

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

**SYTUACJA
DEMOGRAFICZNA
POLSKI**

RAPORT 2005-2006

Warszawa 2006

Autorzy:

Dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki (redakcja naukowa, Wprowadzenie i Rekomendacje)
Szkoła Główna Handlowa
Rządowa Rada Ludnościowa

Mgr Ludmiła Boguszewska (Rozdział 7.3.)
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia- Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Doc. dr hab. med. Grażyna Broda (Rozdział 7.1.)
Instytut Kardiologii w Warszawie

Prof. dr hab. Bogdan Chazan (Rozdział 7.9.1.)
Szpital Położniczo-Ginekologiczny im. Św. Rodziny w Warszawie

Mgr Mirosław P. Czarkowski (Rozdział 7.4.)
Zakład Epidemiologii PZH

Dr n. med. Joanna A. Didkowska (Rozdział 7.2.)
Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie

Dr hab. prof. SGH Ewa Frątczak (Rozdział III – 3.1., 3.2., 3.4., 3.5., 3.6., 3.7.)
Szkoła Główna Handlowa
Rządowa Rada Ludnościowa

Dr Andrzej Gałązka (Rozdział VI)
Kolegium Ekonomiczno-Społeczne
Szkoła Główna Handlowa

Dr Stanisława Kostrubiec (Rozdział 7.5., 7.6., 7.7., 7.8., 7.9.3.)
Szkoła Główna Handlowa

Dr Irena Kowalska (Rozdział II)
Szkoła Główna Handlowa

Dr hab. prof. AE Jolanta Kurkiewicz (Rozdział III – 3.3.)
Akademia Ekonomiczna w Krakowie

Dr hab. prof. AE Ireneusz Kuroпка (Rozdział IV)
Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

Małgorzata Piekarzewska (Rozdział 7.10.1.)
Główny Urząd Statystyczny

Dr Barbara Sakson (Rozdział V)
Szkoła Główna Handlowa

Prof. dr hab. Izidor Sobczak (Rozdział I)
Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna w Gdańsku

Prof. dr hab. Janusz Szymborski (Rozdział 7.9.2.)
Biuro Rzecznika Praw Dziecka

Mgr Alicja Zajenkowska-Kozłowska (Rozdział 7.10.2.)
Główny Urząd Statystyczny

Prof. dr hab. n. med. W. Zatoński (Rozdział 7.2.)
Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie

Dr med. Tomasz Zdrojewski (Rozdział 7.1.)
Akademia Medyczna w Gdańsku

Prof. dr hab. Andrzej Zieliński (Rozdział 7.4.)
Zakład Epidemiologii PZH

Mgr Władysława Czech-Matuszewska – redakcja językowa

Mgr Ewa Orzełek – redakcja
Rządowa Rada Ludnościowa

SPIS TREŚCI

	WSTĘP	5
	WPROWADZENIE I REKOMENDACJE	6
Rozdział I.	BILANS LUDNOŚCI	33
	1.1. Bilans ludności	33
	1.1.1. Składniki bilansu ludności.....	33
	1.1.2. Tempo rozwoju liczebnego ludności	34
	1.2. Zmiany w strukturze ludności według płci	35
	1.2.1. Relacje liczebne ludności według płci	35
	1.2.2. Zróżnicowanie współczynników feminizacji według wieku	36
	1.3. Zmiany w strukturze ludności według wieku	38
	1.3.1. Ludność według biologicznych grup wieku	38
	1.3.2. Ludność według ekonomicznych grup wieku	41
	1.3.3. Dzieci i młodzież według edukacyjnych grup wieku	44
Rozdział II.	MAŁŻEŃSTWA I ROZWODY	46
	2.1. Małżeństwa	46
	2.1.1. Zmiany w liczbie małżeństw w latach 2000-2005	48
	2.1.2. Zmiany intensywności zawierania małżeństw	53
	2.1.3. Współczynniki zawierania pierwszych małżeństw.....	57
	2.1.4. Zmiany w strukturze nowożeńców według wieku w momencie zawierania małżeństwa	59
	2.1.5. Małżeństwa binacjonalne	63
	2.2. Rozwody	63
	2.2.1. Liczba i struktura rozwodów	63
	2.2.2. Wiek małżonków rozwodzących się	65
	2.2.3. Czas trwania rozwodzących się małżeństw	66
	2.2.4. Małoletnie dzieci w małżeństwach rozwodzących się	66
	2.2.5. Przyczyny rozwodów	68
Rozdział III.	URODZENIA I PŁODNOŚĆ	71
	3.1. Liczba urodzeń i struktura wieku rozrodczego kobiet	71
	3.2. Dzietność kobiet i wzorzec płodności	73
	3.3. Zachowania prokreacyjne z uwzględnieniem kolejności urodzeń	80
	3.4. Zmiany w strukturze urodzeń według kolejności urodzenia dziecka	91
	3.5. Urodzenia pozamałżeńskie	94
	3.6. Płodność i dzietność według województw	96
	3.7. Dzietność: Polska a kraje Unii Europejskiej	98
Rozdział IV.	UMIERALNOŚĆ I TRWANIE ŻYCIA	102
	4.1. Umieralność ogółem	102
	4.2. Umieralność według płci i wieku	105
	4.3. Umieralność niemowląt	108
	4.4. Trwanie życia	111
	4.5. Porównania międzynarodowe.....	112
Rozdział V.	MIGRACJE ZAGRANICZNE	118
	5.1. Uwagi wstępne	118
	5.2. Ruch graniczny	118
	5.3. Emigracja i imigracja na stałe	121
	5.4. Zróżnicowanie terytorialne wyjazdów i przyjazdów na stałe	125

5.5.	Uchodźcy	128
5.6.	Repatrianci	131
5.7.	Imigracja zarobkowa	133
5.8.	Emigracja zarobkowa	136
5.9.	Podsumowanie	139
Rozdział VI.	PRZESTRZENNE ZRÓŻNICOWANIE PROCESÓW DEMOGRAFICZNYCH	142
6.1.	Liczba ludności	142
6.2.	Gęstość zaludnienia kraju	144
6.3.	Przyrost i ubytek rzeczywisty ludności	144
6.4.	Małżeństwa	146
6.5.	Urodzenia	147
6.6.	Umieralność niemowląt	148
6.7.	Przyrost i ubytek naturalny ludności	149
6.8.	Struktura ludności według płci i wieku	151
6.9.	Migracje	153
6.9.1.	Migracje wewnętrzne	153
6.9.2.	Migracje zagraniczne	156
6.9.3.	Saldo migracji ogółem	158
6.9.4.	Migracje międzywojewódzkie i wewnątrzwojewódzkie	159
Rozdział VII.	WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE LUDNOŚCI	168
7.1.	Choroby układu krążenia	168
7.1.1.	Sytuacja epidemiologiczna	168
7.1.2.	Rozpowszechnienie czynników ryzyka	170
7.1.3.	Realizacja zasad prewencji chorób układu krążenia na poziomie populacji	176
7.1.4.	Samocena stanu zdrowia	177
7.1.5.	Chorobowość	177
7.2.	Choroby nowotworowe	194
7.3.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	193
7.3.1.	Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej	193
7.3.2.	Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej	197
7.4.	Choroby zakaźne	201
7.5.	Uzależnienia	205
7.5.1.	Narkomania	205
7.5.2.	Alkoholizm	213
7.5.3.	Nikotynizm	217
7.6.	Następstwa wypadków drogowych	219
7.7.	Wypadki przy pracy	224
7.8.	Samobójstwa	230
7.9.	Stan zdrowia wybranych grup ludności	232
7.9.1.	Zdrowie kobiet	232
7.9.2.	Stan zdrowia dzieci i młodzieży	252
7.9.3.	Stan zdrowia osób niepełnosprawnych	271
7.10.	Stan zdrowia ludności w 2004 r.	279
7.10.1.	Stan zdrowia dzieci	279
7.10.2.	Stan zdrowia dorosłych Polaków	282
	SPIS TABLIC	291
	SPIS WYKRESÓW	296
	SPIS RYCIN	300

WSTĘP

Rządowa Rada Ludnościowa, na podstawie Zarządzenia Nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie powołania Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej – §3 pkt 1 („1) *dokonywanie oceny sytuacji demograficznej kraju oraz opracowywanie dla Rady Ministrów okresowych (corocznych) raportów o sytuacji demograficznej kraju*”), przedkłada kolejny XXXI raport o sytuacji demograficznej w Polsce w latach 2005-2006.

Poszczególne rozdziały raportu zawierają analizy i oceny dotyczące: bilansu ludności i zmian w strukturze demograficznej mieszkańców Polski; ruchu naturalnego ludności (a więc zawierania małżeństw, rozwodów, urodzeń i płodności oraz umieralności), migracji zagranicznych i przestrzennego zróżnicowania procesów demograficznych.

Szczególne miejsce w Raporcie poświęcono wybranym problemom zdrowotnym ludności. Indywidualne stany i problemy zdrowotne składają się na ogólny obraz stanu zdrowia ludności. Analiza sytuacji w tym zakresie, nawet tylko częściowa ze względu na ograniczenia statystyczne, jest niezmiernie potrzebna. Próba takiej analizy objęła: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby psychiczne, choroby zakaźne, uzależnienia, następstwa wypadków drogowych i wypadki przy pracy. Podjęto także próbę ukazania najważniejszych problemów zdrowotnych populacji kobiet, dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych, a także ogólnej charakterystyki stanu zdrowia ludności w 2004 roku.

Wprowadzenie do Raportu zawiera zestawienie pozytywnych i negatywnych tendencji w procesach demograficznych, ze szczególnym uwzględnieniem zjawisk, które miały miejsce w 2005 roku oraz wstępnie oszacowanych za rok 2006; syntetyczne ustalenia z poszczególnych części merytorycznych raportu oraz rekomendacje do właściwych ministrów odpowiedzialnych za działy, wskazujące działania, jakie należy podjąć w celu poprawy sytuacji zdrowotnej. Autorami Raportu są wybitni eksperci z zakresu demografii, polityki społecznej i zdrowia. Raport został opracowany pod kierunkiem Przewodniczącego Rady dr. hab. prof. SGH Z. Strzeleckiego. Raport jest dostępny w formie elektronicznej pod adresem www.stat.gov.pl/bip/rrl. Korzystających z Raportu prosimy o przekazywanie uwag do Sekretariatu Rządowej Rady Ludnościowej, które pozwolą na doskonalenie kolejnych jego edycji.

*Dr hab. Zbigniew Strzelecki prof. SGH
Przewodniczący
Rządowej Rady Ludnościowej*

WPROWADZENIE I REKOMENDACJE

WPROWADZENIE

Tendencje ogólne

Szacuje się, że na koniec 2006 r. liczba ludności Polski wynosiła 38 122 tys. osób, co oznacza, że rok 2006 był ósmym z kolei rokiem rzeczywistego ubytku liczby mieszkańców Polski.

Wyniósł on jak się ocenia 35 tys. osób głównie w wyniku ubytku w związku z migracjami zagranicznymi (saldo wyniosło ok. minus 40 tys. osób). Na stałe wyjechało za granicę, jak się ocenia, ok. 51 tys. osób, tj. dwukrotnie więcej niż średnio w latach poprzednich, a zamieszkało na stałe w Polsce ok. 11 tys. przybywających z zagranicy. Skalę ubytku migracyjnego tylko w niewielkim stopniu zmniejszył, pierwszy po czterech latach, niewielki przyrost naturalny (prawie 6 tys.). Pamiętać jednocześnie należy, że W *Narodowym Spisie Powszechnym 2002* ustalono liczbę mieszkańców Polski na 38.230 tys. osób, co oznaczało liczbę mniejszą o ponad 402 tys. od szacunku bilansowego. Świadczy to o głębszym ubytku rzeczywistym liczby ludności, aniżeli do niedawna wynikało z szacunków bieżących, dla których podstawą były wyniki *NSP 1988 r.* i bieżąca statystyka. Do końca 2002 roku liczba mieszkańców zmniejszyła się o dalsze 11 tys. osób. Rok 2003 przyniósł dalszy spadek zaludnienia Polski o 28 tys. mieszkańców, a 2004 r. o kolejne 16,8 tysięcy, 2005 r. – o identyczną liczbę (16,8 tys.). Z informacji za rok 2006 wynika więc, że zaczyna przybierać na sile zmniejszanie się liczebności mieszkańców Polski związane z wyjazdami Polaków za granicę, których skali dotychczas nie udało się oszacować i częściowo znajduje to odzwierciedlenie w statystyce wyjazdów na stałe.

Z analizy prezentowanej w raporcie wynikają zarówno pozytywne jak i negatywne tendencje w składnikach decydujących o kierunku rozwoju demograficznego Polski. Tendencje te mają długi i krótki okres trwania.

Do *pozytywnych* tendencji należy zaliczyć:

- stały wzrost poziomu wykształcenia ludności; w 2002 r. 9,9% ludności w wieku 13 lat i więcej posiadało wyższe wykształcenie i cały czas wskaźnik ten wzrasta. W 2005 r. wzrósł on do 14,2%;
- dwa lata z rzędu wzrasta liczba zawieranych małżeństw. W 2005 r. było to o 15,1 tys. więcej niż w roku 2004 (wzrost o 7,9%), a w 2006 r. o 19,1 tys. więcej niż w roku 2005 (tj. o 9,2% więcej). Należy oczekiwać, że być może tendencja ta utrzyma się przez kilka lat i przełoży się w pewnym stopniu na wzrost urodzeń w najbliższych latach. Podkreślić również trzeba, że nie jest zagrożona, jak na razie, instytucja małżeństwa w Polsce. Wynika to z faktu, że zdecydowana większość zawieranych małżeństw to związki wyznaniowe, oraz z tego, że w dalszym ciągu wzrasta jednorodność cech partnerów zawierających małżeństwa. Powinno to być przesłanką silniejszych więzi w tych związkach i ich trwałości;
- ustabilizowanie się odsetka małżeństw pierwszych (ok. 87%);
- utrzymujący się w dalszym ciągu istotny spadek skłonności do zawierania związków małżeńskich przez nastolatków oraz zmniejszanie się ich udziału wśród nowożeńców;
- przesuwanie się rozpadu małżeństw na coraz późniejszy wiek i coraz dłuższy okres życia małżeńskiego, co oznacza zmniejszenie skali konsekwencji dla dzieci najmłodszych i w wieku przedszkolnym. Rok 2005 przyniósł też dalsze zmniejszenie udziału dzieci w tym wieku wśród ogółu dzieci z rozwodzących się małżeństw;

- kontynuacja spadkowego trendu umieralności w większości roczników ludności. W ostatnich 15 latach ogólny standaryzowany (strukturą ludności z 2000 r.) współczynnik zgonów zmniejszył o ponad 23%. Przyczyniło się do tego przede wszystkim obniżenie natężenia zgonów wywołanych najgroźniejszymi chorobami, czyli chorobami układu krążenia oraz działaniem przyczyn zewnętrznych. W latach 1990-2005 standaryzowane współczynniki zgonów z powodu tych przyczyn zmniejszyły się, odpowiednio, z 604,3 zgonów na 100 tys. ludności do 392,5 oraz z 83,6 do 63,2 zgonów na 100 tys. ludności. Skutkiem tego jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia mieszkańców Polski oraz zmniejszanie dystansu, jaki dzieli Polskę w tym zakresie od pozostałych krajów Unii Europejskiej. Wyniosło ono w 2005 r. dla noworodka, chłopca 70,81 lat, a dziewczynki 79,4 lat. Jednakże, to trwanie życia jest przeciętnie o 7-8 lat dla mężczyzn i o 3-4 lata dla kobiet krótsze w porównaniu z mieszkańcami najlepszych pod tym względem krajów. Polska wyróżnia się pod tym względem pozytywnie w grupie krajów naszego regionu, które ostatnio cechuje rosnąca umieralność;
- 60. rok obniżania się umieralności niemowląt, choć jej poziom (6 ‰ w 2006 r.) jest jeszcze około dwukrotnie wyższy niż w większości krajów zachodnich. Polska jest drugim po Czechach krajem naszego regionu, który ma najpoważniejsze osiągnięcia w walce z tym rodzajem umieralności;
- subiektywny stan zdrowia Polaków wyraźnie się poprawił. Poprawa dotyczyła wszystkich grup wieku, zarówno kobiet jak i mężczyzn oraz wszystkich regionów kraju;
- nastąpiły pozytywne zmiany w zachowaniach prozdrowotnych osób dorosłych. Dotyczyło to zwłaszcza ograniczenia palenia tytoniu przez mężczyzn i większej dbałości kobiet o utrzymanie prawidłowej wagi ciała (bez nadwagi);
- sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce ogólnie można ocenić jako korzystną. Udział umieralności z powodu tych chorób utrzymuje się w ostatnich latach w granicach 0,6-0,7 procenta;
- od 2000 r., pomimo dynamicznego wzrostu liczby pojazdów, o 20% zmniejszyła się liczba wypadków drogowych i w podobnej skali liczba zabitych i rannych w tych wypadkach;
- następują stopniowe, pozytywne zmiany w stanie bezpieczeństwa pracy w polskich przedsiębiorstwach oraz w rolnictwie indywidualnym;
- pojawianie się symptomów nadziei na odwrócenie malejącej przez poprzednie kilkadziesiąt lat mobilności przestrzennej ludności. Jej poziom jest bardzo niski i ściśle związany z sytuacją społeczno-gospodarczą kraju. Tak niski poziom przemieszczeń ludności nie cechuje społeczeństw zachodnich.

Do tendencji **negatywnych** w rozwoju demograficznym Polski należy zaliczyć:

- pogłębiającą się już ósmy rok depopulację w rozwoju Polski. Zapoczątkowany w 1998 r. ubytek liczby mieszkańców trwa, a jego tempo się nasila. Dzieje się tak w wyniku wciąż wyższej emigracji ludności nad jej imigracją do Polski, co w 2006 r. przybrało na sile. Nie niweluje tego ubytku wielkość przyrostu naturalnego, który w latach 2002-2005 był nawet ujemny, a 2006 r. przyniósł przyrost w wysokości 6,0 tys. osób;
- od 1989 r. utrwalający się w Polsce proces zawężonej zastępowalności pokoleń. Przy czym w miastach rozpoczął się on już w 1963 r., a na wsi, z opóźnieniem jednego pokolenia, ale już w latach transformacji (1995 r.). W 2005 r. zastępowalność pokoleń była niższa o ponad 40% od niezbędnej, aby pokolenie rodziców było równo licznie zastąpione pokoleniem dzieci (współczynnik zastępowalności pokoleń wyniósł w 2005 r. 0,599 i obniżył się w porównaniu z 2000 r. o 8,3%). Wskaźniki w tym zakresie kształtują się w Polsce na najniższym poziomie wśród krajów UE. Oznacza to poważne zmiany w kierunku przyspieszenia starzenia się ludności i nasilenie się konsekwencji społeczno-ekonomicznych wynikających z dużego przyrostu liczby ludzi w starszym wieku;

- kontynuowanie fazy odwracania tendencji urbanizacyjnych, gdyż dalej ubywa mieszkańców w miastach, a wzrasta ich liczba na wsi;
- przyśpieszenie procesu starzenia się ludności oraz zasobów pracy. Liczba osób w wieku emerytalnym wzrosła w 2006 r. w porównaniu do 1988 r. o ok. 1,3 mln i stanowi 15,8% ogółu populacji (12,4% w 1988 r.). Jednocześnie ponad milionowa jest liczebność seniorów (osoby 80-letnie i starsze), co już jest zjawiskiem znaczącym dla systemu opieki zdrowotnej, społecznej oraz struktury usług i zaopatrzenia;
- kolejny rok potwierdzają się zaobserwowane w 2002 r. symptomy do zmiany stabilizującej się od ponad 20 lat proporcji w liczbie kobiet i mężczyzn w skali kraju. Może to oznaczać, że prawdopodobnie może to być początek fazy powrotu do wzrostu skali feminizacji społeczeństwa (szczególnie w miastach);
- w dalszym ciągu trwa proces „starzenia się” partnerów zawierających małżeństwa, co jest związane z odkładaniem zakładania rodziny na nieco późniejszy okres życia nowożeńców, w związku m.in. z wydłużaniem nauki, ograniczeniami i trudnościami na rynku pracy dla ludzi młodych, ograniczonymi możliwościami nabycia przez nich mieszkań itp. Jednak pozytywnym tego przejawem jest mniejsze zaawansowanie tego procesu niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej;
- odwrócenie w 1993 r. spadkowej tendencji natężenia rozwodów z pierwszego okresu transformacji i jego nasilanie się od 1994 roku. Od 2002 roku tempo wzrostu liczby rozwodów zdecydowanie wzrasta i w 2006 r. rozwiodło się 73,0 tys. małżeństw, co oznacza przyrost o 5,1 tys. w porównaniu z rokiem poprzednim. Skalę problemu charakteryzuje następująca relacja z 2005 r.: na 1000 nowo zawartych małżeństw 327 rozwiodło się. Jeszcze w 1993 r. relacja ta wyniosła 134, a w 2000 r. 202,5. Wysoką dynamikę rozwodów w ostatnich kilku latach należy wiązać bez wątpienia z nową ustawą o zasadach przyznawania zasiłków rodzinnych obowiązującą od 1 maja 2004 r., różnicującą znacznie wysokość zasiłków na korzyść rodzin z jednym z rodziców. Wzrasta jednocześnie skala problemu nieletnich dzieci w rozwodzących się małżeństwach. Już 89 dzieci na 10 tys. w wieku poniżej 18 lat jest dotkniętych rozwodem rodziców (w 1989 r., – 44 co oznacza wzrost ponad dwukrotny);
- utrwalający się już od wielu lat niski poziom rozrodzności, związany do 1990 r. głównie z niekorzystnymi zmianami w strukturze wieku rozrodczego kobiet, a w kolejnych latach ze znaczącym spadkiem poziomu płodności kobiet. Sytuację w tym zakresie należy już uznać za krytyczną;
- dalsze „starzenie się” matek rodzących pierwsze dziecko, co w konsekwencji pogłębia spadek dzietności kobiet;
- rosący udział urodzeń pozamałżeńskich, który w 2005 r. wyniósł 18,5% ogółu urodzeń żywych. Udział ten w stosunku do 1989 r. zwiększył się o 21,9% (w miastach o 19,5%, a na wsi o 25,4%);
- brak istotnego postępu w obniżaniu poziomu umieralności ludności dorosłej, której przyczyną tkwią w czynnikach pozademograficznych; systematyczny wzrost udziału zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi (stanowią one już przyczynę co czwartego zgonu);
- dalszy ubytek (ostatnio nasilający się), tak jak niemal przez cały okres powojenny, liczby mieszkańców w wyniku przewagi emigracji nad imigracją.

Ze względu na szeroko zaprezentowaną w niniejszym raporcie problematykę stanu zdrowia ludności zwraca uwagę kilka niepokojących ocen:

1. Stan zdrowia populacji polskiej charakteryzuje się bardzo niekorzystnym profilem czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i ich niedostateczną kontrolą. Dotyczy

- to zwłaszcza klasycznych czynników ryzyka: palenia, nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii. Wyżej wymienione czynniki ryzyka występują u 30-60% populacji polskiej, co rzutuje na wysoką chorobowość i umieralność spowodowaną chorobami układu krążenia w naszym kraju.
2. Na początku XXI wieku zachorowania i zgony z powodu nowotworów złośliwych są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce – ponad 20% zgonów jest następstwem choroby nowotworowej.
 3. W lecznictwie ambulatoryjnym nastąpił wzrost wskaźników wszystkich kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.
 4. Problem niepłodności dotyczy około 15% par, a czynnik żeński odpowiada za około 50-60% przypadków niepłodności.
 5. Zachorowalność na raka szyjki macicy i częstość zgonów z tego powodu są w Polsce bardzo wysokie w porównaniu z innymi krajami UE. Nie ma programów pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy ukierunkowanych na eliminację czynników ryzyka: wczesnego rozpoczynania współżycia seksualnego, liczby partnerów, chorób przenoszonych drogą płciową.
 6. Około 50% zarodków i 15% rozpoznanych ciąż ulega poronieniu. Duża część tych strat jest uwarunkowana genetycznie, części prawdopodobnie można zapobiec.
 7. Wzrasta zapotrzebowanie społeczne na opiekę profilaktyczno-leczniczą w grupie pacjentek w wieku pomenopauzalnym. Procedury medyczne dotyczące tej opieki nie są kontraktowane przez NFZ.
 8. Urazy i przemoc stanowią główną przyczynę zgonów dzieci niekorzystnie wyróżniając nasz kraj wśród innych państw Unii Europejskiej.
 9. Wzrasta skala niepełnosprawności w Polsce oraz pogarsza się stan zdrowia osób niepełnosprawnych w porównaniu do osób pełnosprawnych.

W świetle powyższych tendencji brak jest podstaw do odrzucenia twierdzenia, iż jeśli utrwać się będą te niekorzystne tendencje rozwoju demograficznego Polski, to przez kolejne lata postępować będzie ubytek liczby mieszkańców Polski do 35,7 mln w 2030 r., co potwierdzają także eksperci ONZ i UE. Pogarszać się również będzie jej struktura ilościowa i jakościowa. Wiązać się to będzie z potrzebą zasadniczych przewartościowań w polityce ekonomicznej i społecznej.

Bilans ludności

Ludność Polski liczyła w dniu 31 XII 2006 roku 38 122 tys. osób, a w analogicznym momencie 2005 r. 38 157,1 tys. osób, co oznacza, że stan zaludnienia w tym czasie zmniejszył się o ok. 35 tys. osób. Z kolei spadek ten w 2005 r. wyniósł o połowę mniej (w stosunku do tego samego momentu 2004 roku liczba ludności zmniejszyła się o 16,8 tys. osób).

Zapoczątkowany w 1999 r. ubytek stanu liczebnego ludności trwa nadal. Rok 2005 jest zatem siódmym, a rok 2006 – ósmym kolejnym rokiem, w którym zaludnienie naszego kraju się zmniejszyło.

Na ubytek rzeczywisty ludności w 2005 r. złożył się ubytek naturalny ludności w liczbie 3,9 tys. i ujemne saldo migracji zagranicznych na pobyt stały wynoszące 12,9 tys. osób. W roku 2006 wielkości te ukształtowały się następująco: po czterech latach odnotowano przyrost naturalny w wysokości 6 tys. osób i ujemne saldo stałych migracji zagranicznych w wysokości ok. 40 tys. osób, które podwoiło się w stosunku do średniego z lat poprzednich.

Przedstawione składniki ubytku rzeczywistego ludności w Polsce inaczej się kształtowały w mieście i na wsi. W miastach zmniejszenie się w 2005 r. liczby mieszkańców było wynikiem zarówno ubytku migracyjnego – wewnętrznego i zagranicznego – jak i ubytku na-

turalnego ludności. Na wsi, odwrotnie, nie notowano ubytku ludności, lecz jej wzrost. Na przyrost ten złożyły się: znaczące, dodatnie saldo migracji wewnętrznych i niezbyt wysoki przyrost naturalny ludności, których wartości pomniejszyło ujemne saldo migracji zagranicznych.

Relacje liczebne mężczyzn i kobiet mierzone współczynnikiem feminizacji pozostawały w połowie 2006 roku prawie na tym samym poziomie co i w 2004 roku. Na 100 mężczyzn przypadło tu 106,7 i 106,8 kobiet, przy czym w miastach występowała zdecydowana przewaga liczebna kobiet, na wsi zaś można mówić o równowadze liczebnej płci.

W 2005 r. i 2006 r. wystąpiły także zmiany w strukturze ludności według wieku. W stosunku do 2004 r. zanotowano bowiem dalszy spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i wzrostu populacji w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym, co świadczy o kontynuacji procesu starzenia demograficznego ludności w naszym kraju. Należy nadmienić, że w ścisłym związku z procesem starzenia się ogółu ludności pozostaje starzenie się ludności w wieku produkcyjnym. Proces ten oznacza, że wśród ludności w wieku produkcyjnym zwiększa się udział względny roczników w starszym wieku, czyli w wieku niemobilnym, maleje zaś udział populacji w młodszym wieku, czyli w wieku mobilnym. Zjawisko starzenia się ludności w wieku produkcyjnym występuje w Polsce od kilkunastu już lat.

Małżeństwa i rozwody

Z niepokojem oczekiwano wzrostu liczby zawieranych związków małżeńskich. Przyniósł go rok 2003 do poziomu 195,4 tys. Związane z tym nadzieje na odwrócenie negatywnych trendów małżeństw nie okazały się chwilowym zdarzeniem demograficznym. Chociaż w 2004 r. zawarto w kraju tylko 191,8 tys. związków, tj. o 3,6 tys. mniej niż w roku 2003 (w tym o 2,3 tys. mniej w miastach oraz o 1,3 tys. mniej na wsi); w wyrażeniu względnym oznaczało to redukcję liczby zawartych związków o 1,85% w kraju ogółem, w tym o 1,94% w miastach i o 1,73% na wsi. Jednakże już kolejny 2005 r. przyniósł zauważalny wzrost liczby nowych par małżeńskich do 206,9 tys. w kraju ogółem (w tym do 125,6 tys. w miastach i 81,3 tys. na wsi). W wyrażeniu względnym jest to równoznaczne ze wzrostem o 7,9% w stosunku do roku poprzedniego; dynamika ta w miastach i na wsi nie różniła się. Rok 2006 przyniósł kolejny wzrost liczby zawartych małżeństw o ok. 19 tys. w stosunku do roku poprzedniego. Należy przypuszczać, że ta faza wzrostu zawieranych małżeństw ma związek z zawieraniem małżeństw, które były odkładane przez młodych na nieco późniejszy okres.

Zdecydowaną większość zawieranych w Polsce małżeństw stanowią związki wyznaniowe. W 2005 r. ich udział wśród ogółu zawartych małżeństw w skali całego kraju wynosił 71,2%, w tym 66,4% w miastach i 78,5% na wsi. Do 2004 r. poziom analizowanego odsetka systematycznie rósł; w 2005 roku zanotowano natomiast minimalny spadek jego wielkości. Rok 2006 przyniósł dalsze obniżenie tego wskaźnika do poziomu ok. 70%.

Trendy w liczbie zawieranych małżeństw oraz zmiany postaw i zachowań matrymonialnych w Polsce są zbieżne ze zmianami notowanymi od kilkadziesiąt lat w krajach Europy Zachodniej i Północnej. Zawierają one w sobie oznaki przeobrażeń określanych mianem drugiego przejścia demograficznego. W sferze ewolucji we wzorcu zawierania małżeństw widocznymi oznakami transformacji są – obok wspomnianego spadku liczby zawieranych związków formalnych – wzrost wieku nowożeńców w momencie zawierania pierwszego małżeństwa, wzrost liczby przed i pozamałżeńskich konkubinatów, wzrost liczby rozwodów i ich przyspieszenie oraz spadek udziału małżeństw powtórných w ogólnej liczbie związków. Większość z wymienionych oznak transformacji występuje również w Polsce; do nich należy m.in. spadek liczby zawieranych związków na skutek znaczącego zmniejszania skłonności do przechodzenia ze stanu „wolny” do stanu „zameżna” czy „żonaty” oraz odkładanie w czasie decyzji o takim przejściu. Tym, co różni polskie społeczeństwo od społeczeństw Europy Za-

chodniej i Północnej, jest fakt, że o ile w krajach rozwiniętych systematyczne zmniejszanie się liczby zawieranych małżeństw było powodowane głównie wzrostem liczby przedmażeńskich związków nieformalnych wśród osób w wieku 20-29 lat lub rezygnacją z małżeństwa w ogóle, o tyle w Polsce brakuje wystarczających przesłanek do stwierdzenia podobnego zjawiska. W odróżnieniu od innych krajów, w naszym społeczeństwie od lat nie notuje się wzrostu udziału związków powtórnych w ogólnej liczbie zawieranych małżeństw; są również przesłanki do twierdzenia, że dynamika wzrostu liczby związków nieformalnych jest znacznie słabsza niż w innych krajach.

Z danych Narodowego Spisu Ludności z 2002 r. wynika jednoznacznie, że model związków bez ślubu w polskiej rzeczywistości występuje nieporównywalnie rzadziej niż w innych częściach Europy. W ostatnim spisie powszechnym zanotowano 197,4 tys. związków nieformalnych, co w stosunku do ogółu istniejących małżeństw stanowiło zaledwie 1,9%, w tym 2,4% w miastach oraz 1,3% na wsi. Struktura wieku osób tworzących związki partnerskie daje podstawę do hipotezy, że związki te w naszym kraju są w równej mierze traktowane jako forma współżycia przez ludzi młodych, jak i – uznawane za stosowną formę pozostawania z partnerem lub też z partnerem i dziećmi po okresie nieudanego wcześniejszego związku – przez pokolenie średnie i starsze. Zatem można sądzić, że – jak dotąd – związki konkubenckie w Polsce nie stanowią alternatywy dla małżeństw formalnych.

Dane liczbowe i trendy potwierdzają jednoznacznie fakt istotnej ewolucji we wzorcu zawierania małżeństw przez osoby w wieku 20-29 lat. Biorąc pod uwagę, że jest to okres w życiu młodych, w którym podejmuje się najczęściej decyzje rodzicielskie, można bez trudu przewidzieć wpływ notowanych zmian na przyszłą liczbę urodzeń.

Notowane trendy w sferze tworzenia i rozpadu małżeństw pobudzają do refleksji nad przyczynami i skutkami przemian zachodzących w procesie formowania rodzin, w szczególności, jeśli uwzględnić fakt, że na przełomie stuleci w wieku matrymonialnym, którego charakterystyczną cechą była dotychczas najwyższa skłonność do zawierania małżeństw, były i pozostają liczne roczniki osób urodzonych w drugiej połowie lat siedemdziesiątych oraz na początku lat osiemdziesiątych.

Wśród czynników demograficznych, coraz wyraźniej warunkujących notowane zmiany w liczbie zawieranych małżeństw, na pierwszym planie znajduje się istotne obniżanie intensywności zawierania związków przez osoby w grupie wieku 20-29 lat, w której przez lata natężenie to było najwyższe. Notowane zjawisko wynika po części z opóźniania decyzji o zawarciu małżeństwa m.in. z powodu rosnącej skłonności młodych do pozostawania w związkach nieformalnych, a po części – z faktu rezygnacji z życia w małżeństwie w ogóle. Wskazują na to m.in. zmiany struktury ludności według wieku i stanu cywilnego, zanotowane w okresie międzypisowym 1988-2002. Przy niemal niezmiennym udziale osób rozwiedzionych oraz owdowiałych wśród ogółu ludności w obu latach spisowych istotne różnice występują w odsetkach kawalerów i panien oraz osób pozostających w związkach małżeńskich i partnerskich. Wyraźny wzrost udziału osób w stanie wolnym idzie w parze ze znaczącym spadkiem odsetka małżonków i partnerów.

Obok czynników demograficznych znaczący wpływ na notowane zmiany wywierają różnorodne czynniki społeczno-demograficzne, kulturowe i inne. Od kilku lat szczególne znaczenie ma wśród nich wydłużający się okres nauki szkolnej i brak miejsc pracy, adekwatnych do umiejętności i potrzeb licznej rzeszy absolwentów szkół średnich i wyższych uczelni, poszukujących pracy. Wiele osób z młodego pokolenia, stając przed koniecznością pełnienia różnorodnych ról życiowych, wstrzymuje się z decyzją o zawarciu małżeństwa, zanim nie podejmie pracy. Wymagania dyspozycyjności w miejscu pracy oraz wydłużony czas pracy zarobkowej, stające w kolizji z życiem rodzinnym, zniechęcają do zakładania wspólnoty małżeńskiej. Brak własnego mieszkania i wystarczających środków materialnych zapewniających rodzinie godziwe warunki rozwoju, prowadzi do przekonania, że nie warto jej zakładać. Zna-

cząca część dorastającego społeczeństwa, koncentrując się na nieustannym zdobywaniu środków materialnych, dostrzega w rodzinie i dziecku zagrożenie dla osobistego rozwoju oraz osiągnięcia życiowego sukcesu, coraz częściej wyrażającego się w postawie „mieć”, a nie „być”.

W rozważaniach na temat przyczyn negatywnych trendów liczby zawieranych małżeństw nie sposób pominąć istotnego czynnika warunkującego notowane zmiany, jakim jest emigracja młodego pokolenia za granicę. Trudno określić dokładną liczbę osób opuszczających kraj, ale jest wśród nich liczna grupa młodych, którzy poza Polską poszukują szans na lepsze życie. W ich mniemaniu rodzimy kraj nie jest w stanie zapewnić im oczekiwanych warunków życia.

Ważnym elementem zmian we wzorcu funkcjonowania małżeństw jest liczba rozwodów i separacji.

Bardzo niepokojący jest nienotowany do tej pory gwałtowny wzrost liczby rozwodów i separacji. O ile w latach 2000-2003 liczba orzekanych rozwodów rosła z roku na rok średnio o 7,1%, o tyle w trzech ostatnich latach (2003-2005) średnioroczny wzrost wyniósł 17,9%. A już w 2006 r. rozwiodło się ok. 73 tys. małżeństw, co oznacza wzrost o 5,1 tys. w porównaniu z 2005 rokiem. Podobny kierunek i tempo zmian jest notowane w odniesieniu do separacji. Przy jej ustanawianiu w znowelizowanym *Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym* w grudniu 1999 r. przyjęto założenie, że separacja będzie stanowić alternatywną dla rozwodu formę rozwiązywania wszystkich cywilnoprawnych więzi między małżonkami, jaką niesie za sobą rozwód. Wobec powyższego założenia, można byłoby oczekiwać, że wzrost liczby separacji będzie szedł w parze ze spadkiem liczby rozwodów.

Tymczasem, rosnącej liczbie separacji towarzyszy wyraźny wzrost liczby rozwodów. Tempo notowanego wzrostu separacji jest wprawdzie nieco słabsze niż dynamika wzrostu liczby rozwodów, ale obie liczby rosną jednocześnie. Wobec 5891 separacji orzeczonych w 2004 r., w rok później ich liczba zwiększyła się do 11600; w wyrażeniu względnym oznaczało to wzrost o 96,7% w stosunku do 2004 roku oraz wzrost ponad 7 i półkrotny w relacji do roku 2000, w którym ustanowiono separacje. W latach 2000-2003 z roku na rok liczba separacji rosła średnio o 31,2%, natomiast w okresie trzech ostatnich lat (2003-2005) zanotowano ponad trzykrotne zwiększenie rocznego tempa wzrostu do 95,8%. Rok 2006 przyniósł znaczne ograniczenie tego zjawiska – do ok. 8 tysięcy.

Systematyczne zmniejszanie się do 2004 r. liczby nowo zawieranych związków, idące w parze ze wzrostem liczby małżeństw rozpadających się, prowadzi w konsekwencji do postępującego ubytku istniejących par małżeńskich. W roku 2005 liczba związków rozwiązanych przekroczyła o 24,5 tys. liczbę związków nowo zawartych. Ujemne saldo było wypadkową ubytku par małżeńskich w miastach o 35,6 tys. oraz przyrostu na wsi o 11,2 tys.

Bilans związków nowo zawartych i rozwiązanych nie pozostaje bez wpływu na prawidłowy rozwój demograficzny kraju, zwłaszcza w sytuacji, gdy 81,5% ogółu dzieci rodzi się w małżeństwach. Systematyczny spadek liczby nowych związków w kolejnych latach i ubytek małżeństw istniejących wpływają na zmniejszanie się liczby rodzin z dziećmi i obojgiem rodziców w ich składzie, przy jednoczesnym wzroście liczby rodzin niepełnych. Świadczą o tym dobitnie zarówno dane spisów powszechnych z lat 1988 i 2002, jak i liczbowe dane o żywo urodzonych dzieciach przez panny oraz kobiety owdowiałe i rozwiedzione. W okresie międzypisowym liczba rodzin pełnych i niepełnych z dziećmi zmniejszyła się o 2,1%; spadek ten był spowodowany redukcją o 6,7% liczby rodzin z dziećmi i obojgiem rodziców oraz wzrostem rodzin niepełnych z dziećmi o 25%.

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje na poważne konsekwencje rozpadu rodzin dla małoletnich dzieci. Niedojrzali rodzice „walczą” o dziecko w sądach, uniemożliwiają kontakty z dzieckiem rozwiedzionemu rodzicowi mimo przyznania mu przez sąd prawa do takich kontaktów, zniechęcają dziecko do spotkań. W walce o dziecko zwykle przegrywa ojciec,

choćby z tego względu, że w 64% sąd powierza władzę rodzicielską matce, tylko w 3% – ojcu, a w 31% – obojgu rodzicom.

Reasumując, sytuacja w sferze tworzenia i rozwoju rodzin w ostatnich latach nie daje podstaw do optymizmu. Notowane trendy będą skutkować w niekorzystnych zmianach struktury ludności według wieku, stanu cywilnego i stanu rodzinnego. Warto o tym nie tylko myśleć, ale również próbować formułować i wdrażać odpowiednie działania w sferze polityki ludnościowej, mające na celu minimalizowanie negatywnych skutków obecnych przemian demograficznych w kolejnych dziesięcioleciach.

Urodzenia i płodność

Istotną cechą charakterystyczną przemian demograficznych w Polsce w okresie transformacji jest spadek płodności i dzietności kobiet. W roku 2005 nadal obserwujemy w Polsce utrwalanie się tych zmian, chociaż wystąpiły minimalne oznaki związane ze wzrostem natężenia urodzeń w starszych grupach wieku, szczególnie w grupie 30-34 lata. Konsekwencją utrwalających się zmian wzorca płodności jest stabilizacja wartości współczynnika dzietności jako syntetycznej miary zastępowalności pokoleń na poziomie około 1,2 dziecka na kobietę.

W latach 1989-2005 współczynnik dzietności obniżył się dla Polski z poziomu 2,1 do 1,2, w miastach z poziomu 1,8 do 1,1, a na wsi – z 2,5 do 1,4. W okresie transformacji obserwuje się powolny, ale systematyczny wzrost przeciętnego wieku kobiet rodzących dzieci. W roku 2005 przeciętny wiek kobiet, które urodziły dziecko (dowolnej kolejności) wynosił 27,7 lat, zaś kobiet, które rodziły pierwsze dziecko – 25 lat. Zmiany w poziomie płodności i rodności kobiet w Polsce w latach 1989-2005 charakteryzowały się:

- obniżaniem się płodności kobiet, wynikającym głównie z dość radykalnych i głębokich zmian wzorca płodności przejawiających się w:
 - a) spadku natężenia urodzeń we wszystkich grupach wieku rozrodczego kobiet;
 - b) zróżnicowanej dynamice spadku płodności w różnych grupach wieku rozrodczego kobiet;
 - c) przesunięciu maksimum płodności kobiet z wieku 20-24 lata na wiek 25-29 lat, co może świadczyć o odkładaniu urodzeń w czasie¹. Opóźnienia te dotyczą przede wszystkim urodzeń pierwszej i drugiej kolejności;
 - d) wzroście udziału grup wieku 25-29 lat i 30-34 lata w wartości współczynnika dzietności ogólnej;
 - e) spadku natężenia urodzeń (płodności) we wszystkich kolejnościach urodzeń dzieci przez kobiety poniżej 25-tego roku życia;
- systematycznym wzrostem przeciętnego wieku kobiet rodzących dzieci;
- zmniejszeniem różnic w rozkładach cząstkowych współczynników między miastem a wsią;
- stałym systematycznym wzrostem urodzeń pozamałżeńskich (w latach 2000-2005 udział ten wzrastał prawie we wszystkich grupach wieku matek). Najwyższy udział urodzeń pozamałżeńskich występował wśród kobiet bardzo młodych;
- silnym związkiem płodności z małżenością;
- zmianami płodności kohortowej, wskazującymi na postępujący, ewolucyjny proces obniżania się płodności i spadku kohortowego współczynnika dzietności.

Należy podkreślić, że rok 2005 był drugim od 1989 roku, w którym liczba urodzeń była wyższa od roku poprzedniego.

¹ Dokładne informacje o zmianach wzorca płodności w Polsce w latach 1989-2001 wraz z oceną pomiaru efektu „tempa”, to jest odłożenia urodzeń w czasie, zamieszcza *Raport 2001 Rządowej Rady Ludnościowej*, Warszawa 2003, w rozdziale III. *Urodzenia i płodność*, ss. 48-71.

Syntetyzując charakterystykę zachowań prokreacyjnych z uwzględnieniem kolejności urodzeń, poziomu wykształcenia kobiet oraz urodzeń pozamażeńskich w Polsce w latach 2000-2005 należy podkreślić następujące istotne cechy:

1. Przemiany wzorca płodności wskazują na odkładanie urodzeń, o czym świadczy przesuwanie się maksimum płodności z klasy wieku 20-24 lata do klasy 25-29 lat.
2. Wzrost poziomu płodności kobiet po przekroczeniu 25 roku życia oznacza realizowanie odłożonych wcześniej urodzeń. Opóźnienia dotyczyły przede wszystkim urodzeń pierwszej i drugiej kolejności. Zjawisko to nie występowało w środowisku wiejskim.
3. Opóźnianie urodzeń miało znacznie większy zakres niż realizacja odroczeń.
4. Spadek płodności występował w przypadku wszystkich kolejności urodzeń dzieci przez matki poniżej 25 roku życia.
5. Zmniejszała się wielkość rodziny w wyniku ograniczania urodzeń wyższych kolejności.
6. Począwszy od 2004 roku obserwujemy wzrost poziomu dzietności związanej z niższymi kolejnościami urodzeń (pierwsze i drugie), co w konsekwencji pozwala oczekiwać spadku częstości definitywnej bezdzietności. Obniża się dzietność ujmująca poziom płodności związanej z wyższymi kolejnościami urodzeń.
7. Najwyższy poziom płodności występował wśród matek o niższym poziomie wykształcenia (zasadnicze zawodowe, podstawowe). Wzorzec płodności tych kobiet charakteryzowała najwyższa płodność w wieku 20-24 lata.
8. W populacji kobiet z wykształceniem wyższym, policealnym i średnim maksimum płodności przypada na wiek 25-29 lat, co jest w znacznej mierze związane z okresem niezbędnym dla uzyskania odpowiedniego poziomu edukacji.
9. Charakterystyczną cechą wzorca płodności kobiet z wyższym wykształceniem jest dość wysoka płodność w wieku 30-34 lata. Występuje zatem rekompensata urodzeń odłożonych w związku ze zdobywaniem wykształcenia.
10. Bardzo niskim poziomem płodności charakteryzowały się matki z wykształceniem policealnym. Można przypuszczać, że kobiety te planują kontynuację edukacji w wyższej uczelni. Jest to zatem kolejny przykład konkurencji kariery edukacyjnej i rodzinnej.
11. Matki o wyższych poziomach wykształcenia (wyższe, policealne, średnie) charakteryzowały się późniejszym macierzyństwem. Dla wszystkich rozpatrywanych tu poziomów wykształcenia zarówno średni jak i modalny wiek matek zamieszkałych w miastach był wyższy niż wśród mieszkanki wsi.
12. W przypadku niższych poziomów wykształcenia (zasadnicze zawodowe, podstawowe, niepełne podstawowe) na zwrócenie uwagi zasługuje wyższy średni wiek matek zamieszkałych na wsi niż w mieście. Niższa od średniego wieku była modalna wieku kobiet z wykształceniem niepełnym podstawowym. Płodność kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym była najwyższa, a kobiety o tym poziomie wykształcenia były najmłodszymi matkami w chwili wydawania dzieci na świat.
13. Wzorce płodności według wykształcenia syntetycznie ujęte przez średnią kolejność urodzenia dziecka wskazują na ujemne skorelowanie kolejności urodzeń z wykształceniem kobiet. Niższej płodności matek o wyższych poziomach wykształcenia (wyższe, policealne, średnie) odpowiadały niższe średnie kolejności, co mogło być symptomem odkładania urodzeń na późniejsze lata życia.
14. Wyższa średnia kolejność urodzonego dziecka współwystępowała z wyższą płodnością kobiet o wykształceniu zasadniczym zawodowym i podstawowym.
15. Można przypuszczać, że kobiety z wykształceniem niepełnym podstawowym stanowią zbiorowość niejednorodną ze względu na zachowania prokreacyjne. Na wzorzec płodności tej populacji składa się płodność kobiet młodych, które kształtują wiek najczęstszy (modalny) oraz płodność kobiet starszych, które wydawały na świat dzieci wyższych kolejności. W rezultacie średni wiek był znacznie wyższy od modalnego.

16. W latach 2000-2005 kontynuowany był wzrost udziału urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń żywych. Wzrastał on we wszystkich grupach wieku matek. Najwyższy udział urodzeń pozamałżeńskich występował wśród kobiet bardzo młodych. Odsetki te były znacznie wyższe w miastach niż na wsi.
17. Udział urodzeń pozamałżeńskich zmniejszał się przy przechodzeniu do klas wieku 20-24 i 25-29 lat, a następnie odsetek ich wzrastał.

Osiągnięty poziom współczynnika dzietności sytuuje Polskę w grupie krajów o bardzo niskiej płodności (za granicę tę uważa się wartość współczynnika dzietności równą 1,3). Jest to stan i sytuacja, którą należy uznać za niekorzystną, wręcz krytyczną. Utrzymywanie się tak niskiego współczynnika dzietności przez dłuższy okres doprowadzi (i już doprowadza) do niekorzystnych zmian i deformacji w strukturze wieku ludności Polski, co znajduje i będzie znajdować przełożenie na relacje międzypokoleniowe (międzygeneracyjne). Warto podkreślić, że zmiany w poziomie płodności w Polsce nie rozpoczęły się wraz z początkiem transformacji; jest to długotrwały proces trwający od połowy lat 50. XX wieku lub wcześniejszych. Okres transformacji radykalnie nasilił i przyspieszył te zmiany. Zmiany płodności i dzietności wpłynęły na zmianę modelu rodziny nuklearnej w Polsce w okresie ostatnich piętnastu lat. Na początku okresu transformacji była to rodzina z dominującą liczbą dzieci równą 2. Obecnie jest to model z liczbą dzieci równą 1. Należy przy tym podkreślić, iż wzrasta udział rodzin bezdzietnych.

Według raportu Eurostatu (*Population in Europe 2005: First Results. "Statistics in Focus. Population and Social Conditions" 16/2006*, Eurostat, European Communities, 2006 Table 1, s. 3, Table 2, s. 4, Table 3, s. 5), Polska w 2005 roku znajduje się w grupie dziewięciu krajów z ubytkiem naturalnym i w grupie trzech krajów Unii z ubytkiem migracyjnym. Niepokojącym zjawiskiem dla Polski jest ciągle niski poziom dzietności. Wartość współczynnika dzietności dla Polski na poziomie 1,24 plasuje Polskę na ostatnim 25. miejscu, co oznacza, że Polska posiadała najniższy współczynnik dzietności wśród krajów Unii w 2005 roku. Bardzo zbliżoną do Polski dzietność posiadają kraje: Republika Czech (1,28), Słowacja (1,25), Słowenia (1,26). Najwyższą dzietność wśród krajów Unii w roku 2005 odnotowano we: Francji (1,94), Irlandii (1,88), Danii, Finlandii i Wielkiej Brytanii (1,8). Oznacza to, że w Polsce przeciętna dzietność jest niższa o około 0,3 dziecka na kobietę w porównaniu do poziomu 25 krajów Unii (gdzie współczynnik wynosi 1,52) i niższa o około 0,7 w porównaniu do Francji.

Z obrazu Polski na tle krajów Unii Europejskiej jednoznacznie wynikają wskazania do działań w zakresie polityki ludnościowej. Obszarami tymi są m.in. wyjątkowo niska płodność i dzietność.

Mechanizm wyjaśniania przemian płodności i rodziny w Polsce, szczególnie w okresie transformacji społeczno-gospodarczej, wymaga pogłębionych specjalistycznych studiów i badań w tym obszarze.

Umieralność i trwanie życia

Dekada lat 90. dwudziestego wieku oraz pierwsze lata nowego stulecia to czas korzystnych zmian w umieralności w Polsce. W porównaniu do lat wcześniejszych nastąpiło znaczne obniżenie natężenia zgonów. Ogólny standaryzowany (strukturą ludności z 2000 r.) współczynnik zgonów zmniejszył się w latach 1990-2005 z 1137,6 zgonów na 100 tys. ludności do 873,2, tj. o ponad 23%. Przyczyniło się do tego przede wszystkim obniżenie natężenia zgonów wywołanych najgroźniejszymi chorobami, czyli chorobami układu krążenia oraz działaniem przyczyn zewnętrznych. W latach 1990-2005 standaryzowane współczynniki zgonów z powodu tych przyczyn zmniejszyły się, odpowiednio z 604,3 zgonów na 100 tys. ludności do 392,5 oraz z 83,6 do 63,2 zgonów na 100 tys. ludności.

Polska jest krajem gdzie ciągle utrzymuje się nieznacznie wyższa umieralność mieszkańców wsi niż miast. Ogólny standaryzowany strukturą ludności z 2005 r. współczynnik zgonów dla wsi przekraczał w 1990 r. o ponad 13% współczynnik dla miast. Pięć lat później dystans zmniejszył się niemal do 1%, ale z upływem czasu ponownie wzrósł i w 2005 r. współczynnik dla wsi o prawie 6% przekraczał wartość dla miast.

Efektom spadku natężenia zgonów w latach 1990-2005 jest znaczny wzrost długości życia mieszkańców Polski. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej zwiększyło się o ponad 4 lata, z 66,51 do 70,81 roku, a noworodka płci żeńskiej o prawie 4 lata, z 75,49 do 79,40 roku. Największe przyrosty nastąpiły na początku tego okresu, a z upływem czasu były one coraz mniejsze. Korzystne zmiany w długości życia mieszkańców Polski w latach 1990-2005 były przede wszystkim efektem spadku natężenia zgonów wśród niemowląt. Wpływ zmian wśród osób z innych grup wieku był mniejszy. Szczególnie w porównaniu ze zmianami wśród dzieci i młodzieży. Widoczne jest także większe znaczenie obniżenia natężenia zgonów osób w wieku produkcyjnym na zmiany długości życia w zbiorowości mężczyzn niż kobiet. Dla zmiany długości życia kobiet większe znaczenie miał spadek umieralności tych, które miały 60 lat i więcej niż kobiet w wieku produkcyjnym.

Mimo obserwowanego w ostatnich latach znacznego postępu w obniżaniu umieralności, sytuacja w Polsce w tej dziedzinie ciągle jest znacznie gorsza niż w wielu innych krajach. Przeciętny Polak ma bowiem przed sobą życie nawet o 7-8 lat krótsze niż mieszkańcy najlepszych pod tym względem krajów. W porównaniu do mężczyzn lepsza jest sytuacja statystycznej Polki, która ma przed sobą tylko o 3-4 lata krótsze życie niż mieszkanki krajów najlepszych.

Migracje zagraniczne

Od początku okresu transformacji obserwujemy nową jakość migracji zagranicznych, co jest związane z liberalizacją przepisów paszportowych oraz rozwojem ruchu bezwizowego jako m.in. efekt akcesji Polski do Unii.

W 2005 r. odnotowano prawie najwyższą od 1960 r. imigrację do Polski oraz jedną z niższych emigrację z Polski. Tym samym, saldo migracji (co prawda nadal ujemne) osiągnęło jeden z niższych poziomów. W 2005 r. wyjechało z Polski na stałe 22,2 tys. osób, co stanowi wzrost w stosunku do 2004 r. oraz 2003 r. odpowiednio o 18,0% i 7%. Przyjechało natomiast na stałe w 2005 r. – 9,4 tys. osób (spadek w stosunku do 2004 r. o 1%). Rok 2006 przyniósł dość istotny wzrost emigracji na stałe Polaków za granicę do ok. 51 tys. osób, co jest liczbą dwukrotnie wyższą niż średnio w latach poprzednich, a przybyło na stałe do Polski z zagranicy tylko nieco więcej (11 tys.) niż w latach poprzednich.

Bardzo nieznacznie, zarówno przy wyjazdach jak i przyjazdach na stałe przeważają mężczyźni. Jest to odwrotne od tendencji obserwowanej w latach 80., kiedy to zdecydowanie więcej było emigrujących na stałe kobiet. Inną charakterystyczną cechą emigracji na stałe jest zmiana struktury wieku osób. Obecnie w wyjazdach dominują osoby młode w wieku 20-24 lata, a w przyjazdach w wieku 25-29 lat.

Emigranci na stałe najczęściej wyjeżdżali do Niemiec. Ich udział w latach 2001-2003 stanowił ponad 70% oraz 67% dla 2004 r. i 55% dla 2005 r.. Na drugim miejscu, po raz pierwszy w historii emigracji, znalazła się Wielka Brytania, gdzie udział wyjazdów do tego kraju wyniósł 13,8%. Wzrost absolutny był blisko sześciokrotny. Żaden inny kraj w ostatnim dziesięcioleciu nie odnotował wzrostu wyjazdów na stałe o takiej skali. Na trzecim miejscu uplasowały się Stany Zjednoczone, które, co prawda, odnotowały absolutny wzrost wyjazdów, za to udział w wyjazdach do tego kraju zmalał od 12,7% w 2004 r. do 11,8% w 2005 roku.

Imigrację do Polski podejmowali, tak jak w latach poprzednich, głównie obywatele Niemiec, Stanów Zjednoczonych, Kanady oraz państwa byłego Związku Radzieckiego. Rola

dominująca przypada obywatelom przyjeżdżającym z Niemiec oraz Stanów Zjednoczonych, ponadto imigracja na stałe z Ukrainy drugi rok z rzędu utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie. Wśród w/w krajów jedynie dla obywateli Kanady zanotowano spadek o 5%.

W ostatnich latach wzrastała liczba wniosków (a zarazem osób ubiegających się) o nadanie statutu uchodźcy. Miniony rok był pierwszym od 9 lat, kiedy to liczba ta zmniejszyła się, co jest tendencją podobną do obserwowanej w innych krajach Unii Europejskiej. Największą grupę wnioskodawców stanowili w 2005 r. obywatele Federacji Rosyjskiej (tj. 91% ogółu), z czego zdecydowana większość deklaroowało narodowość czeczeńską.

Innym rodzajem napływu na terytorium Polski jest imigracja zarobkowa. Legalna – jeżeli pracownik posiada wizę upoważniającą do podjęcia pracy, nielegalna – jeżeli takowej nie posiada. Jak podają statystyki, 2005 r. charakteryzuje się najniższą liczbą wydanych pozwoleń od 1997 r. (zgodę otrzymało 10,3 tys. pracowników, co stanowi spadek w stosunku do roku poprzedniego o 17%). Jest to m.in. spowodowane nowymi regulacjami prawnymi wprowadzonymi po wstąpieniu Polski do UE. Blisko 50% pozwoleń na pracę wydawane jest tylko w województwie mazowieckim i w przeważającej większości dotyczą mężczyzn.

Pracownicy z Ukrainy dominują pod względem liczby udzielanych pozwoleń. Ponadto pracownicy pochodzili z Niemiec, Wietnamu oraz Rosji. Łącznie obywatele z tych krajów (wraz z Ukrainą) w 2005 r. uzyskali ponad 50% wszystkich pozwoleń.

Wśród wszystkich cudzoziemców, którzy znajdują zatrudnienie w Polsce, pracownicy legalni stanowią znikomą część. O wiele trudniej jest poddać analizie skalę nielegalnego zatrudnienia cudzoziemców, gdyż brak jest wiarygodnych danych. Szacunki wahają się od 50 do nawet 500 tys. osób. Zdecydowana większość z nich pozostaje w Polsce przez 3 miesiące, a następnie wraca do swojego kraju.

Powszechna globalizacja wpływa na procesy migracyjne. Utrzymanie podziału na migracje stałe i czasowe nie wydaje się już tak znaczące jak wcześniej. Historia pokazuje, że Polacy na trwale są uczestnikami tych ruchów. Akcesja do UE włączyła Polskę w jeszcze większym stopniu w światowy, ale przede wszystkim europejski system migracyjny. Możliwość swobodnego zatrudnienia obywateli nowej Unii napawała obawą wielu mieszkańców starej „Piętnastki”. Byli oni przekonani, że nastąpi masowy napływ obcokrajowców, co stanie się zagrożeniem i dużą konkurencją dla rodzimych pracowników.

Jednakże zarówno skala migracji zarobkowych do „starych” państw członkowskich UE po wejściu Polski do Unii nie zmieniła się drastycznie, jak i podstawowe kierunki wyjazdów pozostały podobne aczkolwiek pojawiły się nowe, wcześniej nie tak istotne.

Przestrzenne zróżnicowanie procesów demograficznych oraz migracje wewnętrzne ludności

Przeprowadzona analiza przestrzennych różnicowań wybranych elementów sytuacji demograficznej w Polsce w latach 2002-2005 (ze szczególnym uwzględnieniem 2005 r.) w zasadzie pozwala na stwierdzenie, iż zaobserwowane zjawiska i procesy są w przeważającej mierze wynikiem przemian ustrojowych, społecznych i gospodarczych dokonujących się w kraju w okresie transformacji. U podłoża tych zmian znajdują się:

- Restrukturyzacja i modernizacja potencjału gospodarczego kraju. W wyniku ww. procesów następuje w znacznym stopniu relokacja wewnętrzna głównych ośrodków wzrostu gospodarczego Polski. Najdynamiczniej rozwijają się duże centra o znaczeniu regionalnym i subregionalnym. Zmniejszają swoją rolę peryferyjnie położone obszary (w tym zwłaszcza te o dominującej funkcji rolniczej) oraz „stare” okręgi przemysłowe.
- Polaryzacja warunków bytowych ludności, w tym możliwości uzyskania i utrzymania zatrudnienia, możliwości awansu zawodowego i społecznego, prowadzi do przemieszczeń ludności (zwłaszcza grupy w wieku mobilnym) w poszukiwaniu miejsca pracy, a z czasem

także i mieszkania dla pobytu stałego. Zjawisko to osiągnęło współcześnie taką skalę, że ujawnia się obecnie już nawet w formie przemieszczeń ludności w ramach migracji rejestrowanych. Napływ ludności głównie skupia się w otoczeniu regionalnych i subregionalnych ośrodków wzrostu. Dzieje się tak ze względu na ekonomiczną barierę dostępności mieszkań oraz koszty utrzymania w największych miastach. Jednocześnie również na atrakcyjne obszary podmiejskie napływa, w poszukiwaniu wyższego standardu mieszkania i środowiska mieszkalnego, lepiej sytuowana pod względem ekonomicznym ludność z terenów wielkomiejskich.

Przemiany o charakterze cywilizacyjno-obyczajowym w pierwszej kolejności i w największej liczbie elementów składowych obejmują obszary najbardziej zurbanizowane, o najsilniejszych powiązaniach z otoczeniem, także europejskim. Elementem tych przemian jest m.in.: widoczna najwyraźniej na takich terenach zmiana modelu rodziny (od wielopokoleniowej, wielodzietnej w formie związków sformalizowanych do nuklearnej lub nawet niepełnej w związkach nieformalnych), obniżenie poziomu dzietności, wydłużenie czasu trwania życia itp., a w konsekwencji także stopniowa depopulacja i starzenie się takich społeczności lokalnych.

WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE LUDNOŚCI

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia (ChUK), spowodowane przede wszystkim miażdżycą tętnic, chorobą wieńcową czy udarem mózgu są główną przyczyną chorobowości, inwalidztwa oraz przedwczesnej umieralności w krajach rozwiniętych. W Polsce choroby układu krążenia są przyczyną 43% wszystkich zgonów mężczyzn i 54% wszystkich zgonów kobiet. Co trzeci zgon mężczyzn i co dziesiąty zgon kobiet dotyczy osób młodych i w średnim wieku (poniżej 64 roku życia). ChUK są także główną przyczyną chorobowości i hospitalizacji. Według raportu NFZ, w 2004 r. (ostatnie dostępne dane) z powodu chorób układu krążenia hospitalizowano w Polsce 987 258 osób, co stanowiło 44% wszystkich hospitalizacji. Wśród chorób układu krążenia ponad 50% hospitalizacji spowodowanych było chorobą niedokrwienną serca, z jej różnymi postaciami klinicznymi. Z powodu zawału serca hospitalizowano 127 823 osób, biorąc jednak pod uwagę, że około 20% wszystkich zawałów serca w populacji manifestuje się nagłym zgonem przedszpitalnym, należy szacować, że rzeczywista liczba zawałów serca w Polsce jest wyższa i wynosi około 160 tysięcy rocznie. Z powodu udaru mózgu hospitalizowano 78 559 osób, co stanowiło około 8% hospitalizacji z powodu ChUK.

Stan zdrowia populacji polskiej charakteryzuje się bardzo niekorzystnym profilem czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i ich niedostateczną kontrolą. Dotyczy to zwłaszcza klasycznych czynników ryzyka: palenia, nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii. Wyżej wymienione czynniki ryzyka występują u 30-60% populacji polskiej, co rzutuje na wysoką chorobowość i umieralność spowodowaną chorobami układu krążenia w naszym kraju.

Jednym z głównych celów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia POLKARD, ustanowionego przez grupę ekspertów i powołaną przez Ministra Zdrowia, jest redukcja o 40% umieralności z powodu chorób układu krążenia u osób przed 65 rokiem życia. W stosunku do kontroli czynników ryzyka postuluje się osiągnięcie indywidualnych stężeń cholesterolu w populacji poniżej 5,0 mmol/l, wartości ciśnienia krwi poniżej 140/90 mmHg oraz redukcję częstości palenia papierosów w populacji co najmniej o 1% rocznie.

Ponadto stwierdzono, że uwzględnienie w programach prewencji chorób układu krążenia wyników badań epidemiologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania sytuacji epidemiologicznej, daje większe efekty zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne niż tylko leczenie już rozwiniętych chorób.

Choroby nowotworowe

Na początku XXI wieku zachorowania i zgony z powodu nowotworów złośliwych są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce – ponad 20% zgonów jest następstwem choroby nowotworowej.

W Polsce od ponad 40 lat działa Krajowy Rejestr Nowotworów, który rejestruje prawie 90% przypadków zachorowań. W 2004 roku Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów otrzymał dla mężczyzn 62442 pierwszorazowych zgłoszeń nowotworów złośliwych, a dla kobiet 58858; z chorobą nowotworową żyło 375000 osób. W 2004 roku liczba zgonów u mężczyzn (51305 – 26,4% ogółu zgonów) znacznie przewyższyła liczbę zgonów u kobiet (38510 – 22,8% ogółu zgonów). Od początku lat 60. liczba zgonów u mężczyzn wzrosła prawie 3 razy, a u kobiet dwa razy. W latach 90. wzrost liczby zachorowań i zgonów uległ wyraźnemu zwolnieniu, przede wszystkim u mężczyzn, jednak szacunki epidemiologiczne wskazują, że liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Polsce będzie nadal rosła w najbliższych dziesięcioleciach. Ten wzrost wynika z tendencji zachodzących w polskiej populacji: zwiększenia liczby ludności po 50. roku życia i to zarówno w liczbach bezwzględnych jak i w odsetkach (20% w 1963 r. i 30% w 2004 r.), zwiększenia ekspozycji na czynniki rakotwórcze i rozpowszechnieniu zachowań sprzyjających rozwojowi raka.

Trendy czasowe umieralności z powodu chorób nowotworowych w ostatnich dziesięcioleciach są bardzo zróżnicowane w poszczególnych grupach wiekowych. O ile w najmłodszych grupach (0-19 lat) współczynniki umieralności znacząco zmniejszyły się w ciągu ostatnich 4 dekad, a u młodszych (20-44 lat) i w średnim wieku (45-64) dorosłych w ostatnim dziesięcioleciu zmniejszają się lub wykazują pierwsze tendencje zmniejszania się, to w najstarszej grupie wiekowej (po 65. roku życia) utrzymuje się stały, znaczący wzrost współczynników umieralności.

W populacji mężczyzn najczęstszym nowotworem są nowotwory złośliwe płuca stanowiące około jedną trzecią zachorowań i zgonów z powodu nowotworów. W drugiej połowie XX wieku schorzenie to zdominowało obraz nowotworów u mężczyzn (ostatnie dwie dekady przyniosły zahamowanie wzrostu dzięki zmniejszeniu częstości palenia papierosów). Schorzeniem o największej dynamice wzrostu i drugim co do częstości występowania są nowotwory jelita grubego. Trzeci po względem częstości rak żołądka jest jedyną lokalizacją u mężczyzn o trwałej tendencji spadkowej. Kolejnym schorzeniem nowotworowym u mężczyzn są nowotwory gruczołu krokowego, gdzie w ostatniej dekadzie obserwuje się przyspieszenie tempa wzrostu.

W populacji kobiet najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów jest rak piersi (od początku lat 80. nastąpiła stabilizacja umieralności, a ostatnia dekada przyniosła nawet niewielki spadek współczynników, przy stale utrzymującym się wzroście zachorowalności). Nowotwory złośliwe płuca stały się nowotworem nr 2 u kobiet. Polska charakteryzuje się stale wysoką umieralnością z powodu nowotworów szyjki macicy. Umieralność z powodu nowotworów żołądka wykazuje systematyczny spadek.

Zróżnicowanie geograficzne zagrożenia nowotworami złośliwymi ogółem od wielu lat wskazuje na wyższe zagrożenie nowotworami w zachodniej i zachodnio-północnej części Polski i niższe w południowo-wschodniej części. Wzorzec ten jest charakterystyczny dla obu płci.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania*

W lecznictwie ambulatoryjnym nastąpił wzrost wskaźników wszystkich kategorii zaburzeń. Najczęściej pacjenci leczeni byli z powodu zaburzeń nerwicowych, poalkoholowych, a w późniejszym okresie również zaburzeń afektywnych. W odniesieniu do zaburzeń porównywalnych w obu wersjach ICD najwyższy wzrost rozpowszechnienia w ciągu omawianych 15 lat wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i upośledzenia umysłowego. Struktura i dynamika rozpoznań pacjentów pierwszorazowych jest zbliżona do ogółu leczonych, przy odpowiednio niższych wskaźnikach.

W opiece ambulatoryjnej leczy się znacznie więcej mieszkańców miast niż wsi, więcej kobiet niż mężczyzn. Zróżnicowanie ze względu na miejsce zamieszkania jest silniejsze, ale w ciągu 15 lat różnica ta zmniejszyła się, pogłębiło się natomiast zróżnicowanie ze względu na płeć.

W opiece całodobowej w okresie 1990-1996 pacjenci najczęściej byli hospitalizowani z powodu psychoz schizofrenicznych i zaburzeń alkoholowych, natomiast najwyższy wzrost rozpowszechnienia wystąpił w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych oraz psychoz afektywnych. W okresie od 1998 r. do 2004 r. najczęściej hospitalizowano osoby z zaburzeniami poalkoholowymi oraz ze schizofrenią, natomiast najwyższa dynamika rozpowszechnienia wystąpiła w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych, zaburzeniach organicznych i nerwicowych.

Pacjenci pierwszorazowi, zarówno w latach 1990-1996 jak i 1998-2004, byli hospitalizowani najczęściej z powodu zaburzeń poalkoholowych i zaburzeń organicznych. W ciągu 15 lat najbardziej wzrósł wskaźnik hospitalizacji po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych oraz alkoholu.

Zróżnicowanie pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania jest nieco mniejsze niż zróżnicowanie ze względu na płeć. Dużo wyższy wskaźnik hospitalizowanych mężczyzn niż kobiet wynika z ogromnej przewagi mężczyzn leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W ciągu 15 lat różnica między rejonami zamieszkania zmniejszyła się, zwiększyło się natomiast zróżnicowanie ze względu na płeć.

Zarówno w przypadku pacjentów objętych opieką ambulatoryjną jak i całodobową, obserwuje się duże różnice terytorialne w częstości hospitalizacji i podobnie jak w lecznictwie ambulatoryjnym różnica między najwyższym a najniższym wskaźnikiem jest prawie dwukrotna.

Choroby zakaźne

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce ogólnie można ocenić jako korzystną. Udział umieralności z powodu tych chorób utrzymuje się w ostatnich latach w granicach 0,6-0,7%.

Znaczenie chorób zakaźnych w zdrowiu publicznym nie przestaje być bardzo ważne. Nadal są one jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej i nadal pociągają za sobą wysokie koszty bezpośrednie i pośrednie (szczególnie choroby i zakażenia przewlekłe). Mogą także wywoływać w społeczeństwie poczucie zagrożenia.

Szerzenie się chorób zakaźnych można ograniczyć skuteczniej niż wielu innych grup chorób, stosując zasady prewencji – odpowiedni tryb życia, przestrzeganie higieny osobistej i instytucjonalnej oraz szczepienia ochronne.

* Dynamika poszczególnych zaburzeń psychicznych rozpatrywana jest oddzielnie ze względu na inną klasyfikację do roku 1996 (ICD-9) i od roku 1997 (ICD-10).

Najczęściej występującą grupą chorób zakaźnych są zakażenia dróg oddechowych, w tym grypa i jej powikłania. Kilkudziesięcioletni okres, jaki upłynął od ostatniej pandemii grypy, stwarza sytuację, która wymaga czynnych przygotowań do nowej pandemii.

Poważny problem epidemiologiczny stanowią biegunki u dzieci do lat dwóch – wirusowe, bakteryjne i bliżej nieokreślone, o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu.

Liczba bakteryjnych zatruc pokarmowych utrzymuje się od lat na wysokim poziomie z niewielką tendencją zniżkową. Od kilku lat obserwowana jest tendencja wzrostu zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej.

Ważny problem stanowią wirusowe zapalenia wątroby typu B i C. Nowe zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B są ograniczane przez szczepienia, lecz ze względu na dawne zakażenia liczba osób w Polsce zakażonych tym wirusem jest szacowana na kilkaset tysięcy, podobnie jak liczba zakażonych wirusem typu C. Ze względu na brak szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu C, liczbę nowych zakażeń tym wirusem można ograniczyć jedynie poprzez działania profilaktyczne.

Poważnym problemem epidemiologicznym chorób zakaźnych w Polsce są znaczne różnice w zapadalności na poszczególne choroby w różnych rejonach kraju, nie zawsze uzasadnione czynnikami obiektywnymi.

Jednym z priorytetów o istotnym znaczeniu dla zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń w Polsce, w tym również zakażeń szpitalnych, powinna być poprawa dostępności i poziomu diagnostyki mikrobiologicznej.

Uzależnienia

Problem ten obejmuje narkomanię, spożycie alkoholu oraz palenie tytoniu. Na podstawie danych o liczbie przyjęć do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych należy stwierdzić, że zjawisko narkomanii w Polsce narasta. Przejawia się to jednak w zróżnicowanych trendach określonego rodzaju nadużywanej substancji: spadkowego trendu liczby nadużywających substancji wziewnych, trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych oraz środków z grupy amfetaminy, zahamowania trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi oraz stabilizację liczby nadużywających kokainy. Optymistyczne są zmiany w strukturze wieku leczonych, gdyż spada udział pacjentów najmłodszych (16-24 lata), chociaż jest to nadal grupa dominująca. Niestety, informacje epidemiologiczne na temat szkód zdrowotnych, na jakie narażone są osoby biorące narkotyki, są niepełne, a stosunkowo dobrze działa system rejestracji zakażeń HIV i zapadalności na AIDS. Chociaż rozwój leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych jest niewystarczający, to dobrze rozwija się działalność w zakresie profilaktyki uzależnień.

Systematycznie wzrasta w Polsce spożycie alkoholu, kształtuje się ono obecnie na poziomie ponad 8 litrów 100% alkoholu na jednego mieszkańca (bez sprzedaży nie rejestrowanej). Ocenia się, że ponad 1,6 mln osób ma poważne problemy z alkoholem, w tym jednym z głównych problemów alkoholowych jest rozpowszechnianie się picia alkoholu przez młodzież. Skutki tak rozpowszechnionego problemu alkoholowego są znaczne: szkody związane ze skalą zachorowalności na wiele poważnych chorób i umieralnością, uszkodzeniami płodu, zjawisko przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym (szacuje się, że ok. 2 mln dzieci żyje w takich rodzinach) oraz skutki niskiego statusu ekonomicznego tych osób i rodzin, a w konsekwencji zmniejszenie szans rozwojowych i życiowych. Straty ekonomiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu szacowane są na 2-3% PKB.

Ze statystyki spożycia tytoniu oraz z badań dotyczących stanu zdrowia ludności, przeprowadzonych przez GUS pod koniec 2004 r., wynika, że zmniejszyła się powszechność palenia tytoniu w Polsce, zwłaszcza wśród mężczyzn. Palenie tytoniu wciąż dotyczy

ponad 9 mln osób dorosłych, w tym blisko 4 mln kobiet. Jednakże problemy zdrowotne wynikające z uzależnienia nikotynowego występują nadal i niepokojący jest fakt, że w Polsce mamy stosunkowo często do czynienia z silnym uzależnieniem od tytoniu (wypalanie powyżej 20 papierosów dziennie), co jest przyczyną wielu problemów zdrowotnych tej zbiorowości osób.

Wypadki drogowe

Wypadki drogowe w Polsce są nadal poważnym problemem społecznym, ekonomicznym, a także zdrowotnym, ponieważ co roku na drogach naszego kraju ginie kilka tysięcy osób, a kilkadziesiąt tysięcy trafia na leczenie do szpitali. Na skutek doznanych obrażeń stan zdrowia osób będących ofiarami wypadków drogowych często nieodwracalnie się pogarsza, powodując niepełnosprawność bądź inne komplikacje zdrowotne. Sytuacja w tym względzie ulega powolnej, systematycznej poprawie. Od 2000 r. pomimo dynamicznego wzrostu liczby pojazdów o 20% zmniejszyła się liczba wypadków i w podobnej skali liczba zabitych i rannych w tych wypadkach.

Wypadki przy pracy

Analiza wskazuje na stopniowe, pozytywne zmiany w stanie bezpieczeństwa pracy w polskich przedsiębiorstwach oraz w rolnictwie indywidualnym. Świadczy o tym zarówno systematyczny spadek liczby osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy, spadek wskaźników wypadkowości (liczba poszkodowanych na 1000 pracujących), w tym wypadków śmiertelnych i ciężkich oraz zmniejszanie się liczby pracowników zatrudnionych w warunkach zagrożenia czynnikami szkodliwymi dla zdrowia.

Samobójstwa

Liczba zamachów samobójczych w Polsce od lat kształtuje się na zbliżonym poziomie, nie przekraczając 6 tys. rocznie. Bardzo często przyczyną zamachu samobójczego jest trudna do określenia – w 2005 roku dla co drugiego takiego zdarzenia przyczyny tej nie ustalono. Z informacji zebranych przez Komendę Główną Policji wynika jednak, iż przyczyną co trzeciego zamachu samobójczego była choroba psychiczna osoby dokonującej zamachu samobójczego, a co czwartego – nieporozumienia rodzinne.

Stan zdrowia wybranych grup ludności

Stan zdrowia kobiet

Zdrowie prokreacyjne to stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, w tym brak choroby i niedomagań w odniesieniu do układu rozrodczego. Zdrowie prokreacyjne kobiet to jedno z zagadnień zdrowia publicznego, wpływa ono na bilans urodzeń i zgonów, czas trwania i jakość życia kobiet i całych rodzin, zdrowie oraz potencjał rozwojowy następnych pokoleń. Dlatego uzasadnione są: sporządzanie ocen, analiza uwarunkowania poszczególnych elementów zdrowia prokreacyjnego kobiet, ustalenie zasad profilaktyki i leczenia.

Zdrowie prokreacyjne dziewcząt. Stan zdrowia dorosłej kobiety, jej płodność, zdolność urodzenia zdrowego dziecka, czas trwania życia pozostają często w związku z: zach-

waniami w okresie młodości, niezdrowym stylem życia, wczesną inicjacją seksualną, nieplanowaną ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Zapobieganie i leczenie niepłodności. Problem niepłodności dotyczy około 15% par, a czynnik żeński odpowiada za około 50–60% przypadków niepłodności. Informacje o zwiększającej się częstości niepłodności nie są dostatecznie udokumentowane. Płodność jest ograniczona przez: wiek kobiet i mężczyzn, styl życia, niedostateczną wiedzę o metodach jej rozpoznawania i niewłaściwe korzystanie z metod ograniczających ją, nieodpowiedzialne zachowania w sferze współżycia płciowego sprzyjające chorobom przenoszonym drogą płciową, używki, czynniki środowiskowe. Zaburzenia płodności małżeńskiej zmniejszają liczbę urodzeń, pogarszają jakość życia wielu osób.

Profilaktyka i leczenie nowotworów narządów płciowych i piersi. Zachorowalność na raka szyjki macicy i częstość zgonów z tego powodu są w Polsce bardzo wysokie w porównaniu z innymi krajami UE. Nie ma programów pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy ukierunkowanych na eliminację czynników ryzyka: wczesnego rozpoczynania współżycia seksualnego, liczby partnerów, chorób przenoszonych drogą płciową. Nie przywiązuje się większej uwagi do prewencji i wczesnego wykrywania nowotworów jajników oraz wczesnego wykrywania raka piersi.

Opieka nad kobietą w ciąży, bezpieczne macierzyństwo. Około 50% zarodków i 15% rozpoznanych ciąż ulega poronieniu. Duża część tych strat jest uwarunkowana genetycznie, części prawdopodobnie można zapobiec. Nie jest znana liczba przerwania ciąży, które wpływają niekorzystnie na fizyczne i psychiczne zdrowie kobiet. Częstość wcześniactwa nie ulega zmianie lub lekko wzrasta, około 0,5% urodzeń dotyczy noworodków z masą ciała poniżej 1000 gramów. Poprawa opieki medycznej podczas ciąży i porodu oraz postęp wiedzy i technologii medycznej zmniejsza częstość zgonów wśród tych niemowląt, jednak aktualny pozostaje problem zaburzeń ich rozwoju. Zmniejsza się współczynnik umieralności okołoporodowej (martwych urodzeń i zgonów noworodków) wśród wszystkich grup urodzeniowej masy ciała. Nie poddaje się zgonów okołoporodowych systematycznej analizie przyczynowej, co utrudnia ich prewencję. Częstość zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem jest w Polsce niska, jednak nie wszystkie zgony są uwzględnione w statystykach. Nie analizuje się częstości ciężkich zachorowań matek, prowadzących czasem do inwalidztwa. Zwiększająca się częstość cięć cesarskich (ostatnio 27%) w coraz mniejszym stopniu uwarunkowana jest koniecznością ochrony życia lub zdrowia matki lub dziecka i zwiększa niepotrzebnie zachorowalność kobiet. Zrezygnowano z programów zdrowotnych ukierunkowanych na optymalizację opieki okołoporodowej, zmniejszenie częstości wad rozwojowych i wcześniactwa, zmniejszenie częstości zdrowotnych następstw wcześniactwa.

Profilaktyka i leczenie zakażeń narządów płciowych u kobiet w tym chorób przenoszonych drogą płciową. Współczesna obyczajowość sprzyja zwiększaniu częstości zakażeń narządów płciowych. Niektóre z nich, zwłaszcza u młodych kobiet, są przyczyną niepłodności, raka szyjki macicy, przewlekłych dolegliwości, pogorszenia jakości życia kobiet, chorób i zaburzeń rozwojowych u potomstwa.

Zdrowie kobiet w wieku pomenopauzalnym. W związku z sytuacją demograficzną w Polsce i dłuższym trwaniem życia, zwiększa się liczebność populacji kobiet w wieku pomenopauzalnym. Zmienia się też stopniowo sposób postrzegania przez kobiety schorzeń i dolegliwości typowych dla tego wieku: nietrzymania moczu, zaburzeń statyki narządów płciowych, osteoporozy. Wzrasta zapotrzebowanie społeczne na opiekę profilaktyczno-leczniczą w tej grupie pacjentek. Procedury medyczne dotyczące tej opieki nie są kontraktowane przez NFZ.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży

Inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży nacełowane na właściwie dobre etapy wieku rozwojowego powinno być ważnym celem polityki ludnościowej. Z tego punktu widzenia zasadnicze znaczenie mają cztery problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce.

- **Urazy i przemoc** stanowią główną przyczynę zgonów dzieci niekorzystnie wyróżniając nasz kraj wśród innych państw Unii Europejskiej. Ważne jest utrwalenie społecznego przekonania, że urazom zamierzonym i niezamierzonym wśród dzieci można zapobiegać – gdyby wdrożyć znane procedury prewencyjne, można byłoby w Polsce uratować życie połowy ginących z powodu urazów dzieci, tj. życie około 900 dzieci rocznie.
- **Zaburzenia zdrowia psychicznego** są przyczyną narastających w Polsce niepokojących zjawisk, takich jak depresja, samobójstwa, alkoholizm, nikotynizm, narkomania i przemoc. Mimo stałego wzrostu liczby dzieci i młodzieży leczonych stacjonarnie oraz dwukrotnego w ostatnich 5 latach wzrostu liczby dzieci objętych leczeniem ambulatoryjnym z powodu zaburzeń psychicznych, z niepokojem należy odnotować zmniejszanie się liczby psychiatrów dziecięcych – w 2001 roku specjalistów takich było w Polsce 260, a w 2004 roku 213, co oznacza spadek o 18,1%.
- **Choroby nowotworowe** są główną chorobową przyczyną zgonów. Corocznie 2000-2200 dzieci poddawane jest leczeniu przeciwnowotworowemu, a około 6000 dzieci wymaga monitorowania stanu zdrowia. W okresie między 1999 a 2003 rokiem współczynnik zgonów z powodu nowotworów na 100000 dzieci i młodzieży obniżył się z 4,5 do 3,3, co świadczy o istotnej poprawie wyników leczenia. Potrzebny jest jednak ciągły wysiłek organizacyjny na rzecz dalszej poprawy wczesnej wykrywalności i wyników leczenia dzieci chorych na nowotwory.
- **Choroby zakaźne i zakażenia** stanowią nadal aktualny problem opieki zdrowotnej nad dzieckiem oraz zdrowia publicznego ze względu na pojawianie się nowych zagrożeń i nawrót, zdawałoby się, wyeliminowanych zagrożeń. Poważnym wyzwaniem epidemiologicznym w Polsce są zakażenia w zakładach opieki zdrowotnej.

Stan zdrowia osób niepełnosprawnych

Obecnie co szósty mieszkaniec Polski jest osobą niepełnosprawną. Zjawisko niepełnosprawności ciągle narasta. Osoby niepełnosprawne gorzej oceniają swoje zdrowie niż osoby sprawne, częściej występują u nich długotrwałe problemy zdrowotne czy choroby przewlekłe, częściej też muszą korzystać z pomocy medycznej. W tej grupie ludności najczęściej występują schorzenia układu krążenia, a w następnej kolejności – uszkodzenia i choroby narządu ruchu, uszkodzenia i choroby narządu wzroku, słuchu, schorzenia neurologiczne oraz schorzenia psychiczne.

Skala i wzrostowy trend niepełnosprawności w Polsce oraz gorszy stan zdrowia osób niepełnosprawnych w porównaniu do osób sprawnych, a także zróżnicowanie wewnętrzne grup osób niepełnosprawnych wyróżnionych zwłaszcza pod względem sprawności w codziennym funkcjonowaniu, przyczyn i momentu powstania niepełnosprawności oraz posiadanych schorzeń, wymaga zindywidualizowanego podejścia do stanu zdrowia osób niepełnosprawnych. W celu zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie opieki zdrowotnej konieczne jest prowadzenie systematycznych i interdyscyplinarnych badań problemów tej grupy osób.

Subiektywna ocena stanu zdrowia (2004 r.)

Ludność dorosła

Ostatnie wyniki badania ankietowego GUS wskazują na istotne i korzystne zmiany w ogólnym stanie zdrowia Polaków. Subiektywny stan zdrowia Polaków wyraźnie się poprawił. Poprawa dotyczyła wszystkich grup wieku, zarówno kobiet jak i mężczyzn oraz wszystkich regionów kraju. Największą poprawę oceny stanu zdrowia odnotowano wśród osób w wieku średnim (między 30 a 60 rokiem życia), najmniejszą poprawę dla osób w podeszłym wieku (70-letnich lub starszych). Generalnie kobiety oceniają swoje zdrowie gorzej niż mężczyźni.

Mimo poprawy stanu zdrowia, co trzeci mieszkaniec Polski ma długotrwałe problemy zdrowotne. Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. Relatywnie mniej Polaków choruje przewlekłe – tylko 46% (w 1996 r. ponad 53%), zarówno mężczyzn jak i kobiet. U osób dorosłych najczęściej występują: nadciśnienie tętnicze (u co szóstej dorosłej osoby), choroby kręgosłupa lub dyskopatia, choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe, choroba wieńcowa (u co jedenastej), migrena i częste bóle głowy oraz nerwica lub depresja. Te dwie ostatnie grupy chorób trapią głównie kobiety.

Nastąpiły również pozytywne zmiany w zachowaniach prozdrowotnych osób dorosłych. Dotyczyło to zwłaszcza ograniczenia palenia tytoniu przez mężczyzn i większej dbałości kobiet o utrzymanie prawidłowej wagi ciała (bez nadwagi). Mimo to nadal dorośli Polacy ważą zbyt dużo (co trzeci dorosły Polak, a co ósmy jest otyły). Częstość występowania nadwagi wśród kobiet jest obecnie niższa niż wśród mężczyzn (27% ogółu kobiet i blisko 33% ogółu mężczyzn), a równocześnie kobiety dużo częściej mają niedobór masy ciała (niedowagę), w tym zwłaszcza kobiety młode (do 30 roku życia). Zmniejsza się powszechność palenia tytoniu, ale głównie wśród mężczyzn. W okresie 8 lat między badaniami udział mężczyzn palących tytoń zmniejszył się o ponad 9 pkt. procentowych (z 47% do 38%), natomiast wśród kobiet tylko o 1 pkt procentowy (z 24% do 23%). Tytoń pali codziennie 26% dorosłych Polaków (34% mężczyzn i 19% kobiet). Szczególnie często palaczami są 40-latkowie. W tej grupie wieku pali prawie połowa mężczyzn i częściej niż co trzecia kobieta. Osoby mocno uzależnione (palące co najmniej 1 paczkę) to 60% ogółu palących mężczyzn i co trzecia paląca kobieta.

W porównaniu z 1996 r. więcej osób dorosłych sięga po alkohol. Całkowitą abstynencję (w ciągu ostatniego roku) zadeklarowało 25% badanych osób (w 1996 r. – prawie 30%). Najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowią osoby w wieku 30-49 lat. Typowy wzorzec konsumpcji alkoholu Polaków uległ zmianie. Wódkę i inne napoje spirytusowe wypiera powoli piwo, jednak udziały wódki i piwa w rocznej strukturze konsumpcji są prawie takie same. Przeciętny pijący mężczyzna pije 4,5 raza więcej niż pijąca kobieta.

Większość dorosłych Polaków spędza czas wolny w sposób bierny. Na czytanie, oglądanie telewizji lub słuchanie radia oraz wykonywanie innych czynności nie wymagających ruchu i wysiłku fizycznego dorosły Polak przeznacz średnio prawie 18 godzin w tygodniu, zaś kobiety o 1 godzinę krócej. Tylko 70% ogółu dorosłych Polaków wykonuje niezbyt intensywny ruch fizyczny (np. spacer, gimnastyka, jazda na rowerze). Jeszcze mniej osób (co trzecia) biega, pływa czy też pracuje sezonowo na działce. Intensywny trening (np. siłownia) lub uprawianie sportu wyczynowego to domena głównie młodych mężczyzn do 30 roku życia.

Mimo wielu apeli, szczepienia przeciw grypie w Polsce nie są jeszcze powszechne. Tylko co szósty Polak szczepił się kiedykolwiek na grypę, natomiast co piąty dorosły Polak został zaszczepiony przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, głównie z powodu planowanego zabiegu chirurgicznego, bądź z własnej inicjatywy.

Co drugi dorosły Polak przynajmniej raz w życiu miał badany poziom cholesterolu. Wysoki poziom cholesterolu całkowitego (powyżej 200 mg%) stwierdzano częściej niż u co trzeciej osoby, przy czym najczęściej u osoby powyżej 60 roku życia. Podwyższone ciśnienie krwi ma co czwarty czterdziestolatek, prawie co drugi pięćdziesięciolatek i około 60% osób w starszym wieku.

Zwiększa się udział kobiet wykonujących badania cytologiczne szyjki macicy. Tylko 30% ogółu dorosłych kobiet nigdy nie wykonywała takiego badania. Wzrasta także powszechność badań mammograficznych lub ultrasonograficznych piersi. Co trzecia kobieta dorosła przynajmniej raz w swoim życiu miała wykonane takie badanie. Badania najczęściej wykonują kobiety między 40-tym a 60-tym rokiem życia. Blisko co trzecia przebadana kobieta skorzystała z ogólnodostępnego programu badań (*screening*), zaś co piąta sama dba o swoje zdrowie i regularnie wykonuje badanie.

Ponad 65% kobiet żyjących w związkach (małżeńskich lub partnerskich) stosuje antykoncepcję. Najczęściej wybierana jest prezerwatywa lub pigułka antykoncepcyjna, bądź inne środki hormonalne. Dużo rzadziej kobiety stosują teraz metody naturalne, jak również środki chemiczne czy mechaniczne.

Generalnie dorośli Polacy są zadowoleni ze swojego życia. Ponad 3/4 dorosłych Polaków oceniło swoje dotychczasowe życie jako bardzo dobre lub dobre. Czynnikiem determinującym jest wiek osoby. Im osoba jest starsza, tym gorzej ocenia swoje życie. Na taką ocenę wpływa również pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia. Osoby skarżące się na długotrwałe problemy zdrowotne (niezależnie od wieku) gorzej oceniły swoje życie niż osoby bez takich problemów i dotyczyło to wszystkich grup wieku, nawet tych najmłodszych.

Stan zdrowia dzieci

91% dzieci w wieku 0-14 lat cieszyło się bardzo dobrym i dobrym stanem zdrowia i ocena ta była o 6 pkt. proc. wyższa niż w 1996 roku. Rodzice około 2% dzieci ocenili ich zdrowie jako złe lub bardzo złe. Co szóste dziecko miało długotrwałe dolegliwości zdrowotne. Ponad 20% ogółu badanych dzieci chorowało przewlekłe na co najmniej 1 chorobę. Najczęściej występujące wśród dzieci choroby przewlekłe to schorzenia alergiczne, choroby płuc (w tym astma i astma o podłożu alergicznym) oraz choroby oka.

Samopoczucie psychofizyczne dzieci różniło się w zależności od grupy wieku i płci badanych: im były starsze, tym częściej deklarowały gorsze samopoczucie fizyczne i psychiczne, gorszy nastrój czy trudniejsze relacje z rówieśnikami. Szczególnie widoczne były różnice w odpowiedziach udzielonych na pytania dotyczące środowiska szkolnego. Najwięcej „pozytywnych” odpowiedzi udzieliły tu dzieci w młodszym wieku szkolnym, zaś najwięcej „negatywnych” – 12-14-letnie.

W ciągu roku poprzedzającego badanie stanu zdrowia z usług lekarzy medycyny skorzystało ponad 80% zbiorowości dzieci. Najczęściej byli to lekarzy pediatry, alergolodzy, laryngolodzy oraz ortopedzi. U lekarzy dentystów była niespełna połowa badanych. Rodzice najczęściej rezygnowali z wizyt u lekarzy z powodu braku pieniędzy oraz konieczności zbyt długiego oczekiwania na wizytę.

W okresie 2 tygodni poprzedzających badanie leki przepisane i nieprzepisane przez lekarzy stosowało około 2,5 mln dzieci; głównie były to witaminy i preparaty mineralne, leki na przeziębienie oraz antybiotyki.

Ponad 30% dzieci uprawiało sport poza lekcjami wychowania fizycznego (33% chłopców i około 28% dziewczynek). Częstość uprawiania sportu zależy od wieku dziecka. Zajmowała się nim 1/4 dzieci w młodszym wieku szkolnym i ponad 1/3 dzieci w grupie wieku 10-14 lat.

Dzieci spędzały przed ekranem telewizora lub monitorem komputera przeciętnie 2,5 godziny dziennie (w 1996 r. nieco ponad 2 godziny). Chłopcy poświęcali na takie zajęcia trochę więcej czasu niż dziewczynki – przeciętnie odpowiednio 2,6 i 2,4 godziny dziennie. Tylko 2,1% dzieci 2-letnich i starszych w ogóle nie oglądało telewizji, video, DVD i/lub nie korzystało z komputera.

REKOMENDACJE

► **Konieczne jest podjęcie zdecydowanej, aktywnej polityki ludnościowej** (szerzej polityki społecznej) w warunkach radykalnych zmian modelu rodziny w sytuacji niskiej płodności. Polityka taka oraz jej środki i działania powinny być oparte na zrozumieniu sytuacji i mechanizmu zmian, które doprowadziły do bardzo niskiej płodności i dzietności w Polsce, oraz na świadomości, że proces radykalnych przemian się nie zakończył; choć są wstępne oznaki jego wyhamowania, to proces przemian jest i będzie kontynuowany. Rekomenduje się wdrożenie w tym zakresie „Założeń polityki ludnościowej” przedłożonych Radzie Ministrów przy poprzednim *Raporcie o sytuacji demograficznej Polski* (RRL, Warszawa 2006). Należy przyjąć, że *„polityka ludnościowa jest to celowe, długofalowe oddziaływanie państwa i podmiotów publicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego i wędrówkowego ludności w celu ukształtowania pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych, zapewniających biologiczne przetrwanie narodu oraz zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny i ekologiczny. Współczesna polityka ludnościowa wpływa na kształtowanie procesów ludnościowych pośrednio i bezpośrednio, poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej (mieszczących się w obszarach polityk szczegółowych: rodzinnej, mieszkaniowej, edukacyjnej, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia) oraz polityki gospodarczej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów”*.

Z tak zdefiniowanej polityki ludnościowej oraz jej bezpośredniego i pośredniego oddziaływania na przebieg procesów demograficznych wynika, że **głównym jej celem jest oddziaływanie na procesy związane z:**

- tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin,
- rozrodczością,
- poprawą stanu zdrowia i ograniczaniem umieralności,
- migracjami

w taki sposób, aby ich przebieg sprzyjał kształtowaniu optymalnego stanu liczebnego i struktury ludności oraz dzięki temu zapewniał: biologiczną ciągłość społeczeństwa i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny.

Aby osiągnąć tak sformułowany cel ogólny konieczna jest realizacja wielu działań, które mają dać efekty odcinkowe sformułowane jako **cele ogólne:**

1. **poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń;**
2. **tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie;**
3. **poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności;**
4. **określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej państwa polskiego w dobie integracji europejskiej.**

Aby te zamierzone cele ogólne były osiągalne, polityka społeczno-ekonomiczna powinna charakteryzować się takimi cechami, które powinny zagwarantować:

- a) zmiany w postawach i zachowaniach indywidualnych i społecznych wobec zawierania małżeństw i zakładania rodziny;
- b) zmiany w postawach i zachowaniach prokreacyjnych na rzecz realizacji planów dotyczących diety (świadomego zwiększania przeciętnego poziomu diety);
- c) podnoszenie jakości życia wszystkich pokoleń, zwłaszcza młodego pokolenia, pozwalającej na jego rozwój (rozumiany jako poprawa stanu zdrowia i poziomu edukacji);
- d) stwarzanie szans na pełne uczestnictwo wszystkich pokoleń w życiu społeczno-gospodarczym i kulturalnym kraju i w zintegrowanej Europie.

Realizacja celów polityki ludnościowej będzie skuteczna, jeśli cechować ją będą następujące **zasady**:

- **polityki aktywnej**, co oznacza, że działania polegać powinny na tworzeniu warunków sprzyjających lub niezbędnych dla osiągnięcia danego celu oraz wykorzystywanie aktywizujących form i metod działania, pozwalających na udział różnych grup ludności w projektowanych przedsięwzięciach;
- **wielości podmiotów**, co pozwoli na lepsze rozpoznanie potrzeb, większą elastyczność działania i umożliwi lepsze dostosowanie środków do osiągnięcia zamierzonych celów;
- **wielości i różnorodności stosowanych instrumentów i metod działania**, powiązanych z obszarami szczegółowych polityk o charakterze bezpośrednim (nastawionych na realizację określonego celu zmian w procesach demograficznych) i pośrednim (mających inne cele, ale przynoszące skutki dla przebiegu tych procesów).

Do realizacji założonych celów należy wykorzystać środki, metody i instrumenty stosowane w polityce społecznej i gospodarczej państwa, w szczególności w obszarach:

- a) praca (działania na rzecz uzyskania pracy i dochodów z tego tytułu, ograniczania bezrobocia, rozwoju przedsiębiorczości i samozatrudnienia);
- b) zabezpieczenie społeczne (świadczenia rodzinne, ubezpieczenia społeczne, pomoc społeczna);
- c) mieszkalnictwo;
- d) ochrona zdrowia (usługi medyczne, edukacja zdrowotna);
- e) edukacja (system edukacji, w tym edukacja ustawiczna; edukacja prorodzinna, kształtowanie systemu wartości).

Realizacja – odpowiedzialność za realizację polityki ludnościowej w Polsce ponosi wiele podmiotów. **Głównym podmiotem realizującym cele polityki ludnościowej powinno być państwo**, odpowiedzialne za tworzenie systemu prawa i warunków społeczno-ekonomicznych oddziałujących na procesy demograficzne. Państwo dzieli swoje zadania i uprawnienia między **organy rządowe** (centralne) i **samorządowe** (regionalne i lokalne) odpowiedzialne za poszczególne obszary działań. **Ściśle z państwem** w realizacji celów polityki ludnościowej **powinny współdziałać** inne podmioty w zakresie swych uprawnień, a mianowicie: **organizacje pozarządowe, kościoły różnych wyznań, związki zawodowe, organizacje pracodawców**.

- ▶ Mechanizm wyjaśniania przemian płodności i rodziny w Polsce, szczególnie w okresie transformacji społeczno-gospodarczej, wymaga pogłębionych specjalistycznych studiów i badań w tym obszarze – **realizacja: Minister Nauki i placówki naukowo-badawcze**.
- ▶ Konieczne jest permanentne monitorowanie zjawisk i procesów demograficznych w Polsce w ujęciu interdyscyplinarnym oraz rozwiązań wprowadzanych w obszarze polityki ludnościowej, a także polityk: społecznej, ekonomicznej i zdrowotnej w zakresie, w jakim odnoszą się do zjawisk i procesów demograficznych oraz otoczenia, w jakim mają one miejsce – **realizacja: Prezes Głównego Urzędu Statystycznego**.

- ▶ Ze względu na zasadnicze zmiany dokonujące się w zakresie sytuacji demograficznej Polski, jest niezbędne – jak się wydaje – przynajmniej cykliczne prowadzenie analiz porównawczych przebiegu tych zjawisk, w różnych skalach przestrzennych dla dłuższych okresów. Jest to obecnie prawie niemożliwe ze względu na stale dokonywane zmiany w podziale administracyjnym kraju. Dotyczy to zwłaszcza skali lokalnej (gminy) oraz subregionalnej (powiaty i podregiony), a także układu miasta–wieś. Prowadzenie takich analiz wymaga dysponowania porównywalnymi danymi statystycznymi choćby dla wybranych elementów sytuacji demograficznej. Jest to równoznaczne z koniecznością dokonywania przez statystykę państwową przeliczeń ww. danych, tj. eliminowania wpływu zmian administracyjnych – **realizacja: Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.**

- ▶ Na 53. Zgromadzeniu Ogólnym Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Assembly) w 2000 r. kraje członkowskie, w tym Polska, podjęły rezolucję dotyczącą działań na rzecz zredukowania chorobowości, inwalidztwa i przedwczesnych zgonów, spowodowanych przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, w tym chorobami układu krążenia.
Zgodnie z zaleceniami UE i programem POLKARD, rekomenduje się:
 - monitorowanie poziomu i kontroli głównych czynników ryzyka poprzez powtarzanie badań przekrojowych prób losowych populacji polskiej (optymalnie co 5-6 lat). System monitorowany istnieje już w większości krajów UE i w USA. Metodyka badań przekrojowych powinna być oparta o standardy wypracowane przez UE;
 - opracowanie i weryfikacja programów prewencyjnych powinny być oparte na ocenie sytuacji epidemiologicznej i uwzględniać zarówno sytuację ogólnopolską, jak i regionalne zróżnicowanie – **realizacja: Minister Zdrowia.**

- ▶ Choroby nowotworowe są schorzeniami przewlekłymi, związanymi z głównie z wydłużeniem życia i zmianą stylu życia. Problemy zdrowotne i społeczne związane z tymi chorobami zostały już dostrzeżone przez Sejm RP, który w 2005 roku przyjął ustawę „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”. Pełna realizacja zadań wynikających z tego programu powinna doprowadzić w perspektywie 10-20 lat do ograniczenia umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce – **realizacja: Minister Zdrowia.**
Dodatkowo należy wprowadzić zakaz palenia w miejscach publicznych i podnieść ceny papierosów, co będzie skutecznym działaniem zapobiegającym rozprzestrzenieniu się palenia tytoniu i – tym samym – rozwojowi wielu nowotworów (w tym rakowi płuca), a także innych chorób przewlekłych (np. choroby układu krążenia) – **realizacja: Minister Zdrowia, Minister Finansów.**

- ▶ Uchwalenie ustawy o rejestrach medycznych, która umożliwi gromadzenie danych o nowotworach złośliwych i wykonywanie niektórych analiz (np. obliczanie wskaźników przeżyć, umożliwiających ocenę skuteczności leczenia i porównanie wyników leczenia pomiędzy placówkami) – **realizacja: Minister Zdrowia.**

- ▶ Opracowanie informacji oraz przekazywanie młodym ludziom wiedzy dotyczącej prokreacji, związków między nieodpowiedzialnym i lekkomyślnym narażaniem zdrowia i późniejszymi niepowodzeniami prokreacji, kształtowania postawy szacunku dla życia, odpowiedzialnego i świadomego rodzicielstwa, przygotowania i wychowywania do życia w rodzinie – **realizacja: Minister Edukacji Narodowej, media publiczne.**

- ▶ Uwzględnienie w polityce zdrowotnej oddziaływania na młode pokolenie w kierunku zmiany zachowań, stylu życia, przekazywanie rzetelnej wiedzy o sposobach rozpoznawa-

nia płodności i metodach jej ograniczania Osobom dorosłym ułatwienie dostępu do nowoczesnych i skutecznych metod diagnostyki i leczenia niepłodności, ujednoczenie standardów postępowania, zorganizowanie ośrodków medycznych zajmujących się kompleksowo i odpowiedzialnie tym problemem – **realizacja: Minister Zdrowia, media publiczne.**

- ▶ Upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy w zakresie możliwości zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów: szyjki macicy, jajników i piersi. Oddziaływanie w kierunku zmiany stylu życia na sprzyjający zdrowiu. Zapewnienie kobietom pełnej dostępności do opieki profilaktyczno-leczniczej. Rozważenie możliwości upowszechnienia szczepień przeciwko HPV – **realizacja: Minister Zdrowia, media publiczne.**
- ▶ Przygotowanie i upowszechnienie opieki prekoncepcyjnej; kontynuowanie programów zdrowotnych ukierunkowanych na poprawę opieki medycznej podczas ciąży i porodu, w tym programu prewencji wad cewy nerwowej i wcześniactwa; zapewnienie kobietom w ciąży i po urodzeniu dziecka stabilizacji zatrudnienia, a kobietom podczas ciąży i po porodzie możliwości zatrudnienia w niepełnym wymiarze godzin pracy; wydłużenie urlopu macierzyńskiego; zwiększenie wysokości zasiłku; upowszechnienie bezpłatnych szkół rodzenia; wsparcie finansowe inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” promującej karmienie piersią – **realizacja: Minister Zdrowia, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Finansów.**
- ▶ Konieczne jest podjęcie działań mających na celu zapewnienie kobietom w wieku pomenopauzalnym kompleksowej opieki medycznej: profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej i włączenie tych procedur do oferty Narodowego Funduszu Zdrowia. Potrzeby zdrowotne tych kobiet dotyczą różnych dyscyplin medycznych (interna, psychiatria, urologia, medycyna rodzinna); koordynacja usług medycznych powinna należeć do lekarza ginekologa. Konieczne jest również zapewnienie kobietom w wieku pomenopauzalnym poradnictwa oraz pomocy społecznej i prawnej – **realizacja: Minister Zdrowia, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Sprawiedliwości.**
- ▶ Upowszechnienie wiedzy o zagrożeniach dla zdrowia prokreacyjnego związanych z zakażeniami i sposobach prewencji (styl życia, monogamiczne związki, szczepienia ochronne, badania przesiewowe u kobiet przed ciążą i podczas ciąży). Edukacja i poradnictwo dotyczące odpowiedzialnych zachowań seksualnych. Zapewnienie dostępności metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia HIV – **realizacja: Minister Zdrowia, Minister Edukacji Narodowej, media publiczne.**
- ▶ Mimo powolnego, systematycznego zmniejszania się liczby wypadków drogowych, a w konsekwencji liczby zabitych i rannych w tych wypadkach, ich skala jest ciągle wysoka. Konieczne jest wzmoczenie rygorystycznego egzekwowania przepisów o ruchu drogowym w stosunku do użytkowników ruchu. Szczególnie należy zaostrzyć kary w stosunku do nietrzeźwych użytkowników tego ruchu. Należy wprowadzić obowiązek używania elementów odblaskowych dla pieszych i rowerzystów oraz pojazdów konnych poruszających się po drogach po zapadnięciu zmroku i w nocy – **realizacja: Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji.**
- ▶ Strategicznym celem dotyczącym zdrowia dzieci i młodzieży jest umożliwienie dzieciom i młodzieży w naszym kraju realizowania pełnego ich potencjału dla zdrowia i rozwoju, a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobiega-

niu. W związku z tym władze zdrowia publicznego wszystkich szczebli, szczerze zaangażowane w inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży powinny:

- przyjąć całościową strategię na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży albo jako program niezależny, albo jako część innej strategii, np. zdrowia narodu lub narodowego programu na rzecz dzieci;
- wykorzystać w pełni doświadczenia i wyniki uzyskane w toku realizowanych w przeszłości ze środków publicznych programów polityki zdrowotnej państwa;
- mieć jasno określoną pozycję do angażowania na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży innych sektorów, na przykład edukacji, polityki społecznej, rolnictwa;
- dostosować strukturę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia oraz organów władzy rządowej i samorządowej w terenie dla potrzeb skutecznej realizacji programu na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci;
- skonsolidować funkcjonowanie jednostek organizacyjnych, w tym instytutów badawczo-rozwojowych bezpośrednio nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, w celu najbardziej efektywnego wykonywania zadań na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci;
- uczynić poprawę zdrowia dzieci i młodzieży integralnym elementem działalności i oceny placówek działających w sektorze zdrowia;
- wprowadzić „audyt równości” w celu upewnienia się, że sektor zdrowia, programując i realizując politykę zdrowotną nie zaniedbuje potrzeb dzieci i młodzieży ze środowisk upośledzonych społecznie, na przykład, żeby dzieci te miały dostęp do właściwej opieki zdrowotnej.

Realizacja: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrami: Edukacji Narodowej, Pracy i Polityki Społecznej, Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

I. BILANS LUDNOŚCI

1.1. Bilans ludności

W rozdziale I niniejszego Raportu przedstawiono rozwój i rozmieszczenie ludności oraz składniki, pod wpływem których dokonywały się zmiany w stanie liczebnym ludności ogółem, w mieście i na wsi. Syntetyczne ujęcie wymienionych procesów przedstawia tablica 1 prezentująca bilans ludności Polski.

Rozdział I ukazuje także strukturę ludności według płci i wieku, będącą istotną determinantą społeczno-gospodarczego rozwoju kraju.

Dla potrzeb niniejszego opracowania przyjęto dane na dzień 31 XII lat: 1988, 2002, 2004, 2005 oraz na dzień 30 VI 2006 roku.

Stan ludności na dzień 31 XII 1988 roku oszacowany został przez GUS na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego z 7 XII 1988 roku oraz danych sprawozdawczości bieżącej, zaś podstawą szacunku liczby ludności na 31 XII 2002 roku były wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 20 V 2002 roku oraz dane sprawozdawczości bieżącej. Na podstawie tych samych źródeł GUS oszacował także liczbę i strukturę ludności według płci i wieku na 31 XII lat 2004 i 2005 oraz na dzień 30 VI 2006 roku.

Dane spisów ludności z lat 1988-2002 pozwalają dostrzec głębokie zmiany w rozwoju liczebnym i strukturze ludności według płci i wieku w dłuższym, wieloletnim okresie.

Natomiast do ilustracji aktualnej sytuacji demograficznej posłużą dane z ostatnich trzech lat: 2004, 2005 i 2006.

1.1.1. Składniki bilansu ludności

Stan liczebny ludności w kraju w danym momencie wyznaczają zaistniałe wcześniej:

- urodzenia żywe i zgony i wynikający z tych procesów przyrost naturalny ludności,
- napływ i odpływ zagraniczny ludności i ukształtowana tymi zjawiskami wielkość salda migracji.

W przypadku kształtowania się liczby ludności miejskiej i wiejskiej w grę wchodzi dodatkowo zmiany granic administracyjnych miast i wsi, w wyniku których część ludności „przechodzi” ze wsi do miast lub z miast na wieś.

Wpływ wymienionych składników na kształtowanie się liczby ludności w Polsce w latach 2004 i 2005 przedstawia tablica 1. Wynika z niej, że w dniu 31 XII 2005 roku ludność kraju liczyła 38.157,1 tys. osób. W stosunku do tego samego momentu 2004 roku jej stan liczebny zmalał o 16,8 tys. osób, czyli o 0,04%. Oznacza to, że rok 2005 był siódmym, kolejnym rokiem, w którym zaludnienie naszego kraju zmniejszyło się. Zapoczątkowany w 1999 roku ubytek stanu liczebnego ludności trwa nadal, tempo tego procesu w 2005 roku było takie same jak i w 2004 roku.

Na ubytek rzeczywisty ludności w 2005 roku w wielkości 16,8 tys. osób złożyły się: ujemny przyrost naturalny ludności stanowiący – 3,9 tys. osób i ujemne saldo migracji zagranicznych wynoszące – 12,9 tys. osób. Ubytek naturalny ludności w 2005 roku zmniejszył się – w stosunku do 2004 roku – o 3,5 tys. osób. Zwiększyło się natomiast w tym samym czasie ujemne saldo migracji zagranicznych z –9,3 tys. do –12,9 tys. osób.

Tablica 1. Bilans ludności Polski dla lat 2004 i 2005. Stan w dniu 31 XII^a

Wyszczególnienie	2004			2005		
	Ogółem	Miasto	Wieś	Ogółem	Miasto	Wieś
	w tys. osób					
1. Ludność – stan w dniu 1 I	38 190,6	23 513,4	14 677,2	38 173,8	23 470,1	14 703,7
2. Urodzenia	356,1	204,9	151,2	364,4	211,2	153,2
3. Zgony	363,5	216,5	147,0	368,3	219,4	148,9
4. Przyrost naturalny (2-3)	-7,4	-11,6	+4,2	-3,9	-8,2	+4,3
5. Saldo migracji wewnętrznych	0,0	-41,6	+41,6	0,0	-32,6	+32,6
6. Saldo migracji zagranicznych	-9,3	-7,1	-2,2	-12,9	-10,5	-2,4
7. Przyrost rzeczywisty (4+5+6)	-16,7	-60,3	+43,6	-16,8	-51,3	+34,5
8. Saldo zmian administracyjnych	x	+6,1	-6,1	x	+6,6	-6,6
9. Ludność - stan w dniu 31 XII	38 173,8	23 470,1 ^b	14 703,7 ^b	38 157,1	23 423,7 ^b	14 733,4 ^b

^a Liczby dotyczą migracji osób meldujących się na pobyt stały ^b Różnice bilansowe spowodowane są uwzględnieniem różnicy salda migracji osób meldujących się na pobyt czasowy ponad 2 miesiące i wyniosły: w 2004 r.: -11,0 tys. osób w miastach oraz +11,0 tys. na wsi; w 2005 r.: +1,7 tys. w miastach oraz -1,7 tys. na wsi.

Źródło: dane GUS.

Wartości składników, które rozstrzygają o tempie liczebnego rozwoju ludności kształtowały się niejednakowo w mieście i na wsi. Z bilansu ludności (tabl. 1) wynika, że miasta w 2005 roku zmniejszyły swą populację o 46,4 tys. osób, wieś zaś w tym samym roku powiększyła swą liczbę ludności o 29,7 tys. osób¹.

1.1.2. Tempo rozwoju liczebnego ludności

W Polsce od wielu już lat spada tempo liczebnego rozwoju ludności. Dane dwóch ostatnich spisów powszechnych ludności, czyli z 1988 i 2002 roku (tabl. 2) wykazują, że w ciągu 13 lat ludność kraju wzrosła tylko o 333,9 tys. osób, tj. o 0,88%.

Dla porównania wskazać można, iż między spisami powszechnymi z lat 1978 i 1988, czyli w okresie krótszym, bo 10-letnim, ludność Polski wzrosła o 2.818 tys. osób, tj. o 8,0%.

Główną przyczyną niskiego tempa przyrostu rzeczywistego ludności w latach 1988-2002 był stale malejący przyrost naturalny. W 1989 roku wynosił on 181,3 tys. osób, w 1995 roku obniżył się już do 47,0 tys. osób, zaś w 2001 roku – do 5,0 tys., by w 2002 roku – wskutek przewagi liczebnej zgonów nad urodzeniami – mieć już ujemną wartość wynoszącą 5,7 tys. osób.

Tablica 2. Ludność Polski w latach 1988-2005 oraz w dniu 30 VI 2006^a

Stan w dniu	Ogółem	Miasto	Wieś
	w tysiącach		
31 XII 1988	37 884,7	23 186,8	14 697,9
31 XII 2002	38 218,5	23 571,2	14 647,3
31 XII 2004	38 173,8	23 470,1	14 703,7
31 XII 2005	38 157,1	23 423,8	14 733,3
30 VI 2006	38 132,3	23 400,6	14 731,7

¹ Liczby te różnią się od danych wynikających ze składników przyrostu rzeczywistego ludności przedstawionych w bilansie ludności. Przyczyny występujących różnic wyjaśniono w przypisie do tabl. 1.

Tablica 2. Ludność Polski w latach 1988-2005 oraz w dniu 30 VI 2006^a (dok.)

Stan w dniu	Ogółem		Miasto		Wieś	
	w tysiącach					
Przyrost (+), ubytek (-) ludności						
w okresie	w tys.	w %	w tys.	w %	w tys.	w %
1988-2002	+333,8	+0,88	+384,4	+1,66	-50,6	-0,34
31 XII 2002-30 VI 2006	-86,2	-0,22	-170,6	-0,72	+84,4	+0,58

^a Szacunek GUS metodą bilansową: dla 1988 r. na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego z dnia 7 XII 1988 r. oraz danych sprawozdawczości bieżącej; dla lat 2002, 2004 i 2005 na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z dnia 20 V 2002 r. oraz danych sprawozdawczości bieżącej.

Źródło: Demografia 1990, GUS, Warszawa 1991; „Ludność według płci, wieku, województw, podregionów, powiatów, miast i gmin. Stan w dniu 31 XII 2002 r. Materiały źródłowe GUS, Warszawa 2003”. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Zeszyty dla lat 2004, 2005 i 2006. Informacje i opracowania statystyczne. GUS, Warszawa 2005, 2006 oraz obliczenia własne.

Dodatkowym czynnikiem obniżającym dynamikę liczebności populacji w Polsce było ujemne saldo migracji zagranicznych, które w okresie 1989-2002 wahało się w poszczególnych latach w przedziale 11,6 tys. – 24,4 tys. osób.

Dane dotyczące liczby ludności w miastach i na wsi z lat 1988-2002 ukazują odmienne tendencje w rozwoju liczebnym populacji. W wymienionym okresie liczba ludności w miastach wzrosła o 384,4 tys. osób, czyli o 1,66%, podczas gdy na wsi zmalała o 50,6 tys. osób, tj. o 0,34%. Jednak w ostatnich kilku latach tendencja ta uległa odwróceniu. Począwszy od 2000 roku zmniejsza się stale liczba ludności miast, a nie wsi. W ciągu ostatnich 3,5 lat, czyli między 31 XII 2002 roku a 30 VI 2006 roku liczba ludności miejskiej zmniejszyła się o 170,6 tys. osób, czyli o 0,72%, liczba ludności wiejskiej zwiększyła się natomiast o 84,4 tys. osób, tj. o 0,58% (tabl. 2).

1.2. Zmiany w strukturze ludności według płci

1.2.1. Relacje liczbowe ludności według płci

Relacje liczbowe mężczyzn i kobiet z jednoczesnym podziałem na określone grupy wiekowe to podstawowe uwarunkowanie zarówno bieżących, jak i przyszłych procesów demograficznych, w tym zwłaszcza urodzeń i zgonów. Odgrywają one także ważną rolę w społeczno-gospodarczym rozwoju kraju.

Strukturę ludności według płci kształtują – z jednej strony – naturalne procesy biologiczne, takie jak stale występująca przewaga liczby chłopców nad liczbą dziewcząt wśród noworodków (na 100 dziewczynek rodzi się w Polsce od 105-107 chłopców), większa częstość zgonów mężczyzn niż kobiet, z drugiej zaś – uwarunkowane procesami społeczno-gospodarczymi ruchy wędrownicze ludności. Jedne regiony przyciągają bardziej mężczyzn, inne zaś – kobiety.

Liczbę mężczyzn i kobiet w Polsce w latach spisów powszechnych ludności, czyli w latach 1988 i 2002 oraz szacunkowe dane GUS na koniec lat 2004 i 2005 r. oraz na dzień 30 VI 2006 roku przedstawiono w tablicy 3. Łatwo w niej dostrzec wyraźną przewagę liczebną kobiet. W dniu 31 XII 1988 roku wynosiła ona 950,5 tys. osób. Na 100 mężczyzn przypadało wówczas 105,1 kobiet. W miarę upływu czasu nadwyżka liczby kobiet nad liczbą mężczyzn powoli rosła. W dniu 31 XII 2002 roku wynosiła 1204,9 tys. osób powodując zwiększenie się współczynnika feminizacji (czyli liczby kobiet przypadających na 100 mężczyzn) do 106,5, tj. o 1,4 punktu. Dane z ostatnich dwóch lat wskazują, że proces ten trwa nadal. Na

koniec 2005 roku populacja kobiet była już o 1.233,4 tys. osób większa od liczby mężczyzn. Udział kobiet w ogólnej liczbie ludności wynosił wówczas 51,6%. Współczynnik feminizacji w porównaniu z 2002 r. wzrósł minimalnie, osiągając wartość 106,8 (tabl. 3). Na tym samym poziomie pozostał on także w dniu 30 VI 2006 roku.

Tej wielkości współczynnik feminizacji świadczy o lekko „zwichniętej” relacji liczbowej mężczyzn i kobiet. Jeśli jednak uwzględnimy, że kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, wskutek czego ich przewaga liczebna po 60. roku życia wyraźnie zwiększa się, wymieniona wartość współczynnika staje się zrozumiała.

Tablica 3. Ludność według płci w Polsce w latach 1988-2005. Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006^a

Lata	Ogółem		Miasto		Wieś		Ogółem	Miasto	Wieś
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety			
	w tysiącach								
1988	18 467,1	19 417,6	11 126,4	12 060,4	7 340,7	7 357,2	105,1	108,4	100,2
2002	18 506,8	19 711,7	11 211,4	12 359,8	7 295,4	7 351,9	106,5	110,2	100,8
2004	18 470,2	19 703,6	11 148,3	12 321,8	7 321,9	7 381,8	106,7	110,5	100,8
2005	18 453,8	19 703,2	11 119,5	12 304,2	7 334,3	7 399,0	106,8	110,7	100,9
2006 ^b	18 436,1	19 696,2	11 103,9	12 296,7	7 332,2	7 399,5	106,8	110,7	100,9

^a Przepis i źródło jak w tabl. 2. ^b Stan w dniu 30 VI.

Struktury ludności według płci w mieście i na wsi wyraźnie się różnią. Istnieje i wra- sta przewaga liczebna kobiet w miastach. W 1988 roku na 100 mężczyzn przypadało tu 108,4 kobiet. W 2002 roku współczynnik ten wzrósł do 110,2, zaś w dniu 30 VI 2006 roku osiągnął wartość 110,7. Powyższe współczynniki świadczą o niekorzystnych relacjach liczbowych mężczyzn i kobiet w środowisku miejskim.

Inny obraz struktury ludności według płci ma miejsce na wsi. W 1988 roku na 100 mężczyzn przypadało tam 100,2 kobiet, a w 2005 roku poziom tego współczynnika minimal- nie wzrósł do 100,9 i na takim samym poziomie pozostał w 2006 roku. Można zatem mówić o „idealnej” strukturze według płci w tym środowisku. Nie oznacza to, że nie wiążą się z tym określone problemy społeczne.

Duża przewaga liczebna kobiet w miastach i prawie równowaga liczebna obu płci na wsi to głównie rezultat odpływu kobiet, zwłaszcza młodych, w minionych latach ze wsi do miast.

1.2.2. Zróżnicowanie współczynników feminizacji według wieku

Występująca powszechnie prawidłowość, na którą wskazano wcześniej, polegająca na tym, że rodzi się więcej chłopców niż dziewczynek, powoduje, że wśród dzieci i młodzieży występuje wyraźna przewaga liczebna chłopców.

Wyższa umieralność chłopców niż dziewcząt sprawia, że istniejąca przewaga liczebna chłopców – w miarę osiągania coraz to starszych grup wieku – stopniowo wyczerpuje się i wreszcie zanika, po czym liczniejszą populacją stają się kobiety. Zarówno w 2004 roku jak i w połowie 2006 roku w populacjach, które nie osiągnęły jeszcze dwudziestego piątego roku życia, na 100 osób płci męskiej przypadało 95-97 osób płci żeńskiej.

Najbardziej zbliżona do siebie liczba mężczyzn i kobiet w Polsce w 2004 i w połowie 2006 roku wystąpiła w grupie wieku 40-44 lata. W przedziale tym na 100 mężczyzn przypa-

dało odpowiednio 99,6 i 99,1 kobiet (tabl. 4). Tej wartości współczynnik feminizacji nie występuje zarówno w młodszych jak i w starszych 5-letnich grupach wiekowych.

Wiek, w którym liczba mężczyzn i kobiet wyrównuje się, jest inny w miastach i na wsi. W środowisku miejskim w Polsce równowaga liczebna płci męskiej i żeńskiej występuje w młodszych przedziałach wiekowych, w środowisku wiejskim zaś w starszych. W połowie 2006 roku w miastach znaczna nadwyżka liczby mężczyzn nad liczbą kobiet utrzymywała się do 20 roku życia, współczynniki feminizacji zamykały się tu w przedziale 94,4-96,3 (tabl. 4). W starszych grupach wiekowych: 20-24 lata, 25-29 lat i 30-34 lata liczba mężczyzn i kobiet była już bardzo wyrównana – na 100 mężczyzn przypadało tu od 99,0 do 100,0 kobiet. Od wieku 35-39 lat przewagę liczebną uzyskują już kobiety; a następnie im starsza grupa wiekowa, tym wyższy współczynnik feminizacji. W miastach był on bardzo wysoki wśród mieszkańców w wieku powyżej 79 lat. W połowie 2006 roku np. w grupie wieku 80-84 lat wynosił 231,7. Jest to rezultat nie tylko różnic w przeciętnym trwaniu życia mężczyzn i kobiet, lecz także negatywnych następstw II wojny światowej, takich jak: duże straty w czasie okupacji hitlerowskiej wśród młodych mężczyzn, spowodowane bezpośrednimi działaniami na polach bitew, w walkach partyzanckich, w obozach pracy, w więzieniach itp. Mężczyźni – wówczas w młodym wieku – obecnie znajdują się w najstarszych grupach wieku poprodukcyjnego w stosunku do liczby kobiet w tych samych grupach wieku – stanowią zbiorowość mniej liczną.

Tablica 4. Współczynniki feminizacji w 5-letnich przedziałach wiekowych w Polsce. Stan w dniu 31 XII 2004 oraz w dniu 30 VI 2006 (na 100 mężczyzn przypada kobiet)

Grupa wieku	Ogółem		Miasto		Wieś	
	2004	2006 ^a	2004	2006 ^a	2004	2006 ^a
0-4 lata	94,7	94,5	94,5	94,3	94,9	94,8
5-9	95,2	95,2	95,1	95,1	95,2	95,4
10-14	95,6	95,8	95,4	95,8	95,7	95,9
15-19	95,6	95,5	96,5	96,3	94,2	94,4
20-24	96,7	96,6	99,1	98,6	92,7	93,4
25-29	97,2	97,2	100,0	100,3	92,3	92,0
30-34	97,3	97,5	99,3	99,6	94,1	93,9
35-39	97,8	97,8	101,9	100,9	92,0	93,3
40-44	99,6	99,1	107,1	105,7	88,9	89,8
45-49	102,4	102,2	111,3	111,2	87,8	88,4
50-54	106,7	106,1	114,8	114,9	91,9	90,8
55-59	111,7	111,2	116,9	117,4	101,7	99,4
60-64	121,4	120,2	125,3	124,0	114,5	113,2
65-69	133,8	132,9	138,5	137,9	126,2	124,7
70-74	149,3	148,4	151,5	151,3	146,0	143,8
75-79	182,5	174,7	185,3	176,1	178,7	172,8
80-84	224,8	224,8	234,3	231,7	212,8	215,8
85 lat i więcej	282,6	275,7	310,5	298,5	249,9	248,0

^a Stan w dniu 30 VI.

Źródło: *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Zeszyty dla 2004 i 2005. Informacje i opracowania statystyczne.* GUS, Warszawa 2005, 2006 oraz obliczenia własne.

Na wsi relacje liczebne mężczyzn i kobiet w poszczególnych grupach wieku kształtują się inaczej. Tutaj w zdecydowanie większej liczbie roczników przeważają liczebnie mężczyźni. W 2006 roku na wsi nadwyżka liczby mężczyzn utrzymywała się aż do około 55 roku życia. Dopiero w przedziale wieku 55-59 lat liczba mężczyzn i kobiet bardzo zbliżyła się do siebie. W kolejnych, starszych grupach wieku przewaga liczebna kobiet stale rośnie wraz z wiekiem.

1.3. Zmiany w strukturze ludności według wieku

Przeobrażenia w strukturze ludności według wieku kształtowane są trzema czynnikami: liczbą urodzeń, liczbą zgonów i liczebnością migrantów. Ten ostatni czynnik może powodować zarówno starzenie się, jak i odmładzanie społeczeństwa w zależności od tego, w jakim wieku jest migrująca ludność. W migracjach częściej uczestniczy ludność młodsza. Dlatego też migracje wpływają na odmłodzenie społeczeństw tych terenów, na które przybywają migranci i starzenie się ludności obszarów, z których migranci odchodzą.

Jeśli idzie o zgony, to ich wpływ na odmładzanie czy też starzenie ludności sprowadza się w tym wypadku do problemu, w jakich grupach wieku – dziecięcych i młodzieżowych, czy w starszych grupach wiekowych – dzięki zmniejszeniu się poziomu umieralności pozostaje przy życiu więcej osób.

Należy jednak podkreślić, że głównym czynnikiem powodującym przeobrażenia w strukturze ludności według wieku są urodzenia. Jest tak dlatego, gdyż dzięki wysokiej częstotliwości urodzeń rośnie szybko liczba dzieci i zwiększa się ich udział procentowy w ogólnej liczbie ludności. I odwrotnie. Spadek poziomu urodzeń zmniejsza liczbę dzieci, a tym samym powiększa względny udział populacji w starszym wieku.

Chcąc ocenić zmiany w strukturze ludności według wieku musimy ją podzielić (w zależności od potrzeb badawczych) na „małe” lub „duże” grupy wiekowe. Wyodrębniając określone grupy wiekowe możemy kierować się właściwościami biologicznymi danej populacji i stosować podział ludności według biologicznych grup wieku, bądź też właściwościami ekonomicznymi i stosować podział ludności według ekonomicznych grup wieku. Obok wymienionych podziałów – dostosowując się do potrzeb edukacyjnych wyodrębnia się także edukacyjne grupy wieku.

1.3.1. Ludność według biologicznych grup wieku

W szerokim podziale typu biologicznego, tzw. trójdzielnym, wyszczególnia się najczęściej grupy wieku 0-14 lat, 15-64 lat, 65 lat i więcej. Podział ten pozwala określić, jaki odsetek ogółu ludności stanowią dzieci (umownie określani jako wnukowie), jaki ludność dorosła (umownie określana rodzicami), a jaki ludzie starzy (umownie określani dziadkami), i w konsekwencji wskazać stopień zaawansowania demograficznej starości ludności danego kraju lub regionu.

Pod wpływem wymienionych uprzednio czynników dokonały się głębokie przeobrażenia w strukturze ludności według wieku w Polsce w okresie 1988-2002 i postępują one w kolejnych latach.

Wyrażają się one w dużym spadku liczby dzieci i wyraźnym wzroście populacji w starszym wieku. Zbiorowość dzieci w wieku 0-14 lat zmalała w latach 1988-2002 z 9.672,8 tys. do 6.804,2 tys. osób, tj. o 2.868,6 tys. osób. Oznacza to, że zmniejszyła się ona w ciągu 14 lat o 29,7%, przy czym w większym stopniu w miastach, bo o 34,6%, w mniejszym zaś na wsi – o 22,5%. Był to rezultat stałego spadku liczby urodzeń, jakie wystąpiły w omawianym okresie. Te zmiany w liczebności dzieci w wieku 0-14 lat zmieniły także radykalnie ich udział w ogólnej liczbie ludności. Zmalał on z 25,5% w 1988 roku do 17,8% w 2002 roku, czyli o 7,7 punktu procentowego; zjawisko to silniej zarysowało się w miastach (spadek o 8,8 punktu) niż na wsi (spadek o 5,9 punktu).

Dane z 2004 i 2005 roku informują, że liczba dzieci w wieku 0-14 lat dalej się zmniejszała. W 2004 roku spadek ten wyniósł 203,0 tys. osób, a w 2005 roku 188,0 tysięcy. Dalej też obniżał się odsetek dzieci w obu środowiskach ich zamieszkiwania. W końcu 2005 roku udział w ogólnej liczbie ludności kraju wyniósł 16,2%, przy czym w miastach 14,5%, na wsi 18,9%. Dane z połowy 2006 roku informują o dalszym spadku odsetka dzieci w omawianych środowiskach.

**Tablica 5. Ludność Polski według biologicznych grup wieku w latach 1988-2005.
Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006^a**

Wyszczególnienie	Ogółem	w wieku lat			Ogółem	w wieku lat		
		0-14	15-64	65 i więcej		0-14	15-64	65 i więcej
	w tysiącach				w odsetkach			
Ogółem 1988	37 884,7	9 672,8	24 507,4	3 704,5	100,0	25,5	64,7	9,8
2002	38 218,5	6 804,2	26 526,6	4 887,7	100,0	17,8	69,4	12,8
2004	38 173,8	6 377,2	26 778,3	5 018,3	100,0	16,7	70,2	13,1
2005	38 157,1	6 189,2	26 892,1	5 075,8	100,0	16,2	70,5	13,3
2006 ^b	38 132,3	6 012,6	26 964,4	5 155,3	100,0	15,8	70,7	13,5
Miasta 1988	23 186,8	5 727,0	15 467,6	1 992,2	100,0	24,7	66,7	8,6
2002	23 571,2	3 747,8	16 913,2	2 910,2	100,0	15,9	71,8	12,3
2004	23 470,1	3 497,7	16 948,3	3 024,1	100,0	14,9	72,2	12,9
2005	23 423,8	3 397,3	16 948,2	3 078,3	100,0	14,5	72,4	13,1
2006 ^b	23 400,6	3 301,1	16 962,7	3 136,8	100,0	14,1	72,5	13,4
Wieś 1988	14 697,9	3 945,8	9 039,8	1 712,3	100,0	26,8	61,5	11,7
2002	14 647,3	3 056,5	9 613,4	1 977,4	100,0	20,9	65,6	13,5
2004	14 703,7	2 879,5	9 830,0	1 994,2	100,0	19,6	66,8	13,6
2005	14 733,3	2 791,9	9 943,9	1 997,5	100,0	18,9	67,5	13,6
2006 ^b	14 731,7	2 711,5	10 001,7	2 018,5	100,0	18,4	67,9	13,7

^a Przepis i źródło jak w tabl. 2 ^b Stan w dniu 30 VI.

W kolejnej bardzo dużej zbiorowości w wieku 15-64 lata, obejmującej aż 50 roczników, umownie określanej ludnością dorosłą, w latach 1988-2002 nastąpił wzrost liczebności z 24.507,4 tys. osób do 26.526,6 tys., czyli o 2.019,2 tys. osób (w miastach o 1.445,6 tys., na wsi natomiast o 573,6 tys. osób). Z danych tabl. 5 wynika, że rosnąca tendencja trwa nadal, wystąpiła bowiem w latach 2003-2006. Udział ludności w tej grupie wieku w połowie 2006 roku stanowił 70,7% ogółu ludności i w stosunku do 1988 roku zwiększył się o 6,0 punktów procentowych. Wśród mieszkańców miast wskaźnik ten był zdecydowanie wyższy, gdyż wynosił 72,5%, na wsi zaś 67,9%.

Populacja z trzeciej grupy według podziału biologicznego – 65 lat i więcej – charakteryzuje się największą dynamiką. W okresie 1988-2002 zwiększyła się o 1.183,2 tys. osób, tj. o 31,9%. Zdecydowanie szybsze tempo przyrostu liczby ludności starszej miało miejsce w miastach, gdyż osiągnęło 46,1%, podczas gdy na wsi 15,5%. Zbiorowość ludzi starszych wciąż się zwiększa. W połowie 2006 roku liczyła ona 5.155,3 tys. osób, co oznacza, że w latach 2004-2006 roku zwiększyła się o 137,0 tys. osób. W wyniku tego procesu rośnie stale udział ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej populacji kraju. W 1988 roku wynosił on 9,8%, w 2002 roku 12,8%, a w połowie 2006 roku 13,5% (w miastach 13,4%, a na wsi 13,7%) (tabl. 5).

Szybkie – w ostatnich kilkunastu latach – tempo wzrostu liczby ludności w wieku 65 lat i więcej, i stałe zwiększanie się jej udziału w całej populacji, świadczy o nasilaniu się procesu starzenia demograficznego ludności w naszym kraju.

W związku ze stałym wydłużaniem się przeciętnego trwania życia i rosnącej liczby osób dożywającej sędziwego wieku, czyli 80 lat i więcej, do oceny procesu starzenia się ludności stosuje się także miernik udziału tej grupy wśród ogółu ludności. W Polsce stopniowo rośnie udział 80-latków i starszych w ogólnej liczbie ludności; w 1988 roku wynosił on 1,9%, natomiast w połowie 2006 roku 2,9% (tabl. 6).

Tablica 6. Mierniki obrazujące proces starzenia demograficznego ludności w Polsce w latach 1988-2006

Stan w dniu 31 XII ^a	% ludności w wieku 80 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności	Na 1000 dzieci w wieku 0-14 lat przypada osób w wieku 65 lat i więcej	Mediana (wiek środkowy) ludności		
			wiek w latach		
			ogółem	mężczyźni	kobiety
Ogółem					
1988 ^b	1,9	383,0	32,4	31,1	33,8
2002	2,2	718,3	35,9	33,9	38,0
2004	2,5	786,9	36,5	34,4	38,6
2005	2,7	820,1	36,7	34,7	38,9
2006 ^c	2,9	857,4	37,1	35,1	39,2
Miasta					
1988 ^b	1,7	347,9	32,9	31,5	34,3
2002	2,1	776,5	37,2	34,7	39,5
2004	2,4	864,6	37,7	35,2	40,2
2005	2,5	906,1	38,0	35,5	40,5
2006 ^c	2,7	950,2	38,4	35,9	40,8
Wieś					
1988 ^b	2,3	434,0	31,5	30,4	32,9
2002	2,5	646,9	34,0	32,7	35,3
2004	2,8	692,6	34,2	33,3	35,9
2005	2,9	715,5	34,8	33,6	36,2
2006 ^c	3,1	744,4	35,2	34,0	36,6

^a Zob. przypis w tabl. 2. ^b Mediana wieku dla 1990 r. ^c Stan w dniu 30 VI.

Źródło: dane GUS oraz obliczenia własne.

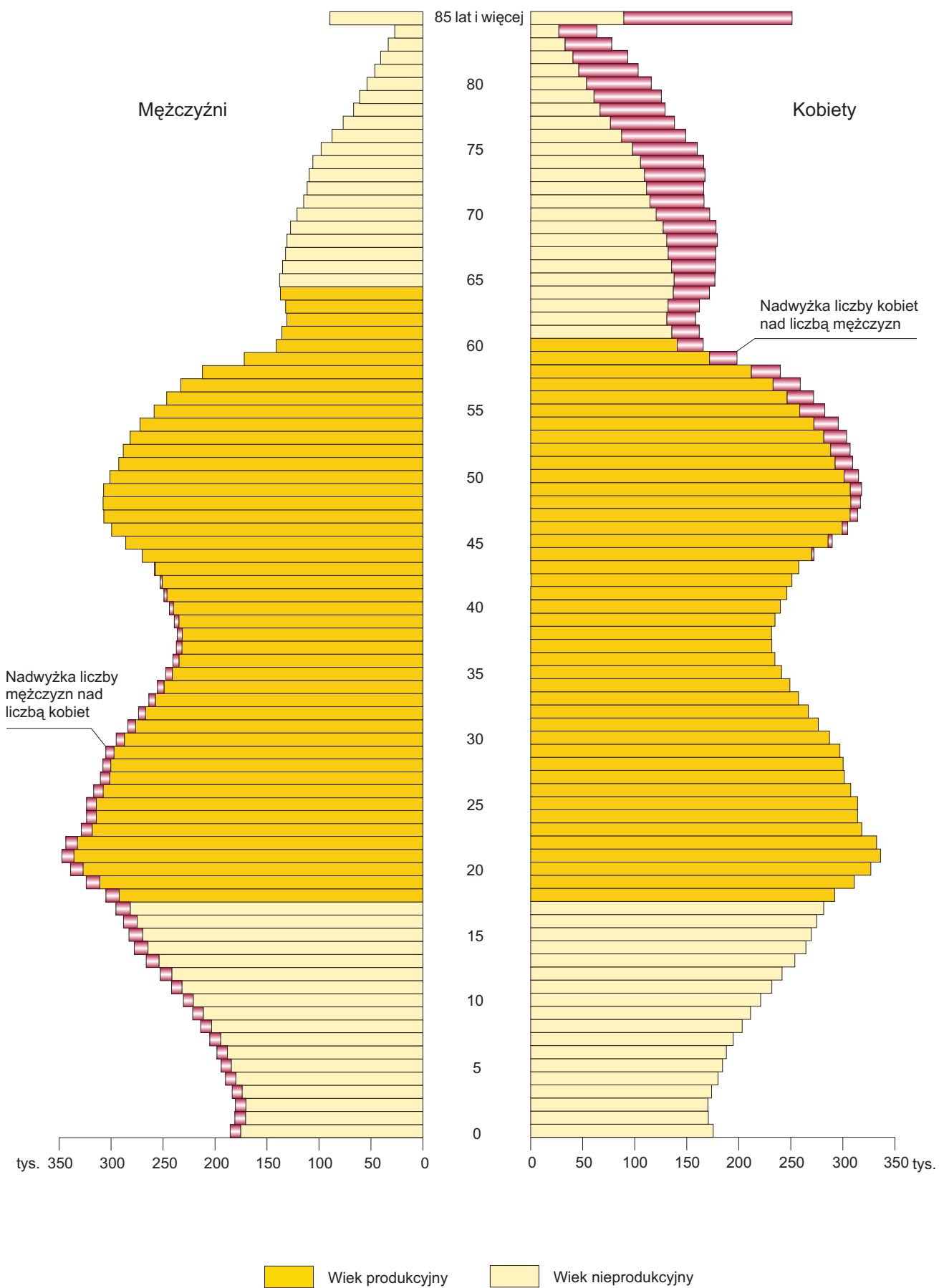
Inną miarą procesu starzenia demograficznego ludności jest relacja między liczbą dzieci, a liczbą ludzi starszych. Wskazuje ona, ile ludzi starszych w wieku 65 lat i więcej przypada na 1000 dzieci będących w wieku 0-14 lat. W 1988 roku wskaźnik ten wyniósł 383,0, a w połowie 2006 roku był on już dwa razy wyższy osiągając 857,4 (tabl. 6). Jak więc widać, w okresie 17 lat bardzo pogorszyły się relacje międzypokoleniowe między dziadkami i wnukami.

W ocenie zmian w poziomie starości społeczeństwa znajduje również zastosowanie miara przedstawiająca wiek środkowy ludności, czyli mediana. Jeśli jej wartość rośnie, oznacza to, że dana populacja starzeje się, jeśli zaś mediana zmniejsza się, świadczy to, że dana społeczność odmładza się. W latach 1988-2005 wystąpił wyraźny wzrost wartości mediany w naszym kraju z 32,4 lat do 36,7 lat. W połowie 2006 roku była jeszcze wyższa i wynosiła 37,1 lat.

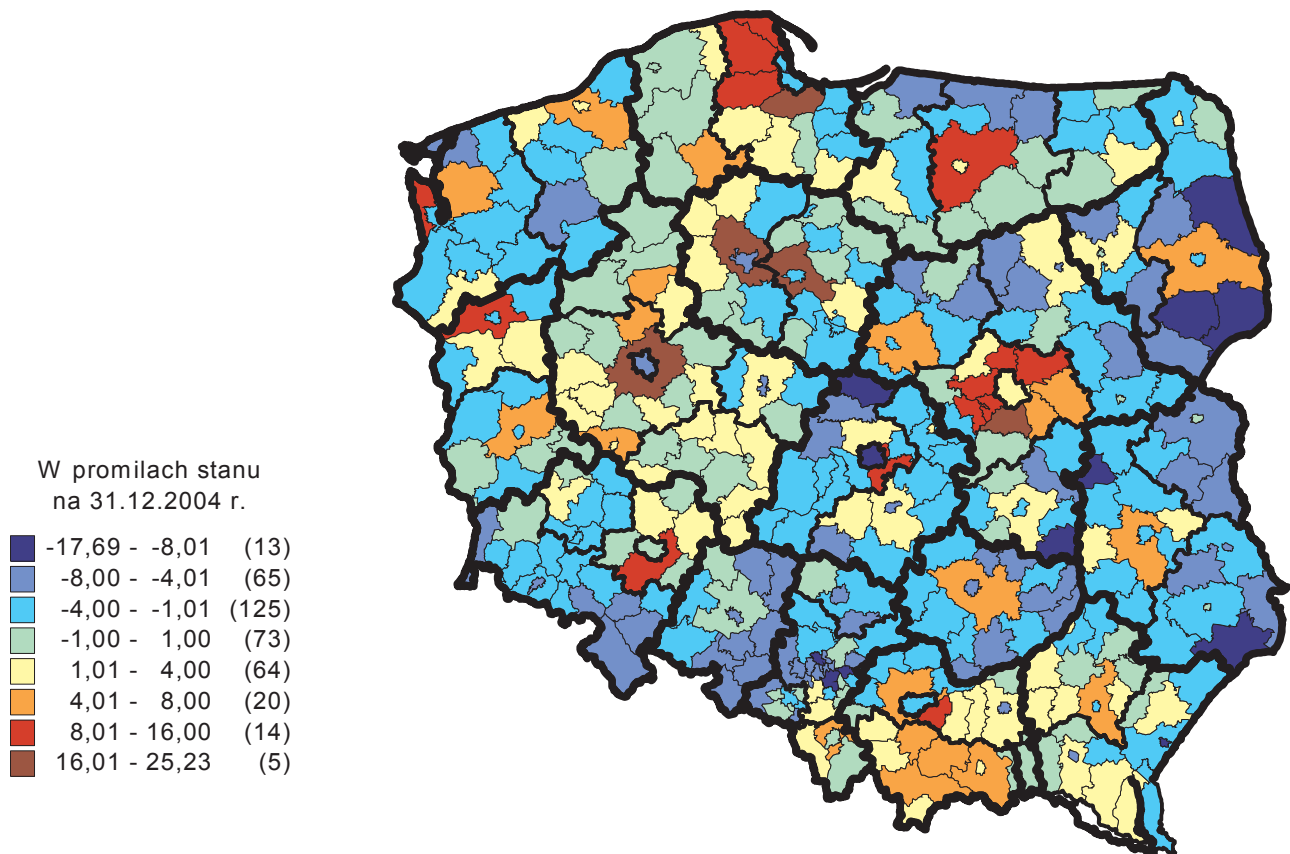
Mierniki obrazujące proces starzenia demograficznego ludności w Polsce wykazują istotne różnice w przebiegu tego procesu w miastach i na wsi. Odsetki ludności w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej, dowodzą, że proces ten jest głębszy na wsi niż w mieście. W przypadku zaś relacji międzypokoleniowych, które charakteryzuje wskaźnik liczby „dziadków” przypadających na 1000 „wnuków” było odwrotnie; korzystniejsza sytuacja występuje na wsi.

Należy podkreślić także występowanie dużych różnic w strukturze wieku starszych mężczyzn i starszych kobiet (tabl. 7). W połowie 2006 roku udział mężczyzn w wieku 65 lat i więcej stanowił 8,9% w ogólnej ich liczbie. Odpowiedni wskaźnik dla kobiet wyniósł natomiast 12,4%. Z kolei populacja sędziwych mężczyzn w wieku 80 lat i więcej w tym samym roku stanowiła 1,7% ogólnej ich liczby, a odpowiedni wskaźnik dla kobiet osiągnął natomiast wartość 3,9%. Nieco większy odsetek obu grup osób starszych (65 letnich i starszych oraz 80 letnich i starszych) cechuje społeczność wiejską.

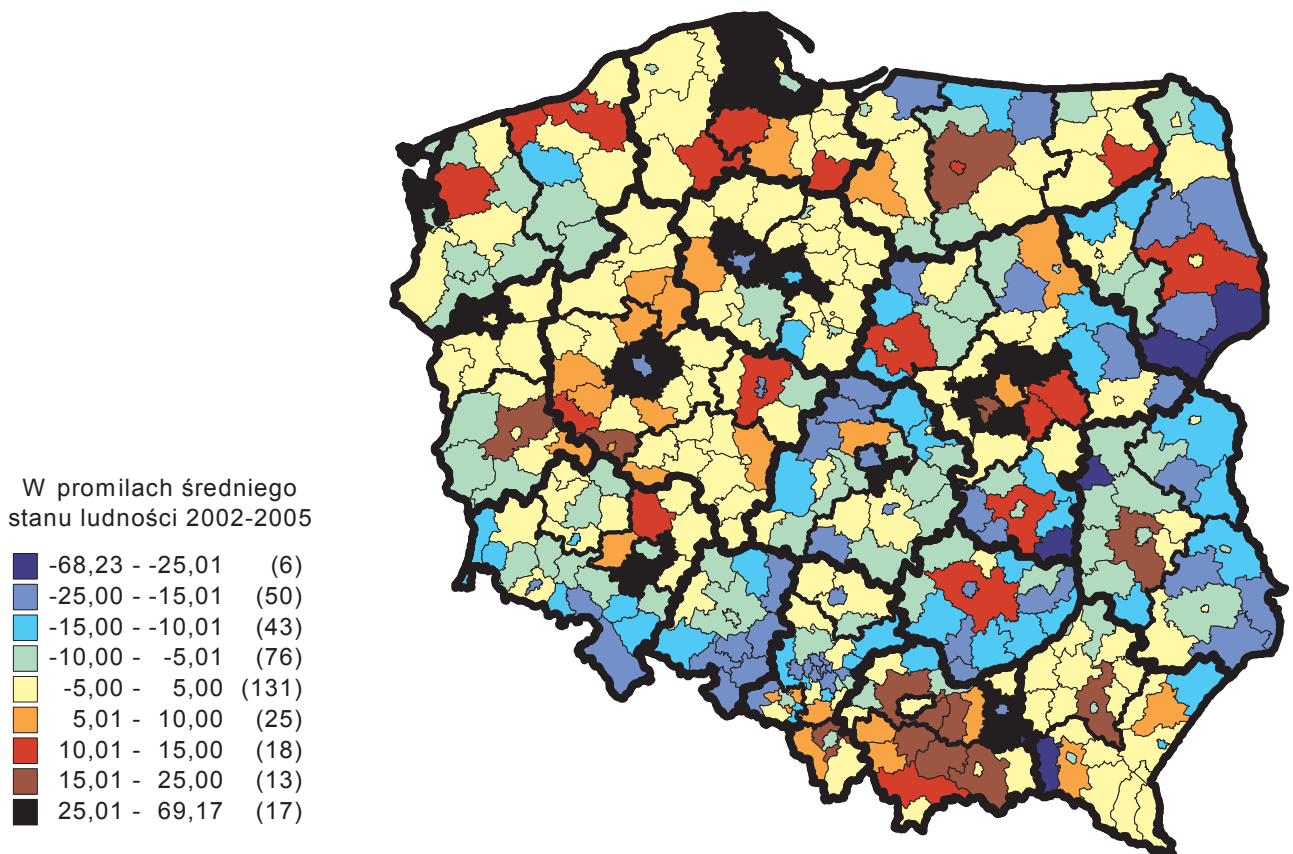
Ryc. 1. Ludność według płci i wieku w 2005 r.
Stan w dniu 30 VI



**Ryc. 2. Przyrost i ubytek rzeczywisty ludności w 2005 r.
– według powiatów (na 1000 mieszkańców)**



**Ryc. 3. Średnioroczny przyrost i ubytek rzeczywisty ludności w okresie 2002-2005
– według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)**



Tablica 7. Ludzie starzy wg płci i wieku w Polsce w dniu 31 XII 2005 r. oraz w dniu 30 VI 2006^a

Wyszczególnienie	Ludność w wieku					
	65 lat i więcej			80 lat i więcej		
	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
	w tysiącach					
Ogółem 2005	5 075,8	1 919,2	3 156,6	1 030,8	301,2	729,6
2006 ^a	5 155,3	1 953,7	3 201,6	1 087,6	318,9	768,7
Miasta 2005	3 078,3	1 149,2	1 929,1	596,4	168,1	428,3
2006 ^a	3 136,8	1 174,0	1 962,8	631,6	179,2	452,4
Wieś 2005	1 997,5	770,0	1 227,5	434,4	133,1	301,3
2006 ^a	2 018,5	779,8	1 238,7	456,0	139,7	316,3
w % ogółu ludności danej płci i środowiska						
Ogółem 2005	13,3	10,4	16,0	2,7	1,6	3,7
2006 ^a	13,5	10,6	16,3	2,9	1,7	3,9
Miasta 2005	13,1	10,3	15,7	2,5	1,5	3,5
2006 ^a	13,4	10,6	16,0	2,7	1,6	3,7
Wieś 2005	13,6	10,5	16,6	2,9	1,8	4,0
2006 ^a	13,7	10,6	16,7	3,1	1,9	4,3

^a Stan w dniu 30 VI.

1.3.2. Ludność według ekonomicznych grup wieku

Klasyfikacja wieku ludności według kryteriów społeczno-ekonomicznych pozwala wyróżnić trzy duże grupy wiekowe: wiek przedprodukcyjny (0-17 lat), produkcyjny (18-59 lat kobiety, 18-64 lata mężczyźni) i poprodukcyjny (60 lat i więcej kobiety, 65 lat i więcej mężczyźni).

Zmiany w strukturze wieku ludności dokonujące się według takiego ujęcia poznawczego są ściśle związane z wnioskami dla procesów podaźowych rynku pracy.

Tablica 8. Ludność Polski według ekonomicznych grup wieku w latach 1988-2005.
Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006^a

Wyszczególnienie	Ogółem	Ludność w wieku		
		przedprodukcyjnym (0-17 lat)	produkcyjnym (mężczyźni 18-64, kobiety 18-59 lat)	poprodukcyjnym (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 i więcej)
w tysiącach				
Ogółem 1988	37 884,7	11 352,0	21 821,6	4 711,1
2002	38 218,5	8 663,7	23 789,8	5 765,0
2004	38 173,8	8 087,0	24 239,6	5 847,2
2005	38 157,1	7 863,8	24 405,1	5 888,2
2006 ^b	38 132,3	7 669,2	24 466,4	5 996,7
Miasta 1988	23 186,8	6 785,5	13 828,2	2 573,1
2002	23 571,2	4 848,8	15 239,2	3 483,2
2004	23 470,1	4 485,8	15 411,1	3 573,2
2005	23 423,7	4 354,1	15 450,1	3 619,5
2006 ^b	23 400,6	4 237,4	15 462,8	3 700,4

**Tablica 8. Ludność Polski według ekonomicznych grup wieku w latach 1988-2005.
Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006^a (dok.)**

Wyszczególnienie	Ogółem	Ludność w wieku		
		przedprodukcyjnym (0-17 lat)	produkcyjnym (mężczyźni 18-64, kobiety 18-59 lat)	poprodukcyjnym (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 i więcej)
w tysiącach				
Wieś 1988	14 697,9	4 566,5	7 993,4	2 138,0
2002	14 647,3	3 814,9	8 550,6	2 281,8
2004	14 703,7	3 601,2	8 828,5	2 274,0
2005	14 733,4	3 509,7	8 955,0	2 268,7
2006 ^b	14 731,7	3 431,8	9 003,6	2 296,3
w odsetkach				
Ogółem 1988	100,0	30,0	57,6	12,4
2002	100,0	22,7	62,2	15,1
2004	100,0	21,2	63,5	15,3
2005	100,0	20,6	64,0	15,4
2006 ^b	100,0	20,1	64,2	15,7
Miasta 1988	100,0	29,3	59,6	11,1
2002	100,0	20,6	64,6	14,8
2004	100,0	19,1	65,7	15,2
2005	100,0	18,6	66,0	15,4
2006 ^b	100,0	18,1	66,1	15,8
Wieś 1988	100,0	31,1	54,4	14,5
2002	100,0	26,0	58,4	15,6
2004	100,0	24,5	60,0	15,5
2005	100,0	23,8	60,8	15,4
2006 ^b	100,0	23,3	61,1	15,6

^a Przepis i źródło jak w tab. 2. ^b Stan w dniu 30 VI.

Dane tablicy 8 informują, że populacja w wieku przedprodukcyjnym w końcu 1988 roku osiągnęła 11.352,0 tys. osób. Można uznać, że była to zbiorowość stosunkowo liczna, jej udział w ogólnej liczbie ludności stanowił 30,0%. Zjawisko takie mogło zaistnieć dlatego, że w 1988 roku w przedziale wieku 0-17 lat znalazły się m.in. liczne roczniki, które przyszły na świat w latach 70., a więc w okresie wyraźnego wzrostu liczby urodzeń spowodowanych m.in. wejściem w wiek rozrodczy dużych liczebnie generacji urodzonych w okresie wyżu demograficznego w latach 50.

Po 1988 roku – wskutek wyraźnie malejącego poziomu urodzeń – liczba ludności w wieku 0-17 lat zaczęła się zmniejszać, w końcu 2002 roku wynosiła już tylko 8.663,7 tys. osób; znaczy to, że w stosunku do 1988 roku zmniejszyła się o 2.688,3 tys., czyli o 23,7%. Spadek ten był większy w miastach (o 28,5%), mniejszy zaś na wsi (o 16,5%). W latach 2004 i 2005 roku liczba ludności w tym wieku uległa dalszemu zmniejszeniu i w połowie 2006 roku liczyła 7.669,2 tys. osób. W porównaniu z 2002 r. zmniejszyła się o dalsze 994,5 tys. osób.

Regres w rozwoju liczebnym populacji w wieku przedprodukcyjnym zmniejszył radykalnie jej udziały w ogólnej liczbie ludności. W połowie 2006 roku udziały te wynosiły w populacji ogółem, miejskiej i wiejskiej odpowiednio: 20,1%, 18,1% i 23,3% (tabl. 8). Zdecydowanie wyższy odsetek mieszkańców w wieku przedprodukcyjnym cechuje społeczność wiejską.

Kolejna grupa wieku – oparta na ekonomicznych przesłankach klasyfikacyjnych ściśle związana z rynkiem pracy – to populacja w wieku produkcyjnym. Ludność w wieku produkcyjnym jest ważnym czynnikiem determinującym rozwój społeczno-gospodarczy kraju czy regionu. Zjawiska demograficzne najsilniej oddziałują na gospodarkę właśnie przez liczbę i strukturę ludności w tym wieku. Zbiorowość ta określa wielkość potencjalnych zasobów pracy, te zaś z kolei rozmiary zatrudnienia. W efekcie ludność w wieku produkcyjnym jest istotnym elementem siły produkcyjnej społeczeństwa.

Granice wieku produkcyjnego są zakreślane dość szeroko. Rozpiętość między najmłodszymi rocznikami tej grupy – 18 lat, a najstarszymi liczącymi 59 lat (kobiety) i 64 lata (mężczyźni) wynosi odpowiednio 42 i 47 roczników. Oznacza to, że w grupie wieku produkcyjnego, np.: w 1988 roku czy też w 2005 roku znajdowały się generacje o różnej liczebności; są w tej zbiorowości liczne roczniki wyżu z lat 50., mniej liczne roczniki niżu urodzeń z lat 60.; odnajdziemy tu także stosunkowo liczną generację, która przysłała na świat w latach 70. itp.

Proces ubytku naturalnego i migracyjnego ludności w wieku produkcyjnym, jaki się dokonywał w latach 1988-2006, był rekompensowany nowymi, licznymi generacjami, które osiągnęły 18 lat – wywodzącymi się z wyżu urodzeń lat 70. W rezultacie tych procesów ludność w wieku produkcyjnym w tym okresie stale zwiększała swą liczebność. Jak wykazują dane tabl. 8, w 1988 roku populacja ta liczyła 21.821,6 tys. osób, w 2002 roku była już o 1.968,2 tys. większa. W latach 2003-2005 nadal powiększała się i w połowie 2006 roku liczyła 24.466,4 tys. osób.

Przedstawione przyrosty w liczbie ludności w wieku produkcyjnym przełożyły się na wydatne powiększenie jej udziału w ogólnej liczbie ludności. W połowie 2006 roku w porównaniu do 1988 roku wzrósł on: w całym kraju o 6,6 punktu procentowego do 64,2%, w miastach odpowiednio o 6,5 punktu procentowego do 66,1%, na wsi zaś o 6,7 punktu procentowego do 61,1%. Przewaga miast w tym zakresie wynika z wieloletniego odpływu młodych generacji ze wsi do miast.

Tablica 9. Zmiany w strukturze ludności produkcyjnej według wieku w Polsce w latach 1988-2005. Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006^a

Wyszczególnienie	Ludność w wieku produkcyjnym		
	razem ^b	mobilnym ^c	niemobilnym ^d
w tysiącach			
Ogółem 1988	21 821,6	15 188,3	6 633,3
2002	23 789,8	15 257,0	8 532,8
2004	24 239,6	15 256,7	8 982,9
2005	24 405,0	15 250,9	9 154,1
2006 ^e	24 466,4	15 253,5	9 212,9
Miasta 1988	13 828,2	9 729,6	4 098,6
2002	15 239,2	9 540,6	5 698,6
2004	15 411,0	9 466,7	5 944,3
2005	15 450,1	9 426,8	6 023,3
2006 ^e	15 462,8	9 420,8	6 042,0
Wieś 1988	7 993,4	5 458,7	2 534,7
2002	8 550,6	5 716,4	2 834,2
2004	8 828,6	5 790,0	3 038,6
2005	8 954,9	5 824,1	3 130,8
2006 ^e	9 003,6	5 832,7	3 170,9
w odsetkach			
Ogółem 1988	100,0	69,6	30,4
2002	100,0	64,1	35,9
2004	100,0	62,9	37,1

Tablica 9. Zmiany w strukturze ludności produkcyjnej według wieku w Polsce w latach 1988-2005. Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006^a (dok.)

Wyszczególnienie	Ludność w wieku produkcyjnym		
	razem ^b	mobilnym ^c	niemobilnym ^d
2005	100,0	62,5	37,5
2006 ^e	100,0	62,3	37,7
Miasta 1988	100,0	70,4	29,6
2002	100,0	62,6	37,4
2004	100,0	61,4	38,6
2005	100,0	61,0	39,0
2006 ^e	100,0	60,9	39,1
Wieś 1988	100,0	68,3	31,7
2002	100,0	66,9	33,1
2004	100,0	65,6	34,4
2005	100,0	65,0	35,0
2006 ^e	100,0	64,8	35,2

^a Przypis i źródło jak w tabl. 2. ^b Mężczyźni w wieku 18-64 lata, kobiety 18-59 lat. ^c Mężczyźni i kobiety w wieku 18-44 lata. ^d Mężczyźni w wieku 45-64 lata, kobiety 45-59 lat. ^e Stan w dniu 30 VI.

Wraz z upływem czasu zmienia się nie tylko liczba, ale i struktura populacji w wieku produkcyjnym. Młode generacje wstępujące w wiek produkcyjny i najstarsze – wychodzące z tej grupy wieku – zmieniają relacje pomiędzy liczbą osób w tzw. wieku mobilnym (18-44 lata) i wieku niemobilnym (45-64 lata mężczyźni i 45-59 lat kobiety). Jeśli w ogólnej liczbie ludności w wieku produkcyjnym rośnie udział względny osób w starszym wieku – co nieuchronnie pociąga za sobą spadek udziału generacji w młodszym wieku – mówimy, że ludność produkcyjna starzeje się. Jeśli obserwujemy zjawisko odwrotne – mówimy o odmładzaniu się tej populacji.

Przedstawione w tablicy 9 dane dla lat 1988-2006 roku wskazują na stały przyrost liczby ludności w wieku produkcyjnym – niemobilnym i stabilizację liczby ludności w wieku produkcyjnym – mobilnym. W wyniku tych procesów wśród ludności w wieku produkcyjnym zwiększył się udział ludności w wieku produkcyjnym – niemobilnym. Oznacza to, że ludność w wieku produkcyjnym w naszym kraju dotknął również proces starzenia się.

Trzecią grupę wieku wyodrębnioną na podstawie kryteriów ekonomicznych stanowi ludność w wieku poprodukcyjnym. Zbiorowość tę tworzą kobiety w wieku 60 lat i więcej oraz mężczyźni w wieku 65 lat i więcej.

Jak dowodzą dane tabl. 8, wnioski dotyczące zmian w liczebności tej kategorii ludności są podobne jak w przypadku ludności w wieku 65 lat i więcej. W latach 1988-2006 grupa ludności, która zakończyła swą aktywność zawodową, stale i dynamicznie powiększała się. W 1988 roku liczyła ona 4.711,1 tys. osób, zaś w połowie 2006 roku 5.996,7 tys. osób. Oznacza to wzrost o 1.285,6 tys. osób, tj. o 27,3%. Jej udział zaś w ogólnej liczbie ludności wzrósł w tych latach z 12,4% do 15,7%, tzn. że co szósty-siódmy mieszkaniec kraju zakończył już swój wiek produkcyjny.

1.3.3. Dzieci i młodzież według edukacyjnych grup wieku

Do edukacyjnych grupy wieku zalicza się roczniki, które wymagają szczególnej opieki ze strony państwa i społeczeństwa. Mamy tu na uwadze zbiorowość dzieci i młodzieży wyodrębnioną na podstawie określonych rodzajów usług społecznych, a mianowicie: dzieci w tzw. wieku żłobkowym i przedszkolnym, dzieci w wieku szkoły podstawowej, w wieku gimnazjalnym i licealnym oraz w wieku szkoły wyższej. Zbiorowość ta obejmuje dość dużą grupę wiekową 0-24 lata.

Liczbę osób w poszczególnych grupach wiekowych dla lat 1988-2006 roku dostosowanych do obecnego systemu szkolnictwa (wyodrębnia on następujące grupy wiekowe: 0-2, 3-6, 7-12, 13-15, 16-18, 19-24 lata) i ich udziały względne w ogólnej liczbie ludności

przedstawia tablica 10. Z danych tych wynika, że w okresie 1988-2006 w dużym stopniu zmalała liczba dzieci w wieku 0-2 lata, 3-6 lat oraz 7-12 i 13-15 lat. Odmienny proces wystąpił w starszych grupach, tj. w wieku 16-18 lat i 19-24 lata. Do 2002 roku zwiększała się liczebność grupy wieku licealnego, a obecnie ulega ona zmniejszeniu. Z kolei młodzież w wieku szkoły wyższej, wchodzenia na rynek pracy, czy też zakładania rodzin (19-24 lata) cały czas zwiększa swą liczebność (choć w ostatnich latach już w mniejszym tempie).

Tablica 10. Dzieci i młodzież według edukacyjnych grup wieku w Polsce w latach 1988-2005. Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006^a

Wyszczególnienie	Populacja w wieku lat					
	0-2	3-6	7-12	13-15	16-18	19-24 lata
w tysiącach						
Ogółem 1988	1 797,4	2 736,5	3 913,8	1 799,5	1 627,8	2 978,6
2002	1 091,6	1 607,4	2 977,6	1 712,3	1 953,7	3 889,9
2004	1 055,6	1 511,3	2 725,6	1 640,3	1 767,6	3 964,1
2005	1 065,9	1 471,7	2 611,5	1 589,4	1 707,9	3 928,2
2006 ^a	1 076,3	1 455,2	2 467,1	1 555,9	1 690,4	3 897,5
Miasta 1988	997,6	1 612,6	2 385,6	1 094,2	1 016,8	1 760,1
2002	606,8	871,6	1 626,7	980,2	1 176,5	2 482,7
2004	599,6	829,9	1 469,3	912,6	1 038,7	2 477,0
2005	612,9	814,1	1 405,4	870,2	991,6	2 422,5
2006 ^a	620,8	809,0	1 322,7	847,0	973,1	2 389,5
Wieś 1988	799,8	1 123,9	1 528,2	705,3	611,0	1 218,5
2002	484,8	735,8	1 350,9	732,1	777,2	1 407,2
2004	456,0	681,4	1 256,3	727,7	728,9	1 487,1
2005	453,0	657,6	1 206,1	719,2	716,3	1 505,7
2006 ^a	455,5	646,2	1 144,4	708,9	717,3	1 508,0
% danej grupy wiekowej w ogólnej liczbie ludności danego środowiska						
Ogółem 1988	4,7	7,2	10,3	4,7	4,3	7,9
2002	2,9	4,2	7,8	4,5	5,1	10,2
2004	2,8	4,0	7,1	4,3	4,6	10,4
2005	2,8	3,9	6,8	4,2	4,5	10,3
2006 ^a	2,8	3,8	6,5	4,1	4,4	10,2
Miasta 1988	4,3	7,0	10,3	4,7	4,4	7,6
2002	2,6	3,7	6,9	4,2	5,0	10,5
2004	2,6	3,5	6,3	3,9	4,4	10,6
2005	2,6	3,5	6,0	3,7	4,2	10,3
2006 ^a	2,7	3,5	5,7	3,6	4,1	10,2
Wieś 1988	5,4	7,6	10,3	4,7	4,2	8,3
2002	3,3	5,0	9,2	5,0	5,3	9,6
2004	3,1	4,6	8,5	4,9	5,0	10,1
2005	3,1	4,5	8,2	4,9	4,9	10,2
2006 ^a	3,1	4,4	7,8	4,8	4,9	10,2

^a Stan w dniu 30 VI.

Źródło: jak w tabl. 2 oraz obliczenia własne.

Spadek liczby dzieci w najmłodszych grupach wieku w okresie 1988-2006 był nieuniknionym skutkiem dużego – w ostatnich kilkunastu latach – zmniejszenia się poziomu urodzeń. Wzrost zaś liczby młodzieży w starszych grupach wieku jest rezultatem wyżu urodzeń, jaki miał miejsce na przełomie lat 70. i 80.

Ze zmniejszającą się liczbą dzieci i młodzieży wynikają określone – doraźne i perspektywiczne – skutki dla polityki edukacyjnej i rynku pracy.

II. MAŁŻEŃSTWA I ROZWODY

2.1. Małżeństwa

Oczekiwany z niepokojem wzrost liczby zawartych związków małżeńskich w 2003 r. do poziomu 195,4 tys. oraz związane z nim nadzieje na odwrócenie negatywnych trendów małżeństw okazał się chwilowym zdarzeniem demograficznym. W 2004 r. zawarto w kraju tylko 191,8 tys. związków, tj. o 3,6 tys. mniej niż w roku poprzednim, w tym o 2,3 tys. mniej w miastach oraz o 1,3 tys. mniej na wsi); w wyrażeniu względnym oznacza to redukcję liczby zawartych związków o 1,85% w kraju ogółem, w tym o 1,94% w miastach i o 1,73% na wsi. Tymczasem, kolejny 2005 r. przyniósł zauważalny wzrost liczby nowych par małżeńskich do 206,9 tys. w kraju ogółem, w tym do 125,6 tys. w miastach i 81,3 tys. na wsi. W wyrażeniu względnym oznacza to wzrost o 7,9% w stosunku do roku poprzedniego; dynamika wzrostu w miastach i na wsi nie różniła się.

Notowane zmiany pobudzają do refleksji nad przyczynami i skutkami przemian zachodzących w procesie formowania rodzin, zwłaszcza jeśli uwzględnić fakt, że na przełomie obu stuleci w wieku matrymonialnym, charakteryzującym się najwyższą skłonnością do zawierania małżeństw, były i pozostają stosunkowo liczne roczniki osób urodzonych w drugiej połowie lat 70. oraz na początku lat 80.

Z dwu czynników demograficznych warunkujących rejestrowany wzrost liczby małżeństw na plan pierwszy wysuwa się znaczny wzrost natężenia intensywności zawierania związków przez osoby w grupach wieku 25-29 lat oraz 30-34 lata, w których natężenie systematycznie rośnie. Zjawisko to wynika głównie z opóźniania decyzji o zawarciu małżeństwa m.in. z powodu rosnącej skłonności młodych do pozostawania w związkach nieformalnych, a po części – z faktu rezygnacji z życia w małżeństwie w ogóle. O ile w 2000 r. na 1000 mężczyzn w wieku 25-29 lat przypadały średnio 52 związki, o tyle w 2005 r. było to 58 związków. W grupie kobiet w tym samym czasie natężenie wzrosło odpowiednio z 33 do 46 małżeństw w przeliczeniu na 1000 osób. Wśród osób w wieku 30-34 lata na 1000 mężczyzn przypadały w 2005 r. średnio 22 związki, a na 1000 kobiet – 12 związków. W 2000 r. wskaźniki natężenia małżeństw w tej grupie wynosiły niespełna 16 dla mężczyzn i nieco ponad 8 dla kobiet. Dynamika wzrostu natężenia w miastach i na wsi była zbliżona, natomiast tempo notowanych zmian w latach 2000-2005 było w grupie kobiet wyraźnie szybsze niż w grupie mężczyzn.

Przytoczone liczby jednoznacznie wskazują na opóźnianie momentu zawierania małżeństwa, co jest wyraźnym symptomem transformacji demograficznej. O konsekwencjach zmiany wzorca małżeństw informują m.in. zmiany struktury ludności według wieku i stanu cywilnego, zanotowane w okresie międzypisowym 1988-2002; szerzej traktował o nich Raport Rządowej Rady Ludnościowej z minionego roku. Z obserwacji wynika, że przy niemal niezmiennym udziale osób rozwiedzionych oraz owdowiałych wśród ogółu ludności w obu latach spisowych istotne różnice zanotowano w wielkości odsetków kawalerów i panien oraz osób pozostających w związkach małżeńskich lub partnerskich. Wyraźny wzrost udziału osób w stanie wolnym (z 27,1% do 32,8% wśród mężczyzn oraz z 19,1% do 23,9% wśród kobiet) idzie w parze ze znaczącym spadkiem odsetka małżonków i partnerów (odpowiednio z 62,8% do 56,6% w grupie mężczyzn oraz z 62,85% do 56,6% w grupie kobiet). Szczegółowe informacje za lata 1988 i 2002 o strukturze ludności według stanu cywilnego i wieku prezentuje tablica 11.

Tablica 11. Ludność Polski według stanu cywilnego faktycznego, NSP 1988, 2002

Stan cywilny	1988			2002		
	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś
MEŻCZYŹNI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kawalerowie	27,1	25,2	30,1	32,8	31,5	35,0
Żonaci i partnerzy	67,8	69,3	65,5	61,7	62,4	60,4
Wdowcy	2,9	2,6	3,2	2,8	2,7	3,0
Rozwiedzeni	2,2	2,9	1,2	2,6	3,3	1,5
Separowani	.	.	.	0,1	0,1	0,1
KOBIETY	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Panny	19,1	19,8	17,8	23,9	24,6	22,5
Zamężne i partnerki	62,8	61,9	64,4	57,0	55,8	59,3
Wdowy	14,7	13,7	16,5	15,1	14,2	16,6
Rozwiedzione	3,4	4,6	1,3	3,9	5,3	1,5
Separowane	.	.	.	0,1	0,1	0,1

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych tabl. I.8, zamieszczonej w Raporcie z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002, GUS, Warszawa 2003, s. 24.

Negatywne trendy w liczbie zawieranych małżeństw znajdują swoje odbicie również w zmianach odsetka osób w wieku 15 lat i więcej, które kiedykolwiek zawierały związek małżeński lub żyły w związku partnerskim (tablica 12). W latach 1988-2002 odsetek tych osób obniżył się z 81% do 76% w grupie kobiet oraz z 73% do 68% w grupie mężczyzn. Podobny kierunek zmian analizowanych proporcji występuje niemal w każdej grupie wieku, co jest jednoznaczne ze wzrostem udziału osób pozostających w stanie wolnym.

Na podkreślenie zasługują przy tym różnice w poziomie i kierunku zmian analizowanych odsetków w zależności od płci i wieku. W każdej grupie wieku odsetki kobiet kiedykolwiek zamężnych lub żyjących w związkach partnerskich są wyższe w zestawieniu z kiedykolwiek żonatymi mężczyznami. Jednocześnie, przy tym samym, negatywnym kierunku zmian poziomu analizowanych udziałów w czasie, intensywność zmian różni się w przekroju płci. Wśród mężczyzn w każdej grupie wieku ubywa systematycznie osób z doświadczeniami pierwszych małżeństw lub związków partnerskich; wśród kobiet jedynie w najstarszej grupie wieku (60 lat i więcej) zanotowano trend pozytywny. Dynamika spadku w grupie kobiet jest nieco niższa niż w grupie mężczyzn. W wyodrębnionych grupach wieku i płci najwyższe tempo obniżania poziomu odsetka notowane jest wśród osób o największym natężeniu zawierania związków, tj. w wieku 20-24 lata oraz 25-29 lat. W grupie osób w wieku 30 lat i starszych zmiany udziału osób mających za sobą doświadczenia małżeńskie lub współżycie z partnerem obniżyły się nieznacznie (w starszych grupach kobiet pozostały na niemal niezmienionym poziomie).

Tablica 12. Odsetki osób, które kiedykolwiek pozostawały w małżeństwie lub w związku partnerskim według płci i wieku w latach 1988-2002

Lata	Ogółem	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-59	60>
Odsetek mężczyzn kiedykolwiek żonatych lub żyjących w związku partnerskim									
1988	72,9	0,6	22,9	66,0	82,1	88,3	92,2	94,8	96,6
1995	70,4	0,5	20,5	62,8	77,4	83,9	89,9	94,0	96,7
2002	67,5	0,3	13,2	53,3	76,9	83,1	87,7	93,1	91,2
Odsetek kobiet kiedykolwiek zamężnych lub żyjących w związku partnerskim									
1988	81,0	4,0	52,1	84,1	91,0	93,1	94,4	95,1	92,5
1995	79,7	3,2	44,7	80,9	90,2	93,0	94,3	96,0	94,6
2002	76,3	1,6	28,8	70,6	87,1	91,5	93,7	94,7	95,1

Źródło: obliczenia własne na podstawie publikowanych wyników narodowych spisów powszechnych.

O ile niemal dwukrotne obniżenie się odsetka osób zamężnych i żonatyh wśród osób w wieku 20-24 lata można uznać za przejaw przesuwania decyzji o zawarciu małżeństwa na okres późniejszy, to jego równoległe zmniejszenie w kolejnej grupie wieku (25-29 lat), w szczególności wśród kobiet, pozwala przypuszczać, że opóźnianie decyzji o zmianie stanu cywilnego trwa przeciętnie dłużej niż 5 lat lub też jest zapowiedzią wyboru życia w pojedynkę, a nie w małżeństwie. Przedstawione dane liczbowe potwierdzają jednoznacznie hipotezę o istotnej ewolucji we wzorcu zawierania małżeństw przez osoby w wieku 20-29 lat. Mając na względzie fakt, że jest to okres o największej intensywności rodzenia dzieci, można obawiać się o skutki jego wpływu dla przyszłej liczby urodzeń.

Obecne trendy w liczbie zawieranych małżeństw oraz zmiany postaw i zachowań matrymonialnych w Polsce są zbieżne ze zmianami notowanymi od kilkudziesięciu lat w krajach Europy Zachodniej i Północnej. Zawierają one w sobie wyraźne oznaki przeobrażeń określanych mianem drugiego przejścia demograficznego. W sferze ewolucji we wzorcu zawierania małżeństw składają się na nie z reguły: spadek liczby zawieranych związków formalnych, wzrost wieku nowożeńców w momencie zawierania pierwszego małżeństwa, wzrost liczby przed i pozamałżeńskich kohabitacji, wzrost liczby rozwodów i ich przyspieszenie oraz spadek udziału małżeństw powtórnych w ogólnej liczbie związków. Nie wszystkie z wymienionych elementów muszą występować w każdym kraju; również intensywność przemian może być różna. Do niedawna w Polsce nie notowano istotnych zmian; dane z ostatnich lat wskazują jednoznacznie na opóźnianie decyzji o zawieraniu małżeństw i przesuwaniu jej na wiek 25-34 lata.

Podejmując próbę analizy zmian w polskim wzorcu zawierania małżeństw warto zwrócić uwagę na ich zbieżność i różnice w zestawieniu z przeobrażeniami w innych krajach. Punktem wyjścia do dalszych rozważań może być analiza trendów liczby zawieranych małżeństw w ujęciu absolutnym i względnym oraz prezentacja podstawowych czynników natury demograficznej, które je determinują. Czynnikiem tymi są liczba i struktura osób zdolnych do zawierania małżeństwa oraz intensywność zawierania małżeństw przez te osoby. Kolejny przedmiot analizy stanowi kalendarz zawierania małżeństw; jego zasadniczym elementem jest wiek nowożeńców w momencie zawierania pierwszego małżeństwa. Moment zawarcia pierwszego związku rzutuje istotnie na proces zastępowalności pokoleń danego społeczeństwa, w szczególności w warunkach płodności naturalnej. Wprawdzie wyniki licznych badań wskazują, że wcześniejsze zawieranie pierwszych małżeństw przestaje być ważnym czynnikiem wzrostu płodności, bo wśród małżeństw zawieranych wcześniej jest również coraz więcej takich, które poprzestają na jednym dziecku, niemniej jednak późne zamążpójście oraz późny ożenek wiążą się zwykle z przesuwaniem decyzji o urodzeniu pierwszego dziecka, a to z kolei prowadzi do ograniczania dzietności.

Mówiąc o zawieraniu małżeństw nie sposób pominąć sprawy rozpadu związków. Od wielu lat w Polsce niemal 80% ogółu małżeństw ustaje na skutek zgonu jednego ze współmałżonków; trzykrotnie częściej jest to zgon męża. Przeciętnie co piąty związek rozpada się na skutek rozwodu lub separacji. Różnice kierunku i dynamiki zmian liczby rozwodów wskazują na oddziaływanie wielorakich czynników na proces dezintegracji małżeństw. Temat ten został podjęty w drugiej części rozważań o powstawaniu i funkcjonowaniu małżeństw.

2.1.1. Zmiany w liczbie małżeństw w latach 2000-2005

Od początku okresu transformacji zawarto w Polsce 3613,7 tys. małżeństw, w tej liczbie 58,9% stanowiły związki zawarte w miastach. W okresie ostatnich pięciu lat obecnego stulecia ogólna liczba zawartych związków wyniosła 981,1 tys., w tej liczbie około 61 związków na 100 przypadało na miasta, a 39 na wieś (tablica 13).

Od roku 1989 liczba związków zmniejszała się systematycznie z 255,7 tys. do 203,6 tys. w 1996 roku. W trzech kolejnych latach zanotowano wzrost liczby małżeństw

do 219,4 tysięcy. Początek nowego stulecia przyniósł nieoczekiwany, znaczący spadek liczby zawieranych związków. W 2000 r. zawarto w Polsce 211,2 tys. małżeństw, tj. o 8,2 tys. mniej niż w 1999 roku. Oznaczało to poziom niższy o 3,8% w stosunku do roku poprzedniego. W kolejnym roku liczba zawartych związków gwałtownie obniżyła się o dalsze 16,1 tysięcy. W 2002 r. zawarto w Polsce zaledwie 191,9 tys. związków, tj. o 9,1% mniej w stosunku do 2000 roku. Zatem, po krótkim okresie przejściowego, nieznaczącego wzrostu liczby osób wступujących w związki małżeńskie (lata 1997-1999), w kolejnych latach notowano powrót do pogłębiającego się negatywnego trendu.

Rok 2003 przyniósł oczekiwany od kilku lat, ale tylko chwilowy wzrost liczby zawartych małżeństw. Wyniosła ona 195,4 tys., czyli była wyższa – w wyrażeniu absolutnym – o 3,5 tys., a w wyrażeniu względnym – o 1,8% w stosunku do 2002 roku; w rok później wróciła do stanu z roku 2003. W 2005 r. zawarto o 15,1 tys., tj. o 7,9% związków małżeńskich więcej niż rok wcześniej.

Zdecydowana większość zawieranych w Polsce małżeństw to związki wyznaniowe. W 2005 r. ich udział wśród ogółu zawartych małżeństw w skali całego kraju wynosił 71,2%, w tym 66,4% w miastach i 78,5% na wsi, co oznaczało minimalny spadek udziału tych związków wśród ogółu w porównaniu z 2004 rokiem.

Tablica 13. Zmiany w liczbie małżeństw w Polsce w latach 1989-2005

Lata	Małżeństwa					
	Ogółem	Miasto	Wieś	Ogółem	Miasto	Wieś
	w t y s i ą c a c h			n a 1000 l u d n o ś c i		
1989	255,7	155,8	99,9	6,7	6,8	6,7
1990	255,4	141,0	114,4	6,7	6,1	7,7
1991	233,2	128,1	105,1	6,1	5,5	7,0
1992	217,3	120,5	96,8	5,7	5,1	6,5
1993	207,7	119,6	88,1	5,4	5,1	5,9
1994	207,7	120,3	87,4	5,4	5,1	5,9
1995	207,1	121,0	86,1	5,4	5,1	5,8
1996	203,6	120,5	83,1	5,3	5,1	5,6
1997	204,9	121,6	83,3	5,3	5,1	5,6
1998	209,4	125,2	84,2	5,4	5,3	5,7
1999	219,4	132,0	87,4	5,7	5,5	5,9
2000	211,2	128,2	83,0	5,5	5,4	5,7
2001	195,1	118,2	76,9	5,1	5,0	5,2
2002	191,9	115,8	76,1	5,0	4,9	5,2
2003	195,4	118,7	76,7	5,1	5,1	5,2
2004	191,8	116,4	75,4	5,0	5,0	5,1
2005	206,9	125,6	81,3	5,4	5,4	5,5

Źródło: zestawienie na podstawie danych GUS.

Od 1992 r. notowany spadek absolutnej liczby zawieranych związków szedł w parze z coraz niższym poziomem ogólnego współczynnika ich zawierania. U schyłku lat 80. na każde 1000 osób przypadało średnio niemal 7 nowych związków, w latach 90. – przeciętnie około 6, zaś w roku 2003 było to zaledwie 5,1 (5,0 w miastach oraz 5,2 na wsi). W dwu ostatnich latach 2004-2005 współczynnik małżeństw wzrósł do poziomu 5,4 na 1000 ludności w kraju ogółem, w tym do 5,4 w miastach i do 5,5 na wsi. Godny uwagi jest przy tym fakt, że przy wyższych poziomach analizowanego współczynnika na wsi w latach 90. tempo jego spadku było w tej dekadzie znacząco wyższe niż w miastach (spadek o odpowiednio 23% oraz 10%). Dane za sześć ostatnich lat objętych analizą wskazują na zanikanie różnic w dynamice notowanych zmian w przekroju miasto-wieś: w 2005 r. współczynnik małżeństw w miastach kształtował się na poziomie z 2000 roku, a na wsi był wyższy o 3,1% w stosunku do 2000 roku.

Systematyczne zmniejszanie się liczby nowo zawieranych związków, idące w parze ze wzrostem liczby małżeństw rozpadających się, prowadziło w konsekwencji do ujemnego salda małżeństw zawieranych i rozwiązywanych. W latach 1989-2005 saldo bilansu zmieniało się w skali kraju od nadwyżki w wysokości 22,6 tys. w roku 1989 do ubytku równego 27,3 tys. w 2004 roku; w 2005 r. ubytek wyniósł 24,5 tys. i był niższy niż przed rokiem o 2,8 tys. Od 2000 r. ubyło w kraju łącznie 103,9 tys. par małżeńskich; ubytek w miastach wyniósł 149,7 tys.; dodatkowo saldo bilansu związków zawartych i rozwiązanych na wsi zredukowało łączny ubytek o 45,8 tys. W pierwszym roku tego okresu ubyło 3,4 tys. małżeństw, a w roku 2005 liczba związków rozwiązanych przekroczyła o 24,5 tys. liczbę związków zawartych. Stało się to za przyczyną znaczącego wzrostu liczby rozwodów i separacji (w 2005 r. było ich odpowiednio 67,6 tys. i 11,6 tys.). Ujemne saldo stanowiło wypadkową ubytku par małżeńskich w miastach o 35,6 tys. oraz przyrostu na wsi o 11,2 tys.¹

W okresie transformacji w Polsce ma miejsce powolny wzrost udziału małżeństw pierwszych wśród ogółu zawieranych związków (tabl. 14). W pierwszym roku transformacji na 100 zawieranych małżeństw przypadało średnio 85 związków pierwszych. Od roku 1994 odsetek małżeństw pierwszych oscyluje wokół 87% (86,6% w roku 2005 wobec 87,1% rok wcześniej). Wzrost odsetka małżeństw pierwszych współwystępuje z systematycznym, chociaż mało znaczącym spadkiem udziału małżeństw powtórnych, zawieranych przez obie osoby owdowiałe lub rozwiedzione (z 6,6% w roku 1989 do 5,5% w 2005 r.). Do roku 2004 towarzyszył im powolny wzrost do 8,7% udziału tych związków, w których tylko jedna osoba miała za sobą doświadczenie pierwszych małżeństw. W 2005 r. zanotowano spadek częstości do poziomu 7,9%. Niski poziom analizowanego odsetka przeczy twierdzeniu o malejącej skłonności do zawierania kolejnych związków. Polskie wzorce są – w tym względzie – podobne do występujących w krajach rozwiniętych. Na zbieżność notowanych zmian wskazuje również pozytywny, systematyczny spadek częstości zawierania małżeństw przez osoby najmłodsze, w wieku poniżej 20 lat. Od początku okresu transformacji, kiedy na 1000 kobiet w tej grupie zawierało małżeństwo średnio 39, a na 1000 mężczyzn – przeciętnie 8, obniżyła się ona ponad czterokrotnie: do 9 promili wśród kobiet oraz do niespełna 2 promili wśród mężczyzn w 2005 roku.

Tym, co różni nasz kraj od społeczeństw Europy Zachodniej i Północnej, jest fakt, że systematyczne zmniejszanie się liczby zawieranych małżeństw w Polsce stanowi wyłącznie efekt obniżania się intensywności zawierania związków przez osoby w wieku matrymonialnym, w tym szczególnie będących w wieku 20-29 lat, w którym małżeństwa są zawierane najczęściej. Przeobrażenia struktury kobiet według wieku są czynnikiem w niewielkim stopniu wpływającym na notowane trendy. Podobne zmiany w krajach rozwiniętych były powodowane głównie wzrostem liczby przedmałżeńskich związków nieformalnych w tych grupach wieku. Z danych powszechnego spisu ludności wynika jednoznacznie, że model związków bez ślubu w naszej demograficznej rzeczywistości występuje nieporównywalnie rzadziej niż w innych częściach Europy, zatem można wnosić, że – jak dotąd – związki konkubenckie w Polsce nie stanowią alternatywy dla małżeństw formalnych.

W ostatnim spisie powszechnym zanotowano 197,4 tys. związków nieformalnych, z tej liczby 75% przypadało na miasta, a pozostałe 25% na wieś. Udział par partnerskich wśród ogółu istniejących związków wynosił zaledwie 1,9%, w tym 2,4% w miastach oraz 1,3% na wsi. Większość par – 51,6% – miała dzieci; w miastach partnerzy z dziećmi stanowili 52,8%, a na wsi 66% ogółu. Wśród par z dziećmi 52,1% stanowili rodzice z jednym dzieckiem, 28,8% – pary z dwojgiem dzieci, 11,6% – związki z trojgiem dzieci, a 7,5% – czworgiem lub większą liczbą potomstwa.

¹ Po raz pierwszy nadwyżkę małżeństw rozwiązanych nad zawartymi zanotowano w 1990 r. w miastach; w liczbach absolutnych wyniosła ona wówczas 926. Dodatni bilans związków zawartych nad rozwiązanymi na wsi zrekompensował wtedy ujemne saldo w miastach. Jednakże począwszy od roku 1993 nadwyżka na wsi nie była w stanie wyrównać niedoboru notowanego w mieście, co prowadziło do systematycznego zmniejszania się liczby małżeństw istniejących z 9236,4 tys. w roku 1993 do 9186,1 tys. par w 2000 roku. W ujęciu względnym oznaczało to spadek o 0,4%. Zmiana salda na dodatnie, zanotowana w roku 1999, nie utrzymała się.

Przy 0,5% ogółu ludności tworzącej partnerskie gospodarstwa domowe w kraju, forma ta występuje najliczniej w grupie osób wieku 25-29 lat, w której takie związki stanowią 1%. Nie ma różnic w poziomie odsetków wśród osób w wieku 20-29 lat oraz w wieku 40-44 lata (oscylują one wokół 0,8%).

Przy minimalnym zróżnicowaniu odsetków partnerów w zestawieniu z wiekiem znacznie większe dysproporcje notowane są między kobietami a mężczyznami. W grupie kobiet młodszych (20-29 lat) udział partnerek jest znacznie wyższy niż w grupie mężczyzn w tym wieku (odpowiednio 1,8% i 0,3% dla wieku 20-24 lata oraz 1,4% i 0,7% dla wieku 25-29 lat). W środkowych grupach wieku analizowane częstości są zbliżone: w grupie 40-44 lata wynoszą 0,7% dla kobiet oraz 0,8% dla mężczyzn, w grupie wieku 45-49 lat – odpowiednio 0,7% i 0,9%. Natomiast wśród mężczyzn po pięćdziesiątce w nieformalnych związkach pozostaje niemal dwukrotnie więcej mężczyzn niż kobiet: odpowiednio 0,5% oraz 0,9% w grupie osób w wieku 50-54 lata, 0,4% i 0,8% w grupie 55-59 lat oraz 0,2% i 0,7% wśród osób w wieku 60-64 lata.

W miastach odsetki związków nieformalnych są niemal dwa razy wyższe niż na wsi. Prawidłowość ta dotyczy zarówno ludności ogółem jak i w wyodrębnionych grupach wieku. Przy 0,6% partnerów w miastach, na wsi stanowią oni 0,3%. Wśród osób w wieku 20-24 lata analizowane odsetki wynoszą odpowiednio 0,9% i 0,3%, a w grupie osób w wieku 25-29 lat – 1,3% i 0,5%. W subpopulacji osób w wieku 40-49 lat kierunek i wielkość dysproporcji między częstościami są podobne: odpowiednio udziały partnerów kształtują się na poziomie 0,9% oraz 0,5% w grupie wieku 40-44 lata wobec 0,9% i 0,6% wśród osób w wieku powyżej 45 lat. Bardzo zbliżone do powyższych są różnice między analizowanymi odsetkami w miastach i na wsi dla osób po ukończeniu 50 lat.

Tablica 14. Nowożeńcy według płci i poprzedniego stanu cywilnego w latach 1989-2005

Lata	Wyszczególnienie	Ogółem	Panny	Wdowy	Rozwiedzeni	Ogółem	Panny	Wdowy	Rozwiedzeni
		w tys.				%			
1989	Ogółem	255,6	227,9	8,0	19,8	100,0	89,1	3,1	7,7
	Kawalerowie	226,9	216,2	2,3	8,4	88,8	84,6	0,9	3,3
	Wdowcy	6,5	1,4	3,4	1,7	2,4	0,5	1,3	0,6
	Rozwiedzeni	22,2	10,3	2,2	9,7	8,7	4,0	0,9	3,8
1990	Ogółem	255,4	229,3	7,2	18,9	100,0	89,8	2,8	7,4
	Kawalerowie	228,3	218,5	2,1	7,7	89,4	85,6	0,8	3,0
	Wdowcy	5,9	1,2	3,0	1,6	2,3	0,5	1,2	0,6
	Rozwiedzeni	21,2	9,5	2,1	9,5	8,3	4,0	0,8	3,7
1995	Ogółem	207,1	187,5	6,0	13,6	100,0	90,6	2,9	6,6
	Kawalerowie	186,7	179,8	1,6	5,2	90,2	86,8	0,8	2,5
	Wdowcy	5,4	1,1	2,7	1,6	2,6	0,5	1,3	0,8
	Rozwiedzeni	15,0	6,7	1,6	6,8	7,3	3,2	0,8	3,3
2000	Ogółem	211,2	191,0	5,6	14,6	100,0	90,4	2,7	6,9
	Kawalerowie	190,1	182,7	1,5	5,9	90,0	86,5	0,7	2,8
	Wdowcy	4,9	0,9	2,5	1,5	2,3	0,4	1,2	0,7
	Rozwiedzeni	16,2	7,4	1,6	7,2	7,7	3,5	0,8	3,4
2001	Ogółem	195,1	176,8	5,0	13,3	100,0	90,6	2,6	6,8
	Kawalerowie	175,9	169,2	1,3	5,4	90,1	86,7	0,7	2,7
	Wdowcy	14,6	0,9	2,3	1,4	2,4	0,5	1,2	0,7
	Rozwiedzeni	4,6	6,7	1,4	6,5	7,5	3,4	0,7	3,4
2002	Ogółem	192,0	174,2	4,6	13,2	100,0	90,7	2,4	6,9
	Kawalerowie	172,9	166,4	1,1	5,4	90,1	86,7	0,6	2,8
	Wdowcy	4,4	0,9	2,1	1,4	2,3	0,5	1,1	0,7
	Rozwiedzeni	14,7	6,9	1,4	6,4	7,6	3,5	0,7	3,3

Tablica 14. Nowożeńcy według płci i poprzedniego stanu cywilnego w latach 1989-2005 (dok.)

Lata	Wyszczególnienie	Ogółem	Panny	Wdowy	Rozwiedzieni	Ogółem	Panny	Wdowy	Rozwiedzieni
		w tys.				%			
2003	Ogółem	195,5	177,2	4,7	13,6	100,0	90,6	2,4	7,0
	Kawalerowie	176,2	169,3	1,2	5,7	90,1	86,6	0,6	2,9
	Wdowcy	4,2	0,8	2,1	1,3	2,2	0,4	1,1	0,7
	Rozwiedzeni	15,1	7,1	1,4	6,6	7,7	3,6	0,7	3,4
2004	Ogółem	191,8	174,8	4,1	12,9	100,0	91,1	2,1	6,8
	Kawalerowie	173,4	167,0	1,1	5,3	90,4	87,1	0,6	2,8
	Wdowcy	4,0	0,8	1,8	1,4	2,1	0,4	0,9	0,7
	Rozwiedzeni	14,4	7,0	1,2	6,2	7,5	3,6	0,6	3,3
2005	Ogółem	206,9	188,0	4,2	14,8	100,0	90,9	2,0	7,1
	Kawalerowie	186,6	179,1	1,0	6,5	90,2	86,6	0,5	3,1
	Wdowcy	3,8	0,7	1,9	1,2	1,8	0,3	0,9	0,6
	Rozwiedzeni	16,5	8,2	1,3	7,1	8,0	4,0	0,6	3,4

Źródło: zestawienie na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Możliwość porównania – na podstawie danych ze spisu powszechnego 2002 – liczby i struktury ludności według stanu cywilnego prawnego i faktycznego wskazuje również na inne, interesujące zjawisko notowane w odniesieniu do trwałości małżeństw, mianowicie na rezygnację z życia we wspólnocie małżeńskiej mimo braku formalnej decyzji (orzeczenia sądowego) o jej rozwiązaniu. Wśród ogółu osób zamężnych w świetle prawa, 140,3 tys. mężczyzn (1,6% ogółu) oraz 173,7 tys. kobiet (1,9% ogółu) żyje poza związkiem. Zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn odsetki te są wśród małżonków młodszych (poniżej 30 lat) nieco wyższe w porównaniu z grupą starszą (30 lat i więcej). Mimo braku rozwodu lub separacji z życia we wspólnocie małżeńskiej rezygnuje w tych grupach odpowiednio 1,7% i 1,5% ogółu formalnie żonatych mężczyzn oraz 2,2% i 1,9% zamężnych kobiet.

Przytoczone dane spisu powszechnego dają podstawę do postawienia hipotezy, że partnerskie związki w naszym kraju są w równej mierze traktowane jako forma współżycia poprzedzająca ewentualne zawarcie małżeństwa bądź zastępująca związek formalny przez ludzi młodych, jak też uznawana za stosowną formę życia (z partnerem lub też z partnerem i z dziećmi) po okresie nieudanego wcześniejszego związku przez pokolenie średnie i starsze.

W kontekście zaprezentowanych danych liczbowych o strukturze osób tworzących związki partnerskie według wybranych cech demograficzno-społecznych pojawia się pytanie o możliwe, przyszłe scenariusze tworzenia rodzin na bazie konkubinatów w polskim społeczeństwie. Odpowiedzi na to pytanie można poszukiwać w danych pochodzących z najnowszych, empirycznych badań postaw wobec małżeństwa i związków nieformalnych. Wyniki tych badań dają podstawę do stwierdzenia, że w rankingu możliwych form wspólnego, dopuszczalnego sposobu życia kobiety i mężczyzny wyraźnie wyższe miejsce zajmuje małżeństwo tradycyjne niż związek nieformalny. Jedynie 8% ogółu ankietowanych osób uznaje je za formę przestarzałą, wobec 80% nie zgadzających się z taką opinią i 12% nie mających zdecydowanego stanowiska w tej kwestii. Wyrażane opinie różnią się istotnie w zestawieniu z wiekiem respondentów, ich stanem cywilnym, wykształceniem, miejscem zamieszkania i pozycją w rodzinie. Szczególnie duża rozbieżność występuje między pokoleniami: wśród osób w wieku powyżej 60 lat ponad połowa (52%) uznaje wyłączność małżeństwa dla wspólnego życia kobiety i mężczyzny, podczas gdy wśród osób młodych (18-19 lat oraz 20-24 lata) mniej niż co piąta zgadza się z takim twierdzeniem (18% i 17%), a prawie 60% jest mu przeciwnie. Podobnego zdania, jak młodzi, są osoby z wyższym wykształceniem, osoby stanu wolnego i osoby rozwiedzione, a także mieszkańcy dużych miast.

Co druga osoba z ankietowanych uważa, że można akceptować trwanie w związku konkubenckim bez zamiaru zawarcia małżeństwa. Około jedna czwarta jest przeciwna i tyle samo nie ma zdania. Największe przyzwolenie dla takich związków występuje wśród osób w wieku 20-29 lat, z wykształceniem średnim lub wyższym, w dużych miastach i nieżyjących w małżeństwie. Wśród osób mieszkających na wsi, o niższym poziomie wykształcenia oraz w grupie osób starszych relatywnie więcej jest tych, którzy nie mają zdania w tej sprawie.

Na pytanie o preferowany styl życia ponad 90% badanych wybrało dla siebie małżeństwo, w tym 9% poprzedzone okresem wspólnego zamieszkiwania przed ślubem, 2% poprzedzałoby na konkubinacie, 2% preferowało utrzymywanie więzi seksualnych, ale bez wspólnego zamieszkiwania; 4% wybrałoby mieszkanie samotne, a 1% współzamieszkiwanie więcej niż z jedną osobą.

Uzyskane wyniki nie wskazują zatem jednoznacznie na wzrost skłonności do tworzenia związków nieformalnych. Przeciwnie, stwarzają podstawę do twierdzenia, że instytucja małżeństwa w Polsce, jak na razie, nie jest zagrożona, co – niewątpliwie – należy uznać za zjawisko pozytywne. We wszystkich grupach wieku, poza osobami najmłodszymi, które nie ukończyły jeszcze 20 lat, udział osób wybierających małżeństwo jest taki sam i wynosi dziewięć na dziesięć. Różnica sprowadza się tylko do rosnącego wśród osób młodszych odsetka tych, które poprzedziłyby małżeństwo okresem konkubinatu. Dla respondentów w wieku 20-24 lata wskaźnik ten jest najwyższy i wynosi 19%. Nie bez znaczenia jest fakt, iż skłonność do zawarcia małżeństwa jest zbliżona wśród mężczyzn i kobiet.

Uogólniając powyższe rozważania można stwierdzić występowanie wielu znamion wyraźnej ewolucji postaw i zachowań matrymonialnych młodego pokolenia kobiet i mężczyzn w naszym kraju. Zmierza ona w tym samym kierunku – jak przed laty – w wysoko rozwiniętych krajach europejskich. Wyraźnymi symptomami przyspieszonej transformacji demograficznej we wzorcach tworzenia małżeństw jest zdecydowanie niższa częstotliwość zawierania małżeństw – w kolejnych latach transformacji – przez osoby niemal we wszystkich grupach wieku, ale w szczególności – przez osoby w wieku 20-29 lat, i wyraźnie postępujący jej spadek od połowy lat 90. Systematyczny ubytek liczby zawieranych związków z tytułu spadku natężenia nie jest rekompensowany przez korzystne zmiany w strukturze ludności według wieku, których wyrazem jest wzrost liczby osób mających 20-29 lat, dotychczas najczęściej tworzących nowe rodziny. Wobec negatywnych zmian intensywności wstępowania w związki małżeńskie, idących w parze z wkraczaniem w wiek matrymonialny mniej licznych grup kandydatów do małżeństwa, którzy urodzili się po szczycie urodzeń w 1983 r., nie do uniknięcia będzie dalszy spadek liczby małżeństw, a na kolejnym etapie – przy zachowaniu dotychczasowych, negatywnych trendów płodności – również postępujące zmniejszanie liczby urodzeń. Nie jest to perspektywa optymistyczna, a co gorsze, istniejące warunki życia młodego pokolenia, w znaczącej mierze determinujące migracje do krajów Europy Zachodniej – przy braku konsekwentnej polityki ludnościowej – nie dają najmniejszych szans na jej pozytywną zmianę. Jednocześnie – wobec przeciętnie niższych notowań małżeństw formalnych wśród możliwych form wspólnego życia przez kobiety i mężczyzn w grupie najmłodszych kandydatów do małżeństwa – należy liczyć się z możliwością rosnącego udziału konkubinatu wśród ogółu związków, w szczególności w grupie osób w wieku 20-29 lat, kiedy intensywność formowania rodzin jest najwyższa.

2.1.2. Zmiany intensywności zawierania małżeństw

Analizując wpływ czynników demograficznych na liczbę zawieranych małżeństw, w tym w szczególności liczby i struktury osób w wieku zdolności do zawierania małżeństwa oraz intensywności wstępowania w związki małżeńskie, należy wyraźnie podkreślić, że zmniejszanie się liczby zawieranych małżeństw do 2005 r. było powodowane przede wszystkim znaczącym spadkiem skłonności do zawierania małżeństw, co znajduje odzwierciedlenie

w zmniejszaniu się cząstkowych współczynników małżeństw. Ich dynamikę w latach 1989-2005 przedstawiają wykresy 1-6.

Do początku lat 90. minionego stulecia grupą o najwyższej intensywności zawierania związków małżeńskich były osoby w wieku 20-24 lata. W roku 1990 w związki małżeńskie wstąpiło średnio 108 kobiet oraz 99 mężczyzn na 1000 osób w tym wieku. Pierwszy znaczący spadek cząstkowego współczynnika małżeństw zanotowano w 1992 roku. W kolejnych latach występowało dalsze systematyczne obniżanie się tej miary do poziomu odpowiednio 84 promili w grupie kobiet oraz do 73 promili w grupie mężczyzn w 1994 roku. Druga połowa dekady lat 90. przyniosła wyraźne przyspieszenie tempa spadku natężenia zawieranych małżeństw, czego widocznym skutkiem są istotnie niższe poziomy cząstkowych współczynników małżeństw notowane na progu nowego wieku. W roku 2000 na 1000 kobiet w wieku 20-24 lat małżeństwo zawarło średnio 71, a na 1000 mężczyzn w tej grupie wieku – przeciętnie 53. Do roku 2004 współczynniki te uległy dalszemu istotnemu obniżeniu do – odpowiednio – 55 promili i 34 promili. W wyrażeniu względnym oznacza to spadek o 23% w grupie mężczyzn oraz o 36% w grupie kobiet w porównaniu z 2000 rokiem. Godny podkreślenia jest fakt, że w 2005 r. w grupie mężczyzn natężenie zawierania małżeństw pozostało na niezmiennym poziomie w relacji do roku poprzedniego, a grupie kobiet – zwiększyło się o 1 punkt promilowy.

Kolejną grupę ze względu na natężenie zjawiska tworzyły osoby w wieku 25-29 lat. W roku 1990 średnio 51 na 1000 mężczyzn oraz 26 na 1000 kobiet w tym wieku zmieniło stan cywilny. Do połowy lat 90. minionej dekady następował systematyczny spadek analizowanego współczynnika do poziomu 46 na 1000 w grupie mężczyzn oraz 24 na 1000 grupie kobiet w 1994 roku. Począwszy od 1995 r. analizowane współczynniki wykazywały stały wzrost do wielkości 52 promili (tj. o 13%) wśród mężczyzn oraz do 33 promili (tj. o 38%) wśród kobiet w 2000 roku. Zmiany natężenia zawierania małżeństw przez osoby w wieku 20-24 oraz 25-29 lat na korzyść grupy starszej wyraźnie wskazywały na przesuwanie w czasie decyzji o zawarciu małżeństwa przez osoby młodsze. W roku 2005 r. na 1000 ogółu mężczyzn w wieku 25-29 lat małżeństwo zawarło średnio 58 osób; w grupie kobiet w tym wieku była to proporcja 46 na 1000. Oznaczało to przyrost o 4 punkty promilowe wśród mężczyzn i o 5 punktów wśród kobiet.

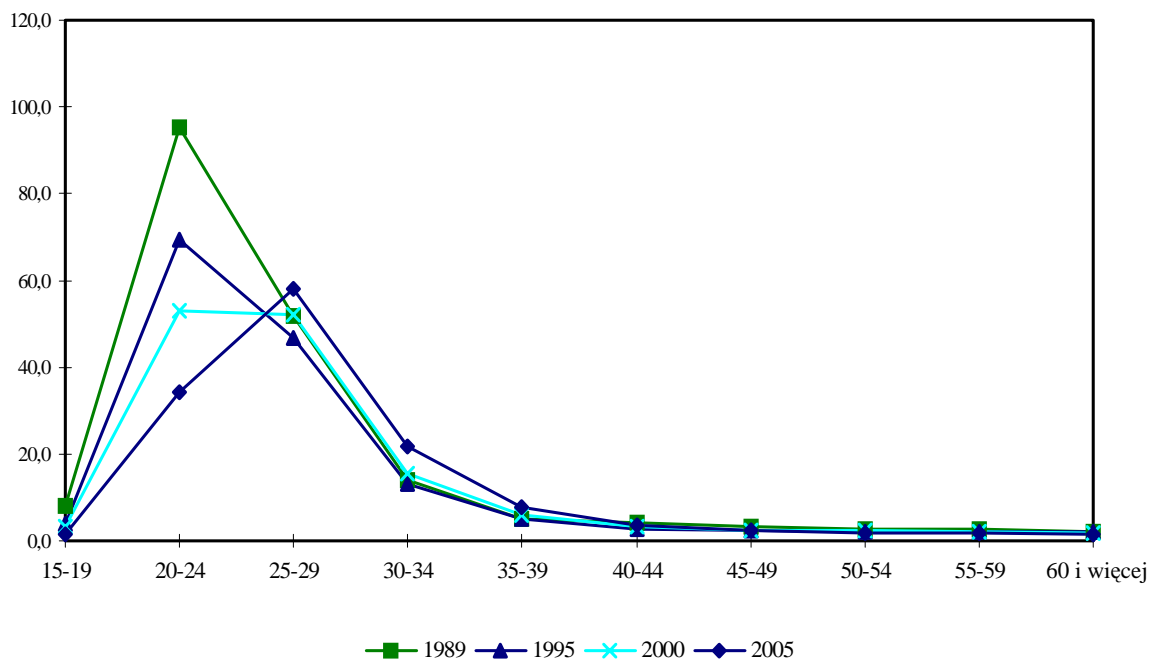
Podobny, rosnący trend wykazywała w latach 1989-2005 intensywność zawierania małżeństw przez osoby w wieku 30 lat i starsze. Wśród kobiet w wieku 30-34 lata zwiększyła się ona z 8,9 do 12,4 promila, przy czym w ostatnich dwu latach zanotowano wzrost z 10,2 do 12,4 promili; wśród mężczyzn w tym wieku zarejestrowano w latach 1989-2005 wzrost z 16,6 do 21,8 promila, w tym z 18,5 do 21,8 w dwu ostatnich latach. Zmiany natężenia zawierania małżeństw przez osoby w wieku 35 lat wyrażały się również we wzroście analizowanych wskaźników, ale ich tempo było znacznie wolniejsze.

Biorąc pod uwagę powyższe fakty trudno przewidzieć scenariusz zachowań matrymonialnych w najbliższych latach. Można przypuszczać, że efekt odkładania decyzji o zawarciu związku przez osoby w wieku 20-24 na lata późniejsze zostanie zrekompensowany rosnącą liczbą małżeństw w starszych grupach kandydatów do zmiany stanu cywilnego. Jednocześnie jednak, z perspektywy osiągnięcia wieku matrymonialnego przez mniej liczne grupy osób, które przyszły na świat po szczycie urodzeń w 1983 r., nie do uniknięcia będzie dalszy spadek liczby małżeństw, a na kolejnym etapie – przy zachowaniu dotychczasowych, negatywnych trendów płodności – również postępujące zmniejszanie liczby urodzeń.

Z zaprezentowanych graficznie zmian współczynników małżeństw widać wyraźnie podobny kierunek zmian dla kobiet i mężczyzn w mieście oraz na wsi. Załączone wykresy 3-6 potwierdzają jednoznacznie fakt, że w okresie 1989-2005 wystąpił spadek współczynników zawierania małżeństw w grupach wieku 19 lat i mniej oraz 20-24 lata. Wyraźne różnice w dynamice spadku cząstkowych współczynników małżeństw w poszczególnych grupach wieku stanowią efekt przesuwania momentu zawierania małżeństwa na lata późniejsze. Kształt wykresów wskazuje jednocześnie na znaczące różnice w tempie przeobrażeń zachodzących w mieście i na

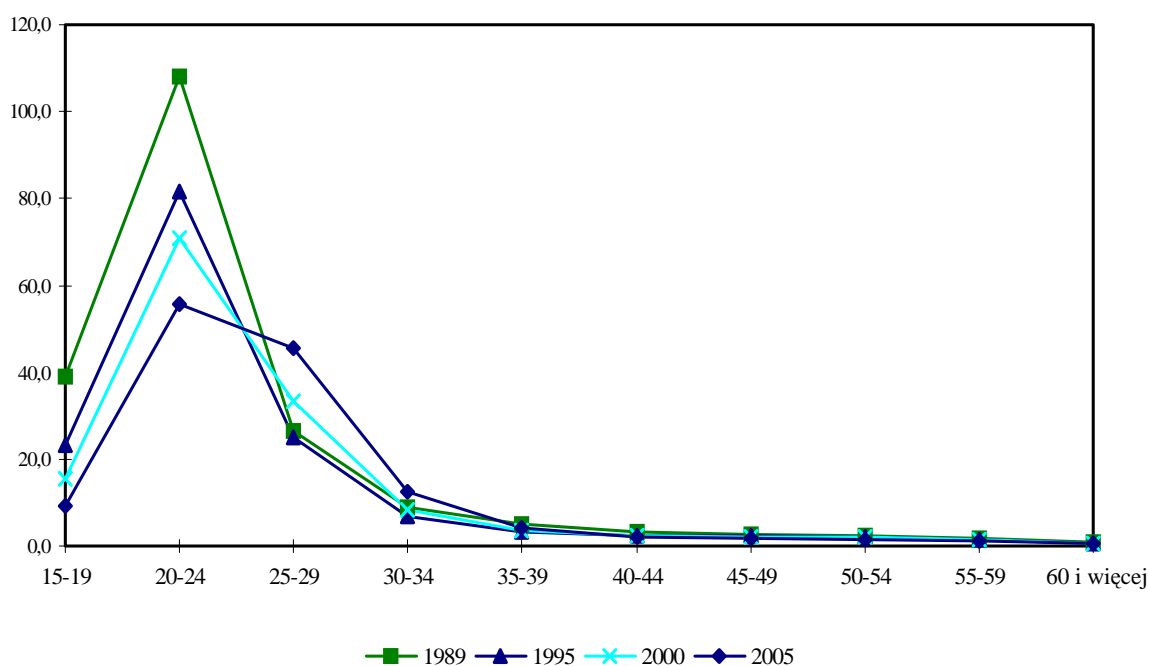
wsi. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż spadek cząstkowych współczynników w mieście jest silniejszy niż na wsi. Jednocześnie wyraźne są widoczne różnice w intensywności zawierania związków małżeńskich przez kobiety w wieku 20-24 lata oraz 25-29 lat w zależności od miejsca zamieszkania. O ile na wsi kobiety młodsze (w wieku 20-24 lata) wychodzą za mąż znacznie częściej w porównaniu ze starszymi (w wieku 25-29 lat), o tyle w miastach natężenie w obu grupach jest niemal identyczne (48,7 i 48,2 promili).

Wykres 1. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Polska, mężczyźni



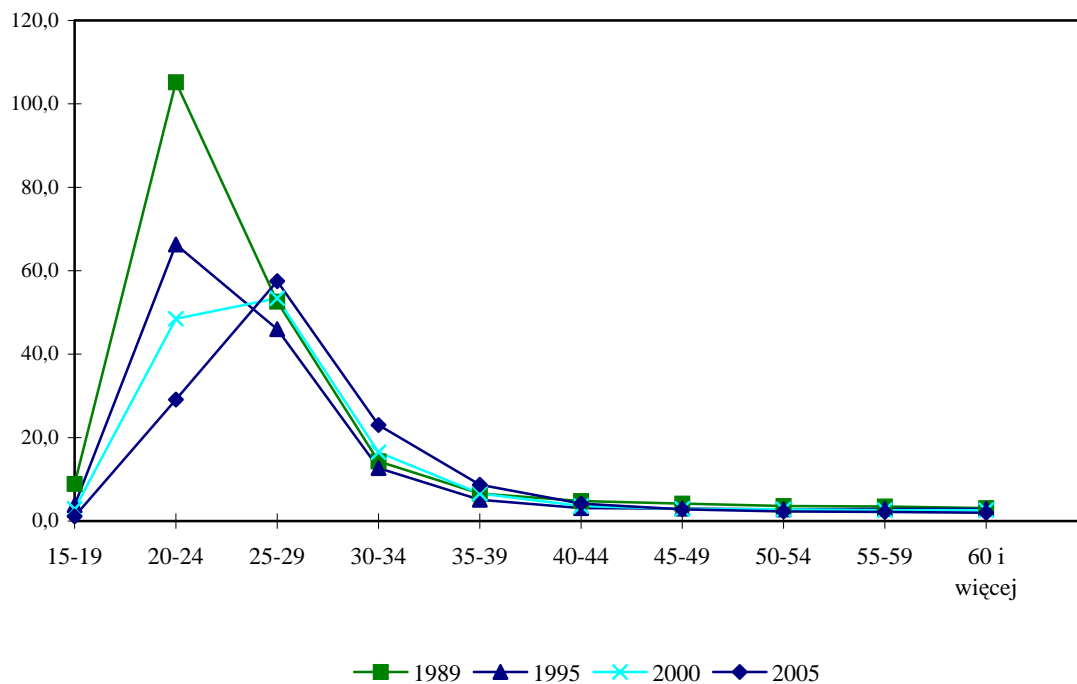
Źródło: dane GUS.

Wykres 2. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Polska, kobiety



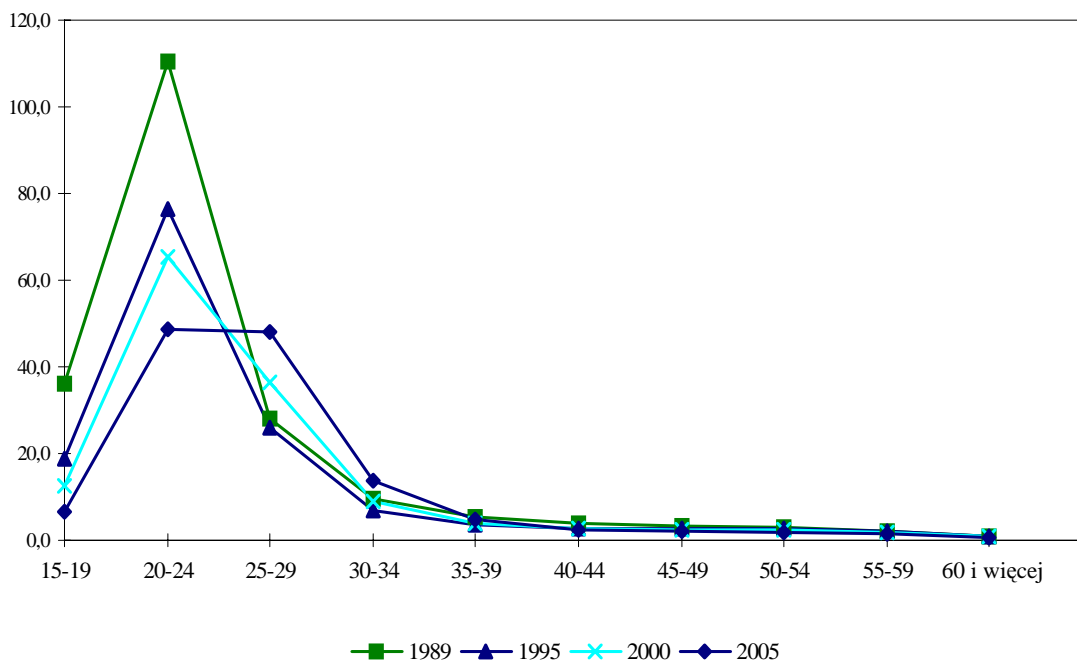
Źródło: dane GUS.

Wykres 3. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Miasta, mężczyźni



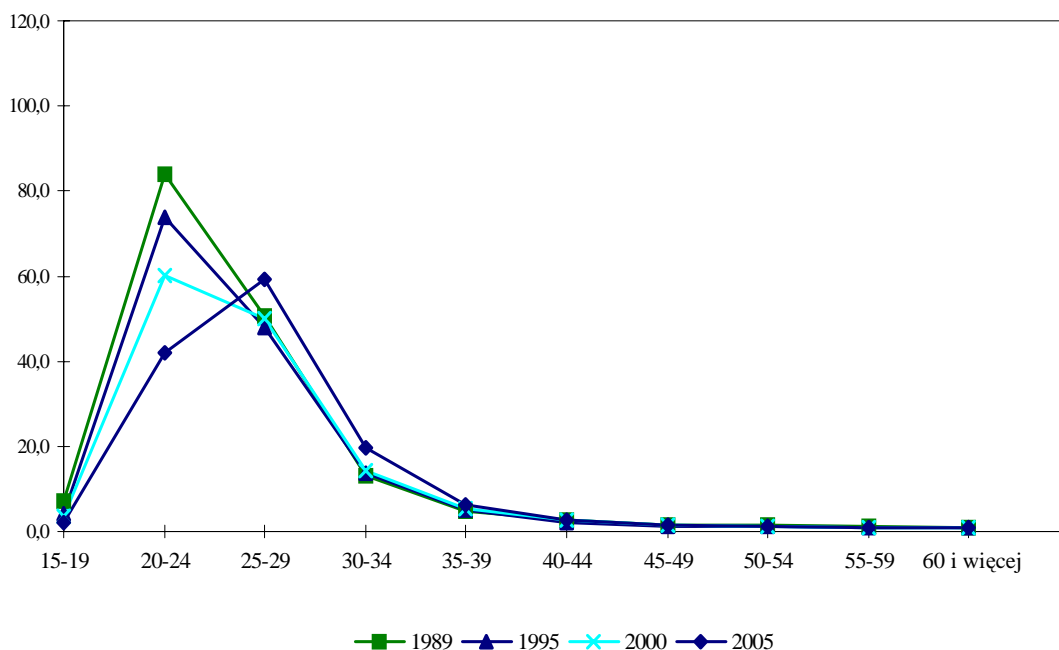
Źródło: dane GUS.

Wykres 4. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Miasta, kobiety



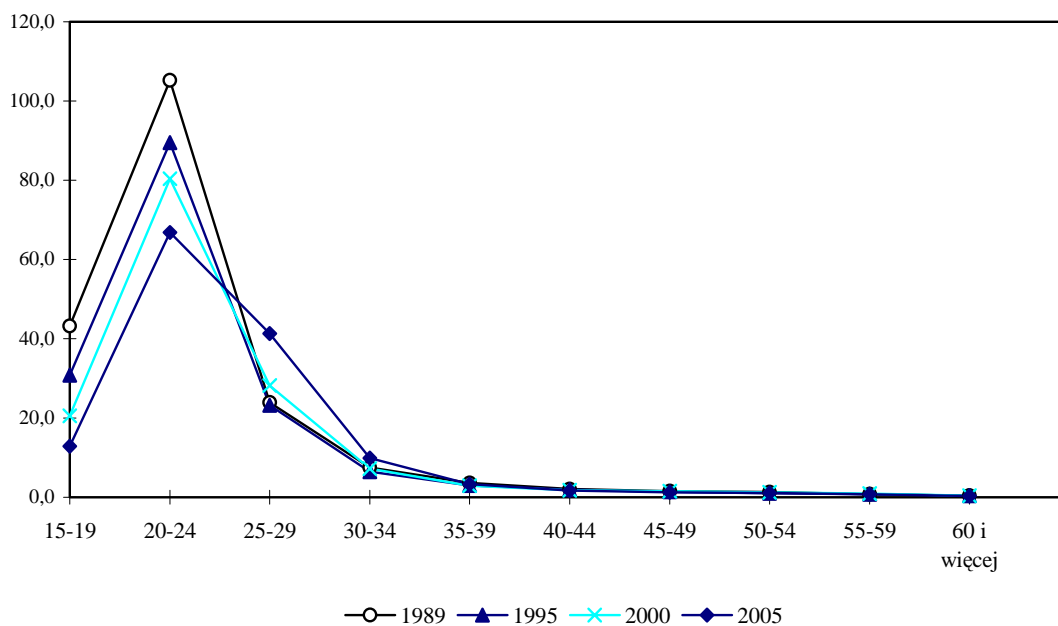
Źródło: dane GUS.

Wykres 5. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Wieś, mężczyźni



Źródło: dane GUS.

Wykres 6. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Wieś, kobiety



Źródło: dane GUS.

2.1.3. Współczynniki zawierania pierwszych małżeństw

Dla okresu transformacji społeczno-ekonomicznej znamiennej jest wzrost skłonności do pozostawania w stanie panieńskim lub kawalerskim; jego wyrazem jest spadek współczynnika pierwszych małżeństw. W 1989 roku 85% mężczyzn i 90% kobiet w wieku poniżej 50 lat miało za sobą fakt pierwszego małżeństwa; pozostałe 15% mężczyzn i 10% kobiet pozostawało w stanie wolnym, tj. panieńskim lub kawalerskim. Dane te stawiały wówczas Polskę w grupie krajów o wysokim poziomie zawierania małżeństw. Z obserwacji odpowiednich wskaźników dla kobiet

wynika, że w 1989 roku współczynnik wyższy zanotowano jedynie na Cyprze, natomiast zbliżone do Polski w następujących krajach: w Bułgarii i Czechach po 91%, w Rumunii – 88%, w Grecji – 86%. W pozostałych krajach europejskich współczynniki pierwszych małżeństw były znacznie niższe (np. w Norwegii tylko 52% kobiet zawierało kiedykolwiek małżeństwo przed ukończeniem 50 lat, w Islandii – jedynie 47%). W rankingu krajów europejskich według poziomu współczynnika pierwszych małżeństw w 2005 r. Polska – ze współczynnikiem 0,54 – zajęła dziesiąte miejsce. Minimalnie wyższy poziom współczynnika zanotowano we Francji i Holandii (0,58), a spośród innych krajów w najbliższym sąsiedztwie znalazły Niemcy oraz Litwa – po 0,54. W roku 2002 analizowany współczynnik był w naszym kraju znacznie niższy nie tylko w porównaniu z początkiem okresu transformacji, ale i w zestawieniu ze stanem w połowie minionej dekady (rok 1995), kiedy wynosił 0,67 dla mężczyzn i 0,66 dla kobiet. W 2002 r. zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn na 100 osób w wieku poniżej 50 lat przypadało średnio tylko po 57 osób kiedykolwiek zamężnych lub żonatych (tabl. 15).

Z obserwacji dynamiki współczynnika pierwszych małżeństw według płci oraz w poszczególnych grupach wieku kobiet wynikają następujące spostrzeżenia:

- dynamika spadku w grupie mężczyzn jest nieco niższa niż w grupie kobiet;
- występuje wyraźne przesunięcie decyzji o zawieraniu pierwszego małżeństwa przez kobiety na wiek 25-29 lat i 30-34 lata, przy jednoczesnym znaczącym obniżeniu intensywności zmiany stanu cywilnego z panny na zamężną we wszystkich pozostałych grupach wieku; jego efektem jest wzrost mediany i średniej wieku kobiet w momencie zawierania pierwszego małżeństwa.

Tablica 15. Współczynniki zawierania pierwszych małżeństw w latach 1989-2005

Lata	Ogólny współczynnik pierwszych małżeństw		Pierwsze małżeństwa na 1000 kobiet w grupach wieku							Mediana wieku kobiet	Średni wiek w momencie zawierania pierwszego małżeństwa	
	mężczyźni	kobiety	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		mężczyźni	kobiety
1989	0,853	0,904	48,78	107,26	23,66	5,59	1,99	0,80	0,39	21,9	25,14	22,80
1990	0,868	0,901	50,53	106,87	23,30	5,41	1,92	0,78	0,40	21,7	24,99	22,66
1991	0,805	0,814	44,18	96,33	22,37	5,08	1,76	0,75	0,36	21,8	25,05	22,69
1992	0,742	0,747	39,77	88,03	21,55	4,79	1,59	0,69	0,35	21,8	25,07	22,68
1993	0,704	0,701	35,36	83,30	21,39	4,88	1,55	0,61	0,33	21,8	25,19	22,76
1994	0,690	0,682	32,31	81,30	22,29	4,86	1,52	0,63	0,37	22,0	25,26	22,85
1995	0,673	0,664	29,14	79,66	22,91	4,98	1,58	0,65	0,39	22,1	25,38	22,98
1996	0,649	0,641	26,67	76,86	23,16	4,77	1,55	0,60	0,34	22,3	25,41	23,03
1997	0,638	0,631	23,81	75,56	28,81	5,01	1,55	0,63	0,36	22,5	25,32	23,22
1998	0,661	0,640	22,54	75,47	27,18	5,29	1,59	0,65	0,37	22,7	25,69	23,37
1999	0,665	0,661	22,62	76,19	29,86	5,80	1,63	0,68	0,38	22,9	25,70	23,48
2000	0,631	0,629	19,43	70,59	31,37	5,93	1,64	0,64	0,40	23,2	25,96	23,97
2001	0,576	0,581	16,33	62,41	32,84	5,94	1,68	0,62	0,31	23,1	26,20	23,95
2002	0,575	0,573	14,88	59,73	34,41	6,71	1,75	0,60	0,37	23,7	26,48	24,21
2003	0,578	0,554	13,15	56,93	35,68	6,42	1,42	0,42	0,22	23,9	26,01	24,30
2004	0,562	0,564	11,43	54,38	38,96	8,14	1,92	0,61	0,34	24,3	26,94	24,73
2005	0,544	0,600	11,41	46,91	29,45	6,37	1,74	0,64	0,35	25,0	27,01	24,62
2000= =100	86	95	59	66	94	107	106	100	88	108	104	103
1989= =100	64	66	23	44	124	114	87	80	90	114	107	108
1995= =100	81	90	39	59	129	128	110	98	90	113	106	107

Źródło: podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski 1990-2000, Warszawa 2001, GUS oraz niepublikowane dane udostępnione przez GUS.

2.1.4. Zmiany w strukturze nowożeńców według wieku w momencie zawierania małżeństwa

Jedną z istotnych cech demograficznej transformacji jest opóźnianie momentu zawierania małżeństwa. Składa się na nie wiele przyczyn, wśród nich m.in. wydłużanie okresu nauki, ograniczenia związane z trudnościami na rynku pracy ludzi młodych, ograniczone możliwości nabycia mieszkania dla rodziny itp. Obok wymienionych czynników na uwagę zasługuje również zmiana postaw matrymonialnych młodej generacji, będąca jednym z ogniw w łańcuchu zmian systemu norm i wartości. Zawarcie małżeństwa i założenie rodziny ustępuje miejsca takim celom, jak zdobycie odpowiedniego wykształcenia, znalezienie interesującej i dobrze płatnej pracy, zakup własnego mieszkania itp. Wspomniane cele są konkurencyjne w stosunku do wartości altruistycznych, takich jak małżeństwo, rodzina i dziecko.

Analiza zmian struktury nowożeńców według wieku w momencie zawierania małżeństwa w ostatnich latach minionego stulecia oraz na początku nowego wieku wyraźnie potwierdza występowanie w kraju opóźniania zawierania małżeństw, które stanowi jedną z istotnych oznak drugiej transformacji demograficznej.

W całym okresie najwięcej związków było zawieranych przez osoby w wieku 20-24 lata. Niemniej jednak, udział tych osób wśród ogółu nowożeńców w latach 1995-2005 wykazywał systematyczny spadek. Względne tempo spadku było najsilniejsze wśród mężczyzn zamieszkałych w miastach (obniżenie o 16,4 punktu procentowego do poziomu 29,9% w ostatnim roku analizy).

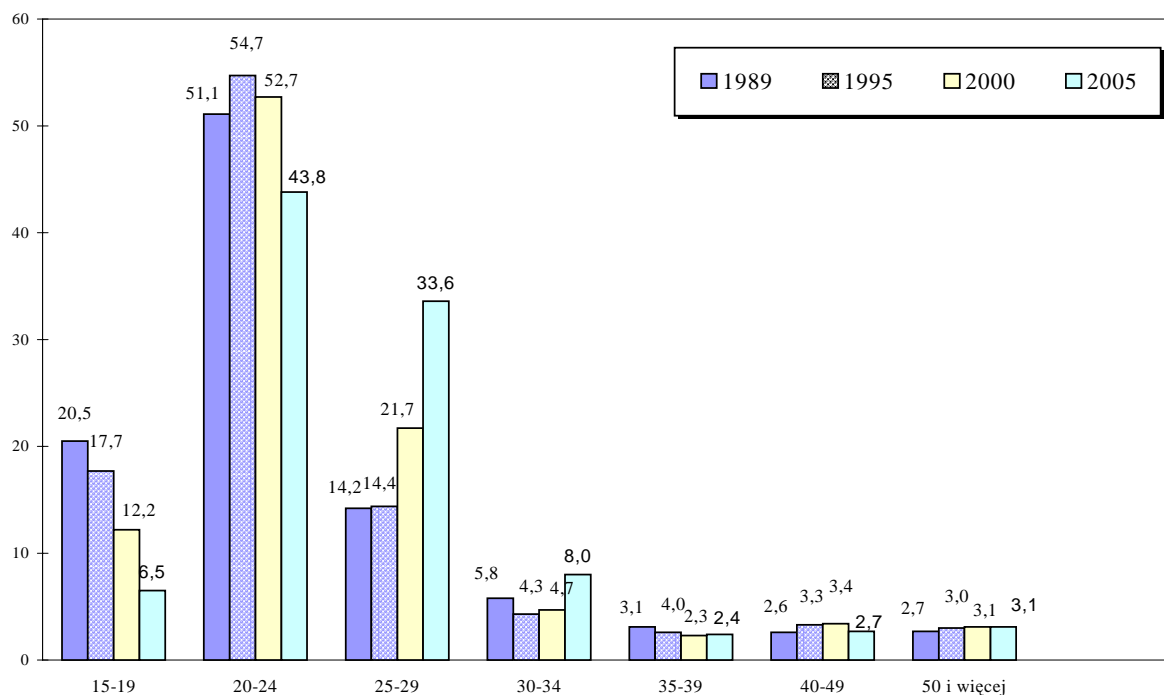
Odsetek nowożeńców w wieku 25-29 systematycznie rósł. Największy jego przyrost zanotowano wśród mieszkanki miast; wyniósł on 19,6 punktu procentowego (wzrost z 15,7% do 35,3%).

Syntetyczną prezentację zmian struktury nowożeńców według płci, wieku i miejsca zamieszkania zawierają wykresy 7-12.

Osoby w wieku 20-29 lat mają ważne znaczenie dla demograficznego rozwoju kraju, bowiem najwyższa intensywność zarówno zawierania związków małżeńskich, jak tworzenia nowych gospodarstw domowych oraz rodzenia dzieci występuje w tych grupach. We wspomnianych subpopulacjach od wielu lat obserwuje się znaczne dysproporcje w strukturze według płci. Powodują one określone skutki dla procesu tworzenia rodzin. Przewaga liczebności jednej płci przy jednoczesnym niedoborze liczebności drugiej prowadzi do zachwiania równowagi podaży na rynku matrymonialnym, co ogranicza możliwość zawarcia małżeństwa przez część osób. Notowane dysproporcje w strukturze ludności według wieku i płci wynikają głównie z migracji wewnętrznych i zagranicznych.

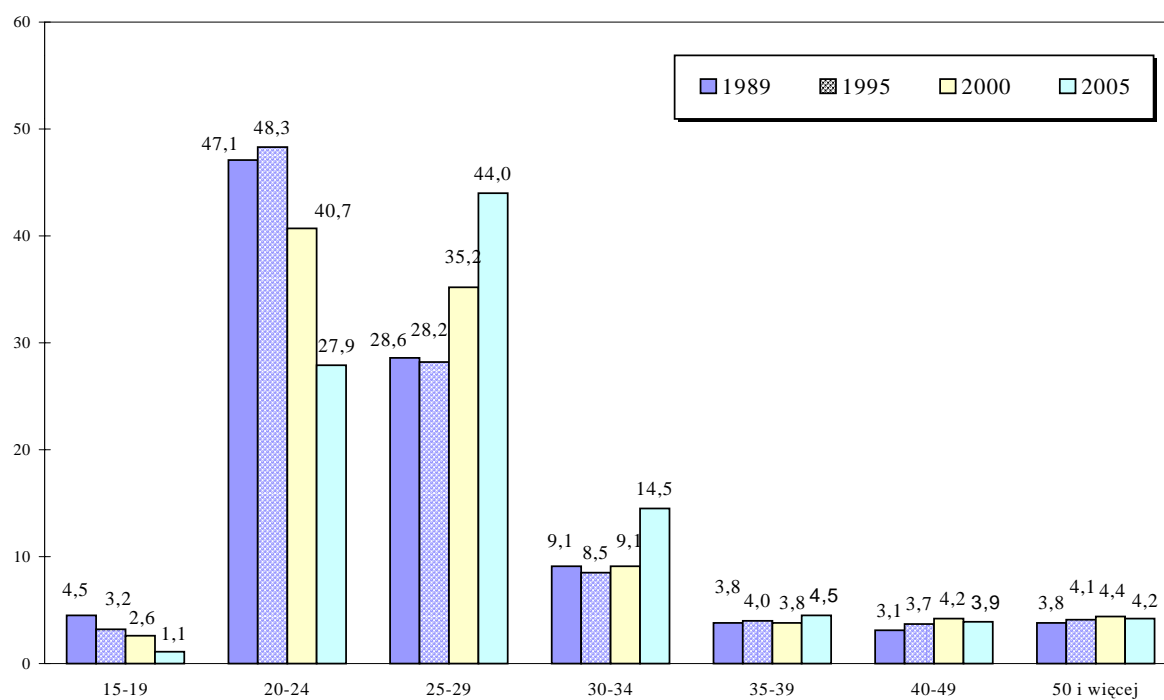
Na zakończenie rozważań o przemianach wzorca tworzenia małżeństw warto podkreślić fakt, iż charakterystyczną cechą polskich małżeństw jest zbliżony wiek obojga małżonków oraz ich homogeniczność (jednorodność) pod względem posiadanego wykształcenia. W roku 2005 pary nowożeńców należących do tych samych, pięcioletnich grup wieku stanowiły 12,5% ogółu, w tym 13,2% w miastach oraz 11,4% na wsi. Gdyby do grupy nowożeńców w tym samym wieku dołączyć pary, w których różnica wieku małżonków nie przekraczała dwóch lat, odsetek małżeństw jednorodnych ze względu na wiek wyniósłby 50,2% dla Polski ogółem, w tym 51,3% w miastach i 48,4% na wsi. Pary z mężem starszym stanowiły odpowiednio 69,6%, 67,8% oraz 72,3%. Jeśli chodzi o homogeniczność par ze względu na poziom wykształcenia, ich udział wyniósł w skali kraju 50,1%, w tym 52,8% w miastach i 45,9% na wsi. Wśród związków homogenicznych najliczniejszą grupę stanowiły pary z wykształceniem średnim (22,4% w kraju ogółem, 22,9% w miastach i 21,6% na wsi) oraz z wykształceniem wyższym (odpowiednio 16,4%, 21,6% oraz 8,2%).

Wykres 7. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Polska, kobiety



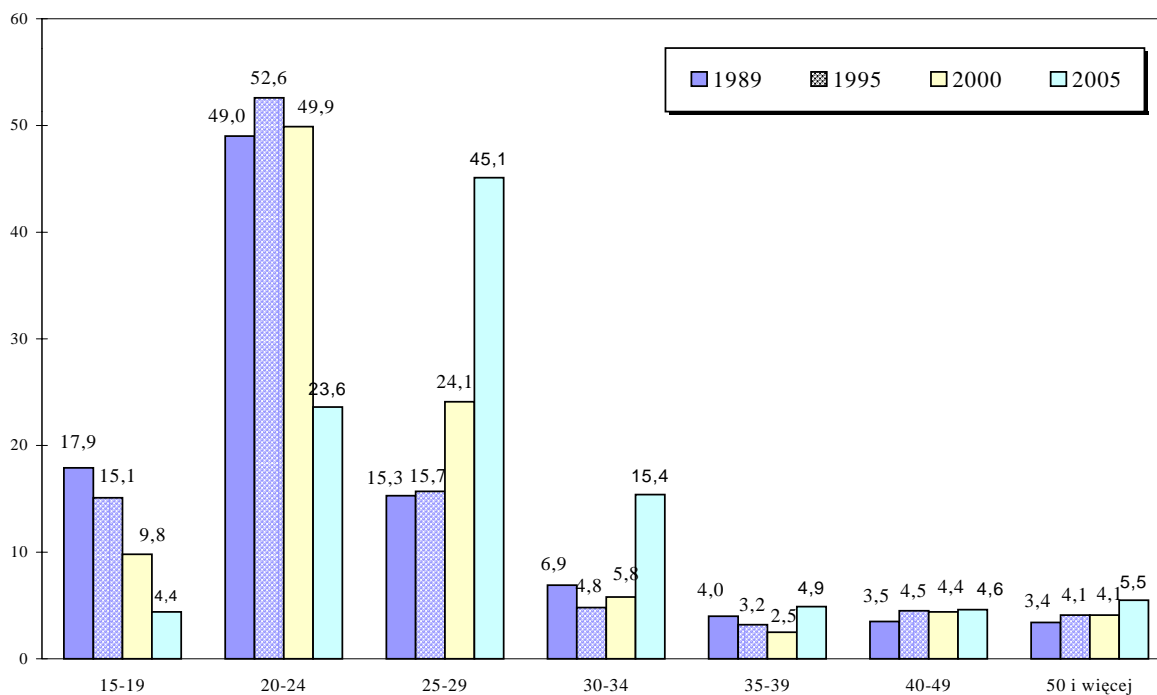
Źródło: dane GUS.

Wykres 8. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2001 i 2005, Polska, mężczyźni



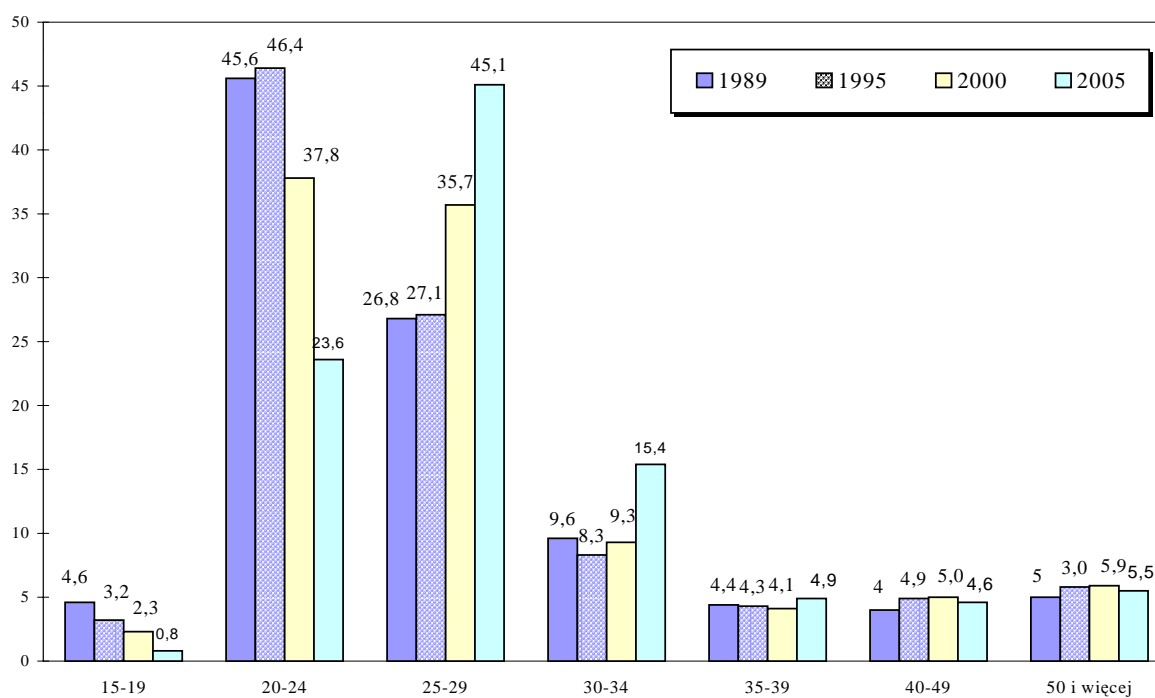
Źródło: dane GUS.

Wykres 9. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Miasta, kobiety



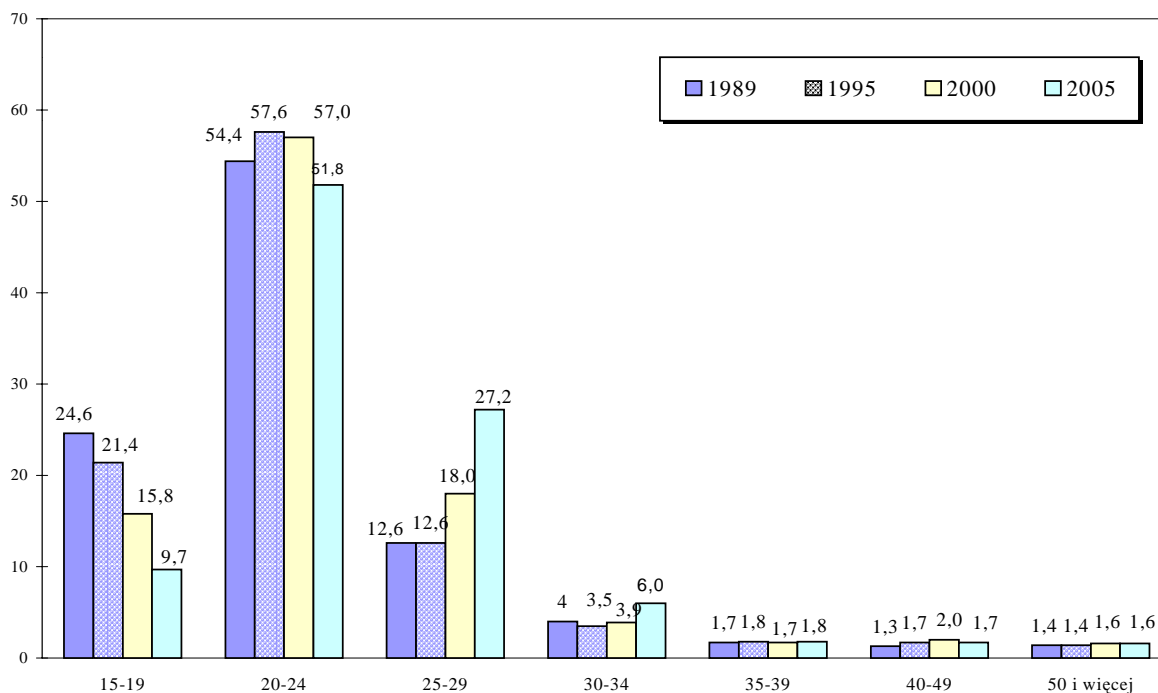
Źródło: dane GUS.

Wykres 10. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Miasta, mężczyźni



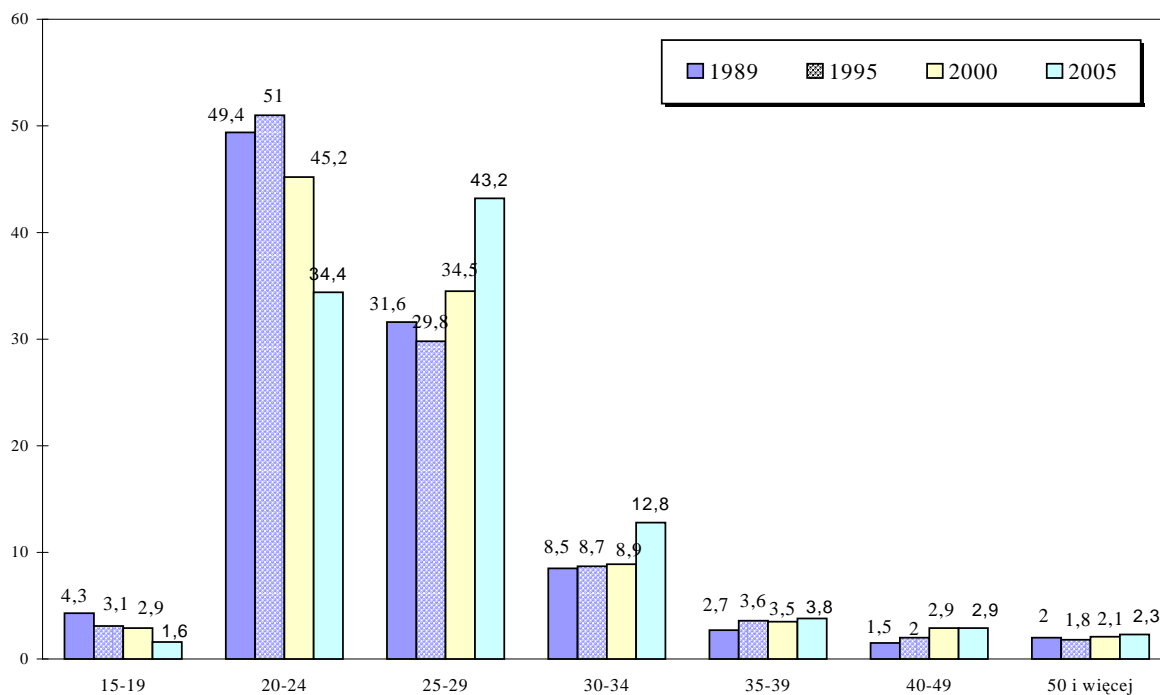
Źródło: dane GUS.

Wykres 11. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Wieś, kobiety



Źródło: dane GUS.

Wykres 12. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Wieś, mężczyźni



Źródło: dane GUS.

Homogeniczność małżonków jest z reguły czynnikiem sprzyjającym trwałości związków. Zbliżony wiek małżonków, podobne pochodzenie społeczne oraz poziom wykształcenia idą w parze z podobnymi zainteresowaniami oraz wspólnym dążeniem do osiągnięcia określonych, zbieżnych celów życiowych; a to może stanowić o silniejszych więziach i większej stabilności związku.

2.1.5. Małżeństwa binacjonalne

W analizie procesu zawierania małżeństw nie sposób pominąć zjawiska związków mieszanych (binacjonalnych), czyli zawieranych przez osoby o różnej narodowości. W latach 1990-2005 odnotowano w kraju nieco ponad 53,5 tys. związków Polek lub Polaków z cudzoziemcami. Z tej liczby 16% przypada na ostatnie 5 lat. W 2005 r. zawarto 3483 małżeństwa mieszane, co stanowi 1,7% ogółu małżeństw zawartych w kraju. W relacji do stanu w 2004 r. oznacza to spadek o 597 związków wyrażeniu absolutnym oraz o 14,6% w wyrażeniu względnym. Według szacunków E. Jaroszewskiej i A. Rajkiewicza, w okresie od 1990 do 2002 roku poza granicami Polski zawarto 70-80 tys. takich związków.

Istotną cechą zjawiska związków mieszanych jest fakt dysproporcji między liczbą związków zawieranych w Polsce przez mężczyzn narodowości polskiej z cudzoziemkami, a liczbą małżeństw zawieranych poza granicami kraju przez Polki. W małżeństwach binacjonalnych zawartych w Polsce w 2005 r. mężczyźni spoza granic kraju stanowili 64,9%. (o 6 punktów procentowych więcej niż rok wcześniej). Wśród nich odsetek kawalerów wyniósł 76,5%, rozwiedzionych – 21,8%, a wdowców – 1,7%. W grupie kobiet – cudzoziemek panny stanowiły 60,9%, rozwódki – 35,0%, a wdowy – 4%. Podobnie jak w przypadku małżeństw Polaków, wśród związków mieszanych najliczniej – niezależnie od płci – reprezentowane są osoby w wieku 25-29 lat (26,6% ogółu mężczyzn i 29,0% ogółu kobiet). Młodszych nowożeńców (20-24 lata) jest relatywnie więcej wśród kobiet niż wśród mężczyzn: odpowiednio 24% i 12,8%.

Jeśli chodzi o narodowość małżonków, dominującym typem związków są małżeństwa Polek z mieszkańcami krajów Europy Zachodniej i związki Polaków z obywatelkami państw byłego Związku Radzieckiego. Wśród małżeństw zawieranych przez Polaków z cudzoziemkami w ciągu ostatnich 5 lat (2000-2005) połowę stanowiły małżeństwa zawierane z Ukrainkami, Białorusinkami i Rosjankami, z wyraźną przewagą Ukrainek (co drugie małżeństwo tego typu to małżeństwo polsko-ukraińskie). Ten typ małżeństw równoważy – choć tylko w niewielkim zakresie – skutki odpływu z Polski „żon-Polek” osiedlających się w kraju pochodzenia męża. W grupie związków zawieranych przez Polki z cudzoziemcami prym wiodą zdecydowanie małżeństwa z Niemcami – 21,4% ogółu; kolejne, odległe miejsca w rankingu zajmują związki z Ukrainkami – 7,4% oraz Brytyjczykami i Włochami – odpowiednio 7,2% i 5,3%.

2.2. Rozwody

2.2.1. Liczba i struktura rozwodów

W latach 1989-2005 orzeczono w Polsce 728,2 tys. rozwodów, w tym niemal 82,6% przypadało na rozwody w mieście (601,2 tys.). Początek okresu ekonomicznej transformacji charakteryzował się dynamicznym spadkiem liczby rozwodów od poziomu 47,2 tys. w roku 1989 do 27,9 tys. w cztery lata później. W latach 1994-1998 liczba rozwodów zwiększyła się

z 31,6 tys. do 45,2 tys. W roku 1999 po raz pierwszy od sześciu lat zanotowano zmniejszenie liczby rozwodów do 42,0 tys., tj. o 7,1% w stosunku do roku poprzedniego. Jednakże, nie na długo. W trzech kolejnych latach nowego stulecia zanotowano wzrost liczby rozwodów, przy czym w roku 2000 liczba rozwodów minimalnie wzrosła do poziomu 42,8 tys., w roku 2001 nastąpiło znaczące zwiększenie liczby rozwodów do poziomu 45,3 tys., co oznaczało wzrost o 5,9% w stosunku do roku poprzedniego; w rok później liczba rozwodów pozostała na niemal niezmiennym poziomie 45,4 tysięcy. Rok 2003 przyniósł znaczący wzrost liczby par rozwodzących się do 48,6 tys., tj. o 7,1% w stosunku do roku poprzedniego. W wyrażeniu względnym, tj. w przeliczeniu na 10 tys. ludności, liczba rozwodów wahała się w granicach od 12,4 w roku 1989 do 7,3 w 1993 roku. W roku 2003 współczynnik rozwodów wyniósł 12,7 w przeliczeniu na 10 tys. ludności, co w stosunku do roku poprzedniego oznaczało wzrost o 7,6%. W miastach wskaźnik ten osiągnął poziom 17,4 (wzrost o 7,4% w stosunku do roku 2002), na wsi – 5,2 (wzrost o 10,6%).

W 2005 r. zanotowano wyjątkowo wysoką liczbę rozwodów, równą 67,6 tys. W miastach na skutek rozwodu rozpadło się 53,6 tys. związków (79,3% ogółu), na wsi – 13,8 tys. W stosunku do 2004 r. oznaczało to przyrost o 20% w skali kraju ogółem, w tym o 16,7% w miastach i o 34,6% na wsi. Do tej pory nigdy nie notowano tak wysokiego tempa wzrostu liczby rozwodów z roku na rok.

Z zestawienia liczby rozwodów z liczbą małżeństw nowo zawartych w skrajnych latach analizowanego okresu wynika, że zarówno w skali ogólnopolskiej jak i w przekroju miasta-wieś współczynnik rozwodów w przeliczeniu na 1000 małżeństw nowo zawartych zwiększył się znacząco. W roku 1989 w wyniku rozwodu rozpadło się 185 związków, w tym 247 na 1000 nowo zawartych w mieście i 82 na 1000 na wsi. W miarę stabilny poziom współczynnika do 2000 roku wynikał – przy spadającej liczbie małżeństw nowo zawartych – z podobnego tempa zmian absolutnej liczby rozwodów. Istotny wzrost absolutnej liczby rozwodów w roku 2001, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby nowych związków, spowodował znaczące zwiększenie poziomu współczynnika rozwodów w przeliczeniu na 1000 małżeństw nowo zawartych. W 2005 r. miernik ten osiągnął wielkość 327 na 1000 dla Polski ogółem (niemal dwukrotny przyrost – o 96,5% – w stosunku do roku 1990), w tej liczbie 427 na 1000 w miastach (przyrost o 75,4%) oraz 170 na 1000 na wsi (wzrost o 167%). Szczegółowe informacje o liczbie i natężeniu rozwodów w latach 1989-2005 ilustruje tablica 16.

Dynamika zmian liczby rozwodów znajduje swoje odzwierciedlenie w zmianach struktury rodzin według typu biologicznego. Przybywa rodzin z jednym rodzicem w składzie, co wynika z postępującego wzrostu zarówno liczby rozwodów jak i urodzeń pozamałżeńskich. O ile w roku 2002 liczba rodzin ogółem była wyższa o 231,4 tys., tj. o 2,3% w stosunku do roku 1988, o tyle liczba rodzin niepełnych wzrosła o 456,3 tys. (tj. o 28,9%). Udział matek z dziećmi wśród ogółu rodzin biologicznych wynosił w 1988 roku 13,7%, a ojców – 1,7%. W 2002 r. odsetki te wynosiły odpowiednio 17,2% i 2,2%.

Wśród rodzin samotnych kobiet z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu najliczniejszą grupę stanowiły osoby rozwiedzione. Liczba rozwiedzionych kobiet z dziećmi w okresie międzypisowym zwiększyła się z 234,8 tys. do 297,2 tys., tj. o 26,6%; grupa rodzin z rozwiedzionym ojcem powiększyła się z 18,3 tys. do 22,7 tys., tj. o 24,0%. Udział rodzin z rozwiedzioną matką wśród ogółu kobiet z dziećmi do lat 24 w roku 2002 wynosił 25,8%, podczas gdy odsetek panien kształtował się na poziomie 17,5%, a wdów – 15,6%.

Tablica 16. Rozwody w Polsce w latach 1989-2005

Lata	Liczba rozwodów	Współczynniki rozwodów na 10 tys. ludności			Współczynniki rozwodów na 1000 nowo zawartych małżeństw		
		ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś
1989	47189	12,4	16,7	5,4	184,6	246,7	82,2
1990	42436	11,1	14,7	4,8	166,2	243,3	63,7
1991	33823	8,8	11,8	3,6	145,0	215,7	51,2
1992	32024	8,4	11,3	3,2	147,4	219,9	48,6
1993	27891	7,3	9,8	2,7	134,3	194,1	45,0
1994	31574	8,2	11,1	3,0	152,0	219,2	50,5
1995	38115	9,9	13,2	4,1	184,1	259,1	60,8
1996	39449	10,2	13,6	4,3	193,7	267,1	76,4
1997	42549	11,0	14,7	4,5	207,7	288,2	80,4
1998	45230	11,7	15,8	4,6	216,0	300,1	81,8
1999	42020	10,9	14,9	4,4	191,5	269,1	73,5
2000	42770	11,1	15,4	4,5	202,5	281,2	80,2
2001	45308	11,7	16,1	4,7	232,2	323,2	91,5
2002	45414	11,8	16,2	4,7	237,2	330,4	93,1
2003	48632	12,7	17,4	5,2	248,8	344,3	99,9
2004	56322	14,7	19,6	7,0	293,2	394,8	136,4
2005	67578	17,7	23,0	9,3	326,6	426,7	170,3

Źródło: zestawienie na podstawie danych GUS.

Jednoznaczne określenie przyczyn zmian zachodzących w liczbie rozwodów w ostatnich latach jest bardzo trudne. W poprzednich edycjach raportu podkreślono wagę pogarszających się warunków bytu rodzin i zagrożenie obniżeniem poziomu życia w przypadku rozwodu, pociągającego za sobą konieczność utrzymywania rodziny przez jednego z rodziców, głównie przez samotną matkę. Informacje o wzroście liczby wnoszonych wniosków rozwodowych wskazują, że istotny wpływ na formalny rozpad związku może mieć polityka państwa, preferująca rodziny niepełne w systemie świadczeń na rzecz rodziny. Bez wątpienia nowa ustawa o zasadach przyznawania zasiłków rodzinnych, obowiązująca od 1 maja 2004 r., różnicująca istotnie wysokość zasiłków na korzyść rodzin z jednym z rodziców, może stanowić jeden z głównych czynników wzmożonych starań o uzyskanie sądowych orzeczeń o rozpadzie małżeństwa. Dane o rozwodach z 2005 r. wyraźnie wskazują, że może to być przyczyna wiarygodna. Wprawdzie ustawa przewiduje możliwość zakwestionowania prawa do zwiększonego zasiłku na dzieci w przypadku stwierdzenia przez odpowiednie władze samorządowe lub ośrodki pomocy społecznej – wspólnego zamieszkiwania małżonków i prowadzenia jednego gospodarstwa domowego mimo formalnego orzeczenia rozwodu, ale możliwość ta może być bardzo trudna w realizacji. Poznanie związku między wprowadzonymi zmianami legislacyjnymi oraz ewentualnymi zmianami liczby orzekanych rozwodów i innymi czynnikami wymaga przeprowadzenia dodatkowych badań empirycznych.

2.2.2. Wiek małżonków rozwodzących się

Z wielu dotychczas przeprowadzonych badań na temat uwarunkowań natężenia rozwodów wynika, że wczesny wiek zawierania małżeństw nie sprzyja ich trwałości. Z informacji o strukturze osób rozwodzących się według wieku w momencie zawarcia małżeństwa jednoznacznie wynika, że na ryzyko rozwodu po krótkim okresie wspólnego pożycia narażone są głównie związki zawarte przez osoby w młodym wieku. Z zestawienia odpowiednich wskaźników wynika, że największy udział wśród osób rozwodzących się mają, niezależnie od płci, te osoby, które zawarły związek małżeński w wieku 20-24 lata. W 1995 r. osoby należą-

ce do tej grupy stanowiły 48,7% ogółu rozwodzących się kobiet oraz 52,9% mężczyzn. W 2005 r. analizowane odsetki wzrosły do poziomu odpowiednio 51,8% i 53,3%, co wskazuje na wyrównywanie analizowanych proporcji w grupie rozwodzących się mężczyzn i kobiet, które zawierały związek będąc w wieku 20-24 lata.

2.2.3. Czas trwania rozwodzących się małżeństw

Z obserwacji struktury małżeństw rozwodzących się według czasu ich trwania wynika, że najczęściej rozwodzą się pary, które przeżyły ze sobą od 5 do 9 lat. Ich udział wśród ogółu rozwodzących się par obniżał się w latach 1995-2005 od 24,2% w początkowym roku obserwacji do poziomu 22,4% w końcu okresu.

Kolejną grupę pod względem częstości występowania rozwodów stanowią małżeństwa ze stażem 10-14 lat. Poziom tej częstości w analizowanym okresie dla Polski ogółem nieznacznie obniżał się, ale cały czas oscylował wokół 20%; w 2005 r. na 100 par rozwodzących się średnio 19 miało za sobą od 10 do 14 lat wspólnego pożycia.

Znaczącą grupę wśród par rozwodzących się stanowią również osoby z ponad dwudziestoletnim stażem małżeńskim. Ich udział wykazuje systematyczny wzrost. W latach 1989-2005 odsetek tych par zwiększył się z 14,9% do 23,8%.

Od wielu lat w ponad 2/3 przypadków powództwo o rozwód wnosi kobieta. Natomiast orzeczenie rozwodu z winy żony następuje tylko w około 2,7% przypadków, z winy męża – w 21,2% oraz z winy obu stron – w 4,6% orzeczeń. Pozostałe 71,5% rozwodów orzeka się bez podania winy żadnej ze stron. Wspomniane odsetki od lat pozostają na niezmiennym poziomie.

2.2.4. Małoletnie dzieci w małżeństwach rozwodzących się

Rozwód pary małżeńskiej wiąże się zwykle z konsekwencjami dla dzieci, które są wychowywane przez te pary. Jakkolwiek *Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy* stoi na straży dobra małoletnich dzieci i ogranicza rozwody w przypadkach, gdyby miały one ucierpieć, to jednak około 70% rozwodów dotyczy małżeństw z dziećmi (tabl. 17). W 1995 roku udział małżeństw bezdzietnych w ogólnej liczbie rozpadających się małżeństw wynosił 30,5%, w 2005 roku wzrósł do poziomu 32,4%. W miastach obliczone odsetki kształtowały się w obu analizowanych latach na poziomie równym odpowiednio 31,0% i 34,3% w miastach oraz 26,3% i 24,8% na wsi. Na skutek tego, że w miastach ukształtował się model rodziny jedno i dwudziętnej, wśród ogółu rozwodzących się par wzrósł odsetek małżeństw z jednym dzieckiem, a zmalał procent par z większą liczbą dzieci.

W 1995 roku skutki rozwodu dotknęły 40,6 tys. dzieci w wieku poniżej 18 lat, w 2005 roku liczba ta wzrosła do 71,6 tys., co oznacza przyrost o 76,4%. Wobec mniejszej liczebnie populacji dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat w roku 2005 w porównaniu z rokiem 1995, w ujęciu względnym proporcja małoletnich dzieci dotkniętych rozwodem rodziców w obu latach wzrosła ponad dwukrotnie: z 44 do 89 w przeliczeniu na 10 tys. dzieci w wieku 18 lat w całej populacji.

Jeśli chodzi o strukturę wieku dzieci w rozwodzących się małżeństwach, to w analizowanym okresie stwierdzono zauważalne zmniejszenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym na rzecz wzrostu proporcji dzieci w wieku szkolnym. Wśród rozwodzących się małżeństw z dziećmi w 1995 roku ponad połowę (61,6%) stanowiły dzieci w wieku 7-17 lat. Odsetek dzieci w wieku 3-6 lat wynosił 26,1%, a udział dzieci najmłodszych, w wieku 0-2 lat – 12,3%. W roku 2005 proporcja dzieci w wieku szkolnym wzrosła do 67,3%, frakcja dzieci w wieku przedszkolnym obniżyła się do 23,2%, natomiast udział dzieci najmłodszych zmalał do 9,5%. W relacji do ogółu dzieci w wyodrębnionych grupach wieku analizowane dla obu lat odsetki wykazują niewielkie różnice.

Tablica 17. Rozwody według liczby małoletnich dzieci. Polska, 1989-2005

Lata	Liczba dzieci					
	ogółem	0	1	2	3	4 i więcej
	W LICZBACH BEZWZGLĘDNYCH					
1989	47189	14852	18312	11196	2215	614
1990	42436	13207	16831	9909	1914	575
1991	33823	10486	13428	7951	1519	439
1992	39833	14962	17273	6206	1071	321
1993	27891	8967	11276	6220	1156	272
1994	31574	9996	12675	7149	1368	386
1995	38115	11619	15500	8642	1787	567
1996	39449	12100	15983	8799	1947	620
1997	42549	13553	17140	9123	2029	704
1998	45230	15126	18081	9370	1974	679
1999	42020	14324	16832	8386	1857	621
2000	42770	14994	17153	8265	1775	583
2001	45308	16545	18121	8290	1793	559
2002	45414	16803	18101	8282	1691	537
2003	48632	18435	19388	8516	1740	553
2004	56332	19780	22413	10794	2490	855
2005	67578	21883	26944	13801	3488	1462
	W ODSETKACH					
1989	100,0	31,5	38,8	23,7	4,7	1,3
1990	100,0	31,1	39,7	23,4	4,5	1,3
1991	100,0	31,0	39,7	23,5	4,5	1,3
1992	100,0	31,3	40,1	23,1	4,2	1,3
1993	100,0	32,2	40,4	22,3	4,1	1,0
1994	100,0	31,7	40,2	22,6	4,3	1,3
1995	100,0	30,5	40,7	22,7	4,7	1,5
1996	100,0	30,7	40,5	22,3	4,9	1,6
1997	100,0	31,8	40,3	21,4	4,8	1,7
1998	100,0	33,4	40,0	20,7	4,4	1,5
1999	100,0	34,1	40,1	20,7	4,4	1,5
2000	100,0	35,0	40,1	19,3	4,2	1,4
2001	100,0	36,5	40,0	18,3	4,0	1,2
2002	100,0	37,0	39,9	18,2	3,7	1,2
2003	100,0	37,9	39,9	17,5	3,6	1,1
2004	100,0	35,1	39,8	19,2	4,4	1,5
2005	100,0	32,4	39,9	20,4	5,2	2,2

Źródło: obliczenia na podstawie roczników demograficznych GUS.

Z danych Narodowego Spisu Powszechnego 2002 wynika, że rozwiedzione matki utrzymywały w 2002 r. łącznie 458 tys. dzieci; 79,7% tej liczby przypadało na matki zamieszkałe w miastach.

Średnio biorąc, na jedną matkę rozwiedzioną w skali ogólnopolskiej przypadało średnio 1,54 dziecka, w tym 1,49 w miastach i 1,76 na wsi. W rodzinach niepełnych z rozwiedzionymi ojcami pozostawało na utrzymaniu łącznie 48,2 tys. dzieci w kraju ogółem, w tym 38,6 tys. (tj. 80,1%) w miastach oraz 9,6 tys. na wsi. Na jednego ojca przypadało, średnio biorąc, odpowiednio 1,31, 1,28 oraz 1,42 dziecka.

Wspomniane, istotne różnice w liczbie rodzin niepełnych z rozwiedzioną matką lub ojcem wynikają głównie z faktu, że w przypadku orzeczenia trwałego rozpadu małżeństwa

sąd najczęściej przyznaje prawo do opieki nad dziećmi matce (w 2005 r. w 64% ogółu rozwodów), zaś ojcu – niezwykle rzadko (w 3,2% przypadków). Średnio w 31 na 100 przypadków wykonywanie władzy rodzicielskiej powierzono matce i ojcu jednocześnie, a w jednym przypadku na 100 odrębnie. Ponadto, dzieci z rozwiedzionych małżeństw umieszczane są w rodzinach zastępczych i placówkach opiekuńczych (około 0,8% ogółu).

2.2.5. Przyczyny rozwodów

W orzeczeniach rozwodów, wydawanych przez sądy, jako najczęstsze przyczyny rozpadu małżeństw podawane są: niedochowanie wierności małżeńskiej, nadużywanie alkoholu oraz niezgodność charakterów. W 1989 r. przyczyny te przesądziły o rozpadzie 83,5% ogółu związków, w tym w 30,9% o rozwodzie zadecydowała niewierność, w 28,1% – alkoholizm współmałżonka, a w 24,5% – niezgodność charakterów. W roku 2005 analogiczne proporcje wynosiły 80,7%, 22,7%, 25,8% oraz 32,3%. Przytoczone wskaźniki wskazują, że na znaczeniu tracą niewierność oraz alkoholizm współmałżonka na rzecz niezgodności charakterów. Pojęcie niezgodności jest bardzo pojemne i niejednoznaczne w swojej treści. Z tego względu bardzo trudno jest określić, w jakim stopniu odzwierciedla ono różnice w zachowaniach, postawach i dążeniach małżonków, a w jakie mierze jest wykorzystywane jako pseudo przyczyna we wnioskach o fikcyjne rozwody, warunkowane względami finansowymi (m.in. wyraźnie wyższymi świadczeniami rodzinnymi na rzecz samotnych rodziców z dziećmi). Podobny wydzźwięk może mieć wzrost wagi nieporozumień na tle finansowym jako przyczyny rozpadu małżeństwa. O ile w roku 1989 czynnik ten zadecydował o rozpadzie 4% małżeństw, o tyle w roku 2005 na skutek niesnasek w sferze gromadzenia i gospodarowania środkami rozwiodło się 8,1% par małżeńskich.

Struktura przyczyn rozpadu w orzeczeniach jest zbieżna z wynikami badań ankietowych dotyczących uwarunkowań rozpadu rodzin. Najczęstsze przyczyny rozwodów – z punktu widzenia kobiet – to alkoholizm męża (rzadziej nadużywanie alkoholu), zdrada lub trwały związek uczuciowy z inną osobą, brak zainteresowania rodziną, niemożliwość porozumienia się w sprawach życia codziennego oraz znęcanie się fizyczne. Znacznie rzadziej przyczyną rozwodu, w porównaniu z wyżej wymienionymi, bywa wpływ osób trzecich lub brak samodzielnego mieszkania. Alkoholizm i znęcanie się nad rodziną, często współwystępujące ze sobą, są najczęściej przyczyną rozwodów małżonków mieszkających na wsi, natomiast zdrada lub trwały związek uczuciowy z inną osobą częściej powodują rozpad małżeństw mieszkających w miastach.

Mężczyźni najczęściej jako przyczyny rozwodu wymieniają: brak możliwości porozumienia z żoną w sprawach życia codziennego, zdradę lub trwały związek uczuciowy z inną osobą oraz rzadziej wpływ osób trzecich. Ze znacznie niższą częstością wskazują takie przyczyny, jak: brak własnego mieszkania, alkoholizm (lub nadużywanie alkoholu przez siebie bądź przez żonę), niedobór seksualny, brak zainteresowania rodziną oraz różnice poglądów i przekonań.

W poszukiwaniu obiektywnych czynników stymulujących wzrost liczby rozwodów należy w pierwszej kolejności zwrócić uwagę na czynniki ekonomiczne. Ich znaczenie w wyborach życiowych, w tym również dotyczących rozpadu związku małżeńskiego, niewątpliwie rośnie. Rosnący poziom wykształcenia rozbudza ambicje zawodowe, co przejawia się zmianą postawy na taką, która preferuje osobisty rozwój jednostki i podporządkowuje mu decyzje dotyczące rodziny. Wzrost wymagań na rynku pracy i rosnąca konkurencyjność tej sfery działalności wobec aktywności na polu rodzinnym powoduje stres, który także może rzutować na trwałość związków.

Transformacji systemowej towarzyszą, obok przemian ekonomicznych, również przemiany kulturowe i światopoglądowe, szczególnie młodych generacji. Te również mogą mieć wpływ na intensywność rozpadu małżeństw. Chodzi tu m.in. o dążenie do większej nie-

zależności, do indywidualizmu, o pojawianie się odmiennego od dotychczasowego systemu wartości i norm, bardziej liberalnego w kwestii nierozzerwalności związków małżeńskich. Przyjmowanie ich przez młode pokolenia i równoczesne odrzucenie tradycyjnych norm obyczajowych może sprzyjać dezintegracji małżeństw.

Można zaryzykować hipotezę, że istotny wzrost liczby rozwodów w 2005 r. może w znaczącej mierze wynikać ze zmian rozwiązań legislacyjnych w sferze przyznawania świadczeń rodzinnych. Możliwość korzystania z priorytetów dla rodzin niepełnych w nowym systemie wspierania rodzin przez państwo mogło zaowocować znaczącym wzrostem liczby orzekanych rozwodów i sytuacja w tym zakresie nie ulegnie zmianie, o ile nie zostaną podjęte kroki w kierunku jednoznacznego określenia, czy formalny rozwód jest uzasadniony udokumentowanymi, rzeczywistymi przyczynami, czy też nie, oraz czy rozwiedzeni małżonkowie faktycznie żyją pod jednym dachem i wspólnie utrzymują rodzinę.

Oprócz czynników stymulujących wzrost współczynników rozwodów w ostatnim okresie istnieją też inne, ograniczające intensywność rozpadu małżeństw. Były nimi zmiany legislacyjne w sądownictwie, które nastąpiły po 1 stycznia 1990 roku. Dla wielu par były one na tyle trudne do pokonania, że decydowały o zaniechaniu wnoszenia sprawy rozwodowej.

W podobnym kierunku działa znowelizowany w grudniu 1999 r. *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, ustanawiający instytucję separacji. Separacja stanowi alternatywną dla rozwodu formę rozwiązania wszystkich cywilnoprawnych więzi między małżonkami. W 2005 r. orzeczono prawomocnie 11600 separacji, co w wyrażeniu względnym oznaczało wzrost o 96,7% w stosunku do 2004 roku oraz o 765,7% w relacji do 2000 roku, w którym ustanowiono separacje. Niemal dwie trzecie ogółu separacji (66,4%) dotyczyło par małżeńskich zamieszkałych w miastach. Liczba separacji w przeliczeniu na 1000 zawartych małżeństw wynosiła w skali kraju 56, w tym 61 w miastach oraz 48 na wsi; na 1000 rozwodów przypadały średnio 172 separacje (rok wcześniej 62). W przekroju województw współczynnik wahał się od 34 separacji na 1000 małżeństw w województwie zachodniopomorskim do 76 w województwie warmińsko-mazurskim. W miastach współczynniki separacji przyjmowały wielkości z przedziału od 35 w województwie zachodniopomorskim do 87 w kujawsko-pomorskim; na wsi – odpowiednio 31 i 69 w województwie świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

Na separacje decydowali się głównie małżonkowie w wieku 24 lat i młodszy (52,6% ogółu). Częstość orzeczeń separacji nie wykazywała znaczących różnic w zestawieniu z okresem trwania małżeństwa: przeciętnie w przypadku 26 separacji na 100 staż małżeński nie przekraczał 9 lat, a 31 par na 100 zdecydowało się na separację po 20 latach trwania związku lub po okresie dłuższym. Wśród ogółu par separowanych najliczniejsze grupy stanowili małżonkowie z wykształceniem zasadniczym zawodowym (28% ogółu) oraz średnim (14,5%). Znacznie niższy był udział osób z wykształceniem wyższym (2,4%) oraz podstawowym (10,9%).

Separowane małżeństwa posiadały najczęściej dwoje dzieci lub jedno: odpowiednio 30,3% oraz 30,1% ogółu par. Pary z trojgiem lub więcej dzieci stanowiły 23,2%. Przeciętna liczba dzieci we wszystkich parach separowanych wynosiła 2,09 i wahała się od 1,95 w województwie łódzkim do 2,36 w województwie warmińsko-mazurskim. Struktura separacji według głównej przyczyny rozkładu pożycia różniła się nieznacznie od tejże w przypadku orzeczeń rozwodu. Średnio w 20 przypadkach na 100 o separacji zadecydowała niezgodność charakterów, w 45 przypadkach na 100 – nadużywanie alkoholu, w 12 przypadkach na 100 – niedochowanie wierności małżeńskiej. Wśród pozostałych czynników warto zwrócić uwagę na nieporozumienia na tle finansowym, które stały się przyczyną przeciętnie 10 na 100 separacji.

Z jednej strony można oczekiwać, że ustanowienie separacji może wpłynąć w przyszłości na obniżenie liczby orzekanych rozwodów, z drugiej zaś – istnieje niemało przesłanek do obaw o trwałość przyszłej polskiej rodziny. Niepokoi zwłaszcza wysoka dynamika wzrostu liczby orzekanych rozwodów i separacji w ostatnich latach oraz małych dzieci w rodzinach rozbitych. Można ją uznać za symptom kryzysu etyczno-moralnego, zawierający

w sobie elementy konfliktogenne i mogący stanowić potencjalne źródło kryzysu małżeństwa w dalszych fazach rozwoju rodziny. Jedną z tych przesłanek jest rosnący wśród ogółu małżeństw udział rozpadających się związków z długim stażem.

Istotnym czynnikiem powodującym dezintegrację małżeństw jest również emigracja młodych ludzi za granicę. Wskazuje na to m.in. znaczące zróżnicowanie współczynnika rozwodów i separacji w przeliczeniu na liczbę małżeństw zawartych w przekroju województw. Jego poziom jest istotnie wyższy w tych regionach, w których odpływ za granicę młodej generacji jest relatywnie większy w porównaniu z innymi. Czynniki te powinny znaleźć odpowiednie miejsce w dyskusji nad przyszłością demograficzną kraju i rolą emigracji w kształtowaniu przyszłych struktur ludności według podstawowych cech demograficznych i społeczno-ekonomicznych.

III. URODZENIA I PŁODNOŚĆ

3.1. Liczba urodzeń i struktura wieku rozrodczego kobiet

Rok 2005 był drugim od 1989 r., w którym liczba urodzeń była wyższa od roku poprzedniego, to jest 2004, o 8,3 tysięcy. Rok 2005 był też kolejnym, ósmym rokiem w historii powojennej Polski, w którym liczba urodzeń była na poziomie poniżej 400 tysięcy. Spadek urodzeń w roku 2005 w stosunku do 2000 r. wyniósł 13,9 tys., zaś w stosunku do drugiego powojennego wyżu urodzeń z 1983 r. odpowiednio o 359,2 tys. (spadek o 49,6%). Ogólny współczynnik urodzeń w 2005 r. był na poziomie 9,5‰. W miastach liczba urodzeń żywych w 2005 r. w porównaniu z rokiem 2000 była wyższa o 2,9 tys., na wsi niższa o 16,8 tysięcy. Sytuacja ta oznacza, że całość spadku liczby urodzeń, która miała miejsce w latach 2000-2005, dotyczy wsi, przy obserwowanym niewielkim wzroście liczby urodzeń w miastach w badanym okresie. Współczynniki urodzeń wynosiły w roku 2005 odpowiednio: 9‰ w miastach i 10,4‰ na wsi (tablica 18).

Tablica 18. Zmiany w liczbie urodzeń żywych w Polsce w latach 1983-2005

Lata	Urodzenia żywe					
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
	w tysiącach			na 1000 ludności		
1983	723,6	403,1	320,5	19,7	18,8	21,2
1985	680,1	372,8	307,3	18,2	16,9	20,3
1989	564,4	303,4	261,0	14,9	13,2	17,4
1990	547,7	292,5	255,2	14,3	12,6	17,2
1991	547,7	289,3	258,4	14,3	12,4	17,3
1992	515,2	271,7	243,5	13,5	11,5	16,4
1993	494,3	262,7	231,6	12,8	11,2	15,6
1994	481,3	258,0	223,3	12,5	10,9	15,0
1995	433,1	232,7	200,4	11,2	9,8	13,5
1996	428,2	229,8	198,4	11,1	9,7	13,4
1997	412,7	221,1	191,6	10,7	9,3	12,9
1998	395,6	214,1	181,5	10,2	9,0	12,2
1999	382,0	208,2	173,8	9,9	8,8	11,7
2000	378,3	208,3	170,0	9,8	8,8	11,4
2001	368,2	205,7	162,5	9,5	8,7	9,9
2002	353,8	197,5	156,3	9,3	8,4	10,6
2003	351,1	199,6	151,5	9,2	8,5	10,3
2004	356,1	204,9	151,2	9,3	8,8	10,2
2005	364,4	211,2	153,2	9,6	9,0	10,4

Źródło: zestawienia na podstawie danych GUS.

Tablica 19. Zmiany w liczbie i strukturze kobiet w wieku rozrodczym w latach 1983-2005

Lata	Kobiety w wieku lat:								
	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	20-29
	w tysiącach								
1983	9117	1236	1416	1667	1593	1186	955	1064	3093
1989	9342	1367	1200	1344	1636	1605	1280	910	2544
1990	9435	1417	1208	1292	1594	1628	1402	894	2500
1991	9549	1467	1231	1258	1531	1639	1469	954	2489
1992	9671	1500	1270	1228	1462	1645	1522	1044	2498
1993	9799	1535	1310	1207	1393	1644	1556	1154	2517
1994	9926	1563	1361	1193	1336	1624	1588	1261	2554
1995	10052	1584	1410	1201	1284	1582	1610	1381	2611
1996	10115	1589	1460	1225	1250	1520	1623	1448	2685
1997	10170	1612	1493	1264	1221	1452	1628	1500	2757
1998	10215	1638	1528	1304	1200	1383	1628	1534	2832
1999	10248	1650	1556	1355	1187	1327	1608	1565	2911
2000	10094	1636	1539	1366	1185	1255	1542	1572	2905
2001	10072	1623	1547	1414	1203	1222	1484	1579	2962
2002	10031	1580	1572	1449	1233	1198	1414	1585	3021
2003	9985	1518	1606	1480	1270	1179	1349	1583	3087
2004	9931	1457	1626	1509	1314	1170	1290	1565	3135
2005	9897	1429	1627	1520	1337	1174	1267	1543	3147
	w promilach								
1983	1000	136	155	183	175	130	105	116	338
1989	1000	146	128	144	175	172	137	98	272
1990	1000	150	128	137	169	172	149	95	265
1991	1000	153	130	131	160	172	154	100	261
1992	1000	155	131	127	151	170	158	108	258
1993	1000	157	134	123	142	168	159	118	257
1994	1000	157	137	120	135	164	160	127	257
1995	1000	158	140	120	128	157	160	137	260
1996	1000	157	144	121	124	150	161	143	265
1997	1000	159	147	124	120	143	160	147	271
1998	1000	160	150	128	117	135	159	150	277
1999	1000	161	152	132	116	129	157	153	284
2000	1000	160	154	137	117	124	153	155	291
2001	1000	159	154	142	119	122	148	156	296
2002	1000	158	157	144	122	120	141	158	300
2003	1000	152	161	148	127	118	135	159	309
2004	1000	147	164	152	132	118	130	157	316
2005	1000	144	164	154	136	118	128	156	318

Źródło: dane GUS.

Od początku lat 90. występują różnokierunkowe zmiany w strukturze kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) polegające na tym, że na początku lat 90. zwiększała się liczebność kobiet w wieku 15-24 lata, a od połowy lat 90. w wieku 15-29 lat, malała natomiast w wieku 30-39 lat (tablica 19). Do końca lat 90. wzrastała absolutna liczba kobiet w wieku rozrodczym, zaś od roku 2000 obserwuje się tendencję spadkową. Jednocześnie od roku 2000 ob-

serwujemy wzrost w ogólnej strukturze kobiet w wieku 15-49 lat grup wieku: 20-24, 25-29 i 30-34 lat, a więc grup, które charakteryzują się najwyższą płodnością. Zmiany płodności i dzietności w Polsce wynikają głównie ze zmian wzorca płodności; mechanizm tych zmian i ich determinant wymaga pogłębionych systematycznych studiów opartych na badaniach interdyscyplinarnych, których w Polsce aktualnie się nie prowadzi.

3.2. Dzietność kobiet i wzorzec płodności

Płodność kobiet w Polsce od 1984 r. cechuje trend spadkowy. Kobiety rodzące dzieci w 2005 r. stanowiły 3,7% ogólnej populacji kobiet w wieku 15-49 lat, podczas gdy w 1983 r. udział ten był ponad dwukrotnie wyższy i wynosił 7,9%. Ogólny współczynnik płodności, wyrażający przeciętną liczbę urodzeń żywych na 1000 kobiet w wieku rozrodczym, w 2005 r. był na poziomie 36,8.

Spadek cząstkowych współczynników płodności w 2005 r. w porównaniu z 2000 r. wystąpił w większości w młodszych grupach wiekowych dla kraju ogółem oraz dla miast i wsi. Zaobserwowane zmiany w miastach były różnokierunkowe. Szczególnie wysoki spadek dotyczy grupy wieku 20-24 lat (spadek o 27,9% w miastach i o 32,7% na wsi) i grupy 15-19 lat (spadek o 13,3% w miastach i o 25% na wsi). Jednocześnie zarówno w miastach jak i na wsi obserwuje się wzrost cząstkowych współczynników płodności dla grup wiekowych: 30-34, 35-39 (por. dane tablicy 20). Obserwowane zmiany świadczą o dalszych postępujących przekształceniach wzorca płodności kobiet w Polsce, intensywność których to zmian obserwowana jest począwszy od 1989 roku¹. Jednocześnie wzrost intensywności urodzeń w starszych grupach wieku w miastach może być oznaką informującą z jednej strony o utrwalaniu się zmian wzorca płodności w Polsce, z drugiej zaś informacją, że część odkładanych decyzji o urodzeniu dziecka w późniejszym wieku zaczyna być realizowana.

W końcu lat 80. i na początku lat 90. najwyższa płodność występowała w grupie 20-24 lata, następnie w grupie 25-29 lat oraz 30-34 lata, przy czym dotyczyło to zarówno miast, jak i wsi. Lata 90. przyniosły spadek płodności we wszystkich grupach wieku, ale dynamika spadku była zróżnicowana według wieku.

Tablica 20. Płodność kobiet w 2005 r. w porównaniu z 2000 r.

Wiek kobiet (w latach)	Urodzenia żywe na 1000 kobiet w wieku 15-49 lat						Zmiany w poziomie płodności		
	2000			2005			w 2005 r. w porównaniu z 2000 r. (%)		
	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś
15-19	17	15	20	14	13	15	82,3	86,7	75,0
20-24	83	68	110	59	49	74	71,1	72,1	67,3
25-29	95	85	109	90	84	101	94,7	97,7	92,7
30-34	52	48	58	59	59	59	113,5	122,9	101,7
35-39	21	19	26	23	22	24	109,5	115,8	92,3
40-44	5	4	7	5	4	6	100,0	100,0	85,7
45-49	0	0	0	0	0	0	–	–	–
15-49	38	32	48	37	34	41	97,4	106,3	85,4
Współczynnik dzietności	1,367	1,201	1,652	1,243	1,149	1,399	90,9	95,7	84,7

¹ Mianem wzorca płodności określa się rozkład cząstkowych (rocznych lub grupowych) współczynników płodności względem wieku rozrodczego kobiety (wieku 15-49 lat).

Tablica 20. Płodność kobiet w 2005 r. w porównaniu z 2000 r. (dok.)

Wiek kobiet (w latach)	Urodzenia żywe na 1000 kobiet w wieku 15-49 lat						Zmiany w poziomie płodności		
	2000			2005			w 2005 r. w porównaniu z 2000 r. (%)		
	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś
Współczynnik dzietności żeńskie	0,663	0,581	0,805	0,604	0,557	0,682	91,1	95,9	84,7
Współczynnik zastępowalno- ści pokoleń	0,653	0,572	0,792	0,599	0,554	0,673	91,7	96,8	84,9

Źródło: dane GUS, obliczenia własne.

W skali całego kraju w okresie 1989-2005 największy spadek płodności (o 65,1%) nastąpił w grupie wieku 20-24 lata, następnie w grupie wieku 15-19 lat (spadek o 56,3%) oraz 25-29 lat (spadek o 27,6%). Podobny kierunek zmian obserwowano w mieście i na wsi.

Tablica 21. Współczynniki płodności kobiet, przeciętny wiek kobiet^a rodzących dzieci w latach 1989-2005

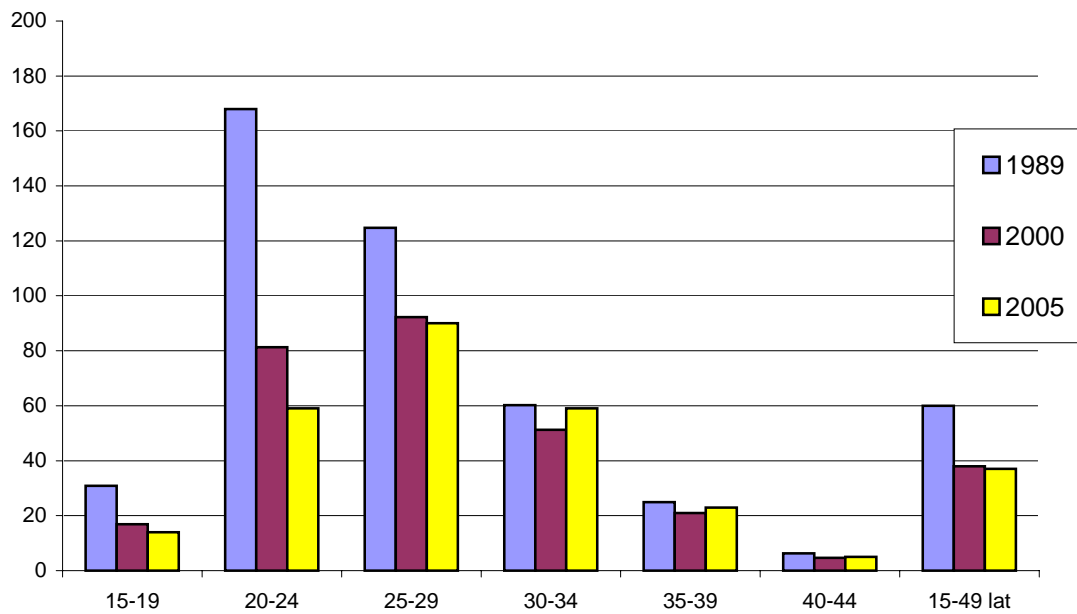
Lata	Urodzenia żywe na 1000 kobiet w grupach wieku							Przeciętny wiek kobiet rodzących
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1989	30,9	168,0	124,8	60,2	24,9	6,3	0,4	26,3
1990	31,5	165,2	121,4	58,6	24,5	6,2	0,3	26,3
1991	32,2	164,0	122,3	59,8	25,2	6,2	0,3	26,3
1992	29,3	150,2	117,9	57,7	24,5	6,0	0,4	26,4
1993	27,2	138,0	114,2	57,9	25,4	6,3	0,4	26,6
1994	25,5	128,6	113,4	59,0	26,2	6,5	0,3	26,8
1995	22,0	113,0	104,5	53,7	23,2	5,5	0,3	26,9
1996	21,1	107,6	103,9	54,6	23,2	5,5	0,3	26,9
1997	19,5	100,7	100,0	53,4	22,3	5,3	0,3	26,9
1998	19,0	93,0	96,0	52,0	21,0	5,0	0,0	27,0
1999	18,0	86,0	93,0	51,0	21,0	5,0	0,0	27,0
2000	17,0	83,3	94,6	51,7	21,4	4,8	0,2	26,9
2001	15,8	74,3	89,9	51,8	21,2	4,7	0,2	27,1
2002	15,2	68,4	88,8	51,8	21,4	4,7	0,2	27,2
2003	14,5	64,1	88,1	52,9	20,9	4,6	0,2	27,3
2004	13,8	60,9	89,1	55,5	21,9	4,8	0,2	27,6
2005	13,5	58,7	90,3	59,2	22,7	4,8	0	27,7

^a Wyznacza się jako średnią ważoną.

Źródło: dane GUS.

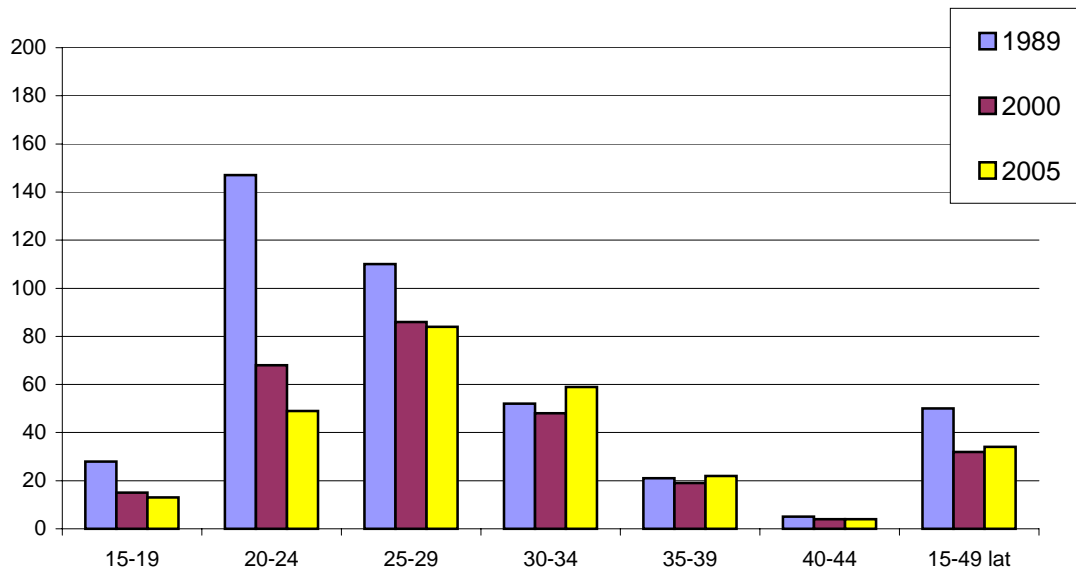
Kolejną oznaką przemian była zmiana udziału płodności każdej z grup wieku rozrodczego kobiet w ogólnym współczynniku dzietności. W 1989 r. najwyższy udział we współczynniku dzietności miała grupa wieku 20-24 lata (40,5%), następnie grupa 25-29 lat (30%) oraz grupa 30-34 lata (14,5%). Płodność tych grup wieku stanowiła około 85% ogólnej wartości współczynnika dzietności. W 2005 r. udziały grup 20-24 lata i 25-29 lat wynosiły odpowiednio 23,6% i 36%. Wiąże się to ze zrównaniem wartości cząstkowych współczynników płodności w tych grupach wieku, które w roku 1997 wynosiły odpowiednio 100,7 oraz 100,0, w 2005 r. odpowiednio: 58,7 i 90,3. Łącznie udział tych trzech grup wieku stanowił około 83,4%, a więc nie zmienił się znacząco w porównaniu z 1989 rokiem.

Wykres 13. Częstkowe współczynniki płodności w latach 1989, 2000, 2005. Polska



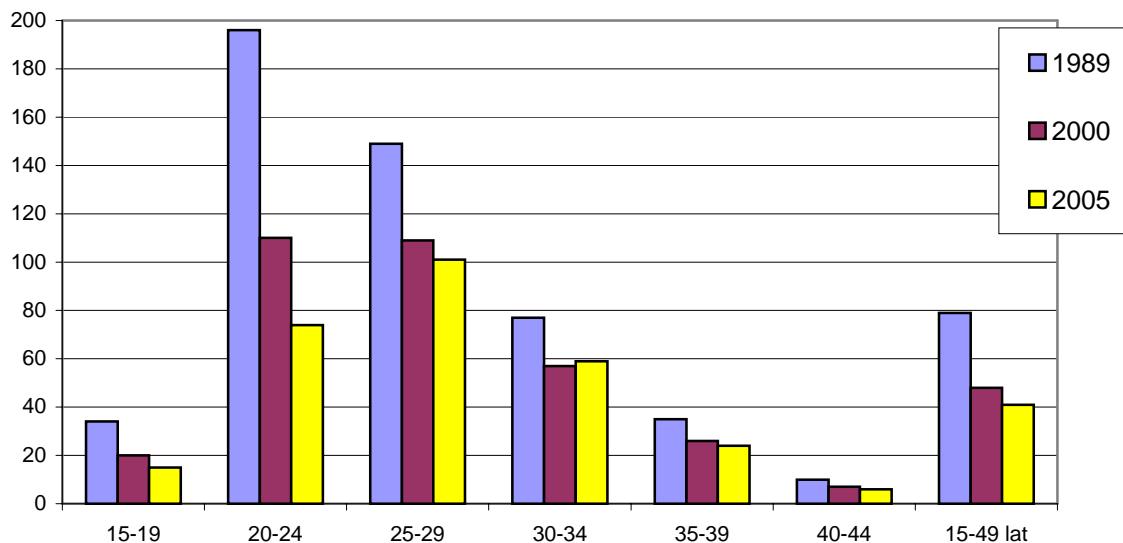
Źródło: dane GUS.

Wykres 14. Częstkowe współczynniki płodności w latach 1989, 2000, 2005. Miasta



Źródło: dane GUS.

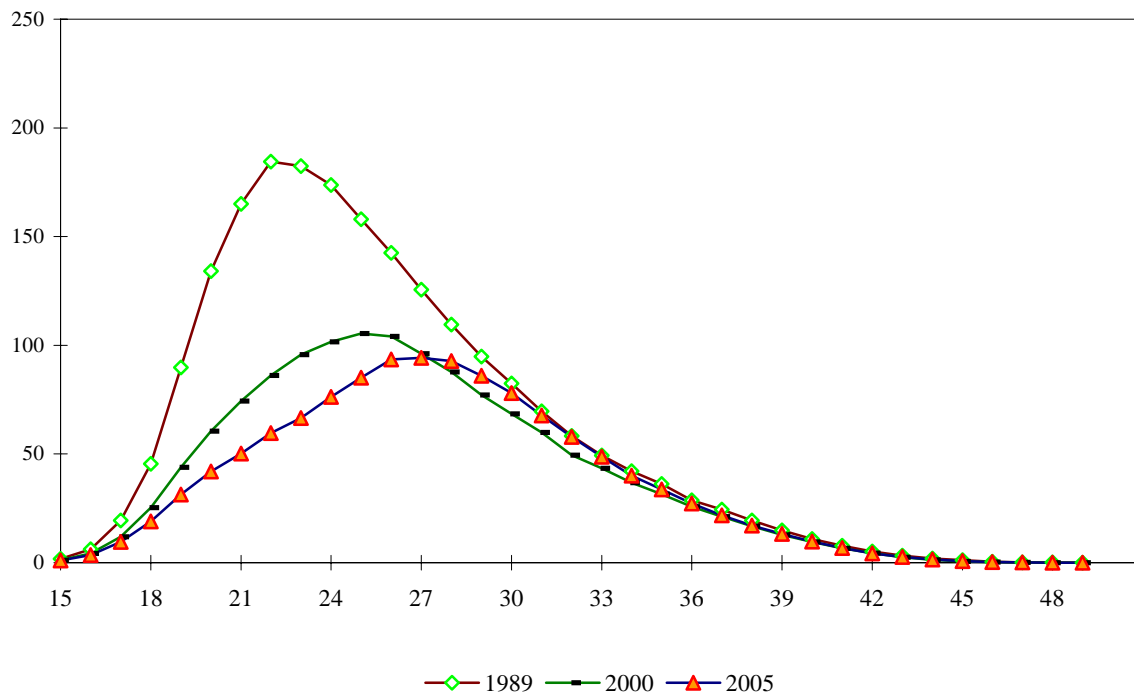
Wykres 15. Częstkowe współczynniki płodności w latach 1989, 2000, 2005. Wieś



Źródło: dane GUS.

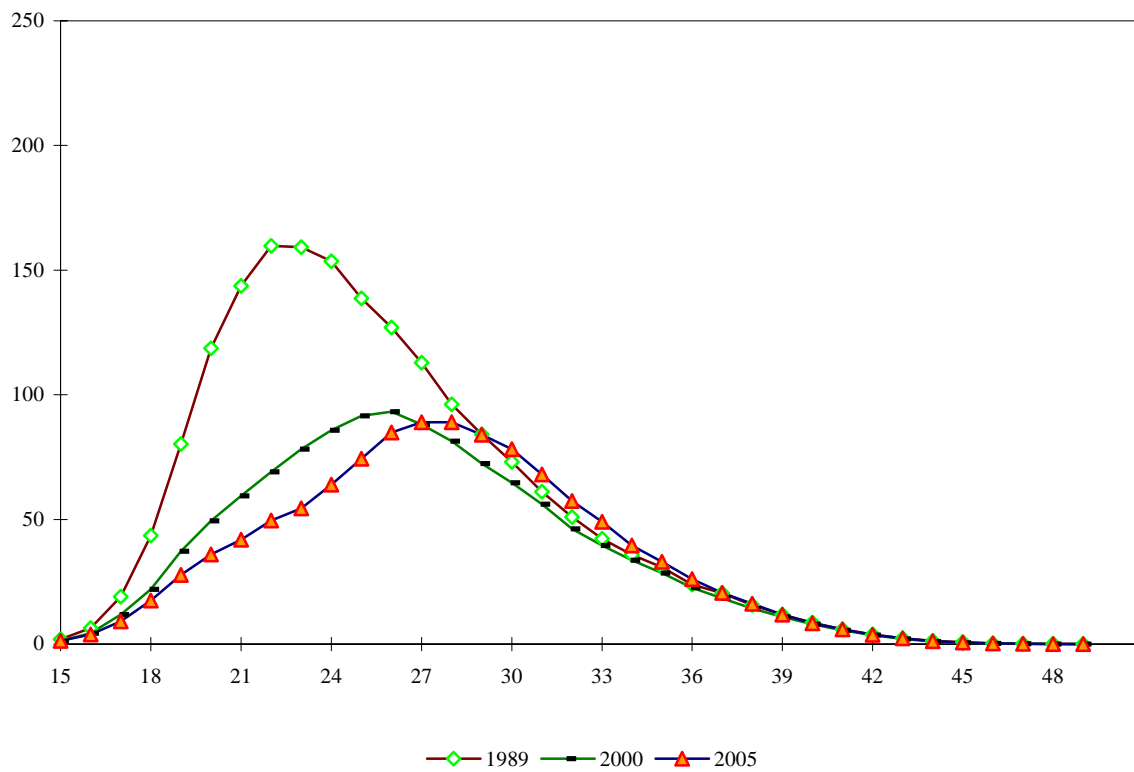
W tym niezmiennym łącznym udziale zmniejszył się udział grupy 20-24 lata, a wzrósł nieznacznie grupy 25-29 i wzrósł wyraźnie dla grupy 30-34 lata. Można zatem stwierdzić, że w Polsce nastąpiła wyraźna zmiana wzorca płodności wyrażająca się w: spadku natężenia urodzeń we wszystkich grupach wieku, zróżnicowanej dynamice spadku płodności różnych grup wieku, wyrównaniu się współczynników płodności w grupach wieku o najwyższej płodności, tj. 20-24 lata i 25-29 lat oraz wzroście udziału grup wieku 25-29 lat i 30-34 lata w ogólnym współczynniku płodności. W roku 2005 grupą o najwyższej płodności była grupa 25-29 lat. Kierunek zmian był podobny w mieście i na wsi, choć krzywe obrazujące płodność różnią się nie tylko spłaszczeniem, ale i wiekiem płodności maksymalnej (rozkłady współczynników płodności dla pojedynczych grup wieku dla lat 1989-2005 przedstawione na wykresach 16–18). W roku 1989 wiekiem maksymalnej płodności był wiek 22 lata, w roku 2005 odpowiednio wiek 27 lat. W rozkładach krzywej płodności (wzorca płodności) wyraźnie widoczna jest zmiana kształtu krzywej, która polega na spłaszczeniu rozkładu i jego asymetrii. Zmiany wzorca płodności odnoszą się zarówno do miast jak i wsi. Wykresy 16–21 wskazują, że różnice pomiędzy krzywymi ulegają zmniejszeniu, co może stanowić podstawę do wnioskowania, że wzorce płodności w mieście i na wsi upodabniają się (różnice się zmniejszają).

Wykres 16. Współczynniki płodności kobiet w latach 1989, 2000, 2005. Polska



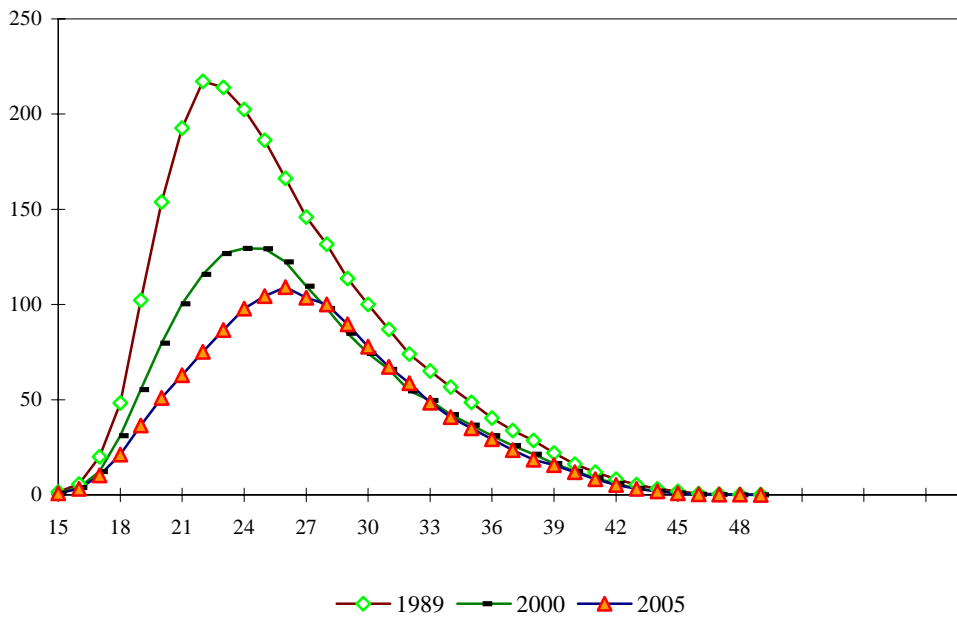
Źródło: dane GUS.

Wykres 17. Współczynniki płodności kobiet w latach 1989, 2000, 2005. Miasta



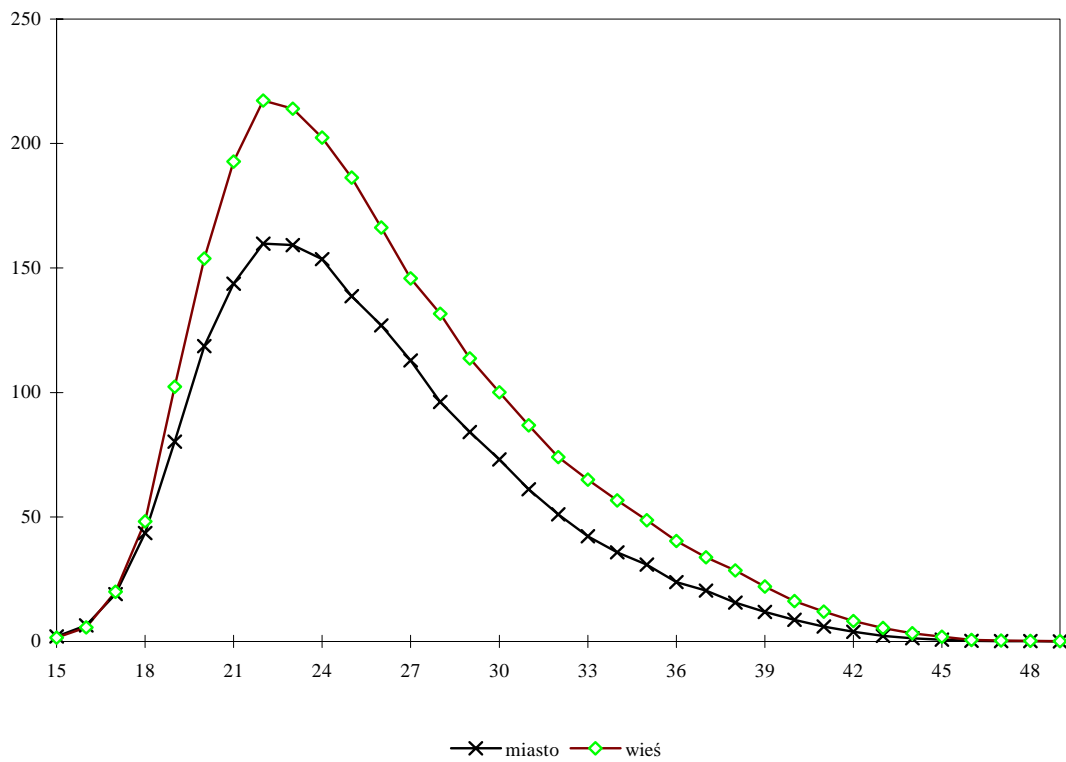
Źródło: dane GUS.

Wykres 18. Współczynniki płodności kobiet w latach 1989,2000, 2005. Wieś



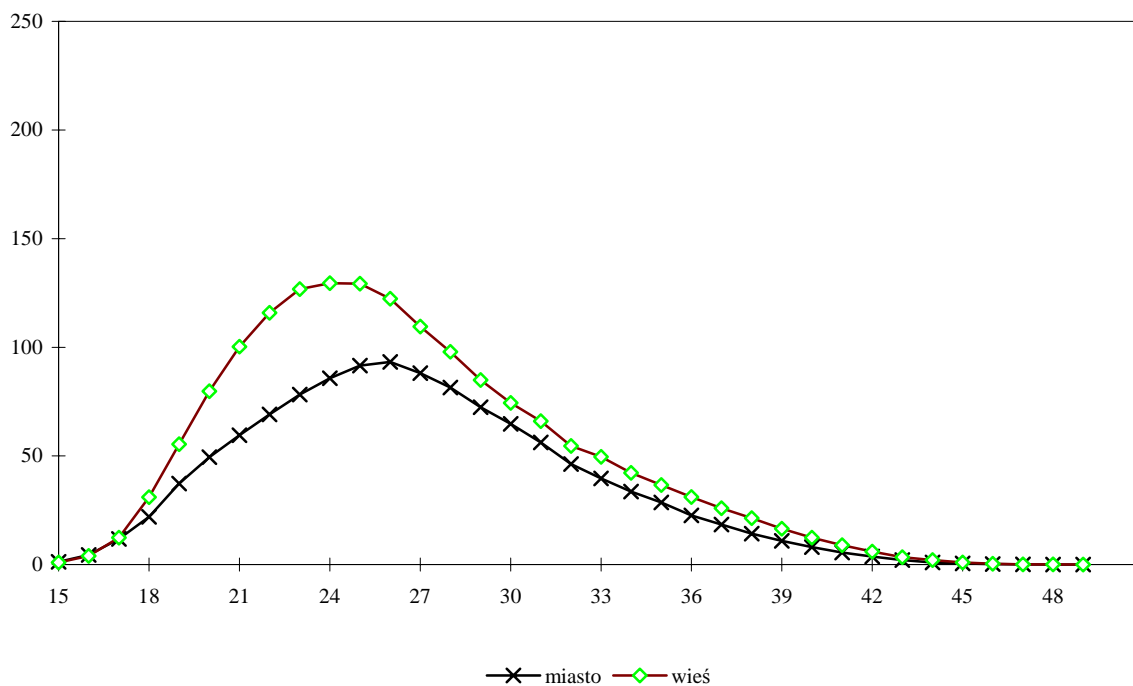
Źródło: dane GUS.

Wykres 19. Współczynniki płodności kobiet w roku 1989. Miasta-wieś



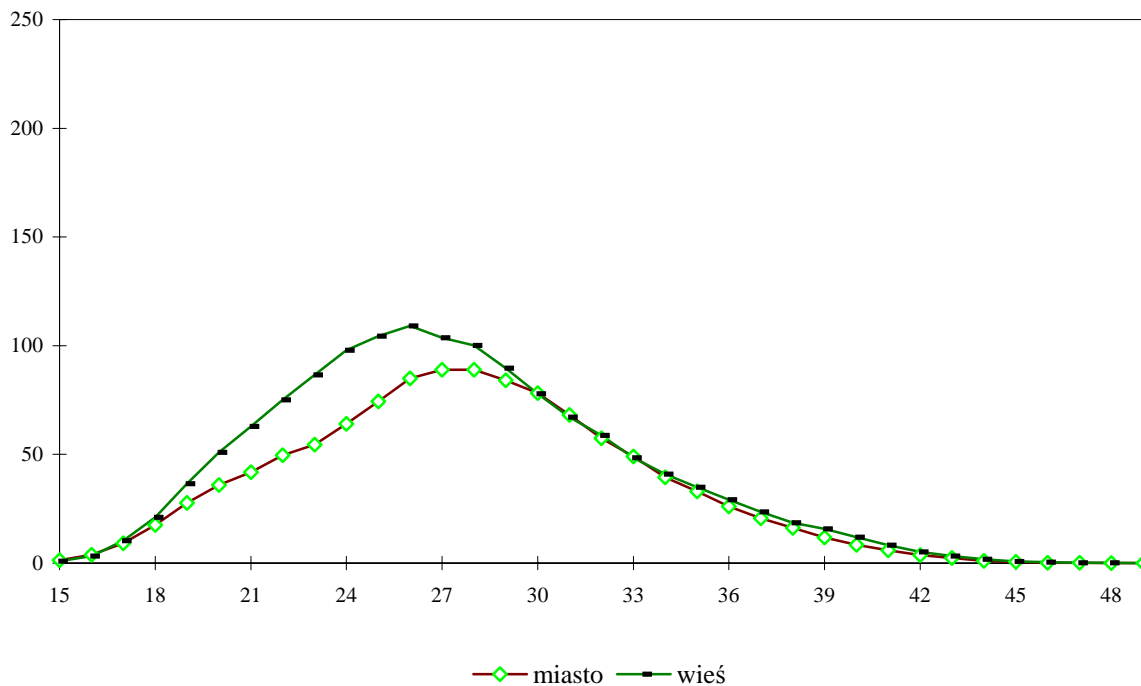
Źródło: dane GUS.

Wykres 20. Współczynniki płodności kobiet w roku 2000. Miasta-wieś



Źródło: dane GUS.

Wykres 21. Współczynniki płodności kobiet w roku 2005. Miasta-wieś



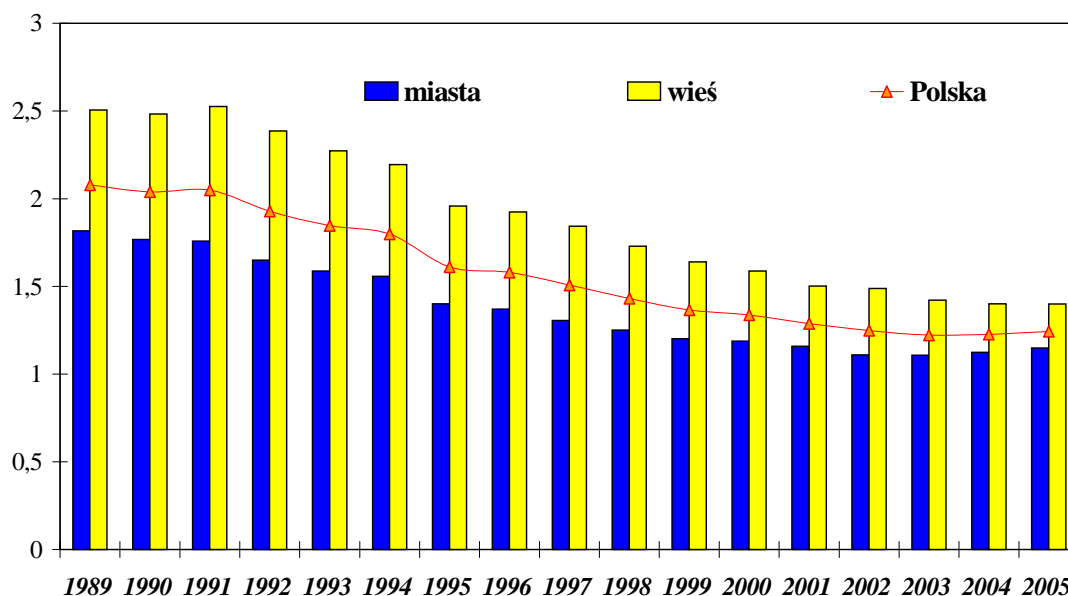
Źródło: dane GUS.

Współczynnik dzietności jest syntetycznym miernikiem płodności określającym całkowitą płodność kobiet. W latach 1989-2005 wartość tego miernika systematycznie obniżała się z poziomu 2,08 do poziomu 1,24, co oznacza spadek o 40,4%. W miastach współczynnik

dziatności ogólnej obniżył się w analogicznym okresie z wartości 1,82 do 1,15 (spadek o 36,8%), na wsi z wartości 2,51 do 1,40 (spadek o 44,2%). Współczynnik dziatności z przedziału 2,10-2,15 określa się przy istniejącej umieralności jako poziom zapewniający prostą zastępowalność pokoleń. Oznacza to, że na jedną kobietę będącą w wieku rozrodczym 15-49 lat przypada średnio nieco ponad dwoje dzieci. Należy podkreślić, że w miastach współczynnik dziatności poniżej wartości 2,1 występuje już od 1963 r.; po jego wzroście w latach 70. i na początku lat 80. do 2,14, od 1983 r. zaczął systematycznie się obniżać. Na wsi współczynnik dziatności poniżej 2,1 wystąpił w 1995 r. po okresie systematycznego spadku od 1983 roku. Skłania to do wniosku, że wzorce płodności obserwowane wcześniej w miastach z pewnym opóźnieniem czasowym wystąpiły na obszarach wiejskich.

Zmiany wartości współczynnika dziatności są wypadkową przekształceń rozkładów cząstkowych współczynników płodności według wieku. Od 1989 r. w Polsce utrwała się proces zawężonej zastępowalności pokoleń. Współczynnik charakteryzujący to zjawisko zmniejszył się z 0,982 w 1989 r. do 0,599 w 2005 r. (o 39,0%), po czym w miastach odpowiednio z 0,858 do 0,554 (o 35,4%), a na wsi: z 1,218 do 0,673 (o 44,7%). Dla zachowania liczebnej równowagi pokoleń rodziców i dzieci współczynnik ten powinien wynosić 1. W obecnej sytuacji Polski oznacza to, że pokolenie dzieci zastąpi w przyszłości swoich rodziców w liczebności o ponad 40% mniejszej. Obserwowana tendencja jest spowodowana w głównej mierze dużym spadkiem płodności kobiet w grupach wieku rozrodczego charakteryzujących się najwyższą intensywnością urodzeń (poziomem płodności), czego skutkiem jest ewidentny spadek dziatności kobiet.

Wykres 22. Współczynniki dziatności w latach 1989-2005

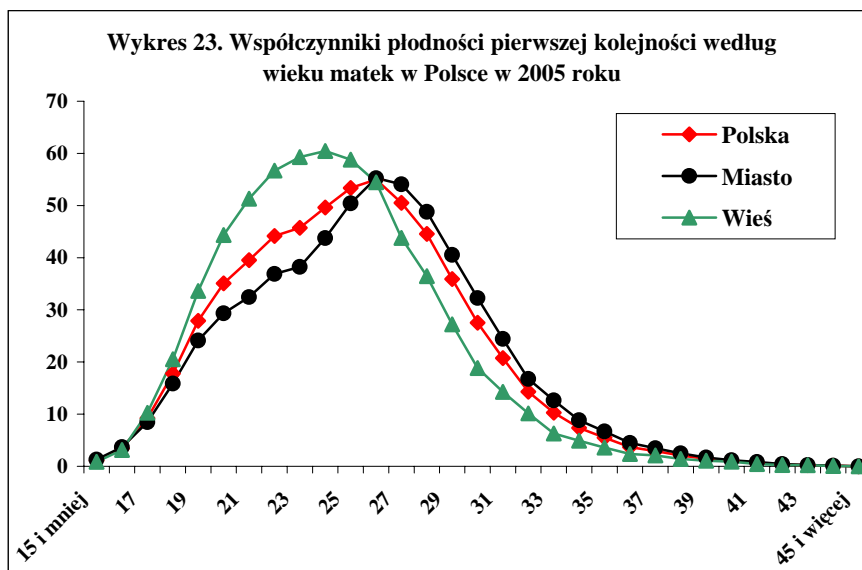


Źródło: dane GUS.

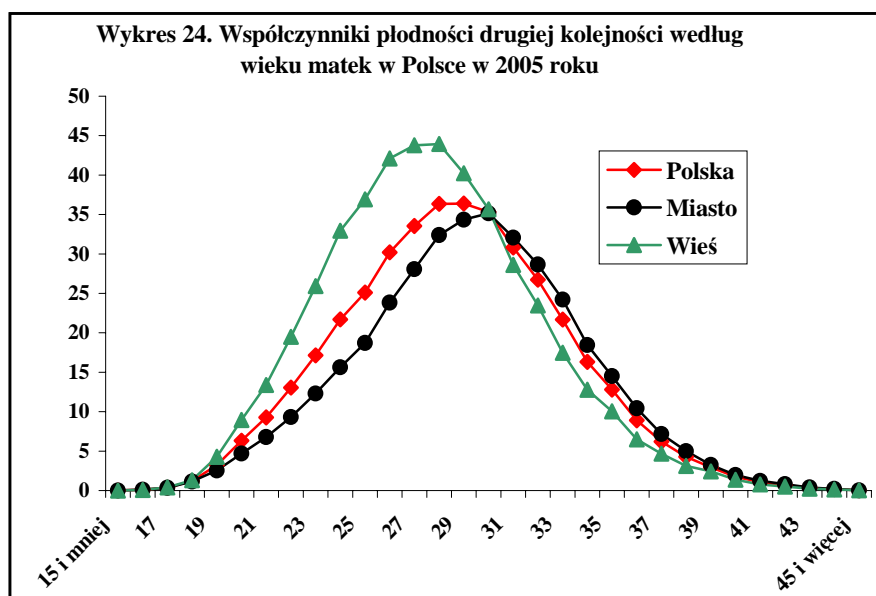
3.3. Zachowania prokreacyjne z uwzględnieniem kolejności urodzeń

Przemiany wzorca płodności, który tworzą cząstkowe współczynniki płodności według wieku matek w chwili rodzenia dzieci wraz ze współczynnikami dziatności teoretycznej, są rezultatem zmian struktury płodności między innymi według kolejności urodzeń. Na wykresach 23-26 przedstawiono wzorce płodności z wyróżnieniem kolejności urodzeń: pierwszej, drugiej, trzeciej, czwartej i wyższej dla Polski ogółem oraz z podziałem na miasto i wieś.

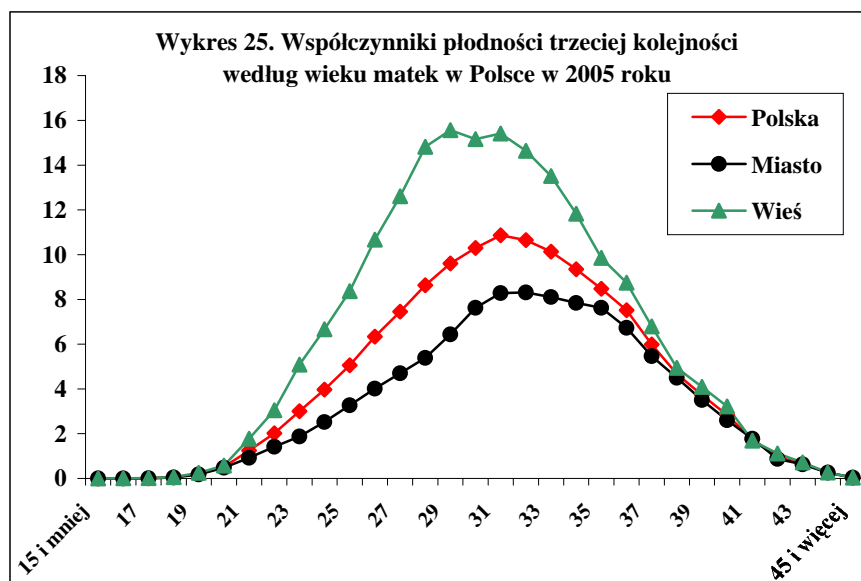
Wzorzec płodności dla Polski jest wypadkową rozkładu współczynników płodności według wieku matek w mieście i na wsi. Rozpatrując urodzenia niskiej kolejności zauważamy wyższą płodność kobiet wiejskich w wieku 17-25 lat w przypadku kolejności pierwszej oraz w wieku 17-30 lat dla kolejności drugiej. W pozostałych rocznikach wieku wyższa jest płodność kobiet w miastach. W przypadku kobiet bardzo młodych (15-16 lat) może to być rezultatem uwarunkowań społecznych (system wartości, normy społeczne). Wyższa płodność w starszym wieku jest odzwierciedleniem odraczania urodzeń przez kobiety zamieszkałe w miastach. W przypadku pozostałych kolejności urodzeń w każdym wieku jest ona wyższa wśród kobiet wiejskich.



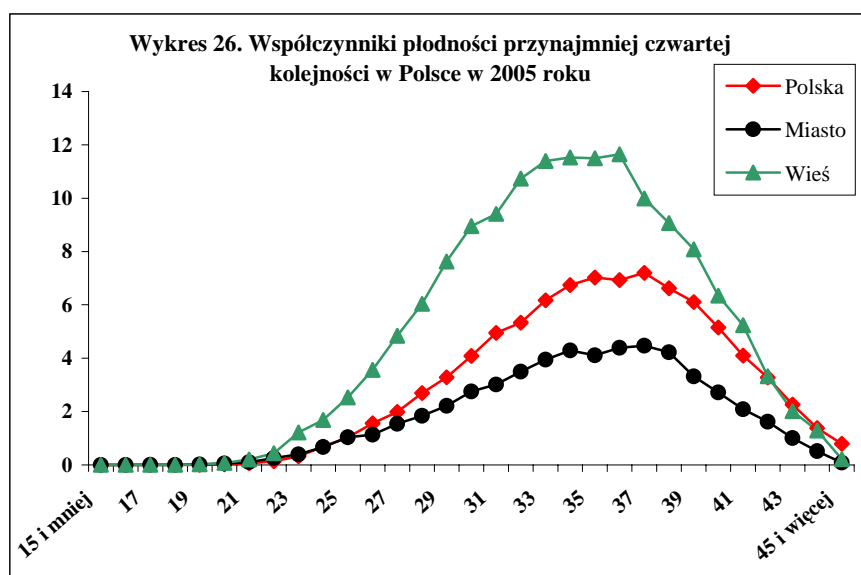
Źródło: dane GUS.



Źródło: dane GUS.

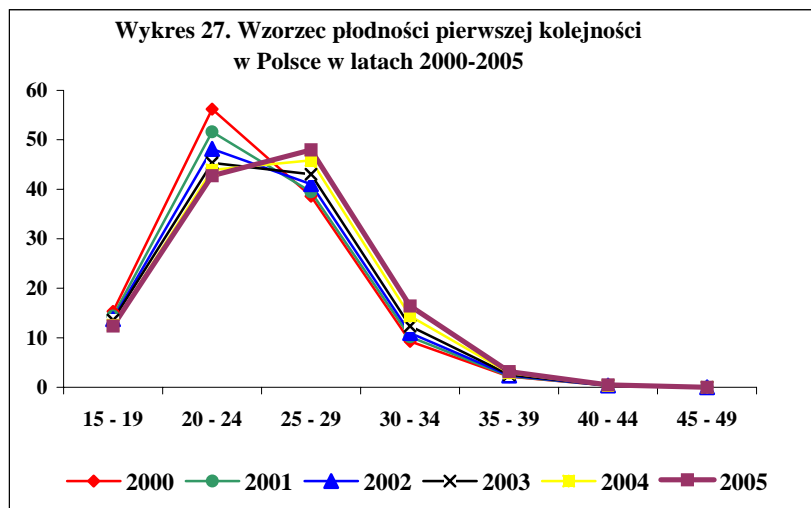


Źródło: dane GUS.

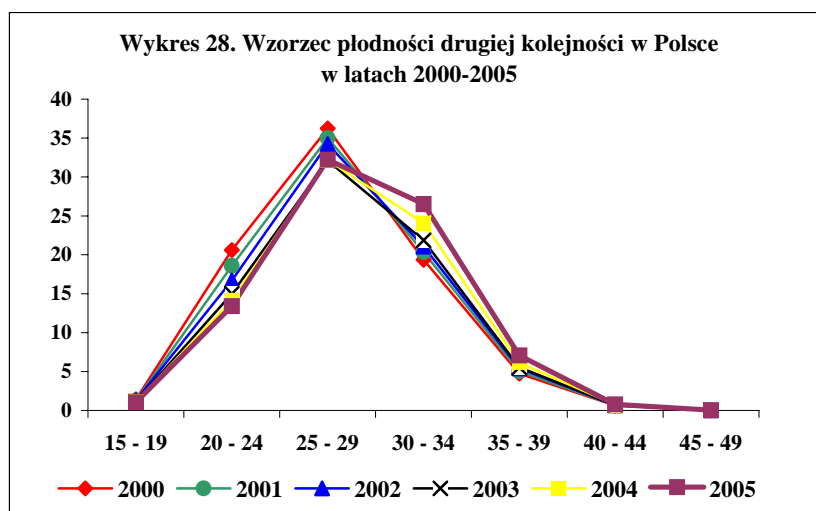


Źródło: dane GUS.

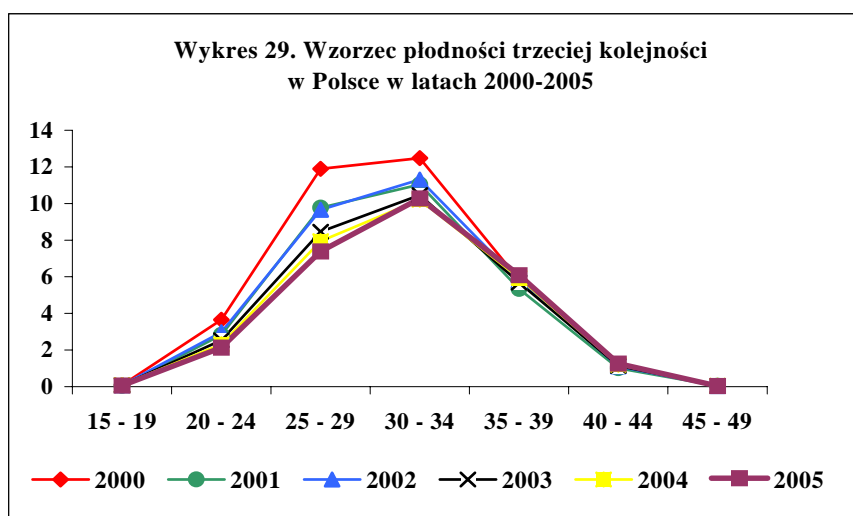
W celu prześledzenia tendencji rozwojowych wzorca płodności w Polsce w latach 2000-2005 wykonano wykresy 27-38, które przedstawiają współczynniki płodności w pięcioletnich grupach wieku kobiet w okresie zdolności rozrodczej. Rozkłady płodności według wieku matek dla urodzeń pierwszej kolejności przedstawiają wykresy 27 (Polska), 31 (miasto) i 35 (wieś). Najwyższą płodnością tej kolejności charakteryzowały się kobiety w wieku 20-24 lata. W latach 2000-2005 obniżała się płodność kobiet w wieku 15-19 oraz 20-24 lata przy wzroście współczynników w wieku powyżej 25 roku życia. Tendencje te są szczególnie wyraźne w Polsce ogółem oraz w miastach. Takie przemiany wzorca płodności potwierdzają odkładanie urodzeń. Świadczy o tym między innymi przesuwanie się maksimum płodności do klasy wieku 25-29 lat. Równoczesny wzrost poziomu płodności kobiet po przekroczeniu 25 roku życia oznacza, że w rozważanym okresie realizowały się niektóre odłożone wcześniej urodzenia. Rozkład natężenia płodności pierwszej kolejności według wieku matek na wsi wskazuje, że w tym środowisku również pojawia się przesuwanie urodzeń na późniejsze lata życia. Wciąż obniża się płodność kobiet w wieku 20-24 lata, a wzrasta w wieku 25-29 lat, ale z zachowaniem maksymalnej płodności w grupie 20-24 lata.



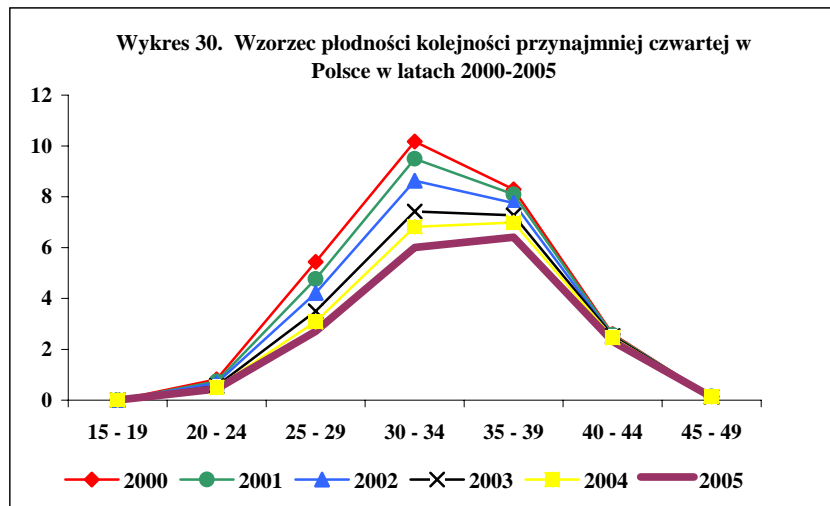
Źródło: dane GUS.



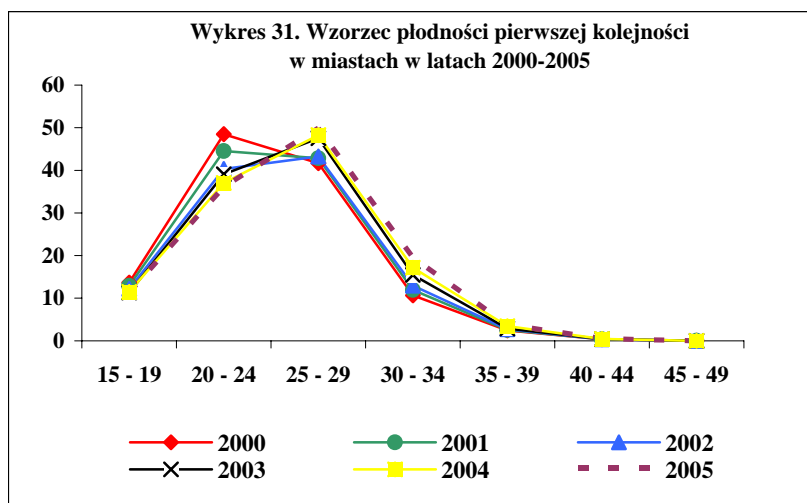
Źródło: dane GUS.



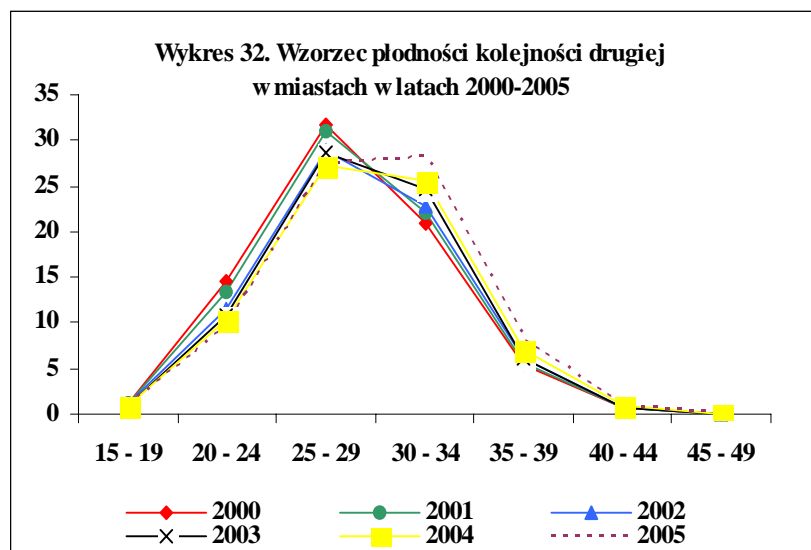
Źródło: dane GUS.



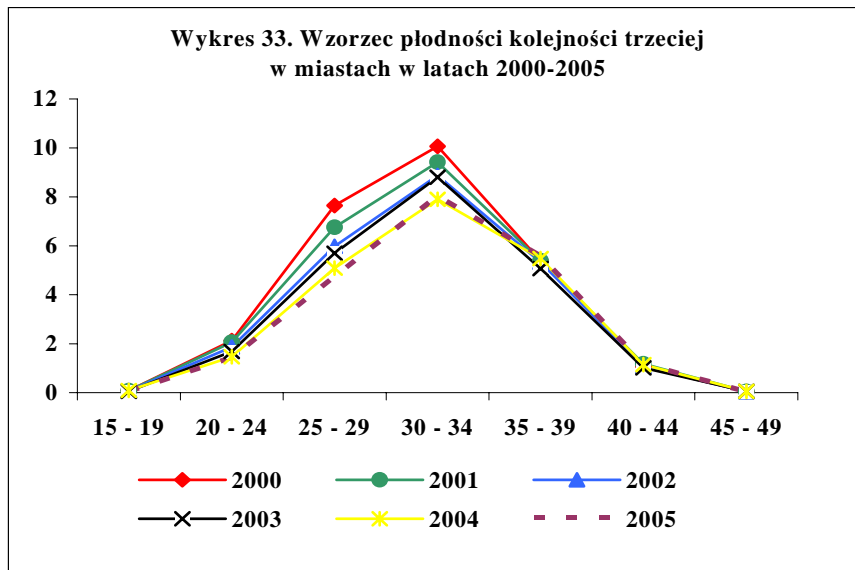
Źródło: dane GUS.



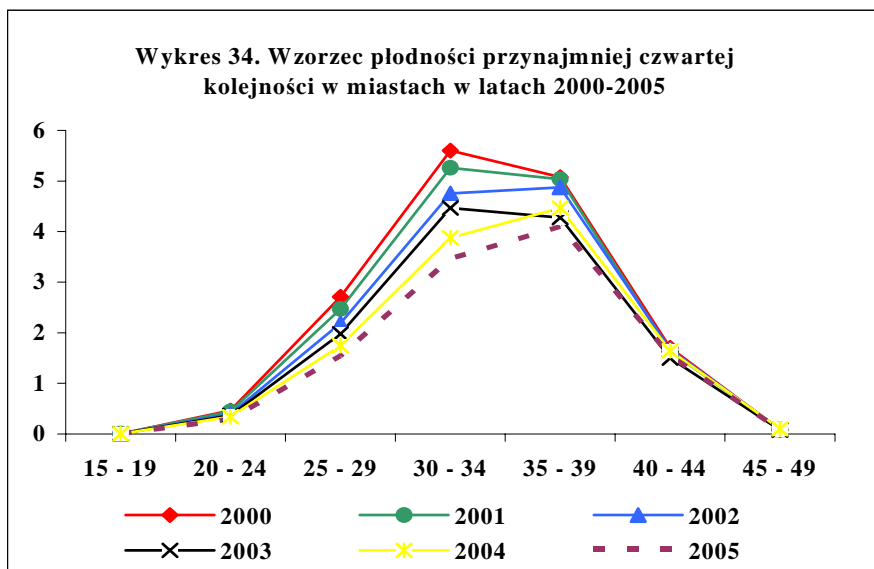
Źródło: dane GUS.



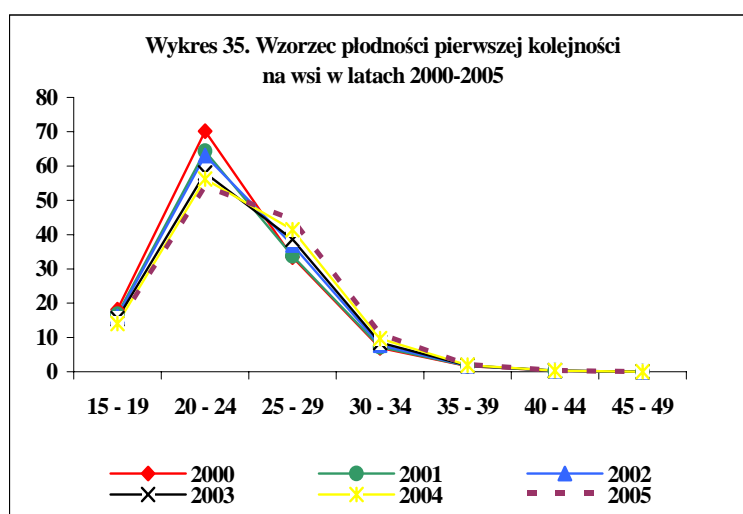
Źródło: dane GUS.



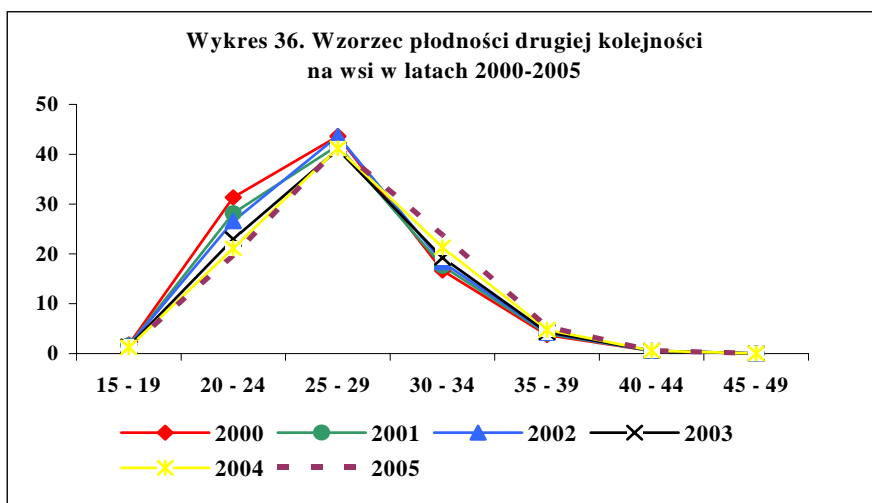
Źródło: dane GUS.



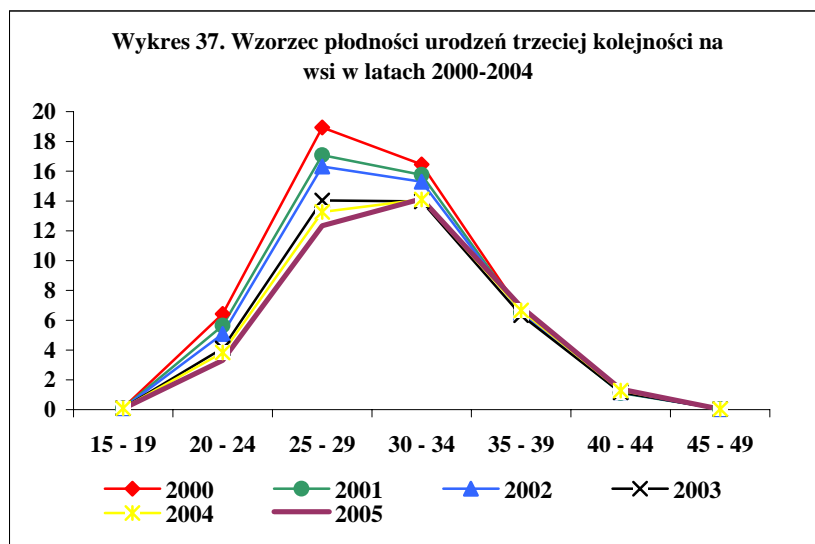
Źródło: dane GUS.



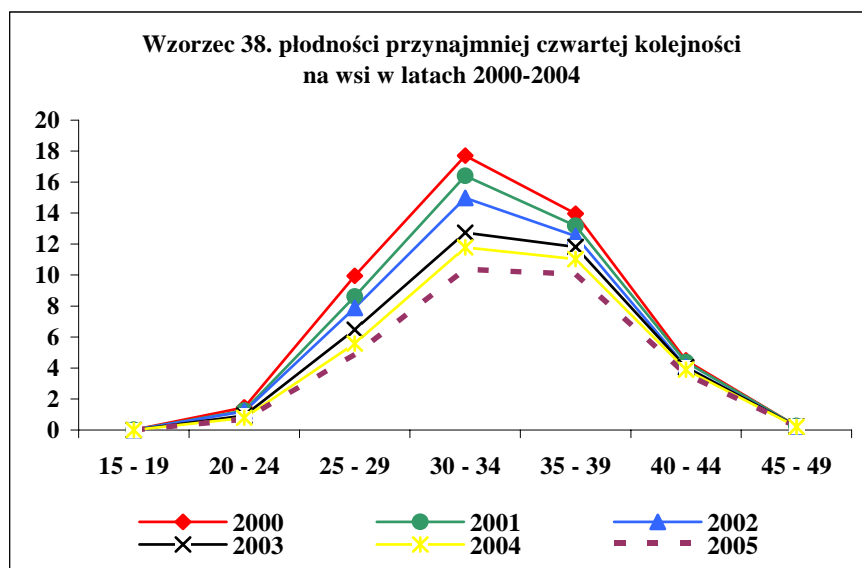
Źródło: dane GUS.



Źródło: dane GUS.



Źródło: dane GUS.



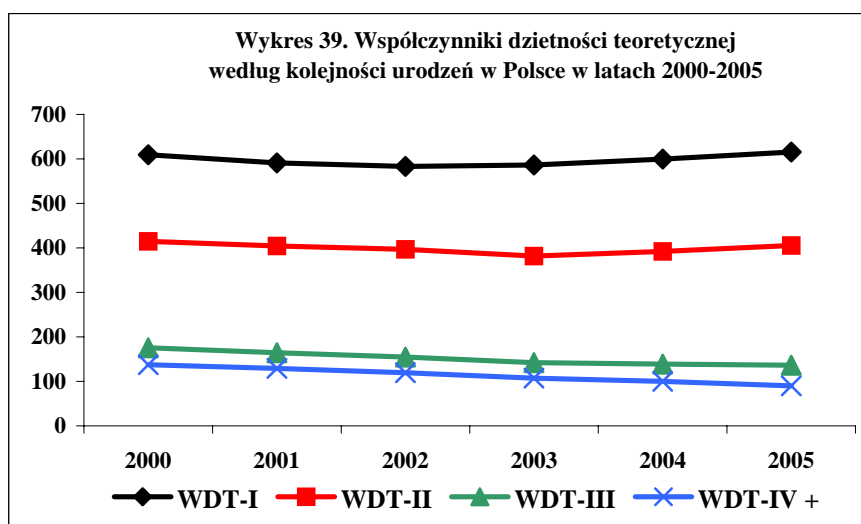
Źródło: dane GUS.

Płodność związana z urodzeniami drugiej kolejności charakteryzowała się wzorcami przedstawionymi na wykresach: 28 (Polska), 32 (miasto) i 34 (wieś). W tym przypadku również następował spadek płodności kobiet w grupach wieku 15-19 i 20-24 lata oraz wzrost współczynników płodności po przekroczeniu 25 roku życia. Obserwujemy także różnice w zachowaniach prokreacyjnych w środowisku miejskim i wiejskim. W miastach obniżała się płodność kobiet w wieku poniżej 30 lat, a wzrastała przede wszystkim w przedziale wieku 30-34 lata. Tendencja ta pozwala przypuszczać, że w rozważanym okresie przychodziły na świat dzieci drugiej kolejności, których urodzenie odroczone, przede wszystkim w związku z opóźnieniem małżeństw oraz urodzeń pierwszej kolejności. Tendencja ta nie występowała tak wyraźnie w środowisku wiejskim, chociaż i tutaj obserwujemy spadek płodności przed 30 rokiem życia i jej wzrost po przekroczeniu tego wieku.

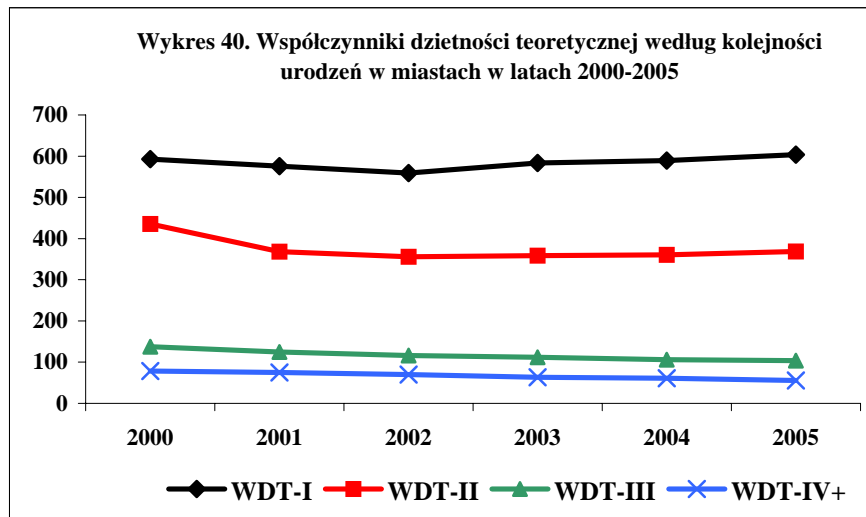
Przemiany zachowań prokreacyjnych w zakresie urodzeń wyższych kolejności (trzeciej oraz czwartej i dalszych) wykazywały największe podobieństwo w rozpatrywanych układach (por. wykresy 29-30 (Polska), 31-32 (miasto) i 37-38 (wieś). We wszystkich grupach wieku obserwowano spadek poziomu płodności. Oprócz urodzeń trzeciej kolejności na wsi, gdzie maksimum płodności przypadało na klasę 25-29 lat, najwyższa płodność występowała w wieku 30-34 lata.

Przedstawione rezultaty wskazują, że w latach 2000-2005 spadek płodności dotyczył wszystkich kolejności urodzeń dzieci wśród matek w wieku poniżej 25 lat. Zmniejszała się wielkość rodziny w wyniku ograniczania urodzeń wyższych kolejności. Zachodziły przemiany zachowań prokreacyjnych polegające na opóźnianiu urodzeń pierwszej i drugiej kolejności przy równoczesnej rekompensacie odroczonej wcześniej urodzeń. Odraczenie miało jednak znacznie większy zakres niż późniejsza rekompensata. Opóźnianie urodzeń niższych kolejności wpływa na wzorec płodności kolejności wyższych.

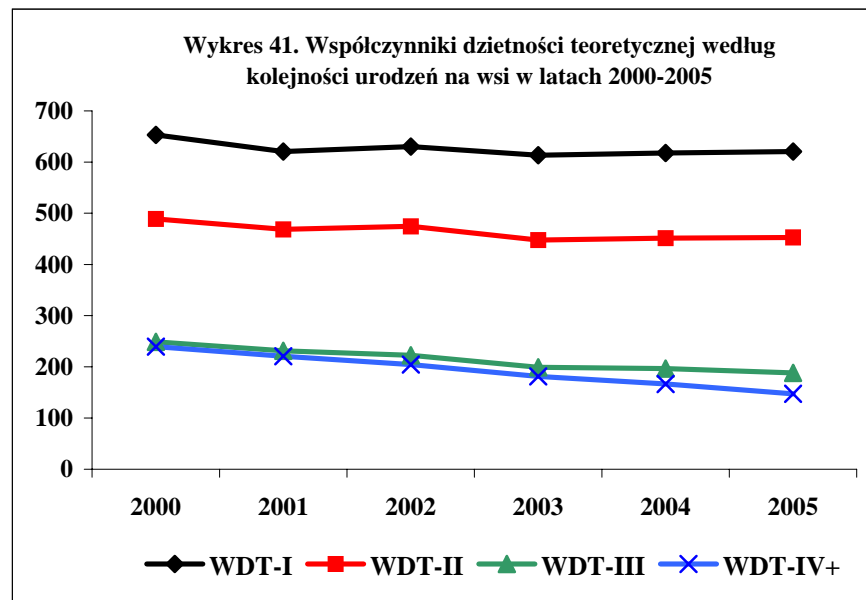
W celu syntetycznego ujęcia obserwowanych trendów posłużono się odpowiednimi miarami, ujmującymi przemiany zachowań prokreacyjnych zarówno w zakresie poziomu płodności jak i jej rozkładu w czasie (według wieku). Są to mianowicie: współczynniki dzietności teoretycznej według kolejności urodzeń, modalny wiek matek w chwili rodzenia dziecka danej kolejności, udział kobiet, które przy obserwowanej w danym roku płodności urodziłyby przynajmniej jedno dziecko oraz tych, które pozostałyby na zawsze bezdzietne. Wartości tych miar dla Polski ogółem oraz w przekroju miasto-wieś w latach 2000-2005 zamieszczono w tablicach 20 i 21. Dla bardziej przejrzystego ukazania trendów rozpatrywanych parametrów opisowych wykonano wykresy 39-44.



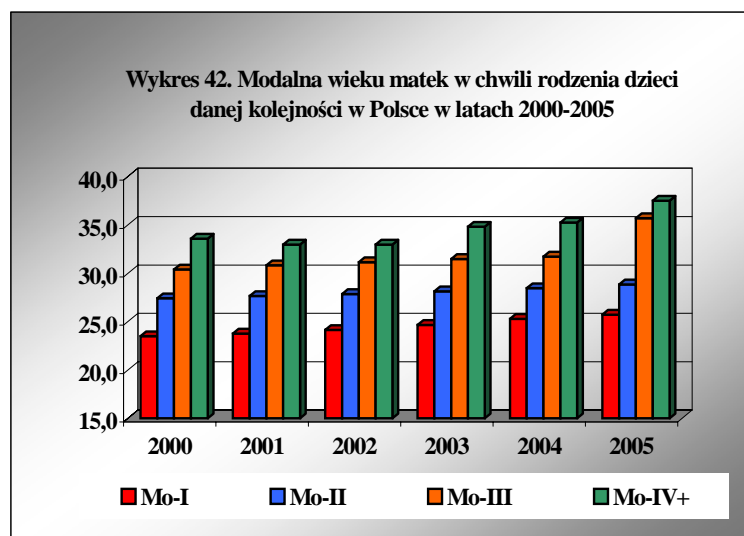
Źródło: dane GUS.



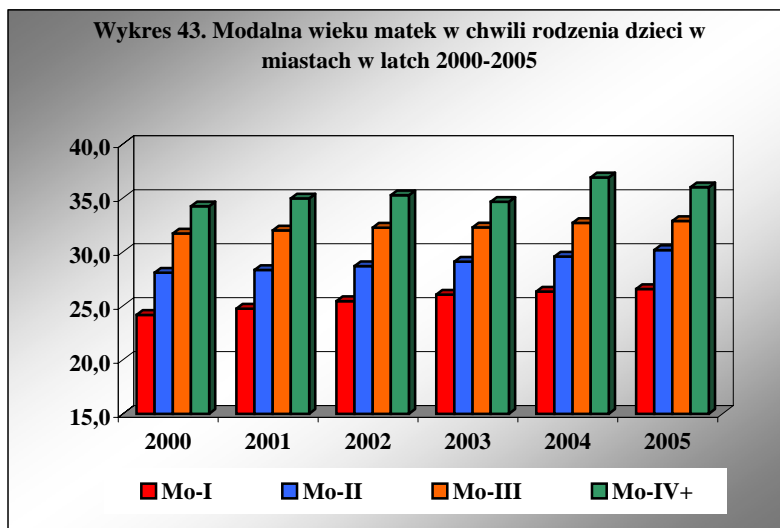
Źródło: dane GUS.



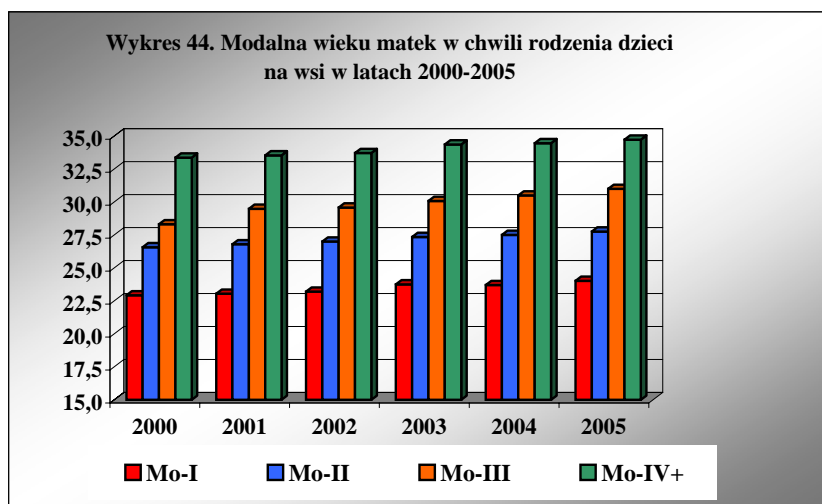
Źródło: dane GUS.



Źródło: dane GUS.



Źródło: dane GUS.



Źródło: dane GUS.

Tablica 21. Współczynniki dzietności teoretycznej (WDT) oraz modalny wiek matek według kolejności urodzeń w Polsce w przekroju miasto-wieś w latach 2000-2005

Kolejność urodzenia dziecka (k)	WDT(k)	Modalny wiek matek	WDT(k)	Modalny wiek matek	WDT(k)	Modalny wiek matek
	ogółem		miasto		wieś	
2000						
1	609,25	23,49	592,67	24,16	652,95	22,93
2	415,04	27,41	435,52	28,07	488,73	26,57
3	175,44	30,40	137,44	31,71	248,74	28,32
4 i wyższa	137,30	33,58	78,57	34,23	239,23	33,37
2001						
1	591,00	23,77	575,95	24,74	620,59	23,05
2	404,50	27,64	368,54	28,32	468,32	26,80
3	164,27	30,83	124,65	31,99	231,28	29,48
4 i wyższa	129,01	33,58	74,74	34,96	220,48	33,54

Tablica 21. Współczynniki dzietności teoretycznej (WDT) oraz modalny wiek matek według kolejności urodzeń w Polsce w przekroju miasto-wieś w latach 2000-2004 (dok.)

Kolejność urodzenia dziecka (k)	WDT(k)	Modalny wiek matek	WDT(k)	Modalny wiek matek	WDT(k)	Modalny wiek matek
	ogółem		miasto		wieś	
2002						
1	583,15	24,14	559,16	25,44	630,26	23,21
2	396,74	27,85	356,00	28,68	474,51	27,01
3	154,66	31,15	116,10	32,25	222,49	29,58
4 i wyższa	119,52	32,97	69,92	35,25	204,45	33,72
2003						
1	586,26	24,66	583,61	26,04	613,44	23,76
2	381,85	28,13	358,67	29,10	447,64	27,35
3	141,96	31,48	111,86	32,27	198,93	30,08
4 i wyższa	107,04	34,81	63,36	34,65	181,22	34,36
2004						
1	599,68	25,29	589,20	26,32	617,82	20,62
2	392,12	28,45	360,75	29,57	451,60	27,51
3	138,74	31,73	106,14	32,69	196,52	30,50
4 i wyższa	100,00	35,24	60,92	36,91	166,42	34,46
2005						
1	615,67	25,71	606,00	26,56	629,83	24,03
2	405,39	28,84	375,82	30,17	460,62	27,76
3	136,17	35,69	105,32	32,86	190,95	31,00
4 i wyższa	89,97	37,50	55,19	36,00	149,13	34,73

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Trendy współczynników dzietności teoretycznej były zróżnicowane w zależności od kolejności urodzenia oraz od miejsca zamieszkania w mieście lub wsi. Począwszy od 2003 roku następował powolny wzrost współczynników dzietności w miastach. Znalazło to odzwierciedlenie w tendencji obserwowanej dla Polski ogółem.

Na wsi zaobserwowano spadek poziomu płodności pierwszej kolejności w 2003 roku, po czym pojawił się lekki wzrost. Od 2003 roku obniżała się płodność wyższych kolejności urodzeń. Spadek ten był wyraźniejszy na wsi niż w mieście, ale następował z wyższego poziomu współczynników.

W latach 2000-2005 we wszystkich rozważanych układach wzrastał modalny wiek matek w chwili rodzenia dzieci. Jest to rezultat opóźniania urodzeń. Zmiany te można prześledzić na wykresach 42-44.

W tablicy 22 podano wyrażone w procentach współczynniki powiększenia potomstwa kobiet, bezdzietnych, a więc takich, które urodziły przynajmniej jedno dziecko w latach 2000-2005. Tutaj również uwzględniono miejsce zamieszkania w mieście lub na wsi.

Tablica 22. Kobiety, które urodziły przynajmniej jedno dziecko w przekroju miasto-wieś w Polsce w latach 2000-2004 (w %)

Rok	Ogółem	Miasto	Wieś
2000	60,92%	59,27%	65,30%
2001	59,10%	57,60%	62,06%
2002	58,32%	55,92%	63,03%
2003	58,63%	58,36%	61,34%
2004	59,97%	58,92%	61,78%
2005	61,57%	60,35%	62,06%

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Rozpatrując charakterystyki uzyskane dla 2000 roku można stwierdzić, że w miastach matkami zostałyby 59,27% kobiet, a na wsi 65,30% przy założeniu ustalonych współczynników płodności według wieku. W 2001 roku procenty te obniżają się odpowiednio do 59,10% ogółem, 57,60% w miastach i do 62,06% na wsi. W 2002 roku spadek występuje w Polsce ogółem (58,32%) i w miastach (55,92%). W środowisku wiejskim nastąpił wzrost wartości współczynnika powiększania się rodziny bezdzietnej poprzez urodzenie pierwszego dziecka, ale poziom 63,03% jest niższy od zaobserwowanego w 2000 roku (65,30%). W 2003 roku w miastach wzrósł procent kobiet, które urodziły przynajmniej jedno dziecko (58,36%), a w 2004 roku wzrost wystąpił we wszystkich porównywanych układach. Tendencja ta była kontynuowana w 2005 roku.

W tablicy 23. podano procent bezdzietnych kobiet, jaki wystąpiłby w latach 2000-2004 przy założeniu, że zachowania prokreacyjne zostałyby ustalone na poziomie zaobserwowanym w poszczególnych latach. Jest to dopełnienie do 100% współczynników powiększania się rodziny bezdzietnej, których wartości podano w tablicy 22.

Tablica 23. Kobiety bezdzietne w latach 2000-2005 (w %%)

Rok	Ogółem	Miasto	Wieś
2000	39,08%	40,73%	34,70%
2001	40,90%	42,40%	37,94%
2002	41,68%	44,08%	36,97%
2003	41,37%	41,64%	38,66%
2004	40,03%	41,08%	38,22%
2005	38,43%	39,65%	37,94%

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Oznacza to, że w rozważanych środowiskach, przy ustalonej na poziomie 2000 r. płodności, bezdzietnymi pozostałoby odpowiednio: 39,08% ogółem, 40,73% w miastach i 34,70% na wsi. W kolejnych latach wartości tych wskaźników wzrastają. Wyjątek stanowią miasta w 2003 roku, gdzie procent bezdzietnych kobiet obniżył się w porównaniu do roku poprzedniego, ale pozostał wyższy od stanu w 2000 roku. Procent bezdzietnych kobiet osiągnął najwyższy poziom w 2002 roku w Polsce ogółem (41,68%) i w miastach (44,08%), a na wsi w 2003 roku (38,66%). Jeśli płodność byłaby ustalona odpowiednio na poziomie lat 2004 i 2005, to w tych latach następowałby spadek udziału kobiet bezdzietnych definitywnie.

3.4. Zmiany w strukturze urodzeń według kolejności urodzenia dziecka

Charakterystyczną oznaką przemian wzorca płodności są zmiany struktury urodzeń żywych według kolejności. Zmiany w liczbie urodzeń według kolejności wpływają na zmianę koncentracji rozkładu tej cechy. Tablica 24 oraz wykresy 45 i 46 przedstawiają rozkłady liczby i struktury urodzeń według kolejności w latach 1989-2005.

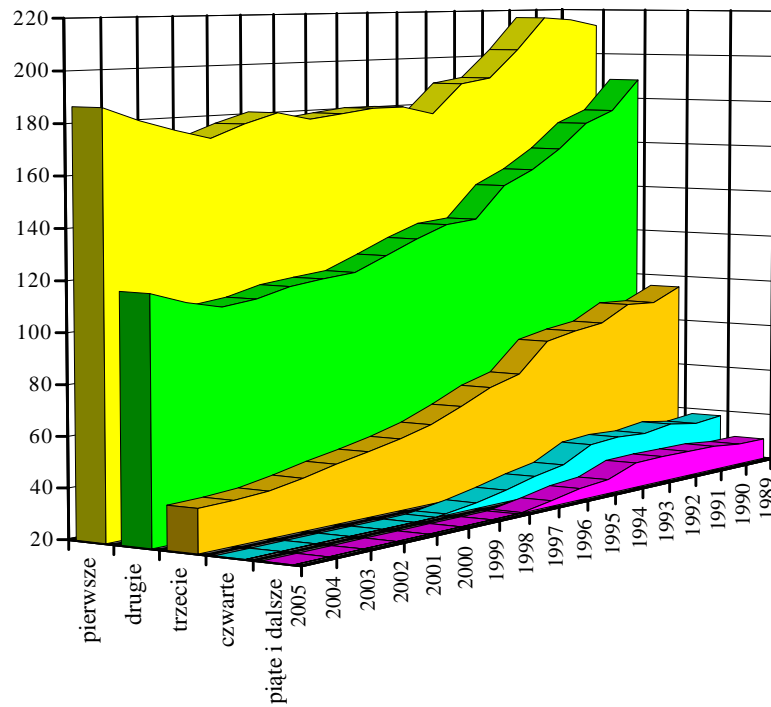
Tablica 24. Zmiany w strukturze urodzeń żywych według kolejności w latach 1989-2005

Lata	Urodzenia żywe ogółem w tys.	Kolejność urodzeń dziecka przez matkę*				
		1	2	3	4	5 i dalsze
		w odsetkach ogólnej liczby urodzeń				
Ogółem						
1989	564,4	37,8	33,5	16,9	6,7	5,1
1990	547,7	39,5	32,1	16,4	6,7	5,3
1991	547,7	39,7	31,2	16,5	7,0	5,6
1992	515,2	39,5	31,1	16,3	7,2	5,9
1993	494,3	38,8	30,7	16,7	7,6	6,2
1994	481,3	39,3	30,3	16,5	7,6	6,3
1995	433,1	40,8	30,6	15,6	7,0	6,0
1996	428,2	42,1	30,7	14,9	6,5	5,8
1997	412,7	43,8	30,7	14,1	6,0	5,4
1998	395,6	45,3	30,6	13,4	5,6	5,1
1999	382,0	46,4	30,3	13,0	5,4	4,9
2000	378,3	47,8	30,4	12,3	5,0	4,5
2001	368,2	48,1	30,8	11,9	4,9	4,3
2002	353,8	48,7	31,1	11,6	4,5	4,1
2003	351,1	50,2	30,9	11,0	4,1	3,8
2004	356,1	50,7	31,4	10,6	3,9	3,4
2005	364,4	51,2	32,1	10,2	3,5	3,0
Miasta						
1989	303,4	41,0	35,9	15,3	5,0	2,8
1990	292,5	42,6	34,4	15,0	5,0	3,0
1991	289,3	42,9	33,3	15,2	5,4	3,2
1992	271,7	42,9	33,0	15,1	5,5	3,5
1993	262,7	42,1	32,3	15,7	6,0	3,9
1994	258,0	43,0	31,5	15,5	6,0	4,0
1995	232,7	44,9	31,7	14,2	5,5	3,7
1996	229,8	46,3	31,9	13,2	5,0	3,6
1997	221,1	48,4	31,6	12,2	4,5	3,3
1998	214,1	49,8	31,4	11,6	4,2	3,0
1999	208,2	51,1	31,0	11,0	3,9	3,0
2000	208,3	52,4	30,8	10,5	3,6	2,7
2001	205,7	47,9	30,8	11,9	4,8	4,5
2002	197,5	53,2	31,3	9,7	3,3	2,5
2003	199,6	54,5	31,1	9,3	3,0	2,1
2004	204,9	54,8	31,6	8,8	2,8	2,0
2005	211,2	54,7	32,3	8,6	2,6	1,8
Wieś						
1989	261,0	34,2	30,7	18,7	8,7	7,7
1990	255,2	36,0	29,4	18,1	8,6	7,9
1991	258,4	36,1	28,8	18,1	8,9	8,1
1992	243,5	35,7	28,9	17,8	9,0	8,6
1993	231,6	35,0	28,9	17,8	9,4	8,9
1994	223,3	35,0	28,8	17,7	9,5	9,0
1995	200,4	36,1	29,3	17,2	8,8	8,6
1996	198,4	37,2	29,3	16,9	8,3	8,3
1997	191,6	38,4	29,7	16,2	7,8	7,9
1998	181,5	39,9	29,7	15,5	7,4	7,5
1999	173,8	41,0	29,5	15,2	7,1	7,2
2000	170,0	42,2	29,9	14,5	6,7	6,8
2001	162,5	42,5	30,3	14,2	6,5	6,5
2002	156,3	43,0	30,7	13,9	6,1	6,3
2003	151,5	44,6	30,8	13,1	5,7	5,8
2004	151,2	45,2	31,2	13,0	5,4	5,2
2005	153,2	46,1	31,8	12,6	4,9	4,6

* W podziale według kolejności nie uwzględniono urodzeń o nieustalonej kolejności urodzenia dziecka.

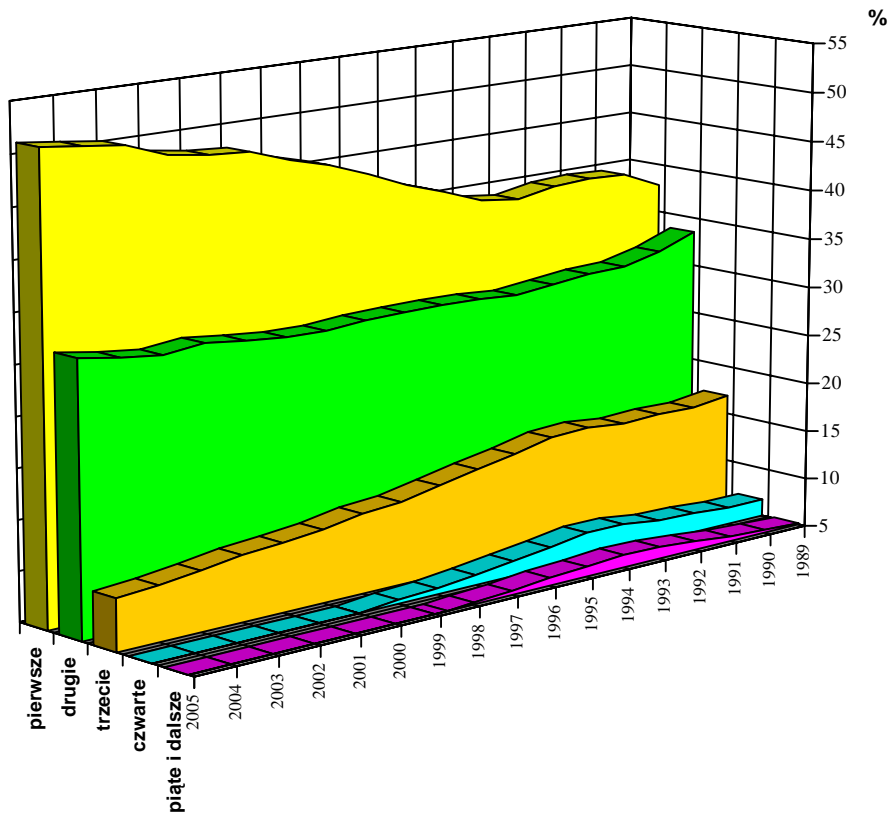
Źródło: dane GUS.

Wykres 45. Urodzenia żywe według kolejności urodzenia dziecka w latach 1989-2005 (w tys.)



Źródło: dane GUS.

Wykres 46. Urodzenia żywe według kolejności urodzenia dziecka w latach 1989-2005 (w %)



Źródło: dane GUS.

W roku 1989 urodzenia pierwsze stanowiły 37,8% ich ogółu, a urodzenia drugie 33,5%. W roku 2005 udział urodzeń pierwszych wzrósł do 51,2% (wzrost o 35,4%), drugich obniżył się do 32,1% (spadek o 4,2%), urodzeń trzecich zmniejszył się z 16,9% do 10,2% (spadek o 39,6%). Obniżył się też udział urodzeń czwartej, piątej i dalszej kolejności. Na tej podstawie można stwierdzić, że w Polsce w okresie transformacji największe zmiany struktury rozkładu urodzeń według kolejności dotyczyły urodzeń pierwszej i drugiej kolejności. Generalnie spadkowi płodności towarzyszył wzrost udziału urodzeń niższych kolejności, w tym głównie pierwszej, oraz spadek urodzeń wyższej kolejności.

3.5. Urodzenia pozamałżeńskie

Zdecydowaną większość urodzeń w Polsce stanowią urodzenia małżeńskie, ale ich udział się zmniejsza (tabl. 25). W roku 2005 urodzenia pozamałżeńskie stanowiły 18,5% ogółu urodzeń żywych (21,5% w mieście i 14,5% na wsi) i ich udział od 1989 r. zwiększył się o 219% (w miastach o 194,5%, a na wsi o 253,6%). Wśród urodzeń pozamałżeńskich, urodzenia nastolatka, to jest kobiet w wieku poniżej 19 lat, stanowiły około 35%. Dwie trzecie ogółu urodzeń pozamałżeńskich przypada na miasta, jedna trzecia na wieś. W liczbach absolutnych urodzenia pozamałżeńskie wynosiły: Polska – 67,4 tys., miasta – 45,3 tys., wieś – 22,1 tys. Oznacza to, że zdecydowana większość urodzeń pozamałżeńskich (67,4%) to urodzenia w miastach. Według informacji GUS², „spośród urodzeń pozamałżeńskich odsetek dzieci urodzonych przez wdowy i kobiety rozwiedzione nie zmienił się i wynosi niespełna 2%; natomiast dwukrotnie wzrósł udział matek o stanie cywilnym panna”. Należy zaznaczyć, że współczynnik dzietności pozamałżeńskiej wzrasta, przy czym – jak wcześniej wspomniano – zmniejsza się systematycznie ogólny współczynnik dzietności dla Polski. Jeśli za kryterium analizy przyjąć wykształcenie matek, to zauważa się, że od początku lat 90. prawie trzykrotnie wzrósł odsetek matek z wykształceniem wyższym (z 6% do 17%), a prawie o połowę zmalał – z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia (z 19% do 10%).

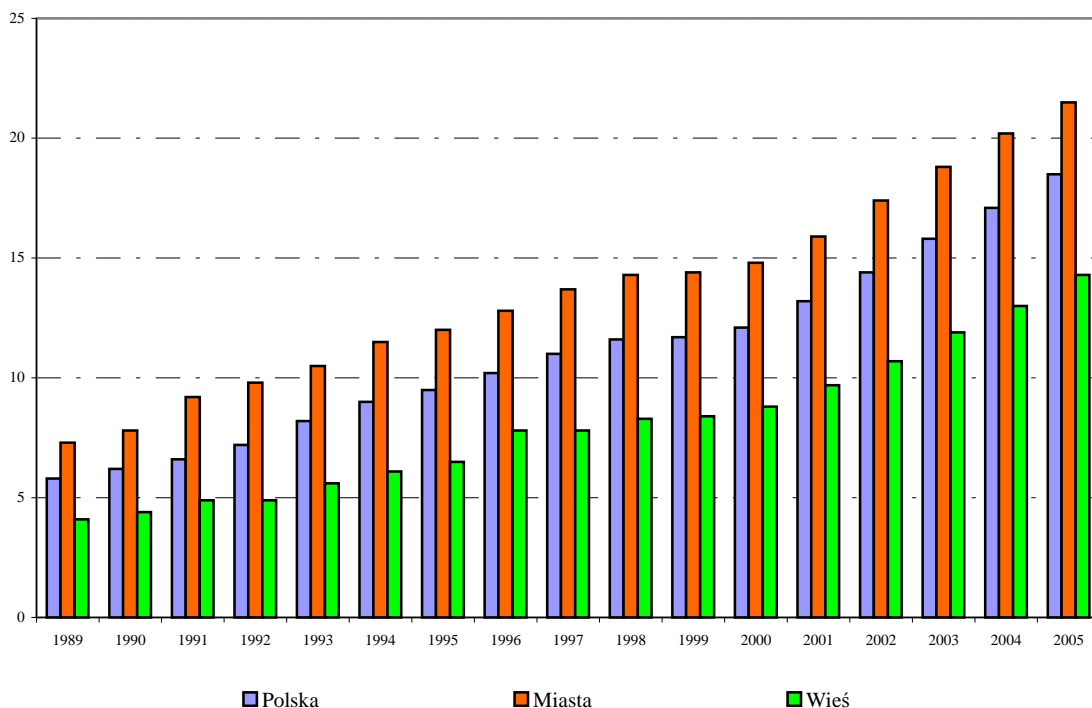
Tablica 25. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wśród ogółu urodzeń żywych w latach 1989-2005

Lata	Polska	Miasta	Wieś
1989	5,8	7,3	4,1
1990	6,2	7,8	4,4
1991	6,6	9,2	4,9
1992	7,2	9,8	4,9
1993	8,2	10,5	5,6
1994	9,0	11,5	6,1
1995	9,5	12,0	6,5
1996	10,2	12,8	7,8
1997	11,0	13,7	7,8
1998	11,6	14,3	8,3
1999	11,7	14,4	8,4
2000	12,1	14,8	8,8
2001	13,2	15,9	9,7
2002	14,4	17,4	10,7
2003	15,8	18,8	11,9
2004	17,1	20,2	13,0
2005	18,5	21,5	14,5

Źródło: dane GUS.

² Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2003 roku. Materiały z konferencji prasowej GUS z dnia 30.01.2004 r., s. 4.

Wykres 47. Udział urodzeń pozamałżeńskich wśród ogółu urodzeń żywych (w %) w latach 1989-2005



Źródło: dane GUS.

Udział urodzeń pozamałżeńskich w latach 2000-2005 wzrastał we wszystkich grupach wieku kobiet. Najwyższy udział urodzeń pozamałżeńskich występuje wśród kobiet bardzo młodych, to jest w wieku 15-19 lat. Udziały te są znacznie wyższe w miastach niż na wsi. W 2000 roku wśród urodzeń z nastolatek urodzenia pozamałżeńskie stanowiły 41,8% urodzeń żywych. W 2005 roku wskaźnik ten osiągnął poziom 61,6%. W miastach w 2000 r. kobiety te wydały na świat 49% dzieci pozamałżeńskich, a 2005 roku aż 70,6%. W środowisku wiejskim udział ten wzrósł odpowiednio z poziomu 32,9% do 51,3%. Obserwowane zmiany odzwierciedlają przemiany zachowań prokreacyjnych wśród młodzieży. Udział urodzeń pozamałżeńskich wyraźnie zmniejsza się przy przechodzeniu do grup wieku 20-24, 25-29 i 30-34 lat, a następnie wzrasta od grupy wieku 35-39 lat.

Tablica 26. Udział urodzeń pozamałżeńskich według wieku kobiet w latach 2000-2005

Wiek	2000			2001		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
15-19	41,8	49,0	32,9	46,3	54,0	36,7
20-24	13,5	17,0	9,7	15,2	19,2	10,8
25-29	7,0	8,6	4,9	7,7	9,2	5,6
30-34	7,2	9,0	4,8	7,9	9,8	5,2
35-39	9,9	12,8	6,3	10,1	12,9	6,5
40-44	13,3	17,1	8,5	13,7	17,7	8,6
Wiek	2002			2003		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
15-19	50,0	58,1	40,6	54,0	62,5	44,3
20-24	17,6	22,4	12,5	20,8	26,5	14,7

Tablica 26. Udział urodzeń pozamałżeńskich według wieku kobiet w latach 2000-2005 (dok.)

Wiek	2000			2001		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
25-29	8,7	10,5	6,1	9,6	11,5	6,8
30-34	8,4	10,5	5,4	9,1	11,0	6,2
35-39	10,7	13,9	6,7	11,2	14,8	6,7
40-44	14,4	18,2	9,8	14,2	18,8	8,8
Wiek	2004			2005		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
15-19	58,1	66,7	48,1	61,6	70,6	51,3
20-24	23,9	30,1	17,2	20,9	33,7	19,7
25-29	10,8	13,0	7,6	12,0	14,2	8,6
30-34	10,0	11,8	7,0	11,1	13,1	7,6
35-39	11,7	14,9	7,5	12,7	16,3	7,6
40-44	14,8	20,2	8,4	15,3	20,3	9,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

3.6. Płodność i dzietność według województw

W tablicy 27 zamieszczono informacje o cząstkowych współczynnikach płodności i dzietności oraz dynamiki demograficznej w przekroju wojewódzkim z podziałem na miasto-wieś dla 2005 roku. Grupą wieku o najwyższej płodności zarówno w mieście jak i na wsi była grupa wieku 25-29 lat. Z danych wojewódzkich wynika, że w Polsce istnieje dość wyraźne regionalne zróżnicowanie płodności i dzietności. Dzietność wyższą od ogólnopolskiej (współczynnik dzietności WDz.=1,24) posiadają województwa: lubelskie (1,33), wielkopolskie (1,32), kujawsko-pomorskie (1,36), warmińsko-mazurskie (1,34). Najniższą dzietność w roku 2005 odnotowano w województwach: opolskim (1,04), śląskim (1,13) oraz łódzkim (1,18).

Tablica 27. Współczynniki płodności i dzietności kobiet oraz dynamiki demograficznej ludności w 2005 r. według województw

WOJEWÓDZTWA	Płodność – urodzenie żywe na 1000 kobiet w wieku								Współczynniki		
	15-49 lat	15-19	20-24	25-29	30-34	34-39	40-44	45-49 lat	dzietności ogólnej	dzietności żeńskiej	dynamiki demograficznej
P O L S K A	36,8	13,5	58,7	90,3	59,2	22,7	4,8	0,2	1,243	0,604	0,989
Dolnośląskie	34,3	15,1	56,2	81,0	53,8	20,6	4,3	0,2	1,148	0,559	0,899
Kujawsko-pomorskie	37,7	16,4	65,4	92,0	55,7	21,0	4,4	0,2	1,271	0,615	1,054
Lubelskie	38,8	13,6	61,1	95,7	64,2	25,3	6,0	0,3	1,329	0,648	0,921
Lubuskie	37,1	17,7	62,8	88,7	55,8	20,2	4,4	0,2	1,243	0,605	1,085
Łódzkie	34,8	11,6	55,9	91,6	55,6	19,2	3,4	0,1	1,181	0,572	0,723
Małopolskie	38,5	10,5	57,0	92,3	64,4	27,4	6,1	0,3	1,286	0,626	1,121
Mazowieckie	38,1	11,0	53,9	93,9	65,8	24,3	4,7	0,2	1,261	0,615	0,966
Opolskie	30,4	13,7	49,7	74,6	48,3	18,0	4,9	0,2	1,044	0,515	0,897
Podkarpackie	37,3	11,1	57,3	91,5	60,8	26,8	6,3	0,3	1,271	0,611	1,122
Podlaskie	35,5	11,2	55,5	88,8	63,2	23,8	6,1	0,4	1,245	0,615	0,929
Pomorskie	40,7	17,0	66,3	93,4	64,1	25,9	5,8	0,2	1,359	0,656	1,266

Tablica 27. Współczynniki płodności i dzietności kobiet oraz dynamiki demograficznej ludności w 2005 r. według województw (dok.)

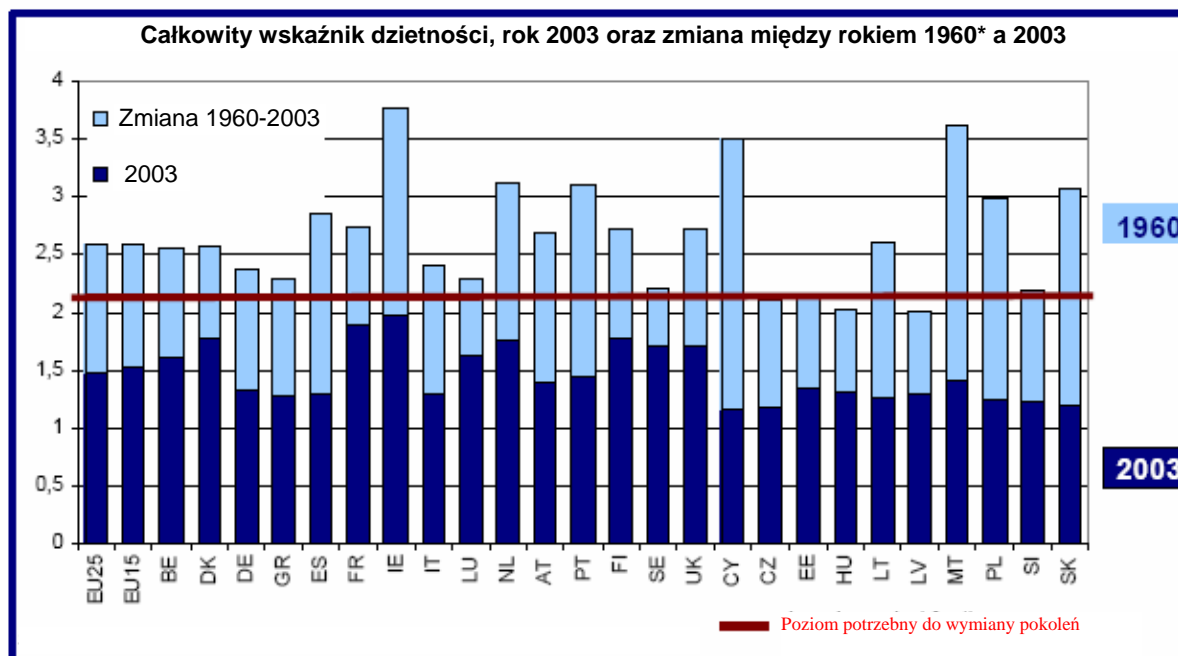
WOJEWÓDZTWA	Płodność – urodzenie żywe na 1000 kobiet w wieku								Współczynniki		
	15-49 lat	15-19	20-24	25-29	30-34	34-39	40-44	45-49 lat	dzietności ogólnej	dzietności żeńskiej	dynamiki demograficznej
Śląskie	33,0	12,8	54,0	83,7	53,5	19,2	3,7	0,1	1,130	0,549	0,880
Świętokrzyskie	35,5	11,2	60,5	91,6	55,0	19,8	3,9	0,2	1,209	0,589	0,843
Warmińsko-mazurskie	38,8	18,3	67,7	95,0	57,8	23,5	5,2	0,2	1,335	0,646	1,190
Wielkopolskie	39,7	13,6	63,5	98,1	60,9	23,2	4,8	0,2	1,316	0,635	1,168
Zachodniopomorskie	36,5	19,4	63,4	84,4	54,5	21,0	4,9	0,2	1,232	0,596	1,055
Miasta	34,1	12,6	49,2	84,2	59,3	21,6	4,2	0,2	1,149	0,557	0,963
Dolnośląskie	32,8	13,7	49,5	78,2	54,4	20,7	3,9	0,2	1,094	0,533	0,873
Kujawsko-pomorskie	33,5	15,0	54,4	83,2	53,3	18,3	3,7	0,1	1,134	0,552	0,962
Lubelskie	34,3	11,5	47,0	84,9	64,3	24,6	4,8	0,3	1,183	0,570	1,103
Lubuskie	35,1	15,9	54,7	87,0	56,6	18,7	4,2	0,2	1,179	0,576	1,073
Łódzkie	32,0	11,3	47,1	83,7	55,4	18,9	3,0	0,1	1,091	0,531	0,706
Małopolskie	34,3	10,8	44,0	81,1	62,9	25,0	5,1	0,2	1,137	0,553	1,000
Mazowieckie	36,9	10,1	43,5	88,8	69,0	25,1	4,5	0,2	1,193	0,578	1,001
Opolskie	30,3	14,0	46,1	74,0	49,7	19,9	4,9	0,3	1,040	0,508	0,940
Podkarpackie	32,6	10,3	45,0	84,2	59,6	24,7	4,8	0,3	1,143	0,552	1,169
Podlaskie	31,8	9,1	44,6	81,9	62,6	21,7	5,1	0,3	1,126	0,558	1,145
Pomorskie	36,7	13,9	53,9	85,7	62,0	23,6	4,7	0,2	1,213	0,577	1,074
Śląskie	32,6	13,6	52,1	82,0	53,7	19,0	3,5	0,1	1,114	0,539	0,864
Świętokrzyskie	30,4	9,7	44,5	81,5	54,2	18,4	3,4	0,1	1,054	0,511	0,866
Warmińsko-mazurskie	34,5	15,1	55,3	87,4	57,1	21,7	3,5	0,1	1,195	0,580	1,095
Wielkopolskie	37,1	11,9	51,3	92,5	63,4	21,9	4,6	0,2	1,220	0,588	1,107
Zachodniopomorskie	33,9	16,4	54,2	80,1	55,1	20,4	4,1	0,1	1,143	0,553	0,985
Wieś	41,3	14,8	73,7	101,5	59,0	24,4	6,0	0,3	1,399	0,682	1,029
Dolnośląskie	38,1	17,9	72,0	88,7	52,3	20,4	5,2	0,2	1,277	0,622	0,962
Kujawsko-pomorskie	44,6	18,3	82,4	107,1	59,7	25,4	5,6	0,2	1,492	0,716	1,194
Lubelskie	43,2	15,3	74,4	107,1	64,0	25,9	7,1	0,3	1,475	0,726	0,815
Lubuskie	40,6	20,5	76,9	91,9	54,4	22,9	4,9	0,2	1,356	0,655	1,106
Łódzkie	40,5	12,0	71,9	108,3	55,9	19,9	4,0	0,2	1,361	0,652	0,751
Małopolskie	42,8	10,2	69,6	104,8	66,0	29,8	7,1	0,5	1,440	0,701	1,243
Mazowieckie	40,4	12,3	72,7	106,2	58,6	22,8	5,0	0,4	1,393	0,689	0,909
Opolskie	30,6	13,4	53,7	75,4	46,7	16,0	5,0	0,1	1,050	0,523	0,854
Podkarpackie	40,8	11,6	66,6	96,9	61,7	28,2	7,5	0,4	1,365	0,655	1,096
Podlaskie	42,1	14,2	73,6	102,1	64,2	27,3	8,2	0,5	1,457	0,718	0,739
Pomorskie	48,8	21,7	89,3	111,7	68,8	30,5	8,1	0,2	1,653	0,817	1,741
Śląskie	34,7	10,0	61,2	90,1	52,9	19,9	4,5	0,2	1,193	0,589	0,943
Świętokrzyskie	40,3	12,3	74,6	101,3	55,7	21,0	4,4	0,4	1,351	0,660	0,827
Warmińsko-mazurskie	45,7	22,5	85,4	108,0	58,9	26,3	7,9	0,2	1,547	0,746	1,326
Wielkopolskie	43,4	15,6	79,7	106,5	57,4	24,7	5,2	0,2	1,446	0,701	1,248
Zachodniopomorskie	42,3	25,0	82,5	95,1	52,9	22,2	6,8	0,4	1,422	0,689	1,211

Źródło: dane GUS.

3.7. Dzietność: Polska a kraje Unii Europejskiej

Na wykresach 48-51 zamieszczono informacje o współczynniku dzietności, średnim wieku kobiet przy urodzeniu dziecka oraz o odsetku urodzeń pozamałżeńskich dla wybranych krajów Europy około roku 2005 i zmianach, jakie miały miejsce w latach 1960-2003 oraz 1995-2005.

Wykres 48. Dzietność krajów Unii Europejskiej w latach 1960, 2003

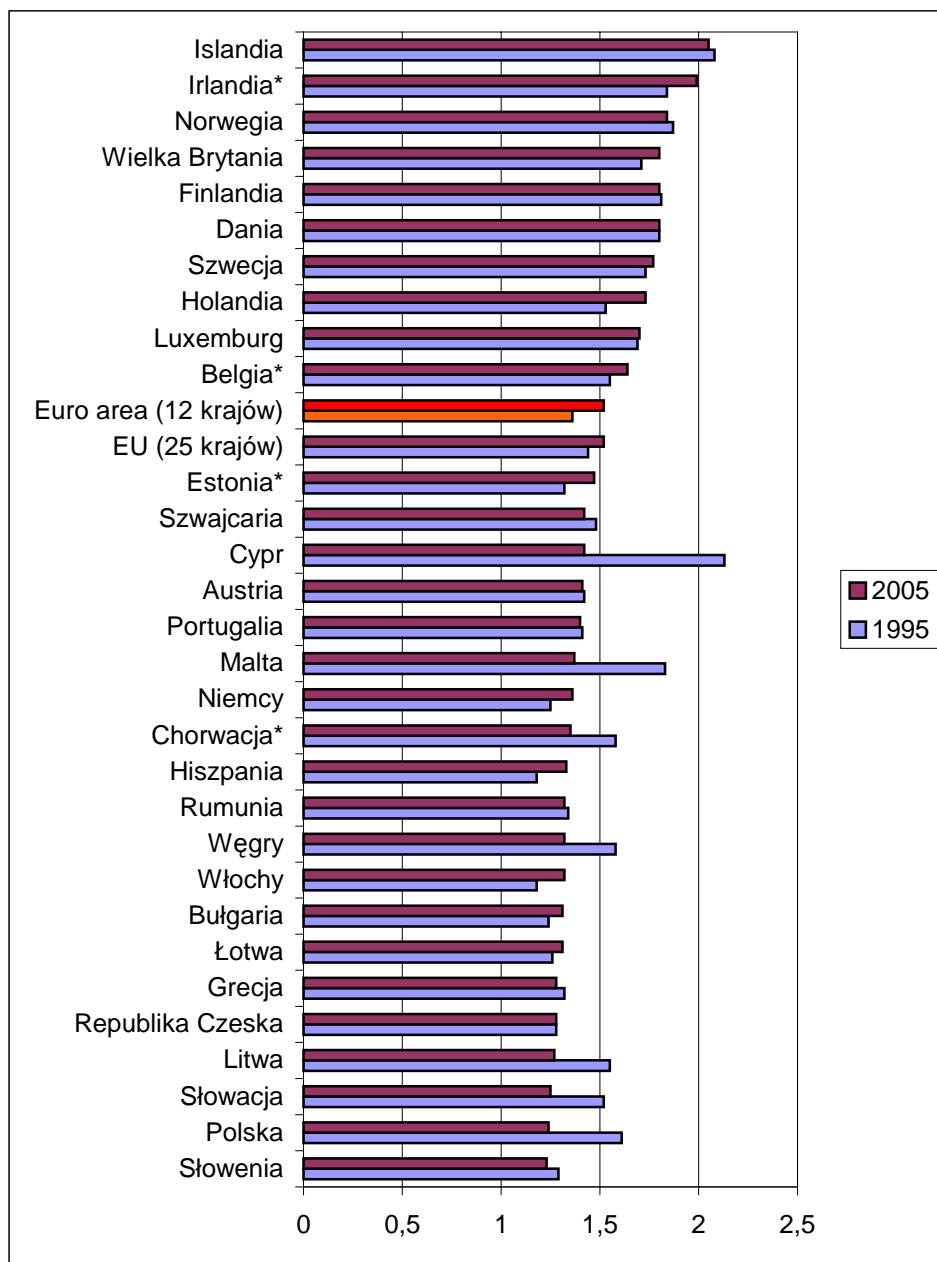


Źródło: Green Paper, „Confronting demographic change: a New solidarity between the generations”, COM (2005) 94 final, Brussels, 16.3.2005, Graph 8, s. 23.

W 1960 roku współczynnik dzietności prawie we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej był powyżej prostej zastępowalności pokoleń, a w wielu krajach w tym w rejonie Europy Środkowej i Wschodniej miał wartość z dużą nadwyżką w stosunku do poziomu prostej zastępowalności. Obecnie wszystkie kraje Unii charakteryzują się niską bądź bardzo niską dzietnością. W roku 2005 współczynnik dzietności dla 25 krajów Unii Europejskiej był na poziomie 1,52, w Polsce 1,24. Zatem dzietność w Polsce była niższa od przeciętnej w Unii o około 0,3 dziecka. Wartość współczynnika dzietności dla Polski na poziomie 1,24 plasuje Polskę na ostatnim, 25 miejscu, co oznacza, że Polska posiadała w roku 2005 najniższy współczynnik dzietności wśród krajów Unii. Bardzo zbliżoną do Polski dzietność posiadają kraje: Republika Czech (1,28), Słowacja (1,25), Słowenia (1,26). Najwyższą dzietność wśród krajów Unii w roku 2005 odnotowano we: Francji (1,94), Irlandii (1,88), Danii, Finlandii i Wielkiej Brytanii (1,8) – wykres 3.8.2. W stosunku do Francji Polska posiada dzietność niższą o 0,7 dziecka.

W całej Unii udział urodzeń pozamałżeńskich stanowi około 1/3 ogólnej liczby urodzeń żywych (wykres 51). Jego poziom jest bardzo zróżnicowany. Polska z poziomem wskaźnika równym 18,4% należy do mniej licznej grupy krajów posiadających wartość wskaźnika poniżej przeciętnej. Niższy od Polski wskaźnik w roku 2005 posiadały kraje: Cypr (4,4%), Grecja (5,1%), Włochy (17,3%). Najwyższą wartość odsetka urodzeń pozamałżeńskich w roku 2005 odnotowano wśród krajów Unii dla: Estonii (58,5%), Szwecji (55,4%), Irlandii (48,4%).

Wykres 49. Współczynnik dzietności, Europa, wybrane kraje 1995-2005

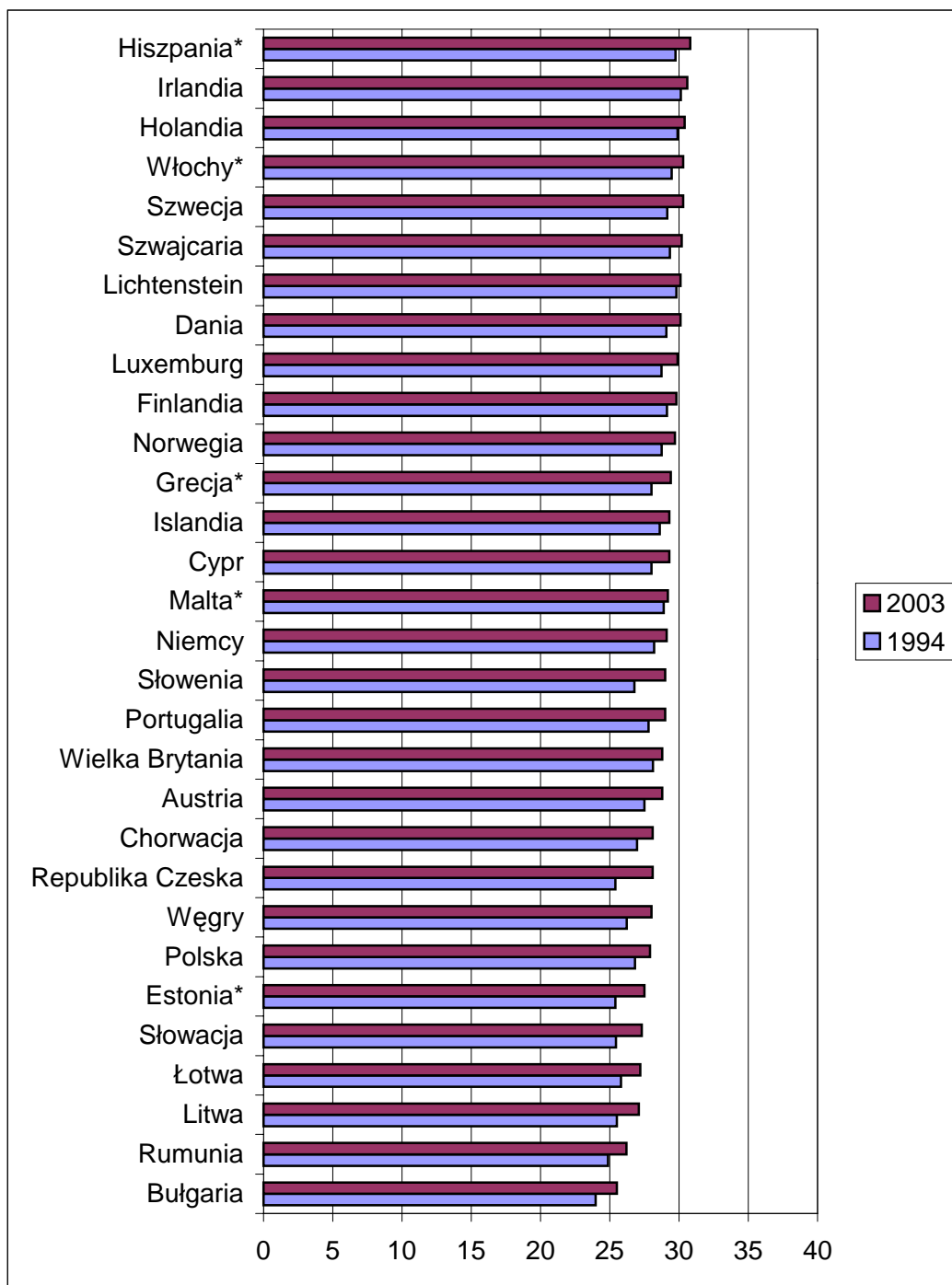


* 2004 zamiast 2005.

(brak: Lichtenstein, Francja, Turcja)

Źródło: dane: Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

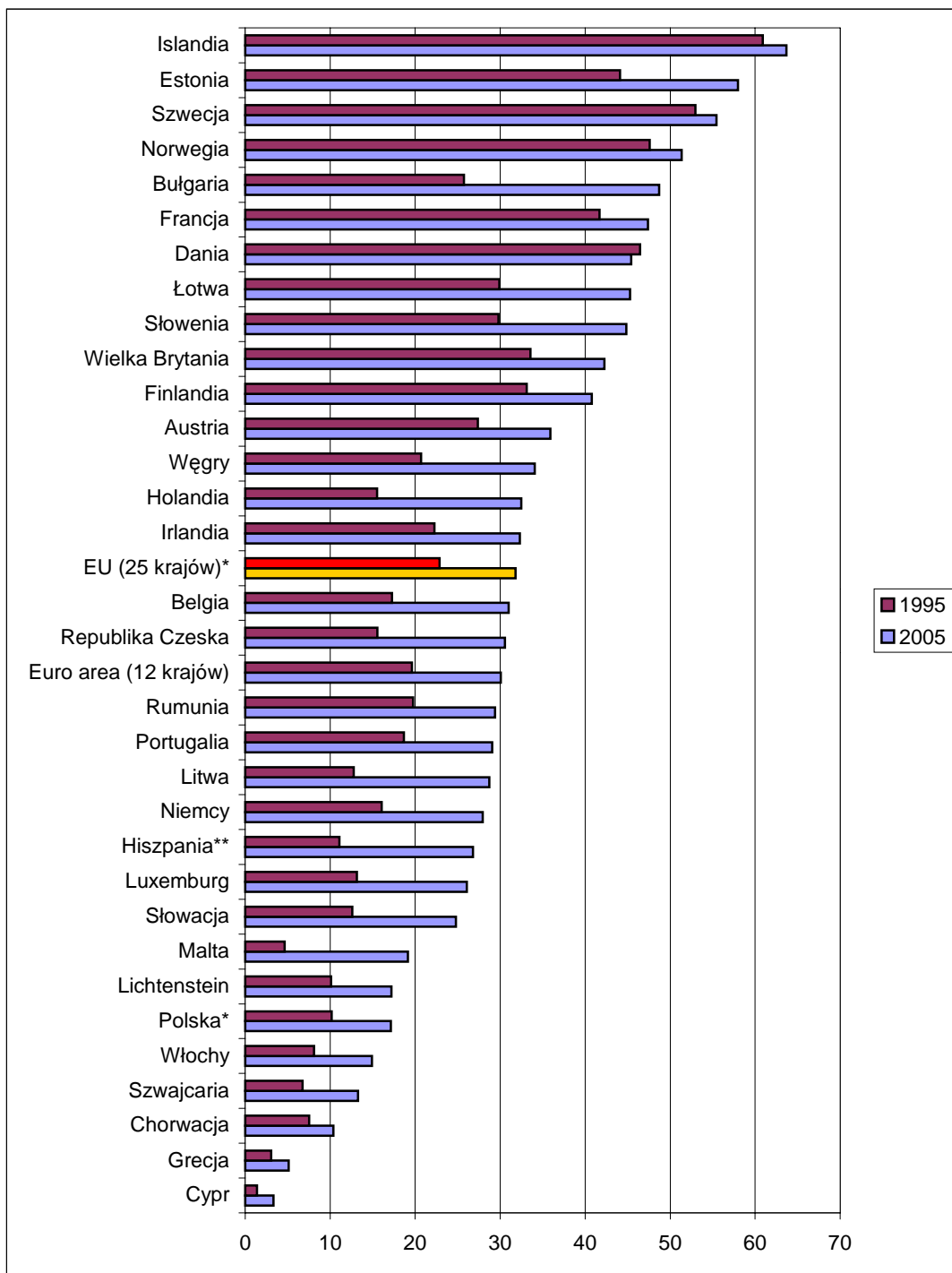
Wykres 50. Średni wiek kobiety przy urodzeniu dziecka, Europa – wybrane kraje 1994-2003



*2002/2001 zamiast 2003.

Źródło: dane: Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Wykres 51. Urodzenia pozamałżeńskie, Europa – wybrane kraje 1995-2005



* 1996 (lub później) zamiast 1995

** 2004 zamiast 2005

Źródło: Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

IV. UMIERALNOŚĆ I TRWANIE ŻYCIA

4.1. Umieralność ogółem

Dekada lat 90. dwudziestego wieku oraz pierwsze lata nowego stulecia to czas korzystnych zmian w umieralności w Polsce. W porównaniu do lat wcześniejszych nastąpiło znaczne obniżenie natężenia zgonów. Ogólny standaryzowany strukturą ludności z 2000 r. współczynnik zgonów zmniejszył się w latach 1990-2005 o ponad 23% (tab. 29).

Tablica 29. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności w wybranych latach okresu 1990-2005

1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1137,6	1071,9	962,0	932,3	906,7	908,3	883,6	873,2

Źródło: dane GUS.

Największe obniżenie umieralności nastąpiło wśród najmłodszych, tj. niemowląt i dzieci w wieku 1-4 lata. Sytuacja taka wydaje się naturalną konsekwencją troski o najmłodszych, która przejawia się w staraniach służby zdrowia o możliwie dobry poziom opieki nad kobietą w ciąży oraz dziećmi, a także coraz wyższą świadomością rodziców w zakresie wychowania potomstwa. Wśród osób młodych i w wieku średnim zmiany były mniej korzystne. Należy przy tym zwrócić uwagę, że większe korzyści dotyczyły zbiorowości osób w wieku 60-84 lata niż młodszych w wieku 45-59 lat.

Tablica 30. Zgony ogółem według wieku w latach 1990-2005 na 100 tys. ludności danej grupy wieku

Wyszczególnienie	1990	1995	2000	2004	2005	1990=100
0*	1934	1360	811	680	642	33,20
1-4	59	43	31	25	27	45,90
5-9	27	22	17	16	16	58,84
10-14	29	24	19	18	17	59,19
15-19	69	63	52	45	47	68,28
20-24	104	86	78	70	69	66,72
25-29	119	106	89	81	79	66,10
30-34	174	150	122	110	108	62,12
35-39	259	243	196	175	178	68,60
40-44	398	388	332	292	291	73,11
45-49	620	592	523	496	500	80,67
50-54	928	883	787	760	753	81,16
55-59	1395	1281	1146	1078	1090	78,15
60-64	2044	1913	1693	1566	1541	75,41
65-69	2981	2798	2532	2249	2222	74,55
70-74	4468	4209	3836	3430	3337	74,68
75-79	7282	6649	6021	5309	5231	71,84
80-84	11704	11043	9690	8861	8671	74,08
85 lat i więcej	20155	20524	18944	18444	18344	91,01

* na 100 tys. urodzeń żywych.

Źródło: dane GUS uwzględniające wyniki Narodowego Spisu Powszechnego 2002.

Za najważniejsze przyczyny korzystnych zmian umieralności w Polsce od początku lat 90. dwudziestego wieku uważa się zmianę stylu życia, związaną z nim zmianę diety i wzrost poziomu wykształcenia.

Podane zmiany nie przebiegały bez zakłóceń. Zdarzały się lata, że natężenie zgonów w niektórych grupach wieku wzrastało w porównaniu z poprzednim okresem, ale nie były to znaczące przyrosty. Taka sytuacja miała np. miejsce w 2005 r. w porównaniu z rokiem poprzednim w grupach wieku: 1-4, 15-19, 35-39, 45-49 lat.

Od wielu lat najważniejszymi przyczynami zgonów są: choroby układu krążenia, nowotwory oraz przyczyny zewnętrzne. Udział zgonów wywołanych chorobami z tych grup w 2005 r. przekraczał 77%. Z upływem lat zmniejszało się (choć bardzo powoli) znaczenie chorób układu krążenia oraz przyczyn zewnętrznych jako powodów zgonów, ale rósł udział zgonów wywoływanych chorobami nowotworowymi. Jak widać w tab. 31, w ciągu 10 lat udział ten zwiększył się on o ponad 4 punkty procentowe z 20,5% do 25,1%. Podobną tendencję rosnącą miały udziały zgonów wywołanych chorobami układu oddechowego i trawiennego, które w podanym okresie wzrosły o ponad 1 punkt procentowy

Tablica 31. Zgony według głównych przyczyn w latach 1995, 2000 i 2005 (w %)

Grupa przyczyn zgonów	ICD-9*	1995	ICD-10*	2000	2005
Ogółem		100,0		100,0	100,0
Choroby układu krążenia	390-459	50,4	I00-I99	47,7	45,7
Nowotwory	140-239	20,5	C00-D48	23,4	25,1
Zewnętrzne przyczyny zgonów	E800- -E989	7,5	V01-Y98	7,0	6,9
Choroby układu oddechowego	460-519	3,4	J00-J98	5,0	5,0
Choroby układu trawiennego	520-579	3,3	K00-K92	4,0	4,5
Pozostałe przyczyny dokładnie określone		6,3		5,9	5,8
Przyczyny niedokładnie określone	780-799	8,6	R00-R99	6,6	6,6
Brak danych o przyczynie zgonu				0,5	0,0

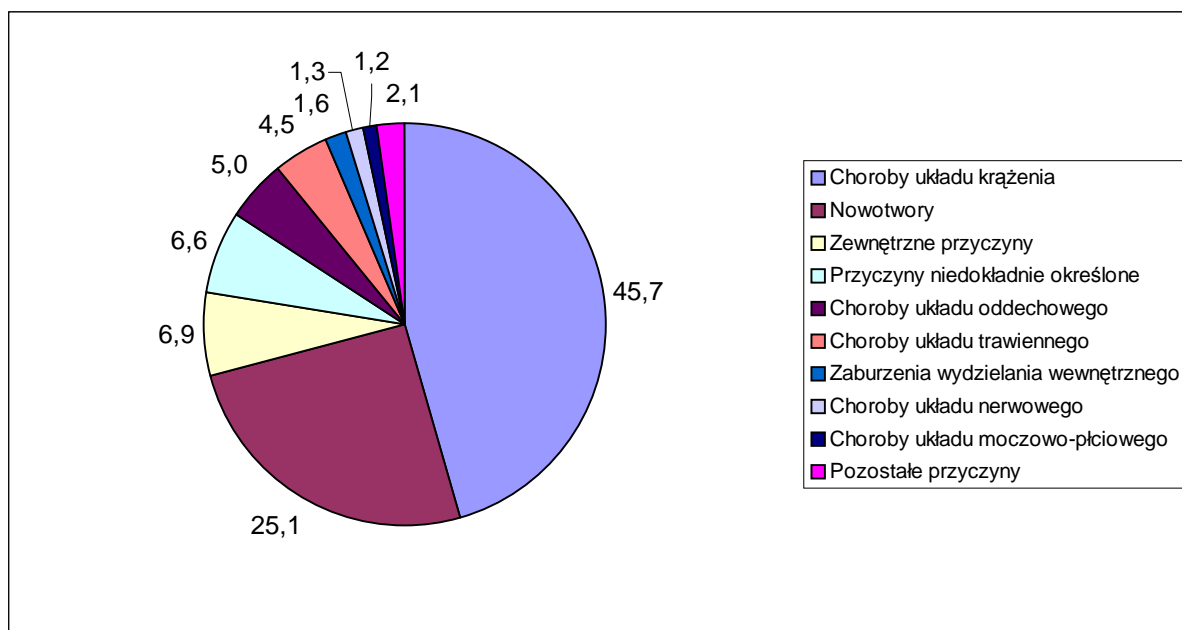
* ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD-9 – Rewizja 9, ICD-10 – Rewizja 10).
Źródło: dane GUS oraz obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Bardziej szczegółowo strukturę zgonów według najważniejszych grup przyczyn (których udział w ogólnej liczbie zgonów przekraczał 1%) w 2005 r. ilustruje wykres 56.

W najważniejszej grupie chorób układu krążenia najczęstszymi przyczynami zgonów są: choroba niedokrwienna serca (13,5% ogółu zgonów w 2005 r.), choroby naczyń mózgowych (10,6%) oraz miażdżyca (8,6%).

Najczęstszymi nowotworami powodującymi zgon są nowotwory złośliwe oskrzeli i płuc (5,8% ogółu zgonów w 2005 r.), nowotwór złośliwy jelita grubego (1,7%) oraz nowotwór złośliwy żołądka (1,5%). Natomiast najczęstsze zewnętrzne przyczyny zgonu to wypadki komunikacyjne (1,6% ogółu zgonów w 2005 r.) oraz samobójstwa i samouszkodzenia (1,6%). Należy podkreślić, że w Polsce w latach 1995-2005 zwiększała się liczba zgonów spowodowanych samobójstwami i samouszkodzeniami. W 1995 r. takich przypadków było 5499, w 2000 r. 5841, a w 2005 r. 6045, czyli w całym okresie nastąpił wzrost o prawie 10 procent.

Wykres 56. Struktura zgonów według głównych grup przyczyn w Polsce w 2005 r.



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Spadek umieralności w Polsce spowodowany jest przede wszystkim obniżeniem natężenia zgonów wywołanych najgroźniejszymi chorobami, czyli chorobami układu krążenia oraz działaniem przyczyn zewnętrznych. W latach 1990-2005 standaryzowane współczynniki zgonów z powodu tych przyczyn znacznie się zmniejszyły (tab. 32). Przede wszystkim obniżyła się umieralność wywoływana chorobami układu krążenia. Średnioroczne tempo spadku współczynnika zgonów w latach 1990-2005 wynosiło 2,8%, co przy dużym udziale zgonów z tej przyczyny w ogólnej liczbie zgonów znacznie obniżyło ogólny poziom umieralności w Polsce.

Tablica 32. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności z powodu najważniejszych przyczyn w wybranych latach okresu 1990-2005

Wyszczególnienie	1990	1995	2000	2005
Choroby układu krążenia	604,3	545,6	458,5	392,5
Nowotwory	216,8	220,5	225,5	219,6
Zewnętrzne przyczyny	83,6	77,9	67,3	63,2

Źródło: dane GUS.

Podobnie pozytywnie na ogólny poziom zjawiska wpłynęło ograniczenie intensywności zgonów wywołanych przyczynami zewnętrznymi. Średnioroczne tempo spadku standaryzowanego współczynnika zgonów z tych powodów wynosiło 1,8%, było więc mniejsze niż w przypadku chorób układu krążenia. Mniejsze tempo spadku i mniejszy udział zgonów wywołanych tymi przyczynami dał mniejsze korzyści, z powodu ograniczenia oddziaływania przyczyn zewnętrznych, niż w przypadku chorób układu krążenia.

Przez wiele lat rozważanego okresu negatywnie na poziom umieralności wpływały zmiany w oddziaływaniu chorób nowotworowych. Na podstawie danych z tab. 32 można zauważyć pewne symptomy poprawy sytuacji w tym obszarze, gdyż w latach 2000-2005 obniżył się współczynnik zgonów z powodu chorób nowotworowych. Widać jednak, że w 2005 r. jego wartość była wyższa niż w 1990 roku.

Polska jest krajem, gdzie ciągle utrzymuje się nieznacznie wyższa umieralność mieszkańców wsi niż miast. Ogólny standaryzowany strukturą ludności z 2005 r. współczynnik zgonów dla wsi przekraczał w 1990 r. o ponad 13% współczynnik dla miast (tab. 33). Pięć lat później dystans zmniejszył się niemal do 1%, ale z upływem czasu ponownie wzrósł i w 2005 r. współczynnik dla wsi był o prawie 6% wyższy niż dla miast.

Tablica 33. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności według miejsca zamieszkania w wybranych latach okresu 1990-2005

Miejsce zamieszkania	1990	1995	2000	2005
Miasta	989	1073	954	853
Wieś	1124	1085	985	903

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

4.2. Umieralność według płci i wieku

Powszechnie obserwowanym zjawiskiem są częstsze zgony mężczyzn niż kobiet w tym samym wieku (tzw. zjawisko nadumieralności). W Polsce natężenie zgonów mężczyzn, mierzone współczynnikiem standaryzowanym w 1990 r. było o ponad 81% wyższe niż wśród kobiet, a w 2005 r. o ponad 88% większe. To zróżnicowanie jest zależne od wieku. Na podstawie danych z tab. 34 można stwierdzić, że najmniejsze różnice w umieralności między osobami odmiennej płci występują wśród dzieci oraz w najstarszej grupie wieku, a największe wśród osób w wieku produkcyjnym. W przedziale wiekowym 20-39 lat natężenie zgonów mężczyzn ponad 3 i 4-krotnie przekraczało natężenie zjawiska wśród kobiet i nie widać było w latach 1990-2005 żadnych oznak zmiany tej sytuacji. Tylko w najmłodszych grupach wieku zróżnicowanie umieralności zmniejszało się w rozważanym okresie, a w starszych, tj. w przedziale 60-79 lat, nadumieralność mężczyzn rosła.

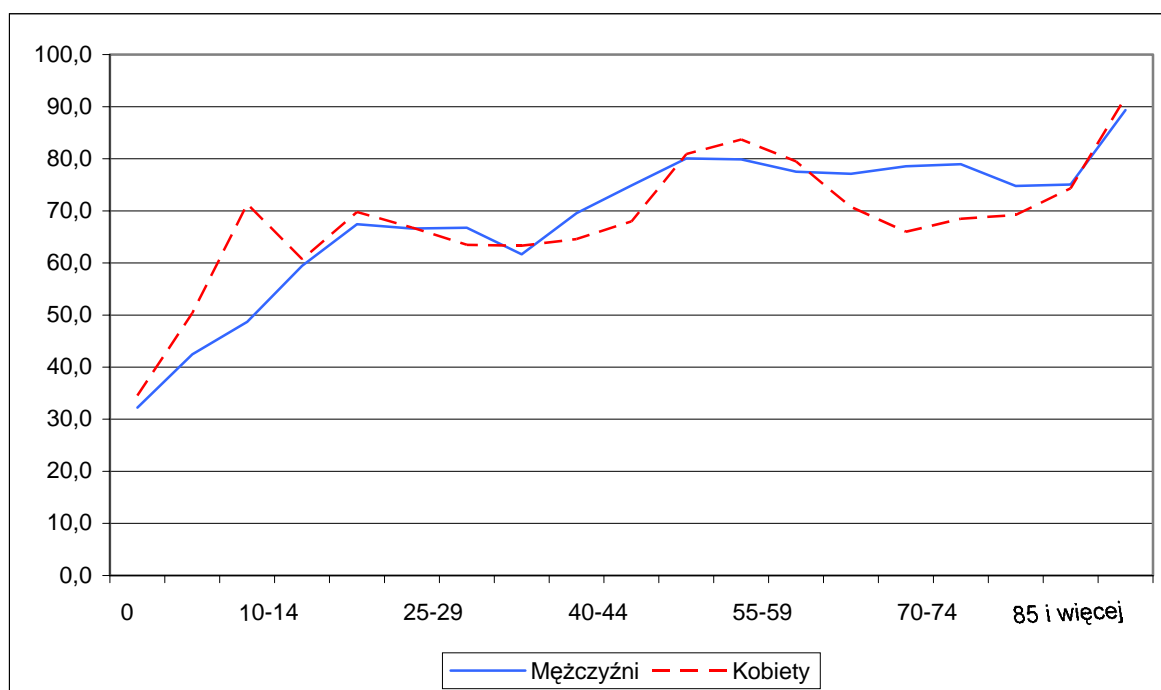
Tablica 34. Współczynniki zgonów według wieku dla mężczyzn w procentach współczynników zgonów kobiet w wybranych latach okresu 1990-2005

Wyszczególnienie	1990	1995	2000	2005
0*	127,3	118,3	120,3	118,9
1-4	136,0	123,7	129,6	114,7
5-9	150,0	168,8	161,5	102,5
10-14	159,1	166,7	164,3	155,8
15-19	291,4	275,8	255,2	281,7
20-24	442,1	372,2	396,8	441,0
25-29	381,6	375,0	351,3	401,4
30-34	349,4	343,3	346,3	340,1
35-39	300,8	318,1	314,9	324,0
40-44	270,2	292,4	283,8	297,7
45-49	282,0	273,1	263,8	279,1
50-54	287,5	284,6	259,3	274,4
55-59	265,1	283,5	257,0	258,5
60-64	240,6	252,7	258,2	262,3
65-69	209,1	216,5	228,6	249,0
70-74	180,9	186,3	199,1	208,6
75-79	160,3	157,6	166,2	173,2
80-84	140,6	137,3	139,4	142,0
85 lat i więcej	118,5	109,5	115,6	115,3

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Do zmniejszenia zróżnicowania natężenia zgonów według płci wśród dzieci przyczynił się większy spadek umieralności chłopców niż dziewcząt. W latach 1990-2005 cząstkowe współczynniki zgonów chłopców w wieku 1-9 lat zmniejszyły się o ponad 50-60 procent; w zbiorowości dziewczynek spadek był mniejszy (wykres 57). W starszych grupach wieku korzyści te były mniejsze i zróżnicowane u osób odmiennej płci. Zwrócić tu należy uwagę na większe obniżenie współczynników zgonów wśród kobiet w wieku 60-79 lat niż wśród młodszych, w wieku 45-59 lat, a zwłaszcza w wieku 50-54 lata.

Wykres 57. Współczynniki zgonów według płci i wieku w 2005 r. (1990=100)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Tablica 35. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności z powodu najważniejszych przyczyn według płci i wieku w wybranych latach okresu 1990-2005

Wyszczególnienie	Płeć	0-44 lata				45-59				60 lat i więcej			
		1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Choroby układu krążenia	Mężczyźni	44,0	33,4	24,6	20,4	537,3	459,9	376,2	321,3	3555,1	3220,3	2665,4	2252,5
	Kobiety	14,3	10,5	7,8	6,3	167,6	140,0	112,3	90,8	2863,9	2641,6	2249,5	1946,6
Nowotwory	Mężczyźni	22,5	20,1	17,7	14,8	352,2	332,3	299,0	274,2	1295,2	1363,6	1432,5	1412,5
	Kobiety	21,9	20,6	17,7	15,2	195,6	200,2	201,5	194,0	664,5	681,9	721,2	716,1
Zewnętrzne przyczyny	Mężczyźni	99,0	88,5	72,7	65,4	187,8	187,2	157,3	166,7	203,3	182,5	176,2	171,1
	Kobiety	17,7	17,4	14,6	12,9	31,1	30,6	29,4	28,3	121,2	114,0	100,5	82,6
Choroby układu trawiennego	Mężczyźni	6,8	9,8	10,5	10,0	52,1	65,0	76,5	83,8	182,4	169,3	178,1	181,8
	Kobiety	2,7	2,9	2,8	2,7	20,6	20,9	23,1	25,9	134,9	121,5	129,4	128,3
Choroby układu oddechowego	Mężczyźni	4,8	4,0	3,8	3,1	39,9	27,8	27,1	29,0	370,1	292,8	357,8	333,9
	Kobiety	3,3	2,3	2,0	1,6	11,8	9,4	12,5	10,3	140,6	121,1	184,8	159,7

Źródło: dane GUS.

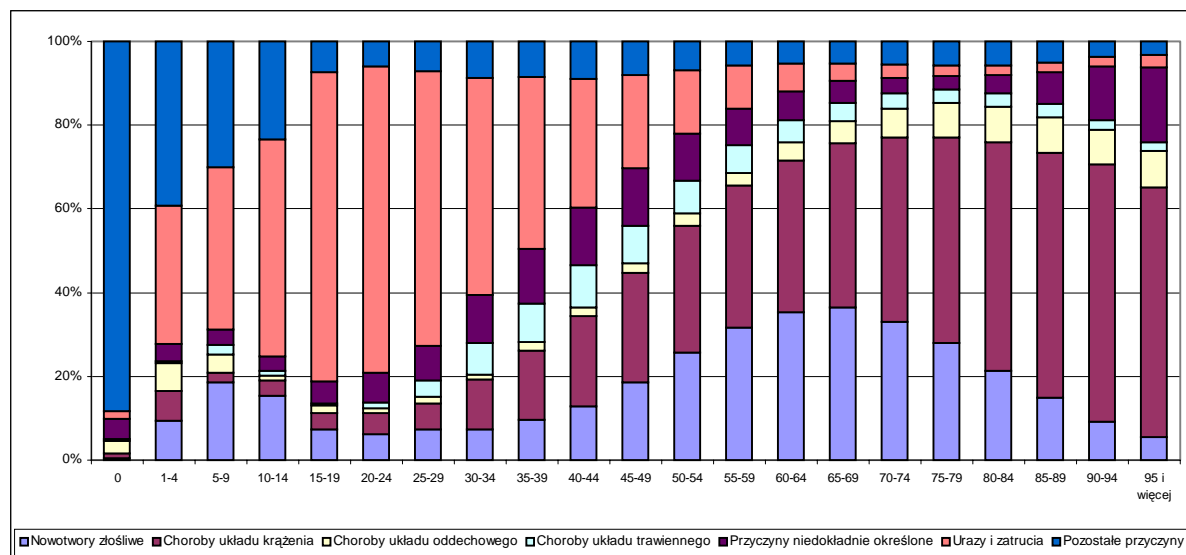
Wyższa umieralność mężczyzn niż kobiet uzasadniana jest przez badaczy m. in. różnicami biologicznymi, większym obciążeniem pracą czy też niehigienicznym trybem życia tych pierwszych. To sprawia, że najważniejsze przyczyny zgonów oddziałują na mężczyzn

z znacznie większym natężeniem niż na kobiety. Szczególnie duża dysproporcja widoczna jest w oddziaływaniu przyczyn zewnętrznych. Wśród mężczyzn w wieku poniżej 60 lat natężenie zgonów z tych powodów przewyższało natężenie zgonów kobiet. Na osoby starsze wpływ przyczyn zewnętrznych był mniej zróżnicowany. Oddziaływanie innych ważnych przyczyn zgonów jest mniej zróżnicowane ze względu na płeć, ale widoczny jest wzrost natężenia zgonów postępujący wraz z wiekiem.

Natężenie zgonów wywoływanych chorobami w 2005 r. było wśród mężczyzn w wieku 45-59 lat czternaście razy większe niż u młodszych. Z kolei wśród mężczyzn starszych poziom ten kilkakrotnie przewyższał notowany w grupie wieku 45-59 lat. Podobnie jak wśród mężczyzn także w zbiorowości kobiet intensywność zgonów z powodu chorób układu krążenia rośnie z wiekiem, ale siła tego wzrostu jest znacznie większa. W 2005 roku standaryzowany współczynnik zgonów kobiet w wieku 45-59 lat przekraczał piętnaście razy wartość współczynnika dla kobiet w wieku 0-44 lata, a z kolei współczynnik dla grupy wiekowej 60 lat i więcej był 22 razy większy niż ten dla kobiet w wieku 45-59 lat. Wśród młodszych kobiet relacje między natężeniem zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz chorób układu oddechowego i trawiennego uwzględniające płeć i wiek osób zmarłych były podobne.

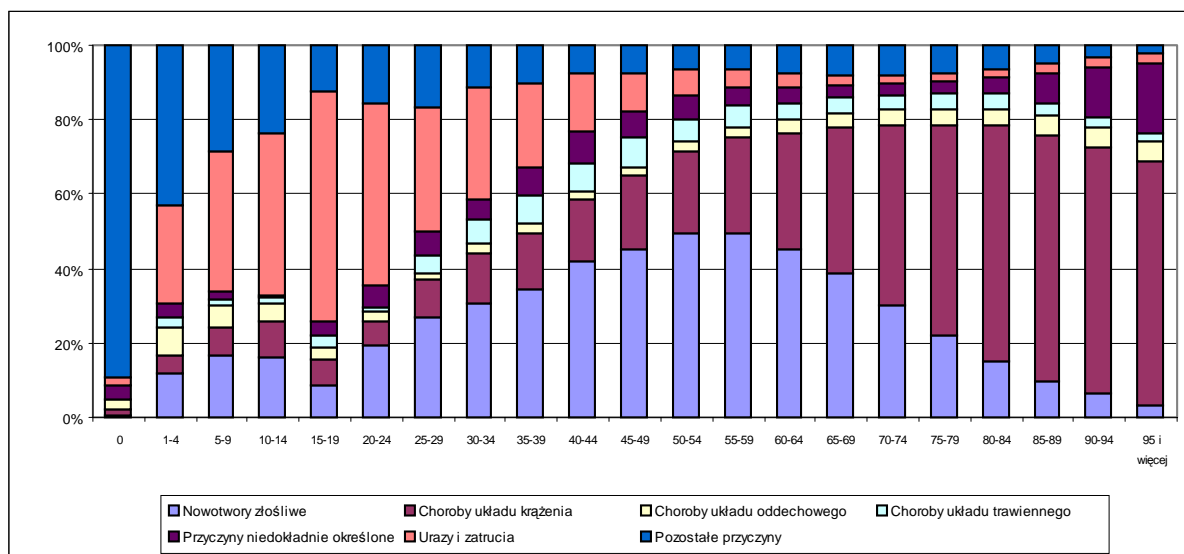
Dodatkowych informacji o oddziaływaniu głównych grup przyczyn zgonów dostarcza analiza uwzględniająca bardziej szczegółowy podział skali wieku. Na wykres 58 i 59 przedstawiona jest struktura zgonów według płci w pięcioletnich grupach wieku dla 2005 roku. Na ich podstawie można stwierdzić, że w zbiorowości mężczyzn w wieku 15-29 lat zdecydowanie najgroźniejszymi przyczynami zgonów są przyczyny zewnętrzne. W zbiorowości kobiet tak zdecydowana dominacja tej grupy przyczyn widoczna jest wśród osób w wieku 15-19 lat.

Wykres 58. Struktura zgonów mężczyzn według głównych grup przyczyn w Polsce w 2005 r.



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Wykres 59. Struktura zgonów kobiet według głównych grup przyczyn w Polsce w 2005 r.



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

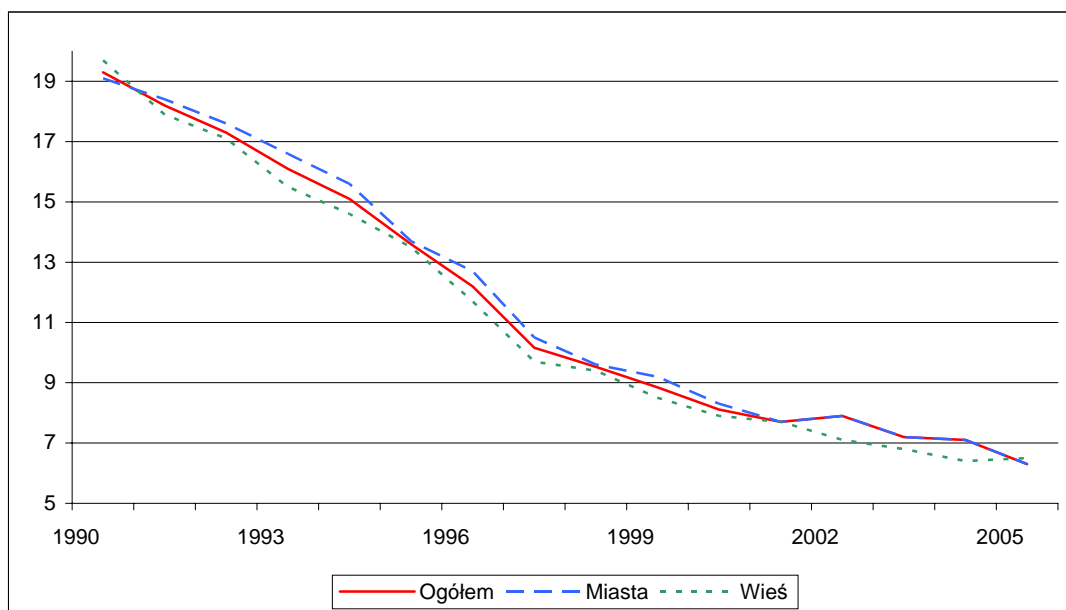
Jedną z przyczyn ujmowanych w grupie przyczyn zewnętrznych, która odpowiada (jak podano wcześniej) za coraz większą liczbę zgonów, tj. samobójstwa i samouszkodzenia, wywołują znacznie więcej zgonów w zbiorowości mężczyzn niż kobiet. W 2005 r. zmarło z tego powodu 5137 mężczyzn i 908 kobiet. Najwięcej zgonów miało miejsce wśród osób z przedziału wieku 45-54 lata. 28,0% zgonów mężczyzn z powodu samobójstw i samouszkodzeń oraz 24,4% zgonów kobiet to zgony osób będących właśnie w tym wieku.

W przypadku nowotworów widoczna jest dominacja tych chorób wśród przyczyn zgonów kobiet w średnim wieku. W przedziale wieku 50-59 lat choroby nowotworowe w 2005 r. spowodowały prawie połowę wszystkich zgonów w tej zbiorowości kobiet. Natomiast wśród mężczyzn nowotwory w żadnej grupie wieku nie są przyczyną tak dużego udziału zgonów.

4.3. Umieralność niemowląt

Natężenie zgonów niemowląt, czyli tej zbiorowości, w której spadek umieralności wpłynął w latach 1990-2005 bardzo korzystnie na zmiany długości życia noworodka, zmniejsza się w Polsce systematycznie od wielu lat (wykres 60). Z upływem czasu tempo spadku jest jednak coraz mniejsze. W latach 1990-2000 średnioroczne tempo spadku współczynnika zgonów wynosiło 9,2%, a w latach 2000-2005 zmniejszyło się do 5,7%.

Wykres 60. Współczynnik zgonów niemowląt według miejsca zamieszkania w Polsce w latach 1990-2005



Źródło: dane GUS.

Prawie przez cały rozważany okres utrzymuje się w Polsce wyższe natężenie zgonów niemowląt w miastach niż na wsi. Jak widać na wykres 61, jedynie w krańcowych latach, tj. w 1990 i 2005 niemowląt na wsi była wyższa niż w miastach.

Natężenie zgonów niemowląt jest jeszcze bardziej różnicowane przez płeć zmarłych. Chłopcy umierają z większą intensywnością niż dziewczynki. Dystans dzielący umieralności chłopców i dziewczynek zmniejsza się z upływem czasu, ale ciągle jest znaczny (tab. 36). W 1990 r. współczynnik zgonów chłopców był o 27,1% większy niż dla dziewczynek, a w 2005 r. o 19,0%.

Zgony niemowląt powodowane są przede wszystkim przez choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym. W 2005 r. spowodowały one 50,0% wszystkich zgonów niemowląt, a wśród nich najwięcej zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu (22,2%) oraz niedotlenienie wewnątrzmaciczne, zamartwica urodzeniowa i zaburzenia oddychania (8,5%). Drugą częstą grupą przyczyn zgonów najmłodszych noworodków są wady rozwojowe wrodzone, które przyczyniły się do 34,2% ogółu zgonów niemowląt. Wśród nich najczęściej były to wady wrodzone układu krążenia (11,9% ogółu zgonów).

Tablica 36. Zgony niemowląt według płci w Polsce w latach 1990-2005 (na 1000 urodzeń żywych)

Lata	Ogółem	Chłopcy	Dziewczeta
1990	19,34	21,59	16,96
1991	18,20	0,00	0,00
1992	17,30	0,00	0,00
1993	16,10	17,81	14,24
1994	15,10	16,43	13,78
1995	13,60	14,71	12,43
1996	12,20	13,42	10,92
1997	10,16	10,96	9,32
1998	9,53	10,37	8,64
1999	8,85	9,69	7,96
2000	8,11	8,83	7,34
2001	7,70	8,33	6,96

Tablica 36. Zgony niemowląt według płci w Polsce w latach 1990-2005 (na 1000 urodzeń żywych) (dok.)

Lata	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
2002	7,52	8,18	6,83
2003	7,04	7,66	6,38
2004	6,80	7,43	6,14
2005	6,42	6,96	5,85

Źródło: dane GUS.

Rok 2005 był kolejnym, w którym zmniejszył się i to znacznie, w porównaniu do wcześniejszych lat, współczynnik umieralności okołoporodowej z 8,5 na 1000 urodzeń w 2004 r. do 8,0 w 2005 r. W podobnym stopniu obniżył się współczynnik zgonów niemowląt, z 6,8 na 1000 urodzeń żywych do 6,4. Przyczyniło się do tego przede wszystkim obniżenie umieralności niemowląt w ciągu pierwszych 27 dni życia, a zwłaszcza w ciągu pierwszej doby. Natężenie zgonów starszych niemowląt w 2005 r. nie zmieniło się w porównaniu z rokiem poprzednim (tab. 37). W czasie pierwszych 27 dni życia w 2005 r. zmarło 1633 niemowląt spośród 2340 ogółu zgonów w tej grupie wiekowej, a spośród nich 1233 dzieci nie przeżyło 1 tygodnia.

Tablica 37. Umieralność okołoporodowa i niemowląt według wieku w momencie zgonu w wybranych latach okresu 1995-2005

Rok	Zgony okołoporodowe na 1000 urodzeń ogółem			Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych				
	razem	martwe urodzenia	zgony w wieku 0-6 dni	ogółem	w wieku			
					0-6 dni		7-27 dni	powyżej 27 dni
					razem	w tym 0 dni		
1995	15,3	7,3	8,0	13,6	8,0	4,7	2,0	3,5
2000	9,7	5,6	4,1	8,1	4,1	2,4	1,5	2,5
2003	8,6	4,9	3,7	7,0	3,7	2,1	1,3	2,0
2004	8,5	4,9	3,6	6,8	3,6	2,0	1,3	1,9
2005	8,0	4,6	3,4	6,4	3,4	1,6	1,1	1,9

Źródło: dane GUS.

Na natężenie zgonów niemowląt w istotny sposób wpływa kolejność urodzenia dziecka u matki. Ze wzrostem tej kolejności rośnie zagrożenie ryzykiem zgonu. Szczególnie dotyczy to dzieci 3. i dalszej kolejności.

Tablica 38. Zgony niemowląt według płci i kolejności urodzenia u matki w Polsce w 2005 r. (na 1000 urodzeń żywych danej płci i kolejności urodzenia)

Kolejność urodzenia dziecka u matki	Ogółem	Miasta	Wieś
Ogółem ^a	6,4	6,3	6,5
1	5,7	5,5	6,0
2	5,7	5,7	5,7
3	7,7	8,4	7,0
4	10,5	14,3	7,8
5	11,7	15,9	9,2
6 i dalsze	19,5	23,4	17,7

^a W podziale według kolejności urodzenia dziecka nie uwzględniono zgonów niemowląt o nieustalonej kolejności urodzenia.

Źródło: dane GUS.

4.4. Trwanie życia

Efektom spadku natężenia zgonów w latach 1990-2005 jest znaczny wzrost długości życia mieszkańców Polski. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej zwiększyło się w tym czasie o ponad 4 lata, z 66,51 do 70,81 roku, a noworodka płci żeńskiej o prawie 4 lata, z 75,49 do 79,40 roku (tab. 39). Największe przyrosty nastąpiły na początku tego okresu, a z upływem czasu były one coraz mniejsze.

Tablica 39. Przeciętne trwanie życia według wieku i płci w wybranych latach okresu 1990-2005

Rok	0		15		30		45		60	
	męż- czyźni	kobiety	męż- czyźni	kobiety	męż- czyźni	kobiety	męż- czyźni	kobiety	męż- czyźni	kobiety
1990	66,51	75,49	53,06	61,83	39,10	47,16	26,04	32,97	15,31	19,96
1995	67,62	76,39	53,92	62,56	39,81	47,87	26,68	33,61	15,84	20,52
2000	69,74	78,00	55,59	63,76	41,36	49,03	27,93	34,65	16,72	21,51
2004	70,67	79,23	56,40	64,88	42,12	50,13	28,59	35,68	17,38	22,48
2005	70,81	79,40	56,49	65,04	42,23	50,27	28,71	35,84	17,51	22,65

Źródło: dane GUS.

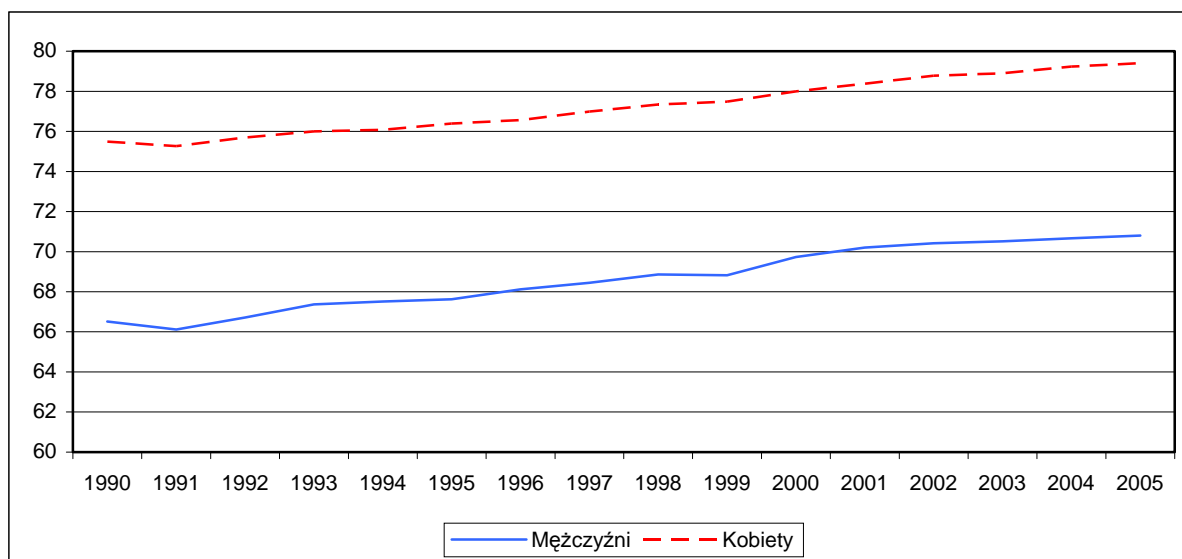
Zmiany długości życia, jakie nastąpiły w Polsce od 1990 r., były ogromne w porównaniu do lat wcześniejszych. W zbiorowości mężczyzn od roku 1965 do 1990 panowała bowiem stagnacja w tym zakresie. W krańcowych latach tego okresu przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło odpowiednio 66,58 i 66,51 roku. W zbiorowości kobiet sytuacja kształtowała się korzystniej, przeciętne dalsze trwanie życia noworodka wynosiło w 1965 roku 72,40 lat i w ciągu 25 lat wzrosło o około 3 lata.

Należy również zwrócić uwagę na korzystne zmiany, jakie nastąpiły po 1990 r. w długości życia mężczyzn w wieku produkcyjnym. Ta zbiorowość wcześniej przez wiele lat doświadczała skracania długości życia, np. dla mężczyzn w wieku 45 lat przeciętne dalsze trwanie życia wynosiło w 1965 r. 28,05 lat i do 1990 r. zmniejszyło się do 26,04 lat.

Wzrost długości życia mieszkańców Polski w latach 1990-2005 nie przebiegał jednak bez zakłóceń. W tym przedziale czasu były dwa lata, 1991 i 1999, kiedy przeciętne dalsze trwanie życia było krótsze niż w latach wcześniejszych. Dla noworodków płci męskiej na przełomie lat 1990/1991 zmniejszyło się o 0,4 roku, a dla noworodków płci żeńskiej o 0,2 roku. Osiem lat później sytuacja taka dotknęła tylko noworodki płci męskiej, których długość życia zmniejszyła się o 0,04 roku.

W Polsce ciągle utrzymuje się znaczny dystans między długością życia mężczyzn i kobiet (wykres 61). W latach 1990-2005 zmniejszył się on z 9,1 do 8,6 lat, czyli zaledwie o 0,5 roku.

Wykres 61. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka według płci w Polsce w latach 1990-2005



Źródło: dane GUS.

Pokazane korzystne zmiany w długości życia mieszkańców Polski są efektem spadku natężenia zgonów, które w omawianym okresie zmieniało się w poszczególnych grupach wieku w różny sposób. Dekompozycja przyrostu długości życia pokazuje, że w latach 1990-2005 był on przede wszystkim efektem spadku natężenia zgonów wśród niemowląt. Wpływ zmian wśród osób z innych grup wieku był mniejszy. Szczególnie w porównaniu ze zmianami wśród dzieci i młodzieży. Widoczne jest także większe znaczenie obniżenia natężenia zgonów osób w wieku produkcyjnym na zmiany długości życia w zbiorowości mężczyzn niż kobiet (tab. 40). Dla zmiany długości życia kobiet większe znaczenie miał natomiast spadek umieralności tych, które miały 60 lat i więcej niż kobiet w wieku produkcyjnym.

Tablica 40. Dekompozycja przyrostu przeciętnego dalszego trwania życia noworodka według płci i grup wieku w Polsce w latach 1990-2005

Grupa wieku	Mężczyźni	Kobiety
0	0,97	0,87
1-9	0,15	0,10
10-19	0,12	0,06
20-29	0,25	0,08
30-39	0,37	0,16
40-49	0,39	0,22
50-59	0,57	0,28
60-69	0,67	0,77
70-79	0,58	0,99
80 lat i więcej	0,23	0,38

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

4.5. Porównania międzynarodowe

Mimo obserwowanego w ostatnich latach znacznego postępu w obniżaniu umieralności sytuacja w Polsce w tej dziedzinie ciągle jest znacznie gorsza niż w wielu innych krajach. Przeciętny Polak ma bowiem przed sobą życie nawet o 7-8 lat krótsze niż mieszkańcy „najlepszych” pod tym względem krajach. W porównaniu do mężczyzn lepsza jest sytuacja statystycznej Polki, która ma przed sobą tylko o 3-4 lata krótsze życie (tab. 41) niż mieszkanki krajów „najlepszych”.

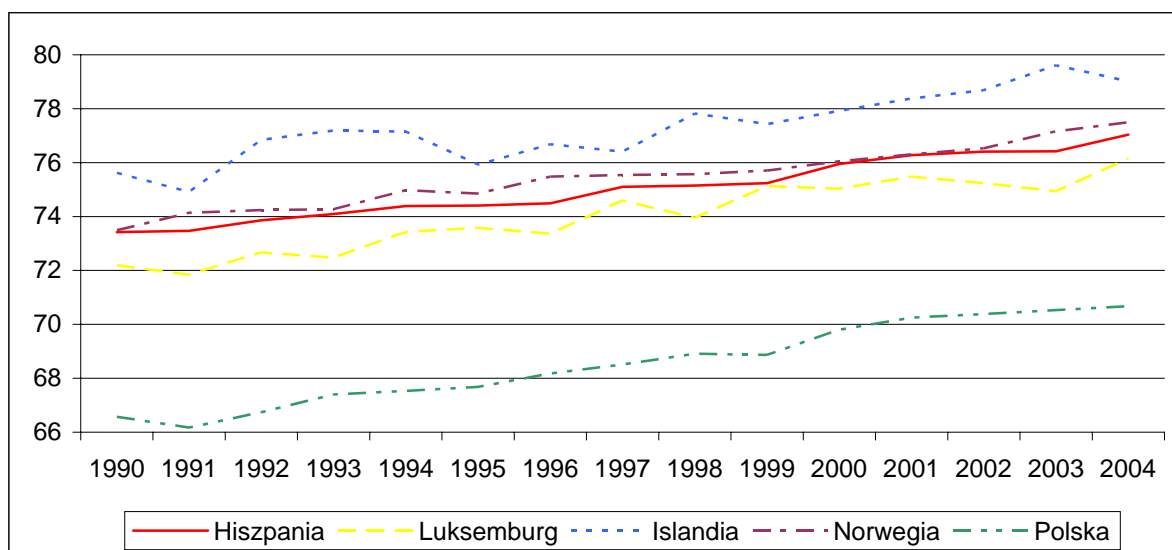
Tablica 41. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka według płci w wybranych krajach europejskich w 2004 r.

Kraj	Mężczyźni	Kobiety	Różnica
Austria	76,52	82,18	5,66
Czechy	72,62	79,24	6,62
Estonia	66,48	77,96	11,48
Finlandia	75,39	82,46	7,07
Hiszpania	77,04	83,88	6,84
Holandia	77,02	81,65	4,63
Islandia	79,02	83,30	4,28
Luksemburg	76,15	82,74	6,59
Norwegia	77,50	82,30	4,80
Polska	70,67	79,28	8,61
Rosja	59,08	72,36	13,28
Szwecja	78,40	82,70	4,30
Ukraina	62,03	73,63	11,60
Wielka Brytania	76,80	81,18	4,38

Źródło: European health for all database. World Health Organization, Regional Office for Europe, June 2006.

Na świecie najdłuższym życiem cieszą się mieszkańcy krajów stosunkowo zamożnych. W Europie są to przede wszystkim mieszkańcy krajów zachodniej i północnej jej części. Krócej od nich żyją mieszkańcy części środkowej, a najgorzej przedstawia się sytuacja w krajach Europy Wschodniej. W 2004 r. najdłuższym życiem w Europie cieszyli się mieszkańcy Islandii (mężczyźni 79,0 lat, kobiety 83,3 roku), Hiszpanii (mężczyźni 77,0 lat, kobiety 83,9 roku), Szwecji (mężczyźni 78,4 roku, kobiety 82,7 roku). Najkrótsze życie mieli natomiast przed sobą mieszkańcy krajów powstałych po rozpadzie Związku Radzieckiego, np. w Rosji mężczyźni żyli przeciętnie 59,1 roku, a kobiety 72,4 roku, natomiast na Ukrainie mężczyźni 62,0 roku, a kobiety 73,6 roku.

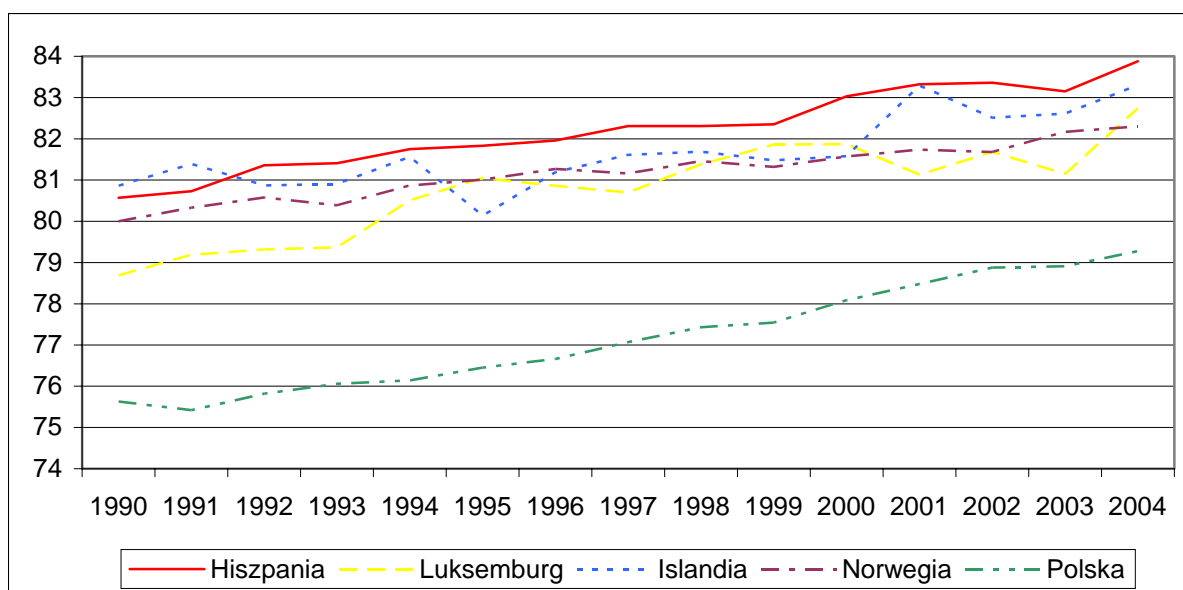
Porównanie rozpiętości w długości życia mężczyzn i kobiet pokazuje, że największe różnice występują w krajach, gdzie mieszkańcy żyją krótko, a najmniejsze w krajach o długim przeciętnym dalszym trwaniu życia (tab. 41).

Wykres. 62. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w wybranych krajach europejskich w latach 1990-2004

Źródło: European health for all database. World Health Organization, Regional Office for Europe, June 2006.

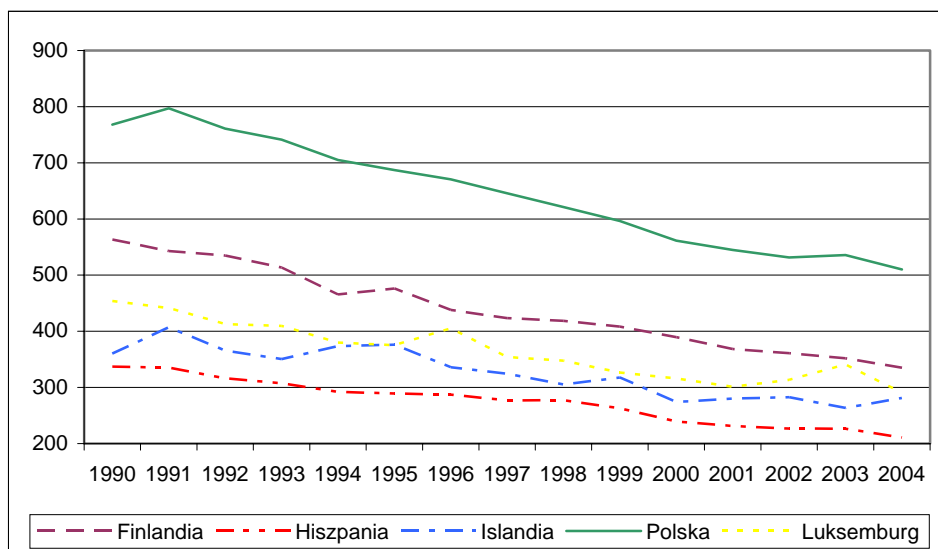
Analiza porównawcza zmian, jakie nastąpiły w długości życia w Polsce i innych krajach Europy, pokazuje, że podobne korzyści jak w naszym kraju w rozważanym okresie odnotowano także w innych krajach, również w tych, których mieszkańcy żyją znacznie dłużej niż Polacy. Tak w latach 1990-2004 było np. w Norwegii (mężczyźni – wykres 62), gdzie przeciętna długość życia noworodka płci męskiej wzrosła o 4 lata, podczas gdy w Polsce o 4,1 roku oraz w Hiszpanii (kobiety – wykres 63), gdzie przyrost przeciętnej długości życia noworodka płci żeńskiej wyniósł 3,3 roku, a w naszym kraju 3,7. Oznacza to, że rezerwy w tym zakresie są w Polsce ciągle duże. Tkwią one przede wszystkim w obniżeniu natężenia zgonów z powodu najgroźniejszych przyczyn: chorób układu krążenia, nowotworów oraz działania przyczyn zewnętrznych.

Wykres 63. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej w wybranych krajach europejskich w latach 1990-2004



Źródło: jak do wykresu 62.

Wykres 64. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu chorób układu krążenia w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)

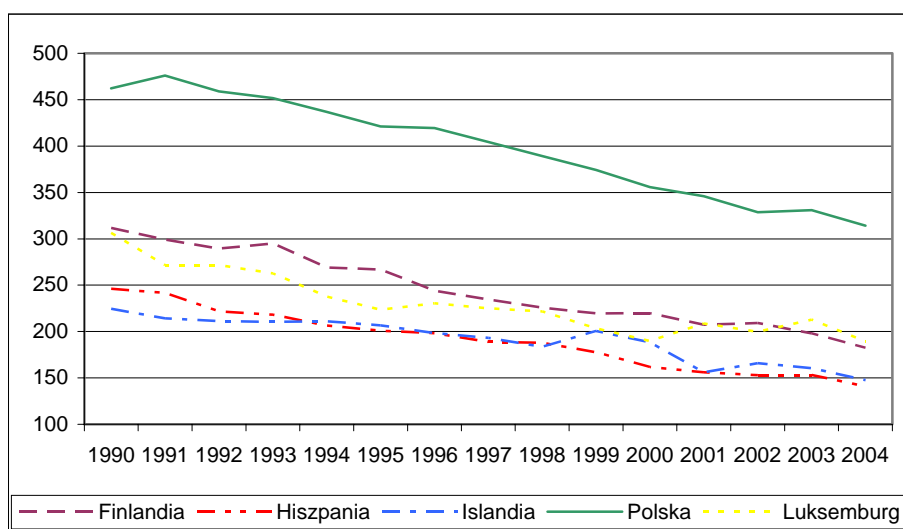


Źródło: jak do wykresu 62.

Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet w Polsce znacznie przekraczają wielkości notowane w wielu krajach europejskich. Jak pokazano na wykresach 64 i 65 są nawet ponad dwa razy większe w porównaniu z wartościami notowanymi w Hiszpanii czy Islandii.

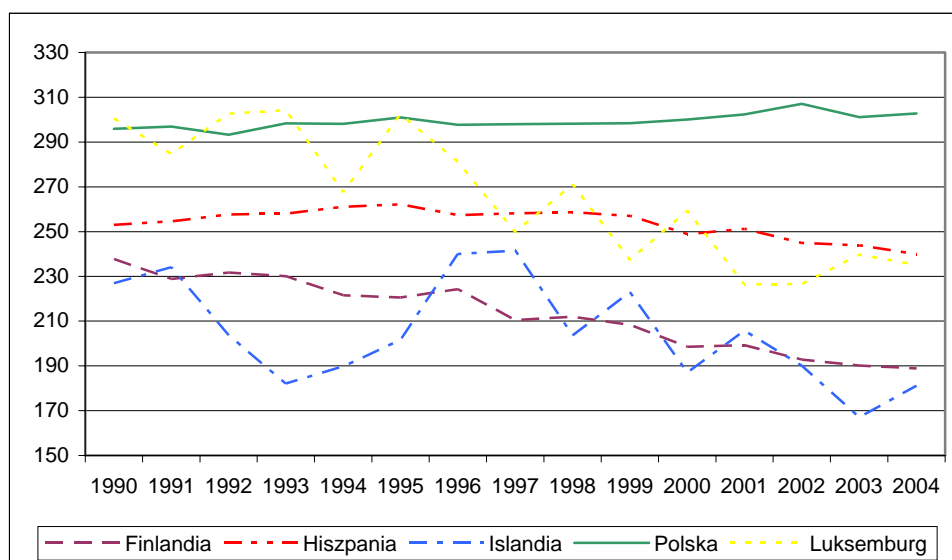
W przypadku nowotworów złośliwych dystans dzielący Polskę od europejskich krajów o najmniejszym natężeniu zgonów z ich powodu nie jest tak duży jak przy chorobach układu krążenia. W krajach, dla których dane pokazano na wykresach 66 i 67, widoczna jest jednak malejąca tendencja natężenia zgonów (mimo widocznych wahań wartości współczynników), gdy tymczasem w Polsce kierunek zachodzących zmian jest odmienny. Przykład Hiszpanii pokazuje jednak, że w naszym kraju tak być nie musi. W tym kraju, podobnie jak w Polsce, w pierwszej połowie lat 90. natężenie zgonów mężczyzn charakteryzowało się lekką tendencją wzrostową. W latach późniejszych zmieniła się ona jednak na malejącą, podczas gdy w Polsce obserwujemy ciągle wzrost natężenia zgonów spowodowanych nowotworami.

Wykres 65. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu chorób układu krążenia w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)



Źródło: jak do wykresu 62.

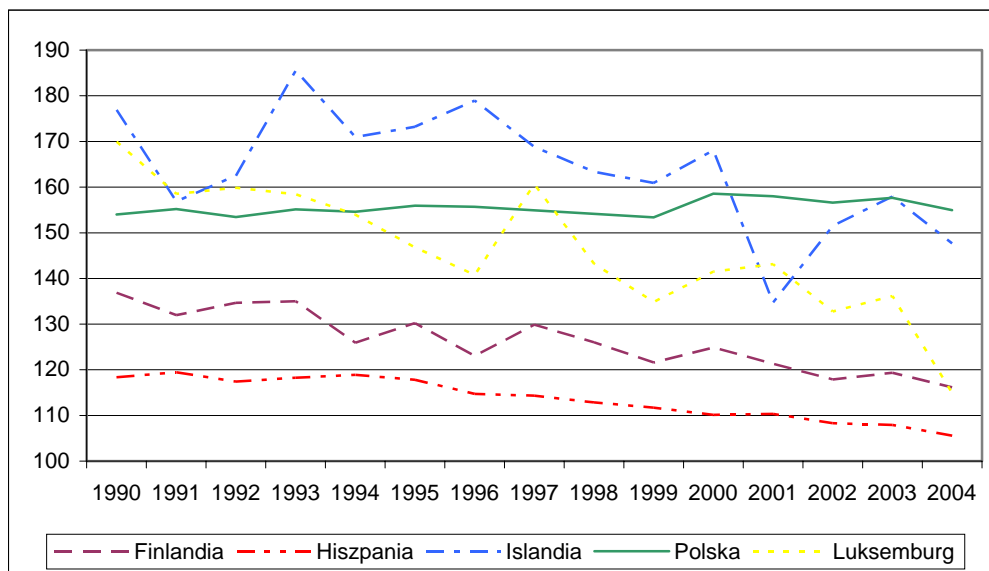
Wykres 66. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)



Źródło: jak do wykresu 62.

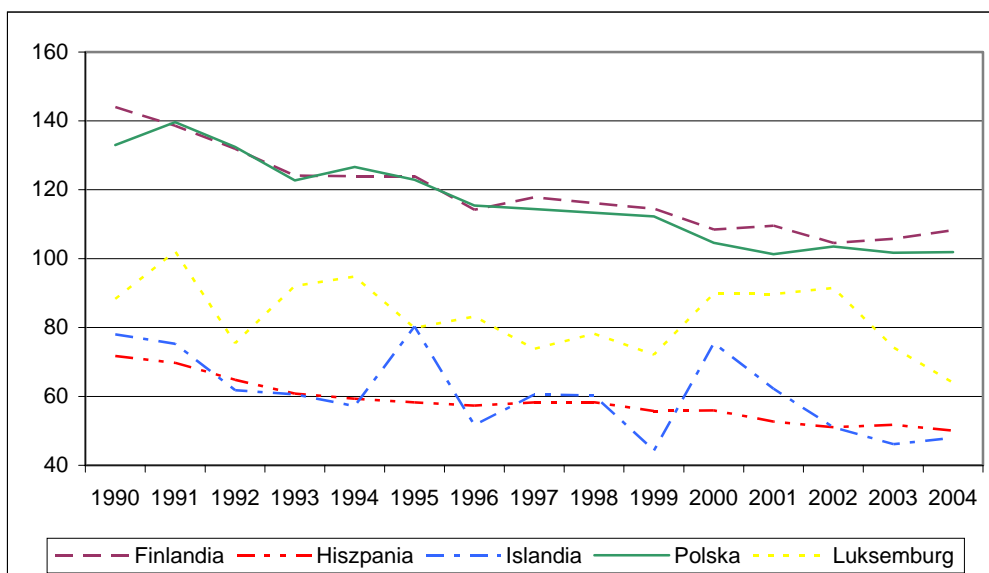
Trzecia z najważniejszych grup przyczyn zgonów, przyczyny zewnętrzne, również charakteryzują się większym natężeniem w Polsce niż w wielu innych krajach. Szczególnie sytuacja ta dotyczy mężczyzn (wykres 68), natomiast dla kobiet dystans ten jest znacznie mniejszy (wykres 69), a nawet w Polsce sytuacja jest lepsza niż w np. w Finlandii czy Luksemburgu.

Wykres 67. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)



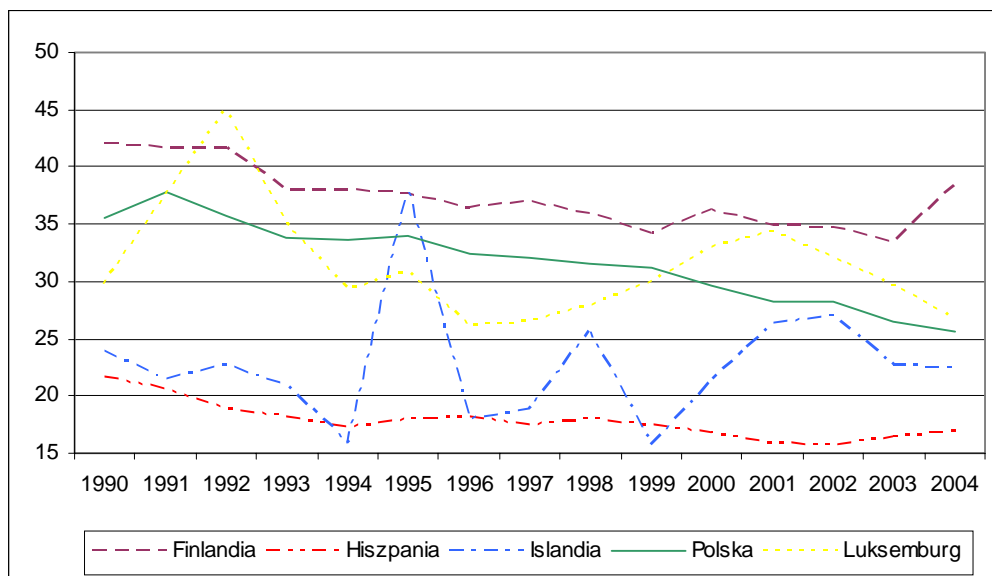
Źródło: jak do wykresu 62.

Wykres 68. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu przyczyn zewnętrznych w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)



Źródło: jak do wykresu 62.

Wykres 69. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu przyczyn zewnętrznych w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)



Źródło: jak do wykresu 62.

Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka jest syntetyczną miarą natężenia zgonów, która pokazuje sytuację w Polsce w zakresie umieralności na tle innych krajów. W przypadku wyodrębnionych grup czy też roczników wieku warto dokonać porównań współczynników zgonów. Szczególnie dla najmłodszych osobników. W tej bowiem dziedzinie dystans, jaki dzieli Polskę od wielu krajów, jest znaczny (tab. 42). Współczynnik zgonów niemowląt w 2005 r. był w Polsce nawet dwukrotnie większy niż w innych krajach w latach wcześniejszych. W Islandii współczynnik zgonów na 1000 urodzeń żywych w 2003 r. wynosił 2,4, podczas gdy w naszym kraju 2 lata później wynosił 6,4.

Tablica 42. Umieralność niemowląt w wybranych krajach europejskich

Kraj	Rok	Na 1000 urodzeń żywych
Polska	2005	6,4
Czechy	2003	3,9
Finlandia	2003	3,1
Hiszpania	2003	3,6
Islandia	2003	2,4
Norwegia	2002	3,5
Szwecja	2003	3,1

Źródło: dane GUS.

V. MIGRACJE ZAGRANICZNE

5.1. Uwagi wstępne

Zjawisko stałego przemieszczania się ludności jest trwałym elementem polskiej rzeczywistości. Obejmuje ono zarówno wyjazdy i powroty Polaków, jak i coraz bardziej widoczną obecność obcokrajowców w Polsce. Szczególnie w większych miastach są oni trwałym już elementem polskiego krajobrazu. Co prawda, od 2002 r. zmniejsza się skala wydawanych pozwoleń na pracę dla cudzoziemców, ale może to wynikać nie tylko z mniejszej liczby osób starających się o takowe pozwolenia, ale również z tego powodu, że obywatele z krajów, które otworzyły przed polskimi pracownikami swoje rynki pracy, mają pełną dostępność do polskiego rynku pracy i pozwolenia na pracę nie są już konieczne. Natomiast nadal obserwuje się wzmoczoną skalę przyjazdów cudzoziemców na tzw. pobyty czasowe, jak również występuje na dużą skalę zjawisko ruchów tranzytowych. Czasami są one przekształcane w dłuższe pobyty cudzoziemców w Polsce, zwiększając rozmiary nieudokumentowanej imigracji.

Migracje Polaków, mające wieloletnią tradycję, stanowią istotny element wpływający na złagodzenie trudnej sytuacji na krajowym rynku pracy. Od wielu lat Polacy funkcjonują na zagranicznych rynkach pracy. Poprzez zawarcie w latach 90. międzypaństwowych umów bilateralnych o zatrudnieniu, jak również poprzez akcesję Polski do Unii zwiększyła się swoboda i dostępność pracy za granicą dla polskich pracowników. Tym samym wyjazdy z Polski – w odróżnieniu do tendencji obserwowanej w latach 80. – zmieniły swój charakter z migracji długoterminowych czy wręcz osiedleńczych dominujących w tym okresie na migracje krótkoterminowe czy sezonowe. Nie należy sądzić, żeby wraz z przystąpieniem Polski do Unii wyjechało z Polski ponad 2 mln Polaków, jak sugerowały niektóre media; zwiększyła się skala czasowych wyjazdów do pracy, ale w zdecydowanie mniejszym stopniu.

Natomiast wyjazdy na stałe, połączone z wymeldowaniem się na stałe, zwiększyły się, co prawda, w 2005 r. do poziomu 22,2 tys., co przy zbliżonej skali przyjazdów jak w roku ubiegłym powiększyło ujemne saldo migracji w stosunku do roku poprzedniego, które wyniosło – 12,9 tys. osób.

5.2. Ruch graniczny

Rozszerzenie Unii Europejskiej, jak również regulacje prawne dotyczące krajów nie będących członkami UE wpływają na rozmiary przekroczeń granicy Polski. Skali przekroczeń granicy nie można zaliczyć do przemieszczeń ludności rozumianej jako migracje zagraniczne, gdyż są to same fakty przekroczenia granicy bez identyfikacji osobowej (tj. jedna osoba mogła w danym roku kilka, kilkanaście czy nawet kilkadziesiąt razy przekraczać granicę). Ale na podstawie skali tego zjawiska można wysunąć pewne przypuszczenia odnośnie do tego, jak zmienia się ruch przestrzenny ludności w obrębie polskiej strefy granicznej oraz jaki to może mieć wpływ na migracje zagraniczne.

W 2005 r. zanotowano 64,6 mln przekroczeń granicy w celu przybycia do Polski, co w porównaniu z rokiem ubiegłym stanowi wzrost o 2,7 mln (4,4%) oraz wzrost o 12,5 mln (24,0%) w stosunku do 2003 r. (tabl. 43). Natomiast przyjazdy do Polski, jakie miały miejsce w pierwszej połowie 2006 r., mogą sugerować, że w całym 2006 roku przyjazdów będzie jeszcze więcej, gdyż zaledwie w pierwszych ośmiu miesiącach miało miejsce 65,5% przyjazdów z roku poprzedniego.

Tablica 43. Liczba wyjazdów Polaków oraz liczba przyjazdów cudzoziemców z/do Polski w latach 2001-2006 (w mln przekroczeń granicy)

Przekroczenia granic w ruchu wyjazdowym						Przekroczenia granic w ruchu przyjazdowym					
2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
53,1	45,0	38,7	37,2	40,8	30,5	61,4	50,7	52,1	61,9	64,6	42,3

* dane odnoszą się do pierwszych ośmiu miesięcy 2006 roku.

Źródło: GUS na podstawie danych Straży Granicznej, opracowanie: Instytut Turystyki.

Wśród przekroczeń granicy w ruchu przyjazdowym można wyodrębnić dwa „sektory”, tj. napływ obywateli z krajów UE (wcześniejszych oraz obecnych) oraz napływ obywateli spoza UE. Obserwuje się wzrost napływu zarówno ze „starych” krajów członkowskich UE, a zmniejszony napływ z nowych krajów członkowskich (jest to odmienne od tego, co obserwowano rok wcześniej), jak również zwiększony napływ z Białorusi, Rosji, Ukrainy oraz z krajów zamorskich. Natomiast obserwowany jest zmniejszony napływ od strony naszych południowych sąsiadów. Oczywiście, tego ruchu nie należy utożsamiać z ruchem migracyjnym, gdyż najczęściej są to przyjazdy na bardzo krótkie pobyty, ale wskazuje na zachodzące zmiany, m.in. atrakcyjność Polski jako celu krótkoterminowego przyjazdu.

Tablica 44. Przyjazdy cudzoziemców w 2005 roku (w tys.)

Rejon napływu	Przyjazdy ogółem	Zmiana 2005/2004 (%)	W tym turyści	Zmiana 2005/2004 (%)
Przyjazdy ogółem	64 060,1	4,3	15 200	6,4
Niemcy	37 436,3	9,7	5 570	6,5
Rosja, Białoruś, Ukraina	10 528,6	11,2	4 710	4,7
Litwa, Łotwa, Estonia	1 845,3	-2,5	1 220	-2,4
Sąsiedzi z południa	11 233,5	-15,7	255	-13,6
15 UE (bez Niemiec)	2 066,4	12,6	2 015	12,6
Ważne kraje zamorskie*	516,8	27,6	505	26,3
Pozostałe kraje	979,2	13,5	925	12,1

* Australia, Japonia, Kanada, Korea Płd., USA.

Źródło: tak jak w tabeli 43.

Podobnie jak w poprzednich latach, przybywali do nas głównie sąsiedzi z siedmiu krajów, tj. Niemiec, Republiki Czeskiej, Ukrainy, Białorusi, Republiki Słowackiej, Rosji oraz Litwy. Napływ z tych krajów stanowił 93,7% napływu ogółem. Udział pozostałych poszczególnych krajów w napływie ogółem był znacznie niższy niż 1%. Ogólnie można stwierdzić, że nastąpił wzrost liczby przyjazdów na granicy z Niemcami i spadek na granicy południowej. Na granicach z Federacją Rosyjską, Białorusią i Ukrainą utrzymała się tendencja spadkowa obserwowana w poprzednich latach.

Krajem zdecydowanie dominującym od wielu lat ze względu na skalę zarówno przekroczeń granicy jak i wyjazdów polskich obywateli są Niemcy (tabl. 44). Z Niemiec przyjechało do Polski w 2005 r. o 3314,2 tys. więcej osób w porównaniu z 2004 r. (wzrost o blisko 10%), a w porównaniu do 2003 r. więcej o 11 979,8 tys. (47,1%). Tym samym ich udział w przyjazdach ogółem zdecydowanie się zwiększył. Niemcy stanowili 57,9% wszystkich przyjazdów w 2005r., 55,1% w 2004r. oraz 48,8% w 2003 roku. Natomiast napływ łącznie z Białorusi, Rosji i Ukrainy w 2005r. zwiększył się o 1062,3 tys. (tj. o ponad 11%) w porównaniu z rokiem poprzednim, a w porównaniu z 2003 r. zwiększył się o 334,5 tys. (tj. o 3,3%). Jest to tendencja odwrotna od obserwowanej rok wcześniej, kiedy to w 2004 roku obserwowano zmniejszenie napływu o 727 tys. (tj. o ponad 7%) w porównaniu do 2003 roku. Natomiast wśród krajów, z których napływ był niezbyt liczny, na uwagę zasługuje fakt, że w 2005 r. niektóre od-

notowały zdecydowany wzrost przyjazdów do Polski w stosunku do 2004 roku. I tak z USA oraz z Holandii przybyło do nas ponad 20% osób więcej, a z Wielkiej Brytanii blisko 40% więcej.

**Tablica 45. Przyjazdy cudzoziemców do Polski według głównych¹ krajów przyjazdu (w tys.)
– zmiana 2005 w stosunku do 2004**

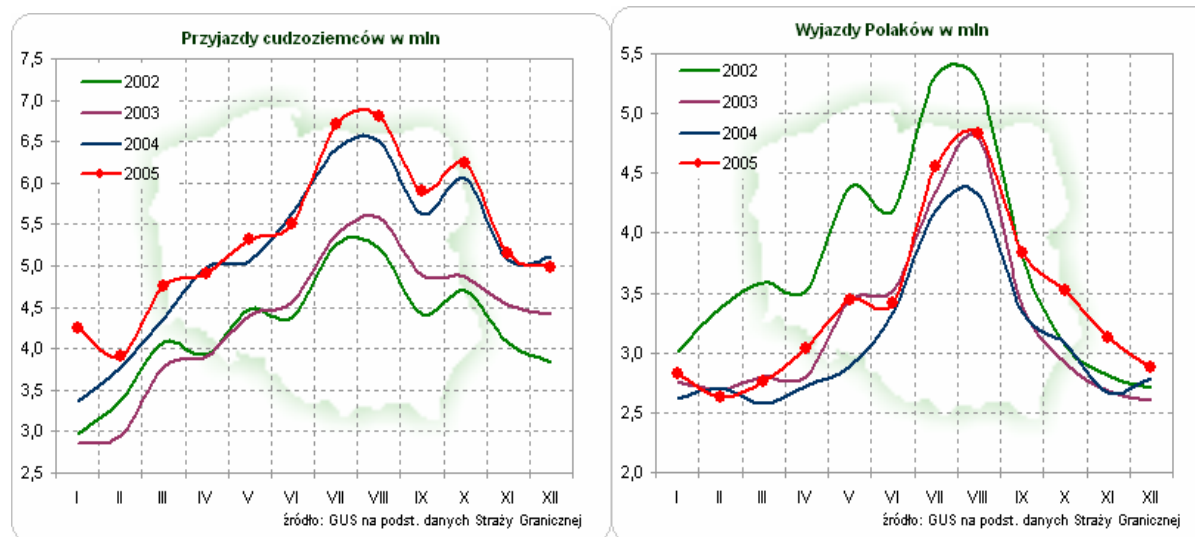
Kraje	2003	2004	2005	2006 ²	Zmiana 2005/2004 (w %)
Ogółem	52129,8	61917,8	64606,1	42304,8	4,4
Niemcy	25456,5	34122,1	37436,3	24271,0	9,7
Czechy	8826,9	9285,8	7855,4	4410,4	-15,4
Ukraina	4829,8	4523,0	5278,9	3721,6	16,7
Białoruś	3830,1	3522,8	3650,8	2526,6	3,7
Słowacja	2896,3	4047,7	3378,1	2041,2	-16,5
Rosja	1534,1	1420,4	1598,8	1156,2	12,6
Litwa	1365,8	1336,0	1344,2	1011,7	0,6
Łotwa	421,8	391,7	345,0	280,0	-11,9
Austria	265,7	288,3	282,2	192,1	2,1
USA	250,2	280,8	339,7	260,4	21,0
Holandia	225,0	263,4	334,7	312,6	27,1
Włochy	215,2	221,6	247,0	183,3	11,5
Wielka Brytania	210,6	247,1	345,1	300,9	39,7

¹ kolejność krajów została ustalona dla 2003 roku.

² dane odnoszą się do pierwszych ośmiu miesięcy 2006 roku.

Źródło: tak jak w tabeli 43.

Wykres 70. Przyjazdy cudzoziemców oraz wyjazdy Polaków według miesięcy w latach 2002-2005



Źródło: jak w tabeli 43.

W 2005 roku Straż Graniczna zanotowała 64,6 mln przyjazdów cudzoziemców (o 4,3% więcej niż w 2004 r.), w tym, według oszacowań Instytutu Turystyki, 15,2 mln przyjazdów turystów (wzrost o 6,4%). Natomiast w 2004 roku było około 14,3 mln przyjazdów turystów, czyli o 4,2% więcej niż w 2003 roku. W przeciwieństwie do wszystkich odwiedzających, których liczbę rejestruje Straż Graniczna, liczba przyjazdów turystów nie jest dokładnie mierzona, a tylko w przybliżeniu szacowana przez Instytut Turystyki. Przy czym zdecydowanie dominowały przyjazdy jednodniowe (stanowiły 74% ogółu przekroczeń granicy)

i dotyczyły głównie obywateli Niemiec, Czech oraz Słowacji. Dynamika przyjazdów turystycznych jest zróżnicowana: obserwuje się więcej przyjazdów z krajów „piętnastki” i krajów europejskich, mniej zaś z Białorusi, Rosji i Ukrainy. Ogólnie tendencje są niejednorodne: wzrosła liczba przyjazdów z krajów „piętnastki” UE i krajów pozaeuropejskich, spadła zaś – z nowych krajów Unii.

W 2005 r. zanotowano 40 841 tys. wyjazdów Polaków za granicę (o 9,7% więcej niż w 2004 r.), natomiast w 2004 r. 37,2 mln (o 3,9% mniej niż w 2003 r.). Wzrost wyjazdów utrzymuje się na granicy wschodniej, z wyjątkiem obwodu kalinigradzkiego. Znaczny spadek obserwuje się na przejściach promowych. Według szacunków Instytutu Turystyki, w 2005 roku Polacy uczestniczyli w 6,2 mln (minimalny spadek o 2% w stosunku do 2004 r.) turystycznych podróży za granicę, czyli podróży połączonych z co najmniej jednym noclegiem poza granicami kraju. W 2005 r. polscy turyści najczęściej odwiedzali Niemcy, potem Włochy, Czechy, Słowację, Austrię, Francję i Wielką Brytanię. Spośród krajów najczęściej odwiedzanych przez Polaków, wzrost liczby wizyt polskich turystów w stosunku do roku 2004 zanotowano we Włoszech, Francji, Wielkiej Brytanii, Chorwacji, Holandii, na Ukrainie i Węgrzech oraz w Bułgarii i Turcji. Największy spadek liczby wizyt dotyczył Belgii i Niemiec.

5.3. Emigracja i imigracja na stałe¹

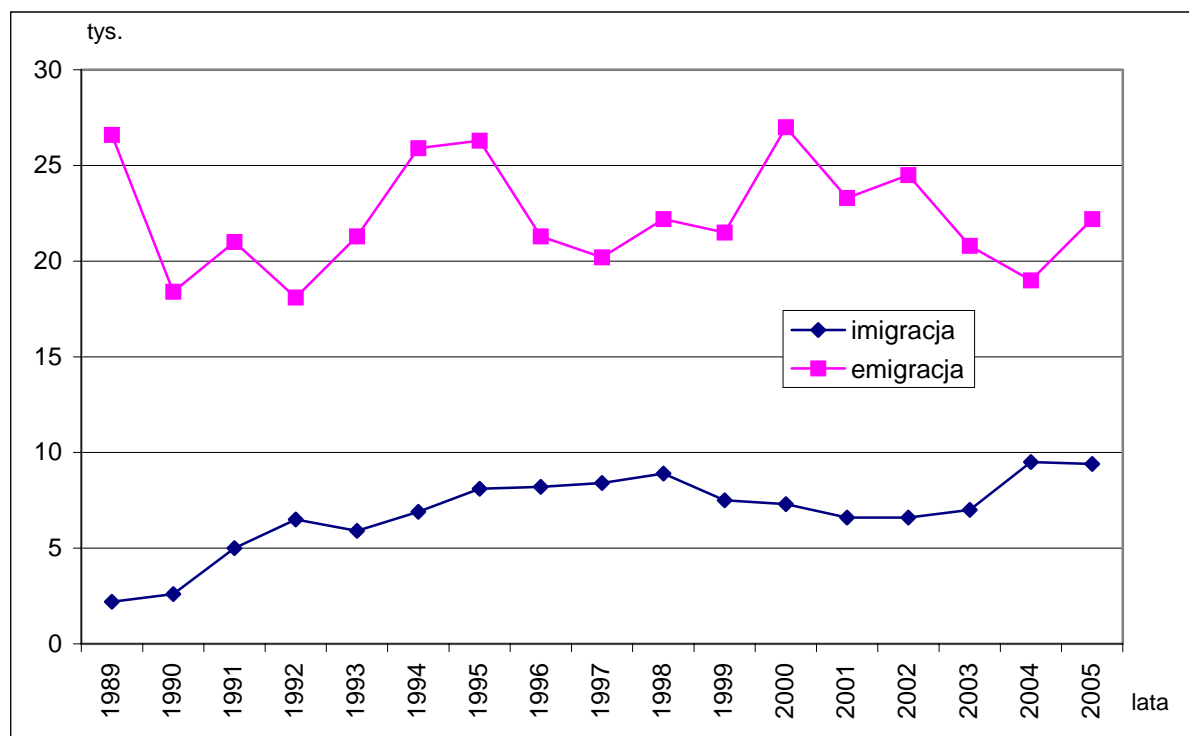
W statystyce polskiej ujmuje się dwa strumienie migracji zagranicznych: emigrację i imigrację, nierozzerwalnie połączone z aktem wymeldowania bądź zameldowania się na pobyt stały². Emigracja występuje w momencie wymeldowania się z pobytu stałego w celu wyjazdu na stałe za granicę. Z imigracją zaś mamy do czynienia w chwili zameldowania się na pobyt stały osoby przyjeżdżającej (lub powracającej) z zagranicy, która nie miała w kraju stałego miejsca zameldowania.

W 2004 r. GUS odnotował najwyższą od 1960 r. imigrację do Polski oraz najniższą od 1993 r. emigrację z Polski, a tym samym saldo migracji (co prawda nadal ujemne) osiągnęło najniższy poziom. Według danych PESEL w roku tym wyjechało z Polski 18,8 tys. osób, co stanowi spadek w stosunku do 2003 r. o 9,3%, a w stosunku do 2002 r. spadek o 23%. Jest to jeden z najniższych poziomów emigracji obserwowanych od połowy lat 50. XX wieku. Niższe poziomy wyjazdów na stałe wystąpiły tylko w 1970 r. (14,1 tys.), 1973 r. (13,0 tys.), 1975 r. i 1976 r. (odpowiednio 11,8 tys. oraz 9,6 tys.) oraz w latach 1990 i 1992 (odpowiednio 18,4 tys. oraz 18,1 tys.). Natomiast 2005 r. przyniósł już wzrost wyjazdów na stałe do poziomu 22,2 tys., co przy zbliżonej skali przyjazdów jak w roku ubiegłym powiększyło saldo migracji w stosunku do roku poprzedniego (wykres 71).

¹ Jeżeli chodzi o migracje na okres czasowy, to zagadnienie to zostało kompleksowo omówione w tekście Krystyny Slany: *Migracje zagraniczne w świetle Narodowego Spisu Powszechnego 2002*, (w:) *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2003*, RRL Warszawa 2004.

² Zameldowanie na pobyt stały oznacza nabycie przez osobę uprawnień stałego mieszkańca kraju.

Wykres 71. Emigracja i imigracja do Polski latach 1989-2005 (w tys. osób)



Źródło: Roczniki Demograficzne. GUS, Warszawa (różne lata).

W 2004 r. przyjechało na stałe do Polski 9,5 tys. osób, co jest najwyższym poziomem nie tylko od momentu transformacji systemowej, ale od początku lat 60., natomiast w 2005 r. przyjechało zaledwie o 0,1 tys. mniej. Już po raz drugi imigracja na stałe do Polski przekracza poziom 9 tys. osób. Napływ w 2005 r. jest mniejszy w stosunku do roku poprzedniego o 1%, natomiast w stosunku do 2003 r. napływ jest o 34,3% większy (tabl. 46).

Jeżeli chodzi o rozkład według płci, to nieznacznie, zarówno wśród imigrantów jak i emigrantów na stałe, przeważają mężczyźni. Jest to charakterystyczne dla wyjazdów, które miały miejsce w okresie transformacji systemowej i odwrotne od tendencji obserwowanej w latach 80., kiedy to proporcje płci odznaczały się zdecydowaną przewagą emigrujących na stałe kobiet i nieznaczną przewagą przyjeżdżających na stałe kobiet. Od lat 90. występuje sytuacja nieznacznej przewagi mężczyzn, gdzie przykładowo w 2005 r. wyjechało na stałe z Polski 1,5% mężczyzn więcej niż kobiet oraz zaledwie 0,5% przyjechało więcej mężczyzn. W roku poprzednim nadwyżki były nieco wyższe i wynosiły odpowiednio 1,6% i 2,6%.

Tablica 46. Migracje zagraniczne na pobyt stały w latach 1995-2005 (w tys. osób)

Lata	Ogółem			Miasta			Wieś		
	imigracja	emigracja	saldo	imigracja	emigracja	saldo	imigracja	emigracja	saldo
1995	8,1	26,3	-18,2	6,3	22,0	-15,7	1,8	4,3	-2,5
1996	8,2	21,3	-13,1	6,1	18,1	-12,0	2,1	3,2	-1,1
1997	8,4	20,2	-11,8	6,2	16,9	-10,7	2,2	3,3	-1,1
1998	8,9	22,2	-13,3	6,5	19,0	-12,5	2,4	3,2	-0,8
1999	7,5	21,5	-14,0	5,5	18,2	-12,7	2,0	3,3	-1,3
2000	7,3	27,0	-19,7	5,1	21,5	-16,4	2,2	5,5	-3,3

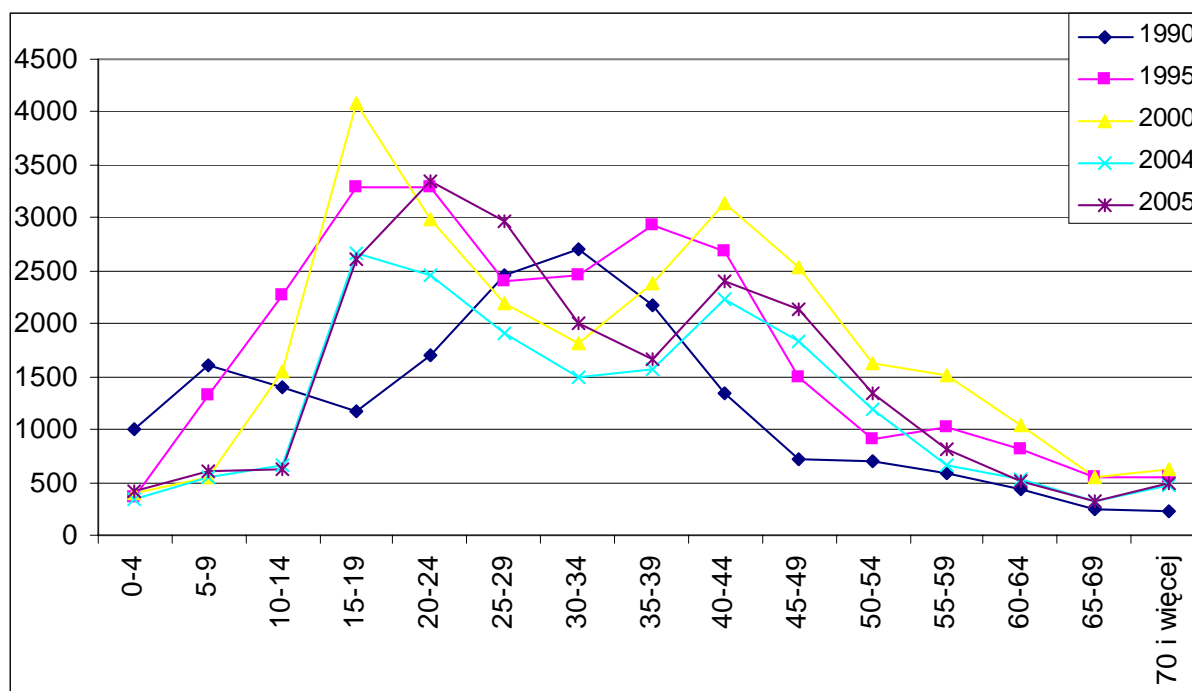
Tablica 46. Migracje zagraniczne na pobyt stały w latach 1995-2005 (w tys. osób) (dok.)

Lata	Ogółem			Miasta			Wieś		
	imigracja	emigracja	saldo	imigracja	emigracja	saldo	imigracja	emigracja	saldo
2001	6,6	23,3	-16,7	4,7	18,1	-13,4	1,9	5,2	-3,3
2002	6,6	24,5	-17,9	4,6	18,9	-14,3	2,0	5,5	-3,5
2003	7,0	20,8	-13,8	4,9	15,6	-10,7	2,1	5,2	-3,1
2004	9,5	18,8	-9,3	6,7	13,9	-7,2	2,8	5,0	-2,2
2005	9,4	22,2	-12,8	6,6	17,1	-10,5	2,7	5,2	-2,5

Źródło: jak do wykresu 71.

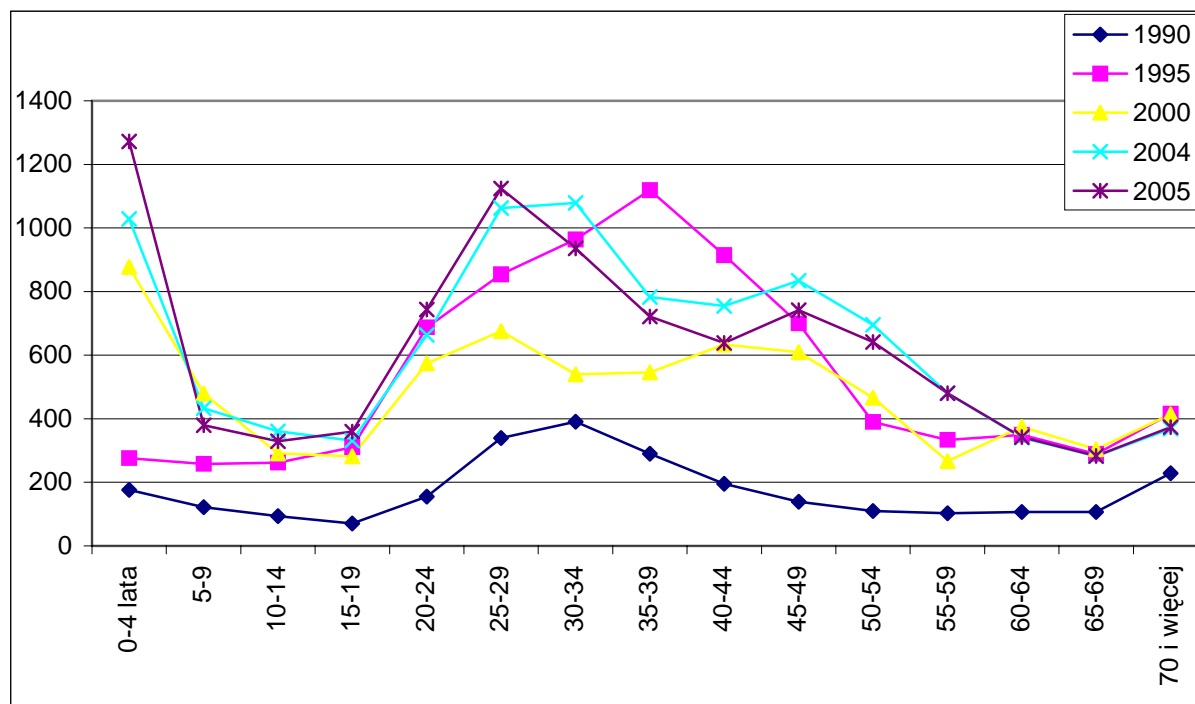
Inną charakterystyczną cechą emigracji na stałe jest zmiana struktury wieku osób decydujących się na wyjazd połączony z wymeldowaniem się (wykres 72, tabl. 47). Lata 80. charakteryzowały się zdecydowaną przewagą osób w wieku 25-39 lat oraz wysokimi udziałami dzieci i młodzieży. Ta tendencja jest jeszcze widoczna na początku lat 90., a w latach następnych stopniowo następowały przesunięcia w strukturze wieku i w wyjazdach zaczęły dominować osoby młode, w wieku 20-24 lat. Sugeruje to, że może to być emigracja „odroczonej” w czasie. Czyli mogą to być wyjazdy dzieci emigrantów (często nielegalnych) końca lat 80., kiedy to obserwowano zwiększone wyjazdy ludności z Polski. Generalnie w 2005 r. porównaniu do 2004 r. emigrowało na stałe relatywnie więcej osób w młodszych grupach wieku produkcyjnego, tj. 20-34 lata. Natomiast wyjazdy osób w wieku 35 i więcej lat odznaczają się bardzo zbliżonymi udziałami zarówno dla 2004 jak i 2005 roku. Tak jakby struktura wieku emigrantów osiągnęła pewne, względnie stałe proporcje.

Wykres 72. Emigracja z Polski na pobyt stały według wieku emigrantów dla lat: 1990, 1995, 2000, 2004 i 2005 (liczby bezwzględne)



Źródło: jak do wykresu 71.

Wykres 73. Imigracja do Polski na pobyt stały według wieku imigrantów dla lat: 1990, 1995, 2000, 2004 i 2005 (liczby bezwzględne)



Źródło: jak do wykresu 71.

Tablica 47. Emigracja i imigracja z/do Polski na pobyt stały według wieku emigrantów (liczby bezwzględne)

Wiek	Emigracja					Imigracja				
	1990	1995	2000	2004	2005	1990	1995	2000	2004	2005
Ogółem	18440	26344	26999	18877	22242	2626	8121	7331	9495	9364
0-4 lata	994	352	396	339	410	176	276	878	1029	1272
5-9	1613	1330	552	542	599	122	258	479	433	379
10-14	1395	2273	1552	654	631	94	262	291	360	329
15-19	1164	3288	4092	2658	2617	70	310	282	331	359
20-24	1694	3294	2987	2462	3342	155	687	574	663	744
25-29	2455	2396	2184	1911	2964	339	854	675	1063	1124
30-34	2703	2464	1813	1486	2013	391	964	539	1079	936
35-39	2167	2923	2387	1575	1656	290	1119	546	783	722
40-44	1348	2691	3137	2234	2399	195	915	633	755	638
45-49	721	1494	2540	1838	2135	139	699	609	834	742
50-54	699	912	1628	1193	1333	110	390	466	695	641
55-59	587	1027	1522	670	811	103	333	267	480	480
60-64	441	805	1041	521	512	107	349	374	340	342
65-69	239	556	540	314	322	107	289	304	282	283
70 i więcej	220	539	628	480	498	228	416	414	368	373

Źródło: jak do wykresu 71.

W zakresie imigracji należy podkreślić, że odnosi się ona zarówno do obywateli polskich wracających z emigracji, jak również do cudzoziemców, którzy zamierzają się osiedlić lub już osiedlili się w Polsce. W latach 90. obserwowano stopniowe zwiększanie się liczby osób decydujących się na osiedlenie w Polsce od poziomu ok. 2,6 tys. w 1990 r. do 8,2 w 1998 r., aby od 1999 r. do 2002 r. obserwować zmniejszanie się napływu. Od 2003 r. wi-

doczne jest znów zwiększanie się tego napływu, aby w 2004 r. osiągnąć poziom nie notowany od lat 60., czyli przyjazd około 9,5 tys. osób, a w 2005 r. zaledwie o 0,1 tys. mniej (tabl. 47).

W latach 2004-2005 notowano napływ ludności charakteryzujący się względnie zbliżoną strukturą wieku, gdzie obserwuje dominujący napływ imigrantów młodych, w wieku 25-29 lat. Ogólnie napłynęło ponad 44,4% osób w wieku 25-49 lat, co stanowi zmniejszenie się udziału w stosunku do 1990 r. (prawie 52%). Zarazem zdecydowanie (ponad trzykrotnie) zwiększył się napływ dzieci w wieku poniżej 5 lat oraz ponad 1,5-krotnie – dzieci w wieku 5-9 lat. Napływ osób starszych, tj. w wieku 60 i więcej lat od 1995 r. nie zmieniał się i od około 10 lat jest na ustabilizowanym poziomie

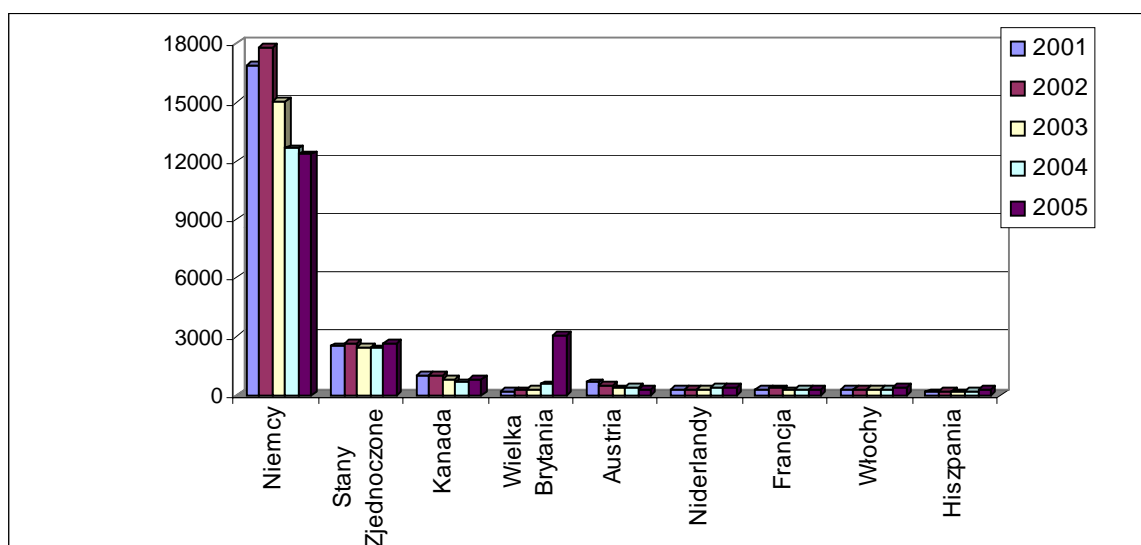
5.4. Zróźnicowanie terytorialne wyjazdów i przyjazdów na stałe

Migracje ludności na pobyt stały dotyczą w przeważającej większości osób, które wyjeżdżają i przyjeżdżają na tereny miejskie. Przy czym występuje zdecydowana koncentracja terytorialna zarówno osób przyjeżdżających jak i wyjeżdżających. Chodzi o to, że zarówno skala wyjazdów/przyjazdów rekrutuje się z/do określonych miejsc w Polsce, jak również to, że przy wyjeździe/przyjeździe pewne kierunki są dominujące.

Jeżeli chodzi o geograficzne kierunki obierane przez polskich emigrantów na stałe, to od wielu lat (a właściwie dekad) pozycję dominującą mają Niemcy. Również i na początku XXI wieku dominowały one w emigracji (wykres 74). Co prawda w 2005 r. w stosunku do 2004 r., jak również w 2004 r. w stosunku do 2003 r. zanotowano absolutny spadek wyjazdów, to jednak udział wyjazdów na stałe do Niemiec nadal jest najwyższy i wyniósł około 72% dla lat 2001-2003 oraz 67% dla 2004 r. i 55% dla 2005 roku. Na drugim miejscu, po raz pierwszy w historii emigracji, znalazła się Wielka Brytania, gdzie udział wyjazdów do tego kraju wyniósł 13,8%. Wzrost absolutny był blisko sześciokrotny. Żaden inny kraj w ostatnim dziesięcioleciu nie odnotował wzrostu wyjazdów na stałe o takiej skali. Na trzecim miejscu uplasowały się Stany Zjednoczone, które, co prawda, odnotowały absolutny wzrost wyjazdów, lecz udział w wyjazdach do tego kraju zmalał z 12,7% w 2004 r. do 11,8% w 2005 roku. Następnym krajem emigracji jest Kanada. Tutaj obserwuje się tendencję odwrotną niż w przypadku Stanów Zjednoczonych. Za spadkiem wyjazdów w wyrażeniu absolutnym zmniejsza się również udział wyjazdów, od 4,4% w 2001 r. do 3,6% w 2005 roku. Generalnie te cztery kraje przyjęły w latach 2001-2004 ponad 88% emigracji z Polski, natomiast w 2005 r. udział ten zmniejszył się do blisko 85%. W 2004 r. – w stosunku do 2003 r. – zanotowano spadek odsetka emigracji dla typowego kraju emigracji Polaków, jakim są Niemcy, ale wzrost wyjazdów do krajów nie cieszących się wcześniej dużą popularnością, takich jak Wielka Brytania, Hiszpania (wzrost w 2005 r. o 32% w stosunku do 2004 r.) czy Włochy (wzrost blisko o 38%).

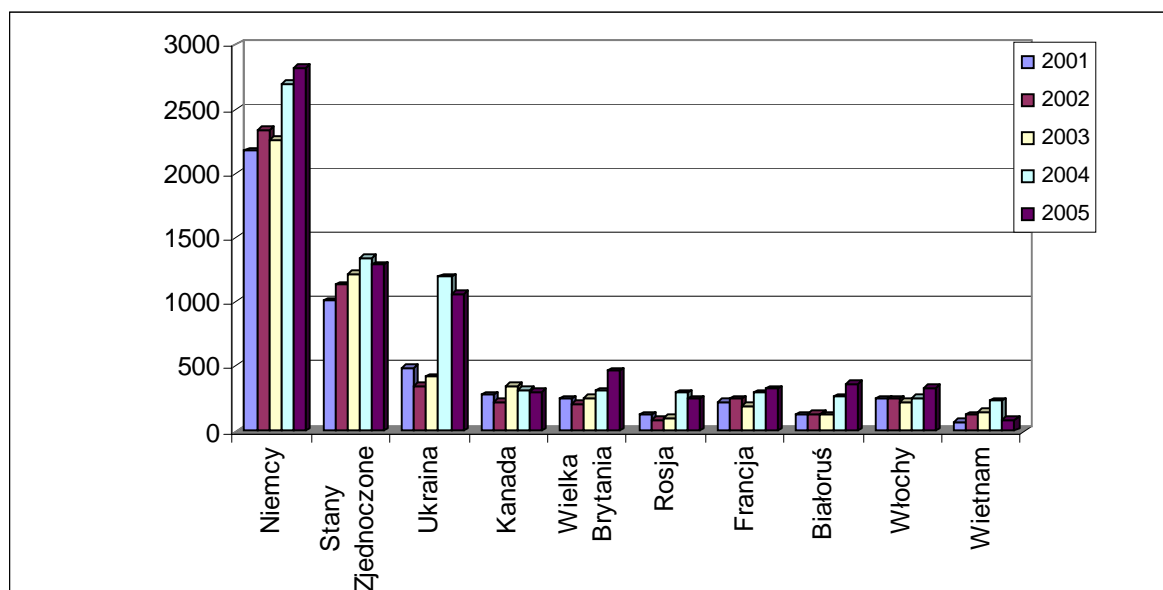
Imigrację do Polski podejmowali, tak jak w latach poprzednich, głównie obywatele Niemiec, Stanów Zjednoczonych, Kanady oraz państw byłego Związku Radzieckiego. Ponadto, jak w przypadku emigracji, Wielka Brytania zaczyna odgrywać istotniejszą rolę w napływie na stałe. Wzrost przyjazdów z tego kraju w 2005 r. – w stosunku do 2004 r. – był największy i wyniósł blisko 50%. Dla większości głównych krajów przybycia imigracja w 2004 r. zwiększyła się w stosunku do lat 2001-2003. Rola dominująca przypada obywatelom pochodzącym z Niemiec (wzrost w 2005 r. w stosunku do roku poprzedniego o 4,7%) oraz Stanów Zjednoczonych (spadek o 4,4%). Następne w kolejności pod względem największego absolutnego napływu kraje to: Ukraina, Kanada, z których zanotowano spadek przyjazdów o odpowiednio 11% i 6,2%. Również napływ z Rosji był mniejszy o 15%, w przeciwieństwie do napływu z Białorusi, który w ostatnich dwóch latach zwiększył się o 39%. Natomiast największy spadek przyjazdów dotyczył obywateli Wietnamu i wyniósł blisko 64% (wykres 75).

Wykres 74. Emigracja z Polski na pobyt stały według głównych krajów docelowych dla lat: 2001, 2002, 2003, 2004 i 2005 (liczby bezwzględne)



Źródło: jak do wykresu 71.

Wykres 75. Imigracja do Polski na pobyt stały według głównych krajów pochodzenia dla lat: 2001, 2002, 2003, 2004 i 2005 (liczby bezwzględne)

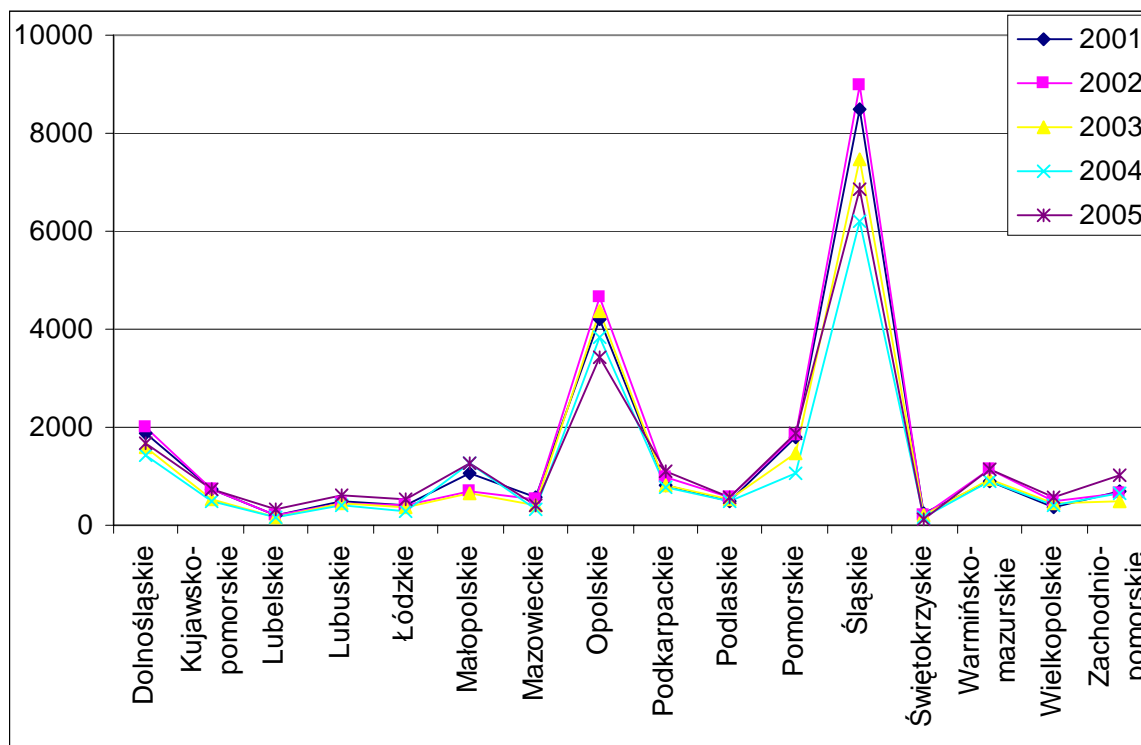


Źródło: jak do wykresu 71.

Analiza rozkładu terytorialnego napływu/odpływu na/z terytorium Polski uwypukla dwie kwestie:

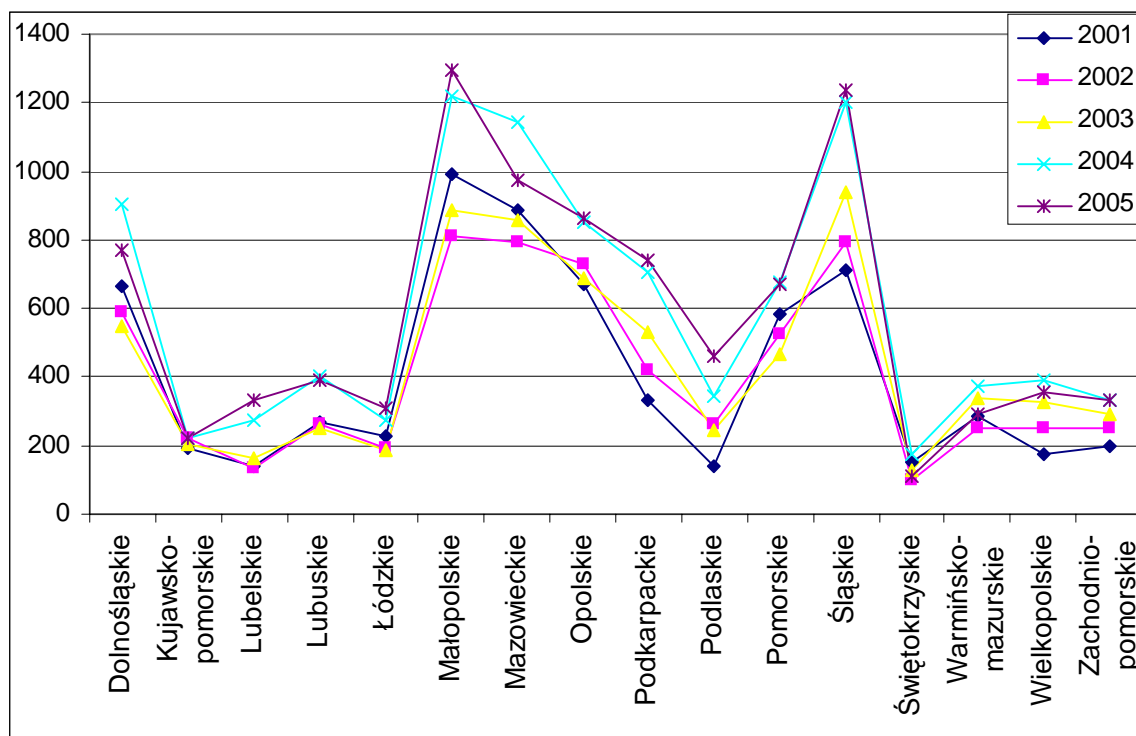
1. Zdecydowanie najwyższy od wielu lat odpływ ludności polskiej jest z województwa śląskiego, skąd pochodziło 42,4% emigrantów w 2000 r. oraz 32,9% w 2004 r. i 30,8% w 2005 r. (w 1990 r. udział ten wynosił nieco ponad 20%). Następnymi w kolejności województwami istotnymi z punktu widzenia skali emigracji są: opolskie, dolnośląskie, małopolskie oraz pomorskie. Łącznie z tych pięciu województw wyjechało na stałe 78,0% ogółu emigrantów w 2000 r. oraz 73,1% emigrantów w 2004 roku (wykres 76).
2. Od lat 90. do 2005 r. największy napływ imigrantów koncentruje się na terenach województw: dolnośląskiego, małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego oraz śląskiego. Łącznie w tych województwach osiedliło się w 2000 r. 58,2% ogółu imigrantów; w 2004 r. – 56,1%, a 2005 r. – 54,9% (wykres 77 oraz tabl. 48).

Wykres 76. Emigracja z Polski na pobyt stały według województw dla lat: 2001-2005 (liczby bezwzględne)



Źródło: jak do wykresu 71.

Wykres 77. Imigracja do Polski na pobyt stały według województw dla lat: 2001-2005 (liczby bezwzględne)



Źródło: jak do wykresu 71.

Tablica 48. Emigracja i imigracja na stałe w Polsce według województw dla lat: 2002-2005 (liczby bezwzględne)

Województwo	Emigracja				Imigracja			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Dolnośląskie	2007	1586	1419	1691	589	547	903	772
Kujawsko-pomorskie	720	513	479	754	220	207	222	224
Lubelskie	211	155	182	327	135	161	273	331
Lubuskie	464	435	426	602	263	251	403	391
Łódzkie	393	360	301	513	195	187	272	312
Małopolskie	699	635	1272	1264	812	889	1221	1294
Mazowieckie	520	401	309	408	795	858	1141	973
Opolskie	4665	4381	3829	3414	729	686	853	862
Podkarpackie	997	817	791	1122	421	531	706	738
Podlaskie	584	551	493	565	262	246	346	462
Pomorskie	1823	1453	1075	1867	523	465	675	670
Śląskie	8961	7449	6213	6861	791	939	1204	1238
Świętokrzyskie	187	195	144	128	100	126	176	113
Warmińsko-mazurskie	1142	939	915	1130	248	336	373	293
Wielkopolskie	508	460	392	578	253	325	392	356
Zachodnio-pomorskie	651	484	673	1018	251	294	335	335
Polska	24532	20813	18877	22242	6587	7048	9495	9364

Źródło: jak do wykresu 71.

Ogólnie saldo migracji zagranicznych na pobyt stały w większości najważniejszych zarówno z punktu widzenia napływu, jak i odpływu województw jest ujemne. Wyjątkiem są województwa: mazowieckie, gdzie odnotowano dodatnie saldo migracji w latach 90. oraz na początku obecnego wieku i saldo to z roku na rok nieznacznie się zwiększa, oraz województwo małopolskie, gdzie w latach 2001-2005 obserwuje się nieznaczne saldo dodatnie. Natomiast pozostałe województwa odznaczają się odpływem przewyższającym napływ. Przy czym zdecydowanie największy absolutny ubytek ludności można zaobserwować w województwie śląskim, a następnie w województwie opolskim.

5.5. Uchodźcy

Status uchodźcy nadaje się na podstawie Ustawy o Udzielaniu Cudzoziemcom Ochrony na Terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z 13 czerwca 2003 roku. Pomimo iż powyższa ustawa nie zawiera w sobie definicji uchodźcy, to stosuje się przepisy Konwencji Genewskiej z 28 lipca 1951 r. oraz Protokołu Nowojorskiego z 31 stycznia 1967 r., w myśl których status uchodźcy może być nadany przez władze polskie cudzoziemcowi, który nie może lub nie chce powrócić do swego kraju pochodzenia lub stałego pobytu z powodu uzasadnionej obawy przed prześladowaniami. Ubiegający się o status uchodźcy mogą składać wniosek o nadanie statusu uchodźcy zarówno na granicy jak i przebywając na terytorium Polski.

W razie uznania, że cudzoziemiec nie spełnia kryteriów uznania za uchodźcę, ale powinien być chroniony przed wydaleniem, z urzędu rozstrzyga się o potrzebie udzielenia cudzoziemcowi zgody na pobyt tolerowany. W momencie nadania prawa do pobytu tolerowanego cudzoziemiec ma prawo do pracy (bez konieczności ubiegania się o zezwolenie na pracę), prawo do opieki społecznej, opieki zdrowotnej oraz szkolnictwa. Ponadto wraz z akcesją do UE Polskę zaczęło obowiązywać m.in. rozporządzenie Rady Europejskiej WE 343/2003 z dnia 18 lutego 2003 r. ustanawiające kryteria i mechanizmy określania Państwa Członkowskiego, które jest odpowiedzialne za rozpatrzenie wniosku o azyl złożonego w jednym z państw członkowskich przez obywatela kraju trzeciego. Rozporządzenie zakłada odpowie-

działność tylko jednego państwa członkowskiego za rozpatrzenie wniosku o nadanie statusu uchodźcy. Cudzoziemiec, który złoży kolejny wniosek w innym państwie Unii Europejskiej zostanie przekazany do państwa, które jest odpowiedzialne za rozpatrzenie jego wniosku, według kryteriów zawartych w ww. rozporządzeniu.

Liczba wniosków (a zarazem osób ubiegających się) o nadanie statutu uchodźcy w ostatnich latach stale wzrastała do 2004 r., dopiero 2005 r. przyniósł zmniejszenie się zarówno liczby składanych wniosków, jak i liczby osób ubiegających się o status uchodźcy. W 2005 r. złożono 3065 wniosków o nadanie statusu uchodźcy w Rzeczypospolitej Polskiej. Wniosek o nadanie statusu uchodźcy obejmuje także małoletnie dzieci towarzyszące cudzoziemcowi oraz może objąć małżonka. Wnioskami o nadanie statusu uchodźcy zostało objętych 2005 roku 6860 osób. Dla porównania w 2004 r. była to liczba 3632 wniosków i 8079 osób., w 2003 r. złożono 3390 wniosków dla 6906 osób, a w 2002 r. wnioski dotyczyły 5170 osób. W 2005 r. nastąpił więc spadek liczby osób ubiegających się o status uchodźcy o 15,1%, w przeciwieństwie do 2004 r. kiedy zanotowano wzrost liczby osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy o 17% w stosunku do 2003 roku. Rok 2004 był też ostatnim, w którym zanotowano znaczący wzrost liczby osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce (w 2000 r. – 4662, 2001 r. – 4531, 2002 r.– 5170, 2003 r.– 6906, 2004 r. – 8079, 2005 r. – 6860). Co więcej, w ogólnej liczbie osób ubiegających się, mieszczą się także osoby, które powtórnie złożyły wniosek lub zostały nim objęte (21% całości w 2005 r.). W wielu przypadkach były to aplikacje składane po raz trzeci i kolejny. W rzeczywistości liczba osób ubiegająca się o status uchodźcy zmniejszyła się znacznie, więcej niż o 15,1%.

Od wielu lat dominują wśród wnioskodawców osoby pochodzące z Europy, ich odsetek wśród ogółu rośnie z roku na rok. Stanowili oni w 2002 r. – 67,8% ogółu, w 2003 r. – 84,0%, w 2004 r. – 91,2% aż po 2005 r., kiedy ich udział wyniósł aż 94,1% ogółu ubiegających się o status uchodźcy. Drugim kontynentem pod tym względem jest Azja, w przypadku której obserwowana jest tendencja odwrotna niż dla Europy. Udział osób pochodzących z Azji zmniejsza się z roku na rok, od poziomu 30,6% w 2002 r., poprzez 14,5% w 2003 r. i 7,7% w 2004 r. aż do 4,7% w 2005 roku. Należy jeszcze wymienić wnioskodawców przybywających do nas z Afryki, którzy w pierwszych latach XXI wieku stanowili niewiele powyżej 1%, natomiast w 2005 r. ich udział zmniejszył się do 0,8% (tabl. 49).

Tablica 49. Liczba osób, które w latach 2003-2005 złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w RP (według kontynentu)

Kontynent	2003			2004			2005		
	K	M	Razem	K	M	Razem	K	M	Razem
Afryka	8	69	77	11	65	76	5	52	57
Ameryka	-	-	-	-	2	2	1	2	3
Azja	116	888	1004	67	554	621	68	257	325
Europa	2695	3105	5800	3514	3851	7365	3087	3371	6458
Inne*	6	19	25	3	12	15	-	17	17
Ogółem	2826	4081	6906	3595	4484	8079	3161	3699	6860

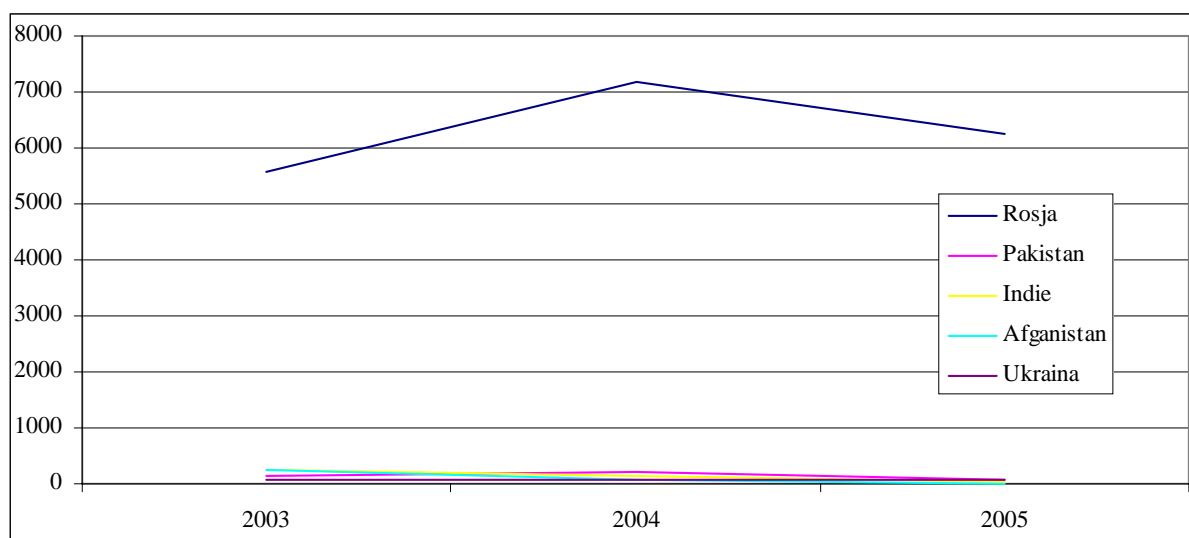
* Ta kategoria obejmuje osoby bez obywatelstwa oraz osoby o nieokreślonym obywatelstwie.

Źródło: Dane Urzędu do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców.

Największą grupą wnioskodawców w 2005 r. (tak jak w latach poprzednich) byli obywatele Federacji Rosyjskiej – 6248 osoby, co stanowiło 91,1% ogółu starających się o status uchodźcy, w tym w zdecydowanej większości osoby pochodzące z Północnego Kaukazu. Rok wcześniej stanowili 88,9% ogółu starających się, dwa lata wcześniej 80,6%, a trzy lata wcześniej „zaledwie” 59,1% (tabl. 50).

Ponadto, w 2005 r. o status uchodźcy występowali również obywatele Ukrainy (84 osoby – wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 17%), Pakistanu (69 osób – spadek o 67%), Indii (36 osób – spadek o 76%), Armenii (27 osób – wzrost o 50%) oraz Afganistanu (6 osób – spadek o blisko 90%). Wnioskodawcy z tych sześciu krajów stanowili w 2005 r. 94,3% ogółu wnioskodawców starających się o status uchodźcy (w latach 2002-2004 –90,6%). Generalnie w 2005 roku nie zmieniła się znacząco struktura narodowościowa wśród grupy cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce, aczkolwiek występują pewne „przesunięcia” wśród poszczególnych krajów. Zwiększył się udział osób pochodzących z Federacji Rosyjskiej, a zmniejszył z większości pozostałych krajów, z wyjątkiem Ukrainy i Armenii.

Wykres 78. Liczba osób, które w latach 2003-2005 złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w RP (najliczniej reprezentowane obywatelstwa)



Źródło: jak do tabl. 49.

Począwszy od 2000 r. zdecydowaną większość wnioskodawców (powyżej 60%) stanowią cudzoziemcy deklarujący narodowość czeczeńską. Około 5% ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy stanowią osoby pochodzące z regionu Azji, obejmującego Indie, Sri Lankę, Pakistan i Afganistan. W ich przypadku najczęściej rzeczywistym powodem wyjazdu z kraju pochodzenia są złe warunki bytowe. W przypadku tej grupy wnioskodawców, złożenie wniosku o nadanie statusu uchodźcy jest prawie zawsze poprzedzone próbami przedostania się do innych krajów Unii Europejskiej, przede wszystkim do Niemiec. Obywatele innych państw rzadko składają wnioski o nadanie statusu uchodźcy. Łącznie stanowili oni w 2004 r. około 5% ogółu cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy.

Tablica 50. Liczba osób, które w latach 2003-2005 złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w RP według najliczniej reprezentowanych obywatelstw

Obywatelstwo	2003	2004		2005		Razem
	osoby	osoby	zmiana w (%)	osoby	zmiana w (%)	
Ogółem	6906	8079	+17,0	6860	-15,1	21845
w tym najliczniejsze:						
Rosja	5563	7183	+29,1	6248	-13,0	18994
Pakistan	154	210	+36,4	69	-67,1	433
Indie	236	151	-36,0	36	-76,2	423
Afganistan	247	57	-76,9	6	-89,5	310
Ukraina	86	72	-16,3	84	+16,7	242
Armenia	104	18	-82,9	27	+50,0	149

Źródło: jak do tabl. 49.

W 2005 roku Prezes Urzędu do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców wydał decyzje w sprawach 8841 osób (wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy w 2005 r. i wcześniej): status uchodźcy nadał 312 osobom, w tym m.in. 285 obywatelom Federacji Rosyjskiej, 9 obywatelom Białorusi oraz 5 osobom z Somalii oraz po 3 osobom z Afganistanu i Iranu. Liczba osób, którym nadano status uchodźcy jest większa niż w latach ubiegłych i największa od 1994 r., kiedy status uchodźcy nadano 392 osobom, przede wszystkim uciekinierom przed prześladowaniami narodowościowymi w byłej Jugosławii. Łącznie w latach 2003-2005 nadano status uchodźcy 836 osobom, w tym 88,2% obywatelem z Federacji Rosyjskiej.

W przypadku 2284 osób wydano decyzje o odmowie nadania statusu uchodźcy, przy czym odmówiono statusu uchodźcy 1862 osobom z Federacji Rosyjskiej, 61 z Pakistanu, 52 z Ukrainy, 46 z Gruzji oraz 31 z Białorusi. Były to często wnioski motywowane wyłącznie przyczynami natury ekonomicznej, składane głównie przez osoby wywodzące się z niektórych krajów azjatyckich oraz republik byłego ZSRR.

Tablica 51. Liczba osób^a, w stosunku, do których Prezes Urzędu do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców w latach 2003-2005 wydał decyzje w sprawie o nadanie statusu uchodźcy w RP (według kontynentu)

Kontynent	2003				2004				2005			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
Afryka	5	-	61	3	12	16	72	3	6	22	43	6
Ameryka	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	1
Azja	14	2	1245	21	8	46	767	36	11	29	251	133
Europa	197	21	1822	4339	281	756	1140	2721	294	1779	1980	4264
Inne ^b	1	1	11	3	4	8	22	2	1	2	8	9
Ogółem	219	24	3139	4366	305	826	2002	2763	312	1832	2284	4413

(1) status nadany zgodnie z Konwencją Genewską

(2) zgoda na pobyt tolerowany

(3) decyzje negatywne

(4) umorzenie / pozostałe bez rozpatrzenia

^a Dane dotyczą liczby osób, wobec których zostały podjęte decyzje administracyjne oraz innych osób (tzn. współmałżonków i małoletnich) objętych tymi decyzjami.

^b Kategoria „INNE” obejmuje osoby bez obywatelstwa oraz osoby o nieokreślonym obywatelstwie.

Źródło: jak do tabl. 49.

W 2005 r. Prezes Urzędu do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców odmówił nadania statusu uchodźcy i udzielił zgody na pobyt tolerowany 1832 osobom, co stanowi wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 122%. Podobnie jak w przypadku statusu uchodźcy dominującą grupą spośród osób, którym udzielono zgody na pobyt tolerowany, byli obywatele Federacji Rosyjskiej – 1768 osoby, co stanowi 96,5%. W 2005 r. umorzono na wniosek cudzoziemców postępowania prowadzone wobec 4413 osób (co stanowi wzrost w stosunku do roku poprzedniego o blisko 60%), w tym wobec 4158 obywateli Federacji Rosyjskiej. Zamiarem osób występujących o umorzenie postępowania było złożenie wniosku o nadanie statusu uchodźcy w innym państwie europejskim.

5.6. Repatrianci

Repatriacja, czyli powrót do Polski osób pochodzenia polskiego, jest jednym ze sposobów nabycia polskiego obywatelstwa. Prawo to przysługuje wyłącznie osobom, które nie posiadają polskiego obywatelstwa, a pragną przesiedlić się na stałe do Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy wjazdowej w celu repatriacji. Rząd RP traktuje prowadzenie akcji repatriacyjnej jako spełnienie moralnego obowiązku wynagrodzenia historycznych krzywd rodakom pochodzącym głównie z terenów azjatyckiej części byłego ZSRR. Ustawa o repatriacji ma umożliwić powrót do kraju tym osobom, bądź ich przodkom, które na skutek deportacji, zesłań i innych prześladowań narodowościowych i politycznych nie mogły się w Polsce nigdy osiedlić.

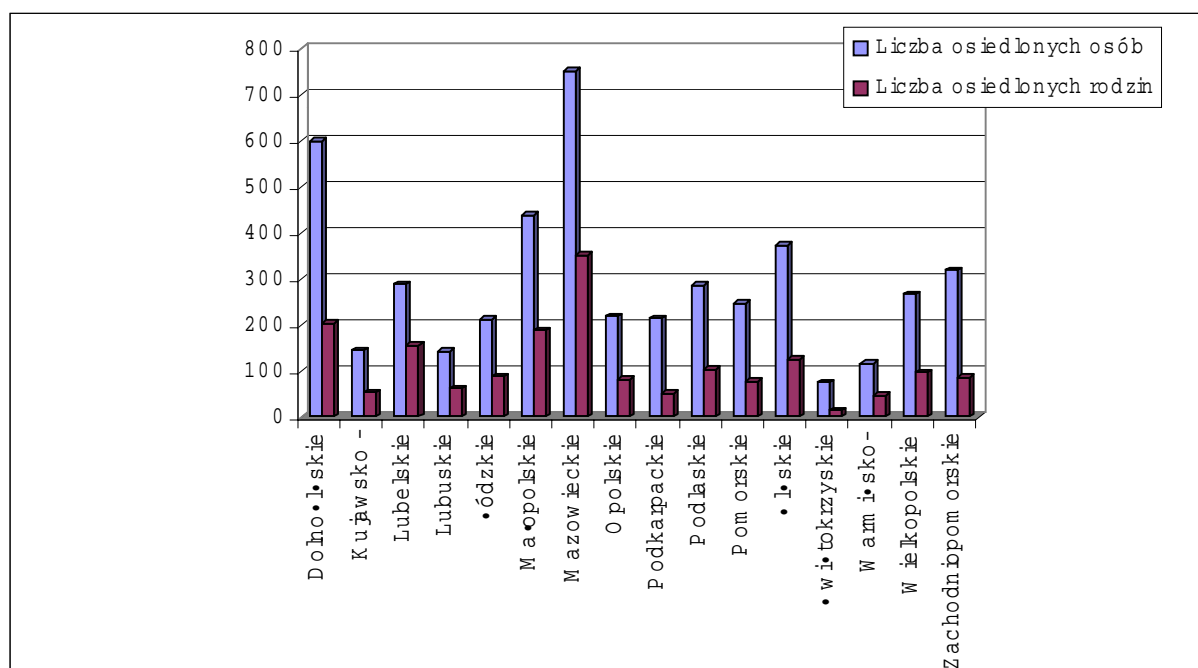
Ustawa o repatriacji z dnia 9 listopada 2000 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 532 ze zm.) określa zasady nabycia obywatelstwa polskiego w drodze repatriacji, prawa repatrianta, a także zasady i tryb udzielania pomocy repatriantom i członkom ich rodzin oraz formy i tryb pomocy gminom, które zdecydują się przyjąć repatriantów. Określa również obszary geograficzne, skąd jest prowadzona akcja repatriacyjna. Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r., wiza wjazdowa w celu repatriacji może być wydana osobie polskiego pochodzenia, która przed dniem wejścia w życie ustawy zamieszkiwała na stałe na terytorium obecnej Republiki Armenii, Republiki Azerbejdżańskiej, Republiki Gruzji, Republiki Kazachstanu, Republiki Kirgiskiej, Republiki Tadżykistanu, Republiki Turkmenistanu, Republiki Uzbekistanu albo azjatyckiej części Federacji Rosyjskiej.

Pierwsze wnioski Polaków o uzyskanie statusu repatrianta wpłynęły do konsulatów RP we wrześniu 1996 r., a zatem jeszcze przed wejściem w życie ustawy o cudzoziemcach (z 25 czerwca 1997 r.). Przybyło wtedy 267 osób³. Na podstawie złożonych wniosków MSWiA wydało (od lipca 2001 URiC) 4028 zgód oraz 124 odmowy na wydanie wize repatriacyjnej.

Na dobre repatriacja Polaków rozpoczęła się w 1998 r., kiedy sprowadzono do Polski 112 rodzin, liczących 399 osób. Łącznie w latach 1998-2005 przyjechało na teren RP 4699 osób, które „tworzyły” 1779 rodzin.

Osoby te przybyły głównie na teren województwa mazowieckiego (zdecydowanie dominuje, zarówno pod względem liczby osiedlających się tam osób, jak i rodzin repatriacyjnych) oraz dolnośląskiego. W pierwszym z wymienionych osiedliło 16% repatriantów, w drugim blisko 13%. W pozostałych województwach udział napływających tam repatriantów nie przekraczał 10% (zob. wykres 79).

Wykres 79. Liczba osiedlonych repatriantów (i członków ich rodzin) innej niż polska narodowości w poszczególnych województwach oraz liczba osiedlonych rodzin w latach 1998-2005 (liczby absolutne)



Źródło: jak do tabl. 49.

³ „...Cudzoziemcy, którzy przybyli do Polski w latach 1992-1996, tj. przed podjęciem przez Rząd decyzji o wszczęciu repatriacji, którzy w trakcie ubiegania się o zezwolenie na pobyt stały w Polsce zadeklarowali narodowość polską oraz polskie pochodzenie – i nie ubiegali się wcześniej o repatriację – uzyskali możliwość nabycia polskiego obywatelstwa w specjalnym trybie, przewidzianym ustawą o cudzoziemcach z 1997r., obowiązującym w okresie przejściowym do grudnia 1998r.. Warunkiem nabycia obywatelstwa w tym okresie było uzyskanie zezwolenia na pobyt stały w RP przed przesiedleniem się do Polski. W oparciu o wspomnianą zasadę przybyło do Polski 267 osób”; podaje za: L. Nowak Migracje zagraniczne, (w:) Sytuacja Demograficzna Polski, Raport 2001. Warszawa 2003. s. 116.

Tablica 52. Liczba osób, które przybyły do RP na podstawie wizej repatriacyjnej lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony wydanego członkom rodziny repatrianta

Rok	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Liczba osób	267	399	362	944	1000	832	455	372	335

Źródło: jak do tabl. 49.

Tablica 53. Liczba wniosków o wydanie wizej repatriacyjnej oraz o udzielenie zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony i wydanie karty czasowego pobytu – dla osób będących innej niż polska narodowości, członków rodzin osób ubiegających się o repatriację, które wpłynęły do MSWiA (od lipca 2001 do URiC) w latach 1997-2005.

Rodzaj wniosku	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Wnioski ogółem	671	898	1014	1026	1051	801	586	171	307
w tym:									
o wydanie wizej repatriacyjnej	*	808	937	929	933	717	552	151	276
o udzielenie zezwolenia na zamieszkanie i wydanie karty czasowego pobytu	*	90	77	97	118	84	34	20	31

* Brak danych.

Źródło: jak do tabl. 49.

Ponadto, na podstawie art. 109 ustawy z dnia 25 czerwca 1997 r.⁴ zostało uznanych za repatrianta 297 osób oraz na podstawie art. 16 i 41 ustawy o repatriacji wojewodowie uznali za repatriantów 661 osób. Łącznie w ramach repatriacji w latach 1997-2005 osiedliły się w Polsce 5924 osoby.

Rozkład czasowy napływu repatriantów wskazuje na wyraźną dominację trzech lat: 2000, 2001 i 2002, kiedy to przybyło odpowiednio 944, 1000 oraz 832 osoby. W ciągu tych trzech lat przybyło na teren RP blisko 60% repatriantów. Pozostałe lata charakteryzują się napływem dwukrotnie lub trzykrotnie mniejszym w porównaniu do 2001 r. kiedy przybyło 1000 osób. Od 2001 r. obserwuje się również zmniejszający się z roku na rok napływ repatriacyjny na terytorium Polski. Przez cały okres trwania akcji repatriacyjnej liczba osób osiedlających się w ramach repatriacji w Polsce, a pochodzących z azjatyckiej części byłego ZSRR, utrzymuje się każdego roku na stałym poziomie, to jest 300-400 osób.

Należy podkreślić, że liczba przybywających do Polski repatriantów zależy od liczby zaproszeń podmiotów gwarantujących przybyłym mieszkanie i źródło utrzymania, gdyż wiza repatriacyjna może być wydana tylko takiej osobie, która posiada warunki do osiedlenia się w Polsce (zgodnie z art. 12 ustawy o repatriacji). Obecnie w ewidencji prowadzonej przez URiC zarejestrowanych jest 2227 osób (1510 rodzin), które nie posiadają warunków do osiedlenia w Polsce umożliwiających repatriację do Polski.

5.7. Imigracja zarobkowa

Innym rodzajem napływu na terytorium Polski jest imigracja zarobkowa, czyli mobilność związana z pozyskiwaniem dochodu lub związana z działalnością zarobkową w kraju docelowym. Jeżeli pracownik posiada wizę upoważniającą do podjęcia pracy, wtedy mamy

⁴ Dz. U. Nr 114, poz. 739 z późniejszymi zmianami.

do czynienia z migracją legalną, udokumentowaną, jeżeli takowej nie posiada, mówimy o migracji nielegalnej. W pierwszym przypadku o pozwolenie na pracę występuje pracodawca i odnosi się do konkretnego stanowiska pracy i wydawane jest na czas oznaczony. Uzyskanie pozwolenia odznacza się dosyć skomplikowaną, czasochłonną i kosztowną procedurą i przez to spora część imigracji zarobkowej ma charakter nielegalny, i nie występuje w oficjalnych statystykach. Cudzoziemcy mogą otrzymać pozwolenie na pracę indywidualnie oraz w ramach kontraktowych usług eksportowych.

Jak podają statystyki Ministerstwa Gospodarki i Pracy, w 2005 r. indywidualną zgodę na pracę otrzymało 10,3 tys. pracowników, czyli mniej w stosunku do roku 2004 o blisko 17% (w wyrażeniu absolutnym o 2,1 tys. pozwoleń), a w porównaniu do 2003 r. spadek o 45% (spadek o 8,5 tys.), natomiast w porównaniu do 2002 r., kiedy wydano najwięcej pozwoleń, spadek jest ponad dwukrotny. W okresie 1997-2001 roczna liczba udzielonych pozwoleń na pracę wahała się między 15 a 18 tys.; 2005 rok charakteryzuje się najniższą liczbą wydanych pozwoleń od 1997 roku (tabl. 54). Mniejsza liczba pozwoleń jest spowodowana nowymi regulacjami prawnymi, które zostały wprowadzone w związku z akcesją Polski do UE. Po pierwsze, obywatele tych krajów EU-15, które nie nałożyły na Polskę restrykcji w podejmowaniu u nich pracy, jak również obywatele nowych krajów Unii (oprócz Malty) są zwolnieni z uzyskiwania pozwolenia na pracę. Po drugie, obywatele krajów UE-15, którzy dnia 1 maja 2004 r. pracowali w Polsce przez okres 12 miesięcy są również zwolnieni z tego obowiązku. Spośród krajów o istotnej skali wydanych pozwoleń najbardziej wyraźnie zmniejszyła się ona w odniesieniu do Niemiec, Francji czy Włoch (wykres 80). Tak jak w latach poprzednich blisko 50% pozwoleń na pracę jest wydawane w województwie mazowieckim i w przeważającej większości dotyczą mężczyzn.

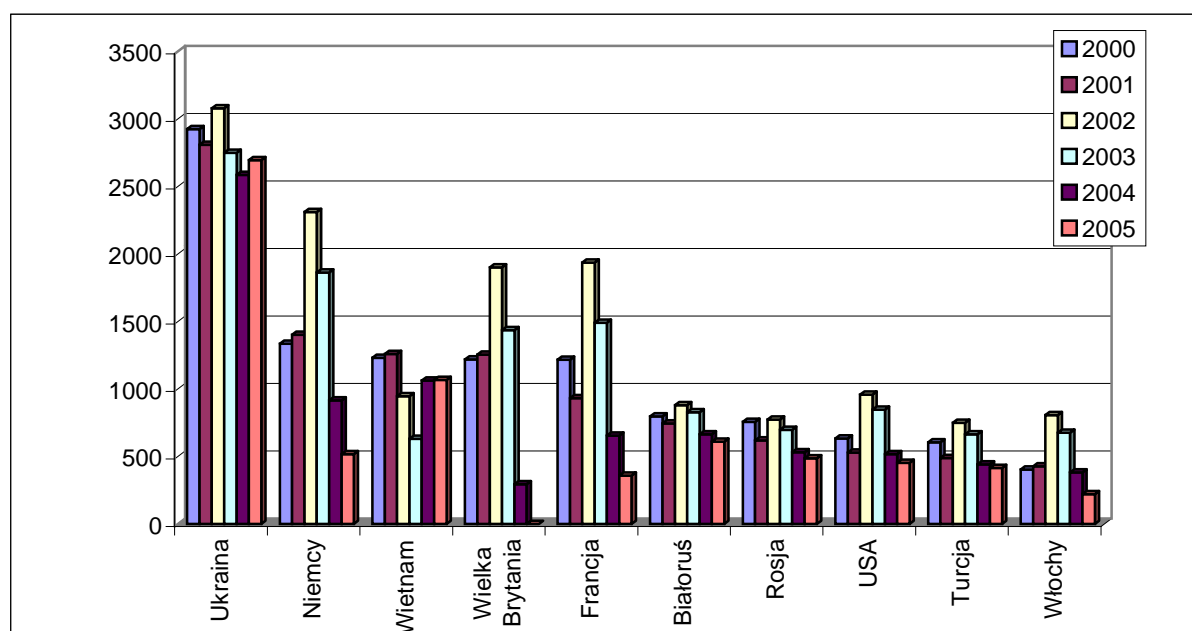
Tablica 54. Zgody na pracę udzielone cudzoziemcom w latach 1997-2005 (liczby absolutne)

Lata	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Liczba pozwoleń	15307	16928	17116	17802	17038	22776	18841	12381	10304

Źródło: dane za 1997-2002 Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, dane za 2003-2005 Ministerstwa Gospodarki i Pracy.

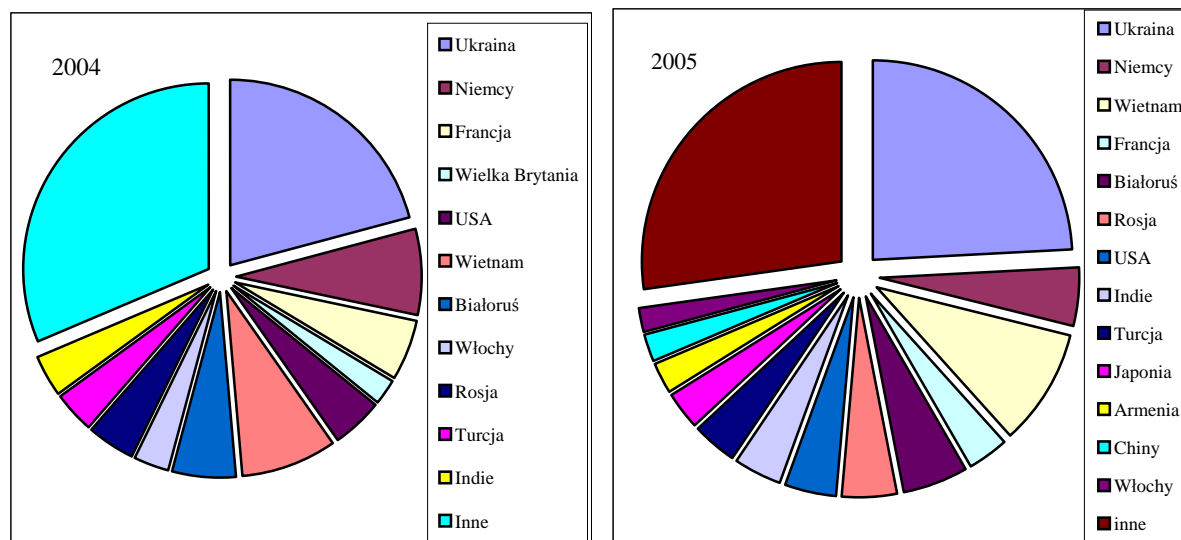
Od wielu lat krajem, który dominuje pod względem liczby udzielanych pozwoleń jest Ukraina. Pracownicy rekrutujący się z tego kraju uzyskali w 2005 roku 2,7 tys. pozwoleń, co stanowi 26% wszystkich pozwoleń indywidualnych i oznacza wzrost udziału w stosunku do roku poprzedniego o 5 punktów procentowych. W latach 2000-2003 Ukraińcy corocznie otrzymywali między 2,7 a 3,1 tys. pozwoleń, (udział w pozwoleniach ogółem oscylował w granicach 13-16%) co zdecydowanie stawia ich na pierwszym miejscu wśród wszystkich krajów. Tak znaczny wzrost udziału pracowników z Ukrainy w 2005 r. został spowodowany zwiększeniem się absolutnej liczby wydanych pozwoleń (co prawda tylko o 109), ale i mniejszą liczbą wydanych pozwoleń ogółem. Od dwóch lat na drugim miejscu w uzyskiwaniu pozwoleń są obywatele z Wietnamu. W 2005 r. ich udział stanowił 10,3% i w porównaniu do roku poprzedniego zwiększył się o blisko 2 punkty procentowe.

Wykres 80. Zgody na pracę udzielone cudzoziemcom w latach 2000-2005 według głównych krajów napływu (liczby absolutne)



Źródło: jak do tabl. 53.

Wykres 81. Udział w uzyskiwanych pozwoleniach na pracę w latach 2004-2005 według głównych krajów



Źródło: jak do tabl. 53.

Krajami, skąd jeszcze pochodzili pracownicy uzyskujący pozwolenia, są Białoruś, Niemcy oraz Rosja. Łącznie obywatele z tych krajów (razem z Ukrainą i Wietnamem) w 2005 roku uzyskali ponad 50% wszystkich zezwoleń. Uwzględniając również obywateli z USA, Francji, Turcji oraz Indii, obywatele tych 9 krajów uzyskali w 2005 r. ponad 2/3 wydanych pozwoleń.

O ile obywatele Ukrainy czy Białorusi znajdują zatrudnienie głównie w budownictwie, o tyle obywatele Wietnamu pracują przede wszystkim w handlu (zarówno detalicznym, jak i hurtowym) oraz w gastronomii. Obywatele z Ukrainy od wielu lat uzyskują znaczny udział pozwoleń na pracę w edukacji.

Od wielu lat pozwolenia wydawane według poszczególnych sektorów zatrudnienia charakteryzują się względnie stabilnymi udziałami; 20-30% wydawanych pozwoleń dotyczy pracy w przemyśle, natomiast pozwolenia w budownictwo nigdy nie przekroczyły 5% ogółu (tabl. 55). Istotną gałęzią jest handel (25-35% wydawanych pozwoleń), natomiast na pracę w edukacji wydawanych jest 10-16% pozwoleń, a w gastronomii o połowę mniej

Tablica 55. Zgody na pracę udzielone cudzoziemcom w latach 2000-2005 według głównych sektorów zatrudnienia

Rok	Ogółem	Sektor zatrudnienia					
		górnictwo przemysł	budownictwo	handel	hotelarska gastronomia	edukacja	inny
2000	17802	2766	959	5899	1014	2119	5045
2001	17038	2643	851	4777	966	2646	5155
2002	22776	4117	1102	5332	1137	3238	7850
2003	18841	3785	763	4660	1045	2665	5923
2004	12381	3455	412	3798	920	1515	2281
2005	10304	3145	303	2830	809	1031	2186

Źródło: jak do tabl. 53.

Napływ do pracy jest zróżnicowany w zależności od tego, skąd imigranci przyjeżdżają. Jeżeli chodzi o kraje wschodnie to obserwuje się przewagę nielegalnego zatrudnienia. Przybysze ci wykonują raczej pracę w „podrzednym sektorze” (to dotyczy zwłaszcza imigrantów z b. ZSRR). Pracują głównie w sektorach: budowlanym i remontowym, rolniczym, pomocy domowych (domena obywateli z b. ZSRR z przewagą obywateli Ukrainy) oraz w sektorze gastronomicznym i handlowym (domena obywateli Wietnamu).

Natomiast najczęściej pracownicy z Zachodu pracują na stanowiskach kierowniczych i menedżerskich, w sektorach: bankowym i finansowym oraz edukacyjnym (szkolenia i nauka języków obcych). Ta grupa stanowiła i nadal stanowi swego rodzaju elitę, w odróżnieniu od imigrantów ze Wschodu.

Wśród wszystkich cudzoziemców, którzy znajdują zatrudnienie w Polsce, pracownicy legalni stanowią znikomą część. O wiele trudniej jest poddać analizie zakres nielegalnego zatrudnienia cudzoziemców, gdyż brak jest wiarygodnych danych, co do jego skali. Rzeczywista skala takiego zatrudnienia jest tym trudniejsza do oszacowania, że w przeważającej większości są to obywatele Ukrainy, którzy bardzo szybko wkomponowują się w szarą strefę i są trudni do odróżnienia od Polaków wykonujących podobne prace. Szacunki wahają się od 50 do nawet 500 tys. osób⁵. Zdecydowana większość z nich pozostaje w Polsce przez 3 miesiące, a następnie wraca do swojego kraju. W przypadku prac, które wymagają całorocznego zatrudnienia (np. opieka nad starszymi osobami czy pomoc domowa), obserwuje się migracje w pewnym cyklu rotacyjnym. Na miejsce osoby, która wraca do kraju przyjeżdża kolejna osoba.

5.8. Emigracja zarobkowa

Trudno jest dokładnie oszacować skalę zjawiska wyjazdu Polaków do pracy za granicą. Mimo to już teraz wiadomo, że nie sprawdziły się niepokojące prognozy polskiego rządu, jak również władz państw członkowskich UE. Przepowiadali oni masową migrację zarobkową polskich pracowników na zachód Europy. Tak się jednak nie stało.

⁵ Według szacunków Urzędu Pracy w Polsce może przebywać 600-900 tys. pracowników cudzoziemskich rocznie (na ogół sezonowo), a około 100 tys. pracowników cudzoziemskich w miarę na stałe pracuje nielegalnie i przebywa w Polsce. Natomiast URiC oszacował, że w 2004 r. około 450 tys. obywateli pracowało w Polsce nielegalnie.

Możliwość swobodnego zatrudnienia obywateli nowej Unii napawała obawą wielu mieszkańców starej „piętnastki”. Byli oni przekonani, że nastąpi masowy napływ obcokrajowców, co stanie się zagrożeniem i dużą konkurencją dla rodzimych pracowników.

Zgodnie z Traktatem o Przystąpieniu tzw. stare państwa członkowskie UE mają możliwość wprowadzenia czasowych ograniczeń w stosowaniu zasady swobodnego przepływu pracowników. Jedynie trzy kraje (Irlandia, Szwecja oraz Wielka Brytania) faktycznie otworzyły swoje rynki pracy w momencie akcesji Polski do Unii. Kolejne, takie jak Dania, Finlandia, Włochy, Norwegia oraz Królestwo Niderlandów, wprowadziły istotne ułatwienia. Pozostałe kraje utrzymały ograniczenia w zakresie dostępu do rynku pracy. 1 maja 2006 r. do Wielkiej Brytanii, Irlandii i Szwecji dołączyły Hiszpania, Portugalia, Finlandia i Islandia, natomiast 31 lipca 2006 r. Włochy.

Zarówno skala migracji zarobkowych do „starych” państw członkowskich UE po wejściu Polski do Unii nie zmieniła się drastycznie, jak i podstawowe kierunki wyjazdów pozostały podobne, aczkolwiek pojawiły się nowe, wcześniej nie tak istotne. Jak wskazują dane BAEL, od 2001 r. stopniowo powiększa się liczba dorosłych mieszkańców Polski przebywających czasowo (tj. dłużej niż dwa miesiące) za granicą. Średnio kwartalnie przebywało za granicą odpowiednio 168 tys. osób w 2001 r., 178 tys. osób w 2002 r. oraz 206 tys. osób w 2003 roku. Ostatnie lata wskazują na dalszy wzrost do poziomu średnio kwartalnie 253 tys. osób w 2004 r. (wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 23%). W pierwszych dwóch kwartałach 2005 r. przebywało za granicą powyżej dwóch miesięcy odpowiednio 268 tys. osób w pierwszym oraz 264 tys. osób w drugim kwartale, co stanowi wzrost w stosunku do pierwszych dwóch kwartałów 2004 r. odpowiednio o 23% i 11%. Aczkolwiek należy pamiętać, że w przypadku wyjazdów za granicę całych gospodarstw domowych (w tym również gospodarstw jednoosobowych) dane BAEL ich nie uwzględnia.

Tablica 56. Obywatele polscy przebywający za granicą powyżej dwóch miesięcy ogółem oraz wyjeżdżający do pracy według głównych krajów docelowych w drugich kwartałach lat 2000-2005

Kraj wyjazdu	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	Emigranci krótkoterminowi ogółem					
Niemcy	35%	37%	34%	31%	29%	25%
USA	19%	23%	19%	20%	19%	11%
Włochy	6%	8%	14%	13%	11%	12%
Wielka Brytania	4%	7%	7%	9%	11%	20%
Irlandia	0%	0%	0%	0%	3%	6%
Szwecja	0%	0%	1%	2%	3%	2%
Emigranci wyjeżdżający do pracy						
Niemcy	36%	40%	37%	33%	30%	25%
USA	20%	19%	16%	15%	17%	10%
Włochy	8%	9%	15%	15%	13%	13%
Wielka Brytania	4%	6%	5%	7%	7%	20%
Irlandia	0%	0%	0%	1%	3%	7%
Szwecja	0%	0%	1%	1%	3%	2%

Źródło: dane GUS (BAEL).

Istotna jest koncentracja terytorialna osób przebywających czasowo za granicą. Głównym krajem „przyjmującym” polskich migrantów krótkoterminowych są od wielu lat Niemcy. Jak w latach wcześniejszych dominują migracje sezonowe do Niemiec, aczkolwiek jak przewidują badacze kierunek ten zostanie stopniowo „równoważony” poprzez

odpływ do Wielkiej Brytanii. Jak wskazują dane MPiPS, średnio ok. 300 tys. Polaków podejmuje w ciągu roku pracę w Niemczech. Zdecydowana większość z nich to pracownicy sezonowi, znajdujący zatrudnienie w rolnictwie i gastronomii, którzy pracują zaledwie kilka tygodni w roku. I tutaj skala wyjazdów po wejściu Polski do Unii nie zmieniła się radykalnie, a wręcz uległa niewielkiemu obniżeniu. Podobny trend obserwujemy również na podstawie danych BAEL. Mimo że w latach 2000-2005 Niemcy pozostawały na pierwszym miejscu pod względem liczby przebywających tam czasowo osób, to jednak skala tego udziału zmniejszyła się od 30-37% w latach 2000-2004 do 25% w drugim kwartale 2005 roku. Tendencja jest podobna również dla osób deklarujących przebywanie za granicą związane z wykonywaniem pracy.

Należy jednak zauważyć, że przy podejmowaniu decyzji o wyjeździe brana jest pod uwagę również możliwość zrobienia kariery zawodowej, a także przyjazne społecznie i kulturowo otoczenie. Niemcy nigdy nie były krajem przyciągającym lepiej wykształconych Polaków. Jak wskazują dane Spisu Powszechnego z 2002 r., wśród obywateli powyżej 15 lat mieszkających w Polsce, którzy tymczasowo przebywali za granicą blisko 40% tymczasowo mieszkało w Niemczech a 2,4% w Wielkiej Brytanii. Jednak wśród osób z wykształceniem wyższym odsetek przebywających w Niemczech wyniósł 20%, a 6% w Wielkiej Brytanii.

Zwiększyła się za to skala wyjazdów do krajów o otwartych rynkach pracy, takich jak Wielka Brytania czy Irlandia. Udział osób przebywających czasowo za granicą w Wielkiej Brytanii charakteryzował się największym wzrostem. Z poziomu 4% w 2000 r. osiągnął poziom 20% pięć lat później, przy czym w ostatnich dwóch latach udział przebywających tam osób podwoił się. Tendencja jest podobna zarówno do wszystkich osób przebywających na terytorium Wielkiej Brytanii jak również do osób deklarujących pobyt związany z wykonywaniem pracy. Natomiast według danych Systemu Rejestracji Pracowników (WRS – Workers Registration Scheme) w okresie od maja 2004 r. do sierpnia 2006 r. wpłynęło ponad 260 tys. aplikacji o rejestrację od Polaków. Co prawda, nie wiadomo, ilu z nich nadal pracuje w tym kraju, ani ile osób zdecydowało się na powrót do Polski czy ilu było w tej liczbie studentów podejmujących pracę tylko w wakacje.

Podobnie ma się sytuacja w Irlandii, gdzie według danych BAEL nastąpił wzrost udziału przebywających tam Polaków z 3% do 6%, co stanowi przeciwną tendencję do wyjazdów do Szwecji, gdzie udział zmniejszył się o 1 punkt procentowy. Natomiast według danych irlandzkich od maja 2004 r. do września 2006 r. Polacy stanowili największą grupę (56%) wśród osób, które otrzymały numer ubezpieczenia społecznego, niezbędny przy podejmowaniu pracy. W tym okresie Polacy otrzymali 154 tys. takich numerów, z czego ok. 2/3 podjęła faktycznie zatrudnienie.

Dane BAEL wskazują w ostatnich dwóch latach wzrost „popularności” wyjazdów do Włoch (wzrost o 18%, z poziomu 27 tys. osób w drugim kwartale 2004 r. do 32 tys. osób w analogicznym kwartale roku następnego), Hiszpanii (wzrost o 30%) i Belgii (wzrost o 50%), natomiast zmniejszenie się „popularności” wśród innych krajów będących tradycyjnymi krajami emigracji, takimi jak: USA (spadek o 35%), Austrii (spadek o 4%) oraz wspomnianych wcześniej Niemiec (spadek o 4%).

Tablica 57. Obywatele polscy przebywający za granicą powyżej dwóch miesięcy ogółem oraz wyjeżdżający do pracy według głównych krajów docelowych w drugich kwartałach lat 2002-2005 (w tysiącach)

Kraj przebywania	Okres pobytu za granicą (w miesiącach)							
	2-11				12+			
	drugi kwartał 2002	drugi kwartał 2003	drugi kwartał 2004	drugi kwartał 2005	drugi kwartał 2002	drugi kwartał 2003	drugi kwartał 2004	drugi kwartał 2005
Migranci ogółem								
Ogółem	102	105	153	168	77	92	85	96
Austria	4	2	5	2	1	1	2	4
Belgia	6	4	3	2	1	2	1	2
Francja	3	6	5	7	1	3	8	6
Niemcy	45	41	51	47	15	21	19	20
Irlandia	-	1	4	9	-	-	2	6
Włochy	14	12	18	20	11	13	9	12
Królestwo Niderlandów	4	3	3	5	5	5	3	1
Hiszpania	3	4	6	5	2	3	4	4
Szwecja	2	1	6	4	-	2	1	2
Wielka Brytania	4	9	18	40	8	8	7	12
USA	9	16	22	11	25	24	24	19
Inne	8	6	12	16	8	10	5	8
Wśród nich: migranci do pracy								
Ogółem	86	83	126	148	56	66	67	77
Austria	3	1	4	2	1	1	1	3
Belgia	5	3	3	2	1	2	1	2
Francja	3	5	4	5	-	2	8	5
Niemcy	41	33	44	42	12	16	14	14
Irlandia	-	1	4	9	-	-	2	6
Włochy	12	10	17	17	10	12	9	12
Królestwo Niderlandów	4	2	3	5	4	4	3	1
Hiszpania	3	4	6	5	2	3	4	3
Szwecja	2	1	4	3	-	1	1	2
Wielka Brytania	4	7	10	36	3	3	4	9
USA	5	9	15	8	18	14	17	15
Inne	4	7	12	14	5	8	3	5

Źródło: tak jak do tabl. 56.

5.9. Podsumowanie

Od początku okresu transformacji obserwujemy nową jakość migracji zagranicznych, co jest związane z liberalizacją przepisów paszportowych oraz rozwojem ruchu bezwizowego jako m.in. efekt akcesji Polski do Unii.

Systematycznie rośnie skala przekroczeń granicy. W 2005 r. odnotowano 64,6 mln przekroczeń granicy w celu przybycia do Polski, co w porównaniu z 2004 r. stanowi wzrost o 4,4%. Obserwuje się zwiększony napływ z krajów członkowskich UE, w tym szczególnie z nowych krajów członkowskich. Ponadto, w przeciwieństwie do tego co obserwowano rok wcześniej, w 2005 r., zwiększył się napływ z Białorusi, Rosji oraz Ukrainy. Oczywiście tego ruchu nie należy utożsamiać z ruchem migracyjnym, gdyż najczęściej są to przyjazdy na bardzo krótkie pobyty, ale wskazuje na zachodzące zmiany.

W 2005 r. odnotowano prawie najwyższą od 1960 r. imigrację do Polski oraz jedną z niższych emigrację z Polski. Tym samym, saldo migracji (co prawda nadal ujemne) osiągnęło jeden z niższych poziomów. W 2005 r. wyjechało z Polski na stałe 22,2 tys. osób, co stanowi wzrost w stosunku do 2004 r. oraz 2003 r. odpowiednio o 18,0% i 7%. Przyjechało natomiast na stałe w 2005 r. – 9,4 tys. osób (spadek w stosunku do 2004 r. o 1%).

Bardzo nieznacznie, zarówno przy wyjazdach jak i przyjazdach na stałe przeważają mężczyźni. Jest to zjawisko odmienne od tendencji obserwowanej w latach 80., kiedy to zdecydowanie więcej było emigrujących na stałe kobiet. Inną charakterystyczną cechą emigracji na stałe jest zmiana struktury wieku osób. Obecnie w wyjazdach dominują osoby młode w wieku 20-24 lata, a w przyjazdach w wieku 25-29 lat.

Emigranci na stałe najczęściej wyjeżdżali do Niemiec. Ich udział w latach 2001-2003 stanowił ponad 70%, a w 2004 r. 67% i w 2005 r. 55%. Na drugim miejscu, po raz pierwszy w historii emigracji, znalazła się Wielka Brytania, gdzie udział wyjazdów do tego kraju wyniósł 13,8%. Wzrost absolutny był blisko sześciokrotny. Żaden inny kraj w ostatnim dziesięcioleciu nie odnotował wzrostu wyjazdów na stałe o takiej skali. Na trzecim miejscu uplasowały się Stany Zjednoczone, które, co prawda, odnotowały absolutny wzrost wyjazdów, za to udział w wyjazdach do tego kraju zmalał od 12,7% w 2004 r. do 11,8% w 2005 roku.

Imigrację do Polski podejmowali, tak jak w latach poprzednich, głównie obywatele Niemiec, Stanów Zjednoczonych, Kanady oraz państw byłego Związku Radzieckiego. Rola dominująca przypada obywatelom przyjeżdżającym z Niemiec oraz ze Stanów Zjednoczonych, imigracja na stałe z Ukrainy drugi rok z rzędu utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie. Z pośród w/w krajów jedynie imigracja obywateli Kanady spadła o 5%.

Największy napływ imigrantów obserwuje się na tereny województw: dolnośląskiego, małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego oraz śląskiego. Natomiast najwyższy odpływ ludności polskiej jest z województwa śląskiego, skąd pochodziło prawie 31% emigrantów w 2005 roku.

Od 9 lat stale wzrastała liczba wniosków (a zarazem osób ubiegających się) o nadanie statusu uchodźcy. Miniony rok był pierwszym w historii, kiedy liczba ta zmniejszyła się, co jest tendencją podobną do obserwowanej obecnie w innych krajach Unii Europejskiej. Największą grupę wnioskodawców stanowili w 2005 r. obywatele Federacji Rosyjskiej, tj. 91% ogółu, z czego zdecydowana większość deklarowało narodowość czeczeńską.

Innym rodzajem napływu na terytorium Polski jest imigracja zarobkowa: legalna, jeżeli pracownik posiada wizę upoważniającą do podjęcia pracy, nielegalna – jeżeli takowej nie posiada. Jak podają statystyki, 2005 r. charakteryzuje się najniższą liczbą wydanych pozwoleń od 1997 r. (zgodę otrzymało 10,3 tys. pracowników, co stanowi spadek w stosunku do roku poprzedniego o 17%). Jest to m.in. spowodowane nowymi regulacjami prawnymi wprowadzonymi po wstąpieniu Polski do UE. Blisko 50% pozwoleń na pracę wydawane jest tylko w województwie mazowieckim i w przeważającej większości dotyczy mężczyzn.

Pracownicy z Ukrainy dominują pod względem liczby udzielanych pozwoleń. Ponadto pracownicy pochodzili z Niemiec, Wietnamu oraz Rosji. Łącznie obywatele z tych krajów (łącznie z Ukrainą) w 2005 r. uzyskali ponad 50% wszystkich pozwoleń.

Napływ pracowników jest zróżnicowany w zależności od tego, skąd przyjeżdżają. Pracownicy z Zachodu pracują na stanowiska kierowniczych i menedżerskich, w sektorach bankowym i finansowym oraz sektorze edukacyjnym (szkolenia i nauka języków obcych). Ta grupa stanowiła i nadal stanowi swego rodzaju elitę, w odróżnieniu od imigrantów ze Wschodu, wśród których obserwuje się przewagę nielegalnego zatrudnienia. Przybysze ze Wschodu pracują głównie w sektorach: budowlanym i remontowym, rolniczym, pomocy domowych (domena obywateli z b. ZSRR z przewagą obywateli Ukrainy) oraz w sektorze gastronomicznym i handlowym (domena obywateli Wietnamu).

Wśród wszystkich cudzoziemców, którzy znajdują zatrudnienie w Polsce, pracownicy legalni stanowią znikomą część. O wiele trudniej jest poddać analizie zakres nielegalnego zatrudnienia cudzoziemców, gdyż brak jest wiarygodnych danych, co do jego skali. Szacunki wahają się od 50 do nawet 500 tys. osób. Zdecydowana większość z nich pozostaje w Polsce przez 3 miesiące, a następnie wraca do swojego kraju.

Globalizacja wpływa na procesy migracyjne. Utrzymanie podziału na migracje stałe i czasowe nie wydaje się już tak znaczące, jak wcześniej. Historia pokazuje, że Polacy na trwale są uczestnikami tych ruchów. Akcesja do UE włączyła Polskę w jeszcze większym stopniu w światowy, ale przede wszystkim europejski system migracyjny. Możliwość swobodnego zatrudnienia obywateli nowej Unii napawała obawą wielu mieszkańców starej „piętnastki”. Byli oni przekonani, że nastąpi masowy napływ obcokrajowców, co stanie się zagrożeniem i dużą konkurencją dla rodzimych pracowników.

Zarówno skala migracji zarobkowych do „starych” państw członkowskich UE po wejściu Polski do Unii nie zmieniła się drastycznie, jak i podstawowe kierunki wyjazdów pozostały podobne, aczkolwiek pojawiły się nowe, wcześniej nie tak istotne.

VI. PRZESTRZENNE ZRÓŻNICOWANIA PROCESÓW DEMOGRAFICZNYCH

Niniejszy fragment raportu prezentuje przestrzenne zróżnicowania podstawowych zjawisk i procesów demograficznych w Polsce w 2005 r. z odniesieniami do trendów zaobserwowanych w okresie 2002-2005. W kolejnych częściach zaprezentowano wybrane elementy kształtujące sytuację demograficzną kraju. W każdej spośród ww. części pokazano:

- stan badanego zjawiska w 2005 r.
- średnioroczny stan badanego zjawiska w okresie 2002-2005 (wszędzie, gdzie to było celowe).

Do określenia trendów zmian wybranych elementów sytuacji demograficznej Polski wybrano lata 2002-2005, ponieważ w tym okresie utrzymywał się względnie stabilny podział administracyjny kraju na poziomie województw, podregionów, a zwłaszcza powiatów. Mimo bardzo dużej pracochłonności tego przedsięwzięcia uznano, iż jest ważne, aby dokonać swobodnego „uwiarygodnienia” jednorocznych obserwacji zmian w sytuacji demograficznej kraju w ujęciu przestrzennym poprzez ich „uśrednienie” choćby dla 4-letniego okresu. Taka analiza wykazała, iż corocznie dokonywane obserwacje przedmiotowych procesów demograficznych w ujęciu przestrzennym nie dają przypadkowych wyników, lecz pokazują rzeczywiste trendy zmian. Wykazują to zawarte w treści niniejszego rozdziału, zestawione po dwie, ryciny dla każdego z badanych zjawisk. Pierwsza rycina, dla każdego badanego elementu sytuacji demograficznej kraju, przedstawia określone zjawisko w 2005 r., a druga – średnioroczny poziom tego samego zjawiska w okresie 2002-2005.

Ze względu na nieustanne modyfikacje podziału administracyjnego kraju, takie analizy są tym trudniejsze, im niższego szczebla podziału terytorialnego kraju dotyczą. W prezentowanym rozdziale, w celu uzyskania porównywalności danych statystycznych (zwłaszcza w skali powiatów), dokonano korekty danych z lat 2002-2004 dostosowując je do podziału administracyjnego z 31.12.2005 roku.

Podstawowymi jednostkami poddawany tutaj analizom przestrzennych zróżnicowań procesów demograficznych są województwa i powiaty.

6.1. Liczba ludności

Dokładne przedstawienie zmian w przestrzennym rozmieszczeniu ludności Polski, zarówno w dłuższym, jak i krótszym okresie, wymaga pracochłonnych przeliczeń danych statystycznych, ponieważ, jak wspomniano na wstępie, dokonywane są nieustannie korekty podziału administracyjnego kraju. Dotyczy to wszystkich szczebli tego podziału: gmin, powiatów, podregionów, a nawet województw.

Tablica 58. Sieć osadnicza Polski w latach 1991, 2001 i 2005 (stan w dniu 31.12)

Wyszczególnienie	1990	1995	2000	2005
Miasta ogółem	830	860	880	887
W tym o liczbie ludności				
poniżej 5000	257	269	287	299
5 000-9 999	177	181	181	187
10 000-19 999	177	178	183	181
20 000-49 999	128	139	137	133
50 000-99 999	48	51	50	48
100 000-99 999	23	22	23	22
200 000 i więcej	20	20	19	17
Miejscowości wiejskie ogółem	56 866	56797	56769	53023
Wsie	42 814	.	42804	42854
Pozostałe miejscowości (kolonie, przysiółki, osady)	14 052	.	13965	10169

Tablica 58. Sieć osadnicza Polski w latach 1991, 2001 i 2005 (stan w dniu 31.12) (dok.)

Wyszczególnienie	1990	1995	2000	2005
Gminy z obszarami wiejskimi ogółem	2121	2168	2171	2171
w tym o liczbie ludności				
poniżej 2000	14	18	20	28
2000-4999	638	679	706	740
5000-6999	641	642	627	606
7000-9999	517	526	507	473
10000 i więcej	311	303	311	324

Źródło: układ własny na podstawie: Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2001 oraz Mały Rocznik Statystyczny 2006, GUS, Warszawa.

Zmiany liczby ludności zamieszkującej w poszczególnych jednostkach podziału administracyjnego kraju są wynikiem procesów demograficznych (przyrost/ubytek rzeczywisty, naturalny, migracje itp.), ale również rezultatem zmian granic badanych jednostek. Już samo określenie zmian liczby mieszkańców miast w latach 1990-2005 jest utrudnione, ponieważ w tym okresie liczba miast w Polsce zwiększyła się o 57, a ponadto, co najmniej kilkadziesiąt miast zmieniło swoje granice administracyjne – por. tablica 58.

Poza ww. trudnościami w określeniu stopnia urbanizacji, mierzonego bezwzględną i względną liczbą mieszkańców miast, w takim ujęciu odnosimy się do formalnego statusu danej jednostki administracyjnej (miasta), więc otrzymujemy w tym zakresie informację o charakterze formalnym, a nie rzeczywistym. Procesy urbanizacji czasami są bardziej zaawansowane na obszarach wiejskich, leżących w zasięgu oddziaływania wielkich miast, niż w małych, peryferyjnie położonych miasteczkach. Tak, więc formalnie rzecz biorąc, liczba ludności miejskiej w Polsce w okresie 1990-2005 zmniejszyła się z około 23,615 mln do 23,424 mln.

Liczba miejscowości wiejskich zmniejszyła się w tym okresie z 56866 do 53023, ale jednocześnie liczba mieszkańców wsi wzrosła z 14,569 mln do 14,733 mln (tab. 59).

Tablica 59. Zmiany liczby ludności miejskiej i wiejskiej w latach 1990-2005

Ludność	1990		1995		2000		2005	
	w tys.	w % ogółu ludności	w tys.	w % ogółu ludności	w tys.	w % ogółu ludności	w tys.	w % ogółu ludności
Polska								
Ogółem	38183,2	100,0	38609,4	100,0	38644,2	100,0	38157,1	100,0
Miasta								
Ogółem	23614,5	61,8	23876,7	61,8	23876,5	61,8	23423,7	61,4
Poniżej 5000	803,2	2,1	826,6	2,1	882,9	2,3	914,1	2,4
5 000-9 999	1252,4	3,3	1275,0	3,3	1285,2	3,3	1338,3	3,5
10 000-19 999	2551,9	6,6	2551,1	6,6	2680,2	6,9	2663,7	7,0
20 000-49 999	3963,2	10,4	4217,2	10,9	4221,9	10,9	4157,7	10,9
50 000-99 999	3230,6	8,5	3422,8	8,9	3359,4	8,7	3290,4	8,6
100 000-199 999	3012,5	7,9	2854,9	7,4	3043,5	7,9	3065,7	8,0
200 000 i więcej	8880,7	23,0	8729,1	22,6	8403,4	21,8	7993,8	21,0
Wieś								
Ogółem	14568,7	38,2	14732,7	38,2	14767,7	38,2	14733,4	38,6
Gminy według liczby ludności wiejskiej								
Poniżej 2 000	19,2	0,1	25,9	0,1	29,7	0,1	43,4	0,1
2 000-4 999	2506,7	6,6	2654,3	6,9	2747,6	6,6	2854,2	7,5
5 000-6 999	3803,5	9,9	3803,7	9,9	3723,4	9,9	3594,8	9,4
7 000-9 999	4281,0	11,2	4359,3	11,3	4212,9	11,2	3931,3	10,3
10 000 i więcej	3958,3	10,4	3889,5	10,1	4054,1	10,4	4309,7	11,3

Źródło: układ własny na podstawie Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2001 oraz Mały Rocznik Statystyczny 2006, GUS, Warszawa.

6.2. Gęstość zaludnienia

W Polsce występują względnie duże zróżnicowania przestrzenne gęstości zaludnienia, przy czym nie dotyczy to wyłącznie oczywistych różnic między obszarami miast i obszarami wiejskimi. Obie grupy jednostek osadniczych są pod tym względem silnie zróżnicowane wewnątrz.

W grupie miast zróżnicowania przeciętnego poziomu gęstości zaludnienia zawierają się w przedziale od kilkuset do kilku tysięcy osób/km². Spośród ogółu około 10% miast wykazuje gęstość zaludnienia poniżej 200 osób/km², około 20% – od 200 do 500 osób/km², około 25% – od 500 do 1000 osób/km², a niespełna 50% miast wykazuje przeciętny poziom gęstości zaludnienia wyższy niż 1000 osób/km². Zgodnie z oczekiwaniami, poziom gęstości zaludnienia w miastach jest silnie skorelowany z ich wielkością mierzoną liczbą ludności. Można również zauważyć intensywniejsze wykorzystanie przestrzeni w „starych” miastach, szczególnie tych znajdujących się w zachodniej części kraju. Przedstawiony 5-krotny zakres zróżnicowań w tej mierze (po odrzuceniu przypadków skrajnych) wskazuje, iż miasta różnią się wyraźnie predyspozycjami „rozwojowymi”.

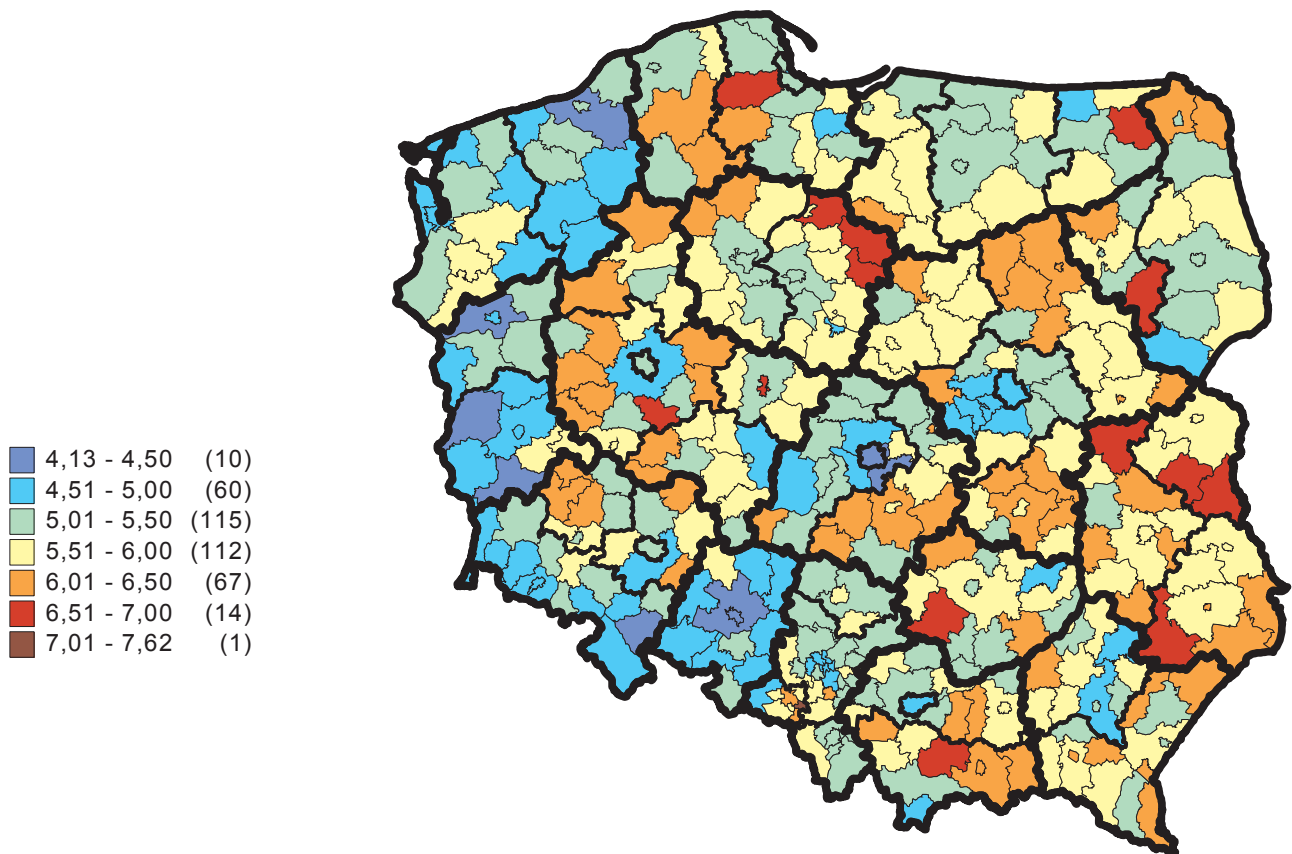
Na obszarach wiejskich w Polsce gęstość zaludnienia wynosi od kilkunastu do kilkuset osób/km². Na około 2170 gmin z obszarami wiejskimi w co szóstej na 1 km² przypada mniej niż 30 mieszkańców, ponad połowa tego typu jednostek wykazuje zaludnienie w granicach 30-75 osób/km², prawie co piąta ma po 75-150 osób/km², a tylko co dwudziesta więcej niż 150 osób/km². Najniższą w skali kraju gęstość zaludnienia wykazują przygraniczne obszary wiejskie województw wschodnich i zachodnich, przy czym te strefy najniższej gęstości zaludnienia wyraźnie rozszerzają się na północy kraju. W wyniku takiego układu obszary o najwyższej gęstości zaludnienia tworzą wielki trójkąt, którego podstawą są wszystkie niemal województwa południowe, a wierzchołkiem centralna część województwa pomorskiego.

6.3. Przyrost i ubytek rzeczywisty ludności

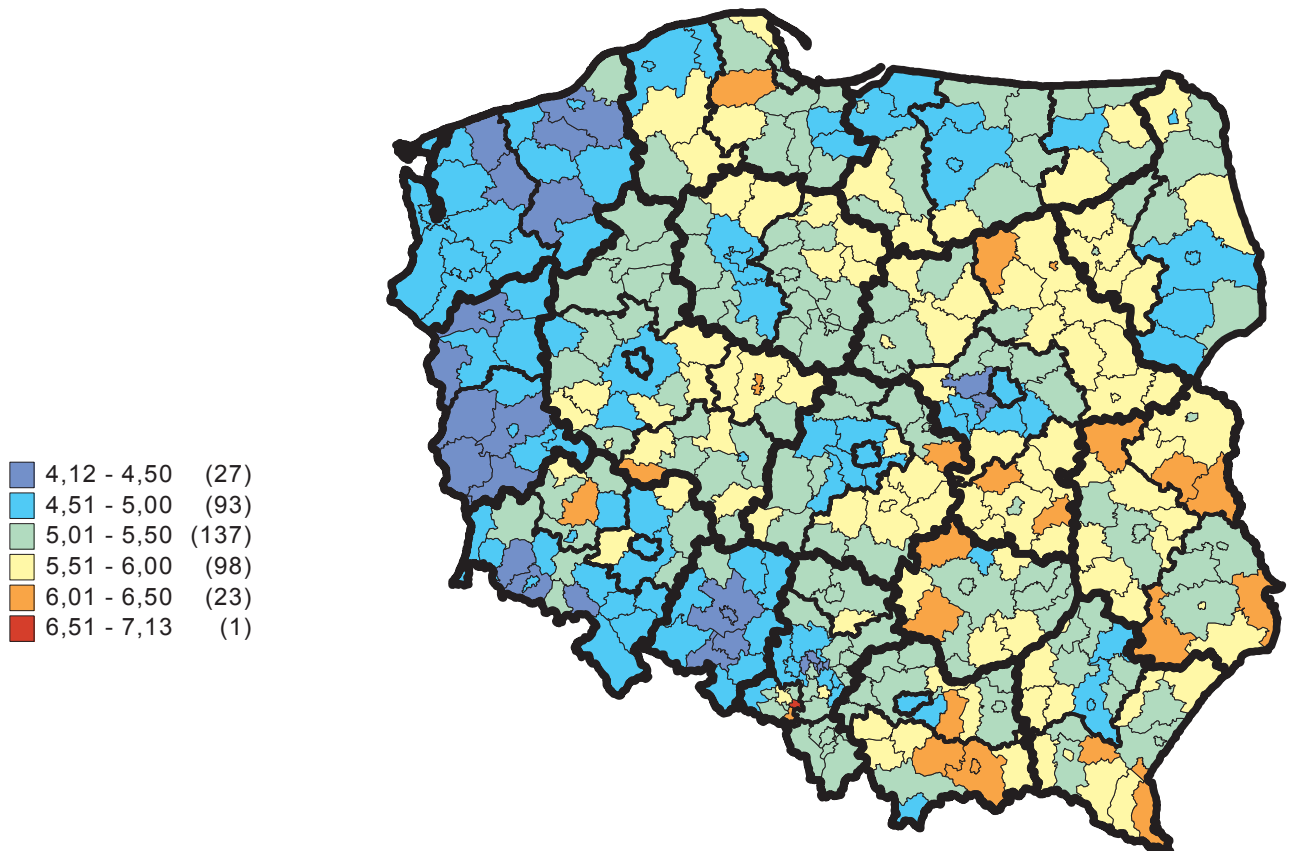
Precyzyjne określenie przyrostu i ubytku rzeczywistego ludności na obszarze poszczególnych jednostek administracyjnych kraju wymaga dysponowania porównywalnymi danymi statystycznymi dla danego okresu – tzn. takimi, w których wyeliminowano wpływ dokonywanych zmian podziału administracyjnego.

Okres transformacji ustrojowej uruchomił, przybierające współcześnie na sile, procesy dostosowań rozmieszczenia potencjału demograficznego do zachodzących przemian gospodarczych. Stwierdzony ogólny ubytek rzeczywisty ludności Polski jest wypadkową zwiększenia liczby ludności na jednych obszarach i wyraźnego zmniejszenia się liczby mieszkańców innych terenów. W tablicy 60 przedstawiono przyrost i ubytek rzeczywisty ludności w 2005 r. w poszczególnych województwach. W dziewięciu województwach odnotowano ubytek ludności, podczas gdy w sześciu zauważa się jej przyrost. Najbardziej znaczące zmniejszenie liczby mieszkańców nastąpiło w regionach przeżywających różnego typu trudności rozwojowe. Należą do nich: łódzkie, świętokrzyskie, opolskie, śląskie, dolnośląskie oraz podlaskie i lubelskie. Jak widać są to województwa Polski południowo-zachodniej, centralnej, a także wschodniej. Znaczący przyrost rzeczywisty ludności zanotowano tylko w regionach, na których terenie znajdujemy rozwijające się, duże aglomeracje (obszary metropolitalne): mazowieckie – Warszawa, pomorskie – Trójmiasto, wielkopolskie – Poznań, małopolskie – Kraków. Przedstawiona powyżej obserwacja dla 2005 r. nie jest zapisem sytuacji incydentalnej. W tablicy 60 pokazano również średnioroczny przyrost/ubytek ludności przeliczony na 1000 mieszkańców dla okresu 2002-2005. Te (uwiarygodnione przez uśrednienie) obserwacje do-

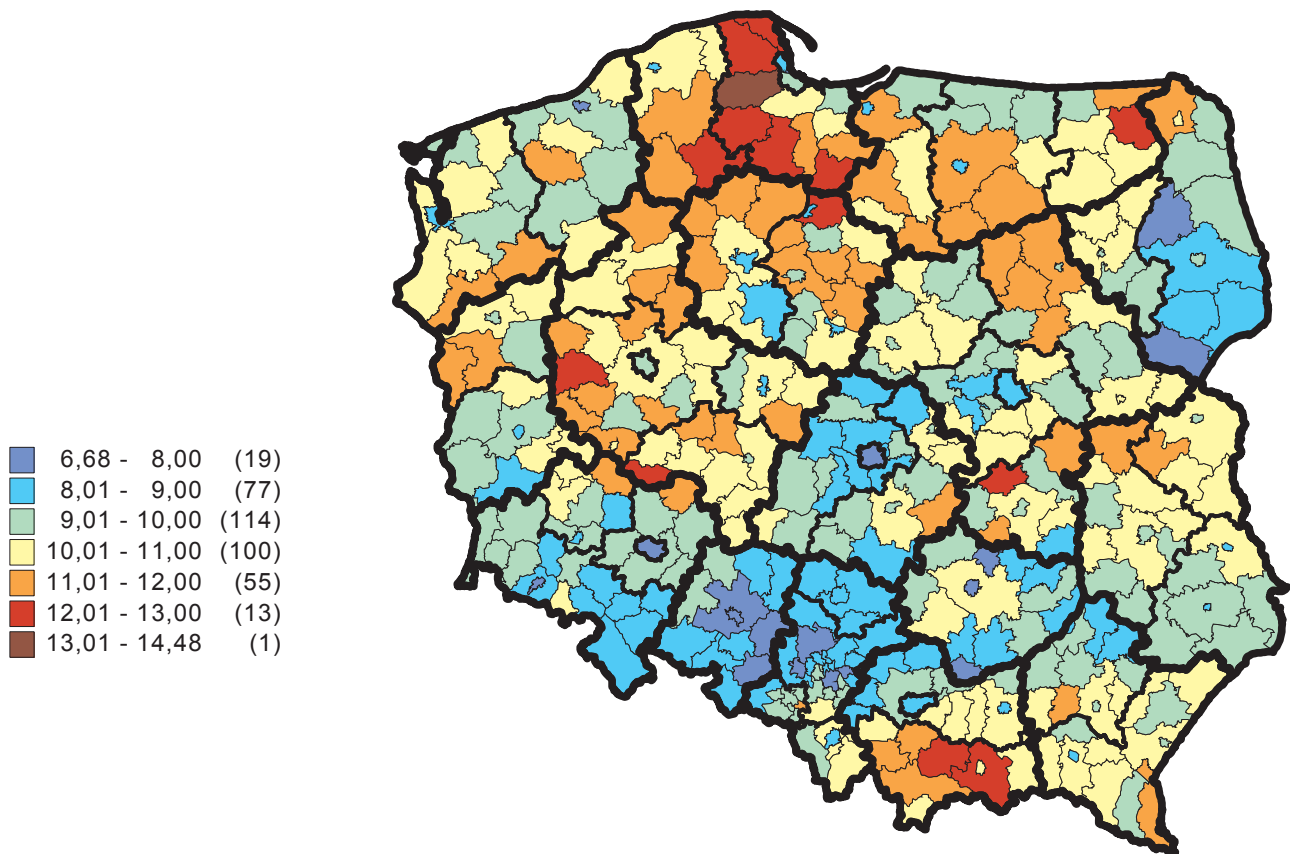
Ryc. 4. Liczba małżeństw zawartych w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)



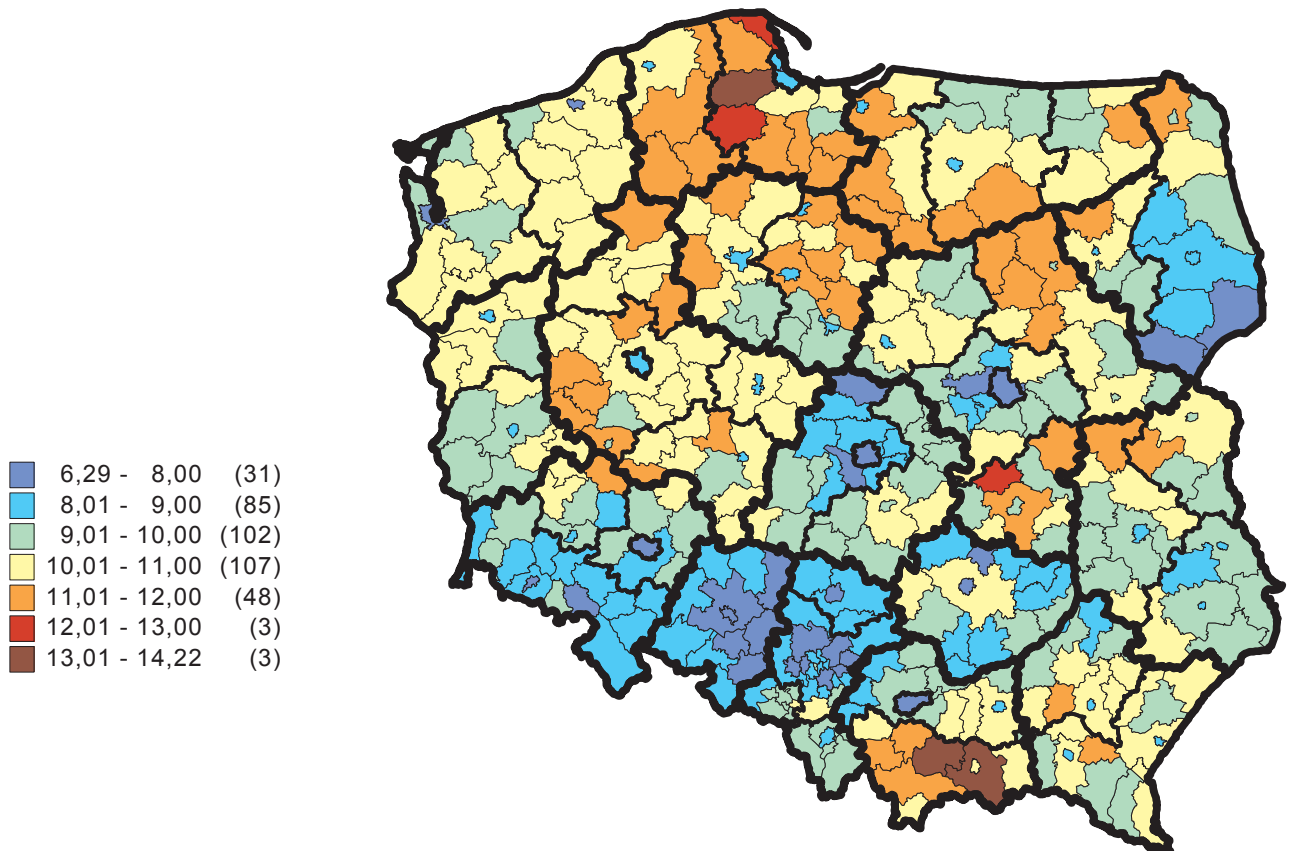
Ryc. 5. Średnioroczna liczba małżeństw zawartych w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)



Ryc. 6. Liczba urodzeń żywych w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)



Ryc. 7. Średnioroczna liczba urodzeń żywych w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)



tyczące przyrostu/ubytku rzeczywistego ludności dla okresu 2002-2005 są ogólnie zgodne (mimo wyższego poziomu miernika) ze zmianami zaobserwowanymi w 2005 roku.

Tablica 60. Przyrost i ubytek rzeczywisty ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw

Przyrost i ubytek rzeczywisty ludności na 1000 mieszkańców			
nazwa	w 2005 r.	nazwa	średniorocznie w okresie 2002-2005
Łódzkie	-3,96	Opolskie	-12,82
Opolskie	-3,92	Łódzkie	-11,47
Śląskie	-3,19	Śląskie	-9,67
Świętokrzyskie	-2,86	Świętokrzyskie	-8,39
Lubelskie	-2,54	Lubelskie	-7,91
Podlaskie	-2,28	Podlaskie	-6,64
Dolnośląskie	-1,67	Dolnośląskie	-5,67
Polska	-0,44	Podkarpackie	-3,22
Zachodniopomorskie	-0,41	Zachodniopomorskie	-2,09
Warmińsko-mazurskie	-0,08	Polska	-1,61
Kujawsko-pomorskie	0,00	Kujawsko-pomorskie	-0,44
Lubuskie	0,03	Warmińsko-mazurskie	0,11
Podkarpackie	0,14	Lubuskie	0,99
Małopolskie	1,84	Wielkopolskie	5,11
Wielkopolskie	2,12	Mazowieckie	5,68
Pomorskie	2,28	Pomorskie	7,06
Mazowieckie	2,28	Małopolskie	8,95

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Obserwacja przyrostu/ubytku rzeczywistego ludności (w przeliczeniu na 1000 mieszkańców) w skali powiatów w 2005 r. umożliwia wstępne zidentyfikowanie obszarów rozwoju i regresu demograficznego (por. ryciny 2 i 3). Najwyższym przyrostem ludności charakteryzowały się, niemal bez wyjątku, wszystkie powiaty otaczające największe miasta Polski, w tym szczególnie stolice regionów. Jest rzeczą ciekawą, iż w samych tych „ośrodkach regionalnych” (w większości przypadków) odnotowuje się zmniejszenie liczby ludności. Największy względny przyrost ludności na obszarach aglomeracyjnych występuje w rejonie Warszawy, Trójmiasta, Poznania, aglomeracji bydgosko-toruńskiej, Szczecina, Gorzowa Wielkopolskiego, Wrocławia i Krakowa. Wyraźnie mniejszy przyrost względny ludności wykazują powiaty otaczające Białystok, Lublin, Kielce, Rzeszów i Zieloną Górę. W uproszczeniu można stwierdzić, że przyrost rzeczywisty ludności następuje tylko na obszarach podmiejskich dużych miast (stolice regionów, największe ośrodki subregionalne) – por. rycina 2. Wszystkie pozostałe, położone „peryferyjnie” powiaty wykazują w 2005 r. ubytek rzeczywisty ludności. Odstępstwa od tej reguły dotyczą tylko względnie prężnych demograficznie województw Polski południowo-wschodniej (podkarpackie, małopolskie) oraz części Ziem Zachodnich i Północnych (warmińsko-mazurskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie).

W skali powiatów rozpiętość poziomu względnego przyrostu/ubytku rzeczywistego ludności w 2005 r. była bardzo duża: w trzynastu powiatach ubytek ten wynosił od 13 do 17 promili, natomiast w pięciu powiatach przyrost rzeczywisty ludności wynosił 16-25 promili.

Opisana powyżej sytuacja dla roku 2005 znajduje potwierdzenie w obserwacji dla okresu 2002-2005 – por. rycina 3. W tym okresie jeszcze wyraźniej rysował się przyrost ludności w powiatach związanych z największymi miastami Polski (stolice województw, ośrodki subregionalne).

6.4. Małżeństwa

Liczba zawieranych małżeństw jest w znacznej części pochodną struktury wiekowej ludności danego obszaru oraz jego specyfiki społecznej. Na poziomie regionalnym w 2005 r. nie stwierdza się dużych różnic w liczbie zawieranych małżeństw w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – por. tablica 61.

Najniższy poziom tego wskaźnika (4,7-5,0) odnotowano w województwach południowo-zachodnich (opolskie, lubuskie, zachodniopomorskie), nieco wyższy w województwach centralnych (łódzkie, mazowieckie) oraz w podlaskim. Najwięcej małżeństw w przeliczeniu na 1000 mieszkańców zawarto w województwach wschodnich i południowo-wschodnich (lubelskie, podkarpackie) oraz wielkopolskim i kujawsko-pomorskim. Analogiczna sytuacja do opisanej powyżej, średnio biorąc, występowała w całym okresie 2002-2005.

Obserwując omawiane zjawisko w skali powiatów (por. ryciny 4 i 5) można zauważyć, że najmniejsza intensywność zawierania związków małżeńskich występowała w większości powiatów należących do regionów zachodnich i północno-zachodnich kraju. Również najmniejszą liczbą małżeństw w przeliczeniu na 1000 mieszkańców charakteryzowała się większość powiatów grodzkich oraz związanych funkcjonalnie z nimi powiatów ziemskich.

Tablica 61. Liczba małżeństw zawartych w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw

Liczba małżeństw zawartych na 1000 mieszkańców			
nazwa	w 2005 r.	nazwa	średniorocznie w okresie 2002-2005
Opolskie	4,74	Opolskie	4,53
Lubuskie	4,88	Lubuskie	4,55
Zachodniopomorskie	4,98	Zachodniopomorskie	4,61
Łódzkie	5,18	Dolnośląskie	4,87
Dolnośląskie	5,24	Łódzkie	5,06
Mazowieckie	5,38	Śląskie	5,07
Podlaskie	5,42	Polska	5,15
Polska	5,42	Podlaskie	5,15
Śląskie	5,42	Pomorskie	5,19
Warmińsko-mazurskie	5,47	Kujawsko-pomorskie	5,19
Pomorskie	5,49	Warmińsko-mazurskie	5,20
Małopolskie	5,53	Mazowieckie	5,22
Świętokrzyskie	5,57	Wielkopolskie	5,29
Podkarpackie	5,62	Małopolskie	5,31
Wielkopolskie	5,62	Podkarpackie	5,43
Kujawsko-pomorskie	5,63	Świętokrzyskie	5,45
Lubelskie	5,96	Lubelskie	5,57

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Rozpiętość omawianego miernika w 2005 r. w skali powiatów (por. rycina 4) była dość znacząca: od 4,13 do 7,62 małżeństw na 1000 ludności. Podobny obraz zróżnicowań przestrzennych częstości zawierania małżeństw stwierdzono w całym okresie 2002-2005 – por. rycina 5. Wówczas to w dwudziestu siedmiu powiatach najniższy poziom omawianego miernika wynosił od 4,1 do 4,5, a najwyższy (6,0–7,0) odnotowano w dwudziestu czterech powiatach.

6.5. Urodzenia

Ogólnemu (bezwzględnemu i względnemu) zmniejszeniu się liczby urodzeń w Polsce w latach 1990-2005, towarzyszy duże zróżnicowanie przestrzenne poziomu urodzeń (podobnie jak to ma miejsce w przypadku przyrostu/ubytku rzeczywistego ludności).

Na poziomie regionalnym najmniej urodzeń żywych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (8,1-9,0) stwierdzono w województwach południowo-zachodnich (opolskie, śląskie, dolnośląskie) oraz centralnych (łódzkie, świętokrzyskie). Najwyższy poziom tego miernika (około 10 urodzeń żywych na 1000 mieszkańców) wystąpił w 2005 r. w województwach północnych i północno-zachodnich (pomorskie, warmińsko-mazurskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie, lubuskie) oraz w województwie małopolskim. Ta jednoroczna obserwacja (2005 r.) poziomu nasilenia liczby urodzeń, znajduje potwierdzenie w średniorocznym poziomie miernika dla okresu 2002-2005 (por. tablica 62).

Tablica 62. Liczba urodzeń żywych w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw

Liczba urodzeń żywych na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie w okresie 2002-2005
Opolskie	8,11	Opolskie	7,90
Śląskie	8,70	Śląskie	8,46
Łódzkie	8,77	Dolnośląskie	8,55
Dolnośląskie	8,90	Łódzkie	8,58
Świętokrzyskie	8,93	Świętokrzyskie	8,93
Podlaskie	9,18	Podlaskie	9,09
Zachodniopomorskie	9,51	Mazowieckie	9,30
Polska	9,55	Polska	9,33
Mazowieckie	9,69	Zachodniopomorskie	9,35
Podkarpackie	9,78	Lubuskie	9,54
Lubelskie	9,79	Lubelskie	9,62
Lubuskie	9,82	Kujawsko-pomorskie	9,77
Kujawsko-pomorskie	9,89	Podkarpackie	9,87
Małopolskie	9,94	Małopolskie	9,88
Warmińsko-mazurskie	10,34	Wielkopolskie	10,07
Wielkopolskie	10,47	Warmińsko-mazurskie	10,25
Pomorskie	10,65	Pomorskie	10,38

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Na rycinach 6 i 7 przedstawiono w skali powiatów liczbę urodzeń żywych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, odpowiednio dla: 2005 r. oraz średniorocznie dla okresu 2002-2005. Najwyższy poziom omawianego miernika w 2005 r. (11-14) wykazywały nie-

mal bez wyjątku powiaty leżące na terenie województw: warmińsko-mazurskiego, pomorskiego, kujawsko-pomorskiego, wielkopolskiego oraz części podkarpackiego i mazowieckiego. Nieco mniejszą liczbę urodzeń na 1000 mieszkańców odnotowano w powiatach części województw: lubelskiego i podkarpackiego. Zdecydowanie najniższy poziom urodzeń żywych na 1000 mieszkańców (6-9) występował w powiatach całej wschodniej połowy województwa podlaskiego, przeważającej części województwa łódzkiego, południowej części województwa dolnośląskiego oraz na niemal całym terytorium województw: opolskiego i śląskiego. Podobnie niski poziom tego zjawiska występował w 2005 r. niemal we wszystkich powiatach grodzkich (czyli największych miastach Polski).

W 2005 r. rozpiętość omawianego wskaźnika wahała się od około 6-8 (w dziewiętnastu powiatach) do 12-14 w czternastu powiatach. Analogiczna sytuacja co do rozkładu zróżnicowań przestrzennych jak i poziomu analizowanego miernika występowała średnio biorąc w okresie 2002-2005 – por. rycina 7.

6.6. Umieralność niemowląt

W ostatniej dekadzie w Polsce odnotowano wyraźne zmniejszenie liczby zgonów niemowląt w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych. Poziom tego miernika jest jednak nadal niepokojąco wysoki. Dodatkowo, już w skali regionalnej, występują bardzo duże różnice w tym zakresie (tablica 63).

W 2005 r. najmniejszą liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych (5-6) odnotowano w województwach: opolskim, podlaskim, małopolskim, wielkopolskim oraz świętokrzyskim, pomorskim i mazowieckim. Z kolei powyżej 7 zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych, zaobserwowano w zachodniopomorskim, podkarpackim, lubelskim i śląskim.

Nieco inny układ zróżnicowań przestrzennych tego zjawiska rysuje się, gdy weźmiemy pod uwagę jego średnioroczny poziom dla okresu 2002-2005. Najmniejsza liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych (5-6) występowała w województwach: opolskim, warmińsko-mazurskim i małopolskim. Najgorzej w omawianej dziedzinie (7,5-8,3 zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych) było w województwach: dolnośląskim, śląskim, lubelskim, kujawsko-pomorskim i lubuskim.

Próba interpretacji tych zróżnicowań na poziomie regionalnym jest właściwie niemożliwa, ponieważ nasilenie tego zjawiska na poziomie wojewódzkim jest wypadkową lokalnych uwarunkowań, przede wszystkim w zakresie stanu środowiska oraz dostępności placówek ochrony zdrowia. W związku z tym wskazać tu jednak można niższy względny poziom zgonów niemowląt, w regionach ekologicznie czystszych, a także tych lepiej wyposażonych w infrastrukturę społeczną.

Tablica 63. Liczba zgonów niemowląt w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych – wg województw

Liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie w okresie 2002-2005
Opolskie	4,94	Opolskie	4,93
Podlaskie	5,63	Warmińsko-mazurskie	5,58
Małopolskie	5,82	Małopolskie	6,01
Wielkopolskie	5,86	Mazowieckie	6,29
Świętokrzyskie	5,92	Świętokrzyskie	6,49
Pomorskie	6,02	Wielkopolskie	6,54
Mazowieckie	6,02	Podlaskie	6,56
Łódzkie	6,15	Łódzkie	6,67
Lubuskie	6,15	Pomorskie	6,92

Tablica 63. Liczba zgonów niemowląt w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych – wg województw (dok.)

Liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie w okresie 2002-2005
Warmińsko-mazurskie	6,36	Polska	6,94
Polska	6,42	Podkarpackie	7,26
Kujawsko-pomorskie	6,65	Zachodniopomorskie	7,36
Dolnośląskie	6,92	Lubuskie	7,51
Zachodniopomorskie	7,08	Kujawsko-pomorskie	7,61
Podkarpackie	7,26	Lubelskie	7,68
Lubelskie	7,31	Śląskie	8,13
Śląskie	7,43	Dolnośląskie	8,25

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Na rycinie 8 przedstawiono w skali powiatów liczbę zgonów niemowląt w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych w 2005 roku. Jak widać, nie występują tam wyraźne prawidłowości w zakresie zróżnicowań przestrzennych omawianego zjawiska. Można jednak zauważyć niższy poziom analizowanego miernika niemal we wszystkich powiatach grodzkich, [z wyjątkiem tych na obszarze województwa śląskiego. Do grupy jednostek o względnie niższym poziomie tego wskaźnika należy również większość powiatów okalających największe miasta. Natomiast niepokojąco wysoki względny poziom zgonów niemowląt zdaje się być powiązany przynajmniej z częścią powiatów przeżywających trudności strukturalne – styk województw: pomorskiego i zachodniopomorskiego, zachodniopomorskiego i lubuskiego, północna część województwa kujawsko-pomorskiego, fragmenty województwa warmińsko-mazurskiego, znaczna część powiatów województwa dolnośląskiego, podkarpackiego (Bieszczady), mazowieckiego (Radom i okolice), lubelskiego i podlaskiego.

Szczególnie niepokojąca sytuacja zdaje się występować na styku województwa śląskiego i małopolskiego, gdzie – mimo wysokiego nasycenia placówkami służby zdrowia oraz ich dobrej dostępności – utrzymuje się wysoki poziom zgonów niemowląt w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych. Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, iż jest to rezultat wpływu zdegradowanego środowiska na warunki życia mieszkańców.

Podobny do stwierdzonego w 2005 r. obraz zróżnicowań przestrzennych nasilenia omawianego problemu odnotowuje się średnio biorąc w całym okresie 2002-2005. W skali powiatów zróżnicowanie poziomu umieralności niemowląt (w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych) w 2005 r. wynosi od 0 (wielkość incydentalna) aż do 24. Uśredniony poziom tych zróżnicowań dla okresu 2002-2005 w skali powiatów jest także duży. Wynosi od około 2 do ponad 16 zgonów na 1000 urodzeń żywych – por. ryciny 8 i 9.

6.7. Przyrost i ubytek naturalny ludności

Podobnie jak to jest w przypadku przyrostu/ubytku rzeczywistego ludności, także przyrost/ubytek naturalny ludności, określony w skali ogólnopolskiej, jest wypadkową głębokich zróżnicowań występujących w tym zakresie na różnych obszarach kraju. W szczególności rejestrowany od kilku lat ubytek naturalny ludności Polski (przewaga liczby zgonów nad liczbą urodzeń) nie jest zjawiskiem powszechnym na całym terytorium. Już w dezagregacji regionalnej dla 2005 r. stwierdza się występowanie w połowie województw ubytku naturalnego ludności, zaś w pozostałych – przyrostu naturalnego ludności (tabl. 64).

Najwyższy poziom ubytku naturalnego ludności w przeliczeniu na 1000 mieszkańców rejestruje się w województwach: łódzkim (-3,3), świętokrzyskim (-1,7) i śląskim (-1,2). Ogólnie tego rodzaju ubytek ludności wykazują województwa południowo-zachodnie (śląskie, dolnośląskie, opolskie) oraz centralne i wschodnie (łódzkie, świętokrzyskie, lubelskie, podlaskie i mazowieckie). Na przeciwległym biegunie znajdują się województwa wykazujące wyraźny przyrost naturalny ludności w przeliczeniu na 1000 mieszkańców: pomorskie (2,2), warmińsko-mazurskie (1,7), wielkopolskie (1,5). Uogólniając, przyrost naturalny występuje w województwach północnych (warmińsko-mazurskie, pomorskie), południowo-wschodnich (podkarpackie, małopolskie) oraz zachodnich (wielkopolskie, lubuskie).

Podobny do zarejestrowanego w 2005 r. obraz międzyregionalnych zróżnicowań nasilenia przyrostu/ubytku naturalnego ludności zaobserwowano średniorocznie w okresie 2002-2005.

Tablica 64. Przyrost i ubytek naturalny ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw

Przyrost i ubytek naturalny ludności na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Łódzkie	-3,36	Łódzkie	-3,30
Świętokrzyskie	-1,67	Świętokrzyskie	-1,56
Śląskie	-1,18	Śląskie	-1,21
Dolnośląskie	-1,00	Dolnośląskie	-1,16
Opolskie	-0,93	Opolskie	-0,97
Lubelskie	-0,84	Lubelskie	-0,83
Podlaskie	-0,70	Mazowieckie	-0,74
Mazowieckie	-0,34	Podlaskie	-0,62
Polska	-0,10	Polska	-0,20
Zachodniopomorskie	0,50	Zachodniopomorskie	0,47
Kujawsko-pomorskie	0,51	Kujawsko-pomorskie	0,48
Lubuskie	0,77	Lubuskie	0,68
Podkarpackie	1,07	Wielkopolskie	0,99
Małopolskie	1,08	Małopolskie	1,15
Wielkopolskie	1,50	Podkarpackie	1,28
Warmińsko-mazurskie	1,65	Warmińsko-mazurskie	1,73
Pomorskie	2,24	Pomorskie	2,07

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Powyżej przedstawiony układ międzywojewódzkich zróżnicowań w sposób jeszcze wyraźniejszy stwierdza się w skali powiatów. Przyrost naturalny ludności koncentruje się w tego typu jednostkach leżących na obszarze województw: pomorskiego, wielkopolskiego oraz przeważającej części warmińsko-mazurskiego, kujawsko-pomorskiego, małopolskiego, a także zachodniopomorskiego i podkarpackiego. Z kolei największy ubytek naturalny ludności wykazują powiaty wschodniej części województwa podlaskiego oraz łódzkiego, opolskiego, śląskiego, lubelskiego, dużych fragmentów województwa mazowieckiego i dolnośląskiego. Również przeważająca część powiatów grodzkich (największych miast polskich) wykazuje ubytek naturalny ludności.

Porównanie rycin 10 i 11 wskazuje, że przestrzenne zróżnicowania omawianego zjawiska w 2005 r. są podobne do stwierdzonego w okresie 2002-2005. Poziom zróżnicowań

międzypowiatowych omawianego wskaźnika jest bardzo duży i średniorocznie dla okresu 2002-2005 wynosi: od ubytku na poziomie -6 do -5 promili w pięciu powiatach do przyrostu na poziomie 5-7 promili – również w pięciu powiatach.

6.8. Struktura ludności według płci i wieku

W tablicy 65 przedstawiono międzyregionalne zróżnicowania struktury ludności według ekonomicznych grup wieku. Najniższy udział ludności w wieku przedprodukcyjnym (19-20%) wykazują województwa południowo-zachodnie: śląskie, dolnośląskie, opolskie oraz województwa centralne: łódzkie, mazowieckie. Z kolei najwyższy udział takiej ludności (22-23%) występuje w województwach północnych: warmińsko-mazurskie, pomorskie oraz województwach wschodnich i południowo-wschodnich: podkarpackie, małopolskie, podlaskie.

Najniższy udział ludności w wieku produkcyjnym (około 62%) występuje w województwach tzw. „ściany wschodniej”: podlaskie, lubelskie, podkarpackie, a także w świętokrzyskim. Widać więc tu wyraźne osłabienie potencjału demograficznego wschodniej, słabiej rozwiniętej gospodarczo części Polski. Natomiast najwyższy udział ludności w wieku produkcyjnym (65-66%) zaobserwować można w województwach zachodnich i południowo-zachodnich: dolnośląskim, zachodniopomorskim, lubuskim, śląskim, opolskim i wielkopolskim. Jak widać, rozmiary tych zróżnicowań nie są bardzo duże, aczkolwiek wyraźnie sygnalizują „podażanie” ludności w wieku produkcyjnym za miejscami pracy.

Istotnym z punktu widzenia perspektyw rozwoju społeczno-gospodarczego poszczególnych regionów jest udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności. Dane zawarte w tablicy 65 pokazują, iż w przypadku województw: łódzkiego, mazowieckiego, opolskiego i śląskiego największy udział ludności w wieku poprodukcyjnym, współwystępuje (16-17%) z najniższym udziałem ludności w wieku przedprodukcyjnym. Może to wskazywać na zapoczątkowanie na niektórych obszarach procesów deformacji struktur demograficznych prowadzących do postępującego „starzenia się” regionalnych i subregionalnych społeczności.

Z kolei najniższy udział ludności w wieku poprodukcyjnym (13,5-14%) występuje w województwach zachodnich i północnych: warmińsko-mazurskie, lubuskie, wielkopolskie, pomorskie, zachodniopomorskie.

Tablica 65. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w 2005 r. – według województw

Ludność w wieku przedprodukcyjnym		Ludność w wieku produkcyjnym		Ludność w wieku poprodukcyjnym	
województwo	% ogółu	województwo	% ogółu	województwo	% ogółu
Łódzkie	18,9	Podlaskie	61,7	Warmińsko-mazurskie	13,4
Śląskie	18,9	Lubelskie	61,9	Lubuskie	13,5
Dolnośląskie	18,9	Podkarpackie	62,0	Wielkopolskie	13,8
Opolskie	19,6	Świętokrzyskie	62,4	Pomorskie	13,9
Mazowieckie	19,7	Małopolskie	62,7	Zachodniopomorskie	14,0
Zachodniopomorskie	20,4	Mazowieckie	63,5	Kujawsko-pomorskie	14,4
Świętokrzyskie	20,6	Łódzkie	63,9	Podkarpackie	14,9
Polska	20,6	Polska	64,0	Polska	15,4
Lubuskie	21,1	Warmińsko-mazurskie	64,1	Dolnośląskie	15,5
Kujawsko-pomorskie	21,4	Kujawsko-pomorskie	64,3	Małopolskie	15,5
Lubelskie	21,6	Pomorskie	64,3	Śląskie	15,7
Wielkopolskie	21,6	Wielkopolskie	64,6	Opolskie	15,7
Podlaskie	21,7	Opolskie	64,7	Lubelskie	16,5

Tablica 65. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w 2005 r. – według województw (dok.)

Ludność w wieku przedprodukcyjnym		Ludność w wieku produkcyjnym		Ludność w wieku poprodukcyjnym	
województwo	% ogółu	województwo	% ogółu	województwo	% ogółu
Pomorskie	21,8	Śląskie	65,4	Podlaskie	16,6
Małopolskie	21,8	Lubuskie	65,4	Mazowieckie	16,8
Warmińsko-mazurskie	22,5	Zachodniopomorskie	65,6	Świętokrzyskie	17,0
Podkarpackie	23,1	Dolnośląskie	65,6	Łódzkie	17,2

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika. Kolorem ciemno-szarym zaznaczono województwa o najwyższym udziale ludności w wieku przedprodukcyjnym, a jasno-szarym województwa o najniższym udziale takiej ludności w populacji regionu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

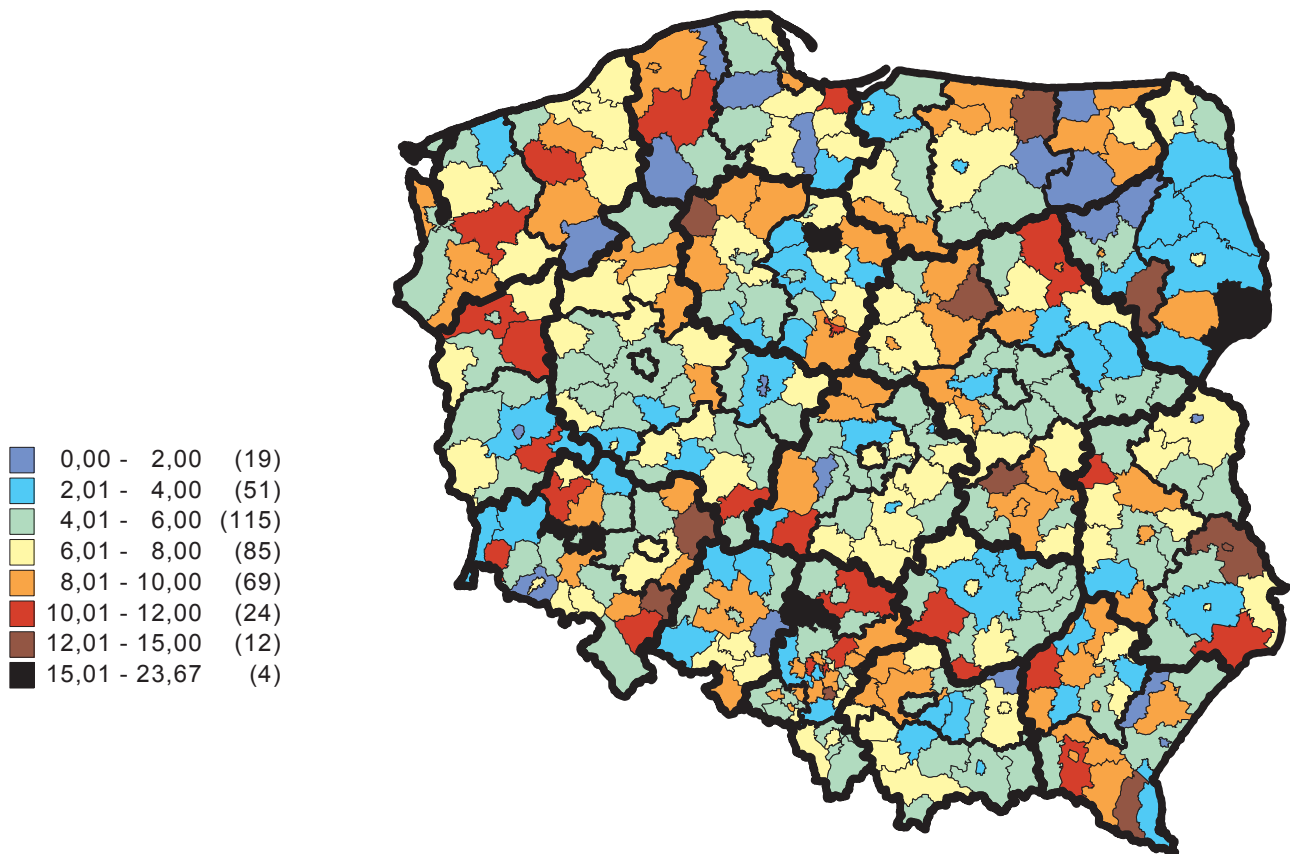
Międzypowiatowe zróżnicowania struktury ludności według ekonomicznych grup wieku przedstawiono na rycinach 12, 13, 14. Najwyższym udziałem ludności w wieku przedprodukcyjnym (por. rycina 12) wyróżniają się niemal bez wyjątku obszary północno-zachodniej połowy kraju. Wyraźnymi „wyspami” o niższym udziale takiej ludności na tym obszarze są tylko tamtejsze duże i największe miasta oraz fragmenty województw: dolnośląskiego na południu oraz podlaskiego na północy. Drugim zwartym obszarem o najwyższym udziale ludności w wieku przedprodukcyjnym są województwa południowo-wschodnie: podkarpackie oraz małopolskie. Również wyższy od otoczenia udział takiej ludności występuje w pasie gmin rozciągającym się poprzez południową część województwa mazowieckiego oraz fragmenty województw lubelskiego i świętokrzyskiego. Z kolei najniższy udział dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności występuje niemal w całej środkowej i wschodniej Polsce (mazowieckie, łódzkie, podlaskie, lubelskie) oraz w województwach południowych: śląskim, opolskim i dolnośląskim.

Pod względem udziału ludności w wieku produkcyjnym zróżnicowania przestrzenne kształtują się odmiennie – por. rycina 13. Najwyższym udziałem takiej ludności wyróżnia się niemal w całości zachodnia połowa kraju, a szczególnie duże miasta i aglomeracje miejskie. Najogólniej biorąc, granicą podziału jest tu linia biegnąca od aglomeracji katowickiej do Łodzi, Warszawy i dalej do Olsztyna. Tereny leżące na wschód od tej linii mają wyraźnie osłabiony potencjał ludnościowy w tym względzie. Wyjątkami są tam tylko niektóre miasta, szczególnie duże. Porównując stan z lat 1991 i 2005 widać wyraźnie „wypełnianie się” ludnością w wieku produkcyjnym obszarów leżących między dawnymi skupiskami takiej ludności, tj. główne dużymi miastami. Dotyczy to zwłaszcza zachodniej części kraju. Zjawisko to może wskazywać na ograniczenie względnych rozmiarów migracji definitywnych (na pobyt stały) do dużych ośrodków i aglomeracji miejskich. Przyczyn tego można upatrywać w braku dostępnych mieszkań i trudnościach na rynku pracy (bezrobocie).

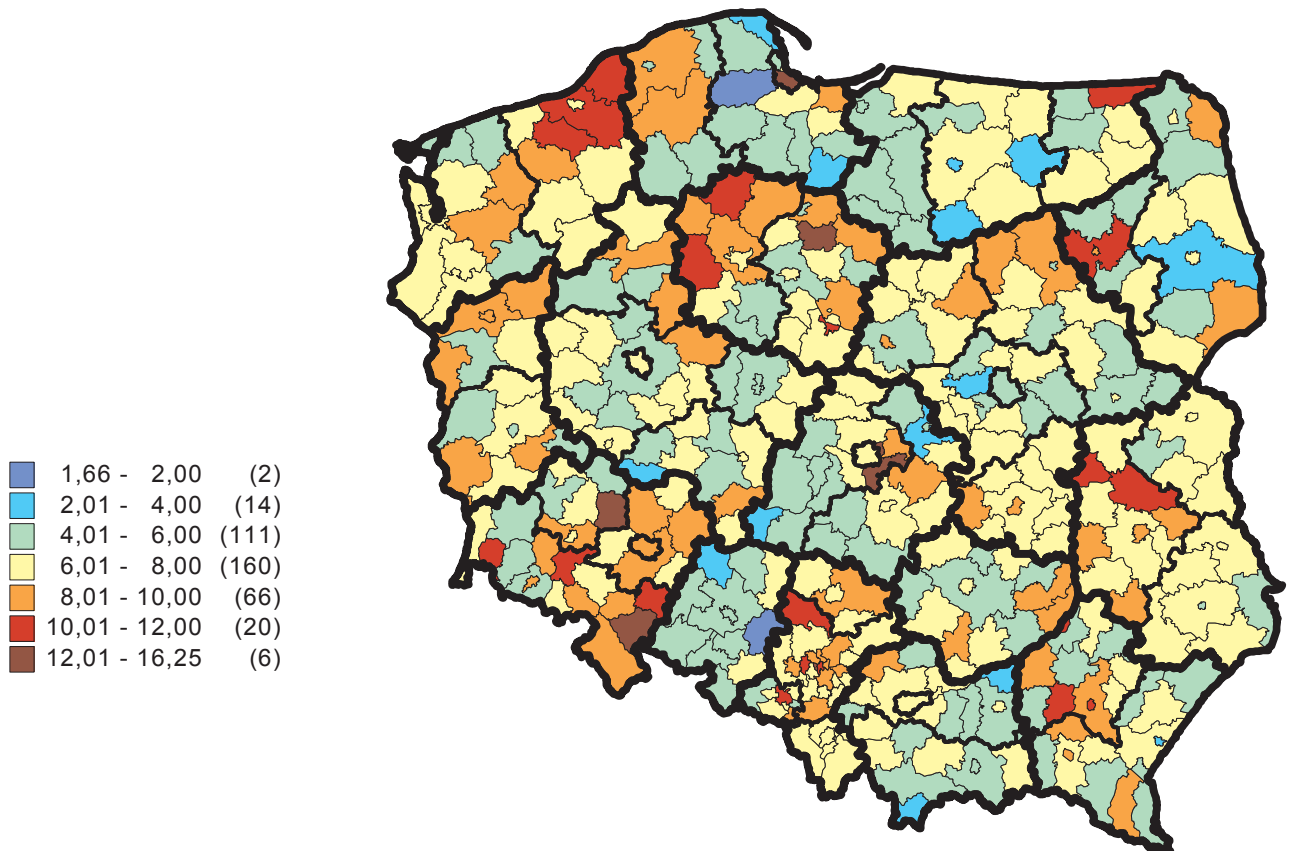
Pod względem udziału ludności w wieku poprodukcyjnym zróżnicowania przestrzenne są w znacznym stopniu pochodną sytuacji w zakresie udziału ludności w wieku przedprodukcyjnym (rycina 14). Widać wyraźnie zaawansowane procesy starzenia się ludności województw Polski wschodniej (z wyjątkiem części południowej) i centralnej. Procesy te w mniejszym stopniu dotyczą tamtejszej ludności miejskiej, a koncentrują się na obszarach wiejskich. Daje się przy tym zauważyć znane zjawisko – jeśli ludność największych miast tego obszaru „starzeje się”, to najbliższe im obszary podmiejskie mają wyraźnie niższy odsetek mieszkańców w wieku poprodukcyjnym.

Patrząc w ujęciu perspektywnym można stwierdzić, iż struktura wieku ludności Polski podlega dość niekorzystnym zmianom. W wyniku wygasającego „falowania” liczebności grup

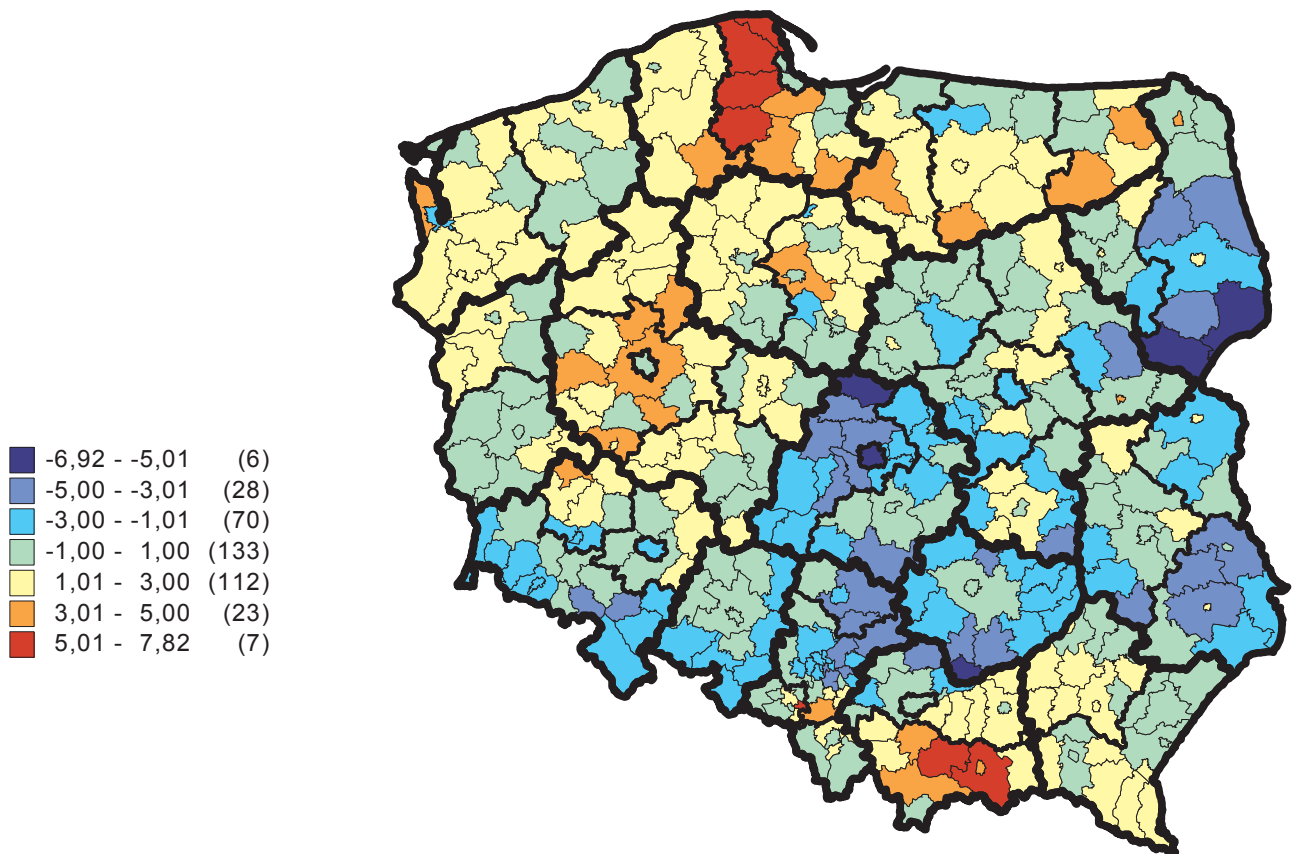
Ryc. 8. Liczba zgonów niemowląt w 2005 r. – według powiatów (na 1000 urodzeń żywych)



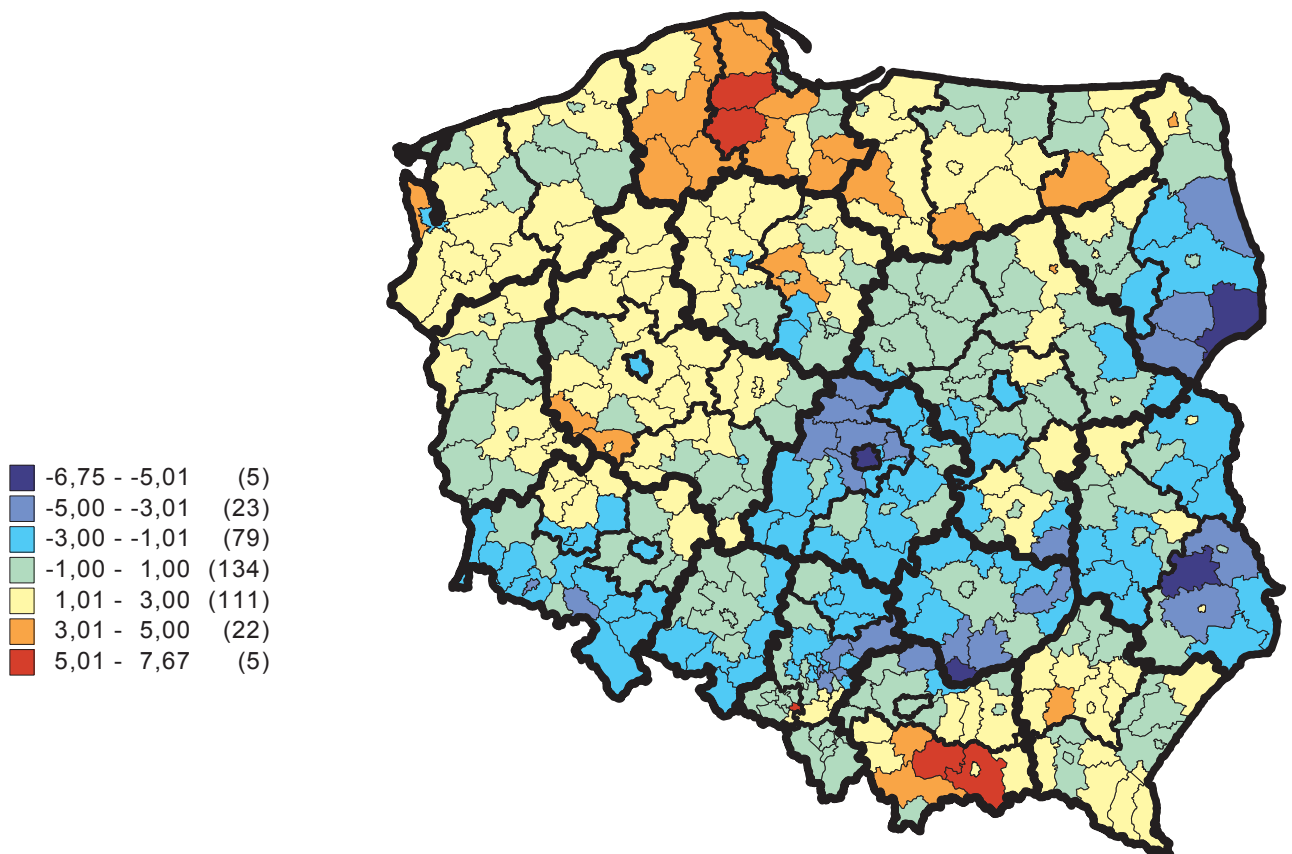
Ryc. 9. Średnioroczna liczba zgonów niemowląt w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 urodzeń żywych)



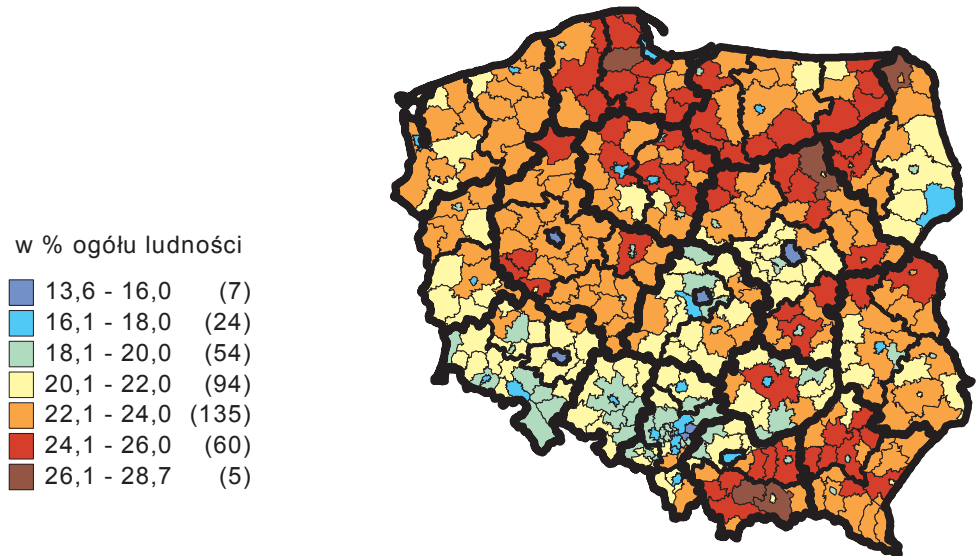
**Ryc. 10. Przyrost i ubytek naturalny ludności w 2005 r.
– według powiatów (na 1000 mieszkańców)**



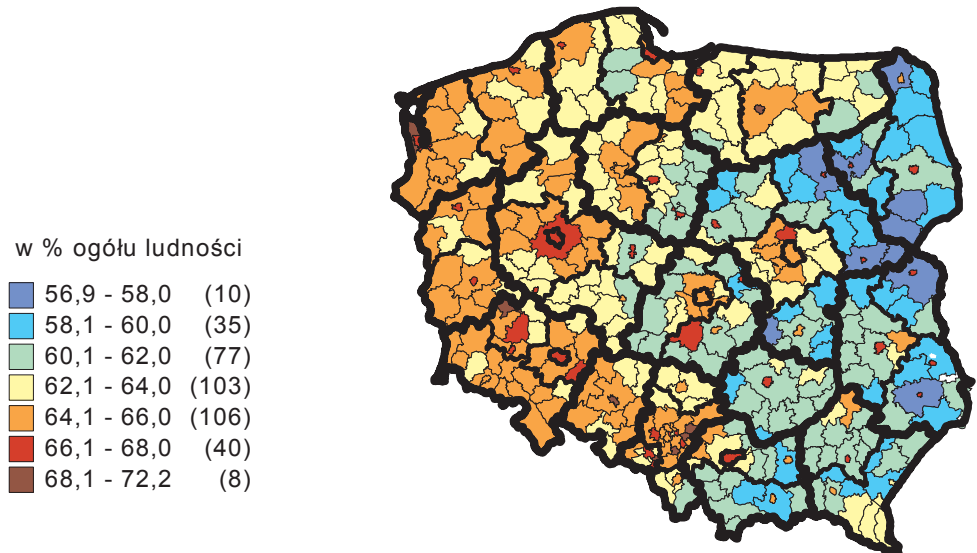
**Ryc. 11. Średnioroczny przyrost i ubytek naturalny ludności w okresie 2002-2005
– według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)**



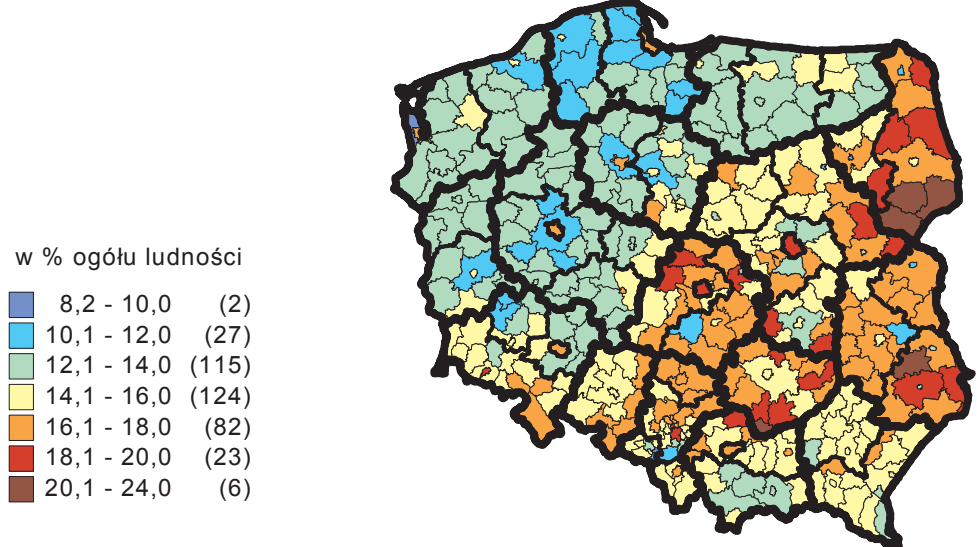
**Ryc. 12. Ludność w wieku przedprodukcyjnym w 2005 r.
– według powiatów**



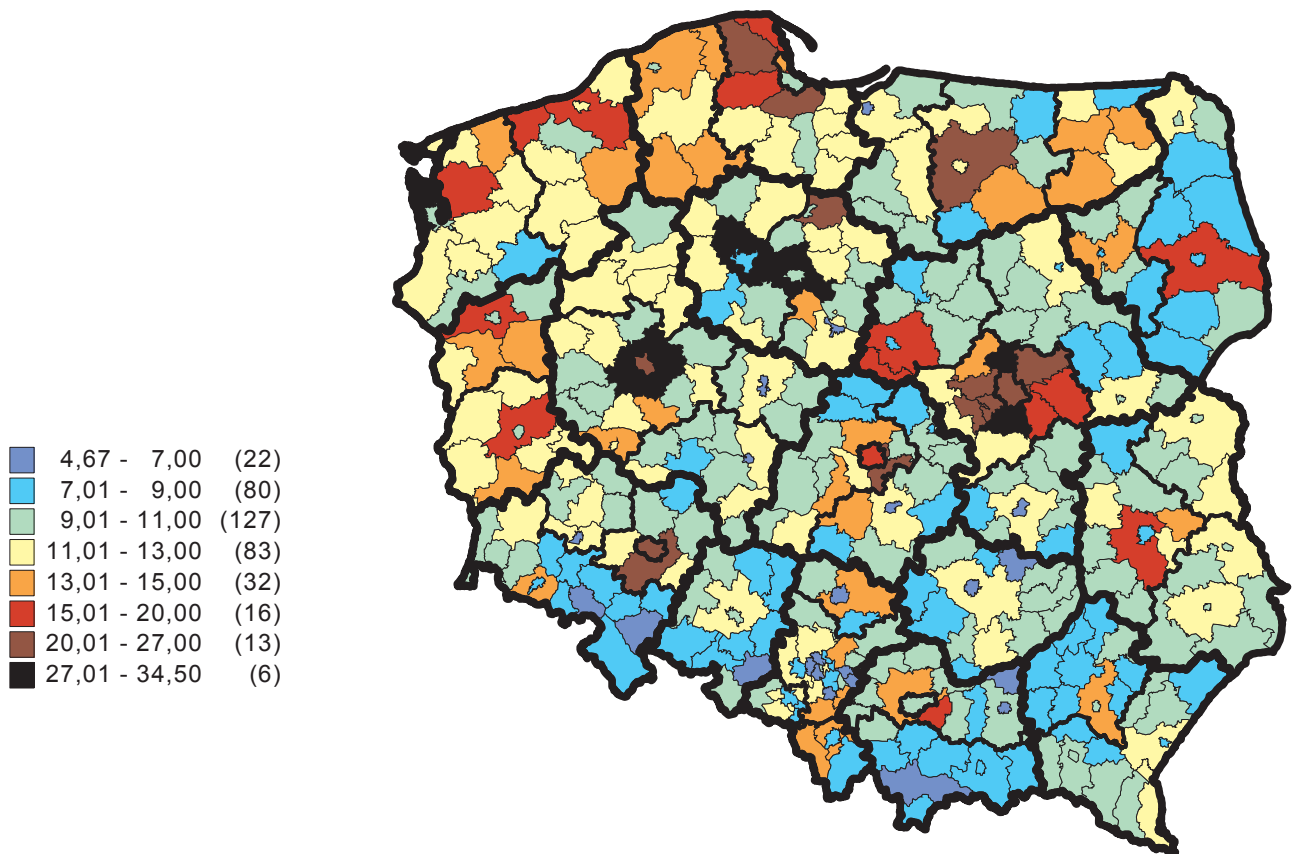
**Ryc. 13. Ludność w wieku produkcyjnym w 2005 r.
– według powiatów**



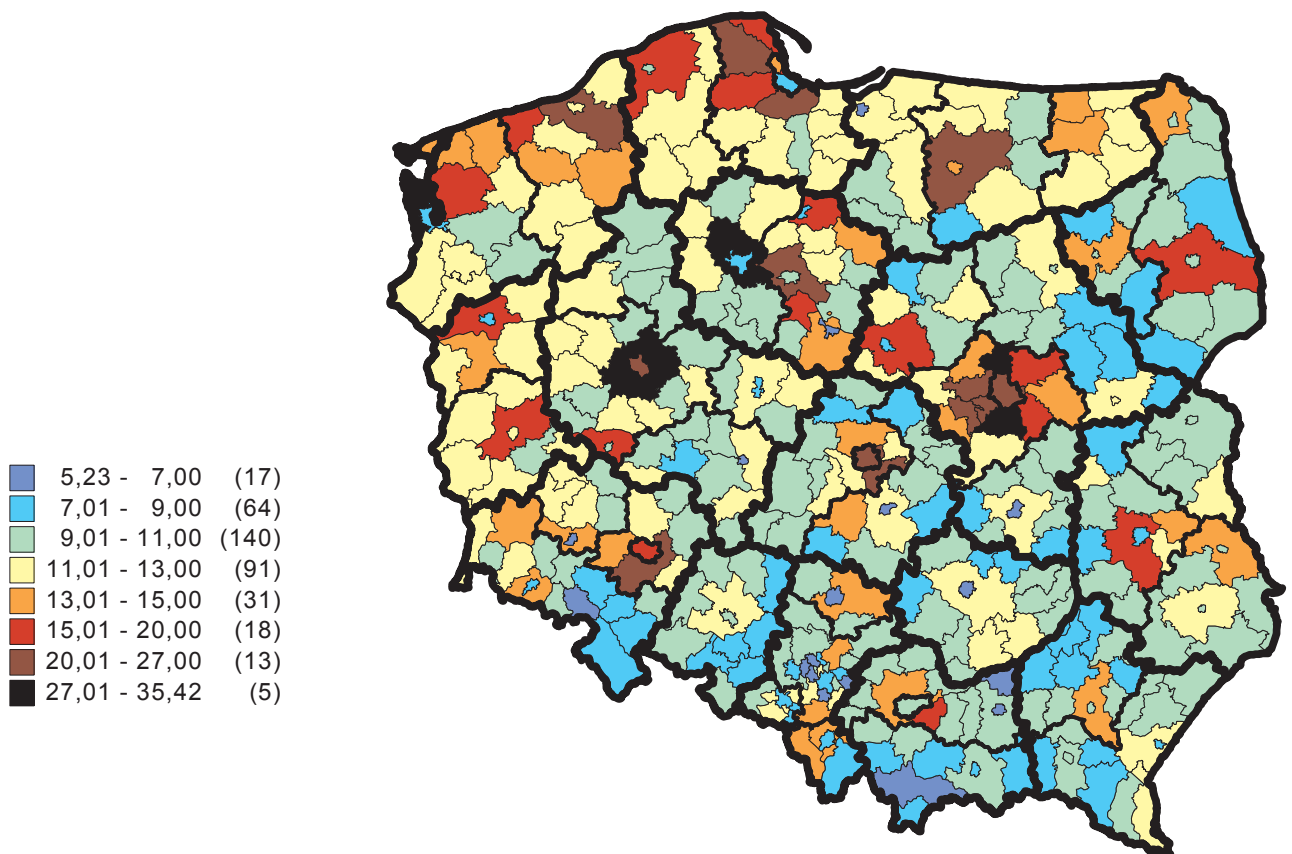
**Ryc. 14. Ludność w wieku poprodukcyjnym w 2005 r.
– według powiatów**



**Ryc. 15. Migracje wewnętrzne, napływ do powiatów w 2005 r.
– według powiatów (na 1000 mieszkańców)**



**Ryc. 16. Migracje wewnętrzne, średnioroczny napływ do powiatów w okresie 2002-2005
– według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)**



wyżu i niżu demograficznego w latach 1990-2005 zmniejszała się bezwzględna i względna liczebność grupy ludności w wieku przedprodukcyjnym, a wzrastała liczebność grupy w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Zaczęły pojawiać się tym samym symptomy procesu starzenia się ludności kraju.

Poziom feminizacji

Znane powszechnie zjawisko wyższej przeciętnej długości trwania życia kobiet niż mężczyzn (większy udział kobiet w rocznikach starszych) sprawia, że nawet występujące lokalnie ogólne zrównanie liczby kobiet i mężczyzn należy ocenić negatywnie. Oznacza to zwykle bowiem znaczny niedobór kobiet w wieku mobilnym i w wieku zakładania rodzin. Biorąc pod uwagę liczbę kobiet przypadających na 100 mężczyzn – w okresie 1991-2000 stwierdzono niewielkie zmiany tego wskaźnika w skali miast i obszarów wiejskich gmin. Na ogólną liczbę 2972 miast i obszarów wiejskich gmin wyodrębnionych w 1991 r. (gminy warszawskie traktowane łącznie) i 3051 miast i obszarów wiejskich gmin wyodrębnionych w 2000 r., składających się na odpowiednio 2454 i 2479 gmin samorządowych. stwierdza się iż:

- mniejszą liczbę kobiet niż mężczyzn w 1991 r. wykazywały 1063 jednostki (35,8%), a w 2000 r. 1132 jednostki (37,1%),
- niewielka nadwyżka kobiet (100-105 na 100 mężczyzn) występowała w 1991 r. w 1094 (36,8%) jednostkach, a w 2000 r. w 1120 jednostkach (36,7%).

W omawianej dziedzinie podobna sytuacja występowała w 2005 r.

W zakresie poziomu feminizacji ogólnej występuje w Polsce układ przestrzennych zróżnicowań nieco mniej czytelny niż w przypadku grup wiekowych ludności, ale również dość wyraźny. Mieszają się tu dwie zależności:

- z jednej strony wyższy udział kobiet występuje w rozwijających się miastach i gminach podmiejskich,
- z drugiej strony wysokim wskaźnikiem feminizacji ogólnej legitymują się również gminy, których ludność ulega procesom starzenia demograficznego.

Wyraźne niedobory kobiet występują w województwach północno-wschodnich oraz północno-zachodnich kraju.

6.9. Migracje

6.9.1. Migracje wewnętrzne

Analiza bezwzględnych i względnych rozmiarów migracji wewnętrznych i zagranicznych ma ogromne znaczenie dla oceny zmian sytuacji demograficznej zarówno w skali kraju ogółem, jak i regionów – zwłaszcza w okresach burzliwych przemian społeczno-gospodarczych. „Rynkowe zakwestionowanie” rozmieszczenia potencjałów gospodarczego i demograficznego w Polsce, ukształtowanego podczas czterdziestoletniego funkcjonowania gospodarki centralnie administrowanej, musiało uruchomić procesy dostosowawcze. Mechanizmy gospodarki rynkowej, zwłaszcza w krajach słabiej rozwiniętych, wyzwalają silne procesy polaryzacji rozwoju. W przypadku Polski w latach 1990-2005 przemiany te dodatkowo są wzmocnione realizowanym programem restrukturyzacji i modernizacji gospodarki. Współwystępują z tymi zjawiskami procesy, które pojawiły się w wyniku przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, w szczególności w wyniku otwarcia rynków pracy dla Polaków przez znaczną część krajów UE.

W miarę pełna obserwacja zjawiska migracji ludności zarówno wewnętrznych, jak i zagranicznych jest bardzo utrudniona (wręcz niemożliwa), ponieważ oficjalna statystyka jest w stanie uchwycić jedynie zarejestrowane formalnie przemieszczenia ludności wewnątrz kra-

ju i za granicę. Wiadomo, że te statystycznie uchwytne migracje ludności są tylko niewielką częścią rzeczywistych przemieszczeń migracyjnych ludności Polski. Dlatego też analizując dane dotyczące migracji wewnętrznych i zagranicznych, jesteśmy w stanie wskazać tylko na pewne kierunki omawianych przemieszczeń ludności. Nie można natomiast na podstawie takich rejestrowanych migracji ocenić ilościowej skali badanego zjawiska. W tej sytuacji szczególnie istotne jest, aby analizując zjawiska migracji (rejestrowanej) posługiwać się uśrednionymi danymi dla dłuższego okresu. Takie ujęcie pozwala bowiem w bardziej wiarygodny sposób wskazać ogólne trendy występujące w przedmiotowej dziedzinie (tabl. 66).

Tablica 66. Migracje wewnętrzne ludności na pobyt stały w latach 1996-2005

Migracje	1996-2000	2001-2005	2005
	w tysiącach		
Miasta: napływ	1176,6	1131,5	230,4
odpływ	1130,3	1260,2	263,0
Wieś: napływ	920,0	927,3	192,4
odpływ	966,3	798,6	159,8
Saldo migracji w miastach	+ 46,3	-128,7	-32,6

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2006, GUS, Warszawa 2006.

Międzyregionalne zróżnicowania poziomu migracji w skali województw są znaczące. Średniorocznie w okresie 2002-2005 najmniejszy napływ ludności na 1000 mieszkańców (9-10 osób) odnotowano w województwach: śląskim, opolskim, świętokrzyskim, małopolskim, podkarpackim i lubelskim. Z kolei najintensywniejszy napływ (13-17 osób na 1000 mieszkańców) występował w województwach: mazowieckim, wielkopolskim, łódzkim, pomorskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim.

Regiony o względnie najniższym poziomie odpływu ludności w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (9-11) to: małopolskie, śląskie, opolskie, podkarpackie i świętokrzyskie. Z kolei najintensywniejszy odpływ w ramach migracji wewnętrznych (13-15 osób na 1000 mieszkańców) odnotowano w województwach: mazowieckim, łódzkim, wielkopolskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim. Porównując intensywność napływu i odpływu ludności w skali regionalnej stwierdza się zatem, że największy udział w ruchu ludności mają w większości województwa relatywnie szybko rozwijające się pod względem gospodarczym. Z kolei ludność regionów „degresywnych” wykazuje mały stopień tak ujmowanej mobilności przestrzennej (tablica 67).

Tablica 67. Migracje wewnętrzne – napływ i odpływ ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw

Napływ ludności na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Świętokrzyskie	9,08	Śląskie	9,40
Opolskie	9,10	Opolskie	9,48
Podkarpackie	9,33	Świętokrzyskie	9,49
Śląskie	9,46	Małopolskie	9,71
Małopolskie	9,52	Podkarpackie	9,82
Podlaskie	10,14	Lubelskie	10,63
Lubelskie	10,59	Podlaskie	10,71
Kujawsko-pomorskie	11,68	Kujawsko-pomorskie	11,66
Warmińsko-mazurskie	11,94	Warmińsko-mazurskie	11,92
Polska	12,25	Polska	12,29
Dolnośląskie	12,30	Lubuskie	12,44

Tablica 67. Migracje wewnętrzne – napływ i odpływ ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw (dok.)

Napływ ludności na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Zachodniopomorskie	12,68	Zachodniopomorskie	12,57
Lubuskie	12,82	Dolnośląskie	12,63
Łódzkie	13,56	Pomorskie	13,45
Pomorskie	13,73	Łódzkie	13,69
Wielkopolskie	14,64	Wielkopolskie	14,28
Mazowieckie	17,49	Mazowieckie	17,51
Odpływ ludności na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Małopolskie	8,56	Małopolskie	8,74
Opolskie	9,70	Śląskie	9,99
Śląskie	10,11	Opolskie	10,02
Podkarpackie	10,28	Podkarpackie	10,86
Świętokrzyskie	10,82	Świętokrzyskie	11,31
Podlaskie	11,67	Podlaskie	12,04
Polska	12,25	Kujawsko-pomorskie	12,23
Kujawsko-pomorskie	12,42	Polska	12,29
Dolnośląskie	12,63	Pomorskie	12,47
Napływ ludności na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Pomorskie	12,70	Lubelskie	12,67
Lubelskie	12,84	Lubuskie	12,94
Lubuskie	13,25	Dolnośląskie	12,95
Zachodniopomorskie	13,29	Zachodniopomorskie	13,23
Warmińsko-mazurskie	13,52	Warmińsko-mazurskie	13,31
Wielkopolskie	13,89	Wielkopolskie	13,57
Łódzkie	14,17	Łódzkie	14,21
Mazowieckie	14,67	Mazowieckie	14,92

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W skali powiatów nasilenie migracji wewnętrznych pokazano na rycinie 15 (dla roku 2005) i rycinie 16 (średniorocznie dla okresu 2002-2005). Obie ryciny wyraźnie pokazują, że najintensywniejszy napływ ludności następuje na teren powiatów otaczających największe miasta w Polsce, w tym w szczególności na obszary największych aglomeracji. Tereny samych miast (zwłaszcza powiatów grodzkich) nie są w większości przypadków (z ogólnie znanych powodów) miejscem docelowym najintensywniejszych ruchów migracji wewnętrznych. Również znaczący pod względem intensywności napływ ludności występuje w powiatach województw północnych i zachodnich. Przede wszystkim dotyczy to północnych części województw pomorskiego i zachodniopomorskiego, niemal całego województwa lubuskiego oraz fragmentów województwa dolnośląskiego. Jest rzeczą charakterystyczną, iż najmniej ludności w przeliczeniu na 1000 mieszkańców napływa do powiatów województw rolniczych („ściana wschodnia”), a także „starych” okręgów przemysłowych (województwa: śląskie, opolskie, część województwa dolnośląskiego). Zróżnicowania omawianego miernika w ujęciu średniorocznym dla okresu 2002-2005 są bardzo duże – od 5 do około 30 osób na 1000 mieszkańców.

Odmienny układ międzypowiatowych przestrzennych zróżnicowań, dotyczy nasilenia odpływu ludności. Dla roku 2005 zjawisko to pokazano na rycinie 17, zaś średniorocznie dla okresu 2002-2005 na rycinie 18. Najintensywniej ludność odpływała z powiatów regionów przygranicznych (z wyłączeniem południowej granicy Polski). Dotyczyło to niemal całego województwa warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego, lubuskiego oraz zachodniej części województwa pomorskiego i wschodniej części województwa lubelskiego. Do tej grupy obszarów o najintensywniejszym odpływie ludności zaliczają się również niemal wszystkie powiaty grodzkie, z wyłączeniem tych znajdujących się w południowych regionach Polski.

Zaskakuje fakt małej intensywności odpływu ludności z terenu powiatów zlokalizowanych w Polsce południowej (województwa: opolskie, śląskie, małopolskie oraz wschodnia część województwa dolnośląskiego i zachodnia część województwa podkarpackiego) – por. rycina 18. Międzypowiatowy zakres rozpiętości nasilenia odpływu ludności w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wynosił od około 5,5 do ponad 20.

6.9.2. Migracje zagraniczne

Analiza rozmiarów rejestrowanych migracji zagranicznych w Polsce ma ograniczoną wartość poznawczą. Szczególnie odnosi się to do ostatnich dwóch lat (2004-2005), kiedy to obywatele polscy, kraju członkowskiego UE, uzyskali dostęp do rynków pracy na terenie wielu państw Unii Europejskiej. Znane z rejestracji ruchu transgranicznego masowe wyjazdy Polaków – niekiedy długookresowe – nie są rejestrowanymi migracjami na pobyt stały, a nawet czasowy. W związku z tym, rozmiary migracji zagranicznych obejmują tylko znikomy odsetek „długotrwałych” wyjazdów i przyjazdów zagranicznych „z” i „do” Polski.

Podobnie jak to miało miejsce w przypadku migracji wewnętrznych, obserwacja migracji zagranicznych dostarcza raczej tylko informacji o atrakcyjności pewnych obszarów w Polsce – jako punktów docelowych napływu ludności z zagranicy. Z drugiej strony informuje ona o obszarach na terenie kraju, których mieszkańcy mają specyficzne powiązania zagraniczne – pozwalające im na emigrację, tj. na rejestrowany pobyt stały za granicą. Z uwagi na niewielkie rozmiary tego ruchu, wiarygodność takich analiz jest większa, jeśli posługujemy się uśrednionymi wielkościami poziomu nasilenia migracji zagranicznych w dłuższym okresie.

W tabelicy 68 przedstawiono wielkość napływu i odpływu ludności w ramach migracji zagranicznych dla 2005 r. oraz średniorocznie dla okresu 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców¹ według województw. Poziom nasilenia napływu i odpływu ludności w ramach migracji zagranicznych był w omawianym okresie kilkadziesiąt razy mniejszy niż migracji wewnętrznych. Największy (w ujęciu względnym) napływ ludności z zagranicy odnotowano w województwach przygranicznych (około 0,3 osoby na 1000 ludności): lubuskie, małopolskie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, a ewenementem było województwo opolskie – 0,7 osób na 1000 mieszkańców. Z kolei najmniejszym (względnie biorąc) poziomem napływu ludności z zagranicy (0,1 osoby na 1000 mieszkańców) legitymowały się województwa: łódzkie, wielkopolskie, świętokrzyskie, lubelskie, kujawsko-pomorskie. Jak widać, w części były to regiony mało atrakcyjne pod względem poziomu rozwoju gospodarczego, a częściowo duże regiony, w których przybysze z zagranicy stanowili znikomy odsetek w stosunku do ogółu rodzimych mieszkańców.

Obserwując nasilenie odpływu ludności za granicę na poziomie regionalnym można stwierdzić, iż najwyższy poziom tego miernika 0,6-0,7 osób na 1000 ludności, występował w województwach zachodnich i północnych: dolnośląskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim. Ewenementem są w tej grupie województwa: śląskie (1,6 osób na 1000 mieszkańców) i opolskie (3,9 takich osób na 1000 mieszkańców).

¹ Rozmiary nasilenia migracji zagranicznych odniesiono do 1000 mieszkańców w celu podkreślenia małej skali tego rejestrowanego ruchu ludności.

Tablica 68. Migracje zagraniczne – napływ i odpływ ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw

Napływ ludności na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Świętokrzyskie	0,09	Łódzkie	0,09
Wielkopolskie	0,11	Wielkopolskie	0,10
Kujawsko-pomorskie	0,11	Świętokrzyskie	0,10
Łódzkie	0,12	Lubelskie	0,10
Lubelskie	0,15	Kujawsko-pomorskie	0,11
Mazowieckie	0,19	Zachodniopomorskie	0,18
Zachodniopomorskie	0,20	Mazowieckie	0,18
Warmińsko-mazurskie	0,21	Polska	0,21
Polska	0,25	Warmińsko-mazurskie	0,22
Śląskie	0,26	Śląskie	0,22
Dolnośląskie	0,27	Dolnośląskie	0,24
Pomorskie	0,30	Pomorskie	0,27
Napływ ludności na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Podkarpackie	0,35	Podlaskie	0,27
Podlaskie	0,39	Podkarpackie	0,29
Lubuskie	0,39	Małopolskie	0,32
Małopolskie	0,40	Lubuskie	0,32
Opolskie	0,82	Opolskie	0,74
Odpływ ludności na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Mazowieckie	0,08	Mazowieckie	0,08
Świętokrzyskie	0,10	Lubelskie	0,10
Lubelskie	0,15	Świętokrzyskie	0,13
Wielkopolskie	0,17	Wielkopolskie	0,14
Łódzkie	0,20	Łódzkie	0,15
Kujawsko-pomorskie	0,36	Małopolskie	0,30
Małopolskie	0,39	Kujawsko-pomorskie	0,30
Podlaskie	0,47	Zachodniopomorskie	0,41
Podkarpackie	0,53	Podkarpackie	0,44
Polska	0,58	Podlaskie	0,46
Dolnośląskie	0,59	Lubuskie	0,48
Lubuskie	0,60	Polska	0,57
Zachodniopomorskie	0,60	Dolnośląskie	0,58
Warmińsko-mazurskie	0,79	Pomorskie	0,71
Pomorskie	0,85	Warmińsko-mazurskie	0,72
Śląskie	1,46	Śląskie	1,57
Opolskie	3,26	Opolskie	3,86

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Międzypowiatowe zróżnicowania nasilenia napływu ludności z zagranicy na 1000 mieszkańców dla roku 2005 przedstawia rycina 19, a średniorocznie dla okresu 2002-2005 – rycina 20. Powiaty o największym nasileniu napływu ludności z tytułu migracji zagranicz-

nych (0,5-1,3 osób na 1000 mieszkańców) występują na obszarze województwa opolskiego, niemal w całym województwie lubuskim, w przygranicznej części województwa zachodniopomorskiego oraz na przeważającym obszarze województwa warmińsko-mazurskiego i podlaskiego. Również do tej grupy obszarów należą fragmenty województw: małopolskiego i podkarpackiego (rycina 20). Z kolei, znikomy poziom nasilenia napływu ludności z tytułu migracji zagranicznych wykazują niemal wszystkie powiaty z terenu województw „wewnętrznych” (mazowieckie, kujawsko-pomorskie, dolnośląskie, świętokrzyskie, łódzkie, a także lubelskie). Wyjątkiem są tu powiaty grodzkie oraz te otaczające Warszawę.

Obserwując międzypowiatowe zróżnicowania nasilenia odpływu ludności w ramach migracji zagranicznych (por. rycina 21 dla roku 2005 oraz rycina 22 – średniorocznie dla okresu 2002-2005), stwierdza się występowanie charakterystycznych prawidłowości. Największe nasilenie odpływu ludności za granicę w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (1-8 osób na 1000 mieszkańców), występuje niemal bez wyjątku w nadgranicznych województwach południowo-zachodnich (śląskie, opolskie, dolnośląskie), w województwach zachodnich (lubuskie, zachodniopomorskie) i północnych (pomorskie, warmińsko-mazurskie). Najniższe nasilenie odpływu ludności za granicę (0,1-0,2 osoby na 1000 mieszkańców) występuje na obszarze wspomnianych wcześniej województw „wewnętrznych” oraz województwa lubelskiego, części podlaskiego i podkarpackiego.

6.9.3. Saldo migracji ogółem

Swoistym podsumowaniem przemieszczeń ludności Polski na pobyt stały jest analiza ogólnego salda migracji. Zróżnicowania międzyregionalne tego zjawiska, przedstawiono w tablicy 69. W ujęciu średniorocznym dla okresu 2002-2005 przyrost ludności z tytułu migracji ogółem występował w Polsce tylko w czterech województwach: mazowieckim (2,7 osoby na 1000 mieszkańców), małopolskim (1,0), wielkopolskim (0,7) oraz pomorskim (0,5). Jak widać, są to regiony posiadające na swoim terenie najdynamiczniej rozwijające się aglomeracje miejskie („silne” obszary metropolitalne). Z kolei największe ujemne saldo migracji wykazywały wszystkie województwa przeżywające w nowych warunkach społeczno-gospodarczych różnego typu trudności rozwojowe. Były to województwa: opolskie (-3,7 osoby na 1000 mieszkańców), lubelskie (-2,0), śląskie, warmińsko-mazurskie i świętokrzyskie (po -1,9) oraz podlaskie (-1,5).

Tablica 69. Saldo migracji ogółem w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw

Saldo migracji ogółem na 1000 mieszkańców			
województwo	w 2005 r.	województwo	średniorocznie 2002-2005
Opolskie	-3,04	Opolskie	-3,66
Lubelskie	-2,25	Lubelskie	-2,04
Warmińsko-mazurskie	-2,17	Śląskie	-1,94
Śląskie	-1,86	Warmińsko-mazurskie	-1,89
Świętokrzyskie	-1,75	Świętokrzyskie	-1,85
Podlaskie	-1,62	Podlaskie	-1,51
Podkarpackie	-1,14	Podkarpackie	-1,19
Zachodniopomorskie	-1,02	Zachodniopomorskie	-0,89
Kujawsko-pomorskie	-1,01	Kujawsko-pomorskie	-0,76
Łódzkie	-0,68	Lubuskie	-0,66
Dolnośląskie	-0,64	Dolnośląskie	-0,66
Lubuskie	-0,64	Łódzkie	-0,58

Tablica 69. Saldo migracji ogółem w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw (dok.)

Saldo migracji ogółem na 1000 mieszkańców			
nazwa	w 2005 r.	nazwa	średniorocznie 2002-2005
Polska	-0,34	Polska	-0,35
Pomorskie	0,49	Pomorskie	0,53
Wielkopolskie	0,68	Wielkopolskie	0,66
Małopolskie	0,97	Małopolskie	1,00
Mazowieckie	2,92	Mazowieckie	2,70

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Regionalny poziom analizy ogólnego salda migracji nie oddaje w sposób właściwy istoty tego zjawiska. Rycina 23 przedstawia poziom salda migracji ogółem w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w skali powiatów dla roku 2005, a rycina 24 obrazuje to samo zjawisko średniorocznie dla okresu 2002-2005. Wyżej wymienione ryciny w sposób wręcz modelowy ujawniają atrakcyjność okolic największych miast w Polsce jako punktów docelowych migracji ludności. Dodatkowo saldo migracji na takich obszarach sięgało średniorocznie w okresie 2002-2005 od 5 do 20 osób na 1000 mieszkańców. Niemal wszystkie powiaty położone peryferyjnie względem tych regionalnych „biegunów wzrostu” tracą ludność z tytułu odpływu migracyjnego. Pewnymi wyjątkami są tutaj znaczne obszary województw: wielkopolskiego, małopolskiego oraz części województw: śląskiego, dolnośląskiego, łódzkiego i pomorskiego. Ubytek ludności z tytułu migracji wykazuje większość powiatów leżących na terenie województw: opolskiego, lubuskiego, zachodniopomorskiego, warmińsko-mazurskiego, podlaskiego, lubelskiego i podkarpackiego. Ujemne saldo migracji na tych obszarach wynosi od 8 do 1 osoby na 1000 mieszkańców.

6.9.4. Migracje wewnątrzwojewódzkie i międzywojewódzkie

Migracje wewnątrzwojewódzkie ludności na pobyt stały według kierunków: miasto-wieś.

Zróżnicowania międzyregionalne nasilenia poziomu migracji na kierunku miasto-wieś nie wykazują czytelnych zróżnicowań przestrzennych. Nie można wyraźnie stwierdzić, aby szczególnie duże nasilenie migracji ze wsi do miast występowało w województwach przeżywających trudności rozwojowe (niski poziom PKB na mieszkańca, wysoka stopa bezrobocia). Z drugiej strony, również wysoki poziom migracji z miast na wieś w przeliczeniu na 1000 mieszkańców nie występuje wyłącznie w województwach o wysokim poziomie urbanizacji i dużym PKB na mieszkańca. Także wysoki poziom nasilenia ruchu międzymiejskiego oraz międzywiejskiego ludności nie jest domeną regionów ani silniejszych, ani słabszych pod względem rozwoju gospodarczego, czy też stopy bezrobocia.

Sytuacja taka wynika zapewne stąd, iż (poza kilkoma wyjątkami) polskie województwa są silnie zróżnicowane wewnętrznie pod względem społeczno-gospodarczym. Prowadzi to do uśredniania (i w gruncie rzeczy przypadkowości) ogólnowojewódzkiego poziomu niektórych wskaźników, zwłaszcza tych dotyczących procesów o dużym wewnątrzwojewódzkim zróżnicowaniu.

Obserwując rozmiary migracji wewnątrzwojewódzkich ludności na pobyt stały w przeliczeniu na 1000 ludności, polegających na **odpływie ludności ze wsi do miast**, stwierdza się znaczne zróżnicowania międzyregionalne. W województwach południowych i południowo-wschodnich (małopolskie, świętokrzyskie, podkarpackie, opolskie, śląskie, lubelskie) względne rozmiary tego zjawiska są na dwukrotnie niższym poziomie (3-4 osoby na 1000 ludności) niż w województwach zachodnich i północnych (zachodniopomorskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie), a także w województwie podlaskim, gdzie poziom tego typu migracji wynosi 7-9 osób na 1000 mieszkańców (tablica 70).

Z kolei obserwując nasilenie **migracji z miast na wieś** w poszczególnych województwach, dostrzegamy również wyraźne zróżnicowania przestrzenne. W województwach: śląskim, dolnośląskim, opolskim oraz województwach łódzkim i mazowieckim, poziom tego miernika sięga 2-4 osób na 1000 mieszkańców. Natomiast największe nasilenie tego typu migracji (6-7 osób na 1000 mieszkańców) występuje w województwach: wielkopolskim, lubelskim, podkarpackim, kujawsko-pomorskim, lubuskim i świętokrzyskim. Jak widać, wewnątrz obu grup województw występują regiony bardzo różne pod względem ich społeczno-gospodarczej specyfiki.

Nasilenie **migracji międzymiejskich** w poszczególnych regionach jest również silnie zróżnicowane. Najmniej intensywne (około 2 osoby na 1000 mieszkańców) występuje w województwach: świętokrzyskim, podkarpackim, opolskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, lubelskim i łódzkim. Z kolei najintensywniejszy wewnątrzregionalny, międzymiejski ruch ludności (4-5 osób na 1000 mieszkańców) występuje w województwach: śląskim, pomorskim, mazowieckim, zachodniopomorskim i wielkopolskim, czyli głównie w regionach z dość dobrze rozwiniętą siecią miast.

Analizując **przepływ ludności między wsiami** w ramach poszczególnych regionów, stwierdzono najmniejsze nasilenie takiego ruchu (2,5-3 osoby na 1000 ludności) na terenie województw: śląskiego, dolnośląskiego, opolskiego i małopolskiego, ale także województw: podlaskiego i świętokrzyskiego. Największe nasilenie przemieszczeń ludności między wsiami (około 4 osób na 1000 mieszkańców) odnotowano w 2005 r. w województwach: lubelskim i podkarpackim oraz wielkopolskim, kujawsko-pomorskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim.

Porównując wewnątrzwojewódzkie rozmiary przemieszczeń ludności do ze wsi do miasta oraz z miasta na wieś stwierdza się, że wszystkie regiony w Polsce wykazywały, średnio biorąc, ubytek ludności miejskiej z tego tytułu. W przeliczeniu na 1000 mieszkańców największe rozmiary ujemnego salda migracji w miastach (2-3 osoby na 1000 ludności) występowały w województwach: wielkopolskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, pomorskim, świętokrzyskim i podkarpackim. Najmniejszy względny ubytek ludności z tego tytułu (poniżej 1 osoby na 1000 mieszkańców) występował w województwach: podlaskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim, opolskim oraz śląskim.

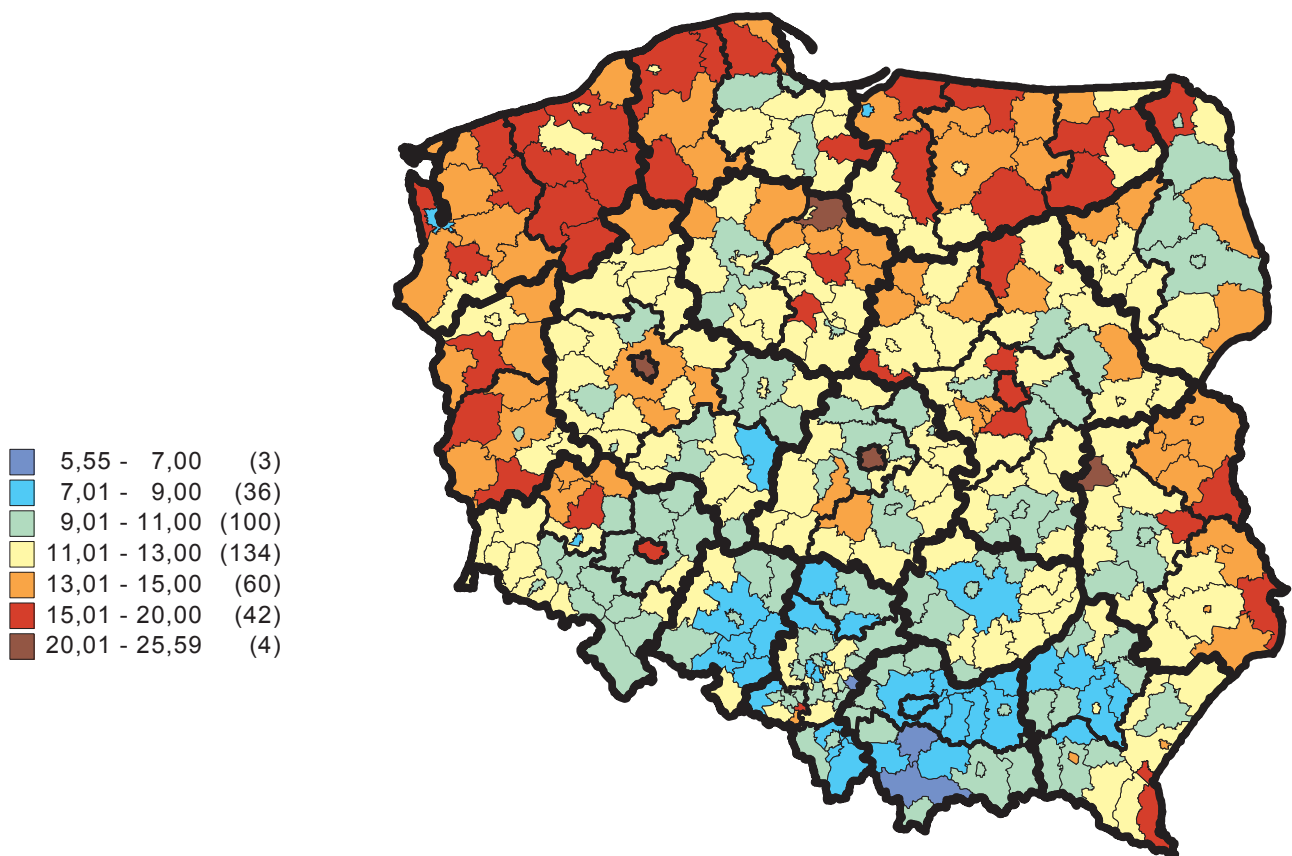
Migracje międzywojewódzkie – struktura kierunków odpływu i napływu ludności „z” i „do” poszczególnych województw

W tabelicy 71 pokazano udział poszczególnych województw w ogólnopolskich rozmiarach bezwzględnych **odpływu ludności z poszczególnych województw** (wiersz: Polska) oraz strukturę **napływu ludności dla poszczególnych województw** według województw, z których ta ludność pochodzi (wiersze dla poszczególnych województw). Największy udział w ogólnopolskim **odpływie ludności w ramach migracji międzywojewódzkich** w 2005 r. miało województwo śląskie (11,5%) oraz województwa: mazowieckie (9,2%), lubelskie (8,3%), dolnośląskie (7,4%), a najmniejszy – województwa: lubuskie (3,7%) i podlaskie (3,9). Różnice te wynikają w znacznej części z liczby ludności tych województw.

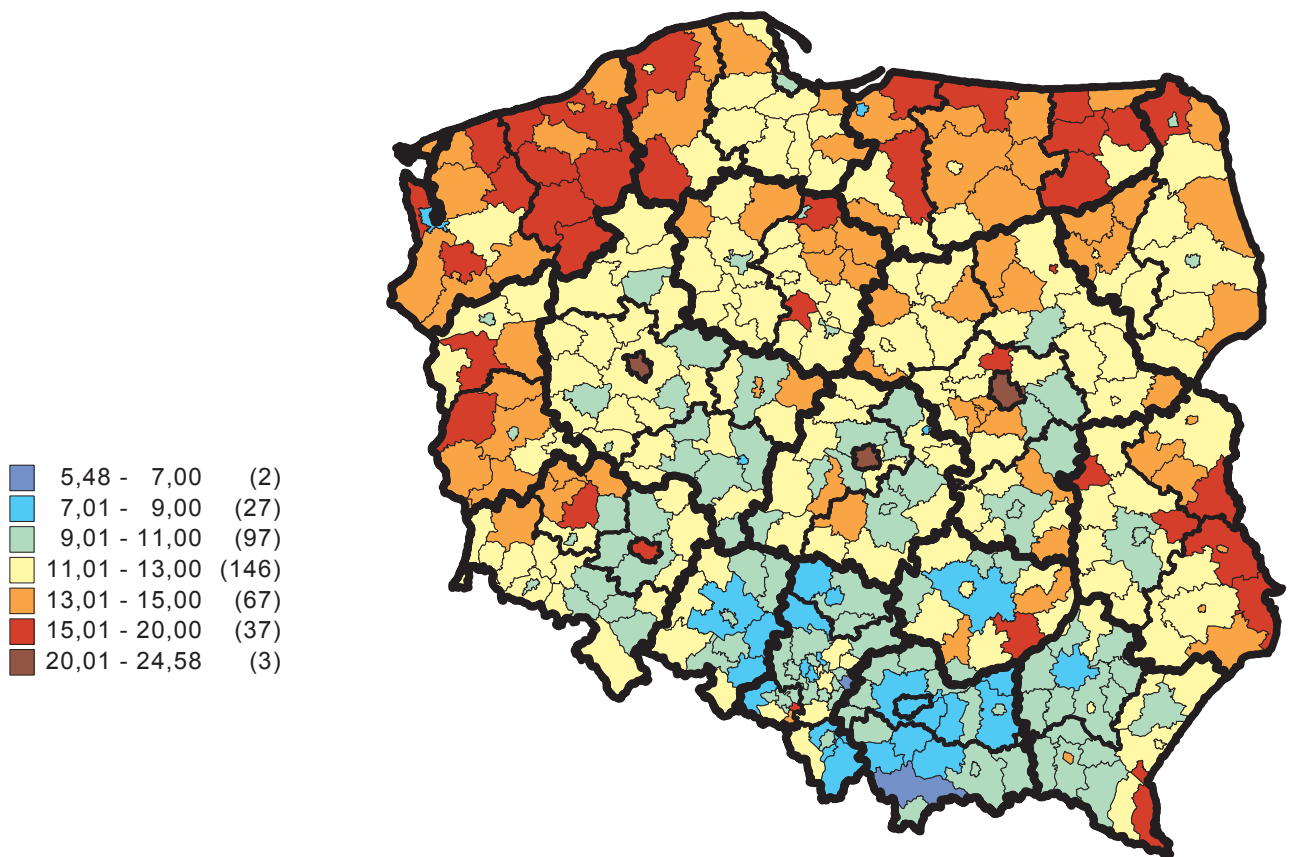
Nie jest konieczne szczegółowe omawianie struktury regionalnej **napływu ludności do poszczególnych województw** – dokładne informacje w tym zakresie zawiera tablica 71. Uogólniając można jednak stwierdzić, że zgodnie z oczekiwaniami największy napływ ludności do poszczególnych województw miał miejsce z sąsiadujących regionów. Natomiast, największy odpływ występował z regionów przeżywających trudności rozwojowe (zwłaszcza na rynku pracy).

W tabelicy 72 pokazano udział poszczególnych województw w **międzywojewódzkim napływie bezwzględnym ludności** (kolumna: Polska) oraz **strukturę odpływu ludności z poszczególnych województw** według województw docelowych (kolumny dla poszczególnych województw). W tym zakresie mamy do czynienia z wyraźnie zarysowanymi prawidło-

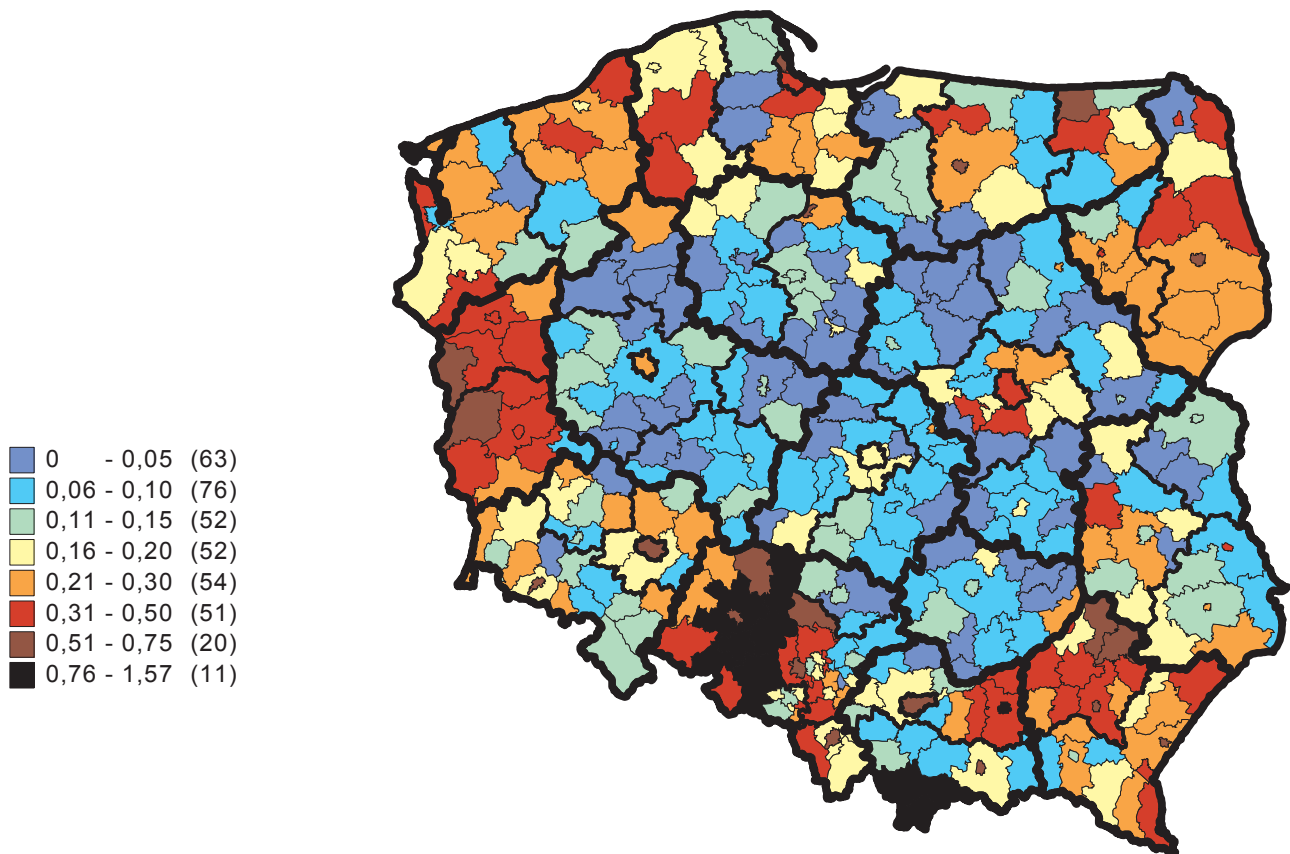
**Ryc. 17. Migracje wewnętrzne, odpływy z powiatów w 2005 r.
– według powiatów (na 1000 mieszkańców)**



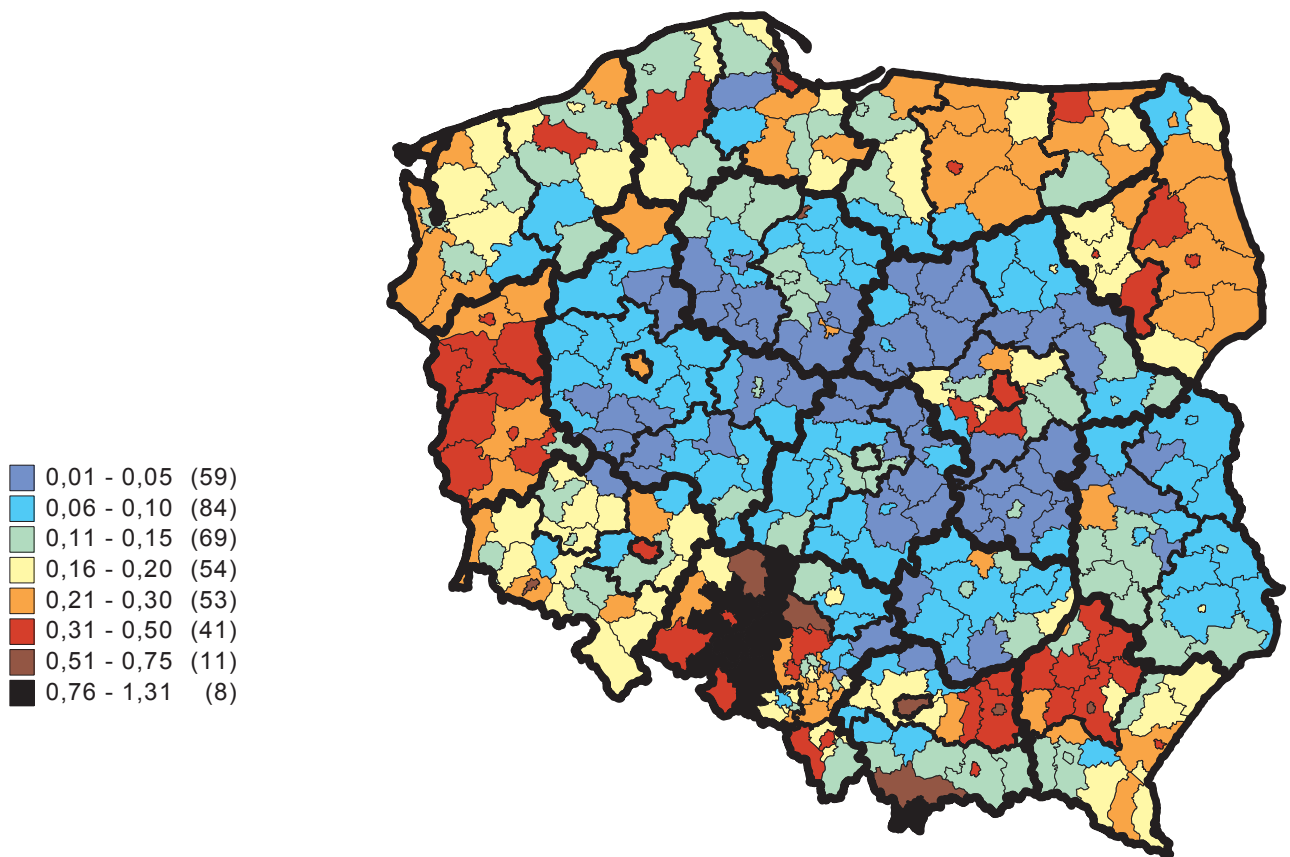
**Ryc. 18. Migracje wewnętrzne, średnioroczne odpływy z powiatów w okresie 2002-2005
– według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)**



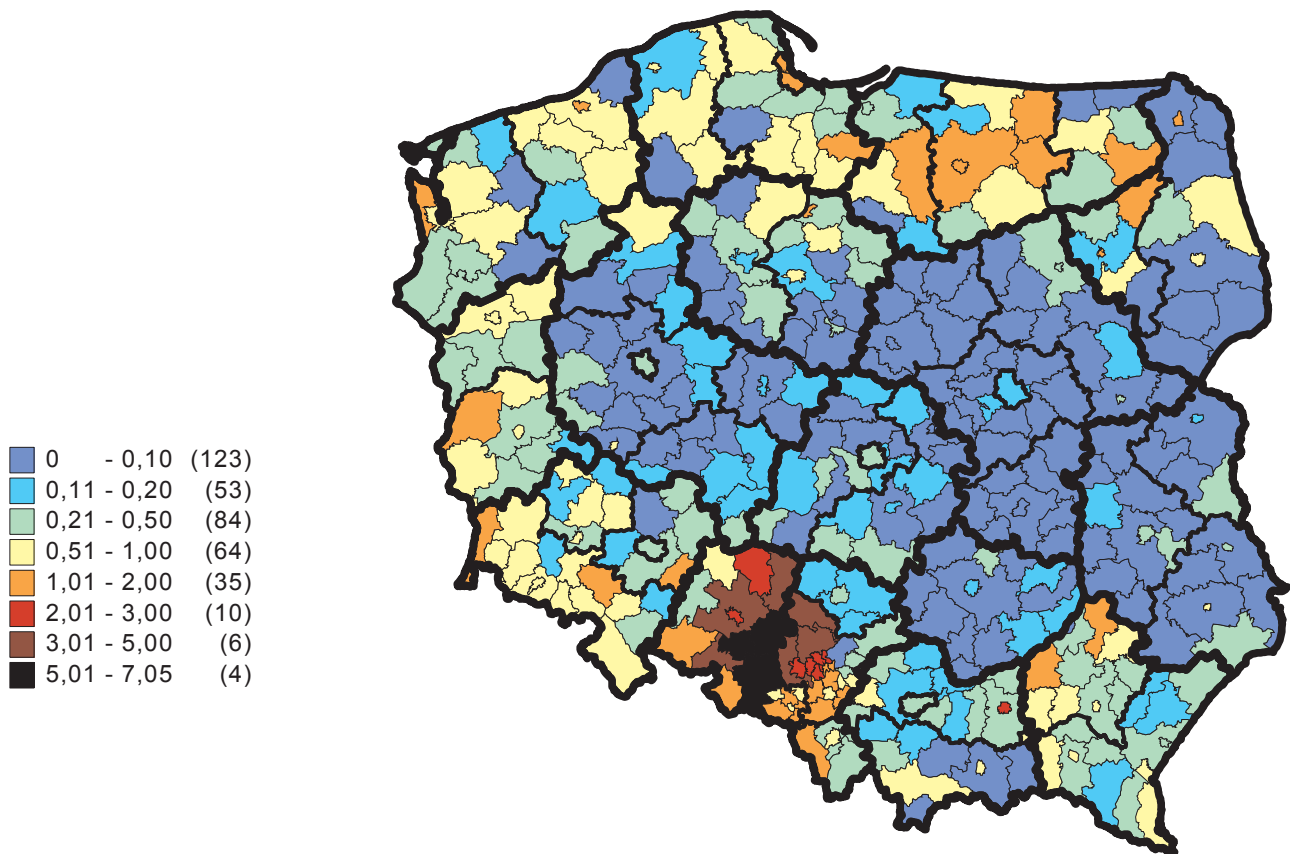
Ryc. 19. Migracje zagraniczne, napływy do powiatów w 2005 r.
 – według powiatów (na 1000 mieszkańców)



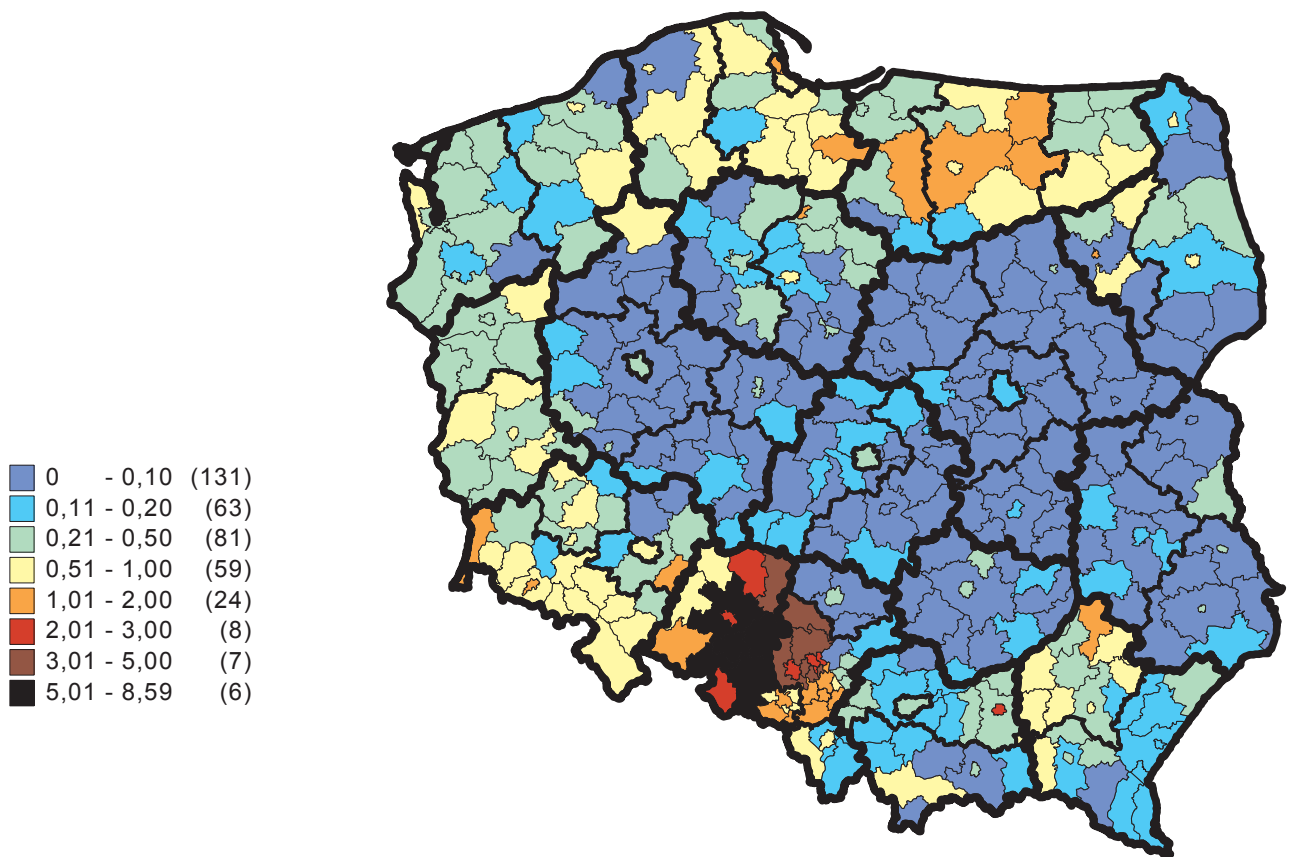
Ryc. 20. Migracje zagraniczne, średnioroczne napływy do powiatów w okresie 2002-2005
 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)



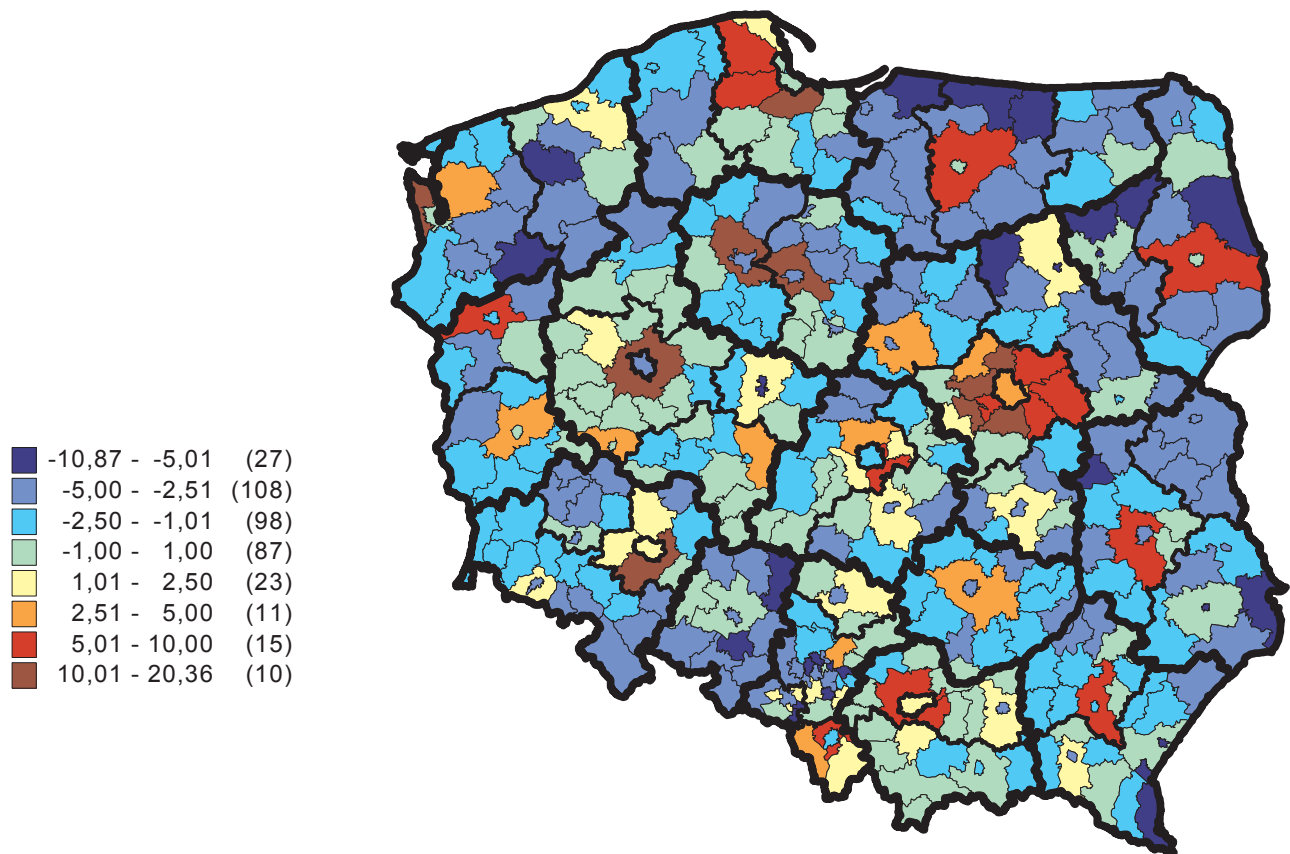
**Ryc. 21. Migracje zagraniczne, odpływy z powiatów w 2005 r.
– według powiatów (na 1000 mieszkańców)**



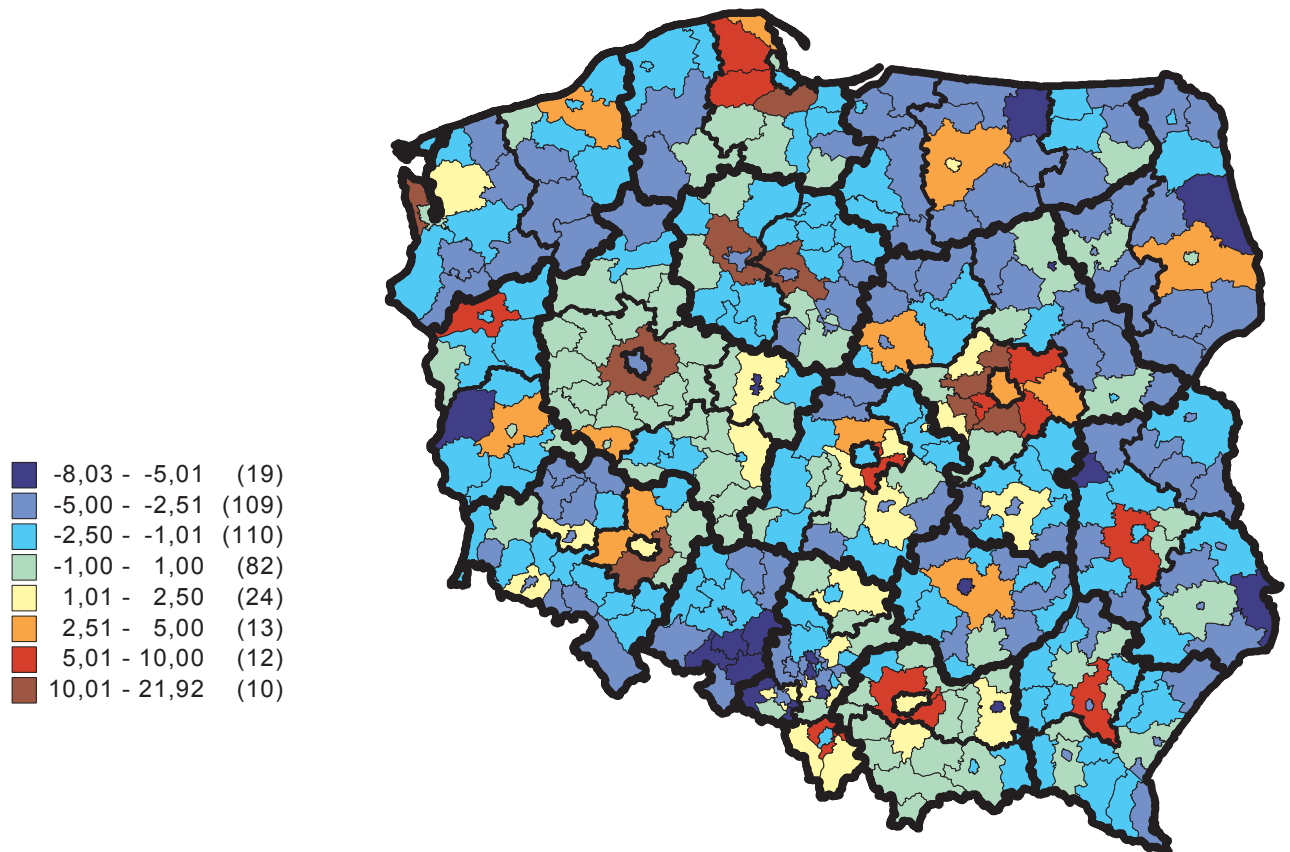
**Ryc. 22. Migracje zagraniczne, średnioroczne odpływy z powiatów w okresie 2002-2005
– według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)**



Ryc. 23. Ogólne saldo migracji w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)



Ryc. 24. Średnioroczne ogólne saldo migracji w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)



wościami. Największy udział w **napływie ludności w ramach migracji międzywojewódzkich** ma województwo mazowieckie (23%). Dużo niższy poziom tego miernika wykazują województwa: małopolskie (8,8%), śląskie (8,6%) i wielkopolskie (8,5%). Najmniejszy udział w takim napływie ludności mają województwa: podlaskie (2,2%), opolskie (2,6%), świętokrzyskie (3,1%) oraz lubuskie (3,3%). Ten układ zróżnicowań nie wymaga w zasadzie komentarza. Wiodącymi kierunkami docelowymi migracji międzywojewódzkich są największe, najsilniej rozwinięte gospodarczo regiony kraju. Z kolei, ruch taki jest ledwo zauważalny w regionach słabych ekonomicznie.

W tablicy 72 również przedstawiono dla każdego województwa strukturę **odpływu ludności w ramach migracji międzywojewódzkich**, z podziałem na poszczególne regiony docelowe. W tym układzie także widać wyraźnie dominację województwa mazowieckiego, na teren którego kierują się znaczące grupy migrantów ze wszystkich województw w Polsce. Wyraźnie mniejsze znaczenie jako regiony docelowe migracji międzywojewódzkich mają wspomniane już poprzednio województwa o silnej bazie ekonomicznej (wielkopolskie, małopolskie i śląskie) – tablica 72.

Swego rodzaju podsumowaniem przedstawionego powyżej syntetycznego omówienia kierunków migracji międzywojewódzkich w 2005 r. jest obraz **nasilenia odpływu ludności z poszczególnych województw pokazany poprzez liczbę osób opuszczających dane województwo w przeliczeniu na 10000 jego mieszkańców** (tablica 73).

Największy, tak liczony, odpływ ludności występował niemal bez wyjątku w regionach mających na swoim terenie obszary o najwyższym w kraju poziomie rejestrowanego lub ukrytego bezrobocia. Tak więc, najintensywniejszy odpływ ludności notowano z województw: warmińsko-mazurskiego (47 osób na 10000 mieszkańców), świętokrzyskiego (43), lubelskiego (40), lubuskiego (39), zachodniopomorskiego (38) i podlaskiego (34). Najmniej ludności (względnie biorąc) odpływało w ramach migracji międzywojewódzkich z województw: małopolskiego, mazowieckiego i wielkopolskiego (po około 19 osób na 10 000 mieszkańców).

W grupie województw o **największym nasileniu odpływu ludności w ramach migracji międzywojewódzkich** główne kierunki tych migracji przedstawiały się następująco:

- warmińsko-mazurskie (odpływało 47,4 osób na 10 000 mieszkańców) – w tym do: mazowieckiego (14,8), pomorskiego (12,1);
- świętokrzyskie (odpływało 43,2 osoby na 10 000 mieszkańców) – w tym do: mazowieckiego (14,3), śląskiego (6,5);
- lubelskie (odpływało 40,1 osób na 10 000 mieszkańców) – w tym do: mazowieckiego (22,3), podkarpackiego (2,9);
- lubuskie (odpływało 38,6 osób na 10 000 mieszkańców) – w tym do: wielkopolskiego (10,8), dolnośląskiego (7,6), zachodniopomorskiego (5,6);
- zachodniopomorskie (odpływało 37,5 osób na 10 000 mieszkańców) – w tym do: wielkopolskiego (7,9), mazowieckiego (6,2), pomorskiego (5,7);
- podlaskie (odpływało 34,4 osoby na 10 000 mieszkańców) – w tym do: mazowieckiego (17,2), warmińsko-mazurskiego (6,7).

W grupie regionów o **najniższym poziomie nasilenia odpływu ludności w ramach migracji międzywojewódzkich** główne kierunki takiego odpływu ludności były następujące:

- małopolskie (odpływało 18,6 osób na 10 000 mieszkańców) – w tym do: śląskiego (6,5), mazowieckiego (3,2);
- mazowieckie (odpływało 18,7 osób na 10 000 mieszkańców) – w tym do: łódzkiego (2,4), lubelskiego (2,4), warmińsko-mazurskiego (2,3);
- wielkopolskie (odpływało 19,1 osób na 10 000 mieszkańców) – w tym do: mazowieckiego (3,0), dolnośląskiego (2,9), kujawsko-pomorskiego (2,6), zachodniopomorskiego (2,5).

Tablica 70. Migracje wewnątrzwojewódzkie ludności na pobyt stały według kierunków migracji na 1000 ludności miejsca odpływu, tj. miast oraz wsi

Ze wsi do miast	Z miast na wieś	Zmiast do miast	Ze wsi na wieś	Saldo migracji wewnątrzwojewódzkich w miastach	
				Ze wsi do miast	Z miast na wieś
Małopolskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Śląskie	1,4	2,5
Świętokrzyskie	Dolnośląskie	Podkarpackie	Dolnośląskie	1,8	2,6
Podkarpackie	Łódzkie	Opolskie	Podlaskie	2,0	2,8
Opolskie	Opolskie	Kujawsko-pomorskie	Opolskie	2,2	2,8
Śląskie	Mazowieckie	Małopolskie	Świętokrzyskie	2,2	3,0
Lubelskie	Podlaskie	Lubelskie	Małopolskie	2,2	3,1
Łódzkie	POLSKA	Łódzkie	Lubuskie	2,3	3,3
POLSKA	Zachodniopomorskie	Warmińsko-mazurskie	Zachodniopomorskie	2,5	3,3
Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Podlaskie	POLSKA	2,7	3,5
Mazowieckie	Małopolskie	Lubuskie	Łódzkie	2,7	3,5
Dolnośląskie	Pomorskie	Dolnośląskie	Mazowieckie	3,2	3,6
Kujawsko-pomorskie	Świętokrzyskie	POLSKA	Warmińsko-mazurskie	3,4	3,8
Pomorskie	Lubuskie	Wielkopolskie	Podkarpackie	3,5	3,8
Podlaskie	Kujawsko-pomorskie	Zachodniopomorskie	Pomorskie	3,5	3,9
Warmińsko-mazurskie	Podkarpackie	Mazowieckie	Kujawsko-pomorskie	4,2	4,1
Lubuskie	Lubelskie	Pomorskie	Wielkopolskie	4,9	4,1
Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Śląskie	Lubelskie	5,3	4,3

Województwa uporządkowano wg rosnącej wartości miernika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tablica 71. Migracje międzywojewództkami w 2005 r. – struktura kierunków napływu ludności do poszczególnych województw

Województwo obecnego zamieszkania (województwa docelowe napływu)	Województwo poprzedniego zamieszkania (województwa źródłowe napływu)																
	Ogółem	Doln.	Kuj.-pom.	Lubel.	Lubu.	Łódz.	Małop.	Maz.	Opol.	Podk.	Podl.	Pom.	Śląskie	Święt.	War.-mazur.	Wielk.	Zach.
Polska (napływ)	100,0	7,4	6,1	8,3	3,7	6,6	5,8	9,2	3,2	5,3	3,9	5,1	11,5	5,3	6,4	6,1	6,0
Dolnośląskie	100,0	x	3,2	4,2	11,2	7,4	4,6	6,6	15,1	4,2	1,3	2,8	13,4	3,9	2,5	14,1	5,6
Kujawsko-pomorskie	100,0	3,8	x	2,4	2,7	6,0	1,7	13,7	1,1	1,2	1,7	17,1	8,1	1,1	12,5	17,8	9,2
Lubelskie	100,0	5,0	1,6	x	1,8	3,9	5,3	31,9	1,9	15,4	2,3	3,6	11,5	5,2	3,5	2,5	4,7
Lubuskie	100,0	27,7	3,3	1,8	x	3,5	1,9	3,8	2,0	1,8	0,8	3,4	8,3	1,2	2,2	18,8	19,5
Łódzkie	100,0	7,6	6,0	5,0	2,0	x	3,7	23,3	3,1	2,7	1,7	3,8	16,7	6,1	2,8	10,7	4,8
Małopolskie	100,0	5,7	1,7	5,8	1,3	3,3	x	6,8	2,8	19,1	1,0	2,1	32,9	11,3	1,3	2,3	2,5
Mazowieckie	100,0	4,9	6,2	20,1	1,8	10,9	4,3	x	1,2	4,9	8,5	5,0	7,3	7,6	8,7	4,2	4,4
Opolskie	100,0	26,5	2,1	3,5	3,0	6,0	5,5	3,9	x	2,3	1,2	1,6	33,2	3,4	1,0	4,7	2,2
Podkarpackie	100,0	5,7	1,5	17,7	1,9	1,9	21,7	8,9	1,5	x	1,4	2,1	17,5	10,9	2,3	2,6	2,5
Podlaskie	100,0	2,5	2,8	5,4	0,8	3,1	3,0	28,4	0,7	1,5	x	5,0	9,6	1,3	30,8	2,0	3,0
Pomorskie	100,0	3,8	18,1	4,4	1,9	3,9	2,4	10,4	1,0	1,9	4,1	x	6,4	1,9	22,7	4,8	12,5
Śląskie	100,0	8,7	3,7	6,0	2,3	9,4	23,6	6,4	9,9	5,6	1,3	2,7	x	9,2	3,1	4,6	3,5
Świętokrzyskie	100,0	6,5	1,4	6,3	0,9	7,0	14,1	19,1	1,6	11,0	0,9	1,8	23,8	x	1,4	1,8	2,3
Warmińsko-mazurskie	100,0	4,3	10,1	3,8	1,7	2,6	1,8	26,3	1,2	1,6	17,7	14,3	6,4	1,1	x	2,7	4,4
Wielkopolskie	100,0	15,6	14,4	2,9	12,2	9,3	2,0	5,8	2,1	1,9	1,6	5,7	6,7	1,6	3,3	x	15,0
Zachodniopomorskie	100,0	8,8	7,3	4,4	10,7	5,2	2,6	9,5	1,6	2,0	1,9	15,4	8,6	2,1	4,2	15,7	x

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tablica 72. Migracje międzywojewódzkie w 2005 r. – struktura kierunków odpływu ludności z poszczególnych województw

Województwo obecnego zamieszkania (województwa docelowe odpływu)	Województwo poprzedniego zamieszkania (województwa źródłowe odpływu)																
	Polska (odpływ)	Doln.	Kuj.-pom.	Lubel.	Lubu.	Łódz.	Małop.	Maz.	Opol.	Podk.	Podl.	Pom.	Śląskie	Święt.	War.-mazur.	Wielk.	Zach.
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dolnośląskie	6,5	x	3,4	3,3	19,7	7,3	5,2	4,7	30,9	5,1	2,2	3,5	7,6	4,8	2,5	15,0	6,1
Kujawsko-pomorskie	4,7	2,4	x	1,3	3,3	4,2	1,4	7,0	1,6	1,1	2,0	15,5	3,3	0,9	9,1	13,5	7,1
Lubelskie	3,6	2,5	0,9	x	1,7	2,2	3,3	12,7	2,1	10,6	2,1	2,6	3,7	3,6	2,0	1,5	2,8
Lubuskie	3,3	12,3	1,8	0,7	x	1,7	1,1	1,4	2,1	1,2	0,7	2,2	2,4	0,7	1,1	10,1	10,6
Łódzkie	5,1	5,2	5,0	3,1	2,7	x	3,3	12,9	4,9	2,6	2,2	3,8	7,4	5,9	2,2	8,9	4,0
Małopolskie	8,8	6,7	2,5	6,1	3,0	4,4	x	6,6	7,7	31,7	2,3	3,6	25,1	18,8	1,8	3,3	3,7
Mazowieckie	23,0	15,2	23,2	55,7	10,9	38,1	17,0	x	8,5	21,5	50,0	22,2	14,5	33,1	31,2	15,7	16,6
Opolskie	2,6	9,3	0,9	1,1	2,1	2,4	2,5	1,1	x	1,2	0,8	0,8	7,5	1,7	0,4	2,0	0,9
Podkarpackie	3,4	2,6	0,9	7,2	1,7	1,0	12,7	3,3	1,5	x	1,2	1,4	5,2	7,0	1,2	1,4	1,4
Podlaskie	2,2	0,7	1,0	1,4	0,5	1,0	1,1	6,8	0,5	0,6	x	2,1	1,8	0,5	10,4	0,7	1,1
Pomorskie	7,3	3,7	21,4	3,9	3,7	4,3	3,0	8,2	2,2	2,6	7,5	x	4,0	2,6	25,6	5,7	15,1
Śląskie	8,6	10,1	5,2	6,2	5,2	12,3	35,1	6,0	26,6	9,1	3,0	4,5	x	15,0	4,1	6,5	5,0
Świętokrzyskie	3,1	2,7	0,7	2,4	0,8	3,3	7,7	6,6	1,6	6,5	0,7	1,1	6,5	x	0,7	0,9	1,2
Warmińsko-mazurskie	4,3	2,5	7,0	2,0	2,0	1,7	1,3	12,3	1,6	1,3	19,3	12,0	2,4	0,9	x	1,9	3,2
Wielkopolskie	8,5	17,9	20,1	2,9	28,1	12,0	2,9	5,4	5,7	3,1	3,5	9,5	4,9	2,6	4,3	x	21,2
Zachodniopomorskie	5,0	6,0	6,0	2,7	14,6	4,0	2,3	5,2	2,6	1,9	2,5	15,1	3,8	2,0	3,3	12,9	x

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Tablica 73. Migracje międzywojewództkami w 2005 r. – nasilenie odpływu ludności z poszczególnych województw (liczba osób opuszczających dane województwo na 10000 jego mieszkańców)

Województwo obecnego zamieszkania	Województwo poprzedniego zamieszkania																
	Polska	Doln.	Kuj.- pom.	Lubel.	Lubu.	Łódz.	Małop.	Maz.	Opol.	Podk.	Podl.	Pom.	Śląskie	Święt.	War.- mazur.	Wielk.	Zach.
Liczba ludności obszaru „odpływowego”	38157055	2888232	2068253	2179611	1009198	2577465	3266187	5157729	1047407	2098263	1199689	2199043	4685775	1285007	1428601	3372417	1694178
Polska	27,6	27,0	31,2	40,1	38,6	26,9	18,6	18,7	32,1	26,5	34,4	24,5	25,9	43,2	47,4	19,1	37,5
Dolnośląskie	1,8	x	1,1	1,3	7,6	2,0	1,0	0,9	9,9	1,4	0,8	0,9	2,0	2,1	1,2	2,9	2,3
Kujawsko-pomorskie	1,3	0,6	x	0,5	1,3	1,1	0,3	1,3	0,5	0,3	0,7	3,8	0,8	0,4	4,3	2,6	2,7
Lubelskie	1,0	0,7	0,3	x	0,7	0,6	0,6	2,4	0,7	2,8	0,7	0,6	0,9	1,6	0,9	0,3	1,1
Lubuskie	0,9	3,3	0,5	0,3	x	0,5	0,2	0,3	0,7	0,3	0,2	0,5	0,6	0,3	0,5	1,9	4,0
Łódzkie	1,4	1,4	1,6	1,2	1,1	x	0,6	2,4	1,6	0,7	0,8	0,9	1,9	2,5	1,1	1,7	1,5
Małopolskie	2,4	1,8	0,8	2,4	1,1	1,2	x	1,2	2,5	8,4	0,8	0,9	6,5	8,1	0,8	0,6	1,4
Mazowieckie	6,3	4,1	7,2	22,3	4,2	10,2	3,2	x	2,7	5,7	17,2	5,4	3,8	14,3	14,8	3,0	6,2
Opolskie	0,7	2,5	0,3	0,4	0,8	0,6	0,5	0,2	x	0,3	0,3	0,2	1,9	0,7	0,2	0,4	0,3
Podkarpackie	0,9	0,7	0,3	2,9	0,7	0,3	2,4	0,6	0,5	x	0,4	0,3	1,3	3,0	0,6	0,3	0,5
Podlaskie	0,6	0,2	0,3	0,6	0,2	0,3	0,2	1,3	0,2	0,2	x	0,5	0,5	0,2	4,9	0,1	0,4
Pomorskie	2,0	1,0	6,7	1,6	1,4	1,2	0,6	1,5	0,7	0,7	2,6	x	1,0	1,1	12,1	1,1	5,7
Śląskie	2,4	2,7	1,6	2,5	2,0	3,3	6,5	1,1	8,5	2,4	1,0	1,1	x	6,5	1,9	1,2	1,9
Świętokrzyskie	0,9	0,7	0,2	1,0	0,3	0,9	1,4	1,2	0,5	1,7	0,3	0,3	1,7	x	0,3	0,2	0,4
Warmińsko- mazurskie	1,2	0,7	2,2	0,8	0,8	0,4	0,3	2,3	0,5	0,3	6,7	2,9	0,6	0,4	x	0,4	1,2
Wielkopolskie	2,4	4,8	6,3	1,2	10,8	3,2	0,5	1,0	1,8	0,8	1,2	2,3	1,3	1,1	2,1	x	7,9
Zachodniopomorskie	1,4	1,6	1,9	1,1	5,6	1,1	0,4	1,0	0,8	0,5	0,9	3,7	1,0	0,9	1,6	2,5	x

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Analiza nasilenia odpływu ludności z poszczególnych województw w ramach migracji międzywojewódzkich w Polsce w 2005 r. pokazuje, że po wyeliminowaniu wpływu wielkości województwa na to zjawisko wyraźnie ujawniają się ekonomiczne mechanizmy określające zarówno największe rozmiary odpływu, jak i najbardziej znaczące miejsca docelowe napływu ludności. Zgodnie z oczekiwaniami, najintensywniej odpływała ludność w 2005 r. z województw o wysokiej stopie bezrobocia i kierowała się do regionów, w których występowało największe prawdopodobieństwo znalezienia zatrudnienia.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza przestrzennych zróżnicowań wybranych elementów sytuacji demograficznej w Polsce w latach 2002-2005, ze szczególnym uwzględnieniem 2005 r., pozwala na sformułowanie kilku istotnych wniosków o charakterze formalnym oraz merytorycznym.

Wnioski o charakterze formalnym:

- Dla właściwej oceny przebiegu procesów demograficznych niezbędne jest prowadzenie analiz w różnych skalach przestrzennych, a wynika to z głębokich zróżnicowań nie tylko nasilenia tych procesów, ale wręcz odmiennych kierunków zmian występujących na różnych obszarach kraju.
- Analizy przestrzennych zróżnicowań procesów demograficznych pokazujące przebieg badanego zjawiska w skali jednego roku, dość dobrze oddają tendencje zmian w odnośnej sferze.
- Ze względu na zasadnicze zmiany dokonujące się w zakresie sytuacji demograficznej Polski – wynikające z procesów dostosowawczych systemu społeczno-gospodarczego kraju do wymagań gospodarki rynkowej oraz członkostwa w UE – niezbędne wydaje się przynajmniej cykliczne prowadzenie analiz porównawczych przebiegu tych zjawisk, w różnych skalach przestrzennych dla dłuższych okresów. Jest to obecnie prawie niemożliwe ze względu na stale dokonywane zmiany w podziale administracyjnym kraju. Dotyczy to zwłaszcza skali lokalnej (gminy) oraz subregionalnej (powiaty i podregiony), a także układu miasta-wieś. Prowadzenie takich analiz wymaga dysponowania porównywalnymi danymi statystycznymi choćby dla wybranych elementów sytuacji demograficznej. Jest to równoznaczne z koniecznością dokonywania przez statystykę państwową przeliczeń ww. danych, tj. eliminowania wpływu zmian administracyjnych.

Wnioski o charakterze merytorycznym wynikają z konstatacji, iż przeprowadzona analiza przestrzennych zróżnicowań wybranych procesów demograficznych w Polsce w latach 2002-2005 (ze szczególnym uwzględnieniem 2005 r.) w zasadzie wykazała, iż procesy te są w przeważającej mierze wynikiem przemian ustrojowych, społecznych i gospodarczych dokonujących się w kraju w okresie transformacji. U podłoża tych zmian znajdują się:

- **Restrukturyzacja i modernizacja gospodarczego potencjału kraju.** W wyniku tych procesów następuje w znacznym stopniu realokacja wewnętrzna głównych ośrodków wzrostu gospodarczego Polski. Najdynamiczniej rozwijają się duże centra o znaczeniu regionalnym i subregionalnym. Zmniejszają swoją rolę peryferyjnie położone obszary (w tym zwłaszcza te o dominującej funkcji rolniczej) oraz „stare” okręgi przemysłowe.
- **Polaryzacja warunków bytowych ludności, w tym możliwości uzyskania i utrzymania zatrudnienia, możliwości awansu zawodowego i społecznego.** Proces ten prowadzi do przemieszczeń ludności (zwłaszcza grupy w wieku mobilnym) w poszukiwaniu miejsca pracy, a z czasem także zmiany miejsca zamieszkania. Zjawisko to osiągnęło obecnie taką skalę, że ujawnia się już nawet w formie przemieszczeń ludności w ramach migracji rejestrowanych. Napływ ludności głównie skupia się w otoczeniu regionalnych i subregional-

nych ośrodków wzrostu. Dzieje się tak ze względu na ekonomiczną barierę dostępności mieszkań oraz koszty utrzymania w największych miastach. Jednocześnie również na atrakcyjne obszary podmiejskie napływa, w poszukiwaniu wyższego standardu mieszkania i środowiska mieszkalnego, lepiej sytuowana pod względem ekonomicznym ludność z terenów wielkomiejskich.

- **Przemiany o charakterze cywilizacyjno-obyczajowym.** Przemiany te w pierwszej kolejności i w największej liczbie elementów składowych obejmują obszary najbardziej zurbanizowane, o najsilniejszych powiązaniach z otoczeniem, także europejskim. Elementem tych przemian są m.in.: widoczna najwyraźniej na takich terenach zmiana modelu rodziny (od wielopokoleniowej, wielodzietnej w formie związków sformalizowanych do nuklearnej lub nawet niepełnej w związkach nieformalnych), obniżenie poziomu dzietności, wydłużenie czasu trwania życia itp., a w konsekwencji także stopniowa depopulacja i starzenie się takich społeczności lokalnych.

Powyżej zasygnalizowano tylko niektóre, ujawniające się w świetle przeprowadzonej analizy, główne tendencje zmian wybranych elementów sytuacji demograficznej Polski w ujęciu przestrzennym. Ze względu na głębokie podłoże przyczynowe wzmiankowanych procesów ewentualna „korekta” części zaobserwowanych zjawisk (tych uznanych za niepożądane ze społecznego punktu widzenia) będzie bardzo trudna, a spodziewane efekty podejmowanych działań „naprawczych” można ocenić jako niepewne. Działania takie musiałyby bowiem mieć większą siłę oddziaływania niż współcześnie występujące („żywiolowe”) przyczyny społeczno-ekonomiczne tych procesów i zjawisk, które miałyby być korygowane.

VII. WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE LUDNOŚCI

7.1. Choroby układu krążenia w Polsce

7.1.1. Sytuacja epidemiologiczna

Choroby układu krążenia (ChUK), spowodowane przede wszystkim miażdżycą tętnic, chorobą wieńcową czy udarem mózgu są główną przyczyną chorobowości, inwalidztwa oraz przedwczesnej umieralności w krajach rozwiniętych. Pandemia chorób układu krążenia w coraz większym stopniu zaczyna dotyczyć także krajów rozwijających się. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2002 r. z powodu ChUK na świecie zmarło 16,7 milionów osób, z tego w Europie odnotowano 4 miliony zgonów, co stanowiło 55% wszystkich zgonów kobiet i 43% zgonów mężczyzn. Wśród chorób układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonu w obu grupach płci była choroba wieńcowa (50% wszystkich zgonów) i udar mózgu (około 30% przypadków). Szacuje się, że mimo znacznych postępów w diagnostyce i leczeniu, choroby sercowo-naczyniowe pozostaną w większości krajów świata główną przyczyną zgonów, co najmniej do 2020 r. (*Atlas of Heart Disease and Stroke*. WHO; 2004, Sept).

W Polsce choroby układu krążenia są przyczyną 43% wszystkich zgonów mężczyzn i 54% wszystkich zgonów kobiet. Co trzeci zgon mężczyzn i co dziesiąty zgon kobiet dotyczy osób młodych i w średnim wieku (poniżej 64 roku życia.). Mimo spadku trendów umieralności z powodu ChUK, obserwowanych w Polsce od początku lat 90. (w latach 1997-2001 redukcja o około 30%), Polska miała w 2002 r. nadal prawie dwukrotnie wyższe standaryzowane według wieku wskaźniki tej umieralności niż kraje Unii Europejskiej (mężczyźni-M: 519/100 tys. *versus* 298/100 tys.; kobiety-K: 331/100 tys. *vs* 192/100 tys.) (WHO Europe, HFA-HDB Data Base). Szczególnie niepokojący jest fakt, że nadwyżka umieralności w Polsce w stosunku do krajów UE dotyczy w większym stopniu osób w młodym i średnim wieku; te wskaźniki umieralności w Polsce są około 2,5 razy wyższe niż w krajach UE. Istotnym faktem jest, że obserwuje się znaczne regionalne zróżnicowanie umieralności z powodu ChUK – najwyższe wskaźniki odnoszą się do południowej i zachodniej Polski (opolskie, śląskie, zachodniopomorskie) oraz woj. łódzkiego, a najniższe dotyczą Polski północnej i centralnej (podlaskie, mazowieckie, pomorskie). Różnice umieralności między regionami dla całego przedziału wieku dochodzą nawet do 50%. Przyczyny takiego zróżnicowania nie są, jak dotąd, wyjaśnione; mogą zależeć od szeregu czynników: organizacji służby zdrowia, dostępności do procedur diagnostyczno-terapeutycznych czy też regionalnego zróżnicowania natężenia czynników ryzyka ChUK zależnych od stylu życia i czynników socjoekonomicznych czy genetycznych.

ChUK są także główną przyczyną chorobowości i hospitalizacji. Jak wynika z raportu NFZ w 2004 r. (ostatnie dostępne dane), z powodu chorób układu krążenia hospitalizowano w Polsce 987 258 osób, co stanowiło 44% wszystkich hospitalizacji. Wśród chorób układu krążenia ponad 50% hospitalizacji spowodowanych było chorobą niedokrwienną serca (499 626 pacjentów), z jej różnymi postaciami klinicznymi: dusznica bolesna, ostry zawał serca, przewlekła choroba niedokrwienna serca. Z powodu zawału serca hospitalizowano 127 823 osób, biorąc jednak pod uwagę, że około 20% wszystkich zawałów serca w populacji manifestuje się nagłym zgonem przedszpitalnym, należy szacować, że rzeczywista liczba zawałów serca w Polsce jest wyższa i wynosi około 160 tysięcy rocznie. Z powodu udaru mózgu hospitalizowano 78 559 osób, co stanowiło około 8% hospitalizacji z powodu ChUK.

Dominującą rolę w rozwoju i progresji miażdżycy oraz chorób układu krążenia odgrywają czynniki środowiskowe związane z nieprawidłowym trybem życia (niska aktywność

fizyczna, nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu), prowadzące do wzrostu ciśnienia, zaburzeń gospodarki lipidowej i węglowodanowej czy otyłości. Badania epidemiologiczne, kliniczne i interwencyjne udowodniły, że klasyczne wyżej wymienione czynniki powodują istotny wzrost ryzyka zarówno zachorowania, jak i zgonu z powodu ChUK. Wieloośrodkowe badanie kliniczno-kontrolne *INTER-HEART Study*, przeprowadzone w 52 krajach na wszystkich kontynentach z udziałem blisko 30 tys. osób, wykazały, że 6 czynników ryzyka (hiperlipidemia, palenie, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość brzuszna i czynniki psychosocjalne) oraz 3 czynniki kardioprotekcyjne (spożycie warzyw i owoców, niewielkie spożycie alkoholu oraz regularna aktywność fizyczna) determinowały 90% zachorowań na zawał serca wśród mężczyzn i 94% zachorowań wśród kobiet. Zależność taką stwierdzono we wszystkich regionach świata zarówno u osób młodych, jak i starszych.

Próby rozwiązania problemu pandemii ChUK na forum międzynarodowym i ogólnopolskim

Na 53 Zgromadzeniu Ogólnym Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Assembly) w 2000 r. kraje członkowskie, w tym Polska, podjęły rezolucję dotyczącą działań na rzecz zredukowania chorobowości, inwalidztwa i przedwczesnych zgonów spowodowanych przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, w tym chorobami układu krążenia.

W rezolucji tej stwierdzono, że system monitorujący stan zdrowia społeczeństwa musi stanowić integralną część opieki zdrowotnej, gdyż pozwala szybko uzyskiwać informacje o zmianach w stanie zdrowia w celu podjęcia niezbędnych decyzji organizacyjnych, budżetowych itp. Ponieważ niektóre czynniki ryzyka nie mogą być modyfikowane (np. wiek, płeć), należy położyć nacisk na monitorowanie i kontrolę modyfikowalnych czynników ryzyka, jak palenie tytoniu, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej, nadwaga, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej. W dokumencie WHO zwrócono uwagę, że:

1. Wymienione czynniki ryzyka mają największy wpływ na chorobowość i umieralność.
2. Modyfikacja ich jest możliwa poprzez efektywną prewencję.
3. Oznaczenie poziomu tych czynników ryzyka nie stwarza trudności.
4. Pomiary tych czynników można uzyskać zachowując etyczne standardy.

W roku 2002 Rada UE opracowała i przyjęła program Europejski Plan Serca, którego celem jest ograniczenie epidemii chorób układu krążenia w krajach UE. Plan ten oparty jest na rezolucji podjętej na 59 posiedzeniu ŚOZ w 2000 r. oraz inne inicjatywy międzynarodowe. Zakłada się, że wspólna strategia krajów członkowskich UE, powinna doprowadzić w roku 2020 do redukcji o 40% umieralności z powodu ChUK u osób poniżej 65 roku życia. Cel ten powinien być osiągnięty przede wszystkim poprzez poprawę kontroli głównych czynników ryzyka ChUK w populacji, jak również poprawę w zakresie diagnostyki i leczenia. W stosunku do kontroli czynników ryzyka postuluje się: obniżenie indywidualnych wartości cholesterolu w populacji do wartości poniżej 5,0 mmol/l, wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mmHg i redukcję palenia papierosów co najmniej o 1% rocznie. Niezbędnym elementem oceny realizacji powyższych założeń jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej poprzez prowadzenie okresowych (optymalnie co 5 lat), badań przekrojowych populacji z zastosowaniem standaryzowanej, jednakowej we wszystkich krajach metodyki.

Pierwszym spełniającym powyższe kryteria ogólnopolskim badaniem epidemiologicznym, oceniającym sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób układu krążenia, było badanie *NATPOL Plus* (**N**adciśnienie **T**ętnicze w **P**olsce **Plus** zaburzenia lipidowe i cukrzyca). Badanie to zostało przeprowadzone w 2002 r. przez Akademię Medyczną w Gdańsku na reprezentatywnej próbie losowej populacji polskiej w wieku powyżej 17 roku życia, liczącej 3050 osób. Badanie to dostarczyło szeregu cennych informacji na temat rozpowszechniania czynników ryzyka ChUK w dorosłej populacji polskiej. Jednakże stosunkowo niewielka li-

czebność zbadanych oraz sposób pobrania próby nie pozwoliły na ocenę rozpowszechnienia czynników ryzyka w poszczególnych regionach Polski.

W ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD zrealizowano w latach 2003-2005 „Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ”, którego autorem, koordynatorem i organizatorem był Zakład Epidemiologii i Prewencji Chorób Układu Krążenia Instytutu Kardiologii w Warszawie. Program został zrealizowany we współpracy z ośrodkami akademickimi z Gdańska, Poznania, Katowic, Łodzi i Krakowa. Zbadano próbę losową populacji polskiej liczącą blisko 14 000 osób w wieku 20-74 lata. W oparciu o badanie kwestionariuszowe, badanie przedmiotowe oraz badanie podmiotowe i analizy laboratoryjne oceniono u każdego respondenta szeroki zakres czynników ryzyka ChUK. Oceniono ponadto chorobowość z powodu choroby wieńcowej i cukrzycy, jak również opiekę zdrowotną i samoocenę stanu zdrowia. Sposób pobrania próby i estymacji statystycznej pozwoliły na ocenę sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób układu krążenia zarówno całej populacji polskiej jak i w poszczególnych województwach.

Należy podkreślić, że badania zarówno *NATPOL Plus* jak i *WOBASZ* zostały wykonane zgodnie ze standardami międzynarodowymi dotyczącymi badań epidemiologicznych.

W niniejszym fragmencie raportu przedstawiono wyniki badania *WOBASZ* w przedziale wieku 20-74 lata dla populacji ogólnopolskiej i poszczególnych województw. Natomiast w analizach dotyczących grup wieku uwzględniono wyniki programu *WOBASZ* dla osób w przedziale 20-74 lat oraz dodatkowe wyniki *NATPOL Plus* dla osób w wieku 75-94 lata.

7.1.2. Rozpowszechnienie czynników ryzyka

Nadciśnienie tętnicze – NT (wykres 82, 83, 84). Nadciśnienie tętnicze nie wykryte, nie leczone lub niedostatecznie leczone jest, obok palenia papierosów i hiperlipidemii (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu i /lub podwyższone stężenie trójglicerydów), jednym z trzech najważniejszych niezależnych czynników ryzyka ChUK. Znaczne rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego, jego liczne powikłania narządowe oraz koszty leków obniżających ciśnienie krwi sprawiają, że stanowi ono niezwykle istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny w Polsce. Stąd znajomość rozpowszechnienia, wykrywalności i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego jest niezbędnym elementem planowania strategii zmniejszania częstości chorób układu sercowo-naczyniowego na poziomie populacyjnym.

Częstość nadciśnienia tętniczego w populacji polskiej jest znacznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet; w populacji 20-74 lata nadciśnienie tętnicze obserwuje się u 42% mężczyzn i 33% kobiet. Zaobserwowano duże zróżnicowanie dotyczące występowania nadciśnienia tętniczego w poszczególnych regionach. Najwyższe odsetki osób z nadciśnieniem stwierdzono w województwach: wielkopolskim i śląskim (M: 49-50%; K: 37-38%). Natomiast najrzadziej nadciśnienie tętnicze występowało u mężczyzn w województwie lubelskim (24%), a u kobiet w województwach: lubelskim i łódzkim (24%). Nadciśnienie tętnicze wzrasta wraz z wiekiem: od 19% w wieku 20-34 lata do 61-66% wśród mężczyzn powyżej 54 roku życia i od 5% do 74% wśród kobiet w wieku 65-74 lata. W młodszych grupach wieku NT stwierdzono częściej u mężczyzn, a w starszych grupach wieku po 54 roku życia u kobiet (Wykres 83).

Odsetek prawidłowo kontrolowanego nadciśnienia tętniczego w populacji zdefiniowano jako stosunek osób aktualnie leczonych z powodu nadciśnienia, u których uzyskano normalizację ciśnienia (<140/90 mmHG), do ogółu osób, u których w czasie badania stwierdzono nadciśnienie tętnicze. Odsetek ten był wyższy u kobiet (16%) niż u mężczyzn (10%). Obserwowano znaczne regionalne zróżnicowanie kontroli nadciśnienia, zarówno u mężczyzn od 5% (woj. wielkopolskie i dolnośląskie) do 14% (woj. małopolskie), jak i u kobiet od 10% (woj. lubuskie) do 29% (woj. małopolskie) (wykres 84).

Zaburzenia lipidowe (tablice 74, 75, wykres 85). Cholesterol odgrywa kluczową rolę w rozwoju miażdżycy i jest głównym składnikiem tkanki miażdżycowej. Istnieje wyraźna zależność pomiędzy stężeniem cholesterolu we krwi a ryzykiem zachorowania lub zgonu z powodu chorób układu krążenia. Wykazano, że 10 procentowy wzrost stężenia cholesterolu powoduje 20-30 procentowy wzrost ryzyka wieńcowego. Według uzgodnionego stanowiska 8 europejskich towarzystw naukowych, optymalne stężenie cholesterolu całkowitego u osób zdrowych powinno być poniżej 5 mmol/l. W niektórych grupach wysokiego ryzyka, zwłaszcza u osób z już rozwiniętą chorobą wieńcową, zaleca się nawet obniżenie cholesterolu poniżej 4,5 mmol/l. Rola trójglicerydów jako niezależnego czynnika ryzyka chorób układu krążenia jest nadal przedmiotem dyskusji. W zaleceniach naukowych towarzystw amerykańskich i europejskich uznaje się jednak, że stężenie trójglicerydów powyżej 1,7 mmol/l wiąże się z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia i jest wskazaniem do podjęcia działań terapeutycznych.

Tablica 74. Częstość (%) występowania hipercholesterolemii* i hipertrójglicydemii mężczyzn i kobiet według województw i w całej Polsce**

Lp.	Województwo	Hipercholesterolemia		hipertrójglicydemia	
		M	K	M	K
1	Dolnośląskie	54	48	34	21
	Lubelskie	57	51	26	20
3	Podkarpackie	60	56	30	17
4	Świętokrzyskie	63	58	29	17
5	Mazowieckie	64	59	26	14
6	Warmińsko-Mazurskie	65	61	30	20
7	Lubuskie	68	67	29	18
8	Małopolskie	68	61	25	19
9	Opolskie	69	68	35	24
10	Podlaskie	71	60	32	20
11	Śląskie	71	70	33	20
12	Łódzkie	73	67	28	17
13	Pomorskie	76	77	35	24
14	Wielkopolskie	76	68	40	23
15	Zachodniopomorskie	76	76	37	31
16	Kujawsko-pomorskie	77	74	35	21
	Polska	67	64	31	20

* stężenie cholesterolu ≥ 5 mmol/l i

** stężenie trójglicerydów $\geq 1,7$ mmol/l

M – mężczyźni K – kobiety

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV t. 63, 2005.

Tablica 75. Kontrola hipercholesterolemii w populacji w Polsce według województw (wykrywalność, leczenie i jego skuteczność)

Lp.	Województwo	Hipercholesterolemia							
		niezrozpoznana		rozpoznana nieleczona		leczona nieskutecznie		leczona skutecznie	
		M (%)	K (%)	M (%)	K (%)	M (%)	K (%)	M (%)	K (%)
1	Lubelskie	80	67	10	18	8	12	3	4
2	Łódzkie	80	75	11	12	8	10	2	2
3	Pomorskie	79	74	14	18	7	8	0	1

Tablica 75. Kontrola hipercholesterolemii w populacji w Polsce według województw (wykrywalność, leczenie i jego skuteczność) (dok.)

Lp.	Województwo	Hipercholesterolemia							
		niezrozpoznana		rozpoznana nieleczona		leczona nieskutecznie		leczona skutecznie	
		M (%)	K (%)	M (%)	K (%)	M (%)	K (%)	M (%)	K (%)
4	Śląskie	79	72	11	16	7	11	2	1
5	Kujawsko-Pomorskie	78	76	12	15	8	8	2	1
6	Zachodniopomorskie	78	71	12	17	7	11	4	1
7	Warmińsko-Mazurskie	77	68	15	21	6	9	2	2
8	Opolskie	77	77	12	15	9	7	2	0
9	Dolnośląskie	76	61	14	20	4	14	6	6
10	Lubuskie	74	74	15	17	5	7	5	2
11	Podkarpackie	74	66	15	20	7	10	3	4
12	Małopolskie	72	69	15	18	10	11	3	2
13	Mazowieckie	72	55	13	22	9	15	5	7
14	Świętokrzyskie	72	66	20	24	6	9	3	10
15	Podlaskie	71	51	20	26	6	19	4	3
16	Wielkopolskie	70	73	18	14	8	12	5	1
	Polska	76	69	14	18	7	11	3	2

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV. t. 63, 2005.

Określenie częstości występowania hiperlipidemii ma kluczowe znaczenie dla zdrowia publicznego, gdyż jest to informacja niezbędna do planowania strategii zwalczania tych zaburzeń i alokacji odpowiednich środków na ten cel oraz do monitorowania skuteczności podjętych działań.

Hipercholesterolemię stwierdzono u 67% mężczyzn i 64% kobiet w Polsce, a hipertrójglicerydemię u 31% mężczyzn i 20% kobiet. Obserwuje się zróżnicowanie regionalne, u mężczyzn i kobiet; dyslipidemię najczęściej obserwowano w województwach: północno-zachodnich (76-77%), a najrzadziej w województwach: dolnośląskim i lubelskim (Tablica 74). Częstość hipercholesterolemii wzrastała wraz z wiekiem: wśród mężczyzn od 39% w wieku 20-34 lata do 66% w wieku 74-94 lata, u kobiet odpowiednio od 33% do 81%. W młodszych grupach wieku hipercholesterolemia częściej występowała u mężczyzn, w starszych grupach wieku u kobiet (wykres 85).

W tablicy 75 przedstawiono kontrolę hipercholesterolemii w populacji, tzn. wykrywalność, leczenie i skuteczność leczenia. Wśród osób ze stwierdzoną w trakcie badania hipercholesterolemią aż 76% mężczyzn i 69% kobiet miało ją wcześniej niezrozonaną. Dalsze 14% mężczyzn i 18% kobiet miało wykrytą hipercholesterolemię, jednak nie podjęto u nich leczenia. Dalsze 7% mężczyzn i 11% kobiet z hipercholesterolemią stosowało leczenie dietą lub środkami farmakologicznymi, jednak nie osiągnęło optymalnych wartości stężenia cholesterolu (< 5 mmol/l). Tylko 3% mężczyzn i 2% kobiet z hipercholesterolemią było prawidłowo leczonych za pomocą diety lub środków farmakologicznych. Stwierdzono pewne różnice pomiędzy województwami dotyczące częstości leczenia i jego skuteczności, jednak odsetek osób z hipercholesterolemią, u których osiągnięto cel leczenia, był niski we wszystkich województwach i wynosił 6% u mężczyzn (województwo dolnośląskie) i 10% u kobiet (województwo świętokrzyskie). Podsumowując, zaburzenia lipidowe dotyczą ponad 2/3 dorosłej populacji polskiej, większość tych zaburzeń jest niezrozpoznana, a prawidłowe leczenie dotyczy znikomego odsetka osób z tymi zaburzeniami.

Palenie tytoniu (wykres 86). Palenie tytoniu inicjuje i przyspiesza proces miażdżycowy poprzez zmniejszenie dotlenienia tkanek, zwiększenie aktywności układu współczulnego, działanie tlenu węgla i innych składników dymu tytoniowego na śródbłonek naczyń. Ponadto palenie zwiększa aktywność agregacyjną płytek oraz stężenie fibrynogenu, co sprzyja wewnątrznaczyniowemu wykrzepianiu. U palaczy występuje dwukrotnie wyższe, w stosunku do osób niepalących, ryzyko chorób układu krążenia, takich jak choroba niedokrwienna serca, udar mózgu, choroby naczyń obwodowych oraz 3-krotnie wyższe ryzyko wystąpienia nagłego zgonu. Ponadto palenie zwiększa istotnie ryzyko przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz nowotworów układu oddechowego i pokarmowego. Konsekwencją palenia są także zaburzenia metaboliczne, takie jak dyslipidemia. Ryzyko chorób tytoniowych wzrasta wraz z intensywnością i okresem palenia. Nałóg palenia jest jedynym czynnikiem ryzyka w pełni modyfikowalnym stosunkowo prostymi metodami, którego eliminacja powoduje całkowitą lub znaczną redukcję powikłań związanych z paleniem. Wykazano, że u osób palących do 20 papierosów dziennie, którzy rzucili palenie, ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia po 10 latach od zaprzestania palenia jest porównywalne do ryzyka osób nigdy niepalących, a u osób palących intensywniej ryzyko to zdecydowanie się obniża.

Nałóg palenia tytoniu w populacji Polski dotyczy 42% mężczyzn i 25% kobiet (wykres 86). Występuje znaczne zróżnicowanie regionalne zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Najwięcej mężczyzn pali w województwie podlaskim (48%), a najmniej w małopolskim (34%). Wśród kobiet odsetki te były najwyższe w województwach: warmińsko-mazurskim, lubuskim i dolnośląskim (32-34%), a dwukrotnie rzadziej paliły kobiety w podkarpackim oraz małopolskim (poniżej 20%).

Nadwaga i otyłość (tablica 76). W badaniach epidemiologicznych wykazano zależność pomiędzy nadwagą i otyłością a umieralnością ogólną i z powodu chorób układu krążenia. Nadwadze i otyłości często towarzyszą zaburzenia metaboliczne, nieprawidłowy poziom cholesterolu frakcji LDL i HDL, trójglicerydów, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia tolerancji glukozy, które w znacznym stopniu wyjaśniają związek pomiędzy otyłością a chorobowością i umieralnością z powodu chorób układu krążenia.

Tablica 76. Częstość (%) prawidłowej masy ciała, nadwagi, otyłości i otyłości znacznej wg wskaźnika BMI u kobiet i mężczyzn w Polsce według województw (w %)

Lp.	Województwo	Prawidłowa masa ciała		Nadwaga		Otyłość		Otyłość znaczna	
		M	K	M	K	M	K	M	K
1	Dolnośląskie	36,0	53,6	39,5	23,3	24,0	20,5	0,5	2,5
2	Kujawsko-pomorskie	35,1	52,5	42,7	24,9	21,4	20,1	0,9	2,5
3	Lubelskie	44,8	47,0	36,5	29,2	17,3	22,8	1,4	1,0
4	Lubuskie	35,4	49,1	42,7	27,9	20,9	21,4	1,0	1,6
5	Łódzkie	38,1	51,7	42,4	29,3	19,1	16,9	0,3	2,1
6	Małopolskie	37,2	46,7	48,1	29,2	14,2	21,6	0,5	2,5
7	Mazowieckie	34,1	43,2	42,0	29,3	23,6	23,1	0,2	4,4
8	Opolskie	40,4	46,0	39,3	27,1	18,7	24,0	1,5	3,0
9	Podkarpackie	41,0	49,9	42,5	31,3	15,7	16,1	0,8	2,7
10	Podlaskie	39,1	51,8	39,6	26,3	19,7	20,2	1,5	1,8
11	Pomorskie	44,1	51,3	36,8	28,6	18,5	18,7	0,6	1,4
12	Śląskie	38,7	53,0	40,2	27,9	20,6	17,4	0,5	1,8

Tablica 76. Częstość (%) prawidłowej masy ciała, nadwagi, otyłości i otyłości znacznej wg wskaźnika BMI u kobiet i mężczyzn w Polsce według województw (w %) (dok.)

Lp.	Województwo	Prawidłowa masa ciała		Nadwaga		Otyłość		Otyłość znaczna	
		M	K	M	K	M	K	M	K
13	Świętokrzyskie	40,9	53,1	38,6	26,5	20,5	20,3	0,0	0,1
14	Warmińsko-mazurskie	42,3	53,1	37,4	26,5	20,1	18,8	0,3	1,5
15	Wielkopolskie	35,1	51,2	35,7	27,0	28,2	20,3	1,0	1,4
16	Zachodniopomorskie	43,9	46,9	37,5	29,5	17,9	22,2	0,7	1,5
	Polska	38,4	49,7	40,4	27,9	20,6	20,2	0,6	2,2

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV, t. 63, 2005.

Opracowanie strategii zwalczania otyłości, a następnie monitorowanie jej skuteczności wymaga oceny rozpowszechnienia nadwagi i otyłości w kraju i w poszczególnych regionach. Najczęściej stosowanym miernikiem otyłości jest wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index) obliczony według wzoru: $BMI = \text{masa ciała [kg]} / \text{wzrost [m]}^2$. Za kryterium wystąpienia nadwagi przyjęto wartości BMI od ≥ 25 do $< 30 \text{ kg/m}^2$; otyłości: BMI od ≥ 30 do $< 40 \text{ kg/m}^2$; otyłości znacznej: BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$. Wartości BMI $< 25 \text{ kg/m}^2$ uznane zostały jako prawidłowa masa ciała.

W populacji całego kraju nadwagę częściej rozpoznawano u mężczyzn (40,4%) niż u kobiet (27,9%) (tablica. 76). Najwyższy odsetek mężczyzn z nadwagą był w województwie małopolskim (48,1%), a najniższy w wielkopolskim (35,7%). Rozpowszechnienie nadwag u kobiet wahało się od 23,3% w województwie dolnośląskim do 31,3% w województwie podkarpackim. Częstość występowania otyłości w Polsce była podobna u kobiet (20,2%) i u mężczyzn (20,6%). Częstość otyłości była dwukrotnie większa u mężczyzn w województwie wielkopolskim niż w województwie małopolskim (28,2% i 14,2%). U kobiet odsetki te wahały się od 24% w województwie opolskim, do 16% w województwie podkarpackim. Otyłość znaczna (BMI ≥ 40) w Polsce częściej występowała u kobiet (2,2%) niż u mężczyzn (0,6%). U mężczyzn najwyższy odsetek otyłości znacznej stwierdzono w województwie podlaskim i opolskim (po 1,5%), a u kobiet w województwie mazowieckim (4,4%).

Podsumowując nadwaga lub otyłość (BMI ≥ 25) dotyczyły 61,6% mężczyzn i 50,3% kobiet w Polsce, a różnica ta wynikała z wyższego odsetka mężczyzn z nadwagą, gdyż częstość otyłości była podobna u kobiet i mężczyzn.

Niska aktywność fizyczna (wykres 87). Metaanaliza kilkudziesięciu badań epidemiologicznych wskazuje, że regularny wysiłek fizyczny obniża o około 30% ryzyko umieralności ogólnej i około 30-50% umieralności z powodu chorób układu krążenia (CHUK). Systematyczne ćwiczenia zapobiegają chorobom serca i naczyń poprzez korzystny wpływ na masę ciała, ciśnienie krwi i tolerancję glukozy, stężenie lipidów. Niska aktywność fizyczna może mieć wpływ na rozwój niektórych nowotworów i osteoporozy. Niski poziom aktywności fizycznej („siedzący” tryb życia) jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych czynników zagrożenia chorobami układu krążenia w krajach uprzemysłowionych.

W badaniu WOBASZ małą aktywność fizyczną („siedzący” tryb życia) zdefiniowano jako nie wykonywanie jakichkolwiek ćwiczeń fizycznych trwających przynajmniej 30 minut przez większość dni tygodnia bądź wykonywanie tych ćwiczeń bardzo rzadko (jeden raz w tygodniu, kilka razy w miesiącu, kilka razy w roku). Zjawisko to obserwuje się u 49% mężczyzn i 56% kobiet w populacji polskiej (wykres 87). Największy odsetek osób mało aktywnych występuje wśród kobiet z województwa kujawsko-pomorskiego (65%), pomorskiego i śląskiego (64%) oraz wśród mężczyzn z województw: podlaskiego (62%), kujawsko-pomorskiego (%*%). Najniższe odsetki osób mało aktywnych obserwowano u mężczyzn i kobiet w woj. opolskim i lubelskim (38-42%).

Zespół metaboliczny (wykresy 88, 89). Zespół metaboliczny (ZM) zdefiniowany jest jako zespół współwystępujących czynników metabolicznych: otyłość, podwyższone stężenie glukozy, nadciśnienie, zaburzenia lipidowe. Wykazano, że ZM zwiększa istotnie ryzyko rozwoju miażdżycy i cukrzycy typu 2 oraz ich powikłań sercowo-naczyniowych. Poznanie częstości występowania zespołu metabolicznego ma zatem duże znaczenie zarówno z punktu widzenia klinicysty, jak i z punktu widzenia zdrowia populacji.

Częstość ZM w populacji polskiej w badaniu WOBASZ oceniono zgodnie z „klasyczną”, najczęściej stosowaną definicją z 2001 roku – opracowaną przez amerykańskich ekspertów w trzecim raporcie Narodowego Programu Edukacji Cholesterolowej nt. wykrywania oceny i leczenia hipercholesterolemii u osób dorosłych - NCEP-ATP III. Zgodnie z tą definicją, dla rozpoznania ZM konieczne jest stwierdzenie u osoby badanej trzech z następujących patologii: 1) *otyłość brzuszna* (obwód pasa: mężczyźni >102cm, kobiety >88cm), 2) *triglicerydy* ≥ 150 mg/dl (1,7mmol/l), 3) niskie stężenie HDL-cholesterolu: mężczyźni <40mg/dl (1,0 mmol/l), kobiety <50 mg/dl (1,3 mmol/l), 4) ciśnienie krwi $\geq 130/85$ mm Hg, 5) stężenie glukozy w surowicy na czczo ≥ 110 mg/dl (6,1 mmol/l).

Kryteria zespołu metabolicznego w populacji polskiej spełniało 23% mężczyzn i 20% kobiet (wykres 88). Zwracają uwagę olbrzymie różnice w częstości występowania zespołu metabolicznego na terenie kraju. Zespół metaboliczny najrzadziej (16%-17%) występuje w południowo-wschodnich województwach Polski (województwa małopolskie, podkarpackie i lubelskie). Natomiast najczęściej zespół metaboliczny obserwowano w północno-zachodnich regionach Polski: u mężczyzn z województwa wielkopolskiego (33%) a u kobiet w województwach: opolskim i zachodniopomorskim (25%-26%).

Częstość zespołu metabolicznego rośnie z wiekiem i trend ten znacznie wyraźniej zaznacza się u kobiet (wykres 89). Zaledwie 4% kobiet i 9,7% mężczyzn w wieku 20-39 lat spełniało kryteria zespołu metabolicznego, natomiast w wieku 60-74 lat rozpowszechnienie ZM wniosło 46% u kobiet (prawie 12-krotnie wyższe) i 34% u mężczyzn (3-krotnie wyższe).

Poziom wsparcia społecznego oraz objawy depresji (wykresy 90, 91). Prowadzone na świecie badanie naukowe w coraz większym stopniu określają rolę, jaką czynniki psychospołeczne pełnią w powstawaniu i rozwoju choroby niedokrwiennej serca (ChNS). Wśród nich coraz więcej badań koncentruje się wokół problematyki stopnia wsparcia społecznego (WS), przewlekłego stresu i depresji oraz roli, jaką te zmienne psychospołeczne odgrywają w patofizjologii ChNS. Problematyka wsparcia społecznego mieści się w nurcie badań nad wpływem zmiennych psychospołecznych na stan zdrowia i WS uważane jest za czynnik, który może przyczynić się do powstania choroby (jeżeli jest niskie) lub chronić przed nią (jeżeli jest wysokie). Coraz liczniejsze w ostatnim czasie doniesienia zakładają, że WS jako wskaźnik integracji jednostki ze społeczeństwem jest niezależnym czynnikiem ryzyka wpływającym na ludzkie zdrowie. Istnieje szereg doniesień z badań epidemiologicznych, że niski poziom WS związany jest z nasileniem wskaźnika **chorobowości i umieralności z powodu chorób serca**.

Depresja (DP) jako zespół zaburzeń psychosomatycznych zajmuje istotne miejsce w badaniach nad epidemiologią ChNS w populacjach światowych. Obserwowany na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wzrost częstości zaburzeń depresyjnych w populacji polskiej i światowej stanowi coraz poważniejszy problem zarówno osób dorosłych, jak i ludzi młodych, a nawet dzieci i jest jedną z przyczyn wczesnego inwalidztwa. Spośród wszystkich chorych zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu, około 20-33% to pacjenci z różnymi objawami depresyjnymi. W Stanach Zjednoczonych w 1990 roku depresja zajmowała czwarte miejsce na liście głównych przyczyn inwalidztwa, wyprzedzając w tym względzie ChNS, a szacunkowe dane wskazują, że do 2020 roku depresja zajmie w tym rankingu drugie miejsce.

W ocenie wsparcia społecznego w badaniu WOBASZ posłużono się kwestionariuszem wsparcia społecznego Berkmana i Syme'a. Uwzględniał on wywiad dotyczący liczby i rodzaju kontaktów respondentów z bliższą i dalszą rodziną. Do oceny włączono ponadto przynależność do grup i organizacji społecznych, jak również deklarowaną aktywność w tych organizacjach. Występowanie objawów depresji oceniono według kwestionariusza skali depresji Becka.

Niski poziom WS dla badanej populacji Polski występował ogółem u 30% mężczyzn i 38% kobiet (wykres 90). W obu grupach płci obserwowano znaczne zróżnicowanie między województwami. Najczęściej niski poziom WS zaobserwowano u mężczyzn i kobiet w województwie łódzkim (M – 38%, K – 48%), a najrzadziej u mężczyzn w województwach: świętokrzyskim i śląskim (25%), zaś u kobiet w województwie małopolskim (29%).

Objawy depresji w populacji Polski stwierdzono ogółem u 24% mężczyzn i 34% kobiet (wykres 91). Najczęstsze występowanie objawów DP wykazano zarówno wśród mężczyzn (37%), jak i kobiet (56%) w województwie lubelskim. Najniższe odsetki objawów depresji zaobserwowano wśród mężczyzn w woj. dolnośląskim i świętokrzyskim (15%), a wśród kobiet w woj. opolskim i dolnośląskim (25-26%).

7.1.3. Realizacja zasad prewencji chorób układu krążenia na poziomie populacji

Przedstawione wyniki wskazują na bardzo niekorzystny profil czynników ryzyka w całej populacji polskiej, jakkolwiek obserwuje się znaczne zróżnicowanie między poszczególnymi województwami. Sprzyja to utrzymującej się wysokiej chorobowości i umieralności z powodu ChUK w naszym kraju oraz ich regionalnemu zróżnicowaniu.

Tablica 77. Realizacja zadań prewencji chorób układu krążenia przez lekarzy POZ: odsetki osób, którym udzielono porad na temat stylu życia, mierzono ciśnienie na każdej wizycie^x (w %)

Wyszczególnienie	Mężczyźni	Kobiety
Pomiar ciśnienia tętniczego	55,0	56,0
Zlecenie zaprzestania palenia	47,0	36,0
Zlecenie odnośnie sposobu żywienia	22,0	22,0
Zlecenie zwiększenia aktywności fizycznej	20,0	16,0

^x nie sumuje się do 100% ponieważ jeden respondent mógł uzyskać więcej niż jedną poradę

Źródło: *Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV, t. 63, 2005.*

Zalecenia międzynarodowych towarzystw dotyczące prewencji chorób układu krążenia (ChUK) mówią o konieczności zwracania przez lekarzy wszystkich specjalności szczególnej uwagi na promowanie prozdrowotnych zmian w stylu życia pacjentów (zalecanie rzucenia palenia papierosów przez palaczy, zdrowy sposób odżywiania, zwiększenie aktywności fizycznej oraz redukcję nadwagi). Ze względu na duże rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego przy każdej wizycie u lekarza pacjent powinien mieć zmierzone ciśnienie krwi. Realizacja tych zasad w codziennej praktyce lekarskiej jest daleko niewystarczająca (tablica 77). Odsetek osób, którym zazwyczaj wykonywano pomiar ciśnienia tętniczego krwi w czasie wizyty lekarskiej był podobny u mężczyzn i kobiet i wynosił odpowiednio 55% i 56%.

Zalecenie zaprzestania palenia przez palaczy częściej otrzymywali mężczyźni (47%) niż kobiety (36%). Porada dietetyczna była rzadko stosowaną praktyką w gabinecie lekarza. Mężczyźni i kobiety otrzymywali zalecenia żywieniowe w podobnym odsetku przypadków, średnio w Polsce około 22% osób potwierdzało otrzymanie porady dietetycznej od lekarza. Fakt otrzymania zalecenia zwiększenia aktywności fizycznej potwierdziło 20% badanych mężczyzn i 16% badanych kobiet.

Analizując działania prewencyjne, podejmowane przez lekarzy w stosunku do pacjentów, stwierdzono, że istnieje rozdźwięk między rekomendacjami a praktyką. Nadal nie każdy pacjent zgłaszający się do lekarza ma mierzone ciśnienie, zbyt rzadko udzielane są porady żywieniowe oraz zalecane jest rzucenie nałogu palenia papierosów u palaczy czy zwiększenie aktywności fizycznej. Jedynie co drugi pacjent ma rutynowo wykonywany pomiar ciśnienia tętniczego krwi, stąd prawdopodobnie duży odsetek nie wykrytego nadciśnienia tętniczego. Zbyt mała uwaga poświęcana prawidłowemu odżywianiu oraz aktywności fizycznej skutkuje dużymi odsetkami nadwagi i otyłości oraz zaburzeń lipidowych w populacji.

7.1.4. Samoocena stanu zdrowia

Subiektywna ocena stanu zdrowia jest ważnym wskaźnikiem psychicznej i fizycznej wydolności populacji. Na tę ocenę wpływa zarówno obecność choroby, zwłaszcza przewlekłej, jak również warunki społeczne, stopień zaspokojenia potrzeb materialnych, stopień satysfakcji z osiągnięć życiowych czy zawodowych oraz z sytuacji rodzinnej. W populacji polskiej zbadanej w programie WOBASZ 71% mężczyzn i 68% kobiet zadeklarowało bardzo dobry lub dobry stan zdrowia. Odsetek ten zmniejszał się wraz z wiekiem od 93-94% w wieku 20-34 lat do 37-33% w wieku 65-74 lat. Natomiast zły stan zdrowia zadeklarowało w całej populacji 5% mężczyzn i 6% kobiet. Odsetki te zwiększały się wraz z wiekiem od 1% wśród najmłodszych do 12% wśród najstarszych mężczyzn i odpowiednio od 1% do 17% wśród kobiet. Należy zaznaczyć, że o ile w wieku 20-54 lat większość respondentów uznała swój stan zdrowia za bardzo dobry lub dobry, to w wieku 65-74 lata wśród mężczyzn i w wieku 55-74 lata wśród kobiet większość respondentów uważa swój stan zdrowia za mierny lub zły (tablica 78).

Tablica 78. Samoocena stanu zdrowia dorosłej populacji polskiej (20-74 lata) w zależności od płci i wieku (%)

Wyszczególnienie	Ocena stanu zdrowia		
	bardzo dobry i dobry	mierny	zły
Mężczyźni			
20-34	94,0	5,0	1,0
35-44	85,0	13,0	2,0
45-54	65,0	28,0	7,0
55-64	50,0	40,0	10,0
65-74	37,0	51,0	12,0
Ogółem (20-74)	71,0	24,0	5,0
Kobiety			
20-34	93,0	6,0	1,0
35-44	82,0	16,0	2,0
45-54	60,0	33,0	7,0
55-64	42,0	49,0	9,0
65-74	33,0	50,0	17,0
Ogółem (20-74)	68,0	26,0	6,0

Źródło: Stan zdrowia populacji polskiej w wieku 20-74 lata w okresie 2003-2005. Biblioteka kardiologii Nr 91, 2005.

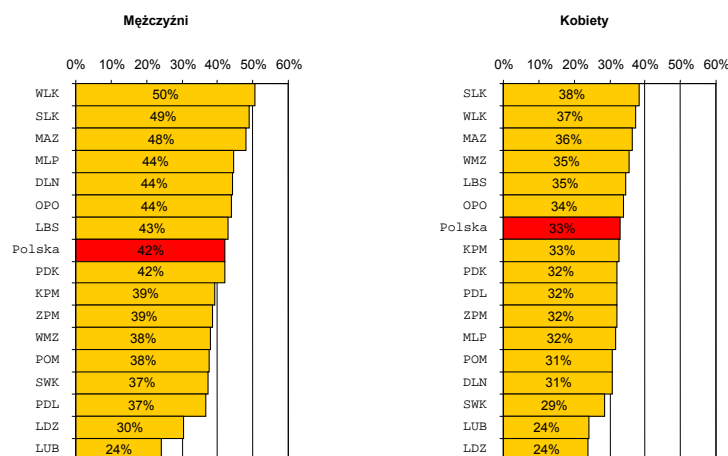
7.1.5. Chorobowość

Cukrzyca (wykres 92). Częstość występowania cukrzycy w Polsce wynosiła w 2005 r. 7% wśród mężczyzn i 6% wśród kobiet. Częstość występowania cukrzycy wzrastała wraz z wiekiem od 1% i 6% w wieku 20-34 lat do 16% i 20% w wieku 64-74 lat. Należy zaznaczyć, że przedstawione rozpowszechnienie cukrzycy jest prawdopodobnie wyższe w badaniu WOBASZ, ponieważ przyjęto definicję cukrzycy uwzględniającą tylko poziom glukozy na czczo oraz odpowiedź respondentów, że są leczeni z powodu cukrzycy. Nie przeprowadzono natomiast u badanych testu obciążenia glukozą, za pomocą którego można rozpoznać cukrzyce u osób z prawidłową glukozą na czczo.

Choroba niedokrwienna serca (ChNS) (wykres 93). Udokumentowaną chorobę niedokrwienną serca (przebyty zawał serca lub przebyte procedury udrażniające naczynia wieńcowe stwierdzono u 12,6% mężczyzn i 9,6% kobiet w populacji polskiej (wykres 93).

Częstość występowania choroby wieńcowej wzrasta wraz z wiekiem. W wieku 60-74 lat co trzeci mężczyzna i co czwarta kobieta przeszli ostry incydent sercowo-naczyniowy. Należy zaznaczyć, że rzeczywista chorobowość w populacji jest wyższa, ponieważ w przedstawionej analizie nie uwzględniono osób ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, leczonych tylko ambulatoryjnie.

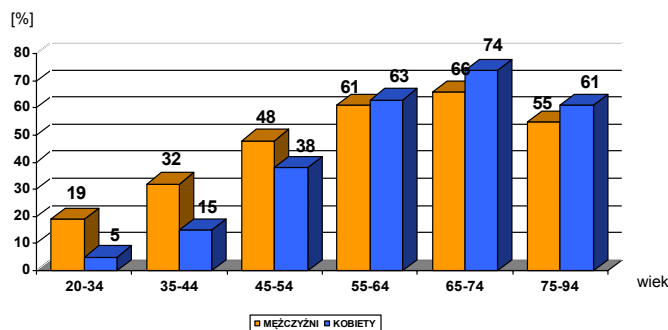
Wykres 82. Częstość nadciśnienia tętniczego wg województw



DLN – Dolnośląskie, KPM - kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS - lubuskie LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WZM – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie.

Źródło: *Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV. t. 63, 2005.*

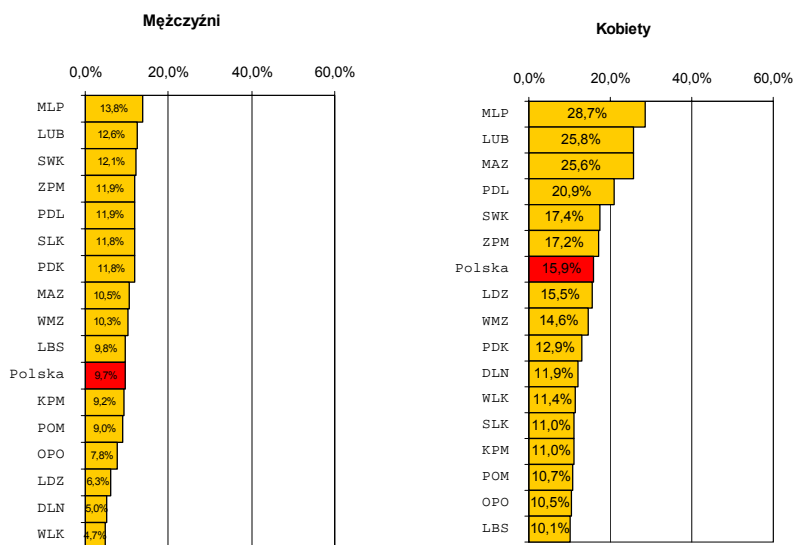
Wykres 83. Częstość występowania nadciśnienie tętniczego w dorosłej populacji Polski (≥20r.ż.) w wybranych grupach wieku (w %%)



Nadciśnienie tętnicze: pomiar ciśnienia $\geq 140/90$ lub leczony z powodu nadciśnienia tętniczego

Źródło: *Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV, t. 63, 2005. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. Kardiologia Polska 2004, Suplement IV, t. 61, 2005.*

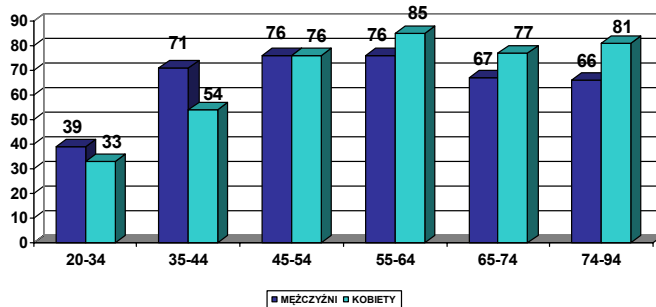
Wykres 84. Kontrola nadciśnienia tętniczego



DLN – Dolnośląskie, KPM - kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS - lubuskie LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WZM – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie.

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV. t. 63, 2005.

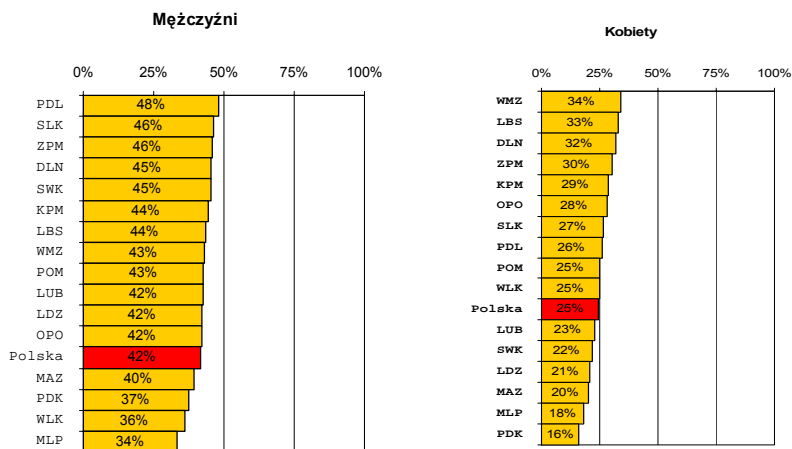
Wykres 85. Częstość występowania hipercholesterolemii w dorosłej populacji polskiej (≥ 20r.ż.) w wybranych grupach wieku



Hipercholesterolemia: stężenie cholesterolu całkowitego ≥ 5,0 mmol/l (190%)

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV t. 63, 2005. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. Kardiologia Polska 2004. Suplement IV, t. 61, 2005.

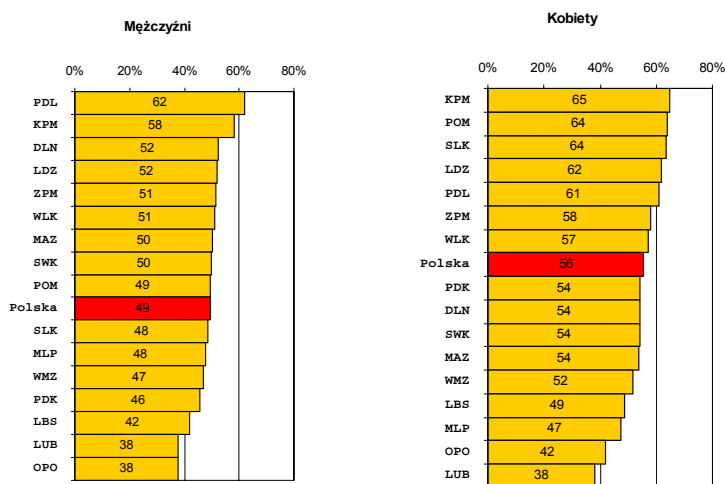
Wykres 86. Palenie papierosów



DLN – Dolnośląskie, KPM - kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS - lubuskie LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WZM – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie.

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV t. 63, 2005.

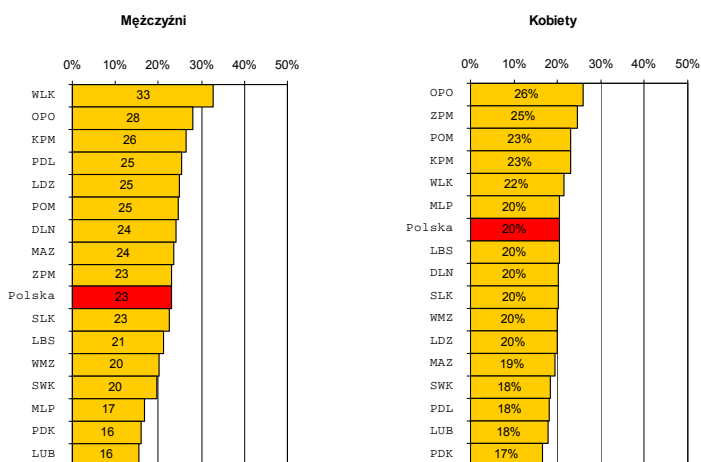
Wykres 87. Niska aktywność fizyczna w czasie wolnym



DLN – Dolnośląskie, KPM - kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS - lubuskie LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WZM – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie.

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV t. 63, 2005.

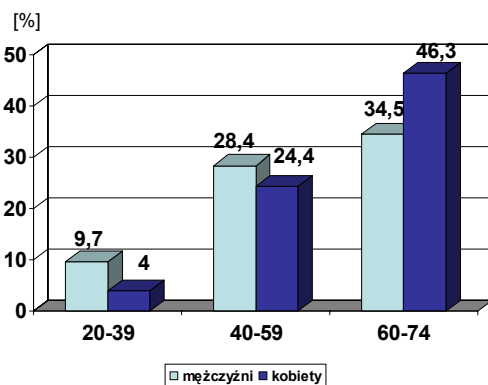
Wykres 88. Częstość występowania zespołu metabolicznego w poszczególnych województwach Polski



DLN – Dolnośląskie, KPM - kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS - lubuskie LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WZM - warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM - zachodniopomorskie.

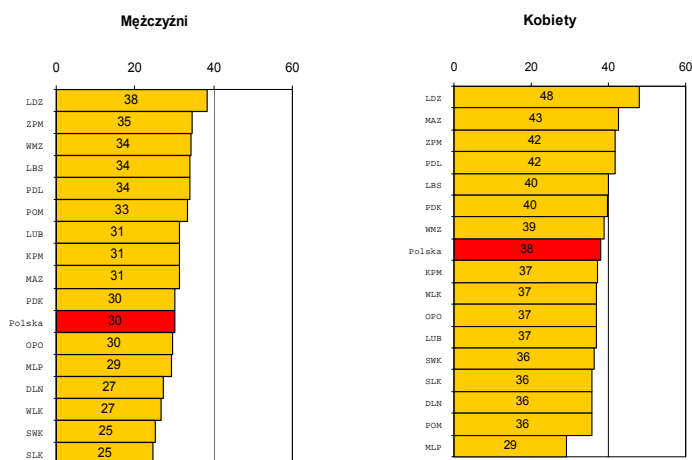
Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska - Suplement IV t. 63, 2005.

Wykres 89. Częstość występowania zespołu metabolicznego w populacji polskiej w zależności od wieku



Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV t. 63, 2005.

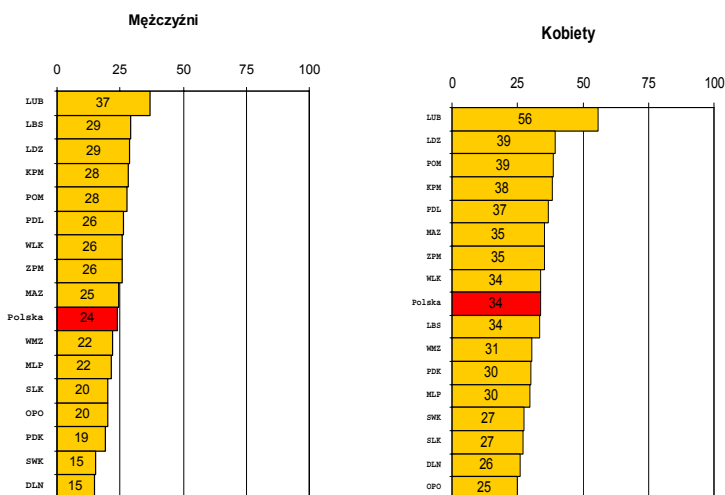
Wykres 90. Poziom wsparcia społecznego



DLN – Dolnośląskie, KPM – kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS – lubuskie LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WZM – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV t. 63, 2005.

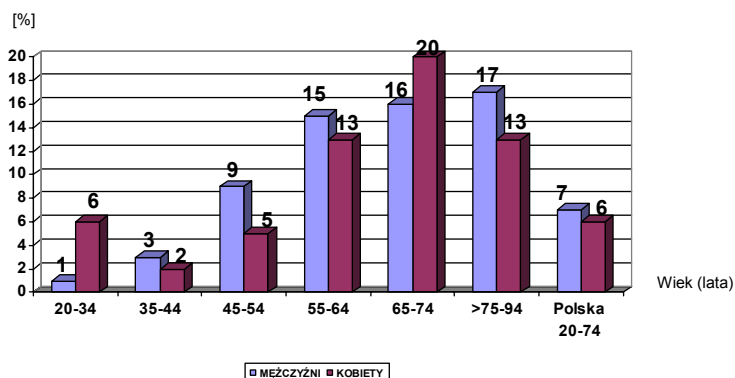
Wykres 91. Objawy depresji w wywiadzie



DLN – Dolnośląskie, KPM - kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS - lubuskie LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WZM – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska - Suplement IV t. 63, 2005.

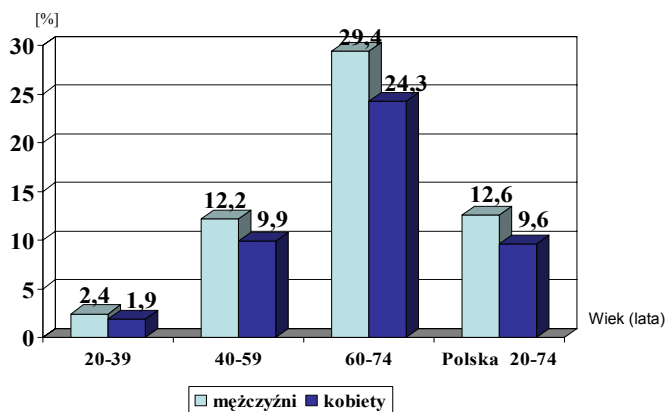
Wykres 92. Częstość występowania cukrzycy (%) w dorosłej populacji Polski w wybranych grupach wieku



Cukrzyca: stężenie glukozy na czczo $\geq 7,0$ mmol/l lub leczony z powodu cukrzycy

Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV t. 63, 2005.
Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. Kardiologia Polska 2004 Suplement IV t. 61, 2005.

Wykres 93. Występowanie choroby niedokrwiennej serca w populacji polskiej w grupach wieku i płci



Źródło: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu i zdrowia ludności program WOBASZ. Kardiologia Polska. Suplement IV t. 63, 2005.

7.2. Choroby nowotworowe

Na początku XXI wieku zachorowania i zgony z powodu nowotworów złośliwych są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce. U młodych i w średnim wieku dorosłych – w wyniku gwałtownego spadku częstości chorób układu krążenia (W. Zatoński, A.J. McMichael, J.W. Powles, 1998) – zgony z powodu nowotworów złośliwych są nie tylko najpoważniejszym problemem zdrowotnym u kobiet (współczynniki umieralności są o połowę wyższe niż dla chorób układu krążenia), ale także u mężczyzn stają się równie częstym zjawiskiem jak choroby układu krążenia (wykres 94).

Nowotwory złośliwe, mimo że należą do rzadko występujących chorób (np. w porównaniu z gripą, na którą w Polsce notuje się ponad 2 mln zachorowań rocznie), są jednak jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Częstość występowania chorób nowotworowych w różnych populacjach waha się od 1 tys. do 4 tys. nowych przypadków rocznie na 1 milion mieszkańców (CIFC, 1997). W Polsce w 2004 roku zdiagnozowano około 3 tys. nowych zachorowań na 1 milion mieszkańców oraz stwierdzono 2,3 tys. zgonów nowotworowych na 1 milion (<http://epid.coi.waw.pl/krn>).

W statystyce nowotworów wykorzystywane są dwa źródła danych: dane o zgonach pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego oraz dane o zachorowaniach, zbierane przez 16 wojewódzkich rejestrów nowotworowych, a następnie łączone w Krajowym Rejestrze Nowotworów.

Liczba nowotworów złośliwych w Polsce gwałtownie rośnie (wykres 95). W 1963 roku na nowotwory złośliwe zmarło 34,5 tys. osób, w 2004 r. już 89,8 tys. osób. Wzrost ten jest znacznie szybszy w populacji mężczyzn. W 1963 roku zmarło około 17000 mężczyzn (14% ogółu zgonów u mężczyzn) i 17500 (16% ogółu zgonów) kobiet. W roku 2004 liczba zgonów u mężczyzn (51305 – 26,4% ogółu zgonów) przewyższyła liczbę zgonów u kobiet (38510 – 22,8% ogółu zgonów). W tym okresie liczba zgonów u mężczyzn wzrosła prawie 3 razy, a u kobiet dwa razy. Liczba nowych zachorowań w początku XXI wieku wynosi ponad 120 tys. rocznie (wykres 95). W latach 90. wzrost liczby zachorowań i zgonów uległ wyraźnemu zwolnieniu, przede wszystkim u mężczyzn. Mimo to szacunki epidemiologiczne wydają się wskazywać, że liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Polsce będzie prawdopodobnie nadal rosła w najbliższych dziesięcioleciach.

Przyrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe związany jest z trzema zjawiskami zachodzącymi w polskiej populacji:

- zwiększeniem liczby ludności Polski (1950 r. – 25 mln, 2004 r. – około 38 mln),
- zwiększeniem liczby ludności po 50. roku życia (w 1950 roku – 4,3 mln ludności, w 2004 roku – 11,5 mln) i to zarówno w liczbach bezwzględnych jak i w odsetkach. (20% w 1963 roku i 30% w 2004 roku),
- zwiększeniem ekspozycji na czynniki rakotwórcze i rozpowszechnienie zachowań sprzyjających rozwojowi raka.

Trendy czasowe współczynników umieralności z powodu chorób nowotworowych w ostatnich dziesięcioleciach są bardzo zróżnicowane w poszczególnych grupach wiekowych (Tyczyński i wsp., 1998). O ile w najmłodszych grupach (0-19 lat) współczynniki umieralności znacząco zmniejszyły się w ciągu ostatnich czterech dekad, a u młodszych (20-44 lat) i w średnim wieku (45-64) dorosłych w ostatnim dziesięcioleciu zmniejszają się lub wykazują pierwsze tendencje zmniejszania się, to w najstarszej grupie wiekowej (po 65. roku życia) utrzymuje się stały, znaczący wzrost współczynników umieralności (wykres 96).

Choroby nowotworowe u dzieci (0-19 lat) są stosunkowo rzadką przyczyną zgonu, a umieralność z tego powodu zmniejsza się od około 30 lat (wykres 96), z tym że poziom tej umieralności w Polsce jest wyższy niż w innych rozwiniętych krajach Europy.

W grupie młodych dorosłych (20-44 lata) nowotwory złośliwe w Polsce w porównaniu z innymi krajami są znacznie częściej przyczyną zgonów. Nowotwory złośliwe były przyczyną 10% zgonów u mężczyzn w 2004 roku (9% w 1963 r.). Umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem w tej grupie wiekowej u mężczyzn wzrastała do połowy lat 80. Od tej pory notuje się istotny spadek wartości współczynników umieralności (wykres 96). U młodych kobiet poziom współczynników utrzymywał się na dość stałym poziomie między 1960 a 1990 rokiem, a od początku lat dziewięćdziesiątych zdaje się wykazywać istotny spadek (wykres 96). W populacji młodych dorosłych systematycznie rośnie udział nowotworów jako przyczyny zgonu kobiet (z 24% w 1963 r. do 35% w początku XXI wieku).

W grupie wieku 45-64 lat nowotwory są od ponad trzydziestu lat drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów wśród mężczyzn. W populacji kobiet w średnim wieku w połowie lat 60. odsetek zgonów nowotworowych utrzymywał się na podobnym poziomie jak odsetek zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (około 30-35%). Od początku lat 90. spada częstość zgonów z powodu chorób układu krążenia (W. Zatoński i inni, 1998), a stąd relatywnie rośnie częstość zgonów nowotworowych. W 2004 roku 47% zgonów wśród kobiet w średnim wieku spowodowanych było nowotworami, stając się w ten sposób przyczyną nr 1 umieralności kobiet w średnim wieku (przed chorobami układu krążenia) i powodując prawie co drugi zgon w tej grupie wiekowej. Bardzo szybko rosnący trend umieralności z powodu nowotworów złośliwych charakteryzował populację mężczyzn w średnim wieku do początku lat 90. ($300/10^5$ w początku lat 60. wobec $490/10^5$ w 1991 roku). Po 1991 roku umieralność dalej nie rosła, wydaje się natomiast, że można obserwować pierwsze oznaki tendencji spadkowej ($490/10^5$ w 1991 roku wobec $416/10^5$ w 2004 roku). W populacji kobiet obserwuje się podobne tendencje, jednak zaznaczone bardzo dyskretnie – w początku lat 60. współczynnik umieralności wynosił około $230/10^5$, w 1988 r. osiągnął maksymalną wartość ($250/10^5$), po czym jego wartość systematycznie spadała do poziomu $240/10^5$ w 2004 roku (wykres 96).

W najstarszej grupie wieku (powyżej 65. roku życia) notuje się stały przyrost umieralności u mężczyzn ($1000/10^5$ w początku lat 60. wobec $1600/10^5$ w początku XXI wieku). W populacji kobiet krzywa umieralności wykazuje także pewien wzrost, szczególnie od 1975 roku ($690/10^5$ w 1963 r., $630/10^5$ w 1975 r., $730/10^5$ w 2004 r.) (wykres 96).

W populacji mężczyzn nowotwory złośliwe płuca są najczęstszym nowotworem złośliwym stanowiącym około jedną trzecią zachorowań i zgonów z powodu nowotworów (J. Didkowska i wsp., 2002). W drugiej połowie XX wieku zagrożenie tym nowotworem gwałtownie rosło i zdominował on obraz nowotworów u mężczyzn (wykres 97). W Polsce w ostatnich dwóch dekadach wzrost ten został zahamowany i odwrócony (zmniejszenie częstości palenia papierosów). Zachorowania i umieralność z powodu raka płuca u młodych i w średnim wieku dorosłych spadły o 30% (J. Didkowska i wsp., 2005) (wykres 98). Schorzeniem o największej dynamice wzrostu i drugim co do częstości występowania są nowotwory jelita grubego. Warto zwrócić uwagę, że trzeci po względem częstości rak żołądka, gdy przez ostatnie pół wieku stale obserwuje się spadek zachorowań i umieralności, jest jedyną lokalizacją u mężczyzn o tendencji spadkowej (wykres 97). Kolejnym schorzeniem nowotworowym u mężczyzn są nowotwory gruczołu krokowego; w ostatniej dekadzie obserwuje się przyspieszenie tempa wzrostu zachorowań.

W populacji kobiet najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów jest rak piersi, chociaż od początku lat 80. nastąpiła stabilizacja umieralności, a ostatnia dekada przyniosła nawet niewielki spadek współczynników (wykres 99) jednak przy stale utrzymującym się wzroście zachorowalności (J. Didkowska i wsp., 2002).

Szczególnie gwałtownie w populacji kobiet rosną w ostatnich dwóch dekadach zachorowania i zgony z powodu nowotworów złośliwych płuca. Nowotwory złośliwe płuca stały się nowotworem nr 2 u kobiet (wykres 99). W najbliższej dekadzie rak płuca stanie się naj-

częstszym nowotworem także u kobiet. Umieralność z powodu nowotworów żołądka wykazuje, podobnie jak u mężczyzn, systematyczny spadek stając się z najczęstszego nowotworu jeszcze w połowie lat 70. nowotworem rzadkim (4-krotny spadek umieralności). Polska charakteryzuje się stale wysoką umieralnością z powodu nowotworów szyjki macicy, podczas gdy w innych krajach europejskich (np. w Finlandii, Szwecji) schorzenie to stało się niezwykle rzadkie, co było efektem skutecznych systematycznych populacyjnych badań przesiewowych.

W polskiej populacji w 2004 roku największy odsetek zgonów nowotworowych u mężczyzn stanowiły zgony z powodu nowotworów złośliwych płuca (32,3%), jelita grubego (C18-C21 9.7%), żołądka (7,2%), w dalszej kolejności znajdowały się nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (7,0%) oraz pęcherza moczowego (4,4%) (wykres 100). Standaryzowane współczynniki umieralności u mężczyzn w Polsce wynosiły dla nowotworów złośliwych płuca $65,7/10^5$, żołądka $14,3/10^5$, gruczołu krokowego $13,3/10^5$, jelita grubego (okrężnica, odbytnica i odbyt) $19,2/10^5$ i pęcherza moczowego $8,6/10^5$.

U kobiet największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły zgony na nowotwór złośliwy sutka (12,7%), drugą pozycję zajmowały nowotwory złośliwe płuca (12,1%), w następnej kolejności znajdowały się nowotwory złośliwe jelita grubego (okrężnica, odbytnica i odbyt 11,4%), jajnika (5,9%), żołądka (5,5%), trzustki (5,2%) i szyjki macicy (4,8%) (rys. 7). Standaryzowane współczynniki umieralności u kobiet wynosiły dla nowotworów złośliwych sutka $14,5/10^5$, płuca $13,4/10^5$, jelita grubego (okrężnica, odbytnica i odbyt) $10,6/10^5$, jajnika $7,0/10^5$, szyjki macicy $5,9/10^5$, oraz żołądka $5,0/10^5$.

Zróznicowanie geograficzne umieralności na nowotwory złośliwe ogółem od wielu lat wskazuje na wyższe zagrożenie nowotworami w zachodniej i północno-zachodniej części Polski i niższe w południowo-wschodniej części. Wzorec ten jest charakterystyczny dla obu płci. Nowym zjawiskiem jest notowana od 2003 roku zmiana na pierwszej pozycji wśród najczęstszych nowotworów u kobiet: w 11 województwach nowotwory złośliwe sutka są najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych, jednak w pięciu województwach (dolnośląskim, mazowieckim, pomorskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim) najczęstszą przyczyną zgonu były nowotwory złośliwe płuca. Należy podkreślić, że udział nowotworów płuca jest porównywalny z udziałem nowotworów sutka, dotychczas wiodącą lokalizacją u kobiet.

Statystyka zgonów odzwierciedla jedynie ostatnią fazę choroby nowotworowej. W Polsce od ponad 40 lat działa Krajowy Rejestr Nowotworów, którego kompletność w latach 80. ubiegłego wieku uległa znacznej poprawie i obecnie szacuje się, że Krajowy Rejestr Nowotworów rejestruje prawie 90% przypadków zachorowań. W 2004 roku Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów otrzymał dla mężczyzn 62442 pierwszorazowych zgłoszeń nowotworów złośliwych, a dla kobiet 58858, łącznie 121300 zgłoszeń nowotworów. W 2004 roku żyło w Polsce około 375 tys. osób z chorobą nowotworową, tj. około 1% populacji. Nowotworami złośliwymi najczęściej rejestrowanymi w 2004 roku u mężczyzn były nowotwory złośliwe płuca – 25,2%, jelita grubego – 11,3% i gruczołu krokowego – 10,0%. W dalszej kolejności zgłaszane były nowotwory złośliwe pęcherza moczowego – 6,6% i żołądka – 5,7%. Standaryzowane współczynniki zachorowalności w 2004 roku wynosiły dla nowotworów złośliwych płuca $62,9/10^5$, nowotworów złośliwych jelita grubego $27,9/10^5$, nowotworów złośliwych gruczołu krokowego $24,5/10^5$, nowotworów złośliwych pęcherza moczowego $16,0/10^5$ i nowotworów złośliwych żołądka $13,8/10^5$.

U kobiet w 2004 roku najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy piersi – 20,5%, jelita grubego – 10,4%, a następnie płuca – 7,8%, trzonu macicy – 7,1%, szyjki macicy – 5,6% i jajnika – 5,5%. Współczynniki standaryzowane w 2004 roku zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi wynosiły $40,7/10^5$, na nowotwory złośliwe jelita grubego $16,8/10^5$, na nowotwory złośliwe płuca $13,9/10^5$, na nowotwory złośliwe trzonu macicy $13,4/10^5$, nowotwory złośliwe szyjki macicy $11,9/10^5$ oraz na nowotwory złośliwe jajnika $10,9/10^5$.

Nowotwory złośliwe charakteryzuje bardzo długi okres inkubacji, to znaczy od rozpoczęcia ekspozycji na czynnik rakotwórczy do wystąpienia objawów choroby wpływają zwykle dziesiątki lat. Generalnie nowotwory złośliwe są grupą schorzeń występujących w starszym wieku – dotyczą głównie populacji po 65. roku życia. W Szwecji 85% zgonów nowotworowych u kobiet i 80% u mężczyzn ma miejsce po 65. roku życia. Inaczej niż w krajach rozwiniętych polską populację na początku XXI wieku charakteryzuje jedna z najwyższych na świecie częstości nowotworów złośliwych u osób w średnim wieku (wykres 101): znacznie większa część zgonów z powodu nowotworów złośliwych ma miejsce przed 65. rokiem życia (35% u mężczyzn, 38% u kobiet w 2004 roku). Nowotwory złośliwe przed 65. rokiem życia są w Polsce na 1-2 miejscu wśród przyczyn przedwczesnej umieralności. Jednocześnie zapadalność i umieralność z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn w średnim wieku (45-64 lat) na początku lat 90. (razem z Węgrami) osiągnęły najwyższy, nigdy i nigdzie w Europie nie obserwowany poziom (W. Zatoński, 2000).

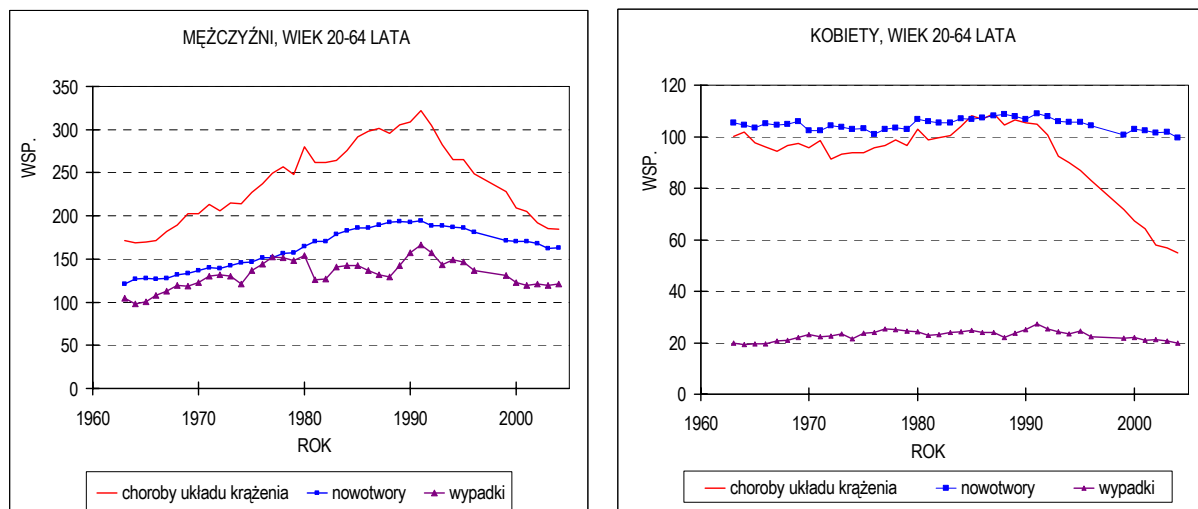
Wzrost poziomu umieralności na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce spowodowany jest przede wszystkim wzrostem zagrożenia tak zwanymi nowotworami tytoniozależnymi (są to nowotwory złośliwe jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, płuca, pęcherza moczowego, trzustki oraz nerki). Wprowadzenie na początku XX wieku palenia papierosów zdeterminowało obraz nowotworów złośliwych po II wojnie światowej w Polsce (podobnie, jak w innych rozwiniętych krajach świata). Wielkość ekspozycji na dym papierosowy zadecydowała o różnicy w wielkości zachorowań między mężczyznami a kobietami (w połowie lat 70. prawie 90% mężczyzn należało do kategorii kiedykolwiek palących, a prawie 70% kobiet nigdy nie paliło). W Polsce tempo wzrostu zagrożenia nowotworami złośliwymi płuca i krtani u mężczyzn (występującymi prawie wyłącznie u palaczy tytoniu) należało do końca lat 80. do najwyższych na świecie (Doll i wsp., 1993; W. Zatoński, Przewoźniak, 1992; W. Zatoński i wsp., 1993; Kubik i wsp., 1995).

Mimo ogromnego postępu w zakresie badań nad uwarunkowaniami genetycznymi procesu nowotworzenia nie ulega wątpliwości, że zachorowania na nowotwory złośliwe w ponad 80% są uwarunkowane szeroko pojętymi czynnikami środowiska, z których najważniejszym, najlepiej opisanym i możliwym do taniej prewencji jest dym papierosowy.

Inną przyczyną takiego stanu jest także niska skuteczność populacyjnych programów wczesnej diagnostyki i leczenia. Polska negatywnie wyróżnia się małą skutecznością programów populacyjnych badań przesiewowych o potwierdzonej naukowo skuteczności, np. nowotworów złośliwych szyjki macicy kobiet (umieralność z tego powodu w Polsce należy do najwyższych w Europie) czy nowotworów złośliwych jelita grubego. Jednym z fundamentalnych powodów tego stanu rzeczy jest brak świadomości i aktywnego udziału populacji (analfabetyzm zdrowotny i mizerny udział lekarzy w edukacji zdrowotnej społeczeństwa według zasad medycyny opartej na dowodach naukowych (*EBM – evidence based medicine*)). Wydaje się, że dalszy postęp w kontroli nowotworów złośliwych w Polsce może wynikać tylko z wielokierunkowych działań obejmujących: prewencję pierwotną (zapobieganie wysokiej zachorowalności, wynikającej z masowej ekspozycji, szczególnie na dym papierosowy), programy populacyjnej wczesnej diagnostyki i leczenie, w tym chemioterapię, opartą na przesłankach naukowych i faktach, ale także na przesłankach ekonomicznych.

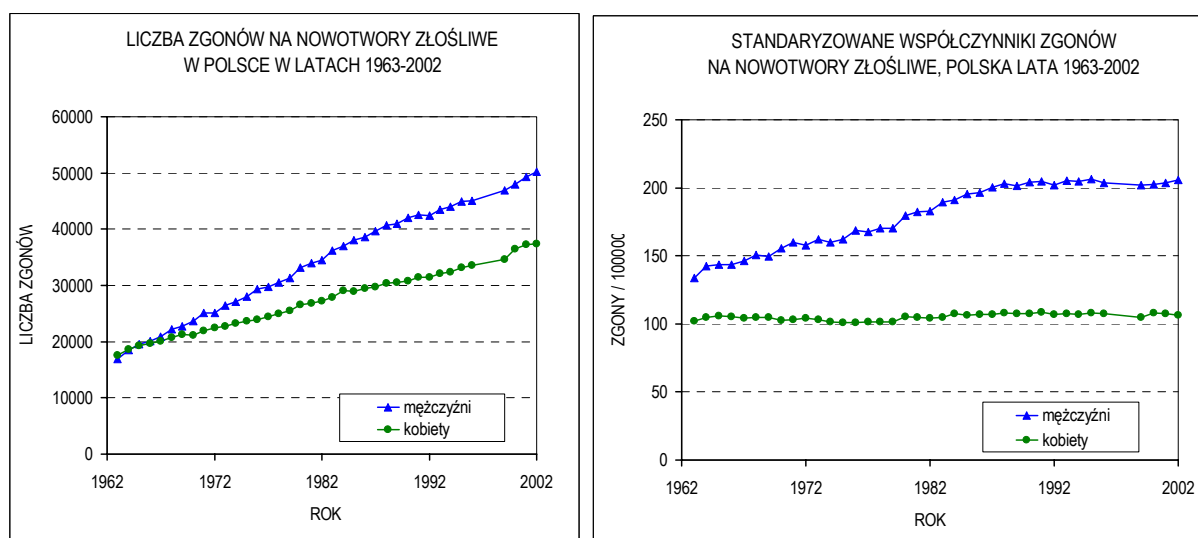
Badania epidemiologiczne, głównie analityczne (badania kohortowe czy porównawcze przypadków – *case-control study*) pozwoliły zidentyfikować liczne czynniki będące powodem zachorowań na nowotwory złośliwe. Oszacowane przez Dolla i Peto (Doll, Peto, 1981) proporcje zgonów przypisywane różnym czynnikom ryzyka w USA wyglądają następująco: tytoń (25-40%), alkohol (2-4%), dieta (10-70%), zachowania seksualne i reprodukcyjne (1-13%), ekspozycja zawodowa (2-8%), zanieczyszczenia środowiska (1-5%). Wydaje się, że przedstawiony szacunek przystaje do sytuacji zagrożenia w Polsce w początku XXI wieku.

Wykres 94. Współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych i wypadków w grupie wieku 20-64 lata w latach 1959-2004, Polska



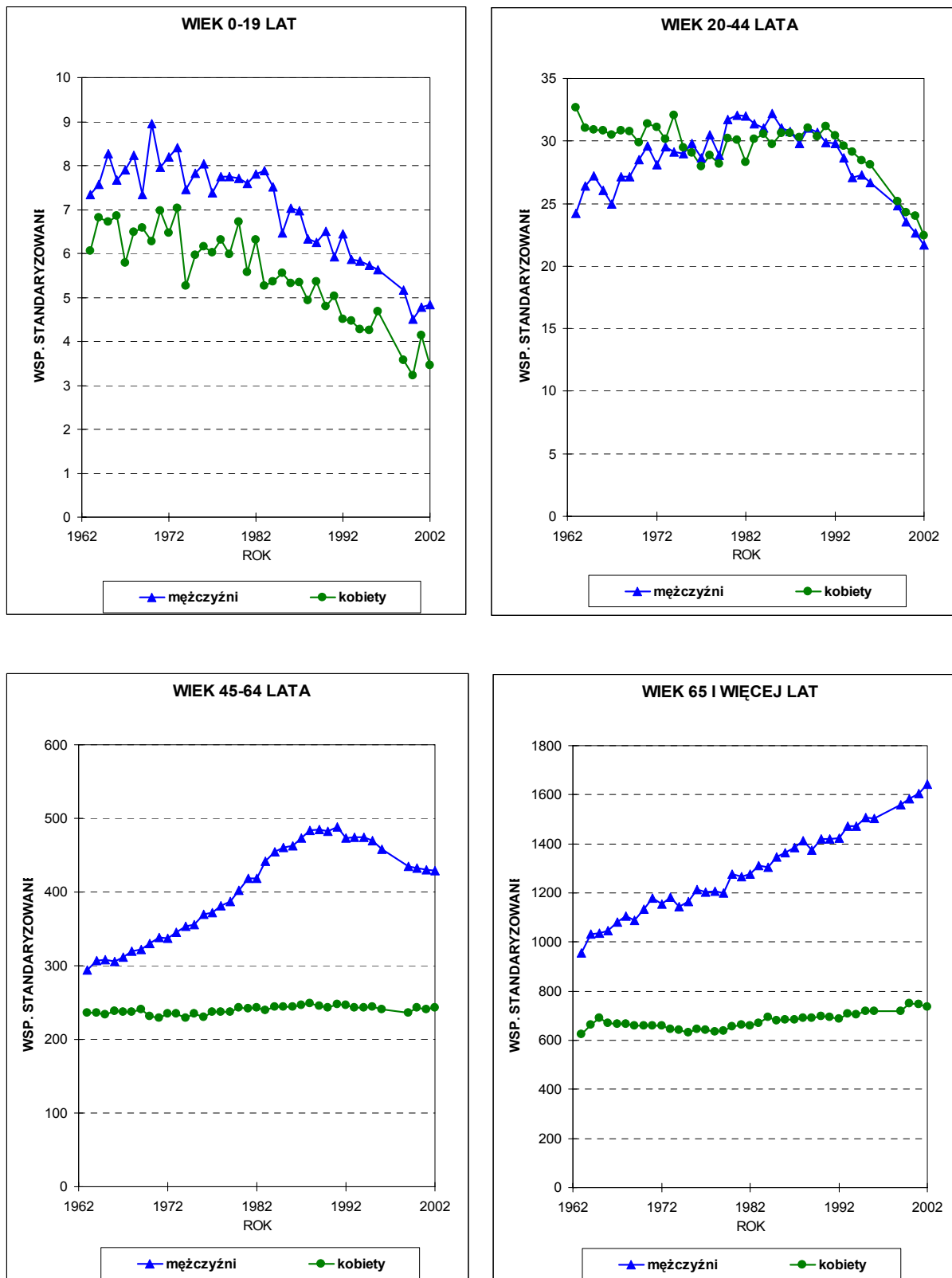
Źródło: dane Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Wykres 95. Liczba i współczynniki umieralności z powodu nowotworów w latach 1963-2002, Polska



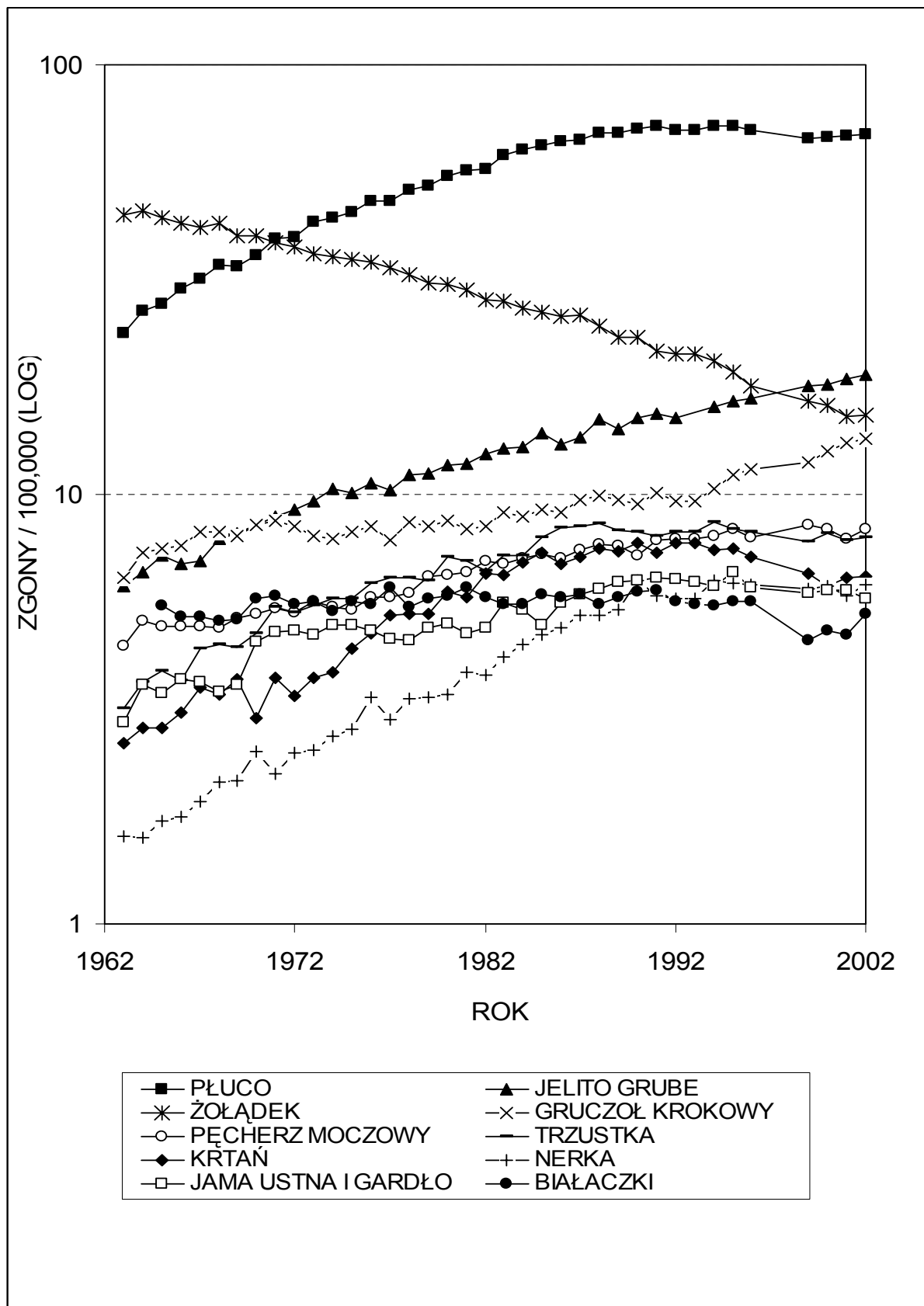
Źródło: dane Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Wykres 96. Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe. Ogółem (M.KL.CH. X C00-C97)



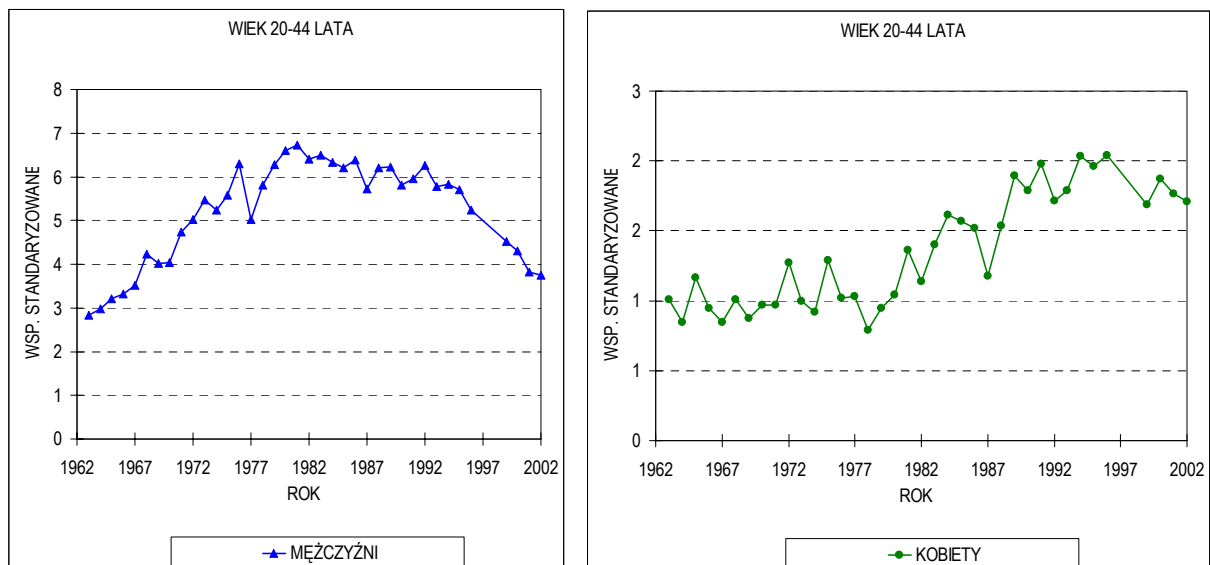
Źródło: dane Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Wykres 97. Najczęstsze nowotwory złośliwe w latach 1963-2002, mężczyźni, Polska



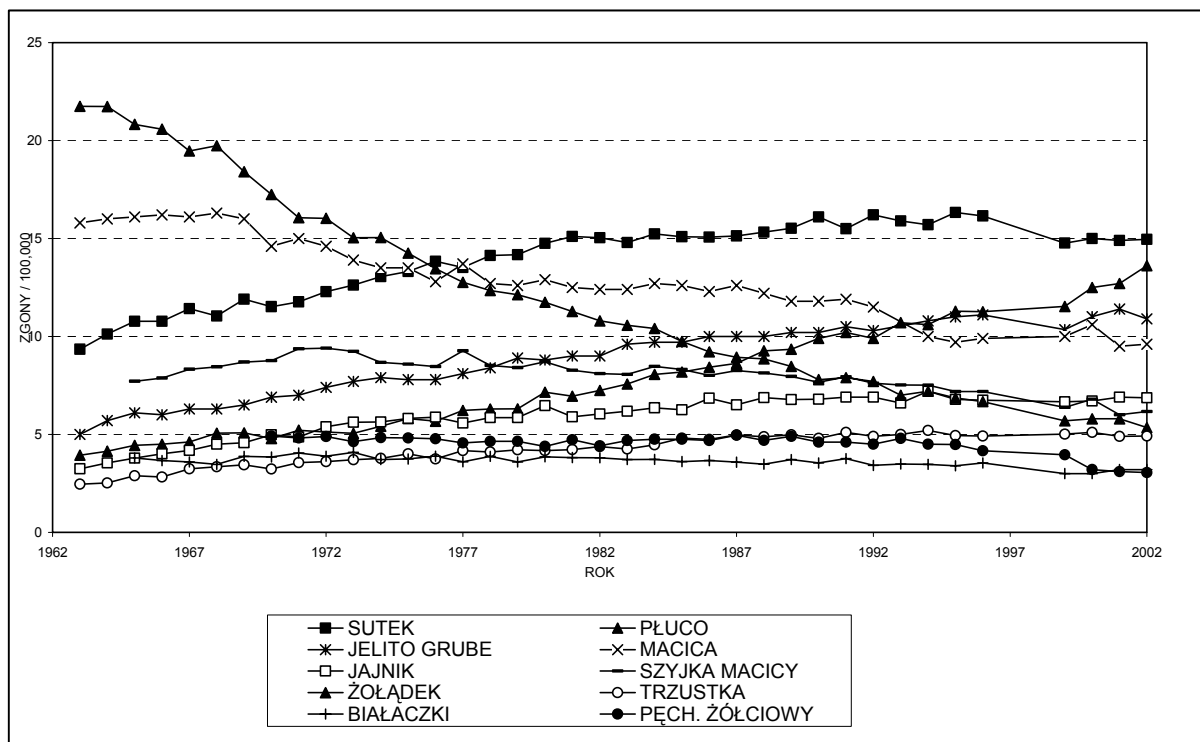
Źródło: dane Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Wykres 98. Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe płuca (M.KL.CH. X C33-C34) w latach 1963-2004, Polska



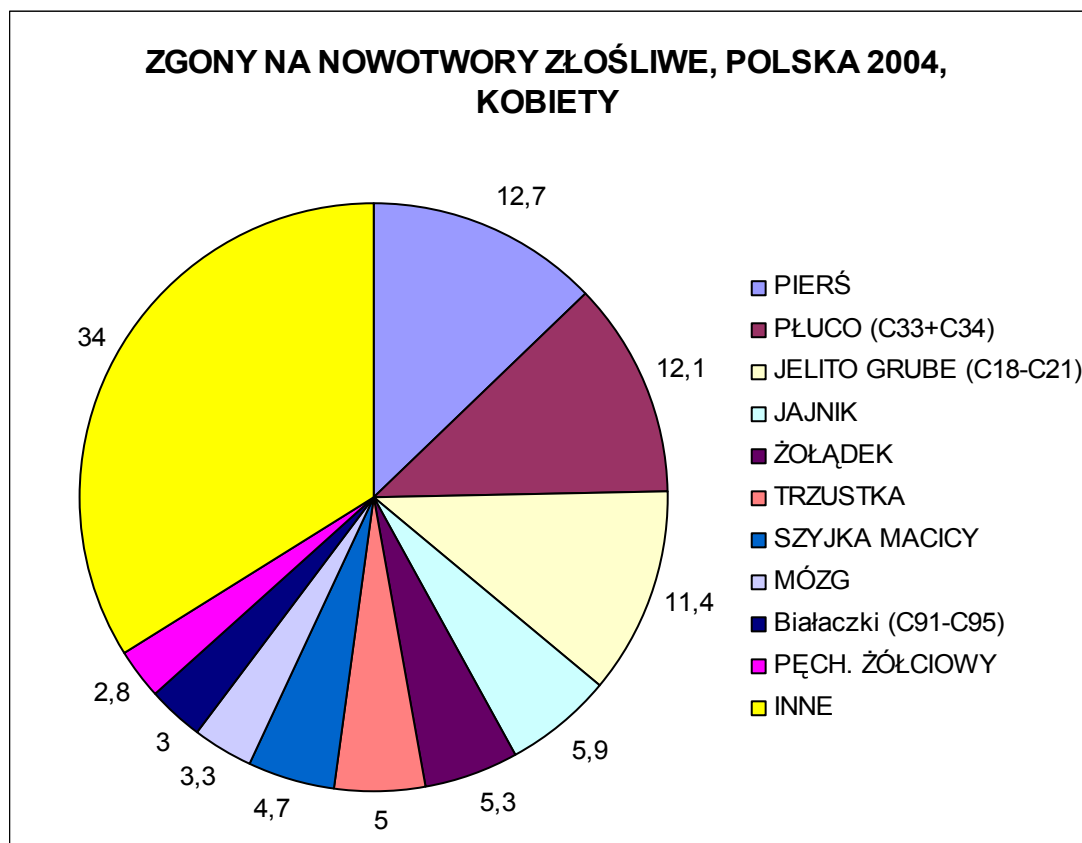
Źródło: dane Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Wykres 99. Najczęstsze nowotwory złośliwe w latach 1963-2002, Polska, kobiety



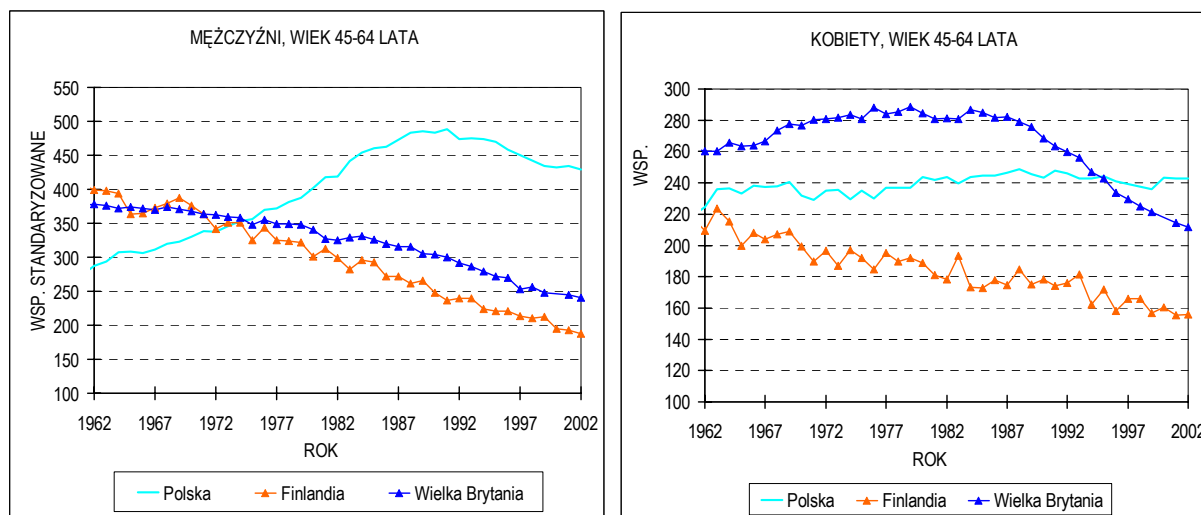
Źródło: dane Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Wykres 100. Częstość zgonów z powodu nowotworów złośliwych w 2004 r., Polska



Źródło: dane Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Wykres 101. Współczynniki umieralności z powodu nowotworów złośliwych w latach 1962-2002. Ogółem, Polska, Finlandia i Wlk.Brytania



Źródło: dane Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

7.3. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

Analizowane w tym fragmencie Raportu dane dotyczą pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, leczonych w okresie 15 lat: od 1990 r. do 2004 r. w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej ambulatoryjnej i całodobowej. Informacje o osobach leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej gromadzone są przy zastosowaniu formularzy zbiorczych z poszczególnych poradni, dostarczanych raz w roku. Dane obejmują trzy rodzaje poradni: poradnie zdrowia psychicznego (druk MZ-15), poradnie odwykowe alkoholowe (druk Mz-16) oraz poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (druk MZ-17). Informacje o pacjentach leczonych w opiece całodobowej (szpitale psychiatryczne, oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, ośrodki leczenia odwykowego, zakłady opiekuńczo lecznicze i pielęgnacyjno opiekuńcze) uzyskujemy z baz, zawierających dane o pacjentach z całego kraju, określone w indywidualnej karcie statystycznej psychiatrycznej MZSzp-11B. Wszystkie dane znajdują się w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Analiza obejmuje rozpowszechnienie poszczególnych zaburzeń psychicznych i ich zapadalność (leczeni po raz pierwszy), rejestrowane w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej ambulatoryjnej i całodobowej:

- struktura i dynamika rozpoznań (według 9 podstawowych kategorii ICD);
- struktura demograficzna pacjentów (płeć i miejsce zamieszkania) i jej zmiany w czasie;
- zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia i zapadalności.

Dane przedstawione są za pomocą wskaźników (liczba leczonych na 100 tys. populacji) w okresie wybranych 6 lat.

Dynamika poszczególnych zaburzeń psychicznych, musi być rozpatrywana w oddzielnych dwu blokach ze względu na inną klasyfikację do roku 1996 (ICD-9) i od roku 1997 (ICD-10). ICD-10 w stosunku do ICD-9 nie jest tylko zmianą kodów, określających jednostki diagnostyczne; zawiera przede wszystkim znacznie większą liczbę podkategorii dokładniej precyzowanych, ale jednocześnie często klasyfikowanych w inne niż dotychczas zakresy zaburzeń, które albo pokrywają się tylko częściowo, albo rozłącznymi stały się te, które poprzednio (w ICD-9) były lokowane w jednej grupie rozpoznań. Utrudnia to, a niekiedy uniemożliwia dokładne porównanie z poprzednimi latami. Te same zakresy podkategorii rozpoznań pozostały tylko w przypadku takich grup diagnostycznych, jak zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych i upośledzenie umysłowe. Dlatego też dane dotyczące rozpoznań rozdzielone zostały na dwie części: w pierwszej prezentowane są dane z lat 1990, 1993 i 1996, w drugiej z lat 1998, 2001 i 2004.

7.3.1. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej

W 2004 roku ogólna liczba osób leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym wynosiła ponad 1,4 mln, z czego 417 tys. (29%) to osoby leczone po raz pierwszy w życiu. Kobiety stanowiły 54% ogółu leczonych i 50% leczonych po raz pierwszy, przy czym przewaga kobiet występuje jedynie w poradniach zdrowia psychicznego, natomiast w poradniach odwykowych alkoholowych i poradniach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych występuje zdecydowana przewaga mężczyzn (4-krotna w odniesieniu do zaburzeń poalkoholowych i 5-krotna w odniesieniu do zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych). Mieszkańcy miast stanowią 73% ogółu leczonych i 75% leczonych po raz pierwszy. Od roku 1990 do 2004 wskaźnik leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym wzrósł ponad dwukrotnie: z 1629 do 3763 na 100 tys. ludności.

W obu okresach, określonych stosowaniem 9 lub 10 rewizji ICD, nastąpił wzrost wskaźników wszystkich kategorii zaburzeń. W latach 1990-1996 pacjenci byli leczeni najczęściej z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń poalkoholowych, a w okresie 1998-2004 – z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń afektywnych, przy w dalszym ciągu wysokich wskaźnikach zaburzeń poalkoholowych. W odniesieniu do zaburzeń porównywalnych w obu wersjach ICD, najwyższy wzrost rozpowszechnienia w ciągu omawianych 15 lat wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (prawie 8-krotny) i upośledzenia umysłowego (prawie 3-krotny); wzrost wskaźnika zaburzeń poalkoholowych wyniósł 68% (Tab.79). W ciągu ostatnich siedmiu lat najwyższą dynamikę obserwuje się również w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych – wzrost ponad 4-krotny, a następnie w przypadku zaburzeń afektywnych i zaburzeń organicznych – wzrost ponad 2-krotny.

Tablica 79. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie wg ICD-9	1990	1993	1996	Rozpoznanie wg ICD-10	1998	2001	2004
O G Ó Ł E M	1628,9	1683,0	1899,1	O G Ó Ł E M	2056,5	2743,8	3763,4
Zaburzenia organiczne*	155,6	166,6	194,3	Zaburzenia organiczne*	201,8	335,8	519,4
Zaburzenia poalkoholowe	280,2	251,0	278,2	Zaburzenia poalkoholowe	312,5	378,7	470,1
Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	13,2	18,7	24,1	Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	24,5	78,7	102,6
Psychozy schizofreniczne	216,8	230,4	239,8	Schizofrenia	239,5	281,1	331,7
Psychozy afektywne	104,8	121,9	160,1	Zaburzenia nastroju (afektywne)	343,3	484,5	718,2
Inne psychozy*	107,9	120,0	134,4	Inne psychozy*	118,2	147,0	160,9
Zaburzenia nerwicowe*	568,8	603,4	664,7	Zaburzenia nerwicowe*	549,2	655,4	890,2
Upośledzenie umysłowe	63,8	64,5	75,8	Upośledzenie umysłowe	94,3	132,9	176,0
Pozostałe	117,8	106,5	127,7	Pozostałe	173,2	249,8	394,3

* Nazwy kategorii zaburzeń pozostały takie same, ale zakresy ich podkategorii uległy zmianom.

Źródło: bazy danych Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W okresie analizowanych 15 lat wskaźnik pacjentów po raz pierwszy leczonych ambulatoryjnie wzrósł ponad dwukrotnie, z 444 do 1046 na 100 tys. mieszkańców. Struktura i dynamika rozpoznań tych pacjentów zbliżona jest do ogółu leczonych, przy odpowiednio niższych wskaźnikach (tabl. 80). W obu okresach najczęściej leczeni byli pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi i poalkoholowymi. W odniesieniu do kategorii zaburzeń w pełni porównywalnych w badanym okresie najwyższy wzrost wskaźnika, prawie 12-krotny, obserwuje się w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, a następnie zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu oraz upośledzenia umysłowego – prawie 2-krotny wzrost. W okresie ostatnich 7 lat najwyższa dynamika wystąpiła również w przypadku zaburzeń spowodowanych substancjami psychoaktywnymi – ponad 5-krotny wzrost, a następnie z powodu zaburzeń organicznych (ponad 2-krotny wzrost) i zaburzeń afektywnych (wzrost o 93%).

Tablica 80. Leczeni po raz pierwszy zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie wg ICD-9	1990	1993	1996	Rozpoznanie wg ICD-10	1998	2001	2004
OGÓŁEM	443,9	472,1	526,7	OGÓŁEM	583,5	859,4	1046,3
Zaburzenia organiczne*	35,4	39,9	50,8	Zaburzenia organiczne*	50,3	96,2	124,3
Zaburzenia poalkoholowe	97,3	91,6	99,6	Zaburzenia poalkoholowe	121,8	159,3	187,0
Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	3,9	5,2	6,3	Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	9,6	38,9	46,6
Psychozy schizofreniczne	18,9	20,8	22,1	Schizofrenia	23,0	31,9	38,8
Psychozy afektywne	16,7	22,6	31,6	Zaburzenia nastroju (afektywne)	89,0	127,7	171,5
Inne psychozy*	17,3	21,5	24,3	Inne psychozy*	21,2	26,8	28,9
Zaburzenia nerwicowe*	193,0	210,3	222,6	Zaburzenia nerwicowe*	178,1	234,0	274,5
Upośledzenie umysłowe	15,7	17,8	19,9	Upośledzenie umysłowe	23,0	36,1	33,9
Pozostałe	45,7	42,4	49,5	Pozostałe	67,5	108,6	140,8

* Nazwy kategorii zaburzeń pozostały takie same, ale zakresy ich podkategorii uległy zmianom.

Źródło: jak do tab. 79.

Zróznicowanie pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania jest silniejsze niż zróznicowanie ze względu na płeć (tab. 81). W ciągu 15 lat różnica między charakterem miejsca zamieszkania zmniejszyła się: w roku 1990 wskaźnik pacjentów z populacji miejskiej był o 81% wyższy niż z wiejskiej, a w roku 2004 o 66%. Zwiększyło się natomiast zróznicowanie ze względu na płeć: w roku 1990 wskaźnik leczonych kobiet był zaledwie o 1% wyższy, a w roku 2004 już o 10%.

Tablica 81. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej według charakteru miejsca zamieszkania i płci (wskaźnik na 100 tys. populacji)

Rok	Ogółem	Miasto	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
1990	1628,9	1966,5	1084,0	1617,9	1639,4
1993	1683,0	1999,0	117,3	1642,3	1717,5
1996	1899,1	2226,7	1370,4	1848,0	1949,7
1998	2056,5	2449,8	1579,8	2041,2	2176,6
2001	2743,8	3075,7	2038,0	2531,0	2999,3
2004	3763,4	4445,2	2673,2	3575,8	3939,3

Źródło: jak do tab. 79.

Fracja pacjentów leczonych po raz pierwszy jest pod względem demograficznym silniej zróznicowana. Wskaźnik leczonych z miast w 1990 roku był o 89% wyższy niż ze wsi, a w ciągu 15 lat uległ niewielkiemu „spłaszczeniu” – do 85%. Fracja ta charakteryzuje się przewagą mężczyzn z tendencją do zmniejszania różnic; w 1990 roku różnica 13%, w 2004 roku 6% (tab. 82).

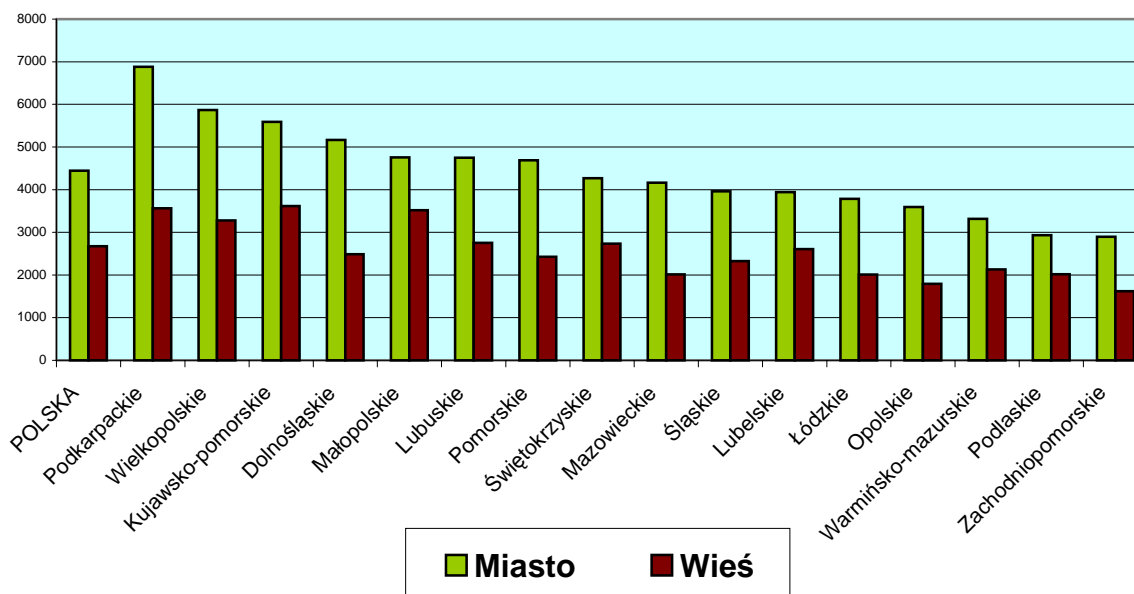
Tablica 82. Leczeni po raz pierwszy zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej według charakteru miejsca zamieszkania i płci (wskaźnik na 100 tys. populacji)

Rok	Ogółem	Miasto	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
1990	443,9	540,0	286,0	469,8	416,8
1993	472,1	554,7	338,8	508,5	437,4
1996	526,7	609,3	393,7	561,3	494,7
1998	583,5	699,8	437,9	622,4	574,3
2001	859,4	973,5	581,1	896,6	821,2
2004	1046,3	1271,4	686,4	1077,5	1017,1

Źródło: jak do tab. 79.

Obserwuje się duże zróżnicowanie terytorialne częstości leczenia. W 2004 roku najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia wystąpiły w województwach: podkarpackim (4905 na 100 tys.), kujawsko-pomorskim (4836) i wielkopolskim (4763), najniższe w zachodniopomorskim (2905) i podlaskim (2558). Największa przewaga leczonych z rejonów miejskich występuje w województwie dolnośląskim, mazowieckim i opolskim, najmniejsza w małopolskim i podlaskim (wykres 102).

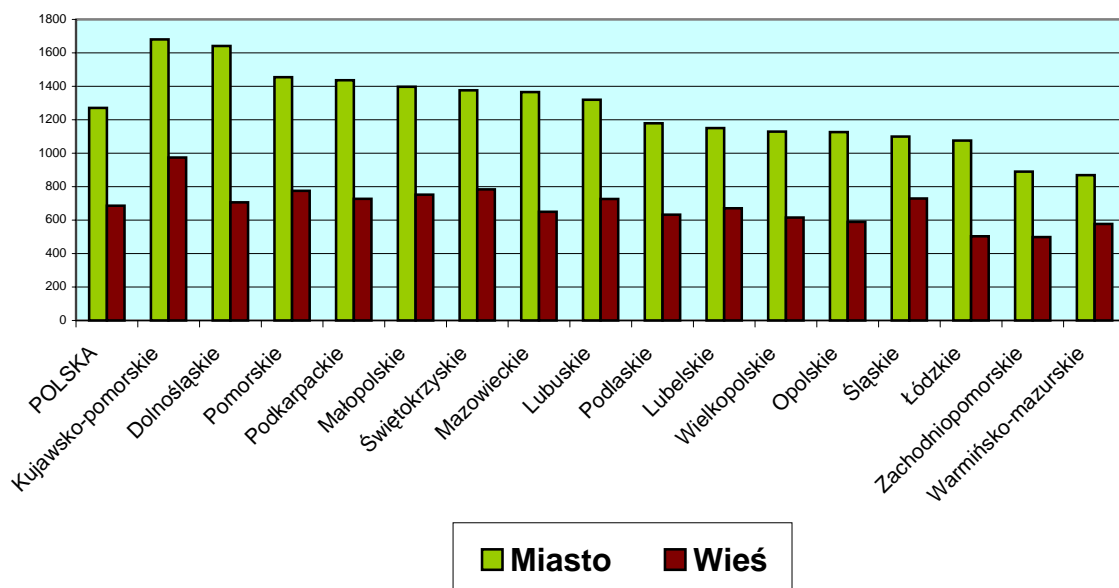
Wykres 102. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w 2004 r. według województwa i miejsca zamieszkania



Źródło: jak do tab. 79.

Pacjenci leczeni po raz pierwszy najczęściej trafiają do leczenia w województwie kujawsko-pomorskim (1410 na 100 tys.), dolnośląskim (1370) i pomorskim (1235), najniższa częstotliwość występuje w województwie warmińsko-mazurskim (752) i zachodniopomorskim (770). Największą przewagą pacjentów leczonych po raz pierwszy z rejonów miejskich charakteryzuje się województwo dolnośląskie i mazowieckie (tak jak w przypadku ogółu leczonych) oraz województwo łódzkie (wykres 103).

Wykres 103. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w 2004 r. według województwa i miejsca zamieszkania



Źródło: jak do tab. 79.

7.3.2. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej

W 2004 roku ogólna liczba leczonych w psychiatrycznej opiece całodobowej wynosiła ponad 203 tys. pacjentów, z czego 93 tys. (46%) to osoby leczone po raz pierwszy w życiu. Wśród leczonych zdecydowanie dominują mężczyźni – 62% ogółu leczonych i 64% leczonych po raz pierwszy. Podobnie jak w lecznictwie ambulatoryjnym, występuje olbrzymia przewaga hospitalizowanych mężczyzn z powodu uzależnień (prawie 7-krotna w przypadku zaburzeń poalkoholowych i 4-krotna w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych). Z kolei kobiety 2-krotnie częściej hospitalizowane są z powodu zaburzeń afektywnych i o 32% częściej z powodu zaburzeń nerwicowych. Mieszkańcy miast stanowią 70% zarówno ogółu leczonych jak i pierwszorazowych. Wskaźnik hospitalizowanych między rokiem 1990 a 2004 wzrósł o 45%, z 362 do 526 na 100 tys. populacji.

W okresie 1990-1996 pacjenci najczęściej byli hospitalizowani z powodu psychoz schizofrenicznych i zaburzeń alkoholowych, natomiast najwyższy wzrost rozpowszechnienia wystąpił w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych o 88% oraz zaburzeń afektywnych o 40% (tab. 83). W okresie 1998-2004 roku najczęściej hospitalizowano osoby z zaburzeniami poalkoholowymi oraz ze schizofrenią, natomiast najwyższa dynamika rozpowszechnienia wystąpiła w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych o 96%, zaburzeniach organicznych o 87% i zaburzeniach nerwicowych o 67%. Między rokiem 1990 a 2004 wskaźnik zaburzeń poalkoholowych wzrósł o 84%, a wskaźnik zaburzeń po substancjach psychoaktywnych 4-krotnie.

Tablica 83. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie wg ICD-9	1990	1993	1996	Rozpoznanie wg ICD-10	1998	2001	2004
OGÓŁEM	361,8	366,1	379,4	OGÓŁEM	380,0	461,1	526,2
Zaburzenia organiczne*	41,0	39,7	38,5	Zaburzenia organiczne*	41,8	65,5	78,3

Tablica 83. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności) (dok.)

Rozpoznanie wg ICD-9	1990	1993	1996	Rozpoznanie wg ICD-10	1998	2001	2004
Zaburzenia poalkoholowe	88,8	91,3	108,9	Zaburzenia poalkoholowe	119,8	133,8	163,4
Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	7,8	10,6	14,7	Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	16,4	25,9	32,1
Psychozy schizofreniczne	113,6	109,4	100,1	Schizofrenia	80,5	78,7	81,6
Psychozy afektywne	23,7	28,2	33,2	Zaburzenia nastroju (afektywne)	43,9	57,1	59,1
Inne psychozy*	17,8	19,7	18,3	Inne psychozy*	27,7	32,1	34,8
Zaburzenia nerwicowe*	22,6	22,4	25,6	Zaburzenia nerwicowe*	26,9	40,3	45,4
Upośledzenie umysłowe	10,1	10,0	12,3	Upośledzenie umysłowe	9,0	9,2	10,3
Pozostałe	36,3	34,8	27,8	Pozostałe	14,1	18,4	21,2

* Nazwy kategorii zaburzeń pozostały takie same, ale zakresy ich podkategorii uległy zmianom.

Źródło: jak do tab. 79.

Wskaźnik hospitalizacji pierwszorazowych w ciągu analizowanych 15 lat wzrósł o 73%: z 137 do 237 na 100 tys. populacji. Zarówno w latach 1990-1996 jak i 1998-2004, pacjenci byli hospitalizowani po raz pierwszy najczęściej z powodu zaburzeń poalkoholowych i zaburzeń organicznych (Tab.84). W obu okresach najwyższa dynamika zapadalności wystąpiła w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych (odpowiednio o 91% i o 113%). W ciągu 15 lat wskaźnik pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wzrósł ponad pięciokrotnie z 3 do 16 na 100 tys., a wskaźnik hospitalizacji spowodowanych używaniem alkoholu o 95% z 45 na 100 tys. do 88 na 100 tys.

Tablica 84. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie wg ICD-9	1990	1993	1996	Rozpoznanie wg ICD-10	1998	2001	2004
O G Ó Ł E M	136,8	144,6	160,2	O G Ó Ł E M	165,2	211,6	236,9
Zaburzenia organiczne*	18,9	18,9	18,8	Zaburzenia organiczne*	21,0	32,3	33,7
Zaburzenia poalkoholowe	45,0	47,7	60,5	Zaburzenia poalkoholowe	64,0	72,1	87,8
Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	3,4	4,1	6,5	Zaburzenia po substancjach psychoaktywnych	7,6	13,7	16,2
Psychozy schizofreniczne	13,7	14,7	14,5	Schizofrenia	11,9	13,8	16,1
Psychozy afektywne	7,7	10,1	12,2	Zaburzenia nastroju (afektywne)	19,5	24,3	22,2
Inne psychozy*	8,3	9,9	9,3	Inne psychozy*	10,8	13,4	14,2
Zaburzenia nerwicowe*	13,6	13,7	13,0	Zaburzenia nerwicowe*	17,1	25,7	28,7
Upośledzenie umysłowe	2,8	3,0	2,9	Upośledzenie umysłowe	3,3	3,9	4,4
Pozostałe	23,3	22,4	22,5	Pozostałe	10,0	12,5	13,7

* Nazwy kategorii zaburzeń pozostały takie same, ale zakresy ich podkategorii uległy zmianom.

Źródło: jak do tab. 79.

Zróznicowanie pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania jest nieco mniejsze niż zróznicowanie ze względu na płeć. W ciągu 15 lat różnica między miastem a wsią zmniejszyła się; w roku 1990 wskaźnik hospitalizowanych z miast był o 64%, a w roku 2004 o 57% wyższy. Zwiększyło się natomiast zróznicowanie ze względu na płeć; w roku 1990 wskaźnik hospitalizowanych mężczyzn był o 68%, a w roku 2004 o 76% wyższy niż kobiet (Tab. 78).

Tablica 85 Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według charakteru miejsca zamieszkania i płci (wskaźnik na 100 tys. populacji)

Rok	Ogółem	Miasto	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
1990	361,8	418,6	255,5	454,0	269,6
1993	366,1	412,7	289,7	447,5	288,9
1996	379,4	423,2	307,6	479,8	284,7
1998	380,0	440,8	321,6	501,7	305,4
2001	461,1	517,6	371,3	584,4	357,2
2004	526,2	608,6	388,7	686,2	389,8

Źródło: jak do tab. 79.

Frakcja pacjentów leczonych po raz pierwszy jest silniej zróznicowana pod względem demograficznym (podobnie jak w przypadku pacjentów ambulatoryjnych). Wskaźnik leczonych z miast w 1990 roku był o 74% wyższy niż ze wsi, ale w ciągu 15 lat różnica uległa zmniejszeniu do 54%. Natomiast pogłębiły się różnice ze względu na płeć. W roku 1990 wskaźnik leczonych mężczyzn był wyższy o 84% niż kobiet, a w roku 2004 różnica ta wyniosła 91% (Tab. 86).

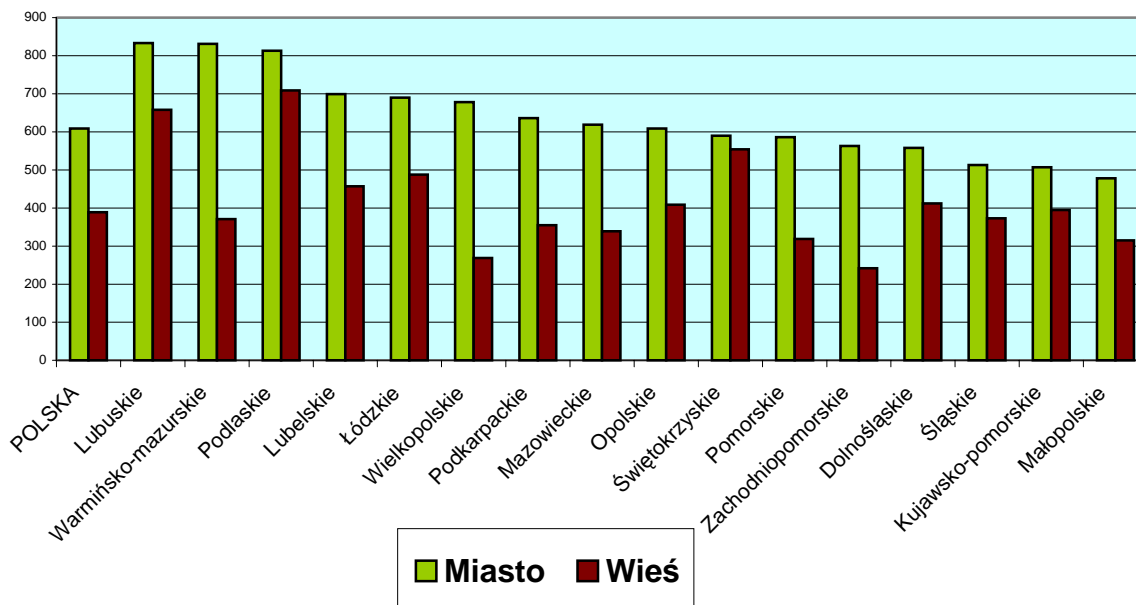
Tablica 86. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według charakteru miejsca zamieszkania i płci (wskaźnik na 100 tys. populacji)

Rok	Ogółem	Miasto	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
1990	136,7	163,1	94,0	178,7	97,0
1993	144,6	169,3	104,0	184,1	107,1
1996	160,2	184,4	120,5	213,7	109,6
1998	165,2	194,5	140,0	227,2	127,6
2001	211,6	276,4	158,7	239,6	171,2
2004	236,9	275,0	178,3	320,8	168,0

Źródło: jak do tab. 79.

Podobnie jak w przypadku pacjentów objętych opieką ambulatoryjną, obserwuje się duże różnice terytorialne w częstości hospitalizacji i – podobnie jak w lecznictwie ambulatoryjnym – różnica między najwyższym a najniższym wskaźnikiem jest prawie dwukrotna. W 2004 roku najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia wystąpiły w województwach: lubuskim i podlaskim (po 770 na 100 tys.) oraz w warmińsko-mazurskim (647), najniższe zaś w małopolskim (396) i zachodniopomorskim (465). Największa przewaga leczonych z rejonów miejskich występuje w województwach: wielkopolskim, zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim, najmniejsza w świętokrzyskim i podlaskim.

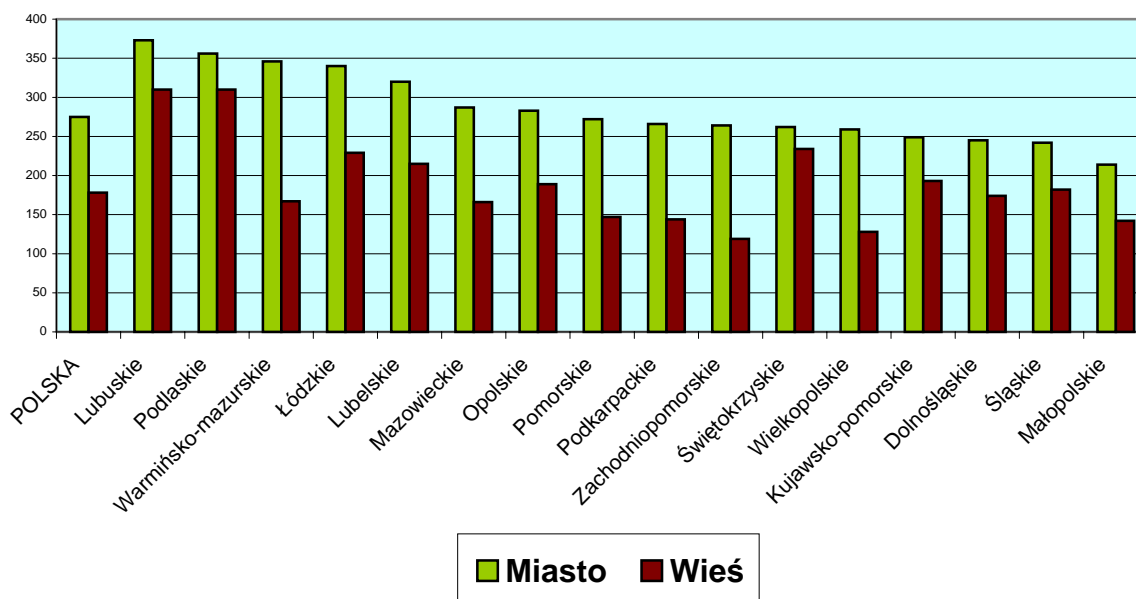
Wykres 104. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej w 2004 r. według województwa i miejsca zamieszkania



Źródło: jak do tab. 79.

Podobne zróżnicowanie dotyczy pacjentów leczonych po raz pierwszy. W roku 2004 hospitalizacje pierwszorazowe występowały najczęściej w województwach: lubuskim (350 na 100 tys.), łódzkim (301) i podlaskim (337); najmniejsza częstotliwość wystąpiła w województwie małopolskim (178 na 100 tys.) i podkarpackim (193).

Wykres 105. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej w 2004 r. według województwa i miejsca zamieszkania



Źródło: jak do tab. 79.

7.4. Choroby zakaźne

Nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi oraz zwalczanie tych chorób w Polsce jest elementem szerzej zakrojonej działalności w ramach Unii Europejskiej, koordynowanej przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Zwalczania Chorób (ECDC).

Priorytety, wypracowane przez ECDC z udziałem Polski, w zakresie chorób zakaźnych obejmują: HIV/AIDS, choroby związane z przyjmowaniem żywności – zatrucia i zakażenia pokarmowe, choroby, którym można zapobiegać przez szczepienia, grype, w tym jej odmiany odzwierzęce, zakażenia szpitalne, antybiotykooporność, gruźlicę oraz zakażenia przenoszone drogą płciową.

Mimo iż udział umieralności z powodu chorób zakaźnych pozostaje w ostatnich latach w granicach 0,6-0,7%, ich rola w zdrowiu publicznym nie przestaje być ważna. Nadal są jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej a ich koszty bezpośrednie i pośrednie są bardzo wysokie. Są to choroby szerzące się w populacji i mogące wywoływać w społeczeństwie poczucie zagrożenia. Rozpowszechnienie chorób zakaźnych można ograniczyć skuteczniej niż wielu innych grup chorób, stosując zasady prewencji, do których należy odpowiedni tryb życia oraz przestrzeganie higieny osobistej i instytucjonalnej.

Tablica 87 przedstawia liczby zachorowań oraz zapadalność na wybrane choroby zakaźne sklasyfikowane w trzech grupach: chorób, przeciw którym stosowane są szczepienia obowiązkowe, chorób przenoszonych drogą pokarmową oraz wyboru innych chorób dokonanego na podstawie ich znaczenia dla zdrowia publicznego. Zebrane dane pochodzą z 2004 r. i 2005 r. z podaniem mediany za lata 1999-2003.

Najczęściej występującą grupą chorób zakaźnych są zakażenia dróg oddechowych, w tym grypa i jej podejrzenia. W 2004 r. odnotowano 336 919 zachorowań (zapadalność 882,4 na 100 000 ludności), co w porównaniu z poprzednim rokiem stanowiło spadek o 72,3%. Rok 2005 przyniósł ponowny wzrost zachorowań do ogólnej liczby 733 234. Zachorowania na grype ulegają w poszczególnych latach znacznym wahaniom, które nie wykazują wyraźnych trendów. Długi czas, jaki upłynął od ostatniej pandemii w 1969 r. stwarza sytuację, w której oczekiwanie na nową pandemię wymaga czynnych przygotowań. Przygotowania te przybierają formę tworzenia „krajowych planów działania na wypadek wystąpienia pandemii grypy” dla poszczególnych krajów i są koordynowane przez gremia międzynarodowe, takie jak WHO i ECDC.

Tablica 87. Liczba zachorowań oraz zapadalność (na 100 000 ludności) na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 1999-2005

Jednostka chorobowa	Mediana w latach 1999-2003		2004 r.		2005 r.	
	liczba zachorowań	zapa- dal- ność	liczba zachorowań	zapa- dal- ność	liczba zachorowań	zapa- dal- ność
Choroby, przeciw którym prowadzone są obowiązkowe szczepienia						
Gruźlica (ogółem)	10 672	27,6	9 493	24,9	9 280	24,3
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	2 394	6,2	1 570	4,1	1 727	4,5
Błonica	0	0	0	0	0	0
Tężec	21	0,05	25	0,07	15	0,04
Krztusiec	2 034	5,3	2 954	7,7	1 925	5,0

Tablica 87. Liczba zachorowań oraz zapadalność (na 100 000 ludności) na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 1999-2005 (dok.)

Jednostka chorobowa	Mediana w latach 1999-2003		2004 r.		2005 r.	
	liczba zachorowań	zapa- dal- ność	liczba zachorowań	zapa- dal- ność	liczba zachorowań	zapa- dal- ność
Poliomyelitis	0	0	0	0	0	0
Odra	77	0,20	11	0,03	13	0,03
Różyczka	40 518	106,0	4 857	12,7	7 946	20,8
Świnka	39 978	104,6	135 179	354,1	71 945	188,5
Choroby przenoszone drogą pokarmową						
Dur brzuszny	6	0,016	2	0,005	3	0,008
Salmonelozы (ogółem)	20 688	54,1	15 958	41,8	16 006	41,9
Czerwonka bakteryjna	128	0,33	74	0,19	80	0,21
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	3 989	10,4	4 052	10,6	4 261	11,2
Bakteryjne zakażenia jelitowe	4 427	11,5	3 897	10,2	5 079	13,3
Wirusowe i inne zakażenia jelitowe	4 539	11,7	10 398	27,2	12 533	32,8
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	338	0,88	95	0,25	54	0,14
Włośnica	42	0,11	163	0,43	70	0,18
Inne choroby						
Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę	1 216 285	3 184,4	336 919	882,4	733 234	1 921,4
Biegunki u dzieci do lat 2	16 470	2 285,1	16 361	2 326,6	17 306	2 428,9
AIDS	132	0,34	171	0,45	139	0,36
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	1 988	5,2	2 157	5,6	2 997	7,9
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/ lub mózgu	956	2,5	945	2,5	998	2,6
Wirusowe zapalenie opon mózgowych	1 024	2,7	906	2,4	1 077	2,8
Wirusowe zapalenie mózgu	363	0,9	521	1,4	392	1,0
Kiła (ogółem)	1 067	2,8	860	2,3	828	2,2
Rzeżączka	707	1,8	514	1,3	399	1,0

Źródło: dane Państwowego Zakładu Higieny, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową AM w Warszawie.

Obawy przed nową pandemią grypy są potęgowane przez informacje o szerzeniu się ptasiej grypy wśród dzikiego ptactwa. Zagrożenie ze strony wirusa ptasiej grypy stanowi jednak odrębne zagadnienie i jego potencjalny związek z wystąpieniem pandemii grypy wśród ludzi jest trudny do ustalenia.

Poważny problem epidemiologiczny stanowią biegunki u dzieci do lat dwóch – wirusowe, bakteryjne i bliżej nieokreślone, prawdopodobnie o zakaźnym pochodzeniu. W 2004 r. zarejestrowano ogółem 16 361 przypadków, a w 2005 r. 17 306. W grupie tej mieści się ważny problem biegunek rotawirusowych, nabywanych zarówno w środowisku jak i w szpitalu.

Liczba bakteryjnych zatruc pokarmowych utrzymuje się od lat na wysokim poziomie z niewielką tendencją zniżkową. Od kilku lat obserwowana jest tendencja wzrostu zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej. Znajduje to swe odbicie zarówno we wzroście liczby

przypadków rozpoznawanych jako wirusowe, jak również w zmianie wzorca sezonowego, ze względnym przesunięciem tych zakażeń na miesiące zimowe. Okres zimowy bardziej sprzyja zakażeniom wirusowym, a okres letni bakteryjnym.

Liczba zachorowań na świnkę wyniosła w 2004 r. 135 179 (zapadalność 354,1 na 100 000). Był to wzrost o 55% w porównaniu z rokiem poprzednim, oczekiwany w związku z cyklem epidemicznym tej choroby. Należy zwrócić uwagę, że 64 927 zachorowań w 2004 r. przypadło na dzieci w grupie wieku 5-9 lat, nie objętych wprowadzoną od 2005 r. drugą dawką obowiązkowego szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce. W 2005 r., po przekroczeniu szczytu fali epidemicznej, liczba zachorowań na świnkę obniżyła się do 71 945 (zapadalność 188,5).

W 2004 roku liczba zarejestrowanych przypadków krztuśca wyniosła 2 954 (zapadalność 7,74 na 100 000), co stanowi wzrost o 45% w porównaniu z 2003 rokiem. Analiza grup wieku chorych dzieci wskazuje na trwałość tendencji przesunięcia się zachorowań do starszych grup wiekowych. Najwyższa zapadalność jest w grupie wieku 10-14 i w stosunku do liczebności tej grupy wynosi 46,0. W 2005 roku zapadalność na krztusiec wróciła do wartości bliskich medianie z lat 1999-2003.

Ważny problem epidemiologiczny stanowią wirusowe zapalenia wątroby typu B i C. Nowe zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B są ograniczane przez szczepienia, lecz ze względu na dawne zakażenia i fakt wieloletniego nosicielstwa wirusa, liczba osób w Polsce zakażonych tym wirusem jest szacowana na kilkaset tysięcy. Nie rozporządzamy jednak szczepionką przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu C. Dlatego nowe zakażenia tym wirusem stanowią ważny wskaźnik skuteczności działań profilaktycznych przeciw temu i innym zakażeniom przenoszonym drogą naruszenia ciągłości tkanek.

Liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C wyniosła w 2005 roku 2 997 (zapadalność 7,9 na 100 000), co w porównaniu z 2004 r. stanowiło wzrost o 41%. Jest to wzrost, który częściowo może być wytłumaczony zmianą sposobu rejestracji tej choroby poprzez wprowadzenie „definicji przypadku”.

W zakresie zakażeń HIV i zachorowań na AIDS występują coroczne fluktuacje przy stabilizacji sytuacji epidemiologicznej. Niekompletność danych w zakresie czynników ryzyka stanowi pogłębiający się problem w nadzorze epidemiologicznym nad HIV/AIDS.

W zakresie chorób zgłaszanych w odrębnych systemach nadzoru – gruźlicy i chorób przenoszonych drogą płciową (kiły i rzeżączki) – odnotowano spadki liczb zachorowań.

Poważnym problemem epidemiologicznym chorób zakaźnych w Polsce są znaczne różnice w zapadalności na poszczególne choroby w różnych rejonach kraju (tablica 88), nie zawsze uzasadnione czynnikami obiektywnymi, takimi jak np. przesunięcie cyklu epidemicznego choroby. Różnice między najwyższą w skali województw zapadalnością a zapadalnością najniższą w takich chorobach, jak gruźlica (odpowiednio 40,1 – lubelskie i 14,0 – wielkopolskie), wirusowe zapalenie wątroby typu B (7,9 – świętokrzyskie i 2,1 – podkarpackie) oraz C (15,7 – świętokrzyskie i 2,3 – podlaskie), kiła (4,0 – mazowieckie i 0,6 – warmińsko-mazurskie) czy bakteryjne zatrucia pokarmowe (30,9 – pomorskie i 1,9 – podkarpackie), mogą świadczyć o niedostatkach w zakresie prewencji lub nadzoru epidemiologicznego.

Utrzymującą się od lat słabością nadzoru epidemiologicznego w Polsce jest niski odsetek zachorowań z potwierdzonym rozpoznaniem. Nawet w zakresie tak poważnych chorób, jak bakteryjne zapalenia opon mózgowych, odsetek potwierdzonych rozpoznań nie przekracza 25%. Poprawa poziomu mikrobiologicznej diagnostyki powinna stanowić jeden z priorytetów o istotnym znaczeniu dla zwalczania zakażeń, w tym również zakażeń szpitalnych.

Tablica 88. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne według województw w Polsce w 2005 r. (na 100 000 ludności)

Województwo	Choroby, przeciw którym prowadzone są obowiązkowe szczepienia					Choroby przenoszone drogą pokarmową					Inne choroby					
	Gruźlica (ogółem)	Wirusowe zapalenie wątroby typu B	Krzusiec	Różyczka	Świnka	Salmonelozы (ogółem)	Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	Bakteryjne zakażenia jelitowe	Wirusowe i inne zakażenia jelitowe	Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę	Biegunki u dzieci do lat 2	AIDS	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub męzgu	Wirusowe zapalenie opon mózgowych	Kiła (ogółem)
POLSKA	24,3	4,5	5,0	20,8	188,5	41,9	11,2	13,3	32,8	1 921,4	2 428,9	0,36	7,9	2,6	2,8	2,2
Dolnośląskie	20,7	7,5	1,0	34,7	39,8	29,6	14,5	5,6	26,3	1 748,4	2 017,7	1,83	12,6	1,5	1,4	2,5
Kujawsko-Pomorskie	20,6	6,1	8,3	35,4	371,8	67,2	6,8	7,4	50,0	1 363,0	3 020,0	0,34	10,7	3,1	4,3	1,4
Lubelskie	40,1	4,4	1,7	10,3	269,8	68,9	3,6	22,4	14,0	616,0	2 190,6	0,32	10,6	1,6	1,5	2,3
Lubuskie	17,6	3,7	1,6	14,2	24,6	46,4	9,5	2,7	8,2	1 748,0	333,3	0,20	11,2	3,7	1,3	3,2
Łódzkie	35,6	7,3	17,2	17,3	165,8	34,1	9,0	24,3	34,7	2 611,1	2 172,9	0,39	10,5	1,7	0,7	2,0
Maiopolskie	19,8	2,6	1,9	13,1	144,0	34,5	11,5	13,8	24,0	1 793,8	1 715,4	0,18	2,5	2,6	3,1	2,3
Mazowieckie	26,3	3,7	8,4	26,5	181,6	45,0	3,9	10,4	31,3	3 391,8	1 972,3	0,14	7,6	2,6	1,9	4,0
Opolskie	20,4	4,7	7,3	15,2	210,7	28,3	3,6	2,9	3,1	2 386,3	1 354,7	0,19	2,9	2,8	3,0	3,3
Podkarpackie	19,7	2,1	1,1	14,2	91,6	53,0	1,9	16,5	29,6	639,1	2 593,1	0,00	3,4	2,0	6,0	0,7
Podlaskie	15,9	2,6	14,4	16,1	79,2	46,8	26,7	34,9	78,4	582,4	3 504,6	0,25	2,3	3,8	11,1	0,9
Pomorskie	25,9	6,0	4,5	14,7	53,3	54,2	30,9	14,8	52,7	2 005,0	3 117,3	0,46	13,9	3,6	3,0	1,0
Śląskie	26,6	4,6	3,2	22,4	209,6	26,8	17,4	14,7	34,6	2 652,3	2 502,5	0,32	6,4	2,8	1,3	2,9
Świętokrzyskie	36,1	7,9	3,5	26,4	440,3	40,9	4,9	19,0	63,1	364,0	5 018,1	0,08	15,7	3,9	2,3	0,8
Warmińsko-Mazurskie	22,8	2,2	2,0	15,7	144,1	38,2	10,6	7,8	31,4	2 340,4	4 624,3	0,63	3,6	3,9	4,2	0,6
Wielkopolskie	14,0	4,1	4,0	22,6	376,1	34,3	4,7	5,1	34,5	1 551,4	2 558,3	0,18	7,5	2,0	2,3	1,5
Zachodniopomorskie	22,8	2,5	0,1	15,1	127,2	48,2	26,7	17,4	15,5	1 088,4	1 423,9	0,06	5,0	3,0	5,8	1,4

Źródło: jak w tab. 87

7.5. Uzależnienia

7.5.1. Narkomania

Narkomania stanowi wyzwanie cywilizacyjne o zasięgu globalnym. Ogranicza możliwości rozwojowe krajów biednych, pochłania ogromne środki w krajach najbogatszych. Nie sie ze sobą poważne ryzyko dla zdrowia publicznego, szczególnie w kontekście chorób infekcyjnych (HIV, żółtaczką, choroby weneryczne, gruźlica). Ryzyko zgonu wśród narkomanów jest kilkakrotnie wyższe niż w porównywalnej wiekowo populacji generalnej. Ponadto narkomania jest ściśle związana z wieloma innymi problemami społecznymi, takimi jak ubóstwo, bezrobocie, prostytutka, przestępczość, bezdomność. Pieniądze z narkobiznesu odgrywają coraz poważniejszą rolę w międzynarodowym obrocie finansowym i mogą stanowić zagrożenie dla stabilności gospodarki światowej.

W latach 90. rosło przekonanie, że wypracowany w poprzednich dekadach system, oparty przede wszystkim na ograniczaniu dostępności i walce z nielegalnym obrotem, nie jest sprawny. Coraz częściej formułowano postulat rozszerzenia działań w zakresie ograniczania popytu poprzez profilaktykę, leczenie, rehabilitację i ograniczanie szkód zdrowotnych.

Światowa Organizacja Zdrowia w swojej strategii „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” (cel 12 obejmujący wszystkie substancje psychoaktywne – tytoń, alkohol, narkotyki) postuluje, aby do roku 2015 rozpowszechnienie używania narkotyków spadło o 25%, a umieralność z powodu ich używania – o 50%. WHO podkreśla także konieczność kompleksowej, zrównoważonej polityki integrującej działania z zakresu ograniczania podaży i popytu narkotyków.

W Polsce, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 roku, podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii*.

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce na początku XXI wieku jest dość dobrze opisana. Lata transformacji ustrojowej, podobnie jak w innych krajach regionu, dały silny impuls do rozwoju narkomanii. Nastąpił wzrost podaży narkotyków i popytu na nie. Główną rolę odegrały czynniki związane z wielką zmianą społeczną, na które polityka wobec narkomanii miała niewielki wpływ. Podaż rosła wraz z rozwojem międzynarodowej wymiany handlowej, rosnącym ruchem turystycznym, otwarciem granic, postępującą wymienialnością złotego, rozwojem przestępczości zorganizowanej. Na popyt wpływ miała intensywna transmisja wzorów kulturowych, wśród których pojawiły się także wzory używania substancji psychoaktywnych. Popyt rósł wśród młodych ludzi szczególnie dotkniętych kryzysem transformacji, obserwujących upadek dotychczasowych wartości, bezradność pokolenia rodziców, brak perspektyw po ukończeniu szkoły. Reklama farmaceutyków oferująca leki na wszystkie problemy życiowe: ból, stres, starość, bezsenność, brak energii życiowej, wzmacniała tendencję do sięgania po środki narkotyczne i psychotropowe.

Ocenia się, że w Polsce, podobnie jak w krajach zachodnich narkomania jest zjawiskiem masowym. Ścisłe określenie jej rozmiarów jest jednak trudne, gdyż statystyki rejestrują tylko dane oficjalne, pozostawiając poza zasięgiem „ciemną” liczbę, na którą składają się osoby nie ujęte w żadnych statystykach. Używanie narkotyków jest bowiem na ogół ukrywane przez osoby biorące.

Podstawowymi źródłami danych na temat rozmiarów narkomanii są:

- statystyki instytucji reagujących na problem narkomanii (lecznictwo, policja itp.);
- badania ankietowe na próbach reprezentatywnych mieszkańców lub wyróżnionych grup, np. młodzieży szkolnej, studentów;
- badania metodami jakościowymi (pogłębione wywiady, obserwacje itp.) wśród wyróżnionych kategorii osób, np. młodzieży szkolnej lub osób używających narkotyków w sposób rodzący poważne problemy zdrowotne.

Informacji o rozmiarach narkomanii, rozumianej jako uzależnienie bądź używanie narkotyków w sposób rodzący poważne problemy zdrowotne i społeczne, dostarczają dane statystyczne leczenia.

Informacje o liczbie leczonych z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń pochodzą z leczenia psychiatrycznego. Dane obejmują również specjalistyczne leczenie uzależnień lekowych, które funkcjonuje w ramach psychiatrycznej służby zdrowia. Jako wskaźnik epidemiologiczny wykorzystuje się dane o osobach przyjętych do leczenia psychiatrycznego z powodu używania narkotyków.

Dane za 2004 r. przedstawiono na tle informacji z lat 1997-2003, a także, o ile to możliwe, z lat wcześniejszych. Do oceny trendów epidemiologicznych służą między innymi dane dotyczące liczby osób przyjętych do leczenia w danym roku, obejmujące wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek stacjonarnych, niezależnie od tego czy je w danym roku zakończyły, czy też kontynuowały w następnym roku.

W 2004 roku przyjęto do leczenia stacjonarnego 12836 pacjentów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Oznacza to wzrost o 9,0% w stosunku do 2003 roku, kiedy to przyjęto 11778 pacjentów. Trzeba przypomnieć, że w 2003 roku liczba przyjętych spadła o 1,2% w stosunku do 2002 roku, kiedy to przyjęto 11915 osób. Spadek ten stanowił pewien przełom w trendzie wzrostowym liczby pacjentów, notowanym od początku lat 90. Liczba przyjętych do leczenia z powodu narkomanii w ostatnich latach wzrastała nierównomiernie. Na przykład, między 2000 r. a 2001 r. zwiększyła się o 6%, a między 2001 r. i 2002 r. aż o 32,7%. Dane za 2004 r. pokazały, że spadek zanotowany w 2003 r. był raczej przejawem fluktuacji trendu niż jego trwałym odwróceniem.

Tablica 89. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych według typu nadużywanej substancji

Typ nadużywanej substancji	Lata							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
w liczbach								
Ogółem	5336	6100	6827	8590	9096	11915	11778	12836
Opiaty	2313	2569	2652	3383	3674	3609	2745	2573
Środki uspokajające i nasenne	449	509	573	769	724	1074	1187	1350
Kokaina	46	45	52	50	19	98	107	107
Konopie	70	110	164	246	269	409	356	382
Amfetamina	204	367	459	502	544	966	1054	1115
Halucynogeny	70	75	91	62	61	62	74	49
Substancje wziewne	535	564	455	449	340	397	321	269
Środki mieszane i nieokreślone	1649	1861	2381	3129	3465	5300	5934	6991
w %								
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Opiaty	43,3	42,3	38,8	39,4	40,4	30,3	23,3	20,0
Środki uspokajające i nasenne	8,4	8,3	8,4	9,0	8,0	9,0	10,1	10,5
Kokaina	0,9	0,7	0,8	0,6	0,2	0,8	0,9	0,8
Konopie	1,3	1,8	2,4	2,9	3,0	3,4	3,0	3,0
Amfetamina	3,8	6,0	6,7	5,8	6,0	8,1	8,9	8,7
Halucynogeny	1,3	1,2	1,3	0,7	0,7	0,5	0,6	0,4
Substancje wziewne	10,0	9,2	6,7	5,2	3,7	3,3	2,7	2,1
Środki mieszane i nieokreślone	30,9	30,5	34,9	36,4	38,1	44,5	50,4	54,5

Źródło: Narkomania w Polsce w 2004 roku. Dane stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. Opracowanie zamieszczone w internecie na stronie www.narkomania.gov.pl/epidemiologia.htm.

Struktury osób uzależnionych według typu nadużywanych substancji psychoaktywnych ulegały w latach 1997-2004 pewnym zmianom. W 2004 roku najliczniejszą pozostaje grupa osób z problemem opiatów (20%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy osób nadużywających leków uspokajających i nasennych (11%), stymulantów innych niż kokaina, czyli w zasadzie środków z grupy amfetamin (9%), przetworów konopi (3%) i substancji wziewnych (2%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%.

W latach 1997-1999 zmiany struktur osób uzależnionych były niewielkie, ograniczały się właściwie do wzrostu odsetka osób nadużywających środków z grupy amfetamin z 3,8% w 1997 r. do 6,7% w 1999 roku. W 2000 roku odnotowano spadek odsetka pacjentów z tej grupy do poziomu 5,8% i praktycznie stabilizację w 2001 roku na poziomie 6,0%. W kolejnych latach następuje wzrost tego odsetka do 8,1% w 2002 r. i 8,9% w 2003 roku. W 2004 roku odsetek ten przestał rosnąć (8,7%). W latach 1997-2001 notuje się niewielki spadek odsetka osób z problemem opiatów z 43% do 40%. W 2002 roku odsetek ten zmniejszył się radykalnie, bo do poziomu 30%, w 2003 roku nastąpił dalszy spadek do wartości 23,3% i w 2004 roku do poziomu 20,0%. Warto zauważyć, że spadkowi w strukturze rozpoznanych udziału osób uzależnionych od opiatów towarzyszy od 2002 roku także spadek liczby bezwzględnej osób z tej kategorii. Przez cały okres w miarę systematycznie spadał odsetek osób nadużywających substancji wziewnych. W 2004 roku wynosił on 2,1%, podczas gdy w 1997 roku – 10,0%. Wzrastały natomiast odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych – od 31% w 1997 roku do 54,5% w 2004 roku.

Z porównania rozmiarów poszczególnych grup pacjentów nadużywających narkotyków w latach 1997-2004 z danymi z lat wcześniejszych wynikają następujące wnioski:

- nastąpiła kontynuacja trendu spadkowego liczby nadużywających substancji wziewnych. W latach 1990-1998 mieliśmy do czynienia z trendem wzrostowym. W 1999 roku nastąpiło odwrócenie trendu i rozpoczął się spadek, który z lekkim załamaniem w 2002 roku trwał do 2004 roku;
- odnotowano kontynuację trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych, zapoczątkowanego w 1997 roku. Wcześniej, w latach 1991-1996, przeważała lekka tendencja spadkowa. W 1997 roku nastąpił skokowy wzrost liczby pacjentów, skala wzrostu w latach 1998 i 1999 była nieco mniejsza. W 2000 roku nastąpił ponowny wzrost trwający do 2004 roku;
- nastąpiła kontynuacja zapoczątkowanego w 1992 roku trendu wzrostowego liczby osób nadużywających środków z grupy amfetaminy. Od 1997 roku tempo wzrostu było większe niż w latach poprzednich. Ze skokowym wzrostem mieliśmy do czynienia w 2002 roku. W latach 2003-2004 nadal obserwowano wzrost liczby osób uzależnionych od amfetaminy, ale o mniejszym nasileniu;
- nastąpiło zahamowanie trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi. Trend ten został zapoczątkowany w 1993 roku i przyspieszył w 1997 roku. W 2002 roku odnotowano dalsze przyspieszenie skali wzrostu, zaś od 2003 roku można było mówić o stabilizacji. Liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie, jest około trzykrotnie mniejsza niż liczba leczonych użytkowników amfetaminy;
- odnotowano stabilizację liczby osób nadużywających kokainy. Do 1996 roku spotykano w lecznictwie stacjonarnym tylko pojedyncze osoby nadużywające tego środka, w 1997 roku ich liczba skokowo wzrosła. Od 1998 roku notowano stabilizację, przerwana spadkiem w 2001 roku i wzrostem w 2002 roku. Od 2003 roku notuje się stabilizację na poziomie wyższym niż w końcówce lat 90.

Struktura płci osób przyjętych od leczenia stacjonarnego od wielu lat pozostaje względnie stała. W latach 1997-2000 odnotowano bardzo słaby trend wzrostowy odsetka mężczyzn i – co się z tym wiąże – spadek odsetka kobiet. W 2000 roku kobiety stanowiły

22,0% pacjentów leczonych stacjonarnie, podczas gdy jeszcze w 1997 roku – 26,2%. W latach 2000-2003 odnotowano odwrócenie się tego trendu. Od 2001 roku odsetek kobiet powoli, ale konsekwentnie rósł osiągając poziom 24,0% w 2003 roku. W 2004 roku można było mówić o stabilizacji, odsetek kobiet wyniósł bowiem 23,6%.

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku pacjentów. W latach 1997-2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16-24 lata i spadał odsetek z grupy wiekowej 25-34 lata. Jeszcze w 1997 roku odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata kształtował się na poziomie 40%, w 2001 roku wynosił już 57%. Proporcje pacjentów najmłodszych (do 15 roku życia) i najstarszych (powyżej 45 roku życia) były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3-4%, te drugie – 7-8%. W 2002 roku nastąpiła zmiana opisanej tendencji. Odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata spadł do 55%, czyli do poziomu z 2000 roku. Jednocześnie wzrosły nieco odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44 roku życia) oraz osób z grupy wiekowej 25-34 lata. W kolejnych latach odnotowano kontynuację tej tendencji, tzn. spadku odsetka pacjentów w wieku 16-24 lata i wzrostu udziału osób w wieku 25-34 lata i 35-44 lata. W 2004 roku odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata spadł do poziomu 48%, zaś udział najstarszych (powyżej 44 roku życia) zwiększył się do 11%.

Na rodzaj używanych narkotyków silny wpływ ma też wiek pacjentów. Dla najmłodszych charakterystyczne są substancje wziewne, 15,8% pacjentów w wieku do 15 lat trafiło do leczenia z powodu tych środków. W grupie 16-19 lat substancje wziewne występują już tylko u 2,2% pacjentów, bardziej widoczne natomiast stają się stymulanty, tzn. głównie amfetamina – 11,8%. Począwszy od grupy wiekowej 40-44 lata najlicniejsza frakcja ma problem z lekami uspokajającymi i nasennymi (28,8%), a wśród osób powyżej czterdziestego czwartego roku życia nawet 50%. Amfetamina w największym odsetku pojawia się wśród osób w wieku 20-24 lata (13,9%), konopie zaś wśród osób w wieku 16-19 lat (8,3%). Udział opiatów w strukturze rozpoznań w poszczególnych grupach wiekowych rośnie wraz z wiekiem od 2,3% wśród pacjentów w wieku poniżej 16 lat, do 31,3% w grupie wiekowej 25-29 lat. W starszych kategoriach wiekowych następuje spadek, aż do 8,8% wśród osób powyżej czterdziestego czwartego roku życia. Rozkłady procentowe rozpoznań w poszczególnych grupach wiekowych sugerują, że amfetamina charakterystyczna jest raczej dla młodszych pacjentów (16-24 lata), zaś opiaty dla nieco starszych (25-29 lat). Konstatacja ta wydaje się potwierdzać tezę o przesunięciach we wzorach używania narkotyków w kierunku amfetaminy.

Popyt na narkotyki mierzy się rozpowszechnieniem ich konsumpcji. W Polsce źródłem danych na ten temat są badania ankietowe prowadzone w szkołach. Stosunkowo najdłuższą tradycję mają badania realizowane przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na próbie uczniów najstarszych klas szkół ponadpodstawowych, tj. na uczniach w przedziale wieku 18-20 lat. Badania CBOS przeprowadzono do tej pory w latach 1992, 1994, 1996, 1998, 1999, 2003. Ważnym elementem są też badania ESPAD (Europejskie Szkolne Badania Ankietowe nt. Alkoholu i Narkotyków), obejmujące uczniów w wieku 15-17 lat, które odbyły się w latach 1995, 1999, 2003 i 2005.

Na przełomie października i listopada 2005 r. zrealizowano badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Badania przeprowadzono według metodologii międzynarodowego projektu podjętego z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy i koordynowanego przez CAN ze Sztokholmu. Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, tak aby uchwycić wartości wyjściowe wskaźników do realizacji zadań i osiągania celów Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010. Wyniki badania wskazują na znacznie wyższy poziom rozpowszechnienia używania substancji legalnych niż nielegalnych.

Zwraca uwagę wysoki odsetek uczniów, którzy kiedykolwiek używali leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza (15,1% z młodszej kohorty i 19,0% ze starszej kohorty). Sięganie po te leki jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Wśród substancji nielegalnych relatywnie najwyższym rozpowszechnieniem cechują się konopie indyjskie. Chociaż raz w ciągu całego życia używało ich 14,2% młodszych uczniów i 31,5% starszych uczniów. Na drugim miejscu wśród substancji nielegalnych znajduje się amfetamina (3,6% uczniów młodszych i 12,4% uczniów starszych).

Aktualne, okazjonalne używanie substancji nielegalnych, czego wskaźnikiem jest używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy, także stawia przetwory konopi na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia. W klasach trzecich gimnazjów używa tego środka ponad 10,0% uczniów, w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych – 22,6%. Kolejne miejsca zajmują amfetamina i ecstazy. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem 4,3% uczniów klas trzecich gimnazjów i 10,5% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używało marihuany lub haszyszu.

Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. Na tym tle dostępność substancji nielegalnych jest oceniana znacznie niżej.

Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. O stopniu ryzyka, według ocen respondentów, zdaje się decydować bardziej nasilenie i sposób używania niż rodzaj substancji.

Poziom akceptacji dla używania poszczególnych substancji jest znacznie zróżnicowana. Sporadyczne picie jest powszechnie akceptowane natomiast używanie substancji nielegalnych spotyka się generalnie z większym potępieniem niż picie alkoholu czy palenie tytoniu. Należy odnotować, że marihuana i haszysz są przez młodzież traktowane bardziej liberalnie niż inne substancje nielegalne.

Zarówno uczniowie trzecich klas gimnazjów, jak drugich klas szkół ponadgimnazjalnych w około 70% uczestniczyli w poprzednim roku szkolnym w zajęciach profilaktycznych w szkole. Większość z uczestniczących dostrzega wpływ zajęć profilaktycznych, przynajmniej na sferę swoich przekonań w kwestii używania narkotyków. Analiza używania substancji w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w podziale na uczniów, którzy uczestniczyli w zajęciach profilaktycznych oraz nieuczestniczących, wykazała mniejszy odsetek pijących napoje alkoholowe w tej pierwszej grupie, ale tylko w przypadku gimnazjalistów. Analogiczna analiza przeprowadzona w 2003 r. nie wykazała żadnych istotnych różnic.

Porównanie wyników badania z 2005 roku z wynikami badań wcześniejszych, tj. z lat: 2003, 1999 i 1995, napotyka bariery porównywalności będące wynikiem innego terminu realizacji badania. Pamiętając o tym zastrzeżeniu wskazać trzeba na załamanie się trendu wzrostowego używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Spadek wskaźników dotyczy zarówno substancji w większości legalnych (alkohol, tytoń), jak i nielegalnych. Spadek ten jest większy w przypadku gimnazjalistów niż uczniów szkół ponadgimnazjalnych, szczególnie gdy w grę wchodzi substancje nielegalne. Kontynuację trendu wzrostowego rozpowszechnienia używania obserwujemy jedynie w przypadku ecstazy i to tylko u uczniów ze starszej grupy.

Porównując wyniki badań ESPAD z 2003 roku z wynikami z lat 1999 i 1995, odnotowano wyraźny wzrost odsetka uczniów, których udziałem stały się doświadczenia z przetworami konopi. W młodszej grupie wzrost między 2003 r. a 1999 r. był trochę mniejszy niż w poprzednim czteroleciu, chociaż osłabienie tempa wzrostu nie było zbyt duże. W starszej grupie odsetki uczniów, którzy używali chociaż raz przetworów konopi, wzrosły wyraźnie silniej w latach 1999-2003 niż w latach 1995-1999, mamy tu zatem do czynienia z nasileniem trendu wzrostowego. Zmiany w rozpowszechnieniu eksperymentowania z marihuaną i haszy-

szem w młodszej i starszej grupie wykazywały zatem odmienne tendencje. Podobnie jest z kilkoma innymi środkami. Rozpowszechnienie sięgania po amfetaminę, LSD i sterydy anaboliczne po wzroście w obu grupach badanych w latach 1995-1999, w młodszej grupie uczniów trochę spadło, w starszej grupie zaś ma trend wzrostowy. Rozpowszechnienie eksperymentowania z ecstazy także po wzroście w latach 1995-1999 zarówno wśród młodszych uczniów jak i starszych, w następnym czterolecu w młodszej grupie ustabilizowało się, a w starszej nadal rosło.

Trend rosnący przez cały ośmioletni okres badań ESPAD wykazywało w obu grupach rozpowszechnienie doświadczeń z kokainą, jednak mimo stałego wzrostu odsetki użytkowników pozostawały na bardzo niskim poziomie, nie przekraczającym 2,5%. Osobnego komentarza wymagają wyniki odnoszące się do heroiny. W obu grupach badanych odsetki sięgających po tę substancję bardzo silnie wzrosły w latach 1996-1999, a następnie spadły w 2003 roku do poziomu niewiele wyższego niż w 1995 roku. Za gwałtowny skok odsetka w 1999 roku w pewnym stopniu mogła być odpowiedzialna zmiana w kwestionariuszu dokonana w 1999 roku. W 1995 roku pytano ogólnie o używanie heroiny, w 1999 roku zaś pytano osobno o używanie heroiny do palenia tzw. *brown sugar* oraz heroiny „białej”. W 2003 roku powrócono do wersji sprzed ośmiu lat. Heroina *brown sugar* pojawiła się na większą skalę w naszym kraju w drugiej połowie lat 90. W tym samym czasie na polskiej scenie narkotykowej zagościły nowe odmiany przetworów konopi o zwiększonej zawartości THC, tzw. *skun*. Wśród młodzieży na temat tej substancji krążyły różne mity. Nie można zatem wykluczyć, że niektórzy młodzi ludzie raportując swoje doświadczenia z narkotykami mylili te substancje. Dla popularności *brown sugar* nie bez znaczenia był też zapewne efekt nowości. Nowa, modna substancja z etykietą względnie bezpiecznej mogła prowokować do jej spróbowania. Trudno zatem stwierdzić, jaki wkład we wzrost odsetka, stwierdzony w badaniu w 1999 r., miały zmiany w kwestionariuszu, a jaki był rzeczywisty wzrost rozpowszechnienia.

Na koniec trzeba wskazać na brak różnic lub nieznaczny spadek rozpowszechnienia używania tradycyjnych w Polsce substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, tj. leków uspokajających i nasennych przyjmowanych bez przepisu lekarza oraz substancji wziewnych.

Wyniki uzyskane w 2005 roku wskazują na spadek rozpowszechnienia doświadczeń z marihuaną i haszyszem. Spadek ten był wyraźnie mniejszy w grupie gimnazjalistów niż wśród uczniów ze starszej grupy. Podobnie jest z amfetaminą, tyle że w młodszej grupie spadek odsetka oznacza kontynuację spadku zapoczątkowanego w 2003 roku. Rozpowszechnienie używania ecstazy w grupie gimnazjalistów nie uległo zmianie, natomiast w starszej grupie zwiększyło się, co wpisuje się w trend wzrostowy trwający od 1999 roku. Rozpowszechnienie doświadczeń z innymi substancjami nielegalnymi występującymi rzadko na naszej scenie lekowej nie uległo w 2005 roku większym zmianom zarówno wśród gimnazjalistów, jak i w starszej grupie badanej.

W zakresie używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza w 2005 roku u gimnazjalistów odnotowano kontynuację trendu spadkowego, zaś u starszych kontynuację stabilizacji wskaźnika.

W 2005 roku w młodszej grupie odsetki używających przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni przed badaniem spadły i to do poziomu niższego niż w 1999 roku. W starszej grupie także odnotowano spadek, ale o mniejszym nasileniu.

Wskaźniki aktualnego oraz częstego używania drugiej co do rozpowszechnienia substancji nielegalnej, tj. amfetaminy, dostępne są dopiero od 1999 roku. W 2005 roku w porównaniu do lat wcześniejszych w obu grupach respondentów odnotowano podobne tendencje. Zarówno odsetki używających amfetaminy w czasie ostatnich 12 miesięcy, jak i proporcje używających w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wyraźnie spadły. Zmniejszenie się odsetka w młodszej grupie stanowi jednak kontynuację trendu spadkowego, podczas gdy w starszej grupie nastąpiło to po wzroście odnotowanym w 2003 roku¹.

¹ J. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r.*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.

Informacje epidemiologiczne na temat szkód zdrowotnych, na jakie narażone są osoby biorące narkotyki, są wyjątkowo niepełne. Nie ma systematycznie zbieranych danych dotyczących zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby. Z obserwacji klinicznych wynika, że poważnym zagrożeniem jest gruźlica, zwłaszcza wśród pacjentów seropozytywnych. Według danych GUS, liczba zgonów związanych z narkotykami była w ciągu ostatnich kilkunastu lat stosunkowo niewielka i wahała się od 602 w 1997 r. do 461 w 1999 roku. Policja rejestruje jeszcze mniej, bo od 100 do 180 zgonów rocznie z przedawkowania narkotyków. W danych dotyczących umieralności nie widać żadnych wyraźnych trendów poza znacznym zróżnicowaniem regionalnym, które waha się od 0,5 do blisko 4,5 zgonów na 100 tysięcy mieszkańców. Kilkaset zgonów z powodu narkomanii rocznie to stosunkowo niewiele wobec ponad 30 tysięcy zgonów związanych z alkoholem czy około 80 tysięcy zgonów przypisywanych paleniu papierosów. Trzeba jednak podkreślić, że cytowane wyżej dane statystyczne na temat umieralności narkomanów obejmują wyłącznie przyczyny zgonów bezpośrednio związane z narkomanią, podczas gdy w przypadku alkoholu i tytoniu w oszacowaniach bierze się pod uwagę również zgony pośrednio związane z używaniem tych substancji. Z nielicznych badań prowadzonych w Polsce wynika, że umieralność uzależnionych od opiatów jest od kilku do kilkunastu razy wyższa niż oczekiwana dla populacji o podobnym rozkładzie płci i wieku.

Stosunkowo dobrze działa system rejestracji zakażeń HIV i zapadalności na AIDS. Na tle sytuacji w innych krajach europejskich, polskie wskaźniki HIV/AIDS są względnie niskie, zarówno w porównaniu z większością krajów UE, jak i w porównaniu z krajami Europy Wschodniej. Pierwsze przypadki infekcji HIV wśród narkomanów zarejestrowano w Polsce w drugiej połowie 1988 roku. Do 1990 roku, kiedy to zarejestrowano 653 nowe przypadki infekcji, notowano narastanie epidemii. W 1991 roku nastąpił wyraźny spadek, a od 1992 roku obserwuje się stabilizację liczby nowych zakażeń. Można szacować, że od 10 do 20% osób biorących narkotyki w iniekcjach to osoby seropozytywne. W niektórych populacjach klinicznych notuje się znacznie wyższe rozpowszechnienie HIV. Do 2002 roku zarejestrowano ponad 7 tys. zakażonych, w tym na AIDS zachorowało ponad 1 tys. osób. Prawie połowa z nich zmarła. Do ograniczenia wzrostu zakażeń HIV wśród narkomanów z pewnością przyczyniły się programy wymiany igieł i strzykawek. Pierwsze z nich powstały w kilka miesięcy po wybuchu epidemii HIV wśród narkomanów. Ta opóźniona reakcja, choć nie zapobiegła pojawieniu się HIV, sprawiła zapewne, że ostry wzrost zakażeń notowano w Polsce tylko przez dwa pierwsze lata. Istotnym elementem polskich programów było ich powiązanie z działaniami edukacyjnymi, w ramach których uzależnieni otrzymywali informację o HIV/AIDS, drogach przenoszenia oraz o możliwościach leczenia narkomanii. Realizacji programów wymiany igieł i strzykawek sprzyjały przyjęte rozwiązania ustawowe, nie przewidujące karalności osób uzależnionych za posiadanie narkotyków. Tworzyły one kontekst społeczny, w którym uzależnieni nie czuli piętna kryminalnego, a tym samym nie mieli poczucia odrzucenia i potępienia społecznego.

Pewien wpływ na ograniczenie epidemii HIV mogły mieć także pierwsze programy leczenia substytucyjnego, które działają w Polsce od 1992 roku. Przyjęta w 1997 roku ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, niestety, nie przyczyniła się do ich dalszego, systematycznego rozwoju. Od 1997 roku uruchomiono tylko kilka programów metadonowych. Obecnie w Polsce zaledwie kilkaset osób korzysta z tej formy leczenia. Stanowią one kilka procent uzależnionych stosujących opiaty dożylnie, podczas gdy w wielu krajach europejskich odsetki te sięgają 40-70%.

W zakresie funkcjonowania innych form opieki nad osobami uzależnionymi należy zauważyć, że rozwój lecznictwa ambulatoryjnego jest niewystarczający. W systemie opieki zdrowotnej dominuje stacjonarna rehabilitacja długo- i średnioterminowa. Czas oczekiwania na detoksykację szpitalną jest ciągle długi i w wielu ośrodkach przekracza okres kilku tygodni. W publicznej służbie zdrowia nie ma praktycznie detoksykacji domowej. Istniejący sys-

tem wymaga zatem zmian ukierunkowanych na zwiększenie efektywności leczenia i jego dostępności, opracowania standardów postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego oraz zróżnicowania oferty rehabilitacyjnej.

Od połowy lat 90. stosunkowo dobrze rozwija się działalność w obszarze profilaktyki uzależnień. Opracowano i wypromowano wiele programów profilaktycznych, kilkadziesiąt organizacji pozarządowych i innych podmiotów wykazuje aktywność na tym polu. Wyniki badań regionalnych i lokalnych wskazują, że 40-60% uczniów podlega oddziaływaniom profilaktycznym prowadzonym w szkołach. Mankamentem tych oddziaływań jest niewystarczająca dbałość o ich systematyczną ewaluację, co utrudnia ocenę ich skuteczności.

W ramach systemu sprawozdawczego policji zbierane są dane o przestępstwach przeciw ustawie o zapobieganiu narkomanii (do połowy 1997 r.) i o przeciwdziałaniu narkomanii (od połowy 1997 r.). Informacje te wskazują na wzrostowy trend liczby takich przestępstw, jak nielegalne wprowadzanie do obrotu środków odurzających, nielegalne ich udzielanie lub nakłanianie do zażywania, nielegalny przywóz, wywóz lub tranzyt. Trend w zakresie nielegalnego wyrobu środków odurzających pozostaje względnie stały, zaś trend nielegalnych upraw maku lub konopi po wdrożeniu trwającym od 1993 r. do 1994 r. wykazuje tendencje spadkową. Dane o liczbach wykrytych przestępstw związanych z narkotykami jako wskaźnik epidemiologiczny są obciążone znacznym błędem związanym ze zmianami w polityce ścigania. Szczególnie ostatnie lata, w których zwielokrotniają się liczby poszczególnych przestępstw, ujawnionych przez policję, można przyjąć, że pokaźna część tego wzrostu wynika ze wzmożonej operatywności policji. Przesunięcie akcentu w polityce wobec narkomanii na walkę z podażą pozostaje w ścisłym związku z zastrzeżeniem i rozszerzeniem zakresu represji przez nową ustawę z 1997 roku. Rozbudowa sił policyjnych skierowanych do zwalczania przestępczości związanej z narkotykami, nowe instrumenty prawne (zakup kontrolowany, dostawa kontrolowana, świadek koronny) zmieniły sytuację w zakresie wykrywalności przestępstw związanych z narkotykami jeszcze przed wejściem w życie nowej ustawy i wpłynęły na dane za 1997 rok.

W 1999 r. odnotowano kontynuację trendu spadkowego liczby nielegalnych upraw maku i konopi. Po silnym wzroście w latach poprzednich spadła liczba przestępstw związanych z produkcją narkotyków, wyrobem i przechowywaniem przyrządów do produkcji narkotyków, wprowadzania narkotyków do obrotu oraz nielegalnego udzielania lub nakłaniania do ich zażywania². Kontynuacja trendu wzrostowego ma miejsce w przypadku nielegalnego przywozu, wywozu lub tranzytu oraz posiadania narkotyków.

Przedstawione wyniki nie pozostawiają wątpliwości co do trendu wzrostowego używania eksperymentalnego i okazjonalnego narkotyków, jak i narkomanii rozumianej jako regularne przyjmowanie narkotyków w sposób powodujący poważne problemy. Zmianie ulegają nie tylko rozmiary zjawiska, ale również jego charakter. Nowe wzory używania narkotyków, chociaż pod pewnymi względami mniej destruktywne, sprzyjają rozwojowi problemu. Nowe środki, takie jak amfetamina, heroina w odmianie do palenia, halucynogeny, a przede wszystkim przetwory konopi, nie kojarzą się w świadomości młodych ludzi z narkomanią i jej ciemnymi stronami. Ta identyfikowana jest z opiatami domowego wyrobu. Łatwość sięgnięcia po nowe środki sprzyja nie tylko wzrost ich dostępności, ale również mniej inwazyjny sposób przyjmowania – przyjmowanie doustne lub palenie zamiast dożylnych iniekcji.

Wzrost rozmiarów zjawiska używania narkotyków jak również narkomanii rozumianej jako uzależnienie bądź używanie problemowe zbliżył nasz kraj do poziomu krajów Europy Zachodniej. Wprawdzie wskaźniki notowane w Polsce zrównują nas na razie z krajami należącymi do mniej zagrożonych, to jednak dynamika zjawiska rodzi obawy, że już wkrótce możemy znaleźć się w czołówce.

² *Przestępczość narkotykowa w Polsce w latach 1994-2000*. Komenda Główna Policji. Biuro do Walki z Przestępczością Narkotykową. Warszawa 2004.

7.5.2. Alkoholizm

W wielu krajach europejskich nadużywanie alkoholu jest źródłem bardzo poważnych problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia konsumpcja alkoholu w Regionie Europejskim jest najwyższa w porównaniu z innymi regionami świata. Ostatnie dane pokazują, że w Europie konsumuje się około 12 litrów czystego spirytusu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Wraz ze wzrostem ilości konsumowanego alkoholu wzrasta skala problemów alkoholowych w danym społeczeństwie (uszkodzeń zdrowia, wypadków, przestępczości, w tym przemocy interpersonalnej). W porównaniu z uśrednionym spożyciem w Regionie Europejskim Polska plasuje się na średniej pozycji, z uwagi na to, że średnie spożycie alkoholu w przeliczeniu na czysty spirytus wyniosło w 2004 roku 8,28 litra. Nie mniej jednak zwraca uwagę fakt, że w ciągu ostatnich dwóch lat spożycie alkoholu znacznie wzrosło. Kolejnym, wymagającym podkreślenia faktem jest wzrost spożycia wysokoprocentowych napojów alkoholowych zarówno w liczbach bezwzględnych, jak i wzrost procentowy udziału konsumpcji napojów spirytusowych wśród innych napojów. Oba te rezultaty są sprzeczne z celami założonymi przez ustawodawcę w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

W czerwcu 2002 r. nastąpiła 30% obniżka podatku akcyzowego na wyroby spirytusowe, co wywołało znaczący spadek cen napojów alkoholowych o wysokiej zawartości czystego spirytusu. Jak wynika z badań, spadek cen skutkuje wzrostem konsumpcji napojów alkoholowych³.

Biorąc pod uwagę wyraźne trendy do promowania konsumpcji napojów alkoholowych jako nierozdzielnie związanej z sukcesem zawodowym i społecznym, można oczekiwać w najbliższym czasie wzrostu rozpowszechnienia problemów alkoholowych. Z nadużywaniem alkoholu wiąże się wiele znaczących strat zarówno dla jednostki, jak i dla społeczeństwa. Są wśród nich szkody zdrowotne, cierpienia psychiczne, ale także, co należy podkreślić, straty ekonomiczne. WHO szacuje, że państwa Regionu Europejskiego tracą z powodu nadużywania napojów alkoholowych 2-3% PKB.

Szacuje się, iż spożycie napojów alkoholowych w Polsce – po okresie intensywnego wzrostu spożycia w latach 1989-1992 i po zahamowaniu tendencji wzrostowej w latach 1995-1996 – zaczęło powoli spadać w latach 1997-2002. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, iż w 2004 roku spożycie wyrobów spirytusowych na jednego mieszkańca wzrosło – po raz drugi z rzędu – o 4%, chociaż już nie tak gwałtownie, jak na przełomie lat 2002-2003 (ponad 41%). Spożycie piwa wzrosło o 10% w porównaniu z 2003 rokiem, natomiast spożycie wina i miodów pitnych spadło o ponad 6%.

Według statystyk GUS w 2004 roku średnie spożycie napojów alkoholowych w przeliczeniu na jednego mieszkańca kształtowało się na poziomie 8,28 litra 100% alkoholu. Ministerstwo Zdrowia ocenia, iż są to dane nieco zaniżone, bowiem nie uwzględniają one nierejestrowanej sprzedaży napojów alkoholowych pochodzących z nielegalnego obrotu handlowego⁴.

³ *Zmiany w konsumpcji alkoholu po obniżeniu akcyzy na napoje spirytusowe*. Raport z badań zrealizowanych na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w 2003 roku.

⁴ Rzeczywiste spożycie alkoholu w Polsce szacowane jest w 2005 roku na 9-11 litrów 100% alkoholu na 1 osobę. Należy podkreślić zmniejszanie się rozbieżności między danymi określającymi wielkość rejestrowanej sprzedaży i oszacowaniami uwzględniającymi inne źródła informacji.

Tablica 90. Spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca w Polsce w latach 1995-2004

Lata	Spożycie w litrach na jednego mieszkańca ^a					
	wyroby spirytusowe (100% alkohol)	wino i miody pitne	wino i miody pitne w przeliczeniu na 100 % alkohol	piwo	piwo w przeliczeniu na 100% alkohol	całość (100% alkohol)
1995	3,5	6,8	0,82	39,0	2,15	6,47
1996	2,9	10,3	1,24	42,8	2,35	6,49
1997	2,8	12,8	1,54	49,8	2,74	7,08
1998	2,4	13,7	1,64	54,1	2,98	7,02
1999	2,1	13,6	1,63	60,1	3,31	7,04
2000	2,0	11,9	1,43	66,2	3,64	7,07
2001	1,7	10,5	1,26	65,8	3,62	6,58
2002	1,7	11,2	1,34	70,7	3,89	6,93
2003	2,4	11,3	1,36	74,8	4,10	7,86
2004	2,5	10,6	1,27	82,0	4,51	8,28

^a Obliczenia PARPA na podstawie danych GUS: założono, że wino i miody pitne zawierają w jednym litrze 12% alkoholu; piwo zawiera 5,5% alkoholu.

Źródło: dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Na podstawie ogólnopolskich badań socjologicznych, zrealizowanych na reprezentatywnej próbie losowej na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2005 roku, stwierdzono, że w latach 2002-2003 średnie spożycie 100% alkoholu na jednego mieszkańca wzrosło prawie o 1/3⁵.

Wyniki przeprowadzonych badań pokazały, że odsetek osób ryzykownie pijących (to jest powyżej 10 litrów 100% alkoholu rocznie wśród mężczyzn, a w przypadku kobiet ponad 7,5 litra czystego 100% alkoholu) zwiększył się w latach 2002-2005 o 30%. Obecnie aż 16% dorosłej ludności Polski zaliczana jest do grupy pijącej ryzykownie. Największy wzrost w tym zakresie odnotowano wśród młodych kobiet w grupie wiekowej 18-29 lat. Co dziesiąta kobieta w tej grupie pije w sposób ryzykowny (destrukcyjny dla zdrowia, upija się), a w ciągu trzech lat liczba kobiet w tej grupie badanych zwiększyła się aż o 73%. W populacji mężczyzn najbardziej wzrosła grupa ryzykownie pijących 50-latków (wzrost o 50%). Zdecydowanie wysoki wskaźnik wzrostu ryzykownie pijących mężczyzn odnotowano także wśród osób bezrobotnych (wzrost o 48%).

Radykalne zwiększenie odsetka osób ryzykownie pijących oznacza nasilenie problemów zdrowotnych, ekonomicznych oraz związanych z bezpieczeństwem. Już obecnie obserwuje się większą liczbę klientów izb wytrzeźwień, więcej pijanych kierowców na drogach, więcej nietrzeźwych sprawców przemocy w rodzinie. Wkrótce prawdopodobnie odnotowane zostaną niekorzystne zmiany wskaźników zdrowotnych związanych z piciem alkoholu.

Tablica 91. Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce w przeliczeniu na 100% alkoholu w latach 2000-2004

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	2004
	w %				
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wyroby spirytusowe	28,3	25,8	24,5	30,5	31,0
Wino i miody pitne	20,2	19,2	19,4	17,3	15,2
Piwo	51,5	55,0	56,1	52,2	53,8

Źródło: Obliczenia Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na podstawie danych GUS przy założeniu, że w jednym litrze wina (miody pitnego) zawarty jest 12% alkoholu, a w jednym litrze piwa – 5,5% alkoholu.

⁵ Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r. na zlecenie PARPA przez PBS w Sopocie. Raport zamieszczony w internecie na stronie: www.parpa.pl.

Z porównania struktury picia alkoholu w 2004 roku z danymi z lat wcześniejszych wynika, że w latach 2000-2002 nastąpił spadek udziału napojów spirytusowych oraz wina i miodów pitnych w ogólnej strukturze spożycia napojów alkoholowych. Jednocześnie w tych latach odnotowano zdecydowany wzrost udziału piwa w ogólnej strukturze konsumpcji alkoholu. Od roku 2003 udział piwa w ogólnym spożyciu alkoholu spada, natomiast wyrobów spirytusowych znowu niepokojąco wzrasta. Z badań przeprowadzonych w 2005 roku wynika, że ponad 1,6 miliona to osoby mające poważne problemy z alkoholem. To prawie dwukrotnie więcej, niż wynosiły szacunki sprzed 4-5 lat.

Jednym z głównych polskich problemów alkoholowych jest rozpowszechnienie picia alkoholu przez młodzież. W ciągu ostatnich lat utrzymuje się wzrostowa tendencja w zakresie spożywania alkoholu, zwłaszcza piwa, przez młodzież. Niepokojąca jest tendencja do zwiększania się liczby pijących alkohol dziewcząt i młodych kobiet. Wskaźniki spożywania alkoholu przez dziewczęta (np. wskaźnik upicia się w ciągu ostatnich 30 dni) dążą do zrównania ze wskaźnikami osiąganymi przez chłopców i młodych mężczyzn. Konsumpcja alkoholu przez młodzież polską kształtuje się na średnim poziomie w porównaniu z innymi krajami Europy. Do pozytywnych zjawisk należy zaliczyć zaobserwowany po raz pierwszy w roku 2004, w tzw. Badaniach Mokotowskich (realizowanych systematycznie od początku lat 90. na populacji uczniów trzecich klas gimnazjalnych) spadek wskaźników zachowań ryzykownych, m.in. zmniejszenie spożycia alkoholu (w tym znaczące zmniejszenie spożycia piwa). Nie zmienia to jednak faktu, że około 30% nastolatków przyznaje się do mniej lub bardziej regularnego spożywania alkoholu.

Spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie jest poważnym problemem nie tylko ze względu na szkody zdrowotne, w tym zakłócenia procesu rozwojowego. Alkohol powoduje spowolnienie wzrostu, zaburzenia gry hormonalnej, co może skutkować zaburzeniami rozwoju seksualnego. Konsumpcja alkoholu upośledza czynności intelektualne – koncentrację uwagi, zapamiętywanie, uczenie się, rozwój kontroli emocjonalnej. Spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie i młodych dorosłych wpływa na upośledzenie kariery edukacyjnej, obniża szanse osiągnięcia kariery zawodowej, powoduje szkody zdrowotne – jest częstą przyczyną wypadków drogowych, bójek, samobójstw, utonięć. Z używaniem alkoholu przez młodocianych wiążą się nieplanowane stosunki seksualne, niechciane ciąży i ryzyko zarażenia wirusem HIV.

Kolejnym polskim problemem alkoholowym jest samoniszczenie osób uzależnionych. Populację osób uzależnionych w Polsce szacowano na około 700–800 tys. pod koniec lat 90.⁶ W ambulatoryjnych zakładach leczenia odwykowego zarejestrowanych jest blisko 160 tys. i ponad 58 tys. osób w zakładach stacjonarnych. Liczba ta znacząco wzrosła w 2002 roku. W zakładach stacjonarnych przybyło około 7,5 tys. pacjentów, a w ambulatoryjnych około 15 tysięcy. Pierwszorazowych pacjentów było blisko 64 tys. w zakładach ambulatoryjnych i blisko 31 tys. w zakładach stacjonarnych⁷. Duży wzrost liczby pacjentów w porównaniu z początkiem lat 90. można przypisać poprawiającej się jakości i efektywności leczenia odwykowego, wzrastającemu poziomowi wiedzy w społeczeństwie dotyczącej alkoholu, ale także zwiększonej konsumpcji alkoholu. Uzależnienie powoduje szereg poważnych szkód zdrowotnych, ogranicza możliwości zarabkowania, co wpływa na pogorszenie warunków materialnych jednostek i rodzin. Jest skorelowane z bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznym, niskim poziomem wykształcenia, wypadkami i przemocą interpersonalną.

Ryzykowne i szkodliwe picie alkoholu jest skorelowane z wieloma poważnymi chorobami. Raport WHO z 2002 roku, dotyczący zdrowia globalnego, wskazuje na około 60 chorób i urazów, których występowanie związane jest z nadużywaniem alkoholu. Alkohol jest trzecią kolejną przy-

⁶ *Problemy alkoholowe w ocenie mieszkańców*. Raport z badań ogólnopolskich zrealizowanych w 1998 roku.

⁷ *Rocznik Statystyczny IPiN*, Warszawa 2004.

czyną ogólnego obciążenia chorobami w Regionie Europejskim, odpowiada za 10,8% ogólnego obciążenia chorobami w tym regionie. Nadużywanie alkoholu jest przyczyną znacznego skrócenia oczekiwanej długości życia, jak się szacuje nawet o około 15-20 lat (WHO).

Wśród chorób występujących na tle nadużywania alkoholu wymieniwać można przede wszystkim nadciśnienie tętnicze, różnego typu nowotwory, zaburzenia psychiczne, zwłaszcza o charakterze depresyjnym, lękowym, zaburzenia snu, awitaminozy, schorzenia wątroby (marskość, zapalenie, stłuszczenie) i inne. Przyczyną uszkodzeń ciała i śmierci są wypadki komunikacyjne, przemoc interpersonalna, utonięcia, samobójstwa.

Osobnym typem poważnych problemów zdrowotnych są uszkodzenia płodu, powstałe na tle spożywania alkoholu przez kobietę ciężarną. W zależności od okresu rozwoju płodu, a także ilości spożywanego alkoholu zakres uszkodzeń może być różny, począwszy od opóźnienia wzrostu, poprzez obniżenie odporności do uszkodzeń układu nerwowego. Uszkodzenia układu nerwowego mogą przybierać zróżnicowane formy, począwszy od dyskretnych, powodujących nadpobudliwość i trudności w koncentracji aż po masywne, stające się podstawą trwałego opóźnienia rozwoju intelektualnego. Zaburzenia powstałe na tle nadużywania alkoholu przez ciężarną matkę noszą nazwę syndromu FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*) – alkoholowy zespół płodowy. Charakterystyczne dla tego zespołu objawy to – oprócz uszkodzenia układu nerwowego i specyficznych, fragmentarycznych deficytów intelektualnych, którym towarzyszą trudności w koncentracji uwagi, nadpobudliwość – także specyficzne zmiany budowy twarzy, a także wielonarządowe uszkodzenia. Około 70% dzieci z FAS nie jest nigdy zdolnych do samodzielnego życia. Przeprowadzone przez Instytut Matki i Dziecka (2003 r.) badania wykazały, że alkohol w ciąży pije blisko 21% mieszkanki Warszawy i okolic. Przyczyną uszkodzeń płodowych może być również konsumpcja alkoholu przez biologicznych ojców w okresie prekonceptyjnym. Problemem, leżącym u podstaw opisywanej sytuacji jest m.in. niedostateczny poziom edukacji społecznej, ale także brak dostatecznej wiedzy na temat wpływu alkoholu na zdrowie u przedstawicieli służby zdrowia. Lekarze rzadko poruszają temat alkoholu w wywiadach i konsultacjach, nie pytają pacjentów o spożywanie alkoholu.

Kolejnym poważnym problemem jest sytuacja rodzin, w których występuje problem alkoholowy, w szczególności zjawisko przemocy w rodzinie. Zgodnie z szacunkami PARPA około półtora miliona osób dorosłych i około 2 milionów dzieci żyje w rodzinach z problemem alkoholowym. Jak wynika z badań, w co najmniej 2/3 z tych rodzin mniej lub bardziej regularnie dochodzi do aktów przemocy. Nie wszystkie akty przemocy są rejestrowane, jednak dzięki istnieniu procedury Niebieska Karta, służącej m.in. rejestrowaniu przemocy w rodzinie, można oszacować przynajmniej zasięg tego zjawiska. W 2004 podjęto ponad 91.000 interwencji w oparciu o tę procedurę.

Życie w rodzinie z problemem alkoholowym jest związane zazwyczaj z niższym statusem socjoekonomicznym, chronicznym stresem, ograniczonymi możliwościami kariery edukacyjnej i zawodowej. Znacząca populacja dorosłych Polaków żyje z tzw. syndromem DDA (Dorosłego Dziecka Alkoholika), powodującym utrudnione funkcjonowanie społeczne. Poważnym problemem jest sprzedaż alkoholu nieletnim. Ogólnopolskie badania przeprowadzone w roku 2004 pokazały, że około 85% sprzedawców sprzedaje alkohol nieletnim. W przypadku nieletnich szczególnie znaczące jest ograniczenie legalnej dostępności alkoholu. Zgodnie z prawem sprzedaż alkoholu osobie nieletniej jest przesłanką do odebrania zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Mimo wszczynania znacznej liczby tego typu postępowań jedynie nieliczne kończą się odebraniem zezwolenia. Powodem są zawiłości proceduralne, umożliwiające podważanie zapadających postanowień i trudność zebrania materiału dowodowego. Pozytywnym zjawiskiem jest rosnący brak przyzwolenia społecznego dla sprzedaży alkoholu nieletnim. W 2004 roku zdecydowane potępienie dla sprzedaży nieletniemu wódki wyraziło 86% respondentów (78% w 2003 r.); podobnie dla sprzedaży wina – 77% respondentów (71% w 2003 r.), a piwa 72% respondentów (64% w 2003 r.).

Kolejnym problemem jest lansowanie niewłaściwych postaw wobec spożywania alkoholu. Chodzi tu w dużej mierze o nasilenie reklamy i promocji napojów alkoholowych. Zanotowane w 2004 roku ożywienie na rynku reklamy w mediach elektronicznych poskutkowało również wzrostem liczby emisji niedozwolonych prawem reklam alkoholu. Stale zwiększa się liczba reklam piwa emitowanych w stacjach telewizyjnych (w 2000 roku 10.942 spoty, w 2004 już 38.691). W większości są to reklamy zgodne od strony formalnej z wymogami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, co nie zmienia faktu ich niekorzystnego wpływu na zwiększenie konsumpcji alkoholu i lansowanie postaw pozytywnych w stosunku do konsumpcji alkoholu. Podobnie jak w przypadku innych reklamowanych dóbr materialnych i produktów, reklamodawcy starają się wpłynąć na odbiorcę reklam ukazując pozytywne strony prezentowanego produktu. Z uwagi na właściwości psychoaktywne alkohol jest specyficznym i odmiennym od innych produktów towarem, co podkreślają rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia. Dzieci i młodzież są szczególnie podatne na wpływ reklam i powinny być chronione przed ich wpływem.

Straty ekonomiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu są znaczące; zgodnie z szacunkami WHO w krajach europejskich kształtują się na poziomie 2-3% produktu krajowego brutto. Ich źródłem są m.in. koszty systemu opieki zdrowotnej, koszty wymiaru sprawiedliwości, uszkodzenia mienia, podwyższona śmiertelność obywateli i zmniejszona produktywność osób nadużywających alkoholu. W całej Unii Europejskiej szacuje się te koszty na około 300 mld Euro każdego roku. (Raport EURO CARE dla Komisji Europejskiej). W Polsce mamy do czynienia również ze znacznymi kosztami związanymi z absencją i obniżoną produktywnością osób zatrudnionych w różnych sektorach gospodarki, występującą na tle nadużywania alkoholu. Nie mniej jednak należy zaznaczyć, że wypadkowość w miejscu pracy z powodu nadużywania alkoholu znacznie się zmniejszyła. Jest to najprawdopodobniej związane nie tylko z lepszą kontrolą miejsca pracy, ale także z obawą pracowników przed utratą zatrudnienia w związku z bezrobociem.

7.5.3. Nikotynizm

Mimo że gospodarka rynkowa stworzyła warunki do niezwykłego wzrostu aktywności międzynarodowego przemysłu tytoniowego w Polsce, a wydatki na reklamę tytoniu w drugiej połowie lat 90. XX wieku były bardzo wysokie, konsumpcja tytoniu w Polsce spada. Szacuje się, że o ile pod koniec lat 70. papierosy paliła ogromna większość dorosłych mężczyzn (82% w 1974 r.), a częstość palenia papierosów rosła skokowo wśród kobiet (o 20% w 1974 roku, o 30% w 1982 r.), to od początku lat 80. obserwuje się w Polsce tendencję spadkową tego zjawiska.

Z badań dotyczących stanu zdrowia ludności, przeprowadzonych przez GUS pod koniec 2004 roku, wynika, że nadal zmniejsza się powszechność palenia tytoniu, w tym zwłaszcza wśród mężczyzn. W okresie 8 lat od poprzedniego badania stanu zdrowia w 1996 roku, udział mężczyzn palących tytoń zmniejszył się o ponad 9 punktów procentowych (z 47,3 do 38,0%), natomiast wśród kobiet niewiele ponad 1 punkt procentowy (z 24,4% do 23,1%). Ponad połowa (tj. 51,0%) osób w wieku 15 lat i więcej zadeklarowała, że nigdy nie paliła tytoniu. W przeszłości paliło codziennie, ale rzuciło palenie 12,1% respondentów (16,5% mężczyzn i 8% kobiet). Papierosy, fajkę lub cygara pali codziennie 26,3% osób dorosłych (33,9% mężczyzn i 19,3% kobiet), a okazjonalnie tylko 4,0%. Zgodnie z wynikami badania pod koniec 2004 roku paliło tytoń ponad 9,6 mln osób dorosłych, w tym 3,8 mln kobiet⁸.

⁸ A. Zajenowska-Kozłowska, *Styl życia [w:] Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku. „Informacje i Opracowania Statystyczne”*, GUS, Warszawa 2006.

Tablica 92. Palenie tytoniu przez osoby dorosłe w 1996 i 2004 r.

Wyszczególnienie	1996			2004		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
	w %					
Ogółem palący	35,3	47,3	24,5	30,3	38,0	23,1
Palący codziennie	29,6	40,9	19,4	26,3	33,9	19,3
Palący okazjonalnie	5,7	6,4	5,1	4,0	4,1	3,8
Dawni palacze	15,1	19,3	11,1	18,1	22,3	14,2
Nigdy nie palili	48,7	32,3	63,6	51,0	39,1	61,9
Brak danych	0,9	1,0	0,8	0,6	0,5	0,8

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku. Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa 2006.

Najczęściej palaczami są osoby w wieku 20-60 lat, a szczególnie często nałóg palenia występuje wśród czterdziestolatków. W tej grupie wieku papierosy pali prawie połowa mężczyzn i więcej niż co trzecia kobieta. Osoby mocno uzależnione, tj. palące co najmniej 20 papierosów dziennie stanowią 60% ogółu palących mężczyzn; natomiast wśród palących kobiet mocno uzależniona jest co trzecia. Od co najmniej 10 lat pali 2/3 ogółu kobiet z tym nałogiem, a wśród mężczyzn – blisko 70%.

Blisko 5,8 mln osób dorosłych rzuciło palenie, z tego ponad 1/3 w ciągu ostatnich 4 lat. Uwzględniając cechy demograficzne dawnych palaczy można zauważyć, że decyzje takie najczęściej podejmowały osoby najlepiej wykształcone, a także osoby żyjące w związkach małżeńskich.

Z badań GUS wynika, iż ponad 26% dorosłej ludności Polski pali tytoń codziennie i to najczęściej przez wiele lat (20 lat i więcej). Palący codziennie najczęściej wypalają w ciągu dnia od 20 do 29 sztuk papierosów (ponad 43%). Z danych wynika znaczne zróżnicowanie liczby wypalanych papierosów w korelacji z wiekiem. Z wyjątkiem najmłodszych palaczy (osób z przedziału wieku 15-19 lat) najczęściej w ciągu dnia wypalane jest 20-29 papierosów, rzadko 30 i więcej sztuk. Osoby najmłodsze i najstarsze stosunkowo często palą 10-14 sztuk papierosów dziennie.

Zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia, mówiąc o uzależnieniu od nikotyny, należy wyróżnić osoby:

- silnie uzależnione (*heavy smokers*), wypalające 20 lub więcej papierosów dziennie,
- palące mniej niż 20 papierosów dziennie.

Wyniki badania wykazały, że ponad połowę palaczy w wieku 30-69 lat stanowią osoby silnie uzależnione, tzn. wypalające w ciągu dnia 20 i więcej papierosów. Najmniejszą grupę stanowią osoby silnie uzależnione wśród najmłodszych (16,7% w wieku poniżej 20 lat) i najstarszych palaczy (43,2% wśród palących w wieku 70 lat i starszych). Oznacza to, że wraz z postępującym uzależnianiem się od palenia wzrasta liczba wypalanych papierosów, natomiast osoby starsze być może ze względów zdrowotnych ograniczają liczbę wypalanych papierosów w ciągu dnia. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że większość palaczy stanowią osoby wypalające dziennie dużą ilość papierosów, a więc są to według określenia WHO “heavy smokers”.

Poziom wykształcenia w niewielkim stopniu wpływa na liczbę wypalanych papierosów. Jedynie w przypadku „dziennej dawki” wynoszącej 20-29 papierosów odsetki wzrastają wraz z obniżaniem się poziomu wykształcenia; taką ilość papierosów wypala 37,8% osób z wyższym i 48,6% z podstawowym wykształceniem.

Część osób, które rozpocząły regularne palenie papierosów, czyni próby uwolnienia się z nałogu. Wobec tego zwrócono się do nich z kolejnym pytaniem, jak długo palą już regularnie, przy czym z tego okresu należało wyłączyć ewentualne okresy niepalenia. Największą grupę, 42,4%, stanowiły osoby palące od 10 do 24 lat (46,4% kobiet i 39,9% mężczyzn); pa-

łący 25 lat i dłużej stanowili 34,5% (odpowiednio 29,3% i 37,6%), a najmniejszą grupę palący krócej niż 10 lat – 22,6% (odpowiednio 23,7% i 22,0%). Dane te wskazują, że ciągle jeszcze palenie jest częściej problemem mężczyzn niż kobiet.

Tablica 93. Struktura osób w wieku 15 lat i więcej palących codziennie w 2004 roku według długości okresu palenia oraz wybranych cech demograficzno-społecznych

Wyszczególnienie	Ogółem	Poniżej 5 lat	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 lat i więcej	Brak danych
	w odsetkach										
Ogółem	100,0	14,2	8,4	14,0	10,8	17,6	8,7	12,7	4,6	8,5	0,5
mężczyźni	100,0	13,7	8,3	13,1	10,3	16,5	8,7	13,2	5,3	10,4	0,4
kobiety	100,0	15,0	8,7	15,4	11,6	19,4	8,7	11,9	3,3	5,4	0,6
Wiek											
15-19 lat	100,0	93,2	4,1	1,9	x	x	x	x	x	x	0,8
20-29	100,0	46,2	30,9	20,6	1,6	0,1	x	x	x	x	0,6
30-39	100,0	6,0	7,6	36,5	32,3	15,8	0,7	0,1	x	x	0,8
40-49	100,0	2,2	1,0	7,4	11,0	40,1	22,3	13,7	1,6	0,3	0,4
50-59	100,0	1,2	1,0	2,3	4,5	15,3	10,9	36,3	17,8	10,3	0,4
60-69	100,0	0,9	0,1	0,6	2,6	6,8	4,5	17,1	6,7	60,8	x
70 lat i więcej	100,0	0,8	x	1,5	0,8	4,3	1,9	15,3	2,4	73,0	x
Poziom wykształcenia											
wyższe	100,0	11,8	13,4	18,6	8,5	12,2	8,6	12,8	4,6	8,5	1,0
policealne	100,0	10,5	8,0	18,1	15,8	15,6	12,0	10,8	1,8	6,8	0,6
średnie	100,0	18,1	9,9	13,1	10,2	18,4	8,6	11,0	3,8	6,7	0,2
zasadnicze zawodowe	100,0	11,7	8,5	15,7	12,5	19,8	9,1	12,4	4,8	4,8	0,7
gimnazjalne	100,0	90,0	5,5	3,7	x	x	x	x	x	x	0,9
podstawowe	100,0	8,9	4,4	10,7	9,8	16,4	8,5	17,2	5,8	18,0	0,4
poniżej podstawowego	100,0	10,7	x	3,7	5,5	13,6	3,8	12,4	4,2	46,1	x
brak danych	100,0	40,6	x	6,9	7,2	12,8	10,2	6,0	9,0	7,3	x

Źródło: jak w tabl. 92.

Jaki jest stan zdrowia osób palących tytoń codziennie? Jak wskazują wyniki badania, nieznacznie częściej palaczami są osoby zdrowe, bez poważnych problemów zdrowotnych. Wynika to zapewne z faktu, że osoby schorowane zmuszone są ze względu na swój stan zdrowia do porzucenia nałogu palenia. Najliczniej palą tytoń czterdziestolatkowie, osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz osoby rozwiedzione.

7.6. Następstwa wypadków drogowych

Z danych statystycznych wynika, że ze wszystkich gałęzi transportu najbardziej niebezpieczny jest transport drogowy, który przynosi największe straty wyrażone ilością osób zabitych. Szacuje się, że ponad 90% wszystkich ofiar śmiertelnych w transporcie ginie w następstwie wypadków drogowych. W Polsce co roku na skutek wypadków drogowych ginie niewielkie miasteczko. W Europie każdego dnia liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych dorównuje liczbie ofiar katastrofy średniej wielkości samolotu rejsowego. Każdego roku na drogach państw Unii Europejskiej ginie ponad 40 tys. osób, a 1,7 miliona zostaje rannych. Wspólnym celem państw UE jest zmniejszenie tej dramatycznej statystyki do 25 tys. ofiar śmiertelnych do 2010 roku⁹. Kraje UE zrozumiały, że oprócz czysto humanitarnego wymiaru, jaki ma redukcja ludzkiego bólu i cierpienia, dzięki inwestycjom w efektywną redukcję

⁹ W opublikowanej w 2001 r. przez Komisję Europejską Białej Księdze *Europejska polityka transportowa do roku 2010; czas na decyzje* szczególną uwagę poświęcono bezpieczeństwu transportu, przy czym duży nacisk położono na bezpieczeństwo ruchu drogowego. UE postawiła sobie za cel zmniejszenie o 50% liczby zabitych w wypadkach drogowych do 2010 roku i jednocześnie wezwała do zwiększenia nakładów na poprawę bezpieczeństwa uchu drogowego.

liczby wypadków drogowych i ich ofiar, możliwe jest zaoszczędzenie zasobów znacznie przewyższających nakłady, które obecnie pochłania utrata produktywności, rehabilitacja ofiar i likwidacja skutków wypadków.

Szczegółowe analizy danych wykazują, iż wypadki drogowe w Polsce są nadal poważnym problemem społecznym, ekonomicznym, a także zdrowotnym, ponieważ co roku na drogach naszego kraju ginie kilka tysięcy osób, a kilkadziesiąt tysięcy trafia na leczenie do szpitali. Badania wykazują, iż obrażenia ponoszone w wypadkach drogowych obejmują głównie:

- złamania kręgosłupa, klatki piersiowej, miednicy oraz kończyn dolnych i górnych,
- urazy narządów wewnętrznych, w tym: pęknięcie śledziony, uraz serca i uraz wątroby,
- oparzenia i krwawienia.

Na skutek doznanych obrażeń stan zdrowia osób będących ofiarami wypadków często nieodwracalnie się pogarsza, powodując niepełnosprawność bądź inne komplikacje zdrowotne. Z nagłą utratą zdrowia na skutek wypadku często wiąże się konieczność absencji chorobowej w pracy lub przerwanie nauki. O rozmiarze zagrożenia świadczy fakt, że wypadki drogowe w Polsce odpowiedzialne są za jedną czwartą zgonów z przyczyn zewnętrznych i są pierwszą przyczyną śmierci ludzi młodych – najbardziej perspektywicznej i produktywnej części społeczeństwa.

W 2005 roku zarejestrowano 48100 wypadków drogowych, w których obrażeń ciała doznało 61191 osób, zaś śmierć poniosły 5444 osoby (w sumie stanowi to 70373 ofiary wypadków drogowych)¹⁰. W 2005 roku w porównaniu z rokiem 2004 nastąpił spadek liczby wypadków drogowych o 2969, czyli o 6%. Zmniejszyła się również liczba osób poszkodowanych w tych wypadkach (o około 5%). Liczba osób zabitych zmniejszyła się o 268 osób, czyli o 4,7%, a liczba rannych zmniejszyła się o 3470 osób, czyli o 5,4%.

Tablica 94. Wypadki drogowe i ich ofiary w Polsce w latach 2000-2006

Lata	Wypadki			Zabici			Ranni		
	liczba	rok 2000= =100%	rok poprzedni =100%	liczba	2000= =100%	rok poprzedni =100%	liczba	rok 2000= =100%	rok poprzedni =100%
2000	57 331	100,0	x	6 294	100,0	x	71 638	100,0	x
2001	53 799	93,8	93,8	5 534	87,9	87,9	68 194	95,2	95,2
2002	53 559	93,4	99,6	5 827	92,6	105,3	67 498	94,2	99,0
2003	51 078	89,1	95,4	5 640	89,6	96,8	63 900	89,2	94,7
2004	51 069	89,1	99,9	5 712	90,8	101,3	64 661	90,3	101,2
2005	48 100	83,9	94,2	5 444	86,5	95,3	61 191	85,4	94,6
2006*	45 844	80,0	95,3	5 103	81,1	93,7	57 930	80,9	94,7

* Dane wstępne.

Źródło: dane Komendy Głównej Policji i obliczenia własne.

Z analizy sezonowości wypadków drogowych wynika, iż w okresie od stycznia do grudnia 2005 roku najwięcej wypadków odnotowano w okresie od maja do października oraz w grudniu (powyżej 4 tysięcy wypadków miesięcznie), natomiast najmniej w lutym (około 2,8 tysiąca wypadków). Najwięcej ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych odnotowano w sierpniu (569 osób), natomiast najwięcej osób rannych było w lipcu (ponad 6,3 tysiąca) i w czerwcu (blisko 6 tysięcy). Podobną sezonowość wypadków obserwowano również w poprzednich latach.

¹⁰ Według wstępnych danych opublikowanych przez Komendę Główną Policji, w 2006 r. odnotowano dalszy spadek liczby zabitych i rannych w wypadkach drogowych.

nich latach.

Największe nasilenie wypadków drogowych następuje pod koniec tygodnia, zwłaszcza w piątki. W tych właśnie dniach odnotowuje się najwięcej ofiar śmiertelnych wśród uczestników ruchu drogowego. W 2005 roku wypadki drogowe, które wydarzyły się w piątki, stanowiły 16,5%, a w soboty – 14,8% ogółu wypadków drogowych.

Zarówno w 2005 r. jak i w latach poprzednich największe nasilenie wypadków drogowych wystąpiło w godzinach 16-19, a szczególnie między godz. 16 a 18, czyli w okresie największego natężenia ruchu drogowego w związku z powrotami z pracy. Najwięcej osób zginęło w godzinach 17-21, a w godzinach 16-19 najwięcej osób zostało rannych.

Tablica 95. Wypadki drogowe w Polsce według rodzaju i skutków w 2005 roku

Rodzaj wypadku drogowego	Wypadki		Zabici		Ranni	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Ogółem	48 100	100,0	5 444	100,0	61 191	100,0
w tym:						
– zderzenie się pojazdów w ruchu	22 159	46,1	2 289	42,1	32 040	52,4
– najechanie na pieszego	15 344	31,9	1 734	31,9	14 551	23,8
– zderzenie z drzewem, słupem lub innym obiektem	6 219	12,9	1 076	19,8	8 749	14,3
– wywrócenie się pojazdu	2 572	5,4	216	4,0	3 645	6,0
– wypadek z pasażerem	598	1,2	40	0,7	774	1,3

Źródło: jak w tabl. 94.

Najczęstszym rodzajem wypadków drogowych jest zderzenie się pojazdów w ruchu. W 2005 roku takich zdarzeń było 22159, co stanowiło 46,1% wszystkich wypadków drogowych. W wyniku tych wypadków śmierć poniosło 2289 osób (42,1% ogółu zabitych), a 32040 osób (52,4%) zostało rannych. Prawie równie często zdarza się najechanie na pieszego. W 2005 roku odnotowano 15344 tego typu wypadków (31,9% ogółu), w wyniku których zginęły 1734 osoby (31,9%), a 14551 osób zostało rannych (23,8%).

Tablica 96. Przyczyny wypadków drogowych spowodowanych przez kierujących pojazdami w 2005 roku

Przyczyny wypadków drogowych	Wypadki		Zabici		Ranni	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Ogółem	48 100	100,0	5 444	100,0	61 191	100,0
w tym wypadki spowodowane przez kierujących pojazdami			4 239	77,9		
w tym:	39 730	82,6			53 429	87,3
– niedostosowanie prędkości do warunków ruchu	11 419	23,7	1 687	31,0	16 728	27,3
– nie udzielenie pierwszeństwa przejazdu	9 511	19,8	576	10,6	13 188	21,6
– nieprawidłowe wyprzedzanie, omijanie, wymijanie	4 487	9,3	656	12,1	6 122	10,0
– nieprawidłowe przejeżdżanie przejść dla pieszych	3 442	7,2	165	3,0	3 538	5,8
– nieprawidłowe skręcanie	1 624	3,4	122	2,2	1 987	3,3
– jazda po niewłaściwej stronie drogi	1 150	2,4	221	4,1	1 780	2,9
– brak bezpiecznej odległości między pojazdami	1 797	3,7	57	1,1	2 446	4,0

Źródło: jak w tabl. 94.

Zdecydowana większość wypadków drogowych powodowana jest przez kierujących pojazdami. W 2005 roku kierujący pojazdami byli sprawcami prawie 40 tysięcy wypadków, co stanowiło 82,6% ogółu wypadków drogowych. W wyniku tych wypadków śmierć poniosło 4239 osób, a 53429 osób zostało rannych.

Do najczęstszych przyczyn wypadków drogowych z winy kierującego pojazdem należą:

- niedostosowanie prędkości do warunków ruchu (11419 wypadków, czyli 23,7% ogółu),
- nieudzielenie pierwszeństwa przejazdu (9511 wypadków, czyli 19,8% ogółu),
- nieprawidłowe wyprzedzanie, omijanie, wymijanie (4487 wypadków, czyli 9,3% ogółu),
- nieprawidłowe przejeżdżanie przejść dla pieszych (3442 wypadki, czyli 7,2% ogółu).

Zarówno wśród ofiar śmiertelnych jak i rannych największy odsetek stanowią osoby uczestniczące w wypadkach, których przyczyną była nadmierna prędkość pojazdów. Wiele ofiar ponosi śmierć lub odnosi obrażenia w wypadkach drogowych, w których kierujący pojazdami nie przestrzegają pierwszeństwa przejazdu.

Z analizy płci osób kierujących pojazdami wynika, że znacznie częściej sprawcami wypadków w 2005 roku byli mężczyźni (84,1%) niż kobiety (15,9%). Największą liczbę sprawców wypadków wśród kierujących pojazdami stanowią osoby w wieku 25-39 lat. Jednakże szczególnej uwagi wymagają młodzi kierowcy, sprawcy wypadków w wieku 18-24 lata. Osoby te często cechuje brawura podczas kierowania pojazdem, a jednocześnie nie posiadają one odpowiedniego doświadczenia. Problem ten uznawany jest, obok przekraczania prędkości i jazdy po użyciu alkoholu lub narkotyków, za jeden z najpoważniejszych czynników oddziałujących na stan bezpieczeństwa w ruchu drogowym.

Kolejną grupą sprawców wypadków drogowych są piesi. W 2005 roku spowodowali oni 7119 wypadków (14,8% ogółu), w których zginęło 979 osób, a 6363 osoby zostały ranne (tabl. 97).

Przyczynami wypadków drogowych powstałych z winy osób pieszych są przede wszystkim:

- nieostrożne wejście na jezdnię (3883 wypadki, czyli 8,1% ogółu wypadków i około 55% wypadków spowodowanych przez pieszych),
- przebieganie jezdni (842 wypadki, czyli 1,8% ogółu),
- przekraczanie przez jezdnię w miejscu niedozwolonym (627 wypadków, czyli 1,3% ogółu),
- zabawa bądź wtargnięcie na jezdnię przez dzieci do lat 7 (298 wypadków).

W przeważającej większości ofiarami śmiertelnymi w tego typu wypadkach są przede wszystkim piesi.

Tablica 97. Przyczyny wypadków drogowych spowodowanych przez pieszych w Polsce w 2005 roku

Przyczyny wypadków drogowych	Wypadki		Zabici		Ranni	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Ogółem	48 100	100,0	5 444	100,0	61 191	100,0
w tym wypadki z winy pieszych:	7 119	14,8	979	18,0	6 363	10,4
w tym:						
– nieostrożne wejście na jezdnię	3 883	8,1	469	8,6	3543	5,8
– przebieganie przez jezdnię	842	1,8	70	1,3	794	1,3
– przekraczanie jezdni w miejscu niedozwolonym	627	1,3	88	1,6	559	0,9
– wejście na jezdnię przy czerwonym świetle	517	1,1	37	0,7	497	0,8
– stanie na jezdni, leżenie	342	0,7	189	3,5	162	0,3
– chodzenie nieprawidłową stroną jezdni	275	0,6	78	1,4	204	0,3
– zabawa bądź wtargnięcie na jezdnię przez dzieci do lat 7	298	0,6	3	0,1	306	0,5

Źródło: jak w tablicy 94.

Według danych statystycznych, najczęściej na drogach wypadkom ulegają osoby w wieku 25-39 lat oraz w wieku 40-59 lat. Wśród zabitych ofiar wypadków największy odsetek stanowią osoby w wieku 40-59 lat, natomiast wśród rannych – osoby w wieku 15-24 lata. Stosunkowo często ofiarami wypadków drogowych są dzieci w wieku do 14 lat, które ulegają wypadkom prawie wyłącznie z winy osób dorosłych, które są sprawcami tych wypadków.

Struktura ofiar wypadków drogowych do 2005 roku zmieniła się nieznacznie. Nadal najliczniejszą grupą poszkodowanych byli kierowcy i pasażerowie samochodów osobowych, którzy stanowili 46% wszystkich zabitych (w 2004 roku 43%) i 55% rannych (w 2004 roku 54%) i piesi (32% zabitych i 24% rannych). Rowerzyści i motorowerzyści to 12% zabitych i 11% rannych w wypadkach drogowych. Podobnie jak w 2004 roku, ofiarami wypadków drogowych w 2005 roku byli przede wszystkim mężczyźni, którzy stanowili 77% ogółu zabitych i 60% rannych.

W dalszym ciągu ogromny wpływ na zagrożenie bezpieczeństwa na drogach ma nietrzeźwość uczestników ruchu drogowego, a zwłaszcza kierujących pojazdami i pieszych.

Tablica 98. Wypadki drogowe i ich skutki spowodowane przez nietrzeźwych uczestników ruchu w Polsce w 2005 roku

Nietrzeźwość uczestników zdarzenia	Wypadki		Zabici		Ranni	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Ogółem	5 748	100,0	727	100,0	7 188	100,0
– z winy kierującego	4 005	69,7	490	67,4	5 609	78,0
– z winy pieszego	1 582	27,5	217	29,8	1 419	19,7
– z winy pasażera	29	0,5	1	0,1	31	0,4
– z innych przyczyn	99	1,7	9	1,2	103	1,4
– współwina uczestników ruchu	33	0,6	10	1,4	26	0,4

Źródło: jak w tabl. 94.

W 2005 roku nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego spowodowali 5748 wypadków, co stanowiło 11,9% ogółu wypadków. Najliczniejszą grupę nietrzeźwych sprawców wypadków drogowych stanowią kierujący pojazdami. W odniesieniu do ogólnej liczby wypadków spowodowanych przez kierujących, nietrzeźwi stanowili 10,1%. Kierujący będący pod wpływem alkoholu spowodowali ponad 4 tys. wypadków. Zginęło w nich 490 osób, a 5609 zostało rannych. W porównaniu do 2004 roku nastąpił wzrost liczby wypadków o 117 (o 3%). W grupie nietrzeźwych kierujących największe zagrożenie bezpieczeństwa stanowili kierujący samochodami osobowymi; ich udziałem było 3088 wypadków (77,1% spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących pojazdami). Wskaźnik ten jest wyższy niż w roku 2004 (73,4%). W wypadkach zawinionych przez nietrzeźwych kierujących samochodami osobowymi zginęło 390 osób, to jest 79,6% śmiertelnych ofiar wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących pojazdami (w 2004 roku – 74,4%).

Z danych wstępnych wynika, że w 2006 roku nastąpił dalszy spadek liczby wypadków drogowych, liczby zabitych i rannych w tych wypadkach (patrz tabl. 94.). Ocenia się, że malejący trend liczby wypadków drogowych nie jest przypadkowy. Na taki stan rzeczy wpływa wiele czynników, wśród których do najważniejszych zalicza się realizowane przez policjantów działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa na drogach¹¹. Według oceny Komendy Głównej Policji, nie bez znaczenia są również stale prowadzone przez policję i inne podmioty działania profilaktyczne oraz kampanie społeczne w dziedzinie bezpieczeństwa ruchu drogowego. Wzrost świadomości użytkowników dróg w zakresie negatywnych skutków jazdy z nadmierną prędkością, po spożyciu alkoholu czy bez pasów bezpieczeństwa, jest istotnym elementem w działaniach mających na celu dalsze ograniczanie wypadków drogowych i ich skutków.

¹¹ Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego na lata 2005-2007-2013 zakłada, że w 2013 roku górna granica liczby ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych nie powinna przekraczać 2800 osób.

7.7. Wypadki przy pracy

Jednym z czynników wpływających na stan zdrowia ludności są warunki pracy, w wyniku których może dojść do wypadków przy pracy, a przez to do pogorszenia stanu zdrowia. Skutkiem tych wypadków są cięższe lub lżejsze urazy bądź śmierć osób poszkodowanych. Informacje o wypadkach przy pracy w Polsce pochodzą z danych opracowywanych przez GUS na podstawie statystycznych kart wypadków przy pracy osób zatrudnionych w przedsiębiorstwach, ze sprawozdawczości Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) w przypadku osób poszkodowanych w gospodarstwach indywidualnych w rolnictwie i ubezpieczonych w KRUS oraz z badań realizowanych przez Państwową Inspekcję Pracy. Badanie wypadków przy pracy pozwala na zgromadzenie danych o zaistniałych wypadkach przy pracy oraz o osobach poszkodowanych w tych wypadkach. Informacje te są niezbędne przede wszystkim dla profilaktyki i podejmowania działań zapewniających ochronę pracy zarówno w skali kraju, jak i w poszczególnych zakładach pracy.

Za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie powodujące uraz u osoby poszkodowanej, wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w związku z pracą:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się – w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – wypadek, któremu pracownik uległ:

- w czasie trwania podróży służbowej;
- podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony;
- przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

Informacje zawarte w statystycznej karcie wypadku przy pracy pozwalają na scharakteryzowanie populacji osób, które uległy wypadkom przy pracy, według cech demograficznych i społeczno-zawodowych.

W roku 2005 utrzymała się nadal tendencja zmniejszania się liczby wypadków przy pracy. W 2005 roku (według wstępnych danych GUS) zarejestrowano 84402 osoby, które uległy wypadkom przy pracy oraz wypadkom traktowanym na równi z wypadkami przy pracy. Jest to najniższa liczba osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy od roku 2000, a wskaźnik częstotliwości wypadków (liczba poszkodowanych w przeliczeniu na 1000 pracujących) obniżył się do 7,99. W roku 2005 w porównaniu do roku poprzedniego ogólna liczba wypadków przy pracy spadła prawie o 3%, (spadek wypadków śmiertelnych wynosił około 4%, wypadków ciężkich – około 7%). W 2005 roku w wypadkach przy pracy straciło życie 470 pracowników (o 20 mniej niż w poprzednim roku). Wskaźnik częstotliwości wypadków śmiertelnych zmalał w 2005 roku do poziomu 0,044 (z poziomu 0,053 w 2000 roku i 0,047 w 2004 roku).

Tablica 99. Poszkodowani w wypadkach przy pracy w latach 2000-2005

Wyszczególnienie	Poszkodowani w wypadkach			
	ogółem	śmiertelnych	ciężkich	lżejszych
2000	94 881	604	1 371	92 906
2003	85 440	522	1 005	83 913
2004	87 050	490	1 029	85 531
2005	84 402	470	960	82 972

Źródło: Wypadki przy pracy w 2000 r., *Monitoring rynku pracy*, GUS, Warszawa 2001; Wypadki przy pracy w 2004 r., *Monitoring rynku pracy*, GUS, Warszawa 2005; Wypadki przy pracy w 2005 r., *Monitoring rynku pracy*, GUS, Warszawa 2006.

Liczba poszkodowanych w ciężkich wypadkach przy pracy w 2005 roku była o 6,8% niższa niż w roku poprzednim, a liczba poszkodowanych w przeliczeniu na 1000 pracujących osiągnęła poziom 0,09 (0,12 w 2000 roku i 0,10 w 2004 roku).

Zarówno w roku 2005, jak i w roku 2004 zdecydowana większość wypadków przy pracy zaliczona została do wypadków lżejszych (około 98% ogółu wypadków). Udział wypadków ciężkich kształtował się na poziomie 1,4%, a wypadków śmiertelnych – na poziomie 0,6%¹².

Wśród osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy w 2005 roku 71,9% stanowili mężczyźni (w roku 2000 – 75%, w roku 2004 – 72,3%).

Tablica 100. Poszkodowani w wypadkach przy pracy według wieku i stażu pracy na zajmowanym stanowisku w latach 2000-2005

Wyszczególnienie	Poszkodowani			
	2000		2005	
	liczba	%	liczba	%
OGÓŁEM	94 881	100,0	84402	100,0
Wiek poszkodowanych				
Poniżej 18 lat	750	0,8	162	0,2
18-19	1 573	1,7	594	0,7
20-29	25 319	26,7	21 911	26,0
30-39	25 192	26,6	22 782	27,0
40-49	28 771	30,3	23 771	28,1
50-54	9 030	9,5	10 131	12,0
55-59	3 067	3,2	4 064	4,8
60-64	847	0,9	745	0,9
65 lat i więcej	332	0,3	242	0,3
Staż pracy na zajmowanym stanowisku				
1 rok i mniej	30 108	31,8	26 064	30,9
2-3 lata	15 661	16,5	12 400	14,7
4-5	10 073	10,6	8 690	10,3
6-10	14 747	15,5	14 727	17,4
11-15	8 656	9,1	8 454	10,0
16 lat i więcej	15 636	16,5	14 067	16,7

Źródło: jak w tabl. 99.

Rok 2005 przyniósł pewne zmiany proporcji w grupach wiekowych osób poszkodowanych. Zarówno w 2005 r. jak i w roku 2004 udział pracowników młodocianych (w wieku poniżej 18 lat) w ogólnej liczbie osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy zmniejszył się do poziomu 0,2% (w 2000 r. udział ten był wyższy i wynosił 0,8%).

Zarówno w 2000r. jak i w roku 2005 wśród ogółu poszkodowanych w wypadkach przy pracy największy odsetek stanowiły osoby w wieku 40-49 lat (ponad 30% w 2000 r. i ponad 28% w 2005 r.). Ponad 53% poszkodowanych pracowników było w wieku 20-39 lat. W 2000 roku prawie co dziesiąta osoba poszkodowana w wypadku miała od 50 do 54 lat, w roku 2005 udział osób w tym wieku zwiększył się do 12%. W 2005 roku, w porównaniu do roku 2000, zwiększył się również udział w wypadkach osób poszkodowanych będących w wieku 55-59 lat. Osoby starsze, w wieku 60 lat i więcej, stanowiły 1,2% ogółu poszkodowanych.

¹² Za ciężki wypadek przy pracy uważa się wypadek, w którego wyniku nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, a mianowicie: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, naruszające podstawowe funkcje organizmu, a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, trwała, całkowita lub znaczna niezdolność do pracy w zawodzie, albo trwale poważne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała. Za śmiertelny wypadek przy pracy uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć osoby poszkodowanej na miejscu wypadku lub w okresie 6 miesięcy od chwili wypadku.

Tablica 101. Poszkodowani w wypadkach przy pracy według rodzaju wypadku oraz rodzaju działalności w latach 2000-2005

Wyszczególnienie a – na 1000 pracujących	Ogółem		W wypadkach			
		w liczbach bezwzględ- nych	w odset- kach	śmier- telnych	ciężkich	łżejszych
Ogółem	2000	94881	100,0	604	1371	92906
	2005	84402	100,0	470	960	82972
	a	7,99	x	0,044	0,09	7,86
w tym:						
Rolnictwo, łowiectwo i leśnictwo	2000	2027	2,1	11	41	1975
	2005	1642	1,9	25	26	1591
	a	12,51	x	0,190	0,20	12,12
Rybołówstwo i rybactwo	2000	98	0,1	3	–	95
	2005	45	0,1	1	–	44
	a	8,05	x	0,179	–	7,87
Górnictwo i kopalnictwo	2000	4005	4,2	41	31	3933
	2005	2893	3,4	24	25	2844
	a	15,82	x	0,131	0,14	15,55
Przetwórstwo przemysłowe	2000	38275	40,3	167	566	37542
	2005	33081	39,2	108	407	32566
	a	13,03	x	0,043	0,16	12,83
Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz i wodę	2000	2091	2,2	9	24	2058
	2005	1902	2,3	10	23	1869
	a	8,58	x	0,045	0,10	8,43
Budownictwo	2000	11245	11,9	145	218	10882
	2005	6659	7,9	106	153	6400
	a	11,26	x	0,179	0,26	10,82
Handel i naprawy	2000	8387	8,8	67	145	8175
	2005	8515	10,1	40	99	8376
	a	4,24	x	0,020	0,05	4,17
Obsługa nieruchomości i firm, nauka i usługi związane z prowadzeniem dział. gosp.	2000	4253	4,5	25	68	4160
	2005	5142	6,1	32	56	5054
	a	5,49	x	0,034	0,06	5,40
Transport, składowanie i łączność	2000	6495	6,8	67	88	6340
	2005	5782	6,9	65	54	5663
	a	8,16	x	0,092	0,08	7,99
Edukacja	2000	2749	2,9	21	34	2694
	2005	3727	4,4	13	21	3693
	a	3,65	x	0,013	0,02	3,62
Ochrona zdrowia i pomoc społeczna	2000	8649	9,1	9	38	8602
	2005	7514	8,9	5	28	7481
	a	10,67	x	0,007	0,04	10,62

Źródło: jak w tabl. 99.

W latach 2000-2005 prawie co trzeci pracownik poszkodowany w wypadku przy pracy charakteryzował się bardzo krótkim stażem na zajmowanym stanowisku, trwającym nie więcej niż jeden rok. W 2000 roku ponad 27% poszkodowanych pracowało na zajmowanym

stanowisku do momentu wypadku od 2 do 5 lat, w roku 2005 analogiczny odsetek wynosił 25%. Udziały osób poszkodowanych w wypadkach w pozostałych grupach stażu pracy na zajmowanym stanowisku były zbliżone.

Największy odsetek poszkodowanych w wypadkach przy pracy w 2005 r. dotyczył zatrudnionych:

- w przetwórstwie przemysłowym (około 39% ogółu poszkodowanych),
- w handlu i naprawach (10,1%),
- w ochronie zdrowia i pomocy społecznej (około 8,9%),
- w budownictwie (7,9%).

Na wypadki przy pracy najczęściej narażeni są pracownicy zatrudnieni w górnictwie i kopalnictwie, o czym informuje wskaźnik wypadków w przeliczeniu na 1000 pracujących, wynoszący w 2005 roku 15,82. Wysoka częstotliwość wypadków przy pracy dotyczy także pracowników zatrudnionych w przetwórstwie przemysłowym (13,03), w budownictwie (11,26) oraz w rolnictwie, łowiectwie i leśnictwie (12,51).

Tablica 102. Poszkodowani w wypadkach przy pracy według wybranych grup zawodów w latach 2000-2005

Wyszczególnienie	Liczba		Udział w %	
	2000	2005	2000	2005
OGÓLEM	94881	84402	100,0	100,0
w tym:				
Kowale, ślusarze i pokrewni	7469	5581	7,9	6,6
Robotnicy budowlani robót stanu surowego i pokrewni	5273	3157	5,6	3,7
Kierowcy pojazdów silnikowych	4916	2806	5,2	3,3
Formierze odlewniczy, spawacze, blacharze, monterzy konstrukcji metalowych i pokrewni	4359	3346	4,6	4,0
Robotnicy obróbki drewna, stolarze meblowi i pokrewni	4183	3082	4,4	3,7
Pomoce domowe, sprzątaczkę i praczkę	3460	3031	3,7	3,6
Mechanicy maszyn i urządzeń	3394	2494	3,6	3,0
Elektromonterzy sprzętu elektrycznego i elektronicznego	3146	2163	3,3	2,6
Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	2915	2989	3,1	3,5
Robotnicy budowlani robót wykończeniowych	2388	1822	2,5	2,2
Górnicy i robotnicy obróbki kamienia	2409	1767	2,5	2,1
Robotnicy przy pracach prostych w przemyśle przetwórczym	2381	1822	2,5	2,2
Technicy	1543	1136	1,6	1,3

Źródło: jak w tabl. 99.

W 2000 roku największy odsetek osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy dotyczył zawodów zaklasyfikowanych do grup: kowale, ślusarze i pokrewni (7,9% ogółu poszkodowanych), robotnicy budowlani robót stanu surowego i pokrewni (5,6%), kierowcy pojazdów silnikowych (5,2%), formierze odlewniczy, spawacze, blacharze, monterzy konstrukcji metalowych i pokrewni (4,6%), robotnicy obróbki drewna, stolarze meblowi i pokrewni (4,4%), a w 2005 roku zaś zawody zaklasyfikowane do grup: kowale, ślusarze i pokrewni (6,6% ogółu poszkodowanych), formierze odlewniczy, spawacze, blacharze, monterzy konstrukcji metalowych i pokrewni (4,0%), robotnicy budowlani robót stanu surowego i pokrewni (3,7%), robotnicy obróbki drewna, stolarze meblowi i pokrewni (3,7%).

Przez przyczyny wypadku przy pracy rozumie się wszelkie braki i nieprawidłowości, które bezpośrednio lub pośrednio przyczyniły się do powstania wypadku, związane z czynnikami materialnymi (technicznymi), z ogólną organizacją pracy w zakładzie lub organizacją stanowiska pracy oraz związane z pracownikiem, w tym również z nieprawidłowym zachowaniem się pracownika.

Przyczyny wypadków przy pracy są bardzo różne, jednak ponad połowa z nich ma miejsce na skutek nieprawidłowego zachowania się pracownika (50,5%). Wśród tej grupy przyczyn w 2005 roku największy odsetek stanowiła „niedostateczna koncentracja uwagi na wykonywanej czynności” – 42%, a następnie „zaskoczenie niespodziewanym zdarzeniem” – 32%; „nieznajomość zagrożeń i zasad bhp oraz niewłaściwe tempo pracy i brak doświadczenia” – 9%.

Dość liczną grupę przyczyn wypadków przy pracy – 11,8% wszystkich przyczyn powodujących wypadki w 2005 roku – stanowiła „niewłaściwa organizacja pracy i stanowiska pracy”. W grupie przyczyn niewłaściwej organizacji pracy dominowały: niewłaściwa koordynacja prac zbiorowych, tolerowanie przez nadzór odstępstw od zasad bezpieczeństwa pracy, wykonywanie pracy w zbyt małej obsadzie osobowej lub zupełny brak nadzoru w czasie wykonywania niebezpiecznych czynności. W grupie przyczyn niewłaściwej organizacji stanowiska pracy wyróżniały się przyczyny: nieodpowiednie przejścia i dojścia do stanowiska pracy lub rozmieszczanie, składowanie i nieusuwanie zbędnych przedmiotów i substancji wokół stanowiska pracy oraz brak ochron osobistych.

Do innych przyczyn wypadków przy pracy w 2005 roku zaliczono:

- niewłaściwy stan czynnika materialnego (11,6%),
- brak lub niewłaściwe posługiwanie się czynnikiem materialnym (8,9%),
- niewłaściwe, samowolne zachowanie się pracowników (8,0%),
- niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika (2,8%),
- nieużywanie sprzętu ochronnego (1,6%).

Dane statystyki publicznej z lat 2000-2005 wskazują na stopniowe, pozytywne zmiany w stanie bezpieczeństwa pracy w polskich przedsiębiorstwach. Świadczy o tym zarówno systematyczny spadek liczby osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy, spadek wskaźników wypadkowości (liczba poszkodowanych na 1000 pracujących), w tym wypadków śmiertelnych i ciężkich oraz zmniejszanie się liczby pracowników zatrudnionych w warunkach zagrożenia czynnikami szkodliwymi dla zdrowia. Ocenia się, iż wpływ na obserwowaną poprawę ma między innymi przeprowadzona reforma prawodawstwa pracy, umożliwiająca uporządkowanie wielu istotnych zagadnień dotyczących bezpieczeństwa i ochrony pracy.

Wypadki przy pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych rejestrowane są przez oddziały Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i dotyczą tylko tych wypadków, w wyniku których poszkodowani otrzymali w danym roku jednorazowe odszkodowanie z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Tablica 103. Wypadki przy pracy rolnictwie, w następstwie których wypłacono jednorazowe odszkodowania z tytułu wypadków w latach 2000-2005

Rodzaj wypadku	Lata					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
w liczbach						
Ogółem	30943	29847	30720	31666	28033	20869
w tym:						
Upadek osób	14944	14965	15777	16560	13969	9990
Upadek przedmiotów	1912	1883	1899	2049	2002	1455
Zetknięcie się z ostrymi przedmiotami	1976	1821	1799	1889	1597	1232
Uderzenie, przygniecenie przez materiały transportowane	822	736	718	637	577	453
Przejechanie, uderzenie, pochwycenie w transporcie	831	753	784	747	774	605
Pochwycenie i uderzenie przez części maszyn	4024	4049	4159	4014	3807	2856
Uderzenie, przygniecenie, pogryzienie przez zwierzęta	3586	3664	3604	3815	3445	2695

Tablica 103. Wypadki przy pracy rolnictwie, w następstwie których wypłacono jednorazowe odszkodowania z tytułu wypadków w latach 2000-2005 (dok.)

Rodzaj wypadku	Lata					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
w %						
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
w tym:						
Upadek osób	48,3	50,1	51,4	52,3	49,8	47,9
Upadek przedmiotów	6,2	6,3	6,2	6,5	7,1	7,0
Zetknięcie się z ostrymi przedmiotami	6,4	6,1	5,9	6,0	5,7	5,9
Uderzenie, przygniecenie przez materiały transportowane	2,7	2,5	2,3	2,0	2,1	2,2
Przejechanie, uderzenie, pochwycenie w transporcie	2,7	2,5	2,6	2,4	2,8	2,9
Pochwycenie i uderzenie przez części maszyn	13,0	13,6	13,5	12,7	13,6	13,7
Uderzenie, przygniecenie, pogryzienie przez zwierzęta	11,6	12,3	11,7	12,0	12,3	12,9

Źródło: Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2005 roku, KRUS, Warszawa 2006, s.7.

Według danych KRUS, w 2005 roku zgłoszono 33,6 tys. zdarzeń wypadkowych, to jest o 8,5 tys. (20,2%) mniej niż w roku 2004. Ocenia się, że zmniejszenie liczby zgłaszanych wypadków było efektem prowadzonej od wielu lat działalności prewencyjnej oraz nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, która od maja 2004 roku zmieniając zasady ustalania uprawnień i wypłaty jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy rolniczej i choroby zawodowej, ograniczyła grono uprawnionych do jednorazowego odszkodowania oraz uściśliła definicję wypadku przy pracy.

W 2005 roku liczba wypadków powodujących wypłatę odszkodowań zmniejszyła się w porównaniu do 2004 roku o ponad 7 tys., tj. o 25,6%, w rezultacie czego wskaźnik wypadkowości w rolnictwie indywidualnym wyniósł 13,3 wypadków na 1000 ubezpieczonych. Mimo że w porównaniu z 2004 rokiem wskaźnik zmniejszył się o 4,4, nadal jest wyższy od wskaźnika wypadkowości dla pracujących poza rolnictwem (7,99).

Struktura wypadków według ich rodzajów w latach 2000-2005 nie uległa większym zmianom. Dominowały wypadki z grup: „upadki osób” (około 50% wypłaconych odszkodowań), „pochwycenie i uderzenie przez części ruchome maszyn i urządzeń” (około 14%), uderzenie, przygniecenie, pogryzienie przez zwierzęta (około 12%). W 2005 roku wypadki tych trzech kategorii stanowiły 74,5% wypłaconych jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadków przy pracy rolniczej.

Większość wypadków (ponad 63%) spowodowała niewielki uszczerbek na zdrowiu osób, nie przekraczający 5%. Udział wypadków z ciężkimi urazami (uszczerbek na zdrowiu powyżej 60%) od kilku lat utrzymuje się na zbliżonym poziomie 0,8-0,9%.

W 2005 roku śmiercią poszkodowanych zakończyło się 128 wypadków, to jest o 45 (26%) mniej niż w 2004 roku. Wypadki śmiertelne stanowiły 0,61% wszystkich wypadków kończących się wypłatą świadczeń.

Z danych statystycznych wynika, że do większości wypadków przy pracy rolniczej doszło z winy rolników, którzy:

- niepoprawnie organizowali swoją pracę;
- stosowali maszyny, urządzenia i narzędzia nie spełniające wymogów bezpieczeństwa;
- nie dbali o porządek w obejściach gospodarskich;
- nie przestrzegali zasad z zakresu BHP;
- pracowali będąc pod wpływem alkoholu;
- nie znali zasad bezpiecznego użytkowania maszyn i urządzeń wynikających z instrukcji obsługi.

Od kilku lat obserwuje się postępujące zróżnicowanie gospodarstw indywidualnych. Widoczny jest postęp techniczny związany z wyposażaniem gospodarstw w nowoczesny sprzęt i wprowadzanie nowych technologii uprawy roślin i chowu zwierząt. Jednocześnie nadal funkcjonują gospodarstwa, w których użytkowany jest sprzęt przestarzały i wyeksploatowany, a wielokierunkowa produkcja zmusza rolników do wykonywania różnorodnych czynności. Powoduje to, że w pierwszym przypadku zmniejsza się zdecydowanie liczba zagrożeń wynikających z użytkowania nowoczesnego sprzętu rolniczego, w drugim zaś ekspozycja na zagrożenia związane z wielokierunkową produkcją rolną jest dużo większa i stąd więcej w nich wypadków. Ocenia się jednocześnie, że niezależnie od tego, czy wypadki odnotowano w gospodarstwach nowoczesnych, czy też zaniedbanych, przyczyny analizowanych wypadków wynikały przede wszystkim z niewiedzy i nieumiejętnego wykonywania czynności przez rolników.

7.8. Samobójstwa

Ważnym elementem oceny kondycji zdrowotnej społeczeństwa jest ocena skali i przyczyn zamachów samobójczych. Według danych Komendy Głównej Policji w 2005 r. w Polsce odnotowano 5625 zamachów samobójczych, z czego 4621 (82,2%) zakończyło się zgonem.

Tablica 104. Zamachy samobójcze w latach 2000-2005 według ustalonych przyczyn oraz płci

Przyczyny zamachów samobójczych	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	ogółem											
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Ogółem*	5621	49,1	5712	51,4	5928	51,3	5467	50,9	5893	51,2	5625	50,3
Ogółem**	2907	100,0	2933	100,0	3042	100,0	2785	100,0	3018	100,0	2827	100,0
Choroba psychiczna	875	30,1	909	31,0	1017	33,4	889	31,9	990	32,8	861	30,5
Nieporozumienia rodzinne	613	21,8	625	21,3	623	20,5	584	21,0	623	20,6	671	23,7
Przewlekła choroba	429	14,8	412	14,1	368	12,1	364	13,1	399	13,2	346	12,2
Warunki ekonomiczne	416	14,3	410	14,0	458	15,1	410	14,7	422	14,0	385	13,6
Zawód miłosny	202	7,0	189	6,4	241	7,9	217	7,8	257	8,5	268	9,5
Utrata źródeł utrzymania	152	5,2	194	6,6	158	5,2	138	5,0	125	4,1	118	4,2
Śmierć bliskiej osoby	99	3,4	91	3,1	89	2,9	95	3,4	97	3,2	92	3,3
Problemy szkolne	75	2,6	65	2,2	51	1,7	56	2,0	64	2,1	51	1,8
Trwale kalectwo	34	1,2	26	0,9	25	0,8	26	0,9	32	1,1	31	1,1
Inna przyczyna	12	0,4	12	0,4	12	0,4	6	0,2	9	0,3	4	0,1
Mężczyźni												
Razem	2152	100,0	2235	100,0	2298	100,0	2093	100,0	2325	100,0	2178	100,0
Choroba psychiczna	540	25,1	572	25,6	654	28,5	557	26,6	659	28,3	560	25,7
Nieporozumienia rodzinne	483	22,4	523	23,4	522	22,7	470	22,5	519	22,3	561	25,8
Przewlekła choroba	333	15,5	329	14,7	284	12,4	283	13,5	320	13,8	271	12,4
Warunki ekonomiczne	344	16,0	341	15,3	380	16,5	347	16,6	350	15,1	326	15,0
Zawód miłosny	161	7,5	157	7,0	199	8,7	188	9,0	211	9,1	226	10,4
Utrata źródeł utrzymania	137	6,4	170	7,6	141	6,1	117	5,6	115	5,0	107	4,9
Śmierć bliskiej osoby	75	3,5	69	3,1	65	2,8	76	3,6	75	3,2	73	3,4
Problemy szkolne	44	2,0	46	2,1	28	1,2	30	1,4	43	1,9	29	1,3
Trwale kalectwo	29	1,4	24	1,1	20	0,9	22	1,1	27	1,2	24	1,1
Inna przyczyna	6	0,3	4	0,2	5	0,2	3	0,1	6	0,3	1	0,1

* % oznacza odsetek zamachów samobójczych o ustalonych przyczynach;

** liczby odnoszą się tylko do zamachów samobójczych o ustalonych przyczynach; źródłem jednego zamachu samobójczego może być więcej niż jedna przyczyna;

Tablica 104. Zamachy samobójcze w latach 2000-2005 według ustalonych przyczyn oraz płci (dok.)

Przyczyny zamachów samobójczych	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	ogółem											
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
	Kobiety											
Razem	755	100,0	698	100,0	744	100,0	692	100,0	693	100,0	649	100,0
Choroba psychiczna	335	44,4	337	48,3	363	48,8	332	48,0	331	47,8	301	46,4
Nieporozumienia rodzinne	130	17,2	102	14,6	101	13,6	114	16,5	104	15,0	110	17,0
Przewlekła choroba	96	12,7	83	11,9	84	11,3	81	11,7	79	11,4	75	11,6
Warunki ekonomiczne	72	9,5	69	9,9	78	10,5	63	9,1	72	10,4	59	9,1
Zawód miłosny	41	5,4	32	4,6	42	5,7	29	4,2	46	6,6	42	6,5
Utrata źródeł utrzymania	15	2,0	24	3,4	17	2,3	21	3,0	10	1,4	11	1,7
Śmierć bliskiej osoby	24	3,2	22	3,2	24	3,2	19	2,8	22	3,2	19	2,9
Problemy szkolne	31	4,1	19	2,7	23	3,	26	3,8	21	3,0	22	3,4
Trwałe kalectwo	5	0,7	2	0,3	5	0,7	4	0,6	5	0,7	7	1,1
Inna przyczyna	6	0,8	8	1,2	7	0,9	3	0,4	3	0,4	3	0,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biura Prezydyjnego Komendy Głównej Policji.

Liczba zamachów samobójczych w latach 2000-2005 kształtowała się na zbliżonym poziomie, nie przekraczając 6 tys. rocznie. Najwyższą liczbę zamachów samobójczych odnotowano w 2002 roku (5928). W 2005 roku w porównaniu do roku 2004 liczba zamachów samobójczych zmniejszyła się o 268, czyli o 4,5%.

Wśród osób dokonujących zamachu samobójczego zdecydowanie przeważają mężczyźni. W 2005 roku stanowili oni 81,7% ogółu osób dokonujących tego czynu. Bardzo często przyczyna zamachu samobójczego jest trudna do określenia – w 2005 roku dla co drugiego takiego zdarzenia przyczyny tej nie ustalono. Z informacji zebranych przez Komendę Główną Policji wynika jednak, iż przyczyną co trzeciego zamachu samobójczego była choroba psychiczna osoby dokonującej zamachu samobójczego, a co czwartego – nieporozumienia rodzinne. W 14% przyczyną samobójstwa były warunki ekonomiczne, a nieco tylko rzadziej – przewlekła choroba osoby dokonującej zamachu samobójczego.

Osoby dokonujące zamachów samobójczych charakteryzują się zróżnicowaną strukturą wieku. Najczęściej są to osoby dorosłe, mające 45-54 lata, a więc osoby będące w wieku zdolności do pracy.

Tablica 105. Osoby dokonujące zamachów samobójczych w 2005 roku według wieku i płci

Grupy wieku	Liczba zamachów samobójczych		W tym zakończone zgonem	
	liczba	%	liczba	%
Ogółem	5625	100,0	4621	100,0
poniżej 15 lat	56	1,0	31	0,7
15-19	349	6,2	209	4,5
20-24	501	8,9	347	7,5
25-29	496	8,8	356	7,7
30-34	448	8,0	324	7,0
35-39	421	7,5	326	7,1
40-44	505	9,0	442	9,6

Tablica 105. Osoby dokonujące zamachów samobójczych w 2005 roku według wieku i płci (dok.)

Grupy wieku	Liczba zamachów samobójczych		W tym zakończone zgonem	
	liczba	%	liczba	%
45-49	733	13,0	637	13,8
50-54	670	11,9	596	12,9
55-59	471	8,4	434	9,4
60-64	288	5,1	273	5,9
65-69	221	3,9	214	4,6
70-74	195	3,5	185	4,0
75-80	117	2,1	112	2,4
80 lat i więcej	114	2,0	105	2,3
brak danych	40	0,7	30	0,6

Źródło: tak jak w tabl. 104.

Co dziesiąta osoba będąca samobójcą nie przekroczyła 44 roku życia. Z danych wynika również, iż wśród osób dokonujących zamachów samobójczych odsetek osób w wieku najmłodszym (do 19 lat) stanowił ponad 7%.

Osoby dokonujące zamachów samobójczych charakteryzują się niskim poziomem wykształcenia. Zarówno w latach 2000-2004, jak i w 2005 r. największy odsetek tych osób legitymował się wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym (43%), a następnie wykształceniem zasadniczym zawodowym (37%).

Z wiekiem i poziomem wykształcenia osób dokonujących zamachów samobójczych wiąże się aktywność zawodowa tych osób. Z danych wynika, iż najczęściej osoby podejmujące czynności samobójcze nie pracowały zawodowo (81%), utrzymując się z renty, emerytury bądź zasiłku dla bezrobotnych. Prawidłowość ta dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet. Przeciwdziałanie zamachom samobójczym wymaga przede wszystkim pogłębionej znajomości motywów ich podejmowania. To z kolei wymaga realizacji dodatkowych badań, gdyż istniejące statystyki nie pozwalają na wielostronną ocenę tego zjawiska.

7.9. Stan zdrowia wybranych grup ludności

7.9.1. Zdrowie kobiet

Stan zdrowia kobiet i jego uwarunkowania

Ogólny stan zdrowia kobiet ma istotny wpływ na ich funkcje prokreacyjne. Zachorowania i zgony kobiet, zwłaszcza przedwczesne, są ciężkim ciosem dla całej rodziny i wpływają na dalsze jej losy. Umieralność kobiet w wieku prokreacyjnym (15-49 lat) zmniejsza się od 1991 roku. Mniejsza umieralność charakteryzuje kobiety mieszkające wsi oraz mające wyższe wykształcenie. W odniesieniu do większości przyczyn zachorowań i zgonów kobiet najmniej optymistyczne dane dotyczą województw zachodnich i północnych. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej umieralność kobiet w Polsce, także w wieku prokreacyjnym, jest większa. Odnosi się to szczególnie do zgonów z powodu nowotworów.

Zdrowie prokreacyjne to stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby i niedomagań w odniesieniu do układu rozrodczego. Definicja ta, sformułowana po raz pierwszy na Konferencji „Populacja i Rozwój” w Ka-

irze w 1994 roku, jest dość szeroka, co sprawia, że obiektywna ocena stanu zdrowia prokreacyjnego określonej populacji w określonym miejscu i czasie jest trudna. Można posłużyć się w tym celu wskaźnikami określającymi częstość zachorowań i zgonów, jakość życia, a także wynikami badań opinii wyrażających poglądy i oceny. Po zebraniu i porównaniu rezultatów tych wskaźników i ocen oraz ich analizie powstaje czasem subiektywny obraz sytuacji, ponieważ wiele problemów dotyczących prokreacji jest mocno związanych ze sferą wartości.

Zdrowie prokreacyjne kobiet stanowi część problemu zdrowia kobiet obejmującego nie tylko funkcje prokreacyjne lub zagadnienia zdrowotne związane z narządami płciowymi. Płeć stanowi ważny czynnik determinujący indywidualny stan zdrowia, podobnie jak tło społeczne, ekonomiczne, wiek czy poziom wykształcenia. Można też mówić o zdrowiu prokreacyjnym mężczyzn, jest ono jeszcze rzadko przedmiotem analiz.

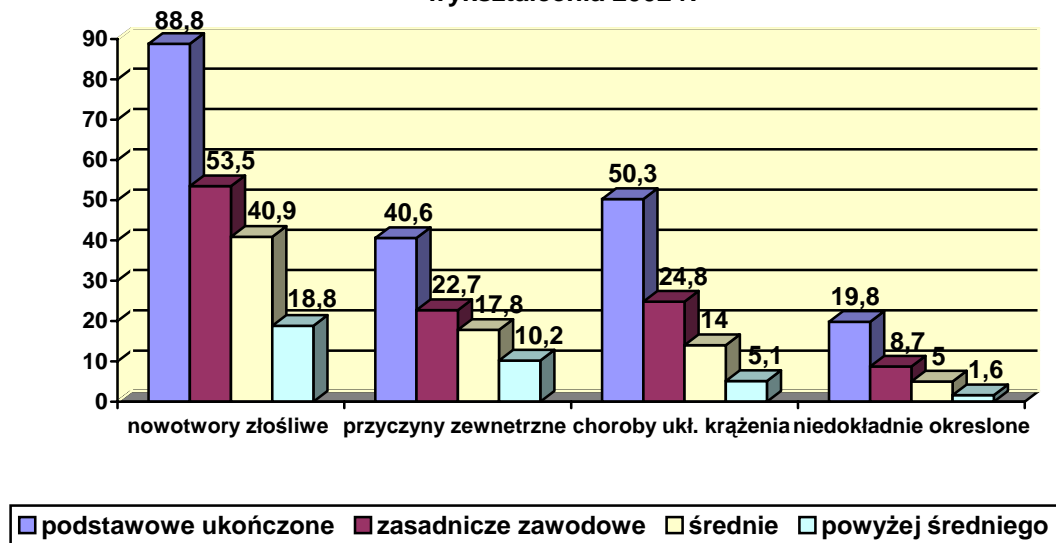
Kobiety stanowią fundament rodzin i całych społeczności. Zdrowie prokreacyjne kobiet to jedno z zagadnień zdrowia publicznego, wpływa ono na bilans urodzeń i zgonów, czas trwania i jakość życia kobiet i całych rodzin, zdrowie oraz potencjał rozwojowy następnych pokoleń. Kobiety rodzą dzieci, opiekują się nimi po urodzeniu, są nauczycielkami dla młodego pokolenia i źródłem inspiracji. Ich zdrowie prokreacyjne uwarunkowane jest wieloma czynnikami: poziomem socjo-ekonomicznym, strukturą rodzin, systemem wartości, warunkami pracy zawodowej, obecnością elementów wspomagających kobiety w opiece nad dziećmi i osobami starszymi. Stan zdrowia prokreacyjnego kobiet, jakość ich życia są związane z częstością małżeństw i rozwodów, płodnością. Podobnie jak w odniesieniu do ogólnego stanu zdrowia można mówić o nierównościach dotyczących zdrowia prokreacyjnego. Uzasadnione jest sporządzanie ocen, analiza uwarunkowań poszczególnych elementów zdrowia prokreacyjnego kobiet, ustalanie zasad profilaktyki i leczenia.

7.9.1.1. Przyczyny zachorowań i zgonów

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów kobiet, a wśród kobiet w wieku prokreacyjnym – trzecią z kolei po nowotworach i zgonach z powodu przyczyn zewnętrznych (wypadki, urazy, samobójstwa). Choroba wieńcowa częściej występuje u kobiet otyłych, palących papierosy, chorujących na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. Zmniejszanie się stężeń hormonów płciowych po menopauzie prowadzi do wzrostu częstości zachorowań w tym wieku. Udar mózgu dotyczy kobiet w późniejszym wieku niż mężczyźni. Na chorobę nadciśnieniową kobiety zapadają rzadziej niż mężczyźni, ale w porównaniu z innymi krajami europejskimi w Polsce zachorowania kobiet występują częściej. Jednak sytuacja ulega poprawie i kobiety w wieku prokreacyjnym są coraz mniej zagrożone utratą życia z powodu chorób układu krążenia, chociaż w dalszym ciągu zagrożenie to należy do najwyższych spośród krajów UE (wykres 106).

Wykres 106. Współczynnik umieralności kobiet w wieku 20-49 lat z powodu nowotworów złośliwych, chorób układu krążenia, przyczyn zewnętrznych i przyczyn niedokładnie określonych według poziomu wykształcenia 2002 r.



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, GUS 2006.

Nowotwory

W grupie kobiet w wieku prokreacyjnym najczęstszą przyczyną zgonów są nowotwory złośliwe, kolejno: piersi, szyjki macicy, oskrzeli i płuc. Problem raka piersi i narządów płciowych jest omówiony szerzej w innej części raportu. Rak płuc coraz częściej dotyczy kobiet. Polska należy do krajów, gdzie rak ten często występuje u kobiet. Dane dotyczące mężczyzn nie są tak niepokojące w porównaniu z innymi krajami Europy. Warto przypomnieć, że jednym z głównych czynników ryzyka raka płuca jest palenie papierosów. Rak jelita grubego wśród osób starszych jest rozpoznawany częściej u mężczyzn, jednak przewaga liczebności populacji kobiet powoduje, że zachorowań wśród nich jest więcej. Duże znaczenie w zmniejszeniu zachorowań na raka mają programy zdrowotne mające na celu zmniejszenie częstości czynników ryzyka i wczesne wykrywanie choroby.

Choroby narządu ruchu

Choroby narządu ruchu, chociaż częstsze u kobiet niż u mężczyzn i pogarszające ich samopoczucie, nie wywierają istotnego wpływu na stan zdrowia prokreacyjnego. Osteoporoza jest częsta u osób w starszym wieku. Dotyczy co trzeciej kobiety i co piątego mężczyzny po 50 roku życia. Prowadzi do zniekształceń kości, zaburzeń postawy, a przede wszystkim do złamań, zwłaszcza szyjki kości udowej. Upowszechnienie badań densytometrycznych, poradnictwo dotyczące diety, zachęta do ćwiczeń fizycznych mogą zmniejszyć częstość osteoporozy. Choroby narządu ruchu to jedna z najczęstszych przyczyn przewlekłego bólu. Przewlekły ból może prowadzić do zaburzeń snu, utraty wagi ciała, zmniejszenia aktywności, do depresji i nadużywania leków.

Zaburzenia zdrowia psychicznego

Zaburzenia zdrowia psychicznego w młodym wieku częściej występują u mężczyzn, później ta tendencja się odwraca. Depresja dotyczy częściej kobiet, wpływa negatywnie na jakość życia, zaburza życie rodzinne, wychowanie i rozwój dzieci, zwiększa ryzyko bezrobo-

cia. Współistnieje z zakłóceniami cyklu miesięczkowego, wpływa na plany prokreacyjne i ich realizację. Kobiety częściej niż mężczyźni podejmują próby samobójstwa, ale rzadziej je skutecznie realizują. samobójstw wśród kobiet w Polsce należy do najniższych w Europie.

Zakłócenia jedzenia to coraz częściej występujące schorzenie dotyczące sfery psychiki głównie młodych kobiet, a więc szczególnie ważne z punktu widzenia zdrowia prokreacyjnego. Jadłowstręt psychiczny i bulimia są następstwem powszechnych opinii o diecie i idealnej sylwetce kobiety nakładających się na uwarunkowania genetyczne. Następstwem bywa wtórny brak miesiączki, niepłodność, w ciężkich przypadkach nawet zgon kobiety.

Inne choroby przewlekłe

Większość przewlekłych chorób u kobiet może prowadzić do problemów dotyczących prokreacji. Należy do nich cukrzyca. Tęcza to rzadko występujące w całej populacji, ale u kobiet dziesięciokrotnie częściej niż u mężczyzn, schorzenie tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym. Objawy dotyczyć mogą skóry, serca, płuc, stawów i innych organów ciała. U kobiet choroba ta jest przyczyną powikłań ciąży: poronień nawykowych, porodów przedwczesnych, obumarcia płodu. Migrena, częściej dotykająca kobiety, prowadzić może do trudności w szkole lub w pracy, do zakłóceń relacji w rodzinie.

Spośród chorób narządów płciowych u kobiet szczególne miejsce zajmuje endometrioza. Dotyczy kobiet w średnim wieku, jest źródłem przewlekłego bólu, zakłóceń miesięczkowania i współżycia seksualnego, przyczyną niepłodności, niektórych nowotworów. Może w sposób istotny zaburzać jakość życia kobiety, relacje rodzinne, pracę zawodową, wymaga czasem leczenia operacyjnego.

Dostępność opieki medycznej

Stan zdrowia, także zdrowia prokreacyjnego zależy od dostępności usług medycznych, profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych i od korzystania z nich. Kobiety i mężczyźni nieco inaczej korzystają z opieki medycznej, kobiety robią to częściej, chętniej obserwują i relacjonują objawy i oznaki choroby, gorzej oceniają stan swojego zdrowia, są bardziej skłonne do pozbycia się dolegliwości. Częściej niż mężczyźni realizują zalecenia dotyczące profilaktyki czy promocji zdrowia, mają jednocześnie większe wymagania co do jakości opieki zdrowotnej. Kobiety częściej angażują się w opiekę nad zdrowiem dzieci i innych członków rodziny, mają wpływ na rodzaj spożywanych posiłków i sposób spędzania wolnego czasu.

Kobiety przeważają wśród pacjentów ambulatoryjnych, a także wśród osób hospitalizowanych. Najważniejszą przyczyną hospitalizacji kobiet w wieku rozrodczym są przyczyny związane z ciążą i porodem. Częstość hospitalizacji zależy od częstości powikłań ciąży, a ta z kolei od stanu zdrowia kobiet i jakości opieki ambulatoryjnej. Obserwuje się też wpływ czynników związanych ze sposobem przekazywania środków do szpitali przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Prawdopodobnie zmniejszenie częstości hospitalizacji z powodu powikłań ciąży na korzyść opieki ambulatoryjnej przyniosłoby zmniejszenie wydatków bez pogorszenia wyników porodu. Kobiety są w Polsce często hospitalizowane z powodu chorób układu moczowo-płciowego. Nie jest to korzystne dla pacjentek, nie mówiąc o sprawie kosztów leczenia. Wynika z braku innowacyjności środowisk medycznych, które trwają przy tradycyjnych metodach leczenia, oczekiwań samych pacjentek, niewydolności nadzoru specjalistycznego, biernej postawy płatnika, nie kontrolującego merytorycznie wydatków na procedury medyczne. Częste hospitalizacje z powodu nowotworów są pochodną dużej liczby zachorowań, ale również niedorozwiniętej sieci opieki ambulatoryjnej i braku bazy hotelowej dla pacjentek zamiejscowych.

Przemoc wobec kobiet (psychiczna, emocjonalna czy seksualna) jest źródłem depresji, chorób psychosomatycznych, zakłóceń zdrowia prokreacyjnego. Częstość tego zjawiska, prawdopodobnie niedoszacowana, nie zależy od charakterystyki kulturowej czy ekonomicznej populacji.

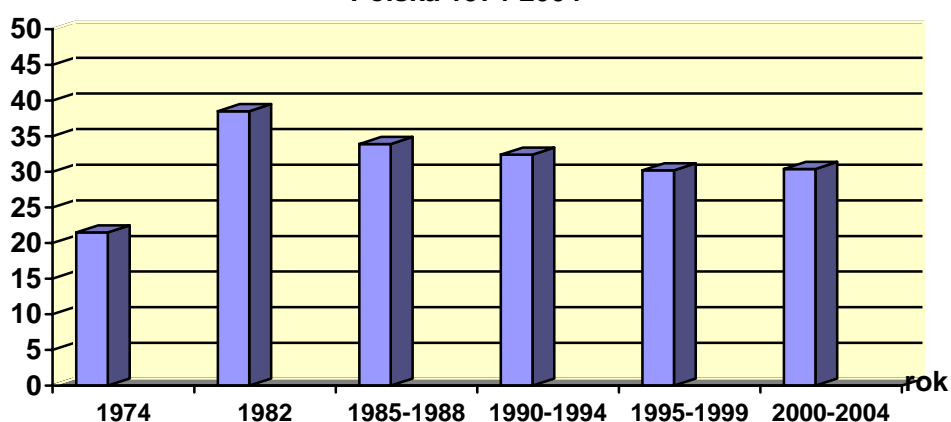
Konieczne jest doskonalenie systemu oceny częstości zachorowań i zgonów wśród kobiet, zwłaszcza dotyczących sfery prokreacji oraz ujednoczenie kryteriów diagnostycznych, a także standardów rozpoznawania i leczenia. Duże zróżnicowanie regionalne oraz różnice pomiędzy populacjami mieszkającymi w miastach i na wsi dotyczące częstości zgonów i zachorowań kobiet świadczy o dużych rezerwach w możliwości zmniejszania czynników ryzyka i częstości powikłań zdrowotnych. Udoskonalenie metod uzyskiwania informacji o paleniu papierosów i nadużywaniu alkoholu, zwłaszcza podczas ciąży, spowodować powinno, że dane epidemiologiczne będą w możliwie dużym stopniu zbliżone do rzeczywistej sytuacji. Włączenie lekarzy ginekologów i położnych do działań mających na celu zmniejszenie ekspozycji kobiet, zwłaszcza będących w ciąży, na dym tytoniowy powinno przyczynić się do zmniejszenia ekspozycji kobiet w ciąży i ich dzieci na składniki dymu tytoniowego.

Styl życia

Palenie papierosów. Palenie papierosów stanowi największy, odwracalny czynnik ryzyka chorób. W Polsce w 2003 roku paliło 23% dorosłych kobiet, a około 30% kobiet w wieku prokreacyjnym, co oznacza, że nasz kraj zajmuje środkową pozycję pod tym względem wśród krajów europejskich. W wielu z nich częstość tego nałogu zmniejszyła się w ostatnich latach, zwłaszcza u mężczyzn. Częściej palą dziewczęta niż chłopcy. W ostatnich latach 13% dziewcząt w wieku 15-19 lat paliło papierosy. W grupie kobiet w wieku o najwyższej płodności (20-29 lat) pali więcej, bo 26%. Kobiety starsze, mające 40-49 lat palą jeszcze częściej (40%). Częściej palą kobiety z wykształceniem podstawowym. Od 1982 roku obserwuje się w Polsce zmniejszenie o 40% częstości nałogu wśród młodych kobiet, co należy uznać za sukces zdrowia publicznego i kampanii antynikotynowych. Równolegle zmniejszyła się umieralność na raka płuca u młodych kobiet. Jednak po 2000 roku tendencja spadkowa uległa zahamowaniu. Palenie tytoniu jest ważnym czynnikiem zakłócającym często już od młodego wieku zdrowie prokreacyjne zarówno kobiet jak i mężczyzn. Wynika to u kobiet m.in. z antyestrogennego działania składników dymu tytoniowego.

Palenie tytoniu podczas ciąży dotyczy około 70-100 tys. kobiet w ciągu roku. Składniki dymu tytoniowego są przyczyną powikłań przebiegu ciąży i rozwoju dziecka. Częściej dochodzi do poronienia, porodu przedwczesnego, zgonu wewnątrzmacicznego. Dzieci palących kobiet mają zwykle mniejszą urodzeniową masę ciała, rodzą się często z objawami głodu tytoniowego (wykres 107).

Wykres 107. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15-49, Polska 1974-2004

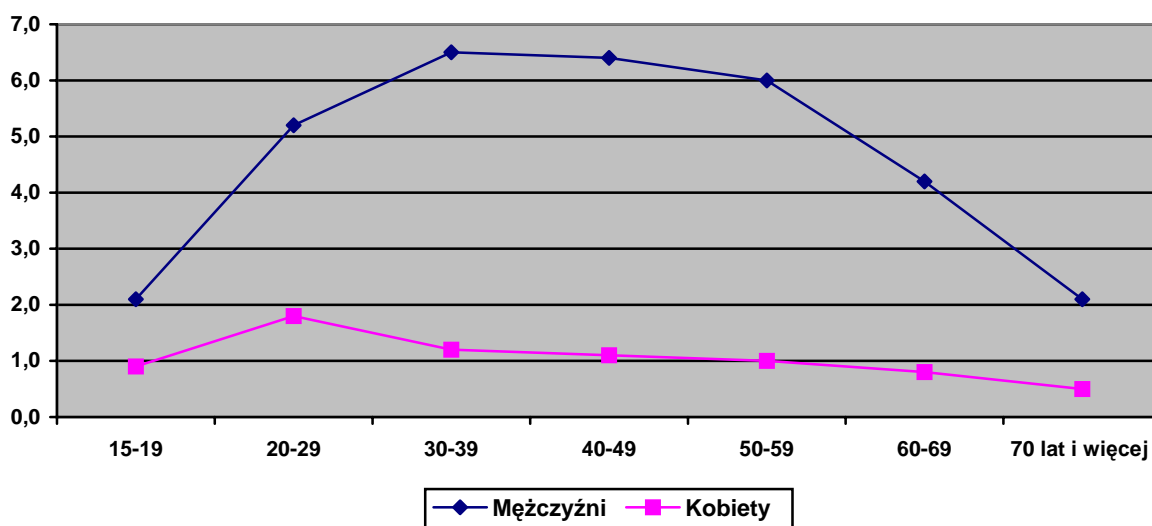


Źródło: Zatoński W. Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat, Polska 2006”, Warszawa 2006, str. 64-69.

Alkohol. Nadużywanie alkoholu, podobnie jak palenie tytoniu, pozostaje w związku z poziomem socjoekonomicznym oraz preferowanym w danej populacji stylem życia. Konsumpcja alkoholu w Polsce należy do mniejszych w Europie, jednak w ostatnich latach spstrzega się zwiększenie spożycia alkoholu w naszym kraju.

Alkoholizm trudniej rozpoznać niż palenie tytoniu, prawdopodobnie częstość nadużywania alkoholu jest większa od podawanej w statystykach. Kobiety rzadziej niż mężczyźni nadużywają alkoholu, ale jego szkodliwy wpływ na zdrowie może być większy ze względu na różnice szybkości procesów metabolizmu. Picie dużych ilości alkoholu przez kobiety może upośledzać ich płodność, podwyższać ryzyko raka piersi. Picie alkoholu podczas ciąży wpływa niekorzystnie na rozwój dziecka, będąc przyczyną tzw. zespołu poalkoholowego w tym najczęściej małej urodzeniowej masy ciała. W Polsce około 17% kobiet w ciąży piło alkohol, jednak większość nieregularnie. Odsetek alkoholizmu wśród ciężarnych w Polsce wynosi nie więcej niż 0,4% (wykres 108).

Wykres 108. Średnie roczne spożycie alkoholu

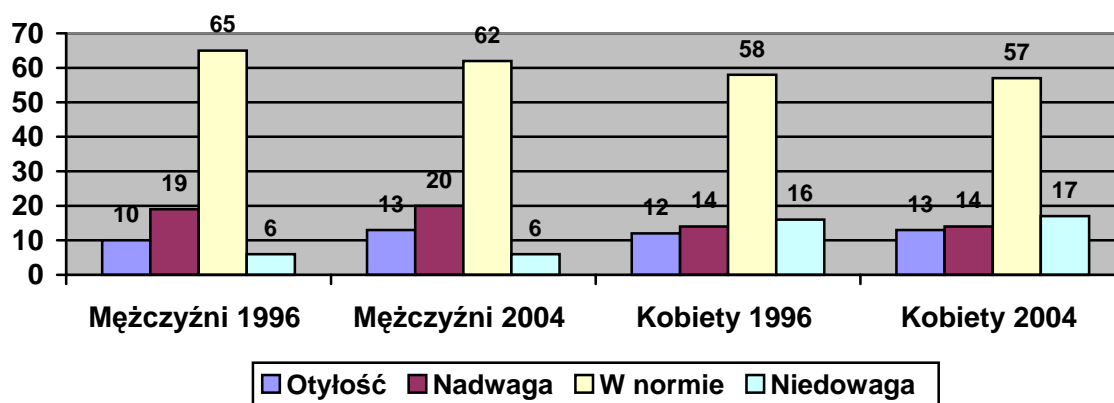


Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, GUS, 2006.

Substancje psychoaktywne. Kobiety rzadziej niż mężczyźni używają narkotyków, w grupie wiekowej poniżej 20-go roku życia odsetek kobiet jest najwyższy, zwłaszcza w odniesieniu do środków stymulujących typu amfetaminy. Nadużywanie środków psychoaktywnych przez młode kobiety prowadzi do zaburzeń funkcjonowania układu rozrodczego, nieprawidłowego miesiączkowania, wychudzenia, niepłodności. Zwykle kobiety te również palą, nieregularnie się odżywiają, dochodzi w przypadkach skrajnych do degradacji społecznej i utraty zdrowia. Szczególnie niebezpieczne jest używanie narkotyków przez młodzież. Ponad 25% chłopców i o połowę mniej dziewcząt w wieku 17–18 lat używa marihuanę i haszysz. Również wśród osób starszych częściej po narkotyki sięgają mężczyźni niż kobiety. Narkomania podczas ciąży jest przyczyną niepłodności, poronień, przedwczesnych porodów, zgonów okołoporodowych i zaniedbań dzieci. Zarówno młode dziewczęta jak i kobiety po 39 roku życia częściej niż mężczyźni stosują leki uspakajające.

Aktywność fizyczna. Aktywność fizyczna wpływa na stan zdrowia somatycznego i psychicznego. Jej brak prowadzi do otyłości, chorób serca, cukrzycy, może zwiększać częstość niektórych nowotworów. Istotnym czynnikiem chorobowości kobiet jest otyłość (wykres 109).

Wykres 109. Osoby dorosłe wg BMI - w %



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, GUS, 2006.

Zwiększona waga ciała może zakłócać również zdrowie prokreacyjne, zmniejszając płodność, usposabiając do pewnych rodzajów nowotworów narządów płciowych. Otyłość i brak wysiłku fizycznego charakteryzują kobiety w starszym wieku, niewykształcone, palące papierosy. Programy edukacyjne promujące odpowiednią dietę, ćwiczenia fizyczne mogą skutecznie zmniejszyć częstość otyłości i wynikających z niej schorzeń, poprawić jakość życia.

Zachowania seksualne. Zachowania seksualne kobiet mają istotny wpływ na stan zdrowia prokreacyjnego. Wiek inicjacji seksualnej, liczba partnerów, stosowanie środków i metod ograniczających płodność, częstość współżycia warunkują płodność, możliwość realizacji planów prokreacyjnych i zachorowalność. Średni wiek inicjacji seksualnej w Polsce wynosi 18,8 lat i powoli się obniża. W roku 1997 wiek inicjacji seksualnej w Polsce wynosił 19,3 lat. Częstość stosowania środków i metod ograniczających płodność była w przeszłości przedmiotem badań. Według „Ankiety Macierzyństwa”, badania przeprowadzonego w 2000/2001 roku wśród kobiet, które urodziły dziecko, prawie 30% z nich nie stosowało żadnej metody. Częstość stosowania innych metod przedstawiono w tabeli 4. Stosowanie ubezpłodnienia jako metody planowania rodziny jest w Polsce niedozwolone. Koszty niektórych z hormonalnych środków antykoncepcyjnych są w Polsce częściowo refundowane. Dostępność wszystkich jest pełna. Dostępność metod naturalnego planowania rodziny wśród małżeństw ma w przyszłości poprawić Krajowy Zespół Promocji Naturalnego Planowania Rodziny.

Tablica 106. Metody planowania rodziny stosowane w Polsce w latach 1984 i 2000/2001

Metoda	1984	2000/2001
	%	%
Prezerwatywa	6,6	35,9
Kalendarzyk	24,8	23,9
Termiczna/ owulacyjna	8,6	21,3
Stosunek przerywany	26,6	23,2
Antykoncepcja hormonalna	3,6	17,2
Spirala wewnątrzmaciczna	1,6	1,7

Źródło: Ankieta Macierzyństwa 1984 – J.Z. Holzer i Ankieta Macierzyństwa 2000/2001 – M. Troszyński.

7.9.1.2. Zdrowie prokreacyjne dziewcząt

Stan zdrowia dorosłej kobiety, jej płodność, zdolność urodzenia zdrowego dziecka, czas trwania życia pozostają nierzadko w związku z zachowaniami w okresie młodości, stylem życia, wczesną inicjacją seksualną i wynikającą stąd nieplanowaną ciążą i chorobami

przenoszonymi drogą płciową. Bezpośrednie niekorzystne skutki zdrowotne tych chorób są wynikiem zakażenia Chlamydia, rzeżączką, HIV. W późniejszym czasie zakażenia te, zwłaszcza Chlamydia, mogą prowadzić do zapalenia narządów miednicy małej i niepłodności, ciąży pozamacicznych. Zakażenia HPV współistniejące z wczesną inicjacją seksualną i dużą liczbą partnerów seksualnych prowadzą w późniejszym wieku do rozwoju raka szyjki macicy. Prezerwatywy nie chronią całkowicie przed infekcją wirusową, ich skuteczność ograniczająca ryzyko zakażenia jest mała, zwłaszcza w odniesieniu do HPV.

Wczesna inicjacja seksualna prowadzi może do emocjonalnych i psychologicznych zaburzeń w przyszłości. Aktywne seksualnie dziewczęta często żyją w stałym napięciu psychicznym wywołanym obawami przed nieplanowaną ciążą lub chorobą. Pojawienie się objawów choroby prowadzi do zmniejszonej samooceny i zaufania do siebie. Wczesna aktywność seksualna, a również kilka następujących po sobie zerwań intymnych relacji z partnerem mogą negatywnie wpływać na możliwość budowania w przyszłości stabilnych i zdrowych relacji małżeńskich i zwiększać częstość rozwodów. Istnieje często związek aktywności seksualnej młodych ludzi z innymi ryzykownymi zachowaniami: paleniem tytoniu, używaniem alkoholu i narkotyków. W 2005 roku inicjację seksualną miało za sobą 21% dziewcząt 16-letnich i 47% dziewcząt w wieku 18 lat. Jedna na osiem miała więcej niż dwóch partnerów seksualnych. Do inicjacji seksualnej wcześniej dochodzi u dziewcząt mieszkających w miastach i uczących się w szkołach zawodowych.

Tablica 107. Urodzenia wśród nastolatków w Polsce w latach 1990-2004/1000 kobiet w wieku 15-19 lat

Rok	Ogółem	Miasta	Wieś	W wieku				
				15 lat i mniej	16 lat	17 lat	18 lat	19 lat
1990	31,5	28,8	35,3	1,7	6,6	20,1	47,1	89,5
1991	32,2	28,4	37,7	1,9	6,8	21,2	48,9	90,0
1992	29,3	25,6	34,8	1,8	6,5	19,1	43,4	82,0
1993	27,2	23,9	32,3	1,7	6,2	18,0	40,2	74,2
1994	25,7	22,4	30,0	1,7	5,8	16,7	37,1	69,0
1995	22,0	19,8	25,7	1,4	4,6	14,4	32,3	58,6
1996	21,1	19,1	24,5	1,3	4,8	13,6	30,1	56,9
1997	19,5	17,6	22,7	1,3	4,4	13,1	27,9	21,5
1998	19,1	17,0	21,5	1,3	4,3	12,7	26,3	48,9
1999	17,5	16,1	19,8	1,3	4,2	11,9	25,5	45,4
2000	16,9	15,3	19,3	1,2	4,3	11,9	24,1	42,6
2001	15,8	14,4	17,9	1,2	4,3	11,6	23,3	37,2
2002	15,0	14,0	17,0	1,2	3,9	10,8	22,8	36,0
2003	14,5	13,2	16,5	1,1	3,4	10,4	21,8	32,1
2004	13,8	12,8	15,1	1,1	3,6	9,5	21,2	33,3

Źródło: W. Wróblewska na podstawie danych GUS.

Ciąża u nastolatki stanowi zwykle trudne doświadczenie, komplikuje plany dotyczące edukacji i planów na przyszłość. Prawie 60% urodzeń wśród nastolatków stanowią urodzenia pozamałżeńskie, częstsze w mieście niż na wsi (tablica 108).

Tablica 108. Urodzenia pozamałżeńskie wśród nastolatków w Polsce w latach 1990-2004 (% urodzeń w wieku 15-19 lat)

Rok	Ogółem	Miasta	Wieś
1990	20,4	24,5	15,7
1991	21,8	26,6	16,6
1992	24,5	30,1	18,3
1993	28,1	34,1	21,2

**Tablica 108. Urodzenia pozamałżeńskie wśród nastolatków w Polsce w latach 1990-2004
(% urodzeń w wieku 15-19 lat) (dok.)**

Rok	Ogółem	Miasta	Wieś
1994	30,8	37,1	23,1
1995	33,2	39,7	25,0
1996	36,0	42,4	27,9
1997	38,7	45,0	30,8
1998	40,4	47,2	31,7
1999	40,1	47,4	30,9
2000	41,9	49,1	33,0
2001	43,6	54,1	36,8
2002	50,1	58,2	40,7
2003	54,1	62,6	44,4
2004	58,2	66,7	48,1

Źródło: W. Wróblewska na podstawie danych GUS.

Częstość urodzeń pozamałżeńskich wśród nastolatków wzrasta. Obserwuje się zwiększoną częstość powikłań tych ciąż i porodów (nadciśnienie tętnicze, hipotrofia płodu, wcześniactwo). Część tych ciąż podlega aborcji. W Polsce nie występuje zwiększona umieralność młodocianych matek. Obniża się bezwzględna liczba dzieci urodzonych przez nie dzieci, co nie dziwi wobec zmniejszenia ogólnej liczby urodzeń. Zmniejsza się jednak również współczynnik płodności tej grupy wiekowej (obecnie jest o połowę niższy w porównaniu z rokiem 1990), zanikają w tym względzie różnice pomiędzy dziewczętami mieszkającymi w mieście i na wsi. Częstość ciąż u nastolatków jest mniejsza w Polsce w porównaniu z sąsiadującymi krajami.

Ciąże u młodocianych są wynikiem nieumiejętności budowania przez niektórych młodych ludzi związków na trwałych podstawach. Na ten problem zwraca się uwagę przy opracowywaniu i wdrażaniu programów zdrowotnych ukierunkowanych na opóźnienie inicjacji seksualnej (rozwój więzi, przygotowanie do trwałego małżeństwa). Ciężom tym sprzyja niski poziom wykształcenia, niepełna rodzina, niski status społeczny, permissywnizm moralny oraz wczesna inicjacja seksualna.

Kształcenie młodzieży, propagowanie abstynencji seksualnej, ograniczenie dostępu młodzieży do pornografii i alkoholu, pomoc dla rodzin znajdujących się trudnej sytuacji materialnej powinny poprawić stan zdrowia prokreacyjnego dziewcząt. Szkody w zakresie zdrowia fizycznego i sfery emocjonalnej powstałe w tym okresie mogą potem mieć wpływ na całe dorosłe życie. Zwrócenie większej uwagi na przekazywanie młodym ludziom wiedzy dotyczącej prokreacji, związków pomiędzy nieodpowiedzialnym i lekkomyślnym narażeniem zdrowia i późniejszymi niepowodzeniami prokreacji powinno stanowić istotną część przygotowywanych i wdrażanych programów mających na celu poprawę stanu zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Kształtowanie postawy szacunku dla życia, odpowiedzialnego i świadomego rodzicielstwa, przygotowanie i wychowywanie do życia w rodzinie są również ważnymi składnikami tych programów.

7.9.1.3. Zapobieganie i leczenie niepłodności

Problem niepłodności dotyczy około 15% par, a czynnik żeński odpowiada za około 50-60% przypadków niepłodności (zaburzenia hormonalne, niedrożność jajowodów, czynniki immunologiczne). Na płodność kobiet wpływają: odsetek kobiet zamężnych w populacji, średni wiek kobiet decydujących się na macierzyństwo, częstość stosowania i efektywność metod planowania rodziny, częstość aborcji, czas trwania karmienia piersią, częstość współżycia seksualnego, częstość poronień i martwych urodzeń oraz częstość trwałej niepłodności.

Niepłodność jest to stan, kiedy w ciągu jednego roku współżycia bez stosowania metod i środków ograniczających płodność nie dochodzi do poczęcia dziecka. Nie jest to jednostka chorobowa o ustalonej etiologii i patogenezie, dotyczy nie jednej osoby, ale dwojga ludzi. Przy wyżej podanej definicji niepłodności jej częstość może zbliżać się do 20%. Częstość trwałej niepłodności wynosi około 10%. Nie mamy w Polsce badań epidemiologicznych oceniających częstość niepłodności. Informacje o zwiększającej się częstości niepłodności nie są dostatecznie udokumentowane. Płodność ogranicza zaawansowany wiek kobiet i mężczyzn, styl życia, niedostateczna wiedza o metodach rozpoznawania płodności i niewłaściwe korzystanie z metod ograniczających płodność, nieodpowiedzialne zachowania w sferze współżycia płciowego sprzyjające chorobom przenoszonym drogą płciową, używki, zwłaszcza palenie tytoniu, czynniki środowiskowe. Zaburzenia płodności małżeńskiej zmniejszają liczbę urodzeń. Na częstość niepłodności wywierają wpływ straty zarodków w okresie przeimplantacyjnym, nierozpoznawane bardzo wczesne poronienia i wady rozwojowe. Częstość tych niepowodzeń wzrasta z wiekiem. Wiek jest również istotnym czynnikiem ograniczającym płodność. Tylko przed 30. rokiem życia miesięczny wskaźnik płodności wynosi 20%, po 40. roku życia jest czterokrotnie mniejszy. Dlatego uważa się, że obserwowane obecnie odkładanie czasu planowanego poczęcia dziecka na późniejsze lata życia jest jedną z ważniejszych przyczyn niepłodności. Tymczasem dość powszechny jest sąd, że poczęcie i urodzenie dziecka po 35. roku życia jest czymś naturalnym, oczywistym, nad czym nie należy dyskutować.

Za mało uwagi zwraca się na profilaktykę zaburzeń płodności. Opóźnienie wieku inicjacji seksualnej, zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową, unikanie odkładania na późne lata planów prokreacyjnych, wczesne i skuteczne leczenie chorób prowadzących do niepłodności (zakażenia, endometrioza, zaburzenia hormonalne) to przykłady takich profilaktycznych działań.

Do kompleksowej, medycznej oceny niepłodnej pary przystępuje się zazwyczaj po dwóch latach nieudanych prób poczęcia, wcześniej u par po 35 roku życia. Uważa się, że wśród nie leczonych par z niepłodnością niewiadomego pochodzenia 60% kobiet zajdzie w ciążę w ciągu 3-5 lat. Tak więc nie zawsze uzasadnione jest zbyt wczesne intensywne leczenie, a zwłaszcza pochopnie określanie pary jako „niepłodnej”.

Głębokie, psychologiczne i emocjonalne aspekty niepłodności nakładają na lekarzy zajmujących się tym problemem szczególne wymagania. Niepłodność jest przyczyną zaniżonej samooceny, różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych, zwłaszcza u kobiet. Społeczna ocena biologicznego rodzicielstwa jest wysoka ze względu na przypisaną kobiecie rolę matki i oczekiwanie na podjęcie przez mężczyznę roli ojca. Koszty leczenia niepłodności (zabiegi operacyjne, leczenie hormonalne, przeciwwzapalne) są czasem wysokie, zwłaszcza leczenie hormonalne. Skuteczność leczenia zależy od przyczyny zaburzeń płodności. Istnieje potrzeba ujednoczenia standardów postępowania w leczeniu niepłodności i organizacji ośrodków zajmujących się kompleksowo tym problemem. Koszty procedur wspomagannej prokreacji nie są refundowane. Ich skuteczność w doświadczonych ośrodkach wynosi 15-25%. Indukcja owulacji, którą zwykle wówczas się przeprowadza, prowadzi czasem do zachorowań kobiet. Wśród dzieci poczętych tą drogą częściej występują poronienia i wady wrodzone. W Polsce wykonuje się około 3500 procedur prokreacji wspomagającej rocznie. Nie ma ujednoczonych w tym zakresie standardów postępowania, nie rejestruje się zabiegów, nie monitoruje skuteczności, częstości powikłań, ani rozwoju i stanu zdrowia dzieci poczętych tą drogą. Jest to w przyszłości ważne zadanie dla nadzoru specjalistycznego.

W celu zmniejszenia częstości niepłodności sprawą najważniejszą jest zwrócenie większej uwagi na pierwotną profilaktykę niepłodności. Oddziaływanie na młode pokolenie w kierunku zmiany zachowań, stylu życia, przekazywanie rzetelnej wiedzy o sposobach rozpoznawania płodności i metodach jej ograniczania powinny być uwzględnione w programach polityki zdrowotnej. Zmiany systemu podatkowego, polityki społecznej powinny sprzyjać

niepóźnionym decyzjom prokreacyjnym, wspomagać rodziny wychowujące dzieci. Duże znaczenie ma też ułatwienie dostępu do nowoczesnych i skutecznych metod diagnostyki i leczenia niepłodności, ujednoczenie standardów postępowania, zorganizowanie ośrodków medycznych zajmujących się kompleksowo i odpowiedzialnie tym problemem.

7.9.1.4. Ciąża, poród, bezpieczne macierzyństwo

Opieka prekoncepcyjna

Około 50% zarodków i 15% rozpoznanych ciąż ulega poronieniu (tablica 109). Duża część tych strat jest uwarunkowana genetycznie, części z nich prawdopodobnie można zapobiec. Ułatwić to może wprowadzenie opieki prekoncepcyjnej, dotyczącej wszystkich aktywnych seksualnie kobiet, które nie wykluczają zajścia w ciążę. Taka opieka ma szczególnie sens w odniesieniu do kobiet i par z poprzednimi stratami dzieci. Zdrowa kobieta ma większe szanse urodzić zdrowe dziecko niż kobieta chora lub nie przestrzegająca zasad zdrowego

Tablica 109. Poronienia samoistne w Polsce w latach 1990-2005

Rok	Poronienia samoistne
1990	59 454
1991	55 992
1992	51 802
1993	53 057
1994	46 970
1995	45 300
1996	45 054
1997	44 185
1998	43 959
1999	41 586
2000	41 007
2001	40 559
2002	41 707
2003	41 381
2004	42 183
2005	40 754

Źródło: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warszawa, 2001-2005.

stylu życia. Jednak zdrowe kobiety i ich partnerzy przed pierwszą ciążą powinni poddać się ocenie stanu zdrowia, wykonać niezbędne badania i szczepienia, odstawić używki, unormować masę ciała, rozpocząć suplementację diety kwasem foliowym w celu zmniejszenia ryzyka otwartych wad cewy nerwowej. Kobiety z nawracającymi poronieniami powinny być objęte opieką poradni specjalistycznych w celu określenia czynnika przyczynowego i wdrożenia odpowiedniego postępowania. W niektórych przypadkach takie działania dają dobre rezultaty.

Wdrożenie opieki prekoncepcyjnej powinno zmniejszyć częstość poronień, wad rozwojowych i wcześniactwa. Rozpoczęcie opieki medycznej w trzecim miesiącu ciąży jak to obecnie się dzieje, z pewnością nie będzie skuteczne w zmniejszeniu częstości poronień i wad dziecka.

Ujawnienie przed ciążą zagrożeń zdrowotnych, związanych np.: z nieprawidłowym żywieniem, nałogami, szkodliwymi czynnikami środowiskowymi w miejscu zamieszkania lub pracy i chorobami, pozwala na zmniejszenie ich szkodliwego oddziaływania, na wczesne leczenie chorób i zaplanowanie poczęcia w odpowiednim czasie. Właściwe postępowanie przed ciążą zwiększa szanse na urodzenie zdrowego dziecka u chorych na cukrzycę czy nadciśnienie tętnicze. Prowadzenie przed poczęciem higienicznego trybu życia, zaprzestanie palenia papierosów, zadbanie o wypoczynek sprzyjać będzie prawidłowemu rozwojowi dziecka.

Informacje i poradnictwo może docierać do potencjalnych rodziców za pośrednictwem lekarzy ginekologów, lekarzy rodzinnych, poprzez literaturę, środki masowej informacji. Istotne są porady udzielane podczas kursów przedmażeńskich lub w poradniach przedmażeńskich.

Aborcja. Obecne przepisy prawa (Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży; Dz.U. nr 17, poz. 78 z późn. zmian.) dopuszczają przerywanie ciąży w sytuacjach, kiedy ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety, jeżeli badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki) i wówczas, kiedy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (jeżeli od początku ciąży nie minęło więcej niż 12 tygodni). Do wykonania zabiegu przerywania ciąży konieczna jest zgoda kobiety lub jej ustawowego przedstawiciela. Lekarz może odmówić wykonania zabiegu pod warunkiem, że zwłoka nie spowoduje zagrożenia dla życia kobiety, ma jednak obowiązek wskazania innego lekarza, który ten zabieg wykona. Przerwanie ciąży ze względu na zdrowie matki lub zaburzenia rozwojowe lub chorobę płodu może być wykonane wyłącznie w szpitalu. Minister Zdrowia stwierdził, że szpitale nie mogą powoływać się na klauzulę sumienia i odmówić wykonania zabiegu, jego dyrektor powinien zatrudnić lekarza, który wykonuje zabiegi przerywania ciąży. W większości krajów europejskich przerywanie ciąży możliwe jest ze wskazań społecznych. Na Malcie jest całkowicie zabronione.

Nie jest znana dokładna liczba aborcji w Polsce. Oficjalnie podawana w sprawozdaniach Rady Ministrów liczba zabiegów wynosi w ostatnich latach około 200 rocznie (tablica 110). Nie znamy wielkości tzw. podziemia aborcyjnego. Podawana przez niektóre organizacje kobiece liczba kilkuset tysięcy wydaje się niewiarygodna ze względu na błędy w ocenie epidemiologicznej leżącej u podstaw tych szacunków. Różne są pozaprawne uwarunkowania częstości wykonywania aborcji. Na częstość aborcji ma z pewnością wpływ system wartości i miejsce w nim wartości ludzkiego życia od momentu poczęcia. W Polsce zgon kobiety w związku z aborcją zdarza się co kilka lat, co pośrednio potwierdza niewielki zakres „podziemia aborcyjnego”. Przerwanie ciąży wpływa niekorzystnie na fizyczne i psychiczne zdrowie kobiet. Częstość powikłań zabiegu zależy od jego techniki, zaawansowania ciąży i rodności kobiety. Do wczesnych powikłań należy krwotok, zakażenie, powikłania anestetyczne, do odległych – zaburzenia płodności, zaburzenia przebiegu następnych ciąż i porodów (poronienia, porody przedwczesne) oraz tzw. zespół proaborcyjny, na który składają się zaburzenia natury psychologicznej dotyczące kobiet i mężczyzn.

Tablica 110. Urodzenia żywe, przerywania ciąży w Polsce w latach 1990-2005

Rok	Urodzenia żywe w tys.	Ogólna liczba zabiegów przerywania ciąży (w szpitalach)	Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	Z powodu wskazań medycznych odnoszących się do płodu	W wyniku czynu zabronionego
1990	545,8	23 875			
1991	549,0	11 988			
1992	513,6	4 442			
1993	492,9	685			
1994	481,3	782	689	74	19
1995	433,1	559	515	33	7
1996	428,2	489	442	39	8
1997	412,7	3 047	409	107	7
1998	395,6	310	211	46	53

Tablica 110. Urodzenia żywe, przerwania ciąży w Polsce w latach 1990-2005 (dok.)

Rok	Urodzenia żywe w tys.	Ogólna liczba zabiegów przerwania ciąży (w szpitalach)	Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	Z powodu wskazań medycznych odnoszących się do płodu	W wyniku czynu zabronionego
1999	382,0	145	94	50	1
2000	378,3	138	81	55	2
2001	368,2	1254	63	56	5
2002	353,7	159	71	82	6
2003	351,1	174	59	112	3
2004	357,9	193	62	128	3
2005	364,4	225	54	168	3

Źródło: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warszawa, 2001-2005.

Aborcja wpływa niekorzystnie na zdrowie prokreacyjne kobiet. Ograniczenie częstotliwości wykonywania tej procedury powinno zmniejszyć liczbę powikłań późniejszych ciąży i porodów.

Edukacja i promocja zdrowia podczas ciąży

Postępy medycyny matczyno-płodowej, technologii medycznej, zmiany organizacji opieki położniczej i neonatologicznej przyczyniły się do obniżenia umieralności i zachorowalności okołoporodowej. Równocześnie poprawiły się warunki socjalno-ekonomiczne, dbałość o higienę, zwiększyła się świadomość związku pomiędzy odpowiednim zachowaniem oraz stylem życia przed ciążą i podczas ciąży a urodzeniem zdrowego dziecka.

Edukacja przedporodowa to działania podejmowane w okresie ciąży mające na celu zwiększenie wiedzy obojga rodziców na temat przebiegu procesów prokreacji oraz możliwości ich aktywnego uczestniczenia w procedurach okołoporodowych. Celem edukacji przedporodowej jest również zmiana postaw rodziców, zmniejszenie ich obaw i lęku. W rezultacie powinno to zmniejszyć ryzyko powikłań ciąży, porodu i położu, poprawić satysfakcję rodziców, ich pewność siebie w wypełnianiu ról rodzicielskich, zmniejszyć ryzyko zachorowań i zgonów noworodków oraz niemowląt. Zapotrzebowanie na edukację przedporodową wynika w naturalny sposób z przemian społecznych i kulturowych.

Poznanie przez lekarza i położną indywidualnych preferencji i oczekiwań pary pomaga w bezpiecznym prowadzeniu porodu, przy uwzględnieniu ważnych dla rodzącej i jej męża oczekiwań. Zdobyta przez rodziców wiedza jest im potrzebna w dokonywaniu wyborów, uczestniczeniu w podejmowaniu decyzji. Szkoła dla rodziców pozwala im wywierać w sposób rozsądny wpływ na tok opieki położniczej. Można wykorzystać edukację przedporodową dla podniesienia poziomu tej opieki, zwiększenia stopnia jej akceptacji przez rodziny, promocji optymalnego modelu, dostosowanego do miejscowych warunków i potrzeb. Edukację rodziców od dawna uznaje się za pożyteczną i skuteczną w zapobieganiu powikłaniom ciąży i porodu oraz promocji prozdrowotnych zachowań. Jest ona pożyteczna dla całej populacji kobiet ciężarnych i ich partnerów bez względu na stopień ryzyka.

Okres ciąży jest korzystny dla przekazywania informacji, oddziaływania na zachowania i styl życia ponieważ kobieta i jej mąż są wówczas szczególnie zmotywowani nie tylko do zdobywania wiedzy, ale także zmiany podejścia. Zmiana ich zachowań nie następuje automatycznie, zależy od wiarygodności źródła informacji, sposobu ich przekazywania. Efektywność w skali makro zależy od dostępności edukacji. Szkoły dla rodziców powinny być bezpłatne. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do rodzin, których stopień zamożności jest niewielki, gdzie brak odpowiednich nawyków higienicznych. Z takich środowisk pochodzi większość niepowodzeń prokreacji i tam edukacja przedporodowa przyniesie szczególnie dobre rezultaty. Zmiana postaw i przyzwyczajzeń na sprzyjające zdrowiu spowoduje zmniejszenie częstotliwości powikłań ciąży i zachorowań dzieci.

Zgony okołoporodowe płodów i noworodków

Im wcześniejszy okres życia dziecka przed urodzeniem, tym częściej zdarzają się zgony zarodków i płodów spowodowane różnymi czynnikami, najczęściej letalnymi nieprawidłowościami rozwoju. Liczba martwych urodzeń i zgonów noworodków łącznie tworzy współczynnik umieralności okołoporodowej. Jego wielkość odzwierciedla ogólny poziom rozwoju cywilizacyjnego i ekonomicznego, styl życia, jakość opieki medycznej. Dane, za pomocą których określa się wielkość współczynnika, pochodzą z dwóch źródeł. Jednym są informacje zawarte w zaświadczeniach o urodzeniu żywym lub martwym, których zawartość analizowana jest przez GUS. Dyrektorzy szpitali są zobowiązani przysyłać corocznie do Ministerstwa Zdrowia wypełniony formularz MZ-29 zawierający informacje o liczbach noworodków w różnych klasach masy ciała oraz o liczbie zgonów i noworodków. Informacje publikowane przez GUS dotyczą noworodków według miejsca zamieszkania ich matek, natomiast dane Ministerstwa Zdrowia pozwalają na ocenę działalności szpitali, ponieważ grupują informacje według miejsca urodzenia. Obydwie grupy danych uzupełniają się wzajemnie.

Współczynnik umieralności okołoporodowej zmniejsza się systematycznie, od 10,84‰ w 1999 r. do 8,04‰ w 2005 roku (tablica 111).

Tablica 111. Umieralność okołoporodowa – Polska 2005 (masa ciała > 500g)

	Województwo	Zgony ‰
	Opolskie	5,75
	Lubelskie	7,10
	Lubuskie	7,23
	Mazowieckie	7,33
	Łódzkie	7,49
	Wielkopolskie	7,50
	Kujawsko-Pomorskie	7,89
	Zachodniopomorskie	8,09
	Małopolskie	8,12
	Podlaskie	8,23
	Warmińsko-Mazurskie	8,28
	Śląskie	8,59
	Świętokrzyskie	8,75
	Podkarpackie	9,02
	Pomorskie	9,17
	Dolnośląskie	9,32
2005	POLSKA	8,04
2004	POLSKA	8,47

Źródło: dane GUS.

Duże różnice pomiędzy województwami mogą świadczyć o możliwości dalszego zmniejszenia częstości zgonów. Wartość różnic w ostatnich latach się zmniejsza. W ostatnim dziesięcioleciu najwyższy współczynnik umieralności okołoporodowej dotyczył województwa dolnośląskiego. Cennych informacji dostarcza analiza umieralności okołoporodowej w poszczególnych klasach urodzeniowej masy ciała (tablica 112).

Tablica 112. Umieralność okołoporodowa – Polska 2005 (masa ciała 500-999)

Województwo		Zgony ‰
	Lubuskie	416,7
	Lubelskie	475,7
	Zachodniopomorskie	486,5
	Warmińsko-Mazurskie	491,8
	Łódzkie	500,0
	Opolskie	500,0
	Kujawsko-Pomorskie	509,3
	Mazowieckie	554,6
	Śląskie	588,0
	Dolnośląskie	589,1
	Małopolskie	589,7
	Pomorskie	591,2
	Podkarpackie	598,2
	Wielkopolskie	606,7
	Świętokrzyskie	642,9
	Podlaskie	683,3
2005	POLSKA	560,3
2004	POLSKA	559,0

Źródło: Troszyński M., Banach B. „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w Polsce – rok 2005 oraz w latach 1999-2005”, Warszawa 2006.

W każdej z klas tej wagi uzyskuje się stopniową poprawę wskaźników. Wielkość ogólnego współczynnika umieralności okołoporodowej zależy w dużym stopniu od częstości małej urodzeniowej masy ciała w danej populacji. Im więcej wcześniactwa czy hipotrofii płodu (masa ciała za mała dla danego wieku ciąży), tym więcej dzieci umiera. Profilaktyka wcześniactwa nie daje jednak zadawalających rezultatów. Odsetek małej urodzeniowej masy ciała zależy od wieku matki. Wysoki jest wśród matek młodocianych, rośnie wraz z wiekiem po 30. roku życia (tablica 113).

Tablica 113. Urodzenia w 2005 roku wg wagi noworodka oraz wieku matki

Waga noworodka	Ogółem		Wiek matki w latach ukończonych													
			19 lat i mniej		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2499-1000	21447	5,86	1501	7,74	5484	5,72	7054	5,12	4611	5,80	2112	7,86	646	10,4	39	11,75
999-500	1824	0,50	135	0,70	433	0,45	533	0,39	417	0,52	226	0,84	77	1,24	3	0,90

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Częstość wcześniactwa nie ulega zmianie lub lekko wzrasta; około 0,5% urodzeń dotyczy noworodków z masą ciała poniżej 1000 g (tablica 114).

Tablica 114. Częstość urodzeń w klasach masy urodzeniowej – Polska 2005

Województwo		Urodzenia ogółem	500-999g	500-2499g
		%	%	%
POLSKA		100,0	0,50	6,36
1	Dolnośląskie	7,07	0,50	6,67
2	Kujawsko-pomorskie	5,61	0,53	6,43
3	Lubelskie	5,85	0,48	6,10

Tablica 114. Częstość urodzeń w klasach masy urodzeniowej – Polska 2005 (dok.)

Województwo		Urodzenia ogółem	500-999g	500-2499g
		%	%	%
POLSKA		100,0	0,50	6,36
4	Lubuskie	2,72	0,48	6,61
5	Łódzkie	6,20	0,62	7,11
6	Małopolskie	8,91	0,48	6,14
7	Mazowieckie	13,7	0,46	5,92
8	Opolskie	2,33	0,33	5,84
9	Podkarpackie	5,62	0,54	6,36
10	Podlaskie	3,02	0,54	5,70
11	Pomorskie	6,44	0,58	6,27
12	Śląskie	11,2	0,57	7,09
13	Świętokrzyskie	3,15	0,49	6,22
14	Warmińsko-Mazurskie	4,06	0,41	6,13
15	Wielkopolskie	9,68	0,42	5,82
16	Zachodniopomorskie	4,42	0,46	7,13

Źródło: Troszyński M., Banach B., „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w Polsce – rok 2005 oraz w latach 1999-2005”, Warszawa 2006.

Pomimo to obniża się częstość zgonów okołoporodowych co świadczy o poprawie jakości opieki medycznej. Natomiast brak postępu w zmniejszaniu częstości wcześniactwa może wynikać z dwóch przyczyn. Jedną to zwiększenie częstości ciąży wielopłodowych w wyniku coraz częstszego stosowania wspomaganego prokreacji. Drugą przyczyną może być wywoływanie porodu przedwczesnego w celu uniknięcia wewnątrzmacicznego zgonu płodu. Nie poddaje się zgonów okołoporodowych systematycznej analizie przyczynowej, co utrudnia ich prewencję. Taka analiza powinna być prowadzona w szpitalach i w regionach. Najczęstsze przyczyny zgonów okołoporodowych to wady rozwojowe, wcześniactwo, zakażenia. Bardzo niskie współczynniki umieralności okołoporodowej w niektórych krajach Europy Zachodniej wynikają w dużym stopniu z faktu, że rzadziej dochodzi tam do porodów dzieci z wadami rozwojowymi. Znaczna ich część po rozpoznaniu przy pomocy metod diagnostyki prenatalnej podlega aborcji (tablica 115).

Tablica 115. Urodzenia żywe, mała masa urodzeniowa (<2500g) i umieralność niemowląt w wieku 0-6 dni wg masy urodzeniowej w latach 1994-2003

Rok	Urodzenia żywe	Urodzenia żywe <2500g (%)	Zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych				
			Ogółem	o masie urodzeniowej *			
				500-999g	1000-1499g	1500-2499g	2500g i powyżej
1994	481285	7,2	9,0	680,6	235,4	34,5	1,9
1995	433109	6,7	8,0	683,0	239,9	30,5	1,9
1996	428203	6,4	6,9	622,2	199,9	29,4	1,7
1997	412635	6,1	5,7	536,3	166,1	26,1	1,6
1998	395619	6,2	5,2	536,9	145,6	22,1	1,4
1999	382002	6,0	4,7	505,4	127,0	20,1	1,3
2000	378348	5,7	4,1	461,6	124,2	18,7	1,1
2001	368205	5,9	3,9	439,5	112,8	16,8	1,0
2002	353765	6,0	3,8	429,3	100,5	14,3	0,9
2003	351072	5,9	3,7	404,8	102,1	15,1	0,9

* dane szacunkowe z powodu występowania braków danych o masie urodzeniowej zmarłych niemowląt.

Źródło: dane GUS.

Zgony matek

Macierzyństwo czasem prowadzi do zgonu matki, ciężkiego zachorowania i inwalidztwa. Na świecie z powodu powikłań porodu umiera co najmniej pół miliona kobiet rocznie. Jest to prawdziwa epidemia, z której rozmiarów na ogół nie zdajemy sobie sprawy, wymagająca pilnego podjęcia odpowiednich działań. Przepaść pomiędzy krajami rozwiniętymi a rozwijającymi się jest największa w tym obszarze. Przemoc wobec kobiet może więc wynikać nie tylko ze skierowanej przeciwko nim agresji, ale także zaniechania. Częstość zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem jest w Polsce mała, jednak nie wszystkie zgony są uwzględnione w statystykach. Problem przypadków nie poddanych analizie dotyczy większości krajów. Mała i coraz mniejsza liczba przypadków zgonów kobiet powoduje, że wskaźnik umieralności matek nie jest w krajach rozwiniętych dobrym miernikiem jakości opieki okołoporodowej. Przydatne są natomiast szczegółowe analizy pojedynczych przypadków zgonów. Dostarczają one wiedzy na temat organizacji i merytorycznej zawartości opieki w przypadkach nagłych, pozwalają identyfikować czynniki możliwe do uniknięcia, których eliminacja stworzy możliwość uniknięcia zgonu matki w podobnych okolicznościach. Takie analizy są w Polsce przeprowadzane od lat, pierwsza w szpitalu, gdzie zgon miał miejsce, potem w Instytucie Matki i Dziecka.

Zgony matek położnicze dzieli się na bezpośrednie, gdy przyczyna zgonu związana jest z przebiegiem ciąży lub porodu oraz pośrednie, gdy doszło do zaostrzenia istniejących już problemów zdrowotnych przez zjawiska fizjologiczne towarzyszące ciąży. Zgony niepołożnicze nie są związane z ciążą, są to na przykład wypadki komunikacyjne. Nie analizuje się powszechnie częstości ciężkich zachorowań matek, prowadzących czasem do inwalidztwa. Z zadowoleniem należy powitać inicjatywę zmierzającą do wprowadzenia od przyszłego roku w niektórych krajach europejskich, w tym w Polsce, systemu zbierania i analizy przypadków rzadko występujących, a ciężkich powikłań położniczych.

Częstość zgonów matek w Polsce się zmniejsza. Ich najczęstsze przyczyny bezpośrednie położnicze to krwotoki, nadciśnienie tętnicze, zakażenia i choroba zakrzepowo-zatorowa (tablica 116).

W 2004 roku po raz pierwszy krwotoki położnicze przestały być najważniejszą przyczyną zgonów; jest to charakterystyczne dla krajów, gdzie jakość opieki położniczej jest wysoka. Ponad połowa zgonów dotyczy przypadków, kiedy ciążę lub poród ukończono cesarskim cięciem. Nie oznacza to, że cięcie było ich przyczyną, jednak fakt ten stanowi ważny przyczynek do dyskusji nad zwiększającym się corocznie wskaźnikiem cesarskich cięć. Częstość zgonów zależy też od wieku matek, rośnie wraz z zaawansowaniem wieku. Nie obserwujemy w Polsce zjawiska podawanego w literaturze o większej częstości zgonów matek młodocianych, przed 19 rokiem życia. Większość matek zmarła we wczesnym okresie porodu, u części z nich stwierdzono niedostateczną opiekę medyczną podczas ciąży. Sprawą najistotniejszą jest dokładna analiza każdego przypadku zgonu i wyciąganie odpowiednich wniosków. Należy też wdrożyć analizę ciężkich powikłań położniczych, które nie zakończyły się zgonem.

Tablica 116. Zgony matek w Polsce w latach 1991-2000 – współczynnik zgonów matek według przyczyn /100tys. żywych urodzeń

Rok	Liczba żywych urodzeń w tys.	Zgony położnicze bezpośrednie i pośrednie							Zgony niepołożnicze	
		ogółem		krwotoki wsp.	zakażenia wsp.	gestozy wsp.	zatory wsp.	pośrednie wsp.	liczba	wsp
		liczba	wsp.							
1991	532,6	80	15,0	5,2	3,0	3,2	3,6	-	45	8,4
1992	518,7	58	11,2	4,4	2,7	3,1	1,0	-	37	7,1
1993	482,6	60	12,4	4,1	2,5	1,2	1,9	2,7	24	4,9

Tablica 116. Zgony matek w Polsce w latach 1991-2000 – współczynnik zgonów matek według przyczyn /100tys. żywych urodzeń (dok.)

Rok	Liczba żywych urodzeń w tys.	Zgony położnicze bezpośrednie i pośrednie							Zgony niepołożnicze	
		ogółem		krwotoki	zakażenia	gestozy	zatory	pośrednie	liczba	wsp
		liczba	wsp.	wsp.	wsp.	wsp.	wsp.	wsp.		
1994	464,2	48	10,3	3,4	3,4	0,7	1,9	0,9	23	4,9*
1995	432,7	55	12,7	1,9	3,9	2,5	2,3	2,1	19	4,4
1996	420,6	33	7,9	1,4	2,1	0,55	1,2	2,6	25	5,9
1997	401,38	45	11,2	3,0	2,2	1,0	3,0	2,0	13	3,2
1998	395,6	30	7,6	1,3	1,5	1,3	1,2	2,3	14	3,5
1999	382,0	28	7,3	1,8	1,3	0,3	2,6	1,3	6	1,6
2000	373,8	29	7,7	2,9	1,6	0,8	1,6	0,8	12	3,2
2001	368,2	31	8,4	2,7	1,6	1,1	0,6	2,4	3	0,8
2002	353,7	26	7,3	1,9	0,6	1,9	0,6	2,3	5	1,4
2003	351,1	26	7,4	2,3	-	1,1	1,7	2,3	7	2,0
2004	356,2	24	6,7	1,1	1,1	1,4	1,1	1,4	2	0,6

Źródło: Troszyński M. „Zgony matek – Polska 2001”; 2001-2004 – Instytut Matki i Dziecka – Raport 2006.

Cięcia cesarskie

Zwiększająca się częstość cięć cesarskich (ostatnio 27%) w coraz mniejszym stopniu uwarunkowana jest koniecznością ochrony życia lub zdrowia matki lub dziecka i zwiększa niepotrzebnie zachorowalność kobiet (tablica 117).

Tablica 117. Cięcia cesarskie w Polsce w latach 1999-2005

Rok	Cięcia cesarskie	
	Liczba	w %
1999	68 453	18,2
2000	73 234	19,5
2001	76 409	21,1
2002	81 028	23,1
2003	85 473	24,6
2004	92 121	26,3
2005	98 059	27,2

Źródło: Troszyński M., Banach B. „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w Polsce – rok 2005 oraz w latach 1999-2005”, Warszawa 2006.

Dowodem, że nie zawsze wykonanie cięcia następuje ze względu na powikłania ciąży lub porodu albo ze względu na stan zdrowia matki jest duże zróżnicowanie przestrzenne cięć cesarskich w Polsce. W województwie o najniższym odsetku cięć notowano ich 21,3%, ich najwyższa częstość to 34% (tablica 118).

Dużo cięć cesarskich wykonuje się bez istotnych wskazań, czasem na prośbę rodziców. Częstość tego zjawiska nie jest znana. Trudno wytłumaczyć wysoki odsetek cięć w małym szpitalu na podstawowym poziomie opieki, gdzie nie prowadzi się porodów w ciąży powikłanej. Nadzór specjalistyczny nie może uchylać się od zajęcia stanowiska w tej sprawie. Nieuzasadnione cięcia cesarskie to nieuzasadnione wydatki, nieuzasadnione zagrożenie dla zdrowia i życia matki i zmniejszenie płodności ponieważ kobiety po cięciach cesarskich obawiają się większej ich liczby. Konieczne wydaje się prowadzenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na optymalizację opieki okołoporodowej, zmniejszenie częstości wad rozwojowych i wcześniactwa, zmniejszenie częstości zdrowotnych następstw wcześniactwa.

Zapewnienie kobietom w ciąży i po urodzeniu dziecka stabilizacji zatrudnienia, możliwości pracy w niepełnym wymiarze godzin wydłużenie urlopu macierzyńskiego, zwiększenie wysokości zasiłku, upowszechnienie bezpłatnych szkół rodzenia, wsparcie finansowe inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” promującej karmienie piersią powinny przynieść poprawę zdrowia prokreacyjnego kobiet i wyników rodzicielstwa.

Tablica 118. Cięcia cesarskie – Polska 2005

Województwo		Cięcia cesarskie	
		liczba	%
	Pomorskie	4895	21,3
	Kujawsko-Pomorskie	4432	22,2
	Lubuskie	2239	23,1
	Wielkopolskie	8721	24,5
	Opolskie	2092	25,1
	Warmińsko-Mazurskie	3692	25,5
	Zachodniopomorskie	4028	26,2
	Mazowieckie	13255	26,3
	Małopolskie	8737	26,7
	Śląskie	11281	27,7
	Świętokrzyskie	3126	29,0
	Lubelskie	6069	29,5
	Łódzkie	6587	29,8
	Podlaskie	3555	33,0
	Dolnośląskie	8468	33,5
	Podkarpackie	6882	34,0
2005	POLSKA	98059	27,2
2004	POLSKA	92121	26,3

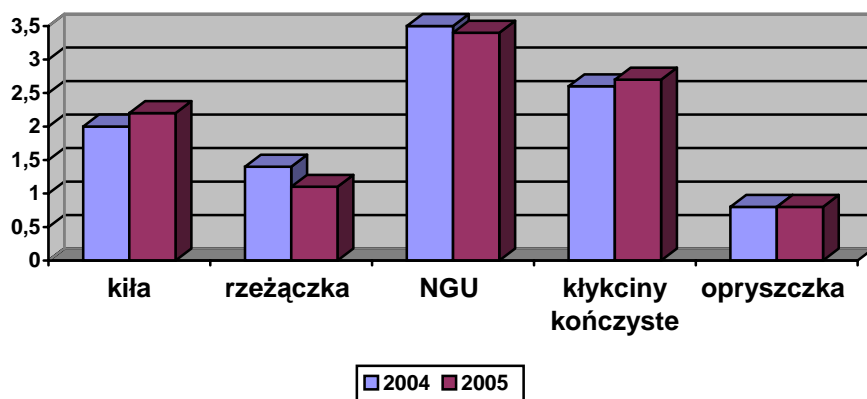
Źródło: Troszyński M., Banach B. „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w Polsce – rok 2005 oraz w latach 1999-2005”, Warszawa 2006.

7.9.1.5. Choroby przenoszone drogą płciową

Współczesna obyczajowość sprzyja zwiększaniu się częstości zakażeń narządów płciowych. Niektóre z nich, zwłaszcza jeżeli dotyczą młodych kobiet, są przyczyną niepłodności, raka szyjki macicy, przewlekłych dolegliwości, pogorszenia jakości życia kobiet, poronień, zakażeń i zaburzeń rozwojowych u potomstwa. Choroby przenoszone drogą płciową mogą ułatwiać sobie wzajemnie zakażenie. Nieswoiste zapalenie narządów płciowych może sprzyjać szerzeniu się zakażenia HIV.

Najczęstsze choroby przenoszone drogą płciową to zakażenie wirusem brodawczaka (HPV), opryszczka narządów płciowych, rzeżączka, kiła, zakażenie Chlamydia i HIV. Niepłodność lub ograniczenie płodności to nierzadkie następstwo tych chorób, zwłaszcza rzeżączki i zakażenia Chlamydia. Prowadzą one, zwłaszcza u młodych kobiet, do zakażenia narządów miednicy małej i czasem do niedrożności lub upośledzenia drożności jajowodów. Zwiększa się wówczas częstość ciąży pozamacicznej, płodność jest zmniejszona lub całkowicie znika. Kobieta może doświadczać przewlekłych bólów w miednicy utrudniających współżycie, pogarszających jakość życia. Wczesne rozpoznanie zakażenia i właściwe leczenie pozwalają uniknąć tych następstw (wykres 110).

Wykres 110. Zapadalność na choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w latach 2003-2004



Źródło: Rudnicka I. Majewski S., *Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2005 r. w świetle danych z 2004 r.*, „Przegląd dermatologiczny”, 2006.

Rak szyjki macicy uważany jest, w pewnym sensie, za chorobę przenoszoną drogą płciową, bowiem jest często następstwem zakażenia onkogennymi typami HPV. Zakażenie to może prowadzić do upośledzenia płodności, jeśli rozpoznanie stanu przednowotworowego lub raka szyjki macicy spowoduje konieczność zabiegu operacyjnego.

Zakażenie narządów płciowych u kobiety może spowodować zakażenie płodu i/lub noworodka. To z kolei, w zależności od rodzaju drobnoustroju i okresu ciąży, może prowadzić do poronienia, obumarcia płodu, porodu przedwczesnego, powstania zaburzeń rozwojowych u dziecka lub jego choroby.

Zakażenie HIV/AIDS

W Europie zmniejsza się częstość choroby AIDS będącej wynikiem zakażenia HIV. Częstość zakażeń u kobiet jest mniejsza niż u mężczyzn, wykazuje jednak tendencję wzrostową, dotyczy to również naszego kraju. Około 30% ogółu zakażonych to kobiety. Może to prowadzić do zwiększenia zagrożenia zakażenia drogą heteroseksualną oraz zakażenia wertykalnego dziecka podczas ciąży i porodu. Inne najważniejsze drogi zakażenia to kontakty homoseksualne i dożylnie stosowanie narkotyków. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest wyjątkowa, jeżeli porównać z wszystkimi krajami sąsiadującymi. To niewątpliwie cieszy, ale wymaga uwagi w związku z migracjami i podróżami. Krajowe Centrum d.s. AIDS zapewnia realizację zadań w zakresie profilaktyki i leczenia. Obserwuje się zmniejszenie częstości zakażeń drogą wertykalną dzieci podczas ciąży i porodu, co jest następstwem skutecznego leczenia podczas ciąży i przestrzegania zaleceń dotyczących prowadzenia porodu. Corocznie ponad 100 kobiet w ciąży otrzymuje leki retrowirusowe. Dostępne są bezpłatne badania w kierunku zakażenia HIV u kobiet w ciąży. Skomplikowana dokumentacja programu tych badań i zawierająca wiele niepotrzebnych pytań ankieta (m.in. o płeć ciężarnej) nie sprzyjają ich upowszechnieniu. Poprawiła się dostępność do anonimowych i bezpłatnych badań i poradnictwa, są one dostępne w każdym województwie. Osoby z zakażeniem HIV i chorobą AIDS mają zapewnione bezpłatne leczenie.

W celu skutecznej profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób przenoszonych drogą płciową konieczne jest uzyskiwanie wiarygodnych danych epidemiologicznych pozwalających monitorować sytuację w ujęciu czasowym i geograficznym. Tymczasem można mieć zastrzeżenia do możliwości rozpoznawania i systemu zgłaszania zakażeń. Prawdopodobnie faktyczna liczba zakażeń jest większa od raportowanej.

Według dostępnych danych zmniejsza się częstość przypadków kiły wrodzonej i przypadków rzeżączki. Badania przesiewowe w kierunku kiły podczas ciąży są realizowane w odróżnieniu od innych grup pacjentów. Jednak dostępność do innych badań, na przykład diagnostyki zakażeń Chlamydia, jest ograniczona. Zmniejsza to możliwość wczesnego rozpoznawania i podjęcia wczesnego, skutecznego leczenia. Poprawa krajowego systemu zbierania i analizy danych epidemiologicznych dotyczących zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową w tym zakażenia HIV oraz wprowadzenie obowiązku zgłaszania zakażeń i bezpłatnego leczenia powinny poprawić sytuację w zakresie rozpoznawania i leczenia tych chorób. Istotne jest również opracowanie i wdrożenie programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na upowszechnienie badań przesiewowych. Należałoby zwrócić uwagę na dokumentację tych programów, które dotyczą wrażliwej sfery życia, aby niewłaściwe zaprogramowanie ankiet nie odstręczało od nich personelu medycznego i uczestników. Konieczne jest upowszechnienie wiedzy o zagrożeniach dla zdrowia prokreacyjnego związanych z zakażeniami i o sposobach prewencji (styl życia, monogamiczne związki, szczepienia ochronne, badania przesiewowe u kobiet przed ciążą i podczas ciąży) oraz edukacja i poradnictwo dotyczące odpowiedzialnych zachowań seksualnych, zwłaszcza wśród młodzieży i kobiet w ciąży. Rzeczą oczywistą jest zapewnienie dostępności metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia HIV.

Wnioski:

Konieczne jest podjęcie badań nad uwarunkowaniami i obecnym stanem prokreacyjnego zdrowia kobiet. Należy ustalić zakres informacji, które pozwolą określać stan zdrowia prokreacyjnego, miejsce i sposób ich analizy oraz formułowania wniosków.

Należy inicjować, opracować i wdrażać programy zdrowotne zgodne z kompleksową polityką w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Systematyczna ewaluacja ich wyników pozwoli dostosowywać działania do bieżących potrzeb.

7.9.2 Stan zdrowia dzieci i młodzieży

7.9.2.1. Wprowadzenie

Ogólna ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce

Dzieci są naszą inwestycją dla przyszłości. Dobry stan zdrowia począwszy od okresu życia wewnątrzłonowego aż do okresu dojrzewania stanowi źródło nadziei na postęp społeczny i ekonomiczny Polski, zaś choroby i zaburzenia rozwoju dzieci pociągają za sobą wielorakie negatywne następstwa. Chore dziecko wymaga od rodziców dodatkowych środków finansowych, co może powodować zubożenie rodzin i prowadzić do pogorszenia sytuacji rodzeństwa chorego dziecka. Istnieją również obciążenia finansowe systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej, czasami rozciągające się na dorosłe życie. Zaburzenia rozwoju poznawczego i społecznego mogą przyczynić się do trwałej niepełnosprawności, często przenoszonej na następne pokolenia. Inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży uzasadniają trzy przesłanki: 1) moralny i prawny obowiązek ochrony dzieci i promowania ich praw, co wynika z zapisów *Konstytucji RP* i ratyfikowanej przez Polskę *Konwencji o prawach dziecka* oraz z przyjętych przez Polskę *Milenijnych Celów Rozwoju*; 2) oczekiwane korzyści socjalne odczuwane przez całe społeczeństwo i poszczególnych jego członków; 3) promocja długofalowego postępu ekonomicznego i najbardziej efektywne wykorzystanie środków finansowych, gdy inwestowanie w dzieci i młodzież będzie nacelowane na właściwie dobrane etapy wieku rozwojowego.

Dzieci w Polsce cieszą się dzisiaj na ogół lepszym stanem odżywiania, zdrowia i rozwoju niż kiedykolwiek w przeszłości. Trwający w Polsce od 17 lat proces transformacji ustro-

jowej wywarł jednak zróżnicowany wpływ na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży. W ciągu dekady lat 90. o jedną piątą obniżył się wskaźnik wcześniactwa; współczynnik umieralności okołoporodowej spadł o połowę, a współczynnik umieralności niemowląt nawet o 60%. Wskaźnik zgonów dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w 2000 r. był ponad dwukrotnie niższy niż w 1990 roku, umieralność dzieci zmalała zwłaszcza w młodszych grupach wiekowych. Realizacja programu szczepień ochronnych pozwoliła na wyeliminowanie zachorowań na błonicę i *poliomyelitis* oraz na radykalne zmniejszenie zapadalności dzieci na odrę i wirusowe zapalenie wątroby. Wyniki leczenia dzieci obciążonych wrodzonymi wadami serca i chorobami nowotworowymi uległy znaczącej poprawie, osiągając poziom krajów rozwiniętych.

Te niewątpliwe osiągnięcia okresu transformacji rozkładają się nierówno wśród populacji polskich dzieci. Przyczyny wielu zagrożeń i problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce tkwią w zaniedbaniach opieki i nasileniu się zjawisk patologicznych, ale należy brać pod uwagę także istotne ograniczenia, jakie narzucają rodzinom i opiekunom uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, w tym ubóstwo, oraz jakość, zakres i dostępność opieki profilaktyczno-leczniczej i pomocy socjalnej.

Pozostały krytyczne wyzwania i ujawniły się nowe zagrożenia. Nadal wskaźnik wcześniactwa i współczynniki umieralności okołoporodowej i niemowląt są dwukrotnie wyższe niż w większości krajów Unii Europejskiej, a tempo spadku tych wskaźników w roku 2002 uległo w Polsce spowolnieniu - liczba noworodków i niemowląt, których śmierci można byłoby zapobiec, gdyby zostały w pełni wdrożone znane procedury zapobiegawczo-lecznicze, szacowana jest na 1200 rocznie. Wzrasta liczba dzieci obciążonych niepełnosprawnością, jednak nie są w pełni wykorzystywane istniejące możliwości w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i kompleksowego leczenia tych dzieci. Nasilają się wśród młodzieży postawy i zachowania antyzdrowotne i antyspołeczne, narasta zjawisko przemocy a podejmowane kroki zaradcze nie są adekwatne do rangi problemu. Powracają zagrożenia epidemiczne w zbiorowiskach dziecięcych, w tym na oddziałach szpitalnych.

Także w naszym kraju notuje się nadreprezentację dzieci wśród osób biednych. Poszerza się sfera ubóstwa – dzisiaj co 6-te dziecko w Polsce żyje w warunkach ubóstwa względnego, a co 12-te poniżej minimum egzystencji. Poszerzające i utrwalające się ubóstwo znacznej części społeczeństwa zaczyna być w Polsce największą przeszkodą w zaspokajaniu podstawowych potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, rozwojowych i socjalnych dzieci oraz w wypełnianiu praw należnych dzieciom. W okresie transformacji nastąpił rozpad systemu monitorowania i nadzoru organizacyjnego w opiece nad matką i dzieckiem oraz systemu medycyny szkolnej, a podjęte w 2000 roku i przynoszące dobre wyniki działania zaradcze, nie są od 2002 roku kontynuowane. Obecny system finansowania świadczeń nie gwarantuje dzieciom, młodzieży w wieku obowiązkowego nauczania i kobietom ciężarnym, pełnej, adekwatnej do potrzeb zdrowotnych, powszechnej opieki medycznej, w tym stomatologicznej.

W opracowanym w Biurze Rzecznika Praw Dziecka projekcie *Narodowej Strategii na Rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży* wyodrębniono następujące priorytetowe obszary działań: zdrowie matki i noworodka; odżywianie; choroby zakaźne; urazy i przemoc; środowisko naturalne; zdrowie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju psychospołecznego i zdrowia psychicznego; zdrowie jamy ustnej.

W niniejszej pracy wybrano do bardziej szczegółowego omówienia te problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce, które stanowią główną przyczynę zgonów, niekorzystnie wyróżniając nasz kraj wśród innych państw Unii Europejskiej i którym można skutecznie zapobiegać pod warunkiem wdrożenia znanych, skoordynowanych działań prewencyjnych (*urazy i przemoc*); są przyczyną narastających w Polsce i w Europie niepokojących zjawisk, takich jak depresja, samobójstwa, alkoholizm, nikotynizm, narkomania, przemoc, co wymaga podjęcia skoordynowanych działań zaradczych (*zaburzenia zdrowia*

psychicznego); są główną chorobową przyczyną zgonów, ale jakość opieki medycznej w Polsce jest w zasadzie porównywalna z poziomem leczenia w krajach bogatych (*choroby nowotworowe*) oraz stanowią nadal aktualny problem zdrowia publicznego (*choroby zakaźne i zakażenia*).

7.9.2.2. Uwagi metodyczne

Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży, dokonywana na podstawie danych na temat umieralności oraz informacji uzyskanych z rejestrów zachorowań i procedur profilaktycznych (szczepienia) podlegających obowiązkowemu zgłaszaniu, choć wykorzystuje najbardziej dostępne dane, nie jest oceną najpełniejszą i najbardziej przydatną w praktyce do skutecznego działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia. W ostatnich latach podejmowane są próby zastosowania nowych mierników, które byłyby przydatne do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL – *Health Related Quality of Life*) we wszystkich jego aspektach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Wykorzystywane są w tym celu zarówno mierniki obiektywne, jak i subiektywne. Te ostatnie, oparte na bezpośrednich opiniach dzieci i ludzi młodych, coraz częściej są wykorzystywane jako nieocenione narzędzia do badania sfery odczuć, emocji i relacji społecznych. Służą temu celowi międzynarodowe projekty realizowane w coraz szerszym zakresie z udziałem polskich badaczy (B. Woynarowska, J. Mazur) i są to: Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej (HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Cross-national Collaborative Study*); Skryning i Promocja Jakości Życia Związanej ze Zdrowiem Dzieci i Młodzieży (KIDSCREEN – *Screening for and Promotion of Health-related Quality of Life in Children and Adolescents. A European Public Health Perspective*); Wskaźniki Oceny Zdrowia Dziecka Związane z Życiem i Rozwojem (CHILD – *Child Health Indicators of Life and Development*). Ważnym źródłem informacji mogą też być poddane profesjonalnej analizie, z udziałem badaczy z dziedziny zdrowia publicznego i pediatrii, Badania Stanu Zdrowia Ludności GUS z lat 1996 i 2004. Podstawą dla wszystkich tych badań są subiektywne oceny respondentów odnoszone do wielu aspektów zdrowia, co pozwala wyznaczyć profil zdrowotny danego dziecka lub zbiorowiska dzieci i określić, w jakich wymiarach uzyskane wyniki szczególnie odbiegają od normy lub populacyjnej średniej.

Informacje źródłowe pochodzą między innymi z opublikowanych raportów z w/w badań ankietowych, a także z Roczników Statystycznych GUS, raportów Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN), Państwowego Zakładu Higieny (PZH), Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS), Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc (IGiChP), Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, opracowań Rzecznika Praw Dziecka i Ministerstwa Zdrowia. Wykorzystano bazę danych, Health for All, Europejskiego Regionalnego Biura Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ). Rekomendacje do działań programowych na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce są spójne z przyjętym we wrześniu 2005 r. w Bukareszcie w Rumunii, na 55 Sesji Europejskiego Komitetu Regionalnego ŚOZ, dokumentem *European strategy for child and adolescent health and development* oraz z projektami opracowanymi w Biurze Rzecznika Praw Dziecka: *Polska dla dzieci* (2003), *Narodowa strategia na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży – projekt* (2005) oraz *Narodowa strategia bezpieczeństwa dzieci i młodzieży – projekt* (2006).

7.9.2.3. Wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce

Dzieci poszkodowane w wyniku urazów i przemocy

Urazy niezamierzone. W Polsce podobnie jak w każdym kraju członkowskim UE więcej dzieci umiera z powodu urazów niż z powodu wszystkich chorób łącznie. Współczynnik zgonów dzieci w wieku 0-14 lat z powodu urazów ogółem wynosi w Polsce 9,16 na 100 000 popu-

lacji, co lokuje nasz kraj aż na 20. miejscu spośród 24 krajów UE (bez Cypru)¹³. Zgony dzieci w wieku 0-14 lat z powodu wypadków drogowych - 4,07 na 100 000 populacji - sytuują Polskę w tym rankingu na miejscu 19.. Współczynnik zgonów dzieci w wieku 0-14 lat z powodu utonięć wynosi w Polsce 1,83 na 100 000 i jest to 21. miejsce w rankingu zgonów 24 krajów UE. Pożary jako przyczyna oparzeń prowadzących do zgonów dzieci w Polsce występują z częstością 0,23 na 100 000 populacji w wieku 0-14 lat (i nasz kraj zajmuje 8. miejsce w UE), z kolei wskaźnik zgonów dzieci z powodu zatruc wynosi 0,37 na 100 000 i należy do najwyższych w UE (20. miejsce w rankingu zgonów). Dane uzyskane w ramach międzynarodowych badań zachowań zdrowotnych uczniów (HBSC) wskazują, że 28,4% uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat co najmniej 1 raz w ciągu ostatnich 12. miesięcy korzystało z pomocy medycznej z powodu wypadków. Wyniki analiz epidemiologicznych obrazujące skalę, przyczyny i tragiczne następstwa tzw. urazów konsumenckich u dzieci, uświadamiają potrzebę ukierunkowania działań zapobiegawczych na te miejsca, gdzie do wypadków dochodzi najczęściej i na bezpieczeństwo tych wyrobów, które są przeznaczone dla dzieci lub z którymi wchodzi one w kontakt na poszczególnych etapach rozwoju. Ważne jest utrwalenie społecznego przekonania, że wypadkom u dzieci można zapobiegać – gdyby wdrożyć znane procedury prewencyjne, można byłoby w Polsce uratować życie połowy ginących z powodu urazów dzieci, tj. życie około 900 dzieci rocznie.¹⁴ Doświadczenia wielu krajów wysoko uprzemysłowionych wskazują, że jedynie prewencja znacząco zmniejsza umieralność pourazową u dzieci. Nastawienie na leczenie z pominięciem prewencji, nie wpływa na spadek umieralności dzieci, natomiast zwiększa wskaźniki trwałej niepełnosprawności. Możliwe jest nie tylko skuteczne zapobieganie urazom wśród dzieci, ale nakłady poniesione na prewencję zwracają się po wielokroć. W istocie, jak wynika z danych zamieszczonych w tablicy 119, inwestowanie przez władze publiczne w sprawdzone strategie bezpieczeństwa dzieci jest bardzo zyskownym interesem.

Tablica 119. Oplacalność procedur zapobiegania urazom (w złotych)

Wyszczególnienie	Kwota w złotych
1zł wydany na czujniki dymu pozwala zaoszczędzić	69
1zł wydany na bezpieczne siedziska dziecięce oszczędza	32
1zł wydany na kaski rowerowe pozwala zaoszczędzić	29
1zł wydany na porady prewencyjne pediatry oszczędza	10
1zł wydany na kontrolę zatruc pozwala zaoszczędzić	7
1zł wydany na bezpieczeństwo na drogach oszczędza	3

Źródło: adaptacja własna na podstawie danych Centers for Disease Control, 2000.

Przyczyn niepowodzeń w zwalczaniu urazów u dzieci można upatrywać w braku świadomości co do rzeczywistej skali problemu i co do możliwości skutecznego zapobiegania urazom (fatalizm), a także w niechęci do wzięcia współodpowiedzialności w ramach niezbędnych działań wielu sektorów, takich jak transport, wymiar sprawiedliwości, polityka społeczna, mieszkalnictwo, zdrowie, oświata, nauka. Niejednorodna klasa przyczyn wypadków u dzieci, narzucająca wymóg podejścia wielodyscyplinarnego, jaskrawo uwidacznia potrzebę istnienia ośrodka koordynacji na szczeblu krajowym.

Zaniechanie i przemoc wobec dzieci oraz demoralizacja i przestępczość nieletnich.

Częstość przypadków maltretowania dzieci w Polsce wydaje się stale wzrastać. Niestety, wykrywalność zjawiska jest dalece niewystarczająca i dotyczy zazwyczaj przypadków niezwykle drastycznych, szokujących opinię publiczną, już po fakcie wyrządzenia dziecku krzywdy. Przemoc wobec dzieci należy uznać za istotny problem bezpieczeństwa publicznego wyma-

¹³ Wg The European Child Safety Alliance: "Priorities for Child Safety in European Union – Agenda for Action", second print, June 2004, Amsterdam, Netherlands.

¹⁴ Zdrowie naszych dzieci: Wypadki, urazy i zatrucia u dzieci i młodzieży w Polsce. Wypadki u dzieci w krajach bogatych – raport Innocenti UNICEF, Joanna Mazur, Janusz Szymborski – red., IMiDz, Warszawa, 2001.

gający rozwiązań systemowych. Wyniki większości badań wskazują na związek przemocy w rodzinie z takimi dysfunkcjami rodzinnymi jak rozwód emocjonalny pomiędzy małżonkami, częstość kar fizycznych, brak ciepła w procesie wychowywania, a także choroba psychiczna lub alkoholizm jednego z partnerów. W przypadku środowiska szkolnego, wprowadzone w końcu lat 90. zmiany systemu oświaty, naruszyły poczucie bezpieczeństwa i stabilności uczniów. Dla grupy mniej zdolnych uczniów, a także tych bez dodatkowej pomocy, nauka szkolna stała się dużym stresem, zwłaszcza że w wielu szkołach organizacja procesu nauczania, relacje wewnątrzklasowe, a nawet przemoc mogą również stanowić źródło obciążeń psychicznych. Także grupa rówieśnicza, która dla młodzieży stanowi źródło siły i oparcia, zwłaszcza w procesie naturalnej separacji od rodziców, może stać się źródłem zagrożeń dla zdrowia psychicznego. Wyniki badań HBSC wykazują, że 30,3% uczniów w wieku 11-15 lat w Polsce było ofiarami dręczenia przez innych uczniów w szkole, w tym 10,3% często, to znaczy co najmniej 2-3 razy w miesiącu¹⁵. Dzieci młodsze i chłopcy są częściej ofiarami dręczenia niż starsi i dziewczęta. Poza wymiernymi skutkami fizycznymi do bezpośrednich następstw urazu zaliczyć można zaburzenia rozwojowe i psychiczne.

Wiek dorastania jest okresem realizacji zachowań, czasami ryzykownych. Utrwalone w tym okresie postawy i zachowania mogą wywrzeć wpływ na całe przyszłe życie. Wyniki badań HBSC wskazują, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy w bójkach brało udział 38,9% uczniów w wieku 11-15 lat. Szczególnie niepokojące jest częstsze podejmowanie przez polską młodzież bójek z nieznanymi. Z tych samych badań wynika, że 37,0% uczniów było sprawcami dręczenia innych uczniów w szkole, w tym 12,0% często. Łącząc dane na temat uczestników bójek i sprawców dręczenia stwierdzono, że w Polsce co najmniej jedno z tych dwóch agresywnych zachowań dotyczyło 54,3% uczniów, w tym u 21,7% występowały oba te zachowania. Są w Polsce klasy i szkoły, gdzie nasilenie przemocy jest minimalne oraz klasy i szkoły, gdzie zjawisko to znacznie przekracza wskaźniki ogólnopolskie.

W ramach badań HBSC w roku 2002 oceniono w Polsce w grupie gimnazjalistów (średni wiek 15,7 lat) występowanie zespołu sześciu nasilonych zachowań ryzykownych: używanie tytoniu, alkoholu, narkotyków, kontakty seksualne, dręczenie innych, udział w bójkach. Okazało się, że u 42,8% badanych 15-latków wystąpiło co najmniej jedno nasilone zachowanie ryzykowne, w tym u 56,1% chłopców oraz 3,7% dziewcząt. Trzy lub więcej ryzykownych zachowań dotyczyło 12,2% gimnazjalistów, cztery lub więcej 6,2%, a u 1% ankietowanej młodzieży wszystkie sześć zachowań. Niski status ekonomiczny oraz słabe wyniki w nauce sprzyjają występowaniu zachowań ryzykownych.

Upijanie się, uzależnienie od nikotyny, sięganie po narkotyki, agresja wobec otoczenia, wczesna inicjacja seksualna, prostytutka to najbardziej jaskrawe przykłady zagrożenia demoralizacją, zjawiska narastającego w okresie transformacji ustrojowej i mającego różnorodne uwarunkowania osobnicze i społeczno-ekonomiczne. Porównując dane GUS z lat 2000 i 2004 dotyczące nieletnich, wobec których prawomocnie orzeczono środki wychowawcze, poprawcze lub kary w sądach powszechnych w związku z demoralizacją i czynami karalnymi, stwierdza się wzrost liczby orzeczeń w związku z demoralizacją z 8878 do 15193 (wzrost o 70%) oraz liczby orzeczeń w związku z czynami karalnymi z 25667 do 28342 (wzrost o 10%). W okresie pięciu lat (2000-2004) zanotowano m.in. wzrost liczby orzeczeń za następujące czyny karalne: uszczerbek na zdrowiu z 1396 do 1683; udział w bójce lub pobiciu z 1795 do 2137; przestępstwa związane z narkomanią z 470 do 1252; zgwałcenie z 49 do 80; kradzież rzeczy z 2924 do 4206; rozbój z 2152 do 2362. Zwraca uwagę znaczna rozpiętość liczby orzeczeń w związku z czynami karalnymi na 10 tys. populacji nieletnich – przy współczynniku ogólnopolskim wynoszącym 126,8 na 10 tys., najniższy współczynnik odnotowano w województwie podkarpackim 87,7, a ponad dwukrotnie wyższy w województwie dolnośląskim 184,9.

¹⁵ Środowiskowe, społeczne i behawioralne uwarunkowania urazów i przemocy wśród młodzieży szkolnej w Polsce i wybranych krajach, Joanna Mazur – red., Zakład Epidemiologii IMD, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania WP-UW, Warszawa, 2005.

Dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego

Zainteresowanie zdrowiem dzieci i ludzi młodych koncentruje się tradycyjnie na zdrowiu fizycznym, mimo wielu sygnałów świadczących o wzroście występowania zaburzeń psychospołecznych i chorób psychicznych. W całej Europie staje się to przyczyną narastającego niepokoju. Wczesne inwestowanie w rozwój dzieci i młodzieży tworzy podstawy dobrego zdrowia psychicznego w ciągu całego życia. Problemy zdrowia psychicznego w okresie dorastania często przejawiają się w formie agresji i przemocy wobec innych osób i wobec samego siebie. W Polsce samobójstwa stanowią corocznie przyczynę kilkuset zgonów dzieci i ludzi młodych przed 19. rokiem życia. Wg danych GUS opartych na raportach policyjnych w kolejnych latach 2003–2005 notowano ponad czterysta zamachów samobójczych u dzieci i młodzieży do 19. roku życia: odpowiednio 401, 427 i 405, w tym dzieci w wieku 14 lat i młodszych było w kolejnych latach: 52, 55 i 56. Natomiast wg danych GUS opartych na podstawie kart zgonów odnotowano w 2004 roku 303 samobójstwa dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat, w tym 50 dotyczyło dzieci poniżej 15. roku życia. Często podłożem targnięcia się na własne życie są depresje. Stany depresyjne wśród dzieci i młodzieży przyczyniają się na ogół do pogorszenia osiągnięć edukacyjnych, do zachowań antyspołecznych, nadużywania alkoholu, narkomanii oraz do ciężkich zaburzeń odżywiania. Depresja naraża młodzież na cierpienie psychiczne, stwarza zagrożenie próbą samobójczą, zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym, zwłaszcza w tak ważnym dla tej populacji, funkcjonowaniu w szkole i w grupie rówieśniczej. Rozpowszechnienie depresji wynosi w Polsce 16% u dzieci dwunastoletnich, 19,0% u piętnastoletnich i prawie 30% u dziewiętnastoletniej młodzieży. Usiłowanie odebrania sobie życia przez dziecko jest nierzadko objawem poważnych zaburzeń osobowości, które nazywamy „zaburzeniami z pogranicza”. Zaburzenie psychiczne, określane jako „osobowość *borderline*”, to osobowość charakteryzująca się niestabilnym obrazem własnej tożsamości, niepewnością co do słuszności celów, do których człowiek dąży lub chciałby dążyć, pustką wewnętrzną, chwiejnością związków z innymi ludźmi i łatwością zrywania tych związków, ignorowaniem wartości moralnych regulujących życie społeczne. Osoby z tym zaburzeniem mają też skłonność do samookaleczeń, nierzadko podejmują próby samobójcze lub szantażują innych możliwością popełnienia samobójstwa. Podstawowymi problemami tych dzieci są trudności w nawiązywaniu takich relacji z innymi ludźmi, w których człowiek znajduje oparcie i poczucie bezpieczeństwa. Przeprowadzone w 2003 roku badania jakości życia dzieci i młodzieży w wieku 8-18 lat pozwoliły na ocenę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego populacji¹⁶. Wykazano, że choroby przewlekłe oraz stany wymagające specjalistycznej opieki medycznej występowały u 14,5% ankietowanych, w tym u 13,0% dziewcząt i 16,5% chłopców. Występowanie chorób przewlekłych jest w istotnym stopniu związane z jakością życia w wymiarach: samopoczucia fizycznego, samopoczucia psychicznego, nastrojów i emocji, kontaktów z rówieśnikami i środowiska szkolnego. Z kolei stan zdrowia psychicznego koreluje z wszystkimi wymiarami jakości życia, najsilniej z wymiarami: nastrojów i emocji, postrzegania samego siebie i akceptacji społecznej. Wraz z wiekiem następuje stopniowy spadek ocen jakości życia, za wyjątkiem wymiaru akceptacji społecznej, gdzie średnie indeksy jakości życia wzrastają z wiekiem. Najlepiej oceniają swe życie dzieci w wieku 8-11 lat. Według danych raportu z międzynarodowych badań zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (HBSC) prowadzonych wśród uczniów w wieku 11-15 lat zdecydowana większość dziewcząt (82,7%) oraz chłopców (88,4%) ocenia swe zdrowie jako dobre i bardzo dobre, odpowiednio 17,3% i 11,6% jako takie sobie lub złe, w tym zaledwie 1,7% i 1,3% jako złe. Zbliżone wyniki samooceny zdrowia przyniosło badanie GUS z 2004 roku. W badaniach HBSC aż 42,8% dziewcząt i 30,5% chłopców odczuwa subiektywnie częściej niż 1 raz w tygodniu lub codziennie co najmniej dwie dolegliwości. Na przykład łącznie 39,3% dziewcząt odczuwa zdenerwowanie, ale dolegliwość ta dotyka aż 47,8% dziewcząt w wieku 15 lat. Narastanie częstości występowania subiektywnych dolegliwości wraz z wiekiem

¹⁶ *Ibidem*.

dzieci dotyczy obojga płci, ale jest bardziej wyrażone u dziewcząt. W rankingu obejmującym 32 kraje Polska znajduje się na niekorzystnym 26. miejscu. Podobnie niekorzystne jest 24. miejsce Polski wśród 30. krajów odnośnie opinii dzieci na temat niezadowolenia z życia. Niezadowolenie z życia deklaruje łącznie 22,5% dziewcząt i 17,7% chłopców ale zdecydowanie problem narasta z wiekiem, zwłaszcza u dziewcząt. Zjawisko to można tłumaczyć intensyfikacją przemian biologicznych i psychicznych, ale też wzrostem zadań i oczekiwań wobec młodych ludzi.

W świetle tych rozważań szczególnego znaczenia nabiera stan leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży w Polsce. Według danych IPiN w 2004 roku w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień od substancji psychoaktywnych leczono z powodu zaburzeń psychicznych ogółem 138529 dzieci w wieku 0-18 lat, co stanowiło 9,7% wszystkich pacjentów leczonych w tych poradniach. Zwraca uwagę fakt, iż liczba dzieci w wieku 0-18 lat leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych była w 2004 roku niemal dwukrotnie wyższa niż liczba takich pacjentów w populacji 0-19 lat w 2000 roku. Jeszcze wyraźniejsze jest zwiększenie w okresie pięciu lat wskaźnika rozpowszechnienia chorób psychicznych (odpowiednio 730,0 i 1590,1 na 100000 populacji). Wśród ogółu dzieci leczonych ambulatoryjnie w 2004 roku dominowały dzieci z zaburzeniami psychicznymi niezwiązanymi z uzależnieniami – wskaźnik 1467,5 na 100000 (w 2000 roku 652,6). Z kolei wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wyniósł 107,0 (w 2000 r. – 63,4) a zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu 15,7 (w 2000 r. – 14,0). W poszczególnych województwach wskaźnik rozpowszechniania chorób psychicznych wśród dzieci leczonych ambulatoryjnie w 2004 roku wahał się od 599,7 w woj. warmińsko-mazurskim do 3419,2 w woj. wielkopolskim (różnica niemal 6-krotna), tymczasem dla ogółu pacjentów odnotowano znacznie mniejszą, 2-krotną, różnicę między województwami o najniższym i najwyższym wskaźniku. Największą, prawie dwunastokrotną rozpiętość wskaźników dla województw, odnotowano w odniesieniu do dzieci z zaburzeniami psychicznymi związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (od 32,0 w woj. podkarpackim do 371,6 w woj. mazowieckim).

Tablica 120. Wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u dzieci w wieku 0-18 lat leczonych w 2004 roku w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień od substancji psychoaktywnych ogółem na 100000 populacji. N = 138529 (77738)*

Rozpoznanie	Wskaźnik na 100 000 populacji	Województwa o wskaźniku	
		najniższym	najwyższym
Dzieci z zaburzeniami psychicznymi – łącznie	1590,1 (730,0)**	597,7 warmińsko-mazurskie	3419,2 wielkopolskie
w tym dzieci z:			
zaburzeniami psychicznymi niezwiązanymi z uzależnieniami	1467,5 (652,6)**	480,6 warmińsko-mazurskie	3351,9 wielkopolskie
zaburzeniami psychicznymi związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych	107,0 (63,4)**	32,0 podkarpackie	371,6 mazowieckie
zaburzeniami psychicznymi związanymi z używaniem alkoholu	15,7 (14,0)**	5,1 podkarpackie	28,5 dolnośląskie

* W nawiasie liczba dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat leczonych w roku 2000 ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych.

** W nawiasach wskaźniki na 100000 populacji dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w roku 2000.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych IPiN.

Wśród 129091 dzieci wieku 0-18 lat leczonych w 2004 r. w poradniach zdrowia psychicznego zdecydowana większość (77,7%) pochodziła z miast; większy był udział odsetkowy chłopców (55,3) niż dziewcząt (44,7). Najlicniejszą grupę pacjentów stanowiły dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się w dzieciństwie (48877 dzieci, wskaźnik 552,0 na 100000, udział wśród ogółu zachorowań 37,9%). W roku 2004 leczono ambulatoryjnie 38506 dzieci z zaburzeniami rozwoju psychicznego (wskaźnik 434,8, odsetek 29,8). Trzecią z kolei grupę leczonych ambulatoryjnie pacjentów w wieku 0-18 lat stanowiły dzieci z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi (odpowiednio: 18371; 207,5 i 14,2%). Dzieci w wieku 0-18 lat stanowiły 10,4% ogółu pacjentów leczonych w 2004 r. w poradniach zdrowia psychicznego. Dla porównania w 2000 r. grupa dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat stanowiła 9,0% ogółu pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, w tym osoby z zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się w dzieciństwie stanowiły 31,2%, z zaburzeniami rozwoju psychicznego 30,1% i z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi 18,8%.

Tablica 121. Dzieci w wieku 0 – 18 lat leczone w poradniach zdrowia psychicznego w 2004 roku według miejsca zamieszkania, płci i rozpoznania

Wyszczególnienie	Liczba	Wskaźnik na 100 000 populacji	%
Ogółem	129091	1457,8	100,0
Miasto	100352	2032,0	77,7
Wieś	28739	733,8	22,3
Chłopcy	57648	1271,2	44,7
Dziewczynki	71443	1653,7	55,3
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie	48877	552,0	37,9
Zaburzenia rozwoju psychicznego	38506	434,8	29,8
<i>w tym:</i>			
Upośledzenie umysłowe	16617	187,6	12,9
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne	18371	207,5	14,2
Zaburzenia nastroju (afektywne)	5998	67,7	4,6
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjolog. i czynnikami fizycznymi	4461	50,4	3,5
Organiczne zaburzenia psychiczne łącznie z zespołami objawowymi	3574	40,4	2,8
Schizofrenia	2727	30,8	2,1
Inne zaburzenia psychotyczne	2180	24,6	1,7
Nieokreślone zaburzenia psychiczne	1564	17,7	1,2
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	1408	15,0	1,1
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	1110	12,5	0,9
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	315	3,5	0,2

Źródło: tak jak w tablicy 120.

Dzieci w wieku 0-18 lat stanowiły 25,7% ogółu pacjentów leczonych w 2004 roku w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz 0,7% ogółu pacjentów leczonych w poradniach odwykowych. W 2004 roku w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych leczono 8361 dzieci w wieku 0-18 lat z zaburzeniami psychicznymi związanym z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym 60,5% chłopców i 39,5% dziewcząt. Porównując

dane z 2000 roku i uwzględniając zmianę kategorii wiekowych (70,6% chłopców i 29,4% dziewcząt, populacja 0-19lat), można stwierdzić, iż w okresie 5 lat nastąpił znaczący wzrost udziału dziewcząt leczonych w poradniach uzależnień od substancji psychoaktywnych.

W 2004 roku w poradniach odwykowych leczono z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu 1077 dzieci w wieku 0-18 lat, w tym 72,1% chłopców i 27,9% dziewcząt. W 2000 roku było to 1071 osób w wieku 0-19 lat, 83,4% chłopców i 16,6% dziewcząt. Uwzględniając zmianę kategorii wiekowych, można ocenić, że w okresie 5 lat znacznie wzrósł udział dziewcząt leczonych w poradniach odwykowych.

Psychiatryczną opieką pośrednią w placówkach opieki dziennej w roku 2004 objętych było 1889 dzieci w wieku 0-18 lat, a 141 dzieci leczono w zespołach opieki środowiskowej (dwukrotnie więcej niż osób w wieku 0-19 lat w roku 2000). W ramach terapii dziennej leczono 905 dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się w dzieciństwie, 305 dzieci z innymi niż upośledzenie umysłowe zaburzeniami rozwoju psychicznego oraz 230 dzieci z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi.

Tablica 122. Dzieci i młodzież w wieku 0-19 lat leczone w oddziałach stacjonarnych w latach 2000 i 2004 według częstości rozpoznania

Rozpoznanie	2000 rok		2004 rok		Zmiana wskaźnika w %
	liczba	wskaźnik na 100000	liczba	wskaźnik na 100000	
Ogółem leczenia w tym z:	10994	102,0	11826	124,2	21,8
Zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się w dzieciństwie	2711	25,1	3357	35,3	40,6
Zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych	2510	23,3	2713	28,5	22,3
Schizofrenią i innymi zaburzeniami	1334	12,4	1383	14,5	16,9
Zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi	1297	12,0	1285	13,5	12,5
Zaburzeniami rozwoju psychicznego	1126	10,4	897	9,4	-9,6
w tym: z upośledzeniem umysłowym	769	7,1	697	7,3	2,8
Zespołami behawioralnymi związanymi z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	402	3,7	490	5,2	40,5
Zaburzeniami nastroju (afektywnymi)	296	2,7	410	4,3	59,3
Zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych	433	4,0	364	3,8	-5,0
Nieokreślonymi zaburzeniami psychicznymi	322	3,0	334	3,5	16,7
Organicznymi zaburzeniami psychicznymi łącznie z zespołami objawowymi	320	3,0	332	3,5	16,7
Zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu	243	2,3	259	2,7	17,4

Źródło: tak jak w tablicy 120.

W odróżnieniu od opieki ambulatoryjnej i dziennej, w statystyce opieki stacjonarnej nie dokonano zmian kategorii wiekowych. Należy odnotować, że pomiędzy 2000 a 2004 rokiem zmniejszyła się liczba oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży z 39 do 37, tj. o 5,1%, oraz zmalała liczba łóżek z 1084 do 1048, tj. o 3,7%.

Porównując dane dotyczące hospitalizacji dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w latach 2000 i 2004 odnotować można istotne różnice. Przede wszystkim wzrosła liczba leczonych stacjonarnie osób w wieku 0-19 lat (z 10994 do 11826) i zwiększył się o 21,8% wskaźnik hospitalizowanych (z 102,0 do 124,2 na 100000). W obu analizowanych latach najczęściej hospitalizowano dzieci i młodzież z zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się w dzieciństwie oraz z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, jednak znacznie wzrósł wskaźnik hospitalizacji z tych przyczyn (odpowiednio z 25,1 do 35,3 na 100000, tj. o 40,6%, oraz z 23,3 do 28,5 na 100000, tj. o 22,3%). Trzecią z kolei przyczyną leczenia stacjonarnego osób w wieku 0-19 lat była schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – w latach 2000-2004 odnotowano wzrost wskaźnika hospitalizacji z tej przyczyny z 12,4 do 14,5 na 100000, tj. o 16,9%. O 12,5% zwiększył się wskaźnik hospitalizacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi, które to zaburzenia stanowią czwartą z kolei przyczynę leczenia stacjonarnego.

Uwzględniając stały wzrost liczby dzieci i młodzieży leczonych stacjonarnie oraz dwukrotny w ostatnich pięciu latach wzrost liczby dzieci objętych leczeniem ambulatoryjnym, z niepokojem i troską należy odnotować zmniejszanie się liczby psychiatrów dziecięcych: w 2001 r. specjalistów takich było w Polsce 260, a w 2004 r. 213, co oznacza spadek o 18,1%.

Zachorowalność dzieci na nowotwory złośliwe

Nowotwory złośliwe są najczęstszą, chorobową przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat. W roku 1999 zmarło z tej przyczyny 473 dzieci i młodzieży do 19. roku życia (290 chłopców i 183 dziewcząt), a w 2003 roku 322 dzieci (180 chłopców i 142 dziewcząt). W tym okresie współczynnik zgonów z powodu nowotworów na 100000 dzieci i młodzieży obniżył się z 4,5 do 3,3 (z 5,2 do 3,5 u chłopców i z 3,6 do 3,0 u dziewcząt), co świadczy o istotnej poprawie wyników leczenia.

Liczba zachorowań na nowotwory dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat ogółem wyniosła 1374 w roku 1999, a w kolejnych latach 1201; 1185; 1121 oraz 1184 w 2003 roku (ostatnie dostępne dane). Corocznie więcej było zachorowań w populacji chłopców niż dziewcząt. W latach 1999-2003 wśród ogółu zachorowań na nowotwory u dzieci największy był udział młodzieży w wieku 15-19 lat (od 39% do 41%), a w następnej kolejności dzieci w wieku 0-4 lata (od 21% do 22%).

Tablica 123. Liczba zachorowań dzieci i młodzieży na nowotwory złośliwe według płci oraz grup wiekowych w latach 1999-2003

Płeć Lata	Wiek w latach				Ogółem 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
1999 r.					
Chłopcy	166	151	147	320	784
Dziewczynki	130	111	104	245	590
Razem	296	262	251	565	1374
2000 r.					
Chłopcy	128	134	124	251	637
Dziewczynki	122	82	120	240	564
Razem	250	216	244	491	1201

Tablica 123. Liczba zachorowań dzieci i młodzieży na nowotwory złośliwe według płci oraz grup wiekowych w latach 1999-2003 (dok.)

Płeć Lata	Wiek w latach				Ogółem 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
2001r.					
Chłopcy	127	133	120	270	650
Dziewczynki	120	103	115	197	535
Razem	247	236	235	467	1185
2002 r.					
Chłopcy	136	108	147	243	634
Dziewczynki	115	84	81	207	487
Razem	251	192	228	450	1121
2003 r.					
Chłopcy	141	116	125	244	626
Dziewczynki	118	103	125	212	558
Razem	259	219	250	456	1184

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Tablica 124. Współczynniki surowe dla zachorowań dzieci i młodzieży na nowotwory złośliwe według płci i grup wiekowych w latach 1999-2003

Rok	Płeć	Na 100000 populacji wiek w latach				
		0-4	5-9	10-14	15-19	0-19*
1999	Chłopcy	15,5	11,4	9,4	18,7	13,8
	Dziewczynki	12,9	8,8	7,0	14,9	11,0
2000 r.	Chłopcy	12,4	10,5	8,3	14,6	11,5
	Dziewczynki	12,5	6,8	8,4	14,6	10,6
2001r.	Chłopcy	12,6	11,0	8,3	15,9	12,0
	Dziewczynki	12,7	8,9	8,3	12,0	10,6
2002 r.	Chłopcy	14,1	9,3	10,4	14,5	12,2
	Dziewczynki	12,5	7,6	6,0	12,9	9,9
2003 r.	Chłopcy	14,9	10,4	9,1	15,1	12,5
	Dziewczynki	13,2	9,7	9,6	13,7	11,6

* dla całej grupy wiekowej 0-19 lat współczynniki standaryzowane.

Źródło: jak w tablicy 123.

Współczynniki zachorowań dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat na nowotwory złośliwe ogółem nie wykazywały w latach 1999-2003 trendu wzrostowego i kształtowały się w granicach między 11,5 a 13,8 u chłopców i między 9,9 a 11,6 u dziewcząt. Corocznie współczynniki zachorowań ogółem chłopców w wieku 0-19 lat były wyższe niż dziewcząt (różnica od 20% w 1999 r. do 7% w 2003 r.). Także corocznie odnotowywano najwyższe współczynniki zachorowań chłopców w grupie wiekowej 15-19 lat, a następnie w grupie 0-4 lata. Wśród dziewcząt stwierdzano podobne zjawisko z wyjątkiem roku 2001, kiedy to wskaźnik zachorowań dziewczynek w najmłodszej grupie wiekowej był najwyższy.

Na 97 rodzajów nowotworów złośliwych rejestrowanych w 2003 roku wśród ogółu ludności Polski w Krajowym Rejestrze, u chłopców w wieku 0-19 lat odnotowano 46 rodzajów nowotworów, a u dziewcząt w tym samym wieku 39 rodzajów nowotworów. W 2003 roku u chłopców w wieku 0-19 lat najczęściej rozpoznawano białaczkę limfatyczną (u 109 osób), nowotwór złośliwy mózgu (102), chorobę Hodgkina (73), nowotwór złośliwy jądra (46), białaczkę szpiko-

wą (42), nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn (32), nowotwór złośliwy nerki (30) oraz nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich (23). Białaczka limfatyczna była wykrywana najczęściej u chłopców w wieku 0-4 (38, tj. 35%), zaś nowotwory mózgu występowały najczęściej u chłopców w wieku 15-19 lat (35, tj. 34%). Spośród ogółu przypadków choroby Hodgkina większość wykryto u chłopców w wieku 15-19 lat (43, tj. 59%). Chłopców w tym wieku dotyczyły niemal wszystkie zachorowania na nowotwór złośliwy jądra (41, tj. 89%) i połowa wszystkich zachorowań na nowotwory kości (16, tj. 50%).

Tablica 125. Osiem najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych u chłopców w 2003 roku – liczby bezwzględne

Kod rozpoznania	Grupa wiekowa				Ogółem 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
C91 Białaczka limfatyczna	38	32	15	24	109
C71 Nowotwór złośliwy mózgu	15	25	27	35	102
C81 Choroba Hodgkina	3	9	18	43	73
C62 Nowotwór złośliwy jądra	4	1	0	41	46
C92 Białaczka szpikowa	13	4	10	15	42
C40 Nowotwór złośliwy kości. i chrząstki stawowej kończyn	1	4	11	16	32
C64 Nowotwór złośliwy nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	16	9	3	2	30
C49 Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	7	5	3	8	23

Źródło: jak w tablicy 123.

Wśród dziewcząt w wieku 0-19 lat najczęściej rozpoznawano nowotwór złośliwy mózgu (111 przypadków), białaczkę limfatyczną (93), chorobę Hodgkina (73), białaczkę szpikową (38), nowotwór złośliwy tarczycy (32), nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich (28), nowotwór złośliwy nerki (27) oraz nowotwór złośliwy jajnika (22). Białaczkę limfatyczną także najczęściej rozpoznawano w grupie najmłodszych dziewczynek (38, tj. 41%), a nowotwór złośliwy mózgu najczęściej występował u dziewczynek w wieku 5-9 lat (38, tj. 34%). U dziewcząt w wieku 15-19 lat wykryto większość przypadków choroby Hodgkina (56, tj. 77%), nowotwór złośliwy tarczycy (20, tj. 63%) i nowotwór złośliwy jajnika (19, tj. 86%).

Tablica 126. Osiem najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych u dziewcząt w 2003 roku – liczby bezwzględne

Kod rozpoznania	Grupa wiekowa				Ogółem 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
C71 Nowotwór złośliwy mózgu	15	38	31	27	111
C91 Białaczka limfatyczna	38	26	19	10	93
C81 Choroba Hodgkina	0	1	16	56	73
C92 Białaczka szpikowa	12	2	10	14	38
C73 Nowotwór złośliwy tarczycy	0	2	10	20	32
C49 Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	8	6	5	9	28
C64 Nowotwór złośliwy nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	16	9	1	1	27
C56 Nowotwór złośliwy jajników	0	0	3	19	22

Źródło: jak w tablicy 123.

W Polsce istnieje 11 referencyjnych ośrodków regionalnych na bazie 19 klinik i oddziałów onkologii dziecięcej. Corocznie 2000-2200 dzieci poddawane jest leczeniu przeciwnowotworowemu, a około 6000 dzieci wymaga monitorowania stanu zdrowia. Standardowy-

mi warunkami funkcjonowania dysponuje dziś większość oddziałów onkologii dziecięcej w Polsce, co oznacza, że zapewniają one chorym na nowotwory dzieciom w ciągu całej doby pełną, wielodyscyplinarną diagnostykę, opiekę nad dzieckiem i leczenie, w tym pełnoprofilową chemioterapię, możliwość prowadzenia intensywnej chemioterapii oraz izolacji pacjentów w okresie neutropenii, a także monitorowanie pacjentów po zakończonym leczeniu.

Dzieci narażone na choroby zakaźne i zakażenia

W Polsce na ogół opanowano występowanie chorób poddających się zapobieganiu drogą szczepień ochronnych, jednak program szczepień musi nadal podlegać systematycznemu monitorowaniu i modyfikowaniu. Ponieważ przenoszenie wielu patogenów infekcyjnych ma charakter transgraniczny, z całą powagą należy traktować sygnały o pogorszeniu się w ostatnich latach zgłaszania zachorowań w naszym kraju. Zjawisko to łączone jest przede wszystkim z drastycznym zmniejszeniem liczby wykonywanych badań diagnostycznych (a więc pogorszeniem wykrywalności) oraz zaniedbywaniem obowiązku zgłaszania zachorowań przez niektóre placówki i lekarzy. Ogranicza to zaufanie do ocen sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w Polsce dokonywanych na podstawie oficjalnych danych z ostatnich lat (tj. rejestracji zachorowań)¹⁷.

Zakażenia szpitalne. Poważnym wyzwaniem epidemiologicznym w Polsce są zakażenia w zakładach opieki zdrowotnej. Zakażenia szpitalne w znacznym stopniu zwiększają zachorowalność, śmiertelność i koszty leczenia chorych, a zapobieganie i ograniczanie częstości zakażeń szpitalnych jest odzwierciedleniem jakości opieki medycznej i ważnym kierunkiem zdrowotnej polityki państwa. W większości szpitali stopień wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej jest niski, szczególnie w oddziałach chirurgicznych, położniczo-ginekologicznych i pediatrycznych. Sytuacja w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych w Polsce powszechnie uważana jest za złą m.in. na skutek: niedoboru fachowego personelu epidemiologicznego w zakładach opieki zdrowotnej, braku stosownych – odnoszących się do standardów europejskich, własnych uregulowań ustawowych i aktualnej sytuacji epidemiologicznej – przepisów wykonawczych, braku systemu monitorowania stanu szpitali i jakości usług leczniczych ze strony kadry zarządzającej. Niesprawność systemu informacyjnego uniemożliwia dokładną analizę zjawiska i stosowanie właściwych działań w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych. Brak jest, w opinii specjalistów, istotnego postępu w zakresie wdrażania Systemu Czynnej Rejestracji Zakażeń Szpitalnych opracowanego przez Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych.

Z danych raportów Głównego Inspektora Sanitarnego o stanie sanitarnym kraju (2004 r. i 2005 r.) wynika, że w Polsce wykonuje się za mało badań mikrobiologicznych. Liczba tych badań nie przekracza jedenastu na jedno łóżko rocznie. Tymczasem, aby diagnostyka mikrobiologiczna była właściwie wykorzystywana, a dane epidemiologiczne uzyskiwane na podstawie wyników badań były wiarygodne, w polskich szpitalach powinno być pobieranych co najmniej pięciokrotnie więcej badań. Taka sytuacja rodzi trudności w doborze antybiotykoterapii celowanej i zagraża bezpieczeństwu leczonych w szpitalu dzieci, ze względu na nieznaną etiologię czynników etiologicznych zakażeń oraz ognisk epidemicznych. Wśród drobnoustrojów lekoopornych, które mają największe znaczenie dla stopnia zagrożenia epidemiologicznego w szpitalu wymienia się: gronkowce z gatunku *Staphylococcus aureus* metacyliinooporne (MRSA) lub oporne na glikopeptydy (VRSA); enterokoki oporne na wankomycynę (VRE); pałeczki Gram-ujemne produkujące beta-laktamazy (ESBL+); pałeczki Gram-ujemne produkujące metalo-betalaktamazy (MBL+); pałeczki *Pseudomonas* spp. wielooporne. Szczególny niepokój budzi mała liczba badań mikrobiologicznych wykonywanych w oddziałach zabiegowych, w których często dochodzi do zakażeń szpitalnych. Polskie Towarzystwo Chirurgii Dziecięcej wskazuje na coraz częstszy praktykę hospitalizowania dzieci na oddziałach internistycznych dla dorosłych,

¹⁷ Narodowy Plan Zdrowotny ogłoszony komunikatem Ministra Zdrowia 30 kwietnia 2004 r.

chirurgii dorosłych, urologii, ortopedii, neurochirurgii i kardiochirurgii dla dorosłych, czego potwierdzeniem są dane GUS, a co może sprzyjać występowaniu zakażeń szpitalnych u dzieci.

Dotychczas w Polsce nie udało powołać ośrodka referencyjnego, ani uzyskać dodatkowych środków na finansowanie restrukturyzacji szpitali w zakresie zwiększenia bezpieczeństwa epidemiologicznego. Epidemiolodzy alarmują, że w ramach źle pojętej oszczędności menedżerowie szpitali rezygnują z finansowania laboratoriów mikrobiologicznych, co jednak powoduje zwiększenie wydatków na antybiotyki i podnosi ryzyko błędnych rozpoznań¹⁸. Zmiany naprawcze następują powoli, często dopiero pod wpływem mediów, roszczeń i spraw sądowych toczących się przeciwko szpitalom z powództwa cywilnego. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych częstość zakażeń szpitalnych wśród noworodków w Polsce ocenia się na 3,2% i jest to najwyższy wskaźnik w porównaniu do wszystkich pozostałych grup wiekowych. Wskaźnik ten dla niemowląt w wieku 1-12 miesięcy wynosi 2,2%, dla dzieci w wieku 1-14 lat – 1,4%. Jeżeli w Polsce w roku 2004 hospitalizowano 705,7 tys. dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat, a w poprzednich latach liczba hospitalizacji sięgała 1 mln osób w tym wieku, to jaskrawo uwidacznia się skala i znaczenie społeczne problemu zakażeń szpitalnych. Zwraca się uwagę na związek częstości występowania zakażeń szpitalnych z masą urodzeniową – u co trzeciego noworodka z masą urodzeniową 1500 gramów i poniżej dochodzi do zakażenia szpitalnego. Częstość biegunk szpitalnych ocenia się, w zależności od populacji oraz rodzaju i standardu opieki, na 1-226 na 1000 hospitalizowanych¹⁹. Jest to trzecia w kolejności, po posocznicach i infekcjach układu oddechowego, manifestacja zakażeń szpitalnych. Biegunki szpitalne u dzieci, zwłaszcza najmłodszych, mają w około 70% etiologię wirusową, w tym w 31-69% rotawirusową. Z przeprowadzonych w Polsce wielośrodkowych badań prospektywnych, przekrojowych wynika, że 32% biegunk rotawirusowych jest diagnozowane w szpitalu i są to zarówno zakażenia szpitalne, jak i pozaszpitalne. Jako kryterium biegunki szpitalnej przyjmuje się wystąpienie objawów w okresie 3 dni po przyjęciu do szpitala lub 3 dni po wypisaniu. Na podstawie tych badań oszacowano, że w latach 1997-2000 występowało corocznie średnio 10753 biegunk szpitalnych o etiologii rotawirusowej i były one przyczyną od 15054 do 26882 dni dodatkowo spędzonych w szpitalu. Czynniki ryzyka biegunk szpitalnych są: nieużywanie jednorazowych rękawiczek podczas karmienia dzieci za pomocą zgłębnika, karmienie noworodków i niemowląt pokarmem sztucznym, niewystarczająca liczba pielęgniarek na oddziałach niemowlęcych, używanie szpitalnych zabawek i ich niedokładna dezynfekcja, wiek hospitalizowanych poniżej 36 miesięcy, a zwłaszcza poniżej 6 miesięcy, wielołożkowe sale (trzykrotnie wyższe ryzyko zakażenia w sali 4-osobowej, niż w sali 1-2 osobowej), nieprzestrzeganie przez personel opiekujący się dzieckiem zasady mycia rąk. Pojęcie „reprocesowanie” oznacza uzdatnienie skontaminowanego wyrobu medycznego, określanego przez producentów jako wyrób jednorazowego użytku, w celu ponownego jego użycia w opiece nad chorym poprzez ciąg takich czynności, jak: wstępne mycie, dezynfekcja, mycie, płukanie, suszenie, testowanie, pakowanie, etykietowanie i sterylizacja klasycznych narzędzi i instrumentów używanych na salach operacyjnych i w gabinetach zabiegowych. W takich krajach UE, jak Francja i Wielka Brytania, reprocesowanie jednorazówek jest kategorycznie zabronione, w innych, jak Niemcy i Dania, a także w USA, jest szeroko rozpowszechnione, ale ściśle i jednoznacznie regulowane stosownymi normami i przepisami prawa. W 2004 roku w tzw. Deklaracji Wiedeńskiej, podpisanej również przez przedstawicieli GIS, zawarto między innymi apel, by dopuścić reprocesowanie wyrobów medycznych, również tych oznakowanych jako jednorazowe. W Polsce powszechna jest obecnie tzw. „dzika sterylizacja” jednorazówek w warunkach szpitalnej centralnej sterylizatorni. Drogie wyroby medyczne, np. cewniki elektrofizjologiczne, staplery, a nawet proste cewniki prowadzące, są z przyczyn finansowych używane kilkakrotnie. Poddawane są one procesowi sterylizacji, ale wyrób sterylizowany nie jest synonimem wyrobu sterylnego, czyli takiego, którego sterylność została spraw-

¹⁸ Zakażenia szpitalne w Polsce, Małgorzata Bulanda – red., Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, Kraków, 2003.

¹⁹ Szajewska H.: Biegunki szpitalne u dzieci. Zakażenia, 6, 2006.

dzona i udowodniona w wyniku walidacji każdego typu wyrobu i każdego wsadu sterylizatora. W Polsce jest znikoma liczba szpitali prowadzących walidację procesów sterylizacji. Karygodna praktyka „dzikiej sterylizacji” jest w Polsce powszechnie znana i równie powszechnie ignorowana przez odpowiedzialne osoby i instytucje sektora zdrowia. Zaledwie około 30% szpitali w Polsce ma centralne sterylizatornie, ale tylko co trzecia z tych placówek (co dziesiąty szpital w Polsce) dopełnia podstawowych wymogów organizacyjnych gwarantujących skuteczną sterylizację, podczas gdy w dwu trzecich szpitali mających centralne sterylizatornie wszystkie etapy przygotowania do sterylizacji odbywają się poza nimi, na ogół w oddziałach szpitalnych. Udowodniona jest zależność pomiędzy takimi praktykami sterylizacji w polskich szpitalach a ryzykiem narażenia pacjentów i personelu na WZW typu B i WZW typu C²⁰.

Zakażenia jelitowe. Ogłoszony komunikatem Ministra Zdrowia z 30 kwietnia 2004 r., Narodowy Plan Zdrowotny, przyniósł dane wzbudzające obawy o stan nadzoru epidemiologicznego nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. Zwrócono uwagę, że przy ustabilizowanej sytuacji epidemiologicznej liczba rejestrowanych rocznie biegunek o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu powinna stopniowo się zmniejszać, w miarę jak w kraju poprawia się i rozwija diagnostyka oraz rozszerza jej zakres. Jeśli liczba rejestrowanych biegunek nie maleje (w ostatniej dekadzie można nawet mówić o lekkiej tendencji wzrostowej), to sytuacja musi wzbudzać uzasadniony niepokój – przede wszystkim o stan i zakres diagnostyki mikrobiologicznej w Polsce. Uznano wówczas, że sytuacja epidemiologiczna biegunek stanowi „wstępny, lecz ważny sygnał ostrzegawczy, gdyż zachorowania na biegunkę u dzieci do lat 2 uchodzą za czuły i wiarygodny wskaźnik stanu opieki zdrowotnej (nie tylko nad dziećmi)”. Równocześnie to samo Ministerstwo Zdrowia informowało, że „zakażenia jelitowe w grupie wiekowej 0–2 lata nie wykazują trendu wzrostowego, a jedynie sezonową i roczną zmienność, a dalsze ograniczanie częstości występowania biegunek tylko w niewielkim stopniu zależy od działań kontrolnych organów państwa, a w większym stopniu od działań w zakresie promocji zdrowia i higieny codziennego życia polskich rodzin”. Tymczasem w roku 2005 odnotowano 17284 biegunek u dzieci do lat 2, a w 2006 roku zarejestrowano aż 21309 biegunek, co oznacza wzrost o 24,0% w porównaniu z rokiem ubiegłym, co potwierdza pierwsze z dwu różnych stanowisk Ministerstwa (tab. 127).

Tablica 127. Zapadalność na biegunki wśród dzieci do lat 2 w latach 1999-2006 (na 100000 populacji; w r. 2006 dane wstępne)

Rok	ogółem		w tym:			
			wirusowe		prawdopodobnie zakaźnym	
	liczba	na 100000	liczba	na 100000	liczba	na 100000
1999	13146	1669,1	952	120,9	9599	1218,7
2000	17538	2285,1	2240	291,9	12085	1574,6
2001	14861	1977,9	2681	356,8	9486	1262,5
2002	17769	2464,0	3781	524,3	11129	1543,3
2003	16470	2329,6	4610	652,1	9511	1345,3
2004	16361	2326,6	5672	806,6	8544	1215,0
2005	17284	2428,9*	6877	965,2**	8075	1133,3***
2006	21309	2991,3			8644	1210,8

* Zapadalność na biegunki ogółem na 100000 populacji dzieci do lat 2 wahała się w 2005 roku od 333,3 w woj. lubuskim do 5018,1 w woj. świętokrzyskim (różnica 15-krotna)

** Zapadalność na biegunki wirusowe na 100000 populacji dzieci do lat 2 wahała się w 2005 roku od 138,5 w woj. opolskim do 2181,7 w woj. podlaskim (różnica 16-krotna).

*** Zapadalność na biegunki o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu na 100000 populacji wahała się w 2005 roku od 71,8 w woj. lubuskim i 463,1 w woj. łódzkim do 3578,3 w woj. warmińsko-mazurskim (różnica ponad 50-krotna).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych PZH.

²⁰ Florkowski M.: *Reprocesowanie wyrobów medycznych. Zakażenia*, 6, 2006.

Znamiennym potwierdzeniem pogarszającej się sytuacji w zakresie diagnostyki i rejestracji zakażeń jelitowych są dane obrazujące drastyczny spadek liczby osób profilaktycznie badanych przy przyjęciu do szpitala (głównie dzieci do lat 2) z następowym spadkiem liczby dzieci, u których wyizolowano pałeczki Salmonella. I tak w roku 1998, przy ograniczonej już tylko do połowy ówczesnych województw diagnostyce, przebadano 62650 osoby wykrywając obecność pałeczek Salmonella w 616 przypadkach, w roku 2001 liczba badań wykonywanych tylko na obszarze 6 województw spadła do 11 874, ale wykryto w 233 przypadkach pałeczki Salmonella, natomiast w 2005 roku już tylko w trzech województwach przebadano zaledwie 3973 dzieci, przy czym u 67 nich wykryto pałeczki Salmonella, a u 1 czerwonki bakteryjnej. Biorąc pod uwagę liczbę hospitalizowanych niemowląt i małych dzieci można oszacować, iż corocznie na oddziały pediatryczne trafia od 1500 do 3000 dzieci, u których obecne są pałeczki salmonella (tab. 128).

Tablica 128. Osoby profilaktycznie badane w kierunku pałeczek Salmonella przy przyjęciu do szpitala w latach 1998-2004 (głównie dzieci do lat 2)

Rok	Liczba osób		Liczba województw w których badano pacjentów
	zbadanych ogółem	u których wykryto pałeczki Salmonella	
1998	62650	616	25/49*
1999	20203	242	8
2000	14974	259	6
2001	11874	233	6
2002	8796	84	4
2003	6964	46	3
2004	4073	51	3
2005	3973	67	3

* w 1998 r. Polska podzielona była na 49 województw; od 1999 roku Polska podzielona jest na 16 województw.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych PZH.

W 2005 r. zarejestrowano ogółem w Polsce 9249 przypadków salmonellozy wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat. W latach 2001-2005 zapadalność w tej grupie wiekowej wynosiła średnio 98,7 na 100000. Wg wstępnych danych w 2006 r. zarejestrowano ogółem 13365 przypadki salmonellozy, co przy ok. 55% udziale zachorowań w populacji 0-19 lat daje znacznie mniejszą niż w roku poprzednim liczbę 7350 przypadków. Pozostają wątpliwości co do jakości diagnostyki salmonelloz (tab. 129).

Tablica 129. Zapadalność na salmonellozy wśród dzieci i młodzieży w latach 1999-2004 (na 100000 populacji)

Rok	Liczba ogółem 0-19	Zapadalność na 100000 w grupach wiek				
		Wiek w latach				
		0-19	0-4	5-9	10-14	15-19
1999	12848	116,1	347,3	95,9	52,4	46,4
2000	12358	114,6	337,3	99,2	55,1	44,9
2001	10367	98,8	289,3	87,9	48,6	37,8
2002	11144	109,5	309,3	101,7	58,9	42,1
2003	9158	92,9	291,1	81,5	39,2	30,9
2004	8887	93,4	289,4	83,1	39,0	29,9
2005	9249	99,1	310,5	90,2	39,8	30,3

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych PZH.

Gruźlica. Według danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc (IGiChP) w 2005 roku zarejestrowano 255 zachorowań na gruźlicę u dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat, w tym 26 u dzie-

ci w wieku 0-4 lata, 73 u dzieci w wieku 5-14 lat oraz 156 u młodzieży w wieku 15-19 lat (tab. 130). Zachorowań wśród dzieci do 14 roku życia było o 21 mniej niż w roku poprzednim natomiast wśród młodzieży odnotowano 156 zachorowań, o 27 więcej niż roku poprzednim. Wśród ogółu zachorowań na gruźlicę dzieci i młodzieży zarejestrowano 170 (66,7%) przypadków gruźlicy płuc oraz 85 (33,3%) przypadków gruźlicy pozapłucnej. Udział dzieci i młodzieży wśród ogółu zachorowań na gruźlicę w Polsce w 2005 roku wyniósł 2,8%, w tym 2,0% wśród ogółu zachorowań na gruźlicę płuc i 10,4% wśród ogółu zachorowań na gruźlicę pozapłucną. Zwraca uwagę fakt, iż w grupie dzieci w wieku 0-14 lat dominowała postać pozapłucna choroby (61,6%), a u młodzieży płucna postać gruźlicy (85,0%). Większość, 37 (60,7%) zachorowań na gruźlicę pozapłucną u dzieci dotyczyło węzłów tchawiczo-oskrzelowych i wnęki; odnotowano także 2 przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

**Tablica 130. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2005 roku wg lokalizacji zmian, płci i wieku.
Liczby bezwzględne**

Wiek w latach	Wszystkie postacie gruźlicy			Gruźlica płuc		Gruźlica pozapłucna	
	Ogółem	Chłopcy	Dziewczynki	Chłopcy	Dziewczynki	Chłopcy	Dziewczynki
0-4	26	15	11	10	3	5	8
5-14	73	33	40	12	13	21	27
15-19	156	84	72	70	62	14	10
Razem	255	132	123	92	78	40	35
Ogółem	255			170		85	

Źródło: dane IGiChP.

Gruźlica dzieci i młodzieży powinna stanowić nadal ważny obszar zainteresowania w polityce zdrowotnej państwa, chociaż gdy obecną sytuację epidemiologiczną gruźlicy porównać z rokiem 1957, kiedy odnotowano 16402 (181,0 na 100000) zachorowań u dzieci w wieku 0-14 lat oraz 5757 (266,1 na 100000) zachorowań u młodzieży w wieku 15-19 lat, to widać ogromny postęp w zwalczaniu tej choroby. W ostatnim pięcioleciu 2001-2005 rejestrowana jest znacząca zmienność zapadalności na gruźlicę wśród dzieci i młodzieży, co sprawia, że krzywa zapadalności przybrała postać sinusoidalną.

W 2005 roku w sześciu województwach w populacji dzieci w wieku 0-14 lat odnotowano współczynniki zapadalności na gruźlicę wyższe niż średnia dla Polski (1,6 na 100000). Są to województwa: mazowieckie (4,0), podlaskie (2,4), śląskie (2,3), lubelskie (2,1), opolskie (1,9) i pomorskie (1,8) przy czym w woj. lubelskim w poprzednich czterech latach współczynnik był niższy od średniej krajowej. W woj. mazowieckim notowano stale wyższe wskaźniki niż średnio dla kraju. Z kolei w woj. łódzkim, które w poprzednich latach charakteryzowało się 2-3-krotnie wyższymi współczynnikami od średniej krajowej, w 2005 roku odnotowano jedynie 1 zachorowanie, co dało współczynnik 0,3. Województwa: kujawsko-pomorskie, lubuskie, małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, zachodniopomorskie miały w okresie ostatnich 5 lat niższe od średnich dla kraju wskaźniki zapadalności. W 2005 roku w populacji wiekowej 15-19 lat wskaźniki zapadalności wyższe niż średnio w Polsce (5,3) odnotowano w dziewięciu województwach: mazowieckim (7,7), warmińsko-mazurskim (7,4), lubelskim (6,8), podkarpackim (6,6) łódzkim (6,1), śląskim (6,1), podlaskim (6,0), świętokrzyskim (6,0) i zachodniopomorskim (5,4). W województwach mazowieckim i łódzkim wskaźniki zapadalności są stale wyższe niż średnia dla kraju (tabl. 131).

Te wahania, którym towarzyszyła stała tendencja spadkowa zapadalności ogólnej uprawniają do opinii, że rejestrowana zapadalność na gruźlicę wśród dzieci w Polsce bar-

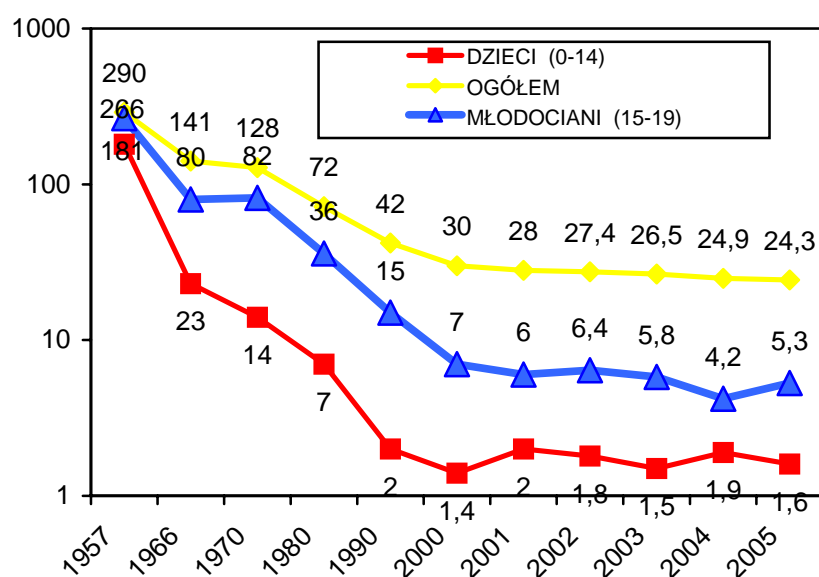
dziei odzwierciedla zmienność kryteriów diagnostycznych lekarzy rozpoznających chorobę u dzieci niż rzeczywistą sytuację. Znaczne wahania zapadalności w tak krótkim czasie wskazują na brak stabilnego systemu wykrywania i rejestracji nowych zachorowań (wykres 111).

Tablica 131. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci (0–14 lat) i młodzieży (15–19 lat) w Polsce według województw w latach 2001–2005 (100.000 populacji)

Województwa	Dzieci 0 – 14 lat					Młodzież 15 – 19 lat				
	lata					lata				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
P O L S K A	1,7	1,8	1,5	1,9	1,6	6,0	6,4	5,8	4,2	5,3
1. Dolnośląskie	2,4	0,8	0,4	1,8	1,6	3,6	7,0	4,3	3,2	5,2
2. Kujawsko-pomorskie	-	0,8	0,3	0,8	0,6	4,8	3,3	4,0	3,0	3,1
3. Lubelskie	1,4	0,5	1,2	1,3	2,1	5,5	9,7	4,2	12,5	6,8
4. Lubuskie	-	1,6	-	0,6	0,6	4,2	3,2	5,6	3,5	4,9
5. Łódzkie	4,3	6,3	3,4	3,5	0,3	10,1	9,8	9,2	5,9	6,1
6. Małopolskie	0,6	0,3	1,2	0,7	0,3	3,6	3,6	4,8	1,9	3,5
7. Mazowieckie	4,4	3,1	3,6	5,3	4,0	6,8	10,1	11,2	5,8	7,7
8. Opolskie	1,0	0,5	1,7	0,6	1,9	5,3	2,2	4,4	3,5	-
9. Podkarpackie	1,1	0,5	-	0,7	0,8	5,1	6,7	7,9	4,3	6,6
10. Podlaskie	1,2	3,0	2,7	2,3	2,4	2,7	4,6	7,5	3,9	6,0
11. Pomorskie	2,8	1,4	1,7	2,3	1,8	7,7	3,1	3,2	3,9	4,1
12. Śląskie	1,5	2,8	1,3	0,8	2,3	6,8	5,6	6,3	4,1	6,1
13. Świętokrzyskie	1,2	0,9	0,9	1,4	1,4	14,8	2,7	4,6	7,7	6,0
14. Warmińsko- mazurskie	0,3	0,7	1,5	1,5	1,6	3,6	7,4	3,1	2,4	7,4
15. Wielkopolskie	0,5	1,9	1,3	1,5	0,7	4,4	7,4	3,1	1,1	3,0
16. Zachodnio-pomorskie	0,9	1,0	-	0,3	-	7,3	8,2	2,8	1,5	5,4

Źródło: dane IGiChP

Wykres 111. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957–2005 na 100000 populacji



Źródło: dane IGiChP.

Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy od 2000 roku budzi niepokój i troskę. Nie tylko liczba zachorowań oraz współczynniki zapadalności u dzieci i młodzieży zaczęły wykazywać tendencję wzrostową, ale pojawiają się rzadziej notowane w poprzednich kilku latach, najcięższe postacie tej choroby. Na podkreślenie zasługuje fakt, że również Światowa Organizacja Zdrowia systematycznie przypomina o ponownym wzroście znaczenia wielu chorób zakaźnych, w tym gruźlicy jako tzw. chorób nawracających.

Zachorowania na kiłę wrodzoną. W grupie chorób, których sytuacja epidemiologiczna wzbudzać może poważne zaniepokojenie znajduje się kiła, ale także inne choroby przenoszone drogą płciową – w 2004 roku zarejestrowano 18 przypadków kiły wrodzonej. Od roku 1998 następuje częściowy demontaż sieci nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową, a liczba badań serologicznych w kierunku kiły zmniejszyła się prawie pięciokrotnie, co stawia pod znakiem zapytania wiarygodność danych pochodzących z rejestracji.

Tablica 132. Zachorowania na kiłę w Polsce w latach 1990-2005

Rok	Kiła			Liczba badań w pionie sw
	nabyta	wrodzona	ciężarnych	
1990	2054	4	75	8217674
1995	1565	10	88	6455102
2000	968	7	39	1253135
2002	1149	16	72	1157979
2004	765	19	55	1051456
2005	801	8	70	974590

Źródło: dane Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób przenoszonych Drogą Płciową AM w Warszawie.

O pogorszeniu się wykrywalności kiły w Polsce świadczą rejestrowane rokrocznie przypadki kiły wrodzonej, których liczba nie zmniejsza się mimo zmniejszającej się z roku na rok liczby urodzeń. Zapadalność na kiłę wrodzoną na 100000 urodzeń żywych w pięcioleciu 1990-1994 wynosiła średnio 2,1; w następnym pięcioleciu – 2,2, a w latach 2000-2004 zwiększyła się do 3,6 (tab. 132). Wprawdzie w 2005 r. zarejestrowano tylko 8 przypadków kiły wrodzonej to jednak sytuacja epidemiologiczna wymaga niewątpliwie szybkiego zweryfikowania szeroko rozumianej polityki w zakresie zapobiegania chorobom szerzającym się drogą seksualną.

Zachorowania na odrę i na jersiniozę. Według danych PZH w 2006 r. zanotowano w Polsce wzrost liczby zachorowań na odrę. Spośród 60 zarejestrowanych przypadków zachorowań, 43 (71,7%) zostało potwierdzonych serologicznie (obecność przeciwciał w klasie IgM), 1 (1,7%) potwierdzono epidemiologicznie (powiązani z przypadkiem potwierdzonym serologicznie), a 16 (26,7%) zarejestrowano na podstawie obrazu klinicznego. Prawie połowę osób (28 przypadków, tj. 46,7%), których zachorowania zarejestrowano w 2006 r., a ponad połowę osób (54,9%), których stan zaszczepienia ustalono, stanowiły osoby nie szczepione przeciw odrze. Dominowały zachorowania osób dorosłych – dzieci w wieku poniżej 18. roku życia stanowiły 28,3% ogółu chorych.

Według danych PZH w 2005 roku odnotowano alarmujący wzrost zakażeń ludzi w Polsce „amerykańskim” typem serologicznym pałeczek *Yersinia enterocolitica* – 135 zachorowań. W pierwszym półroczu 2006 roku zarejestrowano aż 93 przypadki (47 w analogicznym okresie roku ubiegłego). Pałeczki *Y. enterocolitica* O:8 wywołują zwykle zakażenia sporadyczne, chociaż w USA opisywano również duże ogniska zatrucia pokarmowego wywo-

lane przez te drobnoustroje. Najczęściej wśród nośników zarazka wymienia się surową wieprzowinę, wtórnie skażone lub źle pasteryzowane mleko, mleko w proszku, wodę z naturalnych źródeł i różne gotowe potrawy. Cechą pałeczek *Yersinia* znacznie zwiększającą ryzyko zakażenia tymi bakteriami jest ich zdolność namnażania się w niskich temperaturach podczas przechowywania żywności w chłodni. Zakażenie może przebiegać jako nieżyt błony śluzowej żołądka i jelit, z wysoką gorączką i biegunką, ale może też być, zwłaszcza u starszych dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych przyczyną rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Eliminacja poliomyelitis a ostre porażenia wiotkie. Polska w 2002 roku została oficjalnie uznana za kraj wolny od *poliomyelitis*. Podstawowym warunkiem utrzymania tego statusu jest utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci przeciwko *poliomyelitis* i coroczna dokumentacja braku występowania zachorowań przy prawidłowo prowadzonym nadzorze epidemiologicznym i wirusologicznym nad ostrymi porażeniami wiotkimi (opw). Podczas gdy w ostatnich latach według danych PZH odsetek dzieci w 2. roku życia, zaszczepionych pełnym cyklem szczepień podstawowych, wynosił zarówno na poziomie kraju, jak i w poszczególnych województwach, powyżej wymaganego progu 95%, to zachwianiu uległ system zgłaszania i nadzoru nad opw występującymi wśród dzieci w wieku do 15 lat. Według danych PZH w 2005 r. wykrywalność opw nie związanych z *polio* wyniosła zaledwie 0,51 na 100 tys. dzieci w wieku do 15 lat przy pożądanym poziomie powyżej 1 na 100 tys. Był to najniższy wskaźnik w ciągu ostatnich 5 lat. Systematycznie również pogarszał się wskaźnik terminowego pobierania próbek kału od dzieci z opw (odsetek przypadków, dla których pobrano 2 próby kału w ciągu 14 dni od zachorowania, w odstępie co najmniej 1 dnia. Należy zaznaczyć, że ze względu na okres wydalania wirusa *polio*, terminowe pobranie próbek kału jest kluczowe dla wykrycia wirusa. Analiza stopnia wykrywalności opw według województw wskazuje, że niedostateczna zgłaszalność dotyczy zwłaszcza kilku województw – w 2005 r. odnotowano szczególnie niską wykrywalność opw na terenie aż ośmiu województw: dolnośląskiego, lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, pomorskiego, śląskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego. Tymczasem istnieje realna groźba zawleczenia dzikich szczepów wirusa *polio* do krajów, gdzie już doszło do jego eliminacji. Na świecie zawleczenia zachorowań wystąpiły ze szczególnym nasileniem w 2005 r. (łącznie 1046 zachorowań związanych z zawleczeniem i następującą transmisją wirusa, w 2004 r. – 282). Biorąc pod uwagę stosunkowo częste obecnie występowanie zawleceń wirusa *polio* do krajów, w których udało się uprzędnio przerwać transmisję dzikich szczepów, należy liczyć się z możliwością zawleczenia *polio* także do Polski. Pomimo że wysoki poziom zaszczepienia populacji powinien zapobiec wybuchowi epidemii, w takiej sytuacji niezwykle istotne będzie szybkie podjęcie działań przeciwepidemicznych. Stąd też zaleca się wzmocnienie współpracy pomiędzy ośrodkami hospitalizującymi dzieci z ostrymi porażeniami wiotkimi i Państwową Inspekcją Sanitarną, zwłaszcza w województwach o niskiej wykrywalności opw. Według wstępnych danych PZH w 2006 roku odnotowano niemal dwukrotny wzrost wykrywalności opw, co może świadczyć o skuteczności podjętych przez Państwową Inspekcję Sanitarną działań zaradczych.

7.9.3. Stan zdrowia osób niepełnosprawnych

Osoby niepełnosprawne tworzą kategorię społeczną, zróżnicowaną nie tylko pod względem stopnia niepełnosprawności, który tylko w sposób ogólny klasyfikuje osoby niepełnosprawne przede wszystkim z punktu widzenia możliwości wykonywania pracy. Osoby niepełnosprawne charakteryzują się również zróżnicowaną strukturą demograficzno-społeczną oraz zróżnicowanym stanem zdrowia, będącego następstwem przebytych schorzeń.

Skala i struktura niepełnosprawności są przedmiotem badań GUS od 1978 roku. Problem niepełnosprawności był podejmowany w ramach kolejnych powszechnych spisów ludności (ostatnio w 2002 roku), jak również innych badań o charakterze ankietowym.

W celu identyfikacji osób niepełnosprawnych GUS posługuje się jednolitymi narzędziami (pytaniami). Pytania dotyczą subiektywnej oceny posiadania ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, jak również posiadania prawnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inwalidztwie lub uprawnienia do otrzymywania zasiłku pielęgnacyjnego. Na ich podstawie dane o zbiorowości osób niepełnosprawnych prezentuje się w rozbiciu na następujące grupy:

- osoby niepełnosprawne prawnie – razem;
- osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie;
- osoby niepełnosprawne tylko prawnie;
- osoby niepełnosprawne tylko biologiczne.

Wymienione kategorie niepełnosprawności rozszerzane są w analizie o dodatkowe informacje, takie jak stopień orzeczonej prawnie niepełnosprawności oraz odczuwanego ograniczenia sprawności.

Ostatnie pełne badanie liczby i struktury osób niepełnosprawnych przeprowadzono w ramach Narodowego Spisu Powszechnego 2002 roku. W spisie uzyskano podstawową charakterystykę niepełnosprawności tej grupy ludności według cech demograficzno-społecznych w powiązaniu z ich sytuacją ekonomiczną i mieszkaniową.

W badaniu stanu zdrowia ludności, przeprowadzonym przez GUS w 2004 roku, zastosowano podobne narzędzia jak w spisie. Należy jednak mieć na uwadze różnicę w celach obu badań, a ponieważ w obu przypadkach odpowiedzi na pytanie o niepełnosprawność były subiektywne, oparte na deklaracjach respondentów, wyniki nie są w pełni porównywalne. Dotyczy to szczególnie skali zjawiska, w mniejszym stopniu struktur rozważanej zbiorowości²¹.

Tablica 133. Ludność Polski według występowania niepełnosprawności w 2004 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Niepełnosprawni - razem	N. prawnie i biologicznie	N. tylko prawnie	N. tylko biologicznie	Sprawni	Brak danych
	w tysiącach						
Ogółem	38173,8	6206,0	3004,0	1814,2	1387,7	31961,9	6,0
Miasta	23470,1	3676,2	1781,1	1111,4	783,8	19791,4	2,5
Wieś	14703,8	2529,8	1222,9	702,9	604,0	12170,5	3,5
Płeć							
Mężczyźni	18470,3	2842,6	1497,0	887,8	457,7	15623,8	3,9
Kobiety	19703,6	3363,4	1507,0	926,4	930,0	16338,1	2,1
Subpopulacja							
Dzieci (0-14 lat)	6377,2	208,9	85,0	86,3	37,6	6162,4	6,0
Dorośli (15 lat i więcej)	31796,6	5997,1	2919,0	1728,0	1350,2	25799,5	-
Ogółem	100,0	16,3	7,9	4,8	3,6	83,7	0,0
Miasta	100,0	15,7	7,6	4,7	3,3	84,3	0,0
Wieś	100,0	17,2	8,3	4,8	4,1	82,8	0,0

²¹ Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa 2006.

Tablica 133. Ludność Polski według występowania niepełnosprawności w 2004 r. (dok.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Niepełnosprawni - razem	N. prawnie i biologicznie	N. tylko prawnie	N. tylko biologicznie	Sprawni	Brak danych
	w %						
Płeć							
Mężczyźni	100,0	15,4	8,1	4,8	2,5	84,6	0,0
Kobiety	100,0	17,1	7,6	4,7	4,7	82,9	0,0
Subpopulacja							
Dzieci (0-14 lat)	100,0	3,3	1,3	1,4	0,6	96,6	0,1
Dorośli (15 lat i więcej)	100,0	18,9	9,2	5,4	4,2	81,1	x

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa 2006.

Dane z badania stanu zdrowia ludności w 2004 roku wskazują, że w porównaniu do NSP 2002 roku nastąpił wzrost liczby osób niepełnosprawnych w Polsce o ponad 630 tys. osób. Oznacza to, że pod koniec 2004 roku żyło w Polsce ponad 6,2 mln osób niepełnosprawnych, z tego ponad 4,8 mln osób niepełnosprawnych prawnie. Liczba osób niepełnosprawnych tylko biologicznie była wyższa o prawie 360 tys., wzrost dotyczył głównie osób dojrzałych i w podeszłym wieku. Dane również wskazują na wzrost liczby niepełnosprawnych prawnie o prawie 273 tys. osób, prawie połowa przyrostu dotyczyła osób najciężej poszkodowanych – posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

W strukturze populacji osób niepełnosprawnych najliczniejszą grupę stanowią niepełnosprawni prawnie i jednocześnie biologicznie. Stanowią oni blisko połowę omawianej populacji. Blisko co trzecia osoba niepełnosprawna miała prawne orzeczenie o niepełnosprawności, lecz nie odczuwała żadnych ograniczeń w życiu codziennym, a kolejne 22% zbiorowości to osoby bez orzeczeń, ale mające ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (niepełnosprawne tylko biologicznie).

Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 40. roku życia. Wśród czterdziestolatków niepełnosprawna jest co siódma osoba, a wśród pięćdziesięciolatków – blisko co trzecia, natomiast w grupie osób 70-letnich i starszych – częściej niż co druga.

Uwzględniając strukturę osób niepełnosprawnych według płci i wieku, nietrudno zauważyć, że chociaż ogólny wskaźnik niepełnosprawności wśród kobiet jest wyższy niż wśród mężczyzn (17,1% wobec 15,4%), to analizując kolejne grupy wieku można stwierdzić, że w każdej grupie rówieśniczej (do wieku 69 lat) osobą niepełnosprawną częściej jest mężczyzna niż kobieta. Tylko wśród osób w podeszłym wieku (70 lat i więcej) relatywnie więcej jest kobiet niepełnosprawnych, ale głównie tylko biologicznie.

Relatywnie częściej niepełnosprawność dotyka mieszkańców wsi niż miast. Uwzględniając wiek osób niepełnosprawnych w mieście i na wsi można stwierdzić, że tylko wśród dzieci i ludzi młodych (do 20 roku życia) częstość występowania niepełnosprawności na wsi jest niższa niż w miastach.

Spójrzmy na populację osób niepełnosprawnych z innej, bardziej subiektywnej strony. Czy z niepełnosprawnością prawną wiążą się odczuwane przez respondenta ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych? W większości przypadków tak, lecz nie dotyczy to wszystkich niepełnosprawnych prawnie. Blisko 30% ogółu niepełnosprawnych

prawie w Polsce nie odczuwa żadnych ograniczeń w życiu codziennym, a prawie 9% ma całkowicie ograniczoną zdolność do wykonywania podstawowych czynności życiowych. Najliczniejszą grupę stanowią osoby niepełnosprawne prawie z poważnie ograniczoną zdolnością wykonywania podstawowych czynności życiowych (blisko 62% ogółu osób niepełnosprawnych w Polsce). Według definicji zalecanej przez Unię Europejską jako kryterium subiektywne, tj. biologiczne – liczba osób niepełnosprawnych w Polsce liczy około 4,4 mln osób, tj. 11,5% ogółu ludności.

Z punktu widzenia stanu zdrowia osób niepełnosprawnych, ważny jest podział ogółu osób niepełnosprawnych na subpopulację osób dorosłych oraz dzieci. Szacuje się, że liczba osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej liczyła w końcu 2004 roku prawie 6 mln osób, tj. prawie 19% ogółu populacji w wieku 15 lat i więcej (odsetek wśród kobiet wyniósł 19,7%, a dla mężczyzn – 17,9%).

Wiek środkowy (mediana) dorosłej osoby niepełnosprawnej wynosił w 2004 roku 60 lat. W porównaniu do badania stanu zdrowia z 1996 roku osoba niepełnosprawna jest o 2 lata starsza. Niepełnosprawne kobiety są starsze od mężczyzn (odpowiednio 63 lata i 57 lat).

Prawie 78% dorosłych osób niepełnosprawnych posiada orzeczenie prawne o stopniu niepełnosprawności (grupie inwalidzkiej), pozostałe 22% nie posiada prawnego potwierdzenia niepełnosprawności, ale deklarowało, że ma poważne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Równocześnie częściej niż co czwarta osoba niepełnosprawna posiadała orzeczenie prawne o niepełnosprawności, ale według subiektywnej oceny nie zgłaszała żadnych ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

Grupa dorosłych osób niepełnosprawnych z prawnym orzeczeniem liczy ponad 4,6 mln osób. W zbiorowości tej najliczniej reprezentowane są osoby mające lekki stopień niepełnosprawności (blisko 1,8 mln osób), następnie umiarkowany (1,6 mln osób) oraz znaczny – 1,3 mln osób najciężej poszkodowanych.

Zgodnie z wynikami badania ponad 60% orzeczeń o znacznym stopniu niepełnosprawności posiadają osoby w wieku poprodukcyjnym, a kolejne 26% dotyczy osób w wieku produkcyjnym niemobilnym (45-59/64 lat). Ponad połowę orzeczeń o lekkim stopniu niepełnosprawności mają osoby w wieku produkcyjnym niemobilnym, a następną pod względem wielkości grupę stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym (26%).

Poziom wykształcenia dorosłych osób niepełnosprawnych jest relatywnie niższy niż osób sprawnych: aż 44% osób niepełnosprawnych legitymuje się wykształceniem co najwyżej podstawowym, podczas gdy wśród osób sprawnych udział ten wynosi tylko 18%. Tylko co piętnasta dorosła osoba niepełnosprawna ma wykształcenie wyższe, podczas gdy wśród osób sprawnych – blisko co szósta. Generalnie dorosłe kobiety niepełnosprawne są gorzej wykształcone niż ich niepełnosprawni rówieśnicy. Blisko 64% niepełnosprawnych mężczyzn legitymuje się wykształceniem ponad podstawowym, natomiast wśród niepełnosprawnych kobiet – mniej niż połowa. Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych (82%) to osoby bierne zawodowo, a tylko co 5-6 pracuje, bądź poszukuje pracy. Ponad 60% osób niepełnosprawnych żyje w związkach małżeńskich (oraz aż 72% ogółu niepełnosprawnych mężczyzn). Co ósma osoba to kawaler lub panna, zaś co piąta – osoba owdowiała, przeważnie jest to starsza kobieta (wśród niepełnosprawnych kobiet co trzecia to wdowa).

Dane uzyskane z badania przeprowadzonego przez GUS w 2004 roku pozwalają uzyskać odpowiedź na pytanie, jaki jest stan zdrowia dorosłych osób i dzieci niepełnosprawnych.

Tablica 134. Osoby niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według występujących grup schorzeń

Wyszczególnienie	Ogółem	15-19 lat	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 lat i więcej
	w tysiącach							
Niepełnosprawni ogółem	5997,1	118,3	272,1	299,2	762,1	1526,1	1214,9	1804,4
z tego mający:								
uszkodzenia i choroby narządu ruchu	2763,8	32,8	90,6	108,6	319,5	697,1	594,2	920,9
uszkodzenia i choroby narządu wzroku	1768,2	30,7	53,5	42,5	143,0	397,1	397,8	703,6
uszkodzenia i choroby narządu słuchu	835,5	12,4	20,5	8,0	61,8	145,8	162,3	424,7
schorzenia układu krążenia	2906,9	7,5	26,7	48,8	244,5	776,0	728,8	1074,8
schorzenia neurologiczne	1741,6	22,5	73,3	95,4	234,1	495,0	347,7	473,6
schorzenia psychiczne	470,9	15,6	41,2	47,4	103,6	129,6	55,6	77,8
upośledzenie umysłowe	152,3	19,1	37,8	21,6	25,1	18,2	10,4	20,1
inne schorzenia	1572,6	31,0	53,9	60,0	185,1	440,5	352,4	449,6
	w %							
Niepełnosprawni ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
z tego mający:								
uszkodzenia i choroby narządu ruchu	46,1	27,7	33,3	36,3	41,9	45,7	48,9	51,0
uszkodzenia i choroby narządu wzroku	29,5	25,9	19,7	14,2	18,8	26,0	32,7	39,0
uszkodzenia i choroby narządu słuchu	13,9	10,5	7,5	2,7	8,1	9,6	13,4	23,5
schorzenia układu krążenia	48,5	6,3	9,8	16,3	32,1	50,8	60,0	59,6
schorzenia neurologiczne	29,0	19,0	26,9	31,9	30,7	32,4	28,6	26,2
schorzenia psychiczne	7,9	13,2	15,1	15,8	13,6	8,5	4,6	4,3
upośledzenie umysłowe	2,5	16,1	13,9	7,2	3,3	1,2	0,9	1,1
inne schorzenia	26,2	26,2	19,8	20,0	24,3	28,9	29,0	24,9

Źródło: jak w tabl. 133.

Ogólnie rzecz biorąc, osoby niepełnosprawne gorzej oceniają swoje zdrowie niż osoby sprawne, częściej występują u nich długotrwałe problemy zdrowotne czy choroby przewlekłe, częściej też muszą korzystać z pomocy medycznej. W tej grupie ludności najczęściej występują schorzenia układu krążenia (u 49% ogółu dorosłych osób niepełnosprawnych), w następnej kolejności – uszkodzenia i choroby narządu ruchu (46%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (blisko 30%), słuchu (14%), schorzenia neurologiczne (29%) oraz schorzenia psychiczne (10%). Jak zatem osoby niepełnosprawne radzą sobie z wykonywaniem podstawowych czynności życiowych? Na podstawie wyników uzyskanych w badaniu stanu zdrowia w 2004 roku odnotowano między innymi, że:

- około 31% osób niepełnosprawnych nie przeniesie ciężaru 5 kg na odległość 10 m (np. torby z zakupami);
- około 20% osób niepełnosprawnych nie pogryzie twardych pokarmów np. jabłka, ponieważ nie ma protezy zębowej lub ma nieodpowiednią;
- ponad 10% osób niepełnosprawnych nie może samodzielnie przeczytać np. artykułu w gazecie;
- ponad 10% osób niepełnosprawnych nie rozpozna twarzy z odległości 4 m;
- blisko 11% osób niepełnosprawnych nie słyszy wyraźnie rozmowy prowadzonej z jedną osobą;

- co 15. niepełnosprawny nie przejdzie samodzielnie 500 metrów, nie wejdzie i nie zejdzie po schodach z pierwszego piętra, nie ściśnie i nie utrzyma drobnego przedmiotu;
- pomocy innej osoby przy ubieraniu się i rozbieraniu się potrzebuje co 17. osoba;
- również co 10. wymaga pomocy podczas brania kąpieli;
- co 24. osoba wymaga pomocy przy kładzeniu i wstawaniu z łóżka,
- co 20. osoba niepełnosprawna nie odgrzeje sobie samodzielnie przygotowanego obiadu, a co 29. potrzebuje pomocy przy korzystaniu z WC.

Kłopoty te występują, oczywiście, z niejednakową częstością. Nasilają się one wraz z upływem lat życia. Znaczna część populacji osób w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych czynności bezwzględnie wymaga pomocy ze strony innych osób.

W badaniu stanu zdrowia w 2004 roku w części formularza dotyczącej występowania niepełnosprawności u dzieci zadawano dwa pytania – o niepełnosprawność biologiczną i prawną oraz dodatkowe pytanie o ewentualne specjalne potrzeby edukacyjne dziecka, spowodowane stanem jego zdrowia.

Pytanie o niepełnosprawność biologiczną (subiektywną), służyło do wyodrębnienia dzieci, których sprawność fizyczna lub psychiczna niezbędna do realizacji zadań życiowych jest mniejsza w porównaniu z możliwościami dzieci w zbliżonym wieku i poważnie utrudnia lub uniemożliwia im normalne funkcjonowanie.

Rodzaje czynności podstawowych, wymienionych w pytaniu, są różne w zależności od wieku badanego dziecka:

- dla niemowląt – prawidłowa reakcja na bodźce zewnętrzne,
- dla małych dzieci – udział w grach i zabawach w grupie rówieśników,
- dla starszych dzieci – także uczęszczanie do przedszkola, szkoły, podstawowa samoobsługa (mycie, ubieranie się).

Badanie dotyczyło stanów długotrwałych, tj. takich, które trwały lub przewidywano, że będą trwały 6 miesięcy lub dłużej.

Celem pytania o niepełnosprawność prawną było wyodrębnienie populacji dzieci, które posiadają ważne orzeczenie wydane przez powiatowe lub wojewódzkie zespoły ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności. Orzeczenie takie jest podstawą do otrzymywania zasiłku pielęgnacyjnego na dziecko.

Liczba dzieci niepełnosprawnych ogółem wynosi prawie 209 tysięcy. W tej grupie jest 85 tys. dzieci niepełnosprawnych prawnie i biologicznie, 86,3 tys. – tylko z prawnym orzeczeniem oraz 37,6 tys. dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie. Znacząca większość niepełnosprawnych dzieci żyje w miastach – 130,6 tysięcy. Na wsi odnotowano 78,2 tys. takich dzieci.

Zgodnie z analizą wyników badania według wieku, największą grupę dzieci niepełnosprawnych odnotowano wśród 10-14-latków – 4,2%, w grupie 5-9 letnich dzieci jest 3,2% niepełnosprawnych, a wśród najmłodszych – 2,0%. W najstarszej grupie jest też najwięcej dzieci niepełnosprawnych prawnie i jednocześnie biologicznie – 1,9% oraz tylko prawnie – 1,8%. Natomiast największą liczbę niepełnosprawnych tylko biologicznie odnotowano wśród dzieci 5-9 letnich. Powyższy rozkład danych dla poszczególnych grup wieku jest podobny w miastach i na wsi, zarówno dla chłopców jak i dziewczynek.

Liczba niepełnosprawnych chłopców jest wyższa niż dziewczynek – odpowiednio 122,4 tys. i 86,5 tysięcy. Wśród dziewczynek największą grupę stanowią niepełnosprawne prawnie i równocześnie biologicznie – 24,0 tys., zaś wśród chłopców – niepełnosprawni tylko prawnie – 28,6 tysięcy. Najbardziej ważne zbiorowości zarówno niepełnosprawnych chłopców jak i dziewczynek należą do grupy wieku 10-14 lat.

Zgodnie z wynikami badania w Polsce 2,2% dzieci (w tym 2,5% chłopców i 1,6% dziewczynek) posiada opinie bądź orzeczenia o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Najbardziej liczna grupa (1,6%) z tej zbiorowości dzieci posiada orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Kłopoty lub trudności zdrowotne ma 120,8 tys. niepełnosprawnych dzieci. Na podstawie wyników badania zanotowano występowanie co najmniej jednego poważnego problemu zdrowotnego u blisko 58% dzieci z niepełnosprawnością. Dla 32,8% dzieci niepełnosprawnych podano jeden poważny kłopot lub trudność, dla 13% – dwa, a liczbę trzech i więcej kłopotów zgłaszano znacznie rzadziej.

Wśród dzieci niepełnosprawnych z poważnymi kłopotami zdrowotnymi prawie co czwarte ma problemy ze wzrokiem, a także trudności w mówieniu. Ponad 1/5 ma trudności w poruszaniu się. Problemy ze wzrokiem oraz z poruszaniem się częściej występują u niepełnosprawnych dziewczynek, natomiast więcej chłopców ma trudności w mówieniu.

Do realizacji efektywnej polityki społecznej i zdrowotnej wobec osób niepełnosprawnych konieczne są stałe badania, informujące o liczbie i strukturze osób niepełnosprawnych, ich usytuowaniu na rynku pracy, zaspokajaniu ich potrzeb, w tym potrzeb związanych ze stanem zdrowia, o funkcjonowaniu w domu rodzinnym, w pracy i społeczeństwie, tj. w środowiskach, w których zachodzą procesy integracji społecznej niepełnosprawnych z osobami sprawnymi.

Posiadanie odpowiednich kwalifikacji jest zarówno dla osób niepełnosprawnych jak i pełnosprawnych warunkiem zaistnienia na rynku pracy, charakteryzującym się coraz bardziej wzrastającą konkurencyjnością. Możliwość wylegitymowania się właściwymi kwalifikacjami jest podstawowym kryterium do uzyskania zatrudnienia, zaś zatrudnienie dla osoby niepełnosprawnej, zgodnie z jej możliwościami i zainteresowaniami, to nie tylko sposób na polepszenie sytuacji ekonomicznej, ale także niezbędny warunek poczucia własnej wartości i integracji ze społeczeństwem. Edukacja, zmierzająca do wyposażenia osoby niepełnosprawnej w określony zasób wiadomości i umiejętności, jest pierwszym, podstawowym ogniwem rehabilitacji społecznej i zawodowej.

Niekorzystna sytuacja w kształceniu młodzieży niepełnosprawnej na poziomie ponadpodstawowym wynikać może z faktu, że w większości województw dla niepełnosprawnych absolwentów szkół podstawowych nie ma innej oferty niż ogólnodostępna, najczęściej nie przygotowana do kształcenia uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Sytuacja ta wymusza niejako dalszy przebieg kształcenia młodych niepełnosprawnych osób, których stan zdrowia uniemożliwia naukę w szkołach ogólnodostępnych.

Szczególnie niekorzystnie przedstawia się sytuacja osób niepełnosprawnych, jeśli chodzi o ich kształcenie na poziomie wyższym. W ostatnich latach w szkolnictwie wyższym nastąpiło wydatne poszerzenie oferty edukacyjnej, zarówno w zakresie form jak i treści kształcenia. Powstało wiele szkół wyższych niepublicznych, które między innymi ze względu na wysokie czesne, nie są na ogół dostępne dla niepełnosprawnych. Liczba studiujących osób niepełnosprawnych jest niepokojąco niska. Podstawową przyczyną tego stanu rzeczy jest bariera szkoły średniej. Bez matury bowiem nie może być mowy o indeksie. Niekorzystną sytuację pogłębia fakt, że nieliczni niepełnosprawni absolwenci nadal napotykają na wiele barier funkcjonalnych, jakie wciąż jeszcze są w większości polskich uczelni.

Zarówno wiek i płeć człowieka determinują jego podatność na różnorodne choroby, a w konsekwencji wpływają na intensywność następstw przebytych chorób i urazów, czyli przejściową lub trwałą niepełnosprawność. Z badań ankietowych osób niepełnosprawnych przeprowadzonych przez GUS w 1995 r. i w 2000 r. wynika, że główną grupę przyczyn niepełnosprawności stanowiły choroby (w około 77 % przypadków), następnie wypadki, urazy i zatrucia (13 %) i wady wrodzone (7 %), które można włączyć do grupy czynników chorobotwórczych. Taką strukturę przyczyn obserwuje się również przy uwzględnieniu podziału według płci i miejsca zamieszkania. Charakterystyczne jest przy tym, że choroby częściej stanowią główne źródło niepełnosprawności wśród kobiet, zaś wypadki, zatrucia i urazy znacznie częściej (ponad dwukrotnie) dotyczą mężczyzn.

Jak wynika z badań – blisko co dwudziesta osoba stała się niepełnosprawna w dzieciństwie, tj. przed 15. rokiem życia i co dwudziesta osoba jako niepełnosprawna rozpoczynała dorosłe życie. Najczęściej jednak niepełnosprawność powstaje między 40. a 55. rokiem życia (u blisko co drugiej osoby objętej badaniem). Moment zaistnienia niepełnej sprawności jest różny wśród mężczyzn i kobiet. Kobiety częściej niż mężczyźni stają się niepełnosprawne w wieku poprodukcyjnym, zaś nieco rzadziej w młodszych przedziałach wieku produkcyjnego. Taką sytuację obserwuje się zarówno w mieście jak i na wsi. Można sądzić, że ma to związek z różnym dla kobiet i mężczyzn stopniem narażenia na czynniki powodujące niepełnosprawność płynące ze środowiska życia i pracy, a także odmienną konstrukcją biologiczną organizmu (statystycznie odmienny jest poziom zachorowalności mężczyzn i kobiet).

Tablica 135. Osoby niepełnosprawne według subiektywnej oceny stanu zdrowia w 2004 r.

Ocena stanu zdrowia	Ogółem	Miasto	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
	w tysiącach				
Ogółem	5181,7	3130,7	2051,0	2217,5	2964,1
bardzo dobre	47,2	34,1	13,0	21,3	25,8
dobre	478,2	328,4	149,8	238,8	239,4
takie sobie, ani dobre, ani złe	1969,1	1164,6	804,4	870,2	1098,8
złe	2099,1	1218,4	880,7	864,1	1234,9
bardzo złe	555,7	362,8	192,8	201,6	354,1
brak danych	32,6	22,4	10,1	21,5	11,1
	w %				
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
bardzo dobre	0,9	1,1	0,6	1,0	0,9
dobre	9,2	10,5	7,3	10,8	8,1
takie sobie, ani dobre, ani złe	38,0	37,2	39,2	39,2	37,1
złe	40,5	38,9	42,9	39,0	41,7
bardzo złe	10,7	11,6	9,4	9,1	11,9
brak danych	0,6	0,7	0,5	1,0	0,0

Źródło: jak w tabl. 133; obliczenia własne na podstawie tabl.VII/3.

Subiektywna ocena stanu zdrowia dokonana przez osoby niepełnosprawne jest zdecydowanie negatywna. Największy odsetek osób ocenia swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły (51%), przy czym na wsi odsetek ten jest wyższy niż w miastach i kształtuje się na poziomie 52%. Prawie 38% ogółu osób niepełnosprawnych ocenia swój stan zdrowia jako przeciętny (ani dobry, ani zły), częściej taką opinię wyrażali mężczyźni niż kobiety oraz mieszkańcy wsi niż mieszkańcy miast.

Z badań wynika, iż dla większości osób niepełnosprawnych i ich rodzin trudna sytuacja materialna i poważne problemy zdrowotne stanowią barierę nie do pokonania w samodzielnym zaspokojeniu wielu potrzeb i rozwiązywaniu problemów, jakie stwarza niepełnosprawność.

Wewnętrzna niejednorodność zbiorowości osób niepełnosprawnych wymaga zróżnicowania pomocy adresowanej do tych osób. Innej pomocy oczekują dzieci i młodzież niepełnosprawna, a innej ich rodzice, innej osoby dorosłe, znajdujące się w wieku aktywności zawodowej oraz osoby starsze i całkowicie wyłączone z życia zawodowego ze względu na niepełnosprawność i zły stan zdrowia, wyrażający się zachorowalnością na określone jednostki chorobowe.

7.10. Stan zdrowia ludności w 2004 r.

7.10.1. Stan zdrowia dzieci

Celem przeprowadzenia ogólnopolskiego reprezentacyjnego badania stanu zdrowia ludności Polski w 2004 r. było poznanie sytuacji zdrowotnej i jej uwarunkowań w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną, statusem zawodowym oraz miejscem zamieszkania. Pierwsze tego rodzaju badanie zrealizowano w 1996 r. Pojawiła się zatem potrzeba oceny zmian, jakie zaszły w ciągu minionych ośmiu lat. Niezbędne stało się przeprowadzenie kolejnego badania, umożliwiającego opracowanie aktualnego raportu o stanie zdrowia naszego społeczeństwa.

Zakres tematyczny i metodologia badania zostały przygotowane na podstawie rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia oraz Unii Europejskiej. W badaniu wdrożono wszystkie rekomendowane przez Eurostat dziedziny tematyczne (18 topics) oraz niektóre tematy z planowanego do przeprowadzenia Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia EHIS (np. wybrane rodzaje chorób przewlekłych, problemy związane z samoobsługą). Ponadto wprowadzono także blok pytań z Minimalnego Europejskiego Modułu Zdrowia (MEHM), który jest stałą częścią składową Europejskiego Ankietowego Badania Dochodów i Warunków Życia (EU-SILC).

Do zrealizowania badania wykorzystano trzy formularze: AZD-1 dla gospodarstwa domowego, AZD-2 przeznaczony dla osób dorosłych w wieku 15 lat i więcej oraz AZD-3 dla dzieci do 14-ego roku życia.

Badanie zostało przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny na przełomie listopada i grudnia 2004 roku. Badaniem objęto ponad 14,5 tys. gospodarstw domowych, w których zbadano 42991 osób, mieszkających na obszarach miejskich i wiejskich całego kraju; w tym 35248 dorosłych w wieku 15 lat i więcej oraz 7743 dzieci do 14-ego roku życia. Wyniki zostały uogólnione na ludność zamieszkujejącą na stałe w Polsce według stanu w dniu 31 grudnia 2004 roku.

* * *

Stan zdrowia dzieci rodzice ocenili lepiej niż w 1996 roku. Dla 91% ogółu badanych osób w wieku 0-14 lat uzyskano bardzo dobrą i dobrą ocenę stanu zdrowia, średnią (ani dobrą ani złą) – dla 7%, a ocenę złą lub bardzo złą – dla około 2% dzieci. W badaniu przeprowadzonym w 1996 r. odsetki te wynosiły odpowiednio 85%, 12% oraz 3%.

Lepiej oceniono zdrowie dziewczynek i mieszkańców wsi – ocenę co najmniej dobrą uzyskało 92% ogółu badanych dziewczynek w stosunku do 91% chłopców oraz 93% dzieci wiejskich w stosunku do 90% mieszkających w miastach.

Wyniki badania pokazują, że spośród 470 tys. dzieci, których zdrowie rodzice określili jako takie sobie (ani dobre ani złe) 65% ma długotrwałe problemy zdrowotne, blisko 70% choruje przewlekłe, 16% stanowią osoby niepełnosprawne, zaś u ponad 1/4 stwierdzono występowanie poważnych kłopotów lub trudności zdrowotnych.

Blisko 2/3 ze 100 tys. dzieci, które uzyskały złą i bardzo złą ocenę stanu zdrowia, stanowią osoby niepełnosprawne, a ponad połowa ma poważne problemy ze zdrowiem, głównie w mówieniu i z poruszaniem się. Ponad 80% z tej grupy dzieci choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą.

Długotrwałe problemy zdrowotne (tj. dolegliwości trwające co najmniej 6 miesięcy lub dłużej) występują u ponad 16% osób w wieku 0-14 lat. Wynika z tego, że rodzice więcej niż co szóstego badanego dziecka zgłaszali istnienie długotrwałych kłopotów ze zdrowiem.

Największą grupę stanowili 10-14-latkowie (18%), najmniejszą - dzieci do czwartego roku życia. Długotrwałe problemy zdrowotne znacznie częściej dotyczą dzieci mieszkające w miastach – 19% niż na wsi – 13%. Częściej też występują one u chłopców niż wśród dziewczynek (odpowiednio 18% i 15%).

Poważne kłopoty lub trudności zdrowotne deklarują rodzice prawie co dziesiątego dziecka. Zadawane w badaniu pytanie dotyczyło problemów ze zdrowiem, które ograniczają aktywność dziecka w porównaniu z rówieśnikami lub wymagają korzystania z pomocy dodatkowych (np. okulary, aparat słuchowy, kula, wózek inwalidzki). Ponad 8% dzieci ma jeden taki poważny kłopot lub trudność; największą grupę stanowią 10-14-latkowie – 11,5%. Liczbę dwóch lub więcej problemów ze zdrowiem podawano znacznie rzadziej. Na 1000 dzieci z kłopotami lub trudnościami zdrowotnymi ponad połowa ma problemy ze wzrokiem, prawie co piąte badane dziecko ma trudności w mówieniu – znacznie częściej występują one u chłopców (265) niż u dziewczynek (119).

Nieco ponad 1/5 badanych dzieci choruje obecnie przewlekłe na co najmniej jedną chorobę. Częściej chorują dzieci w wieku 5 lat i więcej (prawie co czwarte) niż młodsze w wieku 0-4 lata (16%). Chłopcy chorują częściej (22%) niż dziewczynki (19%) i ta różnica jest widoczna w każdej grupie wiekowej. Dzieci najczęściej chorują przewlekłe na alergię – 9%. Następne pod względem częstości schorzenia stanowią choroby płuc (w tym astma i astma o podłożu alergicznym) oraz choroby oka – około 4%. Pozostałe choroby przewlekłe występują znacznie rzadziej.

W badaniu stanu zdrowia w 2004 r. wprowadzono po raz pierwszy pytania o samopoczucie psychofizyczne dzieci w wieku 6-14 lat uczęszczających do szkoły. Zostały one opracowane na podstawie ankiety *KIDSCREEN*, która jest specjalnym europejskim narzędziem badawczym przeznaczonym dla dzieci i młodzieży. W badaniu wykorzystano skróconą wersję ankiety zawierającą 12 pytań (*KIDSCREEN short version*). Pytania dotyczą ogólnej jakości życia dziecka związanej ze zdrowiem oraz interakcji z rodzicami i rówieśnikami i uczestnictwa w życiu społecznym.

Twórcy ankiety zalecają aby – jeżeli jest to możliwe – dziecko samodzielnie odpowiadało na pytania. Podnosi to wartość badania, ponieważ celem tych pytań jest uzyskanie samooceny dziecka i uwzględnienie różnych aspektów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. Próbne badania udowodniły, że już 6-letnie dzieci mogą odpowiadać samodzielnie, ale dopuszcza się pomoc rodziców przy wypełnianiu ankiety lub udzielanie przez nich odpowiedzi (jako respondentów zastępczych). W takim przypadku rodzic powinien odpowiadać z punktu widzenia dziecka i opisać, co ono myśli i czuje. Perspektywa ostatniego tygodnia została dostosowana do zdolności dziecka do umiejscowienia faktów w czasie.

Analizując odpowiedzi na pytania o samopoczucie psychofizyczne dzieci trudno wyciągnąć jednoznaczne wnioski. Można tylko ogólnie stwierdzić, że udzieliły one więcej odpowiedzi o wydźwięku pozytywnym i najczęściej były to dzieci 6-9-letnie. Rozkłady udzielonych odpowiedzi różnią się w zależności od wieku i płci badanych oraz kategorii odpowiedzi. Dzieci starsze częściej deklarowały gorsze samopoczucie psychiczne i fizyczne, gorszy nastrój czy trudniejsze relacje z rówieśnikami. Szczególnie zauważalne są różnice w odpowiedziach na pytania dotyczące środowiska szkolnego – najwięcej odpowiedzi o znaczeniu pozytywnym udzieliły dzieci w młodszym wieku szkolnym, a o znaczeniu negatywnym – 12-14-letnie.

Wyniki badania przeprowadzonego w 2004 r. wskazują, że dzieci spędzają przed ekranem telewizora lub/i monitorem komputera coraz więcej czasu – średnio 2,5 godziny dziennie. W 1996 r. było to niewiele ponad 2 godziny. Już 2-letnim dzieciom zajmuje to przeciętnie 1,6 godziny, zaś najwięcej czasu dzieciom 5-letnim – średnio 2,8 godziny dziennie. Jedynie 2% dzieci w wieku 2-14 lat w ogóle nie ogląda telewizji i nie korzysta z komputera. Na oglądanie telewizji lub korzystanie z komputera przez 2 godziny w ciągu dnia przeznaczają więcej niż 1/3 ogółu badanych dzieci, 3 godziny – blisko 1/4, a co ósmemu dziecku

zajmuje to 4 godziny. Więcej czasu na takie zajęcia poświęcają chłopcy niż dziewczynki – odpowiednio 2,6 i 2,4 godziny dziennie.

Poza lekcjami wychowania fizycznego sport uprawia (uczestnicząc w zorganizowanych zajęciach) ponad 30% dzieci, w tym 33% chłopców i 28% dziewczynek. Stosunkowo liczna grupa dzieci ma zajęcia sportowe 2 godziny w tygodniu - 36% oraz 3-4 godziny w tygodniu - 27%. Sportem zajmuje się 1/4 dzieci w młodszym wieku szkolnym i więcej niż co trzeci 10-14-latek

Długość przebywania na powietrzu zależy od pory roku i wieku dziecka. Wiosną są to średnio 4 godziny, latem ponad 7 godzin, a w okresie jesieni i zimy odpowiednio 3 oraz 2 godziny. Nie odnotowano istotnych różnic w czasie między chłopcami a dziewczynkami. Najdłużej przebywają na powietrzu dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym.

W ciągu roku poprzedzającego badanie w szpitalach z noclegiem (minimum 1) przebywało ponad 8% osób w wieku 0-14 lat (w 1996 r. – 7%). Przeciętny czas hospitalizacji dziecka wynosił prawie 7 dni. Najczęściej (32%) powodem ogółu zarejestrowanych pobytów w szpitalach były badania lub obserwacje. W następnej kolejności zgłaszane były pobyty związane z chorobą przewlekłą dziecka – około 26% oraz spowodowane wypadkami lub urazami – 18%. Głównym powodem pobytów w szpitalach dzieci młodszych (do dziewiątego roku życia) były choroby inne niż przewlekłe, zaś 10-14-latków - badania i obserwacje. Prawie co ósme hospitalizowane dziecko przebywało w szpitalach częściej niż 1 raz w roku. Chłopcy byli hospitalizowani częściej niż dziewczynki z powodu wypadków oraz chorób, rzadziej natomiast w celu przeprowadzenia badań lub obserwacji.

Zgodnie z wynikami badania z usług lekarzy skorzystało ponad 80% osób do 14 roku życia. Nie odnotowano istotnych różnic między liczbą wizyt u lekarzy dzieci w poszczególnych grupach wiekowych. W większości przypadków chłopcy częściej odwiedzali lekarzy niż dziewczynki. Najczęściej rodzice chodzili z dziećmi do lekarzy 1-2 lub 5-9 razy w ciągu badanego roku.

Około 70% zarejestrowanych wizyt spowodowanych było chorobą dziecka (inną niż przewlekłą), co trzecia kontrolą stanu zdrowia, a co szósta wynikała z konieczności przyjęcia szczepień lub potrzeby wykonania badań okresowych.

Na 1000 dzieci chodzących do lekarzy największa liczba wizyt związana była z leczeniem przez pediatrów – 927. W następnej kolejności znajdują się wizyty u alergologów – 48, okulistów – 45 oraz laryngologów i ortopedów (po 33 wizyty).

Specjalność odwiedzanych lekarzy zależy nie tylko od stanu zdrowia dziecka, ale również od jego wieku oraz etapu rozwoju. Zatem najmłodsze dzieci odwiedzają zwykle lekarzy pediatrów, 5-9-letnie alergologów i laryngologów (w tym wieku najczęściej pojawiają się symptomy schorzeń alergicznych), zaś 10-14-latkowie chodzą głównie do okulistów i ortopedów – z powodu problemów ze wzrokiem i wad postawy.

Rodzice bardzo rzadko rezygnowali z wizyty z dzieckiem u lekarza – dotyczyło to około 4% dzieci. Najwięcej przypadków rezygnacji dotyczyło sytuacji, w której rodzice woleli poczekać i zobaczyć, czy może dolegliwości zdrowotne dziecka miną same bez potrzeby konsultacji z lekarzem. Kolejnym głównym powodem rezygnacji był brak pieniędzy, a następnie konieczność długiego oczekiwania na wizytę.

Pytania o wizyty u lekarzy dentyków dotyczyły tylko dzieci powyżej 2. roku życia. Pominięto w badaniu małe dzieci, które nie mają jeszcze wszystkich zębów. W ciągu roku poprzedzającego badanie u lekarza dentystry była niespełna połowa dzieci w wieku 2-14 lat i najczęściej były to 1-2 wizyty. Najliczniejszą grupę pacjentów stanowiły osoby 10-14-letnie. Tylko co czwarte dziecko chodzi do dentystry regularnie co 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniami lekarzy. Powodem 50% zarejestrowanych wizyt była konieczność leczenia zębów, celem prawie 48% wizyt był przegląd lub kontrola, co siódma wizyta była związana z korekcją wad uzębienia (ortodoncją), zaś 15% spowodowanych było nagłym bólem zęba.

Analizy wyników badania pokazują, że dzieci zbyt rzadko chodzą do dentysty oraz dość późno rozpoczynają kontrolę lub leczenie zębów. Według informacji uzyskanych od rodziców dzieci 2-4-letnich, ponad połowa z tej grupy wiekowej jeszcze nigdy nie była u dentysty. Oznacza to, że w Polsce zbyt małą wagę przywiązuje się do leczenia mlecznego uzębienia, a dzieci prowadzone są do dentysty dopiero w okresie wyrastania zębów stałych.

Z wizyty z dzieckiem u lekarza dentysty pomimo takiej potrzeby zrezygnowali rodzice 6% badanych. Brak pieniędzy był głównym powodem rezygnacji w 44% odnotowanych przypadków. Kolejne przyczyny najczęściej podawane przez rodziców to strach przed denty-
stą (blisko 17%) oraz długa lista pacjentów oczekujących na wizytę – 16%.

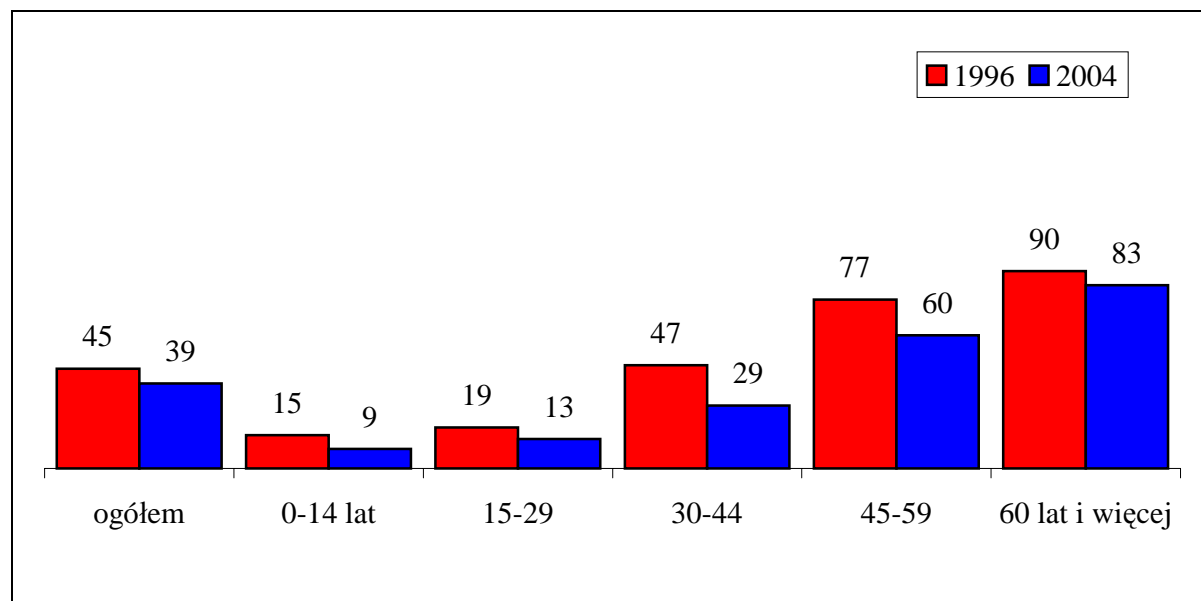
Podczas 2 tygodni poprzedzających badanie około 2,5 mln dzieci, czyli 40% populacji osób w wieku 0-14 lat, zażywało leki (przepisane i nieprzepisane przez lekarza). Należy wziąć pod uwagę fakt, że badanie zostało przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia, czyli w sezonie wzmożonej zachorowalności na przeziębienia i grypę. Mogło się to wiązać ze znacznym wzrostem liczby dzieci zażywających leki. Najczęściej zatem stosowane były witaminy i preparaty mineralne (blisko 20% badanych), następnie leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła (18%) oraz antybiotyki (14%).

Zażywane leki oraz ich rodzaje i częstość konsumpcji są, oczywiście, uzależnione od wieku dziecka i stanu jego zdrowia. Największą grupę zażywających leki stanowią dzieci w wieku 10-14 lat. Należy podkreślić, że niepokojący jest, stosunkowo wysoki w tej grupie wiekowej, poziom spożycia leków na bóle głowy i migrenę oraz uspokajających. Na 1000 dzieci stosujących leki – 494 zażywało witaminy, 461 leki na przeziębienie, zaś 355 antybiotyki.

7.10.2 Stan zdrowia dorosłych Polaków

Ostatnie wyniki badania przeprowadzonego przez GUS w 2004 r. wskazują na istotne i korzystne zmiany w ogólnej ocenie stanu zdrowia Polaków. Pod koniec 2004 r. niespełna 39% ogółu Polaków oceniło swoje zdrowie poniżej oceny dobrej²², tj. o 6 pkt procentowych mniej niż w 1996 r.. Poprawa subiektywnej oceny stanu zdrowia dotyczyła wszystkich grup wiekowych i obu płci, jak również była niezależna od miejsca zamieszkania.

Wykres 112 . Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej w odsetkach



Źródło: Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.”.

²² Zastosowano 5 stopniową skalę, tj. bardzo dobre, dobre, takie sobie (ani dobre ani złe), złe i bardzo złe.

Stosunkowo największy przyrost ocen pozytywnych odnotowano wśród osób w wieku średnim (między 30 a 60 rokiem życia). W tych grupach wiekowych odsetek osób oceniających swoje zdrowie poniżej oceny dobrej zmniejszył się w ciągu 8 lat o 16-18 pkt procentowych; najmniejszą poprawę odnotowano dla populacji osób w podeszłym wieku (70 letnich lub starszych) – tylko o niespełna 4 pkt procentowe. Subiektywna poprawa stanu zdrowia w równym stopniu dotyczyła mężczyzn jak i kobiet, choć nadal kobiety nieznacznie częściej oceniały swoje zdrowie niżej niż mężczyźni (41,5% ogółu kobiet, wobec 34,7% ogółu mężczyzn), za wyjątkiem młodych dziewcząt w wieku od 5 do 19 lat. Równocześnie zaobserwowano nieznaczne zmniejszenie się dysproporcji ocen negatywnych między mieszkańcami miast i wsi. W 2004 r. blisko 40% mieszkańców wsi stwierdziło, że ich zdrowie nie jest dobre, a miastach takiej odpowiedzi udzieliło niespełna 38% mieszkańców (w 1996 r. udział ocena negatywnych w mieście i na wsi był taki sam i wynosił po 45%).

Poprawa stanu zdrowia dotyczyła mieszkańców wszystkich województw, choć nadal w niektórych województwach odsetek osób oceniających swoje zdrowie poniżej oceny dobrej jest relatywnie wyższy niż w innych. Do województw tych należy między innymi łódzkie, lubelskie, dolnośląskie, podlaskie i lubuskie; ponad 40% mieszkańców tych województw oceniło stan swojego zdrowia poniżej oceny dobrej. Relatywnie najlepiej oceniają swoje zdrowie mieszkańcy woj. opolskiego i zachodnio-pomorskiego; niespełna 36% mieszkańców tych województw oceniło swoje zdrowie gorzej niż dobrze.

Tablica 136. Samoocena stanu zdrowia ludności (w odsetkach)

Ocena stanu zdrowia		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	0-14 lat	15-29	30-44	45-59	60 lat i więcej
Bardzo dobre i dobre	1996	54,4	58,5	51,0	84,5	80,7	52,8	23,1	10,2
	2004	61,0	64,5	58,3	91,1	85,7	71,0	39,2	16,4
Takie sobie, ani dobre ani złe	1996	28,5	26,5	30,2	12,4	16,3	37,5	45,8	38,4
	2004	26,4	24,0	28,2	7,4	11,7	23,7	42,7	46,7
Złe i bardzo złe	1996	16,7	14,6	18,5	2,7	2,3	9,3	30,8	51,1
	2004	12,1	10,8	13,2	1,5	1,6	4,9	17,7	36,5

Źródło: Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.”.

Pod koniec 2004 r. tylko 13% osób dorosłych (w wieku 15 lat i więcej) oceniło stan swojego zdrowia jako bardzo dobry. Najczęściej oceniano swoje zdrowie jako dobre (41%) lub średnie (31%), znacznie rzadziej natomiast jako złe (12%) i bardzo złe (niespełna 3%). W 1996 r., co piąta osoba dorosła oceniała swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, natomiast w 2004 r. – rzadziej niż co siódma.

Wraz z wiekiem zmniejsza się częstość ocen najwyższych na korzyść ocen coraz niższych. Wśród osób w wieku starszym (60 lat i więcej) tylko 16% oceniło swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, podczas gdy wśród pięćdziesięciolatków – takie deklaracje uzyskiwano dwukrotnie częściej. Zaś w młodszych grupach wiekowych jeszcze częściej. Ponad połowa czterdziestolatków i $\frac{3}{4}$ trzydziestolatków oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre.

Osoby o wysokim poziomie wykształcenia korzystniej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby słabiej wykształcone; wynika to najprawdopodobniej z młodszej struktury wieku ludzi lepiej wykształconych. Relatywnie najgorzej oceniały swoje zdrowie kobiety w starszym wieku z wykształceniem co najwyżej podstawowym. Także osoby żyjące w małżeństwie lub będące jeszcze w stanie wolnym (kawaler, panna) lepiej oceniają swoje zdrowie niż osoby owdowiałe czy rozwiedzione. Pomimo wyraźnej poprawy ocen stanu zdrowia dorosłych Polaków trzeba podkreślić, że tylko co druga osoba w wieku 15 lat i więcej ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, podczas gdy w Holandii, Wielkiej Brytanii, Belgii czy Szwecji taki stan zdrowia deklaruje około $\frac{3}{4}$ tej populacji.

Jak wynika z badania częściej niż co trzeci mieszkaniec Polski deklarował występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub choroby przewlekłej, trwających co najmniej 6 miesięcy (tj. prawie 14 mln osób). Częstość występowania długotrwałych problemów rośnie wraz z wiekiem. O ile wśród ludzi młodych (do 30 roku życia) występują niezbyt często (u co 6-7 osoby), o tyle wśród ludzi starszych (zwłaszcza po ukończeniu 60 roku życia) – już bardzo często. Prawie 60% pięćdziesięciolatek sygnalizowało wystąpienie długotrwałych problemów zdrowotnych, prawie 73% sześćdziesięciolatek oraz 84% ludzi w wieku 70 lat i starszych. Długotrwałe problemy zdrowotne (lub choroby przewlekłe) częściej występują wśród kobiet niż mężczyzn (odpowiednio 40% dla kobiet i 33% dla mężczyzn) i równocześnie częściej dotyczą mieszkańców miast niż wsi (w miastach – 38%, zaś na wsi – 34%). Osoby z problemami zdrowotnymi oczywiście gorzej oceniają swoje zdrowie niż osoby bez takich problemów. Co trzecia osoba mająca długotrwałe problemy zdrowotne oceniła swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, a kolejne 46% jako takie sobie, tj. ani dobre ani złe.

Tablica 137. Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych (w odsetkach)

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	0-14 lat	15-29	30-44	45-59	60 lat i więcej
Z długotrwałymi problemami zdrowotnymi 2004	36,4	32,8	39,8	16,3	15,4	25,2	52,3	78,8
Chorujące przewlekłe 1996	53,5	48,4	58,3	24,3	33,1	56,4	80,3	91,2
2004	46,0	40,8	50,9	22,5	23,1	37,2	65,3	87,5

Źródło: Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.”.

Obecnie relatywnie mniej Polaków choruje przewlekłe niż w wcześniej. W 2004 r. choroby przewlekłe wystąpiły tylko u 46% Polaków, zaś w 1996 r. częściej niż u drugiego. Oznacza to, że w ciągu 8 lat pomiędzy tymi badaniami częstość występowania chorób przewlekłych zmniejszyła się o ponad 7 pkt procentowych i dotyczyło to zarówno mieszkańców miast jak i wsi, jak również kobiet i mężczyzn. Częstość występowania chorób przewlekłych wzrasta wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. U ponad 70% osób pięćdziesięcioletnich stwierdzono przynajmniej 1 chorobę przewlekłą, podczas gdy w grupie młodszej (40-49 lat) rzadziej niż u co drugiego. Podobnie jak i w 1996 r. u kobiet częściej stwierdza się wystąpienie choroby przewlekłej i zjawisko to obserwuje się we wszystkich grupach wiekowych. Przewlekłe choruje prawie 57% ogółu dorosłych kobiet i tylko 44% dorosłych mężczyzn. Na 10 dorosłych kobiet przypada aż 15 chorób przewlekłych, podczas gdy na dorosłych mężczyzn niespełna 10.

Tablica 138. Średnia liczba chorób przewlekłych na 1 osobę w wieku 15 lat i więcej w 2004 r.

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	na 1 osobę			na 1 osobę obecnie chorującą		
Ogółem	1,26	0,97	1,52	2,48	2,19	2,68
15-19 lat	0,28	0,25	0,31	1,34	1,29	1,38
20-29	0,34	0,27	0,41	1,42	1,32	1,49
30-39	0,54	0,41	0,67	1,60	1,42	1,73
40-49	0,98	0,81	1,15	1,98	1,81	2,11
50-59	1,85	1,54	2,14	2,58	2,32	2,79
60-69	2,60	2,20	2,91	3,11	2,81	3,32
70 lat i więcej	3,19	2,74	3,44	3,50	3,11	3,70

Źródło: Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.”.

Na co najczęściej chorują dorośli Polacy? Najczęstsze choroby przewlekłe to:

1. Nadciśnienie tętnicze – choruje ponad 17% ogółu populacji w wieku 15 lat i więcej, tj. ponad 5,4 mln osób.
2. Choroby kręgosłupa lub dyskopatia – 15,5%, 4,9 mln.
3. Choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe – 13,8%, 4,4 mln.
4. Choroba wieńcowa – 8,6% – 2,7 mln.
5. Migrena lub częste bóle głowy – 8,0% – 2,5 mln.
6. Nerwica lub depresja – 7,4%, 2,3 mln osób.

Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni chorują na nadciśnienie i chorobę wieńcową, choroby kręgosłupa, migrenę i częste bóle głowy oraz nerwicę, jak i choroby tarczycy. Z kolei mężczyźni częściej chorują tylko na przewlekłe zapalenie oskrzeli oraz chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy.

Obserwując częstość występowania badanych chorób przewlekłych według wieku, wyraźnie widać, że wśród młodzieży (w wieku 15-19 lat) najczęstszymi chorobami przewlekłymi są alergie, migrena lub częste bóle głowy, problemy z kręgosłupem (lub dyskopatia) oraz astma o podłożu alergicznym, jak również nerwica lub depresja. U dwudziestolatków stwierdza się także choroby skóry lub tarczycy. Wśród osób trzydziestoletnich (poza ww. chorobami) znacznie częściej stwierdza się wrzody żołądka lub dwunastnicy, jak również przewlekłe zapalenie stawów. Osoby po 40-tym roku życia częściej uskarżają się na zbyt wysokie ciśnienie tętnicze, dwukrotnie częściej chorują na wrzody żołądka lub dwunastnicy, coraz częściej stwierdzana jest także u nich choroba wieńcowa. Po ukończeniu 50 roku życia wyraźnie nam dolega nadciśnienie tętnicze oraz kręgosłup, relatywnie częściej uskarżamy się na częste bóle głowy lub migrenę, mamy stany nerwicowe lub depresję. Częstość występowania tych chorób rośnie wraz z wiekiem. Po przekroczeniu 60 roku życia coraz liczniejsza jest grupa osób chorująca na choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa itp.), mająca kłopoty z kręgosłupem lub stawami, pojawia się także cukrzyca oraz choroby oczu, głównie zaćma.

W miarę upływu lat zmniejsza się sprawność podstawowych narządów, tj. wzroku, słuchu i ruchu. Najszybciej psuje się nam wzrok i w efekcie źle widzimy z bliska. Tylko 60% dorosłych Polaków przeczyta gazetę bez okularów lub szkieł kontaktowych. Co piąty dorosły Polak nie widzi dobrze z dalszej odległości. Większość z tej grupy używa okularów, lecz 3% nie widzi wyraźnie, bo ich nie posiada lub ma nieodpowiednie szkła.

Kłopoty ze słuchem ma ponad 4% ogółu osób dorosłych, ale aż co piąta osoba powyżej 70 roku życia. Aparatu słuchowego używa 1,7% osób dorosłych w wieku 15 lat i więcej, a kolejne 2,1% takiej pomocy potrzebuje, głównie są to osoby 50-letnie i starsze.

Okolo 4% osób zgłosiło w wywiadzie, że nie przejdzie 500 m nie używając specjalnych pomocy (laski, kuli, balkoniku). Problemy z przejściem na taką odległość występują najczęściej u osób starszych. Co czwarta osoba w wieku 70 lat i więcej nie przejdzie samodzielnie tej odległości, co szósta – może to zrobić, ale tylko z laską czy kulą, a co trzynasta nie wykona tego bo nie może lub nie ma specjalnych pomocy.

Kłopoty z samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro) ma blisko co dwudziesta osoba dorosła, ale już co dwunasta osoba 60-letnia i co czwarta 70-letnia lub starsza. Większość z tej grupy osób pomaga sobie używając laski czy kuli, ale prawie 6% nie jest w stanie tego zrobić, bo nie może lub nie posiada takich pomocy.

W badaniu stanu zdrowia oprócz sprawności niektórych narządów pytano o zdolność do samoobsługi, tj. czy badana osoba może wykonać czynności, które człowiek dorosły musi wykonać każdego dnia. W tym przypadku mniej ważny jest wiek takich osób czy płeć, istotne jest poznanie skali zjawiska, tj. określenie liczby osób, które nie mogą samodzielnie funkcjonować i bezwzględnie wymagają stałej pomocy ze strony innych osób.

Zgodnie z uogólnionymi na populację osób dorosłych wynikami tego badania ponad 2 mln osób dorosłych nie może przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Ponad 700 tys. osób nie jest w stanie samodzielnie się umyć od stóp do głowy, a ponad 350 tys. osób nie ubierze i nie rozbierze się samodzielnie. Prawie ćwierć miliona osób musi mieć pomoc, aby wstać czy położyć się do łóżka, a ponad 100 tys. osób nie zje samodzielnie posiłku i musi być karmiona. Ponadto 200 tys. osób nie może samodzielnie korzystać z ubikacji, a ponad 300 tys. nie odkręci kurka od gazu czy kranu. Są to osoby, które całkowicie lub przynajmniej częściowo wymagają pomocy w codziennym życiu ze strony innych osób.

Zebrane dane o wzroście dorosłych Polaków wskazują, że młodsze generacje osiągają coraz wyższy wzrost. Dotyczy to zarówno młodych mężczyzn, jak i kobiet. Statystyczna kobieta dwudziestoletnia mierzy bowiem 166 cm wzrostu i jest wyższa od swojej matki o 4 cm, a od swej babki o 6 cm. Natomiast statystyczny dwudziestoletni mężczyzna mierzy 178 cm wzrostu i jest wyższy od swojego ojca o 4 cm, a od swojego dziadka aż o 7 cm.

Czy wyraźna poprawa kondycji zdrowotnej Polaków ma swoje odzwierciedlenie w większej dbałości o własne zdrowie, realizowana poprzez pro-zdrowotny styl życia. Przeprowadzone badanie nie daje na to pytanie jednoznacznych odpowiedzi, lecz posiłkując się danymi cząstkowymi można powiedzieć, że w większości badanych przez GUS zachowań nastąpiły wyraźne, korzystne zmiany.

W ciągu ostatnich 3 lat poprzedzających badanie, co 6-7 osoba dorosła zmieniła swój sposób odżywiania, ale kobiety robiły to dużo częściej (co piąta). Jednakże, aż w co trzecim takim przypadku zmianę sposobu odżywiania wymusiła choroba lub inna dolegliwość zdrowotna, w co piątym – chęć zmiany stylu życia na zdrowszy, w co siódmym – występująca nadwaga; dla kobiet istotnym powodem zmiany było także utrzymanie osiągniętej wagi ciała. Ten ostatni powód najczęściej wymieniały osoby, które wg obiektywnych kryteriów (BMI) miały niedowagę.

Niewielką poprawę odnotowano w zakresie masy ciała osób dorosłych. Dane z badania wskazują, że w problem częstotności występowania nadwagi czy otyłości nie został jeszcze zażegnany. Co trzecia osoba dorosła waży zbyt dużo, a co ósma jest nawet otyła (zarówno w populacji kobiet, jak i mężczyzn). Obserwowana od lat większa dbałość o wagę ciała wśród kobiet spowodowała, że częstość występowania zbyt dużej wagi ciała wśród kobiet jest obecnie niższa niż wśród mężczyzn (27% ogółu kobiet i blisko 33% ogółu mężczyzn), a równocześnie dużo częściej u kobiet rejestruje się niedobór masy ciała (niedowaga), w tym zwłaszcza u kobiet młodych (do 30 roku życia). W jakich grupach ludności najczęściej znajdziemy osoby z nadmierną masą ciała? Jak wskazują wyniki badania, najczęściej wśród osób 50 letnich lub starszych, z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym, mających długotrwale problemy zdrowotne oraz oceniających swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe.

Tablica 139. Masa ciała osób w wieku 15 lat i więcej (w odsetkach)

Wyszczególnienie		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	15-29 lat	30-44	45-59	60 lat i więcej
Niedowaga	1996	11,1	5,9	15,9	24,6	7,3	4,1	5,4
	2004	11,3	5,6	16,5	25,7	7,7	4,1	4,1
W normie	1996	61,1	65,1	57,5	67,9	65,3	52,9	54,1
	2004	59,1	61,7	56,7	65,8	64,5	53,8	49,7
Nadwaga	1996	16,3	18,7	14,2	5,4	18,0	22,9	22,0
	2004	16,9	19,8	14,2	5,5	17,1	23,3	24,8
Otyłość	1996	11,4	10,3	12,4	2,0	9,3	20,1	18,4
	2004	12,5	12,6	12,5	2,8	10,5	18,7	21,1

Źródło: Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.”.

Wśród osób ważących zbyt dużo (nadwaga lub otyłość) tylko niespełna co 5 osoba z tym walczy i zmieniła sposób żywienia, choć głównie nie z powodu samej otyłości lecz choroby czy dolegliwości zdrowotnej. Tylko niespełna 6% osób ważących zbyt dużo zmieniło swój sposób odżywiania tylko z powodu istniejącej nadwagi, a kolejne 3% z chęci zmiany stylu życia na zdrowszy.

Wyraźnie zmniejszyła się natomiast powszechność palenia tytoniu, w tym zwłaszcza wśród mężczyzn. W okresie między dwoma badaniami udział mężczyzn palących tytoń zmniejszył się o ponad 9 pkt procentowych (z 47 do 38), natomiast wśród kobiet niewiele ponad 1 pkt procentowy (z 24 do 23). Ponad połowa (tj. 51%) dorosłej ludności kraju nigdy nie paliła tytoniu, a co czwarta pali codziennie (34% ogółu mężczyzn i 19% kobiet). 4% dorosłych Polaków to palacze okazjonalni, a kolejne 12% to dawni palacze (z tego aż blisko 17% mężczyzn i tylko 8% kobiet). Typowym palaczem tytoniu jest osoba między 20 a 60 rokiem życia i ta prawidłowość dotyczy zarówno populacji kobiet jak i mężczyzn. Relatywnie najczęściej nałóg palenia występuje u czterdziestolatków. W tej grupie wiekowej pali prawie połowa mężczyzn i częściej niż co trzecia kobieta. Wśród ogółu palących mężczyzn 60% stanowią mocno uzależnieni, wypalający co najmniej 20 papierosów dziennie; natomiast wśród palących kobiet – mocno uzależniona jest tylko co trzecia paląca kobieta. 2/3 ogółu palących kobiet pali papierosy od co najmniej 10 lat, a wśród mężczyzn - blisko 70%. Jaki jest stan zdrowia osób palących tytoń codziennie? Jak wskazują wyniki badania nieznacznie częściej palaczami są osoby zdrowe, bez poważnych problemów zdrowotnych. Najliczniej palą tytoń czterdziestolatkowie, osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz osoby rozwiedzione.

Blisko 5,8 mln osób dorosłych rzuciło palenie, z tego ponad 1/3 w ciągu ostatnich 4 lat. Uwzględniając cechy demograficzne dawnych palaczy nietrudno zauważyć, że decyzje takie najczęściej podejmowały osoby najlepiej wykształcone, jak również żyjące w związkach małżeńskich.

Coraz więcej osób dorosłych sięga po alkohol. Do całkowitej abstynencji w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się tylko 25% badanych osób (w 1996 r. – prawie 30%). Zwiększył się również odsetek kobiet pijących do poziomu ponad 67% (w 1996 r. niespełna 60%), dla mężczyzn wyniósł on ponad 83% i był nieznacznie wyższy niż w 1996 r. (81%). Najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowią osoby w wieku 30-49 lat.

Zwiększyła się również częstość picia i to zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Raz w tygodniu lub częściej (nawet i codziennie) po alkohol sięga co ósma pijąca kobieta i blisko trzecia mężczyzna (w 1996 r. – co czwarty pijący mężczyzna i co czternasta kobieta). Kobiety nadal piją z mniejszą częstotliwością w porównaniu z mężczyznami, choć dysproporcje te są coraz mniejsze. Alkohol częściej niż raz w miesiącu pije prawie 60% mężczyzn pijących i blisko 34% kobiet (w 1996 r. 58% i 27%).

Tablica 140. Palenie tytoniu i picie alkoholu (w odsetkach)

Wyszczególnienie		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	15-29 lat	30-44	45-59	60 lat i więcej
Palący codziennie	1996	29,6	40,9	19,4	22,5	43,5	34,3	14,5
	2004	26,3	33,9	19,3	20,8	34,7	35,6	12,5
w tym 20 papierosów i więcej	1996	16,3	26,0	7,5	9,2	25,7	21,6	7,4
	2004	13,4	20,3	7,0	7,0	19,3	20,7	6,1
Pijący alkohol	1996	70,1	81,6	59,6	64,6	85,3	75,4	50,1
	2004	74,9	83,3	67,2	71,1	87,4	82,6	56,1
W tym 1 raz w tygodniu lub częściej	1996	11,6	19,8	4,1	9,8	16,5	12,7	5,8
	2004	16,8	26,1	8,2	16,2	21,9	18,6	9,2

Źródło: Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.”.

Nastąpiły istotne zmiany w typowym wzorcu konsumpcji alkoholu (tj. rodzaje alkoholu jakie zwykle pijemy). Wyniki badania wykazują, że wódkę i inne napoje spirytusowe powoli wypiera piwo. Mężczyźni najczęściej raczą się tylko piwem (44% wskazań) lub tylko wódką (34% wskazań), rzadko pijąc alkohol mieszają wódkę i piwo (17% wskazań). Kobiety natomiast preferują picie tylko jednego gatunku alkoholu. Piją najczęściej albo tylko wino (40% wskazań), albo tylko wódkę (27% wskazań), bądź tylko piwo (22% wskazań).

O spożyciu alkoholu nie świadczy tylko częstość spożycia i rodzaj, ale również jego ilość. Przeciętnie rzecz biorąc mężczyźni w Polsce piją dokładnie 4,5 raza więcej niż kobiety. Średnia roczna konsumpcja wśród mężczyzn wynosi 5,4 litra 100% alkoholu a wśród kobiet tylko 1,2 litra. Przedstawione dane są niedoszacowane, nie tylko z uwagi na obserwowaną w badaniach ankietowych tendencję do zaniżania wielkości spożycia przez osoby ankietowane, jak również, że nie wszyscy podali informacje na temat częstości czy ilości spożywanego alkoholu.

Większość dorosłych Polaków spędza czas wolny w sposób bierny lub wykonując czynności niewymagające zbyt intensywnej aktywności ruchowej. Na czytanie, oglądanie telewizji lub słuchania radia oraz wykonywanie innych czynności niewymagających ruchu i wysiłku fizycznego dorosły Polak przeznacz średnio prawie 18 godzin w tygodniu, zaś kobiety o 1 godzinę krócej. Spacer, gimnastyka, jazda na rowerze lub inny niezbyt intensywny ruch to inny sposób spędzania wolnego czasu jednak nie jest on wzorcem dla wszystkich osób dorosłych. Takie deklaracje złożyło jedynie 70% ogółu dorosłych Polaków. Średni czas poświęcany tym zajęciom też nie jest zbyt długi – niewiele ponad 8 godzin tygodniowo. Jeszcze mniej osób biega, pływa czy też pracuje sezonowo na działce – tylko co trzeci dorosły Polak. Średni czas poświęcany tym zajęciom wynosi także 8 godzin tygodniowo, przy czym należy zaznaczyć, że na ten wynik najprawdopodobniej „zapracowały” głównie osoby dojrzałe lub starsze uprawiające działkę lub ogród. Osoby starsze podały, że zajęciom tym poświęcają średnio 11-12 godzin tygodniowo, zaś osoby młodsze na zajęcia podobne pod względem intensywności wysiłku fizycznego przeznaczają prawie dwukrotnie mniej czasu, tj. średnio 6-7 godzin tygodniowo. Z kolei intensywny trening (np. siłownia) lub uprawianie sportu wyczynowego z racji swojego charakteru to domena głównie młodych mężczyzn do 30 roku życia. W takich zajęciach uczestniczy częściej niż co czwarty 15-19 latek i co piąty dwudziestolatek. Stosunkowo rzadko sportem lub intensywnym treningiem zajmują się młode dziewczęta – tylko co 13 nastoletnia dziewczyna i co 20 dwudziestolatka.

Co 5 dorosły Polak zaszczepił się przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Ponad ¾ osób szczepiło się w ciągu ostatnich 5 lat, głównie z powodu planowanego zabiegu chirurgicznego, a co czwarta z własnej inicjatywy.

Co drugi dorosły Polak przynajmniej raz w życiu miał badany poziom cholesterolu, przy czym badanie to częściej wykonują kobiety niż mężczyźni. Najczęściej wykonywane jest u osób dojrzałych po 50 roku życia – niespełna 1/5 w tej populacji nigdy nie miała wykonanego badania. Wysoki poziom cholesterolu całkowitego (powyżej 200 mg%) stwierdzano częściej niż u co trzeciej osoby podającej się badaniu, przy czym najczęściej wśród osób powyżej 60 roku życia (częściej niż u co drugiego).

Co 10 dorosły Polak nigdy nie miał badanego poziomu ciśnienia krwi i najczęściej takie przypadki odnotowano wśród ludzi bardzo młodych, tj. do 20 roku życia. Podwyższone ciśnienie krwi miał co czwarty czterdziestolatek, prawie co drugi pięćdziesięciolatek i około 60% osób w starszym wieku. Relatywnie najczęściej zbyt wysokie ciśnienie krwi stwierdza się wśród ludzi o niezbyt dobrym stanie zdrowia, tj. z długotrwałymi problemami zdrowotnymi czy chorującymi przewlekłe. Znacznie częściej ten problem zdrowotny rejestruje się u kobiet niż mężczyzn.

Jak wskazują wyniki badania blisko ponad 70% ogółu kobiet w wieku 15-49 lat współżyje płciowo. Ponad 65% z nich stosuje antykoncepcję. Wyniki badania wskazują na general-

ną zmianę stosowanych metod antykoncepcji wśród polskich kobiet. W 1996 r. najpopularniejszą metodą regulacji urodzeń był kalendarzyk małżeński i stosunek przerywany, to 8 lat później – stosowanie prezerwatywy oraz pigułki antykoncepcyjnej, bądź innych środków hormonalnych (np. plastry, zastrzyki).

Dużo rzadziej kobiety stosują teraz metody naturalne (kalendarzyk małżeński czy mierzenie temperatury lub obserwację śluzu szyjkowego), jak również środki chemiczne czy mechaniczne, w tym także spiralę (patrz poniższa tablica).

Tablica 141. Metody regulacji urodzeń (w odsetkach ogółu kobiet stosujących antykoncepcję)

Metody regulacji urodzeń	1996	2004
Mierzenie temperatury lub/i obserwacja śluzu szyjkowego	9,7	4,7
Kalendarzyk małżeński	42,5	21,2
Stosunek przerywany	35,1	19,5
Prezerwatywa	22,0	36,9
Pigułka antykoncepcyjna lub inne środki hormonalne	7,9	26,9
Spirala	6,9	5,6
Środki chemiczne i inne mechaniczne	3,8	1,8
Inne	5,0	4,5

Źródło: Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.”

Zmiany metod zapobiegania niepożądaney ciąży najwyraźniej widać, jeżeli uwzględni się wiek kobiety. Młode kobiety w okresie najwyższej rozrodczości stosują teraz metody bardziej skuteczne – preferują używanie prezerwatywy lub stosują pigułkę antykoncepcyjną, natomiast czterdziestolatki najczęściej stosują kalendarzyk małżeński lub stosunek przerywany. Generalnie w ciągu ośmiu lat między dwoma badaniami GUS – większość kobiet przekonała się do prezerwatywy, w tym zwłaszcza kobiety o niższym poziomie wykształcenia. Kobiety z wykształceniem co najmniej średnim dużo częściej stosują droższe metody antykoncepcji – pigułkę antykoncepcyjną lub spiralę.

W badaniu zadano pytanie jak na ogół osoby dorosłe postępują, gdy coś im dolega lub gdy czują się chorzy. Blisko 46% Polaków stwierdziło, że idzie do lekarza dopiero w ostateczności. Co trzeci dorosły Polak uzależnia wizytę u lekarza od rodzaju dolegliwości, a tylko niespełna co ósmy – nie czeka, tylko od razu szuka pomocy lekarskiej. Takie pozytywne zachowanie jest typowe dla dwóch różnych subpopulacji – ludzi bardzo młodych (do 20 roku życia) oraz osób starszych, którzy ukończyli 60 rok życia. Ta szczególna dbałość o swoje zdrowie młodzieży jest bardzo cenna i być może nie zmieni się wraz z upływem lat. Podobne zachowania występują wśród ludzi starszych, ale co najmniej 50-letnich.

Wyraźną poprawę odnotowano w przypadku specjalnych badań profilaktycznych dla kobiet. W ostatnich latach wyraźnie zwiększył się udział kobiet wykonujących badania cytologiczne. Niespełna 30% ogółu kobiet nie była nigdy poddana takiemu badaniu, a w tej grupie znaczący udział miały kobiety albo bardzo młode (do 19 roku życia) albo dużo starsze (co najmniej 60 letnie, relatywnie najczęściej zagrożone rakiem narządów rodnych). Badania cytologiczne najczęściej wykonują kobiety między 30 a 60 rokiem życia. Tylko co 7-8 kobieta będąca w takim wieku badania cytologicznego nigdy nie wykonywała. Ponad 40% zbadanych kobiet miało wykonane badanie w ciągu ostatnich 2 lat. Uwzględniając powody wykonywania badań wnioski są coraz bardziej optymistyczne. Prawie 40% kobiet podało się badaniu na skutek zalecenia lekarskiego i najczęściej ten powód wskazywały kobiety starsze. Blisko co trzecie badanie cytologiczne to efekt dbałości kobiet o swoje zdrowie (wykonują je regularnie) i takie zachowanie dotyczy to głównie kobiet do 50 roku życia. Mniejsze znacznie miały powody bezpośrednio zdrowotne (zauważenie niepokojących objawów czy też potwierdzenie diagnozy lekarskiej) – łącznie u 18% ogółu kobiet. Tylko co 14 zbadana kobieta skorzystała z ogólnodostępnego programu badań cytologicznych wśród kobiet.

Wyraźnie wzrosła natomiast powszechność badań mammograficznych lub ultrasonograficznych piersi. Co trzecia dorosła kobieta przynajmniej raz w swoim życiu miała wykonane takie badanie. Po wyeliminowaniu z analiz kobiet młodych (do 24 roku życia) wnioski są bardzo optymistyczne. Ponad 40% kobiet została kiedykolwiek przebadana w tym kierunku. Badania piersi najliczniej wykonują kobiety lepiej wykształcone, tj. posiadające co najmniej wykształcenie średnie (ponad 44% kobiet w wieku 15 lat i więcej).

Tablica 142. Badania profilaktyczne kobiet (w odsetkach)

Wyszczególnienie	Ogółem	15-29 lat	30-44	45-59	60 lat i więcej	
Kobiety, u których kiedykolwiek wykonano badanie:						
Mammografii	1996	9,3	4,1	9,6	16,1	8,1
	2004	28,1	2,7	17,5	55,1	32,5
USG piersi	2004	24,0	10,7	26,9	36,8	19,8
Cytologii	1996	23,9	26,1	30,6	27,7	9,9
	2004	70,1	49,0	86,8	83,3	59,6

Źródło: Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.”.

Blisko 90% ogółu zbadanych kobiet wykonało badanie w ciągu ostatnich 5 lat, a co trzecia zbadana Polka wykonała je w ramach ogólnodostępnego programu badań profilaktycznych, a co piąta z własnej inicjatywy (profilaktycznie) oraz na skutek zalecenia lekarskiego. Uzupełnieniem badań sutka jest samokontrola piersi. Co druga dorosła kobieta co najmniej kilka razy w roku sama bada swoje piersi, najczęściej ten prosty sposób kontroli piersi stosują kobiety między 30 a 60 rokiem życia.

Blisko co 5 Polak śpi krócej niż 7 godzin na dobę, choć kolejny co 10 – bardzo długo – 10 godzin i więcej. Pomimo takiego zróżnicowania, większość Polaków śpi dobrze lub bardzo dobrze. Najlepiej śpią osoby młode – do 40 roku życia, a także mężczyźni. Niespełna co 3 Polak nie jest zadowolony z jakości swojego snu i w grupie tej przeważają głównie kobiety oraz osoby 50-letnie i starsze, jak również osoby schorowane. Co przeszkadza ludziom dobrze spać? W połowie przypadków wynika to z częstego budzenia się w nocy (46%). Blisko co 5 osoba śpiająca nie najlepiej ma kłopoty z zasypianiem, równie liczna grupa – budzi się zbyt wcześnie i nie może już zasnąć.

Pozytywne zmiany w stanie zdrowotności społeczeństwa mają swoje odzwierciedlenie także w ogólnej ocenie całego dotychczasowego życia. Generalnie dorośli Polacy są zadowoleni ze swojego życia. Ponad 3/4 dorosłych Polaków oceniło swoje dotychczasowe życie jako bardzo dobre lub dobre. Tylko co piąta dorosła osoba uważała, że jej życie jest takie sobie (tj. ani dobre ani złe), a rzadziej niż co 40 oceniała je jako złe lub bardzo złe, niezależnie od płci.

Czynnikiem determinującym pozytywną ocenę życia jest wiek osoby. Im osoba jest starsza tym gorzej ocenia swoje życie. Może mieć na to wpływ także pogarszający się wraz z upływem lat stan zdrowia. Osoby skarżące się na długotrwałe problemy zdrowotne (niezależnie od wieku) gorzej oceniły swoje życie niż osoby bez takich problemów i dotyczyło to wszystkich grup wieku, nawet tych najmłodszych. W grupie osób mających długotrwałe problemy zdrowotne prawie co 25 oceniła swoje życie jako złe lub bardzo złe, zaś wśród osób nie mających takich problemów – tylko co 75. Pozytywnie ocenia swoje życie (jako bardzo dobre i dobre) ponad 80% ogółu osób bez długotrwałych problemów zdrowotnych i tylko 66% osób zgłaszających takie problemy.

Spis tablic

1. Bilans ludności Polski dla lat 2004 i 2005. Stan w dniu 31.XII
2. Ludność Polski w latach 1988-2005 oraz w dniu 30 VI 2006
3. Ludność według płci w Polsce w latach 1988-2005. Stan w dniu 31.XII oraz w dniu 30 VI 2006
4. Współczynniki feminizacji w 5-letnich przedziałach wiekowych w Polsce. Stan w dniu 31 XII 2004 oraz w dniu 30 VI 2006 (na 100 mężczyzn przypada kobiet)
5. Ludność Polski według biologicznych grup wieku w latach 1988-2005. Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006
6. Mierniki obrazujące proces starzenia demograficznego ludności w Polsce w latach 1988-2006
7. Ludzie starzy wg płci i wieku w Polsce w dniu 31 XII 2005 r. oraz w dniu 30 VI 2006
8. Ludność Polski według ekonomicznych grup wieku w latach 1988-2005. Stan w dniu 31 XI oraz w dniu 30 VI 2006
9. Zmiany w strukturze ludności w wieku produkcyjnym w latach 1988-2005 według wieku mobilnego i niemobilnego. Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006
10. Dzieci i młodzież według edukacyjnych grup wieku w latach 1988-2005. Stan w dniu 31 XII oraz w dniu 30 VI 2006
11. Ludność Polski według stanu cywilnego faktycznego, NSP 1988, 2002
12. Odsetki osób, które kiedykolwiek pozostawały w małżeństwie lub w związku partnerskim według płci i wieku w latach 1988-2002
13. Zmiany w liczbie małżeństw w Polsce w latach 1989-2005
14. Nowożeńcy według płci i poprzedniego stanu cywilnego w latach 1989-2005
15. Współczynniki zawierania pierwszych małżeństw w latach 1989-2005
16. Rozwody w Polsce w latach 1989-2005
17. Rozwody według liczby małoletnich dzieci, Polska, 1989-2005
18. Zmiany w liczbie urodzeń żywych w Polsce w latach 1983-2005
19. Zmiany w liczbie i strukturze kobiet w wieku rozrodczym w latach 1983-2005
20. Płodność kobiet w 2005 r. w porównaniu z 2000 r.
21. Współczynniki dzietności teoretycznej (WDT) oraz modalny wiek matek według kolejności urodzeń w Polsce w przekroju miasto-wieś w latach 2000-2004
22. Kobiety, które urodziły przynajmniej jedno dziecko w przekroju miasto – wieś w Polsce w latach 2000-2004 (w %)
23. Kobiety bezdzietne w latach 2000-2004 (w %%)
24. Zmiany w strukturze urodzeń żywych według kolejności w latach 1989-2005
25. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wśród ogółu urodzeń żywych w latach 1989-2005
26. Udział urodzeń pozamałżeńskich według wieku kobiet w latach 2000-2005
27. Współczynniki płodności i dzietności kobiet oraz dynamiki demograficznej ludności w 2005 r. według województw
28. Współczynniki płodności i dzietności kobiet oraz dynamiki demograficznej ludności w 2005 r. według województw
29. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności w wybranych latach okresu 1990-2005
30. Zgony ogółem według wieku w latach 1990-2005 na 100 tys. ludności danej grupy wieku
31. Zgony według głównych przyczyn w latach 1995, 2000 i 2005 (w %%)
32. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności z powodu najważniejszych przyczyn w wybranych latach okresu 1990-2005
33. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności według miejsca zamieszkania w wybranych latach okresu 1990-2005

34. Współczynniki zgonów według wieku dla mężczyzn w procentach współczynników zgonów kobiet w wybranych latach okresu 1990-2005
35. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności z powodu najważniejszych przyczyn według płci i wieku w wybranych latach okresu 1990-2005
36. Zgony niemowląt według płci w Polsce w latach 1990-2005 (na 1000 urodzeń żywych)
37. Umieralność okołoporodowa i niemowląt według wieku w momencie zgonu w wybranych latach okresu 1995-2005
38. Zgony niemowląt według płci i kolejności urodzenia u matki w Polsce w 2005 r. (na 1000 urodzeń żywych danej płci i kolejności urodzenia)
39. Przeciętne trwanie życia według wieku i płci w wybranych latach okresu 1990-2005
40. Dekompozycja przyrostu przeciętnego dalszego trwania życia noworodka według płci i grup wieku w Polsce w latach 1990-2005
41. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka według płci w wybranych krajach europejskich w 2004 r.
42. Umieralność niemowląt w wybranych krajach europejskich
43. Liczba wyjazdów Polaków oraz liczba przyjazdów cudzoziemców z/do Polski w latach 2001-2005 (w mln przekroczeń granicy)
44. Przyjazdy cudzoziemców do Polski w latach 2002-2005 (w tys.)
45. Przyjazdy cudzoziemców do Polski według głównych krajów przyjazdu (w tys.) – zmiana 2005 w stosunku do 2004
46. Migracje zagraniczne na pobyt stały w latach 1995-2005 (w tys. osób)
47. Emigracja i imigracja z/do Polski na pobyt stały według wieku emigrantów (liczby bezwzględne)
48. Emigracja i imigracja na stałe w Polsce według województw dla lat: 2002-2005 (liczby bezwzględne)
49. Liczba osób, które w latach 2003-2005 złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w RP (według kontynentu)
50. Liczba osób, które w latach 2003-2005 złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w RP według najliczniej reprezentowanych obywatelstw
51. Liczba osób, w stosunku, do których Prezes Urzędu do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców w latach 2003-2005 wydał decyzje w sprawie o nadanie statusu uchodźcy w RP (według kontynentu)
52. Liczba osób, które przybyły do RP na podstawie wize repatriacyjnej lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony wydanego członkom rodziny repatrianta
53. Liczba wniosków o wydanie wize repatriacyjnej oraz o udzielenie zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony i wydanie karty czasowego pobytu – dla osób będących innej niż polska narodowości, członków rodzin osób ubiegających się o repatriację, które wpłynęły do MSWiA (od lipca 2001 do URiC) w latach 1997-2005.
54. Zgody na pracę udzielone cudzoziemcom w latach 1997-2004 (liczby absolutne)
55. Zgody na pracę udzielone cudzoziemcom w latach 2000-2005 według głównych sektorów zatrudnienia
56. Obywatele polscy przebywający za granicą powyżej dwóch miesięcy ogółem oraz wyjeżdżający do pracy według głównych krajów docelowych w drugich kwartałach lat 2000-2005
57. Obywatele polscy przebywający za granicą powyżej dwóch miesięcy ogółem oraz wyjeżdżający do pracy według głównych krajów docelowych w drugich kwartałach lat 2002-2005 (w tysiącach)
58. Sieć osadnicza Polski w latach 1991 r., 2001 r. i 2005 r. (stan w dniu 31.12)
59. Zmiany liczby ludności miejskiej i wiejskiej w latach 1990-2005
60. Przyrost i ubytek rzeczywisty ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw

61. Liczba małżeństw zawartych w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców-według województw
62. Liczba urodzeń żywych w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców-według województw
63. Liczba zgonów niemowląt w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych-wg województw
64. Przyrost i ubytek naturalny ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców-według województw
65. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w 2005 r. – według województw
66. Migracje wewnętrzne ludności na pobyt stały w latach 1996-2005
67. Migracje wewnętrzne – napływ i odpływ ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców-według województw
68. Migracje zagraniczne – napływ i odpływ ludności w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców-według województw
69. Saldo migracji ogółem w 2005 r. oraz średniorocznie w okresie 2002-2005 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – według województw
70. Migracje wewnątrzwojewódzkie ludności na pobyt stały według kierunków migracji na 1000 ludności miejsca odpływu tj. miast oraz wsi
71. Migracje międzywojewódzkie w 2005 r. – struktura kierunków napływu ludności do poszczególnych województw
72. Migracje międzywojewódzkie w 2005 r. – struktura kierunków odpływu ludności z poszczególnych województw
73. Migracje międzywojewódzkie w 2005 r. – nasilenie odpływu ludności z poszczególnych województw (liczba osób opuszczających dane województwo na 10000 jego mieszkańców)
74. Częstość (%) występowania hipercholesterolemii i hipertrójglicydemii u mężczyzn i kobiet według województw i w całej Polsce.
75. Kontrola hipercholesterolemii w populacji w Polsce według województw (wykrywalność, leczenie i jego skuteczność)
76. Częstość (%) prawidłowej masy ciała, nadwagi, otyłości i otyłości znacznej wg wskaźnika BMI u kobiet i mężczyzn w Polsce według województw (w %%)
77. Realizacja zadań prewencji chorób układu krążenia przez lekarzy POZ: odsetki osób, którym udzielono porad na temat stylu życia, mierzono ciśnienie na każdej wizycie
78. Samoocena stanu zdrowia dorosłej populacji polskiej (20-74 lata) w zależności od płci i wieku
79. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności)
80. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności)
81. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej według charakteru miejsca zamieszkania i płci (wskaźnik na 100 tys. populacji)
82. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej według charakteru miejsca zamieszkania i płci (wskaźnik na 100 tys. populacji)
83. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności)
84. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według kategorii zaburzeń (wskaźnik na 100 tys. ludności)
85. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według charakteru miejsca zamieszkania i płci (wskaźnik na 100 tys. populacji)

86. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej według charakteru miejsca zamieszkania i płci (wskaźnik na 100 tys. populacji)
87. Liczba zachorowań oraz zapadalność (na 100 000 ludności) na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 1999-2005
88. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne według województw w Polsce w 2005 r. (na 100 000 ludności)
89. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych według typu nadużywanej substancji
90. Spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca w Polsce w latach 1995-2004
91. Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce w przeliczeniu na 100% alkoholu w latach 2000-2004
92. Palenie tytoniu przez osoby dorosłe w 1996 i 2004 r.
93. Struktura osób w wieku 15 lat i więcej palących codziennie w 2004 roku według długości okresu palenia oraz wybranych cech demograficzno-społecznych
94. Wypadki drogowe i ich ofiary w Polsce w latach 2000-2006
95. Wypadki drogowe w Polsce według rodzaju i skutków w 2005 roku
96. Przyczyny wypadków drogowych spowodowanych przez kierujących pojazdami w 2005 roku
97. Przyczyny wypadków drogowych spowodowanych przez pieszych w Polsce w 2005 roku
98. Wypadki drogowe i ich skutki spowodowane przez nietrzeźwych uczestników ruchu w Polsce w 2005 roku
99. Poszkodowani w wypadkach przy pracy w latach 2000-2005
100. Poszkodowani w wypadkach przy pracy według wieku i stażu pracy na zajmowanym stanowisku w latach 2000-2005
101. Poszkodowani w wypadkach przy pracy według rodzaju wypadku oraz rodzaju działalności w latach 2000 -2005
102. Poszkodowani w wypadkach przy pracy według wybranych grup zawodów w latach 2000-2005 r.
103. Wypadki przy pracy rolnictwie, w następstwie których wypłacono jednorazowe odszkodowania z tytułu wypadków w latach 2000-2005
104. Zamachy samobójcze w latach 2000-2005 według ustalonych przyczyn oraz płci
105. Osoby dokonujące zamachów samobójczych w 2005 roku według wieku i płci
106. Metody planowania rodziny stosowane w Polsce w latach 1984 i 2000/2001
107. Urodzenia wśród nastolatek w Polsce w latach 1990-2004/1000 kobiet w wieku 15-19 lat.
108. Urodzenia pozamałżeńskie wśród nastolatek w Polsce w latach 1990-2004. Urodzenia kobiet w wieku 15-19 lat w %
109. Porożenia samoistne w Polsce w latach 1990-2005
110. Urodzenia żywe, przerwania ciąży w Polsce w latach 1990-2005
111. Umieralność okołoporodowa – Polska 2005 /masa ciała > 500g/
112. Umieralność okołoporodowa – Polska 2005 /masa ciała 500-999/
113. Urodzenia w 2005 roku wg wagi noworodka oraz wieku matki
114. Częstość urodzeń w klasach masy urodzeniowej – Polska 2005 r.
115. Urodzenia żywe, mała masa urodzeniowa (<2500g) i umieralność niemowląt w wieku 0-6 dni wg masy urodzeniowej w latach 1994-2003
116. Zgony matek w Polsce w latach 1991-2000 – współczynnik zgonów matek wg przyczyn /100tys. żywych urodzeń
117. Cięcia cesarskie w Polsce w latach 1999-2005
118. Cięcia cesarskie – Polska 2005
119. Opłacalność procedur zapobiegania urazom (w złotych)

120. Wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u dzieci w wieku 0-18 lat leczonych w 2004 roku w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień od substancji psychoaktywnych ogółem na 100000 populacji. N = 138529 (77738)
121. Dzieci w wieku 0-18 lat leczone w poradniach zdrowia psychicznego w 2004 roku według miejsca zamieszkania, płci i rozpoznania
122. Dzieci i młodzież w wieku 0-19 lat leczone w oddziałach stacjonarnych w latach 2000 i 2004 według częstości rozpoznań
123. Liczba zachorowań dzieci i młodzieży na nowotwory złośliwe według płci oraz grup wiekowych w latach 1999-2003
124. Współczynniki surowe dla zachorowań dzieci i młodzieży na nowotwory złośliwe w latach 199-2003 wg płci i grup wiekowych
125. Osiem najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych u chłopców w 2003 roku – liczby bezwzględne
126. Osiem najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych u dziewcząt w 2003 roku – liczby bezwzględne
127. Zapadalność na biegunki wśród dzieci do lat 2 w latach 1999-2006 (na 100 000 populacji; w r. 2006 dane wstępne)
128. Osoby profilaktycznie badane w kierunku pałeczek Salmonella przy przyjęciu do szpitala w latach 1998-2004 (głównie dzieci do lat 2)
129. Zapadalność na salmonellozy wśród dzieci i młodzieży w latach 1999-2004 (na 100 000 populacji)
130. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2005 roku wg lokalizacji zmian, płci i wieku. Liczby bezwzględne.
131. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci (0-14 lat) i młodzieży (15-19 lat) w Polsce według województw w latach 2001-2005. (100 000 populacji)
132. Zachorowania na kiłę w Polsce w latach 1990-2005
133. Ludność Polski według występowania niepełnosprawności w 2004 r.
134. Osoby niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według występujących grup schorzeń
135. Osoby niepełnosprawne według subiektywnej oceny stanu zdrowia w 2004 r.
136. Samoocena stanu zdrowia ludności (w odsetkach)
137. Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych (w odsetkach)
138. Średnia liczba chorób przewlekłych na 1 osobę w wieku 15 lat i więcej w 2004 r.
139. Masa ciała osób w wieku 15 lat i więcej (w odsetkach)
140. Palenie tytoniu i picie alkoholu (w odsetkach)
141. Metody regulacji urodzeń (w odsetkach ogółu kobiet stosujących (antykoncepcję)
142. Badania profilaktyczne kobiet (w odsetkach)

Spis wykresów

1. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Polska, mężczyźni
2. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Polska, kobiety
3. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Miasta, mężczyźni
4. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Miasta, kobiety
5. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Wieś, mężczyźni
6. Małżeństwa na 1000 ludności w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Wieś, kobiety
7. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Polska, kobiety
8. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Polska, mężczyźni
9. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Miasta, kobiety
10. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Miasta, mężczyźni
11. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Wieś, kobiety
12. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w latach 1989, 1995, 2000 i 2005. Wieś, mężczyźni
13. Częstkowe współczynniki płodności w latach 1989, 2000, 2005. Polska
14. Częstkowe współczynniki płodności w latach 1989, 2000, 2005. Miasta
15. Częstkowe współczynniki płodności w latach 1989, 2000, 2005. Wieś
16. Współczynniki płodności kobiet w latach 1989, 2000, 2005. Polska
17. Współczynniki płodności kobiet w latach 1989, 2000, 2005. Miasta
18. Współczynniki płodności kobiet w latach 1989, 2000, 2005. Wieś
19. Współczynniki płodności kobiet w roku 1989. Miasta-wieś
20. Współczynniki płodności kobiet w roku 2000. Miasta-wieś
21. Współczynniki płodności kobiet w roku 2005. Miasta-wieś
22. Współczynniki dzietności w latach 1989-2005
23. Współczynniki płodności pierwszej kolejności według wieku matek w Polsce w 2005 roku
24. Współczynniki płodności drugiej kolejności według wieku matek w Polsce w 2005 roku
25. Współczynniki płodności trzeciej kolejności według wieku matek w Polsce w 2005 roku
26. Współczynniki płodności przynajmniej czwartej kolejności według wieku matek w Polsce w 2005 roku
27. Wzorzec płodności pierwszej kolejności urodzeń w Polsce w latach 2000-2005
28. Wzorzec płodności drugiej kolejności urodzeń w Polsce w latach 2000-2005
29. Wzorzec płodności trzeciej kolejności w Polsce w latach 2000-2005
30. Wzorzec płodności kolejności przynajmniej czwartej w Polsce w latach 2000-2005
31. Wzorzec płodności pierwszej kolejności w miastach w latach 2000-2005
32. Wzorzec płodności drugiej kolejności w miastach w latach 2000-2005
33. Wzorzec płodności kolejności trzeciej w miastach w latach 2000-2005
34. Wzorzec płodności kolejności przynajmniej czwartej w miastach w latach 2000-2005
35. Wzorzec płodności pierwszej kolejności na wsi w latach 2000-2005
36. Wzorzec płodności drugiej kolejności na wsi w latach 2000-2005
37. Wzorzec płodności kolejności trzeciej na wsi w latach 2000-2005
38. Wzorzec płodności kolejności przynajmniej czwartej na wsi w latach 2000-2005
39. Współczynniki dzietności teoretycznej według kolejności urodzeń w Polsce w latach 2000-2005

40. Współczynniki dzietności teoretycznej według kolejności urodzeń w miastach w latach 2000-2005
41. Współczynniki dzietności teoretycznej według kolejności urodzeń na wsi w latach 2000-2005
42. Modalna wieku matek w chwili rodzenia dzieci danej kolejności w Polsce w latach 2000-2005
43. Modalna wieku matek w chwili rodzenia dzieci w miastach w latach 2000-2005
44. Modalna wieku matek w chwili rodzenia dzieci na wsi w latach 2000-2005
45. Urodzenia żywe według kolejności urodzenia dziecka w latach 1989-2005 (w tys.)
46. Urodzenia żywe według kolejności urodzenia dziecka w latach 1989-2005 (w %)
47. Udział urodzeń pozamałżeńskich wśród ogółu urodzeń żywych (w %) w latach 1989-2005
48. Dzietność krajów Unii Europejskiej, lata 1960, 2003
49. Współczynnik dzietności, Europa, wybrane kraje 1995-2005
50. Średni wiek kobiety przy urodzeniu dziecka, Europa – wybrane kraje 1994-2003
51. Urodzenia pozamałżeńskie, Europa – wybrane kraje 1995-2005
52. Dzietność krajów Unii Europejskiej, lata 1960, 2003
53. Współczynnik dzietności, Europa, wybrane kraje 1995-2005
54. Średni wiek kobiety przy urodzeniu dziecka, Europa – wybrane kraje 1994-2003
55. Urodzenia pozamałżeńskie, Europa – wybrane kraje 1995-2005
56. Struktura zgonów według głównych grup przyczyn w Polsce w 2005
57. Współczynniki zgonów według płci i wieku w 2005 r. (1990=100)
58. Struktura zgonów mężczyzn według głównych grup przyczyn w Polsce w 2005 r.
59. Struktura zgonów kobiet według głównych grup przyczyn w Polsce w 2005 r.
60. Współczynnik zgonów niemowląt według miejsca zamieszkania w Polsce w latach 1990-2005
61. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka według płci w Polsce w latach 1990-2005
62. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w wybranych krajach europejskich w latach 1990-2004
63. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej w wybranych krajach europejskich w latach 1990-2004
64. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu chorób układu krążenia w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)
65. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu chorób układu krążenia w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)
66. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)
67. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)
68. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu przyczyn zewnętrznych w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)
69. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu przyczyn zewnętrznych w latach 1990-2004 w wybranych krajach (na 100 000)
70. Przyjazdy cudzoziemców oraz wyjazdy Polaków według miesięcy w latach 2002-2005
71. Emigracja i imigracja do Polski latach 1989-2005 (w tys. osób)
72. Emigracja z Polski na pobyt stały według wieku emigrantów dla lat: 1990, 1995, 2000, 2004 i 2005 (liczby bezwzględne)
73. Imigracja do Polski na pobyt stały według wieku emigrantów dla lat: 1990, 1995, 2000, 2004 i 2005 (liczby bezwzględne)
74. Emigracja z Polski na pobyt stały według głównych krajów docelowych dla lat: 2001, 2002, 2003, 2004 i 2005 (liczby bezwzględne)

75. Imigracja do Polski na pobyt stały według głównych krajów pochodzenia dla lat: 2001, 2002, 2003, 2004 i 2005 (liczby bezwzględne)
76. Emigracja z Polski na pobyt stały według województw dla lat: 2001-2005 (liczby bezwzględne)
77. Imigracja do Polski na pobyt stały według województw dla lat: 2001-2005, (liczby bezwzględne)
78. Liczba osób, które w latach 2003-2005 złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w RP (najliczniej reprezentowane obywatelstwa)
79. Liczba osiedlonych repatriantów (i członków ich rodzin) innej niż polska narodowości w poszczególnych województwach oraz liczba osiedlonych rodzin w latach 1998-2005 (liczby absolutne)
80. Zgody na pracę udzielone cudzoziemcom w latach 2000-2005 według głównych krajów napływu (liczby absolutne)
81. Udział w uzyskiwanych pozwoleńiach na pracę w latach 2004-2005 według głównych krajów
82. Częstość nadciśnienia tętniczego wg województw
83. Częstość występowania nadciśnienie tętniczego dorosłej populacji Polski (≥ 20 r.ż.) w wybranych grupach wieku (w %)
84. Kontrola nadciśnienia tętniczego
85. Częstość występowania hipercholesterolemii w dorosłej populacji polskiej (≥ 20 r.ż.) w wybranych grupach wieku
86. Palenie papierosów
87. Niska aktywność fizyczna w czasie wolnym
88. Częstość występowania zespołu metabolicznego w poszczególnych województwach Polski
89. Częstość występowania zespołu metabolicznego w populacji polskiej w zależności od wieku
90. Poziom wsparcia społecznego
91. Objawy depresji w wywiadzie
92. Częstość występowania cukrzycy (%) w dorosłej populacji Polski w wybranych grupach wieku
93. Występowanie choroby niedokrwiennej serca w populacji polskiej w grupach wieku i płci
94. Współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych i wypadków w grupie wieku 20-64 lata w latach 1959-2004, Polska
95. Liczba i współczynniki umieralności z powodu nowotworów w latach 1963-2002, Polska
96. Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe. Ogółem (M.KL.CH. X C00-C97)
97. Najczęstsze nowotwory złośliwe, mężczyźni w latach 1963-2002, Polska
98. Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe płuca (M.KL.CH. X C33-C34) w latach 1963-2004, Polska
99. Najczęstsze nowotwory złośliwe, kobiety w latach 1963-2002, Polska
100. Częstość zgonów z powodu nowotworów złośliwych w 2004 r., Polska
101. Współczynniki umieralności z powodu nowotworów złośliwych w latach 1962-2002. Ogółem, Polska, Finlandia i Wlk.Brytania
102. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w 2004 r. według województwa i miejsca zamieszkania
103. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w 2004 r. według województwa i miejsca zamieszkania
104. Leczeni ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej w 2004 r. według województwa i miejsca zamieszkania

105. Leczeni po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki całonocnej w 2004 r. według województwa i miejsca zamieszkania
106. Współczynnik umieralności kobiet w wieku 20-49 lat z powodu nowotworów złośliwych, chorób układu krążenia, przyczyn zewnętrznych i przyczyn niedokładnie określonych według poziomu wykształcenia 2002 r.
107. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15-49, Polska 1974-2004
108. Średnie roczne spożycie alkoholu
109. Osoby dorosłe wg BMI – w %
110. Zapadalność na choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w latach 2003-2004
111. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2005 na 100000 populacji
112. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej w odsetkach

Spis rycin

- Ryc. 1. Ludność według płci i wieku w 2005 r. Stan w dniu 30 VI
- Ryc. 2. Przyrost i ubytek rzeczywisty ludności w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 3. Średnioroczny przyrost i ubytek rzeczywisty ludności w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 4. Liczba małżeństw zawartych w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 5. Średnioroczna liczba małżeństw zawartych w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 6. Liczba urodzeń żywych w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 7. Średnioroczna liczba urodzeń żywych w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 8. Liczba zgonów niemowląt w 2005 r. – według powiatów (na 1000 urodzeń żywych)
- Ryc. 9. Średnioroczna liczba zgonów niemowląt w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 urodzeń żywych)
- Ryc. 10. Przyrost i ubytek naturalny ludności w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 11. Średnioroczny przyrost i ubytek naturalny ludności w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 12. Ludność w wieku przedprodukcyjnym w 2005 r. – według powiatów
- Ryc. 13. Ludność w wieku produkcyjnym w 2005 r. – według powiatów
- Ryc. 14. Ludność w wieku poprodukcyjnym w 2005 r. – według powiatów
- Ryc. 15. Migracje wewnętrzne, napływ do powiatów w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 16. Migracje wewnętrzne, średnioroczny napływ do powiatów w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 17. Migracje wewnętrzne, odpływy z powiatów w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 18. Migracje wewnętrzne, średnioroczne odpływy z powiatów w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 19. Migracje zagraniczne, napływy do powiatów w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 20. Migracje zagraniczne, średnioroczne napływy do powiatów w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 21. Migracje zagraniczne, odpływy z powiatów w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 22. Migracje zagraniczne, średnioroczne odpływy z powiatów w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 23. Ogólne saldo migracji w 2005 r. – według powiatów (na 1000 mieszkańców)
- Ryc. 24. Średnioroczne ogólne saldo migracji w okresie 2002-2005 – według powiatów (średniorocznie na 1000 mieszkańców)