



**STAN ZDROWIA
LUDNOŚCI POLSKI
W 2014 R.**

**HEALTH STATUS
OF POPULATION
IN POLAND IN 2014**

WARSZAWA 2016 WARSAW

Opracowanie publikacji <i>Preparation of the publication</i>	GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia <i>CSO, Social Surveys and Living Conditions Department</i>
---	--

Autorzy <i>Autors</i>	Małgorzata Piekarzewska dr Robert Wieczorkowski (rozdz.2.1.) Alicja Zajenkowska-Kozłowska
--------------------------	---

Oprogramowanie <i>Software</i>	CIS Warszawa – Małgorzata Szklarz <i>Statistical Computing Center Warsaw</i>
-----------------------------------	---

Prace edytorskie <i>Publishing works</i>	Małgorzata Piekarzewska Alicja Zajenkowska-Kozłowska
---	---

Projekt okładki <i>Cover design</i>	Lidia Motrenko-Makuch
--	-----------------------

Druk i oprawa <i>Print and binding</i>	Zakład Wydawnictw Statystycznych <i>Statistical Publishing Establishment</i>
---	---

ISBN 978-83-7027-611-9

Publikacja dostępna na <http://www.stat.gov.pl/>
Publication available on <http://www.stat.gov.pl/>

PRZEDMOWA

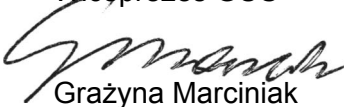
Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) to kluczowe narzędzie realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego, jakim jest stworzenie systemu monitoringu zdrowia ludności krajów członkowskich. Badanie realizowane jest cyklicznie w krajach UE i obejmuje takie aspekty jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz determinanty zdrowia. Wyniki badania umożliwiają poznanie aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności oraz jej uwarunkowań w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania.

Ostatnie badanie EHIS, przeprowadzone w Polsce w 2014 r., objęte było regulacją prawną UE – Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy Nr 1338/2008 wraz z aktem wykonawczym. Po raz pierwszy wszystkie kraje członkowskie miały obowiązek je zrealizować, zgodnie z wytycznymi Eurostatu. W pełni zharmonizowana metodologia badania pozwala na spójne opracowanie wyników nie tylko w skali Unii Europejskiej, ale też umożliwia dokonywanie porównań między poszczególnymi krajami.

Niniejsza publikacja prezentująca wyniki tego badania jest ogólnym raportem, który składa się z części analitycznej oraz obszernego aneksu tabelarycznego, zawierającego również podstawowe tablice w przekroju terytorialnym. Ze względu na znaczną objętość i szczegółowość część tabelaryczna dostępna jest tylko w wersji elektronicznej na CD oraz na stronie internetowej GUS: www.stat.gov.pl

Wyrażamy podziękowania Panu dr Jackowi Moskalewiczowi z Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Panu prof. Bogdanowi Wojtyniakowi z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH za pomoc w przygotowaniu kwestionariusza, będącego podstawą prowadzenia polskiego badania EHIS. Wyrazy uznania kierujemy również do pracowników urzędów statystycznych, którzy ogromnym nakładem pracy na etapie szkolenia ankietatorów, przeprowadzenia wywiadów w terenie i rejestracji danych przyczynili się do pozyskania prezentowanych wyników.

Oddajemy do rąk Czytelników tę publikację z przeświadczeniem, że stanie się ważnym źródłem danych do dalszych szczegółowych analiz i formułowania własnych wniosków.

Wiceprezes GUS

Grażyna Marciniak

Warszawa, czerwiec 2016 r.

PREFACE

The European Health Interview Survey (EHIS) is a key tool for achieving one of the European Union main objectives in the field of public health statistics, which is to create the statistical system for monitoring the health of the population in the Member States. The survey covers issues such as: health status, morbidity, mental health, accidents and injuries, health care use, health prevention and lifestyle. The survey is carried out periodically in the EU countries and its results allow to recognize current health status of population and its determinants in conjunction with socio-demographic characteristics, labour situation and place of residence.

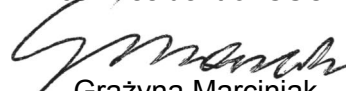
The recent EHIS survey was conducted in Poland in 2014 following the regulation (EC) No1338/2008 of the European Parliament and of the Council of 16 December 2008 on Community statistics on public health and health and safety at work and its implementing act. For the first time, all Member States were required to implement it in accordance with the Eurostat guidelines. The fully harmonized survey methodology allows for the coherent aggregation of results not only within the European Union, but also enables comparisons between particular countries.

This publication presenting the results of EHIS 2014 is a general report, which consists of the analytical part and a comprehensive annex with tables, also containing basic tables with territorial cross-section data. Due to the large volume and many details the tabular part is available exclusively in electronic version on the CD and on CSO website: www.stat.gov.pl

We would like to express our thanks to Ph.D. Jacek Moskalewicz from the Institute of Psychiatry and Neurology and Prof. Bogdan Wojtyniak from the National Institute of Public Health for their assistance in preparing the questionnaire that is the basis of the Polish version of the EHIS survey. We also address our acknowledgments to the employees of regional statistical offices, who by making a huge effort at the stage of training interviewers, carrying out the field interviews and data registration significantly contributed to obtaining the presented results.

We give this publication to the hands of the readers with the belief that it will become an important source of data for further detailed analyses and for formulation of their own conclusions.

Vice President of CSO



Grażyna Marciniak

Warsaw, June 2016

	Str.
SPIS TREŚCI	
Przedmowa.....	3
ROZDZIAŁ I. OGÓLNE ZAŁOŻENIA I ZAKRES PRZEDMIOTOWY BADANIA	
1.1. Wprowadzenie.....	27
1.2. Prace przygotowawcze.....	27
1.3. Zakres tematyczny badania zasadniczego.....	28
1.4. Metoda zbierania danych.....	31
1.5. Podsumowanie badania.....	32
ROZDZIAŁ II. METODOLOGIA I REALIZACJA BADANIA	
2.1. Schemat losowania próby i metoda estymacji parametrów oraz oceny precyzji.....	34
2.2. Realizacja badania.....	45
ROZDZIAŁ III. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ZBADANEJ POPULACJI	
3.1. Wiek.....	49
3.2. Stan cywilny.....	51
3.3. Poziom wykształcenia.....	53
3.4. Status na rynku pracy.....	54
3.5. Dochód ekwiwalentny.....	56
ROZDZIAŁ IV. STAN ZDROWIA LUDNOŚCI	
4.1. Ocena stanu zdrowia.....	58
4.2. Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych.....	63
4.3. Choroby i dolegliwości przewlekłe.....	64
4.4. Sprawność narządów zmysłu i ruchu u osób dorosłych oraz poziom możliwości samoobsługi i wykonania czynności domowych	70
4.5. Poważne trudności i kłopoty zdrowotne dzieci w wieku 2-14 lat oraz korzystanie z urządzeń pomocniczych.....	74
4.6. Karmienie piersią.....	75
4.7. Waga i wzrost.....	75
4.8. Wypadki.....	78
ROZDZIAŁ V. SAMOPOCZUCIE PSYCHOFIZYCZNE OSÓB W WIEKU 15 LAT I WIĘCEJ	
5.1. Odczuwanie bólu fizycznego.....	80
5.2. Zdrowie psychiczne.....	81
5.3. Wsparcie społeczne.....	83
5.4. Świadczenie nieformalnej opieki lub długoterminowej pomocy innym osobom.....	86
ROZDZIAŁ VI. STYL ŻYCIA	
6.1. Spożycie owoców i warzyw.....	87
6.2. Aktywność fizyczna uczniów.....	89
6.3. Aktywność fizyczna osób dorosłych.....	91
6.4. Oglądanie telewizji i korzystanie z komputera oraz urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 2-14 lat.....	97
6.5. Palenie tytoniu przez osoby dorosłe.....	98
6.6. Picie alkoholu przez osoby dorosłe.....	99
6.7. Używanie marihuany.....	103

ROZDZIAŁ VII. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

7.1. Uwagi wstępne.....	105
7.2. Niepełnosprawność biologiczna według kryterium unijnego.....	106
7.3. Niepełnosprawność prawna.....	108
7.4. Niepełnosprawność według kryterium statystycznego.....	109

ROZDZIAŁ VIII. PROFILAKTYKA

8.1. Badania ciśnienia krwi u dorosłych.....	116
8.2. Badania poziomu cholesterolu we krwi u dorosłych.....	117
8.3. Szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u dorosłych.....	117
8.4. Badania poziomu cukru we krwi u dorosłych.....	117
8.5. Szczepienia przeciw grypie.....	118
8.6. Kolonoskopia oraz badanie na krew utajoną w kale.....	118
8.7. Profilaktyka zdrowotna mężczyzn.....	119
8.8. Profilaktyka zdrowotna kobiet.....	120
8.9. Metody regulacji urodzeń.....	122

ROZDZIAŁ IX. KORZYSTANIE Z USŁUG MEDYCZNYCH I STOSOWANIE LEKÓW

9.1. Leczenie w szpitalach z noclegiem.....	124
9.2. Leczenie w szpitalach dziennych (bez noclegu)	127
9.3. Wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu, rodzinnych lub pediatrów (lekarze POZ)	128
9.4. Wizyty u lekarzy specjalistów.....	131
9.5. Wizyty u lekarzy dentystów osób w wieku 2 lat i więcej.....	132
9.6. Stosowanie leków.....	134
9.7. Opóźnienie w dostępie do opieki zdrowotnej oraz możliwości sfinansowania opieki zdrowotnej.....	137

SPIS WYKRESÓW

Ludność według grup wieku w NSP 2011 i EHIS 2014 (w odsetkach)	1	49
Struktura ludności według płci i grup wieku (w odsetkach)	2	50
Struktura ludności w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego prawnego (w odsetkach)	3	52
Struktura ludności w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia (w odsetkach)	4	53
Aktywni zawodowo według województw (w odsetkach)	5	56
Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według grup wieku (w odsetkach)	6	59
Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według województw (w odsetkach)	7	61
Ludność w wieku 15 lat i więcej oceniająca swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe według grup wieku i poziomu wykształcenia (w odsetkach)	8	62
Częstość występowania chorób i dolegliwości przewlekłych według województw (w odsetkach)	9	65
Występowanie najczęstszych chorób i dolegliwości przewlekłych według grup wieku (w odsetkach)	10	67
Choroby przewlekłe dzieci w wieku 0-14 lat (w odsetkach)	11	69
Częstość występowania trudności w samoobsłudze u osób starszych według grup wieku (w odsetkach)	12	71
Częstość występowania trudności w czynnościach domowych u osób starszych według grup wieku (w odsetkach)	13	73
Waga ciała osób dorosłych według płci (w odsetkach)	14	77
Częstość występowania zbyt dużej masy ciała według płci i grup wieku (w odsetkach)...	15	77

Ulegający wypadkom według grup wieku (w odsetkach)	16	79
Odczuwanie bólu fizycznego według grup wieku i płci (w odsetkach)	17	81
Częstość występowania poważnych objawów depresji według grup wieku i płci (w odsetkach)	18	83
Osoby dorosłe deklarujące małe wsparcie społeczne (w odsetkach)	19	85
Osoby jedzące owoce i warzywa 4 razy w tygodniu lub częściej według grup kwintylowych (w odsetkach)	20	89
Aktywność fizyczna dzieci w wieku szkolnym poza lekcjami WF (w odsetkach)	21	90
Aktywność fizyczna osób dorosłych związana z codzienną pracą (w odsetkach)	22	92
Aktywność fizyczna osób dorosłych według grup wieku (w odsetkach).....	23	95
Aktywność fizyczna osób dorosłych według rodzaju wykonywanej codziennej pracy (w odsetkach)	24	96
Palący tytoń codziennie według grup wieku i płci (w odsetkach)	25	99
Picie alkoholu według płci w ciągu ostatnich 12 miesięcy (w odsetkach)	26	100
Liczba dni picia alkoholu w zwykłym tygodniu (w odsetkach osób pijących alkohol chociaż 1 raz w tygodniu)	27	101
Używanie marihuany lub haszyszu według grup wieku (w odsetkach).....	28	104
Częstość występowania niepełnosprawności wg kryterium unijnego według grup wieku (w odsetkach)	29	107
Częstość występowania niepełnosprawności wg kryterium statystycznego według grup wieku (w odsetkach)	30	110
Zróżnicowanie dochodów ekwiwalentnych osób niesprawnych i sprawnych (w odsetkach)	31	111
Występowanie grup schorzeń u dorosłych osób niepełnosprawnych (w odsetkach)	32	114
Częstość występowania niesprawności u dzieci według grup wieku i płci (w odsetkach)	33	115
Osoby dorosłe wykonujące badania profilaktyczne w ciągu ostatnich 12 miesięcy (w odsetkach)	34	116
Osoby, u których kiedykolwiek przeprowadzono badania wykrywające raka jelita grubego według grup wieku (w odsetkach)	35	119
Mężczyźni, u których kiedykolwiek wykonano lekarskie badanie prostaty według grup wieku (w odsetkach)	36	120
Kobiety, u których kiedykolwiek wykonano badanie mammograficzne lub cytologiczne według grup wieku (w odsetkach)	37	121
Leczeni w szpitalach z noclegiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)	38	125
Średnia liczba nocy spędzonych w szpitalach w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku	39	126
Częstość leczenia w szpitalach jednego dnia w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)	40	128
Osoby chodzące do lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego, pediatry w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)	41	129
Osoby chodzące do lekarza specjalisty w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)	42	131
Osoby chodzące do lekarza dentysty w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach).....	43	133
Zażywanie leków w ciągu ostatnich 2 tygodni według grup wieku (w odsetkach)	44	135
Rodzaje leków najczęściej przepisywanych przez lekarza osobom dorosłym (w odsetkach)	45	136
Doświadczający opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu długiego czasu oczekiwania wg grup wieku (w odsetkach osób potrzebujących)	46	139
Doświadczający opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu długiego czasu oczekiwania wg województw (w odsetkach osób potrzebujących)	47	139

Brak możliwości sfinansowania potrzeb zdrowotnych według grup kwintylowych (w odsetkach osób potrzebujących)	48	141
Brak możliwości sfinansowania dwóch potrzeb zdrowotnych według stanu zdrowia (w odsetkach osób potrzebujących)	49	142
WZORY ANKIET		143

TABLICE WYNIKOWE (na załączonej płycie CD)

CZĘŚĆ I. TABLICE OGÓLNOPOLSKIE

ROZDZIAŁ III

Ludność według miejsca zamieszkania	III/1
Ludność według płci	III/2
Ludność według wieku	III/3
Ludność w wieku 15 lat i więcej według poziomu wykształcenia	III/4
Ludność w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego prawnego	III/5
Ludność w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego faktycznego	III/6
Ludność w wieku 15 lat i więcej według aktywności ekonomicznej	III/7
Ludność według dochodu ekwiwalentnego	III/8

ROZDZIAŁ IV

Ludność według oceny stanu zdrowia	IV/1
Ludność miast według oceny stanu zdrowia	IV/2
Ludność wsi według oceny stanu zdrowia	IV/3
Mężczyźni według oceny stanu zdrowia	IV/4
Kobiety według oceny stanu zdrowia	IV/5
Ludność według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych	IV/6
Ludność miast według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych	IV/7
Ludność wsi według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych	IV/8
Mężczyźni według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych	IV/9
Kobiety według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych	IV/10
Ludność według występowania chorób przewlekłych	IV/11
Ludność miast według występowania chorób przewlekłych	IV/12
Ludność wsi według występowania chorób przewlekłych	IV/13
Mężczyźni według występowania chorób przewlekłych	IV/14
Kobiety według występowania chorób przewlekłych	IV/15
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wieku oraz wybranych chorób i dolegliwości przewlekłych	IV/16
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według wieku oraz wybranych chorób i dolegliwości przewlekłych	IV/17
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wieku oraz wybranych chorób i dolegliwości przewlekłych	IV/18
Osoby w wieku 0-14 lat według wieku oraz wybranych chorób i dolegliwości przewlekłych ...	IV/19
Chłopcy w wieku 0-14 lat według wieku oraz wybranych chorób i dolegliwości przewlekłych	IV/20
Dziewczynki w wieku 0-14 lat według wieku oraz wybranych chorób i dolegliwości przewlekłych	IV/21
Osoby w wieku 15 lat i więcej według sprawności narządów zmysłu i ruchu	IV/22
Osoby w wieku 2-14 lat według liczby poważnych kłopotów i trudności zdrowotnych	IV/23
Osoby w wieku 65 lat i więcej według poziomu ograniczeń w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą	IV/24
Osoby w wieku 65 lat i więcej według możliwości wykonania czynności związanych z samoobsługą	IV/25

Osoby w wieku 65 lat i więcej według poziomu ograniczeń w wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego.....	IV/26
Osoby w wieku 65 lat i więcej według możliwości wykonania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego.....	IV/27
Osoby w wieku 0-14 lat według długości okresu karmienia piersią.....	IV/28
Wzrost osób w wieku 0-14 lat według wieku i płci.....	IV/29
Waga osób w wieku 0-14 lat według wieku i płci.....	IV/30
Osoby w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI)	IV/31
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI)	IV/32
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według indeksu masy ciała (BMI)	IV/33
Ludność według występowania wypadków.....	IV/34
Ludność według występowania wypadków drogowych.....	IV/35
Ludność według występowania wypadków w domu lub otoczeniu domu.....	IV/36
Ludność według występowania wypadków w czasie wolnym.....	IV/37
Ludność według występowania wypadków w pracy, na uczelni, szkole, przedszkolu, żłobku	IV/38

ROZDZIAŁ V

Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o odczuwaniu bólu fizycznego w ciągu ostatnich 4 tygodni.....	V/1
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według informacji o odczuwaniu bólu fizycznego w ciągu ostatnich 4 tygodni.....	V/2
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o odczuwaniu bólu fizycznego w ciągu ostatnich 4 tygodni	V/3
Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o wpływie bólu fizycznego na normalną pracę w ciągu ostatnich 4 tygodni	V/4
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według informacji o wpływie bólu fizycznego na normalną pracę w ciągu ostatnich 4 tygodni	V/5
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o wpływie bólu fizycznego na normalną pracę w ciągu ostatnich 4 tygodni	V/6
Osoby w wieku 15 lat i więcej według występowania poważnych objawów depresji w ciągu ostatnich 2 tygodni	V/7
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według występowania poważnych objawów depresji w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	V/8
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według występowania poważnych objawów depresji w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	V/9
Osoby w wieku 15 lat i więcej według stopnia ciężkości objawów depresji w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	V/10
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według stopnia ciężkości objawów depresji w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	V/11
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według stopnia ciężkości objawów depresji w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	V/12
Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o liczbie bliskich osób, na które mogą liczyć w przypadku poważnych problemów osobistych.....	V/13
Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o stopniu pozytywnego zainteresowania i troski ze strony innych ludzi.....	V/14
Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o dostępności uzyskania praktycznej pomocy od sąsiadów w razie potrzeby	V/15
Osoby w wieku 15 lat i więcej według skali oceny wsparcia społecznego Oslo-3 (OSS-3)	V/16
Osoby w wieku 15 lat i więcej w miastach według skali oceny wsparcia społecznego Oslo-3 (OSS-3)	V/17
Osoby w wieku 15 lat i więcej na wsi według skali oceny wsparcia społecznego Oslo-3 (OSS-3)	V/18
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według skali oceny wsparcia społecznego Oslo-3 (OSS-3)	V/19
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według skali oceny wsparcia społecznego Oslo-3 (OSS-3)....	V/20
Osoby w wieku 15 lat i więcej według świadczenia opieki lub pomocy ludziom chorym, niesprawnym i starszym co najmniej 1 raz w tygodniu.....	V/21

Osoby w wieku 15 lat i więcej według relacji z osobami, którym świadczą pomoc lub opiekę	V/22
Osoby w wieku 15 lat i więcej według czasu w tygodniu poświęconego na świadczenie pomocy lub opieki.....	V/23

ROZDZIAŁ VI

Ludność według częstości spożywania owoców (bez soków z koncentratu).....	VI/1
Ludność według częstości spożywania warzyw (bez ziemniaków i soków z koncentratu).....	VI/2
Osoby w wieku 6-14 lat według uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego.....	VI/3
Osoby w wieku 6-14 lat według aktywności fizycznej poza lekcjami wychowania fizycznego.....	VI/4
Średnia liczba godzin aktywności fizycznej osób w wieku 6-14 lat poza lekcjami wychowania fizycznego.....	VI/5
Osoby w wieku 15 lat i więcej według aktywności fizycznej związanej z wykonywaną pracą	VI/6
Osoby w wieku 15 lat i więcej według chodzenia do różnych miejsc pieszo i średniego czasu chodzenia w minutach w typowym tygodniu.....	VI/7
Osoby w wieku 15 lat i więcej według dojeżdżania do różnych miejsc na rowerze i średniego czasu jazdy w minutach w typowym tygodniu	VI/8
Osoby w wieku 15 lat i więcej według uprawiania sportów, fitnessu, innej rekreacji fizycznej, ćwiczeń na siłowni i średniego czasu wysiłku fizycznego w minutach w typowym tygodniu.....	VI/9
Osoby w wieku 15 lat i więcej według czasu w minutach jazdy na rowerze i uprawiania sportów w typowym tygodniu.....	VI/10
Osoby w wieku 15 lat i więcej według rodzaju pracy wykonywanej i aktywności fizycznej....	VI/11
Osoby w wieku 2-14 lat według liczby godzin spędzanych przed telewizorem i/lub przy komputerze, tablecie, palmtopie, smartfonie.....	VI/12
Chłopcy w wieku 2-14 lat według liczby godzin spędzanych przed telewizorem i/lub przy komputerze, tablecie, palmtopie, smartfonie.....	VI/13
Dziewczynki w wieku 2-14 lat według liczby godzin spędzanych przed telewizorem i/lub przy komputerze, tablecie, palmtopie, smartfonie.....	VI/14
Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o paleniu tytoniu.....	VI/15
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według informacji o paleniu tytoniu.....	VI/16
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o paleniu tytoniu.....	VI/17
Osoby w wieku 15 lat i więcej palące tytoń codziennie według liczby wypalanych papierosów.....	VI/18
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej palący tytoń codziennie według liczby wypalanych papierosów.....	VI/19
Kobiety w wieku 15 lat i więcej palące tytoń codziennie według liczby wypalanych papierosów.....	VI/20
Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o piciu alkoholu.....	VI/21
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według informacji o piciu alkoholu.....	VI/22
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o piciu alkoholu.....	VI/23
Osoby w wieku 15 lat i więcej według częstości picia alkoholu.....	VI/24
Osoby w wieku 15 lat i więcej pijące alkohol w tygodniu według picia w podziale na dni tygodnia	VI/25
Osoby w wieku 15 lat i więcej pijące alkohol w tygodniu według liczby dni picia w tygodniu	VI/26
Osoby w wieku 15 lat i więcej pijące alkohol w tygodniu według rodzajów spożywanych napojów alkoholowych.....	VI/27
Średnie tygodniowe spożycie alkoholu według rodzajów i standardowych porcji na 1 osobę pijącą w tygodniu dany alkohol	VI/28
Średnie tygodniowe spożycie alkoholu według rodzajów i standardowych porcji na 1 osobę pijącą alkohol w tygodniu.....	VI/29
Osoby w wieku 15 lat i więcej, które piły alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy według częstości spożycia jednorazowo co najmniej 6 standardowych porcji alkoholu.....	VI/30

ROZDZIAŁ VII

Ludność według niepełnosprawności biologicznej UE.....	VII/1
Mężczyźni według niepełnosprawności biologicznej UE.....	VII/2
Kobiety według niepełnosprawności biologicznej UE.....	VII/3
Osoby niesprawne według kryterium UE (biologicznie) w wieku 15 lat i więcej według możliwości wykonania czynności związanych z samoobsługą.....	VII/4
Osoby niesprawne według kryterium UE (biologicznie) w wieku 15 lat i więcej według poziomu ograniczeń w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą.....	VII/5
Osoby niesprawne według kryterium UE (biologicznie) w wieku 15 lat i więcej według możliwości wykonania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego...	VII/6
Osoby niesprawne według kryterium UE (biologicznie) w wieku 15 lat i więcej według poziomu ograniczeń w wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego.....	VII/7
Osoby niesprawne w wieku 15 lat i więcej według kryterium UE (biologicznie) oraz występujących grup schorzeń.....	VII/8
Osoby niesprawne według kryterium statystycznego.....	VII/9
Osoby niesprawne w miastach według kryterium statystycznego.....	VII/10
Osoby niesprawne na wsi według kryterium statystycznego.....	VII/11
Mężczyźni niesprawni według kryterium statystycznego.....	VII/12
Kobiety niesprawne według kryterium statystycznego.....	VII/13
Osoby niesprawne w wieku 15 lat i więcej według kryterium statystycznego oraz występujących grup schorzeń.....	VII/14
Osoby niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według wieku.....	VII/15
Mężczyźni niepełnosprawni w wieku 15 lat i więcej według wieku.....	VII/16
Kobiety niepełnosprawni w wieku 15 lat i więcej według wieku.....	VII/17
Osoby niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według poziomu wykształcenia.....	VII/18
Mężczyźni niepełnosprawni w wieku 15 lat i więcej według poziomu wykształcenia.....	VII/19
Kobiety niepełnosprawni w wieku 15 lat i więcej według poziomu wykształcenia.....	VII/20
Osoby niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według statusu na rynku pracy.....	VII/21
Mężczyźni niepełnosprawni w wieku 15 lat i więcej według statusu na rynku pracy.....	VII/22
Kobiety niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według statusu na rynku pracy.....	VII/23
Osoby niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według dochodu ekwiwalentnego.....	VII/24
Mężczyźni niepełnosprawni w wieku 15 lat i więcej według dochodu ekwiwalentnego.....	VII/25
Kobiety niepełnosprawne w wieku 15 lat i więcej według dochodu ekwiwalentnego.....	VII/26

ROZDZIAŁ VIII

Osoby w wieku 15 lat i więcej według wykonania pomiaru ciśnienia krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/1
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według wykonania pomiaru ciśnienia krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/2
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania pomiaru ciśnienia krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/3
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania poziomu cholesterolu we krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/4
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania poziomu cholesterolu we krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/5
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania poziomu cholesterolu we krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/6
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wykonania szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu b (WZW B).....	VIII/7
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania poziomu cukru we krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/8
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania poziomu cukru we krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/9

Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania poziomu cukru we krwi przez pracownika służby zdrowia.....	VIII/10
Ludność według wykonania szczepienia przeciw grypie.....	VIII/11
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania na krew utajoną w kale i kolonoskopii.....	VIII/12
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania na krew utajoną w kale i kolonoskopii.....	VIII/13
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania na krew utajoną w kale i kolonoskopii	VIII/14
Mężczyźni w wieku 40 lat i więcej według wykonania badania lekarskiego prostaty.....	VIII/15
Mężczyźni w wieku 40 lat i więcej w miastach według wykonania badania lekarskiego prostaty.....	VIII/16
Mężczyźni w wieku 40 lat i więcej na wsi według wykonania badania lekarskiego prostaty.....	VIII/17
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania cytologicznego (wymazu z szyjki macicy).....	VIII/18
Kobiety w wieku 15 lat i więcej w miastach według wykonania badania cytologicznego (wymazu z szyjki macicy).....	VIII/19
Kobiety w wieku 15 lat i więcej na wsi według wykonania badania cytologicznego (wymazu z szyjki macicy).....	VIII/20
Powody wykonywania badania cytologicznego (wymazu z szyjki macicy) u kobiet w wieku 15 lat i więcej	VIII/21
Powody wykonywania badania cytologicznego (wymazu z szyjki macicy) u kobiet w wieku 15 lat i więcej w miastach.....	VIII/22
Powody wykonywania badania cytologicznego (wymazu z szyjki macicy) u kobiet w wieku 15 lat i więcej na wsi	VIII/23
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania mammografii.....	VIII/24
Kobiety w wieku 15 lat i więcej w miastach według wykonania mammografii.....	VIII/25
Kobiety w wieku 15 lat i więcej na wsi według wykonania mammografii.....	VIII/26
Powody wykonywania mammografii u kobiet w wieku 15 lat i więcej	VIII/27
Powody wykonywania mammografii u kobiet w wieku 15 lat i więcej w miastach	VIII/28
Powody wykonywania mammografii u kobiet w wieku 15 lat i więcej na wsi	VIII/29
Kobiety w wieku 15-49 lat według stosowania antykoncepcji.....	VIII/30
Kobiety w wieku 15-49 lat w miastach według stosowania antykoncepcji.....	VIII/31
Kobiety w wieku 15-49 lat na wsi według stosowania antykoncepcji.....	VIII/32
Kobiety w wieku 15-49 lat według stosowanej metody antykoncepcji.....	VIII/33
Kobiety w wieku 15-49 lat w miastach według stosowanej metody antykoncepcji.....	VIII/34
Kobiety w wieku 15-49 lat na wsi według stosowanej metody antykoncepcji.....	VIII/35

ROZDZIAŁ IX

Ludność według pobytów w szpitalach z noclegiem.....	IX/1
Ludność miast według pobytów w szpitalach z noclegiem.....	IX/2
Ludność wsi według pobytów w szpitalach z noclegiem.....	IX/3
Mężczyźni według pobytów w szpitalach z noclegiem.....	IX/4
Kobiety według pobytów w szpitalach z noclegiem.....	IX/5
Ludność według pobytów w szpitalach dziennych.....	IX/6
Ludność miast według pobytów w szpitalach dziennych.....	IX/7
Ludność wsi według pobytów w szpitalach dziennych.....	IX/8
Mężczyźni według pobytów w szpitalach dziennych.....	IX/9
Kobiety według pobytów w szpitalach dziennych.....	IX/10
Ludność według ostatniej wizyty u lekarza ogólnego (lekarza POZ), rodzinnego lub pediatry.....	IX/11
Ludność miast według ostatniej wizyty u lekarza ogólnego (lekarza POZ), rodzinnego lub pediatry.....	IX/12

Ludność wsi według ostatniej wizyty u lekarza ogólnego (lekarza POZ), rodzinnego lub pediatry.....	IX/13
Mężczyźni według ostatniej wizyty u lekarza ogólnego (lekarza POZ), rodzinnego lub pediatry.....	IX/14
Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza ogólnego (lekarza POZ), rodzinnego lub pediatry.....	IX/15
Ludność według ostatniej wizyty u lekarza specjalisty.....	IX/16
Ludność miast według ostatniej wizyty u lekarza specjalisty.....	IX/17
Ludność wsi według ostatniej wizyty u lekarza specjalisty.....	IX/18
Mężczyźni według ostatniej wizyty u lekarza specjalisty.....	IX/19
Kobiety według ostatniej wizyty u lekarza specjalisty.....	IX/20
Ludność powyżej 2 roku życia według ostatniej wizyty u lekarza dentysty.....	IX/21
Ludność miast powyżej 2 roku życia według ostatniej wizyty u lekarza dentysty.....	IX/22
Ludność wsi powyżej 2 roku życia według ostatniej wizyty u lekarza dentysty.....	IX/23
Mężczyźni powyżej 2 roku życia według ostatniej wizyty u lekarza dentysty.....	IX/24
Kobiety powyżej 2 roku życia według ostatniej wizyty u lekarza dentysty.....	IX/25
Ludność według informacji o stosowaniu leków w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	IX/26
Mężczyźni według informacji o stosowaniu leków w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	IX/27
Kobiety według informacji o stosowaniu leków w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	IX/28
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wieku i rodzajów stosowanych leków przepisanych przez lekarza.....	IX/29
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według wieku i rodzajów stosowanych leków przepisanych przez lekarza.....	IX/30
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wieku i rodzajów stosowanych leków przepisanych przez lekarza.....	IX/31
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wieku i rodzajów leków stosowanych bez recepty.....	IX/32
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według wieku i rodzajów leków stosowanych bez recepty.....	IX/33
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wieku i rodzajów leków stosowanych bez recepty.....	IX/34
Osoby w wieku 0-14 lat według wieku i rodzajów stosowanych leków przepisanych przez lekarza.....	IX/35
Osoby w wieku 0-14 lat według wieku i rodzajów leków stosowanych bez recepty.....	IX/36
Ludność według opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę.....	IX/37
Ludność miast według opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę.....	IX/38
Ludność wsi według opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę.....	IX/39
Ludność według opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem.....	IX/40
Ludność miast według opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem.....	IX/41
Ludność wsi według opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem.....	IX/42
Ludność według możliwości sfinansowania opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza).....	IX/43
Ludność miast według możliwości sfinansowania opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza).....	IX/44
Ludność wsi według możliwości sfinansowania opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza).....	IX/45
Ludność według możliwości sfinansowania opieki dentystycznej.....	IX/46
Ludność miast według możliwości sfinansowania opieki dentystycznej.....	IX/47
Ludność wsi według możliwości sfinansowania opieki dentystycznej.....	IX/48
Ludność według możliwości sfinansowania zakupu leków przepisanych na receptę.....	IX/49
Ludność miast według możliwości sfinansowania zakupu leków przepisanych na receptę...	IX/50
Ludność wsi według możliwości sfinansowania zakupu leków przepisanych na receptę.....	IX/51
Ludność według możliwości sfinansowania opieki nad zdrowiem psychicznym.....	IX/52

Ludność miast według możliwości sfinansowania opieki nad zdrowiem psychicznym.....	IX/53
Ludność wsi według możliwości sfinansowania opieki nad zdrowiem psychicznym.....	IX/54

CZEŚĆ II. TABLICE WOJEWÓDZKIE WEDŁUG GRUP WIEKU

Ludność według oceny stanu zdrowia.....	W/1
Mężczyźni według oceny stanu zdrowia.....	W/2
Kobiety według oceny stanu zdrowia.....	W/3
Ludność według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych.....	W/4
Mężczyźni według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych.....	W/5
Kobiety według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych.....	W/6
Ludność według występowania chorób przewlekłych.....	W/7
Mężczyźni według występowania chorób przewlekłych.....	W/8
Kobiety według występowania chorób przewlekłych.....	W/9
Osoby w wieku 15 lat i więcej według wybranych chorób lub dolegliwości przewlekłych.....	W/10
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według wybranych chorób lub dolegliwości przewlekłych.....	W/11
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wybranych chorób lub dolegliwości przewlekłych.....	W/12
Osoby w wieku 0-14 lat według wybranych chorób lub dolegliwości przewlekłych.....	W/13
Waga osób w wieku 15 lat i więcej.....	W/14
Waga mężczyzn w wieku 15 lat i więcej.....	W/15
Waga kobiet w wieku 15 lat i więcej.....	W/16
Ludność według częstości spożywania owoców (bez soków z koncentratu).....	W/17
Ludność według częstości spożywania warzyw (bez ziemniaków i soków z koncentratu).....	W/18
Osoby w wieku 15 lat i więcej według palenia tytoniu.....	W/19
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według palenia tytoniu.....	W/20
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według palenia tytoniu.....	W/21
Osoby w wieku 15 lat i więcej według informacji o piciu alkoholu.....	W/22
Mężczyźni w wieku 15 lat i więcej według informacji o piciu alkoholu.....	W/23
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według informacji o piciu alkoholu.....	W/24
Osoby niesprawne według kryterium UE.....	W/25
Mężczyźni niesprawni według kryterium UE.....	W/26
Kobiety niesprawne według kryterium UE.....	W/27
Osoby niesprawne według kryterium statystycznego.....	W/28
Mężczyźni niesprawni według kryterium statystycznego.....	W/29
Kobiety niesprawne według kryterium statystycznego.....	W/30
Ludność według szczepienia przeciw grypie.....	W/31
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania badania cytologicznego (wymazu z szyjki macicy).....	W/32
Powody wykonywania badania cytologicznego (wymazu z szyjki macicy) u kobiet w wieku 15 lat i więcej	W/33
Kobiety w wieku 15 lat i więcej według wykonania mammografii.....	W/34
Powody wykonywania mammografii u kobiet w wieku 15 lat i więcej	W/35
Ludność według pobytów w szpitalach z noclegiem.....	W/36
Mężczyźni według pobytów w szpitalach z noclegiem.....	W/37
Kobiety według pobytów w szpitalach z noclegiem.....	W/38
Ludność według pobytów w szpitalach dziennych.....	W/39

Mężczyźni według pobytów w szpitalach dziennych.....	W/40
Kobiety według pobytów w szpitalach dziennych.....	W/41
Ludność według wizyt u lekarzy POZ (ogólnych), rodzinnych lub pediatrów.....	W/42
Mężczyźni według wizyt u lekarzy POZ (ogólnych), rodzinnych lub pediatrów.....	W/43
Kobiety według wizyt u lekarzy POZ (ogólnych), rodzinnych lub pediatrów.....	W/44
Ludność według wizyt u lekarzy specjalistów.....	W/45
Mężczyźni według wizyt u lekarzy specjalistów.....	W/46
Kobiety według wizyt u lekarzy specjalistów.....	W/47
Ludność powyżej 2-go roku życia według wizyt u lekarzy dentystów i ortodontów.....	W/48
Mężczyźni powyżej 2-go roku życia według wizyt u lekarzy dentystów i ortodontów.....	W/49
Kobiety powyżej 2-go roku życia według wizyt u lekarzy dentystów i ortodontów.....	W/50
Ludność według stosowania leków w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	W/51
Mężczyźni według stosowania leków w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	W/52
Kobiety według stosowania leków w ciągu ostatnich 2 tygodni.....	W/53
Ludność według opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę.....	W/54
Ludność według możliwości sfinansowania opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza)	W/55
Ludność według możliwości sfinansowania opieki dentystycznej.....	W/56
Ludność według możliwości sfinansowania zakupu leków przepisanych na receptę.....	W/57
Ludność według możliwości sfinansowania opieki nad zdrowiem psychicznym.....	W/58

CZĘŚĆ III. TABLICE Z PRECYZJĄ WYNIKÓW

Błąd standardowy dla wybranych zmiennych według województw.....	P/1
Błąd standardowy dla wybranych zmiennych według grup wieku i województw.....	P/2

CONTENTS	Page
Preface.....	3
CHAPTER I. THE GENERAL APPROACHES AND SCOPE OF THE STUDY	
1.1. Introduction.....	27
1.2. Preparatory work.....	27
1.3. Thematic scope of basic survey.....	28
1.4. Data collection method.....	31
1.5. Summary of the survey.....	32
CHAPTER II. METHODOLOGY AND REALIZATION OF THE SURVEY	
2.1. Sampling scheme of the sample and method of parameters estimation and evaluation of precision	34
2.2. Realization of the survey	45
CHAPTER III. SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE POPULATION	
3.1. Age.....	49
3.2. Marital status.....	51
3.3. Education level.....	53
3.4. Labour status.....	54
3.5. Equivalent income.....	56
CHAPTER IV. HEALTH STATUS OF POPULATION	
4.1. Health status evaluation.....	58
4.2. Occurrence of longstanding health problems.....	63
4.3. Chronic diseases and conditions.....	64
4.4. The efficiency of sensory and motion organs of adult persons and level of capability of self-service and performance of household activities.....	70
4.5. Serious difficulties and health problems of children at the age of 2-14 years and the use of aids and services.....	74
4.6. Breast-feeding.....	75
4.7. Weight and height.....	75
4.8. Accidents.....	78
CHAPTER V. PSYCHOPHYSICAL SELF-BEING OF PERSONS AT THE AGE OF 15 YEARS AND MORE	
5.1. Feeling of physical pain.....	80
5.2. Mental health.....	81
5.3. Social support.....	83
5.4. The provision of informal care or long-term assistance to other persons.....	86
CHAPTER VI. LIFESTYLE	
6.1. The consumption of fruit and vegetables.....	87
6.2. Physical activity of schoolchildren.....	89
6.3. Physical activity of adult persons.....	91
6.4. Watching TV and using of PC and mobile electronic devices by children at the age of 2-14 years.....	97
6.5. Tobacco smoking by adult persons.....	98
6.6. Alcohol drinking by adult persons.....	99
6.7. The use of marijuana.....	103

CHAPTER VII. DISABILITY

7.1. Introductory comments.....	105
7.2. Biological disability according to EU criterion.....	106
7.3. Legal disability.....	108
7.4. Disability according to statistical criterion.....	109

CHAPTER VIII. PREVENTIVE CARE

8.1. Blood pressure measurement of adult persons.....	116
8.2. Blood cholesterol level measurement of adult persons.....	117
8.3. Vaccination against hepatitis virus B of adults.....	117
8.4. Blood sugar level measurement of adult persons.....	117
8.5. Vaccination against flu.....	118
8.6. Colonoscopy and faecal occult blood test.....	118
8.7. Preventive care for men.....	119
8.8. Preventive care for women.....	120
8.9. Birth control methods.....	122

CHAPTER IX. USE OF HEALTH CARE SERVICES AND USE OF MEDICINES

9.1. The treatment in hospitals with overnight stays.....	124
9.2. The treatment in day-care hospitals.....	127
9.3. The visits at the GP's (primary care physicians), family doctors or pediatricians.....	128
9.4. The visits at the medical specialists.....	131
9.5. The visits at the dentists of persons at the age of 2 years and more.....	132
9.6. The use of medicines.....	134
9.7. The delay in access to health care and the possibilities of financing the health care.....	137

DIAGRAMS

Population by age groups in 2011 Census and EHIS 2014 (in percent).....	1	49
Population structure by sex and age groups (in percent).....	2	50
Population structure by de jure marital status (in percent).....	3	52
Structure of the population at the age of 13 years and more by education level (in percent).....	4	53
Persons economically active by voivodships (in percent).....	5	56
Population evaluating their health below good by age groups (in percent).....	6	59
Population evaluating their health below good by voivodships (in percent).....	7	61
Population at the age of 15 years and more evaluating their health bad or very bad by age groups and education level (in percent).....	8	62
The frequency of chronic diseases and conditions by voivodships (in percent)....	9	65
The occurrence of the most common chronic diseases and conditions by age groups (in percent).....	10	67
Chronic diseases of children at the age of 0-14 years (in percent).....	11	69
The frequency of personal care problems among elder persons by age groups (in percent).....	12	71
The frequency of household care problems among elder persons by age groups (in percent).....	13	73
Body weight of adult persons by sex (in percent).....	14	77
The frequency of excessive body weight by sex and age groups (in percent).....	15	77
Persons undergoing the accidents by age groups (in percent).....	16	79

The feeling of physical pain by age groups and sex (in percent).....	17	81
The frequency of serious depression symptoms by age groups and sex (in percent).....	18	83
Adult persons declaring low social support (in percent).....	19	85
Persons eating fruits and vegetables 4 times a week or more by quintile groups (in percent).....	20	89
Physical activity of children at school age except the PE lessons (in percent).....	21	90
Physical activity of adult persons related with daily work (in percent).....	22	92
Physical activity of adult persons by age groups (in percent).....	23	95
Physical activity of adult persons by type of work performed daily (in percent)...	24	96
Daily tobacco smokers by age groups and sex (in percent).....	25	99
Alcohol drinking by sex within the last 12 months (in percent).....	26	100
Number of days of alcohol drinking in typical week (in percent of persons drinking alcohol at least 1 time per week).....	27	101
Use of marijuana or hashish by age groups (in percent).....	28	104
The frequency of disability according to EU criterion by age groups (in percent)...	29	107
The frequency of disability according to statistical criterion by age groups (in percent).....	30	110
The differentiation of equivalent income of disabled and non-disabled persons (in percent).....	31	111
The occurrence of groups of diseases among adult disabled persons (in percent)	32	114
The frequency of children disability by age groups and sex (in percent).....	33	115
Adult persons performing given preventive test within the last 12 months (in percent).....	34	116
Persons have ever conducted tests detecting colorectal cancer by age groups (in percent).....	35	119
Men have ever performed medical examination of the prostate by age groups (in percent).....	36	120
Women have ever performed mammography or cytology by age groups (in percent).....	37	121
Persons treated in hospitals with overnight stays within the last 12 months by age groups (in percent).....	38	125
An average number of nights spent in hospitals within the last 12 months by age groups.....	39	126
The frequency of treatment in day-care hospitals within the last 12 months by age groups (in percent).....	40	128
Persons visiting the GP (primary care physician), family doctor, pediatrician within the last 12 months by age groups (in percent)).....	41	129
Persons visiting the medical specialist within the last 12 months by age groups (in percent).....	42	131
Persons visiting the dentist within the last 12 months by age groups (in percent)	43	133
Use of medicines within the last 2 weeks by age groups (in percent).....	44	135
The types of medicines prescribed by a doctor for adult persons most often (in percent).....	45	136
Persons experiencing delay in access to health care due to long waiting period by age groups (in percent of persons in need).....	46	139
Persons experiencing delay in access to health care due to too long waiting period by voivodships (in percent of persons in need).....	47	139
The inability of financing the health needs by quintile groups (in percent of persons in need).....	48	141
The inability of financing 2 health needs by health status (in percent of persons in need).....	49	142

QUESTIONNAIRES.....	143
----------------------------	------------

TABLES (on the CD)

PART 1. GENERAL TABLES FOR POLAND

CHAPTER III

Population by the place of residence.....	III/1
Population by sex.....	III/2
Population by age.....	III/3
Population at the age of 15 years and more by the level of education.....	III/4
Population at the age 15 and over by de jure marital status.....	III/5
Population at the age 15 and over by de facto marital status.....	III/6
Population at the age 15 and over by economic activity.....	III/7
Population by equivalent income.....	III/8

CHAPTER IV

Population by the health status evaluation.....	IV/1
Urban population by the health status evaluation.....	IV/2
Rural population by the health status evaluation.....	IV/3
Men by the health status evaluation.....	IV/4
Women by the health status evaluation.....	IV/5
Population by occurrence of longstanding health problems.....	IV/6
Urban population by the occurrence of longstanding health problems.....	IV/7
Rural population by the occurrence of longstanding health problems.....	IV/8
Men by the occurrence of longstanding health problems.....	IV/9
Women by the occurrence of longstanding health problems.....	IV/10
Population by the occurrence of chronic diseases.....	IV/11
Urban population by the occurrence of chronic diseases.....	IV/12
Rural population by the occurrence of chronic diseases.....	IV/13
Men by the occurrence of chronic diseases.....	IV/14
Women by the occurrence of chronic diseases.....	IV/15
Persons at the age of 15 years and more by age and selected chronic diseases and conditions.....	IV/16
Men at the age 15 of years and more by age and selected chronic diseases and conditions.....	IV/17
Women at the age of 15 years and more by age and selected chronic diseases and conditions.....	IV/18
Persons at the age of 0-14 years by age and selected chronic diseases and conditions.....	IV/19
Boys at the age of 0-14 years by age and selected chronic diseases and conditions.....	IV/20
Girls at the age of 0-14 years by age and selected chronic diseases and conditions.....	IV/21
Persons at the age of 15 years and more by the efficiency of sensory and motor organs.....	IV/22
Persons at the age of 2-14 years by number of serious health problems and difficulties.....	IV/23
Persons at the age of 65 years and more by the level of limitations in performing personal care activities.....	IV/24
Persons at the age of 65 years and more by the possibility of performing personal care activities.....	IV/25
Persons at the age of 65 years and more by the level of limitations in performing household activities.....	IV/26
Persons at the age of 65 years and more by the possibility of performing household activities.....	IV/27

Persons at the age of 0-14 by the duration of breastfeeding period.....	IV/28
The height of persons at the age of 0-14 by age and sex.....	IV/29
The weight of persons at the age of 0-14 by age and sex.....	IV/30
Persons at the age of 15 years and more by body mass index (BMI).....	IV/31
Men at the age of 15 years and more by body mass index (BMI).....	IV/32
Women at the age of 15 years and more by body mass index (BMI).....	IV/33
Population by the occurrence of accidents.....	IV/34
Population by the occurrence of road traffic accidents.....	IV/35
Population by the occurrence of home accidents.....	IV/36
Population by the occurrence of leisure accidents.....	IV/37
Population by the occurrence of accidents at work, academy, school, in kindergarten, nursery.....	IV/38

CHAPTER V

Persons at the age of 15 years and more by the information on feeling physical pain within the last 4 weeks.....	V/1
Men at the age of 15 years and more by the information on feeling physical pain within the last 4 weeks.....	V/2
Women at the age of 15 years and more by the information on feeling physical pain within the last 4 weeks.....	V/3
Persons at the age of 15 years and more by the information on the impact of physical pain to the normal work within the last 4 weeks.....	V/4
Men at the age of 15 years and more by the information on the impact of physical pain to the normal work within the last 4 weeks.....	V/5
Women at the age of 15 years and more by the information on the impact of physical pain to the normal work within the last 4 weeks.....	V/6
Persons at the age of 15 years and more by the occurrence of serious depression symptoms within the last 2 weeks.....	V/7
Men at the age of 15 years and more by the occurrence of serious depression symptoms within the last 2 weeks.....	V/8
Women at the age of 15 years and more by the occurrence of serious depression symptoms within the last 2 weeks.....	V/9
Persons at the age of 15 years and more by the severity of depression symptoms within the last 2 weeks.....	V/10
Men at the age of 15 years and more by the severity of depression symptoms within the last 2 weeks.....	V/11
Women at the age of 15 years and more by the severity of depression symptoms within the last 2 weeks.....	V/12
Persons at the age of 15 years and more by the information on number of people so close they can count on in serious trouble.....	V/13
Persons at the age of 15 years and more by the information on degree of positive interest and concern from other people.....	V/14
Persons at the age of 15 years and more by the information on availability of obtaining practical help from neighbours if necessary.....	V/15
Persons at the age of 15 years and more by the Oslo-3 social support scale (OSS-3).....	V/16
Persons at the age of 15 years and more in urban areas by the Oslo-3 social support scale (OSS-3).....	V/17
Persons at the age of 15 years and more in rural areas by the Oslo-3 social support scale (OSS-3).....	V/18
Men at the age of 15 years and more by the Oslo-3 social support scale (OSS-3).....	V/19
Women at the age of 15 years and more by the Oslo-3 social support scale (OSS-3).....	V/20
Persons at the age of 15 years and more by providing the care or assistance to ill, disabled and elderly people at least 1 time a week.....	V/21
Persons at the age of 15 years and more by the relationship with people whom providing the care or assistance.....	V/22
Persons at the age of 15 years and more by time a week devoted to providing the care or assistance.....	V/23

CHAPTER VI

Population by the frequency of fruit consumption (excluding juice made from concentrate)..	VI/1
Population by the frequency of vegetables consumption (excluding potatoes and juice made from concentrate).....	VI/2
Persons at the age of 6-14 years by the participation in physical education lessons.....	VI/3
Persons at the age of 6-14 years by physical activity except the physical education lessons	VI/4
An average number of physical activity hours of persons at the age of 6-14 years except the physical education lessons.....	VI/5
Persons at the age of 15 years and more by physical activity related with performed work..	VI/6
Persons at the age of 15 years and more by walking to different places and an average time of walking in minutes in the typical week.....	VI/7
Persons at the age of 15 years and more by riding a bicycle to different places and an average time of riding in minutes in the typical week.....	VI/8
Persons at the age of 15 years and more by playing sports, fitness, other recreational activity, exercises at the gym and an average time of physical effort in minutes in the typical week.....	VI/9
Persons at the age of 15 years and more by time in minutes of riding bicycle and playing sports in the typical week.....	VI/10
Persons at the age of 15 years and more by the type of work and performed physical activity.....	VI/11
Persons at the age of 2-14 years by number of hours spending watching TV and/or by PC, tablet, palmtop, smartphone.....	VI/12
Boys at the age of 2-14 years by number of hours spending watching TV and/or by PC, tablet, palmtop, smartphone.....	VI/13
Girls at the age of 2-14 years by number of hours spending watching TV and/or by PC, tablet, palmtop, smartphone.....	VI/14
Persons at the age of 15 years and more by the information on tobacco smoking.....	VI/15
Men at the age of 15 years and more by the information on tobacco smoking.....	VI/16
Women at the age of 15 years and more by the information on tobacco smoking.....	VI/17
Persons at the age of 15 years and more smoking tobacco daily by number of smoked cigarettes	VI/18
Men at the age of 15 years and more smoking tobacco daily by number of smoked cigarettes	VI/19
Women at the age of 15 years and more smoking tobacco daily by number of smoked cigarettes.....	VI/20
Persons at the age of 15 years and more by the information on alcohol drinking.....	VI/21
Men at the age of 15 years and more by the information on alcohol drinking.....	VI/22
Woman at the age of 15 years and more by the information on alcohol drinking.....	VI/23
Persons at the age of 15 years and more by the frequency of alcohol drinking.....	VI/24
Weekly alcohol drinkers at the age of 15 years and more by drinking in the weekdays.....	VI/25
Weekly alcohol drinkers at the age of 15 years and more by number of days of drinking in the week	VI/26
Weekly alcohol drinkers at the age of 15 years and more by the types of consumed alcoholic beverages	VI/27
An average weekly alcohol consumption by the types and standard portions for 1 person drinking given alcohol in a week.....	VI/28
An average weekly alcohol consumption by the types and standard portions for 1 person drinking alcohol in a week.....	VI/29
Persons at the age of 15 years and more who drank alcohol within the last 12 months by the frequency of consumption at least 6 standard portions of alcohol on one occasion	VI/30

CHAPTER VII

Population according to the EU biological disability criterion.....	VII/1
Men according to the EU biological disability criterion.....	VII/2
Women according to the EU biological disability criterion.....	VII/3

Disabled persons according to the EU criterion (biologically) at the age of 65 years and more by the possibility of performing personal care activities	VII/4
Disabled persons at the age of 15 years and more according to the EU criterion (biologically) by the level of limitations in performing personal care activities.....	VII/5
Disabled persons according to the EU criterion (biologically) at the age of 65 years and more by possibility of performing household activities.....	VII/6
Disabled persons at the age of 15 years and more according to the EU criterion (biologically) by the level of limitations in performing household activities.....	VII/7
Disabled persons at the age 15 years and more according to the EU criterion (biologically) and by occurring groups of diseases.....	VII/8
Disabled persons according to the statistical criterion.....	VII/9
Disabled persons in urban areas according to the statistical criterion.....	VII/10
Disabled persons in rural areas according to the statistical criterion.....	VII/11
Disabled men according to the statistical criterion.....	VII/12
Disabled women according to the statistical criterion.....	VII/13
Disabled persons at the age 15 years and more according to the statistical criterion and by occurring groups of diseases.....	VII/14
Disabled persons at the age 15 years and more by age.....	VII/15
Disabled men at the age 15 years and more by age.....	VII/16
Disabled women at the age 15 years and more by age.....	VII/17
Disabled persons at the age 15 years and more by education level.....	VII/18
Disabled men at the age 15 years and more by education level.....	VII/19
Disabled women at the age 15 years and more by education level.....	VII/20
Disabled persons at the age of 15 years and more by current labour status.....	VII/21
Disabled men at the age of 15 years and more by current labour status.....	VII/22
Disabled women at the age of 15 years and more by current labour status.....	VII/23
Disabled persons at the age of 15 years and more by equivalent income.....	VII/24
Disabled men at the age of 15 years and more by equivalent income.....	VII/25
Disabled women at the age of 15 years and more by equivalent income.....	VII/26

CHAPTER VIII

Persons at the age of 15 years and more by the performance of blood pressure measurement by a health care professional.....	VIII/1
Men at the age of 15 years and more by the performance of blood pressure measurement by a health care professional.....	VIII/2
Women at the age of 15 years and more by the performance of blood pressure measurement by a health care professional.....	VIII/3
Persons at the age of 15 years and more by the performance of blood cholesterol level test by a health care professional.....	VIII/4
Men at the age of 15 years and more by the performance of blood cholesterol level test by a health care professional.....	VIII/5
Women at the age of 15 years and more by the performance of blood cholesterol level test by a health care professional.....	VIII/6
Persons at the age of 15 years and more by the performance of vaccination against viral hepatitis B.....	VIII/7
Persons at the age of 15 years and more by the performance of blood sugar level test by a health care professional.....	VIII/8
Men at the age of 15 years and more by the performance of blood sugar level test by a health care professional.....	VIII/9
Women at the age of 15 years and more by the performance of blood sugar level test by a health care professional.....	VIII/10
Population by the performance of vaccination against the flu.....	VIII/11
Persons at the age of 15 years and more by the performance of faecal occult blood test and colonoscopy.....	VIII/12
Men at the age of 15 years and more by the performance of faecal occult blood test and colonoscopy	VIII/13

Women at the age of 15 years and more by the performance of faecal occult blood test and colonoscopy	VIII/14
Men at the age of 40 years and more by the performance of prostate examination.....	VIII/15
Men at the age of 40 years and more in urban areas by the performance of prostate examination.....	VIII/16
Men at the age of 40 years and more in rural areas by the performance of prostate examination.....	VIII/17
Women at the age of 15 years and more by the performance of cytology (cervical smear test).....	VIII/18
Women at the age of 15 years and more in urban areas by the performance of cytology (cervical smear test).....	VIII/19
Women at the age of 15 years and more in rural areas by the performance of cytology (cervical smear test).....	VIII/20
Reasons for the performance of cytology (cervical smear test) among women at the age of 15 years and more.....	VIII/21
Reasons for the performance of cytology (cervical smear test) among women at the age of 15 years and more in urban areas.....	VIII/22
Reasons for the performance of cytology (cervical smear test) among women at the age of 15 years and more in rural areas.....	VIII/23
Women at the age of 15 years and more by the performance of mammography.....	VIII/24
Women at the age of 15 years and more in urban areas by the performance of mammography.....	VIII/25
Women at the age of 15 years and more in rural areas by the performance of mammography.....	VIII/26
Reasons for the performance of mammography among women at the age of 15 years and more.....	VIII/27
Reasons for the performance of mammography among women at the age of 15 years and more in urban areas.....	VIII/28
Reasons for the performance of mammography among women at the age of 15 years and more in rural areas.....	VIII/29
Women at the age of 15-49 years by the use of contraception	VIII/30
Women at the age of 15-49 years in urban areas by the use of contraception	VIII/31
Women at the age of 15-49 years in rural areas by the use of contraception	VIII/32
Women at the age of 15-49 years by the used methods of contraception.....	VIII/33
Women at the age of 15-49 years in urban areas by the used methods of contraception.....	VIII/34
Women at the age of 15-49 years in rural areas by the used methods of contraception.....	VIII/35

CHAPTER IX

Population by overnight stays in hospitals.....	IX/1
Urban population by overnight stays in hospitals	IX/2
Rural population by overnight stays in hospitals.....	IX/3
Men by overnight stays in hospitals.....	IX/4
Women by overnight stays in hospitals.....	IX/5
Population by hospitals stays as day patients.....	IX/6
Urban population by hospitals stays as day patients	IX/7
Rural population by hospitals stays as day patients	IX/8
Men by stays in hospitals as day patients.....	IX/9
Women by hospitals stays as day patients.....	IX/10
Population by last visit to a general practitioner (primary care physician), family doctor or pediatrician.....	IX/11
Urban population by last visit to a general practitioner (primary care physician), family doctor or pediatrician.....	IX/12
Rural population by last visit to a general practitioner (primary care physician), family doctor or pediatrician.....	IX/13
Men by last visit to a general practitioner (primary care physician), family doctor or pediatrician.....	IX/14

Women by last visit to a general practitioner (primary care physician), family doctor or pediatrician.....	IX/15
Population by last visit to a medical specialist.....	IX/16
Urban population by last visit to a medical specialist.....	IX/17
Rural population by last visit to a medical specialist.....	IX/18
Men by last visit to a medical specialist.....	IX/19
Women by last visit to a medical specialist.....	IX/20
Population at the age of 2 years and more by last visit to a dentist.....	IX/21
Urban population at the age of 2 years and more by last visit to a dentist.....	IX/22
Rural population at the age of 2 years and more by last visit to a dentist.....	IX/23
Men at the age of 2 years and more by last visit to a dentist.....	IX/24
Women at the age of 2 years and more by last visit to a dentist.....	IX/25
Population by medicine use within the last 2 weeks.....	IX/26
Men by medicine use within the last 2 weeks.....	IX/27
Women by medicine use within the last 2 weeks.....	IX/28
Persons at the age of 15 years and more by age and types of used medicines prescribed by a doctor.....	IX/29
Men at the age of 15 years and more by age and types of used medicines prescribed by a doctor.....	IX/30
Women at the age of 15 years and more by age and types of used medicines prescribed by a doctor.....	IX/31
Persons at the age of 15 years and more by age and types of medicines used without prescription.....	IX/32
Men at the age of 15 years and more by age and types of medicines used without prescription.....	IX/33
Women at the age of 15 years and more by age and types of medicines used without prescription.....	IX/34
Persons at the age of 0-14 by age and types of medicines prescribed by a doctor.....	IX/35
Persons at the age of 0-14 by age and types of medicines used without prescription.....	IX/36
Population by delay in access to health care due to too long waiting period for visit.....	IX/37
Urban population by delay in access to health care due to too long waiting period for visit.....	IX/38
Rural population by delay in access to health care due to too long waiting period for visit.....	IX/39
Population by delay in access to health care due to distance or transport problems.....	IX/40
Urban population by delay in getting health care due to distance or transport problems.....	IX/41
Rural population by delay in getting health care due to distance or transport problems.....	IX/42
Population by the possibility of financing medical care (by a doctor)	IX/43
Urban population by the possibility of financing medical care (by a doctor)	IX/44
Rural population by the possibility of financing medical care (by a doctor)	IX/45
Population by the possibility of financing dental care	IX/46
Urban population by the possibility of financing dental care	IX/47
Rural population by the possibility of financing dental care	IX/48
Population by the possibility of financing purchase of prescribed medicines.....	IX/49
Urban population by the possibility of financing purchase of prescribed medicines.....	IX/50
Rural population by the possibility of financing purchase of prescribed medicines.....	IX/51
Population by the possibility of financing mental health care.....	IX/52
Urban population by the possibility of financing mental health care.....	IX/53
Rural population by the possibility of financing mental health care.....	IX/54

PART II. VOIVODSHIPS TABLES BY AGE GROUPS

Population by health status evaluation.....	W/1
Men by health status evaluation.....	W/2

Women by health status evaluation.....	W/3
Population by occurrence of longstanding health problems.....	W/4
Men by occurrence of longstanding health problems.....	W/5
Women by occurrence of longstanding health problems.....	W/6
Population by occurrence of chronic diseases	W/7
Men by occurrence of chronic diseases	W/8
Women by occurrence of chronic diseases	W/9
Persons at the age of 15 years and more by selected chronic diseases and conditions.....	W/10
Men at the age of 15 years and more by selected chronic diseases and conditions.....	W/11
Women at the age of 15 years and more by selected chronic diseases and conditions.....	W/12
Persons at the age of 0-14 years by selected chronic diseases and conditions.....	W/13
Weight of persons at the age of 15 years and more	W/14
Weight of men at the age of 15 years and more	W/15
Weight of women at the age of 15 years and more	W/16
Population by frequency of fruit consumption (excluding juice made from concentrate).....	W/17
Population by frequency of fruit consumption (excluding potatoes and juice made from concentrate)	W/18
Persons at the age of 15 years and more by tobacco smoking.....	W/19
Men at the age of 15 years and more by tobacco smoking.....	W/20
Women at the age of 15 years and more by tobacco smoking.....	W/21
Persons at the age of 15 years and more by information on alcohol drinking.....	W/22
Men at the age of 15 years and more by information on alcohol drinking.....	W/23
Women at the age of 15 years and more by information on alcohol drinking.....	W/24
Disabled persons according to EU criterion.....	W/25
Disabled men according to EU criterion.....	W/26
Disabled women according to EU criterion.....	W/27
Disabled persons according to statistical criterion.....	W/28
Disabled men according to statistical criterion.....	W/29
Disabled women according to statistical criterion.....	W/30
Population by vaccination against the flu.....	W/31
Women at the age of 15 years and more by performance of cytology (cervical smear test)	W/32
Reasons for performance of cytology (cervical smear test) among women at the age of 15 years and more.....	W/33
Women at the age of 15 years and more by performance of mammography.....	W/34
Reasons for performance of mammography among women at the age of 15 years and more.....	W/35
Population by overnight stays in hospitals.....	W/36
Men by overnight stays in hospitals.....	W/37
Women by overnight stays in hospitals.....	W/38
Population by hospitals stays as day patients.....	W/39
Men by hospitals stays as day patients.....	W/40
Women by hospitals stays as day patients.....	W/41
Population by visits to general practitioners (primary care physicians), family doctors or pediatricians.....	W/42
Men by visits to general practitioners (primary care physicians), family doctors or pediatricians.....	W/43

Women by visits to general practitioners (primary care physicians), family doctors or pediatricians.....	W/44
Population by visits to a medical specialists	W/45
Men by visits to a medical specialists.....	W/46
Women by visits to a medical specialists	W/47
Population at the age of 2 years and more by visits to the dentists and orthodontists	W/48
Men at the age of 2 years and more by visits to the dentists and orthodontists	W/49
Women at the age of 2 years and more by visits to the dentists and orthodontists	W/50
Population by medicine use within the last 2 weeks.....	W/51
Men by medicine use within the last 2 weeks	W/52
Women by medicine use within the last 2 weeks.....	W/53
Population by delay in access to health care due to too long waiting period for visit.....	W/54
Population by the possibility of financing medical care (by a doctor)	W/55
Population by the possibility of financing dental care	W/56
Population by the possibility of financing purchase of prescribed medicines	W/57
Population by the possibility of financing mental health care.....	W/58

PART III. PRECISION TABLES

Standard error for selected variables and voivodships.....	P/1
Standard error for selected variables by age groups and voivodships.....	P/2

ROZDZIAŁ I. OGÓLNE ZAŁOŻENIA I ZAKRES PRZEDMIOTOWY BADANIA

1.1. Wprowadzenie

Stworzenie odpowiedniego systemu informacji dla potrzeb monitoringu zdrowia należy do podstawowych zadań Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego. Kluczową rolę w tym systemie odgrywają wyniki badań ankietowych, kierowanych bezpośrednio do ludności, a wśród nich przede wszystkim Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS).

Badanie EHIS realizowane jest przez kraje członkowskie zgodnie z zaleceniami Eurostatu, dotyczącymi zakresu tematycznego oraz zastosowanych narzędzi badawczych. Europejski System Statystyki Zdrowia zakłada pełne wdrożenie wszystkich modułów EHIS we wszystkich krajach członkowskich UE oraz cykliczne powtarzanie badania, co ujęto w prawie wspólnotowym.¹

Przeprowadzone w Polsce w 2014 r. badanie² EHIS (druga tura), objęte było wspomnianą regulacją prawną UE – po raz pierwszy wszystkie kraje członkowskie miały obowiązek je zrealizować w okresie 2013-2015, zgodnie z wytycznymi Eurostatu.

Badanie EHIS (druga tura) zostało przeprowadzone w Polsce przez GUS w okresie wrzesień – grudzień 2014 r. Podstawą prawną badania EHIS w Polsce była ponadto ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 1995 r. Nr 88, poz. 439 wraz z późniejszymi zmianami) oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1159).

1.2. Prace przygotowawcze

Wdrożenie EHIS poprzedzone było wieloletnimi pracami przygotowawczymi oraz realizacją pierwszej tury badania. Kwestionariusz do drugiej tury badania Eurostat opracował uwzględniając propozycje zmian, zgłaszane przez kraje uczestniczące w pierwszym EHIS na podstawie analizy uzyskanych wyników. Po zakończeniu pierwszej tury badania EHIS dokonano przeglądu wszystkich narzędzi badawczych i skutecznie ograniczono liczbę pytań

¹ ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (WE) NR 1338/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy oraz Rozporządzenie Komisji (UE) nr 141/2013 z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy w odniesieniu do statystyk na podstawie europejskiego ankietowego badania zdrowia (EHIS).

² Reprezentacyjne ankietowe badania stanu zdrowia ludności Polski GUS przeprowadzał już trzykrotnie – w 1996 r. i w 2004 r. były to badania HIS przygotowane z wykorzystaniem zaleceń międzynarodowych organizacji zajmujących się statystyką zdrowia, natomiast w 2009 r. po raz pierwszy przeprowadzono w Polsce EHIS, zgodnie z wytycznymi Eurostatu.

do niezbędnego minimum. Zrezygnowano m.in. z pytań o niekorzystne warunki środowiskowe, znacznie zmieniono podejście do badania spożycia alkoholu i aktywności fizycznej.

W Polsce prace przygotowawcze nad wdrożeniem drugiej tury badania EHIS prowadzono w okresie 2013–2014 r. Na prace wdrożeniowe składały się: przygotowanie krajowej wersji formularza, realizacja cognitive testing, weryfikacja formularza po badaniach testujących, uzgodnienie wersji ostatecznej formularza. Wszystkie prace wykonano w oparciu o zalecenia Eurostatu, tj. wykorzystano podręcznik i kwestionariusze w angielskiej wersji językowej, a tłumaczenia dokonano według ściśle ustalonego protokołu. Ostateczna wersja pytań została uzgodniona z ekspertami zewnętrznymi.

Z uwagi na wprowadzenie znaczących zmian w narzędziach badawczych w porównaniu z pierwszą turą badania, po opracowaniu ich krajowej wersji uznano za niezbędne przeprowadzenie w ramach prac metodologicznych badania „rozumienia pytań” (cognitive testing) o charakterze pogłębionego wywiadu z niewielką liczbą respondentów. Ankieterki US Lublin przeprowadziły cognitive testing wśród 50 celowo wybranych osób w wieku 15 lat i więcej (np. osoba po wypadku, niepełnosprawna, leżąca, nadużywająca alkoholu, przewlekłe chora, mieszkająca w mieście, na wsi, ucząca się, pracująca, bezrobotna). Celem tego badania była wstępna weryfikacja poprawności zmienionych narzędzi badawczych – kwestionariusza i kart – pod kątem sposobu rozumienia zawartych w nich pytań i objaśnień wśród osób o zróżnicowanych cechach społeczno-demograficznych. Przy doborze próby osób do badania uwzględniono cechy takie jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, środowisko zamieszkania (miasto-wieś), stan zdrowia, poziom sprawności, posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności, styl życia, status na rynku pracy, rodzaj wykonywanej pracy, częstość korzystania z opieki medycznej. Ankieterki poproszono o notowanie w kwestionariuszu wszystkich uwag, opinii i reakcji każdego respondenta oraz wypełnienie zbiorczego sprawozdania z badania, zawierającego własne uwagi i propozycje zmian. Wszystkie zebrane uwagi stały się podstawą do opracowania ostatecznej wersji kwestionariuszy, kart oraz instrukcji do badania właściwego.

1.3. Zakres tematyczny badania zasadniczego

Opracowując ostateczny zakres tematyczny badania EHIS 2014 w Polsce uwzględniono potrzebę uzyskania bieżących informacji o zdrowiu całej populacji i o jego uwarunkowaniach oraz zapewnienie możliwości porównania zdrowia całej populacji Polaków na przestrzeni kilkunastu lat.

Wprowadzono zatem w kwestionariuszu dla osób dorosłych w wieku 15 lat i więcej dodatkowe krajowe pytania o niepełnosprawność prawną, występowanie grup różnych schorzeń, korzystanie z urzędzeń pomocniczych, rodzaje stosowanych/zażywanych leków przepisanych przez lekarza i bez recepty, szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu

wątroby typu B, używanie marihuany, dla kobiet – o powód wykonania ostatniej mammografii, cytologii i stosowane metody regulacji urodzeń, a dla mężczyzn o wykonanie badania prostaty. Ponadto, tak jak w poprzednich edycjach ankietowego badania zdrowia, dla potrzeb krajowych badaniem objęto również dzieci w wieku 0-14 lat, dla których opracowano całkowicie odrębny kwestionariusz.

Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia obejmowało obszary tematyczne zawarte w 4 następujących modułach:

- Stan zdrowia
- Opieka zdrowotna
- Determinanty zdrowia
- Charakterystyka demograficzno-społeczna osób i gospodarstw domowych

Narzędzia badawcze zastosowane w badaniu obejmowały:

- EHIS-1 Kwestionariusz gospodarstwa domowego
- EHIS-2 Kwestionariusz indywidualny dla osoby dorosłej w wieku 15 lat i więcej
- EHIS-3 Kwestionariusz indywidualny dla dziecka w wieku 0-14 lat
- Komplet kart

Kwestionariusz EHIS-1 dla gospodarstw domowych służył do zebrania informacji dotyczących gospodarstwa zamieszkającego w wylosowanym mieszkaniu – skład osobowy oraz podstawowe cechy demograficzno-społeczne wszystkich jego członków, takie jak wiek, płeć, kraj urodzenia i stałego zamieszkania, obywatelstwo, poziom wykształcenia, stan cywilny prawny i faktyczny, status zawodowy oraz główne źródło utrzymania gospodarstwa i jego miesięczne dochody. Ponadto zawierał informacje o przyczynach niezrealizowania wywiadu, dacie przeprowadzenia i czasie trwania wywiadu.

Kwestionariusz EHIS-2 zawierał pytania przeznaczone dla osób dorosłych w wieku 15 lat i więcej. Zakres pytań kwestionariusza obejmował:

- Samoocenę stanu zdrowia, występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, choroby przewlekłe, niepełnosprawność prawną i biologiczną (subiektywną), występowanie grup różnych schorzeń, korzystanie z urządzeń pomocniczych, poziom sprawności narządów wzroku, słuchu i ruchu, występowanie ograniczeń w podstawowej samoobsłudze i prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz ich wpływ na życie i funkcjonowanie codzienne, odczuwanie bólu, samopoczucie psychiczne, różnego rodzaju wypadki skutkujące urazem zewnętrznym lub wewnętrznym, nieobecności w pracy spowodowane problemami zdrowotnymi,
- Pobyty w szpitalach z noclegiem i dzienne, wizyty u lekarzy, dentystów i ortodontów, lekarzy POZ i specjalistów, powody opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej, korzystanie z usług opieki świadczonej w domu, stosowanie leków przepisanych i nieprzepisanych przez lekarza,

- Profilaktykę zdrowotną: szczepienia przeciw grypie oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, pomiary ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu we krwi i poziomu cukru we krwi, badania na krew utajoną w kale, kolonoskopię, badanie prostaty, mammografię i cytologię wraz z powodami realizacji ostatniego badania, stosowane metody regulacji urodzeń,
- Wsparcie społeczne w przypadku problemów życiowych, świadczenie nieodpłatnej opieki lub pomocy osobom z problemami zdrowotnymi, wagę i wzrost, aktywność fizyczną, spożycie warzyw i owoców, palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie marihuany.

Pewne pytania kwestionariusza były przeznaczone wyłącznie dla osób bezpośrednio badanych. Zostały one dodatkowo specjalnie wyróżnione poprzez zaznaczenie innym kolorem, tak aby ich nie zadawać, gdy przeprowadzany był wywiad zastępczy.

Pytania kwestionariusza EHIS-3 przeznaczonego dla dzieci w wieku 0-14 lat różniły się znacznie od pytań zadawanych dorosłym. Z uwagi na np. odmienną listę chorób przewlekłych i problemów zdrowotnych czy inny styl życia nie można było posługiwać się tym samym zestawem pytań. Obejmowały one następujące tematy:

- Ocenę stanu zdrowia dziecka, występowanie chorób przewlekłych i długotrwałych dolegliwości zdrowotnych, niepełnosprawność prawną i biologiczną, poważne kłopoty i trudności z widzeniem, słyszeniem, mówieniem oraz poruszaniem się, korzystanie z urządzeń pomocniczych, różnego rodzaju wypadki skutkujące urazem zewnętrznym lub wewnętrznym, wzrost i wagę, okres karmienia piersią,
- Pobytu w szpitalach z noclegiem i dzienne, wizyty u lekarzy, dentystów i ortodontów, lekarzy POZ i specjalistów, powody opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej, stosowanie leków przepisanych i nieprzepisanych przez lekarza, szczepienia przeciw grypie,
- Narażenie na dym tytoniowy w domu, spożycie warzyw i owoców, liczbę godzin spędzanych przed ekranem TV czy monitorem komputera oraz – w przypadku dzieci w wieku szkolnym – aktywność fizyczną, tj. uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego oraz uprawianie sportu lub rekreacji w czasie wolnym.

Niektóre pytania przeznaczone były tylko dla dzieci z poszczególnych grup wieku. Korzystanie z usług dentystycznych i oglądanie telewizji dotyczyło dzieci w wieku 2 lat i starszych. Natomiast pytania o udział w lekcjach wychowania fizycznego oraz uprawianie sportu dotyczyły wyłącznie dzieci uczęszczających do szkoły (do I klasy szkoły podstawowej i klas wyższych). Zgodnie z wytycznymi na pytania powinni odpowiadać rodzice lub opiekunowie.

Wszystkie kwestionariusze zawierały ponadto specjalną część przeznaczoną na uwagi ankietera przeprowadzającego badanie, w której należało zanotować ważne i istotne

informacje dotyczące osoby ankietowanej, mogące mieć wpływ na kontrolę wprowadzanych danych o respondencie oraz ich interpretację (np. osoba jest bardzo otyła, przechodzi chemioterapię, porusza się tylko o kulach, itp.).

1.4. Metoda zbierania danych

Do badania, podobnie jak w poprzedniej edycji, wylosowano 24 tys. mieszkań. Badanie przeprowadzone zostało w ciągu 4 miesięcy, od września do grudnia 2014 r. Wcześniej pracownice Głównego Urzędu Statystycznego przeprowadziły szkolenie terenowych koordynatorów badania wyznaczonych przez poszczególne urzędy statystyczne. Koordynatorzy na swoim terenie przeszkolili ankietatorów, którymi byli stali pracownicy Wydziałów Badań Ankietowych, tj. osoby, realizujące społeczne badania ankietowe prowadzone przez GUS. W sumie zaangażowanych było 1075 ankietatorów.

Ankietrzy otrzymali wykazy wylosowanych mieszkań i na ich podstawie zidentyfikowali jednostki wylosowane do badania. Pierwsza wizyta ankietera poprzedzona była specjalnym listem Prezesa GUS, który wysłano pod wszystkie adresy wylosowane do tego badania. Wyjaśniono w nim cel badania, zachęcano adresatów do udzielania odpowiedzi i zapewniono o ochronie uzyskanych od nich informacji, które są objęte tajemnicą statystyczną oraz poinformowano, że udział w badaniu jest dobrowolny.

Badanie prowadzono metodą wywiadu bezpośredniego, z wykorzystaniem trzech kwestionariuszy oraz specjalnych kart pomocniczych dla respondentów (tzw. show cards). Zadaniem ankietera było zebranie informacji dotyczących gospodarstw domowych w wylosowanych mieszkaniach oraz przeprowadzenie indywidualnych wywiadów ze wszystkimi osobami tworzącymi dane gospodarstwo.

Na pytania kwestionariusza EHIS-2 odpowiadała osobiście każda osoba dorosła. Jeżeli było to niemożliwe, informacji mogła udzielać inna dobrze zorientowana osoba, najlepiej znająca problemy osoby ankietowanej. Jednakże często stosowana praktyka przeprowadzenia wywiadu zastępczego dla osoby zamieszkującej badane gospodarstwo domowe, ale nieobecnej podczas przeprowadzenia wywiadu w przypadku tego badania została poważnie ograniczona. Zakres tematyczny badania i przyjęte w nim rozwiązania (duża liczba pytań, na które mogła odpowiadać wyłącznie osoba badana) spowodowały konieczność podjęcia wszelkich działań ograniczających liczbę wywiadów zastępczych i ten wymóg został spełniony.

Według szczegółowych zaleceń Eurostatu wywiad zastępczy mógł być zastosowany jedynie w następujących przypadkach:

- Osób mających długotrwałe zaburzenia funkcji poznawczych (np. słabo słyszących) lub ciężko chorych, jak również osób, które z powodu długotrwałych zaburzeń typu psychicznego nie są w stanie samodzielnie odpowiedzieć na pytania ankiety,

- Osób długotrwale przebywających na leczeniu szpitalnym i podobnym,
- Osób długotrwale nieobecnych z powodu nauki lub pracy.

W sumie nieco ponad 7% wywiadów wśród osób dorosłych przeprowadzono metodą zastępczą (w 2009 r. – blisko 12%).

Informacji o dzieciach do lat 15 udzielali głównie rodzice, bądź inny dorosły domownik (np. babcia, niania). W takich przypadkach ankieter był zobowiązany do wpisania symbolu osoby, która udzielała wywiadu.

Zgodnie z założeniami badania, jeżeli ankieter podczas pierwszej wizyty nie zastał nikogo z mieszkańców pod wylosowanym adresem, był zobowiązany do ponowienia próby nawiązania kontaktu. Nie wolno było natomiast stosować „podmiany” i dobierać do badania innego mieszkania w zastępstwie osób nieobecnych w wylosowanym mieszkaniu.

Uzyskane informacje statystyczne zostały uogólnione na ludność Polski zamieszkałą w gospodarstwach domowych według stanu w dniu 31 grudnia 2014 roku. Pozyskane wyniki są reprezentatywne na poziomie kraju, a wybrane informacje – również na poziomie województw.

1.5. Podsumowanie badania

Wprowadzenie regulacji prawnej UE, którą objęto 2 turę EHIS zobowiązało po raz pierwszy wszystkie kraje członkowskie do realizacji badania zgodnie z wytycznymi Eurostatu. W pełni zharmonizowana metodologia badania pozwala na porównanie wyników nie tylko w skali Unii Europejskiej, ale także dla każdego z krajów.

Analiza wyników 1 tury EHIS oraz uwag i propozycji krajów uczestniczących stanowiły podstawę do wprowadzenia przez Eurostat zmian w kwestionariuszu do kolejnej edycji badania. Pewne pytania zostały uproszczone i skrócone, niektóre tematy badawcze zmodyfikowane lub usunięte.

Zrezygnowano zatem z kwestionariusza do samodzielnego wypełniania oraz z pytań o formalne i nieformalne opłaty za opiekę zdrowotną, koszt leków przepisanych przez lekarza, ocenę jakości usług świadczonych przez różne jednostki opieki zdrowotnej, narażenie na niekorzystne czynniki środowiskowe i zagrożenia w miejscu pracy.

Zmodyfikowano pytania o korzystanie z usług opieki zdrowotnej, niezrealizowane potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, badania profilaktyczne, aktywność fizyczną, palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie substancji niedozwolonych. Uproszczono bardzo skomplikowane pytania i warianty odpowiedzi, ujednolicono przedziały czasowe.

Podjęte działania zdecydowanie poprawiły jakość 2 tury badania w porównaniu do poprzedniej i skróciły czas trwania wywiadu. Jednakże, zgodnie z informacjami wszystkich krajów przeprowadzających badanie nadal występują pewne problemy w zakresie narzędzi

badawczych, wymagające ich ulepszenia. Według opinii ekspertów najtrudniejsze czy najbardziej drażliwe były pytania dotyczące aktywności fizycznej, spożycia alkoholu, zdrowia psychicznego i dochodów.

Obecnie trwają już prace nad przygotowaniem kolejnej edycji EHIS po doświadczeniach zebranych w 2 turze, związane z modyfikacją listy zmiennych do badania, wprowadzeniem nowych zmiennych i modułów oraz rewizją już istniejących.

ROZDZIAŁ II. METODOLOGIA I REALIZACJA BADANIA

2.1. Schemat losowania próby i metoda estymacji parametrów oraz oceny precyzji

Uwagi wstępne

Celem zrealizowanego w 2014 roku Europejskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (EHIS) było pozyskanie danych o stanie zdrowia ludności Polski. Zebrane informacje dotyczyły gospodarstw domowych oraz poszczególnych osób ze składu gospodarstwa. Badanie miało dostarczyć informacji dla Polski i dla poszczególnych województw. Przyjęto, że liczebność próby wynosić będzie 24 000 mieszkańców, zaś próba wylosowana zostanie, przy zastosowaniu schematu losowania dwustopniowego, warstwowego z różnymi prawdopodobieństwami wyboru na pierwszym stopniu. Przed losowaniem próby niezbędne było rozstrzygnięcie sprawy alokacji próby pomiędzy województwa oraz zasad warstwowania w poszczególnych województwach.

Alokacja próby pomiędzy województwa

Ze względu na przyjęty cel badania tj. konieczność uzyskania danych o stanie zdrowia ludności w przekrojach wojewódzkich, rozdział założonej próby pomiędzy województwa powinien prowadzić do wyznaczenia, w przybliżeniu, jednakowych liczebności prób we wszystkich województwach. Precyzja wyników badania reprezentacyjnego zależy przede wszystkim od bezwzględnej liczebności próby, zaś relacje między liczebnością próby a liczebnością populacji stanowią czynnik drugoplanowy, a nawet nieistotny, gdy próba stanowi nieznaczny odsetek populacji. Przyjęcie równolicznych prób we wszystkich województwach nie jest jednak możliwe ze względów organizacyjnych. Prowadziłoby to bowiem do nadmiernego obciążenia realizacją badań ankietatorów w mniejszych województwach. Z kolei, alokacja proporcjonalna próby uniemożliwiłaby uzyskanie precyzyjnych wyników dla mniejszych województw. Z tych powodów wybrany został wariant kompromisowy i alokacji próby 24 tys. mieszkańców pomiędzy województwa tj. obliczenia liczby mieszkańców do wylosowania w w -tym województwie dokonano tzw. metodą pierwiastkową według wzoru:

$$(1) \ m_w = 24000 \frac{\sqrt{M_w}}{\sum \sqrt{M_w}}, \quad w=1,2,\dots,16$$

gdzie:

M_w – populacyjna liczba mieszkańców w w -tym województwie.

Schemat losowania próby

Próba losowana była przy wykorzystaniu operatu losowania utworzonego na bazie systemu TERYT tj. Krajowego Rejestru Urzędowego Podziału Terytorialnego Kraju. Jednostkami losowania pierwszego stopnia były obwody spisowe, zaś na drugim stopniu losowano mieszkania. W wylosowanym mieszkaniu badane były wszystkie gospodarstwa domowe i osoby. Przed losowaniem obwody spisowe powarstwowane zostały według województw, zaś w województwach wg klasy miejscowości. W zależności od wielkości województwa i jego specyfiki warstwami były: duże miasta, grupy miast o podobnej liczbie mieszkańców, dzielnice w Warszawie, Łodzi, Wrocławiu, Krakowie i Poznaniu. Na terenach wiejskich warstwami były gminy wiejskie z sąsiadujących ze sobą powiatów. Liczba utworzonych warstw w województwach wahała się od 13 w woj. opolskim do 56 w mazowieckim. Łącznie utworzono 506 warstw, w tym 203 warstwy wiejskie. Przyjęty sposób warstwowania stosowany jest we wszystkich badaniach gospodarstw domowych realizowanych przez GUS.

Alokacja próby mieszkań pomiędzy warstwy w danym województwie była proporcjonalna do szacunkowej liczby mieszkań w warstwie zapisanej w systemie TERYT, tj.:

$$(2) \quad m_{wh} \approx m_w * \frac{M_{wh}}{M_w}, \quad (h = 1, 2, \dots, L_w; w = 1, 2, \dots, 16)$$

gdzie:

m_w – założona liczebność próby mieszkań w w -tym województwie,

M_{wh} – liczba mieszkań w h -tej warstwie w -tego województwa wg operatu losowania,

M_w – liczba mieszkań w w -tym województwie wg operatu losowania,

L_w – liczba warstw w w -tym województwie.

Z kolei, liczba obwodów spisowych n_{wh} losowanych na pierwszym stopniu obliczana była ze wzoru:

$$(3) \quad n_{wh} = \frac{m_{wh}}{\bar{m}_{wh}},$$

gdzie:

$\bar{m}_{wh}$ – ustalona dla h -tej warstwy w -tego województwa liczba mieszkań losowanych w pojedynczym obwodzie spisowym.

W miastach powyżej 100 tys. mieszkańców losowano po 3 mieszkania w obwodzie, w miastach od 20 do 100 tys. po 4 mieszkania, w miastach do 20 tys. mieszkańców po 5 mieszkań. Na terenach wiejskich losowano po 6 mieszkań w obwodzie. Zróżnicowanie liczby

mieszkań losowanych z obwodów spisowych w zależności od klasy miejscowości jest kompromisem pomiędzy dążeniem do uzyskania jak najlepszej precyzji wyników a możliwościami realizacyjnymi.

Próbę pierwszego stopnia losowano oddzielnie w każdej warstwie. W celu wyboru próby zastosowano metodę Hartleya–Rao. Losowanie według tej metody polega na systematycznym doborze jednostek po ich uprzednim losowym uporządkowaniu. W związku z tym, obwody spisowe w h -tej warstwie uporządkowane zostały losowo, po czym utworzony został ciąg $\{S_{whk}\}$ zawierający skumulowane wartości M_{whk} :

$$(4) \quad S_{whk} = S_{wh,k-1} + M_{whk}, \quad (k = 1, 2, \dots, N_{wh})$$

gdzie:

M_{whk} – liczba mieszkań w k -tym obwodzie h -tej warstwy w -tego województwa,

N_{wh} – liczba obwodów spisowych w h -tej warstwie w -tego województwa.

$S_{whk} = 0$ dla $k = 0$ oraz $S_{whk} = M_{wh}$ dla $k = N_{wh}$.

Następnie obliczony został interwał losowania IN_{wh} wg wzoru:

$$(5) \quad IN_{wh} = \frac{M_{wh}}{n_{wh}},$$

oraz wylosowany początek losowy PO_{wh} z przedziału $(0; IN_{wh})$, przy czym PO_{wh} i IN_{wh} są liczbami rzeczywistymi.

W oparciu o wartości IN_{wh} i PO_{wh} utworzony został ciąg liczbowy $\{a_{whi}\}$ wg wzoru:

$$(6) \quad a_{whi} = PO_{wh} + (i-1) * IN_{wh}, \quad (i = 1, 2, \dots, n_{wh})$$

Obwód k -ty w h -tej warstwie w -tego województwa zaliczony został do próby jeżeli spełniony był warunek:

$$(7) \quad S_{wh,k-1} < a_{whi} \leq S_{whk}, \quad (k = 1, 2, \dots, N_{wh}; i = 1, 2, \dots, n_{wh})$$

W analogiczny sposób przeprowadzone zostało losowanie we wszystkich warstwach dla każdego województwa. W obwodach natomiast w drodze losowania prostego wybierano po 3, 4, 5 względnie 6 mieszkań w zależności od klasy miejscowości.

Próba liczyła 5820 obwodów spisowych oraz 24000 mieszkań. Rozkład próby obwodów spisowych i mieszkań pomiędzy województwa oraz populacyjna liczba mieszkań i liczba utworzonych warstw podana została w poniższej tablicy.

Tabl. 1 Warstwy, mieszkania i obwody spisowe według województw

Województwo	Liczba warstw	Liczba mieszkań w:		Liczba obwodów w próbie
		populacji	próbie	
POLSKA	506	13 706 609	24 000	5 820
Dolnośląskie	35	1 102 312	1 754	437
Kujawsko-pomorskie	25	721 406	1 436	354
Lubelskie	29	727 766	1 427	315
Lubuskie	19	358 005	1 008	235
Łódzkie	32	981 199	1 650	416
Małopolskie	35	1 108 832	1 775	424
Mazowieckie	56	2 096 559	2 419	635
Opolskie	13	344 649	982	213
Podkarpackie	40	629 510	1 328	279
Podlaskie	19	417 820	1 083	258
Pomorskie	29	810 021	1 523	390
Śląskie	51	1 715 357	2 217	608
Świętokrzyskie	20	427 303	1 097	240
Warmińsko-mazurskie	27	493 170	1 177	272
Wielkopolskie	48	1 147 698	1 798	417
Zachodniopomorskie	28	625 002	1 326	327

Estymacja parametrów

Podstawowymi parametrami szacowanymi w badaniu EHIS były wskaźniki struktury (frakcje), które ze względu na przyjęty schemat losowania mają postać ilorazów zmiennych losowych. W celu oszacowania tych wskaźników przyjęta została metoda, która uwzględnia:

- prawdopodobieństwa wyboru mieszkań, gospodarstw domowych i osób,
- poziom kompletności badania ze względu na klasę miejscowości,
- strukturę populacji gospodarstw domowych i osób wg bieżących danych demograficznych.

W związku z powyższym obliczone zostały kolejno następujące wagi³:

- $w1g$ czyli waga dla gospodarstw domowych,
- $w2g$ czyli waga dla gospodarstw domowych skorygowana poziomem kompletności badania według województw i klas miejscowości,
- w_g – dla gospodarstw domowych i członków gospodarstwa domowego uwzględniająca strukturę demograficzną gospodarstw domowych i ludności,
- w_{os} – dla osób, z którymi przeprowadzony został wywiad indywidualny,

³ Przyjęto metodologię obliczania wag stosowaną przez Eurostat w badaniu EU-SILC: *DESCRIPTION OF TARGET VARIABLES: Cross-sectional and Longitudinal*. EU-SILC 065/04. EUROPEAN COMMISSION. EUROSTAT. 2004.

Waga $w1g$ dla gospodarstw domowych wynika z przyjętego planu losowania próby. Waga ta jest równa odwrotności prawdopodobieństwa wyboru mieszkania, w którym zamieszkuje zbadane gospodarstwo domowe tj.:

$$(8) \quad w1g_{whi} = \frac{1}{\pi_{whi}},$$

z kolei,

$$(9) \quad \pi_{whi} = \frac{n_{wh} * M_{whi}}{M_{wh}} * \frac{\bar{m}_{wh}}{M_{whi}} = \frac{n_{wh} * \bar{m}_{wh}}{M_{wh}},$$

Następnie waga $w1g$ była korygowana z powodu niemożności skontaktowania się z wylosowanym mieszkaniem, występowania braków odpowiedzi związanych z odmowami, czasową nieobecnością członków gospodarstwa domowego, itp. Waga ta była korygowana, dla każdego województwa, oddzielnie w poszczególnych klasach miejscowości, ponieważ w badaniach gospodarstw domowych stwierdzono występowanie zależności między klasą miejscowości a poziomem kompletności badania. Z tego powodu obliczone zostały wskaźniki R_p kompletności badania, będące ilorazami oszacowanej liczby gospodarstw domowych, w których wywiad został przeprowadzony do oszacowanej liczby gospodarstw domowych, w których wywiad powinien być przeprowadzony.

Przy obliczaniu tego wskaźnika nie bierze się pod uwagę mieszkań zlikwidowanych, zamienionych w obiekty niemieszkalne czy też błędnych adresów. Przy szacowaniu wskaźników R_p wykorzystano wagi $w1g$. W poniższej tabelicy podano wartości tych wskaźników, według klas miejscowości, dla Polski oraz wartości minimalne i maksymalne dla województw.

Tabl. 2 Wartości wskaźników R_p

	Klasa miejscowości	Polska	Województwa	
			min	max
	Ogółem	0,550	0,295	0,788
1	Warszawa	0,407	-	-
2	miasta od 500 tys. do 1 000 tys. mieszkańców*	0,379	0,295	0,502
3	miasta od 100 tys. do 500 tys.	0,519	0,404	0,662
4	miasta 20 tys. do 100 tys.	0,516	0,441	0,724
5	miasta poniżej 20 tys. mieszkańców	0,557	0,442	0,631
6	wieś	0,676	0,576	0,788

*Do tej klasy miast zaliczamy również aglomerację Gdańsk, Gdynia i Sopot

Waga $w1g$ została skorygowana przy wykorzystaniu wskaźników R_p następująco:

$$(10) \quad w2g_p = \frac{w1g_p}{R_p},$$

W ten sposób otrzymaliśmy wagi $w2g$ skorygowane ze względu na braki odpowiedzi.

Następnym etapem było obliczenie wag w_g dla gospodarstw domowych oraz wszystkich osób wchodzących w skład danego gospodarstwa domowego przyjmując za podstawę wagę $w2g$. Wagi te obliczane były przy wykorzystaniu danych demograficznych pochodzących z innych źródeł. W celu obliczenia tych wag zastosowano zalecaną przez Eurostat metodę kalibracji zintegrowanej⁴. Jako zmienne dodatkowe wykorzystano informacje o liczbie gospodarstw domowych wg 4 klas wielkości tj. 1-osobowe, 2-osobowe, 3-osobowe, z 4 i więcej osobami w korelacji z województwem (NUTS 2) oraz w podziale na miasto i wieś. Dla ludności wykorzystano informację o płci, grupie wieku (17 pięcioletnich grup wieku: 0 – 4, 5 – 9, 10 – 14, ..., 80 – 84 oraz 18 grupa: 85 lat i więcej) w podziale na miasto i wieś; dodatkowo uwzględniono podział na województwa, miasto/wieś i płeć dla 5 grup wiekowych: 0 – 14 lat, 15 – 29, 30 – 49, 50 – 69, 70 lat i więcej. Wartości tych zmiennych pochodziły z bieżących szacunków demograficznych i NSP 2011 roku.

Zmienne do kalibracji przygotowane zostały na poziomie zbadanych gospodarstw, tworząc odpowiednie zmienne wskaźnikowe odpowiadające danym zewnętrznym dotyczących gospodarstw (np. klasa wielkości) oraz zagregowane na poziom gospodarstwa zmienne dotyczące osób (np. liczba osób w gospodarstwie w danej grupie wieku). Efektem procedury kalibrowania było uzyskanie takiej samej wagi dla gospodarstwa oraz dla wszystkich osób z tego gospodarstwa.

Zastosowaną metodę kalibracji można przedstawić następująco:

Oznaczmy przez d_j wagę przypisaną do j -tego gospodarstwa, będącą wagą wynikającą z losowania skorygowaną ze względu na zjawisko braku odpowiedzi tj. wagą $w2g$. Celem kalibracji jest jak najmniejsze „poprawienie” wagi d_j tak, aby iloraz ostatecznej wagi w_j (tj. wagi w_g) do wagi d_j był jak najbliższy jedności, a jednocześnie aby uogólnienia za pomocą ostatecznych wag odtwarzały ustalone dane zewnętrzne.

Stosując terminologię matematyczną, problem kalibracji można sformułować wprowadzając tzw. funkcję odległości $G()$, która będzie kontrolowała odchylenia ilorazu wag od jedynki.

⁴ Por. *DESCRIPTION OF TARGET VARIABLES: Cross-sectional and Longitudinal*. EU-SILC 065/04. EUROPEAN COMMISSION. EUROSTAT. 2004. str. 31 – 36.

Funkcja ta powinna mieć następujące własności:

- jest funkcją o wartościach dodatnich
- posiada ciągłą pochodną w otoczeniu liczby 1
- jest funkcją ściśle wypukłą
- $G(1) = G'(1) = 0$

Przy powyższych założeniach, wagi „kalibrowane” w_j są rozwiązaniem następującego problemu optymalizacji z ograniczeniami:

$$(11) \text{ Minimum: } \sum_j d_j G\left(\frac{w_j}{d_{kj}}\right),$$

przy ograniczeniach:

$$(12) \sum_j w_j x_{rj} = X_r, \quad (r = 1, 2, \dots, p)$$

gdzie:

p – liczba zmiennych przyjętych do kalibracji,

X_r – wartość globalna dla założonej zmiennej do kalibracji,

x_{rj} – wielkość kalibrowanej cechy r -tej w gospodarstwie j -tym.

Sformułowany wyżej problem optymalizacji rozwiązywany jest za pomocą odpowiednich metod numerycznych, które iteracyjnie doprowadzają do rozwiązania przybliżonego. W praktycznym rozwiązywaniu tego problemu mogą być stosowane różne postacie funkcji odległości G , na przykład w popularnym francuskim programie CALMAR istnieje możliwość wyboru 5 rodzajów tej funkcji (metoda liniowa, „raking ratio”, logit, metoda liniowa z obcinaniem, sinus hiperboliczny).

Przy obliczaniu wag dla EHIS użyto metody opartej na funkcji sinusa hiperbolicznego, ze względu na wykazaną w praktyce własność uzyskiwania rozkładów wag kalibrowanych bardzo blisko skupionych wokół wartości wyjściowych.

Konkretna postać użytej funkcji odległości wyraża się wzorem:

$$(13) G_{\alpha}(x) = \frac{1}{2\alpha} \int_1^x sh[\alpha(t - 1/t)] dt,$$

gdzie:

α – dodatni parametr, który pozwala sterować stopniem rozrzutu wag kalibrowanych w stosunku do oryginalnych (domyślnie parametr przyjmuje wartość 1),

zaś

$$sh(x) = \frac{\exp(x) - \exp(-x)}{2} \quad \text{jest funkcją sinusa hiperbolicznego.}$$

Algorytm kalibrowania zaimplementowany został w GUS w postaci programu w systemie SAS.

Kolejną wagą obliczaną dla potrzeb uogólniania wyników w badaniu EHIS była waga w_{os} przypisywana osobom, z którymi przeprowadzony został wywiad indywidualny. Waga ta uzyskiwana jest przez korektę wagi w_g w każdej z 5 grup wieku oraz płci oddzielnie w poszczególnych województwach w podziale na miasto i wieś. Korekta ta niezbędna jest z powodu odmów występujących przy wywiadach indywidualnych w zbadanych wcześniej gospodarstwach domowych. Korekta wag w_g dokonywana jest następująco:

Obliczamy mnożniki korygujące r_l dla l -tej grupy osób:

$$(14) \quad r_l = \frac{\hat{y}_{1l}}{\hat{y}_{2l}},$$

gdzie:

$\hat{y}_{1l}$ – liczba osób w l -tej grupie osób oszacowana na podstawie danych ze składu gospodarstw domowych,

$\hat{y}_{2l}$ – oszacowana liczba osób w l -tej grupie wieku na podstawie danych z wywiadu indywidualnego.

Mnożniki r_l obliczone zostały oddzielnie dla każdej z 320 grup osób (5 grup wieku * płeć * województwo * miasto/wieś), po czym obliczono wagę dla l -tej grupy osób:

$$(15) \quad w_{os} = r_l * w_g.$$

Metoda oceny precyzji

Estymację błędów standardowych szacowanych wskaźników oparto na metodzie wielokrotnego losowania podróbek. Użyto wariantu metody bootstrap⁵, w którym niezależnie w każdej warstwie, dokonuje się wielokrotnego (kilkaset razy) losowania ze zwracaniem podpróbek o liczebności $n_h - 1$ spośród n_h wylosowanych do badania jednostek pierwszego stopnia w h -tej warstwie. Przy szacowaniu precyzji wyników zastosowano $B = 500$ powtórzeń. Po wylosowaniu jednostek pierwszego stopnia do próbki bootstrapowej przenosi się odpowiednie jednostki drugiego stopnia wylosowane z nich do badania (tj. mieszkania wraz z zamieszkującymi je osobami) oraz wyznacza zmodyfikowane wagi:

$$(16) \quad w_j(b) = w_j \frac{n_h}{n_h - 1} m_j(b),$$

gdzie:

$w_j(b)$ – waga dla osoby z j -tego gospodarstwa w b -tej próbce bootstrapowej,

w_j – waga oryginalna dla osoby z j -tego gospodarstwa,

$m_j(b)$ – krotność wyboru jednostki pierwszego stopnia z j -tym gospodarstwem do b -tej próbki ($b=1,2,\dots,B$).

⁵ Särndal C.E., Swensson B., Wretman J. *Model Assisted Survey Sampling*. Springer Verlag. 1991. str. 442-444.

Dla danej próbkę bootstrapowej szacuje się z użyciem zmodyfikowanych wag interesujący nas parametr, uzyskując wielkość $\hat{t}_b^*$. Po wykonaniu B iteracji oszacowanie wariancji estymatora badanego parametru $\hat{t}$ ma postać:

$$(17) \hat{V}(\hat{t}) = \frac{1}{B-1} \sum_{b=1}^B (\hat{t}_b^* - \hat{t})^2.$$

Oszacowanie odchylenia standardowego dla estymowanej wielkości jest równe pierwiastkowi kwadratowemu z uzyskanego oszacowania wariancji tzn.

$$(18) SE(\hat{t}) = \sqrt{\hat{V}(\hat{t})}$$

Ponadto, oszacowane zostały wskaźniki $deft(t)$, które informują o efektywności zastosowanego schematu losowania próby w stosunku do losowania prostego, który w tym przypadku przyjmowany jest jako punkt odniesienia.

$$(19) deft(\hat{t}) = \frac{SE(\hat{t})}{SE(\hat{t}_p)},$$

gdzie:

$SE(\hat{t})$ – błąd standardowy obliczony wg wzoru (18),

$SE(\hat{t}_p)$ – błąd standardowy adekwatny dla losowania prostego.

Wszystkie obliczenia wykonano w systemie SAS. W poniższej tabelicy podane zostały oszacowania najważniejszych wskaźników struktury, ich błędy standardowe, wartości $deft$ oraz liczba zbadanych respondentów.

Tabl. 3 Precyzja ocen wybranych parametrów w badaniu EHIS

Wyszczególnienie		Liczba respondentów	Oszacowanie frakcji (%)	Błąd standardowy (%)	Deft
Samooceń stan zdrowia	bardzo dobre	27032	24,1	0,31	1,19
	dobre		43,3	0,34	1,12
	takie sobie, ani dobre ani złe		22,2	0,29	1,16
	złe		8,2	0,18	1,07
	bardzo złe		2,2	0,09	1,06
Długotrwałe problemy zdrowotne	tak	28776	52,2	0,34	1,17
	nie		47,8	0,34	1,17
Ograniczona zdolność wykonywania czynności	tak, poważnie ograniczona	28754	6,5	0,16	1,09
	tak, ograniczona, ale niezbyt poważnie		13,8	0,23	1,15
	nie, niema ograniczeń		79,7	0,27	1,12

Tabl. 3 Precyzja ocen wybranych parametrów w badaniu EHIS (cd.)

Wyszczególnienie		Liczba respondentów	Oszacowanie frakcji (%)	Błąd standardowy (%)	Deft
Chorujący przewlekłe	choruje przewlekłe	28826	53,7	0,35	1,19
	nie choruje przewlekłe		46,3	0,35	1,19
Wypadek w ciągu ostatnich 12 miesięcy	miał wypadek	28826	5,1	0,16	1,21
	nie miał wypadku		94,9	0,16	1,21
Trudności z samoobsługą	ma trudności	8616	31,1	0,55	1,10
	nie ma trudności		68,9	0,55	1,10
Trudności z pracami domowymi	ma trudności	8616	53,8	0,59	1,11
	nie ma trudności		46,2	0,59	1,11
Niepełnosprawność wg kryterium polskiego	prawnie i biologicznie	28826	3,6	0,12	1,09
	tylko prawnie		6,4	0,16	1,10
	tylko biologicznie		2,9	0,11	1,15
	sprawni		87,1	0,22	1,12
Pobyt w szpitalu z 1 noclegiem	był leczony	28826	12,0	0,23	1,18
	nie był leczony		88,0	0,23	1,18
Leczenie w szpitalu jednego dnia	był leczony	28826	6,2	0,17	1,21
	nie był leczony		93,7	0,17	1,21
Wizyta u lekarza dentysty	mniej niż 6 miesięcy temu	27934	33,7	0,34	1,20
	od 6 do 12 miesięcy temu		21,4	0,29	1,18
	12 miesięcy temu lub dawniej		41,6	0,35	1,19
	nigdy		3,3	0,12	1,13
Wizyta u lekarza I kontaktu	mniej niż 6 miesięcy temu	28713	60,2	0,35	1,21
	od 6 do 12 miesięcy temu		19,1	0,29	1,25
	12 miesięcy temu lub dawniej		20,3	0,28	1,19
	nigdy		0,5	0,05	1,32
Wizyta u lekarza specjalisty	mniej niż 6 miesięcy temu	28553	39,0	0,34	1,18
	od 6 do 12 miesięcy temu		15,8	0,25	1,16
	12 miesięcy temu lub dawniej		33,2	0,33	1,18
	nigdy		11,9	0,22	1,15
Zażywanie leków w ciągu ostatnich 2 tygodni	przepisane i nieprzepisane	27022	24,9	0,32	1,22
	tylko przepisane		19,7	0,27	1,11
	tylko nieprzepisane		25,7	0,33	1,23
	nie brał		29,8	0,34	1,22
Opóźnienia w dostępie z powodu długiego czasu oczekiwania	tak	26961	20,3	0,28	1,14
	nie		66,0	0,33	1,14
	nie potrzebował		13,6	0,25	1,17
Nie stać na opiekę lekarską	tak	26989	6,3	0,16	1,08
	nie		77,8	0,29	1,13
	nie potrzebował		15,9	0,26	1,15

Tabl. 3 Precyzja ocen wybranych parametrów w badaniu EHIS (dok.)

Wyszczególnienie		Liczba respondentów	Oszacowanie frakcji (%)	Błąd standardowy (%)	Deft
Nie stać na opiekę dentystyczną	tak	26984	8,6	0,20	1,19
	nie		63,8	0,33	1,14
	Nie potrzebował		27,6	0,31	1,12
Nie stać na leki przepisane na receptę	tak	26987	6,9	0,16	1,07
	nie		74,1	0,31	1,16
	nie potrzebował		19,1	0,29	1,19
Nie stać na opiekę nad zdrowiem psychicznym	tak	26944	1,1	0,08	1,30
	nie		28,2	0,31	1,12
	nie potrzebował		70,7	0,31	1,12
Konsumpcja owoców	co najmniej 1 raz dziennie	26861	60,8	0,34	1,15
	4-6 razy w tygodniu		19,8	0,28	1,16
	1-3 razy w tygodniu		14,9	0,25	1,15
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu		4,2	0,14	1,18
	nigdy		0,4	0,04	1,15
Konsumpcja warzyw	co najmniej 1 raz dziennie	26865	56,6	0,35	1,15
	4-6 razy w tygodniu		23,6	0,30	1,17
	1-3 razy w tygodniu		16,4	0,27	1,21
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu		3,0	0,12	1,15
	nigdy		0,3	0,04	1,28
Waga ciała	niedowaga	22107	2,8	0,13	1,14
	w normie		43,9	0,39	1,18
	nadwaga		36,6	0,38	1,17
	otyłość		16,8	0,28	1,11
Palenie tytoniu	tak, codziennie	24016	22,7	0,29	1,08
	tak, okazjonalnie		3,4	0,14	1,22
	w ogóle nie palę		73,9	0,30	1,06
Picie alkoholu	codziennie lub prawie codziennie	21997	1,8	0,11	1,23
	5-6 dni w tygodniu		1,1	0,09	1,23
	3-4 dni w tygodniu		4,0	0,16	1,22
	1-2 dni w tygodniu		10,9	0,26	1,23
	2-3 dni w miesiącu		13,8	0,26	1,13
	1 raz w miesiącu lub rzadziej		40,6	0,40	1,19
	abstynenci		27,8	0,35	1,16

2.2. Realizacja badania

W ostatnim okresie obserwujemy rosnącą niechęć respondentów do udziału w różnorodnych badaniach ankietowych. Rosnąca liczba instytucji prowadzących badania opinii publicznej, jak również rosnąca lista przeprowadzanych akcji sondażowych czy badań rynkowych powoduje, że coraz więcej osób odmawia udziału w tego typu przedsięwzięciach, motywując to najczęściej brakiem czasu, brakiem zaufania, niechęcią lub zmęczeniem. Te negatywne tendencje zauważamy także w odniesieniu do badań ankietowych realizowanych przez statystykę publiczną.

Wyjściową populację do „Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia” stanowiła próba 24 tysięcy wylosowanych mieszkań, tj. taka sama jak w podobnym badaniu przeprowadzonym w 2009 r. Porównując liczbę osób w obu badaniach, dla których uzyskano odpowiedzi, w 2014 r. przy tej samej próbie, wielkość populacji zbadanej była o ponad 30% mniejsza i stanowiła niespełna 69% zbiorowości biorącej udział w badaniu w 2009 r.

Tabl. 4 Porównanie realizacji badań

Zbadane	2009	2014
Gospodarstwa domowe	16295	12229
Osoby – razem	41818	28826
z tego:		
osoby dorosłe	35100	24156
dzieci	6718	4670

Spośród 24 tysięcy wylosowanych mieszkań, w całości nie zbadano 12161. Łącznie w skali kraju w wylosowanych mieszkaniach zidentyfikowano 24390 gospodarstw domowych, lecz pozyskano wywiady jedynie od 50% tej zbiorowości. Główną przyczynę niezrealizowania wywiadów w gospodarstwach stanowiły odmowy wzięcia udziału w badaniu wyrażone przez całe gospodarstwo domowe (w co czwartym gospodarstwie). Mimo wielokrotnych prób kontaktów podejmowanych przez ankietatorów, prawie 8% mieszkań nie zostało zbadanych z powodu braku kontaktu z gospodarstwem, a kolejne 9% stanowiły mieszkania niezamieszkałe długotrwale (powyżej 3 miesięcy). W poszczególnych regionach kraju obserwujemy duże zróżnicowanie wskaźnika realizacji badania. Najwięcej mieszkań zbadano w woj. warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim (nie mniej niż 60%), najmniej w woj. małopolskim, pomorskim i wielkopolskim (mniej niż 45% wylosowanych mieszkań).

W zbadanych gospodarstwach domowych spisano 33463 osób, z tego 4637 (blisko 14%) nie uczestniczyło w dalszym szczegółowym badaniu. Brak ankiet indywidualnych spowodowany był głównie odmową (blisko 60%), a kolejne 30% z powodu nieobecności domownika, przebywającego w innej miejscowości w kraju (23%) lub za granicą (blisko 8%).

Tabl.5. Realizacja badania w gospodarstwach domowych

Województwa	Ogółem	Gospodarstwa zbadane	Gospodarstwa nie zbadane	Przyczyny niezrealizowania wywiadu								
				mieszkanie				gospodarstwo				
				nie znaleziono	brak możliwości dotarcia	niezamieszkałe długotrwale	niezamieszkałe czasowo	brak kontaktu	długotrwała nieobecność	krótkotrwała nieobecność	odmowa	inne powody
	W liczbach bezwzględnych											
Ogółem	24390	12229	12161	466	135	2107	631	1888	116	233	6430	155
Dolnośląskie	1771	855	916	40	17	160	56	138	18	30	457	-
Kujawsko-pomorskie	1454	707	747	47	7	119	53	125	-	-	394	2
Lubelskie	1474	812	662	17	9	163	74	72	-	1	325	1
Lubuskie	1020	573	447	7	-	104	29	56	2	4	241	4
Łódzkie	1704	809	895	42	8	131	20	191	4	11	478	10
Małopolskie	1790	757	1033	26	9	149	33	129	10	52	606	19
Mazowieckie	2467	1199	1268	56	13	198	68	195	9	16	661	52
Opolskie	1025	583	442	15	-	117	9	72	1	1	226	1
Podkarpackie	1345	761	584	19	4	116	24	67	10	3	339	2
Podlaskie	1091	566	525	15	20	131	14	86	5	8	241	5
Pomorskie	1540	655	885	36	16	111	39	211	19	17	427	9
Śląskie	2245	1101	1144	39	16	166	20	190	8	31	661	13
Świętokrzyskie	1115	677	438	20	2	113	30	69	1	1	199	3
Warmińsko-mazurskie	1195	764	431	27	5	90	15	51	11	12	209	11
Wielkopolskie	1822	796	1026	43	3	113	25	171	11	22	619	19
Zachodniopomorskie	1332	614	718	17	6	126	122	65	7	24	347	4
	W odsetkach											
Ogółem	100,0	50,1	49,9	1,9	0,6	8,6	2,6	7,7	0,5	1,0	26,4	0,6
Dolnośląskie	100,0	48,3	51,7	2,3	1,0	9,0	3,2	7,8	1,0	1,7	25,8	-
Kujawsko-pomorskie	100,0	48,6	51,4	3,2	0,5	8,2	3,6	8,6	-	-	27,1	0,1
Lubelskie	100,0	55,1	44,9	1,2	0,6	11,1	5,0	4,9	-	0,1	22,0	0,1
Lubuskie	100,0	56,2	43,8	0,7	-	10,2	2,8	5,5	0,2	0,4	23,6	0,4
Łódzkie	100,0	47,5	52,5	2,5	0,5	7,7	1,2	11,2	0,2	0,6	28,1	0,6
Małopolskie	100,0	42,3	57,7	1,5	0,5	8,3	1,8	7,2	0,6	2,9	33,9	1,1
Mazowieckie	100,0	48,6	51,4	2,3	0,5	8,0	2,8	7,9	0,4	0,6	26,8	2,1
Opolskie	100,0	56,9	43,1	1,5	-	11,4	0,9	7,0	0,1	0,1	22,0	0,1
Podkarpackie	100,0	56,6	43,4	1,4	0,3	8,6	1,8	5,0	0,7	0,2	25,2	0,1
Podlaskie	100,0	51,9	48,1	1,4	1,8	12,0	1,3	7,9	0,5	0,7	22,1	0,5
Pomorskie	100,0	42,5	57,5	2,3	1,0	7,2	2,5	13,7	1,2	1,1	27,7	0,6
Śląskie	100,0	49,0	51,0	1,7	0,7	7,4	0,9	8,5	0,4	1,4	29,4	0,6
Świętokrzyskie	100,0	60,7	39,3	1,8	0,2	10,1	2,7	6,2	0,1	0,1	17,8	0,3
Warmińsko-mazurskie	100,0	63,9	36,1	2,3	0,4	7,5	1,3	4,3	0,9	1,0	17,5	0,9
Wielkopolskie	100,0	43,7	56,3	2,4	0,2	6,2	1,4	9,4	0,6	1,2	34,0	1,0
Zachodniopomorskie	100,0	46,1	53,9	1,3	0,5	9,5	9,2	4,9	0,5	1,8	26,1	0,3

W przekroju wojewódzkim przyczyny braku ankiet indywidualnych są bardzo zróżnicowane. O ile w takich województwach jak świętokrzyskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie czy zachodnio-pomorskie dominującą przyczynę stanowił pobyt poza miejscem stałego zamieszkania (w kraju lub zagranicą), to w województwach wielkopolskim, małopolskim i lubuskim braki wywiadów indywidualnych spowodowane były głównie odmowami udziału w badaniu.

Tabl.6 Osoby niezbadane według wieku i województw

Województwa	Ogółem	Wiek w latach										
		0-4 lat	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 lat i więcej
Ogółem	4637	167	148	163	415	1218	797	574	546	330	159	120
Dolnośląskie	197	8	10	9	17	44	32	15	29	16	9	8
Kujawsko-pomorskie	453	12	13	14	55	119	67	43	64	42	12	12
Lubelskie	273	4	5	4	25	80	52	39	25	18	8	13
Lubuskie	190	6	7	5	15	52	30	26	23	18	7	1
Łódzkie	282	9	2	3	18	96	45	30	38	25	13	3
Małopolskie	392	14	11	26	52	74	74	42	46	25	20	8
Mazowieckie	346	24	20	21	27	81	56	42	37	23	8	7
Opolskie	164	3	3	1	10	54	24	25	18	15	8	3
Podkarpackie	355	11	9	5	25	113	77	47	31	19	8	10
Podlaskie	178	7	7	4	11	59	32	26	10	10	6	6
Pomorskie	307	17	8	12	17	95	54	39	26	15	9	15
Śląskie	627	23	23	32	45	153	89	92	87	43	27	13
Świętokrzyskie	151	5	5	2	11	44	29	19	24	4	5	3
Warmińsko-mazurskie	148	2	2	1	21	29	33	17	16	13	3	11
Wielkopolskie	291	10	11	12	34	63	50	38	39	21	8	5
Zachodniopomorskie	283	12	12	12	32	62	53	34	33	23	8	2
Ogółem	100,0	3,6	3,2	3,5	8,9	26,3	17,2	12,4	11,8	7,1	3,4	2,6
Dolnośląskie	100,0	4,1	5,1	4,6	8,6	22,3	16,2	7,6	14,7	8,1	4,6	4,1
Kujawsko-pomorskie	100,0	2,6	2,9	3,1	12,1	26,3	14,8	9,5	14,1	9,3	2,6	2,6
Lubelskie	100,0	1,5	1,8	1,5	9,2	29,3	19,0	14,3	9,2	6,6	2,9	4,8
Lubuskie	100,0	3,2	3,7	2,6	7,9	27,4	15,8	13,7	12,1	9,5	3,7	0,5
Łódzkie	100,0	3,2	0,7	1,1	6,4	34,0	16,0	10,6	13,5	8,9	4,6	1,1
Małopolskie	100,0	3,6	2,8	6,6	13,3	18,9	18,9	10,7	11,7	6,4	5,1	2,0
Mazowieckie	100,0	6,9	5,8	6,1	7,8	23,4	16,2	12,1	10,7	6,6	2,3	2,0
Opolskie	100,0	1,8	1,8	0,6	6,1	32,9	14,6	15,2	11,0	9,1	4,9	1,8
Podkarpackie	100,0	3,1	2,5	1,4	7,0	31,8	21,7	13,2	8,7	5,4	2,3	2,8
Podlaskie	100,0	3,9	3,9	2,2	6,2	33,1	18,0	14,6	5,6	5,6	3,4	3,4
Pomorskie	100,0	5,5	2,6	3,9	5,5	30,9	17,6	12,7	8,5	4,9	2,9	4,9
Śląskie	100,0	3,7	3,7	5,1	7,2	24,4	14,2	14,7	13,9	6,9	4,3	2,1
Świętokrzyskie	100,0	3,3	3,3	1,3	7,3	29,1	19,2	12,6	15,9	2,6	3,3	2,0
Warmińsko-mazurskie	100,0	1,4	1,4	0,7	14,2	19,6	22,3	11,5	10,8	8,8	2,0	7,4
Wielkopolskie	100,0	3,4	3,8	4,1	11,7	21,6	17,2	13,1	13,4	7,2	2,7	1,7
Zachodniopomorskie	100,0	3,6	3,2	3,5	8,9	26,3	17,2	12,4	11,8	7,1	3,4	2,6

Analiza nieobjętej badaniem stanu zdrowia populacji według wieku wskazuje, że 3/4 niezbadanych stanowią osoby młode w wieku 15-59 lat; a w przypadku województwa świętokrzyskiego, podkarpackiego, łódzkiego i lubelskiego nawet ponad 80%. Osoby młode charakteryzują się bowiem większą mobilnością w porównaniu ze starszą populacją.

Ponadto w tej grupie odsetek osób o złym stanie zdrowia nie stanowi jeszcze znaczącej wielkości, co również ma wpływ na wyraźnie mniejsze zainteresowanie problematyką zdrowia. Największy udział osób w wieku 20-29 lat nieuczestniczących w badaniu zarówno z powodu odmów, jak i nieobecności obserwujemy prawie we wszystkich województwach. Najmniej liczną grupę odmawiających lub nieobecnych stanowiły natomiast osoby powyżej 70 roku życia.

Tabl.7 Osoby niezbadane według przyczyn i województw – w odsetkach

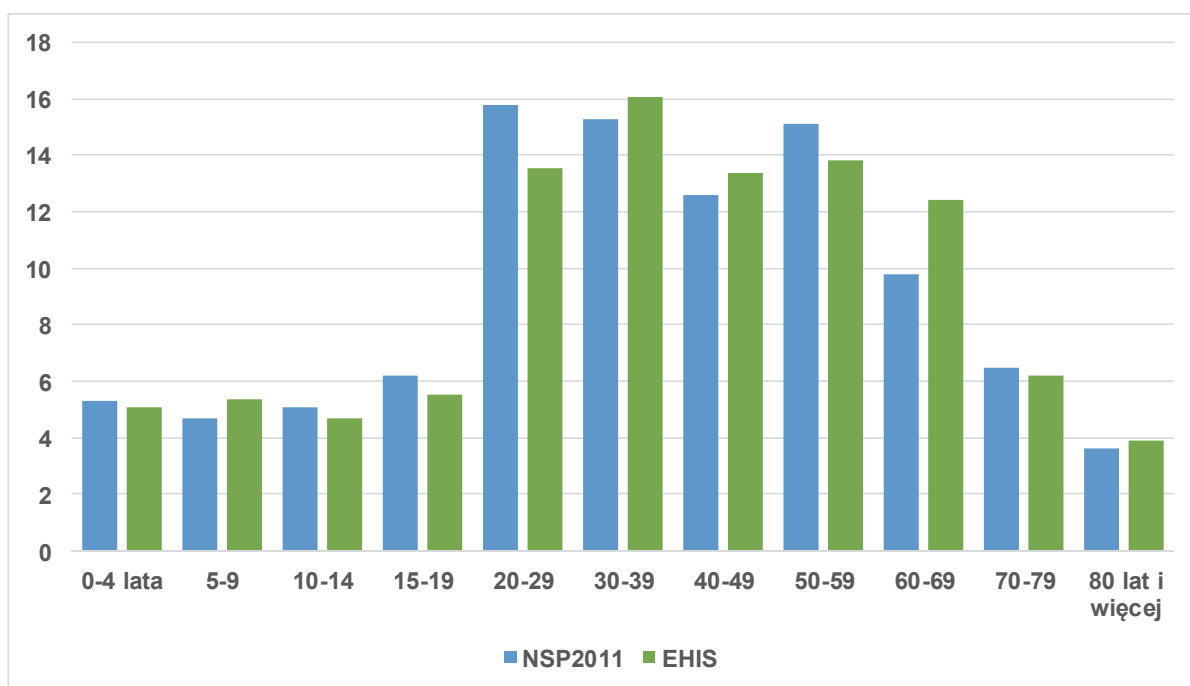
Województwa	Przyczyna niewypełnienia kwestionariusza indywidualnego				
	ogółem	pobyt w kraju	pobyt za granicą	odmowa osoby	inne przyczyny
Ogółem	100,0	22,6	7,8	59,4	10,1
Dolnośląskie	100,0	20,8	9,6	56,3	13,2
Kujawsko-pomorskie	100,0	30,2	6,2	58,9	4,6
Lubelskie	100,0	22,7	6,2	65,2	5,9
Lubuskie	100,0	14,2	7,9	68,9	8,9
Łódzkie	100,0	18,8	6,7	52,5	22,0
Małopolskie	100,0	18,4	7,4	70,2	4,1
Mazowieckie	100,0	15,3	1,4	66,8	16,5
Opolskie	100,0	11,0	12,2	68,9	7,9
Podkarpackie	100,0	21,7	12,4	61,7	4,2
Podlaskie	100,0	36,5	14,0	42,7	6,7
Pomorskie	100,0	16,3	11,7	54,7	17,3
Śląskie	100,0	18,7	3,8	56,3	21,2
Świętokrzyskie	100,0	48,3	20,5	28,5	2,6
Warmińsko-mazurskie	100,0	37,2	12,8	46,6	3,4
Wielkopolskie	100,0	16,2	4,5	75,6	3,8
Zachodniopomorskie	100,0	36,4	6,7	54,4	2,5

ROZDZIAŁ III. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA ZBADANEJ POPULACJI

Podstawowe cechy społeczno-demograficzne (np. wiek czy wykształcenie) są nierozzerwalnie związane ze stanem zdrowia społeczeństwa oraz zachowaniami pro- i anty-zdrowotnymi, w związku z tym analiza kondycji zdrowotnej Polaków została poprzedzona opisem zmian jakie zaszły w strukturze ludności Polski w ostatnich latach. Punkt odniesienia stanowią wyniki ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011.

Dane uzyskane w Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (EHIS) wskazują, że struktura zbadanej populacji, w zakresie płci i miejsca zamieszkania, nie odbiegała znacząco od struktury ludności Polski mieszkającej w gospodarstwach domowych według NSP 2011. Kobiety stanowiły 52% populacji, tyle samo co według badania NSP. W większym stopniu dominowały wśród mieszkańców miast (53%) niż wśród mieszkańców wsi (50%). Mieszkańcy miast stanowili 60% zbiorowości, nieznacznie mniej niż w 2011 r.

Wykres 1. Ludność według grup wieku w NSP 2011 i EHIS 2014 (w odsetkach)



3.1. Wiek

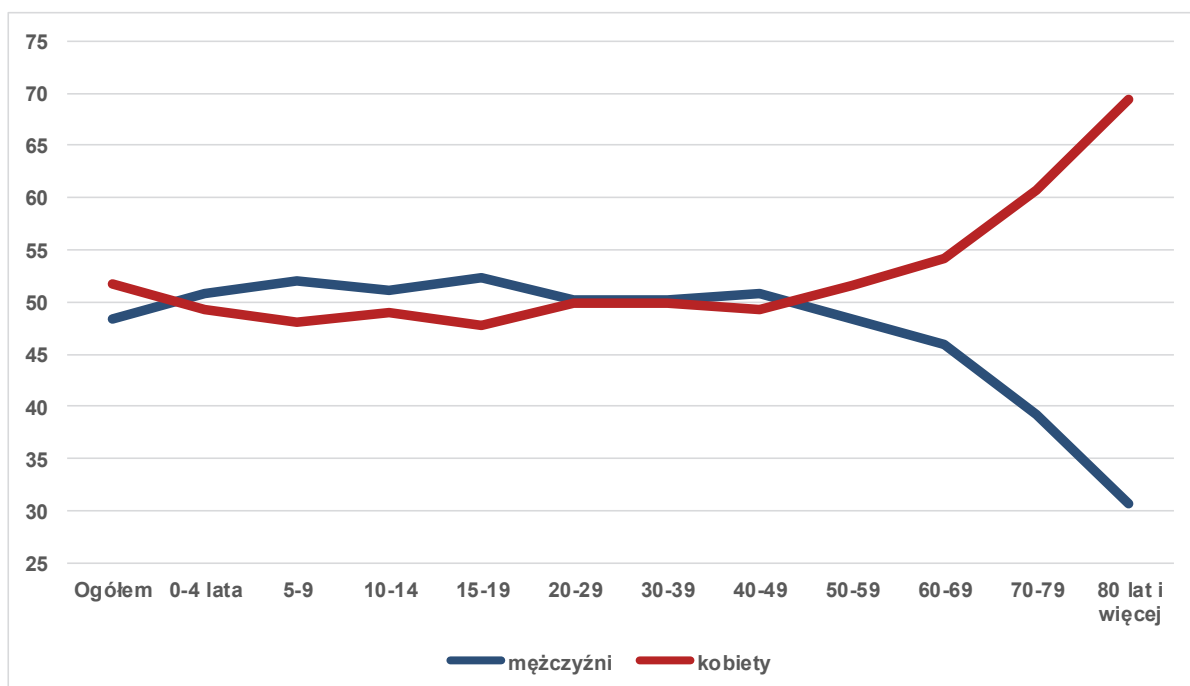
Najliczniejsze grupy osób w badanej populacji to osoby w wieku 20-39 lat – o wysokiej mobilności zawodowej (30% populacji) i osoby w wieku 40-59 lat – również aktywne zawodowo, które stanowiły 27% ogółu ludności Polski. W obu tych przypadkach było to

o 1 punkt procentowy mniej niż według danych NSP 2011 r. Tylko nieco ponad 15% badanej populacji to osoby w wieku 0-14 lat (tj. tyle samo co w NSP2011), a kolejne 6% zbiorowości stanowiły osoby w wieku 15-19 lat (również tak jak w NSP2011). Osoby starsze, w wieku 60 lat i więcej stanowiły 23% zbiorowości (według NSP2011 – niecałe 20%), z czego ponad połowa (55%) to osoby w wieku 60-69 lat i więcej. Dane te jednoznacznie wskazują na powolny proces starzenia się ludności Polski, wzrasta bowiem udział osób dojrzałych oraz starszych, a spada udział dzieci i osób młodych (do 39 roku życia). Potwierdzeniem tej tezy jest mediana wieku. Pod koniec 2014 r. połowa ludności Polski nie ukończyła 39 roku życia, tak samo jak w NSP2011.

Analizując grupy wieku według miejsca zamieszkania zauważyć można pewne trwałe relacje. We wszystkich kategoriach wiekowych odsetek osób mieszkających w mieście był większy niż na wsi (od 2 do 33 pkt. proc.). Największe dysproporcje w tym zakresie odnotowano wśród osób w wieku 60-69 lat, gdzie mieszkańcy miast stanowili 66% tej populacji oraz wśród osób w wieku 70-79 lat – 64% tej grupy mieszkała w miastach. Różnice nie były istotne w grupie osób w wieku 15-19 lat, gdzie mieszkańcy miast stanowili jedynie 51% tej zbiorowości.

Rozkład według płci i wieku pokazuje szereg istotnych zależności. Do wieku 19 lat we wszystkich grupach wiekowych wystąpiła przewaga liczby chłopców nad liczbą dziewczynek, w grupie 20-49 lat – równowaga, natomiast w starszych grupach wieku relacja jest odwrotna niż wśród dzieci. Przewaga kobiet rośnie od 50 roku życia i wśród osób najstarszych (80 lat i więcej) wynosiła już 39 pkt. proc. (69% kobiety, 31% mężczyźni).

Wykres 2. Struktura ludności według płci i grup wieku (w odsetkach)



Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne struktury ludności wg wieku można stwierdzić, że dla najmłodszych grup wieku (od 0 do 14), jak i w grupie 50-59 lat rozbieżności pomiędzy województwami nie przekraczały 2 pkt. procentowych. Większe zróżnicowanie widać w grupach wieku określanych jako ludzie młodzi (15-39 lat) i grupie 60-69 lat – po około 4%. Średnie różnice natomiast w najstarszych grupach wieku 70 lat i więcej – ponad 2%.

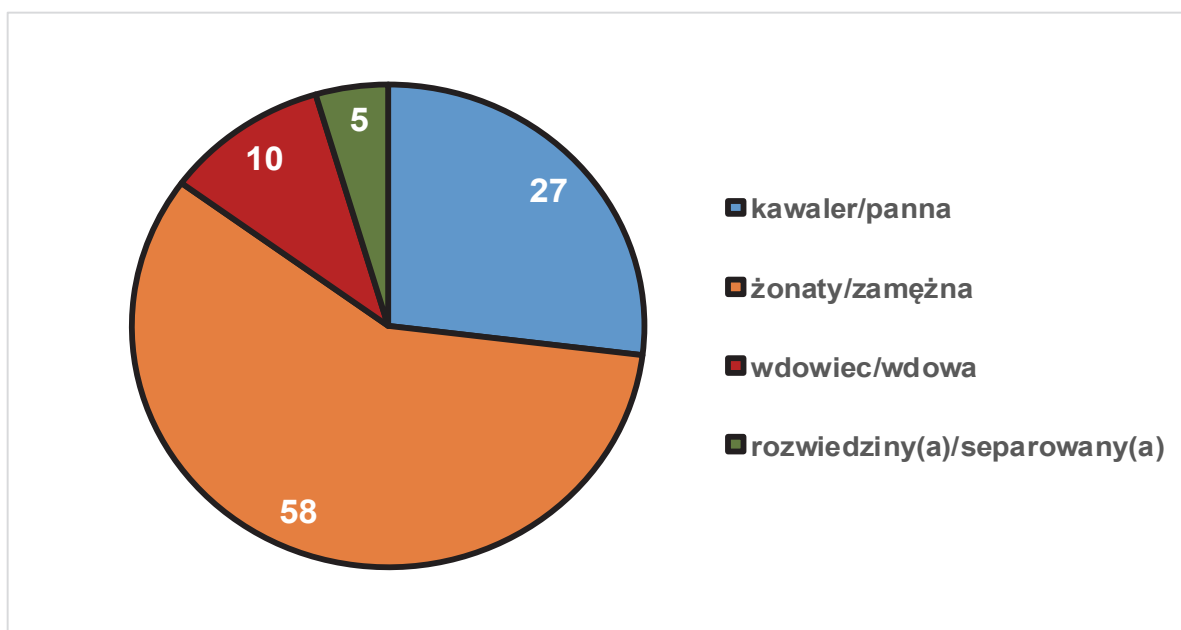
W sumie relatywnie młodzi byli mieszkańcy województwa małopolskiego, mazowieckiego, podkarpackiego i wielkopolskiego – połowa ludności w tych województwach nie ukończyła jeszcze 38 roku życia, a najstarsi – mieszkańcy województwa śląskiego i opolskiego, w którym połowa mieszkańców ukończyła już 42 rok życia.

3.2. Stan cywilny

Według stanu cywilnego prawnego badana ludność w wieku 15 lat i więcej kształtowała się następująco: panny i kawalerowie – 27%, osoby w stanie małżeńskim – ponad 58%, wdowy i wdowcy – 10%, osoby rozwiedzione i w separacji – niecałe 5%. W grupie osób stanu wolnego (kawaler/panna) przeważali mężczyźni około 57%, natomiast wśród osób owdowiałych, w separacji lub po rozwodzie przeważały kobiety. Kobiety stanowiły też 82% osób owdowiałych. Jest to wynikiem przeciętnie dłuższego trwania życia kobiet. Osoby rozwiedzione lub w separacji to przede wszystkim mieszkańcy miast, gdzie mieszka prawie 80% osób mających taki stan cywilny, podczas gdy na wsi – nieco ponad 20%. Połowa ogółu osób rozwiedzionych lub będących w separacji to osoby w wieku 40-59 lat, kolejne 20% to osoby w wieku 60-69 lat. Natomiast prawie 2/3 panien i kawalerów to osoby przed ukończeniem 30 lat (NSP 2011- 80%). Odsetek kawalerów/panien zmniejsza się wraz z upływem lat życia i wśród osób 60-letnich i starszych stanowi tylko 4% tej zbiorowości. Odwrotną tendencję można zauważyć wśród osób owdowiałych, gdzie 86% stanowią osoby starsze (60 lat i więcej).

Szacuje się, że ponad 60% ogółu ludności w wieku 15 lat i więcej żyła w związku małżeńskim lub nieformalnym, tj. o 3 punkty procentowe więcej niż w 2011 r. Większość z nich oczywiście żyła w związkach formalnych (małżeńskich), lecz około 4% ludności (tj. blisko 1266 tys.) stanowiły osoby żyjące w związku partnerskim. W ciągu ostatnich lat wzrosła liczba tego typu związków; w 2011 r. w związkach nieformalnych żyło 2% tej populacji. Związek partnerski stanowią osoby, które w rozumieniu prawa nie są małżeństwem, ale ich wzajemne relacje są podobne do małżeńskich i tworzą one wspólne gospodarstwo domowe. Stosunkowo najliczniej związki partnerskie tworzyły osoby między 20 a 39 rokiem życia.

Wykres 3. Struktura ludności w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego prawnego (w odsetkach)



Większość osób w związkach małżeńskich lub nieformalnych (62%) zamieszkiwała miasta, a tylko 38% mieszkało na wsi. 66% ogółu osób żyjących w związkach było w wieku 30-59 lat.

Analiza zróżnicowania terytorialnego pozwala zauważyć pewne różnice pomiędzy udziałem w populacji osób żyjących w związkach (małżeńskich lub nieformalnych) – relatywnie najwięcej takich osób mieszkało w województwie śląskim i zachodniopomorskim – 63% ogółu osób w wieku 15 lat i więcej, a najmniej w województwie podlaskim – około 56%.

Analizując natomiast stan cywilny prawny osób okazuje się, że w województwie świętokrzyskim 61% osób miało stan cywilny prawny żonaty lub zamężna, a w województwie dolnośląskim tylko niecałe 54%.

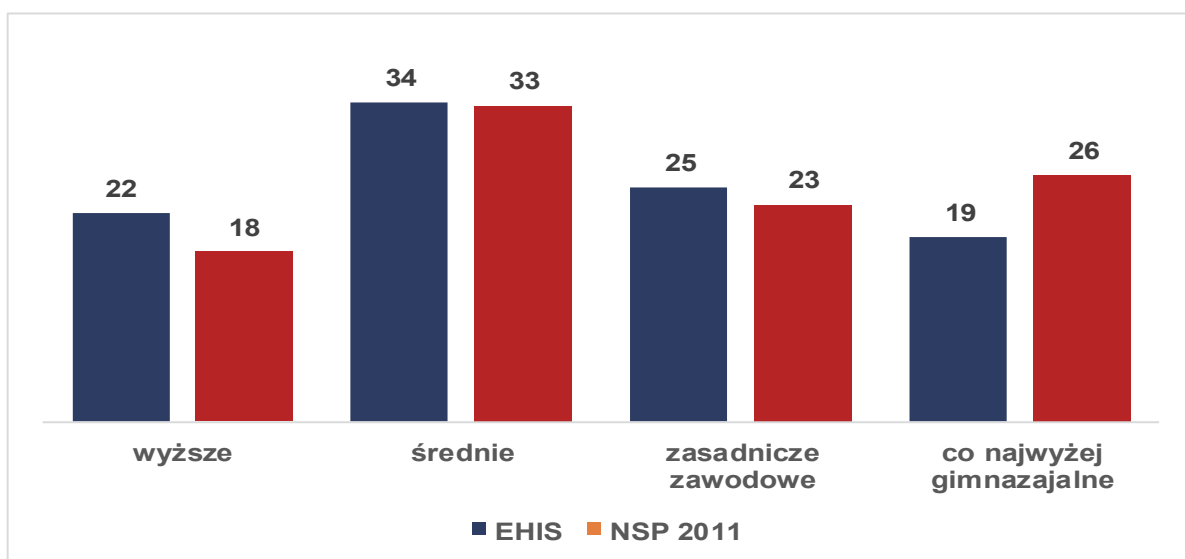
W województwie lubelskim, łódzkim czy podlaskim co dziewiąta osoba to wdowa lub wdowiec, natomiast w pomorskim mniej niż 9%. Większe rozpiętości pomiędzy województwami zaobserwowano w grupie osób rozwiedzionych lub separowanych. W województwie dolnośląskim, łódzkim, lubuskim, zachodniopomorskim, mazowieckim czy śląskim ponad 5% tej populacji to osoby rozwiedzione lub separowane, podczas gdy w województwie podkarpackim i małopolskim co najwyżej 3%.

3.3. Poziom wykształcenia

Poziom wykształcenia badanej populacji w wieku 13 lat i więcej kształtował się następująco: osoby z wykształceniem wyższym – 22% (w 2011 r. 18%), policealnym lub średnim – 34% (w 2011 r. – 33%), zasadniczym zawodowym – 25% (w 2011r. – 23%), gimnazjalnym lub podstawowym – 19% (w 2011 r. – 26%).

Porównując poziom wykształcenia nietrudno zauważyć, że Polacy są coraz lepiej wykształceni. W ciągu ostatnich 3 lat odsetek osób z wykształceniem wyższym wzrósł o ponad 4 pkt. procentowe, w tym zwłaszcza u kobiet. W końcu 2014 r. kobiety stanowiły 59% ogółu osób posiadających wyższe wykształcenie, 72% osób z ukończoną szkołą policealną lub po kolegium, 54% osób z wykształceniem średnim. Mężczyźni natomiast zdecydowanie przeważali wśród osób posiadających wykształcenie zawodowe, gdzie stanowili 61%.

Wykres 4. Struktura ludności w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia (w odsetkach)



Należy zauważyć różnice w poziomie wykształcenia pomiędzy mieszkańcami wsi i miast. Okazuje się, że mieszkańcy miast to w 65% osoby z wykształceniem co najmniej średnim, na wsi stanowią one jedynie 41%. W miastach odsetek osób z wyższym wykształceniem był ponad dwukrotnie wyższy niż na wsi i wynosił ponad 28%. Wśród mieszkańców wsi bardzo liczną grupę (28%) stanowiły osoby, które ukończyły co najwyżej szkołę podstawową lub gimnazjum, wśród mieszkańców miast jedynie 14%.

3.4. Status na rynku pracy

W badaniu EHIS zastosowano standardowe pytanie dotyczące statusu na rynku pracy, czyli subiektywne odczucie respondenta co do jego sytuacji zawodowej. Badane osoby musiały zakwalifikować się do jednej z grup, tj. jako osoba: pracująca, bezrobotna, uczeń lub student, na emeryturze lub trwale niezdolna do pracy, prowadząca gospodarstwo domowe lub nieaktywna zawodowo z innych powodów.

Z analizy struktury ludności Polski w wieku 15 lat i więcej wynika, że wg subiektywnej oceny sytuacji zawodowej 57% to osoby uważające się za aktywne zawodowo (pracujący oraz bezrobotni). W grupie tej przeważają mężczyźni – 55%. Wśród pozostałych uważających się za biernych zawodowo – m.in. uczniów, studentów, emerytów, rencistów – zdecydowanie przeważają kobiety. Stanowiły one bowiem 61% wszystkich nieaktywnych osób.

Tabl. 8 Status na rynku pracy – subiektywna ocena

Płeć i grupy wieku	Ogółem	Pracujący	Bezrobotni	Uczniowie, studenci	Na emeryturze	Trwale niezdolni do pracy	Prowadzący gospodarstwo domowe	Nie aktywni z innych powodów
	W odsetkach							
Ogółem	100,0	51,0	6,4	9,0	23,1	4,3	4,2	2,0
mężczyźni	100,0	58,8	6,7	9,2	18,4	5,5	0,2	1,2
kobiety	100,0	43,8	6,2	8,8	27,4	3,2	7,9	2,7
Według wieku								
15-19	100,0	4,2	2,7	91,7	-	0,6	0,1	0,6
20-29	100,0	61,2	12,5	18,6	-	1,6	4,9	1,2
30-39	100,0	81,4	7,9	0,2	0,2	2,2	7,2	1,0
40-49	100,0	79,9	7,4	0,1	1,0	4,5	5,7	1,4
50-59	100,0	64,5	8,3	-	8,3	10,0	4,8	4,0
60-69	100,0	16,0	1,7	-	71,3	6,2	1,8	3,1
70-79	100,0	1,6	-	-	92,7	2,8	1,4	1,4
80 lat i więcej	100,0	0,3	-	-	92,9	3,0	0,8	3,0

Wśród uważających się za aktywnych zawodowo blisko 94% to osoby w wieku 20-59 lat. Natomiast określające się jako bierne zawodowo to w większości (66%) osoby w wieku 50 lat i więcej. Dość liczną zbiorowość stanowiły osoby najmłodsze do 29 lat (24%). Były to w większości osoby uczące się.

Na potrzeby krajowe w bloku pytań dotyczących aktywności ekonomicznej wszystkim osobom (poza pracującymi) zadano dodatkowe pytanie – czy w tygodniu poprzedzającym moment badania osoba wykonywała jakąkolwiek pracę przynoszącą dochód. Pytanie to pozwoliło na określenie faktycznej aktywności ekonomicznej dorosłej ludności Polski według standardu Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) i ta zmienna została przyjęta jako zmienna podstawowa w niniejszej analizie.

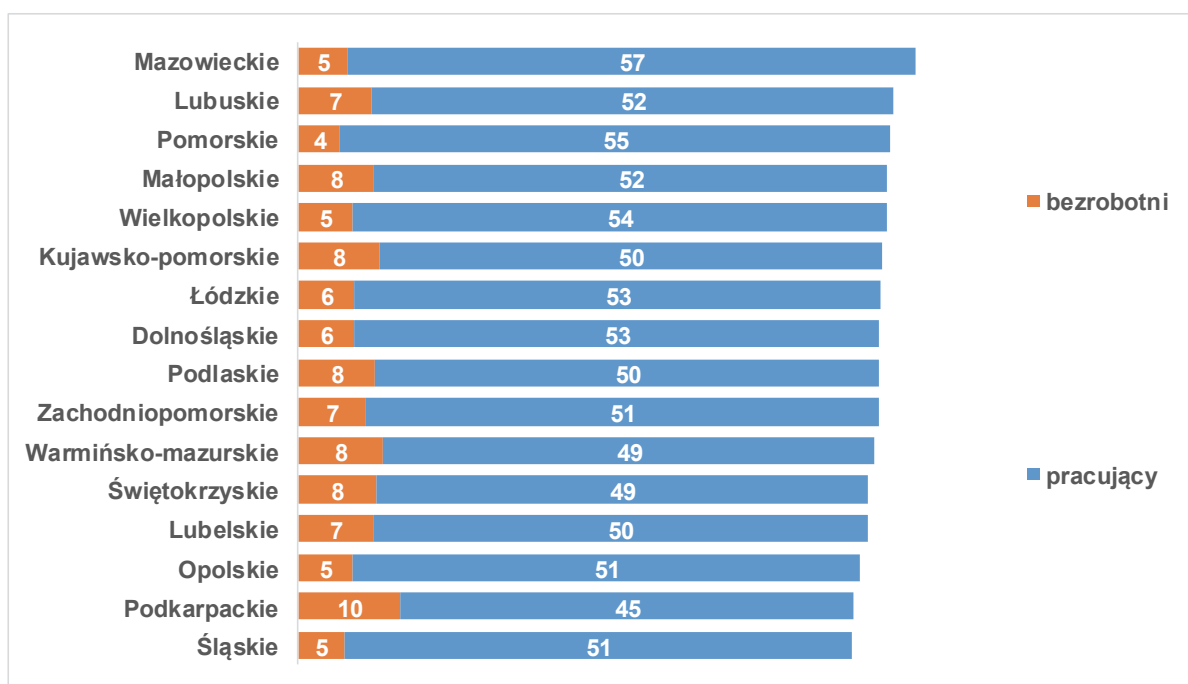
Analizując zbiorowość wszystkich osób biorąc pod uwagę status na rynku pracy i równocześnie wykonywanie pracy przynoszącej dochód, można stwierdzić, że populacja osób pracujących liczyła łącznie około 16,8 mln osób, co oznacza że co drugi dorosły pracował w ostatnim tygodniu przed przeprowadzeniem wywiadu. Z grupy tej ponad 340 tys. to osoby, które nie określiły się jako pracujące, ale rzeczywiście pracowały w ostatnim tygodniu. Prawie połowę (46%) tej grupy stanowiły osoby na emeryturze, kolejne 22% to pracujący uczniowie lub studenci, a następne 14% stanowili bezrobotni.

W grupie pracujących zdecydowanie przeważały osoby o stanie cywilnym prawnym żonaty lub zamężna (68%). Duży odsetek stanowili także kawalerowie oraz panny (25%). Grupa realnie bezrobotnych składała się głównie z osób żonatych/zamężnych lub kawalerów czy panien. W grupie osób biernych zawodowo relacje są nieco inne, mniejszy był udział osób o stanie cywilnym żonaty lub zamężna – 47%, lecz równocześnie duży był odsetek wdowców/wdów (22%) oraz kawalerów czy panien (27%).

Poziom wykształcenia jest jedną z najbardziej istotnych cech wpływających na sytuację zawodową. Porównując struktury osób aktywnych zawodowo (pracujący czy bezrobotni) oraz biernych widać istotne zróżnicowanie obu zbiorowości. Wśród osób pracujących prawie 69% osób posiadało wykształcenie co najmniej średnie, a wśród faktycznie bezrobotnych – blisko połowa, natomiast wśród biernych odsetek ten był niższy i wyniósł nieco ponad 40%. Liczne grupy stanowiły osoby aktywne zawodowo dobrze wykształcone (wyższe – 33%) oraz posiadające wykształcenie zasadnicze zawodowe (32%). Odsetek osób legitymujących się wysokim wykształceniem był zdecydowanie wyższy wśród aktywnych niż zawodowo biernych. W tej ostatniej grupie istotną część stanowiły osoby posiadające co najwyżej wykształcenie podstawowe (27%). Warto zauważyć, że wśród pracujących osoby z takim poziomem wykształcenia stanowiły tylko niespełna 5%, a wśród bezrobotnych – 14%.

Najwyższy odsetek osób aktywnych zawodowo zanotowano w województwie mazowieckim, lubuskim, pomorskim i małopolskim – powyżej 59% mieszkańców w wieku 15 lat i więcej. Analizując poszczególne województwa znaczące różnice można zaobserwować wśród osób, które zakwalifikowały się do grupy osób bezrobotnych. W województwie podkarpackim co dziesiąta osoba określiła się jako osoba bezrobotna, w warmińsko-mazurskim czy kujawsko-pomorskim – blisko co 13, podczas gdy w województwie mazowieckim, śląskim czy pomorskim – mniej niż 5%, czyli rzadziej niż co dwudziesta osoba w wieku 15 lat i więcej.

Wykres 5. Aktywni zawodowo według województw (w odsetkach)



3.5. Dochód ekwiwalentny

W bieżącej edycji badania EHIS zakres obowiązkowych zmiennych objaśniających nie ograniczał się wyłącznie do podstawowych cech społeczno-demograficznych typu wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, aktywność ekonomiczna czy miejsce zamieszkania. Uznano za celowe i pożądane określenie poziomu zamożności badanych osób. Ten czynnik może mieć wpływ nie tylko na kondycję zdrowotną osoby, ale również na zaspokojenie potrzeb z zakresu ochrony zdrowia (zwłaszcza alternatywnych w stosunku do usług świadczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego), jak również przyjętego lub nie pro-zdrowotnego stylu życia (np. konsumpcja owoców, uprawianie sportu).

Przeprowadzając wywiad na temat gospodarstwa domowego, zadano zatem kilka pytań, które miały na celu poznanie poziomu dochodu gospodarstwa domowego w ostatnim miesiącu przed badaniem. W przypadku, gdy przedstawiciel gospodarstwa nie mógł podać konkretnej kwoty dochodów, był proszony o podanie przybliżonych dochodów netto według specjalnie opracowanej skali (patrz pytanie A34 w EHIS1). Od respondentów pozyskiwano wyłącznie kwotę miesięcznych dochodów netto dla całego gospodarstwa domowego, natomiast zmienna dochód ekwiwalentny powstała na etapie opracowania wyników, uwzględniając nie tylko dochód, ale również wielkość i skład gospodarstwa domowego. Przy obliczeniach wyników z zakresu dochodów zastosowano zmodyfikowaną skalę ekwiwalentności OECD. Skala ta obliczona jest w sposób następujący: 1 – dla pierwszej osoby dorosłej w gospodarstwie, 0,5 – dla każdego następnego dorosłego członka gospodarstwa,

0,3 – dla każdego dziecka w wieku poniżej 14 lat. Po wyliczeniu dochodu ekwiwalentnego przypadającego na 1 osobę, pogrupowano wszystkich na 5 równo licznych podzbiorowości (po 20%, zwanych grupami kwintylowymi), przy czym I grupa ujmuje 20% osób najuboższych, zaś V grupa – 20% najzamożniejszych. Przyjęte rozwiązania są właściwe i skuteczne, ale wymagają spełnienia podstawowego warunku – gospodarstwo powinno podać w miarę dokładanie poziom osiągniętych dochodów. Niestety wiele gospodarstw domowych nie tylko nie było w stanie tego podać, ale po prostu odmówiło wskazania nawet przedziału dochodów. Skala braków odpowiedzi dla tej zmiennej wyniosła około 20%, czyli dla co piątej osoby nie udało się pozyskać takiej informacji. Tym niemniej przedstawiono poniżej krótką analizę zmiennej, reprezentującej niestety tylko 80% populacji..

Jak wcześniej wspomniano każda grupa kwintylowa obejmuje 20% badanej zbiorowości, pogrupowanej według rosnącego poziomu dochodu. Charakterystyka dwóch skrajnych grup (I i V) przedstawia się następująco:

I grupa kwintylowa – grupa osób najuboższych. Ponad połowa osób zaliczonych do niej mieszkała na obszarach wiejskich, zwłaszcza tych rzadko zaludnionych, a tylko 43% tej zbiorowości stanowili mieszkańcy miast. W strukturze osób dorosłych według statusu na rynku pracy przeważali bierni zawodowo (47% osób w tej grupie), ale też pracujący (blisko 35%). Co czwarta osoba w wieku 13 lat i więcej zaliczona do tej grupy posiadała wykształcenie co najwyżej podstawowe, a co trzecia – tylko zasadnicze zawodowe, a niespełna co dwudziesta – wykształcenie wyższe. Połowa osób w tej grupie nie ukończyła 40 roku życia, a blisko co piątą stanowiło dziecko do 15 roku życia.

V grupa kwintylowa – grupa osób o najwyższych dochodach. 4/5 osób najzamożniejszych zamieszkiwała miasta, a tylko co piąta zamożna osoba mieszkała na wsi. W strukturze osób dorosłych według statusu na rynku pracy dominowali pracujący, choć co czwarta osoba była bierna zawodowo. Blisko połowa osób w wieku 13 lat lub więcej legitymowała się wykształceniem wyższym, a co trzecia – co najmniej średnim. Połowa osób w tej grupie nie ukończyła 40 roku życia, a tylko co ósmą stanowiło dziecko do 15 roku życia.

ROZDZIAŁ IV. STAN ZDROWIA LUDNOŚCI

4.1. Ocena stanu zdrowia

Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia jest badaniem subiektywnym, którego przedmiotem jest wiedza i odczucia respondentów na temat własnego zdrowia. Zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pierwsze pytanie, jakie należy zadać respondentowi dotyczy samooceny stanu zdrowia. Traktowane jest ono jako pytanie fundamentalne. Podstawowym celem tego pytania było uzyskanie informacji, jak dana osoba postrzega i ocenia swoje własne zdrowie. Ten warunek oczywiście nie dotyczy dzieci do lat 15. Informacji na ich temat udzielali rodzice, prawni opiekunowie lub najbliżsi krewni dziecka (np. babcia). W przypadku młodzieży i osób dorosłych (w wieku 15 lat i więcej) wymagane było jednak uzyskanie odpowiedzi bezpośredniej, a zatem na to pytanie nie mogła odpowiadać osoba zastępcza, nawet jeśli była to osoba bardzo bliska i dobrze zorientowana w stanie zdrowia respondenta. Z tego względu uzyskanie informacji o ocenie ogólnej stanu zdrowia nie objęło wszystkich respondentów.

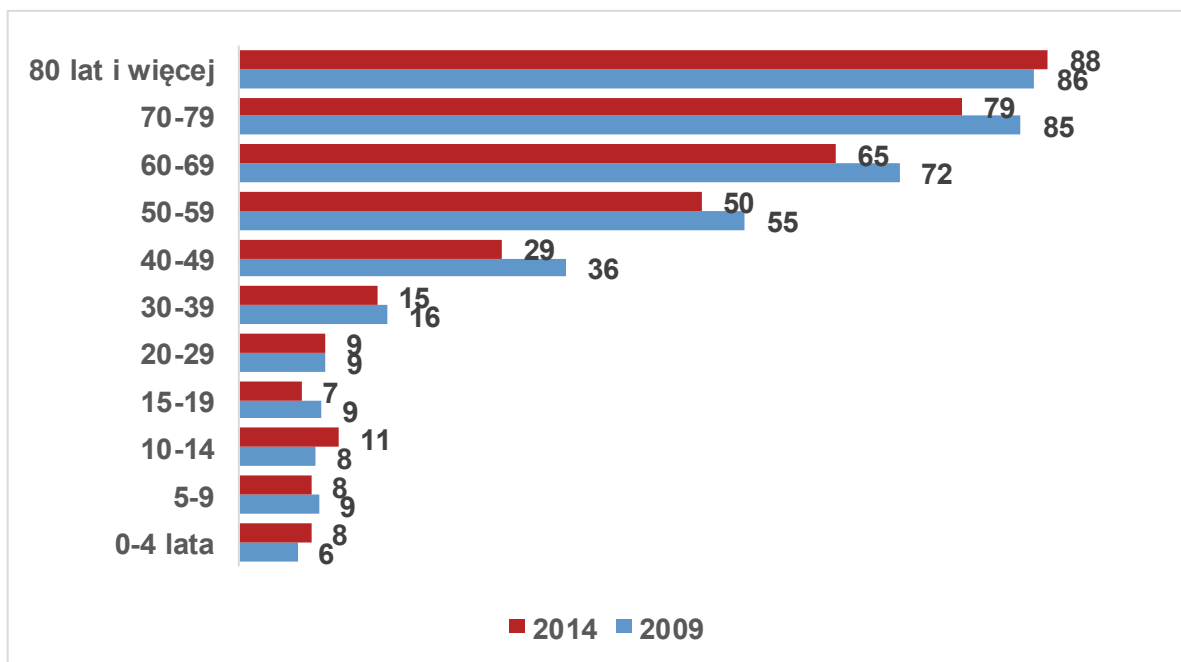
Subiektywna ocena stanu zdrowia populacji

W ciągu ostatnich 5 lat subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Polski nieznacznie się poprawiła. O ile w 2009 r. ponad 34% zbadanych osób oceniało swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego (tj. jako takie sobie, złe lub bardzo złe), to pod koniec 2014 r. takie opinie formułowało mniej niż 33% ludności Polski, tj. o blisko 2 punkty procentowe mniej i o 6 punktów procentowych mniej niż w końcu 2004 r. Zmniejszenie odsetka negatywnych ocen zdrowia dotyczyło prawie wszystkich grup wieku, za wyjątkiem dzieci najmłodszych w wieku 0-4 lat, 10-14 lat i osób 80-letnich i starszych.

Wyniki badania wskazują, że prawie co czwarty mieszkaniec Polski ocenił swoje zdrowie jako bardzo dobre, blisko co drugi – jako dobre, co piąty – jako takie sobie (ani dobre ani złe) i tylko co dziesiąty jako złe lub bardzo złe. W porównaniu do poprzedniego badania zmniejszył się odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako takie sobie lub złe. Powiększyła się nieznacznie populacja osób oceniających swoje zdrowie jako bardzo złe, choć z drugiej strony wzrósł odsetek osób z bardzo dobrą i dobrą oceną swojego zdrowia.

Mężczyźni rzadziej oceniali swoje zdrowie poniżej oceny dobrej (29% mężczyzn wobec 36% kobiet), chociaż w obu grupach nastąpił jednakowy spadek ocen niższych (zdrowie takie sobie lub złe), natomiast wzrosła nieznacznie ocena mocno negatywna (zdrowie bardzo złe).

Wykres 6. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według grup wieku (w odsetkach)



Poprawa stanu zdrowia dotyczyła zarówno mieszkańców miast, jak i wsi, przy czym była ona wyraźniejsza na wsi. W 2014 r. na wsi niespełna 32% badanych stwierdziło, że ich zdrowie nie jest dobre, podczas gdy w miastach ponad 33%. W poprzednim badaniu takie zdanie formułowało po 34% mieszkańców wsi i miast. Świadczy to o zmniejszeniu się dysproporcji w subiektywnych ocenach swego zdrowia między miastami i wsią. Obserwując zróżnicowanie tych ocen w zależności od wieku nietrudno zauważyć stałą prawidłowość. Tylko zdrowie młodszych mieszkańców wsi (do 39 roku życia) oceniane jest lepiej niż zdrowie rówieśników zamieszkujących miasta. W przypadku starszych roczników pozytywne oceny swojego zdrowia nadal częściej deklarowane są przez mieszkańców miast.

Największą poprawę subiektywnej oceny stanu zdrowia odnotowano wśród osób w wieku średnim – między 40-tym a 70-tym rokiem życia. W tej grupie wiekowej odsetek osób oceniających swoje zdrowie poniżej oceny dobrej zmniejszył się w ciągu 5 lat o co najmniej 5 punktów procentowych. Najmniejszą poprawę odnotowano natomiast wśród starszej młodzieży i osób młodych (15-39 lat).

W omawianej edycji badania po raz pierwszy zadano pytanie dotyczące poziomu dochodów gospodarstwa domowego. Możliwa stała się zatem analiza subiektywnych ocen stanu zdrowia w zależności od sytuacji materialnej badanych. Pomimo, że blisko 20% zbadanych gospodarstw odmówiło podania informacji o swoich dochodach, to na podstawie 80% kwestionariuszy z zadeklarowanym dochodem można pokusić się o stwierdzenie, że prawie połowa osób o najgorszym stanie zdrowia (oceniająca swoje zdrowie jako złe lub

bardzo złe) żyła w gospodarstwach ubogich (I i II grupa kwintylowa), kolejne 22% osób ze złym stanem zdrowia miało dochody nieco wyższe, bo zakwalifikowane zostało do III grupy kwintylowej, a niespełna co trzecia osoba o złym lub bardzo złym stanie zdrowia żyła w gospodarstwie które jest zamożne (IV lub V grupa kwintylowa).

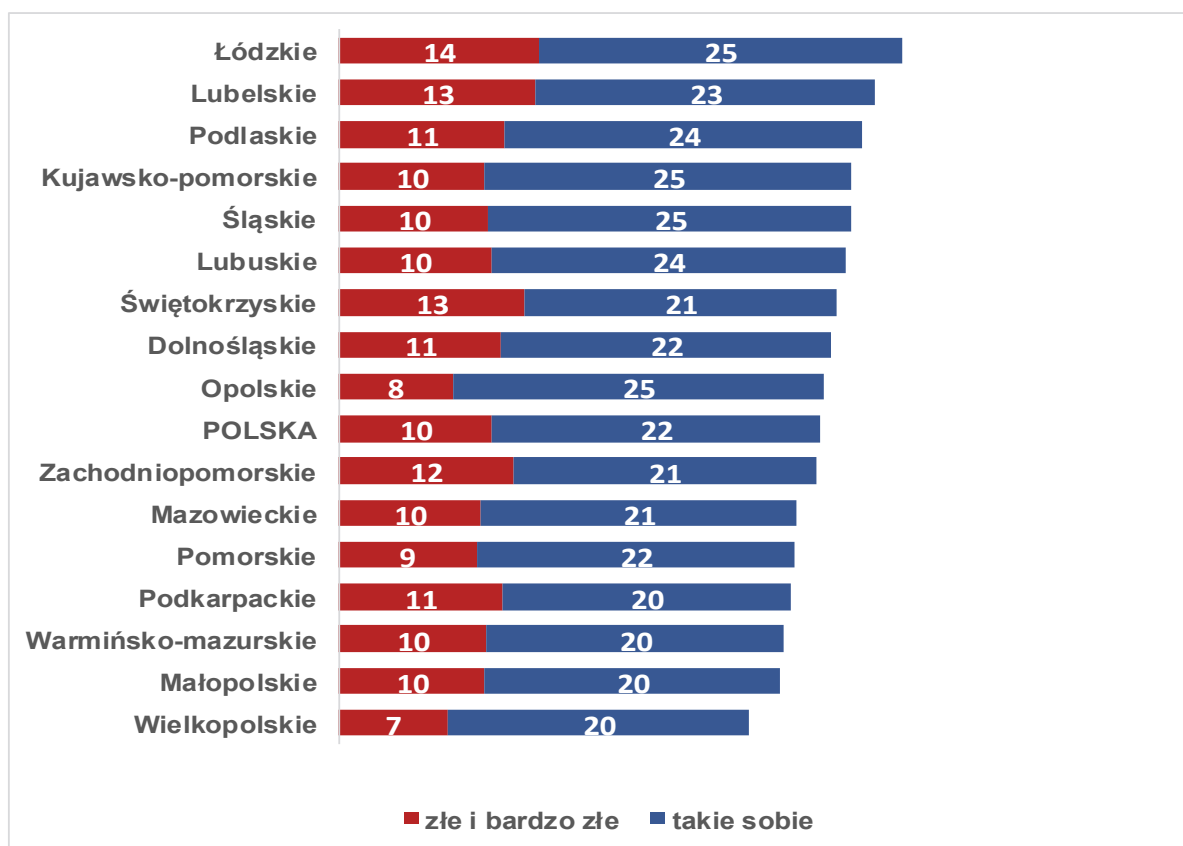
Tabl. 9 Ocena stanu zdrowia według województw w 2009 i 2014 r.

Województwa	Bardzo dobre i dobre		Poniżej dobrego	
	2009	2014	2009	2014
Polska	65,7	67,4	34,3	32,6
Dolnośląskie	65,4	66,6	34,6	33,4
Kujawsko-pomorskie	65,3	65,2	34,7	34,8
Lubelskie	61,4	63,6	38,6	36,4
Lubuskie	66,2	65,6	33,8	34,4
Łódzkie	62,7	61,8	37,3	38,2
Małopolskie	65,3	70,1	34,7	29,9
Mazowieckie	65,6	68,9	34,4	31,1
Opolskie	64,5	67,1	35,5	32,9
Podkarpackie	68,1	69,4	31,9	30,6
Podlaskie	64,1	64,5	35,9	35,5
Pomorskie	69,8	69,0	30,2	31,0
Śląskie	64,9	65,2	35,1	34,8
Świętokrzyskie	62,0	66,2	38,0	33,8
Warmińsko-mazurskie	68,3	69,8	31,7	30,2
Wielkopolskie	68,3	72,2	31,7	27,8
Zachodniopomorskie	68,3	67,6	31,7	32,4

Zmiana na lepsze niestety nie dotyczyła wszystkich regionów kraju. W pięciu województwach nie odnotowano poprawy, z tego w dwóch, tj. łódzkim i pomorskim nastąpiło nieznaczne pogorszenie ocen. W województwie łódzkim, lubuskim, pomorskim i kujawsko-pomorskim w porównaniu z poprzednim badaniem znacznie mniej osób oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre. Natomiast w zachodniopomorskim wyraźnie więcej osób zadeklarowało gorsze oceny stanu zdrowia; zmniejszył się również odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako dobre lub takie sobie.

Uszeregowanie województw wg odsetka osób oceniających swoje zdrowie poniżej oceny dobrej pokazuje, że najgorzej ocenili swoje zdrowie mieszkańcy województwa łódzkiego – co czwarty mieszkaniec tego województwa ocenił je jako takie sobie (ani dobre, ani złe), zaś co siódmy – jako złe lub bardzo złe. Natomiast najlepiej swoje zdrowie ocenili mieszkańcy województwa wielkopolskiego. Tylko co piąty mieszkaniec tego województwa zadeklarował, że jego stan zdrowia jest taki sobie, a tylko co 14-ty, że ma zły lub bardzo zły stan zdrowia, czyli dwukrotnie rzadziej niż u mieszkańców województwa łódzkiego.

Wykres 7. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według województw (w odsetkach)

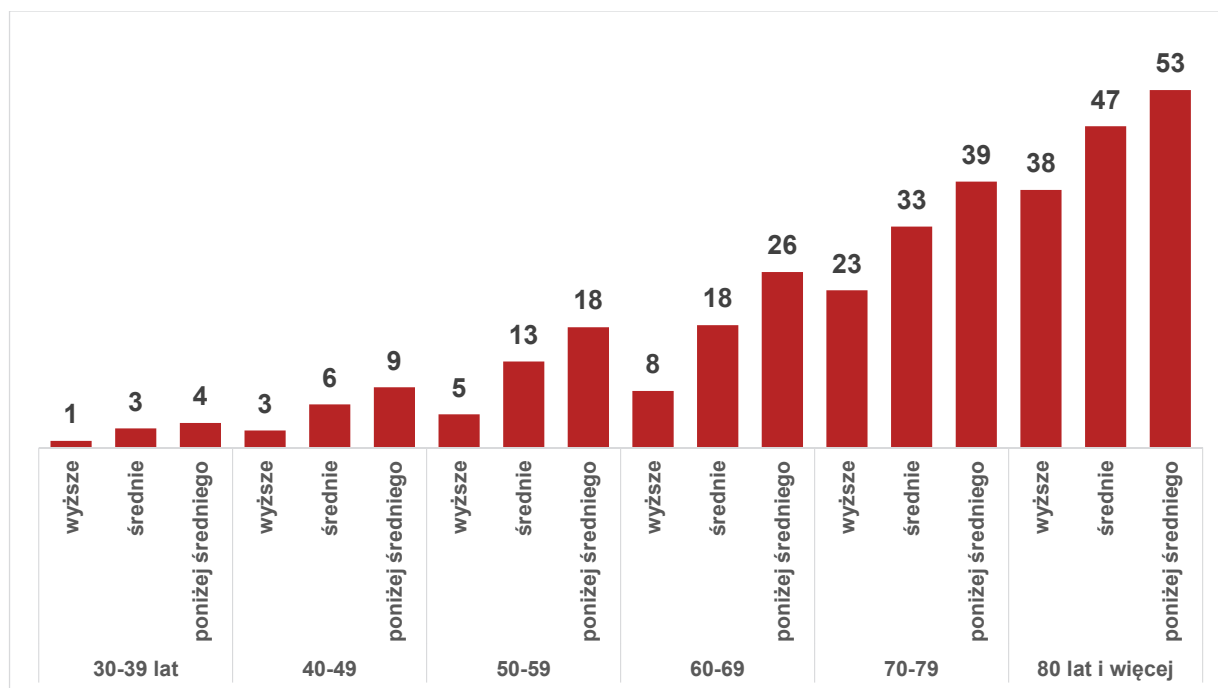


Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 15 lat i więcej

Nieco inaczej niż w przypadku całej badanej populacji kształtowała się struktura ocen własnego zdrowia w przypadku osób w wieku 15 lat i więcej. Stan swojego zdrowia jako bardzo dobry oceniło 19% osób w tej grupie wieku. Najczęściej oceniano swoje zdrowie jako dobre (44%) lub takie sobie (25%), znacznie rzadziej natomiast jako złe (ok. 10%) i bardzo złe (2,5%). W 2014 r. rzadziej niż co ósma dorosła osoba oceniała swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, natomiast w 2009 r. – co siódma.

Wraz z wiekiem zwiększa się częstość ocen niższych na niekorzyść ocen wyższych. Wśród osób w wieku starszym (60 lat i więcej) częściej niż co czwarta (28%) oceniła swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, podczas gdy wśród pięćdziesięciolatków takie deklaracje składano prawie dwukrotnie częściej, a w młodszych grupach wiekowych jeszcze częściej. Ponad 70% czterdziestolatków i 85% trzydziestolatków oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre. Analizując deklarowane oceny stanu zdrowia ze względu na osiągnięty poziom wykształcenia można zauważyć, że osoby o wysokim poziomie wykształcenia korzystniej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby słabiej wykształcone.

Wykres 8. Ludność w wieku 15 lat i więcej oceniająca swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe według grup wieku i poziomu wykształcenia (w odsetkach)



Osoby słabiej wykształcone wyraźnie gorzej oceniają swoje zdrowie, niż ich lepiej wykształceni rówieśnicy i dotyczy to wszystkich grup wieku, zarówno wśród osób młodych, dojrzałych czy także najstarszych. W każdej grupie wieku osoby z wykształceniem co najmniej średnim dużo lepiej oceniają swoje zdrowie niż ich mniej wykształceni rówieśnicy. W grupie osób najstarszych (80 lat lub więcej) ponad połowa osób z wykształceniem poniżej średniego oceniła swoje zdrowie złe, ale tylko co trzeci najstarszy senior z wykształceniem wyższym i mniej niż połowa seniorów z wykształceniem średnim. Zależność tę przedstawia powyższy wykres.

Widoczne jest także zróżnicowanie ocen ze względu na stan cywilny badanych. Osoby żyjące w związkach (zarówno małżeńskich, jak i partnerskich) lub będące jeszcze w stanie wolnym (kawaler, panna) lepiej oceniały swoje zdrowie niż osoby owdowiałe czy rozwiedzione. Wiąże się to jednoznacznie z wiekiem. Osoby starsze są przeciętnie gorzej wykształcone niż osoby młodsze, częściej też następuje rozpad związku na skutek zgonu współmałżonka.

Generalnie pomimo wyraźnej poprawy ocen stanu zdrowia dorosłych Polaków trzeba podkreślić, że w 2014 r. tylko niespełna 2/3 osób w wieku 15 lat i więcej oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, podczas gdy w Norwegii, na Cyprze, w Holandii, Islandii czy Belgii taki stan zdrowia deklarowało ponad 3/4 rozważanej populacji, a w Irlandii i Szwajcarii – ponad 80% dorosłych mieszkańców. Gorszy stan zdrowia niż Polacy deklarowali tylko dorośli mieszkańcy Litwy, Łotwy, Estonii, Węgier, Chorwacji i Portugalii.

Ocena stanu zdrowia dzieci do lat 14

W przypadku 50% ogółu dzieci do lat 14 uzyskano bardzo dobrą ocenę stanu zdrowia, dobrą – dla 42%, średnią (ani dobrą ani złą) – dla 8%, zaś ocenę złą lub bardzo złą – dla więcej niż 1% dzieci. Dla porównania, w poprzednim badaniu odsetki te wynosiły odpowiednio 48%, 44%, 6% oraz nieco ponad 1%.

Wyżej oceniano zdrowie dzieci w wieku 0-9 lat – rodzice ponad 92% z tej grupy uważali, że stan zdrowia ich dzieci jest bardzo dobry i dobry. Dla dzieci 10-14-letnich ta ocena była nieznacznie niższa. Najmniej najniższych ocen uzyskały dzieci w wieku 5-9 lat – w przypadku nieco więcej niż 1% stan zdrowia określono jako zły lub bardzo zły, a dla ponad 6% jako taki sobie. Najwięcej złych ocen miały dzieci 10-14-letnie (nieco ponad 1%), które jednocześnie uzyskały najwięcej ocen średnich stanu zdrowia (ani dobry ani zły).

Ogólnie lepiej oceniano zdrowie dziewczynek niż chłopców oraz dzieci mieszkających na wsi i jest to widoczne w każdej grupie wieku.

Najlepiej oceniali zdrowie swoich dzieci rodzice z województwa podlaskiego (95% ocen bardzo dobrych i dobrych), wielkopolskiego, małopolskiego i mazowieckiego, pomorskiego i podkarpackiego – 94% takich ocen. Największa grupa dzieci o złym i bardzo złym zdrowiu mieszkała w zachodniopomorskim i dolnośląskim, odpowiednio prawie 5% oraz 3% ocen negatywnych.

4.2. Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych

Drugie podstawowe pytanie dotyczące stanu zdrowia miało na celu zbadanie kwestii występowania długotrwałych problemów zdrowotnych trwających co najmniej 6 miesięcy. Nie musiały one być skutkiem tylko choroby przewlekłej, ale mogły stanowić następstwa długotrwałego złego samopoczucia, niesprawności czy kalectwa. Bez względu na bezpośrednią przyczynę tego stanu najważniejszym był fakt, że takie problemy zdrowotne wystąpiły i trwały przez określony czas.

Zgodnie z wynikami badania, mimo poprawy subiektywnej oceny stanu zdrowia, częściej niż u co drugiego mieszkańca Polski (52%) wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. O ile wśród ludzi młodych (do 30 roku życia) długotrwałe problemy zdrowotne występowały niezbyt często (u co 4-5 osoby), o tyle wśród ludzi starszych (zwłaszcza po ukończeniu 60 roku życia) – bardzo często. Ponad 70% pięćdziesięciolatków sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród sześćdziesięciolatków odsetek ten wyniósł już 85% a w grupie ludzi najstarszych ponad 90%. Kobiety relatywnie częściej niż mężczyźni zgłaszały występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych czy chorób przewlekłych (odpowiednio 47% mężczyzn i 57% kobiet).

Częściej też dotyczyły one mieszkańców miast niż wsi (w miastach – 56%, zaś na wsi – tylko 47%). Osoby z problemami zdrowotnymi oczywiście gorzej oceniały swoje zdrowie niż osoby bez takich problemów. Co piąty respondent mający długotrwałe problemy zdrowotne ocenił swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, a ponad 40% jako takie sobie, tj. ani dobre ani złe.

W grupie dzieci 0-14 lat, pomimo generalnie lepszej oceny stanu zdrowia, istnienie przewlekłych problemów ze zdrowiem zgłaszali rodzice prawie 26% badanych dzieci, o 10 punktów procentowych więcej w porównaniu do poprzedniego badania. Prawie co czwarte dziecko, zdaniem rodziców, miało długotrwałe dolegliwości zdrowotne lub choroby przewlekłe (w 2009 r. – co szóste). Największy odsetek dzieci z takimi problemami (31%) odnotowano w grupie 10-14 latków, najmniejszy (19%) wśród dzieci najmłodszych do 4 roku życia, a wśród dzieci 5-9 letnich – 28%. Częściej długotrwałe problemy zdrowotne dotyczyły dzieci mieszkających w miastach – 29% niż na wsi – 22% oraz chłopców niż dziewczynek (odpowiednio 29% i 23%). Relacje te są stałe w kolejnych edycjach badania zdrowia.

Długotrwałe problemy zdrowotne najczęściej występowały wśród dzieci mieszkających w województwie łódzkim, zachodniopomorskim i śląskim (co najmniej 31%), a najrzadziej dotyczyły dzieci z warmińsko-mazurskiego i podkarpackiego – częściej niż co piątego.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne dla całej zbadanej populacji (zarówno dorosłych, jak i dzieci) można stwierdzić, że długotrwałe problemy zdrowotne najczęściej występowały u mieszkańców województwa śląskiego, łódzkiego, pomorskiego i kujawsko-pomorskiego (u co najmniej 55% mieszkańców), najrzadziej natomiast – mniej niż u 40% mieszkańców warmińsko-mazurskiego.

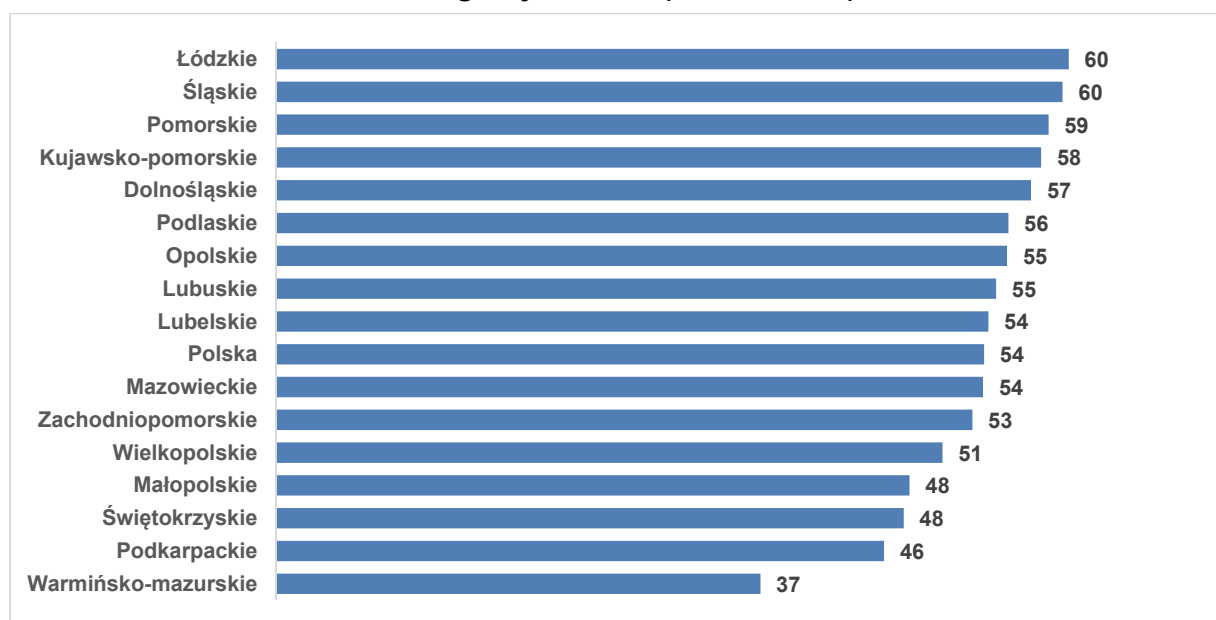
4.3. Choroby i dolegliwości przewlekłe

Podstawowym elementem ankietowych badań zdrowia jest kwestia występowania przewlekłych stanów chorobowych. Zadanie, jakie stawiają przed sobą badacze dotyczy określenia chorób czy dolegliwości, które powinny być przedmiotem obserwacji oraz znalezienia takiego sposobu zadawania pytań, który umożliwi w miarę obiektywne potwierdzenie istnienia choroby lub dolegliwości. Trzeba bowiem pamiętać, że wiedza respondenta o diagnozie jego choroby jest ograniczona. Problemem jest przede wszystkim rozróżnienie między objawami a diagnozą. Przyjęto zatem następujące rozwiązanie: podstawowym kryterium przy wyborze chorób czy dolegliwości przewlekłych objętych badaniem była częstość występowania danej choroby, a ponadto ocena, na ile choroba jest poważna z medycznego i społecznego punktu widzenia. Opracowano dwie listy badanych schorzeń – odrębną dla dzieci do 14 roku życia oraz dla osób dorosłych. Lista przeznaczona dla dzieci obejmowała 6 pozycji, natomiast lista przeznaczona dla osób dorosłych 21 pozycji, z czego 15 stanowiło obligatoryjny standard europejski do tego badania, a pozostałe uwzględniało potrzeby krajowe.

Przedmiotem obserwacji był tylko stan obecny określony na podstawie pytania „czy osoba chorowała w ciągu ostatnich 12 miesięcy”. Każda osoba mogła zaznaczyć dowolną liczbę schorzeń. Wystąpienie już jednego schorzenia przewlekłego oznaczało zaliczenie danej osoby do grupy osób dotkniętych chorobą lub dolegliwością przewlekłą.

Jak wskazują wyniki badania występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych stwierdzono u blisko 54% ludności Polski. Częstość zgłaszania schorzeń przewlekłych wzrasta wraz z wiekiem. Niespełna 27% dzieci do 15 roku życia uskarżało się na przynajmniej 1 chorobę lub dolegliwość przewlekłą, natomiast w populacji ludzi dorosłych, podobnie jak 5 lat temu – blisko 59%. Schorzenia przewlekłe częściej występowały wśród kobiet niż mężczyzn, bez względu na miejsce zamieszkania (w miastach czy na wsi).

Wykres 9. Częstość występowania chorób i dolegliwości przewlekłych według województw (w odsetkach)



Częstość występowania tych schorzeń wzrastała wraz z wiekiem, a gwałtownie po ukończeniu 50. roku życia. Prawie 83% osób będących w wieku 50 lat i więcej stwierdziło występowanie u siebie obecnie przynajmniej 1 choroby lub dolegliwości przewlekłej, podczas gdy w młodszej grupie (40-49 lat) – trochę częściej niż co druga osoba. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne występowania chorób i dolegliwości przewlekłych można zauważyć, że najczęściej niedomagają mieszkańcy województwa łódzkiego i śląskiego (60%), a najrzadziej mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego – mniej niż 37% ogółu ludności w tym województwie.

Choroby i dolegliwości przewlekłe osób w wieku 15 lat i więcej

Pomimo wprowadzenia nowej, poszerzonej, jednolitej europejskiej specyfikacji długotrwałych problemów zdrowotnych, obejmującej nie tylko choroby przewlekłe, ale

i dolegliwości zdrowotne, trochę mniej osób niż 5 lat temu stwierdziło, iż ma takie problemy. W końcu 2014 r. taką opinię sformułowało blisko 54% ogółu osób w wieku 15 lat i więcej (w 2009 r. – 55%).

Przewlekłe choroby lub dolegliwości częściej zgłaszały kobiety i prawidłowość ta wystąpiła we wszystkich grupach wieku. Generalnie problemy takie deklarowało 64% kobiet i trochę więcej niż połowa mężczyzn w wieku 15 lat i więcej.

W miarę starzenia się jesteśmy coraz bardziej schorowani. Wzrasta bowiem nie tylko odsetek osób ze schorzeniami przewlekłymi, ale również ich liczba, najszybciej wśród kobiet. Potwierdzeniem tej tezy są dane w poniższej tabeli prezentującej średnią liczbę schorzeń przewlekłych przypadających na 1 osobę dorosłą według płci i wieku.

Tabl. 10 Średnia liczba schorzeń przewlekłych na 1 osobę w wieku 15 lat i więcej

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	na 1 osobę			na 1 osobę obecnie chorującą		
Ogółem	1,8	1,5	2,1	3,1	2,8	3,3
15-19 lat	0,4	0,3	0,5	1,6	1,4	1,8
20-29	0,5	0,4	0,7	1,8	1,5	2,1
30-39	0,8	0,7	1,0	2,0	1,8	2,1
40-49	1,4	1,1	1,6	2,4	2,2	2,6
50-59	2,3	2,0	2,6	3,1	2,9	3,4
60-69	3,1	2,8	3,4	3,7	3,4	3,9
70-79	4,1	3,7	4,4	4,4	4,1	4,6
80 lat i więcej	4,5	4,3	4,6	4,8	4,6	4,8

Najczęstszą dolegliwością zdrowotną osób dorosłych były bóle dolnej partii pleców, na które się skarżyła częściej niż co czwarta dorosła kobieta i co piąty mężczyzna. Bardzo często występowało również nadciśnienie tętnicze – u blisko co czwartej dorosłej osoby.

Trzecim najczęściej zgłaszanym problemem zdrowotnym były bóle szyi lub środkowej partii pleców (u co 6 osoby), a w następnej kolejności: choroba zwyrodnieniowa stawów (15%), silne bóle głowy (migrena) i choroba wieńcowa (blisko u 9% ogółu dorosłych osób), ale również alergia, choroby tarczycy lub cukrzyca (około 7-9 %).

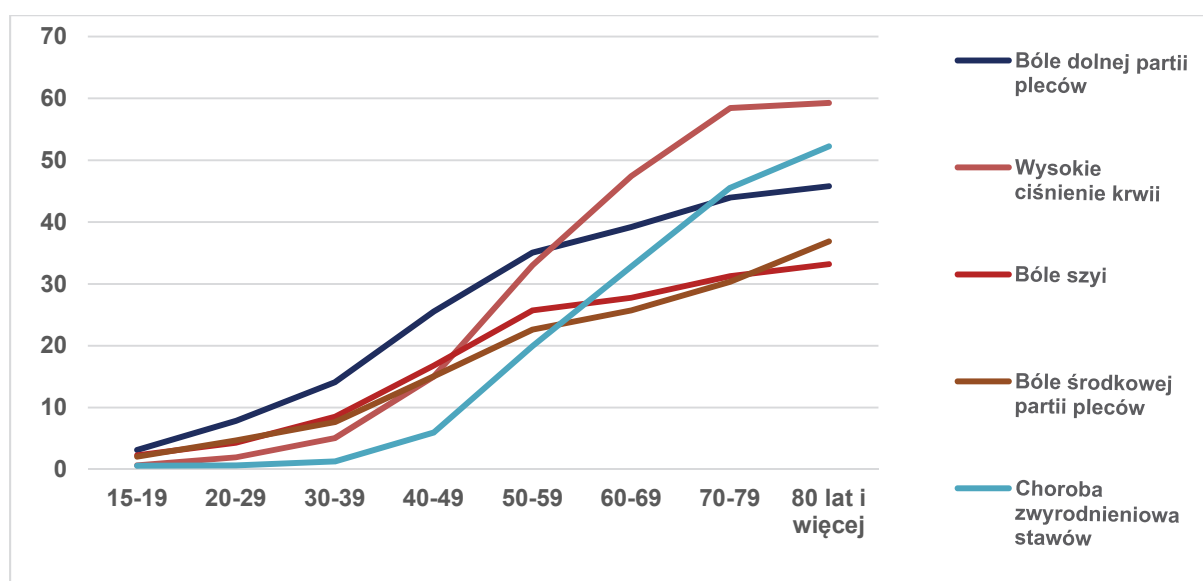
Jeżeli uwzględnimy płeć badanych to można powiedzieć, że dorosłe kobiety częściej niż mężczyźni chorowały na nadciśnienie tętnicze i choroby stawów, częściej również skarżyły się na bóle pleców czy szyi, dużo częściej też na choroby tarczycy lub silne bóle głowy. Wśród mężczyzn natomiast znacznie częściej wskazywany był zawał serca, udar mózgu (oraz ich przewlekłe konsekwencje) czy też marskość wątroby.

Tabl. 11. Dziesięć najczęściej występujących schorzeń przewlekłych u osób dorosłych

Mężczyźni	W %	Kobiety	W %
Bóle dolnej partii pleców	21,2	Bóle dolnej partii pleców	28,4
Wysokie ciśnienie krwi	20,7	Wysokie ciśnienie krwi	25,2
Bóle lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	13,0	Bóle lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	21,0
Bóle środkowej partii pleców	12,9	Choroba zwyrodnieniowa stawów	19,6
Choroba zwyrodnieniowa stawów	10,3	Bóle środkowej partii pleców	19,0
Choroba wieńcowa	8,0	Silne bóle głowy (migrena)	13,2
Alergia	6,7	Choroby tarczycy	12,1
Cukrzyca	6,4	Alergia	10,4
Choroby prostaty	6,0	Choroba wieńcowa	9,8
Silne bóle głowy (migrena)	4,6	Cukrzyca	6,9

Obserwując zmiany rozkładu chorobowości według wieku można stwierdzić, że u młodych ludzi w wieku 15-29 lat najczęściej występowała alergia, bóle dolnej partii pleców i silne bóle głowy (migrena), natomiast w wieku 30-39 lat poza tymi chorobami – bóle innych partii kręgosłupa lub wysokie ciśnienie krwi. Osoby po 40-tym roku życia trzykrotnie częściej niż młodsze uskarżały się na zbyt wysokie ciśnienie tętnicze, choroby zwyrodnieniowe stawów, częściej miały depresję lub chorowały na wrzody żołądka lub dwunastnicy, coraz częściej także stwierdzana była u nich choroba tarczycy.

Wykres 10. Występowania najczęstszych chorób i dolegliwości przewlekłych według grup wieku (w odsetkach)



Po ukończeniu 50-ego roku życia wyraźnie zwiększa się liczba i odsetek osób, którym dolega nadciśnienie tętnicze oraz bóle pleców czy szyi; osoby z tej grupy wieku relatywnie częściej uskarżały się na silne, częste bóle głowy oraz problemy ze stawami. Częstość występowania tych chorób rośnie w starszych grupach wieku. Po przekroczeniu 60-ego roku życia coraz liczniejsza była grupa osób chorujących na choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, także prowadząca do zawału serca), mających kłopoty z stawami, pojawiła się także cukrzyca, częstsze były również problemy z układem moczowym lub prostatą. Najstarszym grozi depresja czy udar mózgu. Analiza zróżnicowania terytorialnego częstości występowania schorzeń przewlekłych prowadzona na podstawie prostego miernika – średniej liczby schorzeń przypadających na jedną osobę dorosłą w danym województwa wskazuje, że relatywnie najliczniej problemy te wystąpiły wśród mieszkańców województwa łódzkiego, lubelskiego, dolnośląskiego i śląskiego (2 schorzenia na 1 osobę), najrzadziej natomiast wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego i warmińsko-mazurskiego – mniej niż 1,5 schorzenia przewlekłego na 1 osobę dorosłą.

Jak wiadomo waga i ranga badanych schorzeń przewlekłych była zróżnicowana. Lista obejmowała zarówno poważne choroby przewlekłe, których konsekwencje mogą być nieodwracalne lub obniżające poważnie sprawność organizmu (np. przebyty udar mózgu), ale również dolegliwości zdrowotne o lżejszym charakterze (np. bóle pleców lub szyi), stąd też konieczne stało się rozpoznanie schorzeń według ich właściwości.

Ograniczając analizę tylko do najczęściej występujących w Polsce chorób przewlekłych można krótko powiedzieć, że:

- alergia relatywnie często występuje u dorosłych mieszkańców województwa pomorskiego, śląskiego, dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego i zachodnio-pomorskiego – u co dziesiątej osoby dorosłej, tj. dwukrotnie częściej niż u statystycznego mieszkańca województwa podkarpackiego czy świętokrzyskiego,
- mieszkańcom województwa łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, pomorskiego, i lubelskiego bardzo często doskwierają silne bóle głowy (np. migrena); występują one u co 9-10 dorosłej osoby, tj. dwukrotnie częściej niż u mieszkańców województwa wielkopolskiego czy podkarpackiego,
- co dziesiąty dorosły mieszkaniec województwa lubelskiego, łódzkiego, świętokrzyskiego, mazowieckiego i podkarpackiego choruje na chorobę wieńcową, a w wielkopolskim co 15 osoba,
- blisko co czwarty dorosły mieszkaniec województwa opolskiego, łódzkiego, podlaskiego, lubelskiego, śląskiego i mazowieckiego ma zbyt wysokie ciśnienie krwi, a w województwie warmińsko-mazurskim co piąta osoba,
- co piąty mieszkaniec województwa lubelskiego, pomorskiego i podlaskiego ma chorobę zwyrodnieniową stawów, ale tylko co dziewiąty mieszkaniec wielkopolskiego,

- przewlekłe bóle dolnej partii pleców najczęściej odczuwa mieszkańiec województwa łódzkiego, lubelskiego i śląskiego, a najrzadziej – osoba dorosła zamieszkująca województwo świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie (mniej niż co piąta osoba).

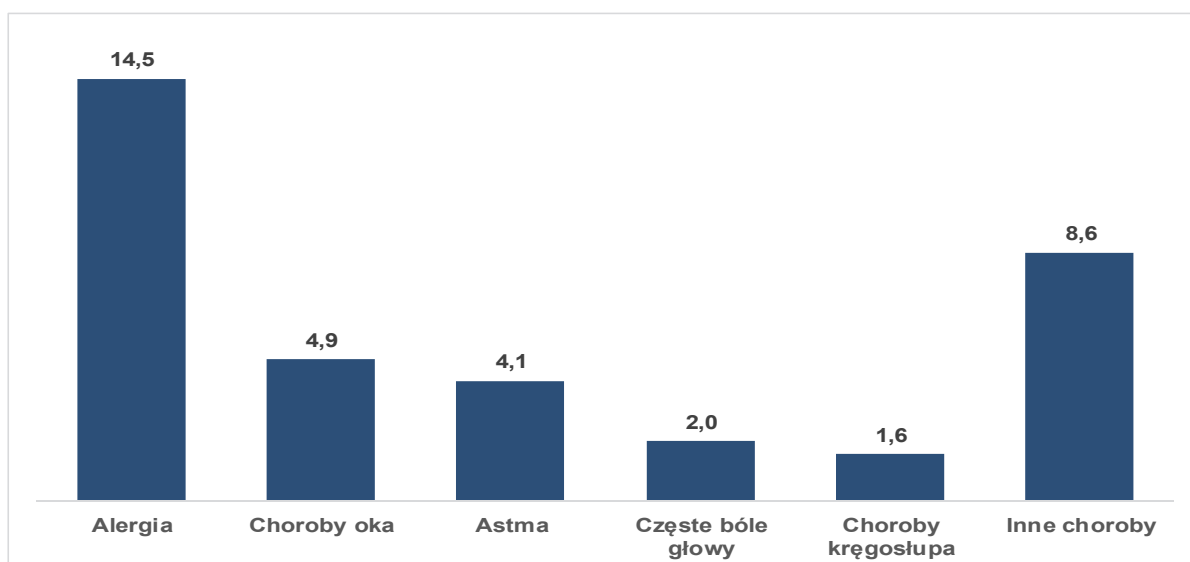
Choroby przewlekłe dzieci w wieku 0-14 lat

Wyniki badania pokazują, że prawie 27% ogółu badanych dzieci chorowało w 2014 r. przewlekłe na co najmniej 1 chorobę, czyli więcej niż co czwarte dziecko. Częściej chorowały dzieci w wieku 10-14 lat (32%) oraz 5-9-letnie (28%) niż najmłodsze w wieku 0-4 lata (około 20%).

Dzieci najczęściej chorowały przewlekłe na różnego rodzaju alergię (prawie 15%). Kolejne często występujące schorzenia to choroby oka – prawie 5% oraz astma – 4%. Na bóle głowy lub migrenę cierpiało blisko 2% dzieci, a na choroby kręgosłupa 1,6%. W porównaniu do wyników poprzedniego badania obserwujemy bardzo niewielkie różnice w liczbie dzieci chorujących na wymienione choroby.

Chłopcy chorowali częściej niż dziewczynki – stosownie 30% i 23% badanej populacji. Jest to widoczne również w każdej grupie wiekowej. Przewlekłe chorowało 22% chłopców w wieku 0-4 lata, 31% w wieku 5-9 lat oraz 37% 10-14-latków. Natomiast odsetki chorujących dziewczynek wyniosły odpowiednio – 17%, 25% i 27%.

Wykres 11. Choroby przewlekłe dzieci w wieku 0-14 lat (w odsetkach)



Wyraźnie częściej chorowały dzieci mieszkające w miastach niż na wsi i tę różnicę obserwujemy w przypadku każdej grupy wieku. Na alergię chorowały najczęściej dzieci w województwie dolnośląskim – prawie 20% oraz w łódzkim i śląskim (blisko 18%).

4.4. Sprawność narządów zmysłu i ruchu u osób dorosłych oraz poziom możliwości samoobsługi i wykonania czynności domowych

W miarę upływu kolejnych lat zmniejsza się sprawność narządów zmysłu i ruchu. Najszybciej psuje się nam wzrok. W 2014 r. co drugi dorosły mieszkaniec Polski używał okularów czy szkieł kontaktowych, bo źle widział z bliska lub daleka. Pomimo korzystania z tych urządzeń pomocniczych co czwarta dorosła osoba miała problemy z widzeniem. Kłopoty z widzeniem najczęściej miały osoby 70-letnie i starsze, tj. blisko co drugi siedemdziesięciolatek i 2/3 osób sędziwych (80-letnich lub starszych), z tym że prawie co piąty z najstarszej grupy miał duże trudności widzeniem lub ogóle nie widział.

W 2014 r. blisko 5% populacji ludzi dorosłych w Polsce używało aparatu słuchowego lub miało implant ślimakowy. Z tego urządzenia korzystali głównie ludzie starsi, co najmniej 70-letni. Źle słyszał blisko co 11 dorosły Polak. Co siódmy sześćdziesięciolatek nie słyszał rozmowy odbywanej w cichym pomieszczeniu, wśród siedemdziesięciolatków – już co trzeci, a wśród osób sędziwych co druga nie słyszała rozmowy dobrze.

Ponad 13% osób dorosłych zgłosiło w wywiadzie, że ma trudności w przejściu 500 m bez użycia specjalnych pomocy i urządzeń (laski, kuli, balkoniku), z tego prawie co trzecia osoba stwierdziła, że przejdzie ten dystans, ale z dużą trudnością, a kolejne 2% nie było w stanie tego zrobić. Problemy z samodzielnym przejściem na odległość 500 m dotyczyły najczęściej osób 70-letnich i starszych. W tej grupie wiekowej mniejsze lub większe problemy z przemieszczaniem się miała co druga osoba siedemdziesięcioletnia i prawie ¾ osób najstarszych.

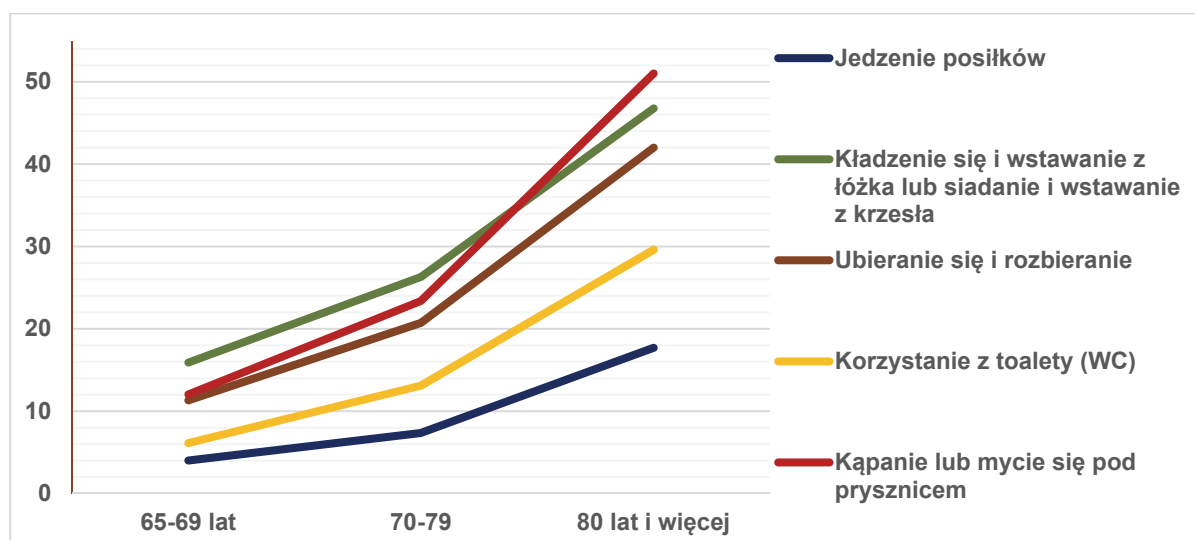
Kłopoty z samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro i bez żadnej pomocy) miała blisko co siódma osoba dorosła, ale już co trzecia osoba 60-letnia, co druga z grupy siedemdziesięciolatków i prawie 80% najstarszych seniorów.

W badaniu, w części dotyczącej stanu zdrowia, pytano również o zdolność do samoobsługi, tj. czy badana osoba może wykonać czynności, które każdy człowiek dorosły wykonuje codziennie, czyli samodzielne spożycie posiłków, kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, ubranie się i rozebranie, korzystanie z ubikacji oraz umycie całego ciała. Na pytania te odpowiadała wybrana populacja osób, tzn. osoby starsze (w wieku 65 lat i więcej) oraz osoby mające ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności życiowych (tj. osoby niepełnosprawne biologicznie). Osobom, które miały problemy z samodzielnym wykonaniem co najmniej jednej badanej czynności zadawano dodatkowe pytania, dotyczące pomocy otrzymywanej i oczekiwanej.

W tej części analizy przedstawione zostały podstawowe informacje obrazujące skalę zjawiska wśród populacji osób w wieku 65 lat i więcej; poziomowi sprawności osób niepełnosprawnych poświęcony jest odrębny rozdział niniejszego raportu.

Zgodnie z uogólnionymi na populację osób dorosłych wynikami badania można stwierdzić, że w 2014 r. ponad 1,6 mln osób w wieku 65 lat i więcej miało trudności związane z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem czy wstawaniem z krzesła. Także blisko 1,6 mln osób miało problem z samodzielnym umyciem się od stóp do głowy, a ponad 1,3 mln osób – z samodzielnym ubraniem się czy rozebraniem. Prawie 875 tys. osób starszych miało trudności przy korzystaniu z ubikacji, a blisko 520 tys. – nawet podczas spożywania posiłków. Poniższy wykres zawiera informację jedynie o częstości występowania problemów związanych z wykonaniem poszczególnych czynności codziennych niezbędnych w samoobsłudze, ale nie wskazuje liczby osób mających takie trudności i jakiego stopnia ograniczenia one powodują.

Wykres 12. Częstość występowania trudności w samoobsłudze u osób starszych według grup wieku (w odsetkach)



Podstawowym kryterium przyjętym do wyodrębnienia populacji osób mających ograniczoną zdolność wykonania codziennych czynności związanych z samoobsługą stanowiło potwierdzenie wystąpienia problemu z wykonaniem chociaż jednej badanej czynności. Całość tak wydzielonej grupy podzielono na trzy kategorie według stopnia ograniczenia w samodzielnym wykonywaniu określonych czynności. I tak, do grupy osób z lekkimi ograniczeniami zaliczono te, które miały wyłącznie trudności z samodzielnym umyciem całego ciała, lecz wykonanie pozostałych czynności nie sprawiało im problemów; zaś do grupy osób ze średnimi ograniczeniami zaliczono osoby, które mogły samodzielnie jeść, ale miały problemy z wykonaniem chociaż jednej z czterech wymienionych czynności (kładzenie się/siadanie/wstawanie, ubranie się/rozebranie, korzystanie z WC) oraz osoby, które miały tylko pewne trudności w jedzeniu. Do grupy osób z poważnymi ograniczeniami zaliczono natomiast te, które miały problemy z samodzielnym spożyciem posiłku oraz z wykonaniem przynajmniej jeszcze jednej innej badanej czynności, jak również osoby mające wyłącznie duże trudności z jedzeniem posiłków.

Jak wskazują wyniki badania w Polsce ponad 2,0 mln osób w wieku 65 lat i więcej (34% ogółu populacji) miało ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych, z czego 200 tys. osób miało ograniczenia lekkie, 1311 tys. osób średnie, natomiast kolejne 504 tys. osób – poważne ograniczenie. Możliwość codziennego samodzielnego funkcjonowania maleje wraz z wiekiem. W grupie wieku 65-69 lat problemy miała co piąta osoba, natomiast wśród osób siedemdziesięcioletnich – blisko co trzecia, a wśród najstarszych (80 lat lub więcej) częściej niż co druga osoba (58%). Najczęściej kłopoty w codziennym funkcjonowaniu miały osoby schorowane, o złym stanie zdrowia i znacznie częściej problemy te sygnalizowały starsze kobiety niż mężczyźni.

Blisko połowa starszych osób (45%) z ograniczoną zdolnością codziennego funkcjonowania musiała pokonywać niedogodności samodzielnie, bo nie miała żadnej pomocy (od innych osób czy możliwości korzystania ze specjalnych urządzeń), zaś 40% ogółu populacji z takim problemami zgłosiło potrzebę otrzymania pomocy lub zwiększenia jej wymiaru.

Wyniki badania ukazują skalę niezaspokojonych potrzeb w tej podstawowej dziedzinie życia człowieka, jaką jest samoobsługa. Blisko 30% najstarszych seniorów mających problemy z podstawową samoobsługą musiało sobie samodzielnie radzić bo nie miało żadnej pomocy, a co druga osoba z takimi ograniczeniami chciałaby jakąś pomoc uzyskać, bądź ją znacznie rozszerzyć. Wśród siedemdziesięciolatków borykających się z takimi problemami 3/5 musiało radzić sobie samodzielnie, lecz co trzeci chętnie by przyjął dodatkową pomoc. Potrzeba pomocy jest zróżnicowana w zależności od typu gospodarstwa domowego, w którym żyje osoba starsza. Ponad 30% osób starszych mających problemy z samoobsługą żyło samotnie, co trzecia w gospodarstwie dwuosobowym (z wiekowym współmałżonkiem/ /partnerem lub dorosłym dzieckiem czy siostrą lub bratem), a tylko co trzecia w gospodarstwie bardziej licznym – składającym się z co najmniej trzech osób.

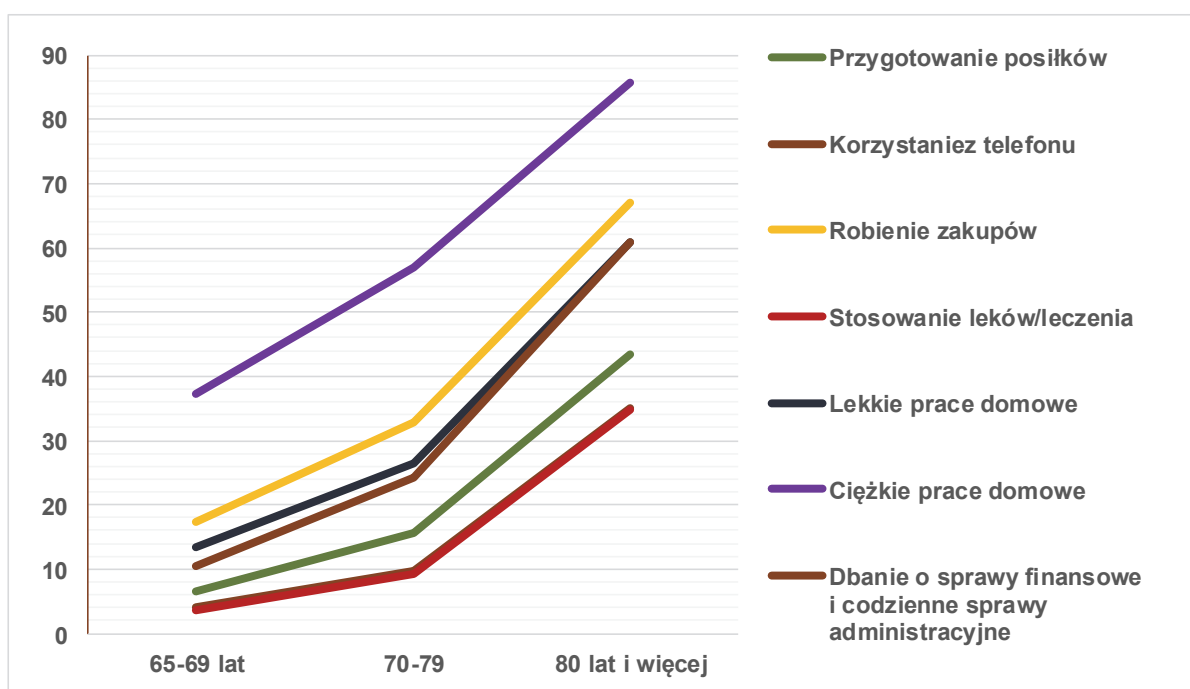
Samodzielność życia osoby nie odnosi się wyłącznie do podstawowych dziedzin związanych z samoobsługą, ważne bowiem jest też określenie, czy jest ona w stanie prowadzić własne czy wspólne gospodarstwo domowe, tj. wykonywać rutynowe czynności domowe. Stąd też kolejny blok pytań zadanych w badaniu EHIS obejmował ten obszar życia. W odróżnieniu od bloku dotyczącego podstawowej samoobsługi należało w tym przypadku zastosować bardziej skomplikowany zestaw pytań, ponieważ nie wszyscy domownicy wykonują w równym stopniu czynności domowe, głównie z powodu podziału obowiązków wśród członków gospodarstwa domowego (np. mąż nigdy nie robi zakupów) czy zatrudniania pomocy domowej.

Intencją tego pytania (B20) było rozróżnienie osób, które nie wykonują wymienionych czynności, chociaż mogą, bo nie mają ograniczeń od tych, które nie mogą ich wykonać, bo mają ograniczenia wynikające m.in. ze stanu zdrowia, niesprawności lub podeszłego wieku.

Jak wskazują wyniki badania, występujące ograniczenia nie pozwalają osobom starszym przede wszystkim na wykonywanie ciężkich prac domowych; trudności z tymi czynnościami miało ponad 57% osób w wieku 65 lat i więcej. Dla co trzeciej starszej osoby problemem było zrobienie codziennych zakupów. W dalszej kolejności badany z tej grupy trudność sprawiało wykonywanie lżejszych prac domowych czy też dbanie o sprawy finansowe i codzienne sprawy administracyjne. O skali ograniczeń w prowadzeniu gospodarstwa domowego z powodów zdrowotnych mogą świadczyć poniższe liczby. Szacuje się że 1,1 mln osób starszych miało trudności z przygotowaniem sobie posiłków, ponad 810 tys. miało problemy z używaniem telefonu domowego, 2,1 mln osób z codziennymi zakupami, a ponad 800 tys. z przygotowaniem i zażywaniem leków.

Aby w miarę obiektywnie ocenić poziom ograniczeń w wykonywaniu czynności domowych, opracowano, podobnie jak dla zagadnień związanych z samoobsługą, specjalny wskaźnik syntetyczny. Przyjęto założenie, że osoba posiada ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych, jeżeli przynajmniej w przypadku jednej badanej czynności stwierdziła, że ma trudność z jej wykonaniem.

Wykres 13. Częstość występowania trudności w czynnościach domowych u osób starszych według grup wieku (w odsetkach)



Ustalono trzy stopnie poziomu ograniczeń. Do grupy osób z poważnymi ograniczeniami w prowadzeniu gospodarstwa domowego zaliczono te, które miały trudności w samodzielnym przygotowaniu posiłków (gotowaniu) lub stosowaniu/zażywaniu leków. Do grupy ze średnimi ograniczeniami włączono osoby sygnalizujące kłopoty z korzystaniem z telefonu lub robieniem

zakupów czy też wykonaniem lekkich prac domowych, lecz mogące przygotować sobie posiłek, czy zażyć leki. Do grupy mających najmniejsze trudności zaliczono osoby, które miały problemy tylko z wykonaniem ciężkich prac domowych, czy też zajmowaniem się sprawami finansowymi i administracyjnymi.

Jak pokazują wyniki badania, ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych z powodu problemów zdrowotnych miało prawie 3,4 mln osób wieku 65 lat i więcej, tj. częściej niż co druga osoba. U przeważającej części tej populacji poziom ograniczeń ustalono jako mały i średni, a dla blisko 1,3 mln osób jako duży. Poważne ograniczenie w wykonywaniu czynności domowych odczuwały przede wszystkim kobiety. Trudności z powodów zdrowotnych przy wykonywaniu prac domowych odczuwała co trzecia osoba w wieku 65-69 lat, prawie 57% populacji siedemdziesięciolatków (70-79 lat) oraz blisko 85% osób najstarszych (w wieku 80 lat i więcej). Częściej niż co czwarta osoba starsza mająca ograniczenia w prowadzeniu gospodarstwa domowego nie miała żadnej pomocy i musiała sobie radzić sama. Niespełna połowa osób chętnie by przyjęła pomoc ze strony innych osób czy urządzeń lub zwiększenie wymiaru tej pomocy. Taką potrzebę sygnalizowały bardzo często osoby najstarsze. Reasumując blisko 1,3 mln osób w wieku 65 lat i więcej stwierdziło, że pomoc dla nich byłaby wskazana.

4.5. Poważne trudności i kłopoty zdrowotne dzieci w wieku 2-14 lat oraz korzystanie z urządzeń pomocniczych

Pytanie dotyczyło istnienia takich kłopotów lub trudności, które ograniczają aktywność dziecka w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagają korzystania z pomocy dodatkowych urządzeń czy wyrobów medycznych (np. okularów, aparatu słuchowego, kuli).

Uogólnione na populację osób w wieku 2-14 lat wyniki badania wskazują, że prawie u co ósmego dziecka stwierdzono występowanie poważnych kłopotów lub trudności w funkcjonowaniu narządów zmysłu lub ruchu. Częściej dotyczyły one chłopców (ponad 13%) niż dziewczynek (10%).

Dzieci miały kłopoty głównie ze wzrokiem – wystąpiły one u 658 na 1000 dzieci z kłopotami zdrowotnymi i trudnościami. Wyraźnie częściej dotyczyły one dziewczynek (710) niż chłopców (622). Dość często również występowały u dzieci trudności w mówieniu. Ten problem z kolei w większym stopniu dotyczył chłopców (314) niż dziewczynek (208). Inne trudności i kłopoty rodzice podawali znacznie rzadziej.

Najliczniejszą grupę (16%), która miała poważne kłopoty lub trudności stanowiły osoby w wieku 10-14 lat, wśród których najczęstszym problemem były kłopoty ze wzrokiem – wystąpiły one u 820 na 1000 dzieci w tej grupie wieku. Z kolei wśród 5-9-latków trudności w mówieniu wystąpiły ponad 2,5-krotnie częściej niż kłopoty ze słuchem – odpowiednio u 337 i 129 na 1000 dzieci z problemami.

Należy zaznaczyć, że w przypadku, gdy u badanego dziecka nie można było stwierdzić występowania niektórych kłopotów lub trudności (np. jeszcze nie mówiło czy nie potrafiło ubrać się samodzielnie) na pytanie należało odpowiedzieć „Nie”. Dlatego też dla najmłodszej grupy wieku rodzice najrzadziej deklarowali występowanie poważnych problemów (nieco ponad 6%). Biorąc pod uwagę powyższe dane, staje się oczywiste, że wśród dzieci korzystających z urządzeń pomocniczych największą grupę (prawie 10%) stanowiły osoby noszące okulary lub szkła kontaktowe. Niespełna 1% dzieci korzystało z innych urządzeń, jak aparat słuchowy, kula, balkonik, wózek inwalidzki, itp.

4.6. Karmienie piersią

Karmienie piersią jest najbardziej naturalnym i najprostszym sposobem karmienia dziecka. Pozytywny wpływ karmienia piersią na stan zdrowia dziecka jest szeroko propagowany od wielu lat, a jego znaczenie jest nie do przecenienia. Wyniki badania wyraźnie wskazują, że matki w miarę możliwości przestrzegają tych zaleceń i stosują się do nich. Termin „karmienie piersią” oznacza, że dziecko otrzymuje mleko kobiece bezpośrednio z piersi lub ściągane z piersi. Jako granicę długości czasu karmienia piersią przyjęto w badaniu 36 miesięcy. Około 3-go roku życia organizm dziecka jest już dojrzały na tyle, aby radzić sobie ze zwykłymi produktami spożywczymi i prostymi daniami.

Z ogólnej liczby badanych dzieci 87% było chociaż przez pewien czas karmione piersią, a najwięcej z nich przez okres 6 miesięcy (13%). Nieco mniej dzieci (10%) było karmionych tylko przez 3 miesiące. Warto zwrócić uwagę, że 8% dzieci matki karmiły piersią do 12-tego miesiąca życia.

4.7. Waga i wzrost

Indeks masy ciała osób dorosłych

Otyłość jest przewlekłą chorobą spowodowaną nadmierną podażą energii zawartej w pokarmach w stosunku do zapotrzebowania organizmu. Otyłości towarzyszą najczęściej liczne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego i innych narządów. Na dodatek jest ona trudna do zwalczania. Monitoring otyłości umożliwia specjalny wskaźnik zwany indeksem masy ciała BMI. Charakteryzuje on relację pomiędzy masą ciała a wzrostem, według poniższego wzoru:

$$\text{BMI} = \text{masa ciała (kg)} / \text{wzrost}^2 \text{ (m)}$$

Wyniki uzyskane dla wybranej populacji przedstawia się w postaci rozkładu BMI według grup ustalonych przez Światową Organizację Zdrowia.

Tabl. 12. Klasyfikacja masy ciała wg WHO

<i>Wyszczególnienie</i>	<i>Wartość BMI</i>
<i>Poważna niedowaga</i>	<i><16,00</i>
<i>Niedowaga</i>	<i>16,00-18,49</i>
<i>Norma niski przedział</i>	<i>18,50-22,99</i>
<i>Norma wysoki przedział</i>	<i>23,00-24,99</i>
<i>Nadwaga niski przedział</i>	<i>25,00-27,49</i>
<i>Nadwaga wysoki przedział</i>	<i>27,50-29,99</i>
<i>Otyłość</i>	<i>>= 30,00</i>

Jak wynika z przedstawionej tabeli otyłość występuje wtedy, gdy BMI przyjmuje co najmniej wartość 30, zaś nadwaga – 25. Do opracowania wyników badania EHIS, wskaźniki policzono na podstawie pełnych danych o wzroście i wadze uzyskanych bezpośrednio od respondentów. Nie były one weryfikowane poprzez pomiary kontrolne, stąd należy zakładać pewne niedoszacowanie wagi (zwłaszcza u kobiet) i przeszacowanie wzrostu (szczególnie u osób starszych).

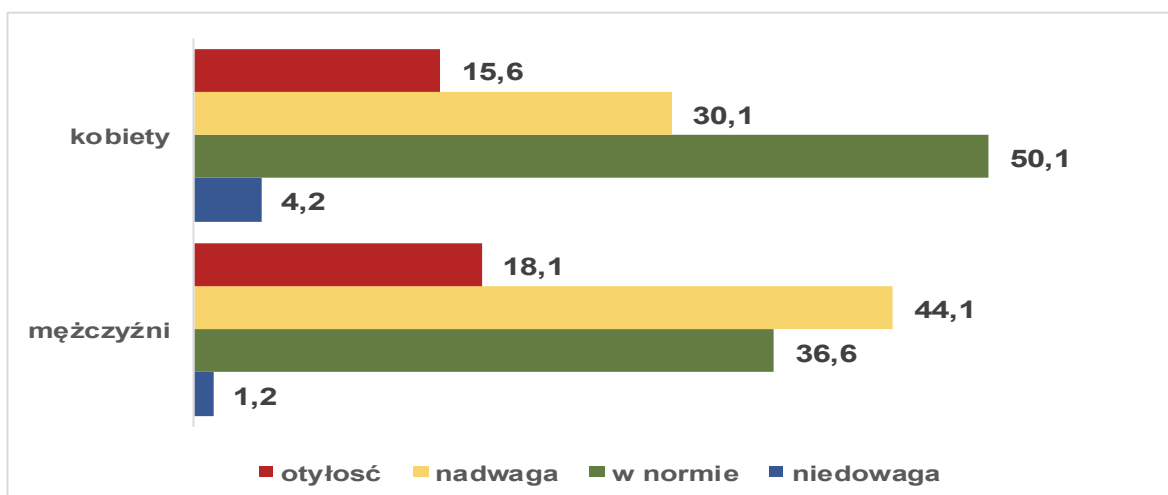
Uzyskane obiektywne mierniki masy ciała BMI (według aktualnych norm WHO) wskazują, że w porównaniu z poprzednim badaniem waga ciała dorosłego mieszkańca Polski niestety nadal wzrasta i coraz częściej występuje problem nadwagi i otyłości. Zbyt dużą masę ciała w 2014 r. miała już co druga dorosła osoba i relatywnie częściej problemy z nadmierną masą ciała wystąpiły wśród mężczyzn.

W ciągu ostatnich 5 lat populacja dorosłych mężczyzn z nadwagą lub otyłych wzrosła o 1 pkt procentowy. Pod koniec 2014 r. ponad 62% ogółu mężczyzn ważyło zbyt dużo (44% miało nadwagę, a 18% zaliczono do grupy ludzi otyłych). Relatywnie częściej zbyt dużą masę ciała mieli mężczyźni mieszkający na wsi niż w miastach. Wzrost wagi ciała dotyczył głównie mężczyzn w średnim i starszym wieku (50-lletnich i starszych).

Populacja dorosłych kobiet z nadwagą lub otyłych także się zwiększyła – o 1 pkt procentowy w porównaniu z 2009 r. Prawie 46% ogółu dorosłych kobiet ważyło zbyt dużo (30% miało nadwagę, a blisko 16% stanowiły kobiety otyłe).

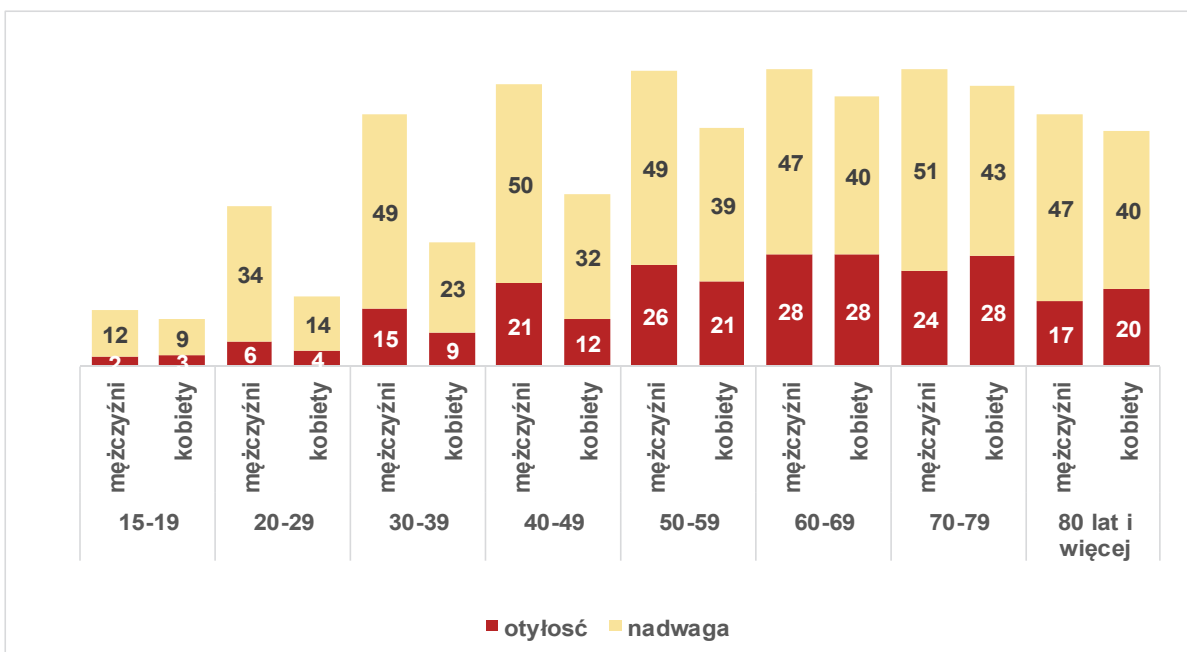
Problem nadwagi czy otyłości częściej występował u kobiet zamieszkujących obszary wiejskie niż u kobiet w mieście. Relatywnie najwięcej otyły kobiety stosunkowo młode między 15-tym a 39-tym rokiem życia. Nieznacznie natomiast wzrosła waga kobiet siedemdziesięcioletnich.

Wykres 14. Waga ciała osób dorosłych według płci (w odsetkach)



Obserwowaną od lat większą dbałość o wagę ciała wyraźnie widać tylko wśród kobiet i w zasadzie jedynie w grupie kobiet najmłodszych. U części z nich wystąpił niedobór masy ciała. Niedowagę miała co piąta dziewczyna w wieku 15-19 lat i co dziesiąta dwudziestolatka. Wśród mężczyzn niedowaga występuje rzadko – miał ją co dziesiąty chłopak w wieku 15-19 lat, a wśród dwudziestoletnich mężczyzn wystąpiła ona sporadycznie.

Wykres 15. Częstość występowania zbyt dużej masy ciała według płci i grup wieku (w odsetkach)



U mężczyzn znacznie częściej zarejestrowano nadmierną masę ciała niż u kobiet rówieśniczek. Te odmienne tendencje wyraźnie obrazuje wykres.

Jak wskazują wyniki badania, osoby z nadmierną masą ciała wystąpiły głównie w grupie osób 50-letnich lub starszych, posiadających wykształcenie co najwyżej zasadnicze zawodowe, z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, osób niesprawnych oraz osób oceniających swoje zdrowie poniżej oceny dobrej.

Analiza różnic rozkładów masy ciała według płci w poszczególnych rejonach wskazuje, że stosunkowo najwięcej ważyli mieszkańcy województwa łódzkiego, opolskiego i śląskiego – 56% populacji osób dorosłych z wagą powyżej normy i często osiągnęli poziom otyłości (miał ją co szósty dorosły mieszkaniec wymienionych województw). Relatywnie najrzadziej nadwaga wystąpiła wśród mieszkańców województwa mazowieckiego, dolnośląskiego, zachodniopomorskiego i podkarpackiego – tylko u co drugiej osoby w wieku 15 lat i więcej.

Wzrost dorosłych

Młodsze generacje dorosłych mieszkańców Polski osiągają coraz wyższy wzrost. Dotyczy to zarówno młodych mężczyzn, jak i kobiet. Statystyczna dwudziestoletnia kobieta w 2014 r. mierzyła 166 cm wzrostu, i była wyższa od swojej matki o 3 cm, a od swej babki o 5 cm. Natomiast statystyczny dwudziestoletni mężczyzna mierzył 180 cm wzrostu i był wyższy od swojego ojca o 4 cm, a od swojego dziadka o 8 cm. Jedna czwarta najwyższych mężczyzn 20-25 letnich miała co najmniej 185 cm wzrostu, a jedna czwarta najwyższych kobiet w tym wieku mierzyła co najmniej 170 cm.

Wzrost i waga dzieci

W 2014 r., w porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2009 roku, zauważalny jest spadek średniej wagi ciała prawie dla każdego rocznika wieku dzieci; jest to szczególnie widoczne dla grupy 14-latków.

Średnia wzrostu dzieci w 2014 r. w przypadku większości roczników była nieznacznie niższa od tej odnotowanej w poprzednim badaniu.

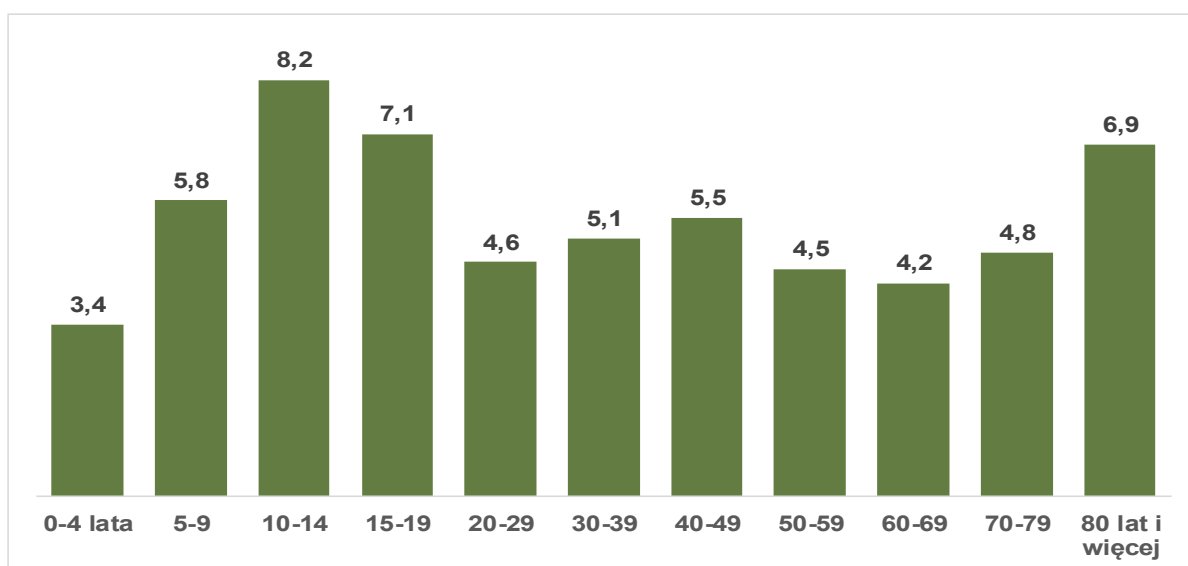
4.8. Wypadki

W badaniu EHIS 2014 wszystkim osobom zadano pytanie, czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległy jakiemuś wypadkowi, którego skutkiem był uraz, uszkodzenie lub zranienie, zarówno zewnętrzne jak i wewnętrzne. Do wypadków zaliczono również zatrucia oraz zranienia, ugryzienia i użądlenia spowodowane przez zwierzęta i owady. W sumie badano cztery rodzaje wypadków: drogowy (komunikacyjny), w domu i w otoczeniu domu (np. w ogrodzie, garażu, na podwórku), w czasie wolnym oraz w pracy, na uczelni i placówce wychowawczo-oświatowej (w żłobku, przedszkolu, szkole).

Jak wskazują wyniki badania prawie co 20-ty Polak uległ wypadkowi w ciągu ostatnich 12 miesięcy i znacznie częściej wypadki zdarzały się mieszkańcom miast niż wsi, mężczyznom niż kobietom, dzieciom niż osobom dorosłym, a zwłaszcza młodzieży w wieku 10-19 lat oraz osobom najstarszym (co najmniej 80-letnim).

Najwięcej wypadków zarejestrowano w domu i w otoczeniu domu – uległo im ponad 855 tys. osób, a w następnej kolejności podczas pracy, nauki lub pobytu w placówce wychowawczo-oświatowej oraz w czasie wolnym – odpowiednio 427 tys. i 424 tys. osób. Najmniejszą grupę stanowiły osoby poszkodowane w wypadkach drogowych – 336 tys. osób.

Wykres 16. Ulegający wypadkom według grup wieku (w odsetkach)



W znacznej większości przypadków osoby, które uległy wypadkowi musiały skorzystać z fachowej pomocy medycznej, zwłaszcza gdy wypadek zdarzył się w pracy czy w szkole. Stosunkowo często korzystano z pomocy medycznej w przypadku wypadku komunikacyjnego (prawie 70% poszkodowanych). Dla co 4-5 osoby poszkodowanej w wyniku wypadku pomoc medyczna musiała zostać udzielona w szpitalu i wiązało się to z co najmniej 1 dniowym noclegiem na oddziale szpitalnym.

ROZDZIAŁ V. SAMOPOCZUCIE PSYCHOFIZYCZNE OSÓB W WIEKU 15 LAT I WIĘCEJ

5.1. Odczuwanie bólu fizycznego

Zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu⁶, ból jest nieprzyjemnym zmysłowym i emocjonalnym doświadczeniem związanym z potencjalnym lub rzeczywistym uszkodzeniem tkanek lub odczuciem opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia. Ból obejmuje ważną dziedzinę stanu zdrowia, szczególnie w odniesieniu do fizycznych aspektów dobrego samopoczucia (dobrostanu).

Pytania mierzące ból cielesny (fizyczny), zastosowane w badaniu EHIS, pochodzą z badania SF-36vTM 2 Health Survey © 1996, 2000. Koncentrują się one na intensywności bólu cielesnego i stopniu, w jakim ból zakłóca i wpływa na wykonywanie zwykłych codziennych obowiązków i czynności (praca zawodowa, nauka, prace domowe, zajęcia w czasie wolnym).

Pytania dotyczyły ostatnich 4 tygodni przed badaniem. Respondenta poproszono o zastanowienie się nad skalą intensywności doznań każdego bólu fizycznego, jaki odczuwał biorąc pod uwagę jego poziom i długość trwania oraz podanie odpowiedzi, opisującej jego przeciętne doznania. Na pytanie odpowiadały tylko osoby bezpośrednio badane, nie można było zadawać ich w przypadku wywiadów zastępczych.

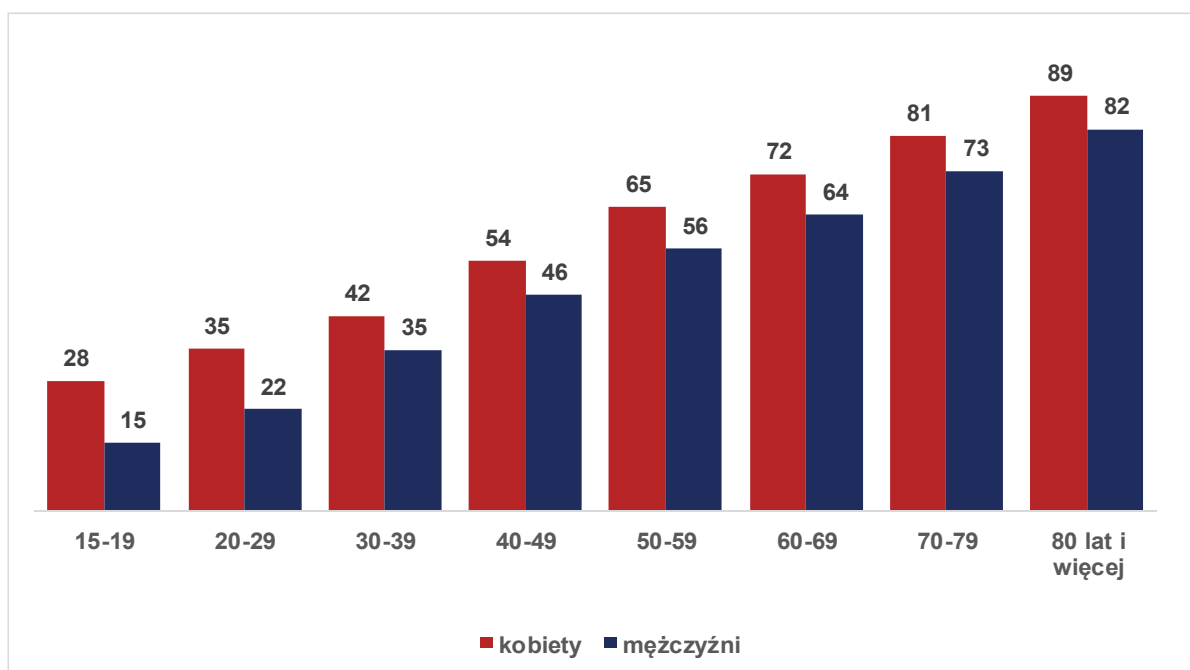
Na podstawie wyników badania można powiedzieć, że ponad połowa badanej zbiorowości w okresie 4 tygodni przed wywiadem odczuwała ból fizyczny, najczęściej średni lub łagodny – odpowiednio 19% i 11%. Na silny lub wyjątkowo silny skarżyło się natomiast prawie 12% osób.

Oczywiste jest, że odczuwanie bólu wzrasta z wiekiem. Występowanie bólu o jakimkolwiek natężeniu deklarowała więcej niż połowa osób w grupie 40-49 lat. Taką informację podało 61% pięćdziesięciolatków, nieco więcej niż 2/3 sześćdziesięciolatków oraz ponad 3/4 osób w grupie 70-79 lat. Wśród osób najstarszych blisko 90% deklarowało odczuwanie bólu. Należy również odnotować, że nawet w najmłodszej grupie dorosłych co piąta osoba odczuwała ból w badanym okresie, najczęściej był on średniego stopnia.

Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni odczuwały ból fizyczny – 57% kobiet w stosunku do 45% mężczyzn i jest to wyraźnie widoczne we wszystkich grupach wieku. Również kobiety częściej cierpiały z powodu silnego i wyjątkowo silnego bólu. Na taki stopień dolegliwości skarżyło się 14% kobiet i blisko 9% mężczyzn.

⁶ Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (International Association for the Study of Pain, IASP) – międzynarodowe towarzystwo zajmujące się problematyką bólu w aspektach naukowym, praktycznym i edukacyjnym. Powstało w 1973 r.

Wykres 17. Odczuwanie bólu fizycznego według grup wieku i płci (w odsetkach)



Spośród osób, które w okresie 4 tygodni przed badaniem odczuwały ból fizyczny 87% stwierdziło, że zakłócał im wykonywanie zwykłych codziennych obowiązków i czynności. W przypadku ponad 1/5 osób ból dość mocno i bardzo mocno wpływał na ich normalną pracę, a dla ponad 1/4 – średnio.

Istnieje oczywiście wzajemna zależność między cierpieniem z powodu bólu i jego oddziaływaniem na życie codzienne człowieka a jego zdrowiem. Na poziom odczuwania bólu ma wpływ stan zdrowia, występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, przewlekłych chorób i dolegliwości oraz poziom sprawności. Jednocześnie doznawany ból wpływa znacząco na wymienione czynniki.

5.2. Zdrowie psychiczne

Pytania o zdrowie psychiczne (Mental Health) stosuje się w badaniach dotyczących zdrowia w celu oceny stanu emocjonalnego, który ma ogromny wpływ na ogólny stan zdrowia osób oraz ich funkcjonowanie w rodzinie, społeczeństwie i w pracy. Pytania pochodzą z Brief Patient Health Questionnaire, Depression Module (PHQ-9)⁷ i oparte są o kryteria dla pomiaru depresji z podręcznika Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition

⁷ Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), służący do rozpoznawania depresji, jest elementem większego narzędzia – Patient Health Questionnaire wykorzystywanego w diagnostyce zaburzeń psychicznych na podstawie kryteriów DSM-IV. Oficjalne tłumaczenie kwestionariusza na język polski jest ogólnodostępne na stronie www.phqscreeners.com

(DSM-IV). Kwestionariusz PHQ-9 składa się z dziewięciu pytań, a właściwie kryteriów depresji według DSM-IV. Stanowi on narzędzie do oceny i monitorowania częstości występowania depresji i nasilenia jej poszczególnych objawów oraz umożliwia postawienie wstępnej diagnozy.

W badaniu EHIS zastosowano rekomendowany przez UE ograniczony 8-punktowy Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-8).

Objawy depresji to nie tylko smutek i przygnębienie, ale też utrata zainteresowań i radości życia. Człowiek funkcjonuje w zwolnionym rytmie, ma zaburzenia koncentracji i obniżoną samoocenę. Patrzy na świat w sposób pesymistyczny, przyszłość widzi wyłącznie w czarnych barwach. Dotykają go zaburzenia snu, który jest płytki i nie daje relaksacji. Trudno radzić sobie wtedy z problemami, prowadzić normalne życie, pracować.

Pytania o samopoczucie emocjonalne zadawano tylko osobom bezpośrednio badanym; nie dotyczyły wywiadów zastępczych. Respondenci byli proszeni o wybranie wariantów odpowiedzi najlepiej opisujących ich samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni przed przeprowadzeniem wywiadu.

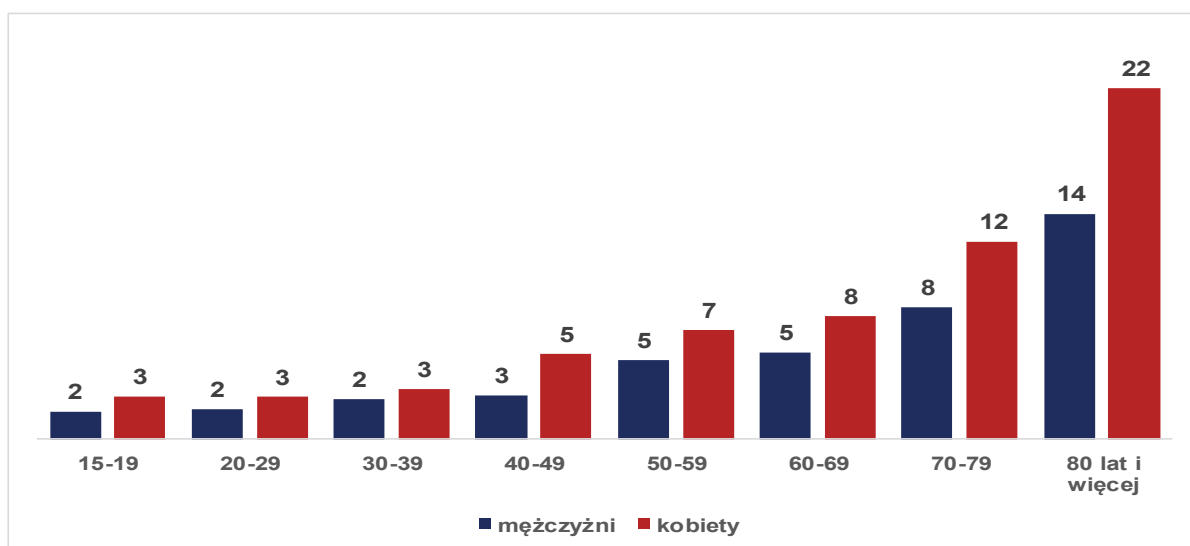
Wskaźniki wyjściowe dotyczące depresji obliczono zgodnie z wytycznymi Eurostatu; w tym celu niezbędne było uzyskanie odpowiedzi na wszystkie 8 pytań. Opracowano dwa niezależne wskaźniki. Pierwszy, dotyczący występowania poważnych objawów depresji, obliczono wyłącznie na podstawie odpowiedzi o długotrwałym trwaniu tych problemów (odpowiedź 3 i 4), przy czym za znaczące przyjęto występowanie problemów opisanych w pytaniu A i B (patrz pytanie w kwestionariuszu EHIS-2 – B29). W drugim wskaźniku, dotyczącym „stopnia ciężkości występujących objawów depresji”, zsumowano punkty jakie uzyskano w odpowiedziach na wszystkie zadane pytania (od A do H) i pogrupowano je w odpowiednie przedziały, wskazujące na nasilenie objawów depresji.

Na podstawie odpowiedzi udzielonych przez respondentów można stwierdzić, że w okresie odniesienia poważne objawy depresji występowały u ponad 5% badanej populacji, a najbardziej znaczące miało 2% osób z tej grupy. Przyjmując za podstawę analizy drugą miarę – stopień ciężkości występujących objawów można stwierdzić, że u ponad 16% dorosłych osób zdiagnozowano objawy depresji. Najczęściej były to łagodne symptomy depresji (dotyczyły 12% dorosłych), podczas gdy umiarkowane oznaki miało około 3%, a nasilone i silne – 1,5%. Stopień ciężkości objawów choroby wzrasta z wiekiem respondentów, im osoba jest starsza tym są one bardziej nasilone.

Analizując uzyskane wyniki w podziale według płci można zauważyć, że depresja dotyczyła znacznie częściej kobiet niż mężczyzn i zjawisko takie wystąpiło w każdej grupie wieku.

Poważne objawy depresji pojawiają się zwykle u osób około 50. roku życia, a częstość ich występowania zwiększa się wraz z wiekiem badanych – miała je prawie co piąta osoba 80-letnia i starsza oraz co dziesiąty siedemdziesięciolatek.

Wykres 18. Częstość występowania poważnych objawów depresji według grup wieku i płci (w odsetkach)



Może się to wiązać między innymi ze zmianą lub utratą dotychczasowych ról życiowych, na przykład z przejściem na emeryturę i pogorszeniem sytuacji finansowej, obniżeniem sprawności fizycznej oraz samotnością (usamodzielnieniem się dzieci, śmiercią partnera życiowego). Objawy depresji miały głównie osoby o złym stanie zdrowia (22%) oraz niesprawne (19%), owdowiałe (częściej niż co siódma), bierne zawodowo (co jedenasta). W każdej grupie wieku znacznie częściej były to kobiety.

5.3. Wsparcie społeczne

Pojęcie wsparcia społecznego jest definiowane jako wiara i/lub przekonanie jednostki, że jest lubiana i kochana, szanowana i ceniona. Wsparcie społeczne wynika z wzajemnego oddziaływania pomiędzy czynnikami indywidualnymi a środowiskiem społecznym. Sam fakt odczuwalnego wsparcia buduje poczucie bezpieczeństwa. Wsparcie społeczne ma niezwykle pozytywny wpływ na zdrowie i samopoczucie człowieka, jest również elementem niezbędnym dla osób znajdujących się w stanach kryzysowych. Bez względu na przeżywane trudności i sytuacje problemowe, samo istnienie wsparcia społecznego, sieci osób mogących nas wspomóc w sytuacji trudnej pozytywnie wpływa na nasze życie.

Pytania o wsparcie społeczne zadano w badaniu EHIS w 2014 r po raz pierwszy. Do pomiaru i oceny jego poziomu posłużono się Skalą Wsparcia Społecznego Oslo-3 (OSS-3), specjalnie opracowanym narzędziem badawczym, składającym się z 3 pytań dotyczących:

- jakości sieci więzi społecznych – liczba osób (członków rodziny, przyjaciół, kolegów), na które można liczyć w sytuacji poważnych problemów osobistych (pomoc, poradę, pieniądze),*
- postrzegania zainteresowania i troski okazywanych przez inne osoby – wskazanie przez respondenta w oparciu o pięciostopniową skalę Likerta⁸, ile – według jego oceny – troski lub zainteresowania okazują inni ludzie tym jak mu się wiedzie, co porabia,*
- stopnia łatwości uzyskania praktycznej pomocy od sąsiadów – wskazanie przez respondenta w oparciu o pięciostopniową skalę Likerta, jak łatwo jest mu – według jego oceny – uzyskać praktyczną pomoc od sąsiadów (wsparcie osobiste, poradę, pieniądze).*

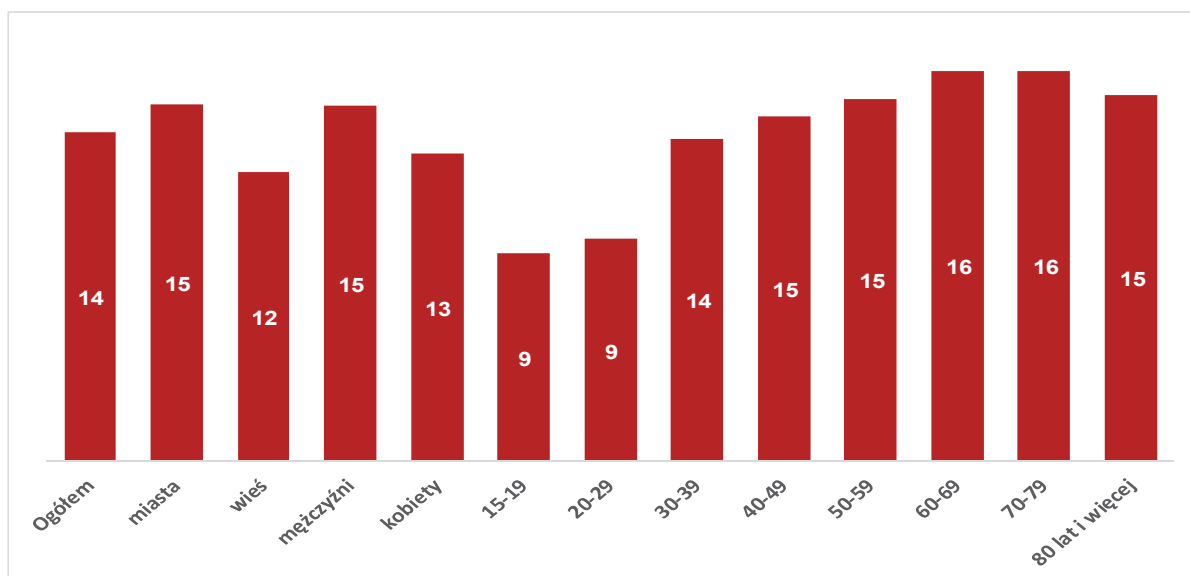
Należało zachować ustaloną kolejność zadawania pytań. Na pytanie odpowiadały tylko osoby bezpośrednio badane, nie zadawano ich w przypadku wywiadów zastępczych.

Analiza wyników badania EHIS według skali Oslo-3 pozwala stwierdzić, że 31% osób dorosłych miało mocne wsparcie ze strony innych w swoim otoczeniu, częściej niż co druga – średnie, a słabe wsparcie odczuwała co siódma osoba. Na ocenę wsparcia społecznego oczywisty wpływ ma wiek respondenta, jego zdrowie, wykształcenie, stan cywilny, poziom dochodów. Osoby młodsze oraz badani cieszący się dobrym zdrowiem, lepiej wykształceni i sytuowani bardziej pozytywnie oceniali jego poziom i jakość. Więcej negatywnych odpowiedzi udzielały osoby powyżej 60-tego roku życia, a także rozwiedzione, chorujące przewlekłe, z niepełnosprawnością, bezrobotne, niewykształcone, nieco częściej byli to mężczyźni niż kobiety.

Mieszkańcy obszarów miejskich i wiejskich bardzo podobnie postrzegają poziom i jakość wsparcia społecznego, szczególnie w przypadku średniej oceny. Pewną różnicę w rozkładzie odpowiedzi pomiędzy mieszkańcami wsi i miast na niekorzyść tych ostatnich odnotowano natomiast w przypadku mocnego wsparcia otoczenia. Na wsi znacznie mniej osób zadeklarowało słabe wsparcie (tylko 12%), w miastach natomiast ponad 15% osób.

⁸ **Skala Likerta** – pięciostopniowa skala w metodologii ankietowych badań społecznych, dzięki której uzyskać można odpowiedź dotyczącą stopnia akceptacji zjawiska, poglądu itp. Nazwa skali pochodzi od nazwiska autora Rensisa Likerta. Skala ta składa się z kafeterii odpowiedzi ułożonych w porządku od stopnia całkowitej akceptacji do całkowitego odrzucenia. Badany ma za zadanie określić w jakim stopniu zgadza się z danym twierdzeniem. Liczba możliwych do wyboru odpowiedzi powinna być nieparzysta (najczęściej 5), tak, żeby środkowe stwierdzenie było możliwie najbardziej neutralne. Badany wybiera tę możliwość, która najbardziej odpowiada jego odczuciom.

Wykres 19. Osoby dorosłe deklarujące małe wsparcie społeczne (w odsetkach)



W odpowiedzi na pytanie o jakość sieci więzi społecznych zaledwie 1% osób dorosłych stwierdził, że brak im osób, na które mogą liczyć w przypadku poważnych problemów osobistych. Najwięcej badanych, blisko połowa, uważała, że ma kilkoro (od 3 do 5) wspierających, a 18% znało takich osób 6 lub więcej; pozostała 1/3 mogła liczyć na pomoc ze strony tylko 1 lub 2 osób.

Prawie 85% dorosłych dostrzegało duże lub pewne zainteresowanie swoimi sprawami i troskę okazywane ze strony innych osób. Co dziesiąty dorosły nie miał pewności, jaki jest stopień tego zainteresowania, dla około 4% osób było ono małe, natomiast ponad 1% uważało, że inni w ogóle nie interesują się ich sprawami.

Na pytanie jak łatwo jest im uzyskać od sąsiadów praktyczną pomoc w razie potrzeby 1/3 osób dorosłych odpowiedziała, że łatwo lub że jest ona możliwa. Częściej niż co 6-ty badany uważał, że bardzo łatwo otrzyma taką pomoc. Natomiast zdaniem blisko co 10-tej osoby dorosłej uzyskanie pomocy od sąsiadów jest trudne, a dla kolejnych 7% jest bardzo trudne.

W przypadku tego pytania, inaczej niż w dwóch poprzednich, zauważalna jest różnica w rozkładzie odpowiedzi w zależności od wieku respondenta. Najczęściej odpowiedzi, że bardzo trudno lub trudno jest uzyskać pomoc od sąsiadów udzieliła co szósta osoba w wieku 20-39 lat oraz najstarsza (w wieku 80 lat i więcej).

Zauważalną różnicę w rozkładzie odpowiedzi pomiędzy mieszkańcami wsi i miast na niekorzyść tych ostatnich odnotowano jedynie w pytaniu o możliwość uzyskania praktycznej pomocy od sąsiadów, ale nie jest ona bardzo znacząca. Stwierdzenie, że jest o nią trudno i bardzo trudno częściej deklarowali dorośli mieszkańcy miast niż wsi, tj. blisko co 5 mieszkańców miast, a tylko co 8 mieszkańców wsi miał takie negatywne opinie.

Należy podkreślić, że powyższe wnioski odnoszą się wyłącznie do osób, które dały wiążącą odpowiedź na to pytanie, bowiem aż co dziesiąty ankietowany udzielił odpowiedzi niewiążącej – nie miał zdania na ten temat, co może świadczyć o słabych relacjach z najbliższymi sąsiadami, bądź też o niekorzystaniu przez te osoby z pomocy sąsiedzkiej (nikogo nie proszę i nikt mnie nie prosi). Ponad 82% braków odpowiedzi w tym pytaniu udzielili mieszkańcy miast, głównie osoby młode do 40 roku życia.

5.4. Świadczenie nieformalnej opieki lub długoterminowej pomocy innym osobom

Po raz pierwszy w badaniu EHIS w 2014 r. zadano pytania o świadczenie przez respondenta nieformalnej pomocy lub długoterminowej opieki (OD) osobom chorującym przewlekłe, niesprawnym, w podeszłym wieku. Pytania nie obejmowały pomocy świadczonej w ramach pracy zawodowej respondenta.

Pytania te umożliwiają ocenę działań związanych z długoterminową opieką (nieprofesjonalną) świadczoną regularnie (co najmniej 1 raz w tygodniu) przez osoby dorosłe i dostarczają danych o skali braku instytucjonalnej OD oraz związanych z tą sytuacją ograniczeń w wypełnianiu codziennych obowiązków w związku ze świadczeniem opieki długoterminowej.

Określenie „opieka lub pomoc” oznacza pomoc innej osobie w samoobsłudze lub w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Na pytanie odpowiadały tylko osoby bezpośrednio badane, nie można było zadawać ich w przypadku wywiadów zastępczych.

Jak wskazują wyniki badania, długoterminową opiekę lub pomoc osobie drugiej sprawowało co najmniej 1 raz w tygodniu prawie 16% dorosłych, czyli co szósta osoba. Znacznie częściej pomoc świadczyły kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 18% i 13%) oraz osoby w wieku 50-59 lat – prawie co czwarta z tej grupy. Pomagający to zwykle osoby żyjące w związku, mające także własne problemy zdrowotne.

Rozpatrując uzyskane wyniki w aspekcie relacji z podopiecznymi można zauważyć, że ponad 3/4 osób pomagających otaczało opieką tylko członków własnej rodziny, byli to zwłaszcza mężczyźni oraz osoby mieszkające na wsi. Natomiast kobiety lub mieszkańcy miast częściej pomagali osobom spoza rodziny – częściej niż co piąta osoba pomagająca. Bardzo niewielka grupa respondentów opiekowała się zarówno członkami rodziny, jak i osobami, które do niej nie należą. Większość takich opiekunów stanowili mieszkańcy miast.

Omawiane badanie dostarczyło interesujących informacji o czasie, jaki przeznacza się na świadczenie opieki i pomocy innym osobom. Okazało się, że co czwarty opiekun poświęcał na pomoc 20 lub więcej godzin tygodniowo, a blisko co szóstemu taka opieka zajmowała od 10 do 20 godzin. Większość osób świadczących opiekę (58%) poświęcało na to mniej niż 10 godzin w tygodniu.

ROZDZIAŁ VI. STYL ŻYCIA

Według Światowej Organizacji Zdrowia na zdrowie zbiorowości wpływa wiele czynników. Są to głównie warunki środowiska otaczającego, czynniki genetyczne, warunki ekonomiczne, poziom wykształcenia, stosunki międzyludzkie w bliskim otoczeniu i w rodzinie. W mniejszym stopniu jest to dostępność i korzystanie z opieki zdrowotnej⁹. Natomiast według teorii Lalonde'a znaczące są cztery czynniki wpływające na stan zdrowia człowieka. Są to: biologia, środowisko, opieka zdrowotna oraz styl życia, którego udział szacowany jest na ponad 50%. Już w 2002 r. WHO zidentyfikowało 10 głównych czynników ryzyka behawioralnego na terenie Europy, mających wpływ na łączne obciążenie chorobami. Do najistotniejszych z nich zaliczono: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, dietę ubogą w warzywa i owoce, małą aktywność fizyczną oraz zażywanie narkotyków¹⁰.

Zagadnienia te uwzględnione były w formularzach badawczych II tury EHIS.

6.1. Spożycie owoców i warzyw

Pytania dotyczyły częstości spożycia owoców, warzyw oraz świeżych soków owocowych i warzywnych. Pytania zadawano zarówno osobom dorosłym, jak i dzieciom (powyżej 6 miesiąca życia).

W przypadku owoców należało wziąć pod uwagę produkty zarówno surowe, jak i przetworzone. Takie same wytyczne dotyczyły warzyw, z wyjątkiem ziemniaków, których spożycia nie badano. W przypadku soków brano pod uwagę tylko naturalne, świeżo wyciśnięte 100% soki owocowe i warzywne oraz soki tzw. jednodniowe, uzyskiwane ze świeżo tłoczonych owoców lub warzyw, niepasteryzowane i niezawierające cukru, przeznaczone do spożycia w dniu zakupu. Za miarę spożycia soków przyjęto szklankę o pojemności co najmniej 150 ml i liczono tylko 1 porcję, nawet gdy osoba piła tych soków więcej, natomiast dla innych produktów zawartość jaka zmieści się w garści osoby ankietowanej.

Spożycie owoców i warzyw przez dzieci powyżej 6 miesiąca życia

Spośród dzieci powyżej 6 miesiąca życia prawie 73% jadło owoce lub piło świeże soki owocowe co najmniej 1 raz dziennie. Blisko co szóste dziecko konsumowało owoce 4-6 razy w tygodniu, a co dwunaste 1 do 3 razy tygodniowo. Bardzo niewielka grupa nie jadła ich w ogóle lub rzadziej niż raz w tygodniu.

⁹ <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

¹⁰ Europejskie strategie przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiąganie poprawy stanu zdrowia Część 2, Göran Dahlgren Margaret Whitehead

Raz dziennie i częściej jadało warzywa (z wyjątkiem ziemniaków) lub piło soki z nich wyciskane prawie 62% badanych dzieci, a kilka razy w tygodniu 22%. Niestety, niepokoić może, że co ósme jadało warzywa tylko 1-3 razy w tygodniu, a 4% ogółu dzieci jeszcze rzadziej lub nigdy.

Częstość spożycia warzyw i owoców widocznie maleje wraz z wiekiem dziecka. Najczęściej jadły warzywa i owoce oraz piły świeże soki dzieci najmłodsze, najrzadziej te z grupy 10-14-latków. Wszystkie dzieci znacznie częściej spożywały owoce niż warzywa. Pozytywny wydźwięk ma fakt, że codziennie, jak wynika z badania, jadało owoce prawie 3/4 dzieci, zaś warzywa – ponad 3/5, tj. znacznie więcej dzieci niż 5 lat temu.

Uwzględniając podział terytorialny kraju można zauważyć, że najczęściej jadały owoce i warzywa dzieci mieszkające w województwach dolnośląskim, zachodniopomorskim i mazowieckim. Rzadsze niż 1 raz w tygodniu spożywanie owoców i warzyw przez dzieci widoczne było głównie w województwie lubelskim, kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim – co trzecie dziecko nie jadało codziennie chociaż 1 porcji owoców, a blisko co drugie – także warzyw. O zróżnicowaniu częstości spożycia wśród dzieci może świadczyć fakt, że 84% dzieci z województwa dolnośląskiego codziennie zjadało owoce, a 77% – warzywa, podczas gdy w województwie lubelskim codziennie owoce jadło tylko 61% dzieci a warzywa zaledwie co drugie.

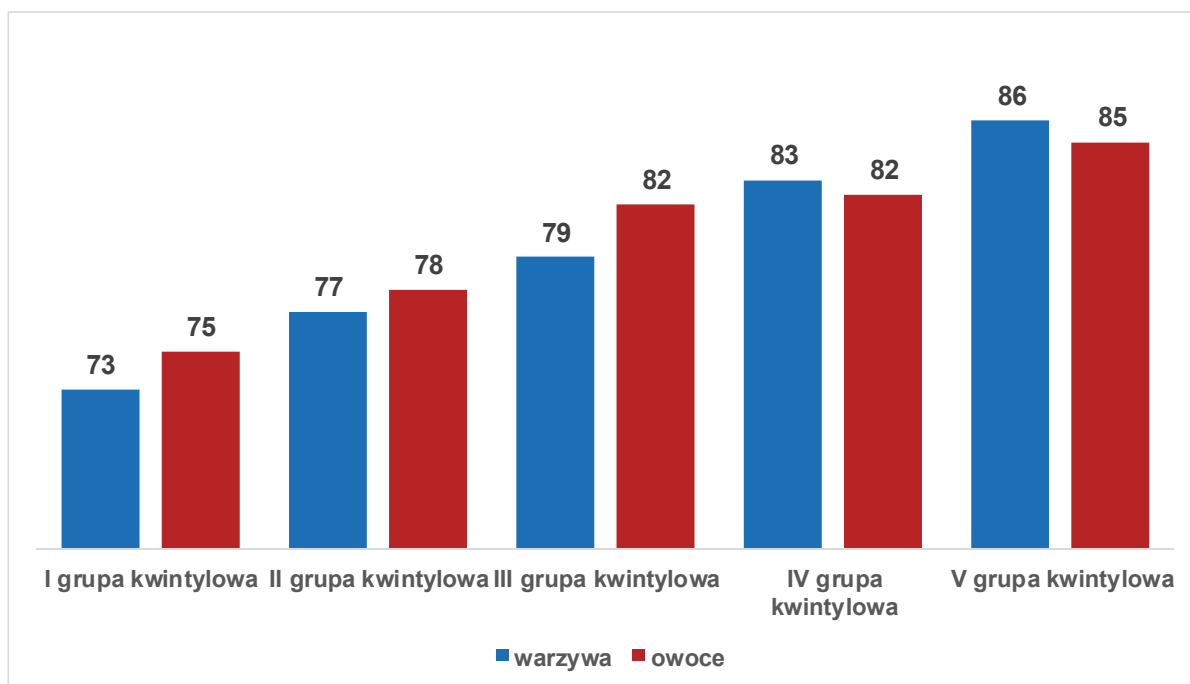
Spożycie owoców i warzyw przez osoby dorosłe

W odróżnieniu od dzieci, osoby dorosłe rzadziej spożywają warzywa i owoce. Zgodnie z wynikami badania, owoce codziennie jadało bowiem tylko 59% dorosłych, a najczęściej osoby dojrzałe między 60 a 79 rokiem życia (tj. blisko 2/3 tej grupy). Relatywnie rzadko owoce (nawet przetworzone) spożywały osoby sędziwe. Co 15 osoba w wieku 80 lat i więcej jadała owoce rzadziej niż jeden raz w tygodniu lub wcale.

Co najmniej raz dziennie spożywało warzywa (z wyłączeniem ziemniaków) niespełna 57% dorosłych. Najrzadziej warzywa, podobnie jak i owoce, jadały osoby najstarsze. Niespełna co druga osoba osiemdziesięcioletnia lub starsza podała że codziennie chociaż jeden raz zjada posiłek zawierający warzywa, a częściej niż co czwarta stwierdziła, że warzywa jada rzadziej niż 4 razy w tygodniu, bądź wcale.

Rzadkie spożycie warzyw i owoców dotyczy zwłaszcza mężczyzn. Niespełna 47% dorosłych mężczyzn codziennie jadło zarówno owoce, jak i warzywa (inne niż ziemniaki), a w przypadku kobiet – więcej niż połowa (52%).

Wykres 20. Osoby jedzące owoce i warzywa 4 razy w tygodniu lub częściej według grup kwintylowych (w odsetkach)



Podsumowując zachowania mieszkańców Polski odnośnie spożywania warzyw i owoców trzeba mieć także na uwadze, czy stan zasobów finansowych gospodarstwa umożliwia zaspokojenie tych potrzeb żywieniowych wszystkim członkom gospodarstwa. Jak wskazuje powyższy wykres poziom zamożności gospodarstwa może determinować częstotliwość konsumpcji warzyw czy owoców. Osoby ubogie znacznie rzadziej jadły owoce czy warzywa niż osoby zamożne. W gospodarstwach najuboższych co czwarta osoba spożywała owoce lub warzywa co najwyżej 3 razy w tygodniu, bądź rzadziej, natomiast w gospodarstwach zamożnych tylko co siódma.

6.2. Aktywność fizyczna uczniów

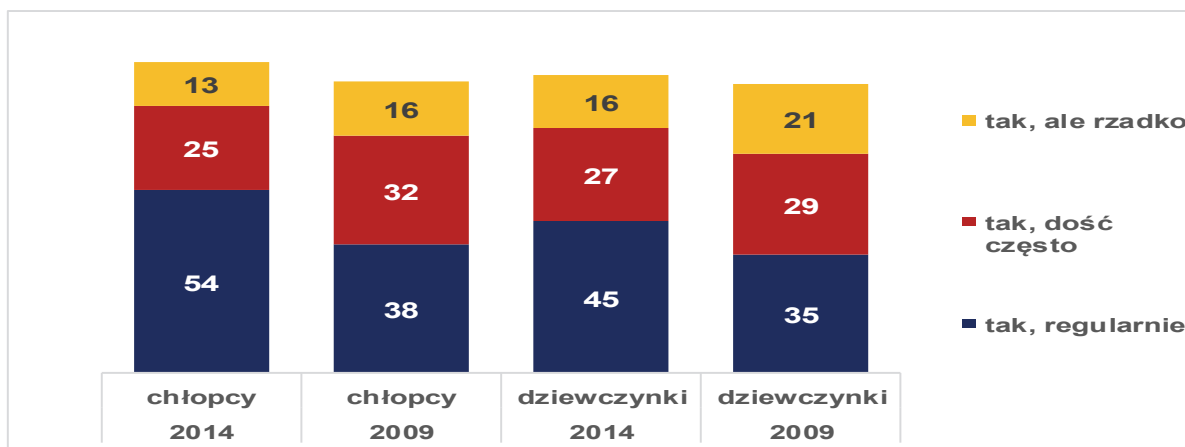
Pytania o aktywność fizyczną były przeznaczone tylko dla uczniów szkół, z wyłączeniem uczniów klas „zerowych”.

Użyte w pytaniu określenie „aktywność fizyczna poza lekcjami wychowania fizycznego” oznaczało uprawianie przez dziecko w czasie wolnym sportu w szkole lub klubie sportowym, w formie zorganizowanych zajęć lub w formie własnej, samodzielnej rekreacji (np. jazda na rowerze, pływanie, gimnastyka, taniec, itp.).

Porównując wyniki badania EHIS z 2009 i 2014 r. można zauważyć korzystną różnicę w uczestnictwie dzieci w zajęciach wymagających aktywności fizycznej, zwłaszcza realizowanych w czasie wolnym.

Spośród blisko 3,2 mln dzieci, w lekcjach wychowania fizycznego uczestniczyło ponad 98%. Wśród zwolnionych z tych zajęć nieznacznie częściej byli chłopcy – prawie 2% niż dziewczynki – tylko 1,5%. Zwykle dzieci młodsze często uczestniczą w zajęciach WF, a w klasach starszych wzrasta liczba uczniów, którzy są z tych zajęć zwolnieni; wśród najstarszych 13 i 14 latków ponad 3% uczniów miało zwolnienie z WF.

Wykres 21. Aktywność fizyczna dzieci w wieku szkolnym poza lekcjami WF (w odsetkach)



Prawie 90% dzieci z badanej grupy wykazywało aktywność fizyczną w zwykłym tygodniu poza lekcjami wychowania fizycznego i jest to o 5 punktów procentowych więcej w stosunku do poprzedniej edycji EHIS. Chłopcy byli aktywnie fizyczni nieco częściej (91%) niż dziewczynki (88%).

Najliczniejsza grupa (49% ogółu dzieci) regularnie poświęcała czas na różnego rodzaju zajęcia sportowe i rekreacyjne; w poprzednim badaniu grupa ta obejmowała tylko 36% dzieci szkolnych. Dość często aktywnych fizycznie było kolejne 26% dzieci. Jednocześnie, częściej niż co dziesiąte dziecko w wieku 6-14 lat w ogóle nie przejawiało innej aktywności fizycznej poza obowiązkowymi lekcjami w szkole (w 2009 r. – co siódme).

Średnia liczba godzin aktywności fizycznej w zwykłym tygodniu zależy od płci i wieku dziecka. Ogólnie najdłużej aktywni okazali się chłopcy w wieku 13 lat (5,4 godziny), zaś wśród dziewczynek – czternastolatki (4,6 godziny). Najrzadziej aktywne fizycznie były ośmio- i dwunastoletnie dziewczynki oraz siedmioletni chłopcy, którym sport zajmował przeciętnie odpowiednio 3,9 godziny i 4,1 godziny tygodniowo. Natomiast dzieci mocno aktywne, które uprawiały sport lub rekreację regularnie lub dość często poświęcały przeciętnie na to odpowiednio nawet 4,9 i 4,8 godziny w zwykłym tygodniu.

6.3. Aktywność fizyczna osób dorosłych

Od wielu lat poziom aktywności fizycznej uważa się za istotny czynnik zdrowia człowieka, a Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę na konieczność większej aktywności fizycznej społeczeństw. Szeroka definicja aktywności fizycznej obejmuje wszelkie formy, tzn. nie ogranicza się wyłącznie do aktywności rekreacyjnej (np. sport, taniec, fitness), ale obejmuje również aktywność zawodową oraz związaną z codziennym przemieszczaniem się (np. transport).

Ocena aktywności w omawianej turze badania obejmowała 3 główne obszary tematyczne:

- Aktywność związana z głównym zajęciem wykonywanym w życiu codziennym – dla osób pracujących była to praca zawodowa, dla innych główne zajęcie (np. dla uczniów – zadania wykonywane w ramach nauki, dla niepracujących i emerytów prowadzenie domu, opieka nad dziećmi i członkami rodziny, dla bezrobotnych – poszukiwanie pracy i obowiązki domowe),*
- Docieranie do różnych miejsc i powroty w sezonie jesiennym – zarówno pieszo, jak i na rowerze. Respondent musiał podać ile dni w tygodniu docierał na miejsce w ten sposób i ile czasu na to przeznaczał (minimalny czas rejestrowany to co najmniej 10 minut bez przerwy),*
- Uprawianie sportu, fitness, inna rekreacyjna aktywność fizyczna lub ćwiczenia na siłowni w czasie wolnym w sezonie jesiennym, które powodowały co najmniej przyspieszony oddech lub tętno. Respondent podawał ile dni w tygodniu na to poświęcał oraz ile godzin czy minut. Wyodrębniono również liczbę dni w tygodniu przeznaczonych na wykonywanie ćwiczeń fizycznych na siłowni, tj. ćwiczeń specjalnie opracowanych dla wzmocnienia mięśni.*

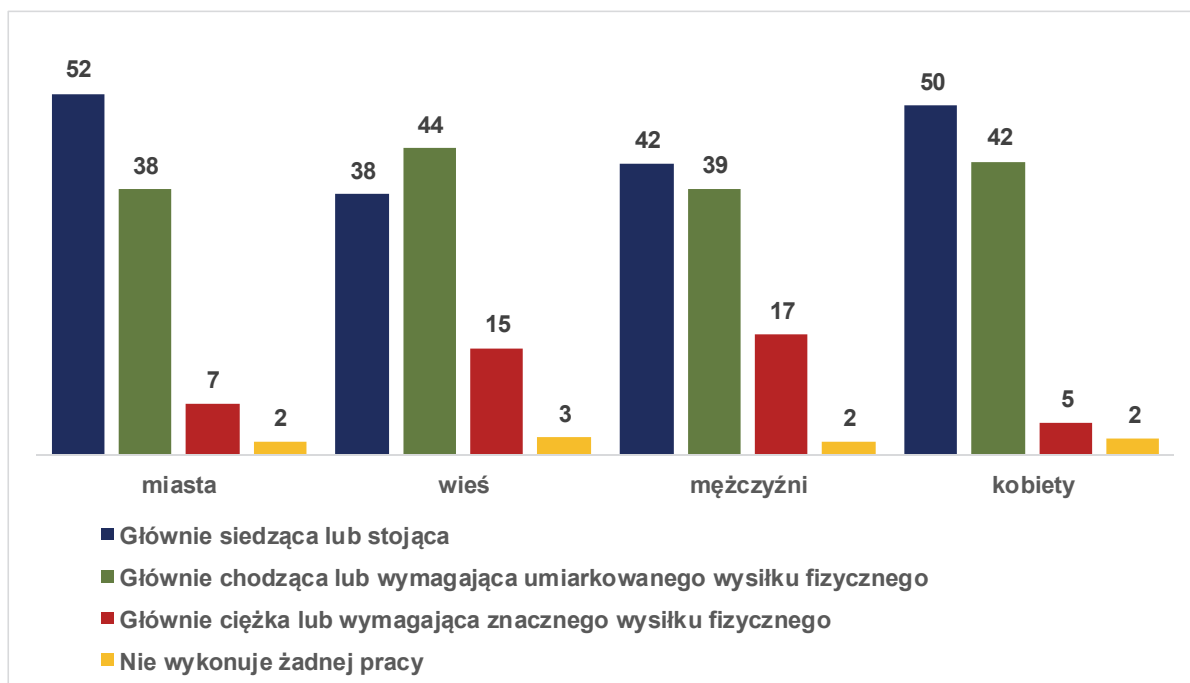
Wyniki badania wskazują, że 47% dorosłych Polaków wykonywało codzienne zajęcie głównie na siedząco lub stojąco, dla kolejnych 40% dorosłych codzienna praca wymagała chodzenia lub umiarkowanego wysiłku fizycznego, a niespełna co 10-ty zadeklarował, że wykonuje ciężką pracę lub wymagającą znacznego wysiłku fizycznego. Co 40-ta osoba dorosła zadeklarowała, że nie ma żadnych obowiązków codziennych. W tej grupie przeważali zwłaszcza najstarsi seniorzy, jak również osoby o złym stanie zdrowia oraz niepełni.

Fizyczne obciążenie codziennymi obowiązkami jest u mieszkańców wsi znacznie wyższe niż wśród mieszkańców miast. Okazało się, że tylko co 13 mieszkańców miast wykonywał pracę ciężką lub wymagającą dużego wysiłku fizycznego, natomiast na wsi – co szósta osoba. Ponad połowa mieszkańców miast wykonywała swoje codzienne obowiązki siedząc lub stojąc, na wsi natomiast taki rodzaj aktywności wykazała tylko co trzecia osoba.

Znaczne obciążanie fizyczne związane z codziennymi obowiązkami dotyczyło zwłaszcza mężczyzn, znacznie rzadziej kobiety (słabsza płeć), jak również osób o niskim

poziomie wykształcenia. Co piąta osoba z wykształceniem zasadniczym zawodowym ciężko pracowała, wśród osób z wykształceniem średnim – tylko co 10-ta.

Wykres 22. Aktywność fizyczna osób dorosłych związana z codzienną pracą (w odsetkach)



Blisko 85% dorosłych docierało pieszo do różnych miejsc (np. do pracy, szkoły, na zakupy), zaś średni czas poświęcony w typowym tygodniu wyniósł około 35 minut dziennie. Ten sposób przemieszczania się był typowy dla mieszkańców miast, tylko co ósmy dorosły nie chodził pieszo, zaś na wsi blisko co piąta osoba dorosła, co oczywiście może być związane z większymi odległościami między domem a szkołą, pracą czy sklepem na wsi. Stosunkowo licznie codzienne piesze przemieszczanie się preferowały osoby młode, ale w miarę upływu lat zmniejsza się chęć lub możliwość chodzenia. Jedną z przyczyn zaniechania chodzenia są ograniczenia związane z niezbyt dobrym stanem zdrowia, co potwierdzają wyniki badania. Blisko co trzecia dorosła osoba niesprawna nie docierała do różnych miejsc na własnych nogach, a także co czwarta siedemdziesięcioletnia i ponad 40% najstarszych seniorów, natomiast stosujący ten sposób przemieszczania się robili to raczej krótko – co najwyżej 23 minut dziennie lub jeszcze krócej (np. tylko 10 minut).

Rower jako środek przemieszczania się staje się bardzo popularny. Jesienią 2014 r. korzystało z niego ponad 7,7 mln osób dorosłych, ale tylko co piąta osoba mieszkająca w mieście i częściej niż co trzecia osoba mieszkająca na wsi, zaś średni czas tej jazdy na rowerze był stosunkowo krótki i wynosił mniej niż 40 minut tygodniowo. Używanie roweru

w celu dojazdu do różnych miejsc (ale nie rekreacyjnym) było niezwykle popularne wśród mężczyzn oraz osób najmłodszych. Blisko co trzeci mężczyzna wykorzystywał ten środek lokomocji przez 45 minut tygodniowo, natomiast wśród najmłodszych (14-19 lat) – ponad 45% populacji i przez średnio 65 minut w tygodniu. Generalnie można pokusić się o stwierdzenie, że im mniej zurbanizowane jest miejsce zamieszkania tym znacznie częściej jego mieszkańcy wykorzystują rower jako środek transportu i trochę dłużej nim jeżdżą.

Tabl. 13 Dojeżdżający do różnych miejsc na rowerze według cech społeczno-demograficznych

Wyszczególnienie	Ogółem	Dojeżdżający do różnych miejsc na rowerze		Czas jazdy w minutach w tygodniu	
	w tysiącach		w odsetkach	średnia	odchylenie standardowe
Ogółem	29641,3	7713,9	26,6	38,4	103,7
miasta	18192,9	3731,6	21,0	34,9	109,1
wieś	11448,4	3982,3	35,3	43,9	94,2
Stopień urbanizacji					
obszar gęsto zaludniony	10587,1	1700,3	16,5	28,6	98,2
obszar średnio zaludniony	7025,9	2009,0	29,3	44,7	124,1
obszar rzadko zaludniony	12028,4	4004,7	33,8	43,3	94,3
Płeć					
mężczyźni	13664,3	3989,0	29,8	45,8	116,9
kobiety	15977,1	3724,9	23,8	32,1	90,3
Wiek					
15-19	1771,6	781,5	45,4	65,3	124,6
20-29	4525,4	1251,4	28,3	47,0	121,4
30-39	5624,3	1400,8	25,5	35,7	113,2
40-49	4702,8	1300,2	28,3	36,8	89,8
50-59	4992,4	1401,2	28,5	40,3	101,0
60-69	4524,6	1160,6	26,1	38,8	99,6
70-79	2233,1	356,6	16,3	22,7	77,0
80 lat i więcej	1267,1	61,6	4,9	7,2	41,6

W okresie jesiennym, częściej niż co piąta osoba dorosła swój czas wolny poświęciła na uprawianie sportu, fitnessu lub innej rekreacji fizycznej, tj. aktywności wymagającej co najmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego. Średni czas ćwiczeń wyniósł 36 minut w tygodniu. Ten sposób spędzania wolnego czasu preferowały zwłaszcza osoby młode (do 39 roku życia), nieznacznie częściej mężczyźni niż kobiety i przede wszystkim mieszkańcy miast. W grupie osób najmłodszych, między 15 a 19 rokiem życia, szeroko rozumiany sport uprawiała prawie co druga osoba, a średni czas ćwiczeń w tej grupie był najdłuższy – prawie 78 minut tygodniowo. Wśród dwudziestolatków sport uprawiała tylko co trzecia osoba, a wśród trzydziestolatków – co czwarta. Średni czas poświęcony na tę aktywność to 62 minuty dla 20-latków, natomiast dla 30-latków – 48 minut tygodniowo.

Tabl. 14 Uprawiający sport, fitness, inną rekreację fizyczną, ćwiczenia na siłowni

Wyszczególnienie	Ogółem	Uprawiający sport – razem		W tym siłownia	Średni czas w minutach w tygodniu
	w tysiącach	w odsetkach		w tysiącach	
Ogółem	29641,3	6431,3	22,0	2241,2	36,3
miasta	18192,9	4787,8	26,7	1686,7	45,3
wieś	11448,4	1643,5	14,5	554,5	22,3
Stopień urbanizacji					
obszar gęsto zaludniony	10587,1	3008,0	28,8	1108,9	50,8
obszar średnio zaludniony	7025,9	1615,2	23,3	547,3	36,8
obszar rzadko zaludniony	12028,4	1808,0	15,2	585,1	23,7
Płeć					
mężczyźni	13664,3	3152,1	23,4	1354,9	41,6
kobiety	15977,1	3279,2	20,8	886,3	31,5
Wiek					
15-19	1771,6	857,8	49,3	342,0	77,9
20-29	4525,4	1659,8	37,2	788,9	61,7
30-39	5624,3	1575,6	28,5	632,9	48,1
40-49	4702,8	896,4	19,3	271,8	29,2
50-59	4992,4	665,2	13,5	140,9	21,4
60-69	4524,6	546,2	12,2	54,6	20,7
70-79	2233,1	187,3	8,5	10,2	13,8
80 lat i więcej	1267,1	42,9	3,4	-	3,9

Wyraźne dysproporcje dla tego rodzaju aktywności fizycznej widać pomiędzy mieszkańcami miast i wsi. Zgodnie z wynikami badania, sport i inne podobne zajęcia uprawiał co czwarty mieszkaniec miast, na wsi natomiast – tylko co siódmy i średni czas przeznaczony na taką aktywność u mieszkańca wsi był 2 razy krótszy niż u mieszkańca miasta. Analiza aktywności fizycznej w czasie wolnym ze względu na płeć wykazała, że kobiety znacznie rzadziej były aktywne fizycznie, a nawet jeśli ćwiczyły to krócej niż mężczyźni. Generalnie powszechność uprawiania różnego rodzajów sportów maleje znacznie wraz z upływem lat życia. Wśród osób dojrzałych ten sposób spędzania wolnego czasu deklarowała niespełna co ósma osoba w wieku 50-69 lat.

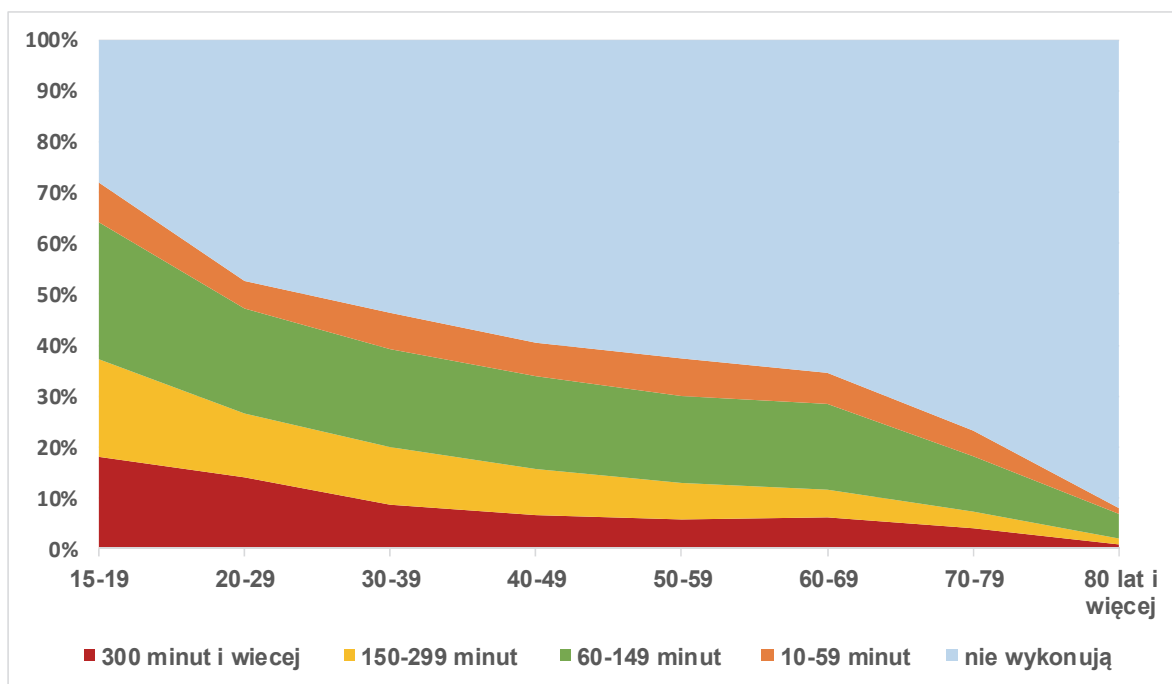
W ostatnich latach odnotowujemy duże zainteresowanie ćwiczeniami wzmacniającymi mięśnie (oporowymi lub siłowymi), które wymagają specjalistycznego sprzętu. W badaniu zatem zadaliśmy dodatkowe pytanie, czy ankietowany takie ćwiczenia wykonuje, a jeśli tak to przez ile dni w zwykłym tygodniu. Jak wskazują wyniki ponad 2,2 mln osób dorosłych wykonywało te wyczerpujące ćwiczenia. Oczywiście ćwiczenia na siłowni to domena przede wszystkim mężczyzn, zadeklarował je co dziesiąty mężczyzna, ale również blisko co 18-ta dorosła kobieta korzystała z siłowni, przy czym były to głównie osoby młode do 40 roku życia. Generalnie, jak wynika z badania, ćwiczenia o takim charakterze preferowały osoby posiadające wykształcenie wyższe – co szósta osoba oraz uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

Równocześnie zwolennikami tej aktywności fizycznej byli znacznie częściej mieszkańcy miast niż wsi.

Jak ocenić globalnie poziom aktywności fizycznej dorosłych mieszkańców Polski? Sprawa ta nie jest prosta, tym niemniej opracowano wskaźnik o charakterze złożonym, który może być do tego celu wykorzystany. Przyjęto, że o poziomie aktywności fizycznej będzie decydował wyłącznie czas przeznaczony na dotarcie do różnych miejsc na rowerze oraz uprawianie sportów itp. Pominęto natomiast aspekt docierania do różnych miejsc pieszo, jak i rodzaj wykonywanej codziennej pracy.

Jak widać na poniższym wykresie, poziom aktywności determinuje głównie wiek osoby. W miarę starzenia się, poziom aktywności fizycznej spada i to dość szybko, bo po ukończeniu 29 roku życia. Już wśród trzydziestolatków częściej niż co druga osoba nie przejawiała badanej aktywności fizycznej, czyli nie jeździła na rowerze i nie uprawiała żadnego sportu nawet przez 10 minut w tygodniu, a w kolejnych grupach wieku odsetek ten stale rośnie.

Wykres 23. Aktywność fizyczna osób dorosłych według grup wieku (w odsetkach)

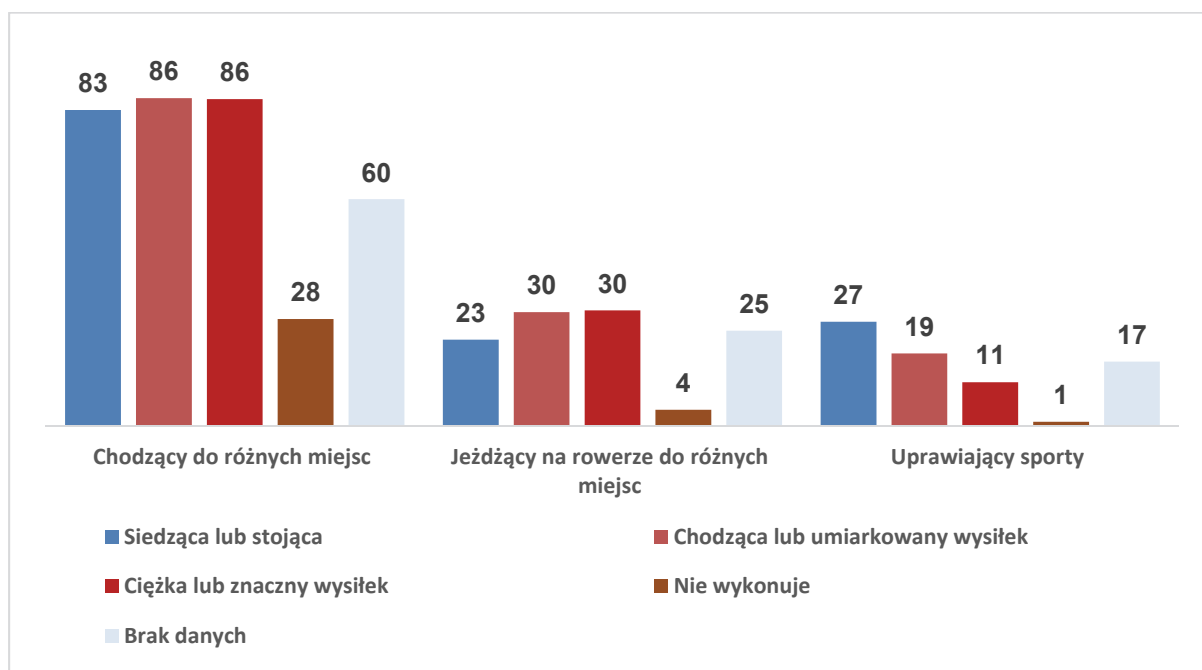


Generalnie, tylko 40% ogółu populacji osób dorosłych przejawiało zdefiniowaną wcześniej aktywność fizyczną. Blisko co 6 osoba dorosła poświęcała na jazdę na rowerze lub zajęcia sportowe od 1 do 1,5 godziny tygodniowo, blisko co 16 osoba – mniej niż 1 godzinę i tylko co szósta wykazała właściwą aktywność fizyczną – co najmniej 150 minut tygodniowo, zgodnie z zaleceniami WHO.

Zupełny brak takiej aktywności fizycznej deklarowały zwłaszcza kobiety – 62% ogółu kobiet, wobec 55% mężczyzn. Do grupy aktywnych fizycznie można zaliczyć tylko co siódmą kobietę, podczas gdy wśród mężczyzn – co piątego. Brak aktywności fizycznej obserwowany był również wśród osób cieszących się dobrym stanem zdrowia (osoby oceniające swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, czy też osoby bez długotrwałych problemów zdrowotnych lub niechorujące przewlekłe); nieznacznie częściej niż co druga osoba zaliczała się do tej grupy – oznacza to że w ciągu tygodnia nie poświęciła chociaż 10 minut na jazdę na rowerze lub na ćwiczenia wymagające tylko umiarkowanego wysiłku fizycznego.

O kim zatem możemy powiedzieć, że jest osobą mocno aktywną fizycznie?. Tak jak już wspomniano, głównie są to osoby młode, do 40 roku życia. Normę ustaloną przez WHO (co najmniej 150 minut w tygodniu takiej aktywności) spełniała częściej niż co trzecia osoba w wieku 15-19 lat, co czwarta osoba dwudziestoletnia i co piąta trzydziestoletnia. W dwóch kolejnych odcinkach wieku do tej grupy zaliczono 12-15% osób. Stosunkowo wysoką aktywność fizyczną przejawiają przejawiali mieszkańcy miast, osoby z wykształceniem wyższym oraz uczniowie szkół średnich, jak również osoby pochodzące z gospodarstw zamożnych.

Wykres 24. Aktywność fizyczna osób dorosłych według rodzaju wykonywanej codziennej pracy (w odsetkach)



W rozważaniach na temat aktywności fizycznej mieszkańców Polski nie można pominąć w analizie ważnego elementu, jakim jest rodzaj wysiłku fizycznego wydatkowanego podczas wykonywania codziennego głównego zajęcia lub pracy zawodowej i jego związku lub

nie ze zdefiniowaną aktywnością fizyczną osób. Dozowanie aktywności fizycznej, wbrew pozorom, potrzebne jest również ludziom pracującym fizycznie; ich wysiłek fizyczny jest z reguły jednostronny i wymaga odpowiedniego uzupełnienia.

Jak widać na powyższym wykresie istnieje wyraźne zróżnicowanie dozowania aktywności fizycznej, zwłaszcza tej bardziej intensywniej, w zależności od rodzaju wykonywanej pracy. Osoby, których praca wymaga niewielkiego wysiłku fizycznego (siedząca lub stojąca) znacznie rzadziej wykorzystywały rower jako środek przemieszczania się i tylko co czwarta z nich uprawiała jakikolwiek sport. Stosunkowo rzadziej także przemieszczali się pieszo, a jeśli już to nie tak długo – do pół godziny dziennie.

Osoby, których praca wymaga umiarkowanego lub dużego wysiłku fizycznego znacznie częściej przemieszczały się na rowerze niż lżej pracujące, dłużej także chodziły pieszo. Tylko w aspekcie wzmożonej aktywności fizycznej – uprawianie sportu – poziom zaangażowania osób ciężko pracujących jest niższy niż wśród lekko pracujących, ale czas przeznaczony na rower czy sporty dla pracujących trochę ciężiej (umiarkowany wysiłek fizyczny) jest prawie na poziomie osób najlżej pracujących. Większe dysproporcje są widoczne gdy porównamy aktywność osób lekko i ciężko pracujących.

6.4. Oglądanie telewizji i korzystanie z komputera oraz urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 2-14 lat

Wyniki badania wskazują, że dzieci spędzały przed ekranem telewizora, korzystały z komputera lub elektronicznych urządzeń mobilnych średnio 2,2 godziny dziennie (w 2009 r. 2,4 godziny). Już 2-latki poświęcały na to przeciętnie 1,5 godziny w ciągu dnia. Najwięcej czasu – blisko 3 godziny – przeznaczały dzieci 14-letnie.

Przed ekranem lub monitorem, 1 godzinę dziennie spędzało prawie 25% ogółu dzieci, 2 godziny – 34%; blisko 19% przeznaczało na takie czynności 3 godziny, a kolejne 8% – 4 godziny. Grupa, która przeznaczała na to najwięcej czasu (5 lub więcej godzin dziennie) stanowiła ponad 5 % ogółu dzieci w wieku 2-14 lat. W tej grupie dominowały przede wszystkim trzylatki, ale również dzieci 11-letnie lub starsze.

Chłopcom oglądanie telewizji lub korzystanie z komputera i urządzeń mobilnych zajmowało nieznacznie więcej czasu niż dziewczynkom – średnio 2,2 godziny dziennie na 1 chłopca i 2,1 godziny dziennie na 1 dziewczynkę.

Tylko dla zaledwie 0,5% dzieci rodzice deklarowali, że ich potomek w ogóle nie oglądał telewizji ani nie korzystał z komputera i dotyczyło to głównie 2-latków.

6.5. Palenie tytoniu przez osoby dorosłe

Palenie tytoniu jest coraz mniej popularne. W okresie ostatnich 5 lat odsetek osób palących spadł o ponad 3 pkt procentowe (z 29% do 26%). Udział mężczyzn palących tytoń codziennie zmniejszył się zauważalnie o ponad 2 pkt procentowe (z 31% do niespełna 29%), natomiast wśród kobiet nieznacznie – tylko o 1 pkt procentowy (z 18% do 17%).

Tabl.15. Palenie tytoniu przez osoby dorosłe w 2009 i 2014 r.

Wyszczególnienie	2009			2014		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
	w %					
Palący codziennie	23,8	31,0	18,0	22,7	28,8	17,2
Palący okazjonalnie	5,4	5,9	4,9	3,4	3,7	3,1
Niepalący	70,8	63,1	77,1	73,9	67,5	79,7

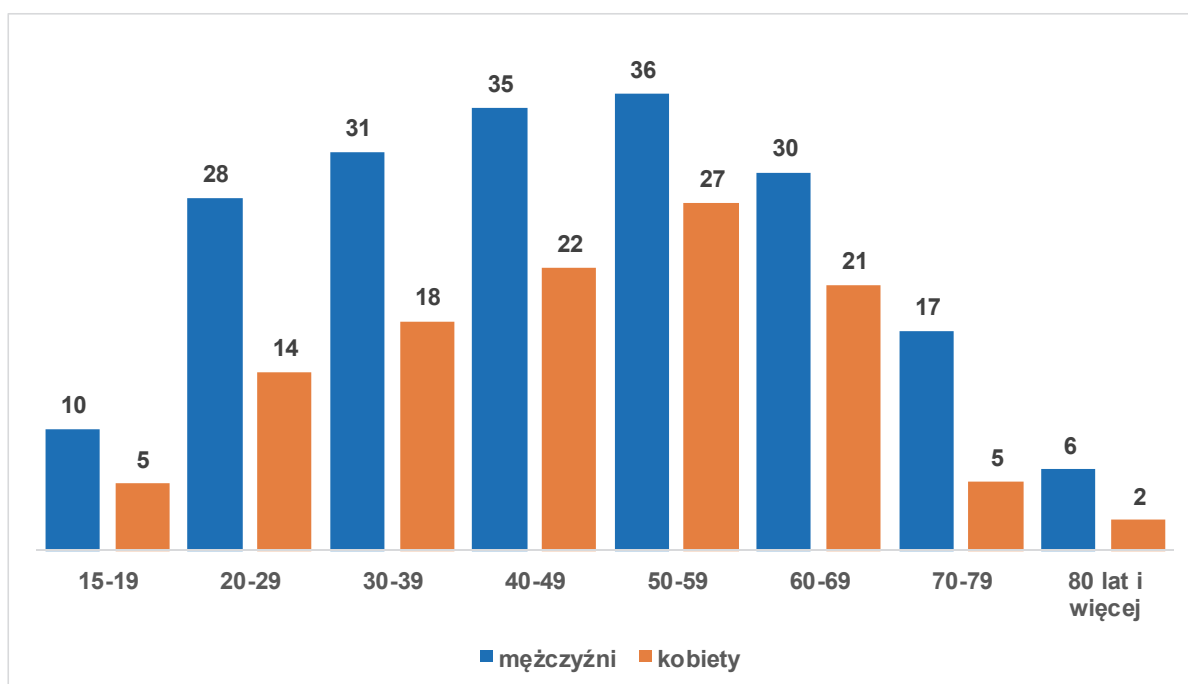
Tytoń pod różną postacią (papierosy, fajka, cygara i inne) paliła codziennie częściej niż co piąta dorosła osoba, znacznie częściej mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 29% i 17%). Nieznacznie częściej nałóg palenia tytoniu występuje u ludności zamieszkującej miasta – tytoń palił codziennie co czwarty mieszkaniec miast, ale prawie co trzeci mężczyzna i co piąta dorosła kobieta. Wśród mieszkańców wsi tytoń paliła częściej niż co piąta osoba, ale także prawie co trzeci mężczyzna i tylko co siódma kobieta.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że stosunkowo najrzadziej codziennymi palaczami tytoniu byli mieszkańcy województwa podkarpackiego i małopolskiego – około 16-17% dorosłej ludności, najczęściej natomiast – mieszkańcy województwa lubuskiego, warmińsko-mazurskiego, kujawsko-pomorskiego i zachodniopomorskiego, w których odsetek palaczy codziennych wyniósł co najmniej 25%.

Znacznie zmniejszyła się liczba palaczy okazjonalnych. W końcu 2014 r. tylko 3% dorosłych paliło tytoń od czasu do czasu (w 2009 r. – ponad 5%). Palaczami okazjonalnymi byli nieznacznie częściej mężczyźni (blisko 4%) niż kobiety (3%). Prawie 74% (czyli 3/4) ludności zadeklarowało, że tytoniu nie pali, choć prawie 32% tej zbiorowości stanowiły osoby, które w przeszłości paliły tytoń codziennie (tzw. dawni palacze).

Zdecydowana większość palaczy paliła papierosy przemysłowe lub samodzielnie robione, stosunkowo rzadko natomiast palona była fajka, cygara czy inne specyficzne produkty, jak fajka wodna, cygaretki lub też papieros elektroniczny z kartridżem zawierającym tytoń. Te produkty wskazało 3% osób palących tytoń codziennie.

Wykres 25. Palący tytoń codziennie według grup wieku i płci (w odsetkach)



Najczęściej palaczami codziennymi były osoby w wieku 30-59 lat, a szczególnie często nałóg palenia występował wśród pięćdziesięciolatków. W tej grupie wieku paliło prawie 36% mężczyzn i 27% kobiet. Osoby mocno uzależnione, tj. palące co najmniej 20 papierosów dziennie stanowiły 55% ogółu palących mężczyzn; natomiast wśród palących kobiet mocno uzależnionych było ponad 30%.

Wyniki badania wskazują, że nieznacznie częściej palaczami były osoby zdrowe, bez poważnych problemów zdrowotnych. Wynika to zapewne z faktu, że osoby schorowane zmuszone są ze względu na swój stan zdrowia do porzucenia nałogu palenia. Najliczniej paliły tytoń osoby pięćdziesięcioletnie, a także osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz osoby rozwiedzione. Zaobserwowano również, że nałóg palenia tytoniu znacznie częściej występował wśród osób ubogich niż zamożnych. W grupie osób zaliczonych do najniższej grupy kwintylowej (I – najuboższa) tytoń paliła codziennie co trzecia osoba dorosła, podczas gdy wśród osób najzamożniejszych (V kwintyl) – rzadziej niż co piąta. Dysproporcje między tymi dwoma skrajnymi grupami są wyraźnie widoczne zwłaszcza wśród mężczyzn.

6.6. Picie alkoholu przez osoby dorosłe

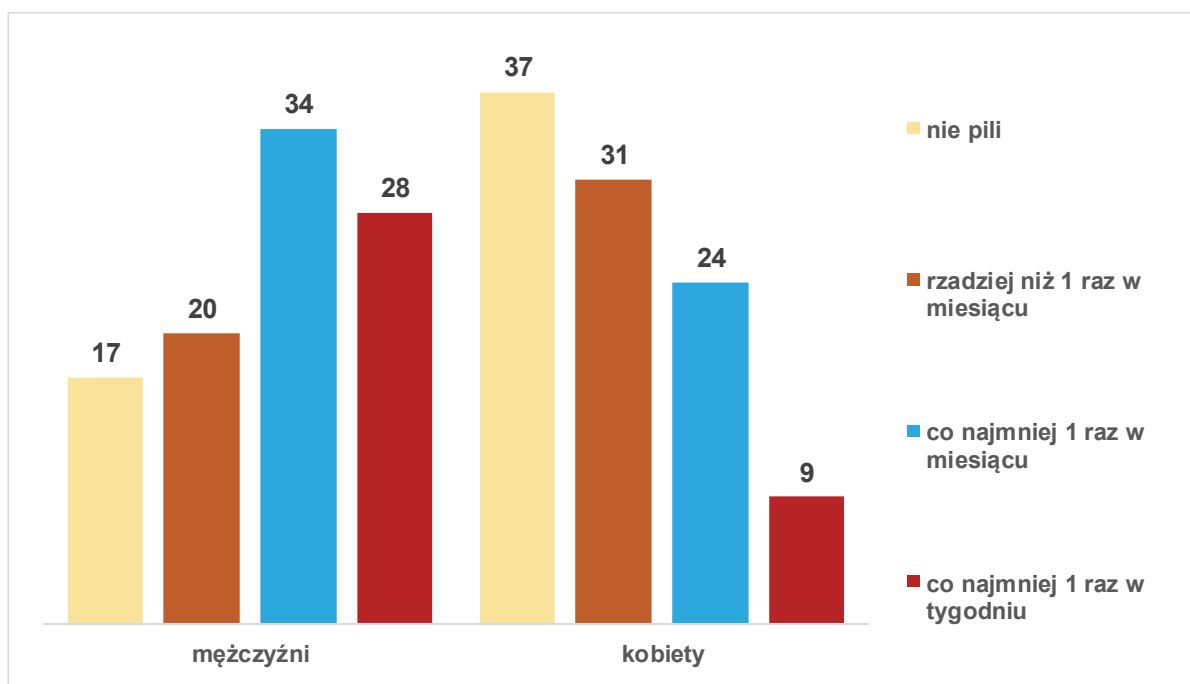
W II turze badania EHIS wprowadzono nowe pytania dotyczące spożycia alkoholu. Pierwsze z nich dotyczyło częstości spożycia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, kolejne natomiast kierowane było wyłącznie do osób pijących alkohol co najmniej 1 raz w tygodniu i miało za zadanie określić poziom tygodniowego spożycia alkoholu w podziale na dwa okresy:

od poniedziałku do czwartku i w dni weekendowe (piątek-niedziela). Ostatnie pytanie zadano wszystkim pijącym, w celu określenia częstości nadmiernego spożycia.

W porównaniu z wynikami poprzedniego badania, odsetek osób dorosłych pijących napoje alkoholowe zmniejszył się o ponad 2 pkt. procentowe. Całkowitą abstynencję w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało blisko 28% badanych osób. Odsetek kobiet pijących alkohol zmniejszył się z około 66% w 2009 r. do 63% w 2014 r. Wśród mężczyzn także zmalał – z 85% do 83%. Najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowiły osoby stosunkowo młode, w wieku 20-49 lat.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że stosunkowo najwięcej osób stroniących od alkoholu można spotkać wśród mieszkańców województwa podkarpackiego, zachodniopomorskiego i świętokrzyskiego; tam alkoholu nie brało do ust ponad 30% dorosłych mieszkańców. Stosunkowo najrzadziej abstynentami są mieszkańcy województwa mazowieckiego, śląskiego i podlaskiego – 25% ogółu ludności dorosłej w tych województwach.

Wykres 26. Picie alkoholu według płci w ciągu ostatnich 12 miesięcy (w odsetkach)



Uwzględniając częstość picia alkoholu można stwierdzić, że co czwarty dorosły mieszkaniec Polski pił alkohol rzadziej niż 1 raz w miesiącu, a tylko niespełna co szósty – co najmniej 1 raz w tygodniu. Kobiety o wiele rzadziej niż mężczyźni deklarowały częstsze picie alkoholu. Do picia alkoholu co najmniej raz w tygodniu przyznał się co 4 dorosły mężczyzna i co 11 dorosła kobieta. Wielkość populacji osób pijących alkohol chociaż jeden raz w tygodniu

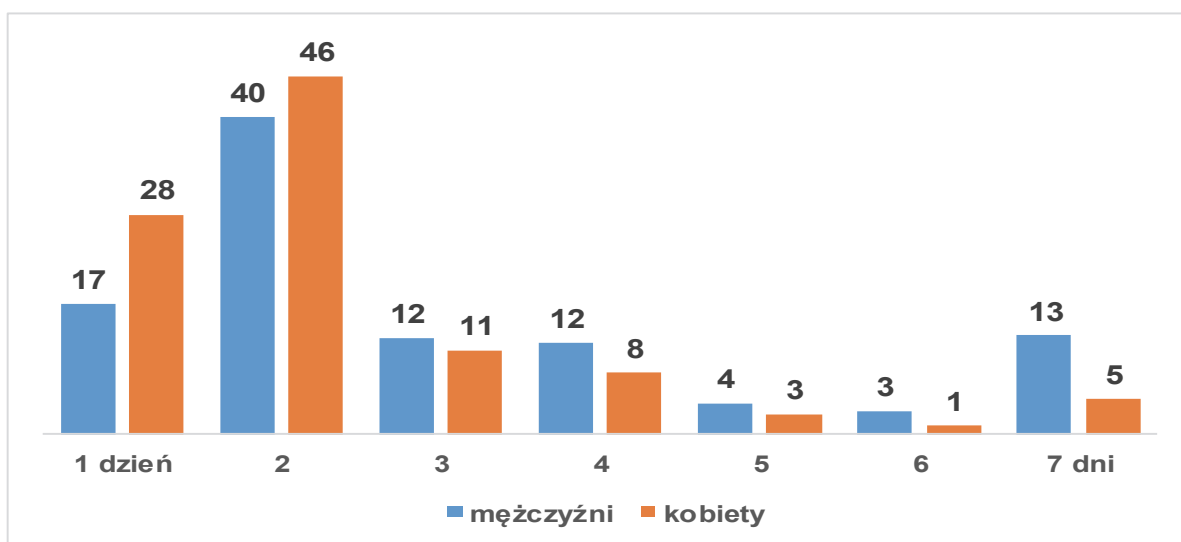
można oszacować na poziomie około 5,2 mln osób (3,8 mln mężczyzn i 1,4 mln kobiet). Ta populacja pijących, stanowiąca 18% populacji osób dorosłych, będzie przedmiotem pogłębionej analizy.

Relatywnie najliczniej częste spożycie alkoholu obserwuje się u mężczyzn zamieszkujących miasta, rozwiedzionych, żyjących w związku małżeńskim/partnerskim lub legitymujących się wykształceniem wyższym i policealnym. Natomiast wśród pań, pijąca alkohol przynajmniej raz w tygodniu, to przede wszystkim mieszkanka miasta, w wieku 20-39 lat, dobrze wykształcona lub żyjąca w związku.

Jak wskazują wyniki badania blisko 40% populacji osób pijących alkohol w tygodniu nie pije go w dni robocze, tylko w weekendy, tj. od piątku do niedzieli. Picie alkoholu w dni robocze to domena zwłaszcza osób starszych, co najmniej 60-letnich, wdowców oraz osób bezrobotnych czy biernych zawodowo. Osoby młode czy pracujące znacznie rzadziej piły alkohol w dni, kiedy pracowały.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę liczbę dni picia alkoholu w zwykłym tygodniu dla grupy osób pijących alkohol przynajmniej 1 raz w tygodniu, to można stwierdzić, że ponad 60% tych osób piło alkohol tylko przez 1 lub 2 dni, co piąta osoba – przez 3-4 dni w tygodniu, a co szósta alkohol piła częściej – co najmniej 5 dni w tygodniu. Wyraźnie to widać na poniższym wykresie.

Wykres 27. Liczba dni picia alkoholu w zwykłym tygodniu (w odsetkach osób pijących alkohol chociaż 1 raz w tygodniu)



Populację, która pije alkohol przez 5 dni w tygodniu lub częściej szacuje się na ponad 820 tys. osób. Uwzględniając podstawowe cechy demograficzne statystycznego przedstawiciela tej grupy można powiedzieć, że z dużym prawdopodobieństwem był to mężczyzna w wieku 30-59 lat, słabo wykształcony, żyjący w związku, pracujący lub poszukujący pracy lub mający dobry stan zdrowia. Typowym reprezentantem osób pijących alkohol co najwyżej 3 dni

w tygodniu jest również mężczyzna, ale w wieku 20-59 lat, mający co najmniej wykształcenie średnie, żyjący w związku i pracujący.

Wzorzec konsumpcji alkoholu osób pijących co najmniej 1 raz w tygodniu zależy od płci. Mężczyźni deklarowali picie wyłącznie piwa (64%) lub piwa w połączeniu z wódką (14%). Kobiety najczęściej wymieniały picie wyłącznie piwa (co trzecia pijąca w tygodniu alkohol) lub wyłącznie wina (także co trzecia), względnie te dwa rodzaje alkoholu.

Picie w tygodniu chociaż 1 małej porcji wódki lub innych napojów spirytusowych zadeklarował co czwarty mężczyzna i co piąta kobieta.

Tabl. 16 Wzorzec spożycia alkoholu osób pijących co najmniej 1 raz w tygodniu

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	W odsetkach danej płci		
Tylko piwo	56,0	64,0	33,8
Tylko wino	12,0	5,2	31,0
Tylko wódka	6,6	6,0	8,1
Piwo i wino	8,2	5,9	14,5
Piwo i wódka	11,2	13,7	4,1
Wino i wódka	1,9	1,1	4,1
Wszystkie 3 rodzaje alkoholu	4,2	4,2	4,3

Picie tylko piwa deklarowały zwłaszcza osoby młode, do 30 roku życia, natomiast tylko wina osoby dojrzałe i starsze oraz kobiety. Picie tylko wódki lub innych napojów spirytusowych – co może zaskoczyć – częściej deklarowały kobiety i osoby starsze (można podejrzewać, że w przypadku kobiet rejestrowane było „raczenie się” nalewkami czy smakowanie słodkich likierów). Piwo i wódkę natomiast pili przede wszystkim mężczyźni zamieszkujący w mniejszych miejscowościach i na wsi, jak również osoby rozwiedzione czy bezrobotne.

Spożywanie alkoholu kilka razy w tygodniu nie musi być niepokojące, jeśli jednorazowo pije się niewiele i do tego alkohole słabe (np. kieliszek wina czy pół szklanki piwa). Do oceny ilości wypitego alkoholu wykorzystuje się miarę wskazującą, ile porcji alkoholu wypija się w ciągu tygodnia. Jak wskazują wyniki badania, statystyczny mężczyzna pijący dany alkohol w tygodniu wypijał w tym czasie około 5 butelek piwa o pojemności 0,5 litra, trochę więcej niż 330 ml wódki lub innych napojów spirytusowych, nieco ponad 600 ml wina. Statystyczna kobieta pijąca dany alkohol wypijała natomiast 3 butelki piwa o pojemności 0,5 litra, nieco ponad 4 lampki wina lub około 180 ml wódki. Należy podkreślić, że wyniki mówią o średniej ilości alkoholu na 1 pijącego, choć oczywiście w Polsce są osoby pijące często, zbyt wiele, mocno uzależnione od alkoholu. Tym niemniej średnie dla 75% ogółu pijących poszczególne rodzaje alkoholu są również zadawalające. 3/4 mężczyzn preferujących piwo w ciągu tygodnia wypijało nie więcej niż 6 butelek o pojemności 500 ml (czyli 3 litry na tydzień), zaś 3/4 kobiet

deklarujących picie wina czy piwa wypijało w ciągu tygodnia co najwyżej 6 lampek wina (600 ml) lub 1,5 litra piwa.

Inna miara – średnia ilość alkoholu przypadająca nie na 1 osobę pijącą dany rodzaj alkoholu, ale na wszystkich pijących w tygodniu alkohol – wskazuje znacznie niższe wartości. Niezależnie czy osoba piła dany rodzaj alkoholu czy nie, to wyniki pokazują, że statystyczny mężczyzna pijący alkohol w tygodniu wypija w tym okresie około 4 butelki piwa o pojemności 0,5 litra i trochę więcej niż 80 ml wódki lub innych napojów spirytusowych lub 1 kieliszek wina, natomiast statystyczna pijąca w tygodniu kobieta wypija 1,5 butelki piwa o pojemności 0,5 litra, 2 lampki wina i niespełna 40 ml wódki lub innych napojów spirytusowych.

Prostą odpowiedź na pytanie, czy stosunkowo częste picie alkoholu niesie za sobą podwyższone ryzyko wystąpienia chronicznych problemów zdrowotnych, można udzielić uwzględniając informacje o spożyciu nadmiernym (tj. 60 g czystego alkoholu przy jednej okazji).

Jak wskazują szacunkowe wyniki badania, ponad połowa kobiet pijących alkohol w ostatnim roku nigdy nie przekroczyła tej normy, a wśród często mężczyzn – blisko co czwarty pijący. Raz na miesiąc lub rzadziej normę przekroczyło blisko 42% kobiet pijących i prawie 60% pijących mężczyzn. Co szósty pijący alkohol mężczyzna normę tę przekraczał znacznie częściej – 2 razy w miesiącu lub częściej, natomiast wśród kobiet rzadziej niż co dwudziesta pijąca alkohol. Reasumując, do grupy ryzyka można zaliczyć głównie osoby młode między 20 a 40 rokiem życia, słabo wykształcone, wolne (nie żyjące w stałych związkach), mające nie najgorszy stan zdrowia lub poszukujące pracy (bezrobotne), zarówno o niskich dochodach, jak i bardzo wysokich, a przede wszystkim często pijące. Szacuje się, że w 2014 r. stanowiły one 8% dorosłych osób.

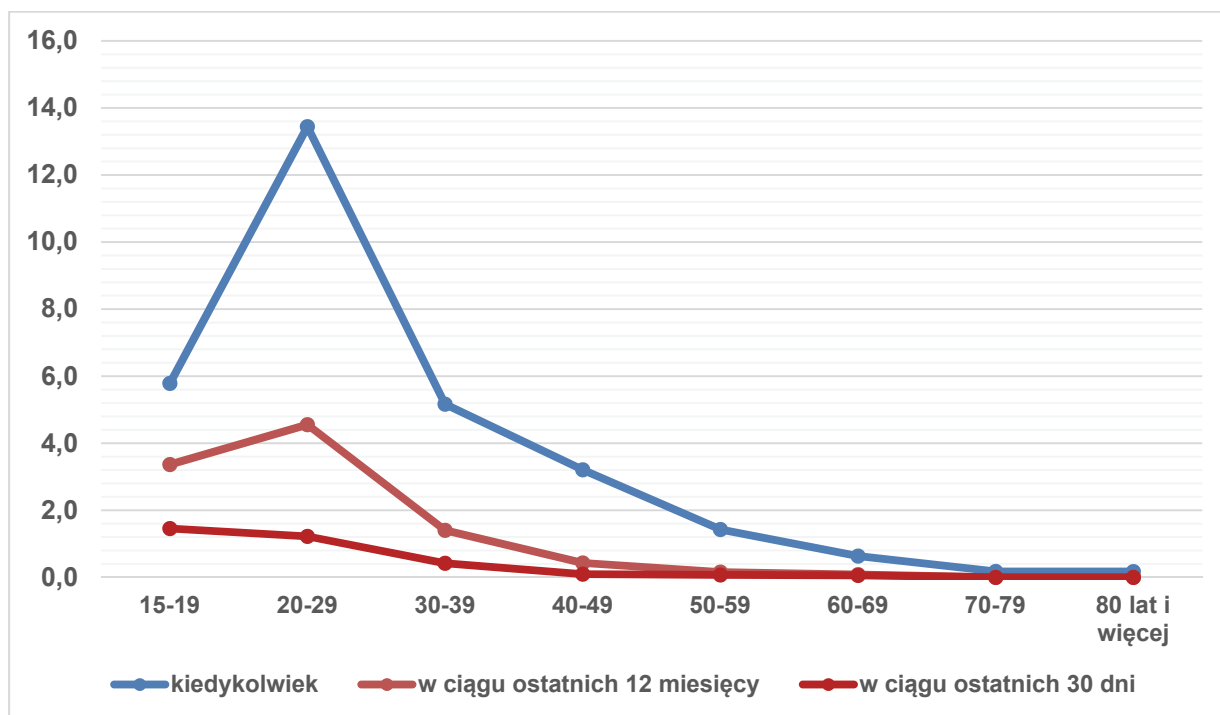
Wyniki badania potwierdziły informacje, że piwo z powodzeniem wyparło wódkę i inne napoje spirytusowe. Ostrożne szacunki wskazują, że piwo stanowiło prawie 70% ogólnej konsumpcji czystego alkoholu, a wódka i inne napoje spirytusowe niespełna 20%. Na tle tych dwóch dominujących napojów alkoholowych, udział wina jest nieduży i przekracza nieznacznie 10%.

6.7. Używanie marihuany

Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń to zjawisko bardzo rzadko deklarowane przez badanych.

W Polsce do substancji najbardziej rozpowszechnionych należą przetwory konopi. Co dwudziesta dorosła osoba co najmniej 1 raz w swoim życiu te substancje zażywała, ale w ciągu ostatnich 12 miesięcy -1,4% badanych, zaś w ciągu ostatnich 30 dni – jedynie 0,4% osób dorosłych, ale 1,5% młodzieży w wieku 15-19 lat.

Wykres 28. Używanie marihuany lub haszyszu według grup wieku (w odsetkach)



Używanie marihuany lub haszyszu występowało częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet. W przypadku tych środków najczęściej doświadczeń miały osoby młode do 39-ego roku życia.

ROZDZIAŁ VII. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

7.1. Uwagi wstępne

Niepełnosprawność jest jednym z najważniejszych aspektów stanu zdrowia. Ten problem staje się niezwykle istotny, gdyż żyjemy coraz dłużej. Nie trzeba udowadniać, że dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Oczywiście problem niepełnosprawności nie dotyczy tylko osób starszych. Może on wystąpić także wśród osób bardzo młodych, a nawet małych dzieci, wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. Bez względu na przyczyny niepełnosprawności jest ona poważnym problem społecznym.

Nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Definicja stosowana przez WHO przyjmuje, że do osób niepełnosprawnych zaliczają się osoby, z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami.

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje dotyczące osób niepełnosprawnych. Pierwsza z nich to definicja wynikająca z przepisów prawa i dotycząca prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób niepełnosprawnych. Natomiast druga, dużo szersza, stosowana jest w statystyce GUS. Definicja statystyczna ujmuje bowiem nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie, ale również osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna).

Używane przez statystykę narzędzia badawcze (2 niezależne pytania dotyczące niepełnosprawności prawnej i biologicznej) pozwalają na prezentację danych o zbiorowości osób niepełnosprawnych w rozbiciu na trzy podstawowe grupy, tj. osoby:

- niepełnosprawne prawnie i biologicznie,
- niepełnosprawne tylko prawnie,
- niepełnosprawne tylko biologicznie.

Należy podkreślić, że w Polsce **niepełnosprawność prawna** była i jest orzekana przez różne instytucje i dla różnych celów. W ramach obowiązujących uregulowań prawnych obecnie funkcjonują dwa systemy orzecznictwa (regulowane odrębnymi ustawami): **dla celów rentowych** – orzecznictwo rentowe prowadzone przez ZUS oraz dla **celów pozarentowych** – orzecznictwo prowadzone przez powiatowe/wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Na mocy prawa, posiadanie aktualnego orzeczenia wydanego przez te organy kwalifikuje daną osobę do grupy niepełnosprawnych prawnie i daje podstawę do ubiegania się i korzystania ze specjalnej pomocy, ułatwień czy przywilejów, jakie przysługują

tej zbiorowości (np. renta z tytułu niezdolności do pracy, zasiłek pielęgnacyjny, turnusy rehabilitacyjne, zniżka na przejazdy, bezpłatne miejsca parkingowe).

Niepełnosprawność biologiczna natomiast informuje jedynie o subiektywnej deklaracji osoby, że ma ograniczoną zdolność wykonywania określonych czynności. Zarówno w I jak i II turze badania EHIS wprowadzono rekomendowany standard europejski, tj. jednolite unijne pytanie.¹¹

Pytanie unijne odnosi się do czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, a nie do własnych działań badanej osoby. W pytaniu tym nie zamieszczono listy przykładowych czynności, jak również nie ma odniesienia do grupy wiekowej respondenta. Jest to bowiem pytanie dotyczące samooceny i nie nakłada ono żadnych ograniczeń kulturowych, wiekowych lub związanych z płcią czy własnymi ambicjami badanych.

Należy także pamiętać, że zastosowane nowe unijne narzędzie badawcze służy do wyodrębnienia populacji osób niepełnosprawnych (we wszystkich krajach Unii Europejskiej) według jednolitego wzorca, opracowanego przez Eurostat. Pozyskane w ten sposób dane pozwalają nie tylko na poznanie skali i poziomu niepełnosprawności w Europie, ale również na wyliczenie jednego z podstawowych wskaźników strukturalnych – oczekiwanej liczby lat w zdrowiu bez niepełnosprawności (Healthy Life Years HLY), .

Powyższe rozważania potwierdzają celowość prowadzenia dalszej analizy danych o poziomie niepełnosprawności w Polsce z uwzględnieniem różnych sposobów mierzenia tego zjawiska, tj. przy przyjęciu zarówno kryteriów krajowych jak i unijnych. Konieczność takiego podejścia wyznaczają także pozyskane wyniki badania. W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 4,9 mln osób do 7,7 mln osób.

7.2. Niepełnosprawność biologiczna według kryterium unijnego

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2014 r. żyło blisko 7,7 mln osób niepełnosprawnych, czyli osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (uwzględniono poważne i mniej poważne ograniczenia). Nie był natomiast brany pod uwagę aspekt posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności. W porównaniu z poprzednim badaniem populacja osób niepełnosprawnych zmniejszyła się prawie o 420 tys. osób. Spadek liczby osób niepełnosprawnych biologicznie nie był obserwowany we wszystkich grupach

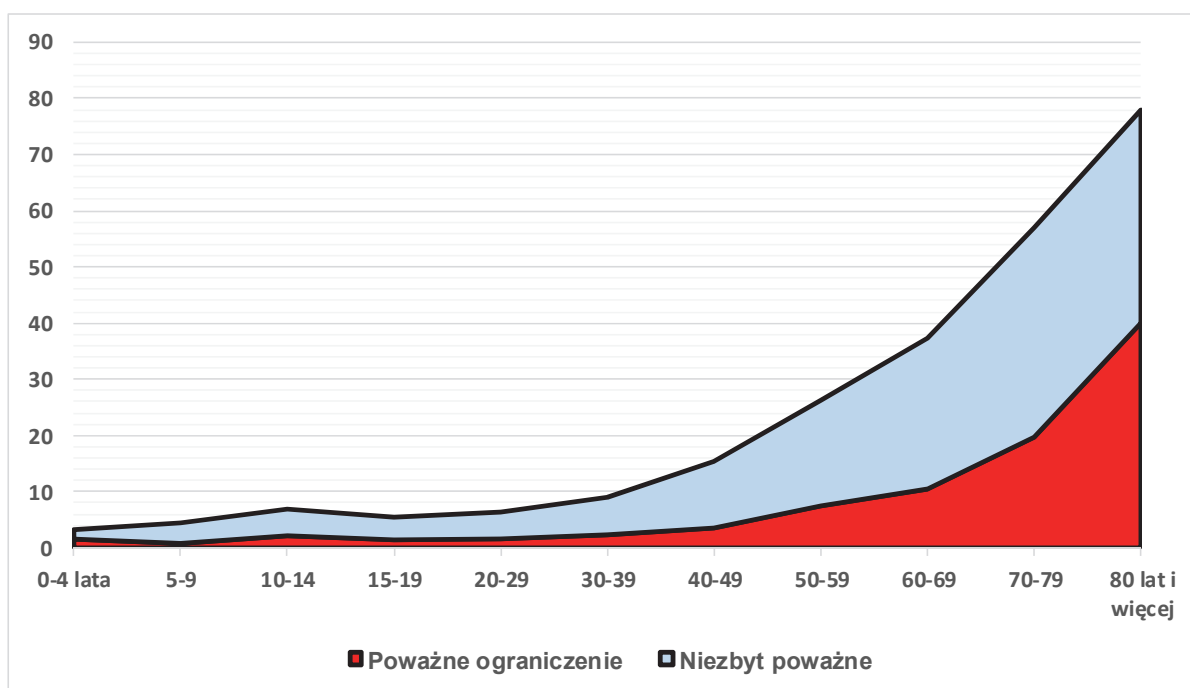
¹¹ Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan/i ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy?.

- Tak, poważnie ograniczoną
- Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie
- Nie, nie miałem/łam żadnych ograniczeń.

wieku, bo wzrost liczby niesprawnych odnotowano wśród dzieci do lat 5, dzieci w wieku 10-14 lat, a także wśród trzydziestolatków, sześćdziesięciolatków i oczywiście wśród najstarszych seniorów.

Dane wskazują, że według definicji unijnej co piąty mieszkaniec Polski został zaliczony do grupy osób niepełnosprawnych. Podobnie jak 5 lat temu, 2/3 wspomnianej populacji stanowiły osoby, które miały niezbyt poważne ograniczenie w wykonywaniu czynności. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. Według kryteriów unijnych wśród pięćdziesięciolatków co czwarta osoba została zaliczona do grupy osób niepełnosprawnych, a wśród siedemdziesięciolatków blisko 3/5 tej zbiorowości.

Wykres 29. Częstość występowania niepełnosprawności wg kryterium unijnego według grup wieku (w odsetkach)



Biologiczny aspekt niepełnosprawności widać wyraźne jeżeli uwzględni się również inne cechy, także i te świadczące o braku zdrowia. Jedynie co siódma osoba niesprawna biologicznie oceniła swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, większość jako taki sobie lub bardzo zły czy zły, a u ponad 96% osób tak wyodrębnionych wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni zaliczane były do populacji osób niepełnosprawnych – częściej niż co piąta kobieta i tylko co szósty mężczyzna. Blisko 40% dorosłych osób niesprawnych biologicznie miało trudności w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą (w grupie 65 lat i więcej – tylko 34%), a ponad 60% w wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego (w grupie

65 lat i więcej – tylko 57%). Główne schorzenia występujące w grupie osób niesprawnych biologicznie to uszkodzenia i choroby narządu ruchu (u 54%), schorzenia układu krążenia (u 44%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (u 32%) oraz schorzenia neurologiczne (u 30%). Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne zjawiska niepełnosprawności biologicznej wg kryterium unijnego można stwierdzić, że relatywnie najliczniej występowała ona u mieszkańców województwa lubuskiego, świętokrzyskiego, łódzkiego i pomorskiego (dotykała ona 23% populacji w tych województwach), najrzadziej natomiast u mieszkańców województwa wielkopolskiego i opolskiego – u 15-16%.

Oceniając poziom niepełnosprawności biologicznej w Polsce w końcu 2014 r. wyłącznie w odniesieniu do populacji osób dorosłych (w wieku 15 lat i więcej) można stwierdzić, że wyniósł on 23% (tj. nieznacznie mniej niż przed 5 laty) i nadal kształtuje się na nieco niższym poziomie niż średnia unijna (27%). W wielu krajach Europy nie tylko środkowej i wschodniej udział osób niepełnosprawnych biologicznie jest dużo wyższy niż w Polsce, np. w Portugalii, Niemczech czy na Łotwie – ponad 35%, a w Estonii, Austrii, Finlandii czy na Słowacji – co najmniej 32%.

7.3. Niepełnosprawność prawna

Jak już wspomniano, system orzekania o niepełnosprawności osób w Polsce jest zawiły i mało czytelny. Obowiązujące przepisy prawne, w zależności od tego, kiedy się ukazały, używają różnego nazewnictwa w stosunku do tych samych osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność była i jest orzekana przez różne instytucje i dla różnych celów. Ponadto wydane orzeczenia o niepełnosprawności nie są względem siebie równorzędne. Czasem elementy zawarte w posiadanym orzeczeniu nie są wystarczające dla uzyskania ulg i świadczeń, o które osoba niepełnosprawna chce wystąpić i musi ona poddać się badaniom wymagany przez inny organ orzekający. Ten dualizm orzecznictwa powoduje brak podstaw do rzetelnej i wiarygodnej informacji o tym, ile osób w Polsce faktycznie posiada prawne orzeczenie o niepełnosprawności.

Statystyka publiczna próbuje zaspokoić te potrzeby informacyjne. Skala i struktura niepełnosprawności są przedmiotem badań GUS od 1978 r. Problem niepełnosprawności był podejmowany zarówno w ramach kolejnych powszechnych spisów ludności, jak też innych badań o charakterze ankietowym. Ostatnie pełne badanie liczby i struktury osób niepełnosprawnych (w tym także prawnie) przeprowadzono w ramach Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 r. W okresach międzyspisowych pewne aspekty niepełnosprawności prawnej obserwowane były w badaniach zdrowia (HIS 1996, 2004, EHIS 2009) i w innych badaniach społecznych, np. warunków życia ludności (EU-SILC) oraz badaniach aktywności ekonomicznej ludności (BAEL) .

Wyniki badania EHIS pokazują, że pod koniec 2014 r. prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało ponad 3,8 mln mieszkańców Polski, z tego prawie 194 tys. dzieci wieku 0-15 lat i ponad 3607 tys. osób dorosłych (w wieku 16 lat i więcej)¹².

Porównanie danych z dwóch kolejnych badań ankietowych poświęconych w całości zdrowiu wskazuje, że w przeciągu ostatnich 5 lat populacja osób niepełnosprawnych prawnie zmniejszyła się o ponad 350 tys. W końcu 2014 r. orzeczenie o niepełnosprawności prawnej posiadał co 10 mieszkańców Polski (w 2009 r. co 9 mieszkańców), niezależnie od płci.

Tabl. 17 Osoby niepełnosprawne prawnie w 2009 i 2014 r.

Stopień niepełnosprawności	2009	2014	Różnica
	w tysiącach		
Ogółem	4155,3	3801,5	-353,8
Znaczny	1265,9	1062,8	-203,1
Umiarkowany	1497,8	1581,8	84,0
Lekki	1207,3	962,9	-244,4
Nie orzekano stopnia (dzieci do lat 16)	184,4	194,0	9,6

Jak wynika z powyższej tabeli, wyraźnie zmniejszyła się liczba osób posiadających orzeczenie o lekkim i znacznym stopniu niepełnosprawności. Nieznacznie natomiast wzrosła liczba osób średnio poszkodowanych, czyli legitymujących się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz niepełnosprawnych dzieci, którym nie ustala się stopnia niepełnosprawności.

W rezultacie pod koniec 2014 r. struktura osób niepełnosprawnych prawnie przedstawiała się następująco: prawie 42% osób posiadało orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, około 28% osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, a co czwarta – o lekkim stopniu niepełnosprawności. Dzieci do lat 16 natomiast stanowiły ponad 5% ogółu populacji osób niepełnosprawnych prawnie.

7.4. Niepełnosprawność według kryterium statystycznego

Przy ścisłym zastosowaniu definicji osoby niepełnosprawnej przyjętej w statystyce zdrowia ta zbiorowość w Polsce jest znacznie większa, albowiem, jak wcześniej wspomniano, definicja ta obejmuje zarówno wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak i osoby, które

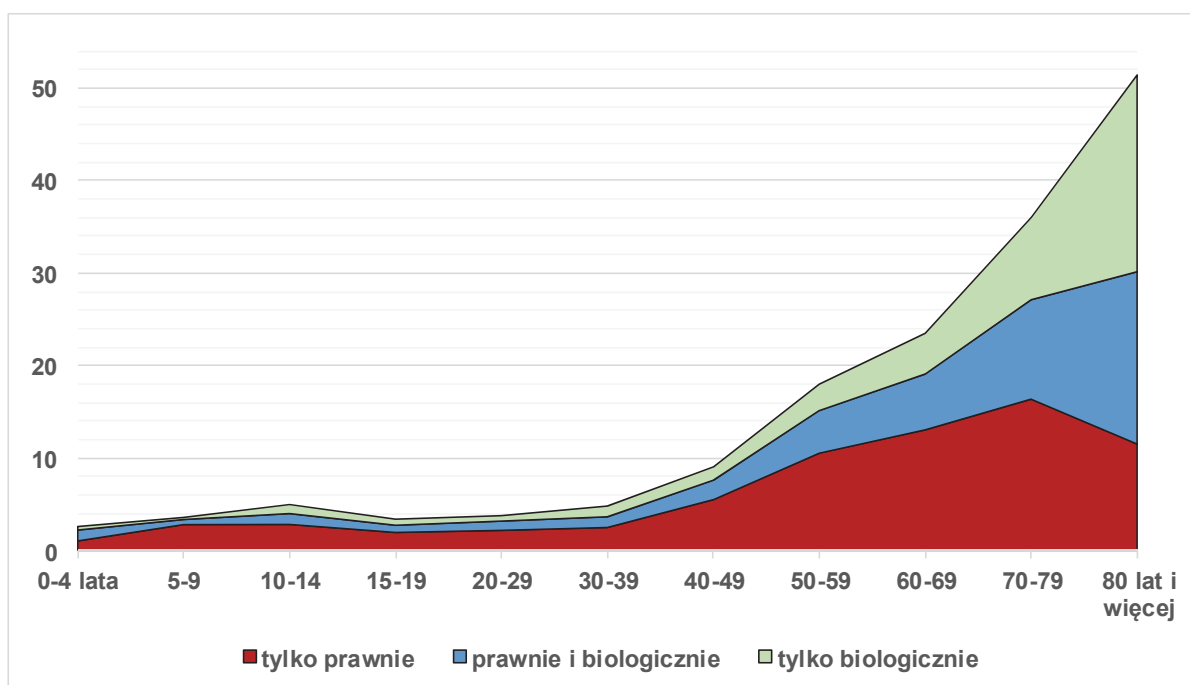
¹² Tj. o około 350 tys. osób więcej w porównaniu z szacunkami z badania BAEL. W obu przypadkach odpowiedzi na pytanie o niepełnosprawność prawną były subiektywne, oparte na deklaracjach respondentów, wyniki nie są w pełni porównywalne. Dotyczy to szczególnie skali zjawiska, w mniejszym stopniu struktur rozważanej zbiorowości. Trzeba również mieć na uwadze różne cele tych badań, co może mieć istotny wpływ na odpowiedzi respondentów.

co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna).

Populacja osób niepełnosprawnych w Polsce w końcu 2014 r. liczyła 4,9 mln osób. Wielkość tę oszacowano według metodologii dotychczas stosowanej w badaniach zdrowia, **tj. posiadanie orzeczenia prawnego lub/i ograniczona zdolność wykonywania czynności, ale tylko w stopniu poważnym.**

Jak wskazują wyniki badania, w ciągu ostatnich 5 lat liczba osób niepełnosprawnych w Polsce zmniejszyła się o ponad 353 tys.. Częściej niż co piąta osoba niepełnosprawna nie posiadała orzeczenia, a więc nie miała prawnego statusu osoby niepełnosprawnej.

Wykres 30. Częstość występowania niepełnosprawności wg kryterium statystycznego według grup wieku (w odsetkach)



W strukturze populacji osób niepełnosprawnych najliczniejszą grupę stanowili niepełnosprawni wyłącznie prawnie – blisko połowę omawianej zbiorowości. Prawie co trzecia osoba niepełnosprawna miała prawne orzeczenie o niepełnosprawności i odczuwała poważne ograniczenia, a kolejne ponad 22% to osoby bez orzeczeń, ale mające poważne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (niepełnosprawne tylko biologicznie).

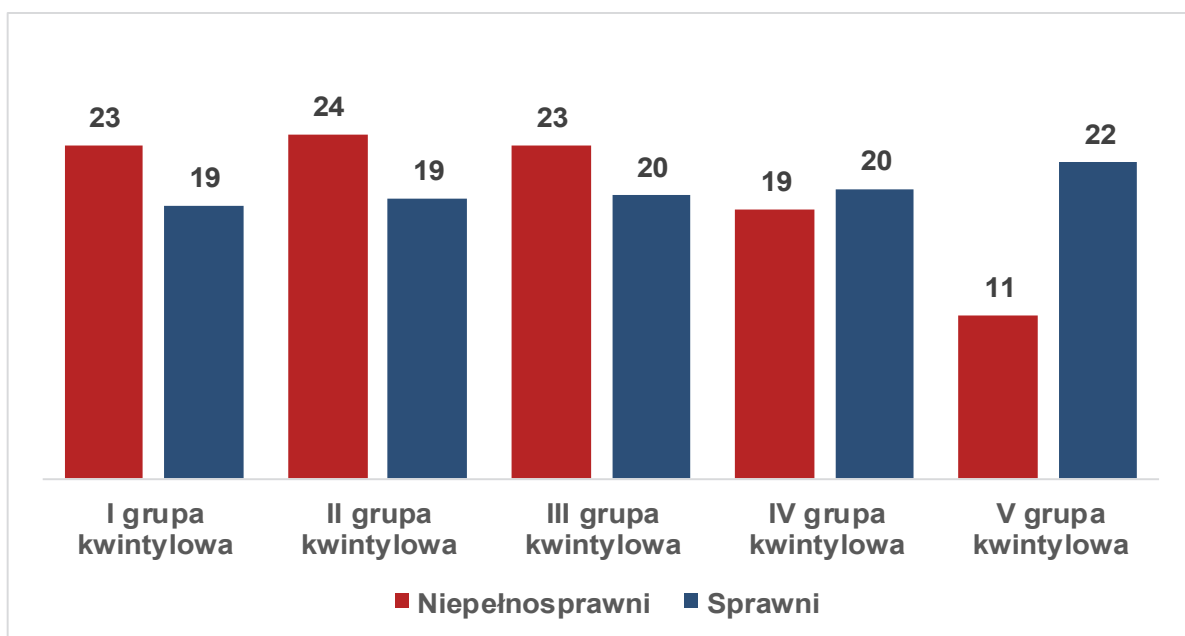
Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. W 2014 r. wśród czterdziestolatków niepełnosprawna była co jedenasta osoba, a wśród pięćdziesięciolatków – blisko co piąta, w grupie osób 70 letnich częściej niż co trzecia, zaś w grupie najstarszych – co druga.

Uwzględniając strukturę osób niepełnosprawnych według płci i wieku, nietrudno zauważyć, że ogólny wskaźnik niepełnosprawności wśród kobiet był po raz pierwszy

nieznacznie niższy niż wśród mężczyzn (12,8%, wobec 13,0%). Analizując kolejne grupy wieku można stwierdzić, że w prawie w każdej grupie rówieśniczej (do wieku 79 lat) osobą niepełnosprawną częściej był mężczyzna niż kobieta. Tylko wśród osób w podeszłym wieku (80 lat i więcej) oraz u młodzieży (15-19 lat) relatywnie trochę więcej było kobiet niepełnosprawnych.

Relatywnie nieco częściej niepełnosprawność dotyka mieszkańców miast niż wsi. Uwzględniając wiek osób niepełnosprawnych w mieście i na wsi można powiedzieć, że tylko wśród niektórej młodzieży i ludzi dojrzałych częstość występowania niepełnosprawności na wsi była wyższa niż w miastach; w pozostałych grupach wieku była nieznacznie niższa niż w miastach.

Wykres 31. Zróżnicowanie dochodów ekwiwalentnych osób niesprawnych i sprawnych (w odsetkach)



Poziom zamożności osób niepełnosprawnych jest nieznacznie niższy niż osób sprawnych i zróżnicowany, co pokazuje powyższy wykres. Jak wskazują dane o dochodzie ekwiwalentnym (nawet jeśli nie ujmują całej populacji, a tylko około 80%), 70% populacji osób niepełnosprawnych została zakwalifikowana do trzech najniższych grup dochodowych, natomiast w populacji osób sprawnych mniej niż 60%. Tylko co dziewiąta osoba niesprawna miała wysokie dochody (V grupa kwintylowa), natomiast wśród osób sprawnych – częściej niż co piąta.

Spojrzenie na populację osób niepełnosprawnych z innej, bardziej subiektywnej, strony pozwala stwierdzić, że generalnie z niepełnosprawnością prawną wiążą się odczuwane przez respondentów ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, lecz nie dotyczy to wszystkich niepełnosprawnych prawnie. Blisko 2/3 ogółu niepełnosprawnych

prawnie uważa, że nie ma ograniczonej zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, bądź uważa, że stopień ich ograniczeń jest niezbyt poważny.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne, nietrudno zauważyć, że stosunkowo najliczniejsza populacja osób niepełnosprawnych zamieszkiwała województwo lubuskie, łódzkie i zachodniopomorskie, Blisko co szósty mieszkaniec tego województwa był osobą niepełnosprawną. Relatywnie najrzadziej problem niepełnosprawności występował wśród mieszkańców województwa mazowieckiego i opolskiego – tylko co dziesiąty mieszkaniec tych województw był osobą niepełnosprawną.

Tabl. 18 Częstość występowania niepełnosprawności według grup wieku i województw

Województwa	Osoby niepełnosprawne					
	ogółem	0-14 lat	15-29	30-49	50-69	70 lat i więcej
	w odsetkach danej grupy wieku					
Ogółem	12,9	3,7	3,7	6,7	20,6	42,0
Dolnośląskie	12,8	4,4	4,8	4,0	20,1	45,2
Kujawsko-pomorskie	13,3	3,6	3,8	5,7	23,0	44,3
Lubelskie	13,9	5,6	1,6	8,3	20,7	46,5
Lubuskie	17,2	5,5	5,4	8,8	30,2	51,3
Łódzkie	15,7	4,7	5,0	8,0	22,1	50,8
Małopolskie	12,0	1,4	1,6	4,9	21,1	47,8
Mazowieckie	10,1	2,8	2,9	6,8	14,4	32,1
Opolskie	10,7	4,7	4,6	4,6	13,1	39,8
Podkarpackie	12,0	3,2	3,2	7,1	20,8	36,9
Podlaskie	12,6	1,4	4,0	5,8	18,5	46,4
Pomorskie	14,3	3,8	5,7	7,3	24,5	45,6
Śląskie	13,1	4,2	3,6	8,0	19,1	39,2
Świętokrzyskie	13,7	3,7	1,9	7,4	21,5	42,9
Warmińsko-mazurskie	14,7	4,6	4,0	8,5	25,9	44,6
Wielkopolskie	11,9	2,0	3,0	7,0	22,0	36,9
Zachodniopomorskie	15,1	8,0	7,3	5,6	24,4	44,1

Osoby, które są niepełnosprawne tylko prawnie tworzą najliczniejszą grupę osób niepełnosprawnych. W 2014 r. stanowiły one od 43% (w województwie śląskim i mazowieckim) do prawie 62% (w województwie wielkopolskim) ogółu niepełnosprawnych mieszkańców tych województw. Grupa osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności i deklarujących ograniczenia w zwykłym życiu stanowiła w skali kraju blisko 28% populacji osób niepełnosprawnych, a w poszczególnych województwach – od 25% w województwie łódzkim, małopolskim i mazowieckim do ponad 30% w województwie podkarpackim, lubuskim i lubelskim. Stosunkowo liczna była grupa osób niepełnosprawnych wyłącznie biologicznie, tj. osób, które nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności, ale odczuwają poważne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych. W skali kraju udział tej grupy wynosił blisko 23% i wahał się od niespełna 12% w województwie wielkopolskim do ponad 30% w województwie mazowieckim.

Charakterystyka niepełnosprawnych osób dorosłych (w wieku 15 lat i więcej)

Szacuje się, że liczba osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej liczyła w końcu 2014 r. prawie 4,7 mln osób, tj. prawie 15% ogółu populacji w wieku 15 lat i więcej (odsetek wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn był taki sam i wyniósł po 14,5%).

Wiek środkowy (mediana) osób niepełnosprawnych wynosił 63 lata i w porównaniu do badania stanu zdrowia z 2009 r., wzrost o 2 lata. Niepełnosprawne kobiety były znacznie starsze od mężczyzn (odpowiednio 66 lata i 60 lat).

Prawie 77% dorosłych osób niepełnosprawnych posiadało orzeczenie prawne o niepełnosprawności. Pozostałe 23% nie posiadało prawnego potwierdzenia niepełnosprawności, ale deklarowało, że ma poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności. Równocześnie prawie 64% osób posiadających orzeczenie prawne o niepełnosprawności nie zgłaszało ograniczeń poważnych, co najwyżej lekkie.

Liczba osób niepełnosprawnych z prawnym orzeczeniem liczyła ponad 3,6 mln osób. W zbiorowości tej najliczniej reprezentowane były osoby mające umiarkowany stopień niepełnosprawności (blisko 1,6 mln osób), następnie znaczny (prawie 1,1 mln) oraz lekki – mniej niż 1 mln osób najlżej poszkodowanych.

Zgodnie z wynikami badania, ponad 70% orzeczeń o znacznym stopniu niepełnosprawności posiadały osoby w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej), a kolejne 12% dotyczy osób w wieku produkcyjnym niemobilnym (50-59 lat). 1/4 orzeczeń o lekkim stopniu niepełnosprawności obejmowała osoby stosunkowo młode, tj. w wieku 15-49 lat, a kolejną liczną grupę stanowią osoby pięćdziesięcioletnie – blisko 30% ogółu osób legitymujących się orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności. W przypadku orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, blisko co drugie dotyczyło osoby w wieku produkcyjnym (15-59 lat).

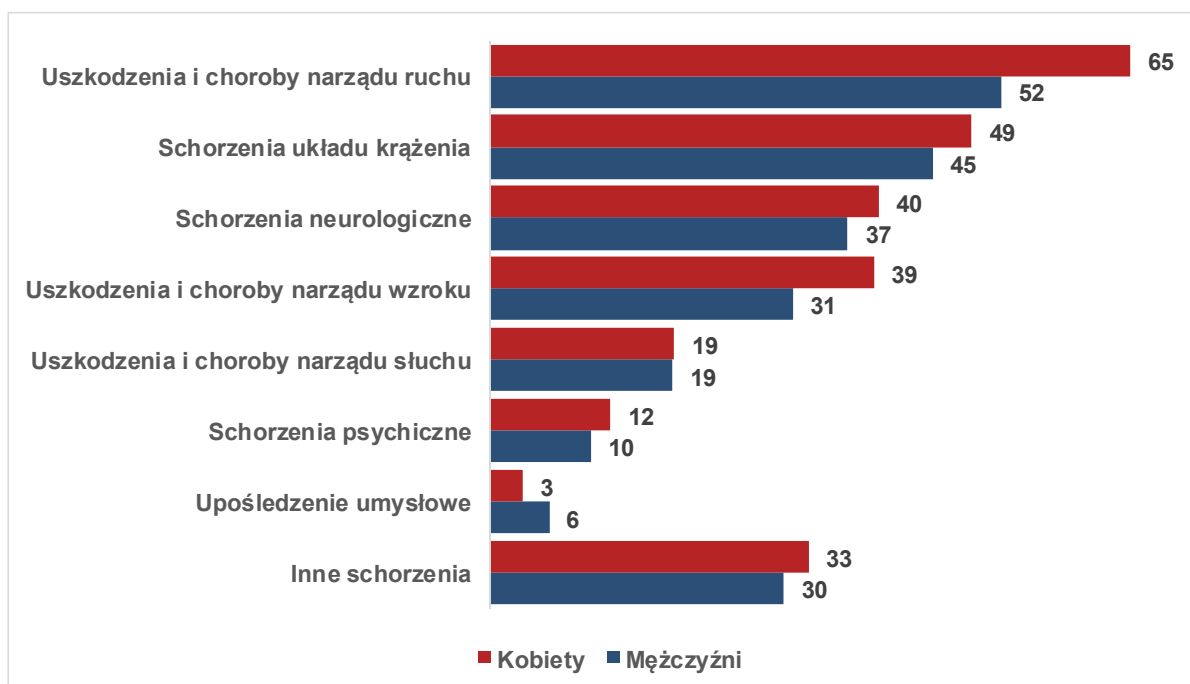
Poziom wykształcenia dorosłych osób niepełnosprawnych jest relatywnie niższy niż sprawnych; aż 61% niepełnosprawnych legitymowało się wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym, podczas gdy wśród osób sprawnych udział ten wynosił 41%. Tylko co dziesiąta osoba niepełnosprawna miała wykształcenie wyższe, podczas gdy wśród osób sprawnych blisko co czwarta. Generalnie dorosłe kobiety niepełnosprawne były lepiej wykształcone niż ich niepełnosprawni rówieśnicy. Prawie 42% niepełnosprawnych kobiet legitymowało się wykształceniem co najmniej średnim, natomiast wśród niepełnosprawnych mężczyzn tylko co trzeci.

Zdecydowana większość dorosłych osób niepełnosprawnych (blisko 80%) określiła swój status na rynku pracy jako osoby bierne zawodowo, a tylko co piąta osoba pracowała lub poszukiwała pracy.

Prawie 52% osób niepełnosprawnych żyło w związkach małżeńskich lub partnerskich. Co szósta osoba to kawaler lub panna, zaś co czwarta była osobą owdowiałą (przeważnie była to starsza kobieta). Wśród niepełnosprawnych kobiet 2/5 tej zbiorowości stanowiły wdowy.

Jak wcześniej wspomniano, osoby niepełnosprawne zwykle gorzej oceniają swoje zdrowie niż osoby sprawne, częściej występują u nich długotrwałe problemy zdrowotne czy choroby przewlekłe, częściej też muszą korzystać z pomocy medycznej. Potwierdzają to wyniki badania.

Wykres 32. Występowanie grup schorzeń u dorosłych osób niepełnosprawnych (w odsetkach)



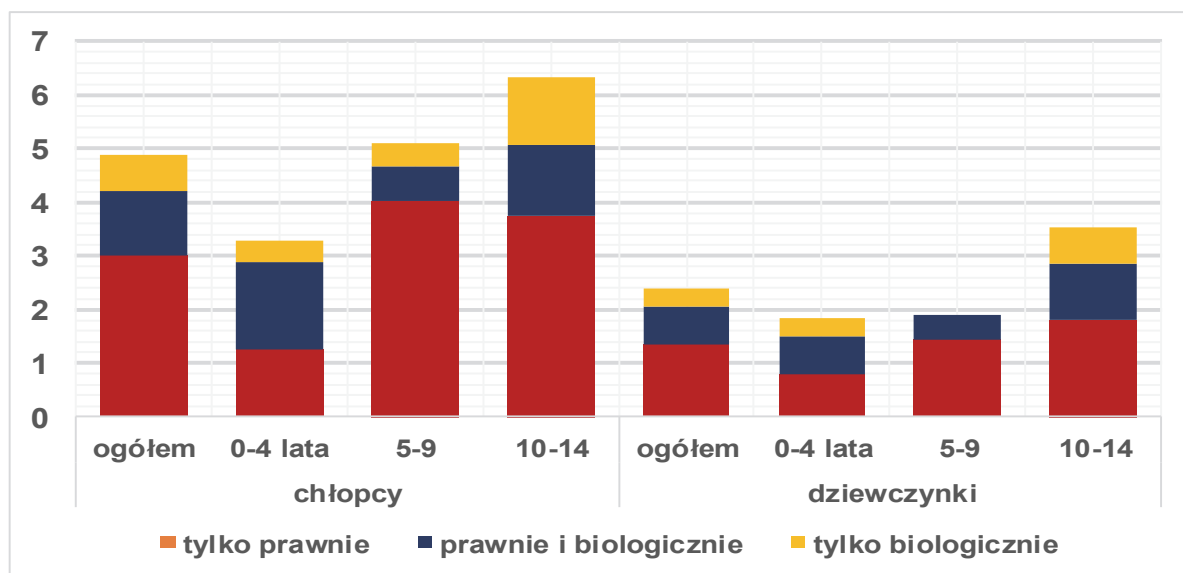
W tej grupie ludności najczęściej występowały uszkodzenia i choroby narządu ruchu (u 59% dorosłych osób niepełnosprawnych), w następnej kolejności – schorzenia układu krążenia (47%), schorzenia neurologiczne (38%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (ponad 35%), słuchu (19%) oraz schorzenia psychiczne (11%). Na wykresie zamieszczonym powyżej przedstawiono występowanie grup schorzeń u niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn.

Charakterystyka niepełnosprawnych dzieci (0-14 lat)

Liczba dzieci niepełnosprawnych ogółem wyniosła na koniec 2014 r. ponad 211 tys. W tej grupie było 55 tys. dzieci niepełnosprawnych prawnie i biologicznie, blisko 127 tys. tylko z prawnym orzeczeniem oraz 29 tys. dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie.

Analiza wyników badania według wieku wykazała, że relatywnie największą grupę dzieci niepełnosprawnych odnotowano w grupie 10-14-latków – 5%, wśród 5-9-latków było ich blisko 4%, zaś wśród najmłodszych – mniej niż 3%. W dwóch najstarszych grupach wieku było też relatywnie najwięcej dzieci niepełnosprawnych tylko prawnie – po blisko 3%. Natomiast najmniejszą liczbę dzieci niepełnosprawnych prawnie i biologicznie odnotowano wśród dzieci 5-9 letnich. Powyższy rozkład danych dla poszczególnych grup wieku jest dość podobny w miastach i na wsi, zarówno dla chłopców jak i dziewczynek, za wyjątkiem chłopców w wieku 5-9 lat, którzy stanowili największą grupę wśród dzieci tej płci niepełnosprawnych tylko prawnie (4%).

Wykres 33. Częstość występowania niesprawności u dzieci według grup wieku i płci (w odsetkach)



Liczba niepełnosprawnych chłopców była ponad dwukrotnie wyższa niż dziewczynek – 144 tys. w stosunku do 67 tys. dziewcząt. Największą grupę stanowiły osoby niepełnosprawne tylko prawnie – wśród dziewczynek blisko 38 tys., zaś wśród chłopców ponad 89 tys. Najbardziej ważące zbiorowości zarówno niepełnosprawnych chłopców, jak i dziewczynek dotyczyły najstarszej grupy wieku (10-14 lat). Znacznie więcej niepełnosprawnych dzieci żyło w miastach niż na wsi, odpowiednio 140 tys. i 72 tys.

ROZDZIAŁ VIII. PROFILAKTYKA

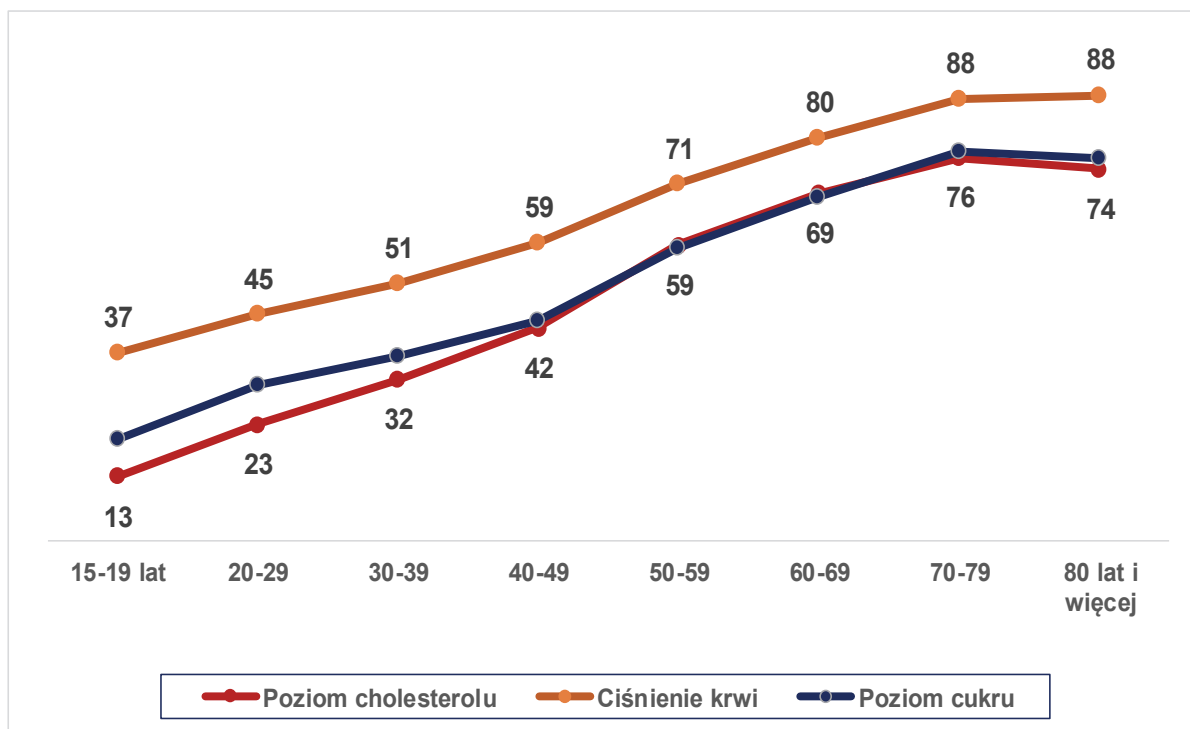
Profilaktyka zdrowotna to ważny aspekt opieki zdrowotnej, jeden z podstawowych elementów zdrowia publicznego. Badania profilaktyczne odgrywają istotną rolę w zapobieganiu, wczesnym wykrywaniu choroby i w efekcie wpływają na większą skuteczność leczenia istotnie z reguły zmniejszając jego koszty.

8.1. Badania ciśnienia krwi u dorosłych

Tylko co piętnasty dorosły Polak nigdy nie miał badanego przez lekarza lub pielęgniarkę poziomu ciśnienia krwi i najczęściej takie przypadki odnotowano wśród ludzi bardzo młodych (do 20 roku życia), bo aż co trzeci. Blisko 2/3 ogółu populacji osób dorosłych badanie ciśnienia krwi miało wykonane niedawno – w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed przeprowadzeniem wywiadu. Częste badania ciśnienia krwi wykonywane były głównie u osób mających nienajlepszy stan zdrowia, tj. chorujących przewlekłe, o złym lub bardzo złym stanie zdrowia, a zwłaszcza osób dojrzałych i starszych.

Niespełna 30% pięćdziesięciolatków w ciągu ostatniego roku nie miała profesjonalnego pomiaru ciśnienia krwi i tylko co piąty sześćdziesięciolatek, zaś w najstarszych grupach wieku – tylko co 9-10 osoba.

Wykres 34. Osoby dorosłe wykonujące badania profilaktyczne w ciągu ostatnich 12 miesięcy (w odsetkach)



8.2. Badania poziomu cholesterolu we krwi u dorosłych

Wzrasta częstość wykonywania badań poziomu cholesterolu we krwi. Trzy na cztery osoby dorosłe zadeklarowały, że przynajmniej raz w życiu miały takie badanie (5 lat temu – tylko połowa dorosłych), z tego prawie połowa (47%) w miarę niedawno, bo w ciągu ostatniego roku. Najczęściej badaniu poddawały się osoby dojrzałe po 60 roku życia, najrzadziej natomiast osoby bardzo młode między 15 a 19 rokiem życia – tylko co czwarty w tej grupie wieku miał wykonane takie badanie chociaż 1 raz w swoim życiu. Badaniom tym znacznie częściej poddawały się kobiety niż mężczyźni. Ponad połowa (60-70%) osób o gorszym stanie zdrowia (chorych przewlekle czy niepełnosprawnych) zostało przebadanych w tym kierunku w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

8.3. Szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u dorosłych

W 2014 r. co trzeci dorosły mieszkaniec Polski (w 2009 r. – co czwarty) został zaszczepiony przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Co trzeci uodporniony zaszczepił się w ciągu ostatnich 5 lat. Na tak wysoki wskaźnik zaszczepienia główny wpływ miały osoby młode, które były zaszczepione na WZW w ramach bezpłatnych szczepień ochronnych obowiązujących od 1994 r. W oparciu o wyniki badania można powiedzieć, że dorosłe kobiety częściej niż mężczyźni poddawały się temu szczepieniu. Byli to w większości mieszkańcy miast, ale również osoby o niezbyt dobrym stanie zdrowia (częściej niż co trzecia), co najprawdopodobniej związane jest z koniecznością zaszczepienia się przed planowanymi zabiegami chirurgicznymi.

8.4. Badania poziomu cukru we krwi u dorosłych

Badania poziomu cukru we krwi stosowane w profilaktyce cukrzycy stają się coraz bardziej powszechne. Tylko co piąty (w 2009 r. co trzeci) dorosły Polak nigdy nie miał takiego profesjonalnego badania (w laboratorium analitycznym) i najczęściej sygnalizowały to osoby młode – do 30 roku życia. Po osiągnięciu tego wieku wzrasta częstość wykonywania badań poziomu cukru we krwi. Niespełna co dziesiąta osoba pięćdziesięcioletnia nigdy nie wykonała takiego badania (w 2009 r. – co piąta), natomiast w grupie osób starszych takie przypadki wystąpiły bardzo rzadko. Blisko połowa populacji osób dorosłych w Polsce została przebadana w kierunku cukrzycy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a w przypadku ludzi starszych (60 lat i więcej) nawet 70%.

8.5. Szczepienia przeciw grypie

Szczepienia przeciw grypie w Polsce nie są powszechne. Podobnie jak przed 5 laty, tylko co piąty Polak szczepił się kiedykolwiek na grypę. Najliczniej szczepieniom poddawali się osoby dorosłe, znacznie rzadziej przeciw grypie szczepione były dzieci.

Szczepienie przeciw grypie powinno się powtarzać każdego roku. Jak wskazują wyniki badania w ostatnich dwóch latach (2013 lub 2014 r.) zalecenie wykonał tylko co osiemnasty mieszkaniec naszego kraju. Najczęściej szczepili się osoby starsze, co najmniej 70-letnie, najrzadziej natomiast dzieci i młodzież do 30 roku życia. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że stosunkowo częściej szczepili się przeciw grypie mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego, dolnośląskiego i mazowieckiego (około 7% populacji tych województw), najrzadziej natomiast mieszkańcy województwa małopolskiego, lubuskiego i podlaskiego – mniej niż 4,5% ogółu populacji.

8.6. Kolonoskopia oraz badanie na krew utajoną w kale

Badania te wykonuje się w celu wykrycia nowotworów jelita grubego oraz przy podejrzeniu innych chorób przebiegających z uszkodzeniem błony śluzowej przewodu pokarmowego i z krwawieniem z przewodu pokarmowego.

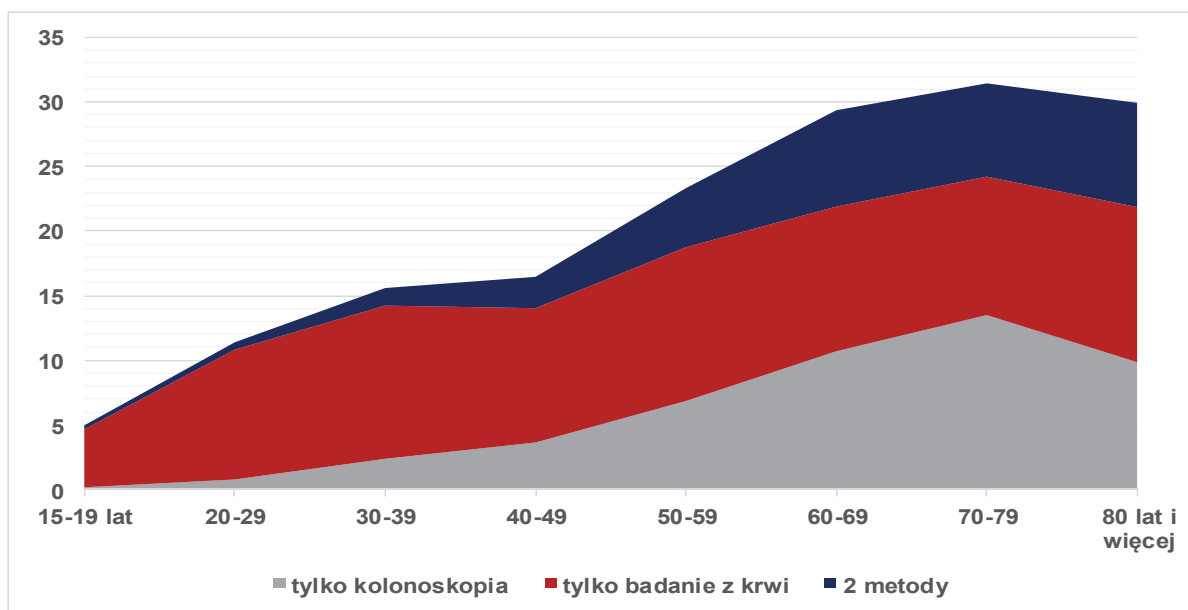
Badanie na krew utajoną w kale to profesjonalne badanie wykonywane wyłącznie w laboratorium analitycznym. Zgodnie z instrukcją EHIS, odpowiadając na pytanie nie należało uwzględniać przypadków wykonywania samodzielnie badania za pomocą testu, który można nabyć w aptekach.

Pytanie o wykonanie kolonoskopii zadano w badaniu po raz pierwszy. Kolonoskopia ma na celu ocenę powierzchni błony śluzowej jelita grubego. Umożliwia ona pobranie wycinków śluzówki do badania histopatologicznego i wykonanie zabiegów endoskopowych, często pozwalających pacjentom uniknąć operacji chirurgicznej.

Pomimo wzrastającej świadomości dorosłych mieszkańców Polski na temat zagrożenia rakiem jelita grubego oraz coraz większej powszechności badań przesiewowych, według wyników EHIS test na krew utajoną w kale lub/i kolonoskopię chociaż 1 raz w życiu wykonało tylko około 20% osób dorosłych, tj. co 5 osoba.

Największa grupa (blisko 11% osób dorosłych) miała laboratoryjne badanie na krew utajoną w kale. Kolonoskopii poddała się co dwudziesta dorosła osoba, zaś obu badaniom – niewielka, niespełna 4% grupa dorosłych. Wykonanie badań znacznie częściej deklarowali mieszkańcy miast, jak również kobiety czy osoby z wykształceniem co najmniej policealnym.

Wykres 35. Osoby, u których kiedykolwiek przeprowadzono badania wykrywające raka jelita grubego według grup wieku (w odsetkach)



Powszechność przeprowadzania badań w kierunku wykrywania raka jelita grubego wzrasta z wiekiem respondentów. Badania takie wykonała prawie co czwarta osoba w wieku 50-59-lat oraz blisko co trzecia 60-letnia lub starsza.

8.7. Profilaktyka zdrowotna mężczyzn

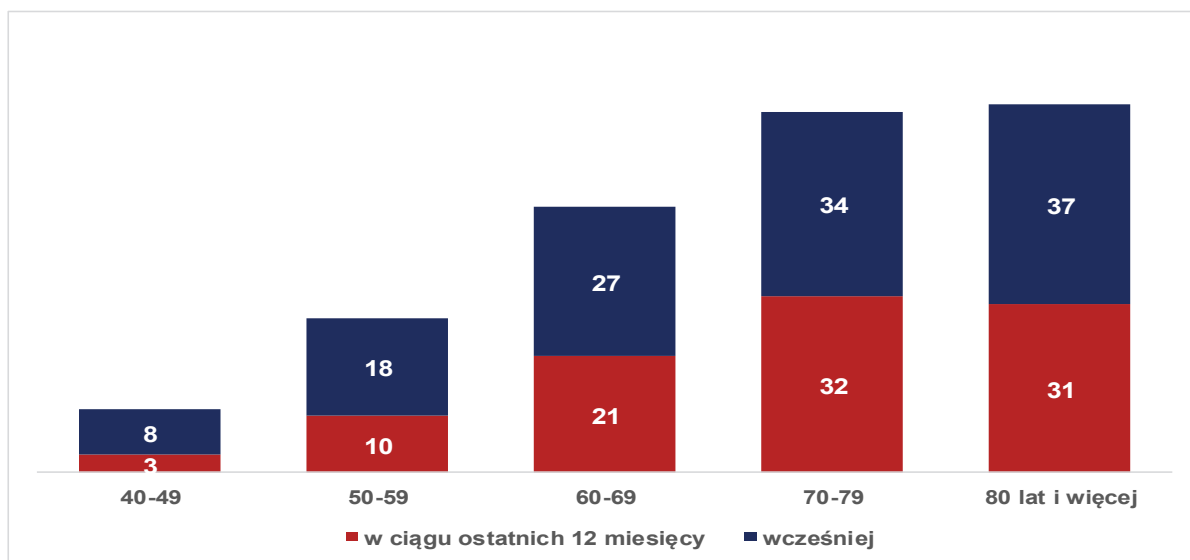
Badania lekarskie prostaty (gruczołu krokowego)

Pytanie zadano w badaniu po raz pierwszy. Przeznaczone było tylko dla mężczyzn w wieku 40 lat i więcej. Uwzględniono jedynie badania przeprowadzone przez lekarza, zarówno proktologiczne per rectum, jak i USG lub tomografię komputerową. Nie należało natomiast brać pod uwagę badań wykonanych z krwi, pozwalających na oznaczenie poziomu antygenu sterczowego (PSA).

Uzyskane wyniki pokazują, że lekarskie badanie prostaty nie jest jeszcze powszechnie wykonywane. Takiemu badaniu co najmniej raz w życiu poddało się ponad 1/3 mężczyzn w wieku 40 lat i więcej, a największa grupa (14%) zrobiła to w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed realizacją wywiadu.

Najczęściej badanie prostaty wykonywano u mężczyzn 70-letnich i starszych (ponad 66%), a następnej kolejności u sześćdziesięciolatków – u blisko połowy mężczyzn w tym wieku.

Wykres 36. Mężczyźni, u których kiedykolwiek wykonano lekarskie badanie prostaty według grup wieku (w odsetkach)



Wyraźnie częściej badali się mężczyźni zamieszkali w miastach oraz z wykształceniem co najmniej policealnym.

8.8. Profilaktyka zdrowotna kobiet

Badania cytologiczne (wymazu z szyjki macicy)

Badanie cytologiczne jest stosowane w profilaktyce nowotworowej, przede wszystkim raka szyjki macicy. Polega na pobraniu wymazu z szyjki macicy, a następnie poddaniu pobranych komórek ocenie pod mikroskopem.

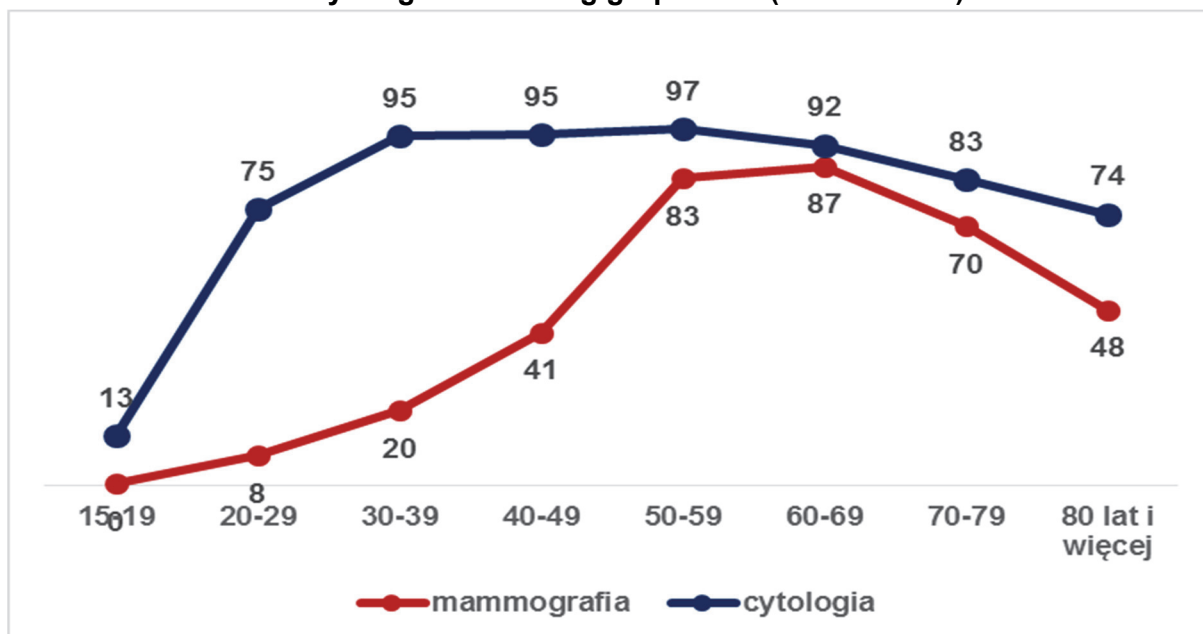
W 2014 r., ponad 85% kobiet odpowiedziało, że kiedykolwiek miało wykonane badanie cytologiczne. W porównaniu z wynikami poprzedniego badania, odsetek ten zwiększył się o prawie 6 pkt procentowych. Pozostałe 15% ogółu dorosłych kobiet nigdy nie wykonywało takiego badania, a w tej grupie znaczący udział miały kobiety młode w wieku 15-29 lat i najstarsze (co najmniej 70-letnie). Niepokoić może niższy odsetek badań wśród kobiet starszych, relatywnie częściej zagrożonych nowotworem narządów rodnych niż te z najmłodszych grup wieku. Badania cytologiczne znacznie częściej wykonywały kobiety mieszkające w miastach niż na wsi; takiego badania nigdy nie wykonywała co dziewiąta kobieta mieszkająca w mieście i co piąta kobieta mieszkająca na wsi.

Badania cytologiczne najczęściej wykonywały kobiety między 30 a 69 rokiem życia – ponad 90% populacji w tych grupach wieku.

Blisko 1/3 kobiet badania wykonała stosunkowo niedawno, tj. w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Badania wykonywane były najczęściej na życzenie pacjentki w ramach własnej dbałości o zdrowie (44% wskazań) oraz z zalecenia lekarza (40% wskazań). Tylko co ósma kobieta skorzystała z ogólnokrajowego lub lokalnego programu cytologicznych badań profilaktycznych, kierowanego głównie do kobiet 50-letnich lub starszych. Badaniom cytologicznym stosunkowo częściej poddawały się kobiety lepiej wykształcone (co najmniej z wykształceniem zasadniczym zawodowym) oraz kobiety żyjące w związku małżeńskim lub partnerskim. Wśród kobiet żyjących w miastach głównym motywem wykonania badań była własna dbałość o zdrowie (blisko 46% wskazań), podczas gdy dla kobiet mieszkających na wsi zalecenie lekarza (42% wskazań).

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można zauważyć, że badania cytologiczne najczęściej były wykonywane u mieszkanek województwa dolnośląskiego, lubuskiego, pomorskiego, wielkopolskiego, zachodniopomorskiego i mazowieckiego – ponad 88% mieszkanek tych województw, w wieku 15 lat i więcej co najmniej 1 raz w życiu wykonało takie badanie profilaktyczne. Najrzadziej badania wykonywano u mieszkanek województwa podkarpackiego – tylko 77% populacji dorosłych kobiet. Jednakże pomimo zróżnicowania należy podkreślić, że prawie w każdym województwie co druga kobieta miała wykonane badanie w miarę niedawno (w ciągu ostatnich 3 lat).

Wykres 37. Kobiety, u których kiedykolwiek wykonano badanie mammograficzne lub cytologiczne według grup wieku (w odsetkach)



Z programu badań przesiewowych stosunkowo najczęściej korzystały kobiety zamieszkujące województwo kujawsko-pomorskie i warmińsko-mazurskie – co szósta kobieta kiedykolwiek przebadana w tym kierunku, najrzadziej natomiast ten powód badania podawały mieszkanki województwa lubuskiego i wielkopolskiego (co trzynasta przebadana kobieta).

Badania mammograficzne

Mammografia jest najważniejszym badaniem w profilaktyce nowotworowej raka piersi. Polega na wykonaniu zdjęć rentgenowskich piersi i pozwala na rozpoznanie i wykrycie tzw. zmian bezobjawowych (guzków oraz innych nieprawidłowości w piersi) w bardzo wczesnym etapie rozwoju

Wyniki badania wskazują na dalszy wzrost powszechności badań mammograficznych (o blisko 7 punktów procentowych w porównaniu z 2009 r.). Ponad 47% dorosłych kobiet przynajmniej raz w swoim życiu miało wykonane takie badanie, ale zauważalnie częściej było ono wykonywane u kobiet mieszkających w miastach (51%) niż na wsi (41%).

Najczęściej prześwietlenie piersi wykonywały kobiety w wieku 50-69 lat – ponad 83% z nich zostało przebadane chociaż raz w życiu. Dość często poddawały się mammografii również kobiety 70-79-letnie (więcej niż 2/3 z tej grupy).

41% wykonanych badań jest efektem wdrożenia ogólnodostępnego programu badań mammograficznych, blisko co trzecie wskazanie to dbałość kobiet o własne zdrowie, a kolejne 25% wykonano na zalecenie lekarza.

Stosunkowo najliczniej badania mammograficzne wykonywały mieszkanki województwa zachodniopomorskiego, pomorskiego i mazowieckiego. Co najmniej połowa kobiet w wieku 15 lat i więcej chociaż 1 raz poddała się temu badaniu. Najniższe wskaźniki powszechności badań odnotowano dla mieszanek województwa podkarpackiego, lubuskiego i kujawsko-pomorskiego – badaniom poddało się mniej niż 45% mieszkających tam kobiet.

8.9. Metody regulacji urodzeń

Pytania dotyczące stosowanych metod regulacji urodzeń zadawano wszystkim kobietom w wieku 15-49 lat. Kobieta mogła wskazać wszystkie aktualnie stosowane metody.

Zgodnie z wynikami badania, blisko połowa kobiet w grupie odniesienia stosowała antykoncepcję. Najczęściej stosowały ją kobiety w wieku 30-39 lat (częściej niż co druga w tej grupie), jak również kobiety z wykształceniem co najmniej zasadniczym zawodowym, znacznie częściej mieszkanki miast niż wsi – odpowiednio 52% i 43%.

Wyniki badania wskazują na postępującą zmianę stosowanych metod antykoncepcji wśród polskich kobiet. Już dwa poprzednie badania pokazały, że najpopularniejszą metodą regulacji urodzeń było stosowanie prezerwatywy oraz pigułki antykoncepcyjnej czy innych środków hormonalnych (np. plastry, zastrzyki). Wyniki badania z 2014 r. wskazują, że tendencja ta nadal wzrasta. Na 1000 kobiet stosujących antykoncepcję aż 429 deklarowało

korzystanie z prezerwatywy, a 298 z pigułki antykoncepcyjnej. Ta ostatnia metoda była stosowana wyraźnie częściej wśród kobiet zamieszkujących miasta. Znacznie rzadziej kobiety stosowały metody naturalne, takie jak kalendarzyk małżeński czy stosunek przerywany, natomiast populacja kobiet preferujących mierzenie temperatury lub obserwacji śluzu szyjkowego nie zmieniła się znacząco; metody te częściej były stosowane przez kobiety mieszkające na wsiach. Zmianę podejścia kobiet do antykoncepcji ilustruje poniższa tabela.

Tabl. 19 Metody regulacji urodzeń (w odsetkach ogółu kobiet stosujących antykoncepcję)

Metody regulacji urodzeń	2009	2014
Mierzenie temperatury lub/i obserwacja śluzu szyjkowego	3,4	3,7
Kalendarzyk małżeński	15,6	12,9
Stosunek przerywany	15,5	13,2
Prezerwatywa	37,3	42,9
Pigułka antykoncepcyjna lub inne środki hormonalne	29,1	29,8
Spirala	5,5	6,0
Środki chemiczne i inne mechaniczne	1,7	2,3
Inne	5,4	2,4

ROZDZIAŁ IX. KORZYSTANIE Z USŁUG ZDROWOTNYCH I STOSOWANIE LEKÓW

Prawie w każdym badaniu ankietowym poświęconym zdrowiu zamieszczony jest specjalny blok pytań dotyczących zakresu usług zdrowotnych konsumowanych przez poszczególne grupy ludności. Jak potwierdzają inne badania, zwłaszcza o charakterze sondażowym, częstość korzystania z usług medycznych jest uzależniona zarówno od przyjętego stylu dbałości o swoje zdrowie, jak i od kondycji zdrowotnej człowieka w przypadku usług o charakterze leczniczym (naprawczym). Osoby mające problemy zdrowotne, zarówno stałe jak i tymczasowe, potrzebują pomocy medycznej, a zatem częściej z niej korzystają niż osoby cieszące się dobrym zdrowiem.

Blok pytań dotyczących usług zdrowotnych obejmował obserwację podstawowych, najważniejszych form usług medycznych, tj. pobytów w szpitalach (z noclegiem i bez), wizyt lekarskich i stomatologicznych. Zamieszczono również pytania o stosowanie leków. Przy badaniu poszczególnych usług lekarskich ograniczono się wyłącznie do rejestracji, kiedy była ostatnia wizyta, a dla niektórych także ile wizyt zrealizowano w ciągu ostatnich 4 tygodni. Wszystkim osobom zadawano równocześnie pytania dotyczące doświadczenia opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej oraz występowania finansowych ograniczeń niezbędnej opieki zdrowotnej.

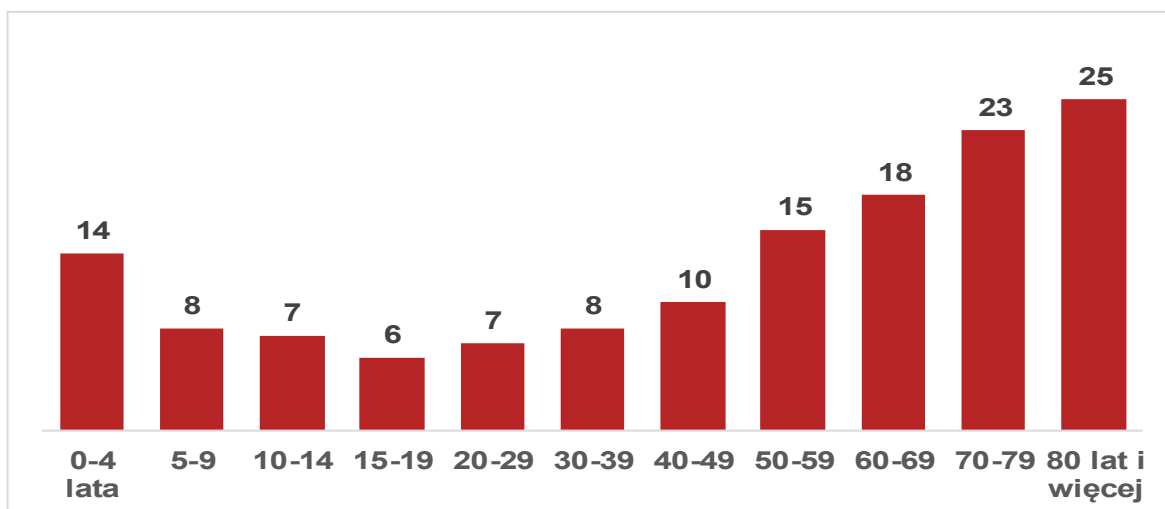
9.1. Leczenie w szpitalach z noclegiem

Jak wynika z badania w okresie obserwowanych 12 miesięcy leczeniu szpitalnemu, które łączyło się przynajmniej z 1 noclegiem poddało się ponad 12% populacji, tj. co ósma osoba. Najczęściej byli to mieszkańcy miast, kobiety i osoby dorosłe (w wieku 15 lat i więcej). Uzyskane liczby pokazują, że w szpitalach leczono blisko 4,6 mln osób. Jeżeli uwzględnimy podstawowe cechy demograficzno-społeczne, to można zauważyć, że najliczniej w zbiorowości leczonych występowały małe dzieci do 4 roku życia a także osoby 50-letnie i starsze.

Jak ilustruje prezentowany poniżej wykres, częstość hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem. O ile w młodszych grupach wieku (do 49 roku życia) jest ona stosunkowo niska i wynosi od 6 do 10% (za wyjątkiem grupy 0-4 lata), to dla starszych zbiorowości istotnie się zwiększa – prawie co czwarta osoba w wieku 70 lat i więcej była leczona w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Jakie są przyczyny tej sytuacji? Na pewno wraz z upływem lat życia pogarsza się stan zdrowia i wzrasta konieczność podjęcia specjalnych działań „naprawczych”. Rozpatrzono zatem wpływ stanu zdrowia badanych na częstość poddawania się hospitalizacji.

Wykres 38. Leczeni w szpitalach z noclegiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)



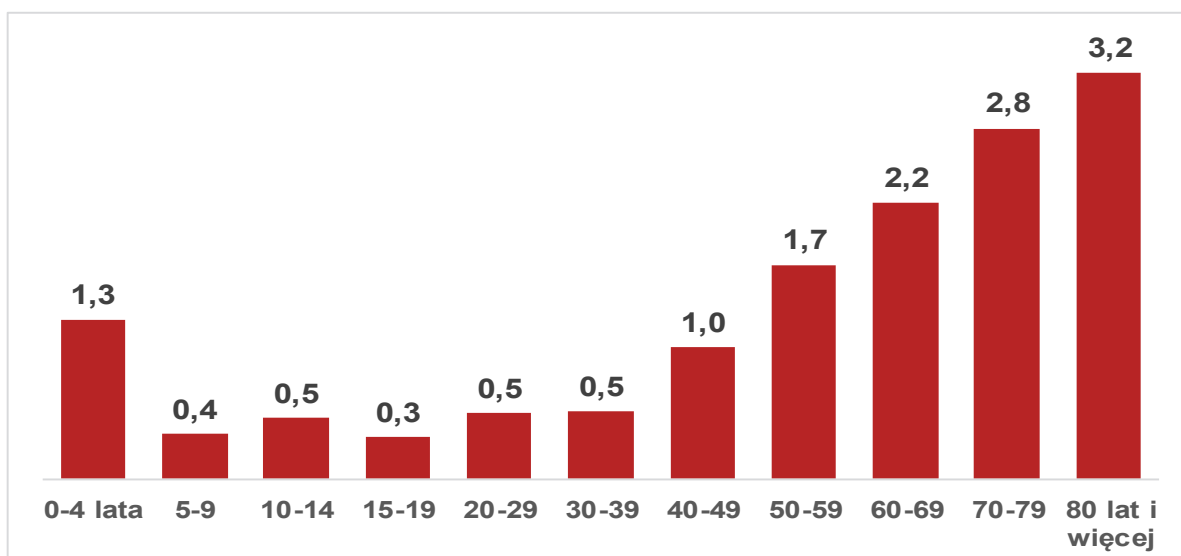
Uwzględniając jedynie cztery podstawowe miary stanu zdrowia (samoocenę, długotrwałe problemy, niepełnosprawność oraz występowanie obecnie choroby przewlekłej) można potwierdzić, że częstość hospitalizacji wzrasta wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia. Wśród osób, które oceniły swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, hospitalizacji poddała się co trzecia osoba, podczas gdy w grupie oceniających swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre – co piętnasta. Biorąc pod uwagę występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, nietrudno zauważyć, że w szpitalu leczona była blisko co piąta osoba z takimi problemami, a tylko blisko co dwudziesta z grupy osób nie zgłaszających problemów ze zdrowiem.

Generalnie leczeniu szpitalnemu częściej poddawali się mieszkańcy miast niż wsi (nieco ponad 12% w miastach, wobec 11% na wsi), jak również nieznacznie częściej były to kobiety niż mężczyźni, mimo że pobyt związany z urodzeniem dziecka nie był wliczany.

Uwzględniając płeć hospitalizowanych można odnotować, że występuje niewielkie zróżnicowanie średniej długości hospitalizacji mężczyzn i kobiet. Mężczyźni nieznacznie rzadziej byli na leczeniu szpitalnym, jednakże wyraźnie dłużej trwała ich hospitalizacja. Różnice w długości hospitalizacji są mocno widoczne, jeżeli uwzględnimy wiek osób hospitalizowanych. W analizie posłużono się prostym wskaźnikiem – średnią liczbą nocy spędzonych w szpitalach na 1 osobę (zarówno hospitalizowaną, jak i nie).

Zgodnie z uzyskanymi wynikami, na 1 statystycznego mieszkańca Polski przypadało średnio 1,2 dnia w szpitalu w ciągu 12 miesięcy. Dla pacjentów do ukończenia 50 roku życia wartość wskaźnika była niższa niż średnia dla kraju, tylko dla dzieci najmłodszych w wieku 0-4 lata nieznacznie wyższa (w tym przypadku wynosi 1,3).

Wykres 39. Średnia liczba nocy spędzonych w szpitalach w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku



W kolejnych grupach wieku częstość hospitalizacji szybko wzrasta. Największą wartość wskaźnik przyjmuje dla osób w wieku 80 lat i więcej – ponad dwukrotnie wyższą niż przeciętna notowana dla całej populacji. Analizując częstość hospitalizacji według stanu zdrowia możemy zauważyć, że osoby niepełnosprawne, jak również z długotrwałymi problemami zdrowotnymi ponad 2-krotnie częściej niż statystyczny Polak były leczone w szpitalach. Mieszkańcy wsi trochę rzadziej byli leczeni w szpitalach niż mieszkańcy miast i jest to niezależne od płci, tym niemniej, jeśli mieli gorszy stan zdrowia lub byli niesprawni, to jednak ich hospitalizacja miała miejsce znacznie częściej i trwała dłużej.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że najrzadziej z leczenia szpitalnego w ciągu ostatniego roku korzystali mieszkańcy województwa podkarpackiego, dolnośląskiego, małopolskiego i warmińsko-mazurskiego – blisko co dziesiąty, najliczniej natomiast mieszkańcy lubelskiego, podlaskiego, łódzkiego i mazowieckiego – co ósmy mieszkańców tych województw.

Leczenie osób dorosłych w szpitalach z noclegiem

W porównaniu z wynikami badania stanu zdrowia w 2009 r. osoby dorosłe leczyli się nieznacznie częściej. W okresie 12 miesięcy przed badaniem leczeniu szpitalnemu, związanemu z co najmniej 1 noclegiem, poddała się co ósma osoba dorosła.

Średni czas hospitalizacji osób dorosłych był znacznie dłuższy niż u dzieci i wyniósł prawie 11 dni na 1 osobę hospitalizowaną; dla osób co najmniej 60 letnich był jednakże dłuższy – 12 lub 13 dni w ciągu roku. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania osób hospitalizowanych można zauważyć, że najliczniej leczyli się w szpitalach dorośli mieszkańcy województwa

lubelskiego i podlaskiego (co najmniej 14% populacji dorosłych), a najrzadziej dorośli mieszkańcy województwa dolnośląskiego i warmińsko-mazurskiego – mniej niż 11%.

Leczenie dzieci w szpitalach z noclegiem

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS w szpitalach z noclegiem przebywało blisko co dziesiąte dziecko. Najczęściej hospitalizowane były dzieci najmłodsze – częściej niż co siódme, a najrzadziej 10-14-letnie. Chłopcy byli przyjmowani do szpitali z noclegiem nieco rzadziej niż dziewczynki, z wyjątkiem grupy dzieci najmłodszych w wieku 0-4 lata. Znacznie częściej również hospitalizowane były dzieci mieszkające w miastach. Średnia łączna liczba nocy przypadająca na 1 dziecko hospitalizowane wyniosła ponad 7 dni, czyli znacznie krócej niż u dorosłych (prawie 11 dni).

Najczęściej w szpitalach w warunkach całodobowych przebywały dzieci z województwa zachodniopomorskiego oraz dolnośląskiego – odpowiednio co piąte i co ósme, najrzadziej mieszkające w województwie podkarpackim (4%) i lubuskim (6%).

9.2. Leczenie w szpitalach dziennych (bez noclegu)

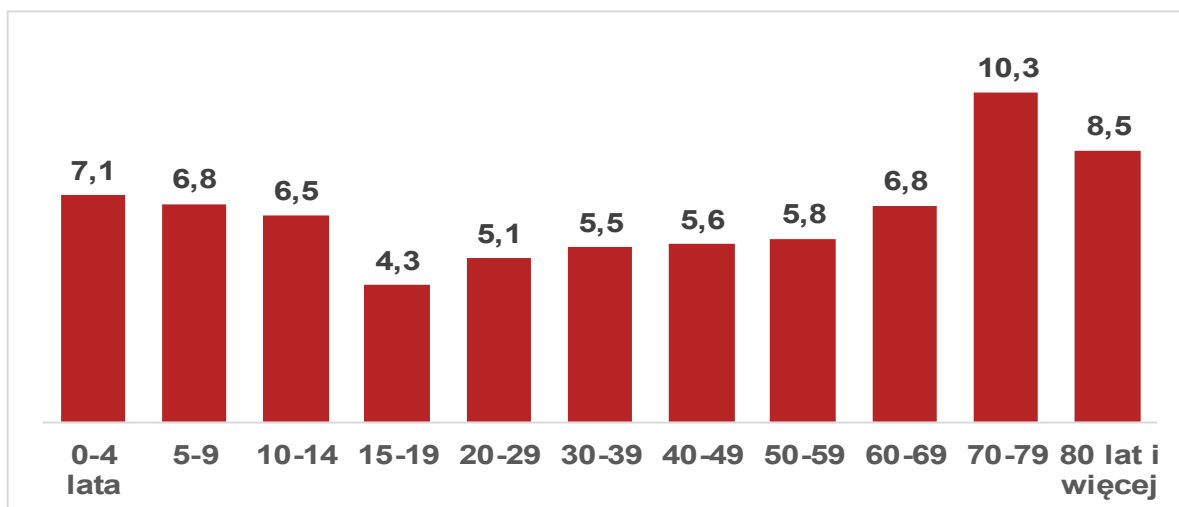
W badaniu uwzględniono również alternatywną formę leczenia szpitalnego, w tzw. szpitalach dziennych, gdzie pacjent przyjmowany jest rano do szpitala i po wykonaniu niezbędnych badań czy zabiegów wraca tego samego dnia do domu.

Jak wskazują wyniki badania ta forma leczenia szpitalnego staje się coraz bardziej powszechna. Skorzystało z niej ponad 6% mieszkańców Polski, tj. dwukrotnie więcej niż 5 lat temu.

Jednodniowej hospitalizacji w prawie równym stopniu poddawane były osoby dorosłe i dzieci, nieznacznie częściej dotyczyło to kobiet oraz mieszkańców miast. Podobnie jak w przypadku szpitali z noclegiem, z krótkiego leczenia w warunkach szpitalnych najczęściej korzystały osoby starsze, schorowane lub niepełnosprawne, choć z drugiej strony także dzieci do lat 15, zwłaszcza te najmłodsze.

Wzrost powszechności tej formy leczenia szpitalnego widać również w przekroju terytorialnym. Z pobytu dziennego w szpitalach stosunkowo najliczniej korzystali mieszkańcy województwa pomorskiego – ponad 9% mieszkańców, nieznacznie rzadziej mieszkańcy województwa śląskiego, dolnośląskiego, łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, lubelskiego i mazowieckiego – 6-7% mieszkańców, najrzadziej natomiast – mieszkańcy województwa świętokrzyskiego i podkarpackiego – poniżej 5% ludności tych województw.

Wykres 40. Częstość leczenia w szpitalach jednego dnia w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)



9.3. Wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu, rodzinnych lub pediatrów (lekarze POZ)

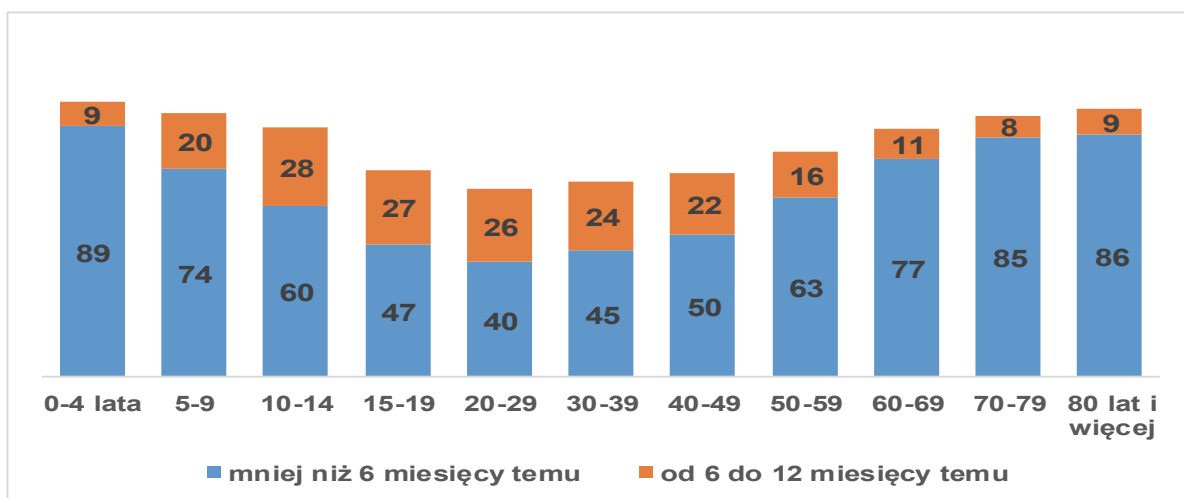
W ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie z usług lekarza pierwszego kontaktu czy rodzinnego, a w przypadku dzieci także pediatry, w warunkach ambulatoryjnych skorzystało ponad 79% ogółu ludności. Oznacza to, że do lekarzy udało się – przynajmniej jeden raz – ponad 30 mln osób, z tego większość w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Kolejne 7,8 mln osób w ciągu roku nie było ani razu u lekarza rodzinnego i najczęściej takie zachowanie obserwowano u mężczyzn, osób mieszkających na terenach wiejskich oraz mających dobry stan zdrowia.

Do lekarza pierwszego kontaktu częściej chodziły kobiety niż mężczyźni. Przynajmniej jeden raz w ciągu roku u lekarza było prawie 85% ogółu kobiet, podczas gdy wśród mężczyzn tylko 74%. Uwzględniając wiek można powiedzieć, że pomocy lekarza rodzinnego najczęściej potrzebują dwie grupy osób. Pierwsza to dzieci, zwłaszcza do 4. roku życia, a druga to osoby mocno dojrzałe i starsze (co najmniej 60-letnie).

93% dzieci odwiedziło lekarza pediatrę w ciągu roku. Najczęściej były to oczywiście dzieci najmłodsze (97% z grupy 0-4 lata) i 5-9-letnie (93%). Stosunkowo rzadziej chodziły do pediatry 10-14-latki (88%). Dawniej niż 1 rok przed badaniem było u pediatry co 15 badane dziecko. Chłopcy nieznacznie częściej chodzili do pediatry, z wyjątkiem grupy 10-14-latków, w której więcej dziewcząt korzystało z porad lekarskich.

W przypadku osób dorosłych z usług lekarza rodzinnego znacznie częściej korzystały kobiety niż mężczyźni, niezależnie od grupy wieku. Co szósta dorosła kobieta w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie leczyła się u lekarza rodzinnego, a wśród dorosłych mężczyzn – prawie co trzeci.

Wykres 41. Osoby chodzące do lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego, pediatry w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)



Analizując stan zdrowia osób chodzących do lekarzy nietrudno zauważyć, że osoby chore oraz o złym stanie zdrowia znacznie częściej korzystają z porad lekarzy rodzinnych.

Powyższe rozważania dotyczyły jedynie odsetka osób, które leczyły się u lekarzy POZ w ciągu ostatniego roku, ale nie uwzględniały intensywności leczenia, tj. liczby wizyt zrealizowanych w ciągu ostatnich 4 tygodni. Wśród ponad 30 mln osób korzystających z porad lekarza pierwszego kontaktu w ciągu ostatniego roku, prawie połowa (46%) osób odwiedzała lekarza w ciągu ostatniego miesiąca. Do pomiaru intensywności porad lekarskich dla tej grupy osób zastosowano prosty wskaźnik – średnią liczbę porad udzielonych przez lekarza w okresie ostatnich 4 tygodni przypadającą na 100 osób korzystających.

Jak pokazują dane stosunkowo intensywniej z usług lekarza w ciągu jednego miesiąca przed badaniem korzystały kobiety niż mężczyźni, mieszkańcy miast niż wsi i oczywiście osoby o nie najlepszym stanie zdrowia oraz dzieci najmłodsze i zdrowe. Mimo, że nie badano przyczyn wizyt lekarskich, można jednak stwierdzić, że obserwowane zachowania są prawidłowe i mają swoją przyczynę. Osoby starsze i schorowane często leczą się głównie u lekarza pierwszego kontaktu, a spektrum ich dolegliwości powoduje konieczność częstych wizyt (np. przedłużenie recepty na leki, skierowanie na badania). Natomiast wśród dzieci najmłodszych i nawet zdrowych częstym powodem odwiedzin u lekarza są okresowe badania profilaktyczne lub krótkotrwałe niedomaganie organizmu. Ponadto trzeba pamiętać, że badanie przeprowadzano w terminie jesiennym, w okresie zwiększonej zapadalności na przeziębienie czy też grypę.

Tabl. 20 Średnia liczba wizyt u lekarza POZ i specjalisty w ciągu ostatnich 4 tygodni

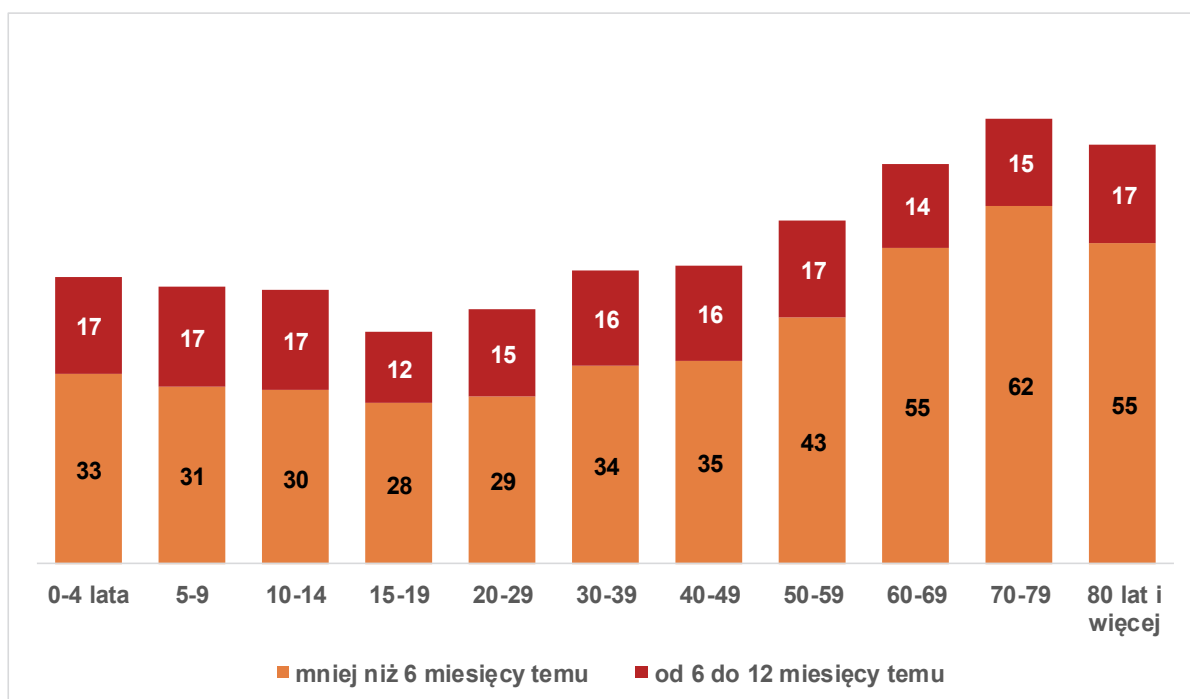
Wyszczególnienie	Średnia liczba wizyt u lekarza:			
	POZ (ogólnego, I kontaktu czy pediatry)		specjalisty	
	na 100 osób korzystających	na 100 osób	na 100 osób korzystających	na 100 osób
Ogółem	83	49	84	33
miasta	84	53	88	38
wieś	80	45	76	24
Subpopulacja				
dzieci	70	52	61	19
dorośli	85	49	87	35
Płeć				
mężczyźni	80	43	80	26
kobiety	85	56	88	38
Wiek				
0-4 lata	84	74	65	21
5-9	67	49	56	17
10-14	52	32	65	19
15-19	59	27	68	19
20-29	65	26	82	23
30-39	68	30	81	27
40-49	78	39	84	29
50-59	86	54	90	38
60-69	98	75	91	49
70-79	113	95	103	63
80 lat i więcej	112	96	90	49
Ocena stanu zdrowia				
bardzo dobre i dobre	64	32	70	19
takie sobie, ani dobre ani złe	96	76	90	52
złe i bardzo złe	124	110	111	80
brak danych	74	51	85	34
Długotrwałe problemy zdrowotne				
z problemami zdrowotnymi	94	72	89	51
bez problemów zdrowotnych	59	25	68	13
brak danych	53	30	76	25
Choroby i dolegliwości przewlekłe				
chorujący przewlekłe	94	70	89	50
nie chorujący przewlekłe	60	25	68	13
Sprawność				
niesprawni	114	98	106	75
sprawni	75	42	78	26

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że z usług lekarza pierwszego kontaktu/pediatry stosunkowo rzadko korzystali mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego i świętokrzyskiego (mniej niż 78% mieszkańców chociaż raz było u lekarza), najliczniej natomiast mieszkańcy województwa śląskiego, opolskiego i łódzkiego – ponad 80% z nich leczyło się w podstawowej opiece zdrowotnej w ciągu ostatniego roku.

9.4. Wizyty u lekarzy specjalistów

W okresie 12 miesięcy przed badaniem EHIS z usług lekarzy specjalistów skorzystało blisko 55% ogółu Polaków, w tym ponad 60% kobiet i tylko 48% mężczyzn. Kolejne 33% ludności u lekarza specjalisty było, ale znacznie wcześniej (ponad rok przed przeprowadzeniem wywiadu lub jeszcze dawnej), a co ósmy Polak swoim życiu nigdy się u takiego lekarza nie leczył i był to najczęściej mieszkaniec wsi (co szósta osoba).

Wykres 42. Osoby chodzące do lekarza specjalisty w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)



Z usług lekarzy specjalistów stosunkowo najliczniej korzystały dwie grupy osób: osoby dojrzałe i starsze (po 60 roku życia), a wśród dzieci zwłaszcza te najmłodsze (do 5 roku życia). Uwzględniając stan zdrowia osób chodzących do lekarzy specjalistów, można powiedzieć, że intensywność tej formy leczenia najwyższa była wśród chorujących przewlekle, niepełnosprawnych lub oceniających swoje zdrowie jako złe i bardzo złe. Prawie 85% osób niepełnosprawnych w ciągu ostatniego roku odwiedziło lekarza specjalistę, z tego znaczna większość (aż 70%) w ciągu ostatniego półrocza. Także 74% osób mających długotrwale problemy zdrowotne skorzystało z tych usług, a ponad połowa była u lekarza w ciągu ostatnich 6 miesięcy. W przypadku osób oceniających swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe odsetki osób udających się do lekarzy specjalistów wyniosły odpowiednio ponad 85% w skali ostatniego roku i ponad 70% w skali ostatniego półrocza.

Biorąc pod uwagę okres tylko ostatnich 6 miesięcy przed terminem badania EHIS można stwierdzić, że intensywność wizyt u lekarzy specjalistów kształtowała się na znacznie niższym poziomie niż w przypadku wizyt u lekarzy rodzinnych. Lekarzy specjalistów odwiedziło 39% ogółu populacji, natomiast lekarzy rodzinnych czy pediatrów – 60%, tj. o 20 pkt procentowych więcej. Tym niemniej biorąc pod uwagę jedynie liczbę wizyt zrealizowanych w okresie ostatnich 4 tygodni, można stwierdzić, że wizyt specjalistycznych było tyle samo co w podstawowej opiece zdrowotnej – na 100 osób leczących się w ostatnim miesiącu przypadało bowiem 84 wizyt opieki specjalistycznej i 83 wizyty w opiece podstawowej.

W ciągu 12 miesięcy przed badaniem u lekarza specjalisty było łącznie 48% dzieci w wieku 0-14 lat, natomiast dawniej – 26%. Prawie co czwarte dziecko nigdy w swoim życiu nie było leczone u specjalisty i najczęściej dotyczyło to dzieci najmłodszych.

Dzieci mieszkające w miastach częściej chodziły do lekarza specjalisty – w ciągu roku poprzedzającego badanie leczyło się u specjalisty 53% dzieci z miast i tylko 42% dzieci zamieszkujących na obszarach wiejskich. Nieco częściej byli u specjalisty chłopcy niż dziewczynki i dotyczy to wszystkich grup wieku.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można powiedzieć, że lekarzy specjalistów najczęściej odwiedzali mieszkańcy województwa lubelskiego, pomorskiego, śląskiego i mazowieckiego – nie mniej niż 57%. Najrzadziej natomiast – mieszkańcy województwa podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego, podlaskiego, małopolskiego i lubuskiego – w ciągu ubiegłego roku specjalistycznej pomocy lekarskiej poszukiwało mniej niż 52% ludności.

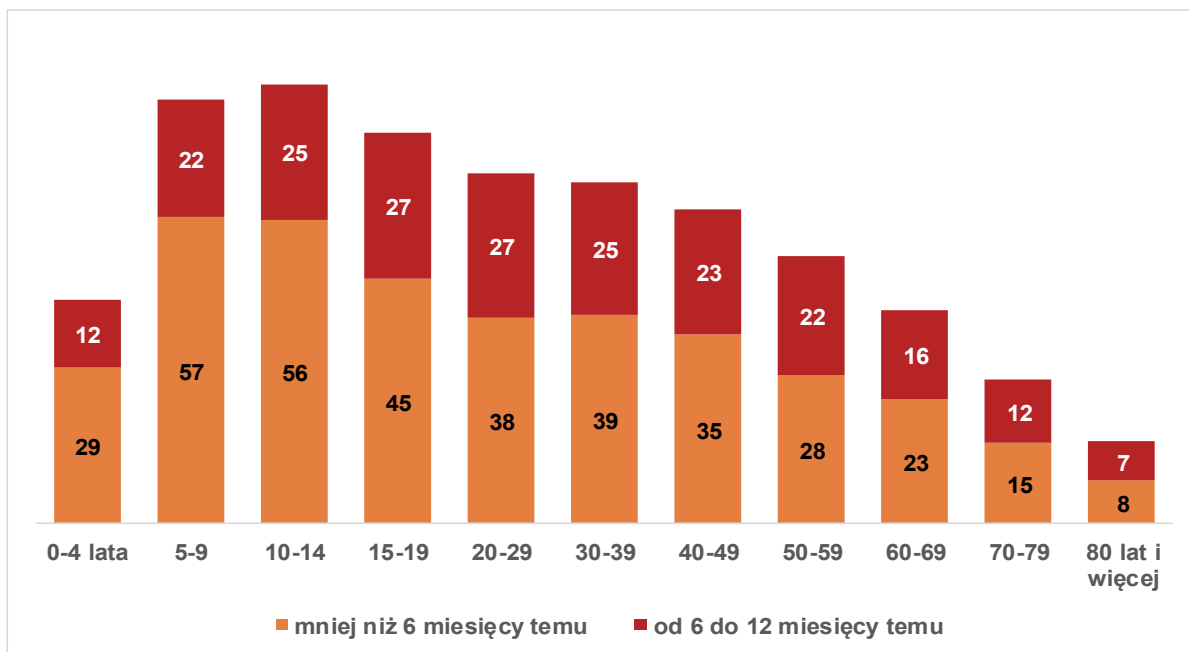
9.5. Wizyty u lekarzy dentystów osób w wieku 2 lat i więcej

Pytania o wizyty u dentystów dotyczyły osób w wieku 2 lat i więcej. Pominięto w badaniu dzieci małe, które bardzo często nie mają jeszcze wielu ząbków.

Dbłość Polaków o zęby poprawia się. Jak wynika z badania, z usług lekarzy stomatologów w ciągu ostatniego roku skorzystało prawie 20,4 mln osób w wieku 2 lat i więcej, tj. ponad 55% populacji (pięć lat wcześniej tylko 44%). Kolejne 42% było u takiego lekarza ponad rok temu lub dawniej, a 3% nigdy nie leczyło się u dentysty, lecz takie zachowanie obserwowano przede wszystkim wśród najmłodszych dzieci (2-4 letnich). Co trzeci mieszkaniec Polski był u dentysty w ciągu ostatniego półrocza, tj. zgodnie z zaleceniami dentystów.

Do lekarzy stomatologów częściej chodziły kobiety niż mężczyźni (o blisko 8 pkt procentowych więcej). Większą różnicę zaobserwowano uwzględniając w rozważaniach miejsce zamieszkania pacjentów. Wśród mieszkańców miast u dentysty w ciągu ostatniego roku nie było ponad 40% osób, podczas gdy w grupie osób żyjących na wsi – ponad połowa.

Wykres 43. Osoby chodzące do lekarza dentysty w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach)



Na podstawie analizy prowadzonej według wieku badanych można powiedzieć, że wraz z upływem lat życia zmniejszał się odsetek osób chodzących do lekarzy dentystów. Najliczniej do dentystów zgłaszały się dzieci w późnym wieku przedszkolnym oraz uczniowie szkół podstawowych. Najrzadziej natomiast osoby w podeszłym wieku (70-letnie lub starsze). Relacje te ilustruje powyższy wykres.

Uwzględniając poziom wykształcenia osób dorosłych nietrudno zauważyć, że osoby lepiej wykształcone bardziej dbają o swoje zęby. Tylko co czwarta osoba z wykształceniem wyższym nie była u dentysty w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a wśród osób z wykształceniem co najwyżej podstawowym co najmniej 2/3.

70% dzieci w wieku 2-14 lat było u dentysty lub ortodonta w ciągu badanego roku, a połowa wszystkich dzieci w okresie 6 miesięcy przed badaniem. Częściej niż co ósme dziecko odwiedziło dentystę co najmniej ponad 1 rok przed badaniem, a trochę częściej niż co piąte nigdy nie było u takiego lekarza. Najrzadziej chodzili do dentysty dzieci 2-4-letnie, najczęście zaś te z najstarszej grupy wieku.

W ostatnim EHIS nie odnotowano widocznej różnicy w korzystaniu z usług lekarzy tej specjalności w okresie 12 miesięcy przed wizytą ankietera w zależności od miejsca zamieszkania dziecka. Dentystę lub ortodontę odwiedziło 73% dzieci mieszkających w miastach i 68% mieszkających na wsi. W 2009 r. różnica ta była bardziej znacząca i wyniosła odpowiednio 60% i 51%.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można powiedzieć, że stosunkowo rzadziej z usług lekarza dentysty korzystały osoby z województwa świętokrzyskiego, kujawsko-pomorskiego i lubuskiego – mniej niż 50% mieszkańców powyżej 2-ego roku życia leczyło się u dentysty w ciągu ostatniego roku, najliczniej natomiast mieszkańcy województwa śląskiego, mazowieckiego, małopolskiego i łódzkiego – co najmniej 57%.

9.6. Stosowanie leków

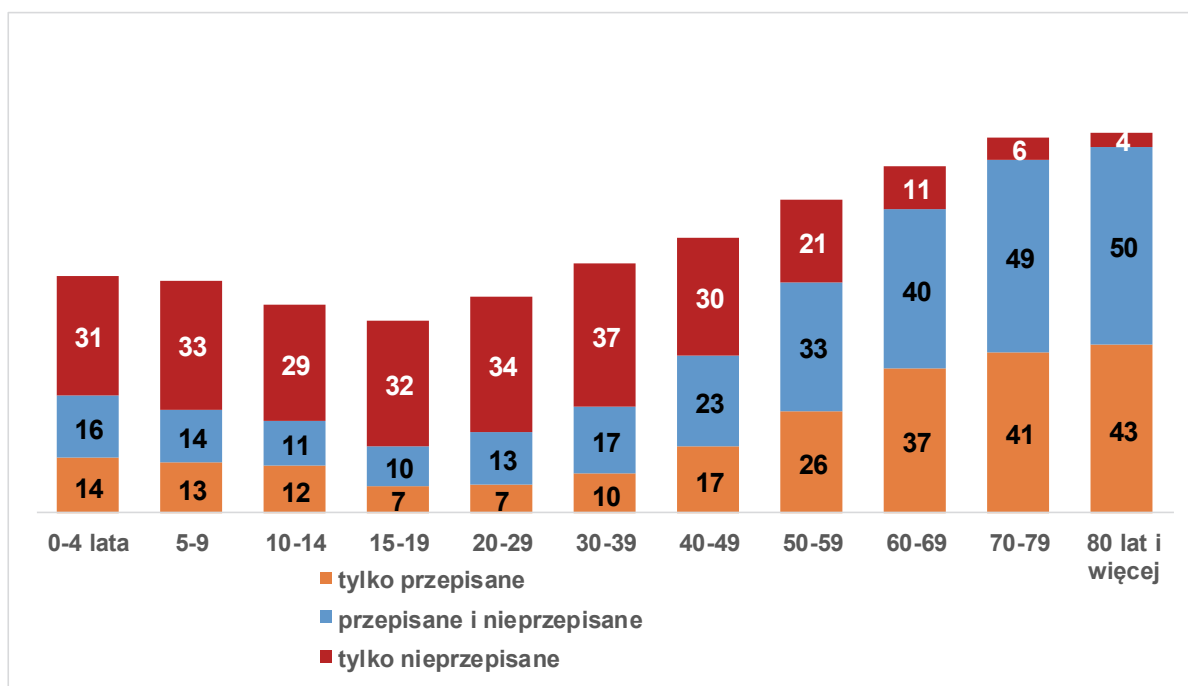
Ostatnia część bloku tematycznego dotyczącego szeroko pojętej konsumpcji usług medycznych obejmowała stosowanie leków, zarówno przepisanych przez lekarzy, jak i przyjmowanych „na własną rękę” w okresie ostatnich 2 tygodni. Pytania dotyczyły całej populacji, lecz zadawane były według dwóch odrębnych list leków. W przypadku osób dorosłych wymagane było jednak uzyskanie odpowiedzi bezpośredniej, a zatem na pytania dotyczące konsumpcji leków nie mogła odpowiadać osoba zastępcza, nawet jeśli była to osoba bardzo bliska i dobrze zorientowana. Analizując częstość zażywania leków należy pamiętać, że badanie zostało przeprowadzone jesienią, a zatem w sezonie przeziębień i wzmożonej zachorowalności na grypę, co może się wiązać ze znacznym wzrostem ogólnej liczby osób zażywających leki.

Jak wskazują wyniki badania, mieszkańcy Polski bardzo często zażywają leki, zarówno te przepisane przez lekarza, jak i brane na własną rękę. Na jesieni 2014 r. ponad 70% ludności Polski zażywało leki, równie często jak 5 lat temu. Leki znacznie częściej zażywali mieszkańcy miast niż wsi. W ciągu ostatnich 2 tygodni przed badaniem leki stosowało blisko 3/4 mieszkańców miast i 2/3 mieszkańców wsi.

Generalnie, Polacy coraz częściej leczą się samodzielnie, biorąc leki nieprzepisane przez lekarza; co czwarty mieszkaniec Polski zażywał tylko leki nie przepisane przez lekarza, także co czwarty zarówno przepisane na receptę lub nie przepisane, a tylko co piąty – wyłącznie leki przepisane przez lekarza.

Nadal leki częściej zażywane były przez kobiety i to niezależnie od ich miejsca zamieszkania (miasto czy wieś) – prawie 77% z nich stosowało różnego rodzaju medykamenty, podczas gdy wśród mężczyzn niespełna 63%. Analizując strukturę osób zażywających leki według wieku nietrudno zauważyć, że w młodszych rocznikach wieku (do 39 roku życia) stosunkowo często zażywano tylko leki nieprzepisane przez lekarza, zaś leki przepisane przez lekarza rzadziej.

Wykres 44. Zazywanie leków w ciągu ostatnich 2 tygodni według grup wieku (w odsetkach)



Natomiast w starszych grupach wieku, zwłaszcza po ukończeniu 50 roku życia, relacje te uległy odwróceniu. Coraz większa grupa osób kierowała się zaleceniami lekarskimi i zazywała tylko leki przepisane przez lekarza, choć równocześnie dużą grupę stanowią osoby, które zazywały zarówno leki przepisane, jak i nieprzepisane.

Analizując strukturę osób zazywających leki według wieku można zauważyć, że stosunkowo często leki zazywały dwie grupy, tj. dzieci do 9 roku życia oraz osoby co najmniej 50 letnie. Wśród osób dorosłych częstość stosowania lekarstw wzrasta wraz z wiekiem. Odsetek osób zazywających leki będących w wieku 50 lat i więcej jest już bardzo wysoki i wynosi od 79 do 97%, podczas gdy w grupach młodszych od 49 do 70%.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że relatywnie najczęściej leki zazywane były przez mieszkańców województwa łódzkiego i śląskiego – prawie 3/4 ludności, najrzadziej natomiast przez mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, świętokrzyskiego, podkarpackiego i wielkopolskiego – mniej niż 2/3 ludności.

Bezspornie stan zdrowia wpływa na częstość konsumpcji leków. Osoby o złym stanie zdrowia, tj. chore przewlekłe lub mające inne problemy zdrowotne muszą zazywać leki. Jak wskazują wyniki badania, w ciągu ostatnich 2 tygodni leki zazywało 90% osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi i 48% osób nie mających takich problemów.

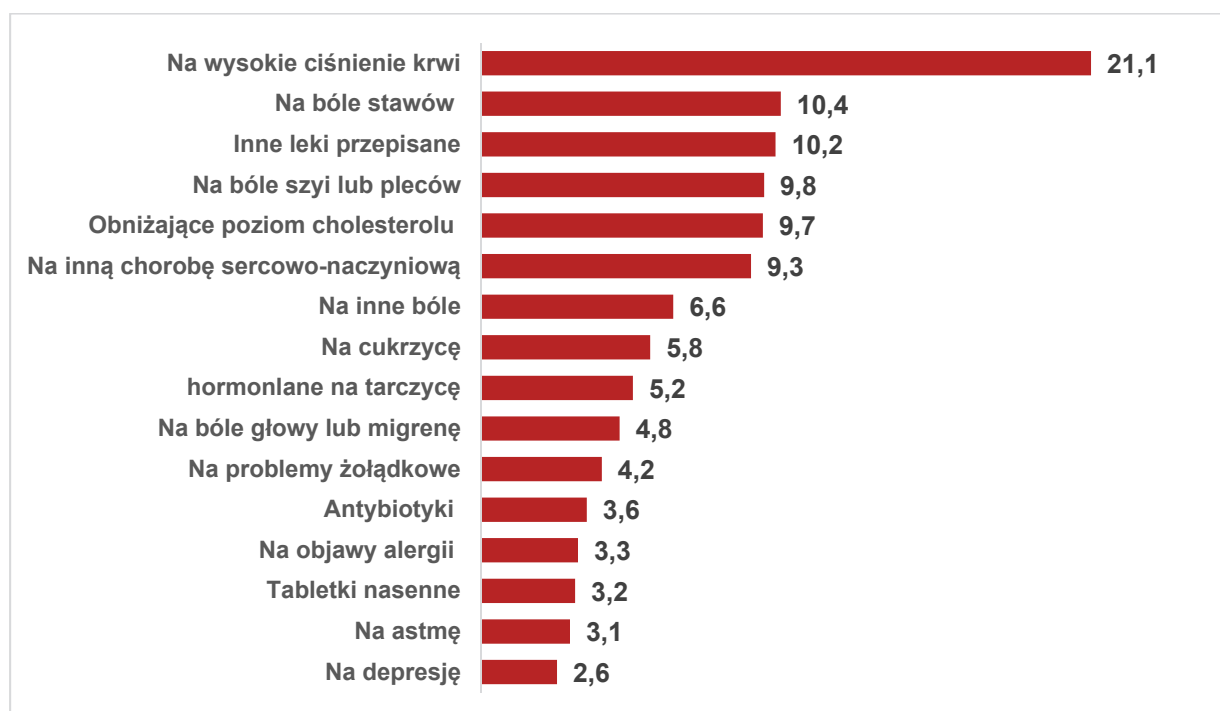
Oczywiście rodzaj zażywanych leków uzależniony jest od wieku i stanu zdrowia osób leczących się, a zatem celowa jest analiza struktury zażywanych leków dla dwóch odrębnych populacji – dzieci (do lat 15) oraz osób dorosłych.

Leki zażywane przez dorosłych

Dorosłym lekarze najczęściej przepisywali leki obniżające ciśnienie krwi; przyjmowało je ponad 21% osób w wieku 15 lat i więcej. Nieznacznie rzadziej lekarze przepisywali leki na bóle stawów, obniżające poziom cholesterolu, leki kardiologiczne oraz leki na bóle szyi, pleców. Tego typu leki przepisane przez lekarza zażywało 9-10% dorosłych mieszkańców Polski.

Osobom młodym do 40 roku życia lekarze najczęściej ordynowali antybiotyki, na objawy alergii oraz hormonalne na tarczycę. Osobom w wieku średnim między 40 a 59 rokiem życia – najczęściej leki obniżające poziom ciśnienia krwi, na bóle pleców lub szyi czy też stawów oraz obniżające poziom cholesterolu. Natomiast osobom starszym (60 lat lub więcej), oprócz ww. leków, także inne leki kardiologiczne, na cukrzycę, problemy żołądkowe oraz tabletki nasenne.

Wykres 45. Rodzaje leków najczęściej przepisywanych przez lekarza osobom dorosłym (w odsetkach)



W strukturze leków kupowanych bez recepty lekarskiej dominowały witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające. Zażywała je więcej niż 1/4 dorosłych Polaków. W następnej kolejności kupowane były leki przeciwbólowe (głównie na bóle głowy lub migrenę) oraz leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła, co ma swoje uzasadnienie, bowiem termin badania zbiegł się z okresem nasilenia występowania takich dolegliwości.

Warto zauważyć, że biorąc pod uwagę całą populację (zarówno zażywających leki, jak i niezażywających), to kobiety znacznie częściej niż mężczyźni stosowały wszystkie rodzaje leków z badanych list i równocześnie prawie 2-krotnie częściej (niż mężczyźni) zażywały leki na bóle głowy lub migrenę (zwłaszcza te nieprzepisane), przeciwdepresyjne, a także nasenne i uspokajające oraz na bóle stawów, szyi lub pleców.

Uwzględniając miejsce zamieszkania można stwierdzić, że stosunkowo często leki zażywali dorośli mieszkańcy województwa łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, pomorskiego, podlaskiego i śląskiego – co najmniej 75% dorosłych osób, a najrzadziej mieszkańcy województwa świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego – mniej niż 68% ogółu dorosłych osób.

Leki zażywane przez dzieci

W ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie leki przyjmowało prawie 58% dzieci, z tego blisko co trzecie dziecko – wyłącznie leki nie przepisane przez lekarza. Leki przepisane przez lekarza stosowała ponad ¼ dzieci w wieku 0-14 lat. Na 1000 dzieci stosujących leki przepisane na receptę 480 przyjmowało leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła, 319 antybiotyki, a 301 leki przeciwalergiczne. Leki przepisane przez lekarza nieco częściej podawano dzieciom najmłodszym z grupy 0-4 lata.

Leki kupowane bez recepty przyjmowała blisko połowa badanych dzieci. Spośród tych leków najczęściej stosowane były witaminy, preparaty mineralne i środki wzmacniające – korzystało z nich 715 dzieci na 1000 stosujących leki – oraz środki na przeziębienie, grypę lub ból gardła (501). Nieznacznie częściej stosowano je u dzieci 5-9-letnich.

Należy również podkreślić dość wysoki poziom konsumpcji leków na bóle głowy, migrenę lub inne bóle wśród dzieci w wieku 10-14 lat, zwłaszcza tych nieprzepisanych na receptę.

Najczęściej w badanym okresie leki stosowały dzieci mieszkające w województwie łódzkim i śląskim (ponad 65%), zaś najrzadziej dzieci z województwa warmińsko –mazurskiego – mniej niż połowa z nich.

9.7. Opóźnienie w dostępie do opieki zdrowotnej oraz możliwości sfinansowania opieki zdrowotnej

Wszystkim osobom objętym badaniem zadano pytania dotyczące wystąpienia opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę oraz zbyt dużej odległości czy problemów z transportem. Opóźnienie odnosiło się zarówno do przypadku nieuzyskania opieki zdrowotnej w ogóle (do czasu wywiadu), ale również uzyskanie

jej niewystarczająco szybko. Ponadto zadano dodatkowe pytanie dotyczące możliwości sfinansowania kilku wybranych potrzeb zdrowotnych.

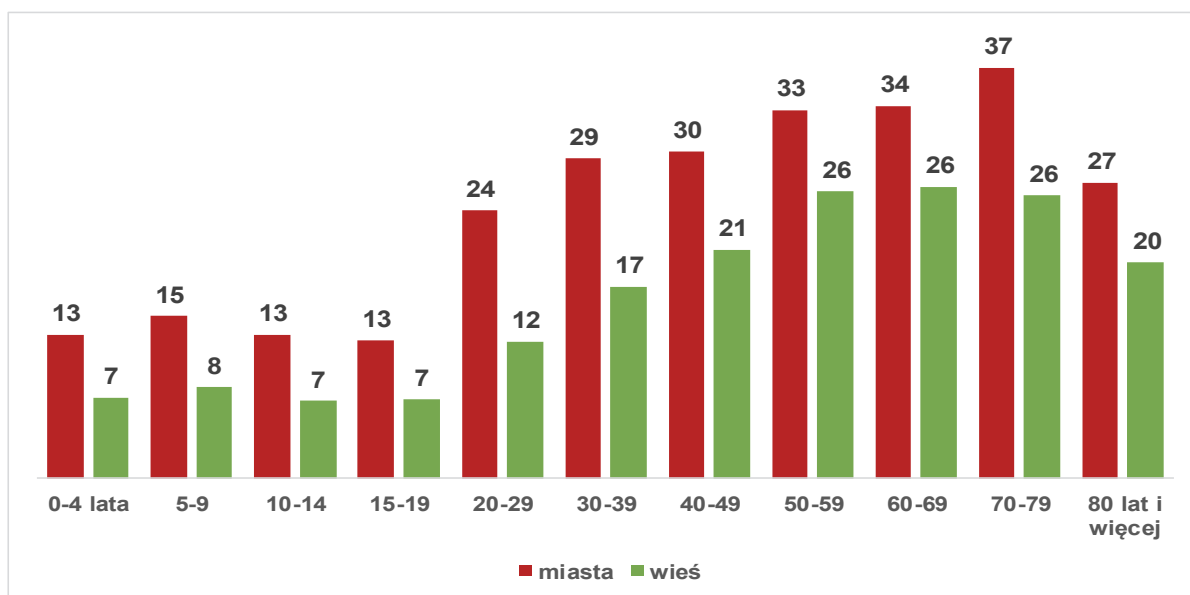
Termin opieka zdrowotna obejmuje opiekę leczniczą, rehabilitacyjną, długoterminową opiekę zdrowotną, usługi pomocnicze oraz wyroby i dobra medyczne (np. leki na receptę, okulary). Opieka ta jest świadczona dla różnych celów (lecznicza, rehabilitacyjna, długoterminowa) i na różne sposoby (szpitalna, ambulatoryjna, dzienna, domowa). Należało wziąć pod uwagę tylko opóźnienie, które stanowiło kłopot dla respondenta lub mogło spowodować dalsze znaczące pogorszenie jego zdrowia lub dodatkowy problem zdrowotny. Oczywiście jest zatem, że opinie na temat opóźnień nie obejmują całej populacji, ale tylko tych, którzy jej potrzebowali.

Długi okres oczekiwania na opiekę zdrowotną to m.in. opóźnienie w uzyskaniu terminu wizyty wystarczająco szybko, osoba będąca na liście oczekujących, ale potrzebująca pilnej opieki, osoba zniechęcona do szukania opieki z powodu długich list oczekujących, lek niedostępny od ręki w zapasach apteki w przypadku rzeczywistej potrzeby.

Jak wskazują wyniki badania, w ciągu ostatnich 12 miesięcy opóźnienia z powodu długiego okresu oczekiwania sygnalizowała blisko 1/4 osób potrzebujących opieki zdrowotnej (prawie 7,2 mln osób). Sytuacja taka zdarzała się znacznie częściej osobom w wieku 15 lat i starszym (26%) niż dzieciom (tylko co dziesiątemu dziecku). Jak widać na poniższym wykresie stosunkowo mało negatywnych ocen dotyczyło dzieci i osób bardzo młodych, w kolejnych rocznikach udział doświadczających opóźnień rósł i nieznacznie spadał dopiero w grupie najstarszych seniorów. Relatywnie ten problem sygnalizowali znacznie częściej mieszkańcy miast niż wsi (odpowiednio 27% i 18%), nieznacznie częściej kobiety niż mężczyźni i co może zaskakiwać, osoby albo bardzo dobrze wykształcone, albo z wykształceniem bardzo niskim.

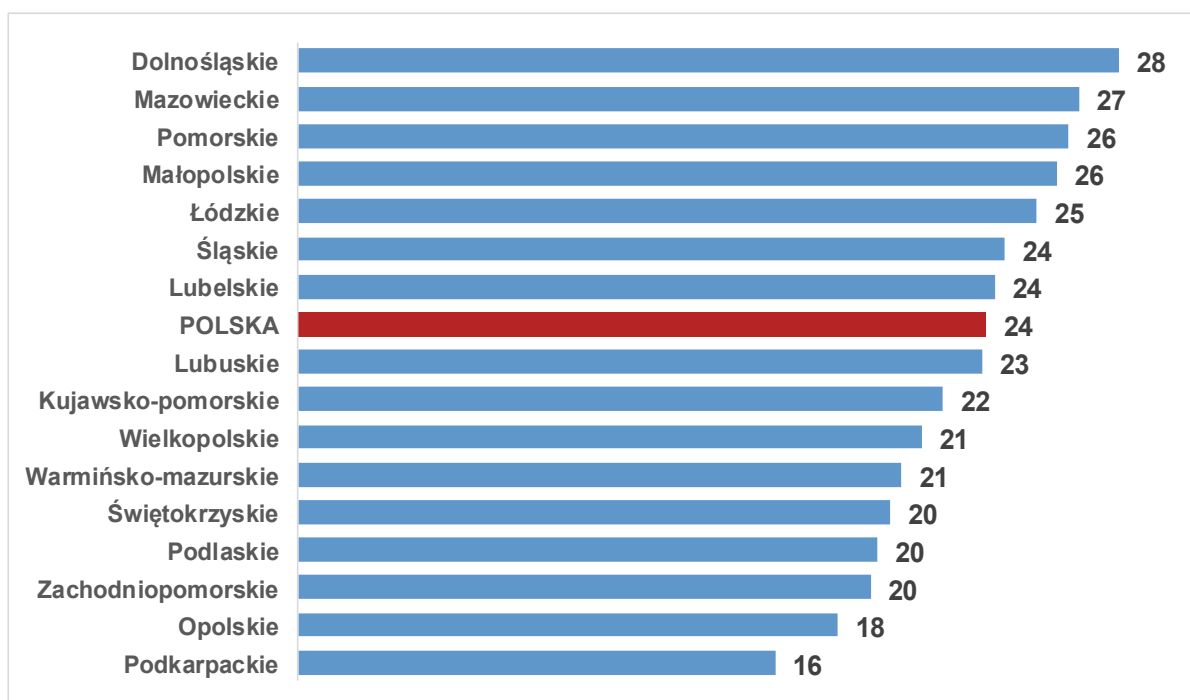
Doświadczenia opóźnień w opiece zdrowotnej sygnalizowane były głównie przez osoby o gorszym stanie zdrowia; dotyczyło to zwłaszcza osób starszych, schorowanych czy niesprawnych, bo te grupy wymagają znacznej i intensywniejszej opieki zdrowotnej. Nie oznacza to, że osoby nawet bardzo zdrowe, bez długotrwałych problemów zdrowotnych negatywnych doświadczeń nie miały; oczywiście, że tak, lecz ich skala była znacznie mniejsza.

Wykres 46. Doświadczający opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu długiego czasu oczekiwania wg grup wieku (w odsetkach osób potrzebujących)



Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne zamieszkania osób doświadczających opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania można stwierdzić, że ten problem relatywnie często sygnalizowali mieszkańcy województwa małopolskiego, pomorskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego – co najmniej 25% potrzebujących, najrzadziej natomiast mieszkańcy województwa podkarpackiego i opolskiego – 16% lub 18% potrzebujących.

Wykres 47. Doświadczający opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu długiego czasu oczekiwania wg województw (w odsetkach osób potrzebujących)



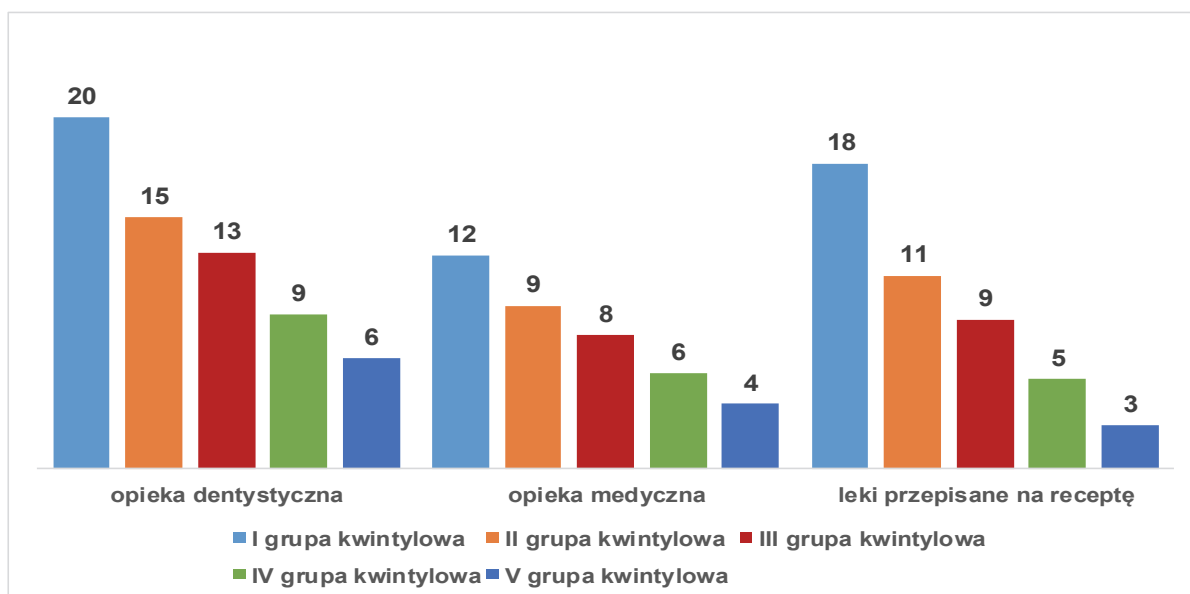
Jak wynika z badania, zbyt duża odległość lub problemy z transportem nie są ważnymi przyczynami opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej. Ten problem zgłosiło niespełna 4% badanych osób. Grupa z takim problemem liczyła nieco ponad 1 mln osób. Najczęściej tę okoliczność podawały osoby najstarsze, co najmniej 80-letnie – prawie co dziesiąta potrzebująca w tej grupie wieku. Nieznacznie częściej takie deklaracje zgłaszały osoby mieszkające na wsi, zwłaszcza na obszarach rzadko zaludnionych oraz oczywiście osoby niesprawne czy też o złym stanie zdrowia

Powody finansowe opóźnienia w dostępie do wybranych form opieki zdrowotnej ujmują zarówno brak pieniędzy, opiekę nie objętą ubezpieczeniem zdrowotnym jak również zbyt kosztowną jak na możliwości danej osoby.

Wyniki badania pokazują, że najczęściej respondentów nie stać było na opiekę dentystyczną – stwierdził tak blisko co ósmy potrzebujący. Co 13 potrzebujący nie mógł pozwolić sobie na opiekę medyczną sprawowaną przez lekarza, a prawie co 12 na wykupienie leków przepisanych na receptę. Natomiast koszty opieki nad zdrowiem psychicznym były zbyt wysokie tylko dla prawie 4% potrzebujących. W przypadku każdej z wymienionych form opieki zdrowotnej dostęp ograniczony możliwościami finansowymi dotyczył w znacznie większym stopniu dorosłych niż dzieci, a także znacznie częściej mieszkańców miast niż wsi, za wyjątkiem możliwości wykupienia lekarstw na receptę. Brak pieniędzy na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych deklarowały wyraźnie częściej osoby bezrobotne i bierne zawodowo, a zwłaszcza osoby ubogie o najniższym dochodzie ekwiwalentnym.

Dane przedstawione na poniższym wykresie dobitnie pokazują, że brak możliwości sfinansowania potrzeb zdrowotnych w znacznym stopniu dotyczył osób najuboższych i ubogich. W przypadku osób zaliczonych do I grupy kwintylowej rezygnacja z powodów finansowych dotyczyła bowiem co piątej osoby potrzebującej opieki dentystycznej (w większości przypadków odpłatnej), blisko co ósmej potrzebującej opieki lekarskiej oraz blisko co szóstej mającej receptę do wykupienia. W przypadku osób z V grupy kwintylowej (najzamożniejszych) przypadki rezygnacji z powodów finansowych oczywiście występowały lecz w znacznie mniejszej skali (3-krotnie rzadziej w odniesieniu do opieki lekarskiej czy dentystycznej i 6-krotnie rzadziej w przypadku możliwości wykupienia lekarstw na receptę).

Wykres 48. Brak możliwości sfinansowania potrzeb zdrowotnych według grup kwintylowych (w odsetkach osób potrzebujących)

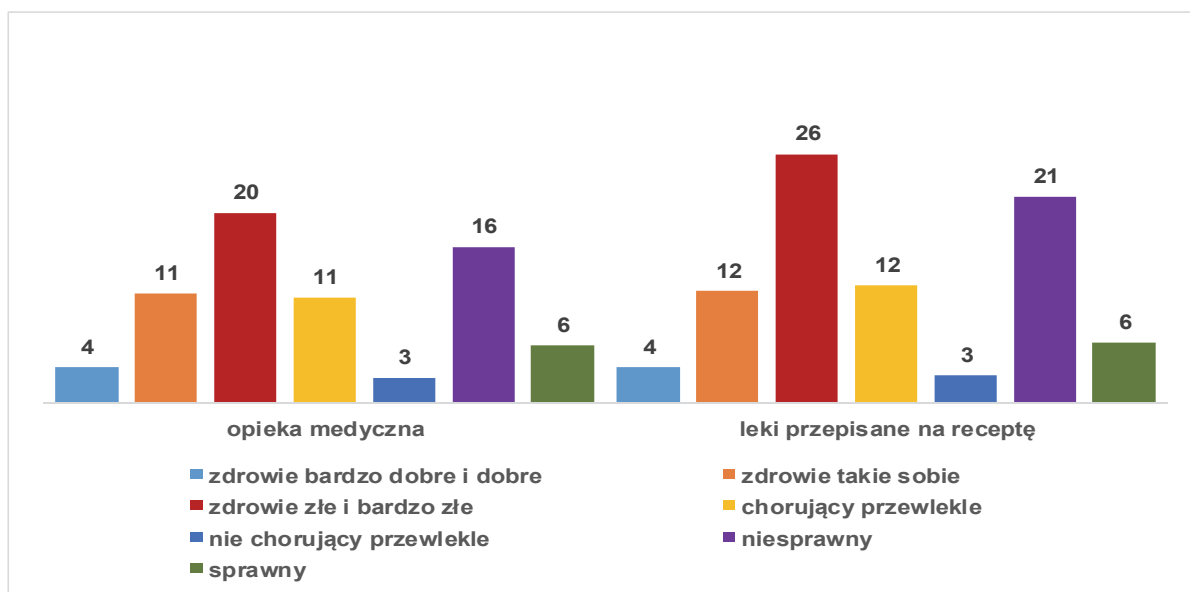


Biorąc pod uwagę tylko dwie najważniejsze potrzeby zdrowotne – sfinansowanie opieki lekarskiej i możliwość wykupienia leków na receptę – można stwierdzić, że osoby o złym stanie zdrowia, chore przewlekłe czy też niesprawne znacznie częściej musiały z nich rezygnować niż osoby nie mające takich problemów. Wyraźnie pokazuje to poniższy wykres.

Co piątą osobę o złym i bardzo złym stanie zdrowia potrzebującą pomocy lekarza nie było stać na opiekę lekarską, a co czwarta miała problemy z wykupieniem leków na receptę. Wśród osób przewlekłe chorych takie przypadki występowały u co dziewiątej osoby potrzebującej, a wśród niesprawnych jeszcze częściej – co szóstej w odniesieniu do opieki lekarskiej i co piątej w przypadku zakupu leków na receptę. Ten wykres wyraźnie wskazuje na poważne problemy finansowe osób chorych, o nienajlepszym stanie zdrowia, których potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej są bardzo duże i medycznie uzasadnione.

Analizując rozkład odpowiedzi w przekroju terytorialnym można stwierdzić, że problemy ze sfinansowaniem opieki lekarskiej czy wykupieniem leków na receptę rejestrowano głównie u mieszkańców województwa łódzkiego, małopolskiego czy podkarpackiego, najrzadziej natomiast wśród zamieszkujących województwo opolskie. W przypadku opieki dentystycznej niemożność zaspokojenia tej potrzeby zgłaszali najczęściej mieszkańcy województwa łódzkiego czy dolnośląskiego (ponad 14% potrzebujących), zaś najrzadziej województwa opolskiego (mniej 8% potrzebujących).

Wykres 49. Brak możliwości sfinansowania dwóch potrzeb zdrowotnych według stanu zdrowia (w odsetkach osób potrzebujących)



Przedstawiając powyższe należy jednakże podkreślić, że rodzice stosunkowo rzadko podawali brak pieniędzy jako powód opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej dla swoich dzieci. Problem ten dotyczył głównie opieki dentystycznej – nie stać było na nią rodziców blisko co dziesiątego potrzebującego dziecka w województwie wielkopolskim i prawie co 12 w dolnośląskim. Najrzadziej zdarzało się to w województwie podlaskim. Trudności z wykupieniem dla dzieci leków na receptę najczęściej zgłaszali rodzice z województwa lubelskiego, zachodniopomorskiego czy łódzkiego (7% przypadków), a wyjątkowo rzadko z województwa opolskiego czy śląskiego. Brak pieniędzy na opiekę lekarza deklarowali przede wszystkim rodzice z województwa lubelskiego i zachodniopomorskiego. W najmniejszym stopniu problem ten występował u dzieci zamieszkałych w województwie warmińsko-mazurskim.

EHIS-1

EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA KWESTIONARIUSZ GOSPODARSTWA DOMOWEGO

2014 r.

Symbol terytorialny		SYMBOL
Nr rejonu statystycznego i nr obwodu		REJON
Numer wylosowanego mieszkania w obwodzie		NRM
Liczba gospodarstw domowych w mieszkaniu		LGD
Numer gospodarstwa domowego w mieszkaniu		NRG
Liczba osób w gospodarstwie domowym		LOS
W tym liczba dzieci w wieku 0–14 lat		LDZ
Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)		DATA
Nr wizyty		NRWIZYT

Przyczyny niezrealizowania wywiadu

1. Brak wylosowanego adresu
2. Brak możliwości dotarcia do mieszkania
3. Mieszkanie niezamieszkane długotrwale (powyżej 3 miesięcy)
4. Mieszkanie niezamieszkane, czasowa nieobecność (do 3 miesięcy)
5. Brak kontaktu z gospodarstwem z powodu starszego wieku, alkoholizmu lub choroby jego członków
6. Brak kontaktu z gospodarstwem z powodu braku znajomości języka polskiego
7. Brak kontaktu z gospodarstwem z innych powodów
8. Długotrwała nieobecność gospodarstwa (powyżej 3 miesięcy)
9. Krótkotrwała nieobecność gospodarstwa (do 3 miesięcy)
10. Odmowa wzięcia udziału w badaniu wyrażona przez całe gospodarstwo domowe
11. Inne niż wymienione wyżej

PRZYCZ	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

Nr osoby udzielającej odpowiedzi dot. gospodarstwa domowego		NRODP
Czas trwania wywiadu o gospodarstwie domowym		CZAS
Numer ankietera	- -	ANKIET

Dział I. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA

0	0	1	2.1	2.2	2.3	3
Nr osoby w gospodarstwie domowym	Imię lub inne określenie osoby	Płeć	Nr osoby, która jest małżonkiem (partnerem)	Nr osoby, która jest matką (macochą)	Nr osoby, która jest ojcem (ojczymem)	Stopień pokrewieństwa do pierwszej osoby
		1. Mężczyzna 2. Kobieta				01 – osoba odnie- sienia 02 – mąż/żona, partner/partnerka 03 – syn/córka 04 – ojciec/matka 05 – teść/teściowa 06 – zięć/synowa 07 – brat/siostra 08 – dziadek/babka, pradziadek/ prababka 09 – wnuk/wnuczka, prawnuk/ prawnuczka 10 – inny krewny 11 – osoba niespokrew- niona
			Jeśli w gospodarstwie domowym nie ma małżonka/partnera lub ojca/matki danej osoby wpisać 00			
A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
01						0 1
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

4.1		4.2	4.3	5	6	7	8
Data urodzenia			Kraj urodzenia	Poziom najwyższego ukończonego wykształcenia (dla osób w wieku 13 lat i więcej)	Czy Pan/Pani uczy się w szkole?	Rodzaj szkoły, w której Pan/Pani się uczy	
dzień	miesiąc	rok	1 – Polska 2 – EU 3 – inny kraj 9 – nie wie lub odmowa <u>Jeśli wystąpi symbol 2 wpisujemy obok kod kraju należącego do Unii Europejskiej:</u> AT – Austria IE – Irlandia BE – Belgia LT – Litwa BG – Bułgaria LU – Luxemburg CY – Cypr LV – Łotwa HR – Chorwacja MT – Malta CZ – Republika Czeska DE – Niemcy DK – Dania PT – Portugalia EE – Estonia RO – Rumunia FI – Finlandia SK – Słowacja FR – Francja SI – Słowenia EL – Grecja SE – Szwecja ES – Hiszpania HU – Węgry NL – Holandia IT – Włochy UK – Wielka Brytania	00 – bez wykształcenia 10 – podstawowe 20 – gimnazjalne 31 – zasadnicze zawodowe 32 – średnie ogólnokształcące 35 – średnie zawodowe 40 – średnie – policealne, pomaturalne 50 – średnie – po kolegium nauczycielskim, języków obcych lub dla pracowników służb społecznych 60 – wyższe – z tytułem licencjata, inżyniera 70 – wyższe – z tytułem magistra, lekarza lub równorzędny 80 – wyższe – ze stopniem co najmniej doktora. 99 – nie wie lub odmowa	1 – tak 2 – nie → 9 pyt.	10 – szkoła podstawowa (co najmniej w I klasie) 20 – gimnazjum 31 – zasadnicza szkoła zawodowa 32 – liceum ogólnokształcące 35 – technikum (także uzupełniające) 40 – szkoła policealna 50 – kolegium nauczycielskie, języków obcych lub dla pracowników służb społecznych 60 – wyższa – studia licencjackie lub inżynierskie 66 – studia podyplomowe 70 – wyższa – studia magisterskie 80 – studia doktoranckie 99 – nie wie lub odmowa	
Jeśli nie pamięta dnia i miesiąca urodzenia wpisać 30 06. Obowiązkowo należy wpisać rok urodzenia – nawet na podstawie szacunku ankietera			Oznacza kraj zamieszkania matki w momencie urodzenia dziecka, według granic obowiązujących w trakcie przeprowadzania badania	ANKIETER: KARTA A1	Dla osób urodzonych przed 01.07. 2008 r.		
A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				
			→ jeśli 2 to				

0	0	9	10	11	12
Nr osoby w gospodarstwie domowym	Imię lub inne określenie osoby	Stan cywilny prawny	Czy żyje Pan/Pani w związku z osobą z tego gospodarstwa?	Kraj obywatel- stwa	Kraj stałego zamieszkania
		10 – kawaler/ panna 20 – żonaty/ zameężna 30 – wdowiec/ wdowa 41 – rozwiedzio ny/ rozwiedzio na 42 – w separacji prawnej 99 – nie wie lub odmowa	1 – tak, formalnym 2 – tak, nieformalnym 3 – nie 9 – nie wie lub odmowa	1 – Polska 2 – EU 3 – inny kraj 9 – nie wie lub odmowa	1 – Polska → pyt.13 2 – EU → pyt.14 3 – inny kraj → pyt.14 9 – nie wie lub odmowa_ → pyt. 15 <u>Jeśli wystąpi symbol 2 wpisujemy obok kod kraju należącego do Unii Europejskiej:</u> AT – Austria IE – Irlandia BE – Belgia LT – Litwa BG – Bułgaria LU – Luxemburg CY – Cypr LV – Łotwa HR – Chorwacja MT – Malta CZ – Republika DE – Niemcy Czeska PT – Portugalia DK – Dania RO – Rumunia EE – Estonia SK – Słowacja FI – Finlandia SI – Słowenia FR – Francja SE – Szwecja EL – Grecja HU – Węgry ES – Hiszpania IT – Włochy NL – Holandia UK – Wielka Brytania <u>Jeśli wystąpi symbol 3 wpisujemy obok kod tylko dla kraju:</u> UA – Ukraina BY – Białoruś TR – Turcja VN – Wietnam RU – Rosja CN – Chiny US – Stany Zjednoczone
		Dla osób w wieku 15 lat i więcej		Według granic obowiązują- cych w trakcie przeprowadza- nia badania	
A1	A2	A15	A16	A17	A18
01					→ jeśli 2 lub 3 to
02					→ jeśli 2 lub 3 to
03					→ jeśli 2 lub 3 to
04					→ jeśli 2 lub 3 to
05					→ jeśli 2 lub 3 to
06					→ jeśli 2 lub 3 to
07					→ jeśli 2 lub 3 to
08					→ jeśli 2 lub 3 to
09					→ jeśli 2 lub 3 to
10					→ jeśli 2 lub 3 to
11					→ jeśli 2 lub 3 to
12					→ jeśli 2 lub 3 to
13					→ jeśli 2 lub 3 to
14					→ jeśli 2 lub 3 to
15					→ jeśli 2 lub 3 to

Pytania 15–21 należy zadać tylko osobom w wieku 15 lat i więcej.

0	0	15	16	17	18
Nr osoby w gospodarstwie domowym	Imię lub inne określenie osoby	Czy Pan/Pani uważa się głównie za? ANKIETER: KARTA A2	Czy w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał(-ła) Pan/Pani pracę przynoszącą zarobek lub dochód, bądź pomagał(-ła) nieodpłatnie w rodzinnej działalności gospodarczej?	Czy kiedykolwiek wykonywał(-ła) Pan/Pani pracę przynoszącą zarobek lub dochód, bądź pomagał(-ła) nieodpłatnie w rodzinnej działalności gospodarczej?	W jakim wymiarze godzin Pan/Pani pracuje/ pracował(-ła) w głównym miejscu pracy
		10 – osobę pracującą (także pomagającą w rodzinnej działal- ności na własny rachunek lub będącą na praktykach lub płatnym stażu) → pyt. 18 20 – osobę bezrobotną 31 – ucznia, studenta (także osobę dokształcającą się lub na bezpłatnym stażu) 32 – osobę na emeryturze (także na wcześniej- szej emeryturze lub osobę, która zakoń- czyła działalność gospodarczą) 33 – osobę trwale niezdolną do pracy 35 – osobę prowadzącą gospodarstwo domowe (zajmującą się domem, rodziną) 36 – osobę nieaktywną zawodowo z innych powodów 99 – nie wie lub odmowa	1 – tak → pyt. 18 2 – nie 9 – nie wie lub odmowa	1 – tak → pyt. 18 2 – nie → pyt. 22 9 – nie wie lub odmowa → pyt. 22	1 – w pełnym wymiarze godzin 2 – w niepełnym wymiarze godzin 9 – nie wie lub odmowa
A1	A2	A22	A23	A24	A25
01		☐	☐	☐	☐
02		☐	☐	☐	☐
03		☐	☐	☐	☐
04		☐	☐	☐	☐
05		☐	☐	☐	☐
06		☐	☐	☐	☐
07		☐	☐	☐	☐
08		☐	☐	☐	☐
09		☐	☐	☐	☐
10		☐	☐	☐	☐
11		☐	☐	☐	☐
12		☐	☐	☐	☐
13		☐	☐	☐	☐
14		☐	☐	☐	☐
15		☐	☐	☐	☐

Pytania 15–21 należy zadać tylko osobom w wieku 15 lat i więcej.

19	20	21	22									
Jaki jest/był Pana/Pani status zatrudnienia w głównym miejscu pracy?	W jakim zawodzie Pan/Pani pracuje lub ostatnio pracował(-ła) w głównym miejscu pracy?	Jaki rodzaj działalności prowadzi/prowadziła instytucja (firma), która jest/była ostatnio Pana/Pani głównym miejscem pracy?	Przyczyna niewypełnienia kwestionariusza EHIS-2 lub EHIS-3									
101 – pracujący na własny rachunek, niezatrudniający pracowników 102 – pracujący na własny rachunek – pracodawca 103 – pomagający członek rodziny 210 – pracownik najemny, z umową na czas nieokreślony 220 – pracownik najemny, z umową na czas określony 999 – nie wie lub odmowa			1 – Nieobecność do 12 miesięcy – przebywa w kraju 2 – Nieobecność powyżej 12 miesięcy – przebywa w kraju 3 – Nieobecność do 12 miesięcy – przebywa za granicą 4 – Nieobecność powyżej 12 miesięcy – przebywa za granicą 5 – Odmowa 6 – Inna przyczyna									
	99 – nie wie lub odmowa	00 – nie wie lub odmowa										
A26	A27	A28	A29									
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></</td></tr></table>				</								
			</									

Dział II. DOCHODY GOSPODARSTWA DOMOWEGO

ANKIETER: KARTA A3

A30

Jakie są źródła utrzymania gospodarstwa domowego?

Proszę zaznaczyć wszystkie źródła dochodów, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy były podstawą utrzymania gospodarstwa domowego.

1. Dochody z pracy najemnej w sektorze publicznym
2. Dochody z pracy najemnej w sektorze prywatnym
3. Dochody z pracy na rachunek własny poza rolnictwem
4. Dochody z pracy na rachunek własny w rolnictwie
5. Dochody z wynajmu
6. Dochody z własności
7. Emerytura (pracownicza, kombatancka, rolna)
8. Renta strukturalna
9. Renta z tytułu niezdolności do pracy, renta inwalidzka
10. Renta rodzinna
11. Renta socjalna
12. Zasiłek dla bezrobotnych
13. Świadczenia i zasiłki przedemerytalne
14. Świadczenia pomocy społecznej
15. Pozostałe źródła dochodów osobno nie wymienione
16. Nie wie lub odmowa

DOCH1

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

99

A31

A jakie było główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego?

Wpisać numer źródła

DOCH2

A32

Czy wie Pan/Pani, jakie są miesięczne dochody netto całego gospodarstwa (wszystkich członków gospodarstwa domowego) z miesiąca poprzedzającego miesiąc badania?

1. Tak

2. Nie

DOCH3

1

2

→ pyt. A34

A33

Jaki dochód netto uzyskało Pana/Pani gospodarstwo domowe w miesiącu poprzedzającym miesiąc badania?

Proszę uwzględnić dochody wszystkich członków gospodarstwa domowego, jak również przyznanych dla całego gospodarstwa domowego.

DOCH4

Wpisać kwotę

→ KONIEC WYWIADU

A34

Proszę podać przybliżony poziom miesięcznych dochodów netto Pana/Pani gospodarstwa domowego uzyskanych w miesiącu poprzedzającym miesiąc badania.

ANKIETER: KARTA A4

1. Do 900 zł
2. 901–1300 zł
3. 1301–1600 zł
4. 1601–1900 zł
5. 1901–2300 zł
6. 2301–2600 zł
7. 2601–2900 zł
8. 2901–3300 zł
9. 3301–3700 zł
10. 3701–4200 zł
11. 4201–4700 zł
12. 4701–5300 zł
13. 5301–6300 zł
14. 6301–7900 zł
15. 7901 i więcej zł
99. Odmowa

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

99

DOCH5

Uwagi ankietera:

Sporządził(a)
(imię i nazwisko ankietera) (data)

Sprawdził(a)
(imię i nazwisko inspektora) (data)

EHIS-2

EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNY DLA OSOBY DOROSŁEJ

Wywiad – dla osoby w wieku 15 lat i więcej

Symbol terytorialny

--	--	--	--	--	--	--	--

SYMBOL
Nr rejonu statystycznego i nr obwodu

--	--	--	--	--	--	--	--

REJON
Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie

--	--	--	--

NRM
Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu

--	--

NRG
Nr osoby

--	--

NRO
Kto odpowiadał na pytania ankiety
KTO

Sam badany

0	
---	--

Osoba zastępcza z tego gospodarstwa – wpisać numer osoby

--	--

Inna osoba zastępcza spoza gospodarstwa

99	
----	--

Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)

--	--	--	--

DATA
Nr wizyty

--

NRWIZYT

Teraz chciałbym/chciałabym porozmawiać o ogólnym stanie Pana/Pani zdrowia. Odpowiadając na pytania proszę nie brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych jak np. przeziębienie, grypa, złamanie czy wybicie palca.

STAN ZDROWIA

B1

Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?

B1

1. Bardzo dobrze
2. Dobrze
3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle
4. Źle
5. Bardzo źle
9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

4

5

9

B2

Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwałe) 6 miesięcy lub dłużej?

B2

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1

2

9

B3

Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy?

B3

1. Tak, poważnie ograniczoną
2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie
3. Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń
9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

9

B4 Choroby lub dolegliwości

- A.** Astma (łącznie z astmą alergiczną)
- B.** Przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła zaporowa (obturacyjna) choroba płuc (POCHP), rozedma płuc.
- C.** Zawał serca lub przewlekłe konsekwencje zawału serca
- D.** Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca) lub dusznica bolesna
- E.** Wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie)
- F.** Udar mózgu (wylew krwi do mózgu, zator mózgowy) lub przewlekłe konsekwencje udaru mózgu
- G.** Choroba zwyrodnieniowa stawów (z wyłączeniem zapalenia stawów)
- H.** Bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców
- I.** Bóle środkowej partii pleców
- J.** Bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)
- K.** Cukrzyca
- L.** Alergia, jak np. nieżyt nosa, gorączka sienna, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna (z wyłączeniem astmy alergiczej)
- M.** Marskość wątroby
- N.** Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy
- O.** Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego
- P.** Problemy z nerkami
- R.** Silne bóle głowy (migrena).
- S.** Depresja
- T.** Choroby tarczycy.
- U.** Tylko dla mężczyzn – Choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego).
- W.** Inne choroby (*nie wymienione powyżej*).

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(-ła) Pan/Pani którąś z następujących chorób lub dolegliwości?			Jeśli TAK, to czy choroba lub dolegliwość była stwierdzona przez lekarza?				
1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa			1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa				
1	2	9	B4A1	1	2	9	B4A2
1	2	9	B4B1	1	2	9	B4B2
1	2	9	B4C1	1	2	9	B4C2
1	2	9	B4D1	1	2	9	B4D2
1	2	9	B4E1	1	2	9	B4E2
1	2	9	B4F1	1	2	9	B4F2
1	2	9	B4G1	1	2	9	B4G2
1	2	9	B4H1	1	2	9	B4H2
1	2	9	B4I1	1	2	9	B4I2
1	2	9	B4J1	1	2	9	B4J2
1	2	9	B4K1	1	2	9	B4K2
1	2	9	B4L1	1	2	9	B4L2
1	2	9	B4M1	1	2	9	B4M2
1	2	9	B4N1	1	2	9	B4N2
1	2	9	B4O1	1	2	9	B4O2
1	2	9	B4P1	1	2	9	B4P2
1	2	9	B4R1	1	2	9	B4R2
1	2	9	B4S1	1	2	9	B4S2
1	2	9	B4T1	1	2	9	B4T2
1	2	9	B4U1	1	2	9	B4U2
1	2	9	B4W1	1	2	9	B4W2

ANKIETER: KARTA B2

B5 Wypadki w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Należy wziąć również pod uwagę urazy powstałe wskutek zatrucia lub ugryzienia czy ukąszenia przez zwierzęta lub owady; natomiast nie należy uwzględniać urazów spowodowanych przez samookaleczenia i umyślne działania innych osób (np. pobicie).

Rodzaje zdarzenia:

- A.** Wypadek drogowy (komunikacyjny)
- B.** Wypadek w domu lub w otoczeniu domu (np. ogród, garaż, ścieżka, podwórko) . .
- C.** Wypadek w czasie wolnym . .
- D.** Wypadek w pracy, w szkole, na uczelni

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(-ła) Pan/Pani wypadek, którego skutkiem był uraz?	Jeśli TAK, to czy w wyniku tego wypadku potrzebował(-ła) Pan/Pani opieki medycznej?
1. Tak 2. Nie 9. Nie wie lub odmowa	1. Tak, zostałem(-łam) przyjęty(-ta) do szpitala lub innej placówki zdrowia i pozostałem(-łam) na noc 2. Tak, zostałem(-łam) przyjęty(-ta) do szpitala lub innej placówki zdrowia, ale nie pozostałem(-łam) na noc 3. Tak, od lekarza lub pielęgniarki 4. Nie było konieczności konsultacji lub interwencji 9. Nie wie lub odmowa
☐ B5A1	☐ B5A2
☐ B5B1	☐ B5B2
☐ B5C1	☐ B5C2
☐ B5D1	☐ B5D2

 PYTANIA B6-B7 TYLKO DLA OSÓB OBECNIE PRACUJĄCYCH
 – EHIS 1 – PYT.15 =10 LUB PYT.16=1.

B6 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie pracował(-ła) Pan/Pani z powodu własnych problemów zdrowotnych? Proszę wziąć pod uwagę wszystkie choroby, urazy i inne problemy zdrowotne, które uniemożliwiły Panu/Pani wykonywanie pracy.

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

B7 W ciągu ostatnich 12 miesięcy przez ile dni łącznie nie pracował(-ła) Pan/Pani z powodu własnych problemów zdrowotnych?

1. Wpisać łączną liczbę dni

B6

1

→ B7

2

9

→ B8

999 – Nie wie lub odmowa

B7

Chciałbym/chciałabym teraz zadać kilka dodatkowych pytań o Pana/Pani ogólne zdrowie fizyczne. Te pytania dotyczą Pana/Pani zdolności wykonywania różnych podstawowych czynności. Proszę nie brać pod uwagę problemów tymczasowych.

ANKIETER: KARTA B3

B8 Czy używa Pan/Pani okularów lub szkieł kontaktowych?

1. Tak
2. Nie
3. Jestem niewidomy(-ma) lub zupełnie nie widzę.
9. Nie wie lub odmowa

B8

1

→ B9

2

3

9

→ B10

B9 Czy ma Pan/Pani trudności z widzeniem (nawet używając okularów lub szkieł kontaktowych)?

1. Nie mam żadnych trudności
2. Mam pewne trudności
3. Mam duże trudności
4. W ogóle nie widzę /nie jestem w stanie zobaczyć
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
9

B9

B10 Czy korzysta Pan/Pani z aparatu słuchowego (także implantu ślimakowego)?

1. Tak
2. Nie
3. Jestem całkowicie głuchy(-cha)
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
9

→B11

→B13

B10

B11 Czy ma Pan/Pani trudności z usłyszeniem tego, co mówi się w rozmowie z inną osobą w cichym pomieszczeniu (nawet korzystając z aparatu słuchowego)?

1. Nie mam żadnych trudności
2. Mam pewne trudności
3. Mam duże trudności
4. W ogóle nie słyszę/Nie jestem w stanie usłyszeć
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
9

B11

B12 Czy ma Pan/Pani trudności z usłyszeniem tego, co mówi się w rozmowie z inną osobą w głośniejszym pomieszczeniu (nawet korzystając z aparatu słuchowego)?

1. Nie mam żadnych trudności
2. Mam pewne trudności
3. Mam duże trudności
4. W ogóle nie słyszę/Nie jestem w stanie usłyszeć
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
9

B12

B13 Czy ma Pan/Pani trudności z przejściem pół kilometra (500 m) po płaskim terenie (co stanowi przeciętną odległość między przystankami autobusowymi czy tramwajowymi w mieście) bez pomocy innych osób lub urządzeń (np. laski)?

1. Nie mam żadnych trudności
2. Mam pewne trudności
3. Mam duże trudności
4. W ogóle tego nie zrobię/Nie jestem w stanie tego zrobić
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
9

B13

B14 Czy ma Pan/Pani trudności z wejściem na górę i zejściem w dół po schodach na jedną kondygnację (np. z parteru na I piętro) bez pomocy innych osób lub urządzeń? (*Poręcz schodów nie jest uważana za pomoc*)

1. Nie mam żadnych trudności
2. Mam pewne trudności
3. Mam duże trudności
4. W ogóle tego nie zrobię/Nie jestem w stanie tego zrobić
9. Nie wie lub odmowa

JEŚLI OSOBA NIE MA TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ (B13=1 i B14=1)
PRZEJŚĆ DO PYTANIA B16

B15 Czy przemieszczając się korzysta Pan/Pani z następujących urządzeń pomocniczych?

- A. Laska, kula, balkonik, itp.
- B. Wózek inwalidzki
- C. Specjalnie dostosowany samochód osobowy

B14

1
2
3
4
9

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

☐	B15A
☐	B15B
☐	B15C

PYTANIA OD B16 DO B23 ZADAJEMY TYLKO:

- OSOBOM W WIEKU 65 LAT I WIĘCEJ
- OSOBOM NIESPRAWNYM BIOLOGICZNIE (ODPOWIEDŹ 1 i 2 W PYTANIU B3).

W PRZYPADKU INNYCH OSÓB – PRZEJŚĆ DO PYTANIA B24

Chciałbym/chciałabym zapytać teraz Pana/Panią o pewne codzienne czynności związane z samoobsługą. Oto lista czynności. Proszę nie brać pod uwagę problemów tymczasowych.

ANKIETER: KARTA B4

B16 Czy zwykle ma Pan/Pani trudności w wykonywaniu którejś z poniższych czynności bez pomocy osób lub urządzeń?

Rodzaje czynności:

- A. Jedzenie posiłków
- B. Kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła
- C. Ubieranie się i rozbieranie
- D. Korzystanie z toalety (WC)
- E. Kąpanie lub mycie się pod prysznicem

1 – Nie mam żadnych trudności
2 – Mam pewne trudności
3 – Mam duże trudności
4 – W ogóle tego nie zrobię/Nie jestem w stanie tego zrobić
9 – Nie wie lub odmowa

☐	B16A
☐	B16B
☐	B16C
☐	B16D
☐	B16E

JEŚLI W POPRZEDNIM PYTANIU ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDŹ 2, 3 LUB 4 – NALEŻY ZADAĆ PYTANIA OD B17 DO B19. W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA B20

Proszę pomyśleć o wszystkich czynnościach związanych z samoobsługą, z których wykonaniem bez żadnej pomocy ma Pan/Pani trudność.

B17 Czy zwykle korzysta Pan/Pani z pomocy innej osoby lub urządzeń przy wykonywaniu którejkolwiek z tych czynności?

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

B17

1	→ B18
2	→ B19
9	→ B20

B18 Czy potrzebuje Pan/Pani więcej pomocy innej osoby lub urządzeń?

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1

2

9

→ B20

B18

B19 Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy innej osoby lub urządzeń?

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1

2

9

B19

Chciałbym/chciałabym zapytać teraz Pana/Panią o pewne codzienne czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Oto lista czynności. Proszę nie brać pod uwagę problemów tymczasowych.

ANKIETER: KARTA B5

B20 Czy zwykle ma Pan/Pani trudności w wykonywaniu którejś z poniższych czynności bez pomocy osób lub urządzeń?

- 1 – Nie mam żadnych trudności
2 – Mam pewne trudności
3 – Mam duże trudności
4 – W ogóle tego nie zrobię/Nie jestem w stanie tego zrobić
5 – Nie dotyczy (nigdy nie próbowałem(-łam) tego zrobić lub nie potrzebuję tego robić)
9 – Nie wie lub odmowa

Rodzaje czynności domowych

- A. Przygotowanie posiłków
- B. Korzystanie z telefonu domowego
(wybranie numeru i rozmowa)
- C. Robienie zakupów
(zrobienie zakupów i przyniesienie ich do domu)
- D. Stosowanie leków/leczenia
(np. przygotowanie porcji leków i wzięcie ich)
- E. Lekkie prace domowe (np. gotowanie, zmywanie, prasowanie)
- F. Okazjonalne ciężkie prace domowe
(np. mycie okien lub podłóg, trzepanie dywanów)
- G. Dbanie o sprawy finansowe i codzienne sprawy administracyjne
(np. płacenie rachunków, załatwianie spraw na pocztę, w urzędzie)

B20A

B20B

B20C

B20D

B20E

B20F

B20G

JEŚLI W PYTANIU B20 ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDŹ 2, 3 LUB 4 – NALEŻY ZADAĆ PONIŻSZE PYTANIA OD B21 DO B23.
W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA B24

Proszę pomyśleć o wszystkich czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, z których wykonaniem bez żadnej pomocy ma Pan/Pani trudność.

B21 Czy zwykle korzysta Pan/Pani z pomocy innej osoby lub urządzeń przy wykonywaniu którejkolwiek z tych czynności?

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1

→ B22

2

→ B23

9

→ B24

B21

B22 Czy potrzebuje Pan/Pani więcej pomocy innej osoby lub urządzeń?

B22

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1

2

9

→ B24

B23 Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy innej osoby lub urządzeń?

B23

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1

2

9

B24 Czy posiada Pan/Pani aktualne orzeczenie ustalające niepełnosprawność, niezdolność do pracy lub inwalidztwo wydane przez Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych? (W przypadku posiadania dwóch orzeczeń, należy zaznaczyć odpowiedź dot. orzeczenia najnowszego)

B24

1. Nie
2. Tak, posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o I grupie inwalidztwa
3. Tak, posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy lub o II grupie inwalidztwa
4. Tak, posiadam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności lub o częściowej niezdolności do pracy lub o celowości przekwalifikowania zawodowego lub o III grupie inwalidztwa
5. Tak, posiadam orzeczenie o niepełnosprawności – dotyczy tylko osób w wieku 15 lat
9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

4

5

9

→ B25

→ B26

→ B27

B25 Czy posiada Pan/Pani aktualne orzeczenie ustalające niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lub inwalidztwo – wydane przed 1 stycznia 1998 r. przez Komisję: Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub MONI lub MSWiA?

B25

1. Nie
2. Tak, posiadam orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym z uprawnieniami do zasiłku pielęgnacyjnego lub o I grupie inwalidztwa
3. Tak, posiadam orzeczenie o II grupie inwalidztwa
4. Tak, posiadam orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym bez uprawnień do zasiłku pielęgnacyjnego lub o III grupie inwalidztwa
9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

4

9

→ PATRZ B3, jeśli =3 lub 9 to B27, w innych przypadkach B26

→ B26

→ B27

B26 Wcześniejsze odpowiedzi wskazują, że ma Pan/Pani pewne ograniczenia dot. sprawności czy zdolności do pracy – a zatem czy występują obecnie u Pana/Pani następujące grupy schorzeń?

- A. Uszkodzenia i choroby narządu ruchu
- B. Uszkodzenia i choroby narządu wzroku
- C. Uszkodzenia i choroby narządu słuchu
- D. Schorzenia układu krążenia
- E. Schorzenia neurologiczne
- F. Schorzenia psychiczne
- G. Upośledzenie umysłowe
- H. Inne schorzenia

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

B26A

B26B

B26C

B26D

B26E

B26F

B26G

B26H

Kolejne pytania dotyczą każdego fizycznego bólu, jaki odczuwał(-ła) Pan/Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni.

B27 Jak duży ból fizyczny odczuwał(-ła) Pan/Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni?

1. Nie odczuwałem(-łam) żadnego bólu
2. Bardzo łagodny
3. Łagodny
4. Średni
5. Silny
6. Bardzo silny
9. Nie wie lub odmowa

→ B29

B27

B28 W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak bardzo ból przeszkadzał Panu/Pani w normalnej pracy (tj. w zwykłych obowiązkach codziennych, np. praca zawodowa, nauka, prace domowe)?

1. W ogóle nie przeszkadzał
2. Trochę
3. Średnio
4. Dość mocno
5. Bardzo mocno
9. Nie wie lub odmowa

B28

Następne pytania dotyczą tego, jak się Pan/Pani czuł(-ła) i jak się Pan/Pani miewał(-ła) w ciągu ostatnich 2 tygodni. Dla każdego pytania proszę podać odpowiedź, która jest najbliższa Pana/Pani samopoczuciu.

ANKIETER: KARTA B8

B29 W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak często dokuczały Panu/Pani następujące problemy?

- A. Niewielkie zainteresowanie wykonywanymi czynnościami lub odczuwanie niewielkiej przyjemności z ich wykonywania
- B. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności
- C. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen . . .
- D. Uczucie zmęczenia lub brak energii
- E. Brak apetytu lub przejadanie się
- F. Poczucie niezadowolenia z siebie – lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę . .
- G. Problemy ze skupieniem się (np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji)
- H. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć. Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle

1 – Wcale nie dokuczały
2 – Przez kilka dni
3 – Przez ponad połowę dni
4 – Prawie każdego
9 – Nie wie lub odmowa

	B29A
	B29B
	B29C
	B29D
	B29E
	B29F
	B29G
	B29H

OPIEKA ZDROWOTNA

Określenie jako pacjent(-tka), oznacza osobiste korzystanie z opieki zdrowotnej przez respondenta, a nie jako osoba towarzysząca dziecku, współmałżonkowi, rodzicom itp.

Kolejny blok pytań dotyczy czasu spędzonego w szpitalu. Należy uwzględnić wszystkie rodzaje szpitali. Odpowiadając na pyt. B30–B33 nie należy ujmować pobytu związanego z porodem.

B30 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(-tka) całodobowy(-wa), czyli przez 1 noc lub dłużej?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 9. Nie wie lub odmowa

B30

	→ B31
	→ B32

B31 Ile nocy łącznie spędził(-ła) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(-tka)? Nie wliczać pobytów niezakończonych

1. Liczba nocy

999 – Nie wie lub odmowa B31

----------------------	----------------------	----------------------

B32 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani przyjęty(-ta) do szpitala jako pacjent(-tka) dzienny(-na), czyli bez konieczności pozostania na noc?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 9. Nie wie lub odmowa

B32

	→ B33
	→ B34

B33 Ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani przyjęty(-ta) do szpitala jako pacjent(-tka) dzienny(-na)?

1. Liczba przyjęć

999 – Nie wie lub odmowa B33

----------------------	----------------------	----------------------

Następne pytanie dotyczy wizyt u dentystów lub ortodontów.

B34 Kiedy ostatnio był(-ła) Pan/Pani u dentysty lub ortodonta jako pacjent(-tka)?

1. Mniej niż 6 miesięcy temu
2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
3. 12 miesięcy temu lub dawniej
4. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

B34

1

2

3

4

9

Następny zestaw pytań dotyczy konsultacji z Pan/Pani lekarzem ogólnym (lekarzem POZ) lub rodzinnym. Proszę ująć zarówno wizyty w miejscu praktyki Pana/Pani lekarza, jak i wizyty domowe i konsultacje telefoniczne.

B35 Kiedy ostatnio konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem ogólnym (lekarzem POZ) lub lekarzem rodzinnym jako pacjent(-tka)?

1. Mniej niż 6 miesięcy temu
2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
3. 12 miesięcy temu lub dawniej
4. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

B35

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

4

9

1

→ B37

2

3

4

9

1

→ B36

2

3

Następne pytanie dotyczy usług opieki domowej, które obejmują szeroki zakres usług zdrowotnych i socjalnych świadczonych osobom z problemami zdrowotnymi w ich domach. Usługi te obejmują na przykład opiekę domową świadczoną przez pielęgniarkę lub położną, pomoc przy pracach domowych lub dla starszych osób, dostarczanie posiłków do domu lub usługi transportowe. **Należy uwzględnić tylko usługi świadczone przez pracowników ochrony zdrowia lub pracowników socjalnych.**

B40 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy osobiście korzystał(-ła) lub otrzymywał(-ła) Pan/Pani jakieś usługi opieki domowej?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

B40

1
2
9

Chciałbym/chciałabym teraz zapytać Pana/Panią o stosowanie leków w ciągu ostatnich 2 tygodni.

Odpowiadając na pytania dotyczące stosowania leków nie należy brać pod uwagę pigułek antykoncepcyjnych lub hormonów stosowanych wyłącznie do antykoncepcji.

B41 Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni stosował(-ła) Pan/Pani jakieś leki, które przepisał Panu/Pani lekarz na receptę?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

B41

1
2
9

→ B42

→ B43

ANKIETER: KARTA B9

B42 Czy były to następujące leki?

Rodzaje leków:

- A. Na astmę
B. Na przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłą zaporową chorobę płuc, rozedmę płuc
C. Na wysokie ciśnienie krwi
D. Obniżające poziom cholesterolu we krwi
E. Na inną chorobę sercowo-naczyniową, np. udar i zawał serca ..
F. Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów)
G. Na bóle szyi lub pleców
H. Na bóle głowy lub migrenę
I. Na inne bóle
J. Na cukrzycę
K. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny
L. Na problemy żołądkowe
M. Na depresję
N. Na napięcie emocjonalne lub lęk
O. Tabletki nasenne
P. Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin)
R. Hormonalne na tarczycę
S. Tylko dla mężczyzn w wieku 40 lat lub starszych – Na prostatę
T. Tylko dla kobiet w wieku 45 lat lub starszych – Hormonalne na menopauzę
U. Inne leki przepisane przez lekarza

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

B42A

B42B

B42C

B42D

B42E

B42F

B42G

B42H

B42I

B42J

B42K

B42L

B42M

B42N

B42O

B42P

B42R

B42S

B42T

B42U

B43 Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni stosował(-ła) Pan/Pani jakieś leki, które nie były przepisane na receptę przez lekarza?

1. Tak
 2. Nie
 9. Nie wie lub odmowa

ANKIETER: KARTA B10

B44 Czy były to następujące leki?

Rodzaje leków:

- A. Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów)
 B. Na bóle głowy lub migrenę
 C. Na inne bóle
 D. Na przeziębienie, grypę lub ból gardła
 E. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)
 F. Na problemy żołądkowe
 G. Witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające
 H. Inne leki lub suplementy diety

B43

1 → B44
2 → B45
9

1 – Tak
 2 – Nie
 9 – Nie wie lub odmowa

☐ B44A
☐ B44B
☐ B44C
☐ B44D
☐ B44E
☐ B44F
☐ B44G
☐ B44H

Teraz chcę spytać o szczepienia przeciwko grypie.

B45 Czy kiedykolwiek był(-ła) Pan/Pani szczepiona przeciwko grypie?

1. Tak
 2. Nie
 9. Nie wie lub odmowa

B45

1 → B46
2 → B48
9

B46 Jeśli tak, to czy szczepił(-ła) się Pan/Pani w 2014 lub 2013 r.?

1. Tak
 2. Nie, szczepiłem(-łam) się w roku 2012 lub dawniej
 9. Nie wie lub odmowa

B46

1 → B47
2 → B48
9

B47 Proszę podać, w którym miesiącu szczepił(-ła) się Pan/Pani, odrębnie dla 2013 i 2014 roku?

- A. W 2014 r. szczepiłem(-łam) się w miesiącu
 B. W 2013 r. szczepiłem(-łam) się w miesiącu

99 – Nie wie lub odmowa

B47A
 B47B

B48 Czy był(-ła) Pan/Pani kiedykolwiek szczepiony(-na) przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typ B (wzw B)?

1. Tak
 2. Nie
 9. Nie wie lub odmowa

B48

1 → B49
2 → B50
9

B49**Jeśli TAK, to kiedy ostatnio?**

99 – Nie wie lub odmowa

B49

1. Podać ile lat temu (jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0) . . .

--	--

Chcę teraz zapytać o pomiar Pana/Pani ciśnienia krwi, cholesterolu we krwi i cukru we krwi (glukoza we krwi).

ANKIETER: KARTA B11

B50**Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzone ciśnienie krwi przez pracownika ochrony zdrowia?**

B50

1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
2. Od 1 roku do 3 lat temu
3. Od 3 lat do 5 lat temu
4. 5 lat temu lub więcej
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

B51**Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzony poziom cholesterolu we krwi przez pracownika ochrony zdrowia?**

B51

1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
2. Od 1 roku do 3 lat temu
3. Od 3 lat do 5 lat temu
4. 5 lat temu lub więcej
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

B52**Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzony poziom cukru we krwi przez pracownika ochrony zdrowia?**

B52

1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
2. Od 1 roku do 3 lat temu
3. Od 3 lat do 5 lat temu
4. 5 lat temu lub więcej
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

Następne pytania dotyczą badania na obecność krwi utajonej w kale i kolonoskopii.

B53**Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani wykonane badanie na krew utajoną w kale?**

B53

1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
2. Od 1 roku do 2 lat temu
3. Od 2 lat do 3 lat temu
4. 3 lata temu lub więcej
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

B54 Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani wykonaną kolonoskopię?

1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
2. Od 1 roku do 2 lat temu
3. Od 2 lat do 3 lat temu
4. 3 lata temu lub więcej
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

B54

JEŚLI ODPOWIADA MEŻCZYŻNA PRZEJŚĆ DO PYT. B60
PYTANIA B55–B59 TYLKO DLA KOBIET

Zadam teraz Pani kilka pytań o mammografię i badanie cytologiczne (wymazu z szyjki macicy).

B55 Kiedy ostatnio miała Pani wykonaną mammografię (prześwietlenie rentgenowskie piersi)?

1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
2. Od 1 roku do 2 lat temu
3. Od 2 lat do 3 lat temu
4. 3 lata temu lub więcej
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

→ B56

→ B57

B55

B56 Jaki był główny powód wykonania ostatniej mammografii?

1. Zalecenie mojego lekarza
2. Przypadki raka piersi w mojej rodzinie
3. Zaproszenie w ramach ogólnokrajowego lub lokalnego programu badań profilaktycznych
4. Sama dbam o swoje zdrowie i wykonuję badanie regularnie
5. Inne powody
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

B56

B57 Kiedy ostatnio miała Pani wykonane badanie cytologiczne (wymazu z szyjki macicy)?

1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
2. Od 1 roku do 2 lat temu
3. Od 2 lat do 3 lat temu
4. 3 lata temu lub więcej
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

→ B58

→ B60

B57

B58**Jaki był główny powód wykonania ostatniej cytologii?**

B58

1. Zalecenie mojego lekarza
2. Przypadki raka szyjki macicy w mojej rodzinie
3. Zaproszenie w ramach ogólnokrajowego lub lokalnego programu badań profilaktycznych
4. Sama dbam o swoje zdrowie i wykonuję badanie regularnie
5. Inne powody
9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

4

5

9

PYTANIE B59 TYLKO DLA KOBIET W WIEKU 15–49 LAT

ANKIETER: KARTA B12

B59**Jakie metody regulacji urodzeń stosuje obecnie Pani lub partner?**
(można podać wiele odpowiedzi)

B59

1. Nie dotyczy
2. Nie stosujemy żadnych metod
3. Mierzenie temperatury lub/i obserwacja śluzu szyjkowego
4. Kalendarzyk małżeński
5. Stosunek przerywany
6. Prezerwatywa
7. Pigułka antykoncepcyjna lub inne środki hormonalne (np. plastry, zastrzyki)
8. Spirala
9. Środki chemiczne i inne mechaniczne
10. Inne
11. Nie wie lub odmowa

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

99

PYTANIE B60 TYLKO DLA MĘŻCZYŹN W WIEKU 40 LAT I STARSZYCH
Zapytam Pana teraz o badania prostaty**B60****Kiedy ostatnio miał Pan badanie lekarskie prostaty?**
(np. per rectum, USG czy tomografia)?

B60

1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
2. Od 1 roku do 2 lat temu
3. Od 2 lat do 3 lat temu
4. 3 lata temu lub więcej
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

4

5

9

Istnieje wiele powodów, z których ludzie doświadczają opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej lub nie uzyskują go w ogóle.

B61 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył(-ła) Pan/Pani opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę?

B61

1. Tak
 2. Nie
 3. Nie potrzebowałem(-łam) opieki zdrowotnej
 9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

9

B62 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył(-ła) Pan/Pani opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem?

B62

1. Tak
 2. Nie
 3. Nie potrzebowałem(-łam) opieki zdrowotnej
 9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

9

B63 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie stać było Pana/Panią, na następujący rodzaj opieki zdrowotnej pomimo potrzeby?

- 1 – Tak
 2 – Nie
 3 – Nie potrzebowałem (-łam) tego rodzaju opieki zdrowotnej
 9 – Nie wie lub odmowa

- A. Opieka medyczna (sprawowana przez lekarza)
 B. Opieka dentystyczna
 C. Leki przepisane na receptę
 D. Opieka nad zdrowiem psychicznym (np. psychologa lub psychiatry)

B63A

B63B

B63C

B63D

DETERMINANTY ZDROWIA

Teraz mam zamiar zapytać o Pana/Pani wzrost i wagę.

B64 Ile Pan/Pani ma wzrostu (bez butów)?

999 – Nie wie lub odmowa

B64

1. W centymetrach

B65 Ile Pan/Pani waży (bez ubrania i butów)?

999 – Nie wie lub odmowa

B65

1. W kilogramach

W dalszej kolejności mam zamiar zapytać o czas, który Pana/Pani spędza wykonując różne rodzaje aktywności fizycznej, czyli różne czynności związane z wysiłkiem fizycznym w typowym tygodniu. Proszę odpowiedzieć na te pytania, nawet jeśli nie uważa się Pan/Pani za osobę aktywną fizycznie.

Proszę teraz pomyśleć o aktywności fizycznej związanej z **PRACĄ**, która jest Pana/Pani **głównym** zajęciem wykonywanym w życiu codziennym.

Określenie **PRACA** nie odnosi się tylko do pracy zawodowej, ale obejmuje każdy rodzaj płatnych i nieodpłatnych czynności i obowiązków, które Pan/Pani **głównie** wykonuje w życiu codziennym, czyli:

- dla osób pracujących zawodowo wykonywanie obowiązków zawodowych
- dla osób niepracujących i emerytów prowadzenie domu, wykonywanie prac domowych, opieka nad dziećmi i innymi członkami rodziny
- dla uczniów i studentów zadania wykonywane w ramach programu nauki
- dla osób bezrobotnych prace podczas poszukiwania pracy i obowiązki domowe.

ANKIETER: KARTA B13

B66 Które z poniższych określeń najlepiej opisuje to co Pan/Pani robi, podczas gdy wykonuje Pan/Pani swoją GŁÓWNA PRACĘ? Czy można powiedzieć, że Pana/Pani praca jest:

1. Głównie siedząca lub stojąca
2. Głównie chodząca lub wymagająca umiarkowanego wysiłku fizycznego
3. Głównie ciężka lub wymagająca znacznego wysiłku fizycznego
4. Nie wykonuję żadnej pracy
9. Nie wie lub odmowa

B66

1

2

3

4

9

Teraz chcę zapytać, w jaki sposób **w sezonie jesiennym** dociera Pan/Pani do różnych miejsc i wraca, np. do pracy, szkoły, na zakupy lub na targ.

Określenie zwykły tydzień to okres 7 kolejnych dni podczas których wykonuje się zwykłe codzienne czynności zawodowe, domowe i inne typowe dla każdego dnia tygodnia (np. praca zawodowa od poniedziałku do piątku, a w weekend – odpoczynek).

Nie należy uważać za typowy tydzień sytuacji, gdy w tygodniu przypada dodatkowy dzień świąteczny, ktoś jest na urlopie lub jest chory i leży w łóżku itp.

B67 W zwykłym tygodniu, przez ile dni tygodnia CHODZI Pan/Pani zwykle co najmniej 10 minut bez przerwy, aby dotrzeć do różnych miejsc lub z nich powrócić? (nie ujmować chodzenia czy spacerowania dla przyjemności i rekreacji w czasie wolnym).

1. Liczba dni
2. Nigdy nie wykonuję takiej aktywności fizycznej
9. Nie wie lub odmowa

B67

→ B68

0

9

→ B69

B68

1

2

3

4

5

9

ANKIETER: KARTA B14

B68 Jak długo zwykle chodzi Pan/Pani, aby dotrzeć do różnych miejsc i/lub z nich powrócić w przeciętnym dniu?

1. Od 10 minut do pół godziny dziennie (10–29 minut)
2. Od pół godziny do 1 godziny dziennie (30–59 minut)
3. Od 1 godziny do 2 godzin dziennie (60–119 minut)
4. Od 2 godzin do 3 godzin dziennie (120–179 minut)
5. 3 godziny i więcej dziennie (180 minut lub więcej)
9. Nie wie lub odmowa

B69 W zwykłym tygodniu, przez ile dni tygodnia **DOJEŹDŹA PAN/PANI ZWYKLE NA ROWERZE** co najmniej 10 minut bez przerwy, aby dotrzeć do różnych miejsc i/lub z nich powrócić? *(nie ujmować rekreacyjnej jazdy na rowerze, np. w czasie wolnym).*

1. Liczba dni
2. Nigdy nie wykonuję takiej aktywności fizycznej
9. Nie wie lub odmowa

	→ B70
0	→ B71
9	

B69

B70 Jak długo jeździ Pan/Pani zwykle na rowerze, aby dotrzeć do różnych miejsc i/lub z nich powrócić w przeciętnym dniu?

1. Od 10 minut do pół godziny dziennie (10–29 minut)
2. Od pół godziny do 1 godziny dziennie (30–59 minut)
3. Od 1 godziny do 2 godzin dziennie (60–119 minut)
4. Od 2 godzin do 3 godzin dziennie (120–179 minut)
5. 3 godziny i więcej dziennie (180 minut lub więcej)
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

B70

Następne pytania WYKLUCZAJĄ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ ZWIĄZANĄ Z PRACĄ I AKTYWNOŚĆ ZWIĄZANĄ Z PRZEMIESZCZANIEM SIĘ, o których już wspomniano.

Teraz zapytam Pana/Panią o **SPORTY, FITNESS I REKREACYJNĄ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ W CZASIE WOLNYM**, wykonywane **w sezonie jesiennym**, które powodują **CO NAJMNIEJ** przyspieszony oddech lub tętno (np. szybki marsz, gry w piłkę, jogging, kolarstwo, pływanie, ćwiczenia na siłowni).

ANKIETER: KARTA B15

B71 W zwykłym tygodniu, przez ile dni uprawia Pan/Pani sporty, fitness, inną rekreacyjną aktywność fizyczną lub ćwiczy na siłowni przez co najmniej 10 minut bez przerwy?

1. Liczba dni
2. Nigdy nie wykonuję takiej aktywności fizycznej
9. Nie wie lub odmowa

	→ B72
0	→ B74
9	

B71

B72 Ile czasu łącznie spędza Pan/Pani na uprawianiu sportów, fitnessu, rekreacyjnej aktywności fizycznej lub na siłowni w czasie wolnym w zwykłym tygodniu?

1. Ile godzin i ile minut
(jeśli mniej niż 1 godzina wpisz 0)

----------------------	----------------------

9999 – Nie wie lub odmowa B72

ANKIETER: KARTA B16

B73 W typowym tygodniu, przez ile dni wykonuje Pan/Pani ćwiczenia fizyczne na siłowni, tj. ćwiczenia specjalnie opracowane dla **WZMOCNIENIA** mięśni, np. oporowe lub siłowe? Proszę uwzględnić wszystkie takie ćwiczenia, nawet jeśli wcześniej Pan/Pani o nich wspomniał(-ła).

1. Liczba dni
2. Nigdy nie wykonuję takiej aktywności fizycznej
9. Nie wie lub odmowa

0
9

B73

B74 Jak często jada Pan/Pani owoce, z wyjątkiem soków z koncentratu?

B74

1. 1 raz dziennie lub częściej
2. 4-6 razy w tygodniu
3. 1-3 razy w tygodniu
4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1	→ B75
2	→ B76
3	
4	
5	
9	

ANKIETER: KARTA B17

B75 Ile porcji owoców jakiegokolwiek rodzaju jada Pan/Pani codziennie?

99 – Nie wie lub odmowa

B75

1. Podać ile porcji

--	--

B76 Jak często jada Pan/Pani warzywa lub sałatki warzywne, z wyjątkiem ziemniaków i soków z koncentratu?

B76

1. 1 raz dziennie lub częściej
2. 4-6 razy w tygodniu
3. 1-3 razy w tygodniu
4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1	→ B77
2	→ B78
3	
4	
5	
9	

ANKIETER: KARTA B18

B77 Ile porcji warzyw lub sałatek warzywnych jada Pan/Pani codziennie?

99 – Nie wie lub odmowa

B77

1. Podać ile porcji

--	--

Poniższe pytania dotyczą nałogu palenia i narażenia na dym tytoniowy.

B78 Czy Pan/Pani pali tytoń?

B78

1. Tak, codziennie
2. Tak, okazjonalnie
3. Nie, ale w przeszłości paliłem(-łam)
4. Nigdy nie paliłem(-łam)
9. Nie wie lub odmowa

1	→ B79
2	→ B81
3	
4	
9	

B79 Jakich wyrobów tytoniowych używa Pan/Pani głównie?
(tylko jedna odpowiedź)

1. Papierosy (wytworzone przemysłowo i/lub skręcane ręcznie)
2. Cygara
3. Tytoń fajkowy
4. Inne (np. cygaretki)
9. Nie wie lub odmowa

1	→ B80 jeśli B78=1
2	
3	
4	→ B81
9	

99 – Nie wie lub odmowa B80

--	--

B80 Ile papierosów pali Pan/Pani średnio każdego dnia?

1. Liczba papierosów wytwarzanych przemysłowo lub skręcanych ręcznie

B81 Jak często jest Pan/Pani narażony(-na) na dym tytoniowy wewnątrz różnych pomieszczeń (nie należy brać pod uwagę własnego palenia)?

1. Nigdy lub prawie nigdy
2. Mniej niż 1 godzinę dziennie
3. 1 godzinę dziennie lub więcej
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
9

B81

Poniższe pytania dotyczą picia przez Pana/Panią napojów alkoholowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

ANKIETER: KARTA B19

B82 Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(-ła) Pan/Pani jakiegokolwiek napoje alkoholowe (takie jak piwo, wino, wódka, koktajle, gotowe mieszanki alkoholowe, likier, cydr, nalewki, alkohol domowej roboty, bimber itp.)?

1. Codziennie lub prawie codziennie
2. 5 – 6 dni w tygodniu
3. 3 – 4 dni w tygodniu
4. 1 – 2 dni w tygodniu
5. 2 – 3 dni w miesiącu
6. 1 raz w miesiącu
7. Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
8. Nie, nie piłem(-łam) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, chociaż kiedyś piłem(-łam) alkohol
9. Nigdy lub tylko kilka łyków czy prób w całym moim życiu
99. Nie wie lub odmowa odpowiedzi

1	
2	
3	→ B83
4	
5	
6	→ B87
7	
8	
9	→ B88
99	

B82

B83 Biorąc pod uwagę dni od poniedziałku do czwartku, przez ile z tych 4 dni zwykle pije Pan/Pani alkohol?

1. Przez wszystkie 4 dni
2. Przez 3 dni
3. Przez 2 dni
4. Przez 1 dzień
5. W żadnym z tych 4 dni
9. Nie wie lub odmowa

1	
2	
3	→ B84
4	
5	
9	→ B85

B83

B84 Od poniedziałku do czwartku, ile średnio wypija Pan/Pani w taki dzień, gdy pije Pan/i alkohol?

Spróbujmy to przeliczyć na standardowe porcje alkoholu. Jedna porcja piwa to jest jedna mała szklanka (250 ml), wina to jeden kieliszek (100 ml), wódki lub innego napoju spirytusowego to jeden kieliszek (30 ml)

1. Piwo – wpisać ile porcji (250 ml)
2. Wino – wpisać ile porcji (100 ml)
3. Wódka i inne napoje spirytusowe – wpisać ile porcji (30 ml)

B84

B85 Biorąc pod uwagę dni od piątku do niedzieli, przez ile z tych 3 dni pije Pan/Pani zwykle alkohol?

1. Przez wszystkie 3 dni
2. Przez 2 dni
3. Przez 1 dzień
4. W żadnym z tych 3 dni
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
9

→ B86

→ B87

B85

B86 Od piątku do niedzieli, ile średnio wypija Pan/Pani w taki dzień, gdy pije Pan/i alkohol?

Spróbujmy to przeliczyć na standardowe porcje alkoholu. Jedna porcja piwa to jest jedna mała szklanka (250 ml), wina to jeden kieliszek (100 ml), wódki lub innego napoju spirytusowego to jeden kieliszek (30 ml)

1. Piwo – wpisać ile porcji (250 ml)
2. Wino – wpisać ile porcji (100 ml)
3. Wódka i inne napoje spirytusowe – wpisać ile porcji (30 ml)

B86

B87 Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wypijał(-ła) Pan/Pani przy jednej okazji 6 lub więcej standardowych porcji alkoholu (np. podczas przyjęcia, posiłku, wieczornego wyjścia z przyjaciółmi, sam(-a) w domu)? Sześć standardowych porcji oznacza 6 – 0,25 litra szklanek piwa (1,5 litra) lub 6 – 100 ml kieliszków wina (0,6 litra) lub 6 – 30 ml kieliszków wódki lub innego napoju spirytusowego (180 ml), względnie ich kombinacji.

1. Codziennie lub prawie codziennie
2. 5 – 6 dni w tygodniu
3. 3 – 4 dni w tygodniu
4. 1 – 2 dni w tygodniu
5. 2 – 3 dni w miesiącu
6. 1 raz w miesiącu
7. Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
8. Nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy
9. Nigdy w ciągu całego życia
99. Nie wie lub odmowa odpowiedzi

1
2
3
4
5
6
7
8
9
99

B87

W następnej kolejności zadam trzy pytania o Pana/Pani relacje społeczne i towarzyskie.

B88 Ile osób jest Panu/Pani tak bliskich, że może Pan/Pani na nie liczyć, jeśli ma poważne problemy osobiste?

1. Nikt
2. 1 lub 2 osoby
3. 3 do 5 osób
4. 6 lub więcej osób
9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

4

9

B88

B89 W jakim stopniu inne osoby (np. rodzina, przyjaciele, znajomi) okazują pozytywne zainteresowanie tym, co Pan/Pani robi, jak się Panu/Pani widzie?

1. W bardzo dużym stopniu
2. W pewnym stopniu
3. Ani w dużym ani w małym, nie jestem pewien
4. W małym stopniu
5. W ogóle tego nie okazują
9. Nie wie lub odmowa odpowiedzi

1

2

3

4

5

9

B89

B90 Jak łatwo jest Panu/Pani uzyskać w razie potrzeby praktyczną pomoc od sąsiadów (np. wsparcie osobiste, poradę, pieniądze)?

1. Bardzo łatwo
2. Łatwo
3. Średnio, ani łatwo, ani trudno, ale jest możliwa
4. Trudno
5. Bardzo trudno
9. Nie wie lub odmowa odpowiedzi

1

2

3

4

5

9

B90

Kolejne pytania dotyczą świadczenia nieodpłatnej opieki lub pomocy innym osobom z problemami zdrowotnymi.

B91 Czy regularnie, co najmniej 1 raz w tygodniu, świadczy Pan/Pani pomoc lub sprawuje opiekę nad osobą/osobami chorymi, niepełnosprawnymi lub starszymi?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1

→ B92

2

→ B94

9

B91

B92 Czy ta osoba jest lub te osoby są?

1. Członkami Pana/Pani rodziny
2. Kimś spoza Pana/Pani rodziny
9. Nie wie lub odmowa odpowiedzi

1

2

9

B92

B93**Przez ile godzin w tygodniu świadczy Pan/Pani tę opiekę lub pomoc?**

B93

1. Mniej niż 10 godzin w tygodniu
2. Co najmniej 10, ale mniej niż 20 godzin w tygodniu
3. 20 godzin w tygodniu lub więcej
9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

9

Kończąc wywiad, zadam Panu/Pani jeszcze jedno, ostatnie pytanie.

B94

Czy zdarzyło się Panu/i używać marihuany lub haszyszu (znanych także jako konopie, hasz, ziele, trawka, dżoint, skręt, skun, gandzia, samosiejka)?

- A. 1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa odpowiedzi
- B. Jeśli TAK, to czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy
1. Tak
2. Nie
- C. Jeśli TAK, to czy w ciągu ostatnich 30 dni
1. Tak
2. Nie

1

2

9

→ Koniec wywiadu

B94A

1

2

→ Koniec wywiadu

B94B

1

2

B94C

Czas trwania wywiadu indywidualnego w minutach

--	--

CZAS

Bardzo Panu/Pani dziękuję za rozmowę.

Uwagi ankietera:

Sporządził(a) (imię i nazwisko ankietera) (data)

Sprawdził(a) (imię i nazwisko inspektora) (data)



EHIS-3

EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA
KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNY DLA DZIECKA

Wywiad – dla osoby w wieku 0–14 lat

Symbol terytorialny

--	--	--	--	--	--	--	--

SYMBOL

Nr rejonu statystycznego i nr obwodu

--	--	--	--	--	--	--	--

REJON

Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie

--	--	--	--

NRM

Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu

--

NRG

Nr osoby

--	--

NRO

Kto odpowiadał na pytania ankiety

KTO

Osoba z tego gospodarstwa – wpisać numer osoby

--	--

Osoba spoza gospodarstwa

99

Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)

--	--	--	--

DATA

Nr wizyty

--

NRWIZYT

Teraz chciałbym/chciałabym porozmawiać o ogólnym stanie zdrowia dziecka. Odpowiadając na pytania proszę nie brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych dziecka jak np. przeziębienie, grypa, złamanie czy wybicie palca.

STAN ZDROWIA

C1 Jak ogólnie ocenia Pan/Pani zdrowie swojego dziecka?

1. Bardzo dobrze
2. Dobrze
3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle
4. Źle
5. Bardzo źle
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

C1

C2 Czy dziecko ma jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające (lub przewidywane, że będą trwałe) 6 miesięcy lub dłużej?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1
2
9

C2

C3 Czy z powodu problemów zdrowotnych dziecko miało ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie dzieci zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy?

1. Tak, poważnie ograniczoną
2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie
3. Nie, nie miało żadnych ograniczeń
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
9

C3

C4 Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy lub wojewódzki Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1
2
9

C4

ANKIETER: KARTA C1

C5 Choroby i dolegliwości przewlekłe

- A. Astma (łącznie z astmą alergiczną)
- B. Alergia, jak np. nieżyt nosa, gorączka sienna, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna (z wyłączeniem astmy alergiczej)
- C. Choroby oka
- D. Choroby kręgosłupa
- E. Częste bóle głowy
- F. Inne choroby (nie wymienione powyżej)

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko miało którąś z następujących chorób lub dolegliwości?	Jeśli TAK, to czy choroba lub dolegliwość była stwierdzona przez lekarza?						
1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9	1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
C5A1	C5A2						
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
C5B1	C5B2						
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
C5C1	C5C2						
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
C5D1	C5D2						
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
C5E1	C5E2						
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
C5F1	C5F2						

PYTANIA C6–C7 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ

C6 Czy u dziecka stwierdzono poważne?

- A. Kłopoty ze słuchem
- B. Kłopoty ze wzrokiem
- C. Trudności w mówieniu
- D. Trudności w poruszaniu się
- E. Inne trudności (np. z umyciem się, ubieraniem)

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

C6A
C6B
C6C
C6D
C6E

C7 Czy dziecko korzysta z następujących urządzeń pomocniczych?

- A. Okulary lub szkła kontaktowe
- B. Aparat słuchowy (także implant ślimakowy)
- C. Łaska, kula, balkonik
- D. Wózek inwalidzki lub inny wózek
- E. Inne urządzenia pomocnicze

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

C7A
C7B
C7C
C7D
C7E

ANKIETER: KARTA C2

C8 Wypadki w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Należy wziąć również pod uwagę urazy powstałe wskutek zatrucia lub ugryzienia czy ukąszenia przez zwierzęta lub owady; natomiast nie należy uwzględniać urazów spowodowanych przez samookaleczenia i umyślne działania innych osób (np. pobicie)

Rodzaje zdarzenia:

- A. Wypadek drogowy (komunikacyjny)
- B. Wypadek w domu lub w otoczeniu domu (np. ogród, garaż, ścieżka, podwórko) ..
- C. Wypadek w czasie wolnym ..
- D. Wypadek w żłobku, przedszkolu, w szkole.

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko miało wypadek, którego skutkiem był uraz?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

C8A1

C8B1

C8C1

C8D1

Jeśli TAK, to czy w wyniku tego wypadku dziecko potrzebowało opieki medycznej?

1. Tak, zostało przyjęte do szpitala lub innej placówki zdrowia i pozostało na noc
2. Tak, zostało przyjęte do szpitala lub innej placówki zdrowia, ale nie pozostało na noc
3. Tak, od lekarza lub pielęgniarki
4. Nie było konieczności konsultacji lub interwencji
9. Nie wie lub odmowa

C8A2

C8B2

C8C2

C8D2

C9 Ile dziecko ma wzrostu (bez butów)? Proszę wpisać bez znaku po przecinku, np. 90, 154.

W centymetrach

C9

999 – Nie wie lub odmowa

C10 Ile dziecko waży (bez ubrania i butów)? Dzieciom poniżej 1 roku życia proszę wpisać wagę w kilogramach i gramach, np. 5 800, a dzieciom powyżej 1 roku tylko w kilogramach.

W kilogramach i w gramach

999 – Nie wie lub odmowa C10

--	--	--	--	--	--

C11 Czy dziecko było karmione piersią?

1. Tak

2. Nie

9. Nie wie lub odmowa

C11

1		→C12
2		→C13
9		

C12 Ile miesięcy dziecko było karmione piersią?
Proszę podać z dokładnością do pół miesiąca, np. 2,5 lub 6,0

Miesiące

Jeżeli dziecko jest nadal karmione piersią – wpisać 88.

99 – Nie wie lub odmowa C12

			,		
--	--	--	---	--	--

OPIEKA ZDROWOTNA

Kolejny blok pytań dotyczy czasu spędzonego w szpitalu. Uwzględnione są wszystkie rodzaje szpitali. Nie dotyczy pobytu dziecka związanego z jego narodzinami.

C13 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było w szpitalu jako pacjent całodobowy, czyli przez 1 noc lub dłużej?

1. Tak

2. Nie

9. Nie wie lub odmowa

C13

1		→C14
2		→C15
9		

C14 Ile nocy łącznie dziecko spędziło w szpitalu?
Nie wliczać pobytów niezakończonych

Liczba nocy

999 – Nie wie lub odmowa C14

--	--	--

C15 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było przyjęte do szpitala jako pacjent dzienny, czyli bez konieczności pozostania na noc?

1. Tak

2. Nie

9. Nie wie lub odmowa

C15

1		→C16
2		→C17
9		

C16 Ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było przyjęte do szpitala jako pacjent dzienny?

Liczba przyjęć

999 – Nie wie lub odmowa C16

--	--	--

PYTANIE C17 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ

C17 Kiedy ostatnio dziecko było u dentysty lub ortodenty?

1. Mniej niż 6 miesięcy temu

2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu

3. 12 miesięcy temu lub dawniej

4. Nigdy

9. Nie wie lub odmowa

C17

1
2
3
4
9

Następny zestaw pytań dotyczy konsultacji z lekarzem pediatrą, rodzinnym lub lekarzem POZ. Proszę ująć zarówno wizyty w miejscu praktyki lekarza jak i wizyty domowe i konsultacje telefoniczne.

C18 Kiedy ostatnio dziecko było u lekarza pediatry, rodzinnego lub lekarza POZ?

1. Mniej niż 6 miesięcy temu
2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
3. 12 miesięcy temu lub dawniej
4. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

C18

1	→C19 →C20
2	
3	
4	
9	

99 – Nie wie lub odmowa C19

C19 Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u lekarza pediatry, rodzinnego lub lekarza POZ?

Ile razy (jeżeli ani razu – wpisać 0)

Następne pytania dotyczą konsultacji z lekarzami specjalistami (np. alergolog, okulista, ortopeda). Obejmują tylko wizyty ambulatoryjne u lekarzy lub na oddziałach ratunkowych, ale nie obejmują kontaktów podczas pobytu w szpitalu jako pacjent całodobowy lub pacjent dzienny.

C20 Kiedy ostatnio dziecko było u lekarza specjalisty?

1. Mniej niż 6 miesięcy temu
2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
3. 12 miesięcy temu lub dawniej
4. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

C20

1	→C21 →C22
2	
3	
4	
9	

99 – Nie wie lub odmowa C21

C21 Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u lekarza specjalisty?

Ile razy (jeżeli ani razu – wpisać 0)

Chciałbym/chciałabym teraz zapytać o leki, które stosowało dziecko w ciągu ostatnich 2 tygodni.

C22 Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko stosowało jakieś leki przepisane mu przez lekarza na receptę?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

C22

1	→C23 →C24
2	
9	

ANKIETER: KARTA C3

C23 Czy były to następujące leki?

- A. Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin)
- B. Na przeziębienie, grypę lub ból gardła
- C. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)
- D. Na astmę
- E. Na problemy żołądkowe
- F. Na bóle głowy lub migrenę
- G. Na inne bóle
- H. Hormonalne syntetyczne
- I. Uspokajające
- J. Inne leki przepisane przez lekarza

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

	C23A
	C23B
	C23C
	C23D
	C23E
	C23F
	C23G
	C23H
	C23I
	C23J

C24 Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko stosowało jakieś leki, które nie były przepisane na receptę przez lekarza?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

C25 Czy były to następujące leki?

- A. Na przeziębienie, grypę lub ból gardła
B. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)
C. Na problemy żołądkowe
D. Na bóle głowy lub migrenę
E. Na inne bóle
F. Witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające
G. Inne leki lub suplementy

Teraz chcę spytać o szczepienia przeciwko grypie.

C26 Czy dziecko było kiedykolwiek szczepione przeciwko grypie?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

C27 Jeśli tak, to czy dziecko było szczepione w 2014 lub 2013 r.?

1. Tak
2. Nie, było szczepione w roku 2012 lub dawniej
9. Nie wie lub odmowa

C28 Proszę podać, w którym miesiącu dziecko było szczepione, odrębnie dla 2013 i 2014 r.?

Jeśli respondent nie pamięta wpisać 99

A. W 2014 r. było szczepione w miesiącu

B. W 2013 r. było szczepione w miesiącu

C29 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko doświadczyło opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę?

1. Tak
2. Nie
3. Nie potrzebowało opieki zdrowotnej
9. Nie wie lub odmowa

C30 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko doświadczyło opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem?

1. Tak
2. Nie
3. Nie potrzebowało opieki zdrowotnej
9. Nie wie lub odmowa

C31 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie stać było Pana/Panią, na następujący rodzaj opieki zdrowotnej dla dziecka pomimo potrzeby?

- A. Opieka medyczna (sprawowana przez lekarza)
B. Opieka dentystryczna
C. Leki przepisane na receptę
D. Opieka nad zdrowiem psychicznym (np. psychologa lub psychiatry)

C24

1	→C25
2	→C26
9	

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

	C25A
	C25B
	C25C
	C25D
	C25E
	C25F
	C25G

C26

1	→C27
2	→C29
9	

C27

1	→C28
2	→C29
9	

C28A

C28B

C29

1
2
3
9

C30

1
2
3
9

1 – Tak
2 – Nie
3 – Nie potrzebowało tego rodzaju opieki zdrowotnej
9 – Nie wie lub odmowa

	C31A
	C31B
	C31C
	C31D

DETERMINANTY ZDROWIA

PYTANIA C32–C35 TYLKO DLA DZIECI POWYŻEJ 6 MIESIĄCA ŻYCIA

Następne pytania dotyczą konsumpcji owoców i warzyw w zwykłym tygodniu, **w sezonie jesiennym**.

C32 Jak często dziecko jada owoce, z wyjątkiem soków z koncentratu?

1. 1 raz dziennie lub częściej
2. 4–6 razy w tygodniu
3. 1–3 razy w tygodniu
4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1	→C33
2	
3	
4	→C34
5	
9	

C32

ANKIETER: KARTA C4

C33 Ile porcji owoców jakiegokolwiek rodzaju dziecko jada codziennie?

Podać ile porcji

--	--

99 – Nie wie lub odmowa

C33

C34 Jak często dziecko jada warzywa lub sałatki warzywne, z wyjątkiem ziemniaków i soków z koncentratu?

1. 1 raz dziennie lub częściej
2. 4–6 razy w tygodniu
3. 1–3 razy w tygodniu
4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1	→C35
2	
3	
4	→C36
5	
9	

C34

ANKIETER: KARTA C5

C35 Ile porcji warzyw lub sałatek warzywnych dziecko jada codziennie?

Podać ile porcji

--	--

99 – Nie wie lub odmowa

C35

Poniższe pytanie dotyczy narażenia na dym tytoniowy.

C36 Jak często dziecko jest narażone na dym tytoniowy w domu?

1. Nigdy lub prawie nigdy
2. Mniej niż 1 godzinę dziennie
3. 1 godzinę dziennie lub więcej
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
9

C36

Kolejne pytania dotyczą aktywności fizycznej dziecka.

PYTANIE C37 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ

C37 Ile średnio godzin dziecko spędza przed telewizorem i/lub przy komputerze, tablecie, palmtopie czy smartfonie? Proszę podać liczbę godzin. Jeśli krócej niż 1 godzinę dziennie – wpisać 0. Jeśli dziecko nie spędza czasu w ten sposób – wpisać 88.

Liczba godzin

--	--

99 – Nie wie lub odmowa

C37

C38 Czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?

1. Tak
2. Nie, jest zwolnione z zajęć WF
9. Nie wie lub odmowa

1
2
9

C38

C39 Czy poza lekcjami WF dziecko jest aktywne fizycznie, tj. uprawia jakiś sport, jeździ na rowerze, pływa, ćwiczy taniec, gimnastykuje się? Pytanie dotyczy aktywności fizycznej zarówno w formie zajęć zorganizowanych jak i własnej, samodzielnej rekreacji.

1. Tak, regularnie
2. Tak, dość często
3. Tak, ale rzadko
4. Nie, wcale
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
9

→C40

→ CZAS

C39

C40 Jeśli TAK, to ile godzin w zwykłym tygodniu?

Liczba godzin

--	--

99 – Nie wie lub odmowa

C40

--	--

CZAS

Czas trwania wywiadu indywidualnego w minutach

UWAGA. Ważne uwagi o dziecku

Sporządził(a)
(imię i nazwisko ankietera) (data)

Sprawdził(a)
(imię i nazwisko inspektora) (data)

OBJAŚNIENIA ZNAKÓW UMOWNYCH SYMBOLS

Kreska (-) – zjawisko nie wystąpiło.
magnitude zero.

Znak (x) – wypełnienie pozycji jest niemożliwe lub niecelowe.
not applicable.

Znak (0) – zjawisko istniało w wielkości mniejszej niż 0,5.
magnitude not zero, but less than 0,5 of a unit.

„W tym“ – oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy.
“Of which” - indicates that not all elements of the sum are given.

Comma(,) – used in figure represents the decimal point.