



GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY



URZĄD STATYSTYCZNY W KRAKOWIE

Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009



STUDIA I ANALIZY STATYSTYCZNE

KRAKÓW 2012

**GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY
URZĄD STATYSTYCZNY W KRAKOWIE**

Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009

Studia i analizy statystyczne

Kraków 2012

Opracowanie publikacji**Urząd Statystyczny w Krakowie****Zespół:**

Katarzyna Borysiak
Agnieszka Broś
Agnieszka Czekaj
Katarzyna Gadocha
Anna Jasiówka
Joanna Jurek
Jolanta Klimończyk
Katarzyna Motyka
Piotr Woch

Kierujący:

dr Krzysztof Jakóbk

Recenzent:

dr Roman Topór-Mądry
Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Projekt okładki:

Agnieszka Czekaj
Katarzyna Gadocha

ISBN 978-83-7403-219-3

Przy publikowaniu danych prosimy o podanie źródła

Urząd Statystyczny w Krakowie
31-223 Kraków, ul. Kazimierza Wyki 3
tel.: 12 415 60 11 fax.: 12 361 01 92
e-mail: sekretariatuskrrk@stat.gov.pl

Publikacja dostępna w Internecie <http://www.stat.gov.pl>

Druk i oprawa:

Zakład Wydawnictw Statystycznych
Zakład Poligraficzny nr 2
26-600 Radom ul. Planty 39/45

Nakład 180 egz. B5

Cena 15,00 zł

Przedmowa

Publikacja „Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009” ma na celu przedstawienie analizy wybranych aspektów związanych ze zdrowiem Polek. W niniejszym opracowaniu po raz kolejny została zaprezentowana analiza oparta na wynikach Europejskiego Ankietowego Badania Stanu Zdrowia, jak również informacje o warunkach demograficznych oraz zachorowalności na wybrane choroby.

Zdrowie w istotny sposób wpływa na życie kobiet we współczesnym świecie. Zmiany społeczno-gospodarcze zmieniły pozycję kobiet w Polsce, dając im nowe możliwości, a jednocześnie stawiając nowe wymagania. Współczesne kobiety spełniają jednocześnie wiele ról społecznych, które bardzo często wykluczają się nawzajem, a ich realizacja wymaga wiele wysiłku, a więc i dobrego stanu zdrowia. To właśnie zdrowie jest elementem warunkującym jakość życia i dającym możliwość realizacji planów osobistych i zawodowych.

Publikacja przedstawia informacje o stanie zdrowia, opiece zdrowotnej, stylu życia oraz problemach zdrowotnych, które ukazują aktualną sytuację zdrowotną kobiet w Polsce.

Mam nadzieję, że publikacja ta spotka się z Państwa pozytywnym przyjęciem i przyczyni się do zwiększenia zainteresowania zagadnieniami profilaktyki i ochrony zdrowia szczególnie polskich kobiet.

D y r e k t o r
Urzędu Statystycznego w Krakowie



dr Krzysztof Jakóbik

Kraków, marzec 2012 r.

Preface

The aim of publication "Health of women in Poland in 2004-2009" is to present an analysis of selected aspects related to the health status of polish women. It is a consecutive study presenting, apart from an analysis based on data from the European Health Interview Survey, information on demographic situation and incidence on selected diseases

Nowadays, the health has significant impact on the life of women from all around the world. The socio-economic transformations, which have taken place in Poland, changed the position of polish women, creating new opportunities and requirements alike. Modern women play different and mutually exclusive social roles at the same time. Successful performance of these duties requires a lot of effort as well as good health status. Consequently, the health determines the quality of life and gives an opportunity to achieve personal and professional goals

The following publication consist of data about health status, health care, lifestyle and health problems which characterized current situation of women' health in Poland.

I hope that this publication arouse positive reception among all readers and will lead to increase interest in preventive treatment and health care of particularly polish women.

D i r e c t o r
of the Statistical Office in Kraków



Krzysztof Jakóbik, Ph.D.

Kraków, March 2012

Spis treści

Przedmowa	3
Uwagi ogólne.....	11
Rozdział I. Warunki demograficzne	13
1.1 Stan i dynamika ludności	13
1.2 Urodzenia i dzietność kobiet.....	16
1.3 Przeciętne trwanie życia	23
1.4 Umieralność.....	25
Rozdział II. Stan zdrowia	29
2.1 Ocena stanu zdrowia.....	29
2.2 Indeks masy ciała (BMI).....	31
2.3 Długotrwałe problemy zdrowotne i choroby przewlekłe	34
2.4 Niepełnosprawność	38
2.5 Możliwości samoobsługi i wykonywania czynności domowych	41
2.6 Samopoczucie psychiczne.....	46
Rozdział III. Opieka zdrowotna	49
3.1 Profilaktyka zdrowotna	49
3.2 Korzystanie z usług medycznych	54
3.2.1 Ambulatoryjna opieka zdrowotna.....	54
3.2.2 Leczenie w szpitalach z noclegiem	61
3.2.3 Korzystanie z pozostałych usług medycznych	62
3.3 Zażywanie leków	63
Rozdział IV. Styl życia	70
4.1 Aktywność fizyczna	70
4.2 Picie soków oraz spożycie owoców i warzyw	72
4.3 Palenie tytoniu i narażenie na dym tytoniowy	74
4.4 Spożycie alkoholu.....	77
Rozdział V. Wybrane problemy zdrowotne	80
5.1 Zaburzenia zdrowia psychicznego	80
5.2 Nowotwory złośliwe	83
5.3 Choroby zakaźne	91
Podsumowanie	96
WYBRANE DANE Z BADANIA EHIS Z 2009 R.	103

W wersji angielskiej przedmowa i spis treści.

Contents

Preface.....	4
General notes.....	11
Chapter I. Demographic conditions	13
1.1 Size and structure of population	13
1.2 Births and fertility of women.....	16
1.3 Life expectancy.....	23
1.4 Mortality	25
Chapter II. Health status	29
2.1 Evaluation of health status	29
2.2 Body Mass Index (BMI).....	31
2.3 Longstanding health problems, chronic diseases and condition.....	34
2.4 Disability.....	38
2.5 Capabilities of self-service and performance of household activities	41
2.6 Psychophysical self-being	46
Chapter III. Health care.....	49
3.1 Preventive care.....	49
3.2 Consumption of health care services.....	54
3.2.1 Out-patient health care.....	54
3.2.2 Treatment in hospitals as inpatients	61
3.2.3 Consumption of other health care services	62
3.3 Consumption of drugs.....	63
Chapter IV. Style of life.....	70
4.1 Physical activity	70
4.2 Drinking of juices and the consumption of fruit and vegetable.....	72
4.3 Smoking of tobacco products and exposure to tobacco smoke	74
4.4 Alcohol consumption.....	77
Chapter V. Selected health problems	80
5.1 Mental health disorders.....	80
5.2 Cancer	83
5.3 Infectious diseases	91
Summary.....	96
SELECTED DATA FROM EHS 2009	103

SPIS TABLIC

	Nr	Str.
Kobiety według grup wieku	1	13
Urodzenia żywe według kolejności urodzenia dziecka.....	2	19
Urodzenia żywe według wieku matki	3	19
Urodzenia żywe według głównego źródła utrzymania matki w 2009 r.	4	21
Przeciętne trwanie życia kobiet według miejsca zamieszkania i województw	5	25
Zgony według płci i miejsca zamieszkania	6	26
Zgony z powodu zewnętrznych przyczyn według płci i miejsca zamieszkania	7	28
Kobiety z długotrwałymi problemami zdrowotnymi	8	35
Dziewczęta w wieku 0-14 lat chorujące przewlekłe według wybranych chorób i dolegliwości	9	36
Kobiety w wieku 15 lat i więcej chorujące przewlekłe według wybranych chorób i dolegliwości	10	37
Kobiety niepełnosprawne według kryterium NSP	11	39
Kobiety niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według kryterium NSP i grup schorzeń w 2009 r.	12	40
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o odczuwaniu bólów i dyskomfortu fizycznego w 2009 r.	13	46
Kobiety według korzystania z pozostałych usług medycznych w 2009 r.	14	63
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o paleniu tytoniu w 2009 r.	15	76
Kobiety leczone w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej według najczęstszych rozpoznań	16	81
Kobiety leczone w psychiatrycznych oddziałach całodobowych według najczęstszych rozpoznań	17	83
Zachorowania na nowotwory złośliwe wśród kobiet	18	87
Zgony na nowotwory złośliwe wśród kobiet	19	88
Zachorowania i zgony kobiet na nowotwory złośliwe według województw w 2009 r.	20	90

WYBRANE DANE Z BADANIA EHIS Z 2009 R.

Kobiety według oceny stanu zdrowia	1(21)	104
Kobiety według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych	2(22)	107
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI)	3(23)	110
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według aktywności fizycznej	4(24)	112

SPIS WYKRESÓW

	Nr	Str.
Liczba ludności według płci	1	14
Współczynnik feminizacji według grup wieku i miejsca zamieszkania w 2009 r.	2	15
Struktura kobiet według ekonomicznych grup wieku w 2009 r.	3	16
Urodzenia żywe	4	17
Urodzenia żywe na 1000 mieszkańców	5	18
Urodzenia żywe według poziomu wykształcenia matki w 2009 r.	6	20
Płodność kobiet	7	22
Dzielnica kobiet	8	23
Przeciętne trwanie życia według płci	9	24
Zgony kobiet według wybranych przyczyn i miejsca zamieszkania.....	10	27
Kobiety według oceny stanu zdrowia	11	29
Ocena stanu zdrowia kobiet w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia w 2009 r.	12	30
Indeks masy ciała (BMI) kobiet w wieku 15 lat i więcej w 2009 r.	13	32
Indeks masy ciała (BMI) kobiet w wieku 15 lat i więcej według poziomu wykształcenia w 2009 r.	14	33
Kobiety niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według kryterium NSP i województw w 2009 r.	15	41
Częstość występowania trudności w samoobsłudze u kobiet w wieku 15 lat i więcej w 2009 r.	16	43
Częstość występowania trudności w wybranych czynnościach domowych u kobiet w wieku 15 lat i więcej w 2009 r..	17	44
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wybranych uczuć i nastrojów oraz płci w 2009 r.	18	48
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania cytologicznego	19	50
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania mammograficznego	20	51
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania wybranych badań profilaktycznych	21	54
Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry w 2009 r.	22	55
Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry oraz województw w 2009 r.	23	56
Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza specjalisty w 2009 r.	24	57
Główne przyczyny rezygnacji kobiet z leczenia przez lekarzy specjalistów w 2009 r.	25	59
Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza dentysty w 2009 r. ...	26	60
Kobiety przebywające w szpitalach z noclegiem w 2009 r.	27	62
Kobiety według informacji o zażywaniu leków	28	64
Kobiety według informacji o zażywaniu leków w 2009 r.	29	65

	Nr	Str.
Kobiety w wieku 15 lat i więcej zażywające leki przepisane przez lekarza według wybranych rodzajów leków w 2009 r.	30	67
Kobiety w wieku 15 lat i więcej zażywające leki nieprzepisane przez lekarza według rodzajów leków w 2009 r.	31	69
Aktywność fizyczna kobiet w wieku 15 lat i więcej w 2009 r. ...	32	71
Osoby w wieku 15 lat i więcej według częstości spożycia owoców, warzyw oraz picia soków owocowych lub warzywnych w 2009 r.	33	73
Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o paleniu tytoniu	34	75
Kobiety w wieku 15 lat i więcej palące tytoń codziennie według województw w 2009 r.	35	77
Kobiety w wieku 15 lat i więcej pijące alkohol według województw w 2009 r.	36	78
Osoby w wieku 15 lat i więcej pijące alkohol co najmniej 2 razy w tygodniu według częstości spożycia jednorazowo co najmniej 60 g czystego alkoholu w 2009 r.	37	79
Osoby leczone w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej	38	80
Osoby leczone w psychiatrycznej opiece całodobowej	39	82
Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2009 r.	40	84
Zgony na nowotwory złośliwe w 2009 r.	41	85
Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w 2009 r.	42	86
Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w 2009 r. ...	43	87
Zachorowania kobiet na gruźlicę płuc.....	44	93
Zachorowania kobiet na wirusowe zapalenie wątroby typu B	45	95

WYBRANE DANE Z BADANIA EHIS Z 2009 R.

Kobiety w wieku 15 lat i więcej według oceny stanu zdrowia oraz informacji o paleniu tytoniu, piciu alkoholu.....	1(46)	106
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według oceny stanu zdrowia oraz aktywności fizycznej	2(47)	106
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) oraz oceny stanu zdrowia.....	3(48)	109
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) oraz występowania długotrwałych problemów zdrowotnych.....	4(49)	109
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) i aktywności fizycznej (w %)	5(50)	118
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) i aktywności fizycznej	6(51)	118

Objaśnienia znaków umownych

Kreska	(-)	-	zjawisko nie wystąpiło.
Zero	(0,0)	-	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,05.
Znak	x	-	wypełnienie pozycji jest niemożliwe lub niecelowe.
„W tym”		-	oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy.

Ważniejsze skróty

tys.	=	tysiąc
mln	=	milion
r.	=	rok
%	=	procent
cd.	=	ciąg dalszy
dok.	=	dokończenie
pkt proc.	=	punkt procentowy
tabl.	=	tablica
EHIS	=	Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia
NSP	=	Narodowy Spis Powszechny

Uwagi ogólne

Niniejsza publikacja została opracowana w oparciu o dane zbierane w ramach statystyki publicznej. W opracowaniu ujęto porównanie sytuacji zdrowotnej kobiet na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia przeprowadzonego w 2009 r. oraz badania stanu zdrowia przeprowadzonego w 2004 r., a dodatkowo wybrane dane demograficzne przedstawiono w szerszej retrospekcji, w celu zaprezentowania trendów zjawisk powiązanych ze zdrowiem. Ze względu na nieznaczne różnice zakresu informacji gromadzonych w obu badaniach, na początku podrozdziałów zamieszczono odpowiedni komentarz metodologiczny. Analiza informacji o zdrowiu kobiet zestawiana jest w wybranych aspektach zdrowotnych z danymi o mężczyznach. Ze względu na wykorzystanie różnych narzędzi badawczych w badaniu ankietowym (inne ankiety dla dzieci w wieku 0-14 lat i dla osób w wieku 15 lat i więcej) w zależności od tematyki dane zostały zaprezentowane dla kobiet ogółem lub tylko dla osób powyżej 14 lat.

W pierwszym rozdziale poświęconym warunkom demograficznym przedstawiono zagadnienia dotyczące stanu i dynamiki ludności, podstawowe informacje o urodzeniach i dzietności kobiet, omówiono przeciętne trwanie życia, współczynniki umieralności ogólnej oraz przyczyny zgonów. Źródłem informacji były dane pochodzące ze stałych badań statystycznych prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny.

W kolejnych trzech rozdziałach dotyczących stanu zdrowia, opieki zdrowotnej oraz stylu życia wykorzystano dane pochodzące z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) przeprowadzonego na przełomie listopada i grudnia 2009 r. na próbie 24,5 tys. gospodarstw domowych. Badanie EHIS realizowane na terenie Polski było współfinansowane przez Unię Europejską. Wyniki badania zostały uogólnione na ludność Polski zamieszkałą w gospodarstwach domowych według stanu w dniu 31 grudnia 2009 r. W trakcie badania ankietowani odpowiadali na pytania zawarte w trzech formularzach: Zdrowie-1 (kwestionariusz gospodarstwa domowego), Zdrowie-2 (kwestionariusz indywidualny dla osoby dorosłej) oraz Zdrowie-3 (kwestionariusz indywidualny dla dziecka). W przypadku ankiety Zdrowie-3 informacji o dziecku udzielały osoby dorosłe (matka, ojciec lub inny opiekun). Wyniki pochodzące z badania EHIS 2009 zostały porównane z wynikami ogólnopolskiego, reprezentacyjnego badania stanu zdrowia ludności Polski, które zostało przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia 2004 r. Badanie to objęło ponad 14,5 tys. gospodarstw domowych. W ramach tego badania ankietowani odpowiadali na pytania pochodzące z trzech formularzy: AZD-1 przeznaczonego dla gospodarstwa domowego, AZD-2 dla osób w wieku 15 lat i więcej oraz AZD-3 dla dzieci do 14 roku życia. Wyniki zostały uogólnione na ludność zamieszkującą na stałe w Polsce według stanu w dniu 31 grudnia 2004 r.

W ostatnim, piątym rozdziale poświęconym wybranym problemom zdrowotnym wykorzystano dane pochodzące z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie (Krajowy Rejestr Nowotworów), Instytutu Psychiatrii

i Neurologii (informacje o korzystających z opieki psychiatrycznej), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (dane o zgłaszalności zachorowań na choroby zakaźne), Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc (Rejestr Gruźlicy). Informacje statystyczne pochodzące ze źródeł spoza Głównego Urzędu Statystycznego opatrzone notami pod tablicami i wykresami.

W poszczególnych rozdziałach przedstawiono definicje pojęć w celu ułatwienia czytelnikowi zrozumienia omawianych zagadnień.

Prezentowane dane pochodzące z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia, dotyczące zbiorowości, których wielkość po uogólnieniu jest mniejsza niż 5 tys. należy ostrożnie interpretować z uwagi na wysoki losowy błąd próby. Ponadto w pozycji „brak danych” ujęto odpowiedzi „nie wiem, nie pamiętam” oraz „odmowa odpowiedzi”.

Sumy danych w niektórych tablicach mogą być różne od wielkości podanych w wierszu „ogółem” ze względu na zaokrąglenia.

Informacje w podziale na województwa oraz na miasta i wieś podano w oparciu o podział administracyjny. Przez „miasta” rozumie się obszar położony w granicach administracyjnych tych jednostek, przez „wieś” pozostałe terytorium kraju.

Rozdział I. Warunki demograficzne

1.1 Stan i dynamika ludności

W 2009 r. liczba kobiet wyniosła 19 738,6 tys. i była większa o 0,2% w porównaniu z 2004 r. Zmiana liczby kobiet w latach 2004-2009 nie wykazywała jednokierunkowej tendencji, gdyż do roku 2006 liczba ta malała, a od 2007 r. zaczęła rosnać. Analizując liczebność kobiet według biologicznych grup wieku zauważyć można, że liczba dziewczynek do lat 14 zmalała w latach 2004-2009 o 9,5%, natomiast wzrosła liczba kobiet w wieku 15-64 lat - o 1,7%, jak również kobiet starszych (w wieku 65 lat i więcej) - o 3,1%. Zatem zauważalny jest wyraźny spadek liczby dzieci, przy jednoczesnym wzroście liczby osób starszych, co prowadzi do niekorzystnej struktury demograficznej społeczeństwa. W latach 2004-2009 zmalała również liczba kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) - o 3,9%.

Tabl. 1. **Kobiety według grup wieku**
Stan w dniu 31 XII

Wyszczególnienie	2004	2009
	w tysiącach	
O G Ó Ł E M	19 703,6	19 738,6
Biologiczne grupy wieku		
0-14 lat	3 110,0	2 814,7
15-64	13 473,5	13 706,8
65 lat i więcej	3 120,1	3 217,0
Kobiety w wieku rozrodczym		
15-49 lat	9 930,8	9 540,4

Od wielu lat populacja kobiet w Polsce jest większa od populacji mężczyzn (w 2009 r. o 1 309,8 tys.). W 2009 r. kobiety stanowiły 51,7% ludności ogółem. Udział kobiet w ogólnej liczbie ludności w miastach był wyższy niż na wsi i wyniósł 52,6% (na wsi 50,3%) w 2009 r.

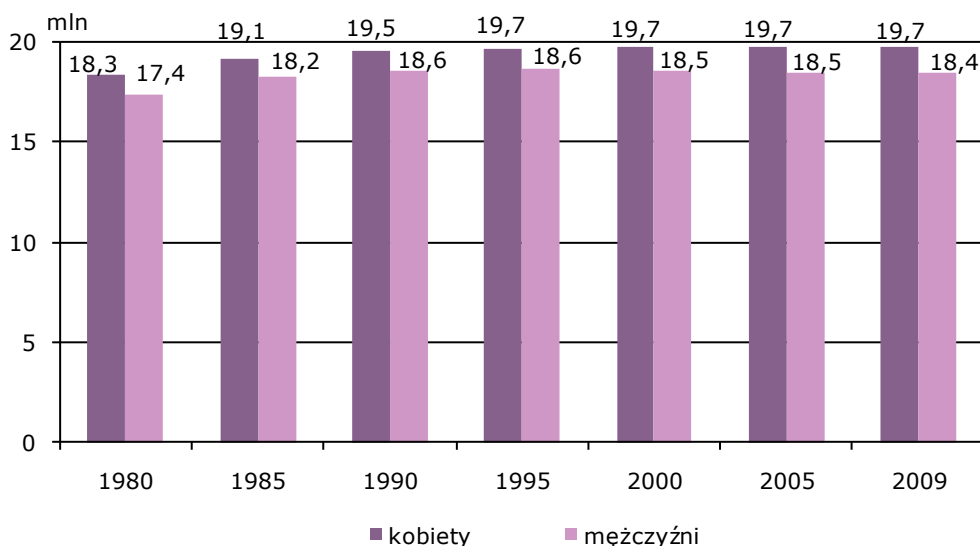
Analiza współczynnika feminizacji¹ wykazała, że w 2009 r. na 100 mężczyzn przypadało 107 kobiet, co wiąże się przede wszystkim z wyższą umieralnością mężczyzn niż kobiet oraz dłuższym trwaniem życia kobiet. Populacja kobiet jest większa od populacji mężczyzn zwłaszcza w starszych grupach wiekowych. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci zauważyć można tendencję wzrostową współczynnika feminizacji (lata 1976-1994 - 105; 1995-2001 - 106; 2002-2009 - 107). Współczynnik feminizacji rośnie wraz ze wzrostem wieku poszczególnych

¹ Współczynnik feminizacji - określa wzajemne relacje między liczbą kobiet i mężczyzn - liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn.

subpopulacji i o ile w młodszych grupach wiekowych więcej jest mężczyzn niż kobiet, to w średnich i starszych grupach wieku przeważają kobiety. Współczynnik feminizacji w 2009 r. wynosił 95 w najmłodszej grupie wieku (0-4 lata), 99 w grupie wieku 40-44 lata, a następnie przekroczył wartość 100 (101 w grupie wieku 45-49 lat) i rósł w kolejnych 5-letnich grupach wiekowych. Wyniósł on 106 w populacji w wieku 50-54 lata, 118 w grupie wieku 60-64 lata, 150 w populacji 70-74 lata, oraz ponad 200 w populacjach 80-84 lata i 85 lat i więcej.

Wykres 1. Liczba ludności według płci

Stan w dniu 31 XII

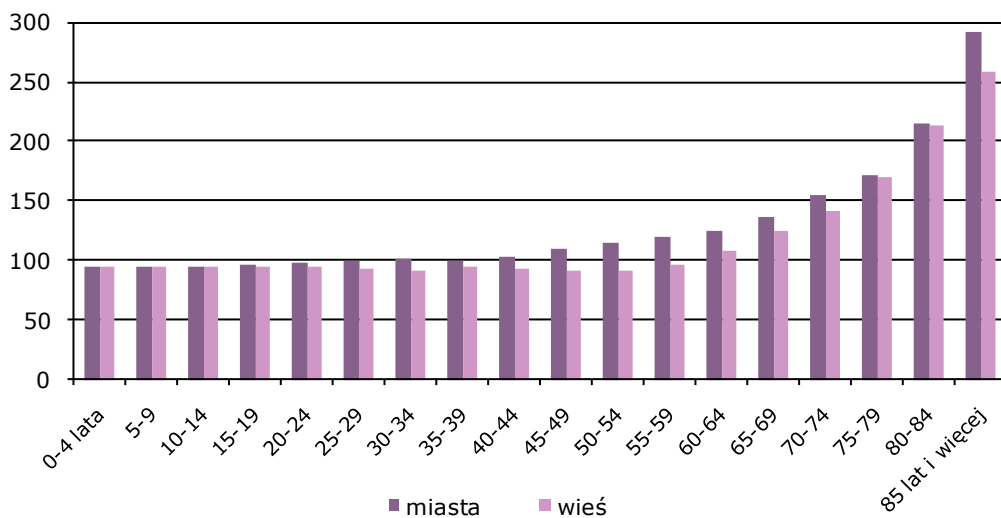


Podobnie jak udział kobiet w populacji ogółem, współczynnik feminizacji jest różnicowany nie tylko ze względu na wiek, ale również na miejsce zamieszkania. W 2009 r. znacznie więcej kobiet przypadało na 100 mężczyzn w miastach niż na wsi (odpowiednio 111 i 101). W grupach wieku mieszczących się w przedziale 0-14 lat, zarówno w miastach jak i na wsi, współczynniki feminizacji wyniosły po 95. W kolejnych dwóch pięcioletnich grupach wiekowych przewaga ta już malała, zwłaszcza w miastach, ale utrzymywała się nadal. Równowagę liczebną pomiędzy kobietami i mężczyznami odnotowano w miastach w młodszych grupach wiekowych, natomiast na wsi w starszych. W miastach w trzech kolejnych grupach wieku: 25-29 lat, 30-34 lata i 35-39 lat współczynniki feminizacji wyniosły odpowiednio 100, 101 i 100. Na wsi w grupie 25-29 lat współczynnik feminizacji wyniósł 93 i w sześciu następnych grupach wiekowych znajdował się poniżej wartości 100. Dopiero w grupie wieku 60-64 lata omawiany wskaźnik przekroczył granicę 100 i wyniósł 108. Największa różnica między współczynnikami feminizacji w miastach i na wsi występowała w grupach wieku od 50 do 59 lat i wynosiła 24 na korzyść miast. W kolejnych grupach wieku różnica ta stopniowo malała, osiągając wartość 2 w grupach wieku 75-79 lat i 80-84 lata, by potem znowu wzrosnąć na

korzystać miast – do 34 w grupie wieku 85 lat i więcej. Więcej kobiet przypadało na 100 mężczyzn w miastach niż na wsi w następujących grupach wieku: 50-54 lata, 55-59, 60-64 oraz 85 lat i więcej. Najbardziej sfeminizowanymi województwami są: łódzkie (110), mazowieckie i dolnośląskie (po 109), natomiast najmniej: podkarpackie, podlaskie, świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie (po 105 kobiet na 100 mężczyzn).

Wykres 2. Współczynnik feminizacji według grup wieku i miejsca zamieszkania w 2009 r.

Stan w dniu 31 XII

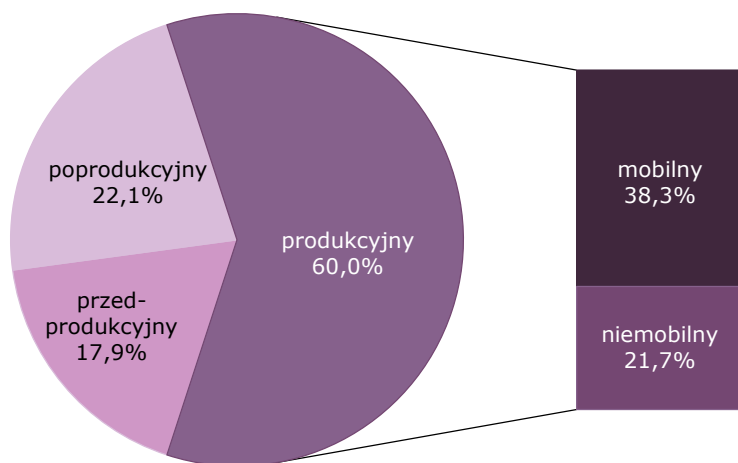


Powszechnym zjawiskiem w krajach rozwiniętych jest starzenie się społeczeństw, które wpływa na rynek pracy.

W 2009 r. 60,0% kobiet znajdowało się w wieku produkcyjnym², a 40,0% w wieku nieprodukcyjnym. W populacji kobiet w wieku produkcyjnym prawie 64% stanowiły kobiety w wieku mobilnym (18-44 lata), a ponad 36% w wieku niemobilnym (45-59 lat). Nie obserwuje się znaczącej różnicy pod względem udziału kobiet w wieku produkcyjnym w populacji kobiet ogółem w zależności od miejsca zamieszkania - dla miast wyniósł on 61,2%, a dla wsi 58,1% w 2009 r. Kobiety w wieku przedprodukcyjnym na wsi stanowiły 20,9%, a w miastach 16,0%, natomiast odsetek kobiet w wieku poprodukcyjnym był wyższy w miastach (22,8%) niż na wsi (20,9%).

² Ekonomiczne grupy wieku: wiek przedprodukcyjny (0-17 lat - kobiety i mężczyźni), produkcyjny (18-59 lat - kobiety, 18-64 lata - mężczyźni) i poprodukcyjny (60 lat i więcej - kobiety, 65 lat i więcej - mężczyźni). Grupy wieku przed- i poprodukcyjnego zaliczane są do wieku nieprodukcyjnego. Z kolei wiek produkcyjny dzieli się na dwie inne grupy wieku: wiek mobilny (mężczyźni i kobiety w wieku 18-44 lata) i niemobilny (mężczyźni - 45-64 lata, kobiety - 45-59 lat).

Wykres 3. Struktura kobiet według ekonomicznych grup wieku w 2009 r.
Stan w dniu 31 XII



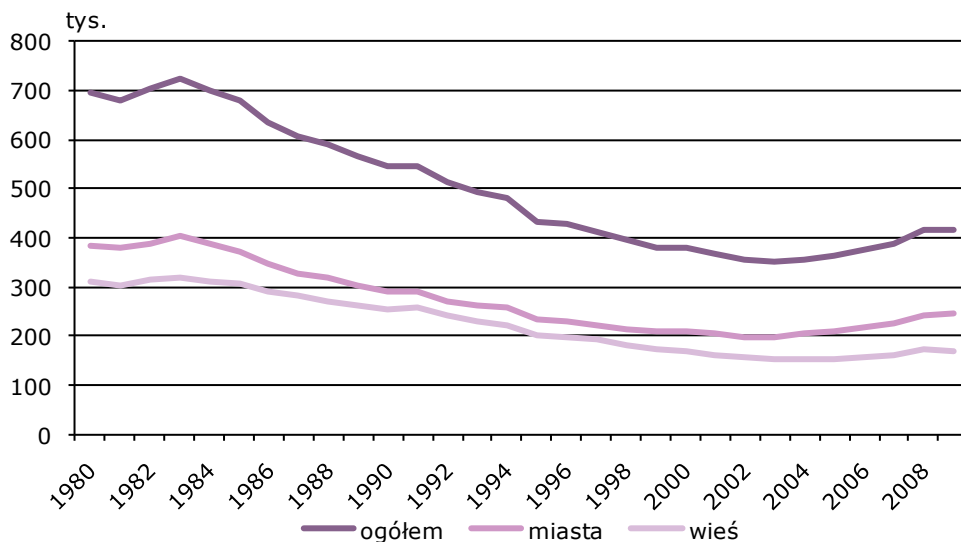
W 2009 r. wśród ludności w wieku produkcyjnym, kobiety stanowiły 48,1%, przy czym w miastach 49,1%, a na wsi 46,5%. Udział kobiet w populacji w wieku przedprodukcyjnym wyniósł 48,7% (dokładnie tyle samo w miastach i na wsi). Natomiast w populacji w wieku poprodukcyjnym kobiety stanowiły 69,2% przy czym odsetek ten wyniósł 70,0% w miastach i 67,7% na wsi. Tak wysoki odsetek wiąże się z dwoma czynnikami: wcześniejszym wiekiem przechodzenia kobiet na emeryturę niż mężczyzn oraz większą liczbą kobiet niż mężczyzn w starszych grupach wiekowych.

1.2 Urodzenia i dzietność kobiet

W 2009 r. odnotowano 417,6 tys. urodzeń żywych. Liczba ta była wyższa o 3,1 tys. w porównaniu z 2008 r., o 61,5 tys. w porównaniu z 2004 r. oraz o 39,2 tys. w porównaniu z 2000 r. Od lat rośnie odsetek urodzeń żywych wśród urodzeń ogółem. W 1980 r. stanowił on 99,2%, a w 2009 r. – 99,6%, a liczba urodzeń martwych w 2009 r. wynosiła 1748, co stanowiło 0,4% urodzeń ogółem. Rok 1983 był szczytowym rokiem wyżu demograficznego końca lat 70-tych i początku lat 80-tych. Odnotowano w nim 723,6 tys. urodzeń. Od 1984 r. rejestrowano spadek liczby urodzeń. Spadkowa tendencja utrzymywała się przez okres 20 lat do 2003 r., który był najgorszym rokiem pod względem liczby urodzeń żywych (351,1 tys.), jak również przyrostu naturalnego (-14,1 tys.). Od 2004 r. pojawił się wzrost liczby urodzeń, co było konsekwencją wejścia w wiek najwyższej płodności kobiet urodzonych w latach 1982-1984, a także realizacji planów rodzicielskich kobiet z wcześniejszych roczników. Wzrost liczby urodzeń żywych ogółem wystąpił w 2004 r. w Polsce. W miastach wystąpił on w 2003 r., natomiast na wsi pojawił się w 2005 r. Tendencja wzrostowa urodzeń żywych ogółem

utrzymywała się przez sześć lat (2004-2009), w miastach o rok dłużej (2003-2009). Natomiast na wsi wzrost liczby urodzeń trwał jedynie cztery lata (2005-2008), gdyż w 2009 r. pojawił się tam już spadek liczby urodzeń. Tempo wzrostu urodzeń w latach 2004-2008 stopniowo rosło, od 1,4% w 2004 r. do 6,9% w 2008 r., jednak w 2009 r. prawie dziesięciokrotnie spadło, osiągając poziom 0,7%.

Wykres 4. Urodzenia żywe

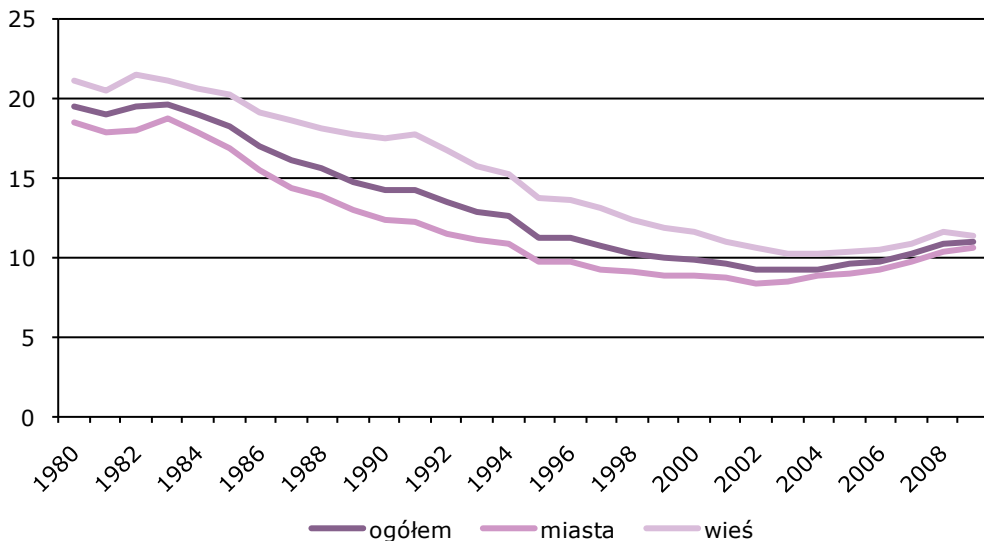


Porównując liczbę urodzeń żywych w roku 2009 (417,6 tys.) z rokiem 2000 (378,3 tys.) widać, że liczba ta wzrosła – o 10,4%. Wciąż jednak obserwowanemu poziomowi urodzeń daleko do wyżu z początku lat 80-tych - jest on niższy niż w 1983 r. (723,6 tys.) aż o 42,3%. Liczba urodzeń w miastach była w 2009 r. (246,4 tys.; 59,0%) wyższa niż na wsi (171,2 tys.; 41,0%), co wynika z większej liczby ludności zamieszkującej miasta (23,3 mln) niż wsie (14,9 mln). Inaczej prezentują się dane dotyczące urodzeń w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, gdyż współczynnik ten jest wyższy na wsi (11,4/1000) niż w miastach (10,6/1000). Współczynnik dla populacji ogółem wyniósł w 2009 r. 11,0/1000.

Współczynniki urodzeń żywych ogółem i w miastach wykazywały trend spadkowy od roku 1983 (odpowiednio 19,7 i 18,8 na 1000), na wsi natomiast najwyższą wartość współczynnika odnotowano w 1982 r. (21,5/1000), w następnym roku - 21,2/1000. Współczynnik ogółem malał do 2003 r. (9,2/1000), w miastach do 2002 r. (8,4/1000), a na wsi do 2004 r. (10,2/1000). Ponadto, zauważyć można, że po latach widocznego rozwarstwienia wartości współczynników urodzeń między miastem i wsią na korzyść wsi (szczególnie w latach 1987-1997), różnica ta stopniowo zmniejszała się w następnych latach. W latach 1990-1992 różnica była największa i wynosiła ponad 5, natomiast od 2003 r. wynosiła już

poniżej 2 (1,8 w 2003 r., 1,4 w latach 2004-2005, 1,2 w latach 2006-2008), a w 2009 r. była mniejsza niż 1 (0,8). W rezultacie wartości współczynników urodzeń w miastach i na wsi zbliżyły się do siebie w ostatnich latach. Warto też zauważyć, że o ile współczynniki urodzeń żywych ogółem i w miastach nieznacznie wzrosły w 2009 r. w porównaniu z 2008 r. (odpowiednio ogółem: 11,0/1000 i 10,9/1000, w miastach: 10,6/1000 i 10,4/1000), to na wsi wystąpił spadek (odpowiednio 11,6/1000 i 11,4/1000).

Wykres 5. Urodzenia żywe na 1000 mieszkańców



Na liczbę urodzeń duży wpływ ma udział kobiet w wieku rozrodczym, jak również wzorce zachowań prokreacyjnych, w tym liczba dzieci, na jakie decydują się pary oraz wiek rodziców, a zwłaszcza wiek w jakim matki rodzą dzieci. Z kolei na te decyzje wpływ ma szereg czynników o podłożu społecznym, ekonomicznym, psychologicznym, a także medycznym. Obecnie coraz więcej dzieci rodzi się ze związków pozamałżeńskich. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich dynamicznie rósł w ostatnich dwudziestu latach i w 2009 r. wyniósł 20,2%. W 1980 r. urodzenia pozamałżeńskie stanowiły jedynie 4,8%, a w 1990 r. 6,2%. Zdecydowana większość dzieci (około 80%) rodzi się w związkach małżeńskich, zatem wciąż liczba rodzących się dzieci w naszym kraju zależy od liczby zawieranych małżeństw.

Zdecydowanie najwięcej dzieci w ostatnich latach rodzi się jako pierwsze lub drugie dziecko swojej matki. Udział dzieci rodzących się jako pierwsze jest wyższy o blisko 10 pkt proc. niż w 1980 r. i o ponad 11 pkt proc. niż w 1990 r. W latach 80-tych i na początku 90-tych rodziny mające już jedno lub więcej dzieci powiększały się - więcej było wówczas urodzeń trzeciej (14-16%) oraz czwartej i dalszych kolejności (10-12%) niż obecnie. W latach 2008-2009 odsetek urodzeń drugiej kolejności (około 34%) wrócił do poziomu udziału procentowego z roku 1980 (35,0%), natomiast od początku lat 90-tych systematycznie spadały

urodzenia trzecie (w 2009 r. poniżej 10%) oraz urodzenia czwarte i dalsze (odpowiednio poniżej 5%).

Tabl. 2. **Urodzenia żywe według kolejności urodzenia dziecka^a**

Lata	Ogółem	Kolejność urodzenia dziecka u matki			
		1	2	3	4 i dalsze
		w odsetkach			
1980	100,0	41,2	35,0	14,1	9,8
1990	100,0	39,5	32,1	16,4	12,0
2000	100,0	47,8	30,4	12,3	9,5
2005	100,0	51,2	32,1	10,2	6,4
2008	100,0	50,8	34,3	9,8	5,1
2009	100,0	50,9	34,4	9,8	4,8

^a W podziale nie uwzględniono urodzeń o nieustalonej kolejności urodzenia.

Przesuwa się wiek, w którym kobiety najczęściej rodzą dzieci. W roku 1980 była to grupa wieku 20-24 lata (42,2%) oraz 25-29 lat (32,5%), zatem te dwie grupy wiekowe odpowiadały za prawie 75% urodzeń. W 1990 r. kolejność ta została zachowana, ale zarówno udziały tych grup wiekowych w liczbie urodzeń ogółem, jak i różnica między nimi były już mniejsze (udziały procentowe tych grup wiekowych wyniosły odpowiednio: 36,4% i 29,3%). Łączny udział procentowy tych grup wiekowych zmalał i wyniósł 65,7%, natomiast wzrosły udziały rodzących kobiet w wieku 30-34 lata i 35-39 lat. W 2000 r. odsetki rodzących kobiet w wieku 20-24 lata i 25-29 lat praktycznie się zrównały (po około 34%), co spowodowane było dalszym spadkiem udziału kobiet w wieku 20-24 lata, a wzrostem w wieku 25-29 lat wśród kobiet zostających matkami. W 2005 r. najczęściej rodziły kobiety będące w wieku 25-29 lat (37,7%), a następnie 20-24-latki (26,2%). Natomiast w 2009 r. na pierwszym miejscu znajdowała się grupa 25-29-latek (36,9%), a na drugim 30-34-latek (26,5%), a dopiero na trzecim 20-24-latek (20,9%).

Tabl. 3. **Urodzenia żywe według wieku matki**

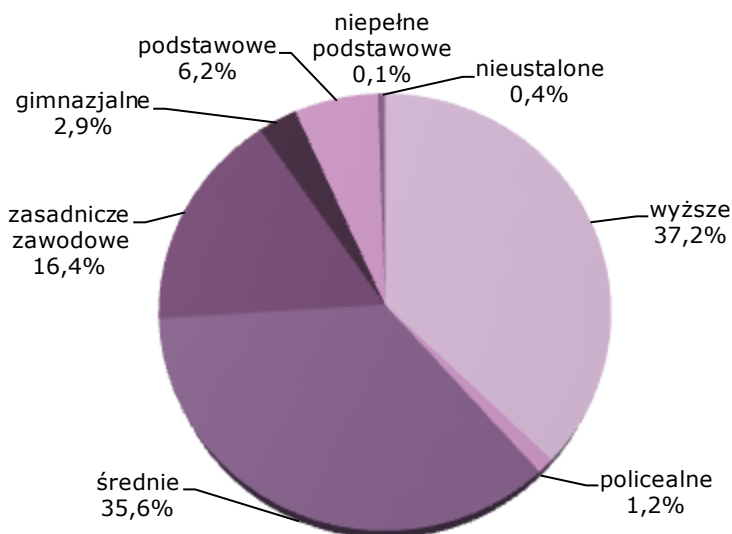
Lata	Ogółem	Wiek matki						
		19 lat i mniej	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 lat i więcej
		w odsetkach						
1980	100,0	6,4	42,2	32,5	13,7	3,9	1,2	0,1
1990	100,0	8,0	36,4	29,3	17,4	7,3	1,5	0,1
2000	100,0	7,3	33,7	33,6	16,1	7,2	2,0	0,1
2005	100,0	5,3	26,2	37,7	21,7	7,3	1,7	0,1
2008	100,0	5,1	22,7	36,6	25,4	8,5	1,6	0,1
2009	100,0	4,9	20,9	36,9	26,5	9,2	1,6	0,1

Przeciętny wiek rodzących kobiet rósł z roku na rok i w 2009 r. wyniósł 28,5 lat, podczas gdy we wcześniejszych latach: w 2005 r. - 27,7 lat, w 2000 r. - 26,9,

w 1990 r. – 26,7, w 1980 – 26,0. Zwiększył się także wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko: w 2009 r. wyniósł on 26,3 lat, w 2005 r. – 25,5, w 2000 r. – 24,2, w 1990 r. – 23,5, a w 1980 r. – 23,4 lat.

W latach 1990-2009 zaszły istotne zmiany w wykształceniu społeczeństwa polskiego. Odnotowano wzrost liczby studentów i absolwentów szkół wyższych, zwiększała się także liczba osób zdobywających wykształcenie średnie, zwłaszcza ogólnokształcące, natomiast zmniejszyła się liczba osób, które uczyły się w szkołach zasadniczych zawodowych. Zmiany te znalazły odzwierciedlenie w wykształceniu kobiet zostających matkami. Porównanie lat 2000 i 2009 uwidacznia wzrost odsetka matek z wykształceniem wyższym z 13,2% do 37,2%, a więc aż o 24 pkt proc. Z kolei tylko o 2,3 pkt proc. zmalał udział młodych matek z wykształceniem średnim (z 37,9% do 35,6%). Bardzo znacząco (blisko dwukrotnie) zmalał natomiast udział rodzących kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym – z 32,7% do 16,4%. Dwukrotnie zmalał również odsetek rodzących kobiet mających wykształcenie podstawowe (14,0% w 2000 r. i 6,2% w 2009 r.). Kobiety, które rodziły dzieci w 2009 r. najczęściej posiadały wykształcenie wyższe – 37,2%. Niewiele mniej rodzących kobiet miało wykształcenie średnie – 35,6% (miasta – 32,8%, wieś – 39,8%). Natomiast mniej kobiet zostających matkami posiadało wykształcenie zasadnicze zawodowe – 16,4%, przy czym niemal dwukrotnie częściej kobiety te mieszkaly na wsi (22,9%) niż w miastach (11,9%). Udział kobiet z wykształceniem gimnazjalnym w populacji kobiet zostających matkami w 2009 r. wyniósł 2,9% (w miastach 2,5%, na wsi 3,4%) a z wykształceniem podstawowym – 6,2% (5,3% w miastach i 7,6% na wsi). Zatem kobiety zostające matkami i mieszkające w miastach cechowały się wyższym poziomem wykształcenia niż mieszkające na wsi.

Wykres 6. Urodzenia żywe według poziomu wykształcenia matki w 2009 r.



W 2009 r. zdecydowana większość kobiet, które urodziły dzieci, utrzymywała się z pracy (70,0%), i najczęściej z pracy najemnej (62,4%), a znacznie rzadziej z pracy na własny rachunek (7,5%). Ponad jedna piąta młodych matek (21,3%) była na czyimś utrzymaniu, a zdecydowaną większość utrzymywały osoby pracujące (18,8%). Pozostała część kobiet posiadała niezarobkowe źródło utrzymania (8,1%), dla których u ponad jednej czwartej był to zasiłek dla bezrobotnych (2,2%), dla 0,8% emerytura lub renta, a inne niezarobkowe źródła utrzymania wykazało 4,9% kobiet. Zauważyć można istotne różnice w odsetkach poszczególnych rodzajów źródeł utrzymania pomiędzy matkami mieszkającymi w miastach i na wsi. W 2009 r. o 9 pkt proc. większy był udział pracujących matek w miastach (73,7%) niż na wsi (64,7%). Z kolei ponad dwukrotnie częściej młode matki pracujące na rachunek własny mieszkały na wsi (11,8%) niż w miastach (4,5%). Z pracy najemnej utrzymywało się więcej kobiet rodzących dzieci i mieszkających w miastach (69,1%) niż na wsi (52,8%). Nie odnotowano istotnej różnicy pomiędzy mieszkankami miast i wsi korzystającymi z niezarobkowych źródeł utrzymania ogółem (odpowiednio 7,9% i 8,3%), jak również z poszczególnych ich rodzajów.

Tabl. 4. **Urodzenia żywe według głównego źródła utrzymania^a matki w 2009 r.**

Źródła utrzymania	Ogółem	Miasta	Wieś
	w tysiącach		
OGÓŁEM	417,6	246,4	171,2
Praca	292,3	181,7	110,7
Najemna	260,6	170,3	90,3
Na własny rachunek	31,3	11,1	20,2
Niezarobkowe źródło	33,8	19,5	14,3
Emerytura lub renta	3,5	1,9	1,6
Zasiłek dla bezrobotnych	9,2	5,0	4,2
Inne	20,4	12,2	8,1
Na utrzymaniu	88,9	43,5	45,3
W tym pracujących	78,4	38,2	40,2

^a W podziale nie uwzględniono nieustalonego źródła utrzymania matki.

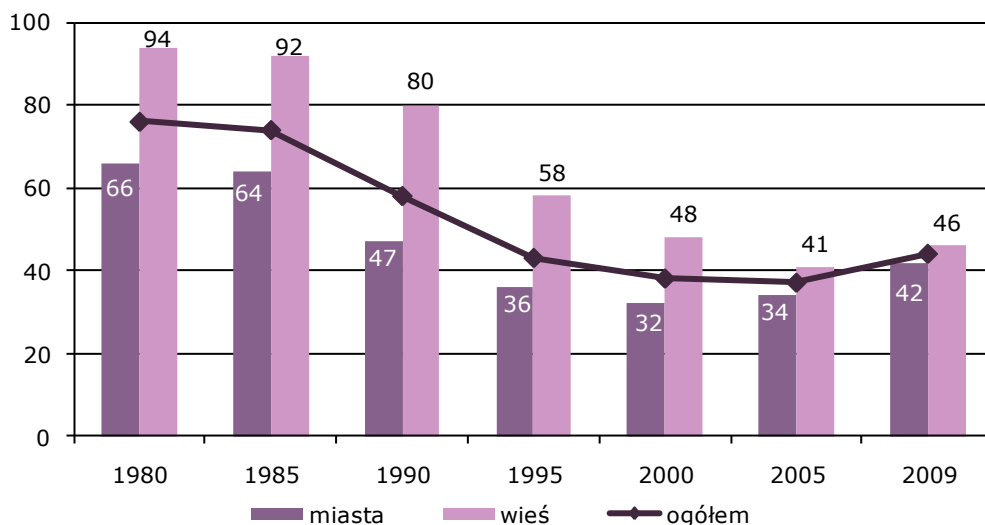
Płodność kobiet³ malała w ostatnich dziesięcioleciach, dopiero od paru lat wykazała niewielki wzrost. W 2009 r. wyniosła 44 na 1000 kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat). Spadła płodność kobiet mieszkających na wsi o ponad połowę w porównaniu z 1980 r., a o ponad 40% w porównaniu z 1990 r. W miastach poziom płodności w 1980 r. był niższy niż na wsi (odpowiednio 66 i 94),

³ Płodność kobiet mierzy się współczynnikiem obliczonym jako iloraz liczby urodzeń żywych i liczby kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat). Oprócz ogólnych współczynników płodności podaje się również współczynniki grupowe (częstkowe), obliczone jako ilorazy liczby urodzeń żywych z kobiet w danej grupie wieku i liczby kobiet w tej samej grupie wieku. Urodzenia z matek w wieku poniżej 15 lat zalicza się do grupy 15-19 lat; urodzenia z matek w wieku 50 lat i więcej zalicza się do grupy 45-49 lat.

a kolejne dwa dziesięciolecia przyniosły dalszy spadek tego współczynnika. W latach 2001-2003 współczynnik płodności w miastach osiągnął najniższą wartość (31/1000), a na wsi w dwóch kolejnych latach: 2004-2005 (41/1000 kobiet). Po tych okresach nastąpił wzrost współczynnika płodności. W ostatnich kilku latach współczynniki płodności w miastach i na wsi były na podobnym poziomie, co jest dużą zmianą w porównaniu z latami 1980 i 1990, kiedy różnica była bardzo wyraźna. W dużej mierze ten stan spowodowany jest faktem, że współczynniki płodności są obecnie znacznie niższe niż dwadzieścia czy trzydzieści lat temu.

Analizując cząstkowe współczynniki płodności obserwujemy podobne zależności jak w przypadku liczby i struktury urodzeń według wieku matki. Najwyższa płodność w 2009 r. występowała w grupie wieku 25-29 lat i wyniosła 96 urodzeń żywych na 1000 kobiet w tej grupie wieku. Następne w kolejności pod względem wartości analizowanego współczynnika były grupy wiekowe 30-34 lata oraz 20-24 lata. Ponadto, zauważyć można, że wyższa jest płodność kobiet w wieku 20-24 lata i 25-29 lat mieszkających na wsi niż w miastach. Wśród trzydziestolatek nieznacznie wyższa płodność charakteryzowała mieszkanki miast, natomiast wśród 40-44-latek i 15-19-latek była ona wyższa na wsi.

Wykres 7. Płodność kobiet^a



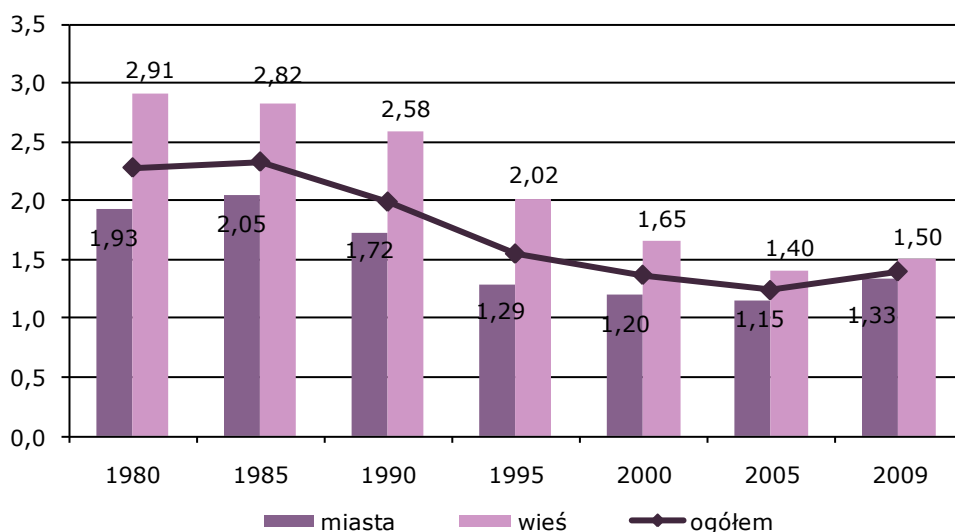
^a Urodzenia żywe na 1000 kobiet w wieku rozrodczym.

W 2009 r. dzietność ogółem⁴ wyniosła 1,40, w miastach 1,33, a na wsi 1,50. Optymalna sytuacja występuje wtedy, gdy współczynnik dzietności ma wartość 2,10-2,15, co oznacza, że na 100 kobiet w wieku 15-49 lat przypada średnio

⁴ Współczynnik dzietności kobiet oznacza liczbę dzieci, którą urodziłaby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat), przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną w badanym roku, tzn. przy przyjęciu cząstkowych współczynników płodności z tego okresu za niezmiennie.

210-215 urodzonych dzieci. Poziom taki umożliwia zastępowalność pokoleń. Podobnie jak liczba i współczynnik urodzeń oraz płodność kobiet, również dzietność w długim okresie czasu (1980-2009) malała w Polsce. Najwyższą wartość w latach 1980-2009 współczynnik dzietności kobiet osiągnął w 1983 r., tak w odniesieniu do wartości ogółem (2,42) jak i w miastach (2,10). Na wsi dzietność wyniosła wówczas 2,91 i była niższa od wartości odnotowanej w roku wcześniejszym (1982 r. – 3,02). Od tej pory dzietność sukcesywnie spadała przez ponad dwie dekady. W 1990 r. dzietność ogółem znalazła się poniżej poziomu 2,0 (wyniosła 1,99), jednak w miastach nastąpiło to już w 1986 r. (1,94), a na wsi dopiero dziesięć lat później, czyli w 1996 r. (1,99). Moment krytyczny w trendach dzietności nastąpił w 2003 r.: ogółem w kraju (1,22) i w miastach (1,11), a na wsi z dwuletnim opóźnieniem – w 2005 r. (1,40). Od tej pory obserwujemy stopniowy wzrost dzietności. W 2009 r. wzrost odnotowano dla wartości ogółem i w miastach, podczas gdy na wsi pojawił się spadek.

Wykres 8. Dzietność kobiet



1.3 Przeciętne trwanie życia

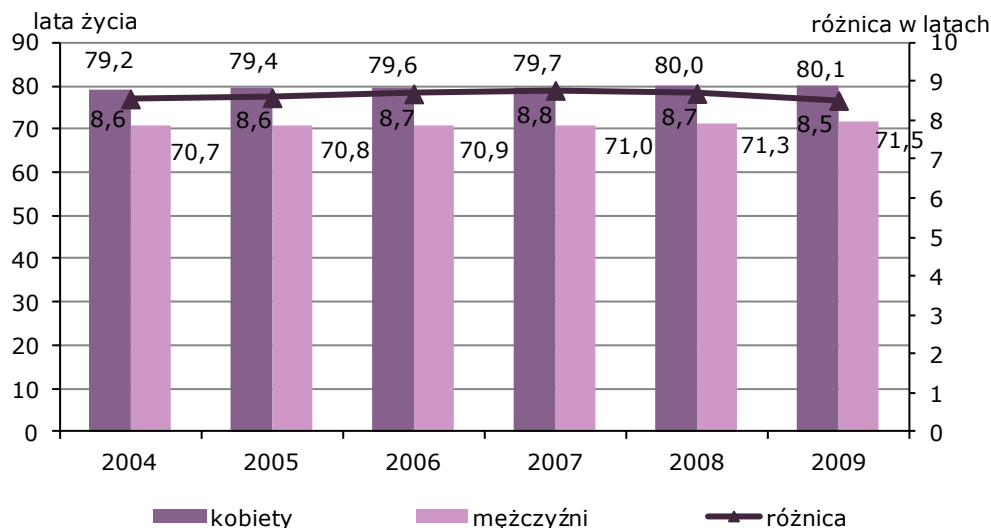
Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat przeciętne trwanie życia Polaków uległo wydłużeniu. Ta sytuacja ma związek między innymi z ciągłym rozwojem technologii medycznych i diagnostycznych, a także z prowadzeniem prozdrowotnego stylu życia.

W 2009 r. w Polsce kobiety żyły przeciętnie 80,1 lat, podczas gdy mężczyźni żyli przeciętnie 71,5 lat. W porównaniu z 2004 r. kobiety żyły dłużej o 0,8 roku, natomiast mężczyźni o 0,9 roku. Od kilkudziesięciu lat występuje w Polsce zjawisko nadumieralności mężczyzn. W 2009 r. różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn wyniosła 8,5 roku.

W 2009 r. przeciętne trwanie życia kobiet zamieszkałych w miastach wyniosło 80,0 lat, czyli o 0,2 roku krócej niż mieszkanki wsi, natomiast u mężczyzn zaobserwowano zjawisko odwrotne - mieszkańcy miast żyli 71,9 lat, czyli prawie o rok dłużej niż mieszkańcy wsi. Takie relacje zaczęto obserwować od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Wcześniej, czyli od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, zarówno kobiety jak i mężczyźni mieszkający na wsi żyli dłużej niż ludność miast.

W 2009 r. przeciętne dalsze trwanie życia wyniosło odpowiednio: wśród 15-latków - 65,6 lat dla dziewczynki oraz 57,1 lat dla chłopca; 30-latków - 50,9 lat dla kobiety i 42,9 lat dla mężczyzny; 45-latków - 36,4 lat dla kobiety i 29,3 lat dla mężczyzny. W porównaniu z 2004 r. jest to o 0,7 roku więcej dla obu płci i we wszystkich wymienionych grupach wieku. W przypadku 60-latków przeciętne dalsze trwanie życia w 2009 r. wyniosło 23,2 lata dla kobiety i 17,9 lat dla mężczyzny, a wśród 75-latków - 11,6 lat dla kobiety i 9,2 lata dla mężczyzny. W porównaniu z 2004 r. w grupie kobiet nastąpił wzrost przeciętnego dalszego trwania życia o odpowiednio 0,7 roku w grupie 60-latek i 0,5 roku w grupie 75-latek. Podobną sytuację zaobserwowano wśród mężczyzn - tutaj przeciętne dalsze trwanie życia wzrosło o odpowiednio 0,5 i 0,3 roku.

Wykres 9. Przeciętne trwanie życia według płci



W Polsce występuje zróżnicowanie przeciętnego trwania życia pomiędzy województwami. W 2009 r. najdłużej żyły mieszkanki województwa podlaskiego (81,5 lat), natomiast najkrócej - województwa łódzkiego (78,9 lat). W 2004 r. najdłużej żyły kobiety zamieszkujące województwa małopolskie i świętokrzyskie (po 80,3 lat), a najkrócej - województwo śląskie (78,4 lat). Różnice w długości przeciętnego trwania życia kobiet pomiędzy województwami,

gdzie odnotowano najdłuższe i najkrótsze trwanie życia wyniosły w 2009 r. 2,6 lat, a w 2004 r. 1,9 lat.

W przypadku mężczyzn zaobserwować można większe zróżnicowanie w długości przeciętnego trwania życia w przekroju wojewódzkim. W 2009 r. najdłużej żyli mieszkańcy województwa podkarpackiego i małopolskiego (odpowiednio 73,2 i 73,1 lat), a najkrócej, podobnie jak w przypadku kobiet – mieszkańcy województwa łódzkiego (69,2 lat). W 2004 r. najdłużej żyli mężczyźni zamieszkujący województwo małopolskie (72 lata), a najkrócej, podobnie jak w 2009 r., – mężczyźni z województwa łódzkiego (69,1 lat). Ponadto, zaobserwowano zwiększenie poziomu różnicy w długości przeciętnego trwania życia mężczyzn pomiędzy województwami z najdłuższym i najkrótszym trwaniem życia. W 2009 r. różnica ta wyniosła 4 lata, a w 2004 r. 2,9 lat.

Tabl. 5. **Przeciętne trwanie życia kobiet według miejsca zamieszkania i województw**

Województwa	2004			2009		
	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś
P O L S K A	79,2	79,1	79,5	80,1	80,0	80,2
Dolnośląskie	78,6	78,6	78,5	79,4	79,4	79,4
Kujawsko-pomorskie	78,7	78,8	78,6	79,5	79,5	79,6
Lubelskie	79,5	79,8	79,4	80,5	80,6	80,5
Lubuskie	78,6	78,6	78,6	79,5	79,5	79,4
Łódzkie	78,5	78,3	79,0	78,9	78,5	79,8
Małopolskie	80,3	80,2	80,5	81,1	81,2	81,2
Mazowieckie	79,9	79,9	79,9	80,4	80,6	80,1
Opolskie	79,7	79,3	80,0	80,5	80,3	80,6
Podkarpackie	80,2	80,1	80,3	81,1	81,1	81,2
Podlaskie	80,1	79,9	80,3	81,5	81,8	81,1
Pomorskie	79,4	79,5	79,1	80,1	80,3	79,4
Śląskie	78,4	78,1	79,6	79,1	78,9	79,9
Świętokrzyskie	80,3	80,4	80,2	81,1	81,0	81,1
Warmińsko-mazurskie	79,1	79,5	78,4	79,8	80,2	79,2
Wielkopolskie	78,9	79,0	78,9	79,9	80,2	79,6
Zachodniopomorskie	78,5	78,7	78,1	79,5	79,5	79,3

1.4 Umieralność

W 2009 r. współczynnik zgonów na 100 tys. ludności wyniósł 1009 (wzrost o 6% w porównaniu z wartością z 2004 r.). Dla kobiet wartość omawianego współczynnika wyniosła 918 na 100 tys. ludności (wzrost o 7,1%), a dla mężczyzn 1106/100 tys. (wzrost o 5,0%). Na przestrzeni lat 2004-2009 wartości współczynnika odnotowane dla kobiet były niższe niż dla mężczyzn. W analizowanym okresie współczynniki zgonów na 100 tys. ludności, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn, były wyższe na wsi niż w miastach.

W 2009 r. w porównaniu z 2004 r. odnotowano największy spadek współczynnika zgonów kobiet na 100 tys. ludności (o 1720) w najstarszej grupie wieku (85 lat i więcej). W trzech następujących grupach wieku: 10-14 lat, 55-59 lat oraz 60-64 lat odnotowano wzrost współczynnika (odpowiednio o 2, 6 i 2 osoby na 100 tys. ludności), natomiast w grupie wieku 5-9 lat współczynnik utrzymał się na niemal takim samym poziomie.

Tabl. 6. **Zgony według płci i miejsca zamieszkania**

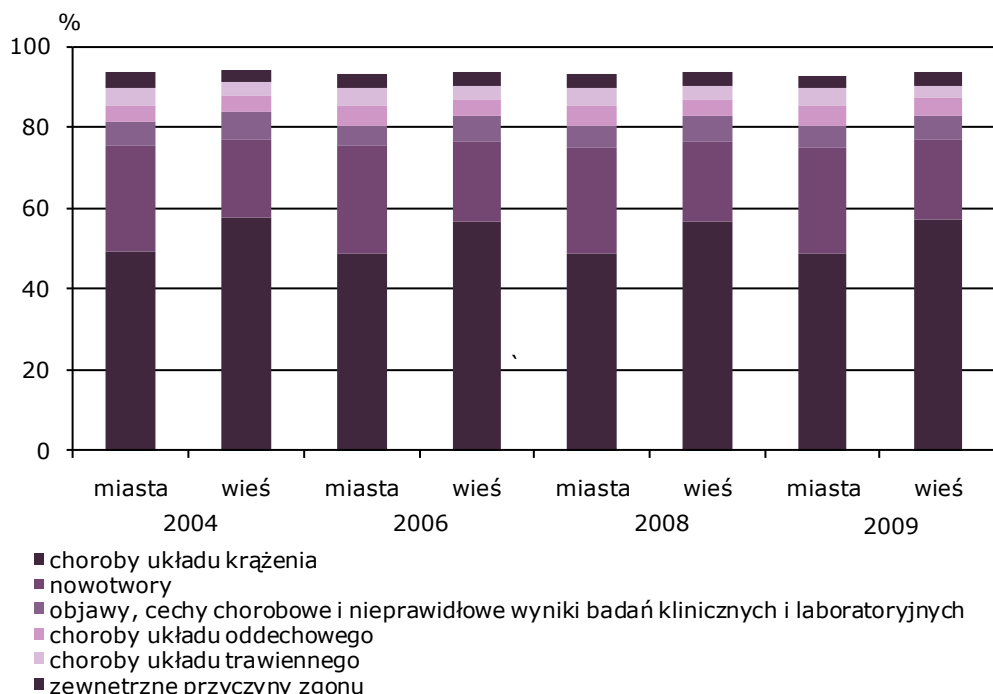
Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	na 100 tys. ludności danej płci i miejsca zamieszkania					
O G Ó Ł E M	952	965	969	990	995	1009
Kobiety	857	871	870	888	898	918
Mężczyźni	1054	1066	1076	1098	1099	1106
Miasta	925	940	954	974	985	999
Kobiety	831	846	853	876	891	908
Mężczyźni	1030	1043	1065	1083	1090	1101
Wieś	995	1005	994	1014	1011	1024
Kobiety	900	911	898	909	911	935
Mężczyźni	1090	1100	1092	1121	1113	1115

Analizując przyczyny zgonów kobiet w latach 2004-2009 zauważyć można, że najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia. Stanowiły one ponad połowę wszystkich przyczyn zgonów kobiet. W 2009 r. odsetek tych zgonów wyniósł 52,1%. W dalszej kolejności znalazły się zgony spowodowane: chorobami nowotworowymi, na które umarła prawie co czwarta kobieta (23,4%); objawami, cechami chorobowymi i nieprawidłowymi wynikami badań klinicznych i laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowanymi (5,9%); chorobami układu oddechowego (4,7%); chorobami układu trawiennego (3,9%) i zewnętrznymi przyczynami zachorowania i zgonu (3,1%).

W latach 2004-2009 zgony spowodowane chorobami układu krążenia występowały częściej u mieszkanek wsi niż miast (w 2009 r. odsetki wyniosły odpowiednio 57,3% i 48,8%), a zgony spowodowane chorobami nowotworowymi były częstsze w miastach niż na wsi (odpowiednio 25,8% i 19,5% w 2009 r.).

Zewnętrzne przyczyny zgonu, według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 obejmują między innymi takie kategorie jak: wypadki komunikacyjne, przypadkowe zatrucia, samobójstwa oraz zabójstwa. Spośród nich najczęściej występującą przyczyną zgonów w Polsce są zgony spowodowane samobójstwami oraz wypadkami komunikacyjnymi. W 2009 r. stanowiły one odpowiednio 26,8% i 20,8% ogółu zgonów zaklasyfikowanych do zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu. W 2009 r. współczynnik zgonów z powodu samobójstw wyniósł 17/100 tys. ludności oraz 4,8/100 tys. ludności dla kobiet. W tym samym roku współczynnik zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych wyniósł 13,2/100 tys. ludności oraz 5,9/100 tys. ludności dla kobiet.

Wykres 10. Zgony kobiet według wybranych przyczyn i miejsca zamieszkania



W latach 2004-2009 udział zgonów kobiet spowodowanych samobójstwem w ogólnej liczbie zgonów kobiet spowodowanych zewnętrznymi przyczynami zachorowania i zgonów znajdował się w przedziale 13,5%-16,7%, a udział zgonów kobiet powstałych w wyniku wypadków komunikacyjnych znajdował się w przedziale 20,7%-24,4%. W analizowanych latach odnotowano różnice w częstości występowania zgonów kobiet spowodowanych wypadkami komunikacyjnymi i samobójstwami w zależności od miejsca zamieszkania. Zgony te obserwowano częściej w miastach niż na wsi. W 2009 r. odsetek zgonów spowodowanych wypadkami komunikacyjnymi w miastach wyniósł 57,7%, a odsetek zgonów spowodowanych samobójstwami w miastach wyniósł 56,1%. Odsetek zgonów spowodowanych wypadkami komunikacyjnymi w miastach był o 0,4 pkt proc. wyższy aniżeli w 2004 r., a odsetek zgonów spowodowanych samobójstwem w miastach był o 5,7 pkt proc. niższy niż w 2004 r.

Tabl. 7. **Zgony z powodu zewnętrznych przyczyn według płci i miejsca zamieszkania**

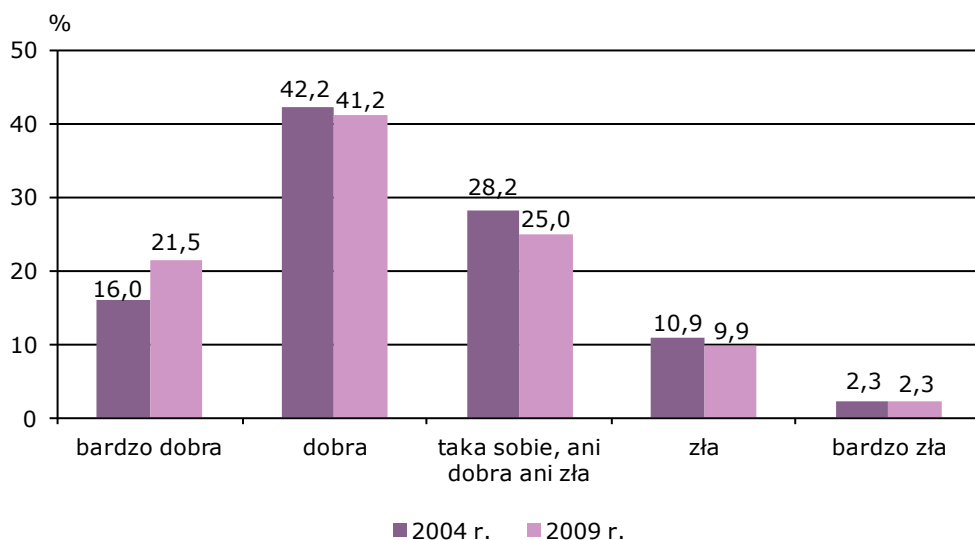
Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	na 100 tys. ludności danej płci					
O G Ó Ł E M	65,4	66,5	66,1	64,9	66,5	63,4
Miasta	61,0	61,9	61,4	59,3	60,7	58,6
Wieś	72,4	73,8	73,4	73,8	75,7	70,9
Kobiety	30,5	31,2	30,8	29,6	30,5	28,7
Miasta	30,9	31,9	31,2	29,9	30,6	28,5
Wieś	29,9	30,1	30,2	29,1	30,4	28,9
Mężczyźni	102,5	104,1	103,7	102,8	105,0	100,6
Miasta	94,2	95,0	94,9	92,0	94,1	92,0
Wieś	115,2	117,8	117,0	119,0	121,4	113,4

Rozdział II. Stan zdrowia

2.1 Ocena stanu zdrowia

W trakcie realizacji w 2009 r. Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia respondentom zadano pytanie o ocenę ogólnego stanu zdrowia, przy czym poproszono, aby przy jej dokonywaniu nie brali pod uwagę krótkotrwałych lub tymczasowych problemów zdrowotnych (np. przeziębienia, grypy, chorób wieku dziecięcego). Stan zdrowia dzieci do lat 14-tu ocenili ich rodzice bądź opiekunowie prawni, a w przypadku respondentów w wieku powyżej 14 roku życia bezpośrednio osoby ankietowane.

Wykres 11. Kobiety według oceny stanu zdrowia

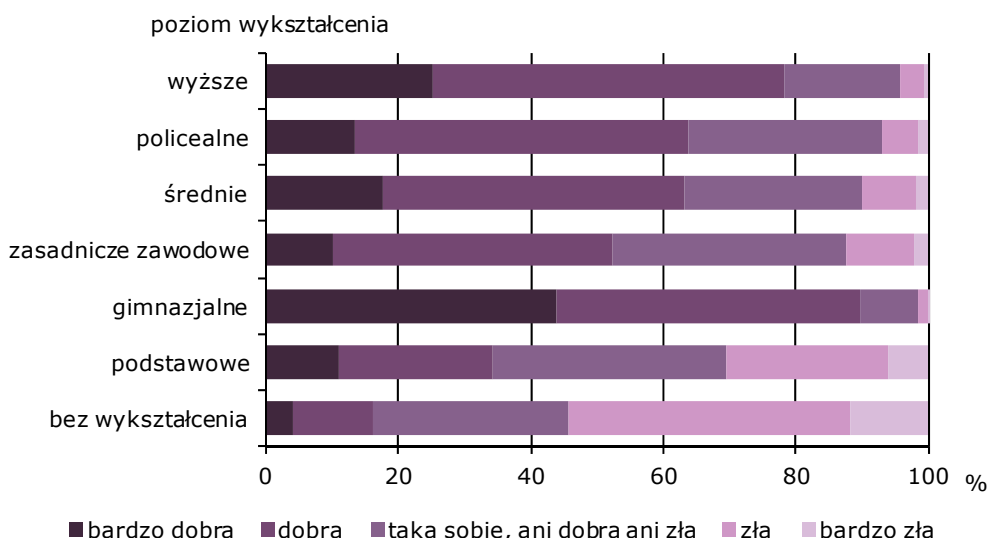


W 2009 r. najwięcej kobiet oceniło swój stan zdrowia jako dobry (41,2%), następnie jako taki sobie, ani dobry ani zły (25,0%) oraz bardzo dobry (21,5%). Dla mężczyzn wartości te wyniosły odpowiednio 43,1%, 21,5% oraz 26,0%. W porównaniu z wynikami z poprzedniego badania stanu zdrowia odnotowano największy wzrost odsetka zarówno u kobiet jak i mężczyzn oceniających swoje zdrowie jako bardzo dobre (odpowiednio o 5,5 pkt. proc. i 5,7 pkt. proc.). Odsetek kobiet z bardzo złą oceną stanu zdrowia pozostał na niezmienionym poziomie. Poprawa w zakresie oceny stanu zdrowia w ciągu ostatnich 5 lat widoczna była zarówno w miastach, jak i na wsi. W 2009 r. udział kobiet oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry był o prawie 7 pkt proc. wyższy od stanu z 2004 r. dla mieszkanek wsi i o blisko 5 pkt proc. dla mieszkanek miast i wyniósł odpowiednio 23,0% i 20,5%.

W 2009 r. najczęściej, jako dobry lub bardzo dobry został oceniony stan zdrowia dziewczynek w wieku 0-14 lat (prawie 93%). Odsetek kobiet, które pozytywnie oceniły swój stan zdrowia malał wraz z wiekiem i dla kobiet w wieku

70-79 lat oraz w wieku 80 lat i więcej był najniższy (odpowiednio 12,6% i 12,9%). Negatywnie swój stan zdrowia (źle i bardzo źle) najczęściej oceniły kobiety najstarsze - w wieku 80 lat i więcej (ponad 53%). Analogiczna sytuacja wystąpiła w przypadku mężczyzn. Z bardzo dobrym i dobrym stanem zdrowia było 91,6% chłopców w wieku 0-14 lat, a w wieku 70-79 lat – 19,2% mężczyzn, a ze złym i bardzo złym – 41,2% mężczyzn w wieku 80 lat i więcej. W porównaniu z wynikami badania z 2004 r. oceny stanu zdrowia poprawiły się, odsetek kobiet pozytywnie oceniających swoje zdrowie (bardzo dobrze lub dobrze) wzrósł prawie we wszystkich grupach wieku.

Wykres 12. Ocena stanu zdrowia^a kobiet w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia w 2009 r.



^a Dla osób w wieku 15 lat i więcej uwzględniono tylko osoby odpowiadające bezpośrednio na to pytanie.

Analiza oceny stanu zdrowia kobiet według wykształcenia odnosi się do kobiet w wieku 13 lat i więcej. Najwięcej kobiet, które oceniły swoje zdrowie jako bardzo dobre, posiadało wykształcenie gimnazjalne – 44,0%, a w następnej kolejności wyższe – 25,2%. Dobry stan zdrowia był wskazywany najczęściej przez kobiety z wykształceniem wyższym (53,0%), a ocenę taką sobie, ani dobrą ani złą - kobiety z wykształceniem zasadniczym zawodowym i podstawowym - po 35,3%. Oceny złe i bardzo złe zostały wskazane głównie przez kobiety nieposiadające wykształcenia: 42,4% kobiet oceniło stan zdrowia jako zły, a 11,7% jako bardzo zły. Najwięcej ocen najwyższych również odnotowano u mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym (ponad 50%), ocen dobrych – z wykształceniem wyższym (50,3%), a złych lub bardzo złych – bez ukończonego wykształcenia (odpowiednio 24,2% i 11,2%). W stosunku do danych z 2004 r. udział kobiet z oceną bardzo dobrą wzrósł najbardziej (o 9,3 pkt proc.) u kobiet z wykształceniem gimnazjalnym i również

w tej grupie odnotowano największy spadek ocen dobrych (o 7,2 pkt proc.). Wzrost ocen dobrych wystąpił u kobiet posiadających wykształcenie wyższe (o 0,6 pkt proc.) i policealne (o 2,3 pkt proc.). Udział kobiet oceniających swoje zdrowie jako takie sobie, ani dobre ani złe zmniejszył się we wszystkich grupach, a najbardziej u pań z wykształceniem wyższym (o 5,6 pkt proc.). Odsetek kobiet oceniających swoje zdrowie jako złe najbardziej zmniejszył się u kobiet z wykształceniem policealnym (o 2,5 pkt proc.), a wzrósł wśród kobiet posiadających wykształcenie gimnazjalne (o 0,4 pkt proc.) i podstawowe (o 2,0 pkt proc.).

Do analizy oceny stanu zdrowia kobiet według stanu cywilnego prawnego wzięto pod uwagę kobiety w wieku 15 lat i więcej. Dobra ocena stanu zdrowia była przeważająca i wskazywały ją najczęściej panny (46,7%), kobiety zamężne (45,8%) i rozwiedzione (39,1%), a najrzadziej wdowy (19,4%). Ocena zdrowia taka sobie, ani dobra ani zła oraz zła i bardzo zła dominowała u wdów (odpowiednio 43,1%, 27,5%, 8,1%). Dla mężczyzn wartości te przedstawiały się następująco – najwięcej ocen pozytywnych odnotowano wśród kawalerów (bardzo dobrych - 39,5%, dobrych - 43,8%), złych – u wdowców (24,4%), a bardzo złych – wśród rozwiedzionych/separowanych (6,4%). W 2009 r. w porównaniu z 2004 r. odnotowano wzrost ocen bardzo dobrych wśród panien (wzrost o 9,0 pkt proc.). Odsetki ocen dobrych również wzrosły, najbardziej u wdów (o 4,5 pkt proc.). Pozostałe oceny też uległy poprawie.

W 2009 r. w przekroju wojewódzkim odsetek kobiet posiadających bardzo dobrą i dobrą opinię o stanie zdrowia był dominujący we wszystkich województwach i wyniósł od 57,9% w lubelskim do 68,1% w pomorskim. Wśród pań oceniających zdrowie jako złe i bardzo złe dominowały mieszkanki województwa lubelskiego (16,4%), a najmniej kobiet z tą oceną było z województwa pomorskiego (9,4%). Porównując dane z 2009 r. z wynikami poprzedniego badania zauważyć można, że w największym stopniu uległy poprawie oceny pozytywne u pań z województwa pomorskiego (wzrost o 7,9 pkt proc.), a najbardziej spadły oceny negatywne u kobiet z województwa dolnośląskiego (o 3,0 pkt proc.).

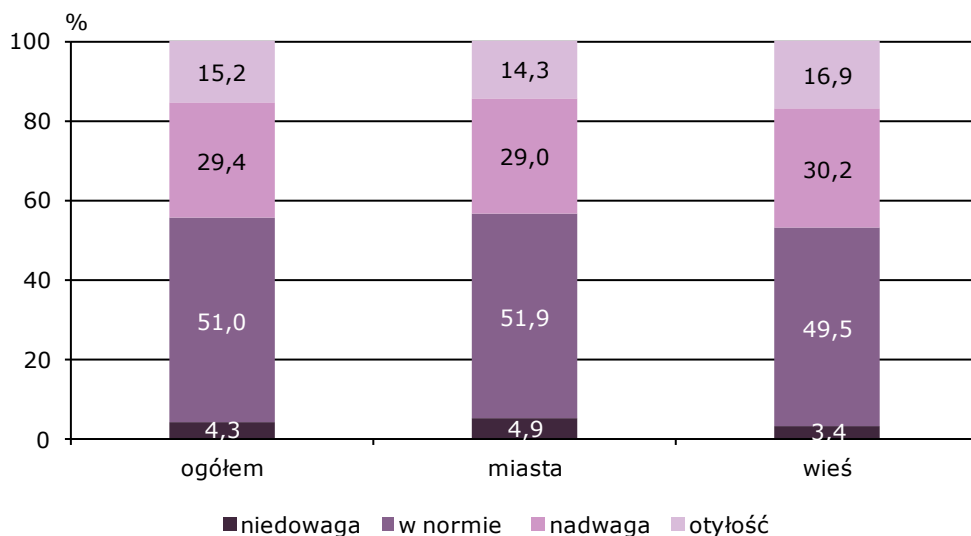
2.2 Indeks masy ciała (BMI)

Informacje pozyskane od respondentów na temat wagi ciała oraz wzrostu pozwoliły na obliczenie wskaźnika BMI⁵ czyli Indeksu Masy Ciała (ang. *Body Mass Index*) dla każdej grupy wieku. Wskaźnik BMI używany jest do określenia niedowagi, nadwagi i otyłości. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) masę ciała ocenia się jako prawidłową, gdy wartość BMI mieści się w zakresie od 18,50 do 24,99, poniżej 18,50 występuje niedowaga, a w przedziale 25,00–29,99 – nadwaga. Otyłość ma miejsce, gdy BMI przyjmuje wartość, co najmniej 30,00.

⁵ Wskaźnik BMI jest obliczany przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wzrostu podanego w metrach.

Analizując dane z 2009 r. w zakresie wagi kobiet w wieku 15 lat i starszych odnotować można, że co druga miała wagę w normie. Nadwagę miało ponad 29%, otyłość 15,2%, a niedowagę 4,3% ogółu kobiet. Wśród mężczyzn wagę ciała w normie miało 37,3% osób. Nadwaga dotyczyła 44,8% mężczyzn, otyłość zaobserwowano u 16,6% respondentów, a niedowagę u 1,3% ogółu mężczyzn. W porównaniu z danymi z 2004 r. odsetek kobiet z nadwagą, jak również mających otyłość, wzrósł o prawie 3 pkt proc. Zmniejszył się natomiast procentowy udział kobiet mających wagę w normie (o 3,3 pkt proc.) i niedowagę (o 2,0 pkt proc.). Wśród mężczyzn zaobserwowano, podobnie jak u kobiet, wzrost odsetka osób z nadwagą (o 5,1 pkt proc.) i otyłością (o 4 pkt proc.) oraz spadek odsetka mężczyzn z wagą ciała w normie (o 8,5 pkt proc.) i poniżej normy (o 0,6 pkt proc.).

Wykres 13. Indeks masy ciała (BMI) kobiet w wieku 15 lat i więcej^a w 2009 r.

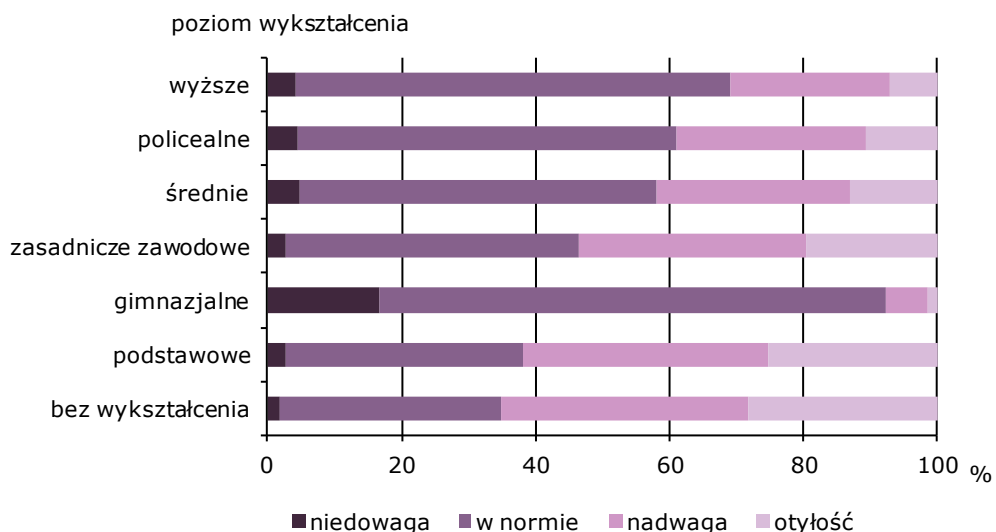


^a Tylko osoby samodzielnie wypełniające ankietę, które podały dane dotyczące wagi i wzrostu.

Uwzględniając podział na grupy wieku, większość kobiet w wieku 15-49 lat miała wagę w normie, choć procentowy udział tych kobiet malał wraz z wiekiem (od 78,2% dla nastolatek do 50,3% dla kobiet w wieku 40-49 lat). Nadwagę posiadało ponad 37% kobiet w wieku 50-59 lat i ponad 41% kobiet po 60-tym roku życia. Otyłość głównie występowała wśród kobiet w wieku 60-69 lat (29,3%). W przypadku kobiet w wieku 50-59 lat oraz 70 lat i starszych jedna na cztery kobiety była otyła. Niedowaga występowała u kobiet z najmłodszych grup wieku i dotyczyła ponad 16% dziewcząt w wieku 15-19 lat i około 11% kobiet w wieku 20-29 lat. W odniesieniu do danych z 2004 r. procentowy udział kobiet z wagą w normie w 2009 r. wzrósł najbardziej u nastolatek (o 4,9 pkt proc.), a zmalał

(o 4,8 pkt proc.) u kobiet w wieku 40-49 lat. Również w tej grupie wieku (40-49 lat) odnotowano największy, bo o prawie 5 pkt proc. wzrost odsetka kobiet z nadwagą. Grupą wieku, w której w największym stopniu, bo o 3,4 pkt proc. zmalał udział kobiet z nadwagą były panie w wieku 60-69 lat. Wzrost udziału kobiet z otyłością dotyczył wszystkich grup wieku, a najbardziej kobiet w wieku 70 lat i starszych - wzrost o 3,4 pkt proc. Spadek udziału kobiet z niedowagą w największym stopniu zauważalny był u dziewcząt z najmłodszej grupy wieku (15-19 lat) i ich odsetek był o ponad 6 pkt proc. mniejszy niż w 2004 r.

Wykres 14. Indeks masy ciała (BMI) kobiet w wieku 15 lat i więcej^a według poziomu wykształcenia w 2009 r.



^a Tylko osoby samodzielnie wypełniające ankietę, które podały dane dotyczące wagi i wzrostu.

75,7% kobiet z wykształceniem gimnazjalnym oraz 53,3% kobiet z wykształceniem średnim miało wagę w normie. Odsetki kobiet z nadwagą, jak również z otyłością były największe wśród kobiet nieposiadających wykształcenia i wyniosły odpowiednio 36,8% oraz 28,3%, a najmniejsze były u kobiet z wykształceniem gimnazjalnym – 6,1% i 1,5%. Niedowaga w największym stopniu dotyczyła kobiet z wykształceniem gimnazjalnym i ich odsetek wyniósł 16,6%, a najmniej dotyczyła kobiet bez wykształcenia – 1,8%. Porównując dane z 2009 r. z danymi z poprzedniego badania odnotować można, że odsetek kobiet mających wagę w normie pozostał na niezmiennym poziomie jedynie u kobiet z wykształceniem gimnazjalnym, natomiast w pozostałych grupach zmalał, najbardziej wśród kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym – o 9,4 pkt proc. Procentowy udział kobiet mających nadwagę i otyłość zwiększył się najbardziej u pań z wykształceniem zasadniczym zawodowym i wyniósł odpowiednio 4,3 pkt proc. i 6,7 pkt proc. Odsetek kobiet mających niedowagę

wzrósł jedynie u pań z wykształceniem policealnym (o 0,5 pkt proc.), a w pozostałych grupach zmalał – najbardziej u kobiet z wykształceniem gimnazjalnym - o 4,2 pkt proc.

Analizując wagę kobiet w 2009 r. przy uwzględnieniu stanu cywilnego zauważyć można, że najczęściej bo ponad 72% panien posiadało wagę w normie. Nadwaga dotyczyła ponad 30% kobiet zamężnych i rozwiedzionych/separowanych oraz blisko 40% wdów, a ponadto jedna na cztery wdowy miała otyłość. Najwięcej kobiet z niedowagą było wśród panien (11%). Odnosząc się do danych z 2004 r. zauważyć można, że odsetek kobiet posiadających wagę w normie zwiększył się jedynie u panien (o 0,9 pkt proc.), natomiast zmniejszył się u kobiet zamężnych i wdów (o ponad 3 pkt proc.) oraz rozwiedzionych o ponad 6 pkt proc. Największy wzrost procentowego udziału kobiet mających nadwagę odnotowano wśród pań rozwiedzionych/separowanych (o 4,8 pkt proc.). W przypadku kobiet z otyłością wzrost ich procentowego udziału zanotowano u wszystkich kobiet, a największy u wdów - o prawie 5 pkt proc., następnie u rozwiedzionych/separowanych i zamężnych (odpowiednio o 2,5 pkt proc. i o 2,0 pkt proc.), a najmniejszy u panien o 1,1 pkt proc. Odsetek kobiet mających niedowagę zmniejszył się wśród wszystkich kobiet – najbardziej u panien o 4,2 pkt proc.

W 2009 r. w każdym województwie co druga mieszkanka miała wagę w normie. W większości województw nadwagę miała 1 na 3 kobiety, a co szósta była otyła. Odsetek kobiet z niedowagą był zróżnicowany w poszczególnych województwach i wyniósł od 2,2% w małopolskim do 6,3% w opolskim. Odnosząc się do wyników z poprzedniego badania odnotować można, że udział kobiet z niedowagą zmniejszył się we wszystkich województwach (oprócz łódzkiego, w którym nastąpił niewielki wzrost), a najbardziej w województwie warmińsko-mazurskim (o blisko 5 pkt proc.). Udział kobiet mających wagę w normie zmniejszył się w prawie wszystkich województwach, a w największym stopniu w województwie zachodniopomorskim - o ponad 7 pkt proc. Ponadto odnotować można, że w 14 województwach nastąpiło zwiększenie odsetka kobiet mających nadwagę (w największym stopniu w województwie małopolskim - o blisko 6 pkt proc.). W przypadku kobiet otyłych w 15 województwach nastąpił wzrost ich udziału. Największy dotyczył pań z województw małopolskiego i śląskiego – wzrost o blisko 5 pkt proc. Tylko w jednym województwie (podlaskim) zmniejszył się odsetek kobiet z otyłością.

2.3 Długotrwałe problemy zdrowotne i choroby przewlekłe

Deklarowane przez respondentów i rodziców/opiekunów dzieci długotrwałe problemy zdrowotne mogły być następstwem choroby przewlekłej, złego samopoczucia, niesprawności czy też kalectwa. Najważniejszym kryterium dla długotrwałych problemów zdrowotnych był wymóg czasu ich trwania lub przewidywanego czasu trwania wynoszący co najmniej 6 miesięcy.

W 2009 r. 46,9% kobiet deklaroowało występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych. W porównaniu z danymi z przeprowadzonego w 2004 r. badania

stanu zdrowia ludności Polski odnotowano wzrost odsetka kobiet z długotrwałymi problemami zdrowotnymi o 7,1 pkt proc. W latach 2004-2009 podobne trendy charakteryzowały populację mężczyzn, w której odsetek osób deklarujących długotrwałe problemy zdrowotne wzrósł z 32,8% (6049,7 tys.) w 2004 r. do 38,7% (7036,3 tys.) w 2009 r.

Tabl. 8. **Kobiety z długotrwałymi problemami zdrowotnymi**

Wyszczególnienie	2004		2009	
	w tysiącach	w %	w tysiącach	w %
O G Ó Ł E M	7842,4	39,8	9179,2	46,9
0-4 lata	88,5	10,1	88,9	9,4
5-9	153,8	15,4	141,7	16,3
10-14	220,5	17,8	153,7	15,6
15-19	210,3	14,4	246,2	20,5
20-29	519,7	16,6	636,4	21,2
30-39	612,1	24,6	865,4	31,0
40-49	1128,6	39,5	1161,6	48,0
50-59	1685,6	62,1	2060,9	68,5
60-69	1315,5	76,4	1592,8	82,7
70 lat i więcej	1907,6	85,7	2231,6	92,5

W 2009 r. rodzice/opiekunowie deklarowali problemy zdrowotne występujące w okresie dłuższym niż 6 miesięcy u 13,7% dziewcząt (0-14 lat). Wśród kobiet w starszych grupach wiekowych (15 lat i więcej) problemy te wskazywane były blisko czterokrotnie częściej (52,5%). Wysokie odsetki charakteryzowały respondentki w średnim wieku - blisko połowa populacji czterdziestolatek (48,0%) i więcej niż dwie na trzy pięćdziesięciolatki (68,5%). Długotrwałe problemy zdrowotne były deklarowane przez większość kobiet w wieku powyżej 69 lat (92,5%). W 2009 r. odsetek osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi był wyższy wśród chłopców niż dziewcząt (o 3,7 pkt proc. w grupie wiekowej 0-14 lat), natomiast w populacji osób w wieku 15 lat i więcej zaznaczyła się wyraźna przewaga kobiet deklarujących problemy zdrowotne trwające dłużej niż 6 miesięcy (o 9,7 pkt proc.).

Długotrwałe problemy zdrowotne częściej występowały wśród mieszkanek miast niż wsi (odpowiednio 48,9% i 43,6%). W 2009 r. w porównaniu z 2004 r. wzrósł odsetek kobiet mających przewlekłe problemy zdrowotne zarówno w miastach (o 7,6 pkt proc.), jak i na wsi (o 6,4 pkt proc.). Wśród mężczyzn obserwowano również przewagę osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi zamieszkujących miasta (2004 r. – 34,3%, 2009 r. – 41,1%) w porównaniu z mieszkańcami wsi (2004 – 30,4%, 2009 – 35,0%).

W trakcie wywiadów ankietowych respondentki oraz rodzice/opiekunowie dzieci wskazywali choroby i dolegliwości przewlekłe, które wystąpiły w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Wyboru dokonywano na podstawie list chorób i dolegliwości przewlekłych opracowanych osobno dla osób w wieku 0-14 lat

oraz dla osób w wieku 15 lat i więcej. Poniższą analizę ograniczono wyłącznie do jednostek chorobowych badanych zarówno w badaniu zdrowia w 2004 r. jak i w 2009 r.

W przypadku chorób i dolegliwości zdrowotnych osób w wieku 0-14 lat analiza objęła następujące pozycje:

- alergia bez astmy alergicznej (np. nieżyt nosa, zapalenie skóry),
- astma (łącznie z astmą o podłożu alergicznym),
- choroby oka,
- choroby kręgosłupa,
- częste bóle głowy.

Tabl. 9. **Dziewczęta w wieku 0-14 lat^a chorujące przewlekłe według wybranych chorób i dolegliwości**

Choroby i dolegliwości przewlekłe	2004		2009	
	w tysiącach	w %	w tysiącach	w %
Alergia	260,0	8,4	415,6	14,8
Astma	89,2	2,9	50,2	1,8
Choroby oka	123,4	4,0	126,4	4,5
Choroby kręgosłupa	42,8	1,4	48,6	1,7
Częste bóle głowy	35,6	1,1	57,4	2,0

^a Dotyczy dziewcząt chorujących na choroby przewlekłe w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS.

Zarówno dane za rok 2004 jak i 2009 r. wskazują na częste występowanie alergii wśród dziewcząt w wieku poniżej 15 lat (odpowiednio 8,4% i 14,8%). W okresie 5 lat zwiększył się odsetek (o 6,4 pkt proc.) populacji dziewcząt mających alergię. W 2009 r. odnotowano w porównaniu z 2004 r. nieznaczny wzrost odsetka kobiet chorujących na: częste bóle głowy (wzrost o 0,9 pkt proc.), choroby oka (o 0,5 pkt proc.) i choroby kręgosłupa (o 0,3 pkt proc.). Spadek (o 1,1 pkt proc.) odnotowano tylko w przypadku astmy.

W 2009 r. alergię odnotowano blisko u co piątego (19,1%) chłopca, co widocznie przewyższyło odsetek deklarowany w przypadku dziewcząt (o 4,3 pkt proc.). Podobnie, widoczne było częstsze deklarowanie przez rodziców/opiekunów występowania astmy wśród chłopców (3,9%) niż dziewcząt (1,8%). W przypadku chorób oka, częstych bólów głowy i chorób kręgosłupa, wartości odnotowane dla chłopców (odpowiednio 4,1%, 1,6%, 1,3%) nie różniły się znacznie od wartości dla dziewcząt.

W przypadku chorób i dolegliwości zdrowotnych osób w wieku 15 lat i więcej analiza objęła następujące pozycje:

- astma (łącznie z astmą o podłożu alergicznym),
- zawał serca,
- choroba wieńcowa serca (dusznica bolesna, choroba niedokrwienna serca),
- nadciśnienie tętnicze,
- udar mózgu,
- cukrzyca,

- alergia bez astmy alergicznej (np. nieżyt nosa, zapalenie skóry),
- choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,
- choroby tarczycy,
- nowotwory złośliwe.

Porównanie danych liczbowych z lat 2004 i 2009 wskazało, iż najczęstszą chorobą przewlekłą kobiet w wieku 15 lat i więcej było nadciśnienie tętnicze (odpowiednio 19,7% i 23,1%). W 2009 r. w porównaniu z 2004 r. wzrósł odsetek kobiet deklaruujących występowanie w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie: alergii (o 4,7 pkt proc.), choroby wieńcowej serca (o 4,1 pkt proc.), nadciśnienia tętniczego (o 3,4 pkt proc.), chorób tarczycy (o 1,4 pkt proc.), cukrzycy (o 1,3 pkt proc.). Odsetek kobiet z przebyłym zawałem serca był niższy (o 1,0 pkt proc.) od odnotowanego w 2004 r., natomiast odsetek kobiet chorujących na astmę zarówno w 2004 r. jak i w 2009 r. był na tym samym poziomie. W 2009 r. w populacji mężczyzn, podobnie jak i u kobiet, najczęstszymi wskazywanymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi były: nadciśnienie tętnicze (2748,0 tys.; 18,0%), choroba wieńcowa serca (1203,1 tys.; 7,9%) i alergia (1047,1 tys.; 6,9%). Wśród mężczyzn odsetek chorujących przewlekłe na cukrzycę oraz na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy wyniósł odpowiednio po 4,5%. Pięć wspomnianych chorób i dolegliwości przewlekłych występowało częściej w populacji kobiet.

Tabl. 10. **Kobiety w wieku 15 lat i więcej^a chorujące przewlekłe według wybranych chorób i dolegliwości**

Choroby i dolegliwości przewlekłe	2004		2009	
	w tysiącach	w %	w tysiącach	w %
Astma	645,5	3,9	648,1	3,9
Zawał serca	380,8	2,3	225,2	1,3
Choroba wieńcowa serca	1170,0	7,1	1871,5	11,2
Nadciśnienie tętnicze	3263,4	19,7	3871,4	23,1
Udar mózgu	140,3	0,8	201,4	1,2
Cukrzyca	773,6	4,7	1012,3	6,0
Alergia (bez astmy alergicznej)	856,3	5,2	1660,0	9,9
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	693,6	4,2	771,7	4,6
Choroby tarczycy	1076,0	6,5	1320,4	7,9
Nowotwór złośliwy (w tym białaczka i chłoniak)	156,0	0,9	167,9	1,0

^a Dotyczy kobiet chorujących na choroby przewlekłe w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS.

Wyniki badania stanu zdrowia ludności Polski w 2009 r. wskazały, że udział kobiet z chorobami i dolegliwościami przewlekłymi różnił się w poszczególnych województwach. Na nadciśnienie tętnicze chorowała co czwarta kobieta w wieku powyżej 14 lat w województwach opolskim (25,9%) i świętokrzyskim (25,8%) oraz

co piąta w województwach wielkopolskim (19,7%) i pomorskim (20,6%). Jedna na siedem mieszanek województwa lubelskiego i świętokrzyskiego (po 14,3%) w wieku 15 lat i więcej cierpiała z powodu choroby wieńcowej serca, co stanowiło widoczną różnicę w porównaniu z województwami: zachodniopomorskim (8,4%), kujawsko-pomorskim i pomorskim (po 8,6%). Najczęściej na reumatoidalne zapalenie stawów cierpiały mieszkanki województwa opolskiego (15,3%) i lubuskiego (12,7%). Silne bóle głowy rzadko wystąpiły u kobiet w województwach świętokrzyskim (5,3%) i pomorskim (5,5%), natomiast najczęściej w województwach opolskim (15,7%) i lubelskim (12,4%).

2.4 Niepełnosprawność

Niepełnosprawność analizowana w badaniu EHIS obejmowała zarówno niepełnosprawność biologiczną (subiektywnie postrzeganą) jak i prawną. Pojęcie niepełnosprawności prawnej ujmuje te osoby, które w trakcie przeprowadzenia badania posiadały aktualne orzeczenie ustalające niepełnosprawność, niezdolność do pracy lub inwalidztwo wydane przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych, czy też aktualne orzeczenie ustalające niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lub inwalidztwo⁶. Do niepełnosprawnych biologicznie według kryterium Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) zaliczono te osoby, które oświadczyły, że z powodów zdrowotnych miały poważnie ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, która trwała co najmniej 6 miesięcy lub dłużej. W badaniu EHIS zastosowano również szersze kryterium unijne, według którego za osoby niepełnosprawne biologicznie uznano także osoby, u których wymieniona powyżej zdolność wykonywania czynności była ograniczona, ale niezbyt poważnie. W związku z powyższymi uwarunkowaniami, dane dotyczące niepełnosprawności zostały w niniejszej publikacji analizowane przy przyjęciu kryteriów zarówno krajowych jak i unijnego.

W 2009 r. 14,7% kobiet było niepełnosprawnych⁷ w Polsce (2882,8 tys.), co stanowiło spadek o 2,4 pkt proc. w porównaniu z 2004 r. Natomiast dla mężczyzn odnotowano w 2009 r. 2375,5 tys. osób niepełnosprawnych (13,1%), a w 2004 r. 2842,6 tys. (15,4%). Bezpośrednie porównanie do roku 2004 wskazuje także na niższy udział kobiet niepełnosprawnych prawnie i biologicznie w 2009 r.: 4,2% (2004 r. - 7,6%), natomiast na wyższy udział kobiet niepełnosprawnych tylko prawnie: 6,9% (2004 r. - 4,7%). Odsetek osób płci żeńskiej niepełnosprawnych tylko biologicznie, obejmujący kobiety wyłącznie z poważnymi ograniczeniami

⁶ Wydane przed 1 stycznia 1998 r. przez Komisję Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwo Obrony Narodowej lub Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

⁷ Według kryterium stosowanego dotychczas w Polsce, ujmującego osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności (niepełnosprawni prawnie - razem) oraz osoby nieposiadające orzeczenia lecz deklarujące poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności.

w wykonywaniu zwykłych czynności, odnotowano na niższym poziomie (3,6%) niż w 2004 r. (4,7%).

Dane z 2009 r. wskazują, iż wraz z wiekiem wzrasta odsetek kobiet niepełnosprawnych. Odsetek niepełnosprawnych dziewczynek w wieku 0-14 lat wyniósł 2,8%, natomiast kobiet w wieku 15 lat i więcej – 16,7%. Ograniczenia sprawności i zdolności do pracy, odnotowywane na niskim poziomie wśród młodych kobiet (20-29 lat – 3,5%) i znacznie częściej dla pięćdziesięciolatek (20,5%) i sześćdziesięciolatek (28,8%), stają się problemem co drugiej kobiety w podeszłym wieku (80 lat i więcej – 52,4%).

Tabl. 11. **Kobiety niepełnosprawne według kryterium NSP**

Grupy wiekowe	2004		2009	
	miasta	wieś	miasta	wieś
	w %			
O G Ó Ł E M	16,6	17,9	15,1	14,1
0-14 lat	2,9	2,7	3,1	2,3
15-19	3,7	2,4	4,6	4,2
20-29	3,8	3,4	3,9	3,0
30-39	5,2	6,0	4,3	4,5
40-49	12,3	13,1	9,9	11,2
50-59	25,0	35,2	20,1	21,4
60-69	36,8	40,7	29,0	28,2
70 lat i więcej	52,3	56,3	45,7	45,7

Analiza danych o niepełnosprawności kobiet ze względu na miejsce zamieszkania wskazała na różnice pomiędzy latami 2004 i 2009. W 2004 r. odsetek niepełnosprawnych był wyższy wśród mieszkanek wsi niż miast (o 1,3 pkt proc.). Natomiast w 2009 r. niepełnosprawność była częstsza (o 1,0 pkt proc.) wśród kobiet zamieszkujących miasta. W obydwu latach niepełnosprawność była nieco częstszym zjawiskiem w miastach niż na wsi w odniesieniu do kobiet w wieku do 29 lat. Kobiety ze starszych grup wiekowych mieszkające na wsi były w 2004 r. częściej dotknięte niepełnosprawnością w porównaniu ze swoimi rówieśniczkami z miast. Analogiczną zależność odnotowano w 2009 r. dla kobiet w wieku średnim (30-59 lat), a odwrotną dla sześćdziesięciolatek. W 2009 r. kobiety w podeszłym wieku z miast i wsi równie często deklarowały niepełnosprawność.

Wśród niepełnosprawnych kobiet najczęściej rozpowszechnione były uszkodzenia i choroby narządu ruchu (59,4%) oraz schorzenia układu krążenia (51,7%). Mniej powszechne były schorzenia neurologiczne (33,3%) oraz uszkodzenia i choroby narządu wzroku (29,6%). Częstość występowania grup schorzeń nie zawsze ulega zwiększeniu wraz z wiekiem niepełnosprawnych kobiet.

Wraz z wiekiem zwiększa się udział kobiet z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu. Częstość występowania schorzeń neurologicznych nie wykazuje dużego zróżnicowania pomiędzy grupami wieku. W przypadku schorzeń psychicznych oraz upośledzenia umysłowego obserwuje się stopniowe zmniejszenie

częstości występowania tych grup schorzeń w starszych grupach wiekowych niepełnosprawnych kobiet.

Tabl. 12. Kobiety niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według kryterium NSP i grup schorzeń w 2009 r.

Grupy schorzeń	15-19 lat	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 lat i więcej
	w %							
Uszkodzenia i choroby narządu ruchu	32,9	30,6	32,8	49,1	54,3	59,5	66,3	78,8
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	31,7	20,9	2,8	17,5	23,3	31,9	34,3	44,6
Uszkodzenia i choroby narządu słuchu	4,8	6,9	5,6	4,7	6,1	9,8	17,1	33,5
Schorzenia układu krążenia	11,1	13,0	3,2	27,3	43,4	60,0	67,1	70,9
Schorzenia neurologiczne	27,1	36,5	34,1	34,2	31,4	31,0	34,7	35,7
Schorzenia psychiczne	16,0	22,2	15,2	22,1	12,7	6,8	5,8	6,7
Upośledzenie umysłowe	18,1	19,3	7,7	8,1	2,1	1,1	1,3	2,3
Inne schorzenia	18,6	28,0	21,7	30,3	27,9	26,9	32,2	24,5

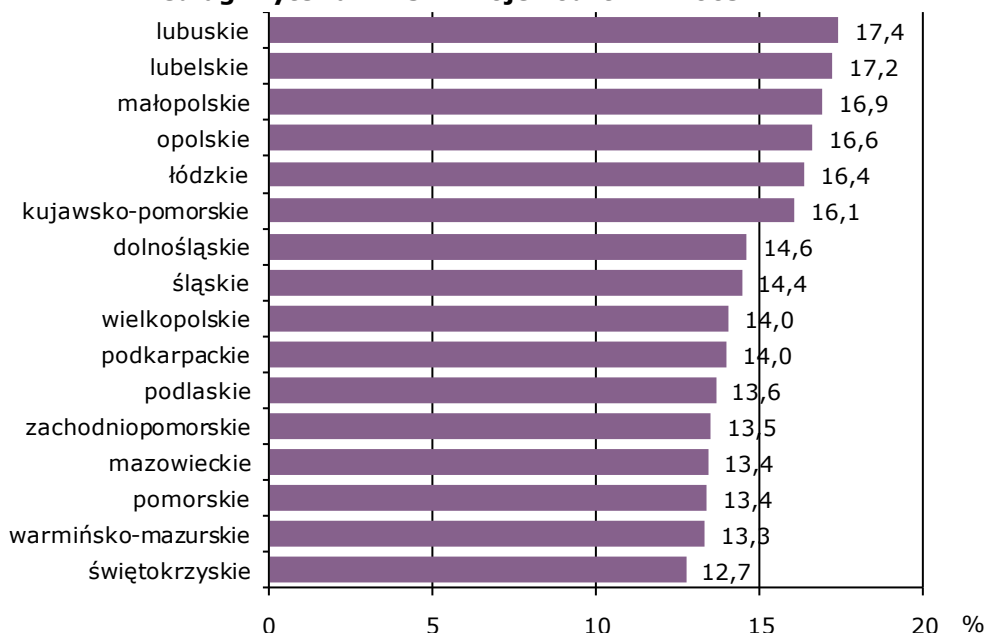
Odsetek kobiet niepełnosprawnych prawnie, obejmujący osoby z prawnie orzeczoną niepełnosprawnością niezależnie od deklarowanej przez nie ograniczonej zdolności wykonywania zwykłych czynności, rósł z wiekiem. W 2009 r. częściej niż co czwarta kobieta w wieku 70 lat i więcej była niepełnosprawna prawnie. Na takim samym poziomie odnotowano udział dorosłych kobiet z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu lekkim i znacznym (po 3,9%). Natomiast niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym była tylko nieznacznie częściej (o 0,7 pkt proc.) deklarowana przez kobiety. Kobiety ze starszych grup wiekowych częściej informowały o posiadaniu orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu znacznym w porównaniu z młodszymi kobietami.

W 2009 r. według metodologii Eurostatu było 4,6 mln kobiet niepełnosprawnych w Polsce. Poważnie ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności deklarowano dwukrotnie rzadziej (7,9%) niż niezbyt poważne ograniczenia (15,9%). Wyłącznie wśród kobiet w wieku 80 lat i więcej zaznaczyła się przewaga osób z subiektywnie postrzeganymi, poważnymi ograniczeniami w wykonywaniu zwykłych czynności nad osobami z niezbyt poważnymi ograniczeniami.

Występowanie niepełnosprawności według kryterium NSP wśród kobiet w 2009 r. wykazało różnicowanie pomiędzy województwami. Województwami o najniższym odsetku niepełnosprawnych kobiet były: świętokrzyskie – 12,7%

i warmińsko-mazurskie - 13,3%. Najwyższy udział niepełnosprawnych kobiet odnotowano w województwach: lubelskim - 17,2% i lubuskim - 17,4%.

Wykres 15. Kobiety niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według kryterium NSP i województw w 2009 r.



2.5 Możliwości samoobsługi i wykonywania czynności domowych

W badaniu EHIS z 2009 r. pytano respondentów w wieku 15 lat i więcej zarówno o ograniczenia w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą jak i czynności domowych. Te pytania kwestionariusza były przeznaczone wyłącznie dla osób bezpośrednio badanych i nie dotyczyły problemów o charakterze tymczasowym.

Respondenci podczas badania ankietowego określali swoją zdolność do samodzielnego wykonywania następujących czynności codziennych: spożywanie posiłków, kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z ubikacji oraz umycie i wytarcie całego ciała. Dla każdej z wymienionych czynności respondent określał poziom zdolności jej wykonania. W przypadku, gdy ankietowany deklarował trudności w samodzielnym wykonywaniu jednej lub więcej z wymienionych czynności, zadawano pytania odnoszące się do rodzaju pomocy już otrzymywanej albo przydatności i rodzaju pomocy oczekiwanej.

Dane z badania EHIS odnoszące się do częstości występowania trudności w wykonywaniu codziennych czynności wskazały, iż w 2009 r. prawie 2% kobiet miało problemy z samodzielnym spożywaniem posiłków. Trudności z kładzeniem się

i wstawaniem z łóżka lub siadaniem i wstawaniem z krzesła były znacznie częstsze - deklarowało je 9,2% respondentek. Umycie się i wytarcie ciała od stóp do głowy stanowiło problem dla 7,8% kobiet. Problemy z ubieraniem się i rozbieraniem sygnalizowało 6,8% pań, a problemy z korzystaniem z WC - 3,8%. Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały na trudności w wykonywaniu czynności codziennych. Różnica wynosiła od 0,6 pkt proc. dla samodzielnego spożywania posiłków do 3,2 pkt proc. w przypadku kładzenia się i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z krzesła.

Trudności w wykonywaniu analizowanych czynności codziennych w 2009 r. częściej zgłaszały mieszkanki wsi niż miast. Różnice wynosiły od 0,4 pkt proc. dla spożywania posiłków, poprzez 1,4 pkt proc. w przypadku korzystania z ubikacji i 1,9 pkt proc. dla kładzenia się i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z krzesła, aż do 2,4 pkt proc. dla samodzielnego mycia i wycierania ciała.

Wraz z wiekiem rósł odsetek kobiet informujących o trudnościach w samodzielnym wykonywaniu codziennych czynności, osiągając wartości przekraczające 45% dla najstarszych kobiet (80 lat i więcej): z trudnościami w umyciu i wytarciu całego ciała (48,7%) oraz z trudnościami w kładzeniu się i wstawaniu z łóżka lub siadaniu i wstawaniu z krzesła (46,5%). Problemy w samoobsłudze dotyczyły tylko nieznacznej części respondentek w wieku poniżej 50 lat.

Dodatkowych informacji dostarcza analiza odnosząca się do populacji osób z ograniczeniami w wykonywaniu codziennych badanych czynności związanych z samoobsługą. Populacja ta została podzielona na trzy grupy, definiowane na podstawie stopnia ograniczeń:

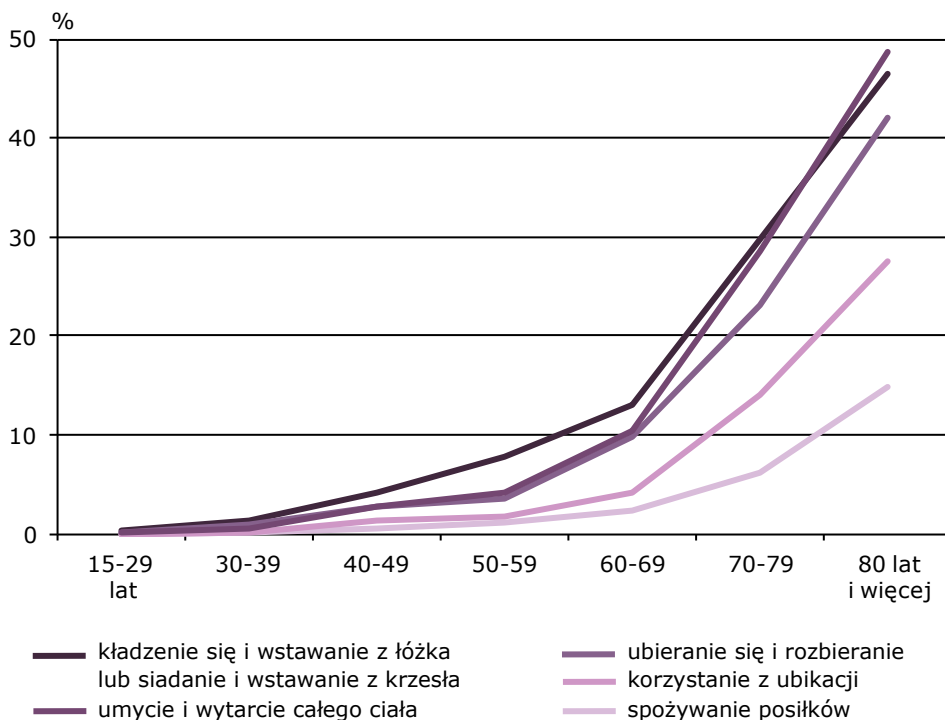
- osoby z lekkimi ograniczeniami – mające wyłącznie trudności z samodzielnym umyciem i wytarciem całego ciała, bez trudności w wykonywaniu pozostałych badanych czynności,
- osoby ze średnimi ograniczeniami – nie mające trudności w samodzielnym spożywaniu posiłków, lecz deklarujące trudności w wykonywaniu, co najmniej jednej z pozostałych badanych czynności,
- osoby z poważnymi ograniczeniami – mające trudności w samodzielnym spożywaniu posiłków oraz w wykonywaniu, co najmniej jednej z pozostałych badanych czynności.

W 2009 r. 11,1% kobiet miało ograniczenia w samoobsłudze w porównaniu z 7,3% mężczyzn. Biorąc pod uwagę poszczególne stopnie ograniczeń, odnotowano 0,9% kobiet z ograniczeniami lekkimi, 8,2% z ograniczeniami średnimi oraz 1,9% z poważnymi ograniczeniami. Odpowiednio niższe odsetki charakteryzowały dorosłych mężczyzn: ograniczenia lekkie – 0,6%, średnie – 5,3% oraz poważne – 1,4%.

Wraz z wiekiem rósł odsetek respondentek z ograniczeniami w wykonywaniu codziennych czynności związanych z samoobsługą. Dla młodych kobiet (15-19 lat – 0,7%, 20-29 lat – 0,5%) i tych w wieku średnim (30-39 lat – 1,5%, 40-49 lat – 5,0%) omawiany odsetek osiągał niskie wartości. Dla kobiet w wieku

50-59 lat odsetek wyniósł 8,9%, a dla 60-69-latek – 15,9%. Wśród najstarszych respondentek ograniczenia w samoobsłudze były znacznie częstsze (70-79 lat – 36,2%, 80 lat i więcej – 57,5%).

Wykres 16. Częstość występowania trudności w samoobsłudze u kobiet w wieku 15 lat i więcej w 2009 r.

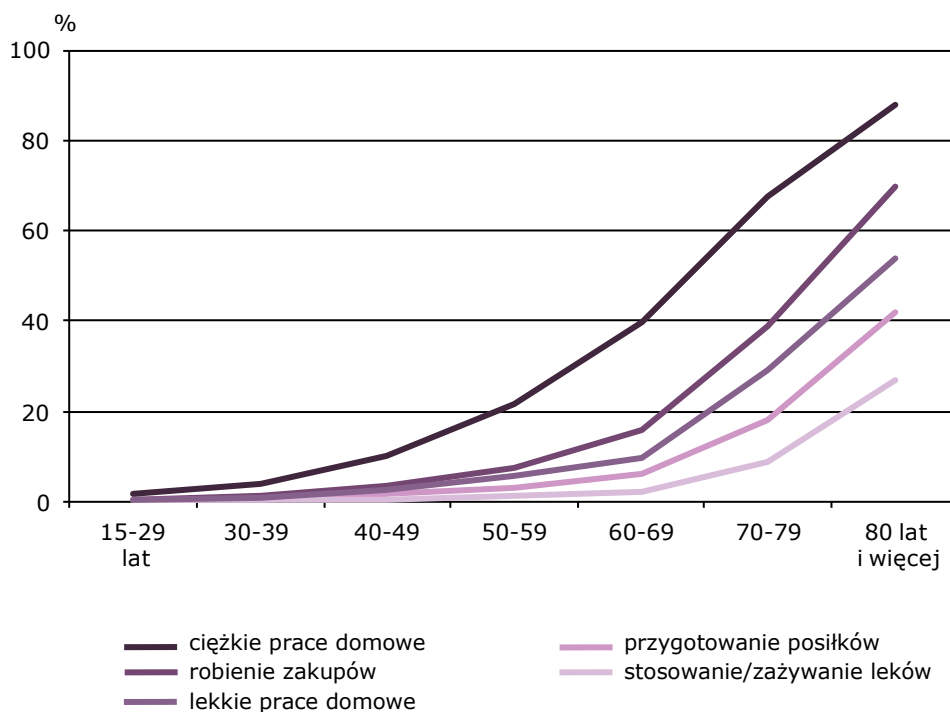


Prawie połowa kobiet z ograniczeniami w samoobsłudze (49,9%) nie korzystała z żadnych form pomocy i była zmuszona do samodzielnego wykonywania czynności codziennych. Kobiety najczęściej korzystały z pomocy innych osób (48,2%), rzadziej ze specjalnych urządzeń pomocniczych (4,0%) i specjalnie dostosowanego mieszkania (0,8%). 9,3% respondentek uznało za niewystarczającą otrzymywaną dotąd pomoc w wykonywaniu czynności codziennych, natomiast za wystarczającą - 89,3%. Te spośród pytanych, które wskazały na potrzebę dodatkowej pomocy (31,1%), najczęściej oczekiwały pomocy innej osoby (94,5%), rzadziej natomiast informowały o potrzebie korzystania ze specjalnych urządzeń pomocniczych (7,7%) lub specjalnie dostosowanego mieszkania (6,0%).

W badaniu EHIS pytano również o trudności w samodzielnym wykonywaniu typowych czynności domowych, takich jak przygotowywanie posiłków, robienie zakupów, prace domowe, korzystanie z telefonu, zażywanie leków oraz zajmowanie się sprawami finansowymi i administracyjnymi. Brano pod uwagę wyłącznie bezpośrednie odpowiedzi osób mających co najmniej 15 lat, które nie dotyczyły problemów o charakterze tymczasowym. Osoby deklarujące trudności

w wykonywaniu wymienionych czynności domowych były dodatkowo pytane o ich przyczyny, w celu określenia czy spowodowane są niesprawnością lub podeszłym wiekiem czy innego rodzaju przyczyną. W przypadku, gdy respondent deklarował trudności w samodzielnym wykonywaniu jednej lub więcej z wymienionych czynności i było to wywołane złym stanem zdrowia, niesprawnością lub podeszłym wiekiem, zadawano pytania odnoszące się do wystarczalności i rodzaju pomocy już otrzymywanej albo przydatności i rodzaju pomocy oczekiwanej.

Wykres 17. Częstość występowania trudności w wybranych czynnościach domowych u kobiet w wieku 15 lat i więcej w 2009 r.



Ograniczenia spowodowane stanem zdrowia, niesprawnością lub wiekiem były powodem trudności w wykonywaniu ciężkich prac domowych (np. mycie okien lub podłóg, trzepanie dywanów) dla więcej niż co piątej dorosłej kobiety w 2009 r. Dwukrotnie mniej kobiet (11,4%) miało trudności z robieniem zakupów z powodów zdrowotnych. Ograniczenia zdrowotne stanowiły mniejszą przeszkodę w lekkich pracach domowych (np. gotowanie, zmywanie, prasowanie - 8,3%) i w przygotowywaniu posiłków (5,5%). Wyniki badania wykazały, że kobiety częściej niż mężczyźni sygnalizowały występowanie trudności spowodowanych stanem zdrowia, niesprawnością lub podeszłym wiekiem w wykonywaniu ciężkich prac domowych (odpowiednio kobiety - 22,4% i mężczyźni - 12,0%), robieniu zakupów (odpowiednio 11,4% i 5,8%) czy wykonywaniu lekkich prac domowych (odpowiednio 8,3% i 4,8%). Częściej problemy z samodzielnym wykonywaniem

poszczególnych czynności domowych miały respondentki mieszkające na wsi niż w miastach.

Stan zdrowia, podeszły wiek lub niepełnosprawność utrudniały samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego głównie kobietom w wieku powyżej 70 lat, a zgłaszane trudności dotyczyły najczęściej ciężkich prac domowych i robienia zakupów. 67,5% siedemdziesięciolatek miało trudności w wykonywaniu ciężkich prac domowych. Częściej niż jedna na trzy kobiety z analizowanej grupy wiekowej uskarżała się na trudności w robieniu zakupów.

Dla populacji osób z ograniczeniami w wykonywaniu czynności domowych spowodowanych stanem zdrowia, niesprawnością lub podeszłym wiekiem określono trzy poziomy ograniczeń:

- osoby z małym poziomem ograniczeń – mające wyłącznie trudności z samodzielnym wykonaniem ciężkich prac domowych lub zajmowaniem się sprawami finansowymi i administracyjnymi,
- osoby ze średnim poziomem ograniczeń – nie mające trudności w przygotowywaniu posiłków i zażywaniu leków, lecz deklarujące trudności w korzystaniu z telefonu lub robieniu zakupów lub wykonaniu lekkich prac domowych,
- osoby z dużym poziomem ograniczeń – mające trudności w samodzielnym gotowaniu / przygotowaniu posiłków lub stosowaniu / zażywaniu leków.

Wyniki badania EHIS wskazały na 3535,4 tys. kobiet mających ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych w 2009 r., co odpowiadało więcej niż jednej na pięć respondentek w wieku 15 lat i więcej. Analiza grup osób z poszczególnymi poziomami ograniczeń wskazała na 10,1% kobiet z małymi ograniczeniami, 7,0% ze średnimi oraz 5,8% z dużymi ograniczeniami.

Wraz z wiekiem rósł odsetek kobiet z ograniczeniami w wykonywaniu czynności domowych. Dla młodych kobiet (15-19 lat – 1,3%, 20-29 lat – 2,3%) i tych w średnim wieku (30-39 lat – 3,8%, 40-49 lat – 10,4%) omawiany odsetek nie osiągał wysokich wartości. Dla następnych grup wieku odsetki te wyniosły: 50-59 lat – 22,2% i 60-69 lat – 41,0%. Bardzo często deklarowały ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych najstarsze respondentki (70-79 lat – 68,6%, 80 lat i więcej – 90,1%).

17,6% kobiet z ograniczoną zdolnością wykonywania czynności domowych nie korzystała z żadnych form pomocy i była zmuszona do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego pomimo istniejących ograniczeń. Kobiety najczęściej korzystały z pomocy innych osób (81,7%). 6,0% respondentek oceniła otrzymywaną pomoc jako niewystarczającą, a 93,2% - za wystarczającą. Połowa kobiet, które nie miały pomocy w wykonywaniu czynności domowych, wskazała na potrzebę takiej pomocy (49,2%). Najczęściej kobiety te oczekiwały pomocy innej osoby (97,2%), a sporadycznie informowały o potrzebie korzystania ze specjalnych urządzeń pomocniczych (3,5%) i specjalnie dostosowanego mieszkania (3,3%).

Pytania o ograniczenia w wykonywaniu poszczególnych czynności związanych z samoobsługą występowały w zbliżonej formie również w badaniu stanu zdrowia ludności z 2004 r., natomiast pytania o ograniczenia w wykonywaniu czynności

domowych nie pojawiły się w badaniu z 2004 r. 0,4% osób w wieku 15 lat i więcej wskazało w 2004 r., iż nie było w stanie samodzielnie spożywać posiłków. Nieznacznie częściej deklarowano brak możliwości samodzielnego korzystania z ubikacji (0,7%) oraz samodzielnego kładzenia się i wstawania z łóżka (0,8%). Samodzielne ubranie i rozebranie się stanowiło barierę w przypadku 1,1% badanych, natomiast dwukrotnie wyższy odsetek respondentów - 2,3% nie był w stanie samodzielnie kąpać się lub brać prysznic.

2.6 Samopoczucie psychiczne

W celu opracowania danych dotyczących samopoczucia psychicznego w badaniu EHIS zadano respondentom pytania odnoszące się do odczuwanego bólu lub dyskomfortu fizycznego oraz zestaw pytań dotyczących ich uczuć i nastrojów.

Pytanie dotyczące stopnia subiektywnie odczuwanego bólu lub dyskomfortu fizycznego w okresie 4 tygodni poprzedzających badanie zadawane było osobom w wieku 15 lat i więcej. Odpowiedzi odnosiły się do ogólnego poziomu i czasu trwania odczuwanego bólu lub dyskomfortu.

W okresie 4 tygodni poprzedzających badanie ankietowe, uczucie bólu lub dyskomfortu fizycznego było częściej odczuwane przez kobiety niż mężczyźn (o 10,2 pkt proc.). Co więcej, kobiety częściej uskarżały się na odczuwanie silnego (o 3,5 pkt proc.) i wyjątkowo silnego (o 0,7 pkt proc.) bólu niż respondenci płci męskiej. Podobnie, mężczyźni rzadziej udzielali odpowiedzi wskazujących na niewielki (o 1,4 pkt proc.) i umiarkowany (o 4,6 pkt proc.) poziom doświadczonego bólu lub dyskomfortu. W analizowanej grupie kobiet wartości te wyniosły odpowiednio: 25,0% i 24,3%. Wraz z wiekiem wzrasta udział kobiet odczuwających ból lub dyskomfort fizyczny - od 27,5% nastolatek do 93,0% kobiet w wieku 80 lat i więcej, częściej zgłaszany był u mieszkanek miast (62,2%) niż wsi (59,1%).

Tabl. 13. **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o odczuwaniu bólu i dyskomfortu fizycznego w 2009 r.**

Wyszczególnienie	Kobiety, które odczuwały ból i dyskomfort fizyczny ^a				
	ogółem	niewielki	umiarkowany	silny	wyjątkowo silny
	w %				
O G Ó Ł E M	61,1	25,0	24,3	10,2	1,6
15-19 lat	27,5	17,1	7,6	2,6	0,2
20-29	34,6	21,5	9,4	3,3	0,4
30-39	46,5	26,4	15,5	4,2	0,4
40-49	60,9	30,5	21,6	7,8	1,1
50-59	72,1	29,3	30,8	10,5	1,6
60-69	82,0	25,4	38,1	16,3	2,2
70-79	90,1	21,4	41,6	23,2	4,0
80 lat i więcej	93,0	15,7	41,1	29,4	6,8

^a W ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie ankietowe.

Ponadto ankietowanym zadano 9 pytań dotyczących ich uczuć i nastrojów, które dotyczyły pozytywnych aspektów zdrowia psychicznego, dobrostanu psychicznego oraz stanów dyskomfortu psychicznego, mających wpływ na psychikę. Zastosowanie tych pytań umożliwiło analizę samopoczucia psychicznego respondentów w okresie 4 tygodni poprzedzających badanie.

W 2009 r. w porównaniu z sytuacją obserwowaną w 2004 r. kobiety rzadziej deklarowały występowanie negatywnych uczuć i nastrojów przez cały lub większość okresu 4 tygodni poprzedzających badanie ankietowe. Przez większość dni 44,4% kobiet czuło się szczęśliwie (zadowolenie w 2004 r. - 48,0%), zbliżony odsetek kobiet deklarował dużo siły i energii do działania - 40,2% (2004 r. - 42,0%) oraz 41,5% było pełnych życia (w 2004 r. pełnych radości życia - 42,2%).

Przez cały badany okres lub jego większość spokój i opanowanie odczuwał wysoki odsetek - prawie 71% (w 2004 r. - około 63 %) badanych kobiet, a przez kilka dni - 18,7% (2004 r. - 19,6%).

Smutek, przybicie lub chandra odczuwane były w całym badanym okresie lub przez jego większość przez ponad 8% kobiet (w 2004 r. - około 14%). Odczuwanie przez kilka dni analizowanych stanów dyskomfortu psychicznego wskazało 21,4% (2004 r. - 27,3%) respondentek, natomiast nigdy nie odczuwało tych stanów - 22,3% (w 2004 r. - 18,3%). 45,6% kobiet (w 2004 r. - 39,4%) deklarowało bardzo rzadkie ich występowanie w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie ankietowe.

Okolo 6% (2004 r. - około 10%) respondentek stwierdziło występowanie przez większość badanego okresu lub jego całość stanu głębokiego przygnębienia. Znacznie więcej kobiet wskazało, że taki stan występował u nich bardzo rzadko - 34,3% (2004 r. - 32,8%) lub nigdy - 46,1% (w 2004 r. - 38,8%).

Cały czas lub przez więcej niż dwa tygodnie zmęczenie towarzyszyło jednej na pięć kobiet (w 2004 r. - około 31%). W odniesieniu do tego samego okresu znacznie mniej - prawie 12% (w 2004 r. - około 28%) kobiet czuło się wykończone, wyczerpane. Większość kobiet odczuwała zmęczenie (około 73%) lub wyczerpanie (około 71%) przez okres kilku dni w miesiącu lub rzadziej (odpowiednio w 2004 r. około 65% i prawie 66%).

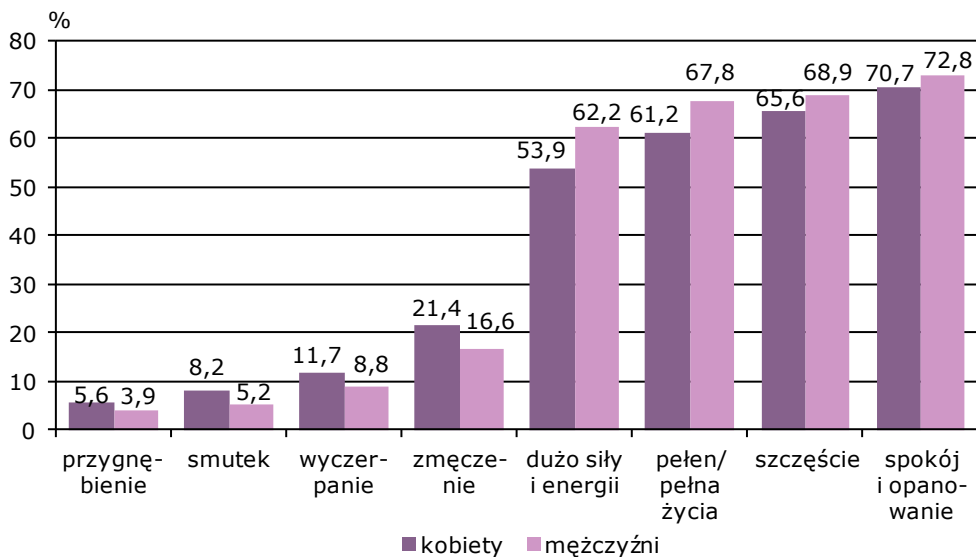
Bardzo zdenerwowane przez kilka dni lub rzadziej były aż trzy na cztery kobiety - prawie 77% (2004 r. - około 72%), natomiast przez większość dni lub cały miesiąc bardzo zdenerwowanych było około 9% respondentek (2004 r. - około 18%).

Wraz z wiekiem stopniowo malały odsetki kobiet deklarujących częste odczuwanie pozytywnych aspektów zdrowia psychicznego, takich jak: pełnia życia, szczęście oraz wysoki poziom siły i energii. Rosły natomiast odsetki respondentek deklarujących częste odczuwanie negatywnych stanów, takich jak: głębokie przygnębienie, silne zdenerwowanie, zmęczenie lub wyczerpanie.

Należy podkreślić częstsze deklarowanie przez mężczyzn niż przez kobiety pozytywnych uczuć i nastrojów, natomiast rzadsze wskazywanie stanów negatywnych. Biorąc pod uwagę perspektywę czasową analizowanego miesiąca, można wskazać na częstsze deklarowanie przez respondentów płci męskiej uczuć: wysokiego poziomu siły i energii (o 8,3 pkt proc.), pełni życia (o 6,6 pkt proc.) oraz

szczęścia (o 3,3 pkt proc.), jak i odpowiednio rzadsze uskarżanie się z powodu: zmęczenia (o 4,8 pkt proc.), smutku (o 3,0 pkt proc.) i silnego zdenerwowania (o 1,3 pkt proc.).

Wykres 18. Osoby w wieku 15 lat i więcej według wybranych uczuć i nastrojów^a oraz płci w 2009 r.



a Dotyczy kobiet i mężczyzn, którzy wskazali występowanie poszczególnych uczuć i nastrojów z częstotliwością „przez cały czas” lub „przez większość dni” w ciągu badanego okresu 4 tygodni.

Rozdział III. Opieka zdrowotna

3.1 Profilaktyka zdrowotna

W badaniu EHIS zapytano respondentów o wykonywanie następujących badań profilaktycznych: szczepień ochronnych przeciwko grypie i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, badanie poziomu cukru i cholesterolu we krwi oraz mierzenie przez lekarza lub pielęgniarkę ciśnienia krwi. Wyjątek stanowiło pytanie dotyczące szczepienia przeciwko grypie, które dotyczyło wszystkich bez względu na wiek.

Podstawowymi badaniami z punktu widzenia profilaktyki nowotworowej kobiet są badania cytologiczne i mammograficzne, na które kobiety odpowiadały samodzielnie.

Badania cytologiczne

W 2009 r. odsetek kobiet, które wykonały badanie cytologiczne wyniósł 76,7%, co w porównaniu z 2004 r. daje wzrost o 6,6 pkt proc. Najwięcej kobiet (37,1%) poddało się temu badaniu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS (w 2004 r. - 29,7%), a 29,5% wcześniej niż rok lub 2 lata przed badaniem.

W porównaniu z 2004 r. zmniejszeniu uległ odsetek kobiet, które nie wykonywały badań cytologicznych. W 2009 r. odsetek takich osób wyniósł 20,0% i był mniejszy o 9,9 pkt proc. w stosunku do 2004 r. Częściej badaniu cytologicznemu poddawały się mieszkanki miast - 80,3% niż kobiety mieszkające na wsi - 70,5%. Zarówno w 2009 r. jak i w 2004 r. najczęściej badanie cytologiczne wykonywane miały kobiety w przedziale wieku 30-39 lat (odpowiednio 91,6% i 87,3%), następnie 40-49-letnie (90,8% i 85,3%), oraz 50-59-letnie (88,8% i 82,4%). Najrzadziej badały się kobiety najmłodsze w wieku 15-19 lat (odpowiednio 11,1% i 7,9%).

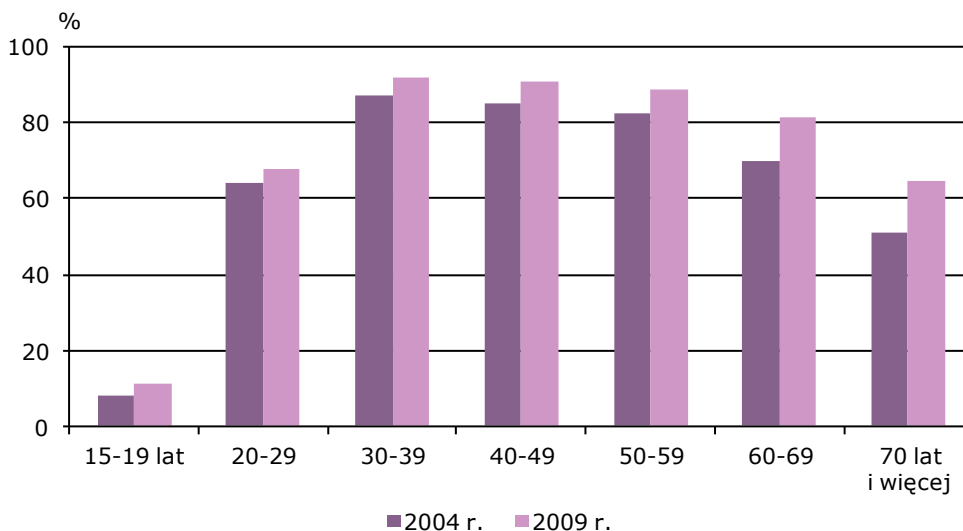
Najczęściej wykonanie cytologii deklarowały kobiety z wyższym wykształceniem (90,7% w 2009 r. oraz 87,1% w 2004 r.) i policealnym (odpowiednio 87,7% i 82,0%), najrzadziej natomiast z wykształceniem gimnazjalnym - 12,4% i 6,6%. W 2009 r. zdecydowana większość, bo aż 90,1% kobiet rozwiedzionych bądź pozostających w separacji odpowiedziało twierdząco na pytanie o wykonywanie kiedykolwiek badania cytologicznego (wzrost o 3,9 pkt proc. w stosunku do 2004 r.). Wśród mężatek odsetek ten wyniósł 89,0% (wzrost o 6,9 pkt proc), natomiast w przypadku wdów 69,1% (wzrost o 9,1 pkt proc.). Zdecydowanie najrzadziej cytologię wykonywały panny - 46,6% i w odniesieniu do 2004 r. był to wzrost o 9 pkt proc.

W 2009 r. we wszystkich grupach wieku najczęściej wykonanie badania spowodowane było wizytą u ginekologa (56,8%), natomiast w 2004 r. główną przyczyną było zalecenie lekarskie (39,7%). Jako kolejny powód wykonywania badania kobiety wskazywały dbałość o własne zdrowie (odpowiednio 23,1% i 28,0%). W porównaniu z 2004 r. o 2,1 pkt proc. wzrósł odsetek kobiet

korzystających z możliwości bezpłatnego wykonania badania w ramach programu badań profilaktycznych i wyniósł 9,5% wszystkich wykonujących to badanie.

Stosunkowo najczęściej cytologię wykonywały mieszkanki województw: zachodniopomorskiego (83,4%), lubuskiego (82,6%), wielkopolskiego (82,1%) oraz dolnośląskiego (81,3%). Najrzadziej natomiast z możliwości poddania się badaniu skorzystały kobiety zamieszkujące województwa: łódzkie (67,9%), lubelskie (68,4%) i podkarpackie (69,6%).

Wykres 19. Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania cytologicznego



Badania mammograficzne

Kolejnym ważnym dla profilaktyki zdrowia kobiet jest badanie mammograficzne. Zalecane jest, aby wykonać pierwszą mammografię w wieku 35-40 lat.

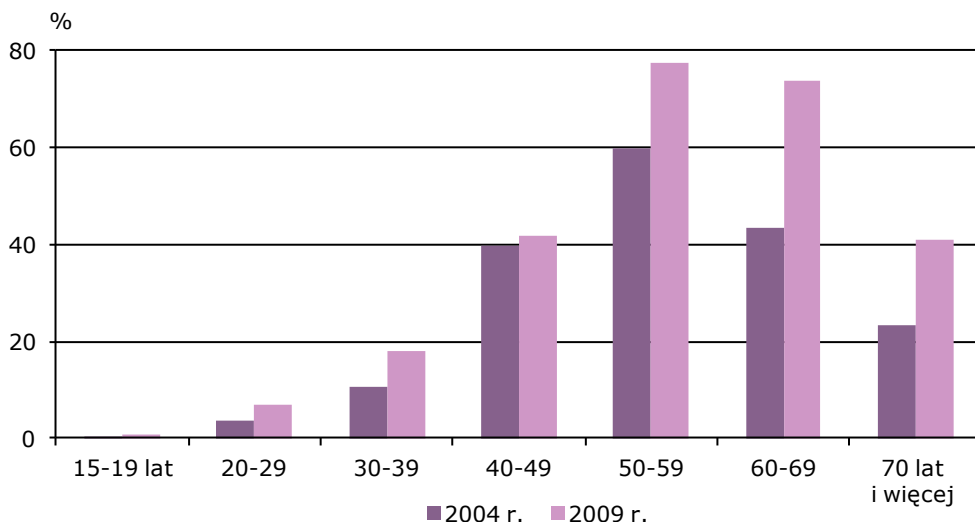
W 2009 r. 39,8% kobiet zdecydowało się na wykonanie mammografii i był to wzrost o 11,7 pkt proc. w porównaniu z 2004 r. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe mammografii poddała się prawie co trzecia kobieta (w 2004 r. co czwarta).

Kobiety 40-49-letnie powinny poddawać się mammografii co 2 lata. Jednak aż 57,0% Polek w tym wieku nigdy nie miało wykonanego tego badania (60,3% w 2004 r.). Co piąta kobieta w wieku 50-59 lat nigdy nie zdecydowała się na zrobienie mammografii mimo, że właśnie w tej grupie wieku lekarze zalecają jej najczęstsze wykonywanie – co 1-1,5 roku (w 2004 r. odsetek ten był prawie dwukrotnie wyższy i wyniósł 40,0%). Po 60 roku życia kobiety powinny wykonywać mammografię według zaleceń lekarza, przeciętnie co 1,5-2 lata. W 2009 r. prawie co czwarta kobieta w wieku 60-69 lat nigdy nie miała robionej mammografii

(w 2004 r. więcej niż połowa) Wśród kobiet starszych odsetek ten był znacznie wyższy i wyniósł 53,8% (w 2004 r. 76,9%).

Wśród kobiet, które zadeklarowały wykonanie mammografii większość stanowiły mieszkanki miast – 43,2% i przewaga ta wyniosła 9,2 pkt proc. nad odsetkiem przebadanych mieszanek wsi.

Wykres 20. Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania mammograficznego



W 2009 r. najczęściej z badania mammograficznego skorzystały kobiety z wykształceniem policealnym – 50,8% (39,0% w 2004 r.), w dalszej kolejności zasadniczym zawodowym – 43,5% (w 2004 r. 26,3%), średnim – 42,2% (wzrost o 9,9 pkt proc.) oraz wyższym – 40,4% (wzrost o 7,2 pkt proc.). W 2009 r. ponad połowa kobiet rozwiedzionych, będących w separacji oraz wdów miało robioną mammografię (w 2004 r. ponad 30%). Wśród mężatek odsetek ten wyniósł 45,8% (33,4% w 2004 r.). Najczęściej wymienianą przyczyną wykonania badania mammograficznego było uczestnictwo w ramach programu badań profilaktycznych – 375 na 1000 przebadanych kobiet w 2009 r. (337/1000 kobiet w 2004 r.). Kolejnym wymienianym powodem była dbałość o własne zdrowie – 243/1000 pań w 2009 r. (205/1000 kobiet w 2004 r.) oraz zalecenie lekarskie – 216/1000 kobiet w 2009 r. (199/1000 w 2004 r.).

Wykonanie mammografii zadeklarowało najwięcej mieszanek województw: zachodniopomorskiego (45,1%), opolskiego (45,0%) i pomorskiego (44,8%), a najmniej kobiet mieszkających w województwach: świętokrzyskim (33,1%), małopolskim (36,0%) oraz warmińsko-mazurskim (36,2%).

Badanie ciśnienia krwi

Pomiar ciśnienia krwi wykonany kiedykolwiek przez lekarza lub pielęgniarkę był najczęściej przeprowadzanym badaniem profilaktycznym. W 2009 r. wykonanie tego badania zadeklarowało 90,7% kobiet i był to spadek o 1,8 pkt proc. w stosunku do 2004 r. Podobnie jak w 2004 r. kobiety częściej niż mężczyźni miały mierzone ciśnienie krwi – w 2009 r. przewaga wyniosła 4,0 pkt proc.

Najrzadziej ciśnienie krwi mierzone miały kobiety najmłodsze w wieku 15–19 lat (63,9%) oraz 20–29 lat (84,0%). We wszystkich pozostałych grupach wieku odsetek ten wyniósł ponad 90% i najwyższą wartość – 98,0% osiągnął dla kobiet w wieku 70–79 lat. W przypadku kobiet z długotrwałymi problemami zdrowotnymi co piąta osoba w najmłodszej grupie wieku (15–19 lat) nie miała wykonanego pomiaru ciśnienia krwi, w pozostałych grupach odsetek takich pań był stosunkowo niewielki i wahał się pomiędzy 1,2% a 8,3%. Kobiety mieszkające w miastach częściej niż mieszkanki wsi miały wykonany pomiar ciśnienia krwi – 92,0%. W przypadku kobiet mieszkających na wsi odsetek ten był mniejszy o 3,5 pkt proc. Najwięcej pań miało zmierzone ciśnienie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe – 69,8%, a ponad jedna czwarta 1–5 lat wcześniej. Podobna prawidłowość wystąpiła zarówno w miastach jak i na wsi.

Ciśnienie krwi najczęściej miały mierzone kobiety oceniające swoje zdrowie jako bardzo złe (99,1%) i złe (98,4%). Tendencja ta dotyczy wszystkich grup wieku za wyjątkiem najstarszej, gdzie 100% pań oceniających stan swojego zdrowia jako bardzo dobry miało mierzone ciśnienie krwi.

Szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B

W trakcie badania EHIS 29,6% kobiet zadeklarowało wykonanie kiedykolwiek szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (był to wzrost o 5,6 pkt proc. w porównaniu z 2004 r.). Najwyższy odsetek zaszczepionych kobiet odnotowano w grupie wieku 50–59 lat (35,8%), w dalszej kolejności w przedziałach wieku 60–69 lat (36,7%) i 40–49 lat (30,1%). Najniższy odsetek kobiet zaszczepionych przeciwko WZW typu B odnotowano w wieku 80 lat i więcej – 22,5%. Podobne tendencje wystąpiły w przypadku kobiet z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, gdzie największy udział zaszczepionych kobiet zanotowano w grupach wieku 50–59 lat – 40,5% i 60–69 lat – 39,3%. Stosunkowo wysoki odsetek kobiet, które poddały się szczepieniu przeciwko WZW typu B odnotowano również wśród młodych osób 15–19-letnich – 38,4%.

Znacznie częściej szczepieniu poddawały się mieszkanki miast – 33,9% niż kobiety mieszkające na wsi i przewaga ta wyniosła 11,7 pkt proc. Ponad połowa kobiet poddała się szczepieniu w ciągu pięciu lat od przeprowadzenia ostatniego badania ankietowego. Prawidłowość ta dotyczy zarówno mieszanek miast jak i wsi.

Najczęściej szczepienie przeciwko WZW typu B miały wykonane kobiety, które oceniły swoje zdrowie jako takie sobie, ani dobre ani złe – 34,4%. Przewaga takiej oceny stanu zdrowia przeważała w dwóch grupach wieku 40–49 lat oraz 80 lat i więcej. We wszystkich pozostałych grupach wieku większość zaszczepionych stanowiły kobiety oceniające swoje zdrowie źle i bardzo źle.

Szczepienie przeciwko grypie

Najrzadziej wykonywanym zabiegiem profilaktycznym było szczepienie przeciwko grypie. Zaledwie 19,5% kobiet poddało się kiedykolwiek temu szczepieniu i w porównaniu z 2004 r. był to wzrost o 2,9 pkt proc. Najczęściej szczepieniu przeciwko grypie poddawały się kobiety w wieku 70-79 lat (25,4%) oraz 30-39-letnie (23,3%). Zdecydowanie najrzadziej szczepione były najmłodsze dziewczęta. Ich odsetek w przedziale wieku 0-14 lat wyniósł 9,3% i był mniejszy o 1,6 pkt proc. niż w 2004 r. Znacznie częściej szczepiły się kobiety mieszkające w miastach (22,8%) niż mieszkanki wsi (14,1%). Spośród wszystkich zaszczepionych 31,3% kobiet przyjęło szczepionkę w 2009 r. W poszczególnych grupach wieku najwyższy odsetek zaszczepionych pań odnotowano w grupach wieku: 0-4 lata (55,2%), 5-9 lat (47,9%) oraz 70-79 lat (47,7%).

Z danych zebranych w trakcie badania EHIS wynika, że odsetek kobiet, które poddały się szczepieniu przeciw grypie w 2009 r. wzrósł o 12,5 pkt proc. w stosunku do 2004 r. Największy wzrost odsetka zaszczepionych kobiet nastąpił w grupie wieku 70-79 lat i 0-4 lata (odpowiednio o 29,8 pkt proc. oraz 25,6 pkt proc.). Natomiast spadek odnotowano tylko w dwóch grupach wieku 10-14 lat oraz 15-19 lat (w obydwu grupach o ponad 7 pkt proc.). W porównaniu z 2004 r. nastąpił wzrost udziału kobiet, które zaszczepiły się przeciw grypie zarówno wśród mieszkanek miast jak i wsi. W miastach wzrost ten wyniósł 12,1 pkt proc., na wsi był nieco wyższy - 13,3 pkt proc.

Badanie poziomu cholesterolu we krwi

Odsetek kobiet, które miały kiedykolwiek wykonane badanie poziomu cholesterolu wyniósł 61,0% (wzrost o 7,3 pkt proc. w porównaniu z 2004 r.). Mężczyźni rzadziej niż kobiety mieli badany poziom cholesterolu we krwi i różnica ta wyniosła 8,8 pkt proc. Odsetek pań, które miały wykonane to badanie systematycznie wzrastał wraz z wiekiem i najwyższą wartość osiągnął dla kobiet 70-79-letnich - 89,0%. Ponad trzy czwarte pań z długotrwałymi problemami zdrowotnymi miało badany poziom cholesterolu we krwi, natomiast w przypadku kobiet bez takich problemów niewiele ponad dwie piąte. We wszystkich grupach wieku znacznie częściej badanie poziomu cholesterolu wykonywały kobiety deklarujące występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych. Również w przypadku tego badania częściej wykonywane było przez mieszkanki miast (64,6%) niż wsi i przewaga ta wyniosła 9,7 pkt proc.

Prawie dwie trzecie kobiet miało badany poziom cholesterolu we krwi w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS, natomiast jedna trzecia 1-5 lat wcześniej. Większość kobiet we wszystkich grupach wieku pomiar poziomu cholesterolu wykonywała w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie.

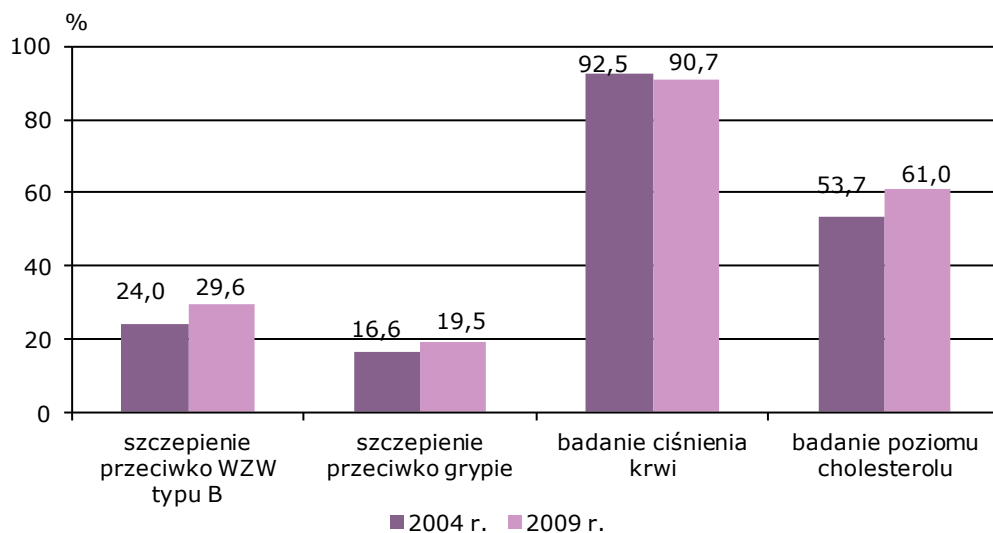
Badanie poziomu cukru we krwi

W trakcie badania EHIS 72,5% kobiet potwierdziło wykonanie w laboratorium analitycznym badania poziomu cukru we krwi. Kobiety miały wykonywane to badanie znacznie częściej niż mężczyźni i przewaga wyniosła 14,1 pkt proc.

Podobnie jak w innych badaniach profilaktycznych odsetek kobiet, które miały wykonane badanie poziomu cukru wzrastał wraz z wiekiem i najwyższą wartość osiągnął dla grupy wieku 70-79 lat – 90,8%. Poziom cukru we krwi znacznie częściej kontrolowały kobiety mające długotrwałe problemy zdrowotne (84,8%) niż panie o lepszym stanie zdrowia (58,6%). Odsetek mieszkanek miast, które kiedykolwiek badały poziom cukru wyniósł 75,1% i był wyższy niż w przypadku mieszkanek wsi o 7,9 pkt proc.

Większość Polek – prawie dwie na trzy – badanie poziomu cukru miało wykonane w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe, a co trzecia wcześniej. Prawidłowość ta widoczna jest zarówno w przypadku kobiet mieszkających w miastach jak i na wsi.

Wykres 21. Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania wybranych badań profilaktycznych



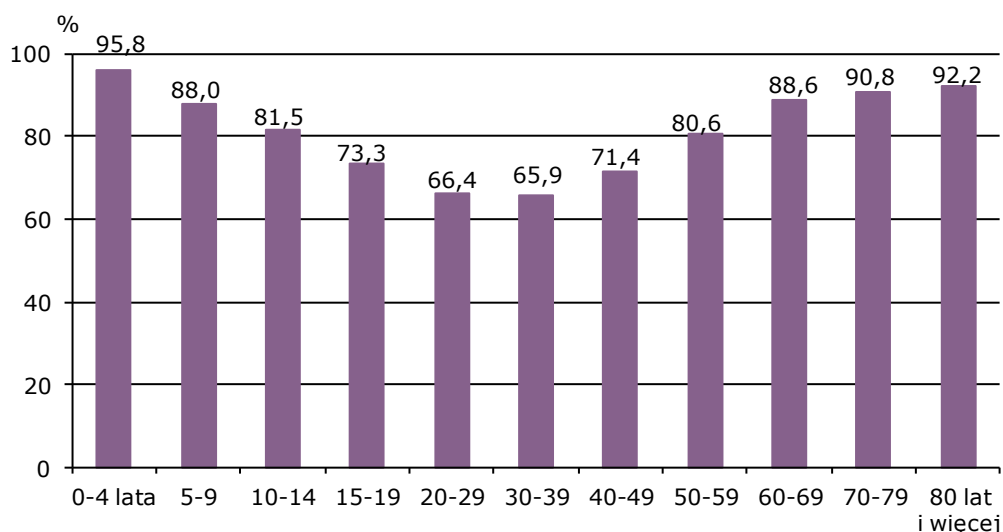
3.2 Korzystanie z usług medycznych

3.2.1 Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry

W 2009 r. z porady lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS skorzystało 78,0% kobiet, w tym w ciągu 4 tygodni – 40,3%. Najliczniejszą grupą kobiet korzystającą z tych wizyt stanowiły dziewczynki w wieku 0-4 lata (95,8%) oraz panie w wieku 80 lat i więcej (92,2%). Najmniej z pomocy lekarza pierwszego kontaktu korzystały kobiety w wieku 20-29 lat oraz 30-39 lat (odpowiednio 66,4% i 65,9%). Częściej do lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry przychodziły mieszkanki miast (79,3%).

Wykres 22. Kobiety według ostatniej wizyty^a u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry w 2009 r.



a W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS.

Częstość wizyt składanych lekarzom pierwszego kontaktu uzależniona była od stanu zdrowia. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe 89,6% kobiet mających długotrwałe problemy zdrowotne skorzystało z pomocy lekarza rodzinnego, w tym 56,7% w ciągu 4 tygodni. 67,6% pań bez długotrwałych problemów zdrowotnych odwiedziło lekarza pierwszego kontaktu, a w przypadku pań, które złożyły wizytę w okresie badanego miesiąca odsetek stanowił 25,8%. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe odsetek kobiet niesprawnych odwiedzających lekarza wyniósł 93,1%, w tym w ciągu 4 tygodni - 67,4%. Liczba kobiet sprawnych korzystających z takich wizyt była o 17,8 pkt proc. niższa.

Liczba wizyt składanych lekarzom pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry uzależniona była także od występowania chorób/dolegliwości przewlekłych. Udział kobiet chorujących przewlekłe, które skorzystały z pomocy lekarza wyniósł 88,2%, a w ciągu badanego miesiąca 53,5%. W przypadku pań nie chorujących przewlekłe odsetek kobiet odwiedzających lekarza w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe wyniósł 65,7% natomiast w ciągu 4 tygodni - 24,4%.

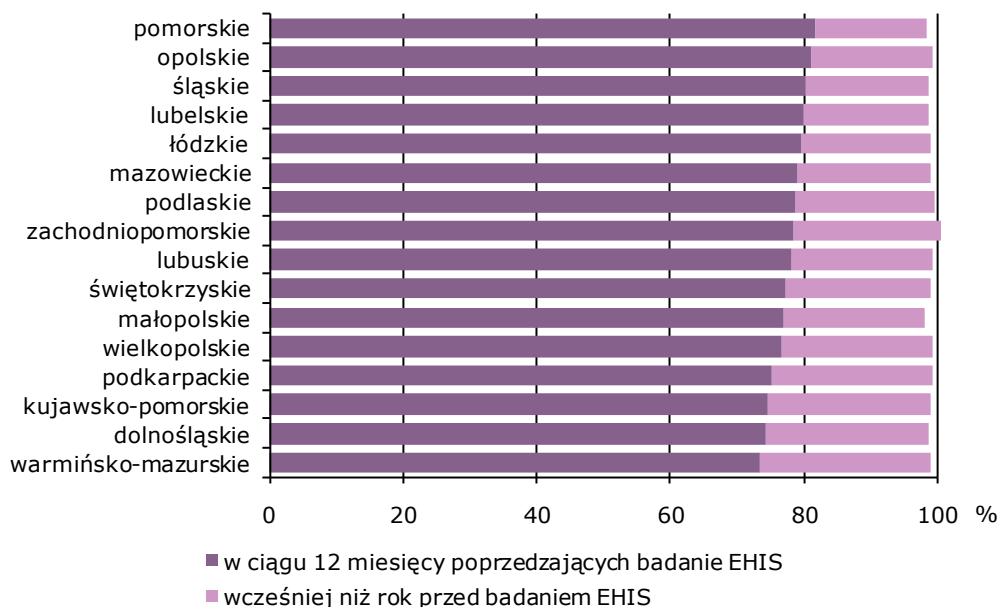
Najczęściej z pomocy lekarza pierwszego kontaktu korzystały kobiety, które swój stan zdrowia w ankiecie oceniły jako zły i bardzo zły. Odsetek tych pań wyniósł 95,3% i również odsetek tych kobiet był najwyższy w przypadku korzystania z pomocy lekarza w ciągu 4 tygodni przed badaniem EHIS. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe odsetek Polek, które odwiedziły lekarza

rodzinnego i oceniły swój stan zdrowia jako bardzo dobry i dobry wyniósł 71,2%, w tym w ciągu 4 tygodni – 29,1%.

Na każdą leczącą się kobietę w okresie 4 tygodni przed przeprowadzeniem badania EHIS przypadało 1,41 wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry. Najwięcej wizyt zostało zrealizowanych w przypadku dziewczynek w wieku 5-9 lat (1,50) oraz kobiet w grupach wieku 40-49 lat (1,51) i kobiet w wieku 50-59 lat (1,44).

Kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z pomocy lekarza pierwszego kontaktu. W trakcie badania EHIS w 2009 r. najwięcej kobiet korzystających z wizyt u lekarza rodzinnego lub pediatry w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe mieszkało w województwach: pomorskim (81,8%), opolskim (81,2%) oraz śląskim (80,2%). Najmniej kobiet korzystało z pomocy lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry z województwa warmińsko-mazurskiego – 73,3%.

Wykres 23. Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry oraz województw w 2009 r.



Wizyty u lekarzy specjalistów

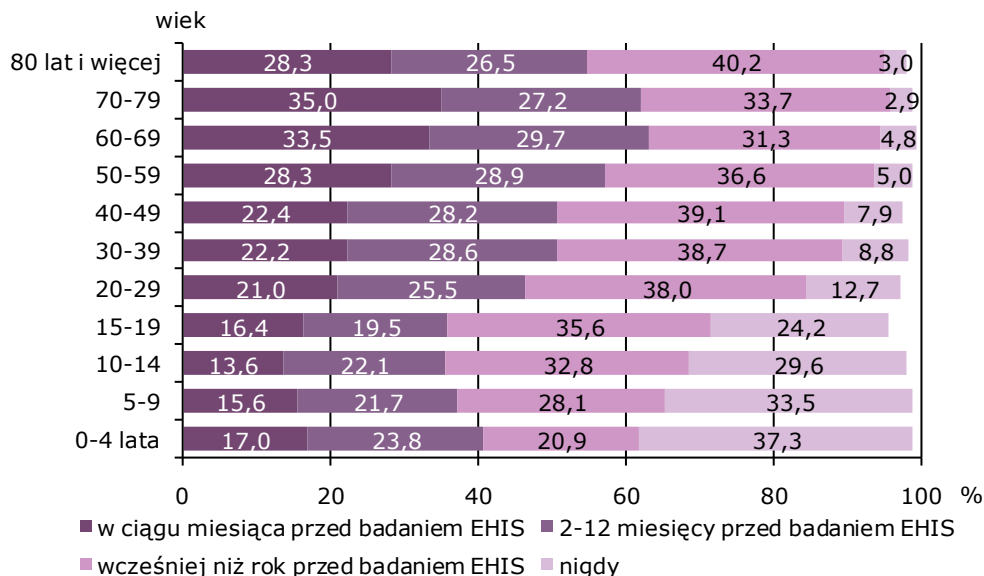
W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS 50,6% kobiet skorzystało z porad lekarzy specjalistów; 55,6% stanowiły mieszkanki miast, a 42,5% mieszkanki wsi.

W okresie 4 tygodni przed badaniem ankietowym wizytę specjalistom złożyło 24,0% kobiet. W tym okresie również częściej wizytę lekarzom specjalistom składały mieszkanki miast (27,4%), w porównaniu z kobietami mieszkającymi na

wsi ta przewaga wyniosła 9,0 pkt proc. W okresie wcześniejszym niż rok poprzedzający badanie EHIS u specjalisty była co trzecia kobieta.

Biorąc pod uwagę wiek kobiet zauważyć można, że z pomocy lekarza specjalisty w okresie badanego roku najrzadziej korzystały 10-14-latki (35,7%) oraz 15-19-latki (35,9%). Wraz z wiekiem rósł odsetek kobiet odwiedzających specjalistę. Najczęściej takiego lekarza odwiedzały panie w wieku 60-69 lat (63,2%) i 70-79 lat (62,2%).

Wykres 24. Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza specjalisty w 2009 r.



Częstość wizyt składanych specjalistom uzależniona jest od stanu zdrowia. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe blisko 68% kobiet mających długotrwałe problemy zdrowotne skorzystało z porad specjalisty, w tym 35,9% w okresie 4 tygodni. Spośród kobiet bez długotrwałych problemów zdrowotnych 35,2% odwiedziło lekarza specjalistę. Wizytę specjalistę złożyło 75,3% kobiet niesprawnych, w tym 45,4% w okresie miesiąca. W ciągu roku u specjalisty było 73,3% kobiet z oceną stanu zdrowia złą i bardzo złą, 62,8% – z oceną taką sobie, ani dobrą ani złą oraz 42,3% – z bardzo dobrą i dobrą.

Na każdą leczącą się kobietę w okresie 4 tygodni przed przeprowadzeniem badania ankietowego przypadało 1,42 wizyty u lekarza specjalisty. Najwięcej wizyt zostało zrealizowanych w przypadku dziewczynek w wieku 5-9 lat (1,51) oraz kobiet w wieku 40-49 lat (1,50) i 50-59 lat (1,47). Najmniej wizyt odnotowano wśród dziewczynek w wieku 0-4 lata (1,21) oraz nastolatek (1,27 dla dziewcząt w wieku 15-19 lat i 1,32 dla 10-14-latek).

W ciągu roku przed badaniem EHIS kobiety częściej niż mężczyźni odwiedzały lekarzy specjalistów – różnica wyniosła 11,9 pkt proc. Biorąc pod uwagę wiek osób ankietowanych - kobiety w wieku 15-69 lat częściej niż mężczyźni korzystały

z porad tych lekarzy. Natomiast dziewczęta w wieku 0-14 lat oraz kobiety 70-letnie i starsze rzadziej niż mężczyźni składały wizyty tym lekarzom. Największą przewagę mężczyzn nad kobietami zanotowano w grupie wieku 80 lat i więcej – o 7,7 pkt proc.

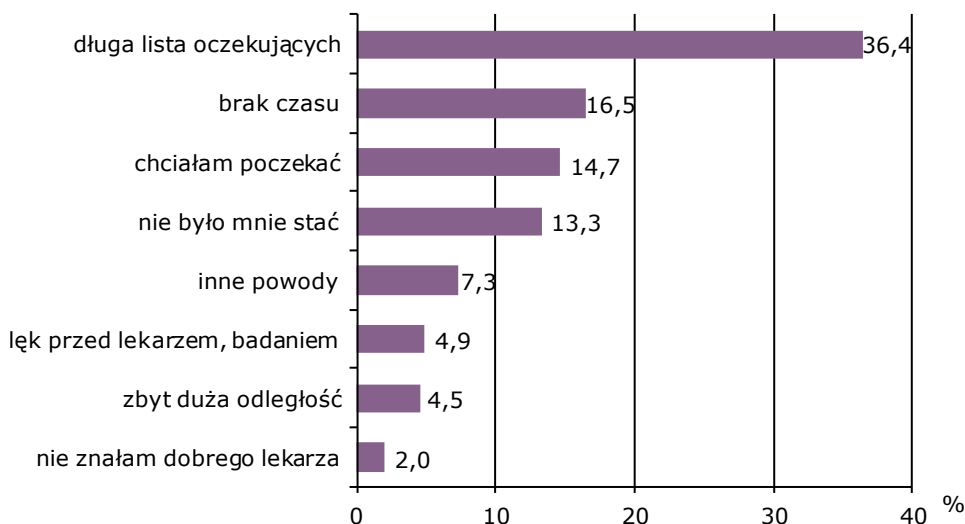
Pod względem terytorialnym lekarzy specjalistów najliczniej odwiedzały kobiety z województw mazowieckiego (56,5%) oraz opolskiego (55,6%), a najrzadziej warmińsko-mazurskiego (39,5%) oraz podkarpackiego (42,0%).

Ponad 12% kobiet stwierdziło, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS potrzebowały skonsultować się z lekarzem specjalistą, ale tego nie zrobiły. Z konsultacji z lekarzem specjalistą zrezygnowało 13,7% mieszkanek miast i 9,8% mieszkanek wsi. W najmniejszym stopniu rezygnacje dotyczyły dziewcząt w wieku 0-4 lata i 10-14 lat. Rodzice zrezygnowali z pomocy lekarza specjalisty dla blisko 2% dziewcząt w każdej z tych grup wieku. W przypadku 5-9-latek rezygnacje dotyczyły 4,4% dziewcząt. Wraz z wiekiem wzrastała liczba kobiet rezygnujących z porad specjalisty. Najwięcej rezygnacji z pomocy lekarza było wśród kobiet 50-59-letnich i 60-69-letnich (po około 18% dla każdej grupy wieku). W przypadku kobiet 70-letnich i starszych co szósta zrezygnowała z wizyty.

Głównym powodem rezygnacji z wizyt była długa lista oczekujących, wskazało go 36,4% kobiet. Najczęściej tę przyczynę wskazywały kobiety w wieku 70-79 lat (45,6%) oraz rodzice dziewczynek w wieku 0-4 lata (43,6%). W najmniejszym stopniu dotyczyło to kobiet w wieku 20-29 lat (24,0%) oraz 80-letnich i starszych (28,8%). Kolejnymi przyczynami był brak czasu i chęć przeczekania problemów ze zdrowiem – wymieniła je odpowiednio co szósta i co siódma kobieta. Brakiem czasu najczęściej tłumaczyły się kobiety młode – w wieku 30-39 lat (33,1%) i w wieku 20-29 lat (27,7%). Wolnej chwili, aby odwiedzić z dzieckiem specjalistę, zabrakło rodzicom dziewczynek w wieku 0-4 lata i 10-14 lat (odpowiednio ponad 8% i 6%). Ta przyczyna w najmniejszym stopniu dotyczyła kobiet 80-letnich i starszych (0,3%) oraz rodziców dziewczynek w wieku 5-9 lat (1,7%). Poczekać aż problemy ze zdrowiem miną chciało 21,2% 15-19-latek, a w pozostałych grupach wieku po kilkanaście procent kobiet. Wyjątkiem byli rodzice dziewczynek w wieku 0-4 lata i 10-14 lat, których odpowiednio 0,8% i 3,9% miało nadzieję, że problemy zdrowotne same miną. Ponad 13% kobiet stwierdziło, że nie stać ich na wizytę, 7,3% podało inne powody, a 4,9% wskazało lęk przed lekarzem, leczeniem. Blisko 17% rodziców dziewczynek w wieku 10-14 lat nie zgłosiło się z dzieckiem do lekarza specjalisty, stwierdzając, że nie było ich na to stać. Również często problemy finansowe uniemożliwiały wizytę u specjalisty kobietom 80-letnim i starszym (16,2%) oraz 50-59-letnim (14,4%). Kobiety z najstarszej grupy wieku oraz 60-69-letnie jako główny powód rezygnacji podały lęk przed lekarzem, szpitalami, badaniem i leczeniem (9,4% i 7,5%). Wśród kobiet z długotrwałymi problemami zdrowotnymi 19,3% przyznało, że pomimo potrzeby musiały zrezygnować z pomocy specjalisty. Częściej ta sytuacja dotyczyła mieszkanek miast (20,7%) niż wsi (16,8%). Najczęściej zrezygnowały z wizyt kobiety w wieku 40-49 lat (22,3%), 50-59 lat (21,5%) oraz 60-69 lat (20,1%). W najmniejszym stopniu dotyczyło to dziewczynek w wieku

0-4 lata (3,9%) oraz 10-14 lat (6,7%). Kobiety bez długotrwałych problemów zdrowotnych rzadziej rezygnowały z wizyt (5,8%) i taka tendencja była charakterystyczna dla wszystkich grup wieku, zarówno w miastach, jak i na wsi.

Wykres 25. Główne przyczyny rezygnacji kobiet z leczenia przez lekarzy specjalistów w 2009 r.



Wizyty u lekarzy dentystów⁸

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS 48,0% kobiet skorzystało z porad lekarza dentysty, tj. o 2,8 pkt proc. więcej niż w 2004 r. W porównaniu z poprzednim badaniem stanu zdrowia wzrost ten dotyczył wszystkich grup wieku, najmniejszy był wśród kobiet 70-letnich i starszych oraz 10-14-letnich dziewcząt (poniżej 1 pkt proc.), a największy w przypadku kobiet w wieku 50-59 lat (6,7 pkt proc.) oraz 30-39 lat i 40-49 lat (5,9 pkt proc. w każdej grupie wieku).

Wizytę dentyście w okresie wcześniejszym niż rok poprzedzający badanie EHIS złożyło 46,0% kobiet. Nigdy z porad dentysty nie skorzystało 3,7% kobiet – dotyczyło to głównie dziewczynek w wieku 2-9 lat.

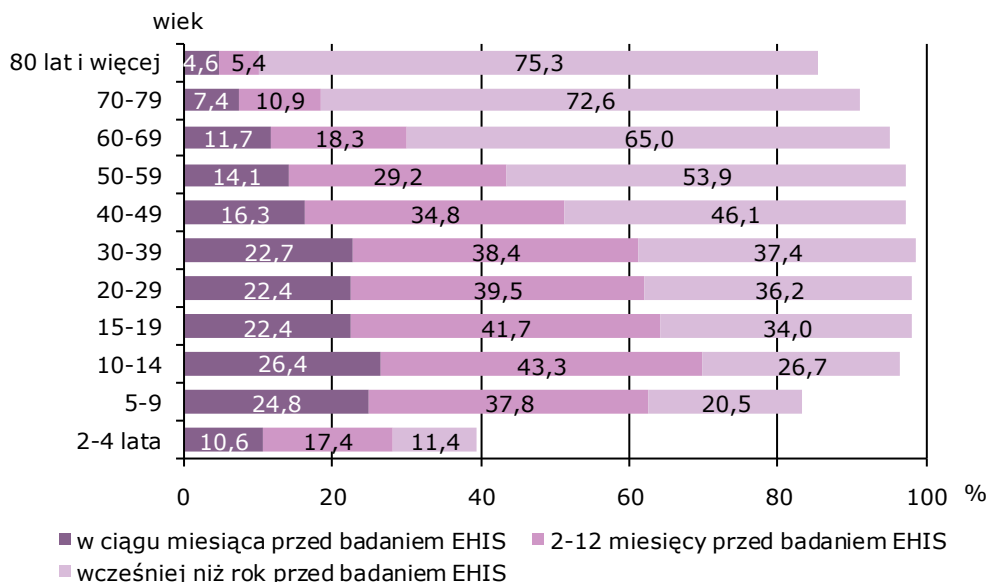
W okresie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym gabinety dentystyczne odwiedziło 51,5% mieszkanek miast, o 9,2 pkt proc. więcej w stosunku do mieszkanek wsi.

Rozpatrując wiek kobiet korzystających z porad dentystów zauważyć można, że najliczniej z tych usług korzystały dziewczęta i młode kobiety. Najczęściej gabinety dentystyczne odwiedzały 10-14-latki (69,7%) oraz 15-19-latki (64,1%). Dla dziewczynek w wieku 5-9 lat i kobiet w wieku 20-39 lat wskaźnik ten wyniósł

⁸ Pytania w ankiecie dotyczące wizyt u lekarzy dentystów lub ortodontów obejmowały osoby w wieku 2 lata i więcej.

ponad 60%. Wraz z wiekiem odsetek kobiet leczących się u dentysty malał i najniższy był dla kobiet w wieku 70-79 lat (18,3%) oraz 80-latków i starszych (10,0%). Wyniki badania w 2004 r. pokazywały podobną tendencję w częstotliwości wizyt w gabinetach dentystycznych.

Wykres 26. Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza dentysty w 2009 r.



Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia kobiet (w wieku 13 lat i więcej) odnotować należy, że w ciągu roku poprzedzającego badanie ankietowe najczęściej z porad dentystów korzystały kobiety z wyższym wykształceniem (68,9%). Rzadziej dentystę odwiedzały kobiety z wykształceniem policealnym (60,5%) i gimnazjalnym (60,3%). Najmniej licznie z porad dentysty korzystały kobiety bez wykształcenia – 7,6%, z wykształceniem podstawowym – 25,5% oraz zasadniczym zawodowym – 38,2%.

Kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszały się do lekarzy dentystów. Podobnie było 5 lat wcześniej. Prawdopodobnie ta dotyczyła prawie wszystkich grup wieku. Największą przewagę kobiet w porównaniu z mężczyznami odnotowano w przedziale wieku 30-39 lat (o 17,2 pkt proc.) i 20-29 lat (o 15,5 pkt proc.). W najstarszych grupach wieku to mężczyźni częściej odwiedzali lekarzy dentystów. Wśród osób w wieku 70-79 lat oraz 80-latków i starszych przewaga mężczyzn wyniosła odpowiednio 2,6 pkt proc. i 2,8 pkt proc.

W ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie ankietowe z porad lekarza dentysty skorzystało 17,3% kobiet. Mieszkanki miast częściej niż mieszkanki wsi odwiedzały gabinety dentystyczne (odpowiednio 18,5% i 15,2%). Liczba wizyt w tym okresie wyniosła 1,62 na każdą leczącą się kobietę. Najwięcej wizyt zrealizowały kobiety w wieku powyżej 50 lat – od 1,74 dla kobiet w wieku 70-79 lat, poprzez 1,85 i 1,87 dla kobiet w wieku 50-59 lat i 60-69 lat do 2,48 dla

kobiet z najstarszej grupy wieku. Najmniej wizyt odnotowano w najmłodszych grupach wieku - 1,23 dla dziewczynek w wieku 2-4 lata, 1,31 dla 5-9-latek i 1,45 dla 10-14-latek.

3.2.2 Leczenie w szpitalach z noclegiem

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS 11,6% kobiet objętych było leczeniem szpitalnym, z tego 72,2% stanowiły pobyty jednorazowe, a 27,3% wielokrotne. W 2004 r. odsetek kobiet przebywających w szpitalach utrzymywał się na zbliżonym poziomie - 11,8%, z tego jeden raz leczonych było 73,7% pań.

Spośród wszystkich hospitalizowanych kobiet blisko 77% stanowiły pacjentki z długotrwałymi problemami zdrowotnymi (w 2004 r. około 63%), natomiast kobiety chorujące przewlekłe – prawie 81% (ponad 72,7% w 2004 r.).

Mieszkanki miast częściej niż kobiety mieszkające na wsi poddawały się leczeniu szpitalnemu. Odsetek hospitalizowanych mieszanek wsi (zarówno w 2009 r. jak i 2004 r.) utrzymywał się na niezmiennym poziomie - 10,6%, natomiast w miastach wyniósł 12,1% w 2009 r. oraz 12,5% w 2004 r.

Kobiety były hospitalizowane częściej niż mężczyźni. Przewaga hospitalizowanych kobiet zmalała z 1,8 pkt proc. w 2004 r. do 0,7 pkt proc. w 2009 r. Tendencja ta dotyczyła zarówno mieszkańców miast jak i wsi.

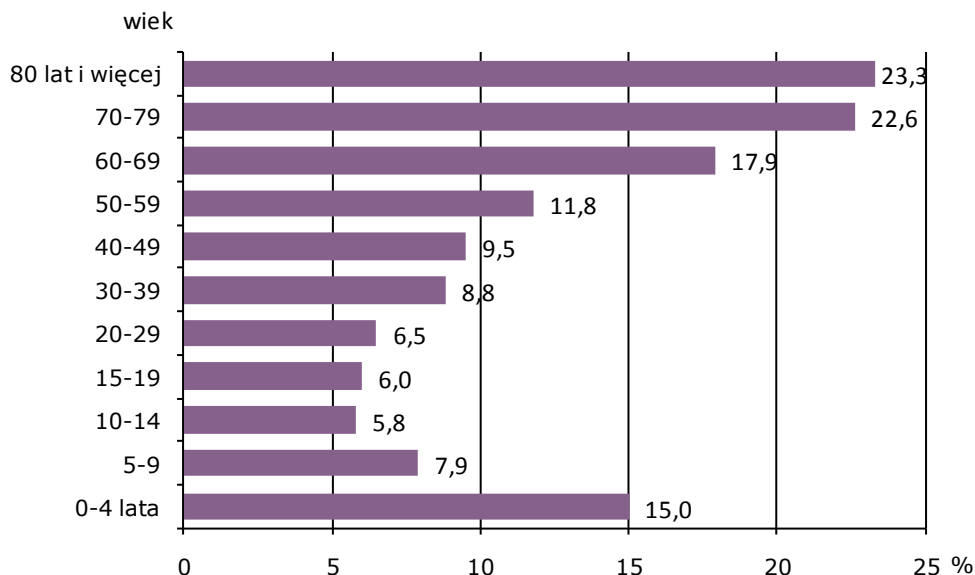
W populacji dzieci najwyższy odsetek dziewczynek leczonych w szpitalach zanotowano w najmłodszej grupie wieku 0-4 lata - 15,0% (wyższy o 4,6 pkt proc. w porównaniu z 2004 r.). Podobnie jak w 2004 r. udział kobiet leczonych w szpitalach wzrastał stopniowo wraz z wiekiem począwszy od najrzadziej hospitalizowanej grupy wieku 10-14 lat – 5,8%. Najczęściej w szpitalu przebywały kobiety najstarsze (w wieku 70 lat i więcej), gdzie prawie co czwarta kobieta poddawała się leczeniu szpitalnemu.

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe 2,6% kobiet, które zgodnie z zaleceniem lekarza powinny być przyjęte do szpitala zrezygnowało z leczenia szpitalnego. Najczęściej z hospitalizacji rezygnowały kobiety najstarsze w wieku 80 lat i więcej (4,9%), 70-79-letnie (4,7%) i z grupy wieku 60-69 lat (4,3%).

Spośród kobiet z długotrwałymi problemami zdrowotnymi 4,8% pań zrezygnowało z leczenia szpitalnego pomimo zalecenia lekarza. Najczęściej były to kobiety w wieku 50-59 lat (5,4%), następnie 30-39-latki oraz w wieku 80 lat i więcej (po 5,2%). Wśród mieszanek miast najczęściej rezygnowały z leczenia szpitalnego kobiety w wieku 50-59 lat (6,1%), natomiast spośród kobiet mieszkających na wsi 30-39-latki (6,6%). Najczęściej wymienianymi przez kobiety przyczynami rezygnacji z leczenia szpitalnego były kolejno: lista oczekujących bądź inne powody związane ze szpitalem – 28,0%, „inne powody” – 24,9%, a następnie lęk przed operacją/leczeniem – 21,1%. Wśród kobiet mieszkających w miastach dominowały te same przyczyny niepodjęcia leczenia szpitalnego i ich odsetek wyniósł odpowiednio 29,8%, 27,1% oraz 18,9%. Inaczej przedstawiała się sytuacja

w przypadku kobiet mieszkających na wsi, gdzie najczęściej występującą przyczyną rezygnacji z hospitalizacji był lęk przed operacją/leczeniem – 25,6%, a dopiero w dalszej kolejności lista oczekujących bądź inne powody związane ze szpitalem – 24,3% oraz „inne powody” – 20,3%.

Wykres 27. Kobiety przebywające w szpitalach z noclegiem w 2009 r.



Najczęściej występującą przyczyną rezygnacji z leczenia szpitalnego w poszczególnych grupach wieku była długa lista oczekujących i dotyczyła ona dziewczynek w wieku 5-14 lat oraz kobiet z przedziału wiekowego 40-69 lat. Brakiem czasu tłumaczyły niepodjęcie leczenia szpitalnego kobiety w wieku 15-19 lat i 30-39 lat, natomiast panie powyżej 70-tego roku życia lękiem przed operacją/leczeniem.

3.2.3 Korzystanie z pozostałych usług medycznych

W badaniu EHIS pytano również respondentów o korzystanie z wybranych usług medycznych oraz usług świadczonych przez specjalistów paramedycyny.

Z usług świadczonych przez laboratoria analityczne, pracownie radiologiczne lub inne (np. USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) skorzystało 51,2% kobiet z tego 91,8% stanowiły kobiety w wieku 15 lat i więcej.

Natomiast z usług pielęgniarstwa lub położnej oraz fizjoterapeuty lub kinezyterapeuty skorzystało odpowiednio 10,2% i 7,6% pań. Kobiety najrzadziej korzystały z usług homeopaty (0,4%), z usług innej osoby praktykującej medycynę alternatywną np. bioenergoterapeutę (0,7%) oraz z usług logopedy (1,0%).

Tabl. 14. **Kobiety według korzystania z pozostałych usług medycznych w 2009 r.**

Pozostali dostawcy usług opieki zdrowotnej	Kobiety w wieku	
	0-14 lat	15 lat i więcej
	w odsetkach	
Ogółem	100,0	100,0
W tym korzystające z usług:		
Laboratorium analitycznego, pracowni radiologicznej itp.	29,3	54,9
Fizjoterapeuty, kinezyterapeuty	0,9	8,7
Pielęgniarki, położnej	14,8	9,5
Dietetyka	0,7	1,3
Logopedy	5,6	0,2
Chiropraktyka (kręgarza), masażyści	0,4	4,9
Terapeuty zajęciowego	1,0	1,1
Psychologa lub psychoterapeuty	2,9	2,4
Innego specjalisty medycznego (np. higienistki stomatologicznej, higienistki szkolnej, audiologa, protetyka)	10,7	4,4
Homeopaty	0,6	0,3
Innej osoby praktykującej medycynę alternatywną (np. bioenergoterapeuty, zielarza, hipnoterapeuty, specjalisty od akupunktury)	0,4	1,7

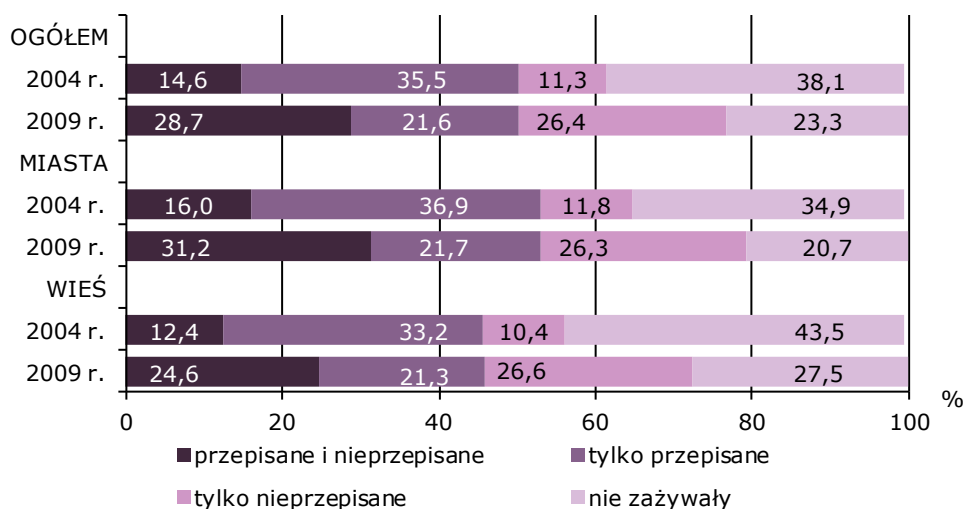
3.3 Zażywanie leków

Pytania w ankiecie dotyczące zażywania leków odnosiły się do okresu 2 tygodni poprzedzających badanie EHIS i obejmowały leki przepisane i nieprzepisane przez lekarzy. Dla dzieci i dorosłych przygotowano odrębne listy leków. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia, czyli w okresie nasilenia dolegliwości związanych z przeziębieniami i gripą, co mogło powodować wzrost liczby osób zażywających leki.

W okresie 2 tygodni poprzedzających badanie EHIS 76,7% kobiet zażywało leki, było to więcej o 15,2 pkt proc. w stosunku do 2004 r. Mężczyźni rzadziej niż kobiety przyjmowali lekarstwa (o 13,3 pkt proc.). W okresie 5 lat od poprzedniego badania przyrost udziału mężczyzn biorących leki był wyższy w porównaniu z kobietami - wyniósł 17,0 pkt proc. Leki częściej zażywały mieszkanki miast (79,2%) niż wsi (72,5%). W stosunku do 2004 r. udział mieszkanek miast sięgających po leki wzrósł o 14,5 pkt proc., a w przypadku mieszkanek wsi o 16,5 pkt proc.

Podobnie jak w 2004 r., leki najczęściej zażywały kobiety w wieku 70 lat i starsze (ponad 95% populacji), następnie w wieku 60-69 lat (91,2%) i 50-59 lat (84,1%). Wśród młodszych kobiet i dziewcząt częstość przyjmowania leków była niższa: od 58,4% dla 15-19-latek do 75,5% dla kobiet w wieku 40-49 lat. Największy wzrost konsumpcji leków, w porównaniu z wynikami poprzedniego badania, zanotowano w przypadku dziewcząt w wieku 10-14 lat (o 28,1 pkt proc.) oraz dziewczynek w wieku 5-9 lat i 0-4 lata (odpowiednio o 24,0 pkt proc. i o 23,8 pkt proc.). Najmniejszy wzrost (o blisko 3 pkt proc.) dotyczył kobiet w wieku 60-69 lat oraz 70-latek i starszych - czyli grup, w których spożycie leków było największe.

Wykres 28. Kobiety według informacji o zażywaniu leków^a



^a W ciągu 2 tygodni przed badaniem ankietowym.

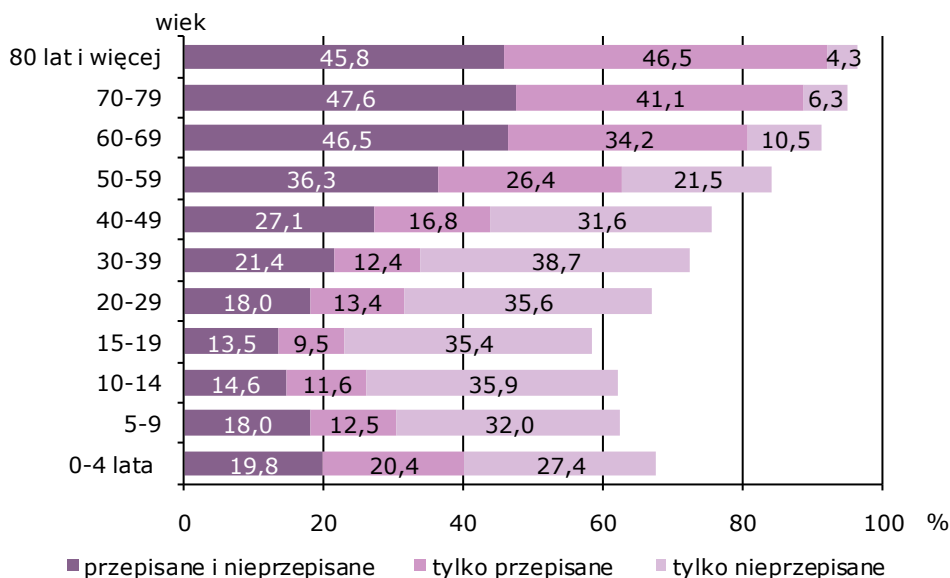
W badanym okresie najwięcej kobiet zażywało leki zarówno przepisane, jak i nieprzepisane przez lekarza - 28,7%. W porównaniu z 2004 r. był to wzrost o 14,1 pkt proc. Największy wzrost spożycia tych leków nastąpił wśród kobiet 70-latek i starszych (o blisko 24 pkt proc.) oraz 60-69-latek (o blisko 21 pkt proc.).

Zażywanie tylko leków nieprzepisanych przez lekarza dotyczyło 26,4% kobiet. W stosunku do 2004 r. udział kobiet sięgających tylko po te leki wzrósł o 15,1 pkt proc. Duża różnorodność leków nierecepturowych (przeciwbólowych, przeciwgrypowych, zwiększających odporność i koncentrację, preparatów witaminowych, wspomagających odchudzanie itp.) sprawia, że coraz więcej Polek leczy się samodzielnie. W porównaniu z 2004 r. wzrost spożycia tylko leków nieprzepisanych przez lekarza dotyczył wszystkich grup wieku, a największy zanotowano wśród kobiet w wieku od 0 do 39 lat. Wzrost ten wyniósł od 19,6 pkt proc. dla kobiet w wieku 20-29 lat do ponad 20 pkt proc. dla

pozostałych grup wieku (w przypadku 10-14-latek był największy - wyniósł 25,8 pkt proc.). W najmniejszym stopniu wzrost konsumpcji tych leków nastąpił wśród kobiet 60-lletnich i starszych - o kilka punktów procentowych.

Odsetek kobiet zażywających tylko leki przepisane przez lekarza wyniósł 21,6%. W 2004 r. tylko leki przepisane przez lekarza zażywało najwięcej kobiet - 35,5%. Spadek konsumpcji tych leków dotyczył wszystkich grup wieku, a największy zanotowano wśród kobiet 70-lletnich i starszych (o ponad 23 pkt proc.) oraz w grupach wieku 50-59 lat i 60-69 lat (o blisko 22 pkt proc. w każdej z tych grup wieku).

Wykres 29. Kobiety według informacji o zażywaniu leków^a w 2009 r.



a W ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie EHIS.

Wśród mężczyzn zaobserwowano inne tendencje dotyczące zażywania leków. Mężczyźni najczęściej stosowali tylko leki nieprzepisane przez lekarza - 24,9%, następnie tylko przepisane - 20,1%, a leki zarówno przepisane, jak i nieprzepisane - 18,4%.

W okresie badanych 2 tygodni różnie kształtowało się zażywanie leków w poszczególnych grupach wieku. W 2004 r. kobiety we wszystkich grupach wieku najczęściej zażywały tylko leki przepisane przez lekarza. W 2009 r. dziewczęta i kobiety do 49 roku życia przyjmowały najczęściej tylko leki nieprzepisane przez lekarza, natomiast leki przepisane stosowały najrzadziej. Najczęściej tylko leki nieprzepisane brały kobiety w wieku 30-39 lat (38,7%) i dziewczęta w wieku 10-14 lat (35,9%). W starszych grupach wieku kobiety najczęściej zażywały zarówno leki przepisane, jak i nieprzepisane przez lekarza (od 36,3% w grupie wieku 50-59 lat do 47,6% dla 70-79 lat). Jednocześnie zwiększał się odsetek kobiet

stosujących leki tylko przepisane przez lekarza. Kobiety 80-letnie i starsze najczęściej zażywały tylko leki przepisane – 46,5%.

Częstość zażywania leków zależała od stanu zdrowia. W okresie 2 tygodni poprzedzających badanie EHIS 90,6% kobiet chorujących przewlekłe zażywało leki, więcej o 3,3 pkt proc. niż w 2004 r. W dużym stopniu - w okresie 5 lat od poprzedniego badania stanu zdrowia - wzrosła konsumpcja leków wśród kobiet nie chorujących przewlekłe. W tej grupie 59,4% kobiet zażywało leki - więcej o 24,7 pkt proc. Na omawiany wzrost miało wpływ przyjmowanie leków nieprzepisanych przez lekarza (wzrost o 22,8 pkt proc. w stosunku do poprzedniego badania stanu zdrowia).

Wśród kobiet, które oceniły swoje zdrowie jako złe i bardzo złe 97,4% przyjmowało leki. Z tej grupy kobiet najwięcej zażywało leki zarówno przepisane, jak i nieprzepisane przez lekarza (51,9%), mniej – 41,8% - przyjmowało tylko leki przepisane. Konsumpcja leków tylko nieprzepisanych przez lekarza była najmniejsza, stosowało je 3,7% kobiet. Wśród kobiet, które oceniły swoje zdrowie jako dobre i bardzo dobre - 67,2% przyjmowało leki, więcej o 21,7 pkt proc. w porównaniu z 2004 r. Najwięcej kobiet, spośród tak oceniających swoje zdrowie, zażywało tylko leki nieprzepisane przez lekarza – 35,3%, natomiast najmniej – tylko leki przepisane (13,4%).

Pod względem terytorialnym leki najczęściej zażywały mieszkanki województw: opolskiego (84,1%), kujawsko-pomorskiego (81,3%) oraz śląskiego (80,2%), a najrzadziej województw: podlaskiego (73,1%), lubuskiego (73,2%) i mazowieckiego (74,5%). W porównaniu z 2004 r. najwyższy wzrost odsetka kobiet zażywających leki zanotowano w województwach: opolskim (o 24,2 pkt proc.), warmińsko-mazurskim i pomorskim (o ponad 20 pkt proc.), a najniższy w lubelskim (o 8,1 pkt proc.), łódzkim (o 8,9 pkt proc.) i podlaskim (o 11,2 pkt proc.).

Rodzaje leków zażywanych przez dziewczęta w wieku 0-14 lat

Spśród leków przepisanych przez lekarza dziewczęta najczęściej zażywały leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła – przyjmowała je co piąta dziewczynka. Antybiotyki oraz leki na objawy alergii stosowało odpowiednio 11,3% i 7,8% dziewcząt. Rzadziej dziewczęta przyjmowały leki na problemy żołądkowe (1,9%), na inne bóle (1,5%) oraz na bóle głowy lub migrenę (1,2%).

Na 1000 dziewcząt zażywających leki na receptę 633 przyjmowały środki na przeziębienie, grypę lub ból gardła, najwyższy wskaźnik odnotowano w grupie 5-9-latek – 649. Antybiotyki stosowało 350 dziewcząt na 1000 zażywających leki przepisane przez lekarza (najczęściej w wieku 10-14 lat – 370/1000). Omawiany wskaźnik w przypadku zażywania leków na objawy alergii wyniósł 242/1000, najwyższy był dla dziewcząt wieku 5-9 lat – 329/1000. Spośród pozostałych leków dziewczęta zażywały leki na problemy żołądkowe (58/1000 dziewcząt), na bóle głowy lub migrenę (37/1000), na inne bóle (47/1000) oraz uspokajające (15/1000).

Wśród leków zażywanych bez zalecenia lekarza dominowały witaminy, preparaty mineralne i środki wzmacniające – przyjmowało je 40,2% dziewcząt. Dwukrotnie mniej dziewcząt (20,1%) stosowało leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła. Inne leki lub suplementy diety zażywało 3,2% dziewcząt, środki na bóle głowy lub migrenę oraz na objawy alergii przyjmowało po 2,2% dziewcząt, leki na inne bóle 1,7% dziewcząt, a na problemy żołądkowe – 1,1% dziewcząt.

W przeliczeniu na 1000 dziewcząt zażywających leki nieprzepisane przez lekarza 817 zażywało witaminy, preparaty mineralne i środki wzmacniające, najwyższy wskaźnik (869/1000) odnotowano dla 5-9-latek. Leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła przyjmowało 409 dziewcząt na 1000 zażywających leki nieprzepisane, stosowały je głównie nastolatki (461/1000). Środki na bóle głowy lub migrenę przyjmowało 46/1000 dziewcząt (najczęściej nastolatki – 85/1000). Środki na inne bóle zażywało 35/1000 dziewcząt, najwyższy wskaźnik zanotowano również dla nastolatek – 62/1000.

Rodzaje leków zażywanych przez kobiety w wieku 15 lat i więcej

Wśród leków, które lekarze przepisywali kobietom, dominowały leki obniżające ciśnienie krwi – zażywała je prawie co czwarta kobieta. Na drugim miejscu znalazły się leki na bóle stawów – przyjmowało je 15,0% pań. Leki na inne choroby sercowo-naczyniowe takie jak udar i zawał serca oraz na bóle szyi lub pleców stosowało po 11,6% kobiet, a leki na inne bóle oraz obniżające poziom cholesterolu we krwi odpowiednio 10,5% i 9,4% pań.

Wykres 30. Kobiety w wieku 15 lat i więcej zażywające leki przepisane przez lekarza według wybranych rodzajów leków w 2009 r.

Na 1000 kobiet zażywających leki przepisane



Analizując wskaźnik na 1000 kobiet zażywających leki przepisane przez lekarza zauważyć można, że młode kobiety (do 40 roku życia) najliczniej przyjmowały antybiotyki, pigułki antykoncepcyjne, leki przeciwalergiczne, na bóle głowy lub migrenę i na inne bóle. Nastolatki najczęściej przyjmowały antybiotyki (353 na 1000 zażywających leki) oraz leki przeciwalergiczne (282). Kobiety w wieku 20-29 lat i 30-39 lat najczęściej zażywały pigułki antykoncepcyjne (odpowiednio 346 i 271), antybiotyki (221 i 177), a także środki na bóle głowy lub migrenę (148 i 188) oraz na inne bóle (198 i 170).

Kobiety w wieku 40-59 lat przyjmowały głównie leki na wysokie ciśnienie krwi, przeciwbólowe, antybiotyki, na problemy żołądkowe oraz obniżające poziom cholesterolu we krwi. Na 1000 zażywających leki przepisane przez lekarza, leki na wysokie ciśnienie krwi przyjmowało 288 kobiet w wieku 40-49 lat i 489 w wieku 50-59 lat. Kobiety w tych grupach wieku przyjmowały często leki na bóle szyi lub pleców (odpowiednio 231 i 247), na bóle stawów (187 i 272), na bóle głowy lub migrenę (179 i 170), na inne bóle (187 i 172). 196 kobiet w wieku 50-59 lat na 1000 zażywających leki przyjmowało środki obniżające poziom cholesterolu we krwi.

Kobiety w wieku 60 lat i starsze przyjmowały najczęściej leki na wysokie ciśnienie krwi (na 1000 kobiet zażywających leki przepisane przez lekarza przyjmowało 645 kobiet w wieku 60-69 lat, 680 w wieku 70-79 lat i 697 w wieku 80 lat i starszych). Omawiana grupa kobiet zażywała często leki na: bóle stawów (odpowiednio 362, 450 i 542), inne leki kardiologiczne (301, 450 i 513), leki obniżające poziom cholesterolu we krwi (294, 297 i 288) oraz na bóle szyi lub pleców (243, 278 i 286).

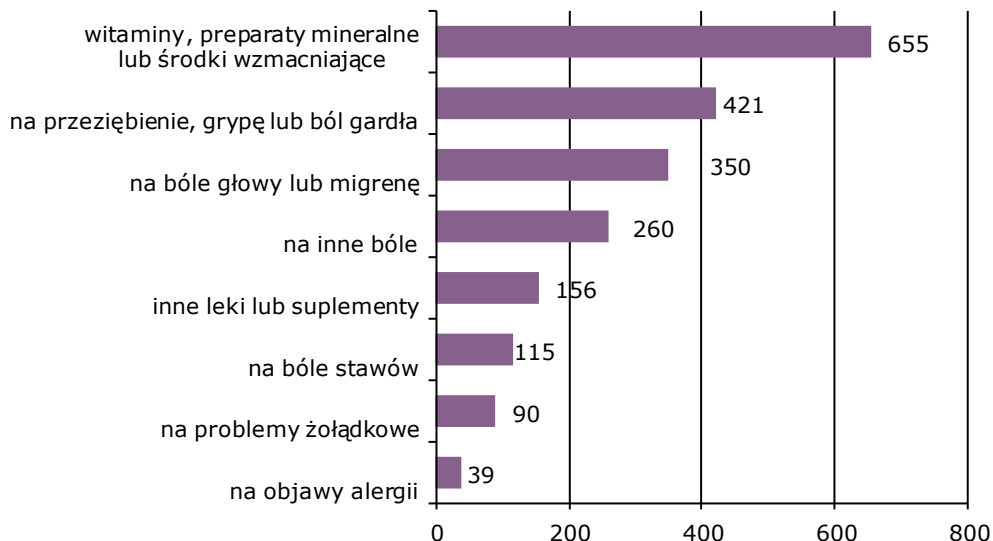
Wśród leków nieprzepisanych przez lekarza, a stosowanych przez Polki, dominowały witaminy, preparaty mineralne i środki wzmacniające. Zażywało je 36,8% kobiet. W przeliczeniu na 1000 kobiet zażywających leki nieprzepisane przez lekarza - w przypadku przyjmowania tych środków wskaźnik osiągnął wartość powyżej 600 we wszystkich grupach wieku, a najwyższy był dla nastolatek - 698. Drugie miejsce wśród leków zażywanych „na własną rękę” zajmowały leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła - przyjmowało je 23,6% kobiet. Na 1000 kobiet zażywających leki nieprzepisane przez lekarza - 421 stosowało leki na przeziębienie, najwięcej w grupach wieku 15-19 lat i 20-29 lat (odpowiednio 490 i 468 kobiet). Kolejne leki nieprzepisane, a często zażywane - to leki na ból głowy lub migrenę oraz leki na inne bóle (przyjmowało je odpowiednio 19,7% i 14,6% kobiet). Leki na bóle głowy lub migrenę stosowało 350 kobiet na 1000 zażywających leki, najczęściej w grupach wieku 40-49 lat i 30-39 lat (odpowiednio 404 i 402 kobiety). Leki na inne bóle przyjmowało 260 kobiet na 1000 stosujących leki, najliczniej wśród 80-lletnich i starszych kobiet oraz 70-79-lletnich (342 i 285).

Uwagę zwraca duża konsumpcja leków przeciwbólowych - leki na różne bóle przepisane przez lekarza przyjmowało 45,6% kobiet, a nieprzepisane - 40,8%. Mężczyźni w mniejszym stopniu stosowali leki przeciwbólowe - o około 19 pkt proc. dla leków przepisanych i o blisko 17 pkt proc. dla leków stosowanych samodzielnie.

Na 1000 osób zażywających leki przepisane przez lekarza – leki przeciwbólowe przyjmowało 852 kobiety i 675 mężczyzn. W przypadku stosowania leków przeciwbólowych nieprzepisanych przez lekarza wskaźnik na 1000 zażywających wyniósł 726 dla kobiet i 579 dla mężczyzn.

Wykres 31. Kobiety w wieku 15 lat i więcej zażywające leki nieprzepisane przez lekarza według rodzajów leków w 2009 r.

Na 1000 kobiet zażywających leki nieprzepisane



Kobiety częściej niż mężczyźni zażywały większość z poszczególnych rodzajów lekarstw. Rozpatrując wskaźnik na 1000 osób zażywających leki przepisane przez lekarza kobiety rzadziej niż mężczyźni zażywały tylko leki obniżające ciśnienie krwi, pozostałe kardiologiczne, obniżające poziom cholesterolu we krwi, na cukrzycę, astmę i problemy żołądkowe, natomiast w przypadku przyjmowania leków bez recepty - leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła oraz na kłopoty żołądkowe.

Rozdział IV. Styl życia

Prowadzenie prawidłowego stylu życia ma znaczący wpływ na zdrowie człowieka. Zgodnie z *Globalną strategią dotyczącą diety, aktywności fizycznej i zdrowia*⁹ za skuteczną strategię powstrzymania rosnącego niebezpieczeństwa związanego z chorobami niezakaźnymi przyjęto stosowanie zdrowej diety, aktywności fizycznej oraz ograniczenie palenia tytoniu.

W trakcie przeprowadzania Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia w 2009 r. jak i badania stanu zdrowia w 2004 r. zadawano pytania odnoszące się do stylu życia. W poniższym rozdziale zostały omówione zagadnienia dotyczące aktywności fizycznej, sposobu żywienia, jak i szkodliwych zachowań, takich jak: palenie tytoniu i spożycie alkoholu. W tym rozdziale przedstawiono dane dotyczące osób w wieku 15 lat i więcej. Respondenci mieli możliwość samodzielnego uzupełnienia kwestionariusza badania o odpowiedzi na pytania dotyczące palenia tytoniu oraz spożycia alkoholu.

4.1 Aktywność fizyczna

Aktywność ruchowa jest ważnym czynnikiem wpływającym na zdrowie, która ma związek z ograniczeniem występowania otyłości, chorób układu ruchu, chorób układu krążenia czy cukrzycy.

Podczas realizacji badania EHIS w 2009 r. respondenci podawali przez ile dni oraz ile czasu w tygodniu poprzedzającym badanie poświęcili każdemu wymienionemu poniżej rodzajowi aktywności fizycznej:

- czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego,
- czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego,
- chodzenie, spacerowanie.

Ankietowani musieli wziąć pod uwagę łączny czas wykonywania aktywności fizycznej zarówno w czasie wolnym, jak i w pracy, w szkole, na uczelni oraz podczas przemieszczania się. Odpowiedzi ankietowanych odnosiły się do tygodnia poprzedzającego badanie i tych czynności, które były wykonywane, przez co najmniej 10 minut za każdym razem (przy jednej okazji).

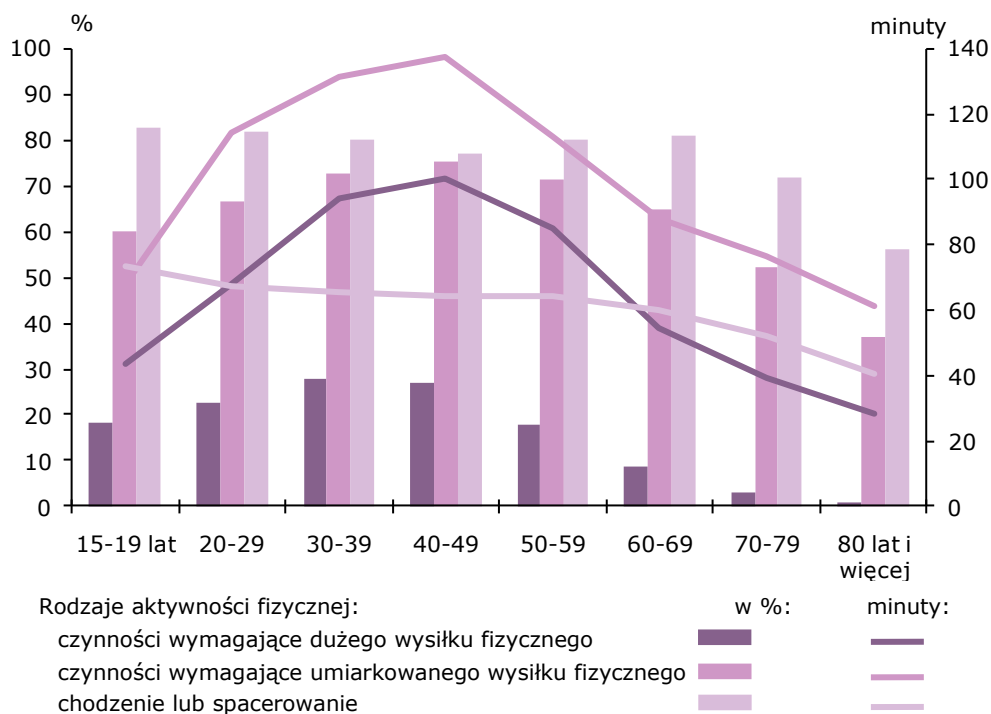
Wyniki badania wykazały, że najczęstszą formą aktywności fizycznej wśród kobiet było chodzenie lub spacerowanie (78,3%). Ten rodzaj aktywności fizycznej odnosił się do chodzenia (spacerowania) zarówno w pracy, w domu, w szkole, na uczelni, podczas przemieszczania się z miejsca na miejsce, jak również w czasie wolnym, dla rekreacji, przyjemności, w celu sportowym, dla ćwiczeń oraz dla zdrowia. Tej czynności kobiety poświęciły najmniej czasu wśród omawianych trzech rodzajów aktywności fizycznej - przeciętnie 63 minuty dziennie. Odnotowano, że większy odsetek pań z miast wybrał ten rodzaj czynności, blisko o 5 pkt proc. więcej niż kobiet ze wsi. Wśród mieszanek miast najczęściej tę formę aktywności

⁹ WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) Rezolucja WHA57.17 w sprawie Globalnej Strategii dotyczącej Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia.

fizycznej wskazywały kobiety będące w wieku 15-19 lat i 20-29 lat (po 83,7%), natomiast na wsi w wieku 15-19 lat (81,4%). Kobiety częściej niż mężczyźni chodziły (więcej o 4,6 pkt proc.), jednak odnotowano tylko 3 minuty różnicy w przeciętnym czasie przeznaczanym na spacerowanie na korzyść mężczyzn.

Najwięcej czasu w ciągu doby (przeciętnie 1 godzinę i 50 minut) kobiety poświęciły na czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego (np. noszenie niezbyt ciężkich ładunków, mycie okien, porządki w ogrodzie, zamiatanie, jazda na rowerze w zwykłym tempie). Ten rodzaj aktywności fizycznej wykonywało 66,1% kobiet. W badaniu odnotowano, że odsetek pań wykonujących czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego był większy na wsi niż w miastach (odpowiednio 68,3% i 64,9%). Mieszkanki wsi wykonywały ten rodzaj aktywności o 25 minut codziennie dłużej niż panie pochodzące z miast. Stwierdzono również, że czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego najczęściej wybierały kobiety w wieku 30-39 lat i 40-49 lat (odpowiednio 71,9% i 73,7%), zarówno z miast jak i ze wsi. W przypadku tej formy aktywności fizycznej nie odnotowano dużych różnic między płciami. Mężczyźni częściej wykonywali czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego (o 1,6 pkt proc.) oraz dłużej o 7 minut dziennie.

Wykres 32. Aktywność fizyczna kobiet w wieku 15 lat i więcej w 2009 r.



Czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego (np. dźwiganie ciężarów, szybka jazda na rowerze, bieganie, szybkie pływanie) kobiety wykonywały

przeciętnie 1 godzinę i 21 minut dziennie w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie. Tę formę aktywności wybrało tylko 18,4% pań. Jednak kobiety w porównaniu z mężczyznami znacznie krócej wykonywały ten rodzaj aktywności fizycznej – o 53 minuty krócej. Najczęściej czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego wykonywały kobiety w wieku 30-39 lat i 40-49 lat (odpowiednio 27,7% i 27,0%), wśród mieszkanek wsi również dominowała grupa wiekowa 30-39 lat (34,2%), natomiast w miastach kobiety w wieku 30-39 lat i 40-49 lat (odpowiednio 24,0% i 25,2%). Mieszkanki wsi wykonywały ten rodzaj czynności o 14 minut dziennie dłużej niż kobiety pochodzące z miast.

Analizując aktywność fizyczną według grup wieku kobiet można odnotować, że zarówno w przypadku wykonywania czynności wymagających dużego wysiłku fizycznego jak i umiarkowanego ilość czasu poświęcana na te czynności wzrasta z wiekiem (do 40-49 lat), a następnie maleje. W przypadku natomiast ilości czasu poświęcanego na spacerowanie to maleje on wraz z wiekiem.

Ze względu na inne pytania dotyczące aktywności fizycznej zawarte w badaniu stanu zdrowia ludności w 2004 r. nie można dokonać bezpośredniego porównania danych. Jednakże warto przedstawić najważniejsze dane. W 2004 r. respondent mógł wskazać cztery rodzaje czynności, jakie wykonywał w czasie wolnym:

- czytanie, oglądanie telewizji, słuchanie radia lub inne czynności niewymagające ruchu i wysiłku fizycznego;
- spacer, gimnastyka, jazda na rowerze, deskorolce lub inny niezbyt intensywny ruch;
- bieganie, pływanie, ćwiczenia aerobiku lub inny sport rekreacyjny, w sezonie praca na działce lub w ogrodzie;
- uprawianie intensywnego treningu (np. siłownia), sportu wyczynowego.

W 2004 r. największy odsetek kobiet (98,5%) wykonywał czynności nie wymagające ruchu i wysiłku fizycznego. Na taką formę wypoczynku kobiety przeznaczały około 18 godzin tygodniowo. Ponad 72% pań wybrała niezbyt intensywny ruch, któremu poświęcały średnio 8 godzin tygodniowo. Natomiast bieganie, pływanie lub inny sport rekreacyjny uprawiało 31,3% kobiet i przeznaczało średnio prawie 8 godzin tygodniowo na te czynności. Intensywny trening zajmował paniom najmniej czasu (4,1 godziny tygodniowo) i uprawiało go zaledwie 2,2% kobiet. W tym wypadku odnotowano ponad czterokrotnie większy odsetek mężczyzn – więcej o 7,1 pkt proc.

4.2 Picie soków oraz spożycie owoców i warzyw

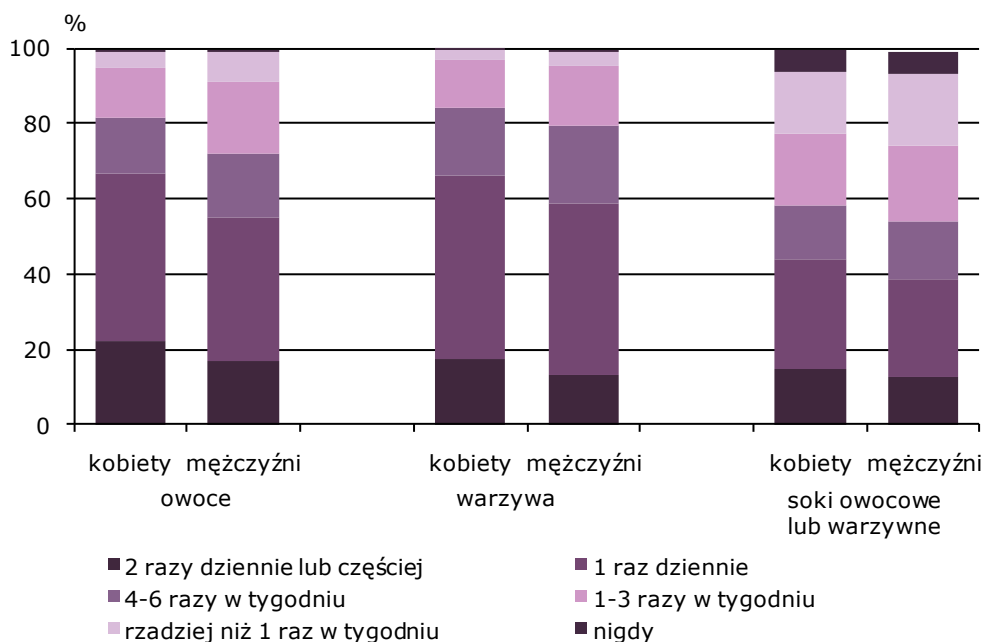
Odpowiednio zrównoważona, zdrowa dieta, która obejmuje m.in. częste spożywanie owoców i warzyw oraz picie soków owocowych lub warzywnych jest kolejnym czynnikiem warunkującym zdrowie. WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) zaleca spożywanie więcej niż 5 porcji warzyw i owoców dziennie; za porcję uznano średniej wielkości owoc lub warzywo, kilka mniejszych owoców lub warzyw, szklankę 100%-ego soku owocowego lub warzywnego. W trakcie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia zadano pytanie o częstotliwości picia/spożywania:

- soków owocowych lub warzywnych,
- owoców,
- warzyw (z wyjątkiem ziemniaków).

W badaniu nie poproszono respondentów o podanie łącznej liczby spożytych porcji warzyw i owoców dziennie, zatem trudno jest określić czy w jadłospisie kobiet znalazła się ich odpowiednia ilość.

W 2009 r. owoce, warzywa czy też soki owocowe lub warzywne były spożywane codziennie przez kobiety częściej niż przez mężczyzn. Owoce częściej niż warzywa były deklarowane przez kobiety, jako codzienny składnik ich diety. Prawie 66,5% kobiet codziennie spożywało owoce, 66,2%- warzywa, a 43,6% - piło soki owocowe lub warzywne (dla mężczyzn wartości te wyniosły odpowiednio – 55,2%, 58,8% oraz 38,6%).

Wykres 33. Osoby w wieku 15 lat i więcej według częstości spożycia owoców, warzyw oraz picia soków owocowych lub warzywnych w 2009 r.



W zależności od wieku kobiet odnotowano różnice w spożyciu owoców, warzyw czy też soków owocowych lub warzywnych. W grupie kobiet w wieku 15-19 lat odnotowano najwyższą wartość codziennego spożycia owoców (71,8%) oraz picia soków owocowych lub warzywnych (56,7%). Często warzywa codziennie jadły kobiety w wieku 50-59 lat i 60-69 lat (po prawie 69%) oraz w wieku 15-19 lat (prawie 68%). Niskie codzienne spożycie zarówno owoców, warzyw jak i picie soków owocowych lub warzywnych odnotowano dla najstarszych grup wieku (70-79 lat i 80 lat i więcej). Najrzadziej codziennie owoce spożywało 57,2% osób

w wieku 80 lat i więcej, warzywa – 59,6% osób, a piło soki – 31,7% kobiet w tej grupie kobiet.

Rzadko, bo mniej niż raz w tygodniu około 3 kobiety na 100 jadły warzywa, prawie 5 – owoce, a około 17 – piło soki owocowe lub warzywne. Najczęściej były to osoby najstarsze (odpowiednio 3,9%, 9,2% oraz 21,8%).

Nie odnotowano znaczących różnic w spożyciu codziennym owoców, warzyw czy soków pomiędzy kobietami mieszkającymi w miastach i na wsi, wśród kobiet w wieku 20-29 lat, 30-39 lat, 50-59 lat i 60-69 lat odsetki były na zbliżonym poziomie.

W poprzednim badaniu stanu zdrowia ludności Polski, który był przeprowadzony na przełomie listopada i grudnia 2004 r. respondentom zadano inne pytania dotyczące ich diety. Pytano czy są na diecie lub stosują specjalny sposób żywienia, czy sposób ich żywienia w okresie trzech lat przed przeprowadzeniem badania uległ zmianie oraz o główną przyczynę tej zmiany. Nie jest zatem możliwe porównanie wyników pochodzących z obydwu badań. W 2004 r. kobiety w wieku 15 lat i więcej częściej były na diecie lub stosowały specjalny sposób żywienia niż mężczyźni (odpowiednio 16,5% i 9,4%). Za główny powód stosowania specjalnego żywienia respondenci podawały najczęściej chorobę przewlekłą (9,1%). W okresie 3 lat przed przeprowadzeniem badania 18,1% kobiet zmieniło sposób odżywiania (dla mężczyzn wskaźnik ten wynosił 11,3%). Choroby i dolegliwości zdrowotne to również była najczęstsza przyczyna zmiany sposobu odżywiania.

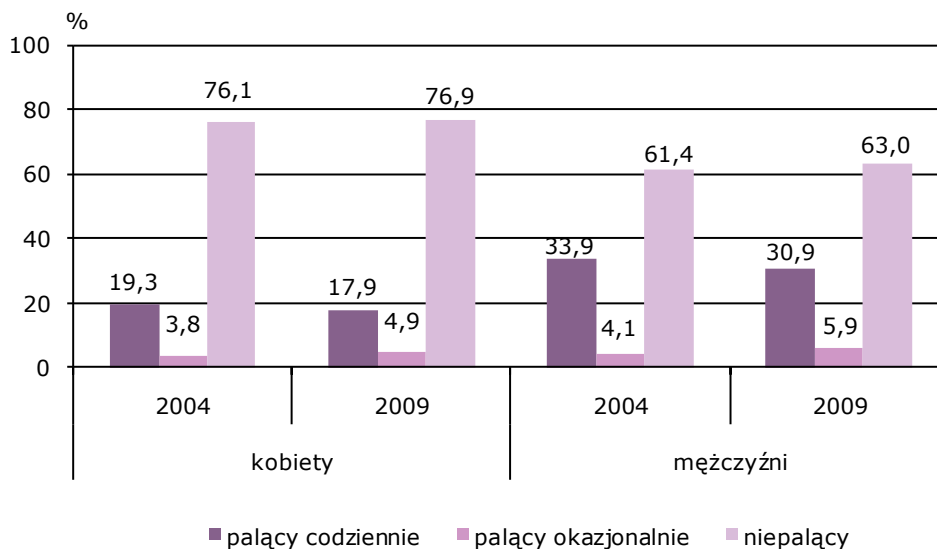
4.3 Palenie tytoniu i narażenie na dym tytoniowy

W 2009 r. tytoń pod różną postacią (papierosy, fajki, cygara i inne) paliło 22,8% kobiet, co stanowiło niewielki spadek w porównaniu z 2004 r. (23,1%). W 2009 r. prawie 18% kobiet paliło codziennie, a 5% okazjonalnie. Ponad trzy czwarte kobiet nie paliło wcale. Więcej mężczyzn niż kobiet (przewaga o 14 pkt proc.) paliło tytoń, zwłaszcza codziennie (przewaga o 13 pkt proc.).

Co czwarta mieszkanka miasta (25,7%) paliła papierosy w 2009 r., przy czym aż co piąta codziennie (20,4%), a co dwudziesta okazjonalnie (5,3%). Mniej palących kobiet mieszkało na wsi – 17,8%, spośród których 13,6% paliło codziennie, a 4,2% - okazjonalnie. Tym samym wystąpiły różnice w odsetkach niepalących kobiet w zależności od miejsca zamieszkania: w miastach grupa ta stanowiła 74,0%, podczas gdy na wsi 82,0%.

Najliczniej w 2009 r. paliły czterdziesto- i pięćdziesięciolatki – jedna trzecia kobiet w obydwu grupach wiekowych, spośród których po około 27% paliło codziennie. 28% trzydziestolatek również przyznało się do tego zachowania antyzdrowotnego, z których co piąta paliła codziennie. Wśród dwudziestolatek więcej niż co piąta kobieta paliła tytoń, a co szósta codziennie. Natomiast wśród nastolatek (15-19 lat) co dwudziesta paliła codziennie.

Wykres 34. Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o paleniu tytoniu



Najwięcej palących kobiet miało wykształcenie zasadnicze zawodowe – blisko co trzecia (31,8%). Do tego nałogu przyznała się również co czwarta kobieta z wykształceniem średnim i policealnym oraz co piąta z wykształceniem wyższym. Najliczniej paliły tytoń kobiety rozwiedzione lub w separacji (41,1%). Wśród mężatek paliła co czwarta (24,5%), a wśród panien co piąta (20,4%). Najrzadziej paliły wdowy (14,9%). Rozważając palenie kobiet według ich stanu cywilnego faktycznego, zaobserwować można, że częściej palą kobiety będące w związku (co czwarta – 25,2%) niż w nim nie będące (co piąta – 19,5%). Wśród kobiet bezrobotnych paliło aż 40,2%, przy czym dokładnie co trzecia paliła codziennie, a 6,9% okazjonalnie. Wśród kobiet pracujących paliło 28,1% kobiet (21,9% codziennie, 6,2% okazjonalnie), natomiast w grupie kobiet biernych zawodowo paliło prawie 17%.

Kobiety najczęściej paliły 10-19 papierosów dziennie (46,4%), a mężczyźni 20-29 (52,5%). Drugą pod względem częstości ilością wypalanych papierosów dziennie wśród kobiet było 20-29 sztuk (32,7%), a wśród mężczyzn 10-19 sztuk (29,9%). Odsetek osób mocno uzależnionych czyli palących co najmniej jedną paczkę (20 papierosów) dziennie wyniósł 36,5% kobiet i aż 62,5% mężczyzn.

Osoby palące codziennie w 2009 r. niezależnie od płci paliły najliczniej przez okres 20-29 lat i 10-19 lat. Ponad połowa palących codziennie kobiet paliła przez okres 10 do 29 lat (52,1%), wśród mężczyzn odsetek ten był niższy (46,5%). Natomiast znacznie większy był odsetek mężczyzn palących najdłużej – 40 lat i więcej, który wyniósł 13,6%, podczas gdy dla kobiet 8,3%.

Kobiety palące tytoń codziennie najczęściej mieszkają w województwach leżących przy zachodniej granicy Polski, czyli dolnośląskim (23,4%), opolskim (23,3%) i lubuskim (22,0%). Z kolei najmniej codziennych palaczek mieszkało

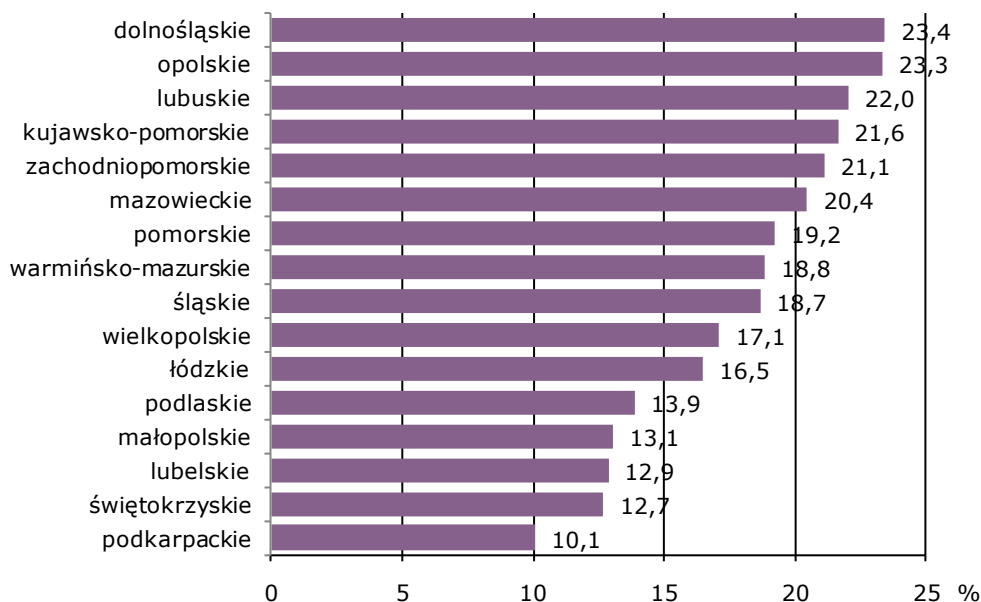
w południowo-wschodnich rejonach Polski – w województwach: podkarpackim (10,1%), świętokrzyskim (12,7%), lubelskim (12,9%) i małopolskim (13,1%).

Tabl. 15. **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o paleniu tytoniu w 2009 r.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Pałace			Niepa- łace	Brak danych
		razem	co- dziennie	okazjo- nalnie		
	w odsetkach					
O G Ó Ł E M	100,0	22,8	17,9	4,9	76,9	0,3
Miasta	100,0	25,7	20,4	5,3	74,0	0,3
Wieś	100,0	17,8	13,6	4,2	82,0	0,2
Wiek						
15-19 lat	100,0	7,8	5,2	2,6	92,1	0,2
20-29	100,0	22,2	16,0	6,2	77,3	0,5
30-39	100,0	28,0	20,8	7,2	71,9	0,1
40-49	100,0	32,5	26,6	6,0	67,3	0,2
50-59	100,0	32,8	27,1	5,7	67,0	0,2
60-69	100,0	19,4	16,3	3,0	80,5	0,1
70-79	100,0	5,4	3,8	1,7	94,0	0,5
80 lat i więcej	100,0	2,0	1,6	0,3	97,8	0,3
Poziom wykształcenia						
wyższe	100,0	19,8	13,9	5,8	80,2	0,1
policealne	100,0	25,2	19,2	6,0	74,8	-
średnie	100,0	24,8	18,7	6,1	74,8	0,3
zasadnicze zawodowe	100,0	31,8	26,9	4,9	68,0	0,2
gimnazjalne	100,0	10,8	8,0	2,8	89,0	0,2
podstawowe	100,0	16,6	13,9	2,6	83,1	0,4
bez wykształcenia	100,0	2,3	2,0	0,4	97,0	0,7

Na zdrowie kobiet jak i mężczyzn, oprócz palenia tytoniu, negatywny wpływ ma także narażenie na dym tytoniowy. Pytanie dotyczące narażenia na dym tytoniowy skierowane było tylko do osób niepalących lub palących okazjonalnie. W domu na ten szkodliwy czynnik narażonych było 21,4% kobiet, spośród których 11,7% kobiet narażonych było poniżej 1 godziny dziennie, 7,1% kobiet przez 1 do 5 godzin dziennie, a najdłużej, bo aż co najmniej 5 godzin dziennie – 2,6% kobiet. W podobnym stopniu jak w domu, kobiety narażone były na dym tytoniowy w miejscach publicznych i środkach transportu (20,9%), jednak zdecydowana większość z nich narażona była przez krótki czas – poniżej 1 godziny dziennie (18,3%), 2,5% przez 1-5 godzin dziennie. W przypadku narażenia w miejscach pracy wewnątrz budynków, aż 64,5% kobiet odpowiedziało, że ich ten problem nie dotyczy, 29%, że nie są narażone, a 6,5%, że są narażone. Narażenie to u co dwudziestej kobiety (4,7%) trwało krócej niż 1 godzinę dziennie, a u 1,6% od 1 do 5 godzin dziennie.

Wykres 35. Kobiety w wieku 15 lat i więcej palące tytoń codziennie według województw w 2009 r.



4.4 Spożycie alkoholu

Picie alkoholu może być w różnym stopniu szkodliwe dla organizmu oraz prowadzić do uzależnienia. Odsetki spożywających alkohol kobiet i mężczyzn nieznacznie się zmieniły w latach 2004 i 2009. Zauważyć jednak można, że udział pijących kobiet zmalał, podczas gdy odsetek mężczyzn wzrósł, obserwujemy również wzrost udziału niepijących kobiet, a spadek udziału abstynentów wśród mężczyzn. W 2009 r. blisko 85% mężczyzn oraz ponad 65% kobiet spożywało alkohol w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie.

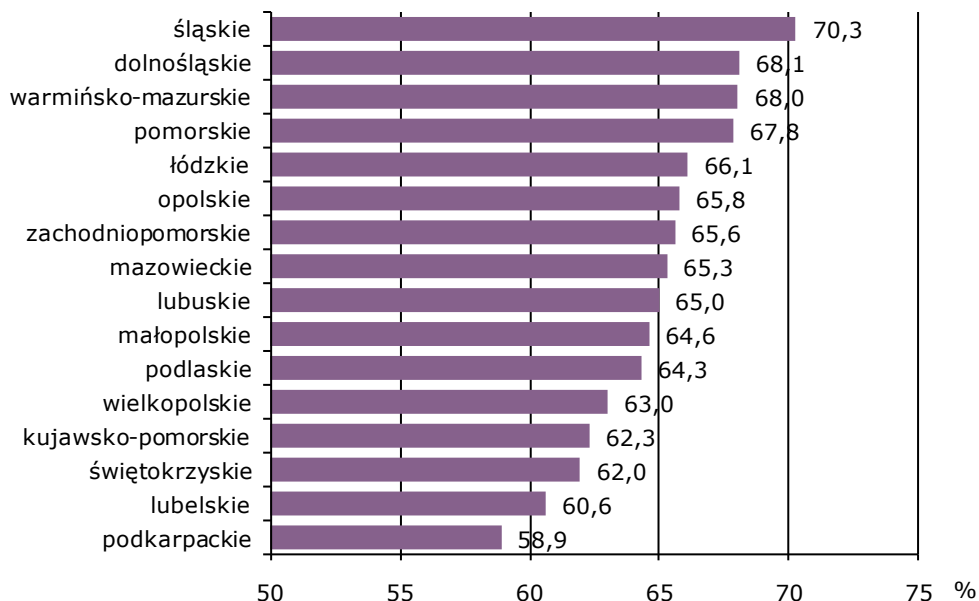
Tym samym różnica pomiędzy odsetkami pijących mężczyzn i kobiet wyniosła w 2009 r. aż blisko 20 pkt proc. Z kolei całkowitą abstynencję w 2009 r. zadeklarowali co trzecia kobieta (34,0%) i co siódmy mężczyzna (14,8%).

Pod względem częstości spożycia alkoholu, największą grupę zarówno kobiet jak i mężczyzn stanowiły osoby pijące najrzadziej czyli raz w miesiącu lub rzadziej (46,5% kobiet i 35,0% mężczyzn). Blisko co szósta kobieta (15,9%) i co trzeci mężczyzna (33,1%) pili alkohol dwa do czterech razy w miesiącu. Kobiet, które piły co najmniej cztery razy w tygodniu było 0,5%, a mężczyzn 3,6%.

Analizując picie alkoholu przez kobiety według wybranych aspektów demograficzno-społecznych zauważyć można, że częściej alkohol spożywały mieszkanki miast (68,3%) niż wsi (60,0%). Pod względem wieku najliczniej spożywały alkohol trzydziesto- i czterdziestolatki (odpowiednio 81,7% i 79,7%). Im wyższy poziom wykształcenia kobiety, tym większy odsetek pań pijących alkohol:

83,1% kobiet z wykształceniem wyższym, natomiast 69,0% z zasadniczym zawodowym

Wykres 36. Kobiety w wieku 15 lat i więcej pijące alkohol według województw w 2009 r.



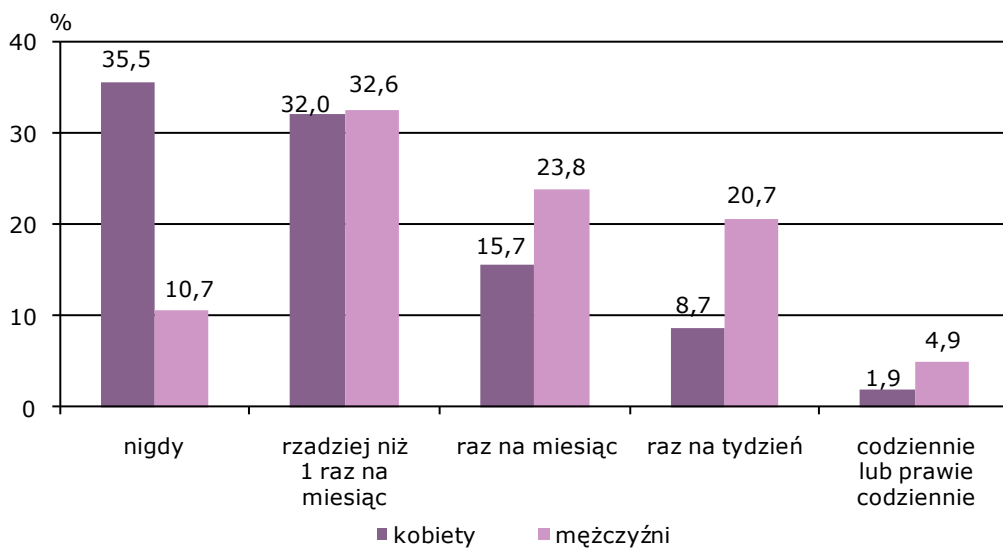
Pod względem stanu cywilnego prawnego, podobnie jak w przypadku palenia papierosów, najczęściej alkohol spożywały kobiety rozwiedzione i w separacji (76,2%), a także mężatki (72,2%), przy czym ponad połowa zarówno jednych jak i drugich piła rzadko, bo najwyżej raz w miesiącu (po prawie 52%), natomiast 20,7% kobiet rozwiedzionych lub w separacji i 17,2% zamężnych piło dwa do czterech razy w miesiącu. Wśród panien piło alkohol - 62,7%, w tym 39,6% raz w miesiącu lub rzadziej, a 19,7% 2-4 razy w miesiącu. Najrzadziej alkohol spożywały wdowy (42,2%), spośród których 36,4% piło najwyżej raz w miesiącu, a 5,1% 2-4 razy w miesiącu. Częściej (biorąc pod uwagę stan cywilny faktyczny) piły kobiety żyjące w związku (72,6%) niż żyjące samotnie (55,1%). W przeciwieństwie do palenia tytoniu, większa była grupa pijących kobiet mających pracę (81,8%) niż bezrobotnych (72,5%). Wśród kobiet biernych zawodowo alkohol spożywało 51,7%.

Najwięcej kobiet pijących alkohol mieszkało w województwach: śląskim, dolnośląskim i warmińsko-mazurskim, a najmniej w województwach południowo-wschodniej Polski: podkarpackim, lubelskim i świętokrzyskim.

W badaniu EHIS uzyskano również informacje na temat spożycia ryzykownego czyli 60 g czystego alkoholu przy jednej okazji. Model szkodliwego picia dotyczył 58,3% kobiet, przy czym 32,0% zadeklarowało, że picie tak dużej ilości alkoholu zdarzyło się im raz na miesiąc lub rzadziej. Blisko 16% kobiet piło w szkodliwy sposób raz na miesiąc, 8,7% raz na tydzień, natomiast 1,9% kobiet

piło codziennie lub prawie codziennie. 35,5% kobiet zadeklarowało, że nigdy lub prawie nigdy nie wypity tak dużej ilości alkoholu jednorazowo. Odsetki pijących szkodliwie mężczyzn były wyższe niż odsetki kobiet.

Wykres 37. Osoby w wieku 15 lat i więcej pijące alkohol co najmniej 2 razy w tygodniu według częstości spożycia jednorazowo co najmniej 60 g czystego alkoholu w 2009 r.



Rozdział V. Wybrane problemy zdrowotne

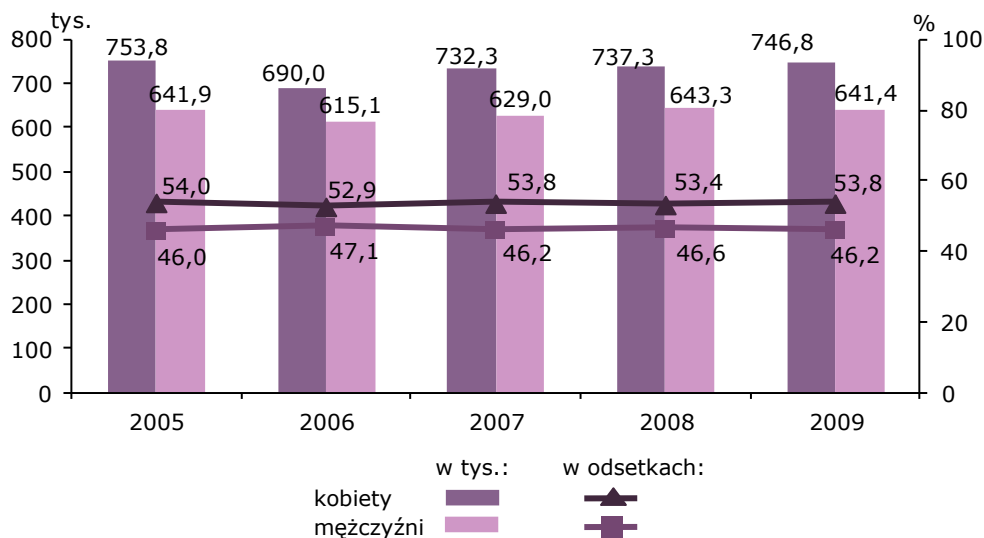
5.1 Zaburzenia zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne ma istotne znaczenie w życiu człowieka o czym może świadczyć fakt, iż zgodnie z definicją zdrowia przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization - WHO) w 1948 r. zostało ono zaliczone do jednego z trzech kluczowych wymiarów zdrowia. Wszystkie te wymiary, a więc fizyczny, psychiczny i społeczny muszą być brane pod uwagę przy ocenie stanu zdrowia, który bezpośrednio wpływa na sposób funkcjonowania człowieka w codziennym życiu.

W podrozdziale tym prezentowane są dane dotyczące psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej świadczonej w poradniach: zdrowia psychicznego, terapii uzależnienia od alkoholu i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz psychiatrycznej opieki całodobowej świadczonej w szpitalach psychiatrycznych oraz w szpitalnych oddziałach psychiatrycznych. Dane z zakresu psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej analizowane są za lata 2005-2009, a w przypadku psychiatrycznej opieki całodobowej prezentowane dane dotyczą lat 2004-2009.

W 2009 r. ze świadczeń psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej skorzystało 746,8 tys. kobiet, które stanowiły 53,8% ogółu pacjentów. W 2009 r. liczba leczonych kobiet zmniejszyła się o 0,9%, a mężczyzn o 0,1% w stosunku do wartości obserwowanych w 2005 r.

Wykres 38. Osoby leczone w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Współczynnik kobiet leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2009 r. wyniósł 3785,3. W stosunku do 2005 r. zaobserwowano spadek wartości tego współczynnika o 1,1%.

W latach 2005-2009 najwięcej kobiet leczonych było z powodu: zaburzeń nerwicznych związanych ze stresem i somatoformicznych¹⁰, zaburzeń nastroju (afektywnych) oraz organicznych zaburzeń psychicznych włącznie z zespołami objawowymi. W analizowanym okresie kobiety stosunkowo często były leczone także z powodu: schizofrenii, zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu oraz zaburzeń schizotypowych i urojeniowych. Mężczyźni najczęściej leczeni byli z powodu: zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, zaburzeń nerwicznych związanych ze stresem i somatoformicznych oraz organicznych zaburzeń psychicznych włącznie z zespołami objawowymi.

Tabl. 16. **Kobiety leczone w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej według najczęstszych rozpoznań**

Rozpoznania	2005		2007		2009	
	w liczbach bez- względ- nych	na 100 tys. ludności	w liczbach bez- względ- nych	na 100 tys. ludności	w liczbach bez- względ- nych	na 100 tys. ludności
O G Ó Ł E M	753848	3826,5	732265	3717,3	746835	3785,3
w tym:						
Zaburzenia nerwiczne związane ze stresem i somatoformiczne	218651	1109,9	211837	1075,4	225216	1141,5
Zaburzenia nastroju (afektywne)	31404	902,7	170151	863,8	172942	876,5
Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	108285	549,7	105000	533,0	108775	551,3
Schizofrenia	71040	360,6	69296	351,8	72219	366,0
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	39002	198,0	38569	195,8	38633	195,8
Zaburzenia schizotypowe i urojeniowe	34419	174,7	33966	172,4	30193	153,0

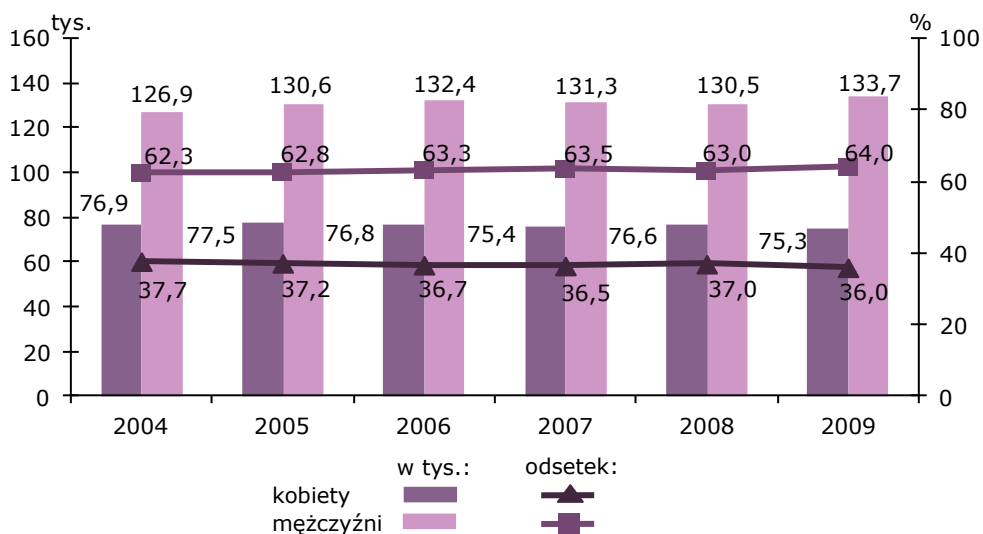
Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

¹⁰ Zaburzenia somatoformiczne to forma zaburzeń nerwicznych, polegająca na tym, że osoby dotknięte nimi odczuwają objawy sugerujące istnienie somatycznych problemów medycznych, chociaż nie ma żadnych organicznych lub czynnościowych podstaw uzasadniających występowanie takich problemów [Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. 2003, *Psychologia zaburzeń*, Tom 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk].

Z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej częściej korzystały kobiety, natomiast w psychiatrycznej opiece całodobowej zdecydowanie częściej leczenia byli mężczyźni.

W 2009 r. 75,3 tys. kobiet leczonych było w ramach psychiatrycznej opieki całodobowej, które stanowiły 36,0% wszystkich hospitalizowanych osób. Na przestrzeni lat 2004-2009 najmniej kobiet leczonych było w ramach opieki całodobowej (75,3 tys.) w 2009 r., a najwięcej (77,5 tys.) w 2005 r. W analizowanym okresie udział hospitalizowanych kobiet w stosunku do ogółu osób leczonych w ramach psychiatrycznej opieki całodobowej znajdował się w przedziale 36,0%-37,7%. W 2009 r. nastąpił spadek liczby hospitalizowanych kobiet (o 2,0%) oraz wzrost liczby hospitalizowanych mężczyzn (o 5,3%) w porównaniu z 2004 r.

Wykres 39. Osoby leczone w psychiatrycznej opiece całodobowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Współczynnik kobiet leczonych w psychiatrycznej opiece całodobowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2009 r. wyniósł 381,7. Na przestrzeni analizowanego okresu najmniejszą wartość tego współczynnika wynoszącą 382,8 odnotowano w 2007 r. Największy współczynnik kobiet leczonych w psychiatrycznej opiece całodobowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności zaobserwowano w 2005 r. i wyniósł on wówczas 393,3.

W 2004 r. najczęstszą przyczyną leczenia kobiet w psychiatrycznej opiece całodobowej były: zaburzenia nastroju (afektywne) oraz schizofrenia, a w 2009 r. schizofrenia i organiczne zaburzenia psychiczne włączanie z zespołami objawowymi. Mężczyźni w obu porównywanych latach byli najczęściej hospitalizowani z powodu: zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu oraz schizofrenii.

Tabl. 17. **Kobiety leczone w psychiatrycznych oddziałach całodobowych według najczęstszych rozpoznań**

Rozpoznania	2004		2007		2009	
	w liczbach bezwzględnych	na 100 tys. ludności	w liczbach bezwzględnych	na 100 tys. ludności	w liczbach bezwzględnych	na 100 tys. ludności
O G Ó Ł E M	76872	390,2	75410	382,8	75318	381,7
w tym:						
Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	13782	70,0	13974	70,9	14578	73,9
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	8186	41,5	10986	55,8	11318	57,4
w tym zespół uzależnienia	6174	31,3	8196	41,6	8797	44,6
Schizofrenia	14630	74,3	13740	69,8	16131	81,8
Zaburzenia schizotypowe i urojeniowe	7422	37,7	7441	37,8	5510	27,9
Zaburzenia nastroju (afektywne)	14803	75,1	12662	64,3	11661	59,1
w tym depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe	9284	47,1	8243	41,8	7507	38,0
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne	9890	50,2	9395	47,7	8811	44,7

Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

5.2 Nowotwory złośliwe¹¹

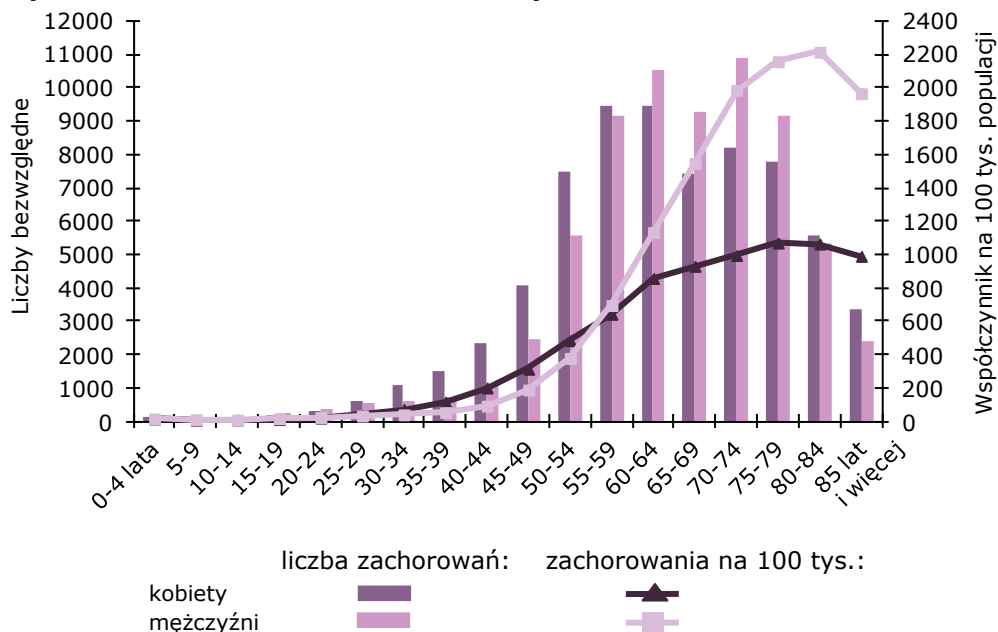
W ostatnich latach zwiększa się liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce. Nowotwory są chorobami przewlekłymi, które podobnie jak schorzenia układu krążenia, występują w większości u osób w starszym wieku. Wraz z wydłużaniem się średniego trwania życia, zwiększa się ryzyko zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe.

W 2009 r. zarejestrowano w Polsce 69,2 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet i 68,9 tys. u mężczyzn. Współczynnik zachorowań na nowotwory złośliwe wyniósł w 2009 r. u kobiet 351/100 tys., a u mężczyzn

¹¹ Dane dotyczące nowotworów złośliwych podane są łącznie z nowotworami in situ (D00-D09).

374/100 tys. ludności. W tym samym roku z powodu nowotworów zmarło 40,9 tys. kobiet i 52,4 tys. mężczyzn. Według oszacowań Centrum Onkologii, w 2006 r. 322,9 tys. osób żyło z chorobą nowotworową (174,9 tys. kobiet i 148,0 tys. mężczyzn) i liczby te utrzymywały się na podobnym poziomie w następnych latach. W przeliczeniu na 100 tys. ludności współczynnik chorobowości wynosił w 2006 r. 847 osób na 100 tys. populacji polskiej (888/100 tys. kobiet i 803/100 tys. mężczyzn).

Wykres 40. Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2009 r.



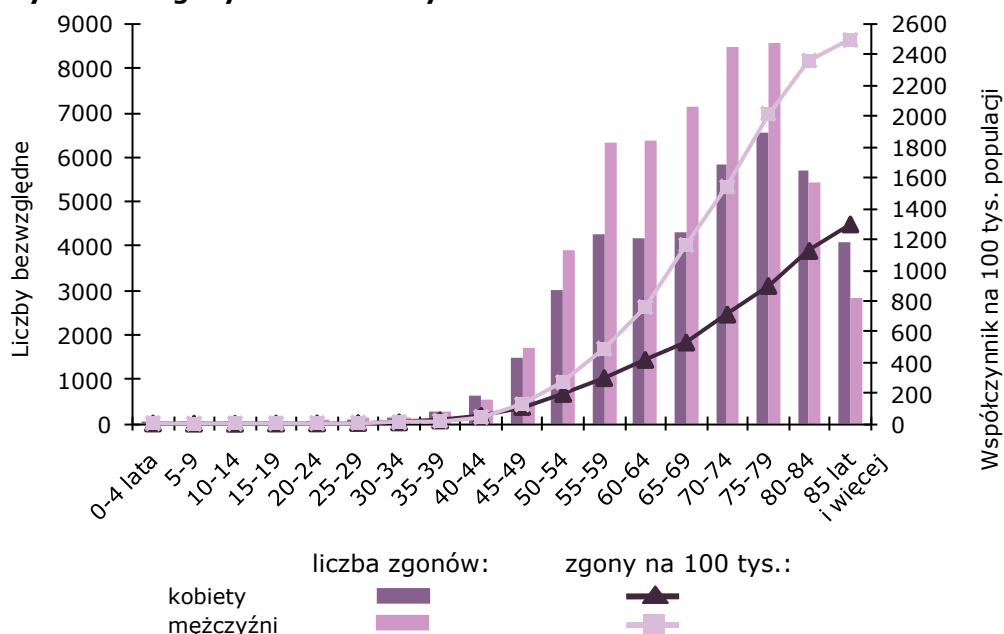
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe jest zróżnicowana w zależności od płci i wieku. Zachorowania wśród kobiet i mężczyzn w 2009 r. różniły się nieznacznie (były o 0,5% większe dla kobiet niż dla mężczyzn), jednak warto zauważyć, że kolejny rok liczba zgłoszonych zachorowań u kobiet przekroczyła liczbę zachorowań u mężczyzn. Współczynniki zachorowań na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności w 2009 r. były niższe dla kobiet o 6,2% niż dla mężczyzn. W 2009 r. liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych wyniosła 40,9 tys. wśród kobiet i była niższa od zgonów wśród mężczyzn o 11,5 tys., czyli o 22,0%. Współczynnik umieralności z powodu nowotworów u kobiet osiągnął wartość 207,3/100 tys. ludności i był o 27,1% niższy od współczynnika umieralności u mężczyzn (284,4/100 tys.).

Wraz z wiekiem rośnie ryzyko zachorowania i zgonu z powodu nowotworów. W 2009 r. wśród kobiet najczęściej zachorowań odnotowano w grupach wieku 55-59 lat i 60-64 lata (po 9,4 tys.), natomiast wśród mężczyzn w grupie wieku

60-64 lata (10,5 tys.) i 70-74 lata (10,9 tys.). Analizując rozkłady współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe według wieku (w 2009 r.) zaobserwować można wzrost ich wartości wraz z wiekiem u kobiet do 75-79 lat, a u mężczyzn do 80-84 lat. W grupie wieku 75-79 lat współczynnik zachorowań na nowotwory złośliwe wyniósł 1071/100 tys. kobiet i był ponad dwukrotnie niższy niż u mężczyzn (2159/100 tys.). Porównanie współczynników zachorowań według płci i pięcioletnich grup wieku pokazuje, że wśród dzieci i młodzieży (do 25-29 lat) są one na podobnym poziomie dla obydwu płci, częściej większe dla mężczyzn niż dla kobiet. Następnie w pięciu kolejnych grupach wieku (od 30-34 lat do 50-54 lat) wyraźnie większe były współczynniki dla kobiet niż dla mężczyzn. Po czym od 55-59 lat do najstarszej grupy wieku obserwuje się rosnącą przewagę wartości współczynników dla mężczyzn w porównaniu ze współczynnikami dla kobiet.

Wykres 41. Zgony na nowotwory złośliwe w 2009 r.



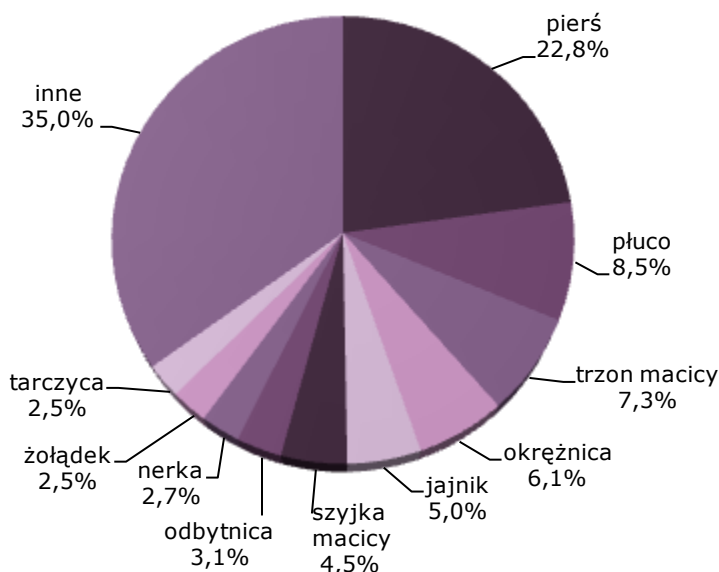
Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet w 2009 r. była najwyższa w grupie wieku 75-79 lat i wyniosła 6,5 tys., a wśród mężczyzn w grupie wieku 70-74 lata wyniosła 8,5 tys. zgonów. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe była szczególnie wysoka wśród kobiet w grupach wieku od 55-59 lat do 85 lat i więcej i wynosiła łącznie 35,2 tys. (od 4,3 tys. do 6,5 tys. w poszczególnych grupach wieku), a dla mężczyzn w grupie wieku 55-84 lata i wyniosła 42,8 tys. (od 5,7 tys. do 8,5 tys. w poszczególnych grupach wieku). Obserwujemy wyraźnie wyższą umieralność mężczyzn niż kobiet z powodu

nowotworów złośliwych w pięcioletnich grupach wiekowych. Największe różnice między liczbami zgonów na nowotwory złośliwe mężczyzn i kobiet odnotowano w przedziale wieku 55-79 lat - od 1,9 tys. do 3,0 tys. w 2009 r.

Analiza struktury zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet pokazuje, że spośród wszystkich nowo zarejestrowanych nowotworów złośliwych u kobiet w Polsce w 2009 r. (69,2 tys.), najczęstsze były nowotwory złośliwe piersi (15,8 tys.), płuca (5,9 tys.) oraz trzonu macicy (5,1 tys.). Często występowały również nowotwory złośliwe okrężnicy (4,2 tys.), jajnika (3,5 tys.) i szyjki macicy (3,1 tys.). Łącznie nowotwory złośliwe jelita grubego stanowiły 10,0% (6,9 tys.) wszystkich zarejestrowanych zachorowań i znalazły się na drugim miejscu w kolejności zachorowań według częstości występowania.

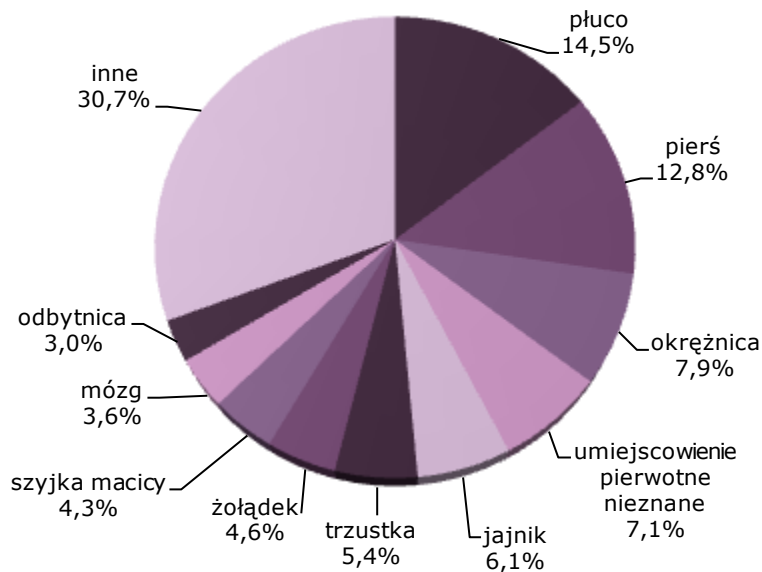
Wykres 42. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w 2009 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Z powodu nowotworów złośliwych zmarło w 2009 r. 40,9 tys. kobiet. 2009 r. był kolejnym rokiem, w którym odnotowano wśród kobiet największy odsetek zgonów nowotworowych z powodu nowotworu złośliwego płuca (5,9 tys.). Na drugim miejscu znalazł się rak piersi (5,2 tys.), następnie nowotwór złośliwy okrężnicy (3,3 tys.). Łącznie zmarło 4,7 tys. kobiet z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego, co stanowiło 11,6% wszystkich zgonów kobiet na nowotwory złośliwe. Odnotowano duży udział nowotworów złośliwych bez określenia umiejscowienia (C80) wśród ogółu zgonów na nowotwory złośliwe – były czwarte z kolei (2,9 tys.).

Wykres 43. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w 2009 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w 2009 r. była wyższa w porównaniu z 2004 r. o 10,3 tys. Największy wzrost w latach 2004-2009 wystąpił w grupie wieku 45-64 lat (o 6,6 tys.). Następną grupą wieku pod względem wzrostu liczby zachorowań były kobiety w wieku 65 lat i więcej (wzrost w porównaniu z 2004 r. o 2,9 tys.). Wśród dziewczynek i młodych kobiet (0-19 lat) liczba zachorowań w latach 2004-2009 utrzymywała się na podobnym poziomie, natomiast w grupie kobiet w wieku 20-44 lata w 2009 r. wystąpił wzrost w porównaniu z rokiem 2008 (o blisko 500 zachorowań), co nie było obserwowane w kilku wcześniejszych latach.

Tabl. 18. Zachorowania na nowotwory złośliwe wśród kobiet

Lata	Ogółem	W wieku			
		0-19 lat	20-44	45-64	65 lat i więcej
w liczbach bezwzględnych					
2004	58858	483	5057	23857	29461
2005	61689	538	5370	25767	30014
2006	61927	486	5197	26067	30177
2007	64597	456	5212	28281	30648
2008	65590	511	5382	28715	30982
2009	69178	495	5873	30482	32328

Tabl. 18. **Zachorowania na nowotwory złośliwe wśród kobiet (dok.)**

Lata	Ogółem	W wieku			
		0-19 lat	20-44	45-64	65 lat i więcej
na 100 tys. kobiet w danej grupie wieku					
2004	298,7	10,4	73,3	471,4	951,4
2005	313,1	12,0	77,5	500,7	957,7
2006	314,4	11,2	74,8	499,4	953,0
2007	327,9	10,7	74,7	534,7	961,6
2008	333,0	12,3	76,9	536,3	969,0
2009	350,6	12,1	83,7	563,1	1008,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Liczba zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych w 2009 r. była wyższa o 2,4 tys. w porównaniu z 2004 r. Największy wzrost liczby zgonów w ciągu lat 2004-2009 wystąpił, podobnie jak w przypadku zachorowalności, w grupie wieku 45-64 lat - o 1,5 tys. Wzrost liczby zgonów odnotowano także dla najstarszej grupy wieku (65 lat i więcej) - o 1,2 tys. Wśród kobiet w najmłodszej grupie wieku (0-19 lat) oraz kobiet w wieku 20-44 lata liczba zgonów na nowotwory w 2009 r. spadła w porównaniu z 2004 r. łącznie o 285. W najmłodszej grupie wieku spadek ten wyniósł - 33,1%, a w kolejnej - 15,6%.

Analizując przestrzenne zróżnicowanie występowania nowotworów złośliwych wśród kobiet w Polsce zaobserwować można, że najmniejsze współczynniki zachorowań w 2009 r. wystąpiły w województwach: podlaskim (281,1/100 tys. osób), zachodniopomorskim (305,5/100 tys.) i podkarpackim (315,3/100 tys.), natomiast największe w województwach: dolnośląskim (405,3/100 tys.), łódzkim (388,0/100 tys.) i pomorskim (383,5/100 tys.).

Tabl. 19. **Zgony na nowotwory złośliwe wśród kobiet**

Lata	Ogółem	W wieku			
		0-19 lat	20-44	45-64	65 lat i więcej
w liczbach bezwzględnych					
2004	38510	145	1517	11784	25064
2005	39345	110	1517	12082	25636
2006	39855	150	1408	12530	25767
2007	40612	114	1315	12895	26288
2008	40841	100	1219	12964	26558
2009	40895	97	1280	13270	26248

Tabl. 19. **Zgony na nowotwory złośliwe wśród kobiet (dok.)**

Lata	Ogółem	W wieku			
		0-19 lat	20-44	45-64	65 lat i więcej
na 100 tys. kobiet w danej grupie wieku					
2004	195,5	3,1	22,0	232,8	809,4
2005	199,7	2,4	21,9	234,8	818,0
2006	202,3	3,4	20,3	240,0	813,7
2007	206,2	2,7	18,9	243,8	824,8
2008	207,3	2,2	17,7	256,1	857,6
2009	207,3	2,4	18,2	245,1	818,4

Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Najmniejsza częstotliwość zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet wystąpiła w 2009 r. w województwach: podkarpackim (167,6/100 tys.) i lubelskim (172,2/100 tys.), a największa w kujawsko-pomorskim (234,4/100 tys.) i dolnośląskim (232,3/100 tys.). Zauważyć można, że kolejność poszczególnych województw pod względem zachorowalności i umieralności na nowotwory zmienia się w poszczególnych latach, choć tendencja w obrębie kraju w zakresie umieralności jest stała od wielu lat (wyższa umieralność w pasie województw z północny na południowy-zachód, niższa we wschodniej części Polski). Zmianie ulegają przede wszystkim wartości współczynników oraz różnice pomiędzy wartościami skrajnymi.

Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet w 2009 r. w poszczególnych województwach była podobna do struktury zachorowań dla kraju. We wszystkich województwach najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet był rak piersi, którego udział wśród wszystkich nowotworów wahał się od 18,4% w województwie podkarpackim do 25,5% w województwie mazowieckim. Nowotwory jelita grubego znalazły się na drugim miejscu w 13 województwach (od 8,7% w łódzkim do 11,0% w opolskim), a na trzecim w trzech (kujawsko-pomorskim, lubuskim i zachodniopomorskim). W tych trzech województwach na drugim miejscu znalazł się nowotwór złośliwy płuca. Udział nowotworów płuca wahał się od 6,0% w województwie świętokrzyskim do 11,3% w zachodniopomorskim. Nowotwór ten znalazł się na trzecim miejscu w ośmiu województwach. Kolejne pod względem częstości zachorowań były nowotwory trzonu macicy (od 5,7% w województwie pomorskim do 9,7% w podlaskim) oraz nowotwory jajnika i szyjki macicy, które zajmowały w zdecydowanej większości województw 5-6 miejsce w grupie najczęściej rozpoznawanych nowotworów.

Tabl. 20. **Zachorowania i zgony kobiet na nowotwory złośliwe według województw w 2009 r.**

Województwa	Zachorowania		Zgony	
	liczby bez-względne	na 100 tys.	liczby bez-względne	na 100 tys.
P O L S K A	69 178	350,6	40 895	207,3
dolnośląskie	6068	405,3	3477	232,3
kujawsko-pomorskie	4038	377,3	2509	234,4
lubelskie	3626	325,0	1927	172,2
lubuskie	1753	336,2	991	190,1
łódzkie	5186	388,0	3033	226,9
małopolskie	5627	332,8	3149	186,3
mazowieckie	8889	327,2	5860	215,7
opolskie	1875	352,2	1053	197,8
podkarpackie	3400	315,3	1807	167,6
podlaskie	1723	281,1	1130	184,4
pomorskie	4381	383,5	2447	214,2
śląskie	8623	358,6	5272	219,2
świętokrzyskie	2380	362,7	1245	189,8
warmińsko-mazurskie	2533	345,5	1443	196,8
wielkopolskie	6416	366,5	3713	212,1
zachodniopomorskie	2660	305,5	1839	211,2

Ź r ó ł o: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Pod względem umieralności, podobnie jak w skali całej Polski, tak w większości województw (dziesięciu) rak płuca był najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet. Odsetek zgonów z jego powodu wśród wszystkich nowotworów złośliwych wahał się od 9,7% w województwie podkarpackim do 18,4% w województwie pomorskim. W pięciu województwach najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów był rak piersi. Jego udział wśród zgonów nowotworowych we wszystkich województwach nie był już tak zróżnicowany jak w przypadku nowotworów płuca i wyniósł od 11,5% w województwach lubuskim i zachodniopomorskim do 13,8% w śląskim. Znaczący pod względem umieralności był także nowotwór jelita grubego, który zajął pierwsze miejsce w województwie podlaskim (13,5%), drugie w pięciu województwach (10,7%-13,0%), a w pozostałych dziesięciu znalazł się na trzecim miejscu pod względem udziału wśród wszystkich zgonów nowotworowych (10,2-12,4%).

5.3 Choroby zakaźne

Analiza dotycząca chorób zakaźnych została opracowana na podstawie informacji o zgłaszanych zachorowaniach, pochodzących z systemów informacyjnych funkcjonujących w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej. Dane dotyczą jedynie zgłaszanych przypadków chorobowych, które nie zawsze odpowiadają wszystkim zachorowaniom występującym na poziomie populacji.

Przedstawione poniżej dane o liczbie nowych zachorowań na choroby weneryczne, gruźlicę płuc oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B) wskazują na znacznie niższą liczbę rozpoznań u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Odsetki zachorowań w grupach wieku, obliczone na podstawie stosunku liczby nowych zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych kobiet w latach 2004-2009 do całkowitej liczby nowo zarejestrowanych zachorowań dla kobiet w tym okresie, wskazują na znaczne zróżnicowanie pomiędzy grupami wiekowymi kobiet. Podczas gdy w analizowanym okresie kobiety z najstarszych grup wiekowych najczęściej zapadały na gruźlicę płuc, to w przypadku chorób wenerycznych oraz wzw B najwyższe odsetki zachorowań przypadły dwudziesto- i trzydziestolatkom.

W 2009 r. zgłoszono nowo wykryte zakażenia wirusem HIV u 127 kobiet, (0,64/100 tys. kobiet). Stanowiło to kilkukrotną różnicę w porównaniu z mężczyznami, u których wykryto 539 nowych zakażeń (2,93/100 tys. mężczyzn).

W latach 2004-2009 zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) rozpoznawano częściej u mężczyzn. W 2009 r. wśród ogółu nowo rozpoznanych zachorowań (104), 22,1% zostało stwierdzonych u kobiet (23), natomiast 77,9% u mężczyzn (81). W latach 2004-2008 proporcja ta utrzymywała się na bardzo zbliżonym poziomie. Wśród kobiet w latach 2004-2009 zachorowania na AIDS stwierdzano najczęściej w grupach wieku 30-39 lat (44,2% rozpoznań) oraz 20-29 lat (29,6%). Odsetek rozpoznań w wymienionych grupach wiekowych stanowił 73,8% rozpoznań u kobiet w latach 2004-2009. Wielokrotnie niższe odsetki rozpoznań były charakterystyczne dla najstarszych (60 lat i więcej – 1,0%) i najmłodszych (0-19 lat – 8,5%) kobiet. Wśród mężczyzn w latach 2004-2009 AIDS najczęściej stwierdzano w grupach wiekowych: 30-39 lat (40,1%) i 40-49 lat (25,2%).

Liczba dzieci, które zachorowały na AIDS w wyniku wertykalnego przeniesienia wirusa HIV z matki na dziecko wynosiła 6 przypadków w 2009 r. Stanowiło to jednakże wzrost w stosunku do liczby dzieci zakażonych HIV przy urodzeniu w latach: 2005 - 2, 2006 - 4, 2007 - 1 i w 2008 - 3 dzieci. W 2004 r. zarejestrowano siedmioro dzieci zakażonych wirusem HIV od matek.

Sytuacja w zakresie zapadalności na AIDS i zakażeń HIV u kobiet i mężczyzn wykazała zróżnicowanie terytorialne. W 2009 r. najwięcej zakażeń HIV rozpoznano w województwie dolnośląskim (128 zgłoszeń; 4,45/100 tys.), natomiast najmniej w województwie podkarpackim (3 zgłoszenia; 0,14/100 tys.). W województwie małopolskim w 2009 r. nie wykryto nowego zakażenia wirusem HIV. Na niższym

poziomie odnotowano współczynniki zapadalności na AIDS. Zapadalność na AIDS była najwyższa w województwie: dolnośląskim (1,32/100 tys.), lubuskim (0,5/100 tys.) i podkarpackim (0,38/100 tys.), natomiast najniższa w województwach: świętokrzyskim (0,08/100 tys.), lubelskim (0,05/100 tys.) i śląskim (0,04/100 tys.).

W 2009 r. zarejestrowano 309 nowych zachorowań na kiłę wśród kobiet: współczynnik zapadalności wyniósł 1,57 na 100 tys. ludności. Oznaczało to wzrost w odniesieniu do poprzednich lat: 2007 – 1,08/100 tys. (213 nowych zachorowań), 2008 – 1,12/100 tys. (221), 2006 – 1,36/100 tys. (268) i 2005 – 1,45/100 tys. (286) z wyjątkiem roku 2004, w którym liczba nowych przypadków kiły była nieznacznie wyższa – 1,61 (318). Dla mężczyzn w 2009 r. odnotowano ponad trzykrotnie wyższe wartości: 958 nowych zachorowań, 5,20/100 tys. ludności.

Najwięcej nowych zachorowań na kiłę u kobiet w latach 2004-2009 wystąpiło w grupie wiekowej 30-44 lat (31,5%). W dwóch młodszych grupach wiekowych kobiet (20-24 lata – 20,9%; 25-29 lat – 21,8%) łączny odsetek przekroczył wartość 40%. W przypadku mężczyzn maksymalny odsetek zachorowań w badanym czasie, odnotowano w grupie wiekowej 30-44 lat (39,3%).

W 2009 r. zarejestrowano 12 przypadków kiły wrodzonej, odzwierciedlającej zapadalność na kiłę u kobiet w wieku rozrodczym. Stanowiło to wzrost w stosunku do lat 2005-2007, w których przypadki zakażenia krętkiem kiły w okresie ciąży były rzadsze: 2005 r. – 6, 2006 r. – 9, 2007 r. – 4. W 2008 r. nie odnotowano nowego zachorowania na kiłę wrodzoną, natomiast w 2004 r. liczba przypadków wyniosła 18.

Współczynnik zapadalności na rzeżączkę wśród kobiet w 2009 r. wyniósł 0,22/100 tys. ludności (44 nowe zachorowania). Tym samym odnotowano wzrost w porównaniu z latami: 2005 – 0,21/100 tys. (42 nowe zachorowania), 2007 – 0,18/100 tys. (35) i 2008 – 0,14/100 tys. (28).

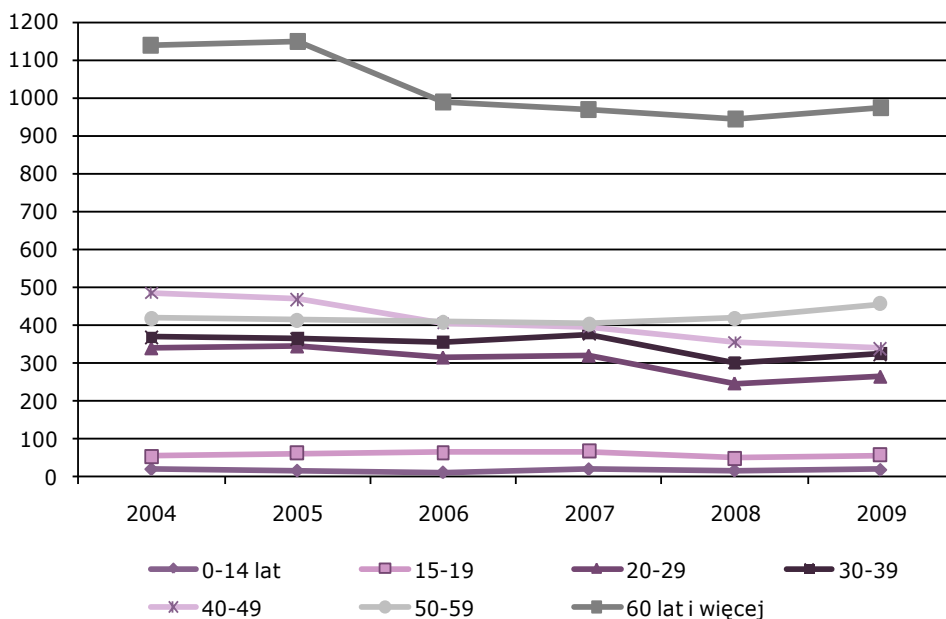
Podobnie jak w przypadku AIDS i kiły, zaobserwowano wielokrotnie wyższą liczbę zachorowań na rzeżączkę wśród mężczyzn w porównaniu z kobietami. Dane roczne z okresu 2004-2009 wskazują na minimum siedmiokrotnie wyższą liczbę rejestrowanych przypadków rzeżączki u mężczyzn w stosunku do kobiet. W 2009 r. zarejestrowano 358 nowych przypadków rzeżączki u mężczyzn oraz 44 u kobiet. Najwięcej nowych zachorowań wśród kobiet w latach 2004-2009 zostało rozpoznanych w grupie wiekowej 20-24 lata (28,6%) oraz 30-44 lata (27,1%). W analizowanym czasie u mężczyzn w wieku 30-44 lata zaobserwowano 37,0% ogólnej liczby zachorowań, natomiast w młodszej grupie wiekowej (25-29 lat) udział ten stanowił 25,2%. Udział zachorowań osób w wieku 15-19 lat i powyżej 44 lat, zarówno wśród mężczyzn (odpowiednio 2,8% i 15,4%) jak i kobiet (odpowiednio 10,2% i 13,3%), nie był już tak wysoki.

Porównanie międzywojewódzkie wskazuje na wyższą liczbę nowych zachorowań na kiłę wczesną w porównaniu z rzeżączką w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2009 r. Jedyny wyjątek stanowi województwo kujawsko-pomorskie, w którym wartość współczynnika zapadalności dla rzeżączki (2,42/100 tys.) była nieznacznie wyższa od wartości odnotowanej dla kiły (2,22/100 tys.).

Województwami o najwyższej zapadalności na kiłę wczesną były: mazowieckie (7,06/100 tys.), małopolskie (3,71/100 tys.) i śląskie (3,21/100 tys.), natomiast kilkakrotnie niższą zapadalność zarejestrowano w województwach: opolskim (0,97/100 tys.), świętokrzyskim (0,55/100 tys.) i podkarpackim (0,24/100 tys.). Duże zróżnicowanie terytorialne wykazała także zachorowalność na rzeżączkę, z najwyższymi wartościami w województwach: mazowieckim (4,30/100 tys.) i kujawsko-pomorskim (2,42/100 tys.) oraz najniższymi w dolnośląskim (0,03/100 tys.) i podkarpackim (0,05/100 tys.), w których stwierdzono po jednym nowym przypadku zachorowania w 2009 r.

Wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciwko gruźlicy w latach 50-tych ubiegłego wieku i wysoki poziom zaszczepień spowodowały stopniową redukcję liczby nowo wykrywanych przypadków zachorowania na gruźlicę w Polsce. Nadal jednak najkorzystniejszy wpływ na poprawę sytuacji epidemiologicznej mają działania nakierowane na wczesne wykrywanie i leczenie nowych przypadków zachorowań. Podobnie jak w poprzednich latach, tak w 2009 r., wśród wszystkich postaci gruźlicy u kobiet dominowała gruźlica płuc z liczbą nowo zarejestrowanych przypadków wynoszącą 2425. Współczynnik zapadalności dla kobiet w 2009 r. wyniósł 12,29/100 tys. kobiet i był ponad dwukrotnie niższy od analogicznego współczynnika odnotowanego u mężczyzn - 28,38/100 tys. (5229 nowych zachorowań). Zapadalność obliczana dla kobiet była nieznacznie wyższa od obserwowanej w 2008 r. – 11,78/100 tys.

Wykres 44. Zachorowania kobiet na gruźlicę płuc



Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

Na gruźlicę płuc częściej zapadały osoby pochodzące ze starszych grup wiekowych, zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Najwięcej nowych zachorowań u kobiet w latach 2004-2009 odnotowano w najstarszej grupie wiekowej (60 lat i więcej – 39,8% zachorowań). Przekroczyło to znacznie udział w każdej z dwóch młodszych grup wiekowych (40-49 lat – 15,8% i 50-59 lat – 16,3%). W przypadku mężczyzn odsetek zachorowań w trzech najstarszych grupach wiekowych był mniej zróżnicowany i wyniósł odpowiednio 23,9% w grupie 40-49-latków, po 28,2% u 50-59-latków oraz mężczyzn w wieku 60 lat i więcej. Udział zachorowań wśród kobiet w wieku 0-14 lat i 15-19 lat (odpowiednio 0,7% i 2,3%) był nieznacznie wyższy niż u mężczyzn (odpowiednio 0,3% i 1,1%).

Na początku lat 90-tych ubiegłego wieku wprowadzono szczepienie przeciwko wzv B do programu szczepień. W latach 1994-1996 w ramach programu objęto szczepieniami oprócz osób z grup narażonych także wszystkie noworodki i młodzież w wieku 14 lat (od 2000 r.). Wprowadzenie szczepień wraz ze stopniową poprawą bezpieczeństwa biologicznego w placówkach opieki zdrowotnej wpłynęło na znaczne obniżenie współczynników zapadalności na wzv B w porównaniu z latami 80-tych XX wieku¹². Współczynnik zapadalności na wzv B u kobiet w 2009 r. wyniósł 2,93/100 tys. (579 nowych zachorowań) i był niższy od wartości odnotowanej w 2009 r. u mężczyzn: 4,86/100 tys. (896 nowych zachorowań). W latach 2004-2009 w zróżnicowany sposób kształtowała się wartość współczynników zapadalności na wzv B. Po początkowym, niewielkim wzroście współczynnika w 2005 r. (3,08/100 tys.) w porównaniu z 2004 r. (2,80/100 tys.), w kolejnych latach obserwowano stopniowy spadek wartości współczynników zapadalności: 2006 r. – 2,95/100 tys.; 2007 r. – 2,57/100 tys.; 2008 r. – 2,44/100 tys., aż do ponownego wzrostu w 2009 r. (2,93/100 tys.).

Wyniki analizy danych o liczbie nowych zachorowań w grupach wiekowych kobiet w latach 2004-2009 wskazały na grupę młodzieży w wieku 15-29 lat (28,8%) i osób dorosłych w wieku 30-39 lat (17,3%) jako najczęściej zakażanych wzv B. Nowe przypadki zachorowań diagnozowano z mniejszą częstotliwością w trzech kolejnych grupach wiekowych kobiet: 40-49 lat (14,6%); 50-59 lat (14,9%) i 60-74 lat (13,0%). Udział procentowy zakażeń odnotowanych po raz pierwszy w przypadku kobiet w podeszłym wieku (75 lat i więcej – 8,7%), podobnie jak i dziewczynek (0-14 lat – 2,6%), był niższy.

Porównanie współczynników zapadalności na wzv B w grupach wiekowych kobiet pomiędzy latami 2004 i 2009 pokazało na wyższe współczynniki dla dziewczynek (0-14 lat) i kobiet w wieku powyżej 50 lat w 2004 r., natomiast w 2009 r. odnotowano większą zapadalność wśród młodych kobiet (15-29 lat) i tych w wieku 30-49 lat.

Wśród mężczyzn należących do grupy wiekowej 15-39 lat odnotowano ponad połowę (53,2%) wszystkich przypadków nowych zakażeń wzv B w latach 2004-2009, co stanowi wyraźną przewagę w stosunku do odsetka odnotowanego

¹² Wojtyniak B., Goryński P. red. (2008), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, s. 134-135.

u osób ze starszych grup wiekowych: 40-49 lat (14,2%); 50-59 lat (12,7%) i 60-74 lat (11,1%). Ponownie, zaobserwowano niewielki udział zakażeń wykazanych po raz pierwszy zarówno u najstarszych (5,0%) jak i najmłodszych (3,7%) mężczyzn.

Wykres 45. Zachorowania kobiet na wirusowe zapalenie wątroby typu B
Na 100 tys. ludności



Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Podsumowanie

Zachowanie dobrego zdrowia ma istotne znaczenie dla kobiet. Pełnienie przez kobiety wielu ról społecznych wymaga od nich zarówno prowadzenia prawidłowego stylu życia jak i utrzymywania dobrego stanu zdrowia. Zdrowie jest elementem warunkującym i dającym możliwość realizacji planów osobistych i zawodowych.

Kobiety stanowiły 51% ogólnej liczby ludności w 2009 r. W porównaniu z 2004 r. liczba dziewczynek w wieku do 14 lat zmniejszyła się o 9,5%, natomiast o 3,1% wzrósł udział kobiet w wieku 65 lat i więcej.

Tendencje obserwowane w ostatnich dziesięcioleciach w Polsce, jak również w innych krajach rozwiniętych, to mniejsza liczba dzieci, na jakie decydują się rodzice i rosnący wiek kobiet rodzących dzieci. W 2009 r. odnotowano spadek liczby urodzeń dzieci o 42,3% w porównaniu z rokiem 1983, który był szczytowym rokiem wyżu demograficznego. Natomiast w 2004 r. wystąpił pierwszy od wielu lat wzrost urodzeń, który był konsekwencją wejścia w wiek najwyższej płodności kobiet urodzonych w latach 1982-1984 oraz realizacji planów rodzicielskich kobiet ze wcześniejszych roczników. W 2009 r. współczynnik dzietności zwiększył się w porównaniu z 2004 r., przy czym nadal był na poziomie niższym niż w 1980 r. (wyniósł odpowiednio 1,4, 1,23 oraz 2,28). Od kilku lat najwięcej kobiet rodzących dzieci było w wieku 25-29 lat, natomiast średni wiek kobiet rodzących dzieci wyniósł 28,5 lat, a rodzących pierwsze dziecko 26,3 lat. Najwięcej kobiet rodzących dzieci w 2009 r. posiadało wykształcenie wyższe (37%) lub średnie (36%). Głównym źródłem utrzymania większości kobiet rodzących dzieci w 2009 r. była praca (70%), spośród których 62% miało pracę najemną, a 8% pracowało na własny rachunek.

Znaczący jest wpływ dynamicznie rozwijających się nowych technologii medycznych, farmakologii, diagnostyki medycznej oraz prowadzenie zdrowego stylu życia przez kobiety i mężczyzn na długość przeciętnego trwania życia. W ostatnich dwudziestu latach przeciętne trwanie życia zarówno Polek jak i Polaków uległo wydłużeniu. W 2009 r. kobiety żyły przeciętnie 80,1 lat, a mężczyźni - 71,5 lat. W porównaniu z 2004 r. kobiety żyły dłużej o 0,8 roku, natomiast mężczyźni o 0,9 roku. Od kilkudziesięciu lat obserwuje się zjawisko nadumieralności mężczyzn. W 2009 r. różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn wyniosła 8,6 roku. Przeciętne trwanie życia w Polsce jest zróżnicowane w zależności od miejsca zamieszkania. W 2009 r. przeciętne trwanie życia kobiet zamieszkałych w miastach wyniosło 80 lat, czyli o 0,2 roku krócej niż mieszkanek wsi, natomiast mężczyźni z miast żyli 71,9 lat, czyli prawie o rok dłużej niż mieszkańcy wsi. Takie relacje zaczęto obserwować od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku.

Umieralność w latach 2004-2009 obserwowana dla kobiet była niższa niż dla mężczyzn. Dla kobiet wartość współczynnika zgonów w 2009 r. wyniosła 918/100 tys. (wzrost o 7,1% w porównaniu do 2004 r.), a dla mężczyzn 1106/100 tys. (wzrost o 5,0%). W analizowanym okresie współczynniki umieralności, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn, były wyższe na wsi niż w miastach. W latach 2004-2009 ponad połowa wszystkich zgonów kobiet

spowodowana była chorobami układu krążenia. Kolejnymi przyczynami zgonów były: choroby nowotworowe (1/4 zgonów kobiet), objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych, choroby układu oddechowego, choroby układu trawiennego i zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu.

Informacji do monitorowania sytuacji zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej dostarcza cyklicznie realizowane, reprezentacyjne badanie ankietowe stanu zdrowia ludności. Jak pokazały wyniki badania EHIS dotyczące oceny stanu zdrowia, najczęściej (41,2%) kobiety oceniły swój stan zdrowia jako dobry (dla mężczyzn wskaźnik ten wyniósł 43,1%). W porównaniu z wynikami poprzedniego badania odnotowano największy wzrost odsetka kobiet z bardzo dobrym stanem zdrowia (wzrost o 5,5 pkt proc). Poprawa w zakresie oceny stanu zdrowia w ciągu ostatnich 5 lat widoczna była zarówno w miastach, jak i na wsi. W podziale na grupy wieku w 2009 r. najczęściej bardzo dobrze oceniany był stan zdrowia dziewcząt w wieku 0-14 lat oraz nastolatek w wieku 15-19 lat. Dobry stan zdrowia był najczęściej wskazywany przez kobiety z wykształceniem wyższym, policealnym, gimnazjalnym i średnim oraz zasadniczym zawodowym. W odniesieniu do stanu cywilnego prawna ocena dobra najczęściej wystąpiła wśród panien (46,7%) oraz kawalerów (43,8%).

Nadwaga i otyłość są czynnikami ryzyka rozwoju wielu chorób nowotworowych, chorób układu krążenia i cukrzycy, które zmniejszają długość życia i prowadzą do przedwczesnych zgonów. W 2009 r. co druga kobieta w wieku 15 lat i więcej miała wagę w normie, a prawie jedna trzecia posiadała nadwagę. W porównaniu z danymi z 2004 r. odsetek kobiet z nadwagą, jak również mających otyłość wzrósł prawie o 3 pkt proc. Nadwaga, jak i otyłość najczęściej występowała u kobiet w wieku 50 lat i starszych. Waga w normie była przeważająca u panien, natomiast nadwaga dotyczyła prawie jednej trzeciej kobiet zamężnych i rozwiedzionych/separowanych oraz blisko 40% wdów, natomiast otyłość dominowała wśród wdów - 25%.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności przyczynia się do ograniczenia aktywności zarówno w życiu codziennym jak i zawodowym. W 2009 r. w porównaniu z 2004 r. odnotowano w Polsce wzrost (o 7,1 pkt proc.) odsetka kobiet z długotrwałymi problemami zdrowotnymi. W obydwu badaniach stanu zdrowia ludności problemy zdrowotne trwające co najmniej 6 miesięcy były częstsze wśród mieszkanek miast niż wsi.

Chorobą przewlekłą, która objęła największą część populacji dziewcząt w wieku 0-14 lat, zarówno w roku 2004 (8,4%) jak i w 2009 r. (14,0), była alergia. Jest to także choroba, której częstość występowania znacznie wzrosła pomiędzy analizowanymi latami. Odnotowano wzrost odsetka dziewcząt cierpiących na następujące choroby i dolegliwości przewlekłe: częste bóle głowy, choroby oka i choroby kręgosłupa. Jednostką chorobową o charakterze przewlekłym, najczęstszą wśród kobiet w wieku 15 lat i więcej w latach 2004 (19,7%) i 2009 (23,1%) było nadciśnienie tętnicze. Często deklarowano także chorobę wieńcową serca (2004 r.: 7,1%, 2009 r.: 11,2%) i alergię (2004 r.: 5,2%, 2009 r.: 9,9%).

Pomiędzy analizowanymi badaniami odnotowano wzrost odsetka kobiet w wieku 15 lat i więcej, u których wystąpiły choroby i dolegliwości przewlekłe, takie jak alergia, choroba wieńcowa serca, nadciśnienie tętnicze, choroby tarczycy, cukrzyca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, udar mózgu i nowotwory złośliwe.

W porównaniu z 2004 r. zmniejszyła się liczba kobiet niepełnosprawnych według kryterium NSP, ujmującego osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności i/lub deklarujące poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności. Podobnie, zmniejszył się udział respondentek niepełnosprawnych prawnie i biologicznie (o 3,4 pkt proc.) oraz tylko biologicznie (o 1,1 pkt proc.). Na wyższym poziomie w 2009 r. zaznaczył się natomiast odsetek kobiet niepełnosprawnych tylko prawnie (o 2,2 pkt proc.). Odnotowano wśród kobiet w podeszłym wieku, znacznie częściej niż u respondentek w wieku średnim, występowanie niepełnosprawności definiowanej według kryterium NSP. Niepełnosprawność w 2004 r. częściej (o 1,3 pkt proc.) odnotowano wśród mieszanek wsi niż miast, a w 2009 r. odnotowano większy (o 1 pkt. proc.) odsetek niepełnosprawnych kobiet z miast. Wśród niepełnosprawnych kobiet najczęściej rozpowszechnione były uszkodzenia i choroby narządu ruchu (59,4%) oraz schorzenia układu krążenia (51,7%). Wraz z wiekiem u kobiet niepełnosprawnych rósł odsetek kobiet z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu, schorzeniami układu krążenia i chorobami narządu słuchu. W 2009 r. na tym samym poziomie odnotowano udział kobiet w wieku 15 lat i więcej z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu lekkim i znacznym (po 3,9%), natomiast na nieznacznie wyższym poziomie (4,6%) kobiet z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym.

Trudności w samodzielnym wykonywaniu codziennych czynności mają znaczny wpływ na jakość życia. W 2009 r. kobiety najczęściej wskazywały na trudności w wykonywaniu następujących czynności codziennych: kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła (9,2%), umycie i wytarcie całego ciała (7,8%) oraz ubieranie się i rozbieranie (6,8%). Mieszkanki wsi częściej zgłaszały trudności w wykonywaniu wspomnianych czynności codziennych w porównaniu z kobietami z miast. W odniesieniu do czynności domowych, ograniczenia spowodowane stanem zdrowia, niesprawnością lub wiekiem były powodem trudności w wykonaniu ciężkich prac domowych dla częściej niż co piątej (22,4%) dorosłej kobiety i trudności w robieniu zakupów dla częściej niż co dziesiątej kobiety (11,4%). Ograniczenia zdrowotne stanowiły przeszkodę w lekkich pracach domowych (8,3%) i przygotowywaniu posiłków (5,5%). Stan zdrowia, podeszły wiek i niepełnosprawność częściej utrudniały samodzielne wykonywanie poszczególnych czynności domowych respondentkom mieszkającym na wsi niż w miastach.

Kolejnym czynnikiem, który wpływa na jakość i komfort życia jest odczuwanie bólu i dyskomfortu fizycznego. Kobiety częściej niż mężczyźni (o 10,2 pkt proc.) informowały o występowaniu bólu lub dyskomfortu fizycznego w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie EHIS przeprowadzone w 2009 r. Dla

każdej kategorii więcej kobiet niż mężczyzn deklaroowało odczuwanie bólu lub dyskomfortu, częściej mieszkanki miast (62,2%) niż wsi (59,1%).

Pytania o odczuwane uczucia i nastroje pozwoliły na ocenę stanu emocjonalnego respondentów. Dwie na pięć dorosłych kobiet przez większość dni w analizowanym okresie deklaroowało, że czuły się szczęśliwe, odczuwało „dużo siły i energii do działania” oraz było „pełnych życia”. W ciągu całego lub większości badanego okresu spokój i opanowanie charakteryzowały przeważający odsetek (70,7%) badanych kobiet. Smutek, uczucie przybicia i chandra były typowe dla jednej na dwanaście (8,2%) badanych kobiet. Jeszcze rzadziej odczuwały stan głębokiego przygnębienia. W sposób ciągły lub przez więcej niż dwa tygodnie zmęczenie towarzyszyło jednej na pięć badanych kobiet, podczas gdy niemal dwukrotnie mniej kobiet wskazało na wyczerpanie. Pozytywne aspekty zdrowia psychicznego były częściej odczuwane przez kobiety w wieku poniżej 40 lat w porównaniu ze starszymi respondentkami oraz przez mężczyzn w porównaniu z kobietami.

Sprawny system opieki zdrowotnej, zapewniający między innymi łatwy dostęp do profilaktyki i leczenia, jest istotnym czynnikiem wpływającym na poprawę stanu zdrowia. Wyniki badania EHIS wskazują, że w 2009 r. w porównaniu z 2004 r. nastąpił wzrost odsetka kobiet wykonujących badania profilaktyczne. Zjawisko to widoczne było zarówno w przypadku badań przeznaczonych tylko dla kobiet, jak też w pozostałych badaniach profilaktycznych. Odnotowano wzrost odsetka kobiet, które miały wykonaną mammografię i cytologię (o 11,7 pkt proc. i o 6,6 pkt proc.) oraz szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (o 5,6 pkt proc.). Natomiast odsetek pań poddających się pomiarowi ciśnienia krwi uległ zmniejszeniu (o 1,8 pkt proc.). Wykonywanie badań profilaktycznych częściej deklaroowały kobiety mieszkające w miastach niż na wsi.

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe częściej lekarzy odwiedzały mieszkanki miast niż wsi - przewaga ta wyniosła 3,6 pkt proc. Z pomocy pediatry korzystały głównie dziewczynki z najmłodszej grupy wieku (0-4 lata - 95,8%), natomiast z porad lekarza rodzinnego i pierwszego kontaktu najczęściej korzystały najstarsze panie (80 lat i więcej - 92,2%).

Z pomocy lekarzy specjalistów, w ciągu 12 miesięcy przed badaniem EHIS, skorzystało 50,6% kobiet, częściej mieszkanki miast niż wsi (o 13,1 pkt proc.). Ponad 12% kobiet stwierdziło, że w ciągu badanego roku miało potrzebę skonsultowania się ze specjalistą, ale tego nie zrobiły. Głównym powodem rezygnacji była długa lista oczekujących. Niepokojący jest odsetek kobiet (ponad 19%) z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, które musiały - pomimo potrzeby - zrezygnować z pomocy specjalisty.

W ciągu badanego roku 48,0% kobiet skorzystało z porad lekarza dentysty. W porównaniu z 2004 r. było to więcej o 2,8 pkt proc. i wzrost dotyczył wszystkich grup wieku. Częściej z pomocy lekarza dentysty korzystały mieszkanki miast niż wsi. Najczęściej gabinety stomatologiczne odwiedzały nastolatki (około 67%).

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS leczeniu w szpitalu z noclegiem poddało się 11,6% kobiet. Zarówno w 2009 r. jak i 2004 r. przewagę

wśród hospitalizowanych stanowiły mieszkanki miast. W ciągu badanego roku 2,6% kobiet, które powinny poddać się leczeniu szpitalnemu zrezygnowało z niego. Najczęściej jako powód rezygnacji panie podawały „listę oczekujących, inne powody związane ze szpitalem”.

Korzystanie z usług medycznych nie dotyczy tylko wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego, specjalisty czy leczenia szpitalnego. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ankietowe prawie, co druga kobieta skorzystała z laboratorium analitycznego, pracowni radiologicznej lub innej (np. USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego), stanowiących usługi świadczone przez pozostały personel medyczny. Mniej niż 1% kobiet stwierdziło, że leczyło się u homeopaty, specjalisty od akupunktury, ziołarza lub innej osoby praktykującej medycynę alternatywną.

Wyniki badania EHIS wskazują, że coraz większa liczba kobiet zażywa leki. W ciągu badanych 2 tygodni prawie 8 na 10 kobiet przyjmowało lekarstwa. W porównaniu z 2004 r. odnotowano wzrost odsetka kobiet stosujących leki o 15,2 pkt proc. Wyniki poprzedniego badania pokazały, że najwięcej kobiet (ponad 1/3) zażywało tylko leki przepisane przez lekarza. W ciągu 5 lat odsetek kobiet sięgających tylko po te leki zmniejszył się o 13,9 pkt proc. Wzrósł natomiast odsetek kobiet zażywających tylko leki nieprzepisane przez lekarza – z 11,3% w 2004 r. do 26,4% w 2009 r. Duża różnorodność leków dostępnych bez konieczności posiadania recepty sprawiła, że coraz więcej Polek leczy się samodzielnie. Należy zwrócić uwagę na duże spożycie leków przeciwbólowych, które przepisane przez lekarza stosowało 45,6% kobiet, a nieprzepisane – 40,8%.

Prawidłowy styl życia kobiet ma znaczący wpływ na ich zdrowie. To, w jaki sposób się odżywiają, jaką prowadzą aktywność fizyczną oraz jakie zachowania antyzdrowotne podejmują (palenie papierosów i picie alkoholu), wpływa na ich stan zdrowia, tym samym na ich życie i funkcjonowanie w społeczeństwie.

Aktywność ruchowa jest tym czynnikiem, który zapobiega nadwadze i otyłości oraz chorobom układu ruchu i układu krążenia oraz cukrzycy. Najczęstszą formą aktywności fizycznej kobiet było chodzenie (spacerowanie). Czynność tę wykonywało 78,3% pań, na którą przeciętnie przeznaczaly 63 minuty dziennie. Ta forma aktywności była najczęściej wybierana zarówno przez mieszkanki miast jak i wsi. Najwięcej czasu kobiety przeznaczały na czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego – przeciętnie 1 godzinę i 50 minut dziennie. Ten rodzaj aktywności wybrało 66,1% pań, przy czym kobiety ze wsi częściej niż z miast. Mieszkanki wsi wykonywały czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego dłużej o około 25 minut dziennie niż mieszkanki miast. Duży wysiłek fizyczny wykonywało tylko 18,4% pań, znacznie mniej w porównaniu z mężczyznami (38,9%). Kobiety również znacznie krócej wykonywały te czynności (około 81 minut dziennie), podczas gdy mężczyźni ponad 134 minuty dziennie. Panie ze wsi zarówno częściej wykonywały duży wysiłek fizyczny (20,2%) jak i przez dłuższy czas dziennie (około 90 minut) niż kobiety z miast. Zarówno w przypadku wykonywania dużego wysiłku fizycznego jak i umiarkowanego ilość czasu poświęcana na te czynności wzrastała z wiekiem (do 40-49 lat), a następnie

mała. Natomiast im starsze kobiety tym mniejszą ilość czasu poświęcały na spacerowanie.

Owoce, warzywa czy też soki owocowe lub warzywne kobiety spożywały codziennie znacznie częściej niż mężczyźni – 66,5% kobiet codziennie spożywało owoce, 66,2% – warzywa, a 43,6% – piło soki owocowe lub warzywne. Wśród kobiet w wieku 70-79 lat i 80 lat i więcej odnotowano niskie codzienne spożycie zarówno owoców, warzyw jak i picie soków owocowych lub warzywnych.

W 2009 r. tytoń pod różną postacią (papierosy, fajki, cygara i inne) paliło 22,8% kobiet. Codziennie paliło 17,9% kobiet, a 4,9% okazjonalnie, natomiast trzy czwarte kobiet nie paliło wcale. Więcej mężczyzn (36,8%) niż kobiet paliło tytoń, zwłaszcza codziennie (30,9%).

Kobiety piły alkohol rzadziej niż mężczyźni (odpowiednio 65,3% i 84,5%) w ciągu roku poprzedzającego badanie EHIS. Zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn były to głównie osoby pijące najrzadziej, czyli nie częściej niż raz w miesiącu (46,5% kobiet i 35,0% mężczyzn). Blisko co szósta kobieta (15,9%) i co trzeci mężczyzna (33,1%) pili alkohol dwa do czterech razy w miesiącu. Natomiast kobiet pijących alkohol codziennie było 0,4%, podczas gdy mężczyzn 4,7%.

Najwięcej kobiet palących tytoń oraz pijących alkohol było mieszkankami miast. Grupą wiekową kobiet, w której często odnotowano obydwa omawiane zachowania antyzdrowotne były 40-latki (32,5% kobiet paliło tytoń, a 79,7% - piło alkohol), natomiast 50-latki najczęściej paliły papierosy (32,8%), a 30-latki najczęściej piły alkohol (81,7%). Najwięcej kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym paliło tytoń, a kobiet z wykształceniem wyższym piło alkohol. Obydwa zachowania antyzdrowotne dotyczyły najczęściej kobiet będących po rozwodzie lub w separacji, natomiast pod względem stanu cywilnego faktycznego, częściej paliły i piły kobiety będące w związkach niż poza związkami. Innym kryterium różnicującym był status na rynku pracy – najczęściej paliły kobiety bezrobotne (40,2%), natomiast piły te mające pracę (81,8%).

Monitorowanie zachorowań wśród populacji daje możliwość dokonywania ocen stanu zdrowia oraz identyfikacji zagrożeń.

Coraz więcej osób w Polsce cierpi na zaburzenia zdrowia psychicznego. Kobiety częściej korzystały z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, a mężczyźni z psychiatrycznej opieki całodobowej. W latach 2005-2009 w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej najwięcej kobiet leczonych było z powodu: zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych, zaburzeń nastroju (afektywnych) oraz organicznych zaburzeń psychicznych włącznie z zespołami objawowymi. W 2004 r. najczęstszą przyczyną leczenia kobiet w psychiatrycznej opiece całodobowej były: zaburzenia nastroju (afektywne) oraz schizofrenia, a w 2009 r. - schizofrenia i organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi.

Nowotwory złośliwe dotyczą coraz większej części populacji Polski. W 2009 r. zarejestrowano 69,2 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet i nieznacznie mniej wśród mężczyzn (68,9 tys.). Nowotwory złośliwe znajdują się na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów (za chorobami układu krążenia). Mężczyźni częściej niż kobiety umierają z powodu nowotworów

złośliwych. Współczynniki zarówno zachorowań jak i zgonów na nowotwory złośliwe w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2009 r. były wyższe dla mężczyzn niż dla kobiet. Współczynniki umieralności na nowotwory są niskie zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn w wieku do 24 lat. Wraz z wiekiem współczynniki umieralności rosną i to z coraz większą dynamiką. Wyższe współczynniki zgonów nowotworowych obserwujemy jedynie w grupach wieku 35-39 lat i 40-44 lata dla kobiet niż mężczyzn. Natomiast współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe są wyższe wśród kobiet w grupie wiekowej 25-54 lata. Wśród zachorowań kobiet na nowotwory złośliwe od lat dominuje rak piersi, a na drugim miejscu znajduje się rak płuca. W latach 2007-2009 pod względem zgonów nowotworowych, pierwsze miejsce zajmowały zgony z powodu raka płuca przed rakiem piersi. Wcześniej przez kilkadziesiąt lat pierwsze miejsce pod względem umieralności na nowotwory wśród kobiet zajmował rak piersi. Największe współczynniki zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe odnotowano u kobiet mieszkających w północno-zachodniej części kraju.

Odnotowano niższą liczbę zachorowań u kobiet niż u mężczyzn w zakresie następujących chorób: AIDS, gruźlica płuc, kiła, rzeżączka oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B. Najwięcej nowych rozpoznań na gruźlicę płuc u kobiet w latach 2004-2009 wystąpiło w najstarszej grupie wiekowej (60 lat i więcej – 39,8% zachorowań). W przypadku chorób wenerycznych oraz wzv B najwyższe odsetki zachorowań odnotowano wśród dwudziesto- i trzydziestolatek. Odsetek zachorowań na AIDS wśród kobiet w wieku 20-39 lat stanowił 73,8% zachorowań w latach 2004-2009, natomiast ponad połowę (55,7%) zachorowań na rzeżączkę u kobiet w analizowanym okresie odnotowano w grupie wiekowej 20-44 lata.

Europejskie Ankietowe Badanie Stanu Zdrowia będzie kontynuowane w kolejnych latach i będzie umożliwiało dokonywanie dalszych analiz dotyczących stanu zdrowia Polaków.

WYBRANE DANE Z BADANIA EHIS Z 2009 R.

Tablice i wykresy opracowane na podstawie wyników
Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia
przeprowadzonego w 2009 r.

Tabl. 1 (21). **Kobiety według oceny stanu zdrowia**

Wyszczególnienie	Ogółem	Ocena stanu zdrowia ^a					
		bardzo dobra	dobra	taka sobie, ani dobra ani zła	zła	bardzo zła	brak danych
	w tysiącach						
O G Ó Ł E M	18235,7	3912,8	7521,3	4556,5	1813,5	417,6	14,1
Wiek							
0-4 lata	946,6	560,8	340,3	35,9	8,3	1,3	-
5-9	867,5	413,3	378,4	56,9	15,2	3,6	-
10-14	986,0	457,9	450,2	69,9	7,4	0,6	-
15-19	952,9	446,1	422,9	74,9	9,1	-	-
20-29	2583,4	980,0	1338,5	220,1	35,0	-	9,8
30-39	2609,1	615,3	1569,3	368,6	49,4	5,3	1,2
40-49	2288,8	236,9	1204,0	674,0	154,1	17,4	2,4
50-59	2861,5	141,3	1109,9	1179,0	367,4	63,2	0,7
60-69	1878,5	46,2	434,8	932,1	376,4	89,0	-
70-79	1481,3	12,2	175,0	681,3	486,9	125,9	-
80 lat i więcej	780,1	2,7	97,9	263,7	304,5	111,2	-
Miejsce zamieszkania							
Miasta	11346,4	2329,3	4799,1	2875,9	1064,0	271,8	6,2
0-4 lata	552,2	337,3	193,2	18,6	2,4	0,7	-
5-9	483,4	224,9	215,7	31,8	9,2	1,7	-
10-14	526,3	227,6	245,7	47,3	5,0	0,6	-
15-19	527,8	234,2	246,0	39,8	7,8	-	-
20-29	1585,2	588,0	820,5	152,4	22,0	-	2,3
30-39	1672,7	407,9	994,3	234,4	30,5	4,6	0,8
40-49	1398,9	156,1	766,5	376,9	89,3	7,6	2,4
50-59	1930,4	109,3	792,8	751,0	228,0	48,6	0,7
60-69	1272,3	33,2	336,8	612,9	223,4	66,1	-
70-79	930,3	9,3	121,5	440,7	281,4	77,4	-
80 lat i więcej	467,1	1,4	66,1	170,2	164,9	64,5	-
Wieś	6889,3	1583,5	2722,2	1680,6	749,4	145,7	7,8
0-4 lata	394,4	223,5	147,1	17,4	5,9	0,6	-
5-9	384,1	188,4	162,6	25,1	6,0	1,9	-
10-14	459,7	230,3	204,5	22,5	2,4	-	-
15-19	425,1	211,9	176,8	35,2	1,2	-	-
20-29	998,2	392,0	518,1	67,7	13,0	-	7,4
30-39	936,4	207,3	575,0	134,1	18,8	0,7	0,4
40-49	889,9	80,7	437,5	297,1	64,7	9,8	-
50-59	931,1	32,0	317,2	428,0	139,4	14,6	-
60-69	606,2	13,1	98,0	319,2	153,0	22,9	-
70-79	551,0	2,9	53,5	240,7	205,5	48,5	-
80 lat i więcej	313,0	1,3	31,9	93,5	139,6	46,7	-

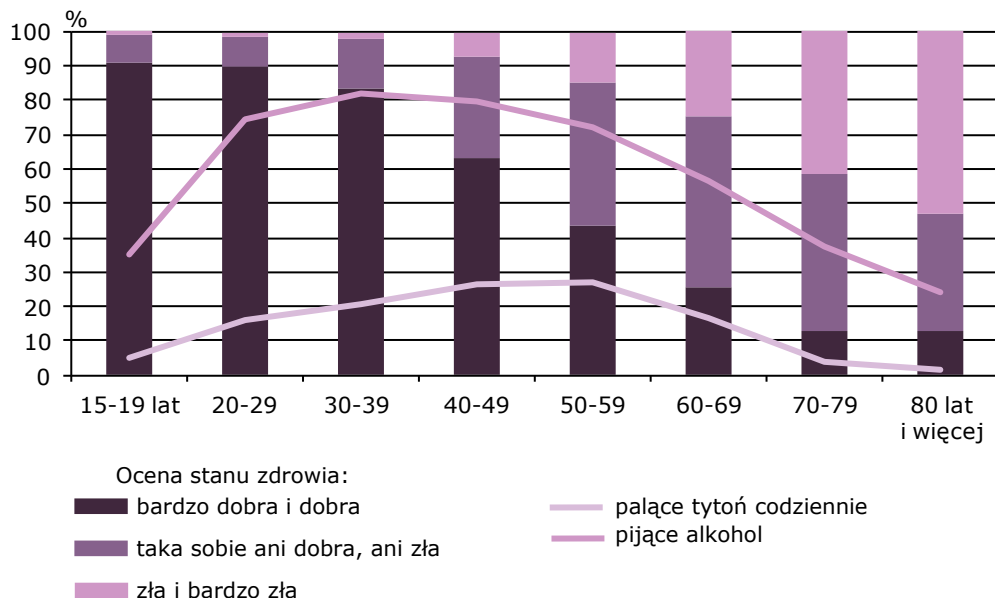
^a Dla osób w wieku 15 lat i więcej uwzględniono tylko osoby odpowiadające bezpośrednio na pytanie.

Tabl. 1 (21). **Kobiety według oceny stanu zdrowia (dok.)**

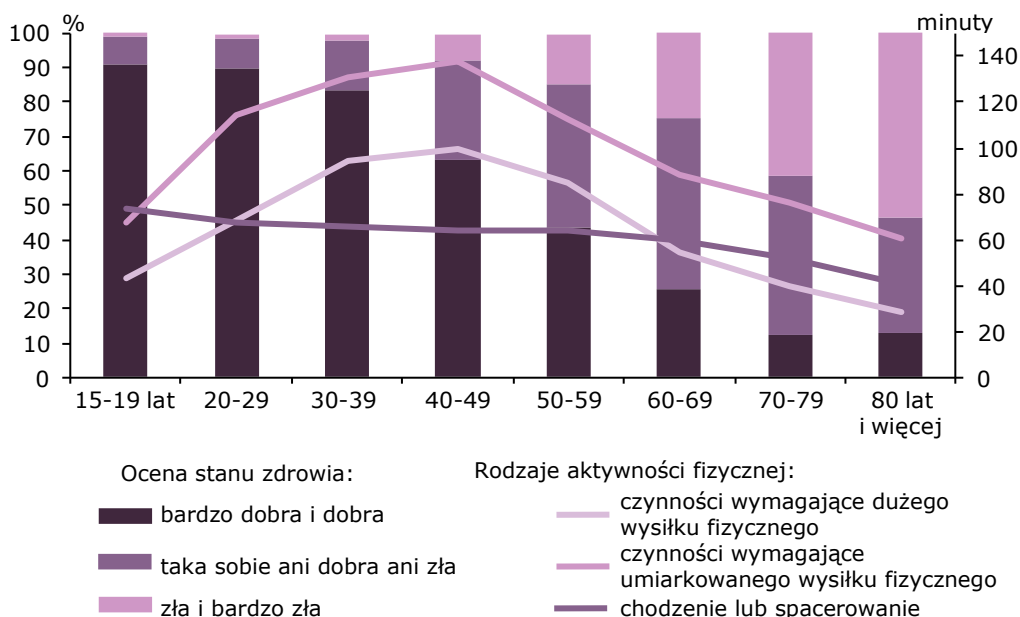
Wyszczególnienie	Ogółem	Ocena stanu zdrowia ^a					
		bardzo dobra	dobra	taka sobie, ani dobra ani zła	zła	bardzo zła	brak danych
		w odsetkach					
O G Ó Ł E M	100,0	21,5	41,2	25,0	9,9	2,3	0,1
Wiek							
0-4 lata	100,0	59,2	35,9	3,8	0,9	0,1	x
5-9	100,0	47,6	43,6	6,6	1,8	0,4	x
10-14	100,0	46,4	45,7	7,1	0,7	0,1	x
15-19	100,0	46,8	44,4	7,9	0,9	x	x
20-29	100,0	37,9	51,8	8,5	1,4	x	0,4
30-39	100,0	23,6	60,1	14,1	1,9	0,2	0,0
40-49	100,0	10,3	52,6	29,4	6,7	0,8	0,1
50-59	100,0	4,9	38,8	41,2	12,8	2,2	0,0
60-69	100,0	2,5	23,1	49,6	20,0	4,7	x
70-79	100,0	0,8	11,8	46,0	32,9	8,5	x
80 lat i więcej	100,0	0,4	12,6	33,8	39,0	14,3	x
Miejsce zamieszkania							
Miasta	100,0	20,5	42,3	25,3	9,4	2,4	0,1
0-4 lata	100,0	61,1	35,0	3,4	0,4	0,1	x
5-9	100,0	46,5	44,6	6,6	1,9	0,4	x
10-14	100,0	43,2	46,7	9,0	1,0	0,1	x
15-19	100,0	44,4	46,6	7,5	1,5	x	x
20-29	100,0	37,1	51,8	9,6	1,4	x	0,1
30-39	100,0	24,4	59,4	14,0	1,8	0,3	0,0
40-49	100,0	11,2	54,8	26,9	6,4	0,5	0,2
50-59	100,0	5,7	41,1	38,9	11,8	2,5	0,0
60-69	100,0	2,6	26,5	48,2	17,6	5,2	x
70-79	100,0	1,0	13,1	47,4	30,2	8,3	x
80 lat i więcej	100,0	0,3	14,1	36,4	35,3	13,8	x
Wieś	100,0	23,0	39,5	24,4	10,9	2,1	0,1
0-4 lata	100,0	56,7	37,3	4,4	1,5	0,1	x
5-9	100,0	49,0	42,3	6,5	1,6	0,5	x
10-14	100,0	50,1	44,5	4,9	0,5	x	x
15-19	100,0	49,8	41,6	8,3	0,3	x	x
20-29	100,0	39,3	51,9	6,8	1,3	x	0,7
30-39	100,0	22,1	61,4	14,3	2,0	0,1	0,0
40-49	100,0	9,1	49,2	33,4	7,3	1,1	x
50-59	100,0	3,4	34,1	46,0	15,0	1,6	x
60-69	100,0	2,2	16,2	52,7	25,2	3,8	x
70-79	100,0	0,5	9,7	43,7	37,3	8,8	x
80 lat i więcej	100,0	0,4	10,2	29,9	44,6	14,9	x

^a Dla osób w wieku 15 lat i więcej uwzględniono tylko osoby odpowiadające bezpośrednio na to pytanie.

Wykres 1 (46). Kobiety w wieku 15 lat i więcej według oceny stanu zdrowia oraz informacji o paleniu tytoniu, piciu alkoholu



Wykres 2 (47). Kobiety w wieku 15 lat i więcej według oceny stanu zdrowia oraz aktywności fizycznej



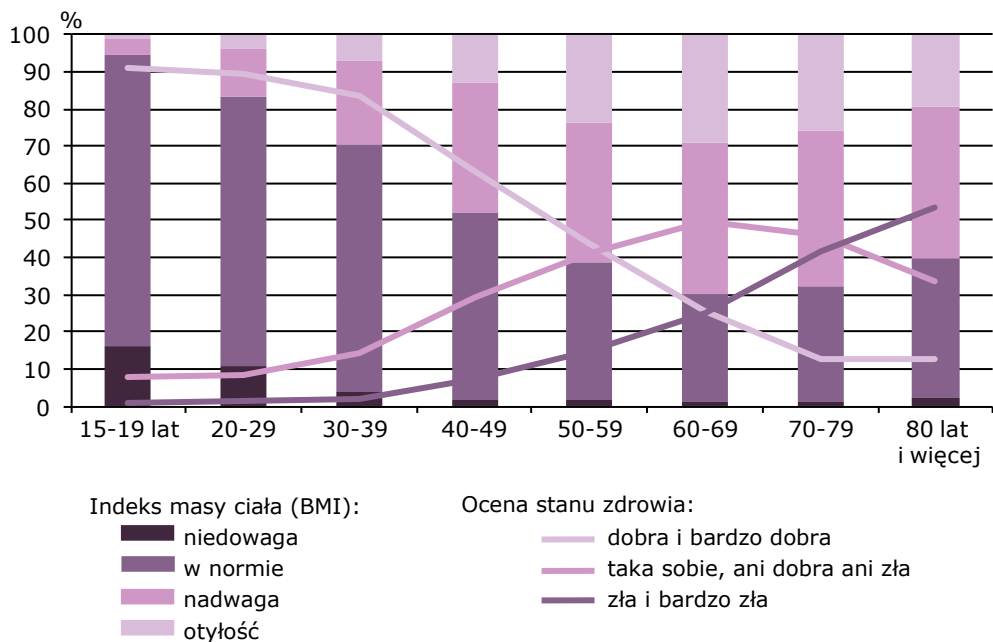
Tabl. 2 (22). **Kobiety według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych**

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby		
		z długo- trwałymi problemami zdrowotnymi	bez długo- trwałych problemów zdrowotnych	brak danych
		w tysiącach		
O G Ó Ł E M	19554,3	9179,2	10271,8	103,3
Wiek				
0-4 lata	946,6	88,9	855,1	2,5
5-9	867,5	141,7	725,8	-
10-14	986,0	153,7	832,3	-
15-19	1199,9	246,2	949,4	4,3
20-29	2998,6	636,4	2346,5	15,7
30-39	2791,0	865,4	1909,7	15,9
40-49	2420,4	1161,6	1234,9	23,8
50-59	3007,0	2060,9	926,6	19,5
60-69	1925,0	1592,8	323,2	9,0
70-79	1539,4	1409,7	121,5	8,3
80 lat i więcej	873,0	821,9	46,8	4,3
Miejsce zamieszkania				
Miasta	12157,5	5950,9	6133,0	73,6
0-4 lata	552,2	49,0	500,7	2,5
5-9	483,4	91,1	392,3	-
10-14	526,3	92,6	433,7	-
15-19	666,5	162,6	501,4	2,5
20-29	1838,8	441,4	1386,0	11,5
30-39	1779,8	561,8	1205,4	12,6
40-49	1488,9	713,7	758,6	16,6
50-59	2036,4	1386,9	636,0	13,5
60-69	1298,7	1064,4	226,0	8,2
70-79	966,0	894,1	68,0	3,9
80 lat i więcej	520,5	493,3	24,9	2,3
Wieś	7396,8	3228,3	4138,8	29,7
0-4 lata	394,4	40,0	354,4	-
5-9	384,1	50,6	333,5	-
10-14	459,7	61,1	398,6	-
15-19	533,4	83,6	448,0	1,8
20-29	1159,7	195,0	960,5	4,2
30-39	1011,2	303,6	704,2	3,4
40-49	931,4	447,9	476,3	7,2
50-59	970,6	674,0	290,7	5,9
60-69	626,3	528,3	97,2	0,8
70-79	573,4	515,5	53,5	4,4
80 lat i więcej	352,4	328,5	21,9	2,0

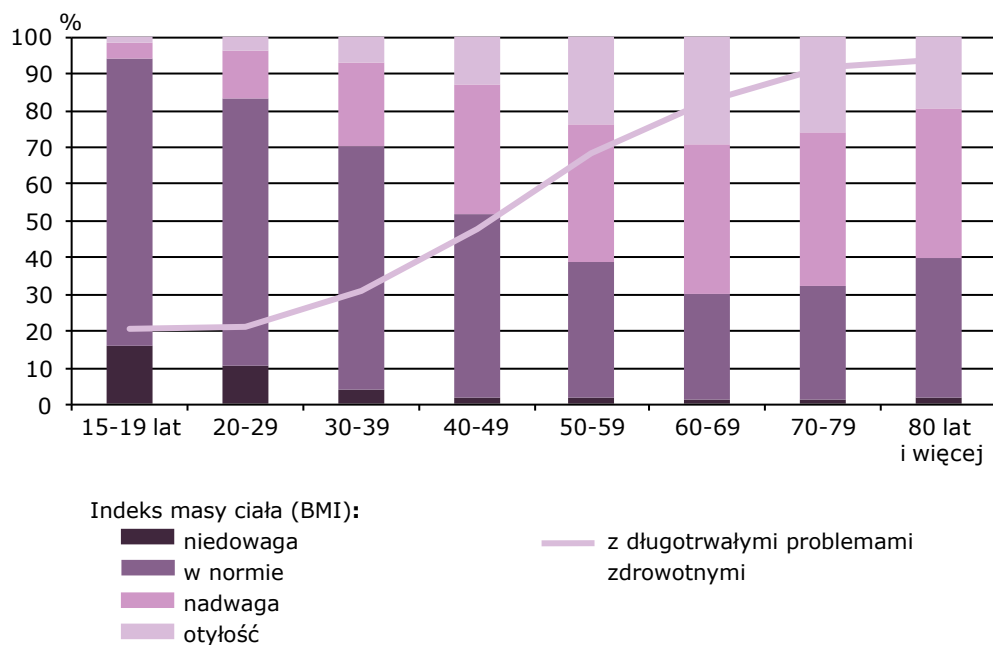
Tabl. 2 (22). **Kobiety według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych (dok.)**

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby		
		z długo- trwałymi problemami zdrowotnymi	bez długo- trwałych problemów zdrowotnych	brak danych
		w odsetkach		
O G Ó Ł E M	100,0	46,9	52,5	0,5
Wiek				
0-4 lata	100,0	9,4	90,3	0,3
5-9	100,0	16,3	83,7	x
10-14	100,0	15,6	84,4	x
15-19	100,0	20,5	79,1	0,4
20-29	100,0	21,2	78,3	0,5
30-39	100,0	31,0	68,4	0,6
40-49	100,0	48,0	51,0	1,0
50-59	100,0	68,5	30,8	0,6
60-69	100,0	82,7	16,8	0,5
70-79	100,0	91,6	7,9	0,5
80 lat i więcej	100,0	94,1	5,4	0,5
Miejsce zamieszkania				
Miasta	100,0	48,9	50,4	0,6
0-4 lata	100,0	8,9	90,7	0,5
5-9	100,0	18,8	81,2	x
10-14	100,0	17,6	82,4	x
15-19	100,0	24,4	75,2	0,4
20-29	100,0	24,0	75,4	0,6
30-39	100,0	31,6	67,7	0,7
40-49	100,0	47,9	50,9	1,1
50-59	100,0	68,1	31,2	0,7
60-69	100,0	82,0	17,4	0,6
70-79	100,0	92,6	7,0	0,4
80 lat i więcej	100,0	94,8	4,8	0,4
Wieś	100,0	43,6	56,0	0,4
0-4 lata	100,0	10,1	89,9	x
5-9	100,0	13,2	86,8	x
10-14	100,0	13,3	86,7	x
15-19	100,0	15,7	84,0	0,3
20-29	100,0	16,8	82,8	0,4
30-39	100,0	30,0	69,6	0,3
40-49	100,0	48,1	51,1	0,8
50-59	100,0	69,4	29,9	0,6
60-69	100,0	84,4	15,5	0,1
70-79	100,0	89,9	9,3	0,8
80 lat i więcej	100,0	93,2	6,2	0,6

Wykres 3 (48). Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) oraz oceny stanu zdrowia



Wykres 4 (49). Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) oraz występowania długotrwałych problemów zdrowotnych



Tabl. 3 (23). **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI)**

Wyszczególnienie	Ogółem	Znaczna niedowaga: BMI poniżej 16,0	Niedowaga: BMI 16,0-18,49	W normie - niski przedział: BMI 18,5-22,99	W normie - wysoki przedział: BMI 23,0-24,99	Nadwaga - niski przedział: BMI 25,0-27,49	Nadwaga - wysoki przedział: BMI 27,5-29,99	Otyłość: BMI 30,0 i więcej
w tysiącach								
O G Ó Ł E M	14740,9	30,4	608,3	4985,1	2534,2	2514,8	1822,0	2246,1
Wiek								
15-19 lat	909,7	6,7	141,1	602,3	109,0	30,7	8,5	11,5
20-29	2474,6	10,9	248,1	1436,0	362,5	218,4	106,3	92,3
30-39	2529,4	3,0	99,2	1222,6	451,1	357,1	217,1	179,2
40-49	2204,2	2,1	33,8	622,0	487,3	460,4	310,1	288,4
50-59	2761,4	3,0	40,3	535,3	488,8	594,2	438,0	661,9
60-69	1795,7	3,0	18,9	250,5	263,9	388,9	343,8	526,6
70-79	1378,3	1,7	14,0	195,1	232,3	299,0	282,3	353,8
80 lat i więcej	687,7	-	12,9	121,2	139,3	166,1	115,9	132,4
Miejsce zamieszkania								
Miasta	9412,5	20,8	438,8	3243,4	1639,1	1575,7	1150,9	1343,8
15-19 lat	505,7	1,3	95,1	322,5	58,6	15,0	6,2	7,1
20-29	1527,3	10,7	177,8	897,5	208,9	116,3	63,9	52,2
30-39	1623,1	2,3	77,3	838,0	276,7	196,2	129,9	102,7
40-49	1348,9	1,3	24,3	410,4	316,9	260,6	176,1	159,3
50-59	1876,8	2,6	31,5	381,5	360,7	420,3	286,5	393,6
60-69	1231,3	1,8	15,0	196,6	187,0	272,8	217,5	340,6
70-79	885,2	0,7	8,4	135,0	139,8	189,7	198,0	213,5
80 lat i więcej	414,2	-	9,3	61,8	90,5	104,8	72,9	74,9
Wieś	5328,4	9,6	169,6	1741,6	895,1	939,1	671,0	902,3
15-19 lat	404,0	5,4	45,9	279,8	50,4	15,8	2,3	4,4
20-29	947,4	0,2	70,3	538,5	153,6	102,1	42,5	40,2
30-39	906,2	0,7	21,9	384,6	174,4	160,9	87,1	76,6
40-49	855,2	0,8	9,5	211,6	170,4	199,8	134,0	129,1
50-59	884,7	0,4	8,8	153,7	128,1	173,9	151,5	268,3
60-69	564,4	1,2	4,0	53,9	76,9	116,1	126,3	186,1
70-79	493,1	1,0	5,6	60,1	92,5	109,4	84,3	140,3
80 lat i więcej	273,5	-	3,7	59,3	48,8	61,3	42,9	57,4

a Tylko osoby samodzielnie wypełniające ankietę, które podały dane dotyczące wagi i wzrostu.

Tabl. 3 (23). **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) (dok.)**

Wyszczególnienie	Ogółem	Znaczna niedowaga: BMI poniżej 16,0	Niedowaga: BMI 16,0-18,49	W normie - niski przedział: BMI 18,5-22,99	W normie - wysoki przedział: BMI 23,0-24,99	Nadwaga - niski przedział: BMI 25,0-27,49	Nadwaga - wysoki przedział: BMI 27,5-29,99	Otyłość: BMI 30,0 i więcej
w odsetkach								
O G Ó Ł E M	100,0	0,2	4,1	33,8	17,2	17,1	12,4	15,2
Wiek								
15-19 lat	100,0	0,7	15,5	66,2	12,0	3,4	0,9	1,3
20-29	100,0	0,4	10,0	58,0	14,6	8,8	4,3	3,7
30-39	100,0	0,1	3,9	48,3	17,8	14,1	8,6	7,1
40-49	100,0	0,1	1,5	28,2	22,1	20,9	14,1	13,1
50-59	100,0	0,1	1,5	19,4	17,7	21,5	15,9	24,0
60-69	100,0	0,2	1,1	14,0	14,7	21,7	19,1	29,3
70-79	100,0	0,1	1,0	14,2	16,9	21,7	20,5	25,7
80 lat i więcej	100,0	-	1,9	17,6	20,3	24,2	16,8	19,2
Miejsce zamieszkania								
Miasta	100,0	0,2	4,7	34,5	17,4	16,7	12,2	14,3
15-19 lat	100,0	0,2	18,8	63,8	11,6	3,0	1,2	1,4
20-29	100,0	0,7	11,6	58,8	13,7	7,6	4,2	3,4
30-39	100,0	0,1	4,8	51,6	17,0	12,1	8,0	6,3
40-49	100,0	0,1	1,8	30,4	23,5	19,3	13,1	11,8
50-59	100,0	0,1	1,7	20,3	19,2	22,4	15,3	21,0
60-69	100,0	0,1	1,2	16,0	15,2	22,2	17,7	27,7
70-79	100,0	0,1	1,0	15,3	15,8	21,4	22,4	24,1
80 lat i więcej	100,0	-	2,2	14,9	21,8	25,3	17,6	18,1
Wieś	100,0	0,2	3,2	32,7	16,8	17,6	12,6	16,9
15-19 lat	100,0	1,3	11,4	69,3	12,5	3,9	0,6	1,1
20-29	100,0	0,0	7,4	56,8	16,2	10,8	4,5	4,2
30-39	100,0	0,1	2,4	42,4	19,2	17,8	9,6	8,5
40-49	100,0	0,1	1,1	24,7	19,9	23,4	15,7	15,1
50-59	100,0	0,0	1,0	17,4	14,5	19,7	17,1	30,3
60-69	100,0	0,2	0,7	9,5	13,6	20,6	22,4	33,0
70-79	100,0	0,2	1,1	12,2	18,8	22,2	17,1	28,4
80 lat i więcej	100,0	-	1,3	21,7	17,9	22,4	15,7	21,0

a Tylko osoby samodzielnie wypełniające ankietę, które podały dane dotyczące wagi i wzrostu.

Tabl. 4 (24). **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według aktywności fizycznej**

Wyszczególnienie	Ogółem	Czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego		Brak danych
		wykonywały	nie wykonywały	
	w tysiącach			
O G Ó Ł E M	16754,3	3087,7	13025,9	640,6
Wiek				
15-19	1199,9	219,6	903,8	76,6
20-29	2998,6	677,1	2147,6	173,9
30-39	2791,0	773,6	1851,8	165,5
40-49	2420,4	654,2	1647,8	118,4
50-59	3007,0	537,2	2399,4	70,4
60-69	1925,0	169,8	1730,4	24,7
70-79	1539,4	49,2	1483,1	7,1
80 lat i więcej	873,0	7,1	862,0	3,9
Miejsce zamieszkania				
Miasta	10595,7	1844,9	8402,8	348,1
15-19 lat	666,5	154,0	478,5	34,1
20-29	1838,8	406,8	1332,3	99,8
30-39	1779,8	427,7	1264,9	87,2
40-49	1488,9	375,5	1039,5	74,0
50-59	2036,4	333,5	1666,3	36,6
60-69	1298,7	110,2	1176,0	12,5
70-79	966,0	33,7	929,9	2,4
80 lat i więcej	520,5	3,5	515,5	1,5
Wieś	6158,6	1242,9	4623,2	292,5
15-19 lat	533,4	65,6	425,3	42,5
20-29	1159,7	270,3	815,3	74,1
30-39	1011,2	346,0	586,9	78,3
40-49	931,4	278,7	608,3	44,4
50-59	970,6	203,7	733,2	33,8
60-69	626,3	59,5	554,5	12,3
70-79	573,4	15,5	553,2	4,7
80 lat i więcej	352,4	3,6	346,5	2,4

Tabl. 4 (24). **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według aktywności fizycznej (cd.)**

Wyszczególnienie	Ogółem	Czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego		Brak danych
		wykonywały	nie wykonywały	
	w odsetkach			
O G Ó Ł E M	100,0	18,4	77,7	3,8
Wiek				
15-19	100,0	18,3	75,3	6,4
20-29	100,0	22,6	71,6	5,8
30-39	100,0	27,7	66,3	5,9
40-49	100,0	27,0	68,1	4,9
50-59	100,0	17,9	79,8	2,3
60-69	100,0	8,8	89,9	1,3
70-79	100,0	3,2	96,3	0,5
80 lat i więcej	100,0	0,8	98,7	0,4
Miejsce zamieszkania				
Miasta	100,0	17,4	79,3	3,3
15-19 lat	100,0	23,1	71,8	5,1
20-29	100,0	22,1	72,5	5,4
30-39	100,0	24,0	71,1	4,9
40-49	100,0	25,2	69,8	5,0
50-59	100,0	16,4	81,8	1,8
60-69	100,0	8,5	90,6	1,0
70-79	100,0	3,5	96,3	0,2
80 lat i więcej	100,0	0,7	99,0	0,3
Wieś	100,0	20,2	75,1	4,7
15-19 lat	100,0	12,3	79,7	8,0
20-29	100,0	23,3	70,3	6,4
30-39	100,0	34,2	58,0	7,7
40-49	100,0	29,9	65,3	4,8
50-59	100,0	21,0	75,5	3,5
60-69	100,0	9,5	88,5	2,0
70-79	100,0	2,7	96,5	0,8
80 lat i więcej	100,0	1,0	98,3	0,7

Tabl. 4 (24). **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według aktywności fizycznej**
(cd.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego		Brak danych
		wykonywały	nie wykonywały	
	w tysiącach			
O G Ó Ł E M	16754,3	11075,7	4642,1	1036,4
Wiek				
15-19	1199,9	719,6	369,9	110,4
20-29	2998,6	1991,8	755,8	251,0
30-39	2791,0	2024,5	559,8	206,7
40-49	2420,4	1817,6	442,9	159,9
50-59	3007,0	2144,9	721,3	140,8
60-69	1925,0	1248,3	602,0	74,6
70-79	1539,4	805,7	667,0	66,7
80 lat i więcej	873,0	323,3	523,4	26,3
Miejsce zamieszkania				
Miasta	10595,7	6872,3	3116,8	606,6
15-19 lat	666,5	397,3	216,5	52,7
20-29	1838,8	1183,6	507,6	147,7
30-39	1779,8	1258,9	401,5	119,4
40-49	1488,9	1082,3	304,7	101,9
50-59	2036,4	1416,8	531,7	87,9
60-69	1298,7	832,6	422,2	43,9
70-79	966,0	493,0	432,2	40,8
80 lat i więcej	520,5	207,8	300,4	12,3
Wieś	6158,6	4203,4	1525,4	429,8
15-19 lat	533,4	322,3	153,5	57,7
20-29	1159,7	808,2	248,2	103,3
30-39	1011,2	765,6	158,4	87,3
40-49	931,4	735,2	138,2	58,0
50-59	970,6	728,1	189,6	52,9
60-69	626,3	415,7	179,8	30,7
70-79	573,4	312,7	234,8	25,9
80 lat i więcej	352,4	115,5	223,0	13,9

Tabl. 4 (24). **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według aktywności fizycznej (cd.)**

Wyszczególnienie	Ogółem	Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego		Brak danych
		wykonywały	nie wykonywały	
	w odsetkach			
O G Ó Ł E M	100,0	66,1	27,7	6,2
Wiek				
15-19	100,0	60,0	30,8	9,2
20-29	100,0	66,4	25,2	8,4
30-39	100,0	72,5	20,1	7,4
40-49	100,0	75,1	18,3	6,6
50-59	100,0	71,3	24,0	4,7
60-69	100,0	64,9	31,3	3,9
70-79	100,0	52,3	43,3	4,3
80 lat i więcej	100,0	37,0	60,0	3,0
Miejsce zamieszkania				
Miasta	100,0	64,9	29,4	5,7
15-19 lat	100,0	59,6	32,5	7,9
20-29	100,0	64,4	27,6	8,0
30-39	100,0	70,7	22,6	6,7
40-49	100,0	72,7	20,5	6,8
50-59	100,0	69,6	26,1	4,3
60-69	100,0	64,1	32,5	3,4
70-79	100,0	51,0	44,7	4,2
80 lat i więcej	100,0	39,9	57,7	2,4
Wieś	100,0	68,3	24,8	7,0
15-19 lat	100,0	60,4	28,8	10,8
20-29	100,0	69,7	21,4	8,9
30-39	100,0	75,7	15,7	8,6
40-49	100,0	78,9	14,8	6,2
50-59	100,0	75,0	19,5	5,5
60-69	100,0	66,4	28,7	4,9
70-79	100,0	54,5	40,9	4,5
80 lat i więcej	100,0	32,8	63,3	4,0

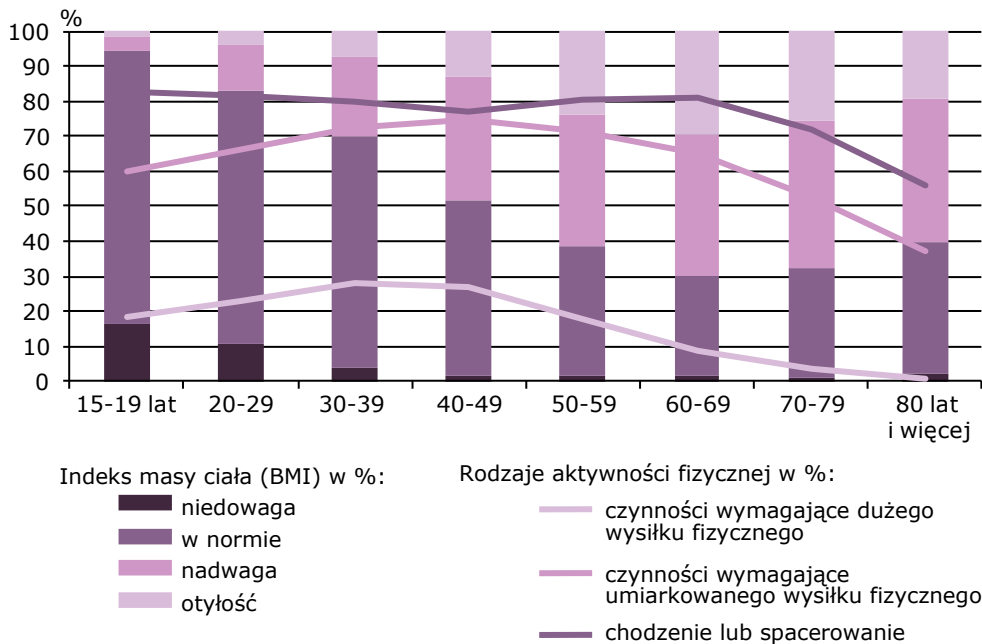
Tabl. 4 (24). **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według aktywności fizycznej (cd.)**

Wyszczególnienie	Ogółem	Chodzenie lub spacerowanie		Brak danych
		wykonywały	nie wykonywały	
	w tysiącach			
O G Ó Ł E M	16754,3	13116,5	2519,1	1118,6
Wiek				
15-19	1199,9	992,5	98,0	109,5
20-29	2998,6	2457,1	296,4	245,1
30-39	2791,0	2231,4	337,7	221,9
40-49	2420,4	1867,8	380,5	172,1
50-59	3007,0	2413,8	430,2	163,0
60-69	1925,0	1560,4	287,8	76,7
70-79	1539,4	1103,5	343,1	92,9
80 lat i więcej	873,0	490,1	345,4	37,4
Miejsce zamieszkania				
Miasta	10595,7	8481,7	1484,4	629,6
15-19 lat	666,5	558,1	54,2	54,2
20-29	1838,8	1539,4	163,8	135,6
30-39	1779,8	1480,2	173,4	126,2
40-49	1488,9	1162,3	226,6	100,1
50-59	2036,4	1675,6	259,2	101,7
60-69	1298,7	1061,8	193,2	43,7
70-79	966,0	707,8	204,8	53,4
80 lat i więcej	520,5	296,5	209,3	14,7
Wieś	6158,6	4634,9	1034,8	488,9
15-19 lat	533,4	434,4	43,8	55,2
20-29	1159,7	917,7	132,6	109,5
30-39	1011,2	751,2	164,4	95,6
40-49	931,4	705,5	154,0	72,0
50-59	970,6	738,2	171,0	61,3
60-69	626,3	498,7	94,6	33,0
70-79	573,4	395,6	138,3	39,5
80 lat i więcej	352,4	193,6	136,1	22,7

Tabl. 4 (24). **Kobiety w wieku 15 lat i więcej według aktywności fizycznej (dok.)**

Wyszczególnienie	Ogółem	Chodzenie lub spacerowanie		Brak danych
		wykonywały	nie wykonywały	
	w odsetkach			
O G Ó Ł E M	100,0	78,3	15,0	6,7
Wiek				
15-19	100,0	82,7	8,2	9,1
20-29	100,0	81,9	9,9	8,2
30-39	100,0	80,0	12,1	7,9
40-49	100,0	77,2	15,7	7,1
50-59	100,0	80,3	14,3	5,4
60-69	100,0	81,1	14,9	4,0
70-79	100,0	71,7	22,3	6,0
80 lat i więcej	100,0	56,1	39,6	4,3
Miejsce zamieszkania				
Miasta	100,0	80,0	14,0	5,9
15-19 lat	100,0	83,7	8,1	8,1
20-29	100,0	83,7	8,9	7,4
30-39	100,0	83,2	9,7	7,1
40-49	100,0	78,1	15,2	6,7
50-59	100,0	82,3	12,7	5,0
60-69	100,0	81,8	14,9	3,4
70-79	100,0	73,3	21,2	5,5
80 lat i więcej	100,0	57,0	40,2	2,8
Wieś	100,0	75,3	16,8	7,9
15-19 lat	100,0	81,4	8,2	10,4
20-29	100,0	79,1	11,4	9,4
30-39	100,0	74,3	16,3	9,5
40-49	100,0	75,7	16,5	7,7
50-59	100,0	76,1	17,6	6,3
60-69	100,0	79,6	15,1	5,3
70-79	100,0	69,0	24,1	6,9
80 lat i więcej	100,0	54,9	38,6	6,4

Wykres 5 (50). Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) i aktywności fizycznej (w %)



Wykres 6 (51). Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI) i aktywności fizycznej

