

Procesy demograficzne w województwie łódzkim w XXI wieku

pod redakcją

Piotra Szukalskiego



W WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO
Łódź 2015

Stan zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego

Michał Przybylski

Piotr Szukalski

Instytut Socjologii
Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie

Jednym z głównych czynników oddziałujących na stan i strukturę populacji jest jej zdrowie, przekładające się zarówno na liczbę zgonów, zdolność do prokreacji, jak i na liczbę osób niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania, w tym samodzielnego utrzymania się. Problem ten jest o tyle istotny w przypadku województwa łódzkiego, iż z licznych prowadzonych dotychczas badań wyłania się obraz regionu borykającego się z bardzo dużymi problemami zdrowotnymi [Szukalski i wsp. 2013].

Celem niniejszego opracowania jest wskazanie tych problemów odnoszących się do sfery zdrowia, które powinny w szczególny sposób wzbudzić zainteresowanie władz regionalnych i zachęcić je do podjęcia kroków potrzebnych do trwałej poprawy sytuacji.

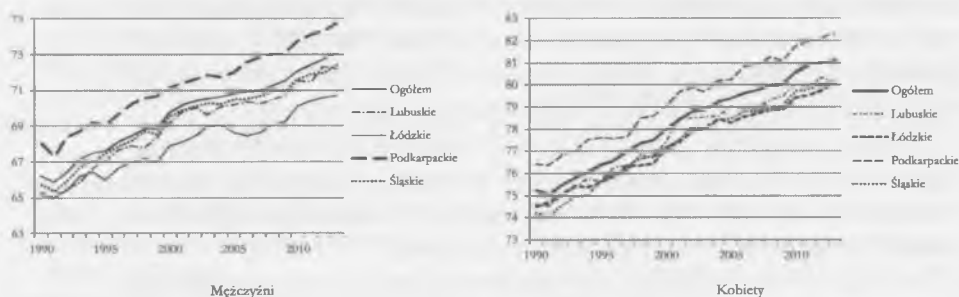
Mówiąc o stanie zdrowia, podstawowym, praktycznym problemem jest konceptualizacja i operacjonalizacja tego pojęcia. O ile w pierwszym przypadku powszechnie przyjęta jest definicja WHO („Zdrowie jest stanem pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie brakiem choroby, czy niepełnosprawności”. www.who.int/about/definition/en/print.html), o tyle w drugim przypadku wciąż brak jednoznacznych wskaźników. Dlatego też, starając się opisać stan zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego, odwoływać się będę do kilku sposobów analizy problemu.

1. Trwanie życia mieszkańców regionu

Najczęściej używanym, syntetycznym wskaźnikiem stanu zdrowia jest miernik pośredni – poziom umieralności, definiowany za pomocą średniego trwania życia noworodka, tj. informacji, ile lat ma przed sobą

– przy założeniu utrzymywania się w długim okresie natężenia zgonów odnotowanego w danym roku na poszczególnych etapach życia – nowo narodzona jednostka. Wskaźnik ten jest dlatego szeroko stosowany, iż jest w pełni porównywalny w czasie i przestrzeni, a jednocześnie jego podstawowa wada – odwołanie się do umieralności – staje się zaletą, mówiąc w rzeczywistości o powszechności występowania najcięższych dla życia zagrożeń zdrowotnych.

Dane dla obecnego podziału administracyjnego, dostępne od roku 1990, jednoznacznie wskazują, iż poziom umieralności to bardzo poważny i pogłębiający się problem województwa łódzkiego (rys. 1). Region bowiem nie tylko odznacza się w przypadku kobiet i mężczyzn dużą różnicą w porównaniu ze średnią krajową i z województwami o najlepszej sytuacji (np. podkarpackie), lecz również w latach 1990. narastała różnica pomiędzy nim a innymi województwami o najgorszych pozycjach – lubuskim i śląskim.

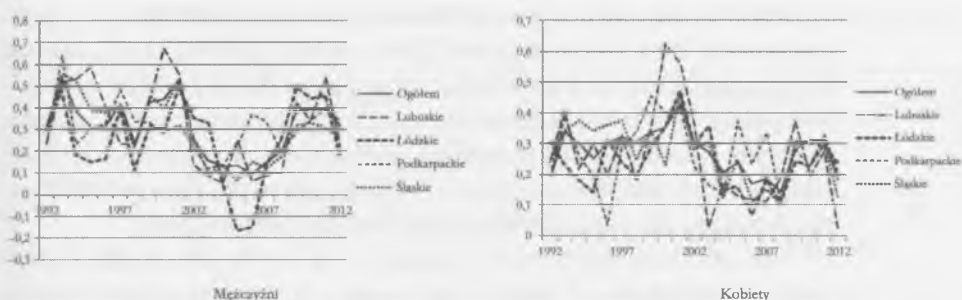


Rysunek 1. Trwanie życia noworodków w Polsce i w wybranych województwach według płci w latach 1990–2013

Źródło: dane OECD i dane GUS

O ile w przypadku kobiet różnica między regionem łódzkim a pozostałymi o najniższych wartościach trwania życia noworodka jest nieznaczna, o tyle w przypadku mężczyzn owe różnice narastają, prowadząc do coraz bardziej wyraźnego odstawania regionu od pozostałych. Te niekorzystne zmiany wynikały przede wszystkim z ewolucji stanu zdrowia w latach 1990., kiedy to przyrosty trwania życia były najniższe dla regionu łódzkiego (rys. 2)¹.

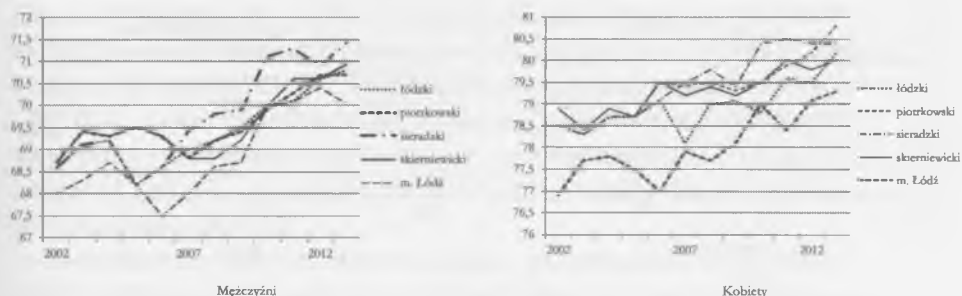
1 W celu poszukiwania istniejących trendów i eliminacji różnokierunkowych zmian z roku na rok, na rysunku 2 posłużono się nie informacją o średnim przyroście, lecz o średniej ruchomej owej zmiennej, obliczanej na podstawie 3 kolejnych rocznych przyrostów trwania życia noworodka.



Rysunek 2. Średnia ruchoma trójelementowa rocznych przyrostów trwania życia w Polsce w wybranych województwach według płci w latach 1990–2013
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych jak w rys. 1

Dodatkowo w przypadku mężczyzn bardzo złym okresem była połowa pierwszej dekady bieżącego stulecia, kiedy pojawiły się ujemne przyrosty trwania życia.

Trwanie życia jest zróżnicowane nie tylko ze względu na płeć, lecz również subregionalnie (rys. 3). Na terenie województwa łódzkiego widoczne są bowiem różnice poziomu umieralności pomiędzy podregionami (NUTS3)². Podregion sieradzki generalnie odznacza się najlepszymi parametrami trwania życia, zaś od reszty regionu odstaje *in minus* Łódź.



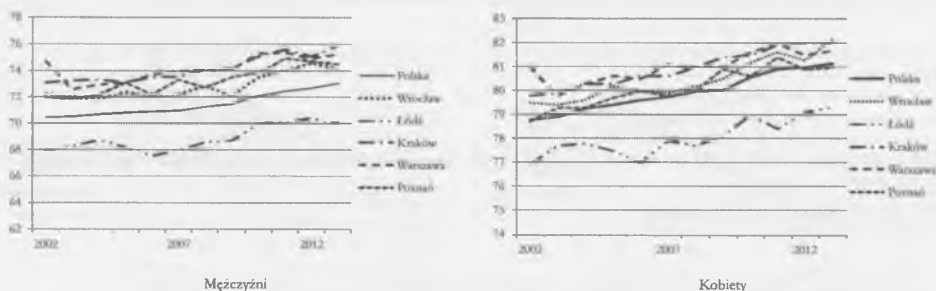
Rysunek 3. Trwanie życia kobiet i mężczyzn w podregionach województwa łódzkiego w latach 2002–2013

Źródło: publikacje GUS *Trwanie życia w Polsce* z odpowiednich lat

2 Choć dane dla podregionów dostępne są od roku 2002, dopiero od roku 2007 istnieje obecny podział wyodrębniający oprócz miasta Łodzi podregiony: łódzki, piotrkowski, sieradzki i skierniewicki. W latach 2002–2006 dane grupowano dla trzech podregionów – Łodzi, łódzkiego (równego obecnemu łódzkiemu i sieradzkiemu) i piotrkowsko-skierniewickiemu. Obecny podział na podregiony odzwierciedla z grubsza podział na województwa istniejące w latach 1974–1998.

Warto zaznaczyć, iż uporządkowanie podregionów (idąc od najlepszej sytuacji: sieradzki, piotrkowski, skierniewicki, łódzki, Łódź) stanowi kontynuację zjawisk obserwowalnych w poprzednim podziale administracyjnym, w którym w ostatnich latach jego obowiązywania w województwie sieradzkim obserwowano wartości nieco wyższe od średniej krajowej, w pozostałych zaś niższe, zgodnie z porządkiem województwa: piotrkowskie, skierniewickie, miejskie łódzkie [Stępień 2002].

Sytuacja Łodzi jest o tyle szczególna, iż w innych tzw. wielkich miastach (tj. miastach z ludnością wynoszącą przynajmniej pół miliona mieszkańców) sytuacja zdrowotna mierzona za pomocą trwania życia noworodków jest zdecydowanie lepsza, odnotowane wartości są – zwłaszcza wśród mężczyzn – znacznie wyższe od średniej ogólnopolskiej (rys. 4). Sytuacja taka odzwierciedla zarówno lepsze wykształcenie mieszkańców wielkich miast (a zatem wpływ czynnika behawioralnego – stylu życia), zazwyczaj lepsze warunki pracy, jak i zdecydowanie lepszy dostęp do zasobów medycznych. Łódź się wyłamuje z tej prawidłowości, przy czym należy podkreślić, iż dzieje się tak od przynajmniej sześćdziesięciu lat (tab. 1), zaś skalę zapóźnienia w stosunku do innych wielkich miast najlepiej obrazuje fakt, iż trwanie życia mężczyzn w Łodzi dopiero od 2008 r. trwale przekroczyło wartości tego parametru odnotowywane we Wrocławiu w latach 1970. i na początku lat 1980 (tab. 1).



Rysunek 4. Trwanie życia kobiet i mężczyzn w największych polskich miastach w latach 2002–2013

Źródło: publikacje GUS *Trwanie życia w Polsce* z odpowiednich lat

Wspomniane wcześniej zróżnicowanie poziomu umieralności w podregionach przejawia się również na poziomie niższym – w powiatach. W tym przypadku jako miernik niech posłuży specyficzny standaryzowany współczynnik zgonów. Z uwagi na fakt, iż w większości powiatów brak zgonów osób bardzo młodych, obliczając ten współczynnik, posłużono się jedynie umieralnością odnoszącą się do osób mających przynajmniej

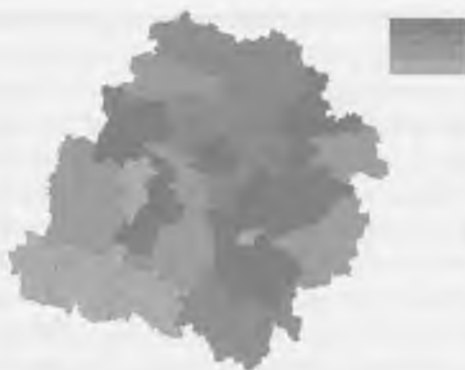
Tabela 1. Trwanie życia w Łodzi w okresie powojennym na tle innych wielkich miast

Miasto	Mężczyźni				Kobiety			
	1951-1955	1970-1972	1981-1983	2013	1951-1955	1970-1972	1981-1983	2013
Warszawa	61,9	67,8	67,7	75,24	68,8	75,0	74,9	81,68
Łódź	58,3	65,7	65,6	70,06	64,1	73,2	73,8	79,31
Kraków	60,6	68,1	68,0	75,92	67,3	75,1	75,3	82,04
Poznań	59,7	67,8	67,8	74,49	65,9	74,5	75,0	81,00
Wrocław	62,8	68,5	67,7	74,12	67,9	74,8	74,7	82,18

Źródło: Obraniak [1997: 88]; Obraniak [2007: 28]; dane GUS

30 lat, co umożliwia wyeliminowanie przypadkowo występujących i bardzo różnicujących sytuację między powiatami zgonów dzieci i młodzieży. Jednocześnie z uwagi na fakt, iż publikowane w bazie danych *Demografia* informacje o strukturze ludności według wieku kończą się w przypadku powiatów na grupie 70+, bardzo niehomogenicznej, ów zestandaryzowany współczynnik odnosi się do umieralności według płci w wieku 30–69 lat, a zatem do umieralności bez wątplenia definiowanej jako przedwczesna. Częstkowe współczynniki zgonów, pozyskane z bazy danych *Demografia*, zostały zestandaryzowane liczbą ludności według wieku całego regionu (mapa 1 i mapa 2 – im wyższe standaryzowane współczynniki zgonów, tym ciemniejsze kolory).

Prezentowane powyżej dane wskazują, że powiatami o najniższej umieralności są przede wszystkim te zlokalizowane na terenie południowej części dawnego województwa sieradzkiego (wieluński, pajęczański i zduńskowolski), oraz powiaty wieruszowski, tomaszowski i ziemski skierniewicki, podczas gdy zdecydowanie najgorsza sytuacja występuje na terenie powiatu poddębickiego, a zwłaszcza w Łodzi. W tym ostatnim przypadku, Łódź odstaje przede wszystkim w zbiorowości kobiet (569,1 zgonów na 100 tys. mieszkańców w wieku 30–69 lat, podczas gdy w następnym w kolejności powiecie kutnowskim jest to 525,2), w przypadku mężczyzn znaleźć można 4 powiaty (piotrkowski, łaski, skierniewicki i tomaszowski), w których sytuacja jest nieznacznie gorsza (w tym przypadku różnice są maksymalnie kilkuprocentowe).



Mapa 1. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn w wieku 30–69 lat według powiatu – województwo łódzkie w 2013 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych *Demografia* GUS, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>



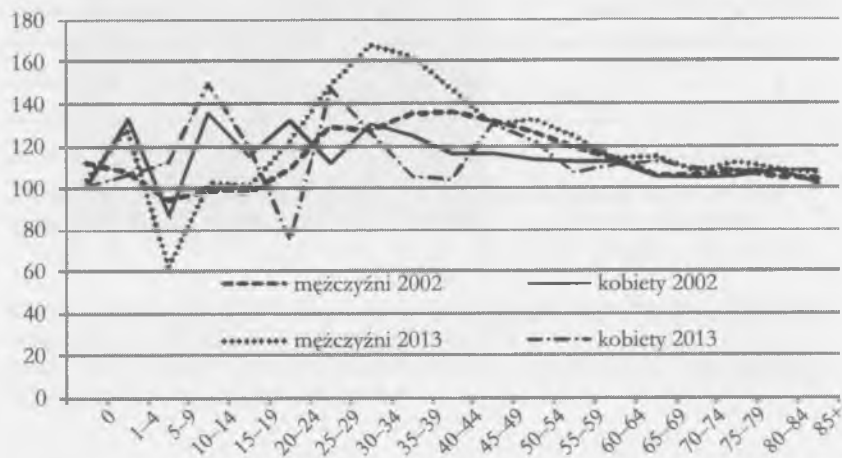
Mapa 2. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet w wieku 30–69 lat według powiatu – województwo łódzkie w 2013 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych *Demografia* GUS, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>

2. Skala nadumieralności według wieku

Poszukując przyczyn wyższej umieralności na terenie regionu, w pierwszej kolejności przyjrzymy się, jak owo natężenie zgonów wygląda w porównaniu z Polską w bardziej jednorodnych grupach wieku (rys. 5). Dokonując porównań, korzystać będziemy ze wskaźnika informującego, jaki jest stosunek natężenia zgonów danej płci w danym przedziale wieku na terenie województwa łódzkiego i tak samo obliczanej wielkości

ogólnopolskiej. Wielkości wyższe zatem od 100 mówią nam o wyższej w danym wieku umieralności kobiet/mężczyzn na terenie Łódzkiego, zaś wartości niższe od 100 o lepszej sytuacji zdrowotnej w danej grupie wieku.

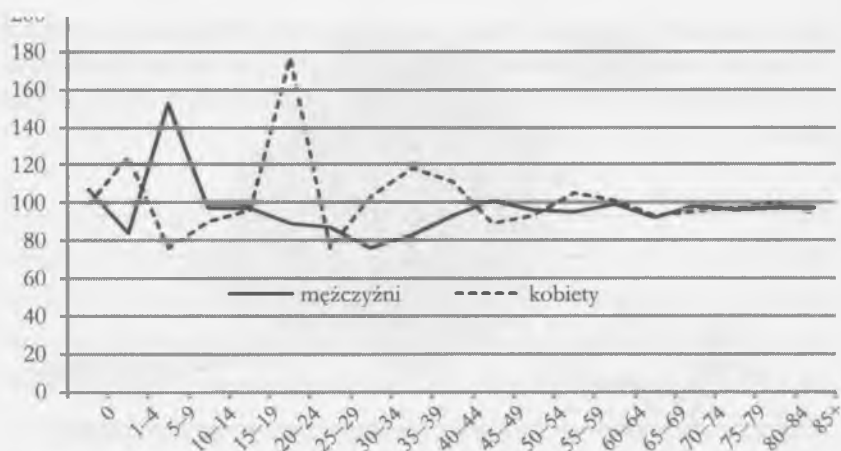


Rysunek 5. Umieralność w województwie łódzkim w relacji do umieralności w Polsce według wieku i płci w latach 2002 i 2013

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych GUS *Demografia*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>

Zaprezentowane dane wskazują na utrzymywanie się trwałej nadumieralności mieszkańców województwa łódzkiego wśród tych grup wieku, w których zgony nie mają incydentalnego charakteru, tak jak dzieje się to w przypadku dzieci i młodzieży. Po 30. roku życia występuje stała, choć obniżająca się z wiekiem, nadumieralność mieszkańców województwa. Co więcej, o ile w przypadku kobiet skala nadumieralności pomiędzy rokiem 2002 a 2013 zmieniała się nieznacznie, o tyle w przypadku mężczyzn narastała. Największa nadumieralność w przypadku mężczyzn występowała wśród trzydziesto- i czterdziestolatków, w przypadku których poziom umieralności przekraczał średnią dla kraju odpowiednio o 60–70% i 30–45% w zależności od bardziej jednorodnych podgrup wieku.

Porównując tempo ograniczania umieralności pomiędzy rokiem 2002 a 2013, postaramy się określić, w jakich grupach wieku tempo ograniczania umieralności było wyższe niż średnia dla kraju (wartości indeksów powyżej 100), a w jakich niższe (wartości poniżej 100), obliczając indeks porównujący skalę zmian natężenia zgonów według wieku odnotowanych w województwie łódzkim i Polsce – rys. 6.



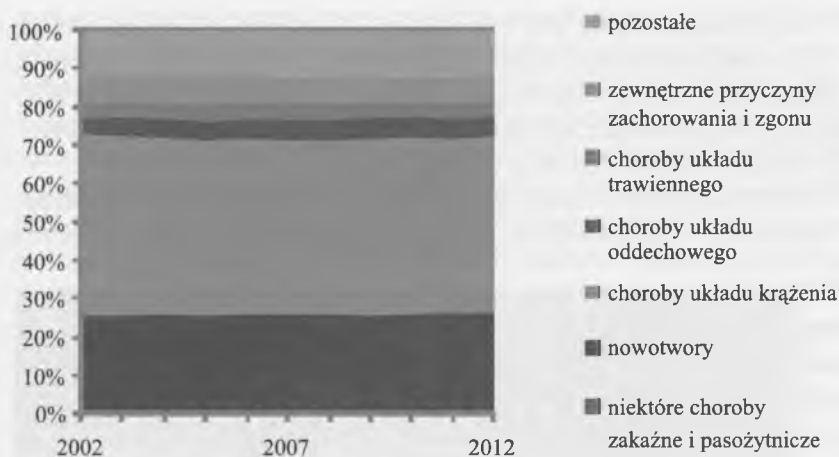
Rysunek 6. Indeks zmian natężenia zgonów w latach 2002–2013 w województwie łódzkim w stosunku do Polski według wieku i płci

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych GUS *Demografia*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>

W przypadku mężczyzn w zasadzie do 45. roku życia w okresie dorosłości występowało zdecydowanie niższe od średniego tempo redukcji natężenia zgonów, zaś po tej granicy wieku, choć również zazwyczaj występowały zmiany niższe, różnice nie miały już tak dużej skali. W przypadku kobiet w wieku 30–44 lat obniżanie się współczynników zgonów występowało szybciej w analizowanym okresie niż średnio dla Polski, jednak odmienna sytuacja ujawniała się w wieku 45–54 lat. W starszych grupach wieku w przypadku kobiet zmiany miały charakter zbliżony do tych odnotowanych w skali kraju.

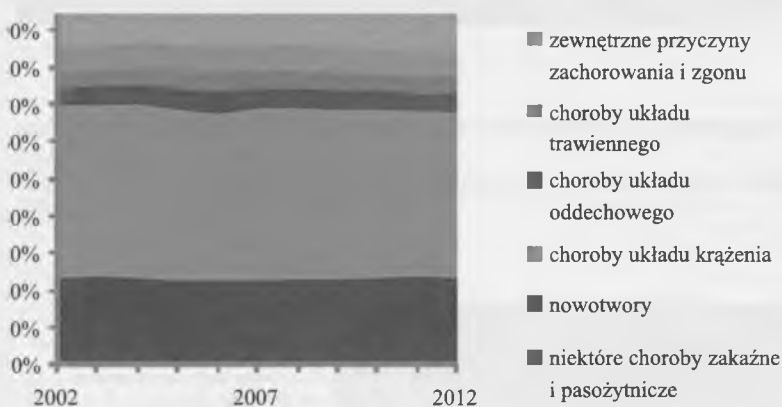
3. Umieralność według przyczyn

Szukając przyczyn, dla których umieralność jest zdecydowanie wyższa na terenie regionu, odwołamy się do analizy przyczyn zgonów, która powinna wskazać te obszary problemów zdrowotnych – tj. specyficzne deficyty zdrowia, prowadzące do ujawnienia się zdiagnozowanych chorób – które odpowiadają za zdecydowanie złą sytuację zdrowotną województwa łódzkiego. Punktem wyjścia niech będzie w tym przypadku porównanie rozkładów przyczyn zgonów ludności Polski i regionu w ostatnich latach (rys. 7, 8).



Rysunek 7. Główne przyczyny zgonów w Polsce w latach 2002–2012

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks



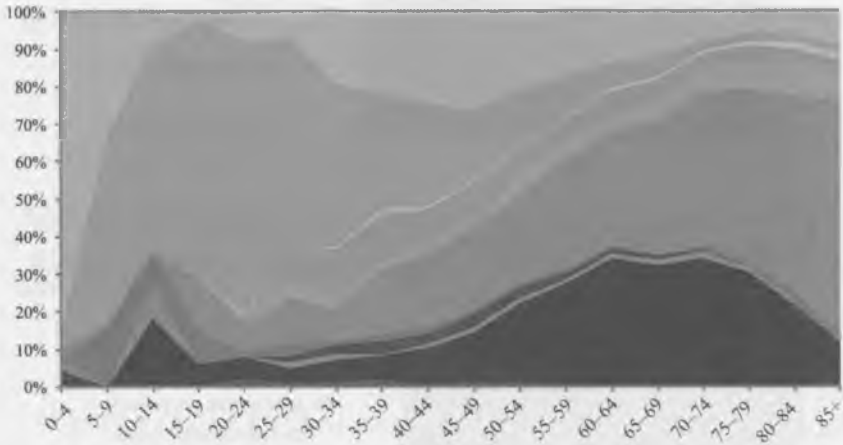
Rysunek 8. Główne przyczyny zgonów w województwie łódzkim w latach 2002–2012

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Rozkłady te wyglądają podobnie, aczkolwiek zauważyć można pewne niewielkie rozbieżności. Wynikają one mogą zarówno z rzeczywistej skali problemów zdrowotnych, jak i z innej struktury zgonów w regionie i w Polsce z perspektywy wieku i płci. Te czynniki bowiem bardzo silnie różnicują przyczyny zgonów. Stąd też rys. 9 i 10 pokazują

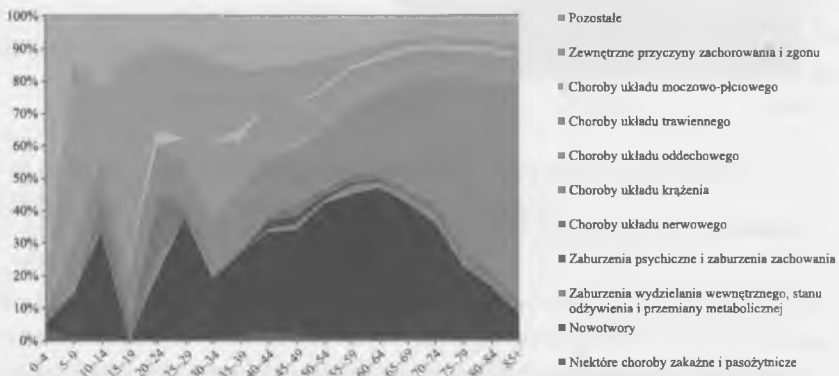
– na przykładzie roku 2012, ostatniego dla którego dostępne są dane – jaki związek istnieje między płcią, wiekiem a przyczynami zgonów, ograniczając się przy tym do prezentacji najważniejszych pojedynczych przyczyn zgonów (za takie uznano przyczyny, z powodu których umarło przynajmniej po 100 osób w ciągu roku).

Porównywanie w takim przypadku danych jest bardzo utrudnione, stąd też – aby określić te przyczyny zgonów, w przypadku których



Rysunek 9. Umieralność mężczyzn mieszkających w województwie łódzkim według przyczyn i wieku w 2012 r.

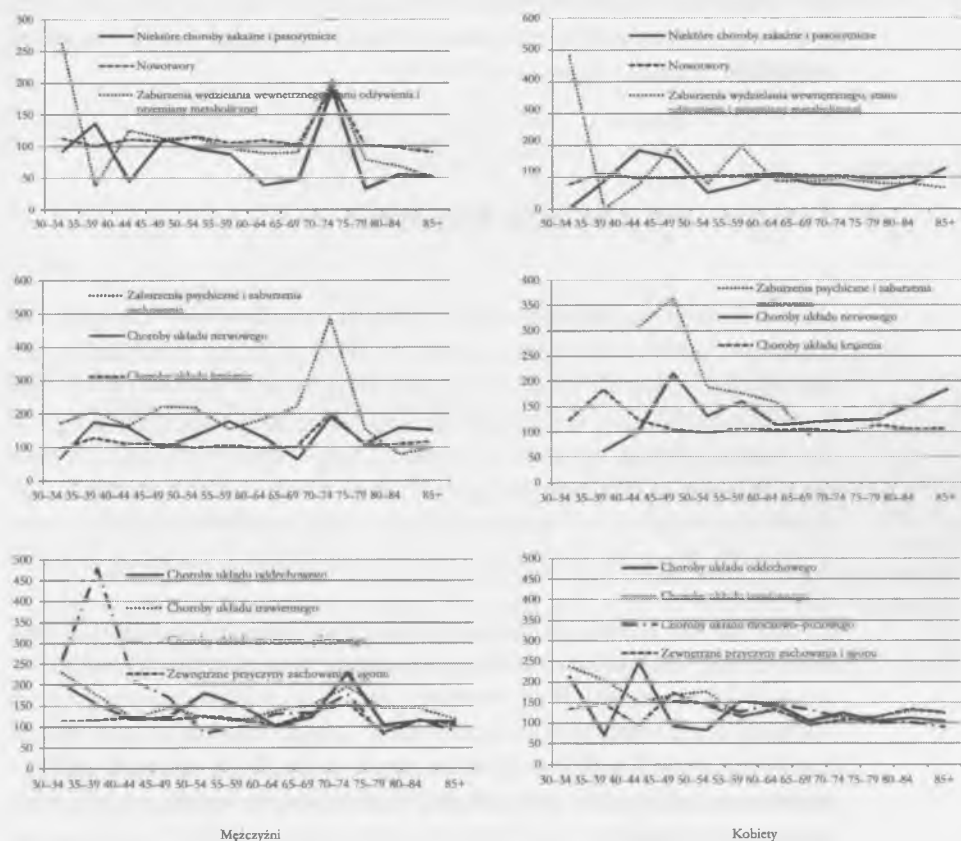
Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych GUS *Demografia*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>



Rysunek 10. Umieralność kobiet mieszkających w województwie łódzkim według przyczyn i wieku w 2012 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych GUS *Demografia*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>

region odstaje od reszty kraju – posłużono się liczonymi oddzielnie dla obu płci współczynnikami natężenia zgonów z poszczególnych, wyodrębnionych przyczyn w jednorodnych, pięcioletnich grupach wieku. Ograniczono się przy tym ponownie do grup wieku, w których zgony zaczynają mieć nieincydentalny charakter, tj. do wieku minimum 30 lat, agregując z kolei obliczenia dla ostatniej grupy wieku definiowanej jako 85+. Tak obliczone współczynniki umieralności z określonej przyczyny obliczono osobno dla Polski i dla województwa łódzkiego, po czym porównano je, dzieląc wartości dla regionu przez wartości dla Polski ogółem. Uzyskane wyniki po przemnożeniu przez 100 informują o tym, jaka jest relacja między współczynnikiem zgonu w Łódzkiem i w Polsce i mogą być interpretowane jako indeksy umożliwiające określenie skali nadumieralności z określonej przyczyny (rys. 11).



Rysunek 11. Natężenie zgonów w województwie łódzkim w roku 2012 w stosunku do średniej ogólnopolskiej według przyczyn zgonów, płci i wieku

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych GUS *Demografia*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>

Przeprowadzona analiza wskazuje, iż jedynie w przypadku chorób zakaźnych i pasożytniczych sytuacja w regionie jest zdecydowanie lepsza niż w skali kraju. W przypadku zbiorowości kobiet również nowotwory i w większości grup wieku choroby krążenia nie odbiegają znacząco (tj. więcej niż o kilkanaście procent) od średniej krajowej, w przypadku mężczyzn jest to prawdą tylko w przypadku chorób układu krążenia w szóstej i siódmej dekadzie życia. W przypadku pozostałych chorób natężenie zgonów ludności regionu znacznie przewyższa średnią dla Polski, wskazując, iż w zasadzie w każdym przypadku region odznacza się gorszą sytuacją zdrowotną.

Zaznaczyć jednak należy, iż z uwagi na odmienną wagę poszczególnych przyczyn zgonów, relatywnie nieduże – na tle innych grup przyczyn zgonów – nadwyżki umieralności z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych przekładają się na duże utraty potencjału życiowego mieszkańców regionu, *de facto* decydując o syntetycznym wyglądzie sytuacji zdrowotnej.

4. Samoocena stanu zdrowia

Innym sposobem badania stanu zdrowia mieszkańców regionu jest odwołanie się do prowadzonych przez GUS co kilka lat badań stanu zdrowia ludności. W trzech poprzednich edycjach badana próba była bowiem na tyle duża, aby umożliwić uzyskanie reprezentatywnych prób dla poszczególnych regionów. Patrząc z tej perspektywy, stan zdrowia mieszkańców Łódzkiego jest gorszy od wartości ogólnopolskich. Badania odnoszące się do samooceny stanu zdrowia wskazują na gorszy w stosunku do ogólnokrajowego poziom satysfakcji z własnego zdrowia (tab. 2).

Patrząc na powyższe dane, warto zauważyć, iż nie tylko niższy odsetek respondentów dobrze ocenia swój stan zdrowia w porównaniu z Polską ogółem, lecz również i to, iż w analizowanym okresie zwiększyła się różnica owej samooceny między mieszkańcami Polski a województwa łódzkiego. Samoocenę potwierdzają również zobiektywizowane mierniki, np. częstość deklarowania występowania różnorodnych chorób.

Gorszy stan zdrowia wynika po części z częstszego podejmowania ryzykownych zachowań. Badanie stanu zdrowia ludności z 2009 r. wykazało, iż na terenie województwa łódzkiego nieco wyższy odsetek ludności niż średnia dla Polski deklaruje spożywanie alkoholu (75,8%

vs. 74,4%), a zwłaszcza spożywanie bardzo częste (np. przynajmniej 4 razy w tygodniu 4,9% vs. 4%). Niepokojące jest zwłaszcza to, iż częstość taka była zdecydowanie wyższa wśród młodzieży (15–29 lat) zamieszkującej region – do spożywania alkoholu przyznawało się 75,6% (średnio dla Polski 71,5%), zaś do konsumpcji przynajmniej 4 razy w tygodniu 4,3% (3%). Z kolei, jeśli chodzi o palenie tytoniu, sytuacja jest nieco lepsza niż dla Polski ogółem – w województwie bowiem 27,8% osób dorosłych paliło, z czego 22,7% robiło to codziennie (średnia dla Polski odpowiednio 29,2% i 23,8%). Również w przypadku młodzieży dane dla regionu były nieco lepsze niż dla Polski ogółem [GUS 2011].

Tabela 2. Samoocena stanu zdrowia (jako % osób dorosłych deklarujących dany stan zdrowia) w Polsce i w regionie łódzkim w latach 1996–2009

Rok	Obszar	Mężczyźni			Kobiety		
		Bardzo dobre i dobre	Takie sobie	Złe i bardzo złe	Bardzo dobre i dobre	Takie sobie	Złe i bardzo złe
1996	Polska	58,5	26,5	14,6	51,0	30,2	18,5
	Województwo	55,4	28,8	15,3	46,2	32,8	20,5
2004	Polska	64,5	24,0	10,8	58,3	28,2	13,2
	Województwo	58,8	30,5	10,2	27,6	33,3	14,2
2009	Polska	69,1	21,5	9,2	66,9	23,9	9,1
	Województwo	62,7	25,0	12,2	59,1	26,8	14,0

Źródło: obliczenia własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju regionalnym w 1996 r.*, Warszawa 1999, s. 75, 78; Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.*, Warszawa 2007, s. 112, 115; Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011, s. 405, 409

Zły stan zdrowia ludności regionu mógł być konsekwencją różnych przyczyn – między innymi stresu. W roku 2009 aż 6,3% ludności regionu w wieku 16–65 lat deklarowało, iż stale jest pod działaniem stresu, zaś kolejne 31,8% mówiło o wysokiej częstości takiej sytuacji. Brakuje możliwości bezpośredniego odwołania się do porównań z Polską ogółem, ale wydaje się, iż powyższe wielkości są na tle kraju wysokie [Przybylski 2012].

5. Niepełnosprawność

W przypadku liczby osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim nastąpił spadek w okresie międzyspisowym 2002–2011. Według NSP '2002 w Łódzkiem znajdowało się ok. 357 tys. osób niepełnosprawnych (167 tys. mężczyzn i 190 tys. kobiet). W roku 2011 było to odpowiednio 333 tys. (150 tys. i 183 tys.). Wielkości te stanowiły odpowiednio 14,0% i 13,1% liczby ludności województwa, podczas gdy w skali ogólnopolskiej odsetek niepełnosprawnych w obu spisach wynosił 14,3% i 12,2%.

Województwo charakteryzowało się w roku 2011 niezwykle dużym różnicowaniem poziomu niepełnosprawności (mapa 3, na której im ciemniejsze kolory, tym wyższa częstość deklarowania niepełnosprawności).



Mapa 3. Częstość występowania niepełnosprawności według NSP '2011 (jako % ludności ogółem)

Źródło: obliczenia własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks

Przy średnim odsetku niepełnosprawnych 13,1% dla całego regionu i dominacji wartości z przedziału 10–13% (15 spośród 24 powiatów), pojawiały się jednostki bardzo odstające od owej średniej. W powiecie pączęzańskim niepełnosprawni stanowili jedynie 7,6%, zaś w opoczyńskim i łęczyckim po 9,6%. Z kolei najwyższym poziomem

niepełnosprawności generalnie odznaczała się ludność miast na prawach powiatu (Łódź – 16,1%, Piotrków Trybunalski – 16,1%, Skierniewice – 15,7%), choć najwyższy udział występował na terenie powiatu zduńskowolskiego (17,3%). Różnice te są tak duże, iż pojawia się kwestia zrozumienia ich proveniencji – czy wynikają z rzeczywistego zróżnicowania stanu zdrowia, różnej struktury wieku, odmiennej percepcji tego, czym jest niepełnosprawność³, czy zróżnicowanego dostępu do lekarzy orzeczników i komisji orzekających.

Jak już wspomniano, wiek odgrywa znaczącą rolę jako czynnik różnicujący niepełnosprawność (tab. 3).

Tabela 3. Częstość występowania niepełnosprawności według płci i wieku w województwie łódzkim według NSP '2011 (w przeliczeniu na 1000 osób)

Płeć	Wiek									
	Ogółem	0-15	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Województwo łódzkie										
Ogółem	13,1	2,8	3,0	3,3	4,7	9,2	20,0	26,6	35,4	41,1
Mężczyźni	12,4	3,3	3,2	3,7	5,0	9,6	20,9	29,1	34,9	39,9
Kobiety	13,8	2,3	2,8	2,9	4,4	8,8	19,2	24,6	35,6	41,5
Polska										
Ogółem	12,2	2,9	3,3	3,1	4,2	8,3	18,8	26,5	36,8	44,1
Mężczyźni	11,6	3,4	3,7	3,6	4,6	8,6	19,7	28,8	35,8	42,8
Kobiety	12,7	2,4	2,9	2,6	3,9	8,0	18,1	24,6	37,5	44,6

Źródło: WUS w Łodzi [2014: 24]

3 Wpływ percepcji na definiowanie siebie jako osoby niepełnosprawnej łatwo wyjaśnić można na przykładzie obrazu starości. W sytuacji utożsamiania tej fazy życia z chorobą i ograniczeniami funkcjonowania osoba starsza, oceniając własną sprawność, porównuje ją z innymi rówieśnikami, w przypadku których zakłada, iż też cierpią na takie przypadłości – w takim przypadku w sytuacji niezbyt dużych ograniczeń postrzegane są one jako typowe dla danego wieku, a zatem pomijane. W przypadku z kolei upowszechniania się wzorca aktywnej starości pojawiają się inne punkty odniesienia – pokazywani w mediach w pełni sprawni seniorzy. W takim samym przypadku osoba o takiej samej sytuacji zdrowotnej jak poprzednio, porównując się z nowym punktem odniesienia, oceni siebie jako niepełnosprawną.

Generalnie, wraz z wiekiem narasta częstość deklarowania niepełnosprawności, zaś odnotowane na terenie województwa wskaźniki, informujące o natężeniu niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku, nie odbiegają znacząco od odpowiednich wartości dla Polski, z wyjątkiem osób trzydziesto- i czterdziestoletnich. Odnotowana w trakcie NSP '2011 różnica w większym stopniu odzwierciedla wyższy udział osób starszych niż wyższą częstość niepełnosprawności.

W przypadku zdecydowanej większości osób deklarujących niepełnosprawność w regionie występują relatywnie nieduże ograniczenia sprawności – całkowite ograniczenie odnosi się do 9,8% deklarujących niepełnosprawność, u 22,1% jest ono poważne, zaś w przypadku 57,6% umiarkowane. Co ciekawe, 10,5% ogółu niepełnosprawnych to osoby nieodczuwające ograniczeń, co stanowi 16,2% osób posiadających prawne uznanie deficytów sprawnościowych [WUS w Łodzi 2014: 29]. Wielkość ta jest zastanawiająco wysoka, jeśli wskazać na różnicę pomiędzy „oficjalnym” (tj. wykorzystywanym do uzyskiwania różnych uprawnień) stanem zdrowia a tym rzeczywistym.

6. Hospitalizacje

Częstość pobytu w szpitalu wykorzystywana jest jako kolejny wskaźnik stanu zdrowia, jednak należy zdawać sobie sprawę z tego, iż nie daje on pełnego obrazu stanu zdrowia populacji, ponieważ uwzględnia tylko przypadki tych osób, które zostały poddane leczeniu szpitalnemu.

W regionie w 2012 roku miało miejsce 582,8 tys. pobyków w szpitalu, co oznaczało, iż na 1000 mieszkańców natężenie hospitalizacji wynosiło 230,8, podczas gdy w skali kraju owa częstość – odzwierciedlająca 7 344,5 tys. hospitalizacji – była zdecydowanie niższa, przyjmując wartość 190,6. Częściowo za taką sytuację odpowiada niekorzystna struktura wieku ludności województwa łódzkiego, jak bowiem wiadomo częstość hospitalizacji jest pozytywnie skorelowana z wiekiem ludności. Niepokojące jest również to, iż zgodnie z danymi łódzkiego oddziału NFZ tzw. saldo migracji świadczeń medycznych (tj. kwota transferów między oddziałami, odzwierciedlająca preferencje do korzystania przez pacjentów z danego regionu ze świadczeń medycznych wykonywanych na terenie innego województwa) jest dla Łódzkiego ujemna, zaś owo ujemne saldo pogłębia się.

W 2012 r. zarówno w kraju, jak i w województwie łódzkim najczęstszą przyczyną hospitalizacji były choroby układu krążenia. Stanowiły

one 14,6% wszystkich hospitalizacji w Polsce i 15,8% hospitalizacji w Łódzkiem. Ta niekorzystna dla województwa łódzkiego sytuacja jest widoczna przy większości innych najczęstszych przyczyn hospitalizacji. W przypadku nowotworów było 9,6% hospitalizacji w Łódzkiem wobec 8,6% w Polsce, w grupie chorób układu pokarmowego było to odpowiednio 7,9% wobec 7,6%, a w grupie chorób układu oddechowego 7,6% wobec 6,8%, natomiast w grupie chorób układu nerwowego 3,9% wobec 3,7%. Schorzenia układu moczowo-płciowego zarówno w Polsce, jak i w województwie łódzkim stanowiły przyczynę 8% wszystkich hospitalizacji.

Na tle danych ogólnokrajowych Łódzkie wypadło korzystniej w grupie hospitalizacji związanych z ciążą, porodem i pościem – odpowiednio 7,5% i 7,8%, a także zaburzeń układu kostno-stawowego – 4,6% i 5,1%. W Polsce i w województwie łódzkim do najrzadszych przyczyn hospitalizacji w 2012 r. zaliczały się choroby krwi i narządów krwiotwórczych – po ok. 1% wszystkich hospitalizacji, choroby ucha i wyrostka sutkowego – po ok. 0,5% hospitalizacji, a także zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – po ok. 0,5 % wszystkich hospitalizacji.

7. Częstość występowania chorób według płci i wieku

Raporty Głównego Urzędu Statystycznego – *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.* i *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* – pozwalają na ocenę stanu zdrowia populacji z uwzględnieniem płci i wieku w województwie łódzkim na tle danych ogólnopolskich. Korzystając z niego, należy jednak zdawać sobie sprawę z kilku jego wad: do zbiorowości uznawanych za przewlekle chore włączone są zarówno jednostki dotknięte jednym schorzeniem, jak również te, które zmagają się z większą ich liczbą. Ponadto wskaźnik ten nie pozwala na rozróżnienie pomiędzy osobami ciężko chorymi a tymi, które pomimo przewlekłej choroby lub chorób wykazują się relatywnie dobrym stanem zdrowia. We wskaźniku tym uwzględniono 5 grup wieku: 0–14, 15–29, 30–49, 50–69 i 70 lat i więcej.

W latach 2004–2009 uległ zwiększeniu odsetek przewlekle chorych kobiet i mężczyzn w Łódzkiem i w kraju ogółem. W przypadku mężczyzn przyrost wyniósł 6,1 pkt proc. (wzrost z 40,8% do 46,9%) w Polsce, natomiast w województwie łódzkim było to 3,7 pkt proc. (z 43,9% do 47,6%). O ile więc dynamika wzrostu była niższa w przypadku

województwa łódzkiego, to skala przewlekłych problemów zdrowotnych w 2009 r. w województwie łódzkim była wyższa niż średnia dla Polski. Podobnie przedstawiają się dane dotyczące kobiet: przyrost o 3,7 pkt proc. dla Polski ogółem (z 50,9% do 54,6% wszystkich kobiet) i o 2,3 pkt proc. w Łódzkiem (wzrost z 55,7% do 58%).

Poszczególne grupy wieku odznaczają się różną skalą i kierunkiem zmian. W przypadku danych dla Polski, w wieku 0–14 lat w grupie mężczyzn nastąpił przyrost osób przewlekłe chorych o 6,2 pkt proc. (z 24% do 30,2%), natomiast wśród kobiet o 4,9 pkt proc. (z 20,9% do 25,8%). Inny jest jednak obraz osób przewlekłe chorych w grupie wieku 0–14 lat w województwie łódzkim. W przypadku mężczyzn nastąpił spadek o 5 pkt proc. (z 28,6% do 23,6%), ale w przypadku kobiet zanotowany został znaczący przyrost wynoszący 10,5 pkt proc. (z 21,3% do 31,8%).

W grupie wieku 15–29 lat wśród mężczyzn i kobiet zaobserwowany został wzrost odsetka osób przewlekłe chorych. O ile dla kraju ogółem przyrost wśród mężczyzn osiągnął poziom 4,2 pkt proc. (z 20,3% do 24,5%), a dla kobiet 1,7 pkt proc. (z 26% do 27,7%), o tyle w naszym regionie przyrosty te wynosiły odpowiednio 6,6 pkt proc. (z 21,2% do 27,8%) i 5,7 pkt proc. (z 26,8% do 32,5%).

W grupie wieku 30–49 lat w przypadku mężczyzn nastąpił porównywalny przyrost odsetka przewlekłe chorujących w Polsce i w Łódzkiem – odpowiednio 5,4 pkt proc. (wzrost z 37,1% do 42,5%) i 4,9 pkt proc. (wzrost z 37,5% do 42,4%). Z kolei wśród kobiet dla Polski przyrost wyniósł 1,5 pkt proc. (z 47,3% do 48,8%), podczas gdy w Łódzkiem odnotowany został znaczący spadek odsetka o 9,6 pkt proc. (z 55,8% do 46,2%).

W latach 2004–2009 wzrósł o 1,6 pkt proc. w Polsce odsetek przewlekłe chorych mężczyzn w grupie wieku 50–69 lat (z 70,5% do 72,1%), podczas gdy w województwie łódzkim obniżył się on o 2,1 pkt proc. (spadek z 73,9% do 71,8%). Przeciwna sytuacja miała miejsce wśród kobiet, podczas gdy w skali kraju odsetek deklarujących przewlekłe problemy zdrowotne pozostawał na stałym poziomie (obniżając się o 0,1 pkt proc., z 81,1% do 81%), w Łódzkiem przyrósł o 1,3 pkt proc. (z 79,5% do 80,8%). Pomimo zwiększenia się odsetka przewlekłe chorych kobiet w Łódzkiem, sytuacja województwa była relatywnie lepsza niż Polski.

W grupie osób 70-letnich i starszych około 90% kobiet i mężczyzn należy do grona przewlekłe chorujących. W przypadku mężczyzn w Polsce przyrost wyniósł 4,7 pkt proc. (z 87,8% do 92,5%), natomiast w Łódzkiem 3 pkt proc. (z 86,6% do 89,6%). Wśród kobiet przyrost wyniósł 0,9 pkt proc. (z 92,8% do 93,7%) dla Polski, a w województwie łódzkim zmniejszył się on o 0,3 pkt proc. (spadek z 95,6% do 95,3%). Nadal jednak odsetek przewlekłe chorych kobiet na tle danych ogólnopolskich był wyższy.

Zarówno w przypadku danych dla województwa łódzkiego, jak również danych dla kraju ogółem, w każdej grupie wieku z wyjątkiem 0–14 lat większy jest odsetek kobiet przewlekle chorych niż mężczyzn. Nie powinno to jednak prowadzić do wniosku, że mężczyźni relatywnie rzadziej od kobiet zapadają na choroby. Być może jest to rezultatem niższej dbałości o zdrowie, przejawiającej się rzadszymi odwiedzinami u lekarzy w sytuacji problemów zdrowotnych.

8. Częstość porad lekarskich z wybranych przyczyn (choroby układu krążenia, nowotwory, układ oddechowy, układ trawienny)

Kolejnym wskaźnikiem sytuacji zdrowotnej jest liczba porad udzielanych przez lekarzy na terenie regionu według przyczyn. Zaznaczyć w tym przypadku jednak trzeba, iż mieszkańcy województwa mogą korzystać z porad lekarzy poza regionem (i w przypadku wizyt specjalistycznych w przypadku ludności powiatów na rubieżach województwa tak się dzieje), jak i z porad udzielanych przez personel pracujący na terenie regionu mogą korzystać mieszkańcy innych obszarów kraju. Analiza częstości porad lekarskich z wybranych przyczyn (chorób układów pokarmowego, krążenia, oddechowego i nowotworów) na podstawie danych NFZ pozwala na porównanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa łódzkiego z danymi ogólnopolskimi (tab. 4). Ponadto możliwe staje się zaobserwowanie zmian zachodzących w liczbie występujących przypadków poszczególnych chorób. Należy jednak równocześnie zdawać sobie sprawę z niedoskonałości powyższego wskaźnika przy ocenie stanu zdrowia populacji: możliwości błędnych rozpoznań, ograniczonego dostępu do służby zdrowia wynikającego na przykład z miejsca zamieszkania, sytuacji finansowej czy też niechęci do korzystania z niej.

Mając to na uwadze, obserwując udostępnione przez NFZ dane, można zauważyć, że zarówno w Łódzkiem, jak i w kraju ogółem najczęstszymi przyczynami porad lekarskich w analizowanych latach były choroby układu krążenia. W roku 2013 w stosunku do roku 2009 uległa zmniejszeniu liczba porad ze względu na tę grupę chorób, przy czym w skali całego kraju spadek ten był bardzo wyraźny – z ok. 650 tys. do

Tabela 4. Liczba porad lekarskich z wybranych przyczyn w Polsce i w województwie łódzkim w latach 2009 i 2013

Przyczyna porady	Polska		Łódzkie	
	2009	2013	2009	2013
Nowotwory	127 969	105 436	9 997	7 926
Choroby układu pokarmowego	320 969	318 985	22 764	24 675
Choroby układu oddechowego	481 674	492 372	36 323	38 979
Choroby układu krążenia	650 333	578 676	53 923	53 214

Źródło: <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/AnalizaPrzekrojowa.aspx>

578 tys. (tj. o 11,1%), natomiast w samym województwie łódzkim był on nieznaczny – z około 54 tys. do 53,2 tys. (tj. o 1,5%). W obrębie chorób układu krążenia najczęściej występowała niewydolność krążenia, pomimo spadku liczby porad lekarskich z jej przyczyny. Stanowiła ona w Polsce w 2013 r. około 28% wszystkich leczonych chorób układu krążenia, a w Łódzkiem odpowiednio 24,2%. Drugą najczęściej diagnozowaną chorobą układu krążenia w 2013 r. były zaburzenia rytmu serca, stanowiące około 17,2% wszystkich chorób omawianej grupy w Polsce, a około 14,6% w województwie łódzkim. Przy czym o ile w okresie 2009–2013 liczba porad w Polsce nieznacznie zmalała ze 104,5 tys. do 99,8 tysięcy (o 4,5%), tak w województwie łódzkim ich liczba wzrosła z 6,2 tys. do 7,8 tys. (wzrost o prawie 26%).

Trzecią co do częstości występowania była choroba niedokrwienna serca, która w 2013 r. stanowiła ok. 14,8% wszystkich porad lekarskich w grupie zaburzeń układu krążenia w Polsce i 12,8% w województwie łódzkim. Zarówno w Polsce, jak i w Łódzkiem nastąpił spadek liczby porad, odpowiednio o ok. 32 tys. (o 27,4%) i o 1,8 tys. (o 20,9%). Czwartą chorobą układu krążenia jest i w Polsce i w Łódzkiem nadciśnienie, stanowiące w obu przypadkach ok. 10,5% wszystkich porad z tej grupy chorób w 2013 r. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na choroby zastawek serca. Tak w Polsce, jak i w województwie łódzkim w 2013 r. wzrosła liczba porad z tej przyczyny w stosunku do roku 2009. W Polsce liczba porad zwiększyła się z 39,8 tys. do 46,4 tys., co stanowi odpowiednio 6,1% i 8% wszystkich porad lekarskich w zakresie chorób układu krążenia, a w województwie łódzkim z 3,5 tys. do 4,2 tys. – 6,5% i 8%.

Drugą pod względem liczby porad lekarskich grupą chorób w Polsce i w Łódzkiem są zaburzenia układu oddechowego. W porównaniu do 2009 roku, w roku 2013 liczba porad lekarskich w kraju wzrosła z 481,6 tys. do 492,3 tys., natomiast w województwie łódzkim z 36,3 tys.

do 39 tys. Wzrost liczby porad w związku z chorobami układu oddechowego w Łódzkiem był relatywnie wysoki w porównaniu do sytuacji ogółem w kraju. Jest to związane z wyraźną tendencją wzrostu liczby porad z zakresu chorób dolnych dróg oddechowych wieku dziecięcego – z ok. 6,8 tys. do 9,5 tysięcy w analizowanym okresie, co z kolei odzwierciedlało tendencje ogólnopolskie.

Należy jednak zaznaczyć, że w 2013 r. nadal do najczęstszych powodów porad lekarskich w Polsce w omawianej grupie chorób należały przewlekłe obturacyjne choroby płuc – 19,1% wszystkich porad, wraz z zapaleniem wirusowym płuc – odpowiadającym za 18,5% porad lekarskich. W przypadku obturacyjnych chorób płuc widoczna jest tendencja malejąca (spadek ze 108 tys. do 94 tys.), natomiast liczba porad związanych z wirusowym zapaleniem płuc w analizowanym okresie nieznacznie w Polsce wzrosła (z 88,9 tys. do 91,2 tys.). W tym samym okresie w województwie łódzkim nastąpił spadek liczby porad z przyczyn obu powyżej wymienionych chorób układu oddechowego, które pomimo tego nadal są jednymi z najczęstszych przyczyn konsultacji lekarskich w Łódzkiem. Zapalenie wirusowe płuc w 2013 r. było przyczyną około 20,4% wszystkich porad lekarskich dotyczących chorób układu oddechowego (spadek z 9,7 tys. do 7,9 tys.), natomiast przewlekła obturacyjna choroba płuc była odpowiedzialna za 16,2% wszystkich porad (nieznaczny spadek z 6,6 tys. do 6,3 tys.).

Trzecią co do częstości porad lekarskich grupą chorób są schorzenia układu pokarmowego. W skali całego kraju nastąpił nieznaczny spadek liczby porad z 321 tys. do 319 tys., jednakże w Łódzkiem sytuacja była odwrotna, przez co liczba porad zwiększyła się z około 22,8 tys. do 24,7 tys. Zarówno w kraju, jak i w województwie łódzkim dominującą przyczynę porad lekarskich w obrębie tej grupy stanowią choroby jamy brzusznej. W 2013 r. stanowiły one odpowiednio 32% i 43% wszystkich porad lekarskich dotyczących chorób układu pokarmowego. Co warto podkreślić, w kraju ogółem liczba porad związanych ze schorzeniami jamy brzusznej wyraźnie zmalała ze 117,9 tys. do 102 tys., natomiast w województwie łódzkim nieznacznie wzrosła z 9,9 tys. do 10,6 tys. Pomimo nieznacznego spadku liczby porad lekarskich z powodu chorób żołądka, pozostawały one drugą najczęstszą przyczyną konsultacji medycznych w grupie chorób układu pokarmowego nie tylko w kraju ogółem, ale również w Łódzkiem. W 2013 roku stanowiły one w Polsce 19,3% wszystkich porad (spadek z 65,4 tys. do 61,6 tys.), a w województwie łódzkim 18,2% (spadek z 5 tys. do 4,5 tys.). Trzeba również wspomnieć o niepokojącym trendzie wzrostu liczby porad lekarskich z powodu chorób i innych zaburzeń jelitowo-żołądkowych wieku dziecięcego. W latach 2009–2013

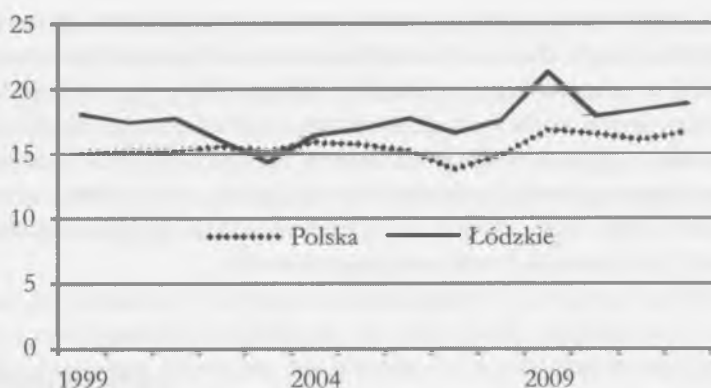
w Polsce wzrost ten wyniósł z 39,5 tys. do 48 tys., co przełożyło się w 2013 r. na 15% wszystkich porad lekarskich w grupie chorób układu pokarmowego. W przypadku województwa łódzkiego było to odpowiednio: 1,1 tys. (wzrost z 1,7 tys. do 2,8 tys., zatem aż 65%) i 11,1% wszystkich porad lekarskich.

W okresie 2009–2013 nastąpił spadek liczby porad lekarskich z powodu chorób nowotworowych, dla kraju spadek o 17,6%, a dla województwa o 21%. Przyczyniły się do tego znaczące spadki porad lekarskich z powodu nowotworów nerek i dróg moczowych. W przypadku Polski ogółem liczba porad z ich powodu zmniejszyła się o ponad połowę (spadek z 43,7 tys. do 21,5 tys.), analogiczna sytuacja miała miejsce w Łódzkiem (spadek z 4,3 tys. do 1,7 tys.). Najczęstszymi w grupie nowotworów pozostawały jednak nowotwory układu oddechowego i klatki piersiowej. W skali kraju w 2013 roku odpowiadały za 59,2% wszystkich konsultacji lekarskich z powodu nowotworów, natomiast w województwie łódzkim było to 58,6%. Zarówno w Polsce ogółem, jak i w Łódzkiem liczba porad lekarskich utrzymała się na zbliżonym poziomie – 61,7 tys. w 2009 r. i 62,4 tys. w 2013 r. w Polsce, 4,4 tys. w 2009 i 4,6 tys. w 2013 roku w województwie łódzkim. Analizowane dane udostępnione przez NFZ pozwalają zauważyć również, że analogicznie do sytuacji obserwowanej w grupie chorób układów pokarmowego i oddechowego, także w przypadku nowotworów rośnie liczba porad lekarskich związanych z nowotworami wieku dziecięcego. W przypadku kraju ogółem wzrost ten wyniósł ok. 1,7 tys. (wzrost z 2,6 tys. do 4,3 tys.), natomiast w Łódzkiem było to ok. 0,25 tys. (wzrost z 0,15 tys. do 0,4 tys.).

9. Samobójstwa

Ostatnim elementem użytym do opisu sytuacji zdrowotnej województwa łódzkiego jest natężenie samobójstw (rys. 12). Wielkość ta jest wykorzystywana zarówno jako wskaźnik zdrowia psychicznego, jak i generalnie miernik anomii, stanu zagubienia i niepewności odnośnie do systemu normatywnego, w jakim się żyje, co prowadzi do braku więzi i niemożności realizacji własnych celów w sposób społecznie akceptowany.

Choć liczba skutecznych prób samobójczych, mieszcząca się zazwyczaj w granicach 450–500 rocznie dla regionu, nie wydaje się duża, jest to w sumie znaczący ubytek ludnościowy, odpowiadający w zależności od roku za 1,5–1,7% ogółu zgonów.



Rysunek 12. Natężenie samobójstw w Polsce i w województwie łódzkim w latach 1999–2012 (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców)

Źródło: obliczenia własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

Patrząc na częstość występowania samobójstw w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, wyraźnie widoczne jest zdecydowanie wyższe natężenie w regionie niż w Polsce ogółem. Z wyjątkiem lat 2002–2005 i 2008 natężenie samobójstw jest wyższe o co najmniej kilkanaście procent, z maksymalną przewyżką 25% w 2009 r. Sytuacja taka jest potwierdzeniem badań prowadzonych nad jakością życia w regionie, wskazujących, iż województwa łódzkie i lubelskie odznaczają się najniższymi subiektywnymi ocenami jakości życia.

Jednocześnie wyższa od średniej częstość samobójstw może wskazywać na wyższą skalę problemów psychicznych, zwłaszcza depresji, co – wobec aktualnego i prognozowanego poziomu starzenia się populacji regionu i związków między wiekiem a skłonnością do podejmowania skutecznych prób samobójczych – oznaczać może szybki wzrost zapotrzebowania na specjalistyczną opiekę, a wcześniej na skuteczne metody dotarcia do jednostek z silną depresją.

Podsumowanie

Przeprowadzony w niniejszym opracowaniu przegląd wskazuje na złą sytuację zdrowotną ludności województwa łódzkiego, potwierdzając wnioski wysuwane w innych opracowaniach. Jednocześnie zdawać sobie należy sprawę ze znacznego przestrzennego zróżnicowania sytuacji zdrowotnej w ramach województwa, z najgorszą sytuacją zdrowotną

Łodzi, zaś najlepszą w przypadku terenów południowo-zachodnich i północno-wschodnich województwa. To zróżnicowanie widoczne jest również w przypadku innych badań [Wojtyński i wsp. 2012; 2012a]. Tym samym na podstawie sprawdzenia poziomu umieralności uznać można za najlepszą sytuację zdrowotną w powiatach: wieruszowskim, pajęczańskim, zduńskowolskim, Skierniewicach, wieluńskim, zaś jednocześnie obszary o sytuacji najgorszej to Łódź oraz powiaty: tomaszowski, piotrkowski, brzeziński, skierniewicki.

Różnice pomiędzy wspomnianymi powyżej powiatami są na tyle duże, iż w dalszych działaniach o charakterze prewencyjnym i interwencyjnym należy skupić się przede wszystkim na regionach najbardziej odbiegających od stanu średniego – przede wszystkim na mieście Łodzi, której niskie parametry zdrowotne, przy uwzględnieniu wielkości populacji, automatycznie rzutują na całokształt oceny regionu.

Zastanawiająca w przypadku Łodzi jest różnica pomiędzy obiektywnymi możliwościami dostępu do opieki medycznej a poziomem umieralności i niepełnosprawności, wskazująca przede wszystkim na rolę czynnika behawioralnego jako głównej determinanty oddziałującej na gorsze od spodziewanych wyniki.

Patrząc na wątek przestrzennego zróżnicowania stanu zdrowia, wydaje się, iż jako priorytety należy traktować zarówno te problemy zdrowotne, w przypadku których region wyraźnie odstawał od danych ogólnopolskich (zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego, choroby układu oddechowego), jak i te, gdzie różnice były nieznaczne, ale z uwagi na częstość występowania tych problemów zdrowotnych waga problemu jest znaczna (choroby układu krążenia i nowotwory).

Jednocześnie trzeba pamiętać, iż z punktu widzenia dostępu do opieki medycznej sytuacja regionu jest nieco lepsza od średniej krajowej. Jeśli porównamy liczbę lekarzy, innego personelu medycznego, łóżek szpitalnych itp. w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, okazuje się, że w większości przypadków natężenie określające dostępność do usług medycznych jest wyższe niż dla Polski ogółem, z najważniejszym wyjątkiem odnoszącym się do liczby pielęgniarek [WCZPwŁ 2013].

Porównanie występującej nadumieralności, częstszego deklarowania problemów zdrowotnych i częstszego korzystania z infrastruktury opieki zdrowotnej, z rozwiniętą powyżej średniej krajowej bazą ochrony zdrowia wskazuje na inne niż zaniedbania infrastrukturalne przyczyny obecnej sytuacji. To najprawdopodobniej uwarunkowania społeczne, poprzez wpływ na zachowania jednostek, ich dbałość o zdrowie, skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych i tych prozdrowotnych, determinują stan zdrowia mieszkańców regionu. W takim przypadku rozbudowywane być powinny działania o charakterze profilaktycznym,

ukierunkowane na promowanie prozdrowotnego stylu życia. Jak już wspomniano, z uwagi na bardzo duże zróżnicowanie przestrzenne sytuacji zdrowotnej, podejmowane działania profilaktyczne – kampanie społeczne, akcje ukierunkowane na badania przesiewowe – powinny w sposób szczególny być skierowane na ludność stolicy regionu oraz tych obszarów województwa, które odznaczają się najgorszymi wskaźnikami sytuacji zdrowotnej.

Bibliografia

- Goryński P. [2008], *Chorobowość szpitalna w województwie łódzkim ze szczególnym uwzględnieniem chorób przewlekłych*, [w:] D. Chlebna-Sokół i wsp., *Problemy demograficzne społeczności łódzkiej w aspekcie społeczno-ekonomicznym i zdrowotnym*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, 6–13
- GUS (Główny Urząd Statystyczny) [1999], *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju regionalnym w 1996 r.*, ZWS GUS, Warszawa
- GUS (Główny Urząd Statystyczny) [2007], *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.*, ZWS GUS, Warszawa
- GUS (Główny Urząd Statystyczny) [2011], *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, ZWS GUS, Warszawa
- GUS (Główny Urząd Statystyczny) [2013], *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność – NSP 2011*, ZWS GUS, Warszawa, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/narodowy-spis-powszechny-ludnosc-i-mieszkan-2011/ludnosc-i-gospodarstwa-domowe-stan-i-struktura-spoleczo-ekonomiczna-czesc-i-ludnosc-nsp-2011,2,1.html>
- Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E. [2001], *Hospitalizacje starszych mieszkańców Łodzi. Częstość, przyczyny, możliwości zapobiegania*, Wyd. IPT, Łódź, 104 s.
- Obraniak W. [1997], *Procesy ludnościowe w Łodzi*, [w:] J. T. Kowaleski, *Procesy demograficzne w Makroregionie Środkowym*, Absolut, Łódź, 55–112
- Obraniak W. [2007], *Ludność Łodzi i innych wielkich miast w Polsce w latach 1984–2006*, US w Łodzi, Łódź, 42 s.
- Przybylski B. K. [2012], *Zdrowie jako komponent kapitału ludzkiego*, [w:] P. Starosta (red.), *Zróżnicowanie zasobów kapitału ludzkiego i społecznego w regionie łódzkim*, Wyd. UŁ, Łódź
- Sępień Cz. [2002], *Trwanie życia mieszkańców Polski Środkowej*, [w:] J. T. Kowaleski (red.), *Reprodukcja ludności i mobilność przestrzenna na obszarze Ziemi Łódzkiej*, Wyd. UŁ, Łódź, 144–191
- Szukalski P. [2010], *Starzenie się ludności Łodzi na tle największych polskich miast od początku XX wieku*, [w:] P. Szukalski, *Społeczno-demograficzne wyzwania stojące przed Łodzią i województwem łódzkim*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, nr 35, Łódź, 103–125; <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/123456789/264>
- Szukalski P. [2012], *Sytuacja demograficzna Łodzi*, Wyd. Biblioteka, Łódź 46 s., <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3445>
- Szukalski P., Fernandez-Martinez C., Weyman T. [2013], *Łódzkie Region: Demographic challenges within an ideal location*, „OECD LEED Working Paper”, 56 s.; http://www.oecd.org/cfe/leed/LODZKIE%20REGION_V7.pdf (dostęp 12.09.2015)
- WCZPWŁ (Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi) [2013], *Wokół zdrowia. Województwo łódzkie na tle Polski*,

- Łódź, 54 s., http://www.wczp-lodz.pl/Dokumenty/wokol_zdrowia_2012.pdf (dostęp 12.09.2015)
- Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznńska A., Stokwiszewski J. [2012], *Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010*, NIZP – PZH, Warszawa, 295 s.
- Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznńska A., Stokwiszewski J. [2012a], *Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010. Dodatek tabelaryczny*, NIZP – PZH, Warszawa, 184 s.
- WUS (Wojewódzki Urząd Statystyczny) w Łodzi [2014], *Niepełnosprawni w województwie łódzkim*, Łódź, 84 s., <http://lodz.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/inne-opracowania/niepelnosprawni-w-wojewodztwie-lodzkiem,14,1.html> (dostęp 12.09.2015)