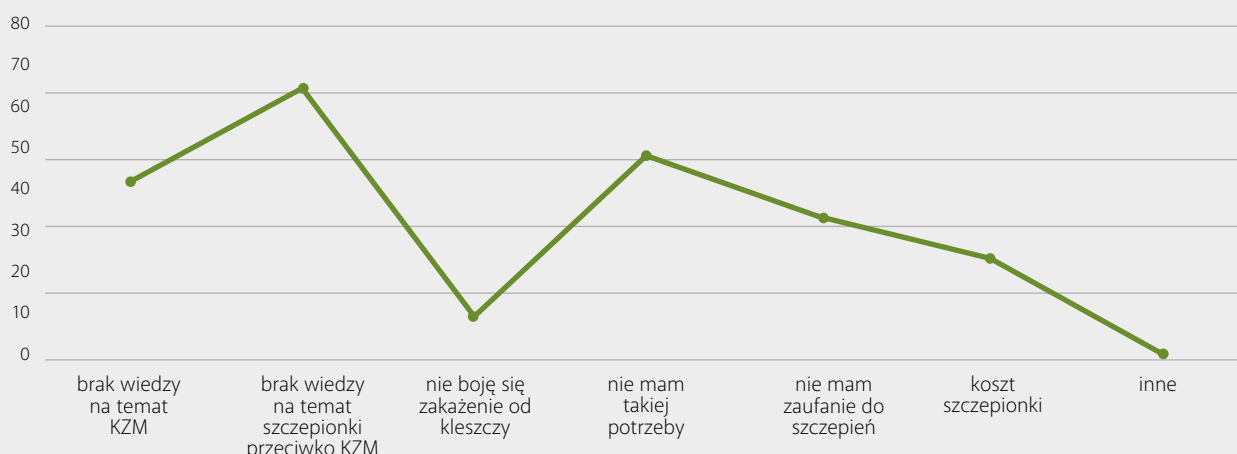
Osoby, które zadeklarowały, że nie rozważały zaszczepienia się przeciwko KZM zapytano o powody takiego stanu rzeczy.

Analiza odpowiedzi ujawnia, że brak wiedzy na temat kleszczowego zapalenia mózgu (KZM) był jednym z kluczowych czynników wpływających na brak rozważania szczepienia, co wskazało 26,7% respondentów. Jeszcze istotniejszym problemem okazał się brak wiedzy na temat samej szczepionki przeciwko KZM, co zadeklarowało aż 40,7% osób. Wyraźnie zarysowała się również grupa osób, które nie odczuwają strachu przed zakażeniem przez kleszcze – ich odsetek wynosił 6,5%. Istotną barierą dla 30,6% respondentów był brak potrzeby szczepienia, co może wskazywać na niską świadomość ryzyka. Nieufność wobec szczepień jako przyczyna została wskazana przez 21,5% badanych, co podkreśla znaczenie zaufania społecznego w decyzjach zdrowotnych. Dla 15,2% osób przeszkodą w rozważeniu szczepienia był koszt szczepionki.

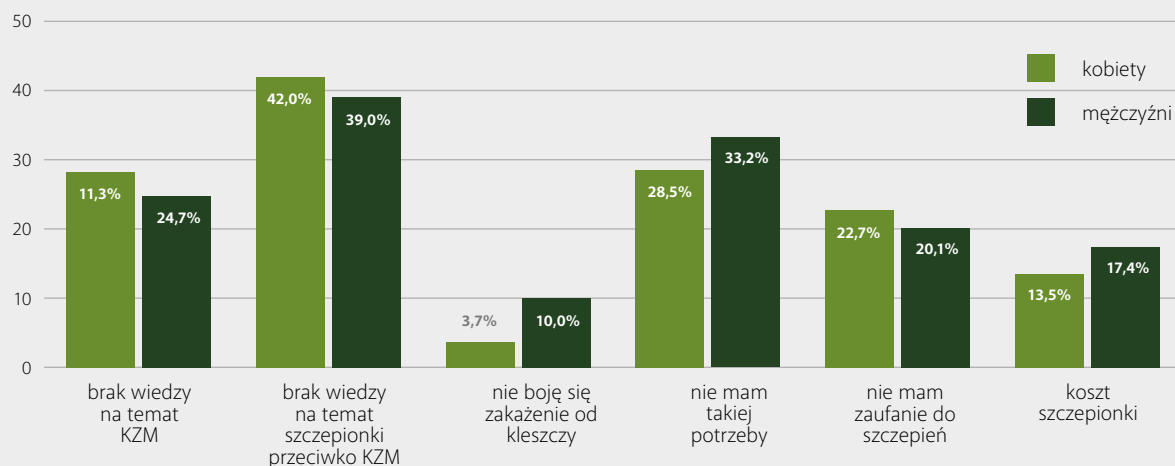
Analiza odpowiedzi na pytanie o powody nierozważania szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu ujawnia wyraźne różnice w postawach kobiet i mężczyzn. W kategorii **brak wiedzy na temat KZM** wyraźnie dominują osoby, które nie wskazały tego czynnika jako powodu, co stanowi 73,3% badanych. Kobiety częściej deklarują brak takiej wiedzy niż mężczyźni, co potwierdza proporcja 71,8% wobec 75,3%. Podobne tendencje widać w przypadku braku wiedzy na temat szczepionki – 59,3% badanych nie traktuje tego jako problemu, jednak kobiety częściej (42%) wskazują ten czynnik jako istotny niż mężczyźni (39%).

Postawa wobec zagrożenia ze strony kleszczy jest wyraźna – aż 93,5% badanych nie uważa tego za powód do szczepienia, a w tej grupie dominują kobiety (96,3%). Z kolei nieco więcej mężczyzn (10%) niż kobiet (3,7%) wskazuje, że nie obawia się zakażenia jako powód rezygnacji ze szczepienia. Brak potrzeby szczepienia dotyczy 69,4% osób, z przewagą kobiet (71,5%) nad mężczyznami (66,8%). Mężczyźni częściej jednak deklarują brak potrzeby jako ważny powód (33,2% wobec 28,5%).

JAKIE SĄ GŁÓWNE POWODY, DLA KTÓRYCH NIE ROZWAŻAŁ PAN/ROZWAŻAŁA PANI SZCZEPIENIA PRZECIWKO KŁĘSZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU (KZM)? PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE PASUJĄCE ODPOWIEDZI.



PŁEĆ



Brak zaufania do szczepień wskazało 21,5% badanych, z czego mężczyźni nieco rzadziej (20,1%) niż kobiety (22,7%). Niemniej, większa liczba badanych ogółem (78,5%) nie uznaje tego czynnika za istotny.

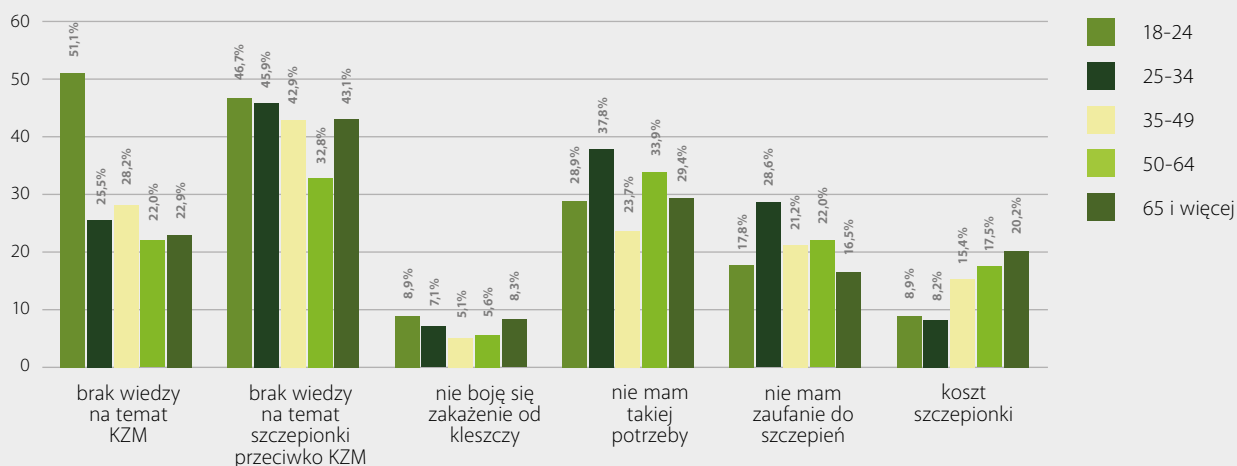
Analiza odpowiedzi respondentów na pytanie o powody, dla których nie rozważają szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM), wskazuje na zróżnicowane motywy w zależności od wieku. Wśród najmłodszych badanych, do 24. roku życia, brak wiedzy na temat KZM dotyczy 48,9%, co znacząco odróżnia tę grupę od starszych respondentów, gdzie odsetek osób niewybierających tego powodu oscyluje w granicach od 71,8% do 78%. Niski poziom wiedzy w tej kategorii wiekowej koreluje z faktem, że aż 51,1% młodych badanych zadeklarowało ten brak jako istotny powód. W przypadku wiedzy o samej szczepionce na KZM, różnice są mniej wyraźne – w każdej grupie wiekowej około 40% respondentów deklaruje brak informacji jako główny powód nierozważania szczepienia, przy czym najwięcej takich odpowiedzi udzielono w grupie najstarszych badanych (43,1%).

Obawa przed zakażeniem od kleszczy jest marginalnym motywem dla wszystkich grup wiekowych. Przeważająca większość badanych, niezależnie od wieku, nie wskazuje tej obawy jako powodu, co może sugerować niski poziom świadomości zagrożenia lub uznanie ryzyka za znikome. Niemniej, wśród osób najmłodszych odsetek tych, którzy nie boją się zakażenia, wynosi 91,1%, co wskazuje na szczególną odporność tej grupy na ten argument.

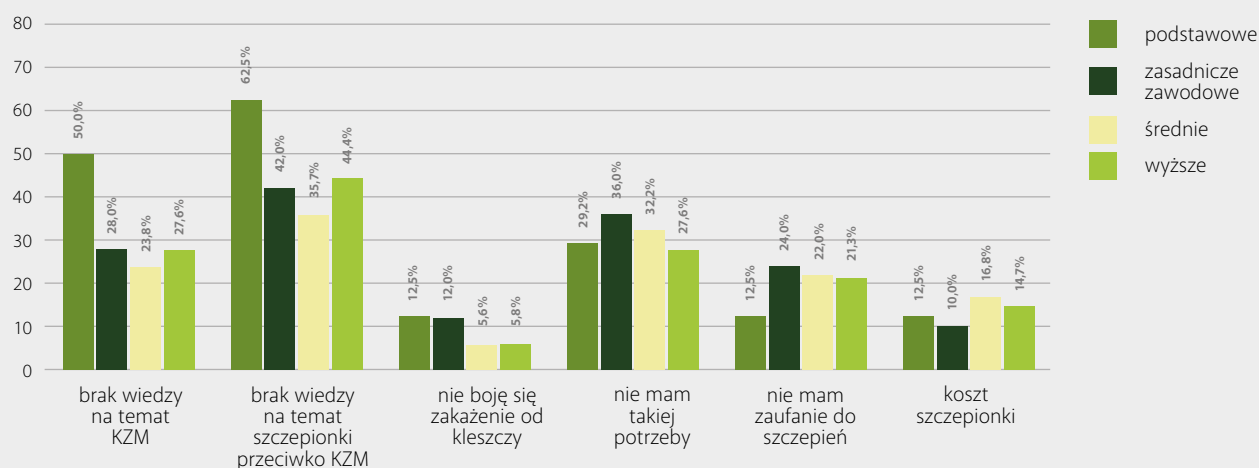
Deklarowany brak potrzeby szczepienia utrzymuje się na wysokim poziomie w większości grup wiekowych, a jego nasilenie jest szczególnie widoczne w grupie wiekowej od 35 do 49 lat, gdzie aż 76,3% respondentów uważa, że szczepienie nie jest im potrzebne. Jednocześnie odsetek ten nieco spada w grupie 25–34 lata, gdzie brak potrzeby szczepienia wskazało 62,2%.

Nieufność wobec szczepień jest stosunkowo stała w różnych kategoriach wiekowych, jednak najmniejszy poziom zaufania wyrażają osoby powyżej 65. roku życia, z czego aż 83,5% nie wybiera tego powodu jako kluczowego. Wśród młodszych respondentów, w wieku do 24 lat, poziom nieufności wobec szczepień wynosi 17,8%, co jest najniższym odsetkiem w porównaniu z pozostałymi grupami.

WIEK



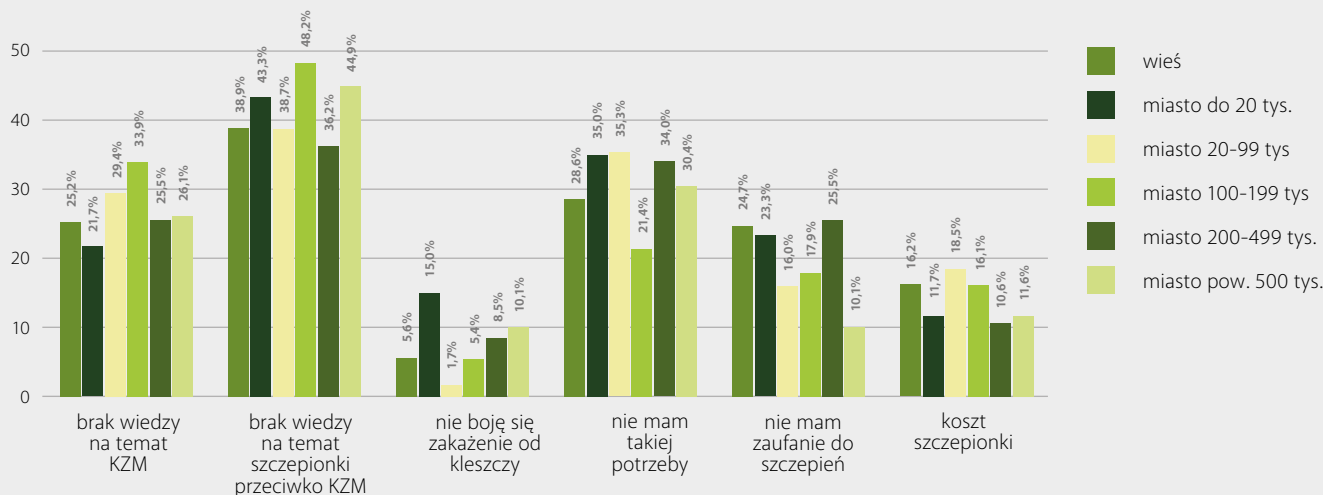
WYKSZTAŁCENIE



Koszt szczepionki jako powód nierozważania szczepienia jest szczególnie mało istotny w młodszych grupach wiekowych – tylko 8,9% badanych w wieku do 24 lat wskazuje ten powód, w porównaniu do 20,2% w grupie najstarszych. Wskazuje to na możliwe różnice w postrzeganiu kosztów szczepienia jako bariery w zależności od sytuacji finansowej i priorytetów zdrowotnych.

Analiza odpowiedzi dotyczących przyczyn niemyślenia o szczepieniu przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM) uwidacznia wyraźne różnice w ich rozkładzie w zależności od poziomu wykształcenia respondentów. Wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym brak wiedzy na temat KZM deklaruje połowa badanych, co jest znacząco niższym odsetkiem niż winnych grupach edukacyjnych, gdzie odpowiedź ta sięga od 72% do 76%. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta też deklaracja znajomości szczepionki, chociaż pozostaje wyraźny odsetek (około 40% wśród osób z wykształceniem wyższym), którzy tej wiedzy nie posiadają.

MIJESCE ZAMIESZKANIA



Z drugiej strony, brak obawy przed zakażeniem od kleszczy występuje na niemalże identycznym poziomie we wszystkich grupach wykształcenia, przekraczając 90% w każdej z nich. Podobnie kategoria „nie mam takiej potrzeby” również utrzymuje się na względnie równym poziomie, sięgając od 64% do 72%. Wskazuje to na powszechne odczuwanie braku konieczności podejmowania działań profilaktycznych niezależnie od poziomu edukacji.

Brak zaufania do szczepień najczęściej wskazują osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (12,5%), natomiast najmniejszą liczbę takich deklaracji odnotowano w grupie osób z wykształceniem wyższym (21,3%). Co ciekawe, problem kosztów szczepienia najmniej poruszany był wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym, co może wynikać z niskiej świadomości zarówno zagrożenia, jak i dostępnych rozwiązań.

Zależności między kategoriami uwidaczniają, że poziom wykształcenia w największym stopniu różnicuje deklaracje dotyczące wiedzy na temat KZM i szczepionki. Respondenci z wykształceniem średnim i wyższym wyraźnie częściej mają świadomość szczepień, choć nadal pozostaje ona niewystarczająca. Jednocześnie niezależnie od poziomu edukacji brak obaw przed zakażeniem od kleszczy oraz brak poczucia potrzeby szczepienia utrzymują się na wysokim poziomie, co sugeruje bardziej fundamentalny problem w postrzeganiu ryzyka oraz konieczności profilaktyki.

Wśród głównych powodów nie rozważania szczepienia, najbardziej zauważalnym jest brak wiedzy na temat KZM, który stanowi dominującą odpowiedź. Największa część osób wskazujących ten powód pochodzi z wsi (74,8%) oraz mniejszych miast (70,6% w miastach do 20 tys. mieszkańców), co wskazuje na wyraźną różnicę w poziomie wiedzy o chorobie w zależności od miejsca zamieszkania. Z kolei w większych miastach odsetek osób z brakiem wiedzy na temat KZM jest niższy, co może wskazywać na lepszy dostęp do informacji. Ponadto, wśród osób z wykształceniem wyższym i średnim nieco wyższy procent osób, które wybrały odpowiedź „wybrano” (z brakiem wiedzy na temat KZM), wskazuje na to, że edukacja może odgrywać rolę w kształtowaniu świadomości na temat tej choroby.

Kolejnym powodem, który wskazano przez respondentów, jest brak wiedzy na temat samej szczepionki przeciwko KZM. Znowu, osoby z niższym poziomem wykształcenia, a także osoby mieszkające w mniejszych miejscowościach, częściej wskazywały tę przyczynę. Wśród osób z wykształceniem wyższym wskaźnik braku wiedzy o szczepionce jest wyraźnie mniejszy, co sugeruje, że wykształcenie wyższe jest czynnikiem sprzyjającym lepszej informacji na temat dostępnych środków zapobiegawczych.

Kolejne powody, takie jak brak obawy przed zakażeniem od kleszczy, są bardziej powszechne w mniejszych miejscowościach, gdzie świadomość zagrożenia kleszczowym zapaleniem mózgu może być mniejsza. Wśród mieszkańców wsi, aż 94,4% osób twierdzi, że nie boi się zakażenia, co może świadczyć o braku świadomości o realnym ryzyku. Z kolei w większych miastach ten odsetek jest niższy, co może wskazywać na większą świadomość tego zagrożenia w miastach.

Dodatkowo, powód „brak zaufania do szczepień” występuje w podobnych odsetkach w różnych miejscowościach, przy czym jest on silniej obecny wśród osób z niższym poziomem wykształcenia. Może to świadczyć o braku zaufania do medycyny i szczepień wśród części społeczeństwa, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, gdzie dostęp do rzetelnych informacji o szczepieniach jest często ograniczony.

Ostatecznie, problem kosztu szczepionki, choć jest wymieniany przez mniejszą część respondentów, również wykazuje tendencję do bycia bardziej obecnym w mniejszych miejscowościach i wśród osób o niższym wykształceniu. Brak funduszy może być poważną barierą w decyzji o szczepieniu, zwłaszcza gdy dostępność do szczepionki w danym regionie jest ograniczona.

Podsumowując, wyraźne różnice w przyczynach braku rozważania szczepienia mogą wynikać z poziomu edukacji oraz miejsca zamieszkania respondentów. Im mniejsze miejscowości i niższy poziom wykształcenia, tym większe szanse na wskazanie braku wiedzy o KZM, szczepionce, czy po prostu mniejszej świadomości o zagrożeniu.



**SZCZEPIENIE
PRZECIWKO KZM
JAKO REKOMENDACJA
LEKARSKA**



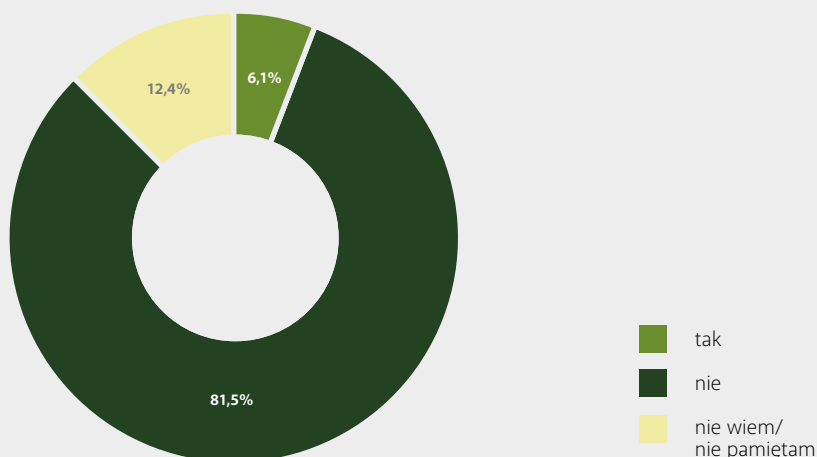
VII. SZCZEPIENIE PRZECIWKO KZM JAKO REKOMENDACJA LEKARSKA

Na podstawie danych dotyczących tego, czy lekarz/lekarka kiedykolwiek zalecał/zalecała szczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM), widać, że tylko niewielka część respondentów, zaledwie 6,1%, otrzymała taką rekomendację. Natomiast zdecydowana większość (81,5%) nie otrzymała takiego zalecenia. W grupie osób, które nie pamiętają, czy zostały poinformowane o konieczności szczepienia, znalazło się 12,4% respondentów.

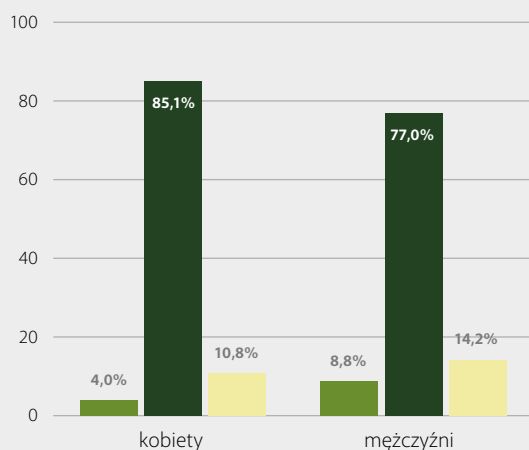
Widać wyraźnie, że wśród mężczyzn (8,8%) odsetek osób, które otrzymały zalecenie, jest wyższy niż wśród kobiet (4%), co może wskazywać na różnice w podejściu lekarzy lub specyficzne zachowania zdrowotne obu płci.

W podziale wiekowym, najmłodsze osoby (do 24 lat) stanowią tylko 0,8% respondentów, którzy otrzymali zalecenie szczepienia. Większość osób, które przyznały, że lekarz zalecał im szczepienie, pochodzi z grupy wiekowej 35-49 lat (2,1%) oraz 50-64 lata (1,4%). To może sugerować, że w tych grupach wiekowych lekarze częściej rekomendują takie szczepienie, być może z uwagi na większe ryzyko zakażenia w tych okresach życia.

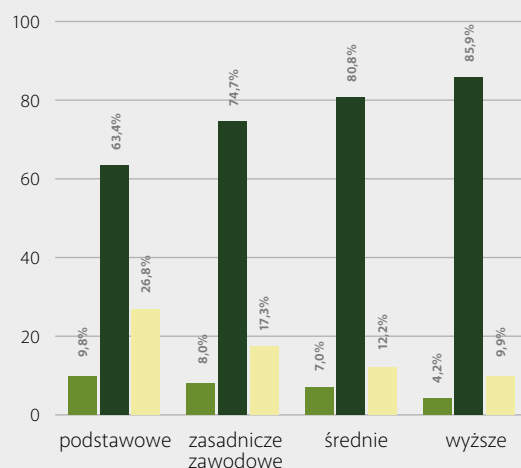
CZY KIEDYKOLWIEK LEKARZ/LEKARKA ZALECAŁ PANU/ZALECAŁ PANI SZCZEPIENIE PRZECIWKO KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU (KZM)?



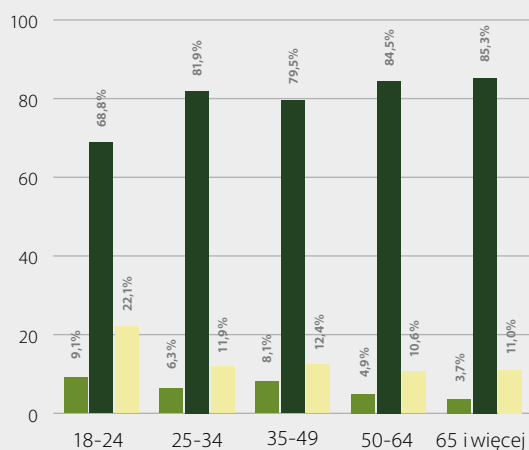
PŁEĆ



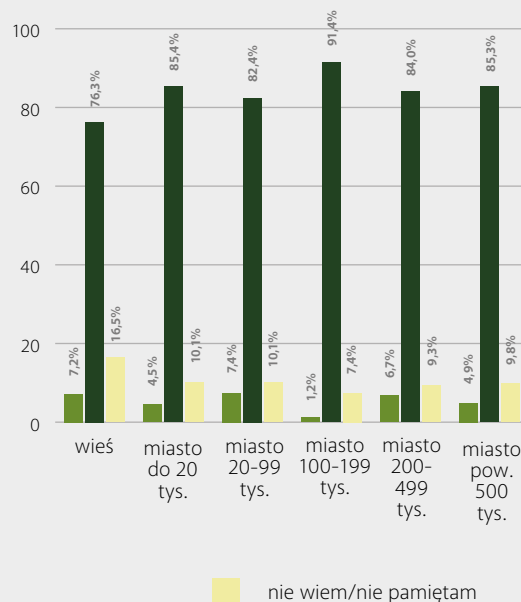
WYKSZTAŁCENIE



WIEK



MIĘSCIE ZAMIESZKANIA



tak

nie

nie wiem/nie pamiętam

W kontekście wykształcenia, niezależnie od poziomu edukacji, większość osób, które były pytane o zalecenie szczepienia, odpowiedziały negatywnie. Osoby z wykształceniem wyższym i średnim, choć stanowią większą część ogółu respondentów, również rzadziej otrzymują taką rekomendację – tylko 6,1% osób z wykształceniem wyższym podało, że lekarz zalecał im szczepienie.

Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, osoby z miast powyżej 500 tys. mieszkańców oraz z mniejszych miejscowości (do 20 tys.) wykazują stosunkowo niski odsetek osób, które kiedykolwiek otrzymały zalecenie szczepienia. Osoby zamieszkujące w większych miastach (ponad 500 tys. mieszkańców) mają odsetek zalecenia wynoszący tylko 0,6%. W miastach do 20 tys. mieszkańców ten odsetek to jedynie 0,4%, co może wskazywać na potrzebę bardziej ukierunkowanej edukacji zdrowotnej w mniejszych miejscowościach.

**STOSUNEK DO
KZM I SZCZEPIENIA
PRZECIWKO KZM
WŚRÓD WYBRANYCH
GRUP RYZYKA**



VIII. STOSUNEK DO KZM I SZCZEPIENIA PRZECIWKO KZM WŚRÓD WYBRANYCH GRUP RYZYKA

POSIADACZE WYCHODZĄCYCH PSÓW I/LUB KOTÓW

Analiza danych dotyczących szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM) w podziale na grupy posiadające i nieposiadające wychodzących psów lub kotów wskazuje na istotne różnice w świadomości, postrzeganiu zagrożenia oraz podejściu do szczepień. Badanie objęło kilka aspektów, takich jak wiedza o KZM, postrzeganie ciężkości przebiegu choroby, znajomość szczepień, rozważanie szczepienia oraz zalecenia lekarzy dotyczące szczepienia.

ŚWIADOMOŚĆ ISTNIENIA KZM

Zdecydowana większość respondentów zarówno w grupie posiadającej wychodzące zwierzęta, jak i w grupie ich nieposiadającej, słyszała o kleszczowym zapaleniu mózgu. Wśród właścicieli zwierząt 92,3% odpowiedziało twierdząco, co stanowi nieznacznie wyższy odsetek w porównaniu do 89,8% osób nieposiadających zwierząt. Oznacza to, że posiadanie wychodzących psów lub kotów może wiązać się z nieco większą ekspozycją na informacje o tej chorobie, co jest prawdopodobnie związane z większym kontaktem z naturą.

POSTRZEGANIE CIĘŻKOŚCI PRZEBIEGU KZM I POZIOM ZASZCZEPIENIA

Różnice między badanymi grupami są wyraźniejsze w odpowiedziach na pytanie dotyczące ciężkiego przebiegu KZM. W grupie właścicieli zwierząt aż 73,7% zdecydowanie uważa, że choroba może mieć poważny przebieg, podczas gdy w grupie osób bez zwierząt odsetek ten wynosi 65,5%. Również osoby posiadające zwierzęta częściej odpowiadały „raczej tak” (24,9% wobec 32,2% w grupie bez zwierząt). To wskazuje, że świadomość ryzyka wśród właścicieli zwierząt jest wyraźnie wyższa.

ŚWIADOMOŚĆ SZCZEPIEŃ PRZECIWKO KZM

Pod względem znajomości szczepień przeciwko KZM widoczne są znaczące różnice. W grupie właścicieli zwierząt 12,6% respondentów zadeklarowało, że jest zaszczepionych, podczas gdy wśród osób bez zwierząt odsetek ten wynosi 6,4%. Znajomość szczepień jest powszechna w obu grupach: 61,1% właścicieli i 62,4% osób bez zwierząt słyszało o szczepieniach, mimo że sami się nie zaszczepili. Warto zauważyć, że 28,2% osób nieposiadających zwierząt zadeklarowało brak wiedzy o szczepieniach, co stanowi nieco wyższy odsetek niż wśród właścicieli zwierząt (26,3%).

ROZWAŻANIE SZCZEPIENIA PRZECIWKO KZM

Osoby posiadające wychodzące zwierzęta częściej rozważały zaszczepienie się przeciwko KZM. Aż 38,7% z tej grupy zadeklarowało taką możliwość, w porównaniu do 29,2% wśród osób nieposiadających zwierząt. To wyraźnie wskazuje na wpływ posiadania zwierząt na decyzje dotyczące ochrony zdrowia, co może wynikać z większego poczucia zagrożenia.

ZALECENIA LEKARSKIE

Ciekawą zależnością jest częstsze zalecanie szczepienia przez lekarzy w grupie właścicieli zwierząt (8,3% wobec 3,0% w grupie osób bez zwierząt). To może świadczyć o tym, że lekarze postrzegają właścicieli zwierząt jako grupę bardziej narażoną na kontakt z kleszczami, a tym samym zwiększonym ryzykiem zachorowania na KZM.

Wyniki wskazują na silną zależność między posiadaniem wychodzących zwierząt a świadomością i podejściem do szczepień przeciwko KZM. Posiadacze zwierząt są bardziej świadomi istnienia choroby, postrzegają ją jako poważne zagrożenie i częściej rozważają szczepienie. Można przypuszczać, że większy kontakt z naturą, w tym z terenami potencjalnie zamieszkałymi przez kleszcze, wpływa na ich większą czujność. Wyższy poziom zaleceń lekarskich w tej grupie dodatkowo podkreśla percepcję zagrożenia wśród profesjonalistów medycznych.

RODZICE DZIECI DO 15 ROKU ŻYCIA

ŚWIADOMOŚĆ KLESZCZOWEGO ZAPALENIA MÓZGU (KZM)

W obu grupach dominują osoby świadome zagrożenia wynikającego z kleszczowego zapalenia mózgu. Wśród rodziców znajomość KZM zadeklarowało 93,2%, co jest wyższym wynikiem niż w grupie osób bez dzieci, gdzie odsetek ten wyniósł 90,2%. Natomiast niewiedza na temat tej choroby była częstsza wśród bezdzietnych (9,8%) niż wśród rodziców (6,8%). Taka różnica może wynikać z większego zaangażowania rodziców w kwestie zdrowia publicznego oraz odpowiedzialności za zdrowie dzieci.

PERCEPCJA CIĘŻKOŚCI PRZEBIEGU KZM

Postrzeganie ciężkości przebiegu KZM różni się między grupami. Wśród osób bez dzieci 72,3% uznało, że choroba ma zdecydowanie poważny przebieg, co jest wyższym wynikiem niż wśród rodziców, gdzie odpowiedź tę wybrało 67,4%. Z kolei „raczej tak” wybrało więcej rodziców (30,8%) niż osób bez dzieci (25,9%). Odpowiedzi negujące powagę przebiegu („raczej nie” i „zdecydowanie nie”) były marginalne w obu grupach, co wskazuje na ogólną świadomość powagi tej choroby w obu populacjach.

ŚWIADOMOŚĆ SZCZEPIENIA PRZECIWKO KZM I POZIOM ZASZCZEPIENIA

Znajomość szczepienia przeciwko KZM była wysoka w obu grupach, ale różnił się odsetek osób faktycznie zaszczepionych. Rodzice częściej byli zaszczepieni (13,5%) niż osoby bez dzieci (8,4%). Mimo to, przeważająca większość zarówno rodziców, jak i bezdzietnych deklaruwała znajomość szczepienia, ale nie podjęła decyzji o zaszczepieniu (60,8% wśród rodziców i 62,0% wśród bezdzietnych). Brak wiedzy o szczepieniu był częstszy w grupie osób bez dzieci (29,6%) w porównaniu do rodziców (25,6%), co wskazuje na różnice w dostępie do informacji zdrowotnych lub różne poziomy zainteresowania tematem.

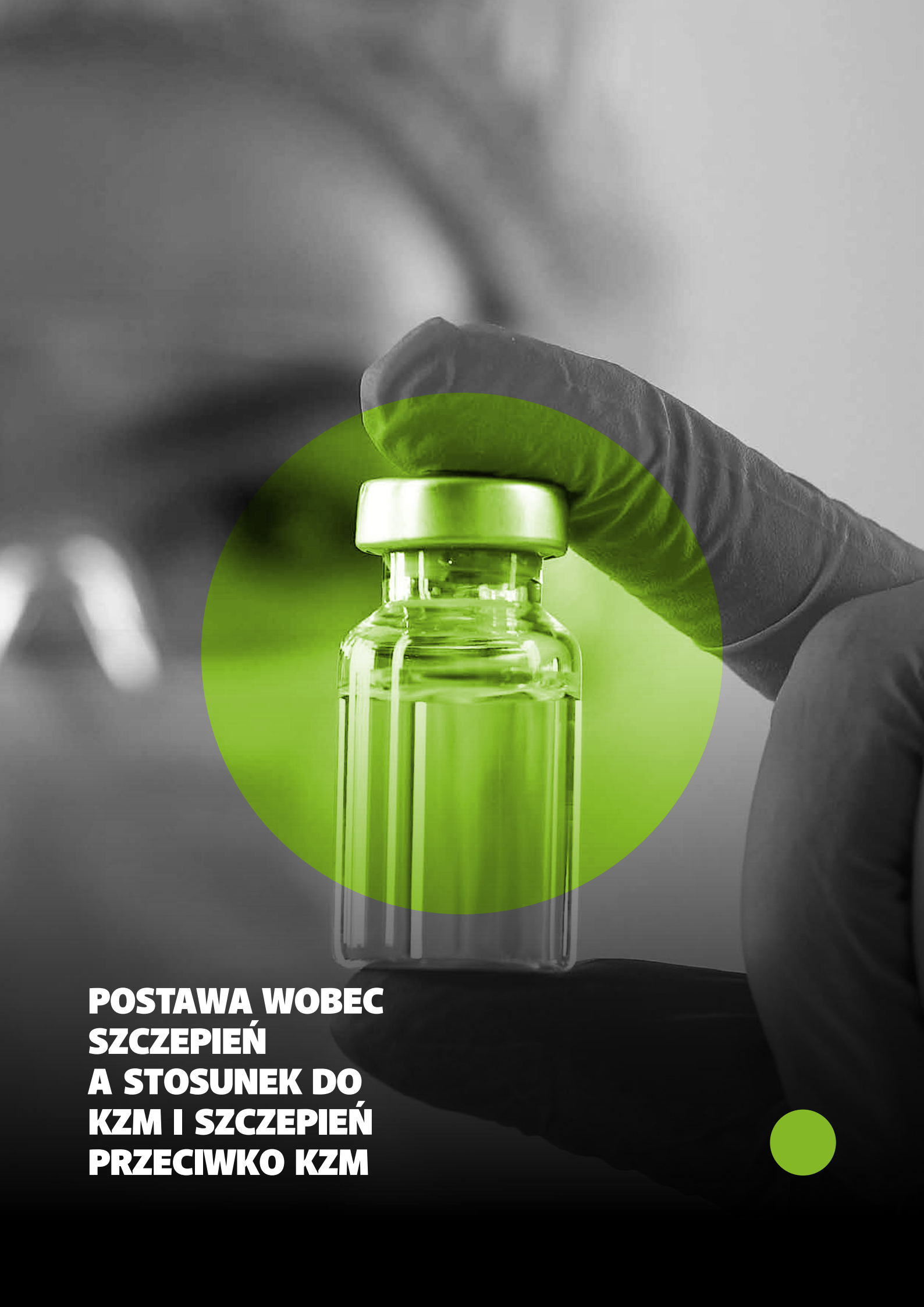
ROZWAŻANIE SZCZEPIENIA

Ważną różnicą między grupami była gotowość do rozważenia szczepienia. Rodzice częściej rozważali zaszczepienie się przeciwko KZM (41,4%) niż osoby bez dzieci (31,5%). Wynik ten sugeruje, że posiadanie dzieci może motywować do bardziej świadomego podejścia do prewencji zdrowotnej. Z kolei większość respondentów w obu grupach nie rozważała zaszczepienia (58,6% rodziców i 68,5% bezdzietnych), co może być wynikiem braku dostatecznej wiedzy lub potrzeby w tej kwestii.

REKOMENDACJE LEKARSKIE DOTYCZĄCE SZCZEPIENIA

Zalecenia lekarskie w kwestii szczepienia również różniły się między grupami. Wśród rodziców 9,8% otrzymało takie zalecenie, co znacząco przewyższało wynik osób bez dzieci (4,2%). Brak zalecenia był powszechny w obu grupach, ale częstszy wśród bezdziejnych (83,6%) niż rodziców (77,5%). Odsetek osób, które nie pamiętają, czy kiedykolwiek otrzymały takie zalecenie, był podobny w obu grupach (około 12%).

Osoby świadome KZM częściej rozważały szczepienie, co było bardziej widoczne wśród rodziców. Wydaje się, że znajomość zagrożenia przekłada się na większą gotowość do działań prewencyjnych w grupie odpowiedzialnej za zdrowie dzieci. Mimo wysokiej znajomości szczepienia w obu grupach, niewielki odsetek respondentów faktycznie podjął decyzję oaszczepieniu. Rodzice, pomimo większej wiedzy, również nie zawsze decydowali się na ten krok, co wskazuje na inne bariery, takie jak brak zaleceń lekarskich czy koszty. Wyraźnie widać, że brak zaleceń lekarskich stanowi istotną barierę w decyzji oaszczepieniu. Rodzice, którzy częściej otrzymywali takie zalecenia, również częściej rozważali szczepienie, co podkreśla znaczenie roli lekarza w edukacji zdrowotnej.



**POSTAWA WOBEC
SZCZEPIEŃ
A STOSUNEK DO
KZM I SZCZEPIEŃ
PRZECIWKO KZM**



IX. POSTAWA WOBEC SZCZEPIEŃ A STOSUNEK DO KZM I SZCZEPIEŃ PRZECIWKO KZM

Zdecydowani zwolennicy szczepień stanowią 27,6% badanych, umiarkowani zwolennicy szczepień (bliżej akceptacji niż nieakceptacji) – 49,2%, umiarkowani zwolennicy szczepień (bliżej nieakceptacji niż akceptacji) – 16,9%, a zdecydowani przeciwnicy szczepień – 6,3%.

ZDECYDOWANI ZWOLENNICY SZCZEPIEŃ (27,6% BADANYCH)

W tej grupie aż 93,5% respondentów zadeklarowało znajomość kleszczowego zapalenia mózgu, co stanowi najwyższy wynik wśród wszystkich kategorii. Większość (81%) uważa, że KZM może mieć ciężki lub poważny przebieg, a jedynie 0,4% kwestionuje ten pogląd. 21,4% tej grupy jest zaszczepionych przeciwko KZM, co stanowi najwyższy odsetek zaszczepionych wśród analizowanych postaw. Ponadto 49,8% zadeklarowało, że rozważało szczepienie, co świadczy o ich aktywnym podejściu do profilaktyki zdrowotnej. Tylko 8,8% z nich zgłosiło, że lekarz zalecał szczepienie, co może wskazywać na ich własną inicjatywę w zdobywaniu wiedzy i podejmowaniu decyzji.

UMIARKOWANI ZWOLENNICY SZCZEPIEŃ (BLIŻEJ AKCEPTACJI NIŻ NIEAKCEPTACJI, 49,2%)

W tej największej grupie 91,7% zna KZM, co wskazuje na stosunkowo wysoki poziom świadomości. 71% respondentów w tej kategorii uważa, że choroba może mieć ciężki przebieg, a 27,7% wyraziło opinię „raczej tak”. Liczba zaszczepionych wynosi 6,7%, co jest zauważalnie niższe niż wśród zdecydowanych zwolenników. Większość (67,7%) osób w tej grupie zadeklarowała znajomość szczepień, ale nie zdecydowała się na szczepienie. Jedynie 36,8% rozważało zaszczepienie się przeciwko KZM, a 81,7% z nich nie otrzymało takiej rekomendacji od lekarza.

UMIARKOWANI ZWOLENNICY SZCZEPIEŃ (BLIŻEJ NIEAKCEPTACJI NIŻ AKCEPTACJI, 16,9%)

W tej grupie 90,5% zna KZM, co jest niewiele niższym wynikiem w porównaniu z bardziej pozytywnie nastawionymi kategoriami. Mimo to 53,6% z nich uważa, że choroba może mieć ciężki przebieg, a 41,8% wyraziło opinię „raczej tak”. W tej grupie zaledwie 2,4% jest zaszczepionych, co wskazuje na brak konsekwencji pomiędzy wiedzą a działaniem. 57,4% zna szczepionkę, ale nie zdecydowało się na jej przyjęcie. Jedynie 20% rozważało zaszczepienie się, co może sugerować istniejące bariery związane z zaufaniem do szczepień lub brak motywacji. Zaledwie 5,5% osób otrzymało zalecenie lekarza dotyczące szczepienia.

ZDECYDOWANI PRZECIWNICY SZCZEPIEŃ (6,3%)

Najmniejsza, lecz znacząca grupa charakteryzuje się najmniejszą znajomością KZM – 81% zadeklarowało wiedzę na temat choroby. 64,7% uważa, że KZM może mieć ciężki przebieg, a 31,4% oceniło to jako „raczej tak”. 9,5% zna szczepionkę, ale tylko 9,5% jest zaszczepionych, co może wynikać z ich ogólnego sceptycyzmu wobec szczepień. Jedynie 5,3% osób rozważało szczepienie, co wskazuje na ich silny sprzeciw wobec tej formy profilaktyki zdrowotnej. Zaledwie 5,3% z tej grupy otrzymało rekomendację lekarza, co może świadczyć o niskim poziomie interakcji z systemem ochrony zdrowia w tym zakresie.

Dane jasno wskazują na silny związek między postawami wobec szczepień a poziomem wiedzy i podejściem do szczepienia przeciwko KZM. Zdecydowani zwolennicy szczepień wykazują najwyższą znajomość choroby, postrzegają

jej przebieg jako poważny i podejmują działania profilaktyczne, takie jak szczepienia. Umiarkowani zwolennicy szczepień, choć są bardziej świadomi, nie zawsze przekładają wiedzę na konkretne decyzje, co sugeruje istnienie barier niezwiązanych z informacją – być może są to bariery finansowe, organizacyjne lub związane z zaufaniem do medycyny. Przeciwnicy szczepień charakteryzują się najniższą świadomością i najmniejszym zainteresowaniem szczepieniami, co wskazuje na głęboko zakorzenioną niechęć, którą trudno zmienić.



WNIOSKI



X. WNIOSKI

CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ KLESZCZE

- Ogólna świadomość istnienia zagrożeń zdrowotnych przenoszonych przez kleszcze jest niezwykle wysoka – niemal wszyscy badani (99,2%) są świadomi, że kleszcze mogą przenosić choroby. Jednak poziom wiedzy różni się w zależności od rodzaju choroby, z najwyższą znajomością boreliozy (95,3%) i najniższą dla mniej znanych schorzeń, takich jak babeszjoza (18,3%) czy wścieklizna (4,3%).
- Borelioza jest najlepiej rozpoznawaną chorobą przenoszoną przez kleszcze wśród wszystkich grup demograficznych, z minimalnymi różnicami między płciami, poziomami wykształcenia czy miejscem zamieszkania. Jedynie w najmłodszej grupie wiekowej do 24 lat świadomość jest nieco niższa (89%), co wskazuje na potencjalną lukę edukacyjną w tej grupie.
- Świadomość kleszczowego zapalenia mózgu (KZM) jest zauważalnie niższa niż boreliozy i wynosi 70,5%, z wyraźnymi różnicami demograficznymi. Wyższy poziom świadomości występuje u kobiet oraz wśród osób starszych (50+), co może być wynikiem większej ekspozycji na informacje zdrowotne. Najniższy poziom wiedzy na temat KZM dotyczy młodszych grup wiekowych i osób z niższym wykształceniem, co sugeruje konieczność intensyfikacji działań edukacyjnych w tych grupach.
- Babeszjoza pozostaje mało rozpoznawalnym zagrożeniem. Największa świadomość występuje w grupie wiekowej 35–49 lat (25,5%) oraz wśród osób z wykształceniem wyższym (22,5%). Jednak wciąż przeważająca większość badanych, zwłaszcza w grupach najmłodszych i najstarszych, nie jest świadoma tej choroby. Różnice między miejscem zamieszkania sugerują, że mieszkańcy dużych miast częściej wskazują babeszjozę jako chorobę przenoszoną przez kleszcze niż osoby z małych miejscowości i wsi.
- Analiza wyników wskazuje, że wykształcenie jest istotnym czynnikiem determinującym poziom wiedzy o chorobach przenoszonych przez kleszcze. Osoby z wykształceniem wyższym cechuje wyższy poziom świadomości zarówno w przypadku boreliozy, KZM, jak i babeszjozy. Podobny wpływ wywiera miejsce zamieszkania – mieszkańcy większych miast częściej wskazują poprawne odpowiedzi, co może wynikać z łatwiejszego dostępu do informacji zdrowotnych.
- W większych miastach (powyżej 500 tys. mieszkańców) oraz na wsiach świadomość o KZM jest wyższa niż w miastach średniej wielkości. Może to sugerować, że działania edukacyjne w zakresie KZM są skuteczniejsze w największych ośrodkach miejskich i na obszarach wiejskich, ale wymagają intensyfikacji w średnich miastach.
- Różnice w poziomie świadomości w zależności od płci, zwłaszcza w przypadku KZM, sugerują, że kobiety są bardziej skłonne do zdobywania wiedzy o chorobach odkleszczowych. Może to być związane z większą uwagą przykładanym do zdrowia i profilaktyki.

ZAGROŻENIE UKŁUCIEM KLESZCZA – OCENA RYZYKA

- Ogólnie wysoka świadomość zagrożenia ukłuciem kleszcza została zauważona wśród respondentów, szczególnie w naturalnych i półnaturalnych środowiskach, takich jak lasy i wycieczki na łono natury, gdzie większość badanych ocenia ryzyko jako wysokie lub bardzo wysokie.
- Kobiety częściej niż mężczyźni przypisują najwyższe poziomy ryzyka, co wskazuje na ich większą ostrożność i świadomość zagrożeń związanych z kleszczami. Z kolei mężczyźni częściej wskazują niższe poziomy ryzyka, niezależnie od miejsca.
- Wiek badanych ma istotny wpływ na percepcję ryzyka – osoby starsze, zwłaszcza w grupach wiekowych 50-64 lata oraz 65+, częściej oceniają zagrożenie jako bardzo wysokie. Młodsze grupy wiekowe, szczególnie do 24 lat, wykazują niższą percepcję ryzyka, co może być związane z mniejszym doświadczeniem lub wiedzą na temat zagrożeń.
- Wykształcenie ma znaczący wpływ na ocenę ryzyka. Osoby z wyższym wykształceniem częściej przypisują ryzyku wyższe wartości, co może wynikać z większej świadomości zdrowotnej i dostępu do informacji. Osoby z podstawowym lub gimnazjalnym wykształceniem częściej wskazują niższe poziomy zagrożenia, co może wynikać z ograniczonej wiedzy.
- Mieszkańcy wsi oraz mniejszych miejscowości wykazują wyższą percepcję ryzyka w porównaniu z mieszkańcami dużych miast, gdzie dominują umiarkowane oceny. Wynika to prawdopodobnie z większej styczności z naturą oraz większego doświadczenia w obcowaniu z terenami zielonymi.
- Postrzeganie zagrożenia w obszarach miejskich jest znacząco niższe niż w naturalnych środowiskach. Miasto zostało ocenione jako najbezpieczniejsze miejsce pod względem ryzyka ukłucia kleszcza, co wskazuje na zróżnicowaną percepcję zagrożeń w zależności od środowiska.
- Wyniki sugerują, że różnice demograficzne – takie jak płeć, wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania – mają kluczowy wpływ na sposób, w jaki respondenci postrzegają ryzyko ukłucia kleszcza. Kobiety, osoby starsze, mieszkańcy wsi i osoby z wyższym wykształceniem wykazują większą świadomość zagrożeń w porównaniu z pozostałymi grupami.
- Ogólna percepcja zagrożenia wskazuje na potrzebę kierowania działań edukacyjnych i profilaktycznych do grup mniej świadomych zagrożeń, takich jak młodsze osoby, mężczyźni, mieszkańcy dużych miast oraz osoby z niższym wykształceniem.

WIEDZA O KLESZCZACH – FAKTY I MITY

- Wiedza respondentów o kleszczach jest mieszana – pewne mity, takie jak „kleszcze spadają z drzew” czy „jasne ubrania odstraszą kleszcze,” są nadal szeroko rozpowszechnione, podczas gdy inne, np. „aby łatwiej usunąć kleszcza, należy go posmarować tłuszczem,” są zdecydowanie odrzucane przez większość.
- Kobiety częściej niż mężczyźni wyrażają bardziej krytyczne postawy wobec mitów i większą ostrożność w ocenie zagrożeń związanych z kleszczami. Osoby starsze oraz z wyższym wykształceniem wykazują większą wiedzę i sceptycyzm wobec błędnych przekonań.

- Znaczna większość respondentów zgadza się z faktem, że „ukłucie kleszcza nie boli,” co wskazuje na większą świadomość w tym obszarze. Jednocześnie ponad połowa odrzuca mit, że „kleszcze występują tylko w lasach,” co świadczy o lepszej edukacji w kontekście miejsc bytowania tych pasożytów.
- Najwięcej neutralnych odpowiedzi dotyczyło stwierdzeń wymagających bardziej szczegółowej wiedzy, np. „wyjęcie kleszcza w ciągu doby zapobiega zakażeniu chorobą.” Odpowiedzi neutralne dominują również w grupach o niższym wykształceniu i w młodszych kategoriach wiekowych.
- Stwierdzenie, że „należy posmarować kleszcza tłuszczem, aby łatwiej go usunąć,” zostało odrzucone przez prawie 70% badanych, co pokazuje skuteczność edukacji w tej kwestii.
- Około połowa respondentów odrzuciła mit, że „kleszcze są aktywne tylko w ciągu dnia,” ale jednocześnie zauważono, że znaczna część (34,9%) nie była pewna odpowiedzi. Sugeruje to brak pełnej wiedzy na temat behawioru kleszczy.
- Mieszkańcy wsi wykazują wyraźniejszą polaryzację opinii – częściej akceptują pewne mity (np. „kleszcze spadają z drzew”), ale także częściej je odrzucają. Mieszkańcy dużych miast są bardziej neutralni i umiarkowani w swoich opiniach.
- Wyższe wykształcenie jest powiązane z większą świadomością faktów naukowych i sceptycyzmem wobec mitów, np. „każdy kleszcz przenosi boreliozę.” Osoby z podstawowym wykształceniem częściej akceptują błędne przekonania, co wskazuje na potrzebę intensywniejszej edukacji tej grupy.
- Ponad połowa respondentów odrzuca to stwierdzenie, ale znaczna część (26,1%) pozostaje neutralna. Odpowiedzi wskazują na potrzebę wyjaśnienia różnic biologicznych między gatunkami kleszczy.
- Osoby starsze częściej wykazują skrajne opinie – zarówno odrzucając mity, jak i przyjmując fakty. Młodsze osoby częściej pozostają neutralne lub mniej krytyczne wobec twierdzeń, co może wynikać z mniejszego doświadczenia lub braku zainteresowania tematem.

ŚRODKI OSTROŻNOŚCI W OCHRONIE PRZED KLESZCZAMI

- Aż 76,6% respondentów deklaruje stosowanie odpowiedniego ubrania, co czyni je najpopularniejszą metodą ochrony przed kleszczami. Starsze osoby, kobiety oraz osoby z wyższym wykształceniem częściej wskazują na ten środek, co może wynikać z większej świadomości ryzyka.
- Ponad połowa, bo 57,4% badanych korzysta z repelentów. Kobiety, osoby młodsze oraz mieszkańcy średnich miast (20–99 tys. mieszkańców) częściej stosują tę formę ochrony, co może być związane z lepszą dostępnością produktów i większą troską o zdrowie.
- Tylko 29,7% respondentów unika terenów zielonych. Kobiety i mężczyźni wykazują podobne podejście, natomiast osoby z wyższym wykształceniem i mieszkańcy większych miast (powyżej 500 tys. mieszkańców) częściej deklarują stosowanie tej strategii.
- Zaledwie 25,9% respondentów decyduje się na szczepienia ochronne. Są one częściej stosowane przez mężczyzn, osoby młodsze oraz osoby z wyższym wykształceniem. Mieszkańcy miast średniej wielkości (200–499 tys.) najczęściej deklarują korzystanie z tej metody, co może być związane z lepszym dostępem do opieki zdrowotnej.

- 8,4% badanych nie podejmuje żadnych działań ochronnych. Ten brak ostrożności jest najbardziej widoczny w starszych grupach wiekowych (65+), co może wynikać z mniejszej percepcji ryzyka lub braku świadomości.
- Większość respondentów (54,5%) zawsze sprawdza swoje ciało pod kątem obecności kleszczy, co wskazuje na wysoki poziom świadomości zagrożeń. Kobiety częściej wykonują kontrole niż mężczyźni, a osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym są w tej grupie najbardziej skrupulatne.
- Mieszkańcy średnich i dużych miast częściej stosują środki ochrony, takie jak repelenty i unikanie terenów zielonych, natomiast mieszkańcy wsi częściej deklarują regularne kontrole ciała po spacerach. Różnice mogą wynikać z różnych stylów życia i kontaktu z terenami zielonymi.
- Wyższe wykształcenie wiąże się z częstszym stosowaniem odpowiednich ubrań, repelentów i unikania terenów zielonych. Jednak w przypadku kontroli ciała po spacerach osoby z wyższym wykształceniem są mniej rygorystyczne w porównaniu do osób z niższym poziomem edukacji.
- Kobiety są bardziej skłonne do stosowania różnorodnych metod ochrony, takich jak odpowiednie ubranie, repelenty i regularne kontrole ciała. Mężczyźni częściej rezygnują ze środków ochronnych, choć wykazują większą skłonność do szczepień.
- Wysoka popularność kontroli ciała i stosowanie ubrań wskazuje na efektywność kampanii informacyjnych dotyczących ochrony przed kleszczami. Jednak niski poziom szczepień oraz unikania terenów zielonych w niektórych grupach demograficznych wskazuje na potrzebę dalszej edukacji, szczególnie wśród osób starszych, z niższym wykształceniem i mieszkańców wsi.

KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU KZM

- Aż 91,3% respondentów zadeklarowało znajomość kleszczowego zapalenia mózgu. Świadomość jest wyższa wśród kobiet, osób starszych oraz mieszkańców wsi i małych miast, natomiast niższa wśród mężczyzn, młodszych osób oraz mieszkańców miast średniej wielkości.
- Ponad 64% respondentów uważa, że przebieg KZM jest zdecydowanie ciężki, a kolejne 25% określa go jako raczej poważny. Wyższy poziom świadomości zagrożeń obserwuje się wśród kobiet, osób starszych, osób z wyższym wykształceniem oraz mieszkańców mniejszych miejscowości.
- Najbardziej rozpoznawane są powikłania neurologiczne, takie jak zapalenie opon mózgowych (74%), porażenia nerwów (54%) czy paraliż (38%). Mniej znane skutki, takie jak sepsa, zaburzenia pamięci czy utrata węchu i smaku, wskazywane są przez znacznie mniejszy odsetek badanych, co świadczy o ograniczonej wiedzy w tym zakresie.
- Najmłodsi uczestnicy badania (do 24 lat) rzadziej wskazują na ciężki przebieg KZM i wykazują mniejszą znajomość skutków choroby, co może wynikać z ich niższego poziomu zainteresowania tematyką zdrowotną lub mniejszego doświadczenia.
- Respondenci z miast liczących od 100 do 199 tysięcy mieszkańców wykazują niższy poziom świadomości KZM w porównaniu do innych miejscowości, co sugeruje konieczność skierowania do tej grupy działań edukacyjnych.

- Osoby z wyższym wykształceniem częściej deklarują znajomość KZM oraz jego powikłań. Z kolei osoby z niższym poziomem wykształcenia wykazują mniejszą wiedzę, szczególnie w odniesieniu do mniej oczywistych skutków choroby.
- Mimo różnic w stylu życia, mieszkańcy wsi i dużych miast wykazują zbliżoną świadomość KZM, co wskazuje na skuteczność działań edukacyjnych docierających do tych grup.
- Niski poziom wiedzy o mniej znanych powikłaniach KZM oraz różnice w świadomości między grupami demograficznymi wskazują na konieczność bardziej zróżnicowanej edukacji zdrowotnej, zwłaszcza skierowanej do młodszych osób, mieszkańców średnich miast oraz osób z niższym wykształceniem.

SZCZEPIENIE PRZECIWKO KZM

- Tylko 10,2% respondentów zadeklarowało, że są zaszczepieni przeciwko KZM, mimo że 61,6% zna tę możliwość. Wysoki odsetek osób świadomych szczepienia, ale niezaszczepionych, wskazuje na niewykorzystany potencjał w edukacji i promocji szczepień.
- Mężczyźni częściej są zaszczepieni (13,6%) niż kobiety (7,3%). Najwyższy odsetek zaszczepionych obserwuje się w grupie wiekowej do 24 lat (23%), co wskazuje na większą otwartość młodych osób na działania profilaktyczne, podczas gdy starsze grupy wiekowe rzadziej korzystają ze szczepień, mimo większej świadomości.
- Aż 65% respondentów nigdy nie rozważało decyzji o szczepieniu, co sugeruje brak poczucia potrzeby ochrony przed KZM. Tendencja ta jest mniej wyraźna wśród młodszych osób i mieszkańców miast średniej wielkości.
- Brak wiedzy na temat szczepionki (40,7%) oraz samej choroby KZM (26,7%) to najczęstsze przyczyny nierozważania szczepienia.
- Brak potrzeby szczepienia deklaruje 30,6% badanych, co wskazuje na niedostateczną świadomość ryzyka.
- Koszt szczepionki jako bariera wskazywany jest głównie przez starsze osoby i mieszkańców mniejszych miejscowości.
- Nieufność wobec szczepień jako powód rezygnacji wskazuje 21,5% respondentów, co podkreśla konieczność zwiększania zaufania do medycyny i działań profilaktycznych, szczególnie w grupach z niższym poziomem wykształcenia.
- Osoby z wyższym wykształceniem częściej rozważają szczepienie (36,6%) i deklarują jego znajomość, jednak nadal brakuje działań przekładających się na wyższy poziom szczepień.
- Mieszkańcy wsi i małych miast rzadziej są zaszczepieni, co może wynikać z ograniczonego dostępu do informacji i usług zdrowotnych.
- Ponad 90% respondentów nie postrzega ryzyka zakażenia przez kleszcze jako istotnego powodu do szczepienia. W szczególności w mniejszych miejscowościach odsetek osób ignorujących to zagrożenie jest wyższy.
- Koszt szczepionki częściej jest wymieniany przez osoby starsze i z mniejszych miejscowości jako przeszkoda, co może wskazywać na potrzebę wprowadzenia programów refundacji lub wsparcia finansowego.

- Różnice w świadomości i motywacjach między grupami demograficznymi sugerują, że kampanie edukacyjne powinny być dostosowane do specyfiki różnych grup wiekowych, poziomów wykształcenia i miejsc zamieszkania.
- Brak informacji na temat choroby i szczepionki pozostaje dominującym powodem niewystarczającego poziomu szczepień, szczególnie wśród młodszych osób, mieszkańców wsi i osób z niższym wykształceniem.

SZCZEPIENIE PRZECIWKO KZM JAKO REKOMENDACJA LEKARSKA

- Tylko 6,1% respondentów otrzymało zalecenie szczepienia przeciwko KZM od lekarza, co wskazuje na niedostateczną promocję szczepień wśród pacjentów.
- Mężczyźni częściej otrzymują rekomendacje szczepienia niż kobiety (8,8% wobec 4%), co może wynikać z różnic w podejściu lekarzy lub zachowaniach zdrowotnych.
- Najwięcej zaleceń dotyczyło osób w wieku 35-49 lat i 50-64 lata, co może sugerować, że lekarze bardziej skupiają się na osobach w wieku największej aktywności zawodowej lub o podwyższonym ryzyku.
- Niezależnie od poziomu edukacji, większość respondentów nie otrzymała zalecenia szczepienia. Jedynie 6,1% osób z wykształceniem wyższym potwierdziło taką rekomendację, co wskazuje na ogólnie niski poziom działań lekarzy w tym zakresie.
- Zarówno w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców, jak i w mniejszych miejscowościach (do 20 tys.), odsetek osób, które otrzymały zalecenie, był bardzo niski (odpowiednio 0,6% i 0,4%). Wskazuje to na konieczność poprawy edukacji zdrowotnej zarówno w dużych miastach, jak i w małych miejscowościach.

STOSUNEK DO KZM I SZCZEPIENIA PRZECIWKO KZM WŚRÓD WYBRANYCH GRUP SPOŁECZNYCH

- Właściciele zwierząt mają wyższą świadomość istnienia KZM (92,3%) i jego ciężkości niż osoby bez zwierząt (73,7% vs. 65,5% uznaje KZM za poważne zagrożenie).
- Osoby z wychodzącymi zwierzętami częściej są zaszczepione przeciw KZM (12,6%) oraz rozważają szczepienie (38,7%).
- Lekarze częściej rekomendują szczepienie właścicielom zwierząt (8,3%), co podkreśla postrzeganie ich jako grupy bardziej narażonej na kontakt z kleszczami.
- Rodzice częściej są świadomi istnienia KZM (93,2%) niż osoby bez dzieci (90,2%).
- Wyższy odsetek rodziców uważa KZM za poważną chorobę (67,4%), choć nieco mniej niż w grupie osób bez dzieci (72,3%).
- Rodzice częściej są zaszczepieni (13,5%) i rozważają szczepienie (41,4%) niż osoby bez dzieci (8,4% zaszczepionych i 31,5% rozważających szczepienie).

- Zalecenia lekarskie dotyczące szczepienia są częstsze wśród rodziców (9,8%) niż w grupie osób bez dzieci (4,2%), co wpływa na ich większą gotowość do działań prewencyjnych.
- Brak zaleceń lekarskich jest kluczową barierą w decyzji o szczepieniu. W grupach, gdzie rekomendacje są częstsze (np. właściciele zwierząt, rodzice), wyraźnie wzrasta poziom świadomości i gotowości do szczepienia.
- Lekarze mogą odegrać kluczową rolę w edukacji i zachęcaniu do szczepień, szczególnie w grupach o niższej wiedzy lub braku postrzegania ryzyka.
- Kontakt z naturą i odpowiedzialność za dzieci wyraźnie wpływają na większą czujność i gotowość do działań prewencyjnych. Posiadacze zwierząt i rodzice stanowią grupy bardziej świadome zagrożeń i skłonne do szczepienia przeciw KZM.

POSTAWA WOBEC SZCZEPIEŃ A STOSUNEK DO KZM I SZCZEPIEŃ PRZECIWKO KZM

- **Zdecydowani zwolennicy szczepień:**
 - Charakteryzują się najwyższym poziomem wiedzy o KZM (93,5%) i świadomością ciężkości przebiegu choroby (81% uważa KZM za poważne zagrożenie).
 - Najwyższy odsetek zaszczepionych przeciwko KZM (21,4%) oraz osób rozważających szczepienie (49,8%).
 - Rzadko polegają na rekomendacjach lekarzy (tylko 8,8% otrzymało zalecenie), co wskazuje na ich samodzielność w podejmowaniu działań profilaktycznych.
- **Umiarkowani zwolennicy szczepień (bliżej akceptacji):**
 - Posiadają stosunkowo wysoki poziom wiedzy o KZM (91,7%), ale ich działania profilaktyczne są ograniczone – tylko 6,7% zaszczepionych.
 - Znaczna część (67,7%) zna szczepionkę, ale nie decyduje się na jej przyjęcie.
 - Relatywnie niski odsetek osób rozważających szczepienie (36,8%) wskazuje na bariery takie jak brak zaleceń lekarskich (81,7%).
- **Umiarkowani zwolennicy szczepień (bliżej nieakceptacji):**
 - Wiedza o KZM jest nieco niższa (90,5%), a postrzeganie ciężkości przebiegu choroby słabsze (53,6% uważa KZM za poważne zagrożenie).
 - Najmniejsza liczba osób zaszczepionych (2,4%) w tej grupie wskazuje na brak przełożenia wiedzy na działania.
 - Niewielki odsetek osób rozważa szczepienie (20%), co może wynikać z barier związanych z zaufaniem lub motywacją.
- **Zdecydowani przeciwnicy szczepień:**
 - Charakteryzują się najniższą znajomością KZM (81%) oraz najmniejszym postrzeganiem ciężkości choroby (64,7%).
 - Zaledwie 9,5% zna szczepionkę i tyle samo jest zaszczepionych.
 - Minimalna gotowość do rozważenia szczepienia (5,3%) i niski poziom interakcji z lekarzami (5,3% otrzymało rekomendację) wskazują na silnie ugruntowaną niechęć do szczepień.
 - Postawa wobec szczepień ma istotny wpływ na poziom wiedzy o KZM i decyzje dotyczące szczepienia.
 - Zdecydowani zwolennicy szczepień wykazują największą proaktywność i przekładają wiedzę na działania, podczas gdy umiarkowani zwolennicy napotykają bariery niezwiązane z wiedzą, a przeciwnicy szczepień pozostają bierni i sceptyczni.

KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU [KZM] - GROŻNA CHOROBA ODKLESZCZOWA

- Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) to choroba wirusowa, która jest najczęściej raportowaną przyczyną wirusowych neuroinfekcji w Polsce. W Europie rejestruje się ponad 10 000 zachorowań i hospitalizacji (kilkaset ciężkich przypadków) na śródkiwioeuropejski typ KZM rocznie. Wirus przedostaje się do organizmu człowieka w niedługim czasie po ukłuciu, ponieważ znajduje się w gruczołach ślinowych kleszczy. Dlatego nawet jeśli uda nam się szybko tego pajęczaka ze skóry usunąć, samo ukłucie może prowadzić do zakażenia się. Na neurologiczne postaci zakażenia jest narażony każdy, choć dzieci oraz osoby po 65 roku życia, mają osłabiony układ odpornościowy, dlatego mogą być dużo łatwiejszym celem

- **Nawet co 6. kleszcz może być zakażony wirusem KZM** i wystarczy zaledwie kilka minut, aby doszło do zakażenia. Wirusy KZM bytują w gruczołach ślinowych kleszczy - można się zakażyć praktycznie od razu w momencie ukłucia przez kleszcza.

W ostatnich latach nastąpił skok zdiagnozowanych przypadków kleszczowego zapalenia mózgu (KZM). W 2022 roku stwierdzono 445 przypadków KZM, a w 2023 już 659, czyli ponad dwukrotnie więcej niż cztery lata wcześniej. Z najnowszych badań wynika, że ponad 90% zakażonych „złapało” kleszcza nie w lesie czy podczas aktywności na łonie natury, ale w miejscu zamieszkania.

- **Cała Polska, cały rok.** Ten przenoszony przez kleszcze wirus odpowiadający m.in. za groźne neuroinfekcje, występuje już na obszarze całej Polski przez większą część roku, co stawia praktycznie każdego mieszkańca kraju w grupie ryzyka zakażenia. Zmiany klimatyczne, sprzyjające dłuższej aktywności kleszczy, są jednym z głównych czynników wpływających na rosnącą liczbę przypadków KZM.

- **Zakażenie wirusem KZM przebiega w dwóch etapach.** Początkowo pojawiają się objawy grypopodobne: zmęczenie oraz ból głowy i ból całego ciała, u niektórych osób nie występują już inne objawy, u części jednak pojawiają się objawy neurologiczne: gorączka, ból głowy, nudności, skurcze mięśni, zaburzenia koordynacji ruchowej, drgawki, porażenie, zaburzenia świadomości, a nawet śpiączka

Powikłaniami po kleszczowym zapaleniu mózgu mogą być trwałe niedowłady i objawy neurologiczne. 13% osób po KZM boryka się z uszkodzeniami układu nerwowego w tym 12% dotyczy zaburzenia mowy, 21% zaburzenia równowagi, 10% to niedowłady/paraliż, a 42% zaburzenia pamięci), a 13% po KZM ma uszkodzenia słuchu. Tyle samo chorych może stykać się z problemami psychicznymi, takimi jak depresja i nerwica.

- **Leczenie i profilaktyka.** Ponieważ obecnie nie ma skutecznego leku na KZM, a chorobę leczy się jedynie objawowo, skutki zdrowotne zachorowania na KZM są bardzo niebezpieczne - mogą powodować zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, co może prowadzić do niepełnosprawności, a nawet zakończyć się śmiercią. Możliwa jest jednak skuteczna profilaktyka w postaci szczepień ochronnych, które niemal w 100 proc. chronią przed zachorowaniem na KZM.

KLESZCZE – CO TRZEBA O NICH WIEDZIEĆ

- **Są groźne i są wszędzie.** Kleszcze żyją wtrawie i niskich zaroślach, wchodzą na liście, lubią też miejsca przejściowe między dwoma różnymi typami roślinności: lasy graniczące złąkami, polany, błonia nad stawami i jeziorami oraz zagajniki z zaroślami. Nie należy zapominać, że kleszcze żyją także w miastach i można je spotkać w miejskich parkach i przydomowych ogródkach. W Polsce występuje 19 gatunków tych pajęczaków, ale 2 z nich najczęściej atakują ludzi: kleszcz pospolity i łąkowy. Żerują od marca do listopada, kiedy temperatura nie spada poniżej 5-7 stopni Celsjusza.
- **Nosiciele chorób.** Te małe pajęczaki są niebezpieczne dla człowieka, a także zwierząt domowych, ponieważ są nosicielami groźnych wirusów i patogenów. Najgroźniejsze dla ludzi to choroby odkleszczowe wywołana bakterią *borrelia* - borelioza i wirusem KZM należącym do flawiwirusów, wywołujący kleszczowe zapalenie mózgu (KZM).

JAK CHRONIĆ SIĘ PRZED UKŁUCIEM KLESZCZA?

- **Bezpieczny spacer.** Wybierając się na spacer w terenie zielonym należy nosić ubranie zakrywające całe ciało i wybierać jasne kolory ubrań, które ułatwiają dostrzeżenie kleszcza. Zaleca się także stosowanie środków odstrasżających kleszcze (repelenty).
- Po spacerze trzeba dokładnie obejrzyć całe ciało, aby wyłapać ewentualne ukłucie, przejrzeć i wytrzepać ubranie. Wiosną, przed rozpoczynającym się najgroźniejszym okresem żerowania kleszczy zaleca się szczepienie ochronne przeciw KZM.
- **W razie ukłucia.** Kleszcza trzeba usunąć jak najszybciej najlepiej za pomocą pęsety. Pajęczaka należy chwycić jak najbliżej skóry i pewnym, ale delikatnym ruchem wyciągnąć. Ranę po kleszczu trzeba zdezynfekować wodą utlenioną lub spirytusem salicylowym, a miejsce ukłucia obserwować przez najbliższe tygodnie. Jeśli wokół rany pojawi się rumień, obrzęk, wysypka lub wystąpią objawy grypowe niezwłocznie trzeba udać się do lekarza.



REKOMENDACJE



XI. REKOMENDACJE

- **Wprowadzenie programów edukacyjnych w szkołach i na uczelniach**, aby dotrzeć do młodzieży i młodych dorosłych z podstawowymi informacjami na temat ochrony przed kleszczami i zagrożeniami, jakie niosą.
- **Zwiększenie dostępności informacji o KZM i szczepieniu przeciwko KZM w średnich miastach (100–199 tys. mieszkańców)**, a także na wsiach gdzie świadomość jest zauważalnie niższa.
- **Dostosowanie kampanii informacyjnych do poziomu wykształcenia** – uproszczone materiały edukacyjne dla osób z niższym wykształceniem i bardziej szczegółowe treści dla osób z wykształceniem wyższym.
- **Zwiększanie dostępności do szczepionek przeciwko KZM**, poprzez programy refundacyjne, akcje samorządowe, szczególnie dla dzieci i osób starszych, a także mieszkańców mniejszych miejscowości.
- **Wykorzystanie mediów społecznościowych do promowania faktów i obalania mitów dotyczących kleszczy**, takich jak „kleszcze spadają z drzew” czy „każdy kleszcz przenosi boreliozę”.
- **Zaangażowanie lekarzy rodzinnych w edukację zdrowotną**, np. przez obowiązek informowania pacjentów o szczepieniach przeciwko KZM podczas wizyt kontrolnych.
- **Tworzenie krótkich i przystępnych materiałów wizualnych**, takich jak infografiki i filmy edukacyjne, które można udostępniać w przychodniach, aptekach i online.
- **Prowadzenie kampanii informacyjnych o ryzyku zakażenia chorobami przenoszonymi przez kleszcze w okresach największej ekspozycji ludzi na kleszcze**, np. wiosną, latem i jesienią
- **Zwiększenie świadomości na temat mniej znanych powikłań KZM**, takich jak zaburzenia pamięci czy paraliż, aby podkreślić powagę choroby.
- **Kierowanie edukacji do rodziców małych dzieci** poprzez współpracę z przedszkolami i szkołami, aby zwiększyć świadomość zagrożeń dla najmłodszych.
- **Kierowanie edukacji do właścicieli psów** poprzez współpracę z lecznicami weterynaryjnymi, lekarzami weterynarii aktywnymi w mediach społecznościowych.
- **Prowadzenie badań jakościowych**, aby lepiej zrozumieć bariery i motywacje związane z decyzjami o szczepieniu, co pozwoli lepiej dostosować kampanie informacyjne.
- **Edukacja na temat skutecznego stosowania środków ochrony**, takich jak repelenty czy odpowiednie ubranie, w grupach, które najrzadziej z nich korzystają.
- **Tworzenie aplikacji mobilnych lub stron internetowych**, które dostarczą użytkownikom wiedzy o ochronie przed kleszczami, mapy ryzyka i przypomnienia o szczepieniach.
- **Wykorzystanie przykładów z życia (np. przypadków zachorowań na KZM)** w kampaniach informacyjnych, aby wzmocnić ich oddziaływanie i zbudować poczucie osobistego zagrożenia.

BIBLIOGRAFIA

- 2021;75(4):515-523. doi: 10.32394/pe.75.48. Zajkowska J, Waluk E, Dunaj J, Świerżbińska R, Hordowicz M, Zajkowska O, Paradowska-Stankiewicz I, Assessment of the potential effect of the implementation of serological testing tick-borne encephalitis on the detection of this disease on areas considered as non-endemic in Poland - preliminary report / Raport końcowy w trakcie publikacji
- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Rekomendacja nr 1/2024 z 18 stycznia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/REK/18.01.2024_REKOMENDACJA_1_2024_48aa_KZM.pdf
- Informacje o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach w Polsce w 2020 roku, Zakład Epidemiologii Chorób zakaźnych i nadzoru https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2020/index_mp.html [dostęp, 18.03.2024]
- Kaiser R. Tick-borne encephalitis. Infect Dis Clin North Am 2008; 22: 561-75
- Kleszcze przenoszą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, kleszczowe zapalenie mózgu (KZM). Wywołującym ją wirusem zakażonych jest 3–15 proc. populacji kleszczy w Polsce. <http://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,kleszcz--ukaszenie--borelioza--czy-latwo-zachorowac-,artykul,1722040,2.html>
- Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z 27 października 2023 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2024: <https://www.gov.pl/web/psse-przasnysz/program-szczepien-ochronnych-na-rok-2024> (dostęp: 03.2024)
- Kuchar, E., Zajkowska, J., Flisiak, R., Mastalerz-Migas, A., Rosińska, M., Szenborn, L., Wdówik, P., & Walusiak-Skorupa, J. (2021). Epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu w Polsce i wybranych krajach europejskich – stanowisko polskiej grupy ekspertów [Epidemiology, diagnosis, and prevention of tick-borne encephalitis in Poland and selected European countries - a position statement of the Polish group of experts]. *Medycyna pracy*, 72(2), 193–210. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01063> [dostęp 18.03.2024]
- Lamml B et al (nie wiemy co to za referencja prośba o uzupełnienie)
- M. Haglund, G. Günther/Vaccine 21 (2003) S1/11–S1/18
- Charakterystyki Produktów Leczniczych szczepionek dostępnych na rynku.
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny, Większość zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu nie jest wykrywana w Polsce, dostęp 24.01.2019 <http://szczepienia.pzh.gov.pl/wiekszosc-zachorowan-na-kleszczowe-zapalenie-mozgu-nie-jest-wykrywana-w-polsce/>
- Narodowy Insytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny. Dostęp 10 02 2018 http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2016/Ch_2016.pdf
- Neurologia Praktyczna. Wirusowe Zapalenie Mózgu. <https://neurologia-praktyczna.pl/a1322/Wirusowe-zapalenie-mozgu.html> (dostęp 02.2023)
- Nygren T.M., Pilic A., Bohmer M.M. et al. (2022). Tick-Borne Encephalitis Risk Increases with Dog Ownership, Frequent Walks, and Gardening: A Case-Control Study in Germany 2018-2020. *Microorganisms*. 10(4): 690
- PZH Raport Kleszczowe Zapalenie Mózgu https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/KleszczoweZapalenieMozgu-raport-PZH_2021.pdf dostęp 12.03.2024
- Sobierajski T., Społeczny kontekst szczepień. Wprowadzenie do wakcynologii społecznej i socjologii szczepień. Alfa Medica Press 2017
- Süss J. Tick-borne encephalitis 2010: Epidemiology, risk areas, and virus strains in Europe and Asia-An overview. *Ticks Tick Borne Dis* 2011; 2: 2-15
- Süss J. What makes ticks tick? Climate change, ticks, and tick-borne diseases. *J Travel Med* 2008; 156: 39-45.
- Toczyłowski K, Bojkiewicz E, Barszcz M, Wozinska-Klepadlo M, Potocka P, Sulik A. Etiology, Clinical Presentation and Incidence of Infectious Meningitis and Encephalitis in Polish Children. *J Clin Med*. 2020 Jul 22;9(8):2324. doi: 10.3390/jcm9082324. PMID: 32707777; PMCID: PMC7465305.
- WHO. State of the art of the new vaccines: Research & Development 2003
- Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 15 stycznia 2024 r. oraz w porównywalnym okresie 2023 r., Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH – PIB, https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2024/INF_24_01A.pdf, [dostęp 18.03.2024]
- Zajkowska J, Czupryna P. Kleszczowe zapalenie mózgu – epidemiologia, patogenez, obraz kliniczny, diagnostyka, profilaktyka i leczenie. *Forum Zakażeń* 2013; 4(1):21–27.
- Zajkowska J. Kleszczowe Zapalenie Mózgu – ryzyko i skutki zachorowania u dzieci. *Pediatr. Dypl.* 2014; 18 (suppl.2): 1-7

Ośrodek Badań Socjomedycznych to pierwsza w Polsce innowacyjna przestrzeń naukowo-badawcza, której celem jest wszechstronne zgłębianie złożonych zależności między medycyną, zdrowiem publicznym i socjologią. Misją ośrodka jest dostarczanie interdyscyplinarnej i praktycznej wiedzy, która stanowi źródło inspiracji dla tworzenia długofalowych strategii, służących poprawie jakości życia jednostek i społeczności.

Głównymi celami działania OBS jest prowadzenie multidyscyplinarnych badań socjomedycznych, w których nacisk położony jest na poznanie wiedzy, postaw i praktyk środowiska opieki medycznej oraz pacjentów. Przygotowywane w oparciu o badania analizy zwracają uwagę na wszystkie aspekty zdrowia: fizyczny, psychiczny i społeczny, zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i dostarczają rekomendacji, których wdrożenie może wpłynąć na poprawę dobrostanu psychofizycznego określonych grup społecznych. W oparciu o zdobyte doświadczenie naukowo-badawcze OBS prowadzi również działalność edukacyjno-szkoleniową, wspierającą sektor opieki zdrowotnej oraz organizacje pacjenckie.

Prace OBS w koncentrują się wokół następujących zagadnień:

- Socjologia zdrowia i choroby (psychospołeczna sytuacja pacjentów z chorobami rzadkimi, choroby cywilizacyjne, *urban-affected diseases*, społeczne postawy wobec zjawiska antybiotykooporności, analiza procesów diagnostycznych)
- Wakcynologia społeczna (socjo-wakcynologiczne determinanty szczepień, społeczna percepcja szczepień, akceptacja wobec szczepień)
- Zdrowie publiczne (zarządzanie procesami grupowymi w służbie zdrowia, procesy społeczne z perspektywy One Health)
- Socjologia edukacji (uczenie się przez całe życie, doradztwo zawodowe i kreowanie ścieżek kariery zawodowej);
- Komunikacja interpersonalna i medyczna (autoprezentacja, komunikacja niewerbalna, komunikacja w sytuacji konfliktu, komunikacja lekarz-pacjent);
- Neurosocjologia (trendwatching, kognitywistyka, neurobiologia interpersonalna);
- Ewaluacja i monitoring (projektowanie i analiza procesów ewaluacyjnych w edukacji i zdrowiu);
- Metodologia badań społecznych (badania sondażowe, etyka badań, metodyka konstruowania kwestionariuszy, badania jakościowe).

INSTYTUT PRAW PACJENTA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ



Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej to fundacja, która została utworzona w 2004 roku z inicjatywy księdza Arkadiusza Nowaka. Fundacja prowadzi wiele projektów z zakresu edukacji zdrowotnej, realizuje kampanie społeczne i edukacyjne, organizuje debaty, konferencje i szkolenia, a także cykliczne spotkania z decydentami w obszarze ochrony zdrowia.

W ramach prac Instytutu powstają także raporty i analizy dotyczące aktualnej problematyki zdrowotnej i praw pacjenta. Współpracujemy z ok. 300 organizacjami zrzeszającymi pacjentów z całej Polski oraz ekspertami w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce i zagranicą.

Misją Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej jest wspieranie rozwiązań systemowych ukierunkowanych na poprawę sytuacji pacjentów oraz oddziaływanie na kształtowanie prozdrowotnych postaw Polaków. Instytut w swoich działaniach urzeczywistnia ideę wielopłaszczyznowego partnerstwa.

Wizją Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej jest pozostanie instytucją wiarygodną, transparentną oraz otwartą na potrzeby wynikające z prowadzonej diagnozy społecznej. Instytut w swoich działaniach będzie dążyć do dalszej konsolidacji i profesjonalizacji sektora organizacji pozarządowych działających dla dobra pacjenta tak aby stały się istotnym partnerem w procesie podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej.

KAMPAANIA EDUKACYJNA „NIE IGRAJ Z KLESZCZEM. WYGRAJ Z KLESZCZOWYM ZAPALENIEM MÓZGU”



Kampania edukacyjna „Nie igraj z kleszczem. Wygraj z Kleszczowym Zapaleniem Mózgu” powstała w celu zwiększenia świadomości dotyczącej wirusa KZM oraz zwrócenia uwagi na niebezpieczeństwo, jakie wiąże się z chorobami przenoszonymi przez kleszcze. Z inicjatywy organizatorów kampanii 30 marca ogłoszono w Polsce Ogólnopolskim Dniem Świadomości Kleszczowego Zapalenia Mózgu (KZM). Celem prowadzonych działań edukacyjnych jest dostarczanie rzetelnych i wiarygodnych informacji na temat kleszczy i KZM, a także na temat profilaktyki zakażeń w postaci szczepień ochronnych.

W ramach projektu prowadzone są spotkania edukacyjne, realizowane projekty badawcze oraz akcje informacyjne we współpracy z mediami i partnerami.

Organizatorami kampanii jest Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Fundacja Aby Żyć i Pfizer. Partnerem kampanii jest Medcover.



Przygotowany raport, jest niezwykle ważnym opracowaniem w świetle istotnego wzrostu zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu w ciągu ostatnich lat. Programy edukacyjne kierowane do wszystkich często mogą zawierać zbyt ogólne wiadomości, które mijają się z poszczególnymi grupami odbiorców. Badanie wykazujące różnice w wiedzy o ryzyku zachorowania, metodach prewencji, jest rzetelnie przygotowanym materiałem opartym na metodologii naukowej, dające podstawę do przygotowania programów edukacyjnych kierowanych do poszczególnych grup uwzględnieniem wzmocnienia przekazu w wykazanych słabych Obszarach. Wykazanie jak inne jest postrzeganie ryzyka i możliwości prewencji w zależności od wieku, płci, ekspozycji może w wyjaśniać także niechęć do szczepień, za

którą kryje się najczęściej brak wiedzy o możliwościach zapobiegania chorobie o której wiedza jest niedostateczna. Przykładem są właściciele psów i zwierząt domowych deklaruje wyższą świadomość zagrożeń związanych z kleszczami, ale tylko niewielki odsetek rozważa szczepienie przeciwko KZM. Wykazany niedostateczny brak wiedzy o skutkach zachorowania u młodych dorosłych naraża także ich dzieci, które same nie są świadome ryzyka.

prof. dr hab. n. med. Joanna Zajkowska

Specjalistka Chorób Zakaźnych z Kliniki Chorób Zakaźnych Neuroinfekcji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku



Bardzo się cieszę że powstało kolejne badanie na temat świadomości chorób od kleszczowych. Wyniki pokazują, że nasza akcja edukacyjna przynosi skutki np. większość osób wie jak się ubrać do lasu. Jednak wciąż sporo pracy przed nami. Jednocześnie zostały zidentyfikowane grupy, na których powinniśmy się skupić w naszych działaniach.

Bardzo chciałabym by Polacy nie tylko byli świadomi istnienia KZM, ale żeby ta świadomość skłoniła ich do czynnej ochrony zdrowia, czyli szczepień. Jako badaczka chorób odkleszczowych który w ostatnich latach badał babeszjozę martwi mnie tak niski stan wiedzy w porównaniu z poziomem zagrożenia.

dr inż Anna Wierzbicka

Katedra Łowiectwa i Ochrony Lasu, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu



Szczepienia jako możliwość profilaktyki przeciwko wielu chorobom są znane w medycynie od ponad pół wieku. W tym czasie udało się obniżyć występowalność i zredukować śmiertelność wielu chorób a także znacząco zmniejszyć liczbę powikłań po przechorowaniu. Wraz z nadchodzącą wiosną należy pamiętać o szczepieniach na KZM – kleszczowe zapalenie mózgu. Pomimo występowania kleszczy w naszym klimacie przez właściwie cały rok, w momencie pierwszych znaków wiosny ich populacja zwiększa się, a my częściej wychodzimy na łono przyrody i jesteśmy narażeni na spotkanie z tym pajęczakiem. Kleszczowe zapalenie mózgu jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego. W swoim przebiegu może doprowadzić do poważnych powikłań neurologicznych a nawet śmierci. Jedyną dostępną skuteczną metodą profilaktyki jest szczepienie przeciwko KZM dostępne w Polsce dla wszystkich osób powyżej 1. roku życia.

lek. Alicja Sapata-Smoczyńska

pediatra w Centrum Medicover – Jerolimskie, Kierownik Operacyjny Działu Medycznego w Szpitalu Medicover