

Wyzwania dla podstawowej opieki zdrowotnej związane ze stanem zdrowia mieszkańców wsi

Lech Panasiuk

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Dział Medycyny Rodzinnej i Studiów Podyplomowych, Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Zawodowych Wsi

Adres do korespondencji: Lech Panasiuk, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin, e-mail: dzialksztalcenia@interia.pl

Abstract

Challenges for primary health care related with the state of health of rural inhabitants

For the last twenty five years in the Polish countryside, there have been observed significant changes in the socio-economic sphere, which result in the inhibition of urbanization processes and the reduction of the number of farmers. Alongside, farmers' work has become less and less manual. However, there have been constant disparities, unfavorable for the rural population, in the education level and obtained income. The state of health of people living in rural areas has not been recently diagnosed and views on this issue are based on the estimated data or studies involving small groups of the population. However, these studies indicate increasing number of obese people and people with lipid disorders in rural areas, which may result in the near future in the increasing number of patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease. Moreover, in the years to come, the future of PH care in rural areas seems to be far from promising, as family medicine faces the prospect of growing number of retiring physicians and declining of those who wish to enter the specialization. Unless systemic measures are taken the state of health of rural population can be significantly degraded.

Key words: family medicine, socio-economic transformation, state of health, the rural population

Słowa kluczowe: ludność wiejska, medycyna rodzinna, socjoekonomiczne przeobrażenia, stan zdrowia

Przemiany demograficzno-społeczne w Polsce po transformacji ustrojowej

Pierwszy powojenny spis ludności przeprowadzony w roku 1946 wykazał, że ponad 68% ogółu ludności Polski stanowili mieszkańcy wsi. Struktura demograficzna ludności w roku 1946 niewiele różniła się od struktury demograficznej ludności przedwojennej Polski [1]. W okresie powojennym rozpoczęły się w Polsce procesy urbanizacyjne, których następstwem był gwałtowny wzrost liczby ludności zamieszkującej miasta i spadek liczby mieszkańców wsi. Sytuacja taka utrzymywała się do końca lat 80. i początku lat 90. XX wieku, kiedy transformacja ustrojowa doprowadziła do wielu zmian na rynku pracy i pojawienia się nieznanego wcześniej zjawiska bezrobocia. Znalazienie dodatkowych źródeł zarobkowania w miastach stało się trudne, co spowodowało ustanie

migracji ludności ze wsi do miast. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej i otwarcie granic w 2004 roku zaowocowało nasileniem zjawiska emigracji zarobkowej. Według szacunków wśród osób czasowo przebywających za granicą większość, bo $\frac{2}{3}$, stanowią mieszkańcy miast, natomiast $\frac{1}{3}$ – mieszkańcy wsi [2, 3]. W ostatnich kilkunastu latach obserwuje się powolny, ale systematyczny wzrost procentowego udziału mieszkańców wsi w populacji całego kraju. Jest to wynik nie tylko ustania migracji ze wsi do miast, lecz także wzrostu migracji w kierunku przeciwnym – z miast na wieś. Najwyższe dodatnie salda migracji występują na terenach wiejskich położonych wokół większych miast, a najwyższe ujemne – na terenach słabiej zurbanizowanych, zwłaszcza Polski wschodniej i północno-wschodniej [2, 3]. Według danych GUS w 2012 roku mieszkańcy miast stanowili 60,5% populacji Polski, podczas gdy w roku 2000 udział

ten wynosił 62,0%. O taki sam odsetek zwiększył się w tym okresie udział mieszkańców wsi [4]. W ogólnej strukturze ludności najniższy udział ludności wiejskiej notuje się w województwie śląskim, a najwyższy w województwie podkarpackim [3]. Mieszkańcy polskiej wsi stanowią około 11% ludności wiejskiej całej Unii Europejskiej, natomiast w polskich miastach żyje około 7% mieszkańców miast Unii [1].

W ostatnich kilkunastu latach w Polsce wzrósł odsetek osób w wieku produkcyjnym, zarówno wśród mieszkańców wsi, jak i wśród mieszkańców miast. W okresie tym w ogólnej strukturze ludności zmniejszył się udział osób w wieku przedprodukcyjnym, zarówno na wsi, jak i w miastach. Jednocześnie na wsi zmniejszył się odsetek ludności będącej w wieku poprodukcyjnym, natomiast odsetek ludności w tym wieku wzrósł wśród mieszkańców miast [1, 3–5].

Od kilkunastu lat zmniejszają się różnice dzietności kobiet zamieszkałych na wsi i w miastach, aczkolwiek nadal więcej dzieci rodzą mieszkanki wsi. W roku 2012 współczynnik dzietności kobiet mieszkających na wsi wynosił 1,43, natomiast kobiet mieszkających w miastach – 1,21 [2–4]. Od wielu lat poziom dzietności polskich kobiet jest niższy od poziomu zapewniającego prostą zastępowalność pokoleń [4]. Dzietność kobiet w Polsce jest o około 20% niższa od dzietności kobiet w większości krajów „starej” UE, natomiast o 15% wyższa od dzietności kobiet w innych, nowych krajach członkowskich [1].

W porównaniu z innymi krajami europejskimi ludność Polski jest w aspekcie demograficznym młoda, mediana wieku jednak wzrasta z każdym rokiem.

Prognozowany czas trwania życia mężczyzn zamieszkałych na wsi jest krótszy o rok niż mężczyzn zamieszkałych w miastach, natomiast przeciętne prognozowane trwanie życia mieszkanki wsi i miast się nie różni. Mężczyzna urodzony w roku 2012 na wsi ma szansę przeżycia 72,1 roku, a mężczyzna urodzony w mieście – 73,1 roku, natomiast kobieta urodzona zarówno w mieście, jak i na wsi ma szansę przeżycia 81 lat [4].

Od kilkudziesięciu lat systematycznie wzrasta poziom wykształcenia mieszkańców wsi, chociaż nadal utrzymują się istotne niekorzystne dla mieszkańców wsi dysproporcje w tym zakresie. W roku 2008 dyplom wyższej uczelni posiadało 23,2% mieszkańców miast i tylko 7,5% mieszkańców wsi, natomiast w roku 2012 odpowiednio 21,4% i 9,8% [6].

W roku 1995 w rolnictwie było zatrudnionych 26,6% ogółu osób pracujących, natomiast w roku 2006 udział osób zatrudnionych w rolnictwie wynosił 15,8% i ciągle malał. Procent zatrudnionych w rolnictwie należy nadal do najwyższych w krajach Unii Europejskiej, a osoby pracujące w polskim rolnictwie stanowią około 20% wszystkich zatrudnionych w rolnictwie unijnym [1, 6].

Warunki bytowe ludności wiejskiej w Polsce przez trzy dekady pospiesznej industrializacji (1950–1980) były postrzegane jako gorsze niż ludności zamieszkałej w miastach. Wieś była źródłem akumulacji kapitału oraz zasobów pracy dla rozwoju przemysłu. Instrumentem eksploatacji wsi były dostawy obowiązkowe oraz wyso-

ki, progresywny podatek gruntowy [1]. W latach 70. XX wieku nastąpiła istotna zmiana polityki państwa wobec rolników i wsi. Zniesiono obowiązek dostaw, przywrócono import produktów rolnych, istotnie zwiększyły się także nakłady na rolnictwo. W roku 1977 rolnicy zostali objęci ubezpieczeniem społecznym na podobnych zasadach, jak ludność pracująca w innych działach gospodarki. Zmiana polityki państwa wobec wsi doprowadziła do tego, że w latach 80. XX wieku rolnicy uzyskiwali przeciętnie te same dochody co ludność pracująca w innych działach gospodarki, a pod koniec dekady nawet wyższe (najwyższe w roku 1989). Okres transformacji wraz z wprowadzeniem gospodarki rynkowej przyniósł rolnictwu i ludności wiejskiej znaczące problemy. Dochody rolników gwałtownie się zmniejszyły i w roku 1999 były niższe o połowę od dochodów osiąganych przez inne grupy zawodowe. Po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej sytuacja ekonomiczna mieszkańców wsi uległa znaczącej poprawie, głównie za sprawą dopłat bezpośrednich [1]. Pomimo tego nadal utrzymują się duże dysproporcje w dochodach uzyskiwanych przez mieszkańców miast i mieszkańców wsi. Świadczyć o tym mogą dane, według których w roku 2013 w Polsce poniżej ustawowej granicy ubóstwa żyło 8,4% mieszkańców miast i 19,6% mieszkańców wsi, a poniżej minimum egzystencji – 4,6% mieszkańców miast i 11,6% mieszkańców wsi. W roku 2013 średni dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym rolników był o około 20–30% niższy niż średni dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwach domowych innych grup zawodowych. Mniejsze dochody niż rolnicy uzyskiwali jedynie renciści [7].

W roku 2007 niecałe 40% mieszkańców wsi deklaroowało posiadanie użytków rolnych, a większość, bo ponad 60%, stanowiły osoby żyjące w gospodarstwach bezrolnych. Podstawową przyczyną tego procesu było odchodzenie ludności wiejskiej od zajęć rolniczych i jej aktywizacja zawodowa w innych dziedzinach gospodarki lub zakończenie okresu działalności produkcyjnej ze względu na osiągnięcie wieku emerytalnego. Na niektórych obszarach, zwłaszcza na południowym zachodzie i północy Polski, udział ludności nierolniczej stanowi ¾ ogółu populacji wiejskiej. Także na wschodnich terenach kraju, gdzie gospodarstwa rolne cechują się szczególnie tradycyjnymi formami powiązań rodzinnych, prawie połowę wiejskiej społeczności tworzą rodziny bezrolne.

Pomimo spadku liczby gospodarstw prowadzących działalność rolniczą w ciągu ostatnich kilkunastu lat nastąpił wzrost liczby maszyn użytkowanych w gospodarstwach rolnych. Zmianie uległy także kierunki produkcji rolnej. Odnotowano spadek pogłowia zwierząt hodowlanych oraz zmniejszenie areалу upraw roślin najbardziej pracochłonnych, między innymi ziemniaków [6].

Dynamika zmian konsumpcji mieszkańców wsi w okresie ostatnich kilku–kilkunastu lat wskazuje na wiele zmian w spożyciu artykułów żywnościowych. Do pozytywnych, ze względów zdrowotnych, zmian w strukturze konsumpcji żywności należy zaliczyć wzrost spożycia tłuszczów roślinnych, drobiu i owoców oraz spadek spożycia tłuszczów zwierzęcych i cukru. Do

zjawisk negatywnych – spadek spożycia warzyw, mleka i przetworów mlecznych. Stale na niskim poziomie utrzymuje się spożycie ryb [6]. Tradycyjnie jednak dieta gospodarstw wiejskich należy do diet bogatokalorycznych, a w jej skład wchodzi duże ilości węglowodanów i kwasów tłuszczowych.

Dbałość o higienę osobistą, a także dbałość o stan najbliższego otoczenia należy do ważnych czynników, które wpływają na stan zdrowia populacji. Tymczasem obszary wiejskie stanowią nadal poważne źródło zanieczyszczeń wód gruntowych i powierzchniowych, a także degradacji krajobrazu odpadami stałymi. Mniej nasilony, ale także istotny jest problem wody na wsi. W ostatnich latach wyposażenie wsi w sieć wodociągową i kanalizacyjną uległo istotnej poprawie. Te pozytywne zmiany były wynikiem dostosowywania polskiego ustawodawstwa do wymogów unijnych. Szczególnie zaawansowany jest proces budowy kanalizacji i oczyszczalni ścieków, do czego przyczyniła się głównie realizacja programu SAPARD [1].

Z roku na rok zmniejsza się udział osób wykonujących zawód rolnika wśród ludności wiejskiej. Jest to zawód specyficzny, który charakteryzuje się dużym narażeniem na oddziaływanie czynników klimatycznych oraz długim i nieregularnym czasem pracy. Obserwowany w ostatnich latach postęp technologiczny doprowadził do wystąpienia wielu nowych zagrożeń dla zdrowia w tej grupie zawodowej, a przede wszystkim do wzrostu zachorowań na alergie, depresję, choroby psychosomatyczne i inne choroby cywilizacyjne. Obecnie zawód rolnika jest zaliczany do grona dziesięciu najbardziej stresujących zawodów. Stres jest następstwem między innymi sytuacji ekonomicznej rolników, ale jego przyczyną może być także nieprzewidywalna pogoda, presja czasowa, zdarzenia losowe, decyzje rządowe (np. sankcje ekonomiczne skutkujące zamykaniem rynków zbytu), a nawet geograficzna izolacja.

Podsumowując, można stwierdzić, że w okresie ostatnich 25 lat w Polsce:

- zahamowaniu uległy procesy urbanizacyjne, i z roku na rok wzrasta procentowy udział osób zamieszkałych na wsi w strukturze demograficznej Polski;
- stopniowo poprawia się poziom wykształcenia mieszkańców wsi, ale stale utrzymują się duże, niekorzystne dla mieszkańców wsi, dysproporcje w tej dziedzinie;
- stale zmniejsza się wśród mieszkańców wsi odsetek osób wykonujących zawód rolnika, zmienia się też charakter pracy rolników, która staje się wprawdzie mniej manualna, ze względu na obowiązujące reguły rynkowe jednak bardziej stresująca;
- utrzymują się duże, niekorzystne dla mieszkańców wsi dysproporcje w uzyskiwanych dochodach, pomimo znaczącej poprawy sytuacji ekonomicznej ludności wiejskiej po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej;
- zmieniają się nawyki żywnościowe ludności wiejskiej, której część przejmuje niekorzystne wzorce zarezerwowane wcześniej dla mieszkańców miast.

Wpływ zmieniającej się sytuacji socjoekonomicznej mieszkańców wsi na stan ich zdrowia

Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach rozwiniętych gospodarczo głównymi przyczynami zgonów pozostają choroby układu sercowo-naczyniowego oraz nowotwory, które łącznie odpowiadają za około 70% tych niekorzystnych zdarzeń. Na trzecim miejscu plasują się urazy i zatrucia (około 6,0% zgonów), które jednocześnie są najczęstszą przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży. Do głównych czynników ryzyka występowania chorób układu sercowo-naczyniowego zalicza się otyłość, a zwłaszcza otyłość brzuszna, zaburzenia lipidowe, nałóg palenia tytoniu, występowanie nadciśnienia tętniczego oraz cukrzyca. W międzynarodowym badaniu INTERHEART czynniki te zaliczono do grupy najważniejszych czynników determinujących niepomyślny przebieg choroby wieńcowej, kończącej się zawałem mięśnia sercowego [8]. Wobec zmieniającej się sytuacji socjoekonomicznej mieszkańców wsi celowe wydaje się określenie wpływu zachodzących zmian na stan zdrowia tej subpopulacji. Tymczasem w Polsce, podobnie jak i w innych krajach europejskich, przeprowadzono niewiele badań, w których analizowano różnice w stanie zdrowia mieszkańców wsi i miast. Lukę tę starały się wypełnić badania przeprowadzone przez Instytut Medycyny Wsi (IMW) na Lubelszczyźnie w latach 2006–2008, w których analizie poddano między innymi występowanie czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, takich jak: otyłość i otyłość brzuszna, zaburzenia lipidowe, nałóg palenia papierosów, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, a także występowanie urazów, których liczba w sposób pośredni świadczy o podejmowanej codziennej aktywności fizycznej [9].

Otyłość i otyłość brzuszna

Obserwacje prowadzone na terenie Polski wskazują na wzrastającą liczbę osób otyłych. W roku 1984 wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy było 18,6% osób otyłych, a w roku 2001 odsetek takich osób wynosił już 30,8% (badanie Pol-MONIKA) [10]. W roku 2000 Instytut Żywności i Żywienia przeprowadził badania, których wyniki wykazały nadwagę lub otyłość u 56,7% mężczyzn i 48,6% kobiet [11]. W roku 2002 nadwagę lub otyłość rozpoznano u 53% ogółu respondentów, 58% mężczyzn i 48% kobiet (NATPOL PLUS) [12]. Z kolei w przeprowadzonym w latach 2003–2005 badaniu WOBASZ nadwaga lub otyłość występowały u 61,6% mężczyzn i 50,3% kobiet [13]. W badaniach IMW przeprowadzonych na terenie Lubelszczyzny (2006–2008) nadwagę lub otyłość stwierdzono u 58,3% osób – 63,5% mężczyzn i 55,2% kobiet [9]. Nadwaga i otyłość w Polsce występują rzadziej niż w USA i w Grecji, z podobną częstością jak w Wielkiej Brytanii, natomiast znacznie częściej niż we Francji i w krajach skandynawskich [14–17].

W badaniach IMW otyłość rozpoznano u 23,2% osób (**Rysunek 1**).

Stwierdzono, że otyłość istotnie statystycznie częściej występowała wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast (25,9 vs 19,9%). Otyłe częściej były

kobiety niż mężczyźni (24,2 vs 21,8%), ale stwierdzona różnica była nieistotna statystycznie. Otyłość rozpoznano u istotnie wyższego odsetka mężczyzn (23,6 vs 19,4%) i kobiet zamieszkałych na wsi niż zamieszkałych w miastach (27,2 vs 20,3%) [9].

W badaniach IMW otyłość brzuszną stwierdzono u 51,6% osób (**Rysunek 2**).

Otyłość brzuszna istotnie statystycznie częściej występowała wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast (54,0 vs 48,4%). Podobnie otyłość brzuszną znacznie częściej stwierdzano wśród kobiet niż wśród mężczyzn (58,1 vs 41,3%). Udziały mężczyzn z otyłością brzuszną wśród zamieszkałych na wsi i w miastach były zbliżone (41,0 vs 41,7%), natomiast odsetek kobiet wiejskich z otyłością brzuszną był istotnie wyższy niż odsetek mieszkanki miast, u których rozpoznano tę chorobę (62,2 vs 52,8%) [9].

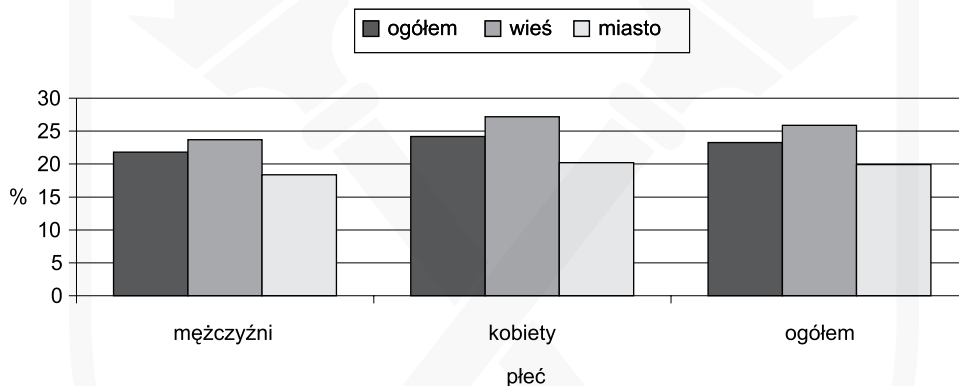
Ponieważ w roku 2005 uległy zmianie kryteria rozpoznawania otyłości brzusznej, rezultatów przedstawionego badania nie można skonfrontować z wynikami wcześniejszych badań. Jeszcze na początku lat 90. XX wieku więcej nadwagi i otyłości stwierdzano wśród mieszkańców miast. W latach 1998–2000, w województwie lubelskim, w populacji powyżej 30. r.ż., odsetki osób otyłych wśród zamieszkałych na wsi i w miastach były zbliżone

(30,8 vs 30,1%) [18]. W cytowanym już badaniu Instytutu Żywności i Żywienia z roku 2000 stwierdzono tylko nieco większe rozpowszechnienie otyłości wśród kobiet wiejskich w porównaniu z mieszkankami miast [11].

Na większe rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności wiejskiej wskazują także doniesienia z krajów Europy Południowej. W ostatnich dekadach w Hiszpanii wzrósł udział osób otyłych wśród mieszkańców wsi i obecnie odsetek takich osób w populacji wiejskiej przewyższa odsetek otyłych wśród mieszkańców miast. Na Sycylii nadwagę i otyłość ma około 77,5% mężczyzn i 73,4% kobiet zamieszkałych na wsi. Również w Kanadzie więcej osób otyłych jest wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast. Natomiast w krajach rozwijających się nadal znacznie częściej nadwagę i otyłość stwierdza się wśród osób zamieszkałych w miastach [19–22].

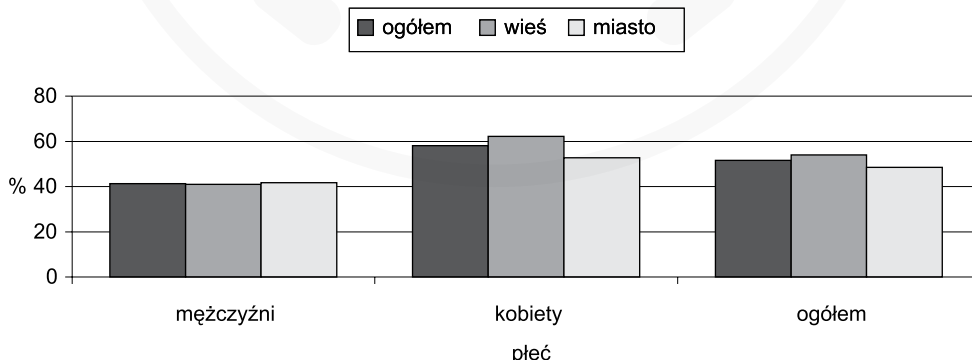
Zaburzenia lipidowe

Częste zmiany kryteriów rozpoznawania zaburzeń lipidowych spowodowały, że większość prowadzonych wcześniej badań epidemiologicznych straciła swoją aktualność. Niemniej z badań prowadzonych zarówno w Europie, w Stanach Zjednoczonych, jak i w Polsce



Rysunek 1. Otyłość wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 2. Otyłość brzuszna wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

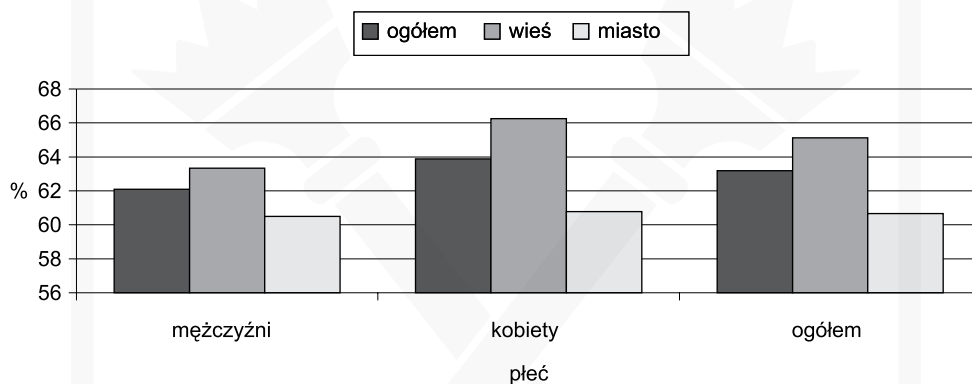
wynikało, że rozpowszechnienie tych zaburzeń w populacji jest duże. Pod koniec lat 90. XX wieku hipercholesterolemia występowała u ponad połowy dorosłych Polaków [23]. W roku 2002 podwyższone stężenia cholesterolu całkowitego wykryto u 61,7% kobiet i 59,7% mężczyzn (NATPOL PLUS) [24]. Opublikowane w roku 2005 wyniki badania WOBASZ wykazały, że w populacji w wieku 20–74 lata większość, tj. około 70% dorosłych Polaków, miała zaburzenia lipidowe, przy czym nieprawidłowe stężenia cholesterolu całkowitego wykryto u 67% mężczyzn i 64% kobiet [13]. Badania WOBASZ i LIPIDOGRAF 2004 wykazały duże przestrzenne różnice w występowaniu zaburzeń lipidowych w populacji na terenie kraju. Na podstawie wyników tych badań stwierdzono, że częstość występowania zaburzeń lipidowych w województwie lubelskim należała do najniższych w Polsce (62% populacji województwa) [25]. Według wyników badania WOBASZ na Lubelszczyźnie hipercholesterolemia występowała u 57% mężczyzn i 51% kobiet [13]. W badaniach IMW na Lubelszczyźnie stężenia cholesterolu całkowitego równe lub wyższe od 190 mg/dl występowały u 63,2% badanych osób, istotnie statystycznie częściej u mieszkańców wsi niż mieszkańców miast (65,1 vs 60,7%) (**Rysunek 3**).

Również średnie stężenia cholesterolu całkowitego były wyższe u osób zamieszkałych na wsi niż u zamieszkałych w miastach (207,7 vs 203,8%). Podwyższone stężenia cholesterolu z podobną częstością występowały u mężczyzn i kobiet (62,1 vs 63,9%). Hipercholesterolemia występowała częściej u mężczyzn (63,3 vs 60,5%) i kobiet (66,3 vs 60,8%) zamieszkałych na wsi niż u mężczyzn i kobiet zamieszkałych w miastach [9].

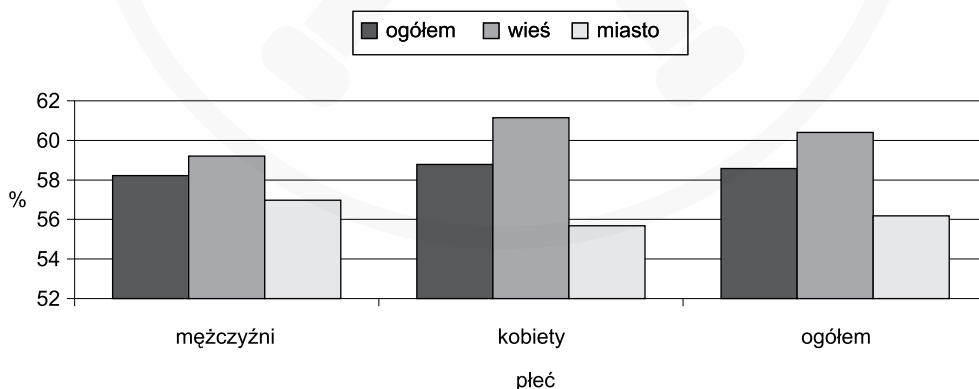
W badaniach IMW stężenia aterogennej frakcji cholesterolu – LDL równe lub wyższe od 115 mg/dl stwierdzono u 58,6% badanych osób, znamienne częściej u mieszkańców wsi niż mieszkańców miast (60,4 vs 56,2%) (**Rysunek 4**).

Również średnie stężenia cholesterolu LDL były wyższe u osób zamieszkałych na wsi niż u zamieszkałych w miastach (128,3 vs 122,8%). Nieprawidłowe stężenia cholesterolu LDL podobnie często występowały u mężczyzn i kobiet (58,2 vs 58,8%). Zbyt wysokie stężenia tej frakcji cholesterolu częściej dotyczyły mężczyzn (59,2 vs 57,0%) i kobiet (61,1 vs 55,7%) zamieszkałych na wsi niż zamieszkałych w miastach [9].

Z rezultatów badań IMW wynika, że sytuacja epidemiologiczna dotycząca zaburzeń lipidowych na terenie Lubelszczyzny uległa w ostatnich latach istotnemu



Rysunek 3. Hipercholesterolemia całkowita wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania. Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 4. Nieprawidłowe stężenia cholesterolu LDL wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

pogorszeniu, szczególnie wśród mieszkańców wsi. Na większą liczbę zaburzeń lipidowych u mieszkańców wsi niż miast wskazują także wyniki badań przeprowadzonych w innych krajach europejskich. Natomiast w krajach rozwijających się zaburzenia lipidowe nadal częściej dotyczą mieszkańców miast niż wsi [26–28]. Nieco bardziej optymistyczne dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń lipidowych przyniosły najnowsze polskie badania epidemiologiczne. Według badania NATPOL 2011 hipercholesterolemia występowała u 61% osób, a średnie stężenia cholesterolu całkowitego w surowicy krwi były niższe niż stwierdzane w badaniach prowadzonych wcześniej [29].

Cukrzyca

W latach 1998–2000 przeprowadzono w Polsce wielośrodkowe badania, które dotyczyły występowania cukrzycy w populacji powyżej 35. r.ż. Badania te wykazały, że na terenie Krakowa cukrzyca występowała u 10,8%, na terenie województwa lubelskiego u 15,8%, a na terenie Łodzi u 15,7% badanych osób. Większość stwierdzonej w tych badaniach cukrzycy (około 70%) stanowiła cukrzyca, która wcześniej nie była rozpoznana. We Wrocławiu w roku 2003 cukrzyca występowała u 10,9% badanych osób [18, 30–32].

Według badań IMW na Lubelszczyźnie na cukrzycę chorowało 6,6% osób (**Rysunek 5**).

Cukrzyca częściej występowała wśród mieszkańców miast niż wśród mieszkańców wsi (7,3 vs 6,1%), ale stwierdzona różnica nie była istotna statystycznie. Cukrzyca tylko nieznacznie częściej występowała wśród mężczyzn niż kobiet (6,9 vs 6,4%). Choroba ta dotyczyła wyższego odsetka mężczyzn (8,3 vs 5,9%) i kobiet (6,8 vs 6,2%) zamieszkałych w miastach niż na wsi [9].

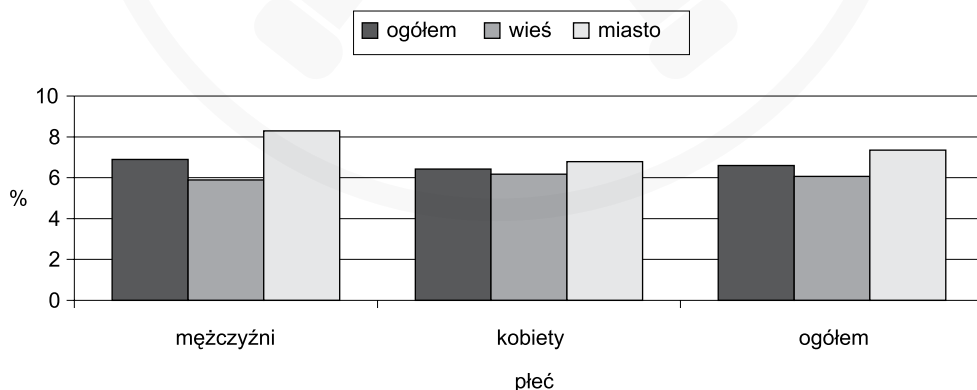
Z badań IMW wynika, że udział osób chorych na cukrzycę w populacji jest niższy niż prezentowany w cytowanych wcześniej badaniach. Należy przypuszczać, że tak duże rozbieżności są rezultatem zastosowania różnych metod badawczych. Podobne do wyników badania IMW rezultaty przyniosło wcześniejsze badanie NATPOL PLUS z roku 2003, według którego cukrzyca wy-

stępowała u 6,5% osób [33]. Na podobne rozpowszechnienie cukrzycy wskazują także badania przeprowadzone w innych krajach europejskich. Jednocześnie wyniki tych badań świadczą o dużym zróżnicowaniu występowania tej jednostki chorobowej w populacji zależnie od regionu. W Europie najmniej chorych na cukrzycę jest w Holandii (3,7% populacji) [34]. Odsetek chorych na cukrzycę w okręgu Odense, w Danii, wzrósł z 2,1% w roku 1996 do 6,4% w roku 2003 [35]. Z kolei z badań przeprowadzonych w południowej Australii wynika, że w roku 2008 w rejonie tym na cukrzycę chorowało 6,0%, podczas gdy wcześniejsze badania przeprowadzone w roku 2003 wykazały, że cukrzyca występowała u 6,9% osób [36]. W USA w roku 2000 cukrzycę wykryto u 6,3% osób w wieku 20–74 lata (NHANES) [37].

Częstsze występowanie cukrzycy wśród mieszkańców miast niż wsi jest charakterystyczne dla krajów rozwijających się; uznaje się nawet, że postępująca urbanizacja jest jednym z najważniejszych czynników, które determinują rozwój tej choroby. Uzyskane w badaniach IMW wyniki wskazują, że zmniejsza się, a nawet zanika różnica w zapadalności na cukrzycę w środowisku wiejskim i miejskim. Podobną sytuację obserwuje się w krajach takich jak Grecja i Turcja, gdzie na cukrzycę chorują zbliżone odsetki osób zamieszkałych w miastach i na wsi [38, 39]. W USA według niektórych badań więcej chorych na cukrzycę jest wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast [40].

Nadciśnienie tętnicze

Ogólna liczba chorych na nadciśnienie tętnicze na świecie systematycznie rośnie, co jest spowodowane przede wszystkim stale zwiększającą się liczbą osób z nadciśnieniem w krajach rozwijających się, zapadalność bowiem na nadciśnienie w krajach rozwiniętych gospodarczo nie uległa w ostatnich latach istotnym zmianom [41]. Prowadzone w ostatnich kilkudziesięciu latach polskie badania epidemiologiczne przynosiły znacząco różniące się rezultaty, co wynikało głównie z różnic metodologicznych. W roku 1993 nadciśnienie tętnicze wykryto u 41% mieszkańców prawobrzeżnej



Rysunek 5. Cukrzyca wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

Warszawy oraz u 44% mieszkańców województwa tarnobrzskiego (Pol-MONIKA) [42]. Wyniki niektórych badań przeprowadzonych w okresie późniejszym wykazały jednak mniejsze rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego. W roku 2002 nadciśnienie tętnicze wykryto u 29% osób powyżej 18. r.ż. (NATPOL III PLUS) [12]. Z kolei na podstawie wyników wieloosrodkowego badania PENT określono częstość występowania tej choroby wśród osób powyżej 18. r.ż. na 44,2% [43]. W badaniu WOBASZ (2003–2005) wykryto obecność nadciśnienia tętniczego u 36% osób [13].

W badaniach IMW na Lubelszczyźnie nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 39,4% osób, przy czym udziały osób z tą chorobą w subpopulacjach mieszkańców wsi i miast były podobne (39,8 vs 39,0%) (**Rysunek 6**).

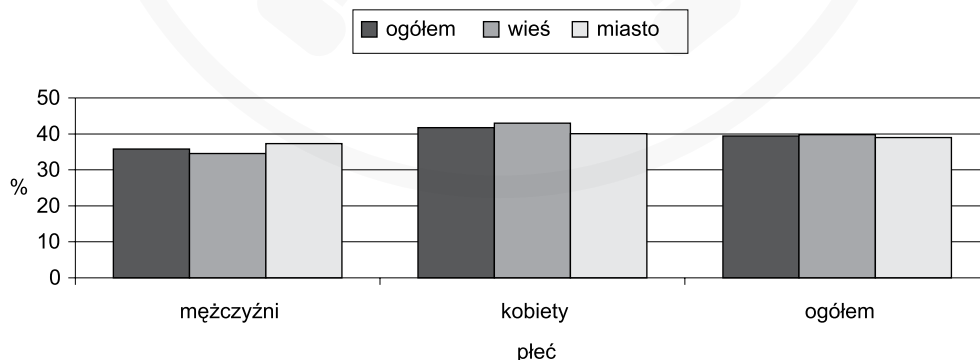
Znamiennie częściej nadciśnienie tętnicze występowało wśród kobiet niż wśród mężczyzn (41,7 vs 35,8%), przy czym różnica między udziałem kobiet i mężczyzn chorych na nadciśnienie była istotna statystycznie tylko w subpopulacji mieszkańców wsi. Zależność taka nie wystąpiła w subpopulacji mieszkańców miast, aczkolwiek również w tej grupie wyższy odsetek kobiet niż mężczyzn chorował na nadciśnienie tętnicze. Na nadciśnienie tętnicze częściej chorowały kobiety zamieszkałe na wsi niż kobiety zamieszkałe w miastach (43,0 vs 40,0%), natomiast ta jednostka chorobowa dotyczyła wyższego odsetka mężczyzn zamieszkałych w miastach niż zamieszkałych na wsi (37,3 vs 34,6%) [9].

Wykazana w badaniach IMW chorobowość na nadciśnienie tętnicze jest wyższa, niż wynikałoby to z rezultatów badania WOBASZ i badania NATPOL III PLUS, natomiast znamiennie niższa od stwierdzonej w badaniu PENT i innych wcześniejszych badaniach. Uzyskane wyniki oraz dane pochodzące z innych polskich badań wskazują, że nadciśnienie tętnicze w Polsce występuje z podobną częstością jak w innych krajach europejskich. W roku 2000 w Szwecji było 38,4% osób chorych na nadciśnienie tętnicze, we Włoszech 37,7%, a w Hiszpanii 40,0%. Rzadziej choroba ta występowała w Wielkiej Brytanii (29,6%), natomiast, znamiennie częściej w Niemczech (55,3%). W porównaniu z krajami europejskimi udział osób z nadciśnieniem w Ameryce

Północnej jest niższy i wynosi w USA 20,3%, a w Kanadzie 21,4% [44]. W krajach byłego bloku wschodniego na nadciśnienie tętnicze choruje podobny jak w Polsce odsetek populacji (od 35 do 40%) [45, 46]. Natomiast w krajach rozwijających się częstość tej choroby jest niższa. Jednak w krajach rozwiniętych gospodarczo chorobowość na nadciśnienie tętnicze utrzymuje się od lat na niezmiennym poziomie, natomiast w krajach rozwijających się gwałtownie rośnie. Według szacunkowych danych aktualnie na nadciśnienie tętnicze choruje 26,5% światowej populacji powyżej 20. r.ż. [47]. W większości krajów rozwijających się nadciśnienie tętnicze występuje u wyższego odsetka mieszkańców miast niż wsi, a procesy urbanizacyjne uznawane są za jeden z podstawowych czynników odpowiedzialnych za szybki wzrost zapadalności na tę chorobę. Z kolei w niektórych krajach europejskich, między innymi w Grecji, nadciśnienie tętnicze częściej występuje wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast [48]. Bardziej optymistyczne dane dotyczące rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego przyniosły najnowsze polskie badania epidemiologiczne. Według badania NATPOL 2011 nadciśnienie tętnicze występowało u 32% Polaków, a średnie wartości ciśnienia były niższe niż stwierdzane w badaniach prowadzonych wcześniej [29].

Nałóg palenia papierosów

W latach 70.–90. XX wieku odsetek osób palących papierosy w Polsce należał do najwyższych na świecie. Na początku lat 80. w niektórych grupach wieku i grupach społecznych papierosy paliło 70–80% mężczyzn i 40–50% kobiet. W wyniku organizowanych od początku lat 90. społecznych kampanii zdrowotnych, przyjętych rozwiązań legislacyjnych, programów rządowych oraz na skutek wzrostu cen wyrobów tytoniowych zaszły istotne zmiany w postawach wobec palenia tytoniu [49]. W roku 2002 udział osób palących w Polsce wynosił 33,0% (NATPOL PLUS) [12]. Według wyników badania WOBASZ w roku 2005 w Polsce papierosy paliło 42,0% mężczyzn i 25,0% kobiet. W badaniu tym stwierdzono regionalne różnice w rozpowszechnieniu tego nałogu w po-



Rysunek 6. Nadciśnienie tętnicze wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

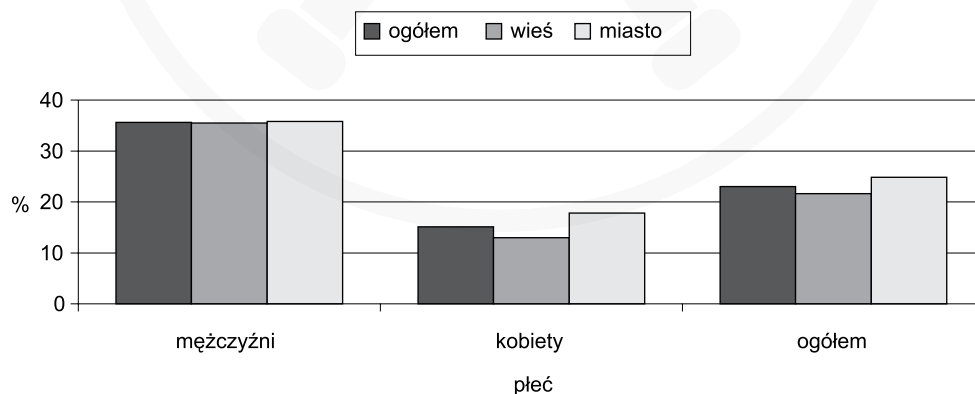
pulacji, przy czym odsetek palących wśród mężczyzn w województwie lubelskim był równy średniej krajowej (42,0%), natomiast odsetek palących kobiet był niższy od średniej krajowej (23,0%) [13]. Wyniki badań z lat 2006–2007 wykazywały, że nałóg palenia papierosów dotyczył 28,0–29,0% dorosłej populacji Polaków [50].

W badanej przez IMW populacji na Lubelszczyźnie papierosy paliło 23,0% osób (**Rysunek 7**).

Istotnie statystycznie więcej osób palących było wśród mieszkańców miast niż wśród mieszkańców wsi (24,8 vs 21,6%). Wśród mężczyzn było ponad dwukrotnie więcej osób palących niż wśród kobiet (35,6 vs 15,1%). Odsetki palących wśród mężczyzn zamieszkałych na wsi i w miastach były niemal identyczne (35,5 vs 35,8%), natomiast znamienne częściej papierosy paliły kobiety zamieszkałe w miastach niż zamieszkałe na wsi (17,8 vs 13,0%) [9].

Rezultaty badań IMW wskazały na stałe zmniejszanie się rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów na Lubelszczyźnie. Nałóg dotyczył podobnego odsetka populacji jak w Stanach Zjednoczonych (23,5%), mniejszego niż we Włoszech (29,0%), natomiast wyższego niż w krajach skandynawskich (18,0%) [51]. Z badań IMW wynika także, że nałóg palenia papierosów był bardziej rozpowszechniony wśród mieszkańców miast niż wsi, przy czym różnice dotyczyły tylko subpopulacji kobiet. Na częstsze występowanie nałogu palenia papierosów wśród mieszkańców miast niż wsi wskazywały także badania przeprowadzone na terenie Małopolski [52]. Również z badań wykonanych w innych krajach europejskich, takich jak Niemcy, Rosja, Ukraina i Włochy, wynika, że nałóg palenia papierosów dotyczył wyższego odsetka mieszkańców miast niż wsi [53–55]. Nie jest to jednak regułą, w Kanadzie bowiem udział osób palących wśród zamieszkałych na wsi był wyższy niż wśród zamieszkałych w miastach [56]. Jeszcze w latach 70.–90. XX wieku w Polsce udział palących wśród kobiet zamieszkałych w miastach był niemal dwukrotnie wyższy niż wśród kobiet zamieszkałych na wsi [49]. Stwierdzona w badaniu IMW różnica była pod względem istotności

mniejsza. Analiza rozpowszechnienia nikotynizmu wśród kobiet, przeprowadzona w krajach nadbałtyckich, wykazała we wszystkich tych krajach, z wyjątkiem Estonii, przewagę występowania tego nałogu wśród mieszkanek miast [57]. W Grecji, podobnie jak w Polsce, palaczami jest zbliżony odsetek mężczyzn zamieszkałych w miastach i na wsi, natomiast odsetek palących wśród kobiet zamieszkałych w miastach jest nadal niemal trzykrotnie wyższy niż odsetek palących wśród kobiet zamieszkałych na wsi [58]. Przeprowadzone w Polsce najnowsze badania wskazały na dalsze ograniczenie rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów. Według badania NATPOL 2011 w roku tym w Polsce papierosy paliło 27% osób [29]. Według badania TNS Polska w roku 2009 nałóg dotyczył 29% populacji, a w roku 2013 – 27% Polaków. Spadek rozpowszechnienia nałogu był bardziej zauważalny w populacji mężczyzn. O ile w roku 2009 papierosy paliło 35% mężczyzn, to w roku 2013 odsetek ten wynosił 31%. Natomiast w populacji kobiet zmiany były niewielkie. W roku 2009 papierosy paliło 24% kobiet, natomiast w roku 2013 – 23%. Najnowsze badania potwierdziły też wcześniejsze obserwacje dotyczące niwelowania różnic w rozpowszechnieniu nałogu wśród kobiet zamieszkałych w miastach i zamieszkałych na wsiach. W roku 2013 papierosy paliło 23% mieszkanek wsi i taki sam odsetek kobiet zamieszkujących miasta liczące do 100 tys. mieszkańców. Odsetek palących kobiet wśród mieszkanek miast liczących od 100 do 500 tys. mieszkańców był niższy i wynosił 19%. Jedynie wśród mieszkanek miast liczących powyżej 500 tys. mieszkańców odsetek palących był wyższy niż na wsi i wynosił 26%. Natomiast w populacji mężczyzn nadal obserwowano większe rozpowszechnienie nałogu wśród mieszkańców miast niż wsi. W roku 2013 papierosy paliło 29% mężczyzn zamieszkałych na wsi, 33% mężczyzn zamieszkałych w miastach liczących do 100 tys. mieszkańców, 30% zamieszkałych w miastach liczących od 100 do 500 tys. mieszkańców i 38% mężczyzn zamieszkałych w miastach liczących powyżej 500 tys. mieszkańców [59].



Rysunek 7. Nałóg palenia papierosów wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

Urazy

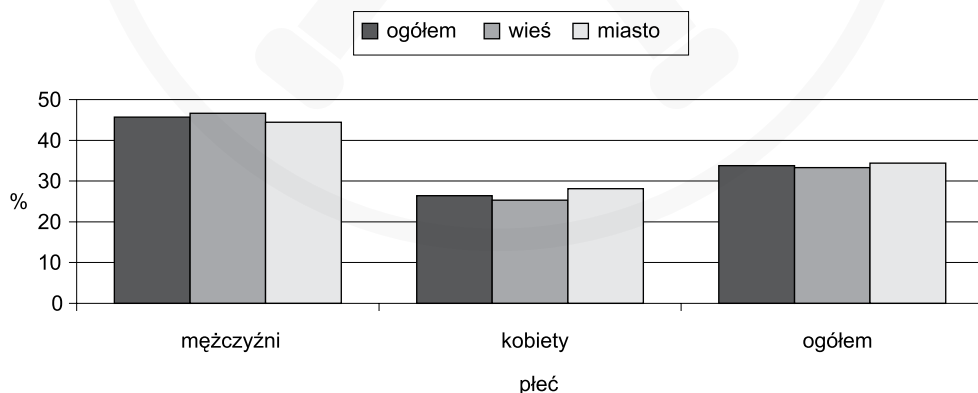
Urazy i zatrucia są poważnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie. W krajach europejskich obserwuje się wyraźne dysproporcje w liczbie zgonów wywołanych urazami w stosunku do ich liczby ogólnej. W Europie Środkowej i Wschodniej, a także w krajach powstałych po rozpadzie Związku Radzieckiego, urazy częściej powodują zgony niż urazy, do których dochodzi w krajach Europy Zachodniej. W Rosji w roku 2006 śmiertelność spowodowana urazami była pięciokrotnie wyższa niż w krajach Europy Zachodniej, a urazy, oparzenia i zatrucia odpowiedzialne były za ponad 13% wszystkich zgonów. W krajach Europy Wschodniej i krajach powstałych po rozpadzie Związku Radzieckiego, w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, zmiennie częściej zgonami kończą się urazy komunikacyjne, a także urazy spowodowane wypadkami w pracy. Wynika to z gorszego stanu technicznego dróg i samochodów, większej brawury kierowców, a przede wszystkim z powodu użytkowania samochodów przez osoby, które znajdują się pod wpływem alkoholu. Alkohol jest też przyczyną większej w tych krajach wypadkowości w pracy. Natomiast w krajach Europy Zachodniej duży udział wśród urazów stanowią urazy, do których dochodzi w trakcie zajęć sportowych lub w trakcie aktywnego wypoczynku, a śmiertelność w tego typu zdarzeniach jest z reguły mała [60–63].

Pomimo że urazy, które nie zakończyły się zgonem, są jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności na świecie, niewiele jest informacji dotyczących skali ich występowania. W badaniu HAPIEE analizowano urazy, które nie zakończyły się zgonem, do jakich doszło wśród osób w wieku 45–69 lat w Rosji, Czechach i Polsce (2002–2005). Wykazano, że w Polsce dochodziło do mniejszej liczby tego typu urazów niż w pozostałych krajach, i to zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet. W badanym okresie w Polsce urazów, które nie zakończyły się zgonem, doznało 5,3% mężczyzn i 6,4% kobiet, podczas gdy w Czechach odpowiednio 9,4 i 9,8%, natomiast w Rosji – 12,5 i 9,9% [64]. W USA

prorowadzone przez rok obserwacje wykazały, że urazów, które nie kończą się zgonem, doznaje około 15% populacji powyżej 55. r.ż. [65]. Podobne badania prowadzone wśród mieszkańców północno-wschodniej Francji wykazały, że takim urazom uległo 16,5% osób powyżej 50. r.ż. [66]. Cytowane wyniki z jednej strony są dla Polski bardzo dobre, z drugiej wskazują na dramatyczną różnicę w podejmowaniu aktywności sportowej przez mieszkańców naszego kraju w porównaniu z osobami żyjącymi w innych krajach. Jak już wcześniej wspomniano, duża liczba urazów w Europie Zachodniej i w USA jest wynikiem aktywności fizycznej mieszkańców tych krajów, i chociaż negatywnym skutkiem tych działań są urazy, to jednak uzyskiwane korzyści zdrowotne zdecydowanie przeważają. Podobnie z rezultatów badań nad urazami wśród młodzieży wynika, że liczba urazów, do jakich dochodzi wśród młodzieży polskiej, należy do najniższych w Europie. Ponieważ do większości urazów młodzieży dochodzi w trakcie zajęć sportowych, trudno ten wynik interpretować jedynie w kategoriach sukcesu, albowiem podobnie jak w przypadku osób dorosłych wynika on głównie z niskiej aktywności fizycznej polskiej młodzieży [67].

Badanie IMW w Lublinie wykazało, że urazom niezakończonym zgonem uległo 33,8% badanych osób (**Rysunek 8**).

Co najmniej jednemu urazowi uległ podobny odsetek osób zamieszkałych na wsi i w miastach (33,3 vs 34,4%). Również średnia liczba urazów przypadających na jednego mieszkańca wsi była identyczna, jak średnia liczba urazów przypadających na jednego mieszkańca miast (po 0,5). Nie wykazano także istotnych różnic w lokalizacji urazów, zależnych od miejsca zamieszkania osób, które im uległy. Mężczyźni blisko dwukrotnie częściej niż kobiety ulegali urazom (45,7 vs 26,4%). Przynajmniej jednemu urazowi uległ nieznacznie wyższy odsetek mężczyzn zamieszkałych na wsi niż zamieszkałych w miastach (46,6 vs 44,4%), natomiast zdarzenia tego typu dotknęły wyższego odsetka kobiet zamieszkałych w miastach niż zamieszkałych na wsi (28,1 vs 25,2%) [9].



Rysunek 8. Urazy (co najmniej jeden) wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

W badaniach IMW w Lublinie nie wykazano istotnej zależności między miejscem zamieszkania badanych osób a liczbą urazów. Z nielicznych badań prowadzonych w innych krajach wynika, że zdarzenia te częściej dotyczą osób zamieszkałych na wsi niż w miastach. W USA urazy, które nie kończą się zgonem, z większą częstością występują wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców przedmieść i miast [68]. Naukowcy, którzy badali zachowania polskiej młodzieży, stwierdzili, że więcej urazów występuje wśród mieszkańców miast niż wsi, chociaż jeszcze kilka lat temu więcej tego typu zdarzeń dotyczyło młodzieży wiejskiej [67]. Również w przeprowadzonym w Norwegii badaniu dzieci i młodzieży wykazano, że urazy głowy częściej występują wśród osób zamieszkałych w miastach niż na wsi [69].

■ Przemiany socjoekonomiczne a stan zdrowia ludności wiejskiej

Zmieniająca się sytuacja socjoekonomiczna polskiej wsi może w najbliższym czasie doprowadzić do pogorszenia sytuacji zdrowotnej jej mieszkańców. Tymczasem w ostatnim okresie w Polsce nie przeprowadzono kompleksowych badań, które pozwoliłyby na porównanie stanu zdrowia mieszkańców wsi i miast. W cytowanych powyżej badaniach analizowano z reguły występowanie pojedynczych, określonych problemów zdrowotnych, a część z tych badań była reprezentatywna jedynie dla pewnych regionów Polski. Niemniej wyniki przeprowadzonych badań zdają się wskazywać na wzrastające rozpowszechnienie wśród ludności wiejskiej takich czynników ryzyka rozwoju chorób układu krążenia, jak otyłość, otyłość brzuszna i zaburzenia lipidowe. Ponieważ występowanie zarówno otyłości, otyłości brzusznej, jak i zaburzeń lipidowych może zależeć od wielu czynników, trudno jednoznacznie stwierdzić, które z nich są odpowiedzialne za ich coraz częstsze występowanie wśród ludności wiejskiej. Pewną rolę należy przypisać nawykom żywieniowym tej grupy ludności. Tradycyjna dieta gospodarstw wiejskich należy do diet bogatokalorycznych, z dużą ilością węglowodanów i kwasów tłuszczowych. Ponieważ wzrasta liczba wiejskich gospodarstw domowych, które nie prowadzą działalności rolniczej, coraz większa liczba mieszkańców wsi przejmuje niekorzystne nawyki żywieniowe zarezerwowane do niedawna dla ludności miejskiej. Istotną rolę w narastaniu skali otyłości, otyłości brzusznej oraz zaburzeń lipidowych należy także przypisać stale malejącej aktywności fizycznej mieszkańców wsi. Całkowita rezygnacja z produkcji rolnej, rezygnacja z upraw pracochłonnych oraz hodowli, przy postępującej mechanizacji tejże produkcji powoduje, że wydatki energetyczne osób w nią zaangażowanych są coraz mniejsze. Malejąca aktywność fizyczna mieszkańców wsi nie jest rekompensowana aktywnymi formami wypoczynku, w środowisku wiejskim bowiem nadal brak jest takich tradycji, a infrastruktura umożliwiająca podejmowanie tej działalności jest wciąż niewystarczająca. Pewną rolę w narastaniu zjawiska otyłości (także zaburzeń lipidowych) może odgrywać niska świadomość zagrożenia, jakie z sobą niesie ta choroba, a także pokutujący

stale wśród ludności wiejskiej, zwłaszcza starszej wiekowo, stereotyp, który otyłość uznaje za synonim zdrowia i dostatku. O malejącej roli aktywności fizycznej w życiu mieszkańców wsi pośrednio może świadczyć liczba urazów, do których dochodzi obecnie najczęściej w trakcie zawodów sportowych i innych form aktywnego wypoczynku. Istotny wpływ na narastanie tych niekorzystnych zjawisk może mieć niższy status ekonomiczny ludności wiejskiej. Pomimo że sytuacja materialna gospodarstw wiejskich poprawiła się istotnie po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej, to jednak nadal utrzymują się duże różnice w dochodach gospodarstw domowych na wsi i w miastach. Wyższy status ekonomiczny mieszkańców miast przekłada się na ich łatwiejszy dostęp do form aktywnego wypoczynku, pozwala także utrzymać właściwe zalecenia dietetyczne. Wprawdzie obecnie zachorowalność na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze wśród mieszkańców miast i wsi nie różni się istotnie, to jednak wobec narastającej skali zjawiska otyłości i otyłości brzusznej oraz zaburzeń lipidowych wśród ludności wiejskiej już w najbliższym czasie te wskaźniki epidemiologiczne mogą zmienić się na niekorzyść mieszkańców wsi. Tym bardziej że szybko zmieniają się korzystne do niedawna dla mieszkańców wsi dysproporcje w liczbie osób palących papierosy, szczególnie w populacji kobiet. Obecnie mieszkanki wsi palą papierosy częściej lub z podobną częstością jak mieszkanki mniejszych miast, jedynie w dużych miastach odsetek palących kobiet jest wyższy niż na wsi. Wprawdzie aktualnie średnia oczekiwana długość życia mieszkańców wsi i miast nie różni się istotnie (różnice dotyczą tylko subpopulacji mężczyzn) to, o ile sytuacja nie ulegnie zmianie, niekorzystne dla wsi różnice w stanie zdrowia mieszkańców wsi i miast mogą stać się bardziej widoczne.

■ Medycyna rodzinna na terenach wiejskich i wyzwania przed nią stojące

Obecnie liczba lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej w skali całego kraju jest wystarczająca, ale wynika to z faktu znacznego wydłużenia czasu pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego przez około 15% lekarzy. Pomimo to istnieją znaczne dysproporcje w liczbie pacjentów objętych opieką jednego lekarza w poszczególnych województwach, a nawet w obrębie jednego województwa, co skutkuje lokalnymi niedoborami kadrowymi. W najbliższym okresie należy się liczyć rocznie z odchodzeniem z zawodu około 2% lekarzy aktualnie zatrudnionych w placówkach POZ. W dłuższej perspektywie (około roku 2020) należy się liczyć ze znacznym niedoborem lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej, co będzie spowodowane przekroczeniem wieku emerytalnego przez około 50% lekarzy aktualnie pracujących. Jednocześnie liczba stawianych przez medycynę rodzinną zadań głównie z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, obciążenie czynnościami o charakterze biurokratycznym, przy stale wzrastającej liczbie działań o charakterze naprawczym skutkuje nadmiernym obciążeniem pracą i może już w najbliższym czasie zwiększyć potrzeby kadrowe podstawowej opieki

zdrowotnej. Już teraz około 25% kierowników placówek POZ niezależnie od ich lokalizacji deklaruje niedobory etatowe, a 1/3 z nich uważa, że liczba pacjentów objętych opieką przez jednego lekarza jest zbyt duża. W większości placówek istnieją trudności w znalezieniu zastępstwa w okresie urlopowym lub w czasie zwolnień lekarskich. Wśród lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej jedynie około 45% posiada specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej, a więc specjalizację, którą według zaleceń Unii Europejskiej w roku 2017 powinni się legitymować wszyscy lekarze pracujący w POZ. Ponadto istnieją duże dysproporcje w liczbie lekarzy posiadających specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej w poszczególnych województwach. W rejonach wiejskich z reguły zatrudnionych jest więcej specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej niż w miastach. Obecnie sytuacja kadrowa placówek podstawowej opieki zdrowotnej w rejonach wiejskich jest zbliżona do sytuacji kadrowej placówek miejskich. Zatrudniają one jednak średnio mniejszą liczbę lekarzy, a średnia wieku zatrudnionych w nich lekarzy jest wyższa, co już w najbliższym czasie może doprowadzić do pogorszenia tej sytuacji. W dłuższej perspektywie sytuacja kadrowa w placówkach wiejskich będzie zdecydowanie gorsza niż w placówkach miejskich, pomimo że liczba lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny w obu typach placówek, będzie podobna. Przy mniejszej liczbie aktualnie zatrudnionych w placówkach wiejskich lekarzy oraz przy preferowaniu w wyborze miejsca pracy przez młodych lekarzy ośrodków miejskich mogą zaistnieć poważne trudności w zapewnieniu dostatecznej liczby lekarzy w rejonach wiejskich. Ponadto w ostatnich latach obserwuje się systematyczny spadek liczby lekarzy rozpoczynających specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej, co jest spowodowane przede wszystkim obniżeniem atrakcyjności pracy w podstawowej opiece zdrowotnej i wzrostem konkurencyjności innych specjalizacji medycznych (szczególnie po poprawie finansowej sytuacji lekarzy pracujących w szpitalach) [70].

Zmieniający się status socjoekonomiczny ludności wiejskiej oraz stan zdrowia tej populacji, a także aktualna sytuacja medycyny rodzinnej w rejonach wiejskich (oraz jej perspektywy) stawiają przed medycyną rodzinną trudne wyzwania. Należy się liczyć przede wszystkim z większym obciążeniem pracą lekarzy pracujących na terenach wiejskich, wynikającym:

- ze zwiększenia się liczby pacjentów objętych opieką przez jednego lekarza, na skutek wzrostu procentowego udziału mieszkańców wsi w populacji całego kraju oraz zmniejszenia się liczby lekarzy pracujących w terenach wiejskich;
- z pogorszenia się stanu zdrowia ludności wiejskiej na skutek narastania epidemii otyłości, otyłości brzusznej i zaburzeń lipidowych, a w dłuższej perspektywie cukrzycy typu 2 i chorób układu sercowo-naczyniowego, co będzie wymagać większej liczby działań naprawczych oraz zadań o charakterze profilaktycznym.

Należy przypuszczać, że bez podjęcia zdecydowanych działań o charakterze systemowym sytuacja zdrowotna ludności wiejskiej może ulec znacznemu pogorszeniu już w perspektywie najbliższej dekady.

Piśmiennictwo

1. Wrzochalska A., *Wybrane aspekty stanu zdrowia ludności wiejskiej po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej*. Stowarzyszenie Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu. Roczniki Naukowe 2010; X, 1: 458–463.
2. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2004*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2005.
3. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2006*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007.
4. *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 r.* Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy. Notatka informacyjna. Materiał na konferencję prasową 20.01.2014.
5. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2002*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.
6. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2007*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008.
7. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
8. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T., Avezum A., McQueen M., Budaj A., Pais P., Lisheng L., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTER-HEART Study): case-control study*. „Lancet” 2004; 364: 937–952.
9. Panasiuk L., *Analiza wybranych problemów medycznych i społecznych dorosłych mieszkańców Lubelszczyzny – nierówności w zdrowiu*. Rozprawa habilitacyjna. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2011.
10. Rywik S., Pająk A., Broda G., *Częstość występowania nadwagi i otyłości w wybranych populacjach Polski – POL-MONIKA Bis Projekt*. „Med. Metabol.” 2003; 2: 8–15.
11. Szponar L., Sekuła W., Rychlik E., Ołtarzewski M., Figurska K., *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2003.
12. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., *Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS*. „Kardiol. Pol.” 2004; 61, suppl. 4: 1–26.
13. *Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wyniki ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności. Program WOBASZ*. „Kardiol. Pol.” 2005; 63, suppl. 4: 614–685.
14. Hedley A.A., Ogden C.L., Johnson C.L., Carroll M.D., Curtin L.R., Flegal K.M., *Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999–2002*. „JAMA” 2004; 291(23): 2847–2850.
15. Reas D.L., Nygård J.F., Svensson E., Sorensen T., Sandanger I., *Changes in body mass index by age, gender, and social-economic status among a cohort of Norwegian men and women (1990–2001)*. „BMC Public Health” 2007; 7: 269.
16. Panagiotakos D.B., Pitsavos C., Chrysohoou C., Risvas G., Kantogianni M.D., Zampelas A., Stefanadis C., *Epidemiology of overweight and obesity in a Greek adult population: the ATTICA Study*. „Obes. Res.” 2004; 12: 1914–1920.
17. Maillard G., Charles M.A., Thibault N., Forhan A., Sermet C., Basdevant A., Eschwege E., *Trends in the prevalence of*

- obesity in the French adult population between 1980 and 1991.* „Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.” 1999; 23(4): 389–394.
18. Łopatyński J., Mardarowicz G., Nicer T., *Badania nad występowaniem cukrzycy typu 2 w populacji powyżej 35 roku życia na wsi i w mieście w regionie lubelskim.* „Pol. Arch. Med. Wewn.” 2001; 3: 781–786.
 19. Roskam A.J., Kunst A.E., *Overview of inequalities and overweight across Europe. Chapter 23, w: Tackling Health Inequalities in Europe an Integrated Approach. Final Report.* Rotterdam Department of Public Health, University Medical Centre, Rotterdam 2007.
 20. Cea-Calvo L., Moreno B., Monereo S., Gil-Guillen V., Lozano J.V., Marti-Canales J.C., Llisterra J.L., Aznar J., Gonzales-Esteban J., Redon J., *Prevalence and related factors of overweight and obesity in Spanish population aged 60 years-old and older.* The PREV-ICTUS Study. „Med. Clin.” 2008; 131: 105–110.
 21. Barbagallo C.M., Cavera G., Sapienza M., Noto D., Cefalu A.B., Polizzi F., Onorato F., Rini G.B., Di Fede G., Pagano M., Montalto G., Rizzo M., Descowich G.C., Notarbartolo A., Averna M.R., *Nutritional characteristics of a rural southern Italy population: The Ventimiglia di Sicilia Project.* „J. Am. Coll. Nut.” 2002; 21, 5: 523–529.
 22. *Differences in health for rural and urban Canadians.* Canadian Institute for Health Information Report. September 2006.
 23. *Stan zdrowia ludności byłego województwa tarnobrzeckiego w roku 2001. Część III. Podstawowe wyniki badania przekrojowego.* Program Pol-MONIKA Bis. Biblioteka Kardiologiczna Nr 81. Instytut Kardiologii, Warszawa 2002.
 24. Program NATPOL PLUS. Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk 2003. www.natpol.pl.
 25. Józwiak J., Mastej M., Lukas W., Piwowarska W., Tykarski A., Orzechowski M., *Czy problem zaburzeń lipidowych w równym stopniu dotyczy różnych regionów Polski.* „Kardiologia Polska” 2006; 64, 8 (supl. 2): 137–145.
 26. Boehm B.O., Boehm S.C., Yidirim S., Haenle M.M., Hay B., Mason R.A., Steinbach G., Koenig W., Kem P., März W., Kratzer W., *Prevalence of the metabolic syndrome in Southwest Germany.* „Scand. J. Clin. Lab. Invest.” 2005; 65, 240: 122–128.
 27. Pongchaiyakul C., Hongprabhas P., Pisprasert V., *Rural-urban difference in lipid levels and prevalence of dyslipidemia: a population-based study in Khon Kaen province, Thailand.* „J. Med. Assoc. Thai” 2006; 89(11): 1835–1844.
 28. Abdul-Rahim H.F., Hussein A., Bjertness E., Giacaman R., Gordon N.H., Jervell J., *The metabolic syndrome in the West Bank Population. An urban-rural comparison.* <http://care.diabetesjournals.org/content/24/2/275>; dostęp: 22.09.2010.
 29. Zdrojewski T., Rutkowski M., Bandosz P., Gaciąg Z., Jędrzejczak T., Solnica B., Pencina M., Drygas W., Wojtyniak B., Grodzicki T., Piwoński J., Wyrzyowski B., *Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey.* „Kardiol. Pol.” 2013; 71, 4: 381–392.
 30. Szurkowska M., Szybiński Z., Nazim A., Szafranec K., Jędrzychowski W., *Chorobowość z powodu cukrzycy typu 2 w populacji Krakowa.* „Pol. Arch. Med. Wewn.” 2001; 3: 771–779.
 31. Drzewoski J., Saryusz-Wolska M., Czuprynnik L., *Występowanie cukrzycy typu 2 i wybranych zaburzeń metabolicznych w populacji miejskiej osób dorosłych powyżej 35 roku życia.* „Pol. Arch. Med. Wewn.” 2001; 3: 787–791.
 32. Adamiec R., Zdrojowy K., Sutkowska E., Skórkowska-Telichowska K., Rabczyński M., Wojciechowski A., *WET-Diab – badanie populacyjne mieszkańców Wrocławia w kontekście chorobowości z powodu cukrzycy – doniesienie wstępne.* „Diabetol. Prakt.” 2004; 5: 189–194.
 33. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., Konarski R., Manikowski A., Wołkiewicz E., Jakubowski Z., Łysiak-Szydłowska W., Bautembach S., Wyrzykowski B., *Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce.* „Kardiol. Pol.” 2004; 61, IV: 5–26.
 34. Ubink-Veltmaat L.J., Bilo H.J., Groenier K.H., Houweling S.T., Rischen R.O., Meyboom de Jong B., *Prevalence, incidence and mortality of type 2 diabetes mellitus revisited: a prospective population-based study in The Netherlands (ZODIAC-1).* „Eur. J. Epidemiol.” 2003; 18: 793–800.
 35. Støvring H., Anderson M., Beck-Nielsen H., *Rising prevalence of diabetes: evidence from a Danish pharmaco-epidemiological database.* „Lancet” 2003; 362: 537–538.
 36. *Diabetes and socioeconomic factors in South Australia 2003.* Department of Health. Population Research and Outcome Studies Brief Report 2004, 13.
 37. Mohan V., Madan Z., Deepa R., Pradeepa R., *Diabetes social and economic perspectives in the New Millenium.* „Int. J. Diabetes Dev. Ctries” 2004; 24: 29–35.
 38. Melidonis A., Tournis S., Kompoti M.G., Lentzas I., Rousou V., Iaklianos S., Michail I., Mariolis A., *Increased prevalence of diabetes mellitus in a rural Greek population.* „Rural and Remote Health” 2006; 6: 534, <http://rrh.deakin.edu.au>; dostęp: 30.09.2010.
 39. Gokcel A., Ozsahin A.K., Sezgin N., Karakose H., Ertorer M.E., Akbaba M., Baklaci N., Sengul A., Guvener N., *High prevalence of diabetes in Aldana, a Southern Province of Turkey.* „Diabetes Care” 2003; 2: 3031–3034.
 40. Mainous A.G., King D.E., Garr D.R., Pearson W.S., *Race, rural residence, and control of diabetes and hypertension.* „Ann. Fam. Med.” 2004; 2: 563–568.
 41. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P.K., He J., *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.* „Lancet” 2005; 365: 217–223.
 42. Rywik S., Davis C.E., Pająk A., Broda G., Folsom A.R., Kawalec E., Williams O.D., *Poland and US Collaborative Study on Cardiovascular Epidemiology. Hypertension in the Community: Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the POL-MONICA Project and the US Atherosclerosis Risk in Communities Study.* „Ann. Epidemiol.” 199; 8: 3–13.
 43. Polakowska M., Piotrowski W., Włodarczyk P., Broda G., Rywik S., *Program epidemiologiczny oceniający częstość nadciśnienia tętniczego w Polsce w populacji osób dorosłych- badanie PENT. Część I. Charakterystyka częstości i stopień kontroli nadciśnienia tętniczego.* „Nadciś. Tętn.” 2002; 3: 157–166.
 44. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Kramer H., Banegas J.R., Giampaoli S., Joffres M.R., *Hypertension treatment and*

- control in five European countries, Canada, and the United States. „Hypertension” 2004; 43: 10–17.
45. Cifkova R., *Arterial hypertension as a public health issue in the Czech Republic.* „Blood Press.” 2005; 2: 25–28.
 46. Dzerve V., Lejnicks A., *Hypertension in Latvia – epidemiology and management.* „Blood Press.” 2005; 2: 29–32.
 47. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P.K., He J., *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.* „Lancet” 2005; 365: 217–223.
 48. Psaltsopoulou T., Orfanos P., Naska A., Lenas D., Trichopoulos D., Trichopoulou A., *Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26 913 adults in the Greek EPIC study.* „Int. J. Epidemiol.” 2004; 33, 6: 1345–1352.
 49. Piekoszowski W., Florek E., *Tytoń w liczbach na początku nowego stulecia.* „Przegl. Lek.” 2006; 63: 823–826.
 50. Trzpił L., Gutowska J., Lusawa A., Raciborski F., Tomaszewska A., Borowicz J., Samel-Kowalik P., Walkiewicz A., Jakubik N., Marszałkowska J., Samoliński B., *Porównanie częstości palenia tytoniu na terenach miejskim i wiejskim – wstępny raport z badania Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce.* „Probl. Hig. Epidemiol.” 2007; 88 (Supl. 3): 67–69.
 51. Centers for Disease Control and Prevention, *Tobacco use in the United States*, http://www.cdc.gov/tobacco/overview/tobus_us.htm; dostęp: 10.09.2010.
 52. Nikodemowicz E., *Environmental pollution with tobacco smoke – a threat to human health. Principles for prevention of tobacco smoking.* „Folia Med. Cracov.” 1993; 34, 1–4: 179–186.
 53. Crocetti E., Miccinesi G., Paci E., Cislighi C., *What is hidden behind urban and semiurban cancer incidence and mortality differences in central Italy?* „Tumori” 2002; 88: 257–261.
 54. Gilmore A., Pomerleau J., McKee M., Rose R., Haerpfel C.W., Rotman D., Tumanov S., *Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyle and health study.* „Am. J. Public Health” 2004; 94: 2177–2187.
 55. Völzke H., Neuhauser H., Moebus S., Baumert J., Berger K., Stang A., Ellert U., Werner A., Döring A., *Urban-rural disparities in smoking behaviour in Germany.* „BMC Public Health” 2006; 6: 146.
 56. Liem J.J., Kozyrskyj A.L., Benoit C.M., Becker A.B., *Asthma is not enough: continuation of smoking among parents with an asthmatic child.* „Can. Respir. J.” 2007; 14 (6): 349–353.
 57. Helasoja W., Lahelma E., Prättälä R.S., Patja K.M., Klumbiene J., Pudule I., Kasmel A., *Determinants of daily smoking in Estonia, Latvia, Lithuania, and Finland in 1994–2002.* „Scand. J. Public Health” 2006; 34 (4): 353–362.
 58. Vardavas C.I., Linardakis M.K., Hatzis C.M., Malliaraki N., Saris W.H.M., Kafatos A.G., *Smoking status in relation to serum folate and dietary vitamin intake. Tobacco Induced Diseases 2008*, 4: 8, doi:10.1186/1617-9625-4-8, <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/4/1/8>; dostęp: 15.09.2010.
 59. *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu.* TNS Polska dla Głównego Inspektora Sanitarnego, Warszawa 2013.
 60. Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P., *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.
 61. Cubbin C., LeClere F.B., Smith G.S., *Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants.* „J. Epidemiol. Commun. Health” 2000; 54: 517–524.
 62. Cubbin C., Smith G.S., *Socioeconomic inequalities in injury: critical issue in design and analysis.* „Ann. Rev. Public Health” 2002; 23: 349–375.
 63. Li X., Sundquist S., Johansson S.E., *Effects of neighbourhood and individual factors on injury risk in entire Swedish population: a 12-month multilevel follow-up study.* „Eur. J. Epidemiol.” 2008; 23: 191–203.
 64. Vikhireva O., Pikhart H., Pająk A., Kubinowa R., Maljutina S., Peasey A., Topór-Mądry R., Nikitin Y., Marmot M., Bobak M., *Non-fatal injuries in three Central and Eastern European urban population samples: the HAPIEE study.* „Eur. J. Public Health”, <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ckp193>; dostęp: 5.03.2010.
 65. Xiang H., Yu S., Zhang X., *Behavioral risk factors and unintentional injuries among U.S. emigrants adults.* „Ann. Epidemiol.” 2007; 17: 889–898.
 66. Khlal M., Ravaud J.F., Brounard N., Chau N., *Occupational disparities in accidents and roles of lifestyle factors and disabilities: a population-based study in north-eastern France.* „Public Health” 2008; 122: 771–783.
 67. Jodłowska M., Oblacińska A., Mazur J., *Urazy wymagające pomocy medycznej w retrospekcji uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce (1994–2002).* „Przegl. Epidemiol.” 2004; 58: 701–712.
 68. Leff M., Stallones L., Keefe T.J., Rosenblatt R., Reeds M., *Comparison of urban and rural non-fatal injury: the results of a statewide survey.* „Inj. Prev.” 2003; 9: 332–337.
 69. Halldorsson J.G., Flekkoy K.M., Gudmundsson K.R., Arnkelsson G.B., Arnarson E.O., *Urban-rural differences in pediatric traumatic head injuries: A prospective nationwide study.* „Neuropsychiat. Dis. Treat.” 2007; 3, 6: 935–941.
 70. Panasiuk L., Wdowiak L., Lukas W., Paparzycki P., Kapka L., *Ocena zabezpieczenia kadr w specjalności lekarza rodzinnego ze szczególnym uwzględnieniem kadry na terenach populacji wiejskiej oraz perspektywy popytu specjalistów w tej dziedzinie w latach 2008–2012.* Eks/2008/793/3746/MniSzW, Lublin 2008.