# HIGIENA, ZDROWIE W XXI WIEKU

# HIGIENA, ZDROWIE W XXI WIEKU

REDAKCJA

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Borzęcki

LUBLIN 2015

KOMITET NAUKOWY - RECENZENCI

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Borzęcki
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Buczyński
Prof. dr hab. n med. Włodzimierz Bulikowski
Prof. dr hab. Jan Karczewski
Prof. dr hab. Irena Dorota Karwat
Prof. dr hab. Emilia Kolarzyk
Prof. dr hab. Mielnik – Błaszczak
Dr hab. n. med. Barbara Nieradko - Iwanicka
Dr n. med. Anna Pikuła
Dr n. med. Monika Sałaga-Pylak
Dr hab. n. med. Agata Smoleń
Dr Andrzej Szpakow - Białoruś
Prof. dr n. med. Eugeniusz Tiszczenko – Białoruś
Dr n. przyr. Zofia Święs

ISBN 978-83-7222-569-6

Norbertinum Sp z. o.o.
20-346 Lublin, ul. Długa 5

## Spis treści


1 Agnieszka Nieradko, Barbara Nieradko-Iwanicka
**ANALIZA SŁOWNICTWA MEDYCZNEGO I NAUKOWEGO POD WZGLĘDEM POCHODZENIA OD JĘZYKÓW KLASYCZNYCH** 11

2 Barbara Borowicz, Anna Nadulska, Mariusz Teter, Mateusz Kulikowski
**OCENA WYSTĘPOWANIA CZYNNIKÓW RYZYKA OSTEOPOROZY U KOBIET W ŚRODOWISKU MIEJSKIM** 21

3 M. Sienkiewicz, E. Tiszczenko
**SPOSOB ŻYWIENIA DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM W OCENIE RODZICOW W MIESCIE BIAŁA PODLASKA I OKOLICACH** 33

4 Monika Gierla, Ewa Dybiec, Martyna Strzałka, Katarzyna Dąbrowska
**MAŁE DAWKI – DUŻE RYZYKO?** 40

5 Anna Ziółkowska, Krzysztof Gerc
**SYSTEM RODZINNY WOBEC KONSEKWENCJI PSYCHOLOGICZNYCH I ORGANIZACYJNYCH DETERMINOWANYCH PRACĄ ZMIANOWĄ – PRZEGLĄD BADAŃ** 52

6 Ewelina Kopciał, Zbigniew Marzec, Agnieszka Marzec, Tadeusz H. Dzido
**BADANIE SELEKTYWNOŚCI ROZDZIELENIA WYBRANYCH LEKÓW TECHNIKAMI ELEKTROCHROMATOGRAFII PLANARNEJ CIŚNIENIOWEJ ORAZ WYSOKOSPRAWNEJ CHROMATOGRAFII CIENKOWARSTWOWEJ** 64

7 Monika Wasilewska, Małgorzata Kuleta
**RODZAJ PARENTYFIKACJI A POZIOM DOJRZAŁOŚCI MECHANIZMÓW OBRONNYCH** 78

8 Artur Kościesza, Grażyna Polkowska, Elżbieta Szponar, Agata Tarkowska, Beata Kulik-Rechberger, Wanda Furmaga-Jabłońska
**ZAKAŻENIE WIRUSEM CYTOMEGALII U 3-MIESIĘCZNEGO NIEMOWLĘCIA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE, MANIFESTUJĄCE SIĘ ZAPALENIEM PŁUC I JELIT** 87

9 Marta Makara-Studzińska, Agata Madej
**ZABURZENIE STRESOWE POURAZOWE ORAZ DEPRESJA OFIAR PRZEMOCY W ŚWIETLE AKTUALNYCH BADAŃ** 95

10 Małgorzata Kuleta, Monika Wasilewska
**WPŁYW PARENTYFIKACJI DOŚWIADCZANEJ W DZIECIŃSTWIE NA POSTAWĘ WOBEC WŁASNEGO DZIECKA. (NA PRZYKŁADZIE DOŚWIADCZEŃ Z WŁASNEJ PRAKTYKI PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ.)** 109

11 Agnieszka Marzec, Ewelina Kozłowska, Bogdan Szponar, Renata Krzyszycha
**ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE MŁODZIEŻY LICEALNEJ** 117

12 Zbigniew Marzec, Wojciech Koch, Agnieszka Marzec
**WITAMINY A I D W CAŁODOBOWYCH RACJACH POKARMOWYCH STUDENTÓW** 138

13 Mariusz Teter, Krystian Konopka, Beata Cygan, Paweł Gołębiowski, Joanna Warchulińska, Barbara Borowicz, Anna Nadulska, Teresa Małecka-Massalska
**PRZECIWBÓLOWE DZIAŁANIE WYBRANYCH ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH STOSOWANYCH W LECZENIU OBJAWOWYM LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA W OPINII PACJENTÓW** 147

14 Katarzyna Molenda, Justyna Skolarczyk, Joanna Pekar, Barbara Nieradko-Iwanicka
**WPŁYW SUPLEMENTÓW DIETY NA PROCES UCZENIA SIĘ** 160

15 Agata Tarkowska, Ewa Kuźma, Grażyna Polkowska, Elżbieta Szponar, Artur Kościesza, Wanda Furmaga-Jabłońska
**KLINICZNE ASPEKTY DYSMORFOLOGII W PRAKTYCE NEONATOLOGICZNEJ** 168

16 Krzyszycha R., Szponar B., Marzec A., Łabęcka J., Skrzypczyk A.
**ZACHOWANIA I PROBLEMY ŻYWIENIOWE DZIECI Z AUTYZMEM** 184

17 Piotr Słowik, Piotr Passowicz
**EMOCJE NEGATYWNE A OBJAWY BÓLOWE - GENEZA I ZWIĄZEK, ROLA PREDYKCYJNA STRATEGII RADZENIA SOBIE** 191

18 Piotr Passowicz, Piotr Słowik
**SUPERWIZJA POMOCOWYCH SŁUŻB INTERWENIUJĄCYCH W SPOŁECZNOŚCI JAKO FORMA PREWENCJI I PROMOCJI ZDROWIA - UJĘCIE PSYCHOSOCJOKULTUROWE.** 202

19 Joanna Pekar, Justyna Skolarczyk, Katarzyna Molenda, Barbara Nieradko-Iwanicka
**WPŁYW NIKOTYNY NA ZAPAMIĘTYWANIE** 212

20 Joanna Pekar, Michał Budzyński, Justyna Skolarczyk, Barbara Nieradko-Iwanicka
**ODDZIAŁYWANIE ZEARALENONU NA ORGANIZM CZŁOWIEKA** 220

21 Ewa Szczepanowska, Aleksandra Łach
**POTRZEBY ŻYWIENIOWE OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH A PRZYSTOSOWANIE WYBRANYCH HOTELI W ŚWINOUJŚCIU, KAMIENIU POMORSKIM ORAZ KOŁOBRZEGU** 228

22 Justyna Skolarczyk, Joanna Pekar, Michał Budzyński, Barbara Nieradko-Iwanicka
**WPŁYW PATULINY NA ORGANIZM CZŁOWIEKA** 264

23 Justyna Skolarczyk, Joanna Pekar, Katarzyna Skórzyńska-Dziduszko, Barbara Nieradko-Iwanicka, Andrzej Borzęcki
**ROLA WYSIŁKU FIZYCZNEGO W PREWENCJI CUKRZYCY TYPU 2** 272

24 Véronique Petit, Konrad Rejdak, Andrzej Borzęcki
**WPŁYW ZANIECZYSZCZEŃ POWIETRZA NA ZDROWIE** 280

25 Véronique Petit, Janusz Kocki, Aleksandra Jarosz, Lidia Kotuła, Konrad Rejdak, Andrzej Borzęcki
**WPŁYW RODZAJÓW TERAPII: MASGUTOWEJ, G. DOMANA LUB KNILL'A NA SKUTECZNOŚĆ REHABILITACJI PACJENTÓW Z CHOROBAMI LIZOSOMALNYMI** 289

26 Véronique Petit, Konrad Rejdak, Andrzej Borzęcki
**ANALIZA WYBRANYCH ZWIĄZKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA ZANIECZYSZCZENIA POWIETRZA** 297

27 Justyna Skolarczyk, Joanna Pekar, Katarzyna Molenda, Barbara Nieradko-Iwanicka
**WPŁYW KOFEINY NA PROCESY UCZENIA SIĘ** 307

28 Mariusz Skoczyński, Anna Kwaśniewska.
**SIARCZAN MAGNEZU W PREEKLAMPSJI. DLACZEGO? PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA** 315

29 Véronique Petit, Konrad Rejdak, Andrzej Borzęcki
**NARAŻENIE ZAWODOWE NA CZYNNIKI SZKODLIWE W PRZEMYŚLE CHEMICZNYM, W KOPALNIACH I W ZAKŁADACH HUTNICZYCH** 322

30 Véronique Petit, Janusz Kocki, Konrad Rejdak, Andrzej Borzęcki
**EMISJA ZANIECZYSZCZEŃ POWIETRZA POCHODZĄCA Z URBANIZACJI ORAZ Z TRANSPORTU DROGOWEGO** 331

31 Véronique Petit, Konrad Rejdak, Andrzej Borzęcki
**NARAŻENIE ZAWODOWE NA CZYNNIKI SZKODLIWE W ROLNICTWIE, NARAŻENIE ZAWODOWE NA PYŁY BAWEŁNY I PYŁY DREWNA** 341

32 Anna Puzio, Katarzyna Skórzyńska-Dziduszko, Teresa Małecka-Massalska
**WPŁYW FIZJOLOGICZNEJ FLORY BAKTERYJNEJ PRZEWODU POKARMOWEGO NA ROZWÓJ OTYŁOŚCI** 349

33 Kulik-Rechberger Beata, Szponar Elżbieta, Rechberger Ewa, Szponar Magda, Kościesza Artur, Rogalska Aleksandra
**ZABURZENIA ROZWOJOWE ZWIĄZANE Z EKSPOZYCJĄ NA DZIAŁANIE ETANOLU – OPIS PRZYPADKU, PRZEGLĄD NAJNOWSZYCH BADAŃ** 357

34 Tomasz J. Wojtowicz, Piotr Siermontowski
**MEDYCZNE ODRĘBNOŚCI SŁUŻBY NA MORZU** 367

35 Piotr Siermontowski, Ewa Zieliński, Romuald Olszański
**HIPERBARIA - WSPÓLNE KORZENIE LECZENIA LUDZI I POZNAWANIA GŁĘBIN** 379

36 D. Przybylska, W. Przybylski, A. Rolska-Kopińska, P. Przybylski, A. Borzęcki
**SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ STRATEGIE ZARZĄDZANIA I POLITYKI SEKTORA OCHRONY ZDROWIA W PAŃSTWACH UNII EUROPEJSKIEJ POZA POLSKĄ** 388

37 D. Przybylska, A. Rolska-Kopińska A. Szafraniec, D. Porada , A. Borzęcki
**EWOLUCJA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE W ŚWIETLE PRZEMIAN POLITYCZNO-GOSPODARCZYCH** 398

38 D. Przybylska, W. Szczerba A. Borzęcki
**PROBLEM SPOŻYWANIA KANNABINOIDÓW WŚRÓD STUDENTÓW UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE** 408

39 D. Przybylska, W. Szczerba A. Borzęcki
**PROBLEM SPOŻYWANIA AMFETAMINY, ECSTASY, LSD, KOKAINY ORAZ GRZYBÓW HALUCYNOGENNYCH WŚRÓD STUDENTÓW UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE** 417

40 A. Rolska-Kopińska, M. Kozioł, A. Sikora, D. Przybylska
**POWIKŁANIA INFEKCYJNE W PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBIE PŁUC** 426

41 A. Sikora, M. Kozioł, A. Rolska-Kopińska, A. Sikora, D. Przybylska
**LEGIONELLOWE ZAPALENIE PŁUC- ŹRÓDŁA, ZAGROŻENIA, DIAGNOSTYKA MIKROBIOLOGICZNA** 436

42 D. Przybylska, P. Przybylski, A. Szafraniec, D. Porada, A. Borzęcki
**CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA KSZTAŁT SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE** 455

43 Agnieszka Borzęcka, Katarzyna Król-Turmińska, Paweł Borzęcki, Irena Karwat, Agata Smoleń
**AFLATOKSYNY: PRZEGLĄD TOKSYKOLOGII, NARAŻENIA, POTENCJALNYCH KONSEKWENCJI ZDROWOTNYCH I METOD OCHRONY** 472

44 Ewa Kołodziej, Katarzyna Król-Turmińska, Piotr Turmiński, Tomasz Zawiślak, Agnieszka Borzęcka
**ANALIZA WPŁYWU RÓŻNYCH FORM AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ NA KSZTAŁTOWANIE SIĘ ZDOLNOŚCI MOTORYCZNYCH STUDENTÓW UCZELNI WYŻSZYCH** 484

45 Karolina Okła, Agnieszka Borzęcka, Paweł Borzęcki, Katarzyna Król-Turmińska, Piotr Turmiński, Agnieszka Staciwa, Anna Wawruszak
**ANGIOGENEZA W CHOROBACH NOWOTWOROWYCH** 502

46 Agnieszka Borzęcka, Katarzyna Król-Turmińska, Agnieszka Staciwa, Piotr Turmiński, , Karolina Okła, Paweł Borzęcki
**METODY ZAPOBIEGANIA I OGRANICZENIA ZANIECZYSZCZENIA ŻYWNOŚCI PRZEZ AFLATOKSYNY** 512

47 Katarzyna Król-Turmińska, Agnieszka Staciwa, Piotr Turmiński, Agnieszka Borzęcka, Karolina Okła
**POGLĄDY RODZICÓW DZIECI DO 3 ROKU ŻYCIA ZAMIESZKAŁYCH W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM, NA TEMAT OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE** 523

48 Katarzyna Król-Turmińska, Agnieszka Staciwa, Piotr Turmiński, Agnieszka Borzęcka, Marta Oleszek
**STOSOWANIE ANTYBIOTYKÓW PRZEZ OSOBY STARSZE - CHARAKTERYSTYKA POSTĘPOWANIA W TRAKCIE TERAPII ORAZ NAJCZĘŚCIEJ POPEŁNIANE BŁĘDY** 532

49 Agnieszka Staciwa, Agnieszka Borzęcka, Katarzyna Król-Turmińska, Piotr Turmiński
**ZAGROŻENIE PANDEMIĄ GRYPY W XXI WIEKU I PRZYGOTOWANIE SŁUŻB MEDYCZNYCH** 541

50 Viktoriya Pantyley, Myroslava Petrovska
**POTENCJAŁ ZDROWOTNY POPULACJI DZIECIĘCEJ ORAZ CZYNNIKI JEGO KSZTAŁTOWANIA W OBWODZIE LWOWSKIM NA UKRAINIE** 548

51 Maria Golda[1], Barbara Nieradko-Iwanicka[2]
**BIOMARKERY W OCENIE EFEKTÓW ODDZIAŁYWANIA NA ORGANIZM CZŁOWIEKA** 570

52 Maria Golda[1], Barbara Nieradko-Iwanicka[2]
**ETYKA KLONOWANIA ZWIERZĄT I LUDZI** 578

Viktoriya Pantyley[1], Myroslava Petrovska[2]

# POTENCJAŁ ZDROWOTNY POPULACJI DZIECIĘCEJ ORAZ CZYNNIKI JEGO KSZTAŁTOWANIA W OBWODZIE LWOWSKIM NA UKRAINIE

**Streszczenie**

W warunkach współczesnej destabilizacji ekonomicznej i politycznej na Ukrainie stan zdrowia populacji dziecięcej jest jednym z ważniejszych indykatorów rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju oraz jego poszczególnych regionów. Podstawowym celem artykułu było zbadanie podstawowych elementów potencjału zdrowotnego populacji dziecięcej oraz społeczno-ekonomicznych i ekologicznych czynników jego kształtowania w obwodzie lwowskim w świetle dostępnych statystyk, i wyników własnych badań socjologicznych. W celu zbadania w ujęciu mikroprzestrzennym potencjału zdrowotnego populacji dziecięcej i czynników jego kształtowania został opracowany specjalny kwestionariusz ankiety. Składał się on z 3 części: metryczkowej (6 pytań), części dotyczącej ogólnych charakterystyk gospodarstw domowych z dziećmi (16 pytań), a także części dotyczącej potencjału zdrowotnego populacji dziecięcej i czynników jego kształtowania w gospodarstwach domowych z dziećmi do 14 roku życia (20 pytań). Łącznie zostało przeprowadzonych 150 ankiet (losowy dobór próby) w podziale na następujące obszary badawcze: duże miasto (Lwów), średnie miasto (Gródek), obszary wiejskie (wybrane wsie rejonu horodeckiego). Wyniki badań świadczą o kryzysie potencjału populacji dziecięcej. We współczesnych warunkach rozwoju państwa ukraińskiego to właśnie rodzina bierze na siebie główny ciężar odpowiedzialności za utrzymanie potencjału populacji dziecięcej, a rola państwa i organizacji pozarządowych, wspierających tę grupę wiekową ludności została mocno ograniczona.

**Słowa kluczowe**: czynniki kształtowania potencjału zdrowotnego, potencjał zdrowotny, populacja dziecięca, obwód lwowski, Ukraina.

## Wprowadzenie

Reformy społeczno-ekonomiczne, trwające na Ukrainie od początku lat 90. XX wieku, przyczyniły się do wielu istotnych przeobrażeń, widocznych szczególnie w gospodarce i w sferze stosunków społecznych (*Gukalova 2009*). Kierunki, skala oraz pewnego rodzaju niekonsekwentność reformowania różnych sfer życia społecznego spowodowały znaczne pogorszenie jakości i poziomu życia ludności Ukrainy, widoczne zwłaszcza na płaszczyźnie zdrowia publicznego. Ujawniają się przy tym dość duże różnice przestrzenne pomiędzy regionem stołecznym, odnoszącym spore korzyści gospodarcze z dokonanych zmian, a – w szczególności – peryferyjnymi obszarami rolniczymi. W okresie współczesnej destabilizacji politycznej i gospodarczej najbardziej podatna na zmiany otoczenia

1 Wydział Nauk o Ziemi i Gospodarki Przestrzennej Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

2 Wydział Geografii Lwowski Uniwersytet Narodowy im. Iwana Franki

społeczno-ekonomicznego jest populacja dziecięca, której zdrowie jest uważane za jeden z najpewniejszych indykatorów sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, jego makro- oraz mikroregionów (*Pantyley 2008, 2014)*. Niestety, w ciągu ostatnich lat na Ukrainie odnotowano drastyczne pogorszenie potencjału populacji dziecięcej zarówno w przekroju ogólnokrajowym, tak i w przygranicznym z Polską obwodzie lwowskim (*Petrovska 2013, Petrovska & Pylypovyč 2013, Artemenko 2014)*. Taka sytuacja jest spowodowana całym szeregiem czynników natury społeczno-ekonomicznej i ekologicznej, w tym drastycznego pogorszenia jakości, poziomu i warunków życia ludności, niesprzyjających warunków ekologicznych, obniżających możliwości adaptacyjne organizmu dziecięcego oraz jego rezystencji do działania różnych destrukcyjnych czynników.

Liczne badania na styku medycyny i geografii na Ukrainie zaczęły się pojawiać zwłaszcza w okresie po wybuchu elektrowni atomowej w Czarnobylu. W roku 1995 został opublikowany „Medyczno-geograficzny atlas Ukrainy", poświęcony analizie stanu zdrowia społeczeństwa ukraińskiego i warunków życia ludności. Został również opracowany cały szereg atlasów medyczno-geograficznych stanu zdrowia ludności i map zdrowia odrębnych regionów (dniepropietrowskiego 1996 r., charkowskiego 1997 r., czerniowieckiego 2002 r., chmielnickiego 2004 r., rówieńskiego 2006 r. oraz innych). Znaczna część prac badaczy ukraińskich, między innymi, V. Ševčenko (1994), M. Golubčykov (1995), L. Ševčuk (2003), L. Krasnikova (2007) była ukierunkowana na poszukiwanie sumarycznych wskaźników stanu zdrowia ludności ogółem, a także jej odrębnych grup wiekowych. Odrębnym perspektywicznym nurtem badawczym jest badanie wpływu współczesnej destabilizacji społeczno-ekonomicznej na Ukrainie na zachowania prokreacyjne osób w wieku matrymonialnym (*Gerasymenko 2010, Grišnova & Dumanska 2010, Levčuk & Perelli-Harris 2010, Stešenko 2010*), a także sytuację dzieci i młodzieży (*Goloven'ko 2006, Aksjonova 2007, Bidnist' i nerivni možlyvosti… 2009, Ryngač 2010, Ivaščenko 2014*). Na dzień dzisiejszy badania wokół stanu zdrowia dzieci i młodzieży są przeprowadzane w wielu naukowych medycznych ośrodkach Ukrainy, w tym lwowskim (D. Zerbino), tarnopolskim (O. Letvynova), iwano-frankowskim (L. Babenko), czerniowieckim (V. Torallo, O. Koloskova, L. Vlasyk i inni), a w szczególności w Kijowskim Naukowo-Badawczym Instytucie Ogólnej i Komunalnej Higieny (laboratorium kompleksowego badania wpływu środowiska na zdrowie ludności), Instytucie Higieny i Ekologii Medycznej im. O. M. Marziejeva NAMN Ukrainy (laboratorium kompleksowego badania wpływu środowiska na zdrowie populacji dziecięcej), Charkowskim Naukowo-Badawczym Instytucie Ochrony Zdrowia Dzieci i Młodzieży. Nie mniej interesujące i inspirujące badania są przeprowadzane od lat w Instytucie Geografii Narodowej Akademii Nauk Ukrainy, a także na Uniwersytetach miasta Kijowa, Lwowa, Czerniowiec, Odessy.

**Cele badań**

Podstawowym celem artykułu było zbadanie podstawowych elementów potencjału zdrowotnego populacji dziecięcej oraz czynników kształtujących ten potencjał w ujęciu statystycznym i socjologicznym. Analizy statystyczne obejmowały 20 rejonów administracyjnych obwodu lwowskiego wraz z miastem Lwowem w latach 2012-2013. W ujęciu statystycznym zostały przeanalizowane wskaźniki demograficzne populacji dziecięcej, zgony niemowląt oraz dzieci do 14 roku życia, niepełnosprawność, zachorowalność i cho-

robowość populacji dziecięcej na poszczególne grupy chorób, a także odrębne czynniki jej kształtowania (wydatki miejscowych budżetów na ochronę zdrowia, poziom przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto, sytuacja ekologiczna w regionie). W artykule została także podjęta próba wyliczenia związków zachodzących pomiędzy wybranymi uwarunkowaniami stanu zdrowia populacji dziecięcej i zachorowalnością dzieci na wybrane choroby. Analizy socjologiczne pozwoliły na skonstruowanie kwestionariusza ankiety dotyczącej stanu zdrowia populacji dziecięcej oraz wybranych czynników jego kształtowania, a także na przeprowadzenie badań ankietowych wśród losowo dobranych na terenie obwodu lwowskiego gospodarstw domowych z dziećmi w wieku 0-14 lat.

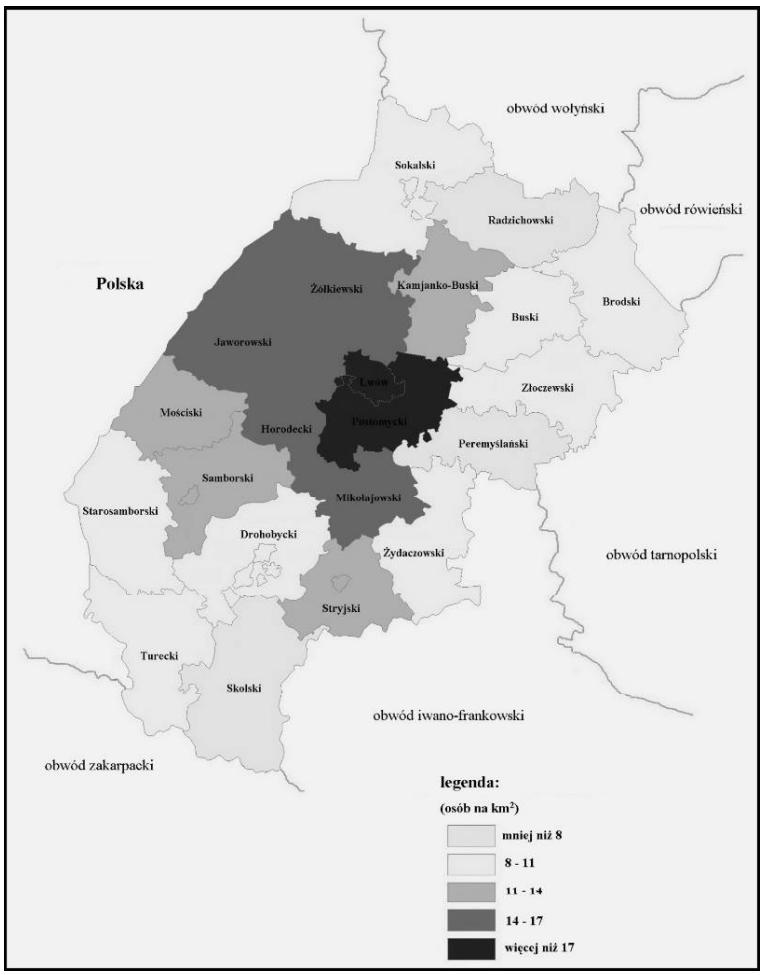
## Materiał i metody

Praca opierała się na danych statystycznych pozyskanych w głównym urzędzie statystycznym obwodu lwowskiego, lwowskim obwodowym informacyjno-analitycznym centrum ds. zdrowia, a także na wynikach własnych badań terenowych. W pracy zastosowano szereg metod badawczych, m. in. podejście systemowe, matematyczno-statystyczne (konstruowanie modeli czynników kształtowania się populacji dziecięcej, modeli regresyjnych zależności pomiędzy zachorowalnością populacji dziecięcej na wybrane choroby a czynnikami natury społeczno-ekonomicznej, i ekologicznej), kartograficzne (konstrukcja kartogramów obrazujących odrębne elementy potencjału populacji dziecięcej oraz czynników kształtujących ten potencjał) i socjologiczne (opracowanie kwestionariusza ankiety służącej do oceny jakości potencjału populacji dziecięcej oraz czynników jej kształtowania w zmieniających się warunkach otoczenia, przeprowadzenie ankietowania wśród gospodarstw domowych z dziećmi do 14 roku życia). Badanie ankietowe pozwoliło nie tylko zbadać głębiej, niż zezwalają na to dane statystyczne, niektóre elementy potencjału populacji dziecięcej oraz czynniki wywierające na nie wpływ, ale również wychwycić podobieństwa i różnice w tym zakresie pomiędzy różnymi typami obszarów. Kwestionariusz ankiety składał się z 3 części: metryczkowej (6 pytań), części dotyczącej ogólnych charakterystyk gospodarstw domowych z dziećmi (16 pytań), a także części dotyczącej potencjału zdrowotnego populacji dziecięcej i czynników jego kształtowania w gospodarstwach domowych z dziećmi do 14 roku życia (20 pytań). Łącznie zostało przeprowadzonych 150 ankiet na losowo dobranej próbie respondentów w podziale na następujące obszary badawcze: duże miasto (Lwów), średnie miasto (Gródek), obszary wiejskie (wybrane wsie rejonu horodeckiego).

## Potencjał populacji dziecięcej oraz wybrane czynniki jego kształtowania – ujęcie statystyczne

Według podziału administracyjnego, obwód lwowski obejmuje 20 rejonów, 9 miast o znaczeniu obwodowym, 6 dzielnic miejskich Lwowa oraz 632 rady wiejskie. Terytorium obwodu lwowskiego zajmuje powierzchnię 21,8 tys. km$^2$ (około 4% terytorium Ukrainy) i jest zamieszkane, według stanu na 2013 rok, przez 2520,1 tys. osób (około 6% ogólnej liczby ludności Ukrainy), z czego około 398,7 tys. osób to dzieci w wieku 0-14 lat, (co stanowi 16% ogólnej liczby populacji dziecięcej na Ukrainie). W ujęciu przestrzennym największym udziałem populacji dziecięcej w ogólnej liczbie ludności cechują się graniczące z obwodem zakarpackim górskie rejony: turecki (20,5%), skolski (19,3%) oraz przemysłowy rejon jaworowski (około 19%), a najmniejszą - graniczące z obwoda-

mi tarnopolskim i zakarpackim rejony: żydaczowski (14,8%), złoczewski, peremyślański, a także graniczący z Polską górski rejon starosamborski (około 16% od ogólnej liczby ludności). Ogólna gęstość populacji dziecięcej w obwodzie lwowskim wynosi 18,1 osób na km$^2$ z maksymalną wartością w przyległym do miasta Lwowa rejonie pustomyckim (około 20 osób na km$^2$), a minimalną w rejonie skolskim (6,3 osób na km) (ryc. 1).




Ryc. 1. Gęstość populacji dziecięcej w obwodzie lwowskim, 2012 r.

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Statystyčnyj ščoričnyk…2013.*

Biorąc pod uwagę współczynniki ruchu naturalnego ludności, obwód lwowski cechuje się nieznaczną w skali kraju depopulacją ludności z przyrostem naturalnym wynoszącym w roku 2013 -0,9 osób na 1000 ludności. Należy odnotować, ze zmniejszenie liczby ludności w obwodzie lwowskim odbywa się głownie z powodu depopulacji ludności wiejskiej, gdzie współczynnik przyrostu naturalnego wynosi -2,5‰, podczas gdy na

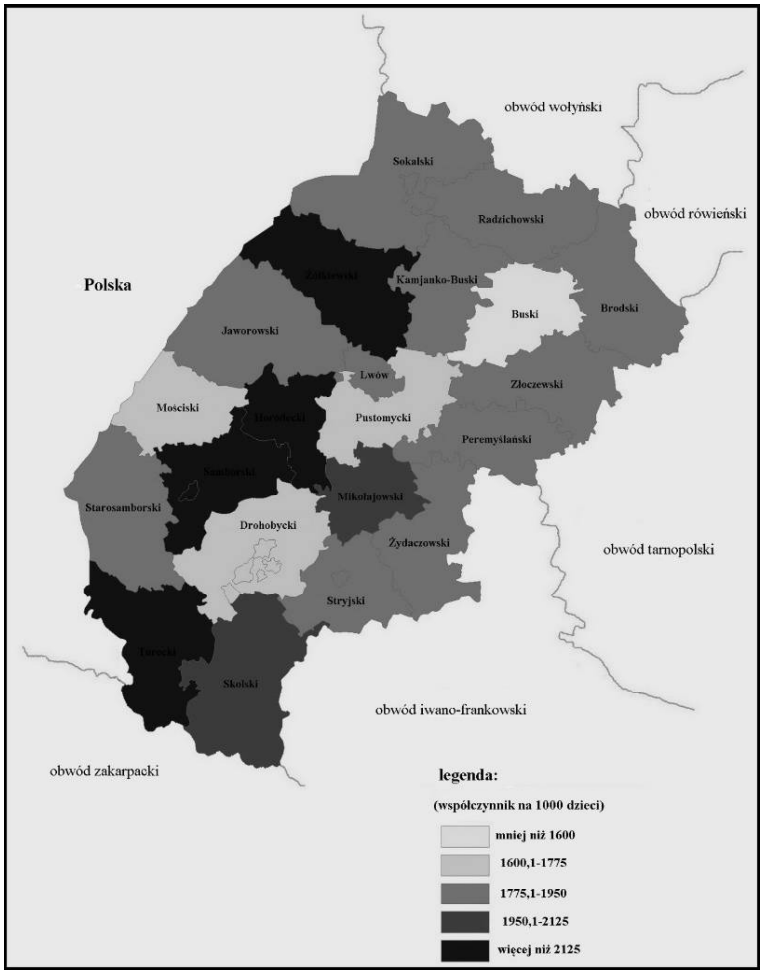
obszarach miejskich odnotowujemy dodatni przyrost naturalny oscylujący w granicach 0,3‰. Współczynnik urodzeń w badanym obwodzie jest zbliżony do ogólnokrajowych wartości i wynosił w 2013 roku 11,6‰ (10,9 ‰ na obszarach miejskich i 12,8‰ na obszarach wiejskich). W ujęciu przestrzennym największa stopa urodzeń występuje w południowo-zachodnich górskich rejonach obwodu lwowskiego – tureckim i skolskim (około 16‰), a najmniejsza - w starych demograficznie rejonach starosamborskim i żydaczewskim (około 10‰).

Obecnie współczynnik dzietności kobiet w obwodzie lwowskim wynosi 1,552 (co jest wartością zbliżona do wartości ogolnokrajowych), a średni wiek kobiety w momencie urodzenia pierwszego dziecka – około 25 lat. Specjaliści Kijowskiego Instytutu Socjologii ustalili, że upragniona w rodzinie przeciętna liczba dzieci na Ukrainie wynosi obecnie w miastach 1,9, a na wsi 2,0. Jednak ten model rodziny realizowało tylko 68% badanych kobiet, głównie z powodu niskich dochodów i złych warunków życia. Obawy rodzin co do pogorszenia swojego statusu materialnego po urodzeniu dziecka wydają się być jak najbardziej uzasadnione, ponieważ poziom ubóstwa wśród rodzin z dziećmi jest o 25–30% wyższy, niż poziom ubóstwa wszystkich gospodarstw domowych. Ryzyko zapadnięcia w ubóstwo na Ukrainie wzrasta wraz z urodzeniem drugiego dziecka o 48,4%, a trzeciego, odpowiednio, o 53,8% (*Socialno-demografičnі... 2013*). Statystyki te znajdują potwierdzenie w teorii Beckera o dzieciach doinwestowanych i niedoinwestowanych – „wyższej" i „niższej" jakości (*Becker 1981*). Jakość dziecka jest tym wyższa, im wyższe są poniesione na nie nakłady, a im wyższe nakłady, tym wyższy poziom uzyskiwanej dodatkowej satysfakcji. Liczba dzieci w rodzinie i ich jakość uzależniona jest od standardu życia, który z kolei zależy od uzyskiwanego dochodu i cen konsumpcyjnych na rynku.

Obwód lwowski cechuje się nieco wyższym, w stosunku do ogólnokrajowych wartości, współczynnikiem umieralności niemowląt, wynoszącym w 2013 roku 8,3‰ (*Statystyčnyj dovidnyk... 2014).* Wśród podstawowych przyczyn zgonów niemowląt dominowały stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (42,2 na 10 tys. urodzeń żywych, co stanowi 52,9% wszystkich zgonów niemowląt) oraz wrodzone wady rozwojowe (19,0 na 10 tys. urodzeń żywych, odpowiednio, 23%). Wśród dzieci do 15 roku życia w roku 2013 w obwodzie lwowskim umarło 355 osób (co wynosi 1,1% wszystkich zgonów w obwodzie). Wśród podstawowych przyczyn zgonów populacji dziecięcej w wieku do 15 roku życia w roku 2014 najwięcej zgonów odnotowano w wyniku stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym (157 dzieci lub 44% wszystkich zgonów), a także będących następstwem wrodzonych wad rozwojowych (79 dzieci lub 22% wszystkich przyczyn zgonów).

W roku 2013 na badanym obszarze ogólny współczynnik zachorowalności wynosił 1469,0 osób na 1000 dzieci (co stanowi 28% ogólnej liczby osób chorych w obwodzie lwowskim i około 6% ogólnej liczby chorych dzieci na Ukrainie). W ujęciu przestrzennym największy poziom zachorowalności odnotowuje się w gorskim rejonie tureckim (1959,8 osób na 1000 dzieci w wieku 0-14 lat), a także w rejonach żółkiewskim i chorodeckim. W strukturze zachorowalności populacji dziecięcej obwodu dominowały choroby układu oddechowego – 1059,0 osób na 1000 dzieci (73% wszystkich zachorowań). Na ostatnich miejscach w strukturze zapadalności znalazły się z kolei następujące grupy chorób: nowotwory, choroby układu krążenia, wrodzone wady rozwojowe (każda z wymienionych

jednostek chorobowych to 0,2% wszystkich zachorowań). Szczególne zaniepokojenie wywołuje wysoki poziom zachorowalności wśród populacji dziecięcej na gruźlicę czynną. W roku 2012 na te chorobę zachorowało w obwodzie lwowskim 20 dzieci w wieku 0-14 lat, co stanowi około 4% ogólnej liczby chorych na gruźlicę na Ukrainie i 1,2% ogólnej liczby chorych na gruźlicę czynną w obwodzie lwowskim. Niekorzystne tendencje są odnotowane także w przypadku zakażeń HIV. W badanym okresie zarejestrowano 84 zakażonych dzieci, co wynosi 2,1% ogólnej liczby zakażonych wirusem HIV dzieci na Ukrainie i 21,3% wszystkich zakażeń HIV w obwodzie lwowskim. Wśród zakażonych wirusem HIV dzieci 1 dziecko choruje na AIDS.




Ryc. 2. Współczynnik chorobowości na 1000 dzieci w wieku 0-14 lat w obwodzie lwowskim, 2011 r.

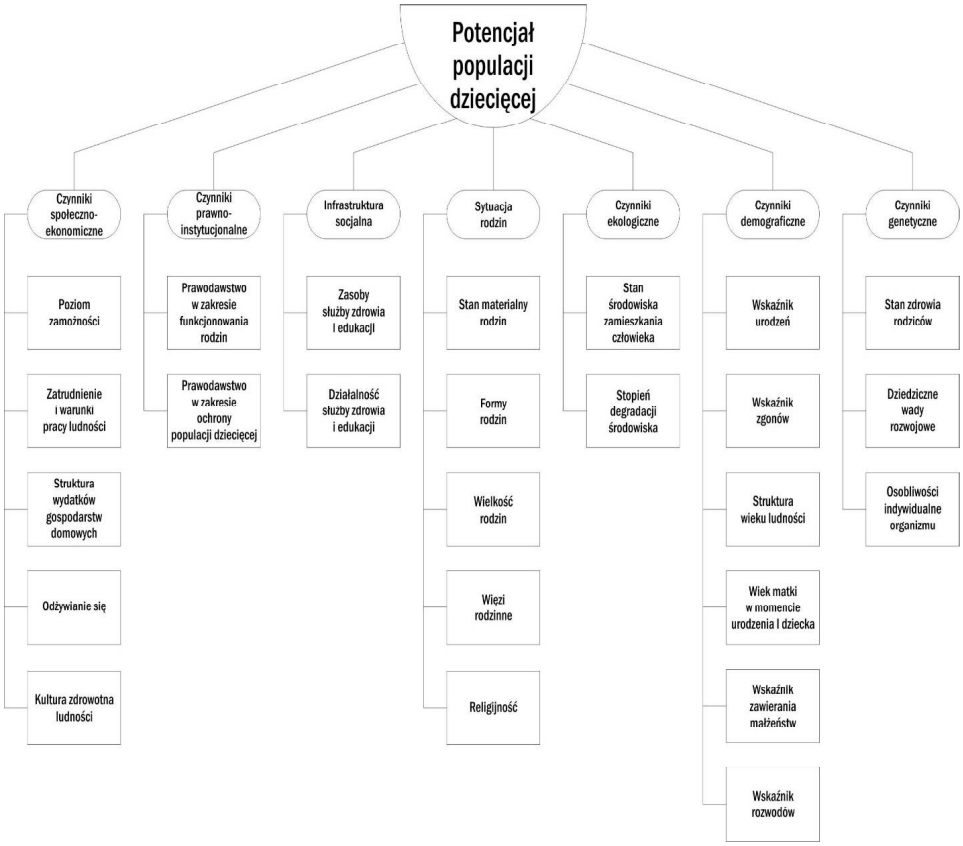
*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych z Statystyčnyj dovidnyk... 2012.*

Analiza dynamiki podstawowych współczynników zachorowalności populacji dziecięcej w obwodzie lwowskim świadczy o potężnym kryzysie zdrowotnym tej grupy wiekowej. W analizowanym okresie doszło do zwiększenia zachorowalności zarówno na choroby cywilizacyjne, tak i społeczne. Świadczy to o odmiennym od reszty krajów europejskich przebiegu transformacji epidemiologicznej, która polega na przesunięciu akcentu głównych przyczyn zgonów, a także zachorowalności z chorób zakaźnych na choroby niezakaźne, przewlekłe.

W roku 2013 współczynnik chorobowości wśród populacji dziecięcej badanego obszaru wynosił 1901,7 osób na 1000 dzieci, co stanowi 22,1% od ogólnej liczby chorych w obwodzie lwowskim i około 5% chorych dzieci na Ukrainie (*Statystyčnyj dovidnyk... 2014)*. Rozkład przestrzenny współczynnika chorobowości populacji dziecięcej jest bardzo podobny do rozkładu zachorowalności (ryc. 2).

Oprócz wskaźników zachorowalności, chorobowości, rozwoju fizycznego i kryteriów demograficznych ważnym elementem potencjału populacji dziecięcej jest niepełnosprawność dzieci. Przyczyny niepełnosprawności wśród populacji dziecięcej są zupełnie odmienne od przyczyn u ludności dorosłej. Współczesny poziom medycyny zezwala na zachowanie życia dzieciom z niską masą urodzeniową, urodzonych przedwcześnie, a także dzieciom z wrodzonymi wadami rozwojowymi. Czynnikami prowokującymi dziecięcą niepełnosprawność są stopień ciężkości patologii, charakter przebiegu choroby, brak lub niedostateczna rehabilitacja medyczna oraz przedwczesny wiek ukazania się choroby. Różnica pomiędzy zachorowalnością a niepełnosprawnością polega na tym, ze niepełnosprawność odzwierciedla nie tylko stan zdrowia, ale ukazuje także skalę opieki socjalnej nad osobami z przewlekłymi chorobami, przebytymi urazami i traumami, a także wrodzonymi wadami rozwojowymi. W roku 2012 po raz pierwszy uznano za osoby niepełnosprawne 1 127 dzieci (21,9 na 10 tys. osób w wieku 0-14 r. ż.), z których 767 osób to dzieci niepełnosprawne, otrzymujące zasiłek socjalny (0,5% ogólnej liczby osób z ograniczonymi możliwościami psychofizycznymi otrzymujących taki zasiłek). Wśród przyczyn niepełnosprawności dzieci dominowały: wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe – 328 osób (6,4 na 10 tys. dzieci), choroby centralnego układu nerwowego – 153 osoby (3,0 na 10 tys. dzieci), zaburzenia psychiczne i zachowania – 133 osoby (2,6 na 10 tys. dzieci) oraz choroby układu metabolicznego – 114 dzieci (2,2 na 10 tys. osób w wieku 0-14 lat). W ujęciu przestrzennym największa liczba dzieci niepełnosprawnych zamieszkuje tereny rejonów pustomyckiego (36 osoby), żółkiewskiego (35 osób) oraz żydaczewskiego (44 osoby).

Na istniejącą sytuację w zakresie potencjału populacji dziecięcej wywiera wpływ szereg różnorakich czynników, wśród których najważniejsze zostały podane w ryc. 3.




Ryc. 3. Czynniki kształtowania się potencjału populacji dziecięcej
*Źródło: opracowanie własne.*

Wśród najważniejszych czynników determinujących stan zdrowia oraz sytuację społeczno-demograficzną jest poziom zamożności społeczeństwa. Jeśli chodzi o poziom zamożności gospodarstw domowych badanego regionu, zarówno według kryteriów względnych, jak i bezwzględnych, jest on znacznie niższy od średniookresowych wartości z tendencją do pogorszenia sytuacji lub stagnacji. Niepokojącym faktem jest istnienie wielkich dysproporcji w zakresie poziomu zamożności gospodarstw domowych pomiędzy regionem stołecznym Ukrainy a obwodem lwowskim. Poziom ten w Kijowie w ostatnich latach bywał blisko czterokrotnie wyższy, niż w obwodzie lwowskim, co obrazuje tabela 1.

Tab. 1. Dynamika skali ubóstwa w obwodzie lwowskim w latach 2010-2013, %

| Jednostki | Kryterium względne | | | | Kryterium bezwzględne (według wydatków) | | | | Kryterium bezwzględne (według dochodów) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2010 | 2011 | 2013 | 2014 |
| Ukraina | 24,1 | 24,3 | 25,5 | 24,5 | 16,8 | 14,6 | 19,6 | 19,8 | 8,8 | 7,8 | 9,1 | 8,4 |
| obw. lwowski | 29,1 | 35,7 | 29,5 | 28,3 | 22,1 | 22,6 | 21,7 | 22,5 | 10,9 | 12,0 | 10,4 | 10,9 |
| miasto Kijów | 10,0 | 5,1 | 7,8 | 6,4 | 5,5 | 2,7 | 3,9 | 4,4 | 2,7 | 2,6 | 2,8 | 2,9 |

*Źródło: Domogospodarstva Lvivs'koji oblasti…2014*

Innym ważnym czynnikiem kształtującym potencjał populacji dziecięcej są wydatki miejscowych budżetów na cele społeczne. Wydatki te w znacznej mierze zależą od dochodu narodowego wytworzonego w przeliczeniu na 1 mieszkańca. W 2012 roku dochód narodowy wynosił 52 103 mln hrywien, czyli 20 490 hrywien na 1 mieszkańca. Z kolei, ogólna kwota wydatków miejscowych budżetów w jednostkach administracyjnych obwodu lwowskiego stanowiła 11 260 471 tys. hrywien (około 4 468 hrywien na 1 osobę). Struktura wydatków miejscowych budżetów przedstawia się następująco: najwięcej zostało wydane na edukację – około 33% (1 467 hrywien na 1 osobę), na pomoc społeczną – około 25% ( 1 094 hrywny na 1 osobę). Z kolei na rozwój fizyczny i duchowy wydano tylko 5%. Wydatki na ochronę zdrowia oscylowały w granicach 21% (942 hrywny na 1 osobę). Jest to wartość krytycznie niska zarówno w odniesieniu do reszty regionów Ukrainy, jak i innych krajów Europy. Na Ukrainie, w celu zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę parytet siły nabywczej, wydaje się o 8,5 razy mniej środków, niż u państwach regionu europejskiego oraz o 12,9 razy mniej, niż w krajach UE (*HFA DB April 2014*).

Zróżnicowanie przestrzenne wydatków na ochronę zdrowia z miejscowych budżetów na obszarze badań pokazano w tabeli 2.

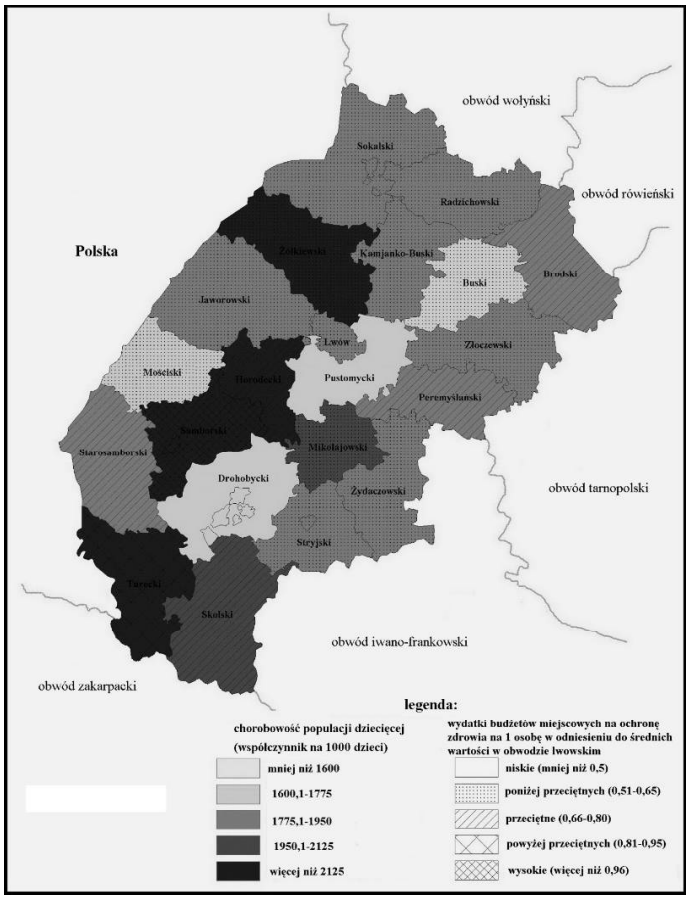
Tab. 2. Poziom wydatków na ochronę zdrowia na 1 osobę w stosunku do średnich wydatków w obwodzie lwowskim, 2012 r.

| Poziom wydatków na ochronę zdrowia | Wskaźniki sumaryczne poziomu wydatków na ochronę zdrowia | Jednostki administracyjne obwodu lwowskiego | Wydatki na ochronę zdrowia w odniesieniu do średniej wartości w obwodzie lwowskim | Ranking rejonów obwodu lwowskiego |
|---|---|---|---|---|
| Względnie wysoki | więcej niż 0,96 | samborski | 1,105 | 1 |
| Powyżej średniego | 0,81 – 0,95 | turecki | 0,822 | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Średni | 0,66 – 0,80 | skolski | 0,771 | 3 |
| | | peremyślański | 0,682 | 4 |
| | | starosamborski | 0,678 | 5 |
| | | brodski | 0,675 | 6 |
| | | horodecki | 0,659 | 7 |
| Poniżej średniego | 0,51 – 0,65 | żydaczowski | 0,651 | 8 |
| | | buski | 0,644 | 9 |
| | | złoczewski | 0,622 | 10 |
| | | stryjski | 0,596 | 11 |
| | | mościski | 0,590 | 12 |
| | | radzichowski | 0,588 | 13 |
| | | kamjanko-buski | 0,586 | 14 |
| | | sokalski | 0,566 | 15 |
| | | jaworowski | 0,558 | 16 |
| | | żółkiewski | 0,540 | 17 |
| | | mikołajowski | 0,511 | 18 |
| Niski | mniej niż 0,5 | pustomycki | 0,466 | 19 |
| | | drohobycki | 0,455 | 20 |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Socialni indykatory…2013.*

Na ryc. 4 ukazano relacje pomiędzy wydatkami budżetów miejscowych obwodu lwowskiego na ochronę zdrowia a chorobowością populacji dziecięcej w wieku 0-14 lat. Z ryciny wynika, że przy dystrybucji środków na ochronę zdrowia z budżetów lokalnych bierze się pod uwagę stan zdrowia populacji w perspektywie długoterminowej, na co wskazuje zbieżność wysokości wydatków i miernika chorobowości populacji dziecięcej. Ten ostatni wskazuje na rozpowszechnienie chorób przewlekłych. Jednocześnie ryc. 4. ilustruje nikłą wydajność systemu ochrony zdrowia.




Ryc. 4. Relacje pomiędzy wydatkami budżetów miejscowych na ochronę zdrowia a chorobowością populacji dziecięcej w wieku 0-14 lat w obwodzie lwowskim, 2012 r.
*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Statystyčnyj dovidnyk…2012, Socialni indykatory…2013.*

W tych jednostkach administracyjnych obwodu lwowskiego, gdzie obserwuje się najgorszy stan zdrowia populacji dziecięcej, a wydatki na ochronę zdrowia są największe, brak oczekiwanego wyniku w postaci polepszenia stanu zdrowia, albo chociaż polepszenia jego odrębnych mierników. Jest to spowodowane tym, ze ogólna suma wydatków na ochronę zdrowia z budżetu regionalnego jest na tyle niska, że cały ciężar odpowiedzialności za zdrowie dzieci spada na rodziców i innych członków rodziny. Teza ta znajduje potwierdzenie w wynikach naszych badań ankietowych.

Jeszcze jednym z ważnych czynników kształtowania potencjału populacji dziecięcej jest poziom przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto. W roku 2012 przeciętne miesięcznie wynagrodzenie brutto wynosiło 2 578 hrywien (85,2% od ogólnokrajowej wartości). Przestrzenne zróżnicowanie wartości przeciętnego miesięcznego wynagrodze-

nia brutto w stosunku do średniej wartości wynagrodzenia w obwodzie lwowskim podano w tab. 3.

Tab. 3. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w stosunku do średniego wynagrodzenia w obwodzie lwowskim, 2012 r.

| Poziom przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto | Wartości przedziałowe przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto | Jednostki administracyjne obwodu lwowskiego | Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w odniesieniu do średniej wartości w obwodzie lwowskim | Ranking rejonów |
|---|---|---|---|---|
| Względnie wysoki | więcej niż 1,02 | sokalski | 1,206 | 1 |
| | | stryjski | 1,202 | 2 |
| | | kamjanko-buski | 1,131 | 3 |
| Powyżej średniego | 0,95 – 1,01 | skolski | 0,993 | 4 |
| | | brodski | 0,957 | 5 |
| | | peremyślański | 0,955 | 6 |
| Średni | 0,88 – 0,94 | mikołajowski | 0,939 | 7 |
| | | turecki | 0,922 | 8 |
| | | żydaczowski | 0,875 | 9 |
| Poniżej średniego | 0,81 – 0,87 | pustomycki | 0,856 | 10 |
| | | jaworowski | 0,841 | 11 |
| | | złoczewski | 0,837 | 12 |
| | | samborski | 0,836 | 13 |
| | | starosamborski | 0,829 | 14 |
| | | horodecki | 0,819 | 15 |
| | | radzichowski | 0,810 | 16 |
| | | żółkiewski | 0,808 | 17 |
| Niski | mniej niż 0,8 | drohobycki | 0,797 | 18 |
| | | buski | 0,794 | 19 |
| | | mościski | 0,789 | 20 |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Statystyčnyj ščoričnyk... 2013, Socialni indykatory... 2013.*

Chociaż we wszystkich jednostkach administracyjnych obwodu lwowskiego wielkość wynagrodzenia brutto była wyższa, niż minimum socjalne (które wynosiło w 2012 r. 1 134 hrywny), jej wartość i tak jest bardzo niska. Potwierdzają to dane statystyczne dotyczące struktury wydatków gospodarstw domowych ze szczególnym uwzględnieniem żywności. Na badanym obszarze udział takich wydatków wynosi aż 56% (*Socialni indykatory... 2013*). Taka sytuacja zmusza aktywną część obywateli do szukania innych źródeł dochodów, niż praca najemna. Dochodzi do zwiększenia udziału osób zatrudnionych w tzw. „szarej strefie" i do masowej emigracji „za chlebem". Według szacunków ekspertów, w ciągu ostatnich 20 lat wyjechało za granicę w celu zarobkowym od 2 do 7 mln Ukraińców. Największymi „donorami" migrantów za chlebem są zachodnie obwody Ukrainy, gdzie według badan socjologicznych różnych autorów, 21% wszystkich rodzin stanowiły rodziny, gdzie przynajmniej jeden członek rodziny miał doświadczenie czasowej pracy za granicą *(Riul 2012)*. Taka sytuacja odbija się negatywnie na codzien-

nym funkcjonowaniu rodziny i wychowaniu dzieci. W latach 2009-2011 rozpadło się co trzecie małżeństwo migrantów za „chlebem", przy czym 53% dzieci w takich rodzinach po rozwodzie lub separacji rodziców zostało z matką, 5% z ojcem, a 36% pod opieką innych członków rodziny (z reguły babci lub dziadka). Jednocześnie aż 6% dzieci trafiło do domów dziecka lub sierocińców. Są znane przypadki, kiedy dzieci po nielegalnym wyjeździe rodziców za granice, w wyniku braku oficjalnego statusu sieroty, zostały bez żadnych środków do życia.

Do oceny jednostek administracyjnych obwodu lwowskiego według wskaźników ekologicznych posłużono się metodyką F. Kiptača (2008) i wytypowano do analizy następujące parametry:

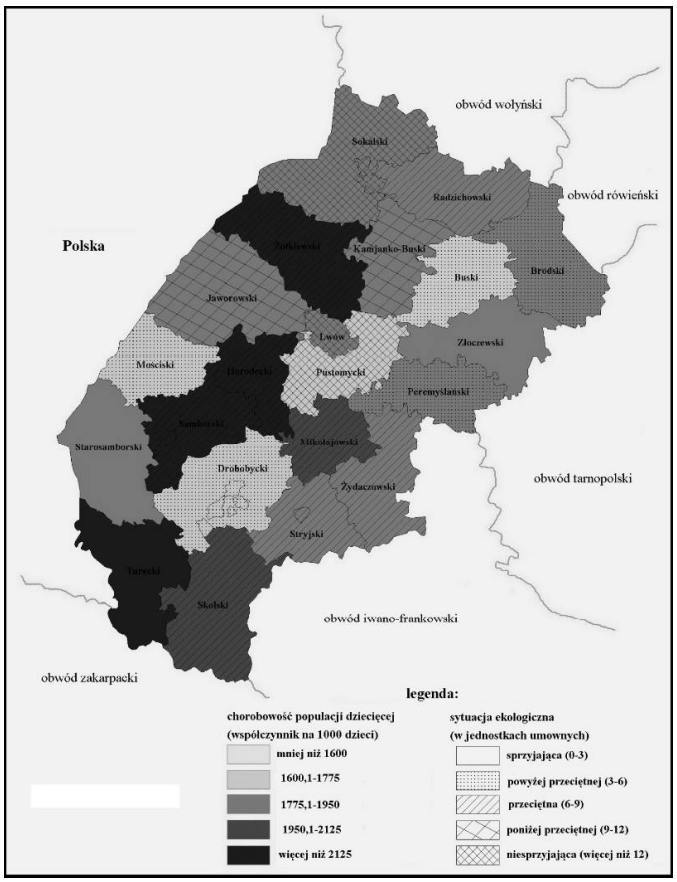
- emisja substancji zanieczyszczających w powietrze atmosferyczne w przeliczeniu na jednostkę powierzchni, t/km$^2$;
- udział wód zanieczyszczonych w ogólnej ilości wód odprowadzonych do naturalnych wód powierzchniowych;
- nawozy mineralne na 1 ha użytków rolnych, kg/ha;
- rozmiar przemysłowych toksycznych odpadów w składowiskach oraz na obszarach przedsiębiorstw w przeliczeniu na 1 km$^2$ powierzchni.

Tab. 4. Przestrzenne zróżnicowanie sytuacji ekologicznej w obwodzie lwowskim, 2012 r.

| Sytuacja ekologiczna | Wartości przedziałowe wskaźników sumarycznych sytuacji ekologicznej | Jednostki administracyjne obwodu lwowskiego | Wskaźniki sumaryczne sytuacji ekologicznej | Ranking rejonów |
|---|---|---|---|---|
| Niesprzyjająca | więcej niż 12 | sokalski | 15,551 | 1 |
| | | pustomycki | 14,526 | 2 |
| Poniżej przeciętnej | 9 – 12 | kamjanko-buski | 9,785 | 3 |
| | | jaworowski | 9,414 | 4 |
| Przeciętna | 6 – 9 | horodecki | 8,885 | 5 |
| | | mikołajowski | 8,240 | 6 |
| | | samborski | 8,062 | 7 |
| | | radzichowski | 7,754 | 8 |
| | | żydaczowski | 7,276 | 9 |
| | | stryjski | 6,966 | 10 |
| | | żółkiewski | 6,204 | 11 |
| | | skolski | 6,120 | 12 |
| Powyżej przeciętnej | 3 – 6 | peremyślański | 5,536 | 13 |
| | | buski | 4,721 | 14 |
| | | drohobycki | 3,999 | 15 |
| | | mościski | 3,421 | 16 |
| | | brodski | 3,179 | 17 |
| Sprzyjająca | 0 – 3 | złoczewski | 2,780 | 18 |
| | | starosamborski | 1,704 | 19 |
| | | turecki | 1,329 | 20 |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Dovkillja Lvivščyny…2013, Statystyčnyj ščoričnyk…2013.*

Badając relacje pomiędzy sytuacją ekologiczną a chorobowością dzieci w wieku do 14 roku życia, wnioskujemy, że w trzech z czterech rejonów obwodu lwowskiego, gdzie poziom chorobowości dzieci jest bardzo wysoki (powyżej 2 125), odnotowano przeciętną sytuację ekologiczną (wskaźnik 6-9), a w czwartym – sprzyjającą. W rejonach z poziomem chorobowości dzieci poniżej przeciętnej sytuację ekologiczną można określić jako powyżej przeciętnej, tak i niesprzyjającą. Z kolei, jednostki administracyjne z niskim poziomem chorobowości dzieci (mniej niż 1600) cechują się sytuacją ekologiczną powyżej przeciętnej (odpowiedni wskaźnik stanowi 3-6 umownych jednostek) (tab. 4, ryc. 5). Reasumując, można powiedzieć, że nie stwierdzono zależności pomiędzy chorobowością dzieci w wieku 0-14 lat a sytuacją ekologiczną w regionie.

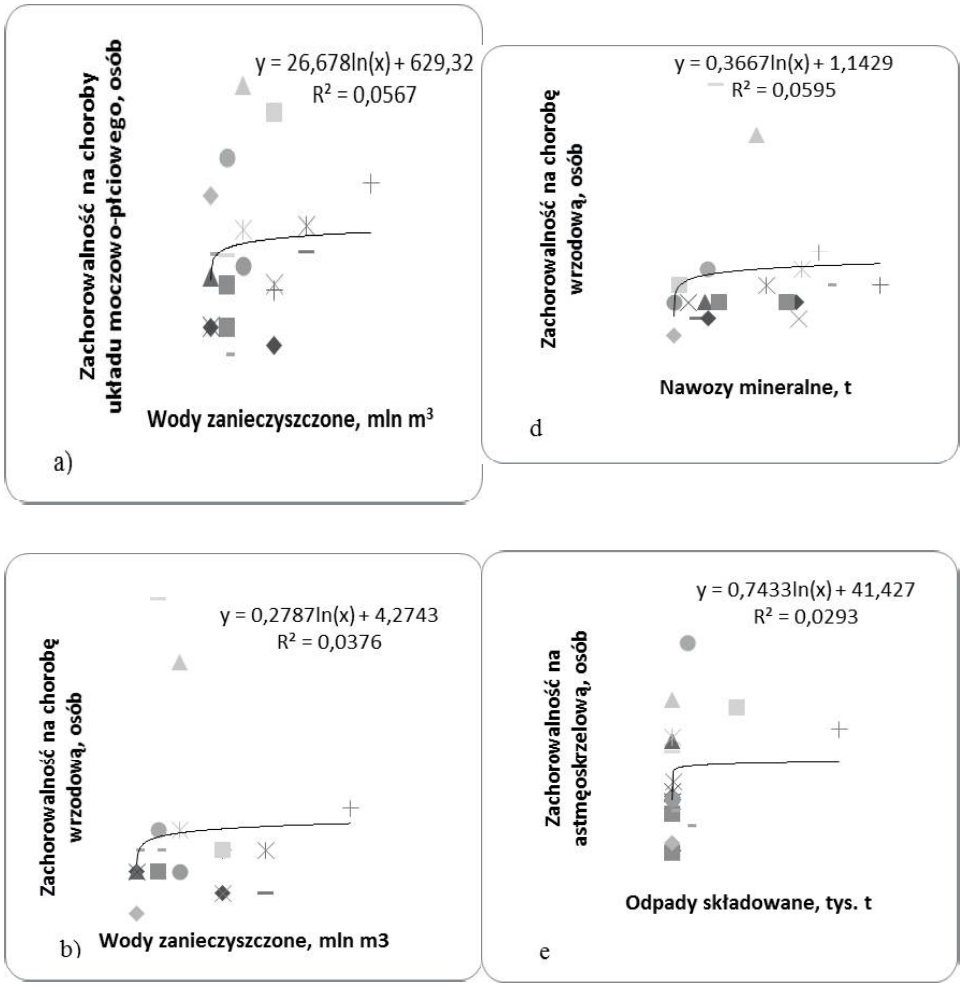


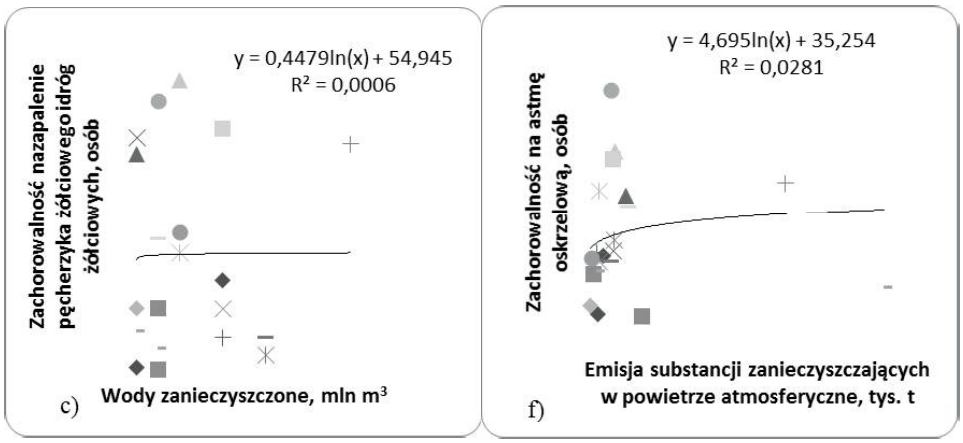

Ryc. 5. Relacje pomiędzy sytuacją ekologiczną a chorobowością populacji dziecięcej w wieku 0-14 lat w obwodzie lwowskim, 2012 r.

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Statystyčnyj dovidnyk…2012; Dovkillja Lvivščyny…2013; Statystyčnyj ščoričnyk…2013.*

Analizując zależności pomiędzy chorobowością populacji dziecięcej w wieku 0-14 lat na wybrane grupy chorób a emisją substancji zanieczyszczających w powietrze

atmosferyczne, zanieczyszczeniem wód, odpadami oraz zużyciem nawozów mineralnych (ryc. 6), dostrzegamy brak zależności statystycznej danych jednostek chorobowych od zanieczyszczenia środowiska przyrodniczego. Może to być spowodowane tym, iż organizm dziecięcy przebywa w stadium rozwoju i posiada wysokie zdolności adaptacyjne do istniejących warunków środowiska przyrodniczego i społecznego.






Ryc. 6. Relacje pomiędzy chorobowością populacji dziecięcej w wieku 0-14 lat a emisją substancji zanieczyszczających w powietrze atmosferyczne, zanieczyszczeniem wód, odpadami oraz zużyciem nawozów mineralnych w obwodzie lwowskim, 2012 r.
*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Statystyčnyj dovidnyk…2012; Dovkillja Lvivščyny…2013; Statystyčnyj ščoričnyk…2013.*

**Potencjał populacji dziecięcej oraz wybrane czynniki jego kształtowania – ujęcie socjologiczne**

W celu dogłębnego zbadania w ujęciu mikroprzestrzennym potencjału zdrowotnego populacji dziecięcej i czynników jego kształtowania został opracowany specjalny kwestionariusz ankiety. Składał się on z 3 części: metryczkowej (6 pytań), części dotyczącej ogólnych charakterystyk gospodarstw domowych z dziećmi (16 pytań), a także części dotyczącej potencjału zdrowotnego populacji dziecięcej i czynników jego kształtowania w gospodarstwach domowych z dziećmi do 14 roku życia (20 pytań). Łącznie w maju 2015 roku zostało przeprowadzonych 150 ankiet wśród gospodarstw domowych obejmujących choć jedno dziecko w wieku 0-14 lat (losowy dobór próby) w podziale na następujące obszary badawcze: duże miasto (Lwów), średnie miasto (Gródek), obszary wiejskie (wybrane wsie rejonu horodeckiego).

Wśród badanych respondentów przeważały kobiety (85% ogółu badanych osób). Ankietowane osoby znajdowały się przeważnie w przedziale wiekowym 20-35 lat (41% od ogólnego zbioru respondentów) oraz 35-45 lat (odpowiednio, 54%). Trzecią z podstawowych cech charakteryzujących strukturę demograficzną badanych gospodarstw domowych był stan cywilny. Status rodzinny w znacznym stopniu wpływa na kształtowanie się potencjału dziecięcego, ponieważ determinuje postawy i zachowania, a także warunkuje strukturę i poziom potrzeb poszczególnych jednostek (*Winiarczyk-Raźniak 2008*). Wśród badanych gospodarstw domowych dominowali respondenci będący w związkach małżeńskich (87%). Poziom wykształcenia jest niezwykle istotnym elementem w życiu człowieka. Według E. Gucwy-Leśnego (2002) wyższy poziom edukacji zwiększa poczucie bycia „wygranym", co podwyższa jakość potencjału populacji dziecięcej

i wpływa też w istotnym stopniu na dalszy los dzieci. Badane jednostki administracyjne obwodu lwowskiego charakteryzują się sprzyjającą strukturą wykształcenia ludności, dominują bowiem osoby z niepełnym wyższym i wyższym wykształceniem (łącznie 65%). 40% pracuje w sektorze państwowym (stanowi to około 37,2% badanych osób mających wyższe wykształcenie), około 35,2% pracuje w sektorze prywatnym, 7,3% rodziców przebywa na urlopie macierzyńskim/tacierzyńskim lub wychowawczym, a 4% deklaruje się jako osoby bezrobotne. Ze statusem zawodowym badanych respondentów są związane kolejne pytania kwestionariusza ankiety, dotyczące poziomu posiadanych miesięcznych dochodów netto na głowę w gospodarstwie domowym. Przyjęte przez nas progi dochodowe pozwalają na wydzielenie grup respondentów na grupy żyjące poniżej minimum egzystencji i w granicach minimum socjalnego, grupy żyjące powyżej minimum socjalnego i grupy dochodowe posiadające dochody w granicach 2000-4000 hrywien oraz powyżej 4000 hrywien na osobę w gospodarstwie domowym (ryc. 7).

Ryc. 7. Poziom posiadanych miesięcznych dochodów netto wśród respondentów obwodu lwowskiego, hrywien na osobę

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ankietowych.*

Jak wynika z ryc. 7, wśród badanych gospodarstw domowych dominują gospodarstwa żyjące poniżej lub w granicach minimum egzystencji i minimum socjalnego (łącznie 66% ogółu badanych respondentów). Około 59% ankietowanych osób zadeklarowało, iż posiadane przez nich dochody wystarczają tylko na podstawowe potrzeby, a 11,3% respondentów – nie wystarczają nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb (odżywianie, ubranie i mieszkanie). Z kolei, tylko 6% osób stwierdziło, że ich dochody są wystarczające nie tylko dla zaspokojenia podstawowych potrzeb, ale też dla innych dodatkowych wydatków (podróże, zakup przedmiotów trwałego użytku, pomoc rodzinie). Około 65% osób ocenia poziom dobrobytu swojego gospodarstwa domowego i stopień

zadowolenia z życia jako przeciętny, a około 2% badanych respondentów uważa że poziom dobrobytu ich rodziny jest bardzo niski i jednocześnie są oni bardzo niezadowoleni z życia. Rodzice dzieci większość czasu spędzają w pracy, dlatego czas spędzony z dzieckiem/dziećmi oscyluje w granicach 2-4 godziny dziennie w około 52,7% badanych respondentów. Jeśli chodzi o charakter spędzonego czasu z dziećmi/dzieckiem, to jest to przeważnie aktywny wypoczynek (68% badanych respondentów), odwiedziny rodziny lub znajomych (odpowiednio, 60%) oglądanie TV (około 39%), a także czytanie książek (24% wszystkich badanych gospodarstw domowych). Ważnym aspektem jakości życia badanych rodzin jest też korzystanie z urlopu wypoczynkowego. Przeważająca większość ankietowanych wyjeżdża na urlop z dziećmi/dzieckiem jeden raz na rok (52%), ale, z kolei, 19,3% respondentów w ogóle nie wyjeżdża.

Respondentów zapytano również o ilość i wiek dzieci w rodzinie, a także chęć posiadania większej ilości dzieci, niż już jest w rodzinie. Wśród badanego zbioru przeważały rodziny z jednym dzieckiem (54%), a rodziny wielodzietne (3 i więcej dzieci) stanowiły zaledwie 5% ogółu ankietowanych osób. Około 68% ankietowanych rodziców nie planuje mieć więcej dzieci. Wśród czynników wyjaśniających taką postawę respondenci podawali: zadowolenie z liczby posiadanych dzieci (około 60% respondentów), obawa przed posiadaniem większej liczby dzieci z powodu niestabilnej sytuacji politycznej i społeczno-ekonomicznej oraz „niepewność jutra" (około 11% respondentów).

Wśród elementów potencjału populacji dziecięcej jednym z ważniejszych jest jej kondycja zdrowotna. Rodzicom lub opiekunom dzieci zadano szereg pytań, dotyczących ogólnej oceny przez nich stanu zdrowia dziecka/dzieci, problemów zdrowotnych u dzieci trwających lub przewidywanych, że będą trwały 6 miesięcy i dłużej, a także jednostek chorobowych, na które chorują dzieci. Oprócz tego, analizie poddano korzystanie z pediatrycznych usług medycznych, a także ocenę ich dostępności pod względem finansowym i odległości. Około 79,3% rodziców uważa, ze stan zdrowia ich dziecka/dzieci jest dobry lub bardzo dobry, 23% - przeciętny i tylko 3,4% rodziców określa stan zdrowia swoich dzieci jako zły i bardzo zły.

Dane tab. 5. ukazują najważniejsze jednostki chorobowe, na które chorują dzieci, a także występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych wśród dzieci, trwających lub przewidywanych, że będą trwały 6 miesięcy i dłużej.

Tab. 5. Występowanie jednostek chorobowych wśród dzieci badanych respondentów, trwających lub przwidywanych, że będą trwały 6 miesięcy i dłużej

| Kłopoty zdrowotne i jednostki chorobowe wśród dzieci badanych respondentów | Liczba dzieci, osób | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Lwów | Gródek | obszary wiejskie rejonu horodeckiego | obszary badawcze łącznie |
| Kłopoty ze słuchem | 1 | - | - | 1 |
| Kłopoty ze wzrokiem | 13 | 10 | 8 | 31 |
| Trudności w mówieniu | 3 | 1 | 2 | 6 |
| Trudności w poruszaniu się | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Trudności w rozwoju psychoemocjonalnym | 2 | 0 | - | 2 |
| Alergia | 11 | 4 | - | 15 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Astma | 1 | - | - | 1 |
| Choroby układu kostno-stawowego | 1 | - | 1 | 2 |
| Choroby układu metabolicznego, w tym choroby tarczycy | 1 | 1 | - | 2 |
| Choroby układu trawiennego | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Choroby układu oddechowego | 5 | 2 | 0 | 7 |
| Choroby oka | 15 | 9 | 4 | 28 |
| Inne choroby | 2 | 3 | 0 | 5 |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ankietowych.*

Wyniki badan ankietowych świadczą o tym, że najważniejszym problemem zdrowotnym badanej populacji dziecięcej są choroby cywilizacyjne, wśród których dominują choroby wzroku, alergie, choroby układu oddechowego i trawiennego. Jednocześnie około 68% badanych rodziców zadeklarowało, ze ich dzieci praktycznie nie chorują. Na pytanie czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że dziecko/dzieci nie skorzystało z konsultacji lekarza-specjalisty pomimo rzeczywistej potrzeby, każdy dziesiąty rodzic dał pozytywną odpowiedź. Wśród przyczyn takiej sytuacji znalazły się następujące powody: nadzieja na to, że problem zdrowotny dziecka minie sam bez konieczności wizyty u lekarza (około 4,7% badanych respondentów), brak znajomości dobrego lekarza (3,3%), brak finansowych możliwości rodziców na skorzystanie z usług medycznych dla dziecka (2%). Jednocześnie, około 17% badanych rodziców źle oceniło dostępność pediatrycznych usług w swojej miejscowości.

**Wnioski końcowe**

W pracy poddano analizie wybrane elementy potencjału populacji dziecięcej oraz społeczno-ekonomiczne i ekologiczne czynniki jego kształtowania w obwodzie lwowskim w świetle mierników statystycznych i wyników własnych badań ankietowych. Zarówno dane statystyczne, jak i wyniki badań ankietowych świadczą o potencjalnym kryzysie potencjału populacji dziecięcej w aspekcie demograficznym (poprzez depopulację tej grupy społecznej) i zdrowotnym (poprzez zwiększenie zachorowalności i chorobowości dzieci głównie na choroby cywilizacyjne). Wysokie współczynniki zachorowalności i chorobowości na choroby cywilizacyjne wraz ze wzrostem zachorowań na choroby społeczne populacji dziecięcej obwodu lwowskiego świadczą o zupełnie odmiennym od reszty krajów europejskich przebiegu transformacji epidemiologicznej wśród tej grupy wiekowej społeczeństwa. Przeprowadzona próba uchwycenia zależności pomiędzy chorobowością populacji dziecięcej w poszczególnych jednostkach administracyjnych obwodu lwowskiego a oddzielnymi czynnikami jej kształtowania (z wyjątkiem wydatków budżetów miejscowych na ochronę zdrowia) nie przyniosła jednak oczekiwanych wyników. Świadczy to o bardziej złożonych, czasami nieuchwytnych statystycznie zależnościach pomiędzy czynnikami a potencjałem populacji dziecięcej. Materiały własnych badań ankietowych świadczą o tym, że to właśnie kryzys społeczno-ekonomiczny i polityczny w kraju ma największy wpływ na podjęcie decyzji rodziców o urodzeniu kolejnych dzieci. Ograniczone możliwości rodziców w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb gospodarstwa domowego, a także kompletny brak lub ograniczenie czasu spędzanego z dziećmi niewątpliwie odbijają się w sposób destrukcyjny na potencjale populacji dzie-

cięcej. We współczesnych warunkach rozwoju państwa ukraińskiego to właśnie rodzina bierze na siebie główny ciężar odpowiedzialności za utrzymanie potencjału populacji dziecięcej, a rola państwa i organizacji pozarządowych, wspierających tę grupę wiekową ludności została mocno ograniczona.

**Bibliografia:**


1. Aksjonova S. J., 2007, Paradoksalnist' problem sučasnoji ditorodnoji aktyvnosti v Ukrajini, [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 2, s. 14-23.
2. Artemenko O. V., 2014, Medyko-geografičnyj analiz dytiačogo naselennja Lvivs'koji oblasti, [w.:] IX Vseukrajins'ka students'ka naukova konferencija "Sučasni problemy pryrodnyčych nauk, Nižyn, s. 65-66.
3. Becker G. S., 1981, A Treatise of the Family. Harvard University Press, Cambridge.
4. Bidnist' na nerivni možlyvisti ditej v Ukrajini, 2009, pod red. E. M. Libanovoji. Instytut demografiji ta socialnych doslidžen' NAN Ukrajiny, Kyjiv.
5. Domogospodarstva L'viv'skoji oblasti u 2008-2013 rokach: statystyčnyj zbirnyk, 2014. Golovne upravlinnja statystyky u Lvivs'kij oblasti, Lviv.
6. Dovkillja Lvivščyny: statystyčnyj zbirnyk, 2013. Golovne upravlinnja statystyky u Lvivs'kij oblasti, Lviv.
7. European Health for All database (HFA-DB) (April 2014) (http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db)
8. Gerasymenko G. V., 2010, Ocinka vplyvu socjalnych program na dynamiku narodžuvanosti v Ukrajini, [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 1(13), s. 55-62.
9. Goloven'ko V. A., 2006, Vplyv transformacyjnych procesiv na stanovyšče sils'kych ditej i molodi v sučasnij Ukrajini, [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 1, s. 124-138.
10. Golubčykov M. V., 1995, Kompleksne doslidžennja stanu zdorov'ja dytiačogo naselennja v riznych regionach Ukrajiny. Avtoreferat na zdobuttja naukovogo stupenja doktora medyčnych nauk. Ukrajins'kyj deržavnyj medyčnyj universytet im. O. O. Bogomol'cia, Kyjiv.
11. Grišnova O. A., Dumans'ka V. P., 2010, Transformacija reproduktyvnoji povedinky pid vplyvom osvitnich čynnykiv, [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 1(13), s. 72-97.
12. Gucwa-Leśny E., 2002, Zmiany poziomu życia i ich społeczne uwarunkowania, [w.:] Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku, pod red. M. Marody. Wydawnictwo Naukowe „Scholar", Warszawa.
13. Gukalova I. V., 2009, Jakist' žyttja naselennja Ukrajiny: suspil'no-geografična konceptualizacija. Instytut Geografiji NAN Ukrajiny, Kyjiv.
14. Ivaščenko T. J., 2014, Ocinka sučasnych zachodiv pidtrymky simej z dit'my v Ukrajini, [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 2(22), s. 90-100.
15. Kiptač F., 2008, Depresyvni regiony Ukrajiny: ekologična komponenta. Vydavnyčyj centr LNU im. I. Franka, Lviv.

16. Krasnikova L. I., 2007, Kompleksnyj indeks suspilnogo zdorov'ja: empiryčnyj analiz i zastosuvannja u doslidženni faktoriv ekonomičnogo zrostannja, [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 2, s. 215-224.
17. Levčuk N.M., Perelli-Harris B., 2010, Aborty i narodžuvanist' v Ukrajini: "konkurencija" prodovžujet'sia? [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 2(14), s. 64-74.
18. Medyko-geografičnyj atlas Ukrajiny, 1995, pod red. V. A. Baranovs'kogo, K. G. Pyroženko, V. O. Ševčenko. Zelenyj svit, Kijiv.
19. Pantylej W., 2008, Przemiany społeczno-gospodarcze a stan zdrowia ludnoci Ukrainy i Polski w latach 1990-2002. Wydawnictwo UMCS, Lublin.
20. Pantyley V., 2014, Demographic and health situation of children in conditions of economic destabilization in the Ukraine, [in.:] Annals of Agricultural and Environmental Medicine, Vol 21, No 1, p. 79-85.
21. Petrovska M. A., 2013, Medyko-geografičnyj analiz dytiačogo naselennja Lvivs'koji oblasti, [w.:] Naukovi zapysky Ternopils'kogo pedagogičnogo universytetu im. V. Gnatiuka. Serija Geografija, nr 1 (Vyp. 34), s. 190-197.
22. Petrovska M. A., Pylypovyč O. V., 2013, Medyko-geografičnyj analiz naselennja Lvivs'koji oblasti [w.:] Naukovi zapysky Ternopils'kogo pedagogičnogo universytetu im. V. Gnatiuka. Serija Geografija, nr 2 (Vyp. 35), s. 53-60.
23. Riul V. O., 2012, Sociologizacija ditej transkordonnych migrantiv v systemi podolannja žyttjevych trudnoščiv (za prykladi Zakarpats'koji oblasti). Avtoreferat na zdobuttja naukovogo stupenja kandydata sociologičnych nauk. Zaporižžja.
24. Ryngač N. O., 2013, Ocinka dosiagnennja cili rozvytku tysiačolittja ščodo znyžennja dytjačoji smetrnosti v Ukrajini, [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 2(20), s. 28-37.
25. Ševčenko V. A., 1994, Mediko-geografičeskoje kartografirovanije territorii Ukrainy. Naukova dumka, Kiev.
26. Ševčuk L. T., 2003, Medyko-socialni aspekty vykorystannja trudovogo potencialu: regionalnyj analiz i prognoz. Nacionalna akademija nauk Ukrajiny, Instytut regionalnych doslidžen', Lviv.
27. Socialni indykatory rivnja žyttja naselennja: statystyčnyj zbirnyk, 2013. Golovne upravlinnja statystyky u Lvivs'kij oblasti, Lviv.
28. Social'no-demografični charakterystyky domogospodarstv Ukrajiny u 2013 roci: statystyčnyj zbirnyk, 2013. Deržavna služba statystyky Ukrajiny, Kyjiv.
29. Statystyčnyj dovidnyk pokaznykiv stanu zdorov'ja naselennja ta dijalnosti likuval'no-profilaktyčnych ustanov Lvivs'koji oblasti, 2012. Lvivs'kyj oblasnyj medyčnyj informacijno-analityčnyj centr, Lviv.
30. Statystyčnyj dovidnyk pokaznykiv stanu zdorov'ja naselennja ta dijalnosti likuval'no-profilaktyčnych ustanov Lvivs'koji oblasti, 2014. Lvivs'kyj oblasnyj medyčnyj informacijno-analityčnyj centr, Lviv.
31. Statystyčnyj ščoričnyk Lvivs'koji oblasti za 2012 rik, častyna 2, 2013. Golovne upravlinnja statystyky u Lvivs'kij oblasti, Lviv.
32. Stešenko V. S. 2010, Simejna skladova demografičnoji polityky v teoretyko-metodologičnomu konteksti, [w.:] Demografija ta socialna ekonomika, Nr 2(14), s. 46-55.