



Ministerstwo Zdrowia

Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat

 Polska 2006

Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat

 Polska 2006

Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006” został wydany ze środków własnych UNFPA, UNDP oraz Ministerstwa Zdrowia.

Copyright © Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007

UNDP jest zastrzeżonym znakiem organizacji Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju. Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie lub rozpowszechnianie może być dokonane z podaniem źródła.

UNFPA jest zastrzeżonym znakiem organizacji Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych. Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie lub rozpowszechnianie może być dokonane z podaniem źródła.

Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006” został przygotowany przez zespół niezależnych konsultantów. Przedstawione w nim poglądy stanowią punkt widzenia autorów i nie muszą odzwierciedlać opinii UNFPA.

Wydawca: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju,
Al. Niepodległości 186, 00-608 Warszawa, www.undp.org.pl, email: registry.pl@undp.org
oraz Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Redaktor naukowy: Tomasz Niemiec

Recenzenci: Irena Kotowska, Zbigniew Słomko

Komitet Sterujący: Ministerstwo Zdrowia (MZ), Instytut Matki i Dziecka (IMiD), Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)

Koordynator prac nad raportem: Beata Balińska

Finansowanie raportu: Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), Ministerstwo Zdrowia, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)

Redaktor: Ewa Bem

Zdjęcia: Zbyszek Kość

Projekt graficzny i skład: rzeczyobrazkowe.pl [Marcin Kamiński, Michał Szperling]

ISBN: 978-83-917047-2-1

Szanowny Czytelniku,

Zapraszam do lektury pierwszego polskiego raportu na temat zdrowia prokreacyjnego kobiet, przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w Polsce.

Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006” zawiera podsumowanie aktualnych wyników badań w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej.

Raport dotyczy najbardziej aktualnych i ważnych problemów zdrowia prokreacyjnego, takich jak niekorzystne trendy demograficzne, wzrost częstości występowania chorób nowotworowych i innych związanych ze stylem życia oraz poprawy opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem.

Raport ukazuje również naszą pozycję w opiece nad matką, dzieckiem i rodziną na tle innych krajów europejskich, zmusza do refleksji, przedstawia sfery, w których wiele jeszcze pozostaje do zrobienia, prezentuje też realne i szybkie rozwiązania tych problemów.

Jestem przekonany, że ten dokument rozpocznie publiczną debatę nad konkretnymi sposobami poprawy zdrowia prokreacyjnego kobiet w Polsce, w tym również debatę nad ważnymi problemami zdrowia prokreacyjnego, takimi jak: edukacja seksualna, zagrożenia związane z chorobami przenoszonymi drogą płciową, planowanie rodziny oraz możliwości zmniejszenia liczby zgonów kobiet z powodu raka szyjki macicy.

Debata ta mogłaby posłużyć określeniu lub zmianom istniejących priorytetów, poszukiwaniu źródeł finansowania oraz sposobów skutecznego wdrażania programów i strategii poprawy zdrowia prokreacyjnego w Polsce, opartych na najlepszych wzorach i własnych doświadczeniach, a skierowanych głównie na potrzeby kobiet i ich rodzin.

Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Przesłanie Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych

Przekazujemy w Państwa ręce pierwsze polskie wydanie raportu poświęconego zdrowiu kobiet w wieku prokreacyjnym.

Doceniając ważność zagadnienia prokreacji dla każdej rodziny, możemy śmiało stwierdzić, że rodzicielstwo jest największym wyzwaniem w życiu człowieka, przynoszącym również ogromną satysfakcję, wynikającą z uczestnictwa w rozwoju dzieci.

Dzieci są przyszłością świata i jego nadzieją na lepsze jutro. Zdrowie ich matek – gwarancją, że i one urodzą się zdrowe.

Każda inwestycja rządu w zdrowie matek jest inwestycją opłacalną oraz gwarancją kondycji przyszłych pokoleń.

Oceniamy, że w skali globalnej rocznie umiera około 10 mln dzieci do lat 5 w wyniku chorób, którym można zapobiec, z czego 4 mln nie dożywa pierwszego miesiąca życia. Rocznie na świecie umiera też około 0,5 mln matek tylko w wyniku ciąży i porodu.

Aby zmienić tę sytuację, na świecie potrzebne jest partnerstwo i współdziałanie rządów, organizacji i instytucji. To samo dotyczy każdego kraju, w tym Polski.

Wiedzą o tym bardzo dobrze decydenci oraz liderzy zdrowia publicznego w Polsce. Wspieranie rodziny w wielu problemach, jakie napotyka ona w zakresie prokreacji, wymaga radykalnych i szybkich rozwiązań oraz opracowania strategii umożliwiającej dostosowanie wielu dziedzin naszego zdrowia publicznego do standardów unijnych.

Obecnie, dzięki dużej pomocy unijnej w ramach programu Europejskiego Funduszu Społecznego priorytetu „zdrowie dla Polski”, zaistniała niepowtarzalna możliwość opracowania i wdrożenia w życie strategii i projektów związanych ze zdrowiem prokreacyjnym, zgodnych z wytycznymi Unii Europejskiej i WHO oraz UNFPA.

Serdecznie dziękuję i zapraszam do lektury raportu.

Anna Darska

Szefowa Przedstawicielstwa Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)



PODZIĘKOWANIA

Raport powstał dzięki współpracy Ministerstwa Zdrowia RP oraz Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA). Koordynatorką prac była Beata Balińska (UNFPA), której profesjonalizm, krytycyzm i dokładność na każdym etapie pisania raportu wydatnie przyczyniły się do jego ukończenia i wydania.

Autorami kolejnych rozdziałów są: Irena Kowalska, Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Sławomir Majewski, Beata Młynarczyk, Anna Marzec-Bogusławska, Witold Zatoński, Jacek Moskalewicz, Janusz Sierosławski, Barbara Woynarowska, Izabela Tabak, Wiktoria Wróblewska, Zbigniew Izdebski, Marian Szamatowicz, Anna Latos-Bieleńska, Tadeusz Mazurczak, Krzysztof Tomasz Niemiec, Michał Troszyński, Janusz Gadzinowski, Paweł Stefanoff, Krzysztof Drewno, Jolanta Lissowska, Jan Kotarski, Joanna Didkowska, Andrzej Nowakowski, Marek Spaczyński i Bartłomiej Barczyński.

Recenzentami raportu byli: Irena E. Kotowska i Zbigniew Słomko.

Szczególne podziękowania składam Barbarze Woynarowskiej oraz Irenie E. Kotowskiej za konsultacje merytoryczne podczas redakcji ostatecznej wersji raportu.

Tekst zredagowała Ewa Bem, projekt graficzny i skład opracowali Marcin Kamiński i Michał Szperling.

Autorem wszystkich zdjęć jest Zbyszek Kość.

Redakcja dziękuje za pomoc i wsparcie instytucjom bezpośrednio zaangażowanym w powstanie raportu: Ministerstwu Zdrowia, Funduszowi Ludnościowemu Narodów Zjednoczonych, Instytutowi Matki i Dziecka, Instytutowi Onkologii, Państwowemu Zakładowi Higieny, a szczególnie osobom reprezentującym te instytucje – Annie Darskiej, Szefowej Przedstawicielstwa Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) i dr. Michałowi Sobolewskiemu, Dyrektorowi Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia.

Tomasz Niemiec

Redaktor Naukowy

SPIS TREŚCI

Słownik skrótów	10
Wstęp Krzysztof Tomasz Niemiec	11
Komentarz Irena E. Kotowska	21
I. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA POPULACJI Kobiet W WIEKU 15–49 LAT	
Irena Kowalska	24
II. WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE	31
1. Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat Bogdan Wojtyniak	32
2. Sytuacja zdrowotna kobiet w wieku 15–49 lat na podstawie danych o hospitalizacji Paweł Goryński	48
3. Choroby przenoszone drogą płciową Sławomir Majewski, Beata Młynarczyk	53
4. Zakażenia HIV/AIDS Anna Marzec-Bogusławska	60
5. Substancje psychoaktywne	64
Palenie tytoniu Witold Zatoński	64
Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu Jacek Moskalewicz	70
Narkotyki Janusz Sierosławski	73
6. Subiektywna ocena zdrowia dziewcząt i kobiet	76
Subiektywna ocena zdrowia dziewcząt w wieku 16 i 18 lat Barbara Woynarowska, Izabela Tabak	76
Jakość życia kobiet uwarunkowana stanem zdrowia Wiktoria Wróblewska	80
III. ZDROWIE PROKREACYJNE I JEGO ZAGROŻENIA	84
1. Zachowania seksualne	85
Zachowania seksualne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat Barbara Woynarowska	85
Zachowania seksualne kobiet Zbigniew Izdebski	87
2. Płodność, niepłodność i metody regulacji urodzeń Marian Szamatowicz	89
3. Wady wrodzone Tadeusz Mazurczak, Anna Latos-Bieleńska	93
4. Przerwanie ciąży Krzysztof Tomasz Niemiec	97
5. Zgony matek Michał Troszyński	101
6. Umieralność okołoporodowa wczesna Michał Troszyński	106
7. Rola systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w opiece medycznej nad noworodkiem w Polsce Janusz Gadzinowski	115
8. Zachowania prokreacyjne nastolatków Wiktoria Wróblewska	120
9. Zakażenia perinatalne Krzysztof Tomasz Niemiec, Paweł Stefanoff, Krzysztof Drews	126
10. Wybrane nowotwory narządów płciowych u kobiet	132
Rak piersi Jolanta Lissowska	132
Rak szyjki macicy Jan Kotarski, Joanna Didkowska, Andrzej Nowakowski, Marek Spaczyński	135
Inne nowotwory narządów płciowych u kobiet Jan Kotarski, Bartłomiej Barczyński	138
Autorzy	144
Aneks	147
Uzupełnienie do rozdziału „Wady wrodzone”	148
Wskaźniki demograficzne, społeczne i gospodarcze	152
Wskaźniki ICPD (International Conference on Population and Development)	154
Spis tabel	156
Spis wykresów	159

SŁOWNIK SKRÓTÓW

AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome, zespół nabytego niedoboru odporności
ART	Antiretroviral treatment, leczenie antyretrowirusowe
ARV	Antiretrovirals (drugs), antyretrowirusowe (leki)
CIN	Cervical intraepithelial neoplasia, śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay, test ELISA
EU	European Union, Unia Europejska
EUROCAT	European Surveillance of Congenital Anomalie, Europejski Rejestr Wad Wrodzonych (PRWWR, Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych)
HAART	Highly active antiretroviral therapy, wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa
HBV	Hepatitis B, wirusowe zapalenie wątroby typu B
HIV	Human immunodeficiency virus, wirus nabytego zespołu braku odporności
HPV	Human papilloma virus, wirus brodawczaka ludzkiego
HSV	Herpes simplex virus, wirus opryszczki zwykłej
ICPD	International Conference on Population and Development, Międzynarodowa Konferencja na rzecz Ludności i Rozwoju
IDU	Injecting drug user, osoba używająca dożylnych substancji psychoaktywnych
MTCT	Mother-to-child transmission (of HIV), transmisja (HIV) z matki na dziecko
NGU	Non-gonorrhoeal urethritis, nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej
PID	Pelvic inflammatory disease, zapalenie narządów miednicy mniejszej
RH	Reproductive health, zdrowie prokreacyjne/zdrowie reprodukcyjne
RNA	Ribonucleic acid, kwas rybonukleinowy
STI	Sexually transmitted infections, zakażenia przenoszona drogą płciową
TB	Tuberculosis, gruźlica
UNAIDS	United Nations AIDS, Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju
UNFPA	United Nations Population Fund, Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych
WHO	World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia

WSTĘP

Zgodnie z definicją przyjętą na Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju (International Conference on Population and Development, ICPD) w Kairze (1994 r.), zdrowie prokreacyjne (Reproductive health, RH) zostało określone jako stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sferach związanych z układem rozrodczym. Oznacza to, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że są zdolni do prokreacji. Z definicji tej wynika prawo dostępu do odpowiednich usług służby zdrowia, zapewniających kobietom opiekę podczas ciąży i bezpieczny przebieg porodu, a parom – szansę posiadania zdrowego potomstwa¹.

Przyjęty w Kairze Program Działania zobowiązywał sygnatariuszy tego dokumentu (179 państw, w tym Polskę) do osiągnięcia trzech istotnych celów w okresie 20 lat: zmniejszenia umieralności matek, niemowląt i dzieci, zapewnienia powszechnego dostępu do edukacji, szczególnie dziewczętom, oraz do usług w sferze ochrony zdrowia prokreacyjnego.

Występowanie wielu zjawisk negatywnych w realizacji programu kairskiego w Polsce (wzrost zachorowań i śmiertelności w wyniku chorób nowotworowych, rosnące zagrożenie chorobami przenoszonymi drogą płciową, brak poprawy wskaźników opieki perinatalnej, zbyt wolny postęp w upowszechnianiu zdrowego stylu życia, pogłębiające się zróżnicowanie w poziomie warunków życia ludności) spowodowało konieczność zmian i aktualizacji polityki zdrowotnej oraz strategii w sferze zdrowia prokreacyjnego. Wraz z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej polityka UE oraz innych organizacji międzynarodowych zajmujących się zdrowiem (WHO, UNFPA, UNAIDS), dla których zdrowie prokreacyjne jest obecnie głównym priorytetem, obliuguje Polskę jako członka UE do wprowadzania tych zmian.

Obszar zdrowia prokreacyjnego jest bardzo szeroki i ma krytyczne znaczenie w rozpoczętej debacie nad priorytetami polityki zdrowotnej państwa po 2005 r., w którym zakończyła się realizacja Narodowego Programu Zdrowia. Sytuacja ta, z jednej strony, ułatwia wspólne (na poziomie unijnym) opracowywanie programów i kierunków polityki zdrowotnej, z drugiej zaś oznacza konieczność przygotowania realizacji własnej, krajowej strategii w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego. Opracowanie i wdrożenie kompleksowej polityki w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce jest utrudnione ze względu na brak badań i informacji na temat większości podstawowych wskaźników zdrowia prokreacyjnego, które w innych krajach są na bieżąco liczone, monitorowane i publikowane.

Tak powstała idea napisania raportu, w którym:

- > zostanie przedstawiona aktualna sytuacja oraz polityka państwa w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce;
- > wskazane będą przeszkody i bariery w rozwoju i wdrażaniu programów poprawy zdrowia prokreacyjnego oraz pozyskiwania niezbędnych wskaźników do jego monitorowania;
- > określone będą obszary badań, które powinny być jak najszybciej rozpoczęte, aby wiedza i informacja na temat stanu zdrowia prokreacyjnego były pełniejsze i bardziej aktualne;
- > wskazane zostaną przykłady najlepszych praktyk (doświadczeń) we wdrażaniu programów poprawy zdrowia prokreacyjnego oraz
- > ustalone zostaną działania umożliwiające poprawę stanu zdrowia prokreacyjnego i dostęp do usług w tym zakresie w Polsce.

Raport jest pierwszą próbą systematycznego przedstawienia aktualnej i dostępnej wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego w naszym kraju. Jest on adresowany nie tylko do Polaków, ale również do osób zainteresowanych naszym krajem, naszymi problemami i sposobami ich rozwiązywania, a mieszkających poza Polską (wersja w języku angielskim).

Raport zawiera informacje na temat wskaźników określających sytuację w sferze zdrowia prokreacyjnego w Polsce na tle innych krajów Unii, co pozwala na ich porównywanie i analizę. Forma i zakres treści raportu niejednokrotnie przekracza zamierzoną początkowo objętość, jednocześnie zdajemy sobie sprawę, że wiele ważnych zagadnień związanych pośrednio ze zdrowiem prokreacyjnym w obecnej edycji pominięto. Autorzy zakładają, że suplementy raportu, aktualizowane w cyklu czteroletnim, wraz z analizą trendów, rekomendacji oraz niezbędnymi uzupełnieniami, będą się odnosiły do prezentowanej obecnie edycji, co pozwoli również na znaczne zmniejszenie jego objętości i kosztów wydania.

Intencją autorów raportu było ukazanie priorytetów, jakimi powinni kierować się politycy i decydenci w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego w Polsce, oraz zarekomendowanie najważniejszych działań warunkujących poprawę dostępu do wysokiej jakości usług w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Kolejne edycje pozwolą na ewaluację podjętych interwencji, aktualizację wyznaczonych celów i priorytetów w zdrowiu prokreacyjnym.

Raport składa się z trzech głównych części: **„Charakterystyki społeczno-demograficznej populacji kobiet w wieku 15–49 lat”**, **„Wybranych problemów zdrowotnych”** oraz **„Zdrowia prokreacyjnego i jego zagrożeń”**.

Około 55% całej ludności świata stanowią kobiety, w Europie odsetek ten jest podobny (Irlandia – 50,3%, Łotwa – 53,9%,

¹ Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994, United Nations, New York.

Polska – 51,5%). Ze względu na różnice płci dotyczące umieralności zaawansowanie procesu starzenia się populacji kobiet jest znacznie większe niż populacji mężczyzn. Europa ma obecnie najwyższy na świecie wskaźnik kobiet po 65 roku życia, a liczba kobiet, które przekroczyły 80 rok życia, jest dwa razy większa niż liczba mężczyzn w tym samym wieku².

Część pierwsza raportu zawiera informację, że w 2004 r. połowa ogółu kobiet w Polsce nie osiągnęła wieku 38,6 lat. Grupa kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) w 2004 r. liczyła 9931 tys. i w porównaniu ze stanem z 1990 r. powiększyła się o 496 tys., czyli o 5,3%. Spodziewana długość życia dla kobiet i mężczyzn wydłuża się we wszystkich krajach UE i we wszystkich jest większa dla kobiet niż dla mężczyzn. W 2004 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w Polsce szacowano na poziomie 70,7 roku; dla kobiet na poziomie 79,2 roku. Odpowiednio w Europie średnie wskaźniki w 2003 r. wynosiły 74,8 roku dla noworodka płci męskiej i 81,1 roku dla noworodka płci żeńskiej³.

Od roku 1995 liczba małżeństw nowo zawartych w Polsce jest niższa od liczby związków rozpadających się. W 1980 r. wskaźnik zawartych małżeństw w krajach europejskich wynosił 6,3/1000 mieszkańców i obniżył się do 5,1/1000 w 2001 r. Odsetek rozwodów w krajach europejskich jest bardzo zróżnicowany: od 78% w Estonii, 60% w Szwecji i 47% w Niemczech do 21% w Grecji i 14% w Irlandii⁴. W Polsce liczba rozpadających się małżeństw stanowi około 24% (tab. 1)⁵.

Kobiety w Polsce są głowami 40% ogółu gospodarstw domowych, co oznacza, że w takiej części gospodarstw dochody kobiet wnoszone do budżetu gospodarstw były większe od dochodów mężczyzn. W krajach europejskich odsetek kobiet, które są głowami gospodarstw domowych, waha się od 20% w Grecji i Portugalii do 42% w Danii i 44% w Słowenii⁶. Według danych podanych w Eurostat Yearbook zatrudnienie kobiet w Europie stale wzrasta i w 2003 r. średni wskaźnik zatrudnienia kobiet w Europie wynosił 62,9%, w zakresie od 51,2% w Polsce do 75,1% w Danii⁷. Wskaźnik zatrudnienia kobiet w Polsce należy do najniższych w Unii Europejskiej. Kobiety są bardziej narażone na bezrobocie. Stopa bezrobocia kobiet w Polsce jest wyższa niż stopa bezrobocia mężczyzn.

² Women's Health in Europe, Facts and Figures Across the European Union, European Institute of Women's Health 2006, http://www.eurohealth.ie/pdf/WomenshealthinEurope_prelims_FINAL.pdf

³ Ibidem.


⁴ Eurostat Yearbook 2004, The statistical guide to Europe, data 1992–2002, Office for the Official Publications for the European Communities, Luxembourg 2004.

⁵ Ibidem.

⁶ J. Sass, L. Ashford, Women of our world, Population Reference Bureau, Washington 2002.

⁷ Eurostat Yearbook, op.cit.

Nastąpiła zmiana wzorca płodności kobiet w Polsce: obniżenie natężenia rodzenia dzieci przez kobiety we wszystkich grupach wieku oraz przesunięcie maksimum urodzeń z grupy wieku 20–24 lata do grupy 25–29 lat. Od 1989 r. występuje brak prostej zastępowalności pokoleń w skali kraju. W 2004 r. urodziło się ogółem 356,1 tys. dzieci, co w porównaniu z rokiem 1990

 Tabela 1. Małżeństwa i rozwody w Europie – trendy

Kraj	Liczba małżeństw na 1000 ludności w 2001 r.	Średni wiek zawierania pierwszego małżeństwa przez kobiety	Odsetek rozwodów w stosunku do liczby małżeństw (w %)
Austria	4,2	28,1	60
Belgia ^a	4,4	26,8	59
Cypr	14,4	26,0	13
Czechy ^f	5,1	24,9	61
Dania	6,8	30,3	40
Estonia	4,1	25,2	78
Finlandia	4,8	28,6	54
Francja ^{b,c}	5,1	27,7	37
Grecja ^{a,d}	4,3	26,6	21
Hiszpania ^{c,d}	5,1	27,7	19
Holandia	5,0	29,1	46
Irlandia	5,0	•	14
Litwa	4,5	23,6	71
Łotwa ^f	3,9	24,4	62
Luksemburg	4,5	28,0	51
Malta ^b	5,6	24,4	46
Niemcy ^e	4,7	28,4	47
Polska	5,0	23,7	24
Portugalia	5,7	25,7	32
Słowacja ^f	4,4	25,6	41
Słowenia	3,5	26,7	31
Szwecja	4,0	30,1	60
W. Brytania ^a	5,1	28,3	51
Węgry	4,3	24,7	56
Włochy ^e	4,5	n/a	14

^a Liczba małżeństwa/liczba rozwodów: dane za 2000 r.

^b Średni wiek zawierania pierwszego małżeństwa przez kobiety: dane za 1998 r.

^c Liczba rozwodów: dane za 2000 r.

^d Średni wiek zawierania pierwszego małżeństwa przez kobiety: dane za 1999 r.

^e Liczba małżeństwa/liczba rozwodów: dane za 1999 r.

^f Średni wiek zawierania pierwszego małżeństwa przez kobiety: dane za 2001 r.

^g Liczba rozwodów: dane za 2001 r.

oznacza spadek o 35%. Wyraźnie rośnie też średni wiek kobiet rodzących dzieci (z 23,3 lat w 1990 r. do 25,6 lat w 2004 r.). Dzietność oznacza model rodziny posiadającej jedno, dwoje, troje lub więcej dzieci. W aspekcie demograficznym dzietność wskazuje na potrzebę takiej liczby nowych członków społeczeństwa, która zapewniałaby odtworzenie się liczebne narodu. W Polsce obserwuje się stały spadek dzietności. Kraje, w których dzietność należy do najwyższych w Europie (np. Szwecja), wprowadziły programy pomocy socjalnej dla matek i osób wychowujących dzieci, tak by fakt ich posiadania raczej minimalizował problemy materialne, niż je powiększał. W niektórych krajach UE (Francja) niezależnie od pomocy ze strony państwa adekwatnej do posiadanej liczby dzieci, rodzice otrzymują ulgi na określone świadczenia w zakresie np. transportu, kultury, sportu.

Z danych zawartych w drugiej części raportu „**Wybrane problemy zdrowotne**” w rozdziale „**Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat**” wynika, że poziom umieralności kobiet w wieku 15–49 lat w Polsce po roku 1991 wykazuje wyraźną tendencję spadkową, a zagrożenie życia kobiet mieszkających w miastach jest o ponad 10% większe niż kobiet mieszkających na wsi. Główną przyczyną umieralności kobiet w wieku 15–49 lat są nowotwory złośliwe, spośród których największe zagrożenie życia kobiet w wieku 15–49 lat stanowi rak piersi, następnie rak szyjki macicy, rak oskrzela i płuca. Umieralność kobiet w wieku prokreacyjnym w Polsce kształtuje się na wyższym poziomie niż w większości krajów Unii Europejskiej i jest prawie o 50% większa niż w Szwecji i Austrii, gdzie umieralność należy do najniższych w Unii Europejskiej, i niższa niż w krajach nadbałtyckich (Łotwa, Estonia i Litwa) oraz na Węgrzech.

Rozdział „**Sytuacja zdrowotna kobiet w wieku 15–49 lat na podstawie danych o hospitalizacji**” zawiera informację, iż w Polsce w roku 2003 hospitalizowano ogółem ponad 1,5 mln kobiet w wieku 15–49 lat. Najczęściej były to kobiety w wieku 25–29 lat (2130/10 tys.), co wiąże się głównie z pobytem w szpitalu w związku z ciążą i porodem, a pobyty w szpitalu związane z ciążą i porodem trwały średnio 5 dni. Długość pobytu kobiet polskich w szpitalu w porównaniu z innymi krajami UE należy do najkrótszych. Jeśli chodzi o hospitalizację z powodu raka szyjki macicy, to sytuacja kobiet polskich w regionie europejskim jest niekorzystna, gdyż więcej kobiet hospitalizuje się z tej przyczyny tylko na Litwie i Łotwie.

Faktyczna liczba przypadków chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce nie jest znana i prawdopodobnie znacznie przewyższa liczbę zgłoszonych zachorowań, co potwierdzają informacje zawarte w rozdziale „**Choroby przenoszone drogą płciową**”. Jest to związane zarówno z brakiem sprawnie działającego systemu zgłoszeń chorób przenoszonych drogą płciową (liczne przypadki leczone i niezgłaszane), jak i z brakiem wystarczającej diagnostyki przesiewowej pozwalającej na wykrycie zakażeń bezobjawowych. Z dostępnych danych wynika, że w Polsce do

najczęstszych zakażeń przenoszonych drogą płciową należą kolejno: zakażenia genitalnymi typami ludzkich wirusów brodawczaka, opryszczki narządów płciowych, nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej, rzeżączka, kiła oraz zakażenie HIV. W 2005 r. w Polsce zgłoszono 809 zachorowań na kiłę, z czego 597 przypadków stanowiła kiła wczesna. Kiłę wrodzoną stwierdzono w 8 przypadkach w 2005 r. i w 19 w 2004 r. Kiłę podczas ciąży lub porodu rozpoznano u 70 kobiet w 2005 r. i u 55 w roku poprzednim. Spada liczba badań serologicznych ukierunkowanych na wykrycie kiły. Kiła jest stwierdzana u podobnej liczby kobiet w ciąży co w latach, w których liczba porodów była dwa razy większa. Przesiewowe badania serologiczne ukierunkowane na wykrycie kiły ograniczone są do kobiet w ciąży i krwiodawców. Przeprowadzane w ostatnich latach badania seroepidemiologiczne wykazały zakażenie HSV 2 u 9,7% kobiet w Polsce, co wskazuje na znacznie wyższą zachorowalność niż podana w raporcie. Podobnie, odsetek osób zakażonych wirusem brodawczaka (HPV) w Polsce jest prawdopodobnie zbliżony do ogólnopopulacyjnego, co również sugeruje wyższą zachorowalność niż wynikająca ze zgłoszeń. Brakuje środków finansowych na utrzymanie sprawnie funkcjonującej sieci nadzoru epidemiologicznego, w tym centralnych rejestrów i kartotek. W ostatnich latach pogorszył się dostęp osób chorych na choroby przenoszone drogą płciową do badań i leczenia. Na zakończenie rozdziału autorzy podają rekomendacje i zalecenia co do sposobu poprawy pogarszającej się sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową. Warto powtórzyć za innymi ekspertami, że aktualnie zakażenia przenoszone drogą płciową stanowią w Europie główny problem w zakresie zdrowia publicznego⁸.

Liczba osób zakażonych HIV przekroczyła na świecie 40 mln. Inne zakażenia przenoszone drogą kontaktu seksualnego zwiększają ryzyko zakażenia HIV sześćo-, a nawet dziesięciokrotnie i odpowiadają za około połowę z 80 mln przypadków niepłodności na świecie⁹.

W rozdziale „**Zakażenia HIV/AIDS**” wskazano na relatywnie stabilną sytuację epidemiologiczną w tym zakresie w Polsce i opisano, w jaki sposób udało się to osiągnąć. Od 1985 r. do końca listopada 2006 r. w Polsce odnotowano 10 492 zakażenia HIV, 1832 zachorowań na AIDS, a 832 osoby zmarły z tego powodu. Szacunkowa liczba zakażeń HIV określana jest na 20–30 tys. Według danych skumulowanych do ponad 52% ogólnej liczby zakażeń doszło poprzez stosowanie narkotyków drogą dożylną. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby zakażeń inną drogą (73%), poprzez kontakty seksualne, szczególnie w grupie osób młodych.

⁸ K.A. Fenton, C.M. Lowndes, Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union, „Sexually Transmitted Infections”, 2004, Vol. 80, No 4, s. 255–163.

⁹ Banking on Reproductive Health: The World Bank's Support for Population, Cairo Agenda and Millennium Development Goals, Global Health Council, Washington 2004, http://www.globalhealth.org/view_top.php3id=488

Tabela 2. Zakażenia HIV nabyte drogą zakażenia od matki

Kraj	2003
Austria	•
Belgia	12
Cypr	•
Czechy	1
Dania	3
Estonia	1
Finlandia	1
Francja	23
Grecja	1
Hiszpania	•
Holandia	•
Irlandia	12
Litwa	0
Luksemburg	0
Łotwa	2
Malta	0
Niemcy	11
Polska	11
Portugalia	16
Słowacja	0
Słowenia	0
Szwecja	4
W. Brytania	90
Węgry	0
Włochy	•

Źródło: S. Gagel, E. Niederlaender, Statistics in focus: population and social conditions. HIV and AIDS in the European Union, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2004.

Liczba kobiet zakażonych HIV wzrasta i aktualnie przekracza 28% ogółu zakażonych. Od 1996 r. osoby zakażone HIV/AIDS mają dostęp do bezpłatnego, specjalistycznego leczenia antyretrowirusowego, którym objętych jest około 2700 osób, w tym ponad 100 dzieci. Do leczenia włączane są wszystkie osoby spełniające kryteria medyczne. Według danych WHO wskaźnik dostępności leków antyretrowirusowych pozostaje w naszym kraju na średnim europejskim poziomie i wynosi 77%. Profilaktyka przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko stosowana jest w Polsce od 1994 r. W skali roku leki antyretrowirusowe otrzymuje około 120 kobiet ciężarnych zakażonych HIV i ich dzieci. **Od maja 2006 r. badania ukierunkowane na wykrycie HIV u kobiet ciężarnych są bezpłatne.** W krajach europejskich częstość zakażeń HIV dzieci matek zakażonych jest zróżnicowana (tab. 2).

W Polsce istnieją programy profilaktyki raka szyjki macicy i zakażeń HPV u kobiet zakażonych HIV oraz programy pomocy dla par o różnym statusie serologicznym HIV (kobieta – zdrowa, mężczyzna zakażony HIV) pragnących posiadać potomstwo.

Częstość zakażeń HIV/AIDS w Europie jest wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet, ale od 1985 r. odsetek zakażonych kobiet stale wzrasta i wykazuje duże zróżnicowanie w poszczególnych krajach europejskich (tab. 3).

Rozdział zawiera także szczegółowe informacje na temat współpracy agencji Ministerstwa Zdrowia – Krajowego Centrum ds. AIDS z UNDP w organizacji pomocy dla osób zakażonych HIV w Polsce.

W rozdziale „**Substancje psychoaktywne**” w podrozdziale „**Palenie tytoniu**” znajdujemy informację, że w Polsce każdego roku rodzi się 70–100 tys. dzieci, które podczas pierwszych 9 miesięcy istnienia są narażone na działanie dymu tytoniowego, a 60% małych dzieci jest zmuszanych przez oboje lub jednego z rodziców do biernego palenia. Dane z lat ostatnich (2000–2004) wskazują, że odsetek palących kobiet w wieku prokreacyjnym utrzymuje się na poziomie 30,4%. Spadek o połowę częstości palenia młodych kobiet w Polsce w stosunkowo krótkim czasie o 45% w latach 1982–2000 należy uznać za jeden z największych sukcesów zdrowia publicznego w naszym kraju. Obraz palenia tytoniu w popu-


Tabela 3. Udział kobiet w nowych zakażeniach HIV w Europie

Kraj	1990	1995	2000	2003
UE-25	15,5	20,1	23,6	26,6
Austria	18,3	25,6	36,1	39,5
Belgia	18,4	28,1	40,8	44,8
Czechy	0,0	0,0	14,3	11,1
Dania	8,6	13,6	31,0	26,8
Estonia	–	0,0	0,0	30,0
Finlandia	6,7	9,8	47,1	26,9
Francja	16,5	20,5	27,5	27,4
Grecja	11,9	13,0	13,4	18,1
Hiszpania	17,7	20,2	22,6	20,2
Holandia	8,6	16,2	14,3	
Irlandia	27,9	11,3	23,1	25,0
Litwa	0,0	0,0	14,3	11,1
Luksemburg	0,0	6,7	10,0	37,5
Łotwa	0,0	0,0	26,1	29,3
Niemcy	10,3	14,0	17,1	14,7
Polska	0,0	16,5	23,3	32,9
Portugalia	11,6	16,9	17,5	21,0
Słowacja	0,0	50,0	25,0	0,0
Słowenia	0,0	18,7	14,3	16,7
Szwecja	9,8	17,4	23,7	36,5
W. Brytania	7,8	15,9	29,5	44,4
Węgry	10,5	9,7	7,4	15,4
Włochy	18,6	24,3	24,1	26,2

Źródło: S. Gagel, E. Niederlaender, op.cit.

lacji kobiet w wieku reprodukcyjnym oraz zmiany w tym zakresie, które miały miejsce w ostatnich 30 latach w Polsce, są skorelowane z obrazem i zmianami w paleniu tytoniu wśród kobiet w ciąży. Badania w tym zakresie prowadził Instytut Onkologii we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie. Aktualnie badania nad paleniem kobiet w ciąży nie są kontynuowane. Fragmentaryczne dane pochodzące z lokalnych lub regionalnych badań klinicznych wskazywały, że pod koniec lat 90. częstość palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży spadła do poziomu 12–15%.

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na świecie liczba palących tytoń przekracza 1,1 mld osób w wieku 15 lat i powyżej¹⁰. W raporcie na temat stanu zdrowia kobiet w 10 krajach, które ostatnio przystąpiły do UE, znajdujemy informację, że najwięcej kobiet palących regularnie tytoń mieszka w Grecji i Słowacji (tab. 4).

 Tabela 4. Odsetek kobiet palących tytoń

Kraj	1985	2002–2003
Austria	21	26 (2000)
Belgia	27	22 (2003)
Cypr	7 (1989)	8 (1997)
Czechy	26	23
Dania	42	24 (2003)
Estonia	15 (1990)	18
Finlandia	14	19 (2003)
Francja	32 (1984–1986)	25
Grecja	20	39 (2001)
Hiszpania	23	25
Holandia	35	27 (2003)
Irlandia	32 (1993)	26
Litwa	•	12
Luksemburg	25 (1987)	26 (2003)
Łotwa	•	19
Malta	•	21 (2003)
Niemcy	27	30 (2000)
Polska	27 (1996)	23
Portugalia	14 (1988)	•
Słowacja	•	32
Słowenia	27 (1988)	20 (2001)
Szwecja	27	19
W. Brytania	31 (1984–1986)	24
Węgry	22 (1986)	29 (2003)
Włochy	17 (1986)	17 (2001)

Źródło: L. Jossens, Effective tobacco control policies in 28 European countries (for the European Network for Smoking Prevention), Presented at The Open Forum – Health in the Enlarged Europe, Brussels, 17 May 2004.

Z podrozdziału zatytułowanego „**Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu**” dowiadujemy się, że obecnie w Polsce konsumpcja alkoholu kształtuje się na poziomie 10–11 l etanolu na mieszkańca. Ponad 60% chłopców i blisko 50% dziewcząt rozpoczyna picie od piwa w wieku 13 lat lub wcześniej, a pierwszy kontakt z wódką ma w tym wieku ponad jedna trzecia chłopców i blisko 20% dziewcząt. Na szczególną uwagę, w kontekście zdrowia prokreacyjnego, zasługuje tempo wzrostu rozpowszechniania picia piwa wśród dziewcząt. W ostatnich badaniach ogólnopolskich na temat spożycia alkoholu w 2005 r. 17% kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży, potwierdza picie alkoholu w tym okresie. Odsetek ten rośnie do ponad 30% wśród kobiet, które nadal są w wieku prokreacyjnym (18–40 lat). Autor uważa, że ryzyko wystąpienia płodowego zespołu alkoholowego (FAS) w Polsce jest bardzo niskie, kobiety w ciąży znacznie ograniczają konsumpcję alkoholu, kobiet pijących codziennie jest wśród ciężarnych 0,4%, a zasięg skrajnego wykluczenia społecznego w Polsce jest daleko mniejszy niż np. w USA. Jednocześnie podkreśla, że w Polsce istnieje większe ryzyko urodzeń dzieci z niedowagą związaną z konsumpcją alkoholu przez matkę podczas ciąży. Można szacować, że liczba takich urodzeń z wagą poniżej 2500 g sięga 10 tys. rocznie.

Z podrozdziału „**Narkotyki**” wynika, że w Polsce marihuana i haszysz są najbardziej rozpowszechnionymi substancjami nielegalnymi. W przypadku niemal wszystkich substancji odnotowujemy większe rozpowszechnienie używania wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Na poziomie okazjonalnego używania sięga po nią 19,5% chłopców i 9,7% dziewcząt w wieku 15–16 lat oraz 35,4% chłopców i 16,8% dziewcząt w wieku 17–18 lat. Rozpowszechnienie okazjonalnego używania najbardziej groźnych substancji nielegalnych, takich jak heroina czy kokaina, pozostaje na bardzo niskim poziomie nieprzekraczającym 2,5% u chłopców i 1% u dziewcząt. Zażywanie narkotyków przestało być w Polsce problemem tylko nastolatków, po narkotyki sięgają również dorośli. Liczbę problemowych użytkowników narkotyków w naszym kraju w 2001 r. można szacować na 33–71 tys. Nie dysponujemy odrębnymi oszacowaniami dla kobiet i mężczyzn w grupach wieku traktowanych jako prokreacyjne. Ponad 90% z tej liczby to osoby w wieku prokreacyjnym. Kobiety ciężarne uzależnione od narkotyków znajdują się pod opieką Instytutu Psychiatrii i Neurologii (programy metadonowe) oraz Instytutu Matki i Dziecka (opieka nad ciężarną i noworodkiem). Opieka nad matką uzależnioną od narkotyków jest interdyscyplinarna.

W rozdziale „**Subiektywna ocena zdrowia dziewcząt i kobiet**” w podrozdziale „**Zdrowie subiektywne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat**” autorki wskazują, że około 80% dziewcząt w Polsce ocenia pozytywnie różne aspekty swego zdrowia fizycznego.

¹⁰ The World Health Report 2004: changing history, WHO, Geneva 2004.

Dziewczęta zdecydowanie gorzej postrzegają różne aspekty swego zdrowia psychospołecznego, a co trzecia dziewczyna deklaruje niski poziom zadowolenia z obecnego życia. Wśród dziewcząt u progu dorosłości około 20% ma różne problemy związane ze zdrowiem fizycznym, a około 30% – ze zdrowiem psychospołecznym, około 20% ma poczucie niedostatecznego wsparcia społecznego. Określa to wielkość i rodzaj potrzeb w zakresie poradnictwa oraz pomocy medycznej i psychologicznej dla dziewcząt u progu dorosłości w Polsce.

Z podrozdziału **„Jakość życia kobiet uwarunkowana stanem zdrowia”** wynika, że zdecydowane pogorszenie jakości życia następuje w grupie kobiet w wieku 65 lat i więcej. Największe straty występują w obszarze energii życiowej, co oznacza, że kobiety starsze często czują się zmęczone, szybko tracą siły i robią wszystko z wysiłkiem. Jakość życia kobiet w wieku średnim (45–64 lata) oraz młodszych obniżają m.in. trudności związane ze snem, w tym konieczność brania leków nasennych. Kobiety najmłodsze (w wieku do 25 lat) tak samo często lub nawet częściej niż osoby w wieku do 45 lat wskazują na wpływ ich stanu zdrowia na takie dziedziny życia, jak spędzanie czasu wolnego, rozwijanie zainteresowań i życie towarzyskie. Duże znaczenie dla jakości życia ma poziom wykształcenia oraz sytuacja dochodowa, mniejsze – sytuacja rodzinna i prowadzenie gospodarstwa jednoosobowego.

W trzeciej, ostatniej części raportu **„Zdrowie prokreacyjne i jego zagrożenia”** w rozdziale **„Zachowania seksualne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat”** znajdujemy informację, że wśród dziewcząt w wieku 18 lat, kończących szkoły ponadgimnazjalne, prawie połowa rozpoczęła współżycie seksualne; wśród dziewcząt, które odbyły inicjację seksualną: co ósma miała trzech lub więcej partnerów seksualnych, w czasie ostatniego stosunku płciowego co dziesiąta nie stosowała żadnej metody zapobiegania ciąży, a połowa korzystała z metod o małej skuteczności. Większe ryzyko szkód związanych z wczesną inicjacją seksualną występuje u dziewcząt zamieszkujących w mieście oraz uczennic zasadniczych szkół zawodowych, liceów profilowanych i zawodowych. Autorka konkluduje, że w celu zmniejszenia zagrożeń dla zdrowia seksualnego i prokreacyjnego młodych ludzi w Polsce niezbędne jest uzyskanie konsensusu w sprawie edukacji seksualnej w szkole oraz zapewnienie poradnictwa medycznego „przyjaznego” młodzieży, zgodnie z „Europejską strategią dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży” WHO z 2005 r. Niepokój budzi często powtarzana opinia w artykułach i raportach autorów zagranicznych, że w Polsce nigdy nie wprowadzono edukacji seksualnej i że aktualnie brak jest w Polsce jednolitej i stabilnej polityki zdrowotnej w tym zakresie¹¹.

¹¹ Sexuality Education in Europe. A Reference Guide to Policies and Practices. IPPF, Lund University and WHO 2006; A.E.M. Van Lancker, Draft report on sexual and reproductive health and rights, 2002.
<http://www.europarl.eu.int/meetdocs/committees/femm/20020417/463603EN.pdf>

¹² A.E.M. Van Lancker, ibidem.

Rozdział **„Zachowania seksualne kobiet”** zawiera informację, że zdecydowana większość Polek jest zadowolona ze swojego życia seksualnego, częściej stosuje antykoncepcję hormonalną oraz opowiada się za edukacją seksualną w szkole. Przedstawione przez autora opinie kobiet na temat zdrowia seksualnego i prokreacyjnego w Polsce różnią się od faktów publikowanych w międzynarodowych badaniach. Według Raportu Komitetu ds. Praw Kobiet i Równości (Committee on Women’s Rights and Equal Opportunities) opublikowanego przez Parlament Europejski w 2002 r. nową antykoncepcję hormonalną (tabletki) stosuje aktualnie w Unii Europejskiej średnio około 65% kobiet¹². W Polsce według różnych źródeł antykoncepcję hormonalną stosuje między 19% a 30% kobiet.

Znacznie gorsza sytuacja jest w zakresie edukacji seksualnej, która w Polsce często ogranicza się wyłącznie do przekazywania negatywnych aspektów życia seksualnego (niechciana ciąża, zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową), rzadko wskazując na pozytywne, zdrowotne aspekty życia seksualnego. Potwierdzają to opinie zarówno krajowych, jak i zagranicznych autorów¹³.

Rozdział **„Płodność, niepłodność i metody regulacji urodzeń”** dotyczy obszaru, w którym na przestrzeni ostatnich 35 lat dokonał się niebywały postęp zarówno w aspekcie leczenia niepłodności, jak i nowoczesnych metod planowania rodziny. Autor zwraca uwagę, że w Polsce nie ma badań oceniających zasięg zjawiska niepłodności, ale według szacunków przyjmuje się, że problemy z rozrodem może mieć ponad milion par. Brakuje również badań wpływu problemów niepłodności na zjawiska i procesy demograficzne w Polsce. Stosowane w leczeniu zaburzeń płodności leki są w Polsce zarejestrowane i dostępne, ale zasięg ich zastosowania jest niewielki ze względu na barierę cenową. W Polsce nie ma również badań epidemiologicznych określających aktualne zapotrzebowanie w zakresie leczenia niepłodności za pomocą technik rozrodu wspomaganego. I w tym przypadku zasadniczym czynnikiem ograniczającym dostęp do ww. procedur pozostaje bariera finansowa. Szczegółowe dane w tym zakresie nie są znane, nie istnieje również rejestr procedur leczniczych wynikających z niepłodności. Brakuje badań na temat zakresu stosowania poszczególnych metod antykoncepcji w Polsce. Nieliczne badania wskazują, że z nowoczesnych metod antykoncepcji (przyjmowanie tabletek) korzysta 18–19% kobiet stosujących jakąkolwiek metodę antykoncepcji, to znaczy około 50% mniej niż w innych krajach Unii Europejskiej. W raportach autorów zagranicznych Polska jest wymieniana jako kraj, w którym częstość stosowania nowoczesnych metod planowania rodziny jest najniższa w Europie (wyk. 1).

W rozdziale **„Wady wrodzone”** na wstępie została przytoczona definicja wady wrodzonej ponieważ pojęcie to często jest używane niezgodnie ze swoim znaczeniem. Powołując się na światowe dane epidemiologiczne, autorzy podają, że 2–3% dzieci rodzi się

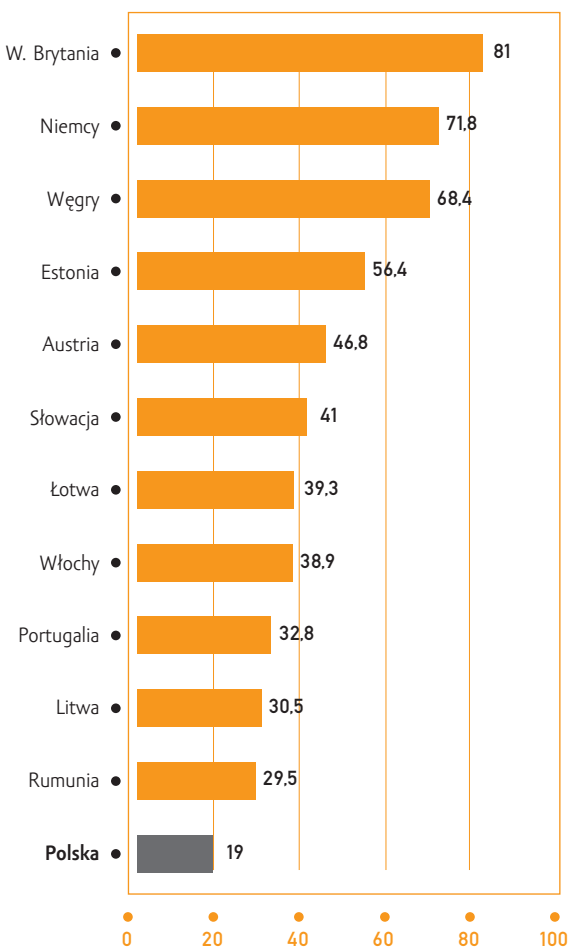
z co najmniej jedną poważną wadą rozwojową, a 0,4% – z zespołem mnogich wad rozwojowych. Ponadto 10–15% zarodków ludzkich wykazuje poważne wady morfologiczne, co najczęściej jest przyczyną samoistnego poronienia. W Polsce wady wrodzone zajmują wśród przyczyn zgonów niemowląt drugie miejsce po chorobach okresu okołoporodowego, wysuwając się na pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów w późnej (postneonatalnej) umieralności niemowląt. W krajach wysoko rozwiniętych wady wrodzone są najważniejszą przyczyną zgonów niemowląt i takiej sytuacji należy oczekiwać w niedługim czasie również w Polsce. Rejestr wad wrodzonych, obejmujący aktualnie 84% terytorium Polski i monitorujący ponad 300 tys. urodzeń rocznie, działa od 1998 r. – jest to Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR), od 2001 r. włączony w sieć rejestrów europejskich – European Surveillance of Congenital Anomalies, EUROCAT. Częstość występowania wszystkich dużych wad wrodzonych w Polsce (13 województw objętych PRWWR, lata 1998–2003)

wynosiła 196,28/10 tys. urodzeń, co oznacza, że aktualnie rocznie rodzi się ponad 7 tys. dzieci z co najmniej jedną poważną wadą rozwojową. Częstość występowania wad rozwojowych we wszystkich krajach objętych EUROCAT wynosi 249,15/10 tys. urodzeń. Podobną jak w Polsce częstość występowania wad rozwojowych odnotowuje się w Bułgarii (185,58), Wielkiej Brytanii (180,28–194,81), Hiszpanii (179,93) i Holandii (203,30). Autorzy zwracają uwagę, że w Polsce częstość występowania wad cewy nerwowej wynosi 8,61/10 tys. żywych urodzeń i jest znacznie wyższa niż średnia dla wszystkich krajów EUROCAT, wynosząca 2,97/10 tys. żywych urodzeń. Przedstawienie częstości występowania wrodzonych wad rozwojowych z podziałem na grupy wad na terenie województw objętych PRWWR ujawnia różnice i podobieństwa w porównaniu z innymi krajami europejskimi (np.: wady serca – 72,09/10 tys. urodzeń w PRWWR i 63,76/10 tys. urodzeń w EUROCAT; wady układu mięśniowo-szkieletowego – 50,09/10 tys. urodzeń w PRWWR i 57,70/10 tys. w EUROCAT; wady układu moczowego – 14,97/10 tys. urodzeń w PRWWR i 30,13/10 tys. urodzeń w EUROCAT). Częstość występowania wybranych wrodzonych wad rozwojowych w Polsce i w krajach europejskich objętych badaniem EUROCAT ujawnia istotne różnice. I tak, wskaźniki urodzeń żywych dzieci z wybranymi wadami wrodzonymi na 10 tys. urodzeń żywych wynoszą odpowiednio dla PRWWR i EUROCAT: bezmózgowie i podobne wady rozwojowe – 1,39 i 0,41; rozszczep kręgosłupa – 6,17 i 2,24; wodogłowie – 4,14 i 3,21; rozszczep wargi z lub bez rozszczepu podniebienia – 10,14 i 8,40; zespół Downa – 14,63 i 9,48.

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że każdego roku na świecie dochodzi do około 120 mln niechcianych ciąży, które w 46 mln przypadków kończą się przerwaniem ciąży, z czego około 20% przerwania ciąży dokonuje się w warunkach niebezpiecznych dla życia i zdrowia kobiety. Te ostatnie odpowiadają za 13% zgonów matek na świecie¹⁴. Od pewnego czasu w wielu krajach, także w Polsce, obserwuje się upolitycznienie problemu przerywania ciąży. Ta sytuacja utrudnia wprowadzenie programów zmierzających do ograniczenia liczby przerwania ciąży oraz działań, które powinny być podjęte w celu zmniejszenia niekorzystnych następstw, zdrowotnych i psychicznych, przerywania ciąży, głównie w zakresie stygmatyzacji kobiet zmuszonych do poddania się temu zabiegowi.

Rozdział „Przerywanie ciąży” traktuje o prawnych aspektach dostępności i możliwości przerywania ciąży w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej. Przedstawia aktualne statystyki

Wykres 1. Częstość stosowania nowoczesnych metod planowania rodziny w wybranych krajach (w %)



Źródło: United Nations, World contraceptive use 2003, New York 2004.

¹³ Ibidem; B. Woynarowska, A. Małkowska, I. Tabak, Zachowania seksualne młodzieży w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 roku, „Gin.Pol.”, 2006, 77, 9; J. Chamerski, Ocena wiedzy i postaw dotyczących metod planowania rodziny wśród młodzieży województwa świętokrzyskiego, praca doktorska, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2004.

¹⁴ Banking on Reproductive Health, op.cit.

przerwań ciąży w Polsce i w innych krajach UE, podkreślając, że od połowy lat 80. w całym regionie Europy obserwuje się istotny spadek liczby przerwania ciąży, co znajduje odbicie również w statystykach krajowych. Jedynym oficjalnym źródłem wiedzy na temat statystyki przeprowadzonych zabiegów przerwania ciąży w Polsce pozostają coroczne sprawozdania Rady Ministrów z wykonania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. Od 1994 r. podaje się wskazania, z jakich dokonano zabiegu przerwania ciąży (z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki, zaleceń medycznych odnoszących się do płodu i z powodu ciąży będącej wynikiem czynu zabronionego).

Zgodnie z danymi WHO, Polska należy do krajów o najniższej liczbie wykonywanych zabiegów przerwania ciąży w Europie. Ze sprawozdania Rady Ministrów z wykonania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. wynika, że w 2005 r. zarejestrowano 225 zabiegów przerwania ciąży. Zgon kobiety jako następstwo przerwania ciąży zdarza się w Polsce bardzo rzadko, co pośrednio potwierdza małą liczbę wykonywanych zabiegów. W Polsce nie prowadzi się badań i nie szuka odpowiedzi na pytania: kim są kobiety, u których dokonano zabiegu przerwania ciąży (ich wykształcenie, status ekonomiczny etc.), jakie stosowały metody planowania rodziny, jakie były przyczyny decyzji o przerwaniu ciąży oraz, co najważniejsze, jakich powikłań i urazów zdrowotnych i psychicznych doświadczyły po zabiegu. Nie wiemy też, jaki wpływ na prokreację i losy następnych ciąż miał fakt przerwania ciąży. Odpowiedzi na te pytania pozwoliłyby na kreowanie polityki w zakresie zdrowia prokreacyjnego oraz opracowanie programów zmierzających do ograniczenia liczby wykonywanych zabiegów przerwania ciąży w Polsce.

Zgony matek w okresie ciąży, porodu i połogu stanowią – obok umieralności okołoporodowej płodów i noworodków – ogólnie uznane syntetyczne wskaźniki poziomu życia i rozwoju cywilizacyjnego społeczeństw, w tym także jakości opieki perinatalnej. Rozdział „Zgony matek” zawiera informacje o zgonach matek w Polsce na przestrzeni ostatnich 15 lat. Współczynnik zgonów matek w skali świata wynosi 400/100 tys. żywych urodzeń i wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne. Dla Afryki wynosi 1000/100 tys. żywych urodzeń, dla Azji – 280, dla Europy – 28, a dla Ameryki Północnej – 11¹⁵. W Europie, w krajach, do których najczęściej porównują Polskę autorzy raportu, współczynniki zgonów matek, liczone na 100 tys. żywych urodzeń, także są zróżnicowane: Estonia – 80, Łotwa – 70, Rumunia – 60, Litwa – 27, Bułgaria – 23, Węgry – 23, Francja – 20, Czechy – 14, Niemcy – 12, Włochy – 11, Holandia – 10, Wielka Brytania – 10, Irlandia – 9, Norwegia – 9, Finlandia – 6, Grecja – 2¹⁶. W Polsce zgony matek w ostatnim dziesięcioleciu kształtowały się na średnim poziomie europejskim – około 10 zgonów/100 tys. żywych urodzeń, a w ostatnich 3 latach – poniżej 8. W dziesięcioleciu 1991–2000 z przyczyn położniczych bezpośrednich i pośrednich zmarły 462 kobiety. Niepołożniczych zgonów matek było 218. W ciągu 10 lat współczynnik zgonów matek z przyczyn położ-

niczych obniżył się z 15,0 do 6,7, czyli o 56%. Wśród czterech głównych przyczyn zgonów matek pierwsze miejsce zajęły krwotoki – 33,6%. Drugie miejsce zajęły zakażenia – 27,3%. Na trzecim miejscu uplasowały się zgony spowodowane gestozą i nadciśnieniem – 16,7%. Współczynnik zgonów matek w ciągu ostatnich 4 lat wyniósł 7,2.

Współczynnik umieralności okołoporodowej w skali świata wynosi 55/1000 urodzeń, przy czym jest różny dla różnych regionów i poszczególnych krajów (na 1000 urodzeń): 83 dla Afryki (od 146 dla Sierra Leone do 11 dla Burundii); 53 dla Azji (od 161 w Afganistanie do 7 w Korei); 9 dla Europy (od 25 w Albanii do 3 w Szwecji); 5 dla Kanady, 7 dla USA i 5 dla Australii¹⁷.

Globalne wskaźniki umieralności i chorobowości kobiet związane z ciążą, porodem i położeniem w obecnej wysokości nie mogą być zaakceptowane. Każdego roku około 20 mln kobiet choruje z tego powodu, a 500 tys. umiera¹⁸.

Zgon matki ma niszczący wpływ na rodzinę i poważny wpływ na zdrowie jej dzieci. W krajach rozwijających się ryzyko zgonu dzieci poniżej 5 roku życia jest dwa lub trzy razy wyższe, jeśli matka umrze w następstwie ciąży lub porodu. Uważa się, że większości fatalnych następstw chorób i inwalidztwa związanych z ciążą, porodem i położeniem można uniknąć poprzez wdrożenie odpowiednich programów poprawy opieki perinatalnej¹⁹.

Zgony noworodków stanowią prawie 40% wszystkich zgonów dzieci poniżej 5 roku życia. Uważa się, że prawie 75% wszystkich zgonów okołoporodowych można uniknąć, jeśli zapewni się kobietom odpowiednią opiekę podczas ciąży, porodu i karmienia piersią²⁰.

W rozdziale „Umieralność okołoporodowa wczesna” uzyskujemy informację, że w 1952 r. szacunkowy współczynnik umieralności okołoporodowej dla Polski wynosił 80/1000 urodzeń i był zbliżony do współczynników umieralności notowanych dziś w krajach najuboższych, gdzie większość porodów odbywa się bez asysty posiadającej jakiegokolwiek medyczne kwalifikacje. W Polsce w 2005 r. współczynnik umieralności wyniósł 8,04‰. W 2005 r. w polskich szpitalach odbyło się 360 176 porodów. Liczba cięć cesarskich wyniosła 27,2% (w 2004 r. – 26,3). Polska należy do grupy państw europejskich o wzrostowych tendencjach cięć cesarskich (wyk. 2).

¹⁵ State of World Population 2002, UNFPA, New York 2003.

¹⁶ Ibidem.

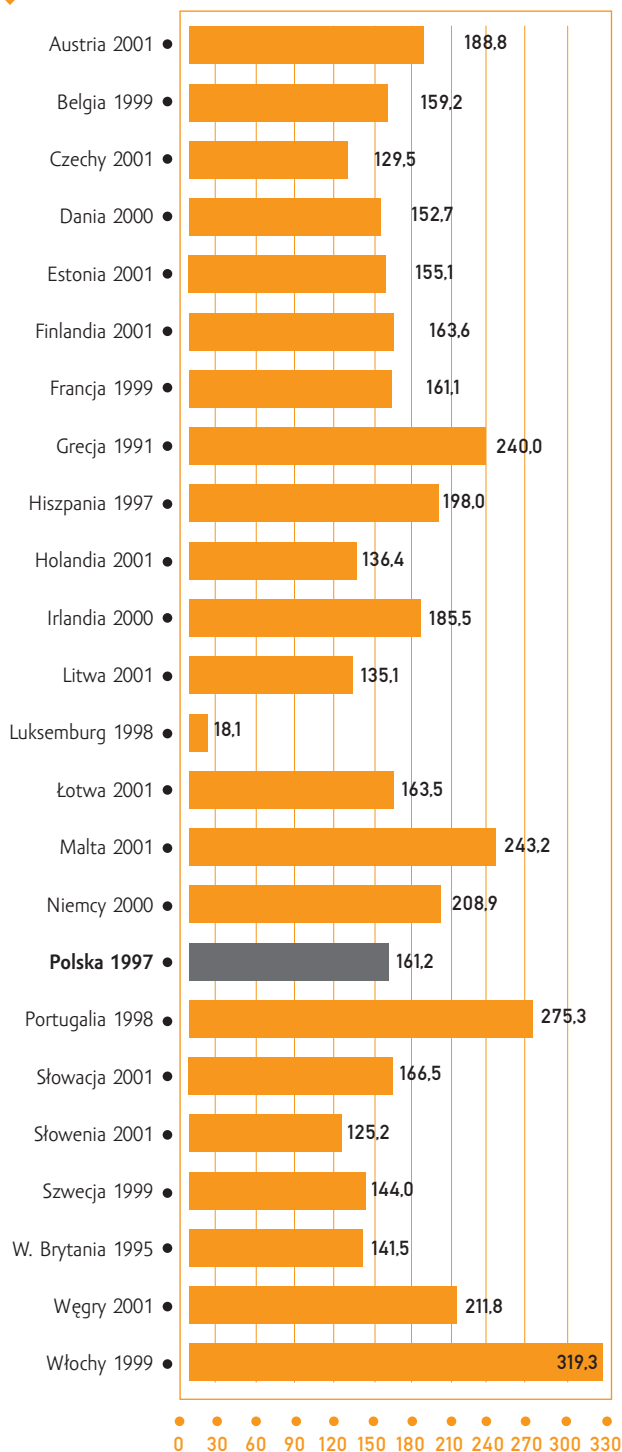
¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Adding it up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care, AGI, UNFPA, New York 2004, <http://www.guttmacher.org/pubs/covers/addingup.html>, 1.01.2006; Banking on Reproductive Health, op.cit.

¹⁹ CORE Safe Motherhood and Reproductive Health Working Group, http://www.who.int/whr/2005/media_centre/facts_en.pdf, 22.06.2005.

²⁰ Facts and Figures from the World Health Report 2005, WHO, Geneva 2005, http://www.who.int/whr/2005/media_centre/facts_en.pdf

Wykres 2. Częstość cięć cesarskich w krajach europejskich/ 1000 żywych urodzeń



Źródło: World Health Organization, Atlas of health in Europe, Regional Office of Europe, WHO, Copenhagen 2003.

Dalsza poprawa wskaźników umieralności okołoporodowej jest możliwa poprzez konsekwentne prowadzenie strategii trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej oraz wprowadzenie do powszechnej praktyki analizy jakościowej wyników działalności położniczej na podstawie audytów prowadzonych na poziomie podstawowym, wojewódzkim i ogólnokrajowym.

Spektakularne obniżenie umieralności okołoporodowej oraz poprawa wskaźników jakości opieki perinatalnej w Polsce była możliwa dzięki wprowadzeniu systemu trójstopniowej opieki perinatalnej.

Funkcjonowanie tego systemu w warunkach polskich zostało opisane w rozdziale „**Rola systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w opiece medycznej nad noworodkiem w Polsce**”, z którego wynika, że istnieją duże problemy związane z jakością sprzętu oraz złym wyposażeniem oddziałów III poziomu opieki perinatalnej w respiratory i sprzęt monitorujący. Realizacja zasad trójstopniowego systemu opieki perinatalnej napotyka duże trudności z uwagi na brak miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i niedobór miejsc intensywnej terapii noworodka. Stąd stale zbyt duża liczba noworodków z małą i ekstremalnie małą masą ciała rodzi się na I i II poziomie opieki perinatalnej; większość z nich (75%), wymagająca intensywnej terapii, przekazywana jest do oddziałów intensywnej terapii dziecięcej, a nie neonatologicznej. Zagrożeniem dla kontynuacji założeń Programu Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce jest brak znajomości zasad programu przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a wcześniej przez kasy chorych oraz związane z tym niestosowanie się do przyjętego standardu opieki. Niechęć do finansowania transportu noworodka uniemożliwia realizację programu w tym zakresie. Dochodzi do tego utrudnianie tzw. przekazywania zwrotnego dzieci, tj. po wykonaniu zadania przez ośrodek wyższego poziomu przekazanie ich do tańszego ośrodka, zlokalizowanego w pobliżu zamieszkania rodziny, wygodniejszego dla rodziców dziecka. W podsumowaniu autor wskazuje te ważne wskaźniki monitorowania jakości opieki perinatalnej, które powinny być standardowo opracowywane i publikowane, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, oraz wylicza działania, które w zakresie organizacji opieki nad noworodkiem w skali regionalnej i krajowej uważa za najpilniejsze.

Rozdział „**Zachowania prokreacyjne nastolatek**” zawiera dane, zgodnie z którymi absolutna liczba urodzeń dzieci przez nastolatki w Polsce systematycznie się obniża: w 1990 r. wynosiła 44 tys., a w 2004 r. nieco ponad 20 tys. Około połowa urodzeń przypada na kobiety 19-letnie. W 2004 r. prawie 300 dziewcząt zostało matkami przed ukończeniem 16 roku życia. W Europie Zachodniej stosunkowo wysoką płodność nastolatek notuje się w Portugalii, Grecji i Irlandii, gdzie wynosi około 20/1000, a najwyższą w Wielkiej Brytanii – prawie 30%. Najniższe wskaźniki urodzeń wśród nastolatek notowane są w Holandii, Szwajcarii, we Włoszech, w Szwecji, Hiszpanii i Danii – 6–8%²¹. Wśród działań z dziedziny polityki społecznej i edukacyjnej, które mogą

²¹ Recent Demographic Developments in Europe 2004.

wpłynąć na obniżenie płodności nastolatek, należy wskazać na: rzetelny przekaz wiedzy z zakresu zagrożeń zdrowotnych wynikających z wczesnej inicjacji oraz informacji dotyczącej antykoncepcji w systemie edukacji i w mediach; propagowanie wśród młodzieży abstynencji seksualnej; pomoc rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji i zagrożonym patologią w opiece nad dziećmi; ograniczenie dostępu dzieci i młodzieży do produkcji o charakterze pornograficznym oraz alkoholu.

Rozdział „Zakażenia perinatalne” zawiera informację, że częstość występowania poszczególnych zakażeń perinatalnych w Polsce jest nieznaną z powodu braku wiarygodnych badań, odnoszących wyniki do populacji, a oficjalne dane o zakażeniach perinatalnych pochodzące z nadzoru epidemiologicznego są niedoszacowane. Od 2004 r. w ramach projektu Phare 2003/2005 prowadzona jest modernizacja polskiego systemu nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, obejmująca zaprojektowanie i wdrożenie centralnej bazy danych o chorobach zakaźnych, w której znajdzie się informacja, czy dana kobieta jest w ciąży, co pozwoli na bardziej precyzyjne monitorowanie zakażeń perinatalnych. Istnieje potrzeba opracowania i wdrożenia szeroko zakrojonego programu usprawnienia nadzoru epidemiologicznego. Program taki powinien obejmować utworzenie międzyresortowego interdyscyplinarnego zespołu ekspertów z towarzystw naukowych zajmujących się bezpośrednio zakażeniami perinatalnymi, który, we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, prowadziłby bezpośredni nadzór nad zakażeniami perinatalnymi w Polsce.

W rozdziale „Wybrane nowotwory narządów płciowych u kobiet” w podrozdziale „Rak piersi” zawarta jest informacja, że w Polsce, podobnie jak w innych 10 nowych krajach Unii Europejskiej, od połowy lat 90. obserwuje się spadek umieralności z powodu raka piersi, ale zachorowania na nowotwory złośliwe piersi we wszystkich grupach wieku ciągle rosną.

Polska należy do krajów europejskich o najwyższym poziomie zachorowań i umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy. Z informacji podanych w podrozdziale „Rak szyjki macicy” wynika, że w naszym kraju istnieje pełny dostęp do badań cytologicznych, ale wskutek braku krajowego programu badań przesiewowych wskaźniki epidemiologiczne utrzymują się na wysokim, niekorzystnym poziomie. Wprowadzenie przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w 2006 r. aktywnego skriningu i szczepień przeciwko onkogennym typom wirusa brodawczaka (Human papilloma virus, HPV) powinno wpłynąć na poprawę statystyk dotyczących raka szyjki macicy w nadchodzących latach. Duża częstość występowania inwazyjnego raka szyjki macicy w Polsce oraz wysoki odsetek zgonów spowodowane są niską wykrywalnością zmian przednowotworowych i późnym rozpoznawaniem raka inwazyjnego. Badania cytologiczne są dostępne i bezpłatne dla wszystkich polskich kobiet, jednak zgłaszalność na badania jest niska i nie może być w pełni monitorowana. Pod koniec 2005 r. i w 2006 r. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne opracowało modyfikację Krajowego Programu

Badań Przesiewowych, mającą na celu zwiększenie efektywności badań przesiewowych oraz zmniejszenie częstości występowania i śmiertelności z powodu raka szyjki macicy. Od listopada 2006 r. dostępna jest na polskim rynku farmaceutycznym pierwsza szczepionka przeciwko HPV, czynnikowi etiologicznemu raka szyjki macicy. Szczepionka drugiego producenta będzie prawdopodobnie dostępna w roku 2007.

Podrozdział noszący tytuł „Inne nowotwory narządów płciowych u kobiet” dotyczy zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe kobiet inne niż rak sutka i rak szyjki macicy, gromadzone w Krajowym Rejestrze Nowotworów. Wśród kobiet w Polsce największy odsetek zgonów z powodu nowotworu stanowią zgony z powodu raka sutka (12,9% w 2003 r.), następnie w kolejności: raka płuca (12,2%), raka jelita grubego (7,5%), raka jajnika (5,9%), żołądka (5,5%), trzustki (5,2%) i szyjki macicy (4,8%). Odległe miejsca na tej liście zajmują inne nowotwory narządów płciowych: rak trzonu macicy (2,0%), rak sromu (0,6%) oraz pochwy (0,2%). Autorzy podają również, że w Polsce rośnie liczba zgonów spowodowanych rakiem jajnika, a nie zmienia się liczba zgonów spowodowanych rakiem trzonu macicy, sromu oraz pochwy. Najwięcej nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet obserwowano w przypadku raka sutka (19,9%), raka płuca (8,1%), raka trzonu macicy (6,7%), okrężnicy (6,1%) oraz szyjki macicy (5,8%) i raka jajnika (5,7%).

Zdrowie kobiet, ich postawy i zachowania zdrowotne mają duży wpływ na najbliższe rodziny oraz na rozwój społeczeństwa jako całości. Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006” przedstawia stan zdrowia kobiet w wieku 15–49 lat w Polsce, prezentując po raz pierwszy zebrane wskaźniki zdrowia prokreacyjnego, z komentarzem ekspertów z różnych dyscyplin nauki (demografii, medycyny, socjologii, pedagogiki).

Raport wykazuje istnienie nierówności w dostępie do zdrowia prokreacyjnego między Polską a innymi krajami Unii Europejskiej. Na poziomie kraju te nierówności są jeszcze bardziej widoczne, terytorialnie zróżnicowane. Autorzy raportu rekomendują działania, dzięki którym nierówności te można pokonać. Wiele zależy od decydentów, którzy z racji pełnionych funkcji decydują o sprawach polityki zdrowotnej, szczególnie w zakresie ustalenia priorytetów, identyfikacji źródeł finansowania oraz wdrożenia programów i strategii poprawy zdrowia prokreacyjnego w Polsce, skierowanych głównie na potrzeby kobiet i ich rodzin.

Autorzy raportu przekazują szanownym Czytelnikom ten raport, mając nadzieję, że przyczyni się on do realizacji wymienionych powyżej zadań.

Tomasz Niemiec

KOMENTARZ

Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006” dotyczy problematyki o fundamentalnym znaczeniu zarówno w wymiarze społecznym, jak i indywidualnym. Zdrowie dziecka i jego prawidłowy rozwój jest przedmiotem nieustającej troski rodziców, wspomaganą przez istniejącą infrastrukturę zdrowia publicznego. Stanowią ją przede wszystkim: system ochrony zdrowia (organizacja systemu, regulacje prawne i administrowanie tym systemem, technologie medyczne), promocja zdrowia i zapobiegania chorobom, system edukacji, badania i rozwój wiedzy dotyczącej zdrowia ludności. Jednak na zdrowie dziecka zasadniczy wpływ ma stan zdrowia jego rodziców, a zwłaszcza matek. I właśnie niniejszy raport podejmuje problem stanu zdrowia kobiet w wieku 15–49 lat, prezentując po raz pierwszy w Polsce bogaty materiał statystyczny obejmujący wskaźniki zdrowia prokreacyjnego, które są interpretowane przez ekspertów z różnych dyscyplin nauki.

Nie tylko waga podjętej problematyki, ale także wybór zagadnień dotyczących zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym oraz sposób ich ujęcia decydują o wyjątkowych walorach raportu. Rozpatrywanie medycznych aspektów zdrowia kobiet wraz z prawnymi, ekonomicznymi, społecznymi i politycznymi uwarunkowaniami, przedstawianymi z punktu widzenia różnych dyscyplin, pozwala na podejście wszechstronne, które podejmuje także wysiłek integracji rozmaitych perspektyw analitycznych. Obecna sytuacja zdrowotna kobiet w Polsce oceniana jest poprzez pryzmat zmian w czasie, jakie dokonały się zwłaszcza w ciągu ostatnich 15 lat, oraz odwołania do sytuacji w innych krajach, a przede wszystkim w krajach Unii Europejskiej. Wskazywane są zarówno ważne zmiany pozytywne (tu należy wymienić przede wszystkim spadek umieralności kobiet i niemowląt, ale także np. zmniejszenie się natężenia urodzeń wśród nastolatek), jak i negatywne (np. wzrost zachorowań na choroby nowotworowe i śmiertelności, rosnące zagrożenie chorobami przenoszonymi drogą płciową i jednocześnie brak rzetelnej jego oceny, brak poprawy wskaźników opieki perinatalnej, zbyt wolny postęp w upowszechnianiu zdrowego stylu życia) oraz zagrożenia, których znaczenie może rosnąć w przyszłości (np. skutki obniżającego się wieku inicjacji seksualnej czy uzależnienia od narkotyków i alkoholu, niepłodność, pogłębiające się zróżnicowanie warunków życia ludności). W efekcie otrzymaliśmy bogato udokumentowaną, rzetelną diagnozę sytuacji w zakresie zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym wraz z wnioskami dotyczącymi postulowanych działań w sferze polityki zdrowotnej i szerzej polityki społecznej, a także konieczności prowadzenia określonych badań pozwalających nie tylko na lepszą identyfikację zagrożeń (np. oszacowanie zakresu niepłodności czy skali zagrożenia chorobami przenoszonymi drogą płciową), ale także bardziej skuteczne przeciwdziałanie tym zagrożeniom.

Nie można przecenić walorów informacyjnych raportu. Na niektóre z jego wyników chcę zwrócić uwagę w kontekście utrzymującej się w Polsce bardzo niskiej płodności i coraz szerzej wyrażanego niepokoju o przyszły rozwój demograficzny kraju. Opóźnianie decyzji o urodzeniu pierwszego dziecka charakteryzuje, między innymi, zmiany zachowań prokreacyjnych obserwowane w Europie od lat 60. W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, zmiany te wystąpiły wyraźnie dopiero w latach 90. Średni wiek kobiet w momencie rodzenia dziecka systematycznie rośnie, choć nasilenie tego wzrostu jest zróżnicowane. W wielu krajach średnia wieku matek przekroczyła już 28 lat (Szwecja, Holandia, Francja, Dania, Irlandia) czy nawet 29 lat (Szwajcaria, Niemcy – dane z 2004 r.). Wśród krajów Unii Europejskiej najniższy wiek rodzenia pierwszego dziecka charakteryzował matki na Łotwie (24,7 lat) oraz w Estonii i na Litwie (24,8 lat). W Polsce średnia wieku matki w chwili rodzenia pierwszego dziecka wzrosła z 23,3 lat w 1990 r. do 25,6 lat w 2004 r. Późna prokreacja nie musi oznaczać niskiej dzietności – współczynniki dzietności w Szwecji, Francji, Danii czy Irlandii należą do najwyższych w Europie. Nie można jednak lekceważyć ewentualnych skutków decyzji o urodzeniu dziecka podejmowanych w późniejszym wieku: malejących z wiekiem szans zajścia w ciążę, trudności leczenia późno ujawnionych kłopotów zajścia w ciążę, ryzyka małej wagi noworodków czy zagrożenia dziecka wadami rozwojowymi. Ostatnie badania zamierzeń prokreacyjnych w Europie (luty–marzec 2006 r.) potwierdziły znaczenie zdrowia jako czynnika znaczącego dla posiadania mniejszej liczby dzieci od zamierzonej (tu pytanie dotyczyło zamierzeń sformułowanych w wieku 20 lat). Wśród kobiet, które nie planowały kolejnego dziecka, najczęściej podawanym powodem (17%) były problemy zdrowotne jednego z partnerów, mężczyźni wymieniali ten powód znacznie rzadziej (12%)¹. Przeciwdziałanie tym niekorzystnym skutkom wymaga, między innymi, odpowiednich rozwiązań w systemie opieki zdrowotnej nad kobietami. I można to osiągnąć, co potwierdzają dane z wymienionych krajów. Ten aspekt funkcjonowania systemu opieki jest mocno podkreślany we wnioskach ekspertów wraz z koniecznością odpowiedniej edukacji społeczeństwa. Uważam, iż szczególnie ważne jest podjęcie badań oceniających zasięg zjawiska niepłodności i uznanie – zgodnie z postulatami ekspertów – niepłodności za chorobę wymagającą odpowiedniego leczenia, a także działania na rzecz wzrostu świadomości potencjalnych rodziców dotyczącej ewentualnych skutków późnych decyzji o dziecku.

¹ M.R. Testa, Childbearing preferences and family issues in Europe, Special Eurobarometer, European Commission, October 2006.

Obniżenie wieku inicjacji seksualnej wraz ze zmianami obyczajowymi dotyczącymi kontaktów seksualnych z jednej strony i niedostatek wiedzy o zagrożeniach chorobami przenoszonymi drogą płciową i ich negatywnych konsekwencjach dla posiadania dzieci i ich zdrowia z drugiej sprawiają, że szczególną wymowę mają ustalenia ekspertów dotyczące zarówno braku sprawnie działającego systemu zgłoszeń chorób przenoszonych drogą płciową, jak i niedoskonałości diagnostyki przesiewowej pozwalającej na wykrycie zakażeń bezobjawowych. Nie mniej wymowny jest brak wiedzy na temat tych zagrożeń, zwłaszcza wśród osób młodych. Sprawą kluczową jest więc, jak wnioskują eksperci, osiągnięcie porozumienia w kwestii zakresu i form edukacji seksualnej w szkole oraz zapewnienie poradnictwa medycznego, dostosowanego do potrzeb młodzieży. Jest to niezbędne dla wzrostu świadomości osób młodych dotyczącej ich własnej odpowiedzialności nie tylko za swoje zdrowie, ale także za zdrowie własnych dzieci.

Wszechstronna i rzetelna diagnoza stanu zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym w Polsce oraz identyfikacja jego zagrożeń wynikających z wielorakich źródeł (np. zmiany zachowań seksualnych i prokreacyjnych, niedoskonałość organizacji systemu ochrony zdrowia, brak odpowiednich badań dotyczących niepłodności lub konieczność ich pogłębienia czy niedostatków diagnostyki) sprawiają, że pozyskujemy nie tylko wyjątkowe źródło informacji o sytuacji obecnej, ale także informacji niezbędnej do prowadzenia polityki zdrowotnej i szerszej polityki społecznej zmierzających do dalszej poprawy zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym i ich dzieci. Ustalenia raportu są ważne także ze względów badaw-

czych (określenie niedostatków wiedzy w niektórych obszarach) oraz możliwości monitorowania przyszłych zmian zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym (wskazanie zakresu niezbędnych informacji i konieczności ich okresowej oceny). Podkreślenia wymaga znaczenie raportu dla wzrostu świadomości zarówno społecznej, jak i indywidualnej, a także politycznej o czynnikach wpływających na sytuację zdrowotną kobiet i zdrowie dzieci, w tym zwłaszcza odpowiedzialności poszczególnych jednostek, grup społecznych oraz różnych instytucji i decydentów. Urzeczywistnienie celów wskazanych w Programie Działania na rzecz Ludności i Rozwoju, przyjętym w Kairze w 1994 r. i sygnowanym przez Polskę, tzn. zmniejszenia umieralności matek, niemowląt i dzieci, zapewnienia powszechnego dostępu do edukacji, szczególnie dziewczętom, oraz zapewnienia powszechnego dostępu do usług w sferze ochrony zdrowia prokreacyjnego wymaga współdziałania wielu instytucji i grup społecznych. Wiele jednak zależy od osób decydujących o polityce zdrowotnej i edukacyjnej w Polsce. Wyrażam przekonanie, że raport ten może i powinien przyczynić się do zrozumienia kluczowej wagi podjętych w nim kwestii dla możliwości poprawy zdrowia publicznego w dziedzinach znaczących dla perspektyw rozwoju Polski. Ranga tej tematyki znajduje też wyraz w hierarchii priorytetów Unii Europejskiej oraz organizacji międzynarodowych zajmujących się zdrowiem, w których zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym znajduje się na czołowym miejscu.

Irena E. Kotowska





I. Charakterystyka społeczno-demograficzna populacji kobiet w wieku 15–49 lat

Irena Kowalska

LICZBA I STRUKTURA KOBIEŃ WEDŁUG WIEKU

W końcu 2004 r. liczba ludności Polski osiągnęła poziom 38 174 tys., w tym 51,6% stanowiły kobiety. W miastach zamieszkiwało 23 470 tys. osób, w tym 52,5% kobiet. Liczba mieszkańców wsi wynosiła 14 704 tys., z czego kobiety stanowiły nieco ponad połowę (50,2%). W skali kraju na 100 mężczyzn przypadało średnio 107 kobiet; w mieście współczynnik feminizacji wynosił 111, na wsi istniała równowaga liczby kobiet i mężczyzn.

W roku 2004 połowa ogółu kobiet nie osiągnęła wieku 38,6 lat, natomiast połowa już przekroczyła ten wiek. Kobiety były średnio o ponad 4 lata starsze od mężczyzn (mediana wieku mężczyzn wynosiła 34,4 lata). Co piąta kobieta (20,1%) miała nie więcej niż 18 lat; 59,9% stanowiły kobiety w wieku 18–59 lat, a pozostałe 20% – kobiety 60-letnie i starsze.

Grupa kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) liczyła 9931 tys. W relacji do stanu z 1990 r. oznaczało to wzrost o 496 tys. w wyrażeniu absolutnym oraz o 5,3% w wyrażeniu względnym. Znaczna część tego przyrostu przypadła na kobiety najmłodsze (w wieku 20–29 lat), urodzone w okresie boomu urodzeń przełomu lat 70. i 80. Wzrost tej subpopulacji nie znalazł jednak odbicia w zwiększonej liczbie urodzeń, głównie ze względu na fakt opóźnienia decyzji o urodzeniu pierwszego dziecka przez kobiety w wieku poniżej 30 lat. Szczegółowe dane o zmianie liczby i struktury kobiet w wieku rozrodczym w latach 1990–2004 prezentuje tabela 1.

Kobiety w Polsce żyją dłużej niż mężczyźni. W 2004 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej szacowano na poziomie 70,7 roku; dla kobiet wielkość tego parametru wynosiła 79,2 roku. W stosunku do 1990 r. oznacza to wzrost o 4,2 roku w grupie mężczyzn oraz o 3,7 roku w grupie kobiet. Długość trwania życia w Polsce jest niższa niż np. w krajach skandynawskich lub zachodnioeuropejskich: dla kobiet różnica wynosi 5–6

lat, dla mężczyzn 7–8 lat, ale jednocześnie mieszkańcy Polski żyją dłużej niż większość naszych sąsiadów z Europy Środkowej i Wschodniej.

STAN CYWILNY KOBIEŃ

Jedynym źródłem danych o stanie cywilnym ludności są narodowe spisy powszechne. Dwa ostatnie były przeprowadzone w latach 1988 i 2002. Do 2002 r. w spisach powszechnych zbierano informacje wyłącznie o faktycznym stanie cywilnym osób, czyli stanie deklarowanym przez osoby spiswane, niezależnie od ich stanu prawnego. W ostatnim spisie, obok informacji o stanie faktycznym, po raz pierwszy zebrano dane o prawnym stanie cywilnym. W niniejszym opracowaniu uwzględniono jedynie informacje o faktycznym stanie cywilnym osób w wieku 15 lat i więcej. Przedstawia je tabela 2. Liczby w niej zawarte wskazują na istotne zmiany struktury ludności według tej cechy.

Przy niemal niezmiennym udziale osób rozwiedzionych oraz owdowiałych istotne różnice dotyczą udziału kawalerów i panien oraz osób pozostających w związkach małżeńskich lub partnerskich, ilustrując zmiany zachowań matrymonialnych obserwowanych w okresie między spisami. Wyraźny wzrost udziału osób w stanie wolnym (z 27,1% do 32,5% wśród mężczyzn oraz z 19,1% do 23,7% wśród kobiet) idzie w parze ze znaczącym spadkiem odsetka małżonków i partnerów (odpowiednio z 67,8% do 61,1% w grupie mężczyzn oraz z 62,8% do 56,6% w grupie kobiet).

Według danych NSP 2002, około 24% ogółu kobiet w wieku 15 lat i więcej było pannami, 57% stanowiły żonaty, 15% – wdowy, 4% – kobiety rozwiedzione. W porównaniu z rokiem 1988 odsetek panien, wdów i kobiet rozwiedzionych nieznacznie wzrósł, obniżył się zaś udział kobiet pozostających w związkach (tab. 2). Zbliżone trendy są notowane w mieście i na wsi, aczkolwiek

Tabela 1. Zmiany w liczbie i strukturze kobiet w wieku rozrodczym w latach 1990–2004 (stan w dniu 31 grudnia)

Rok	Kobiety w wieku lat							
	15–49	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
	w tys.							
1990	9 435	1 417	1 208	1 292	1 594	1 628	1 402	894
1995	10 249	1 645	1 577	1 403	1 195	1 275	1 567	1 587
2004	9 931	1 457	1 626	1 509	1 314	1 170	1 290	1 565
	w ‰							
1990	1 000	150	128	137	169	172	149	95
1995	1 000	160	154	137	117	124	153	155
2004	1 000	147	164	152	132	118	130	157

Tabela 2. Ludność Polski według stanu cywilnego faktycznego, NSP 1988, 2002

Stan cywilny	1988			2002		
	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś
Mężczyźni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kawalerowie	27,1	25,2	30,1	32,8	31,5	35,0
Żonaci i partnerzy	67,8	69,3	65,5	61,7	62,4	60,4
Wdowcy	2,9	2,6	3,2	2,8	2,7	3,0
Rozwiedzeni	2,2	2,9	1,2	2,6	3,3	1,5
Separowani	•	•	•	0,1	0,1	0,1
Kobiety	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Panny	19,1	19,8	17,8	23,9	24,6	22,5
Zamężne i partnerki	62,8	61,9	64,4	57,0	55,8	59,3
Wdowy	14,7	13,7	16,5	15,1	14,2	16,6
Rozwiedzione	3,4	4,6	1,3	3,9	5,3	1,5
Separowane	•	•	•	0,1	0,1	0,1

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych tabl. I.8 zamieszczonej w Raporcie z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002, GUS, Warszawa 2003, s. 24.

wśród mieszkanki wsi jest znacznie mniej kobiet rozwiedzionych, a więcej pozostających w związkach małżeńskich i partnerskich. Powyższe zmiany są powodowane spadkiem liczby zawieranych małżeństw, notowanym z niewielkimi fluktuacjami od 1990 r.

Wyrazem zmian postaw wobec małżeństwa są również zmiany w strukturze populacji osób, które kiedykolwiek zawierały związek małżeński. Można je oceniać na podstawie danych spisowych. Odpowiednie liczby w tabeli 3 informują o spadku odsetka osób kiedykolwiek żonatych lub zamężnych w okresie międzyspisywym. W 2002 r. udziały tych osób obniżyły się w porównaniu z rokiem 1988 zarówno w całej subpopulacji kobiet i mężczyzn, ja i w poszczególnych grupach wieku.

ZMIANY W LICZBIE MAŁŻEŃSTW

Od początku okresu transformacji liczba zawieranych związków zmniejszała się systematycznie z 255,7 tys. do 203,6 tys. w 1996 r. W latach 1997-1999 zanotowano krótkotrwały, rosnący trend małżeństw (wzrost do 219,4 tys.), w kolejnych latach – systematyczny spadek. W 2004 r. zawarto tylko 191,8 tys. związków, czyli o 12,6% mniej niż w 1999 r. W przeliczeniu na 1000 ludności dawało to współczynnik równy 5 związkom. Wśród ogółu zawartych małżeństw zdecydowaną większość (87%) stanowiły związki pierwsze dla obojga małżonków.

Od roku 1995 liczba małżeństw nowo zawartych w Polsce jest niższa od liczby związków rozpadających się. Zdecydowana większość małżeństw ustaje na skutek śmierci jednego z małżonków. Wśród 217,9 tys. małżeństw rozwiązanych w 2004 r. tylko niespełna 26% ustało w wyniku rozwodu, a 74% – na

skutek śmierci jednego ze współmałżonków; współmałżonkiem odchodzącym był częściej mężczyzna.

Istotnymi cechami zmian wzorca zawierania małżeństw jest systematyczne obniżanie intensywności zawierania związków, w szczególności przez osoby w wieku 20-24 lata, oraz opóźnianie decyzji matrymonialnych. Na początku lat 90. przeciętnie 109 kobiet na 1000 w tej grupie zawierało związki małżeńskie, w 2004 r. wskaźnik ten obniżył się do 55 na 1000. W 2004 r. średni wiek kobiet w momencie zawierania pierwszego związku małżeńskiego wynosił 22,9 roku i był o 0,2 wyższy w porównaniu z rokiem 1990.

Mówiąc o zmianach zachowań matrymonialnych, nie sposób pominąć faktu systematycznego obniżania się udziału najmłodszych kobiet, w wieku poniżej 20 lat, a w tej grupie – nastolatek w wieku 16-17 lat, w ogólnej liczbie kobiet zawierających małżeństwa. W 1990 r. na 100 ślubujących kobiet przypadały średnio 22 kobiety mające nie więcej niż 19 lat, w tej liczbie – niemal 3 kobiety w wieku 16-17 lat. W 2004 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio 7 oraz 0,5.

KOBIETA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM I RODZINIE

W roku 2002 w Polsce zarejestrowano 13 337 tys. gospodarstw domowych, w tym 3307 tys. jednoosobowych (25% ogółu gospodarstw). Niemal połowę (44%) gospodarstw jednoosobowych tworzyły osoby starsze, czyli w wieku 60 lat lub więcej. Były to głównie kobiety owdowiałe (32%), których dzieci usamodzielniały się i założyły własne gospodarstwa i rodziny.

➤ Tabela 3. Odsetki osób, które kiedykolwiek pozostawały w małżeństwie według płci i wieku, Polska, 1988–2002

Rok	Ogółem	Odsetek mężczyzn żonaty w grupach wieku							
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60>
1988	72,9	0,6	22,9	66,00	82,1	88,3	92,2	94,8	96,6
2002	66,8	0,2	12,2	51,34	75,6	82,2	87,1	92,7	96,1
		Odsetek kobiet zamężnych w grupach wieku							
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60>
1988	81,0	4,0	52,1	84,1	91,0	93,1	94,4	95,1	92,5
2002	75,7	1,4	27,1	68,6	86,1	90,9	93,4	94,5	95,1

Źródło: Obliczenia własne na podstawie publikowanych wyników Narodowego Spisu Powszechnego 1988 oraz 2002.

Kobiety są głowami 40% ogółu gospodarstw domowych (odsetek ten jest wyższy o 5 pkt. proc. od wyznaczonego na podstawie mikrospisu w 1995 r.), co oznacza, że w takiej części gospodarstw dochody kobiet wnoszone do budżetu gospodarstw były większe od dochodów mężczyzn lub zarządzały nimi głównie kobiety.

W 64% głową gospodarstwa domowego jest osoba żonata lub zamężna. Kobieta zajmująca pozycję głowy gospodarstwa jest najczęściej mężatką (39%) albo wdową (36%), znacznie rzadziej panną (13%), a najrzadziej rozwódką (11%). Kobiety młodsze to najczęściej żony głów gospodarstw domowych; po ukończeniu 60 lat osiągają zwykle status matki lub teściowej głowy gospodarstwa domowego.

Wśród 8 mln rodzin zarejestrowanych w Polsce w 2002 r. rodziny pełne (z obojgiem rodziców) z dziećmi stanowiły 60,7%. Odsetek małżonków bezdzietnych wynosił 17,2%; były to głównie pary, których dzieci opuściły dom rodzinny i założyły własne rodziny (w 99% małżeństwach bezdzietnych głową gospodarstwa była osoba wieku 40 lat lub więcej). Dość liczną grupę tworzyły rodziny samotnych kobiet z dziećmi. Było ich łącznie 1019 tys., co stanowiło 17% ogółu rodzin z dziećmi. W ogólnej liczbie rodzin znajdowało się 6079 tys. rodzin utrzymujących dzieci w wieku do 24 lat. W skład tej grupy wchodziło 4855 tys. rodzin z obojgiem małżonków i z dziećmi, 1019 tys. samotnych matek oraz 106 tys. samotnych ojców z dziećmi.

Na 100 małżeństw przypadało średnio 185 dzieci. Mężatki w wieku 35–39 lat były najbardziej obciążone obowiązkami macierzyńskimi – na 100 kobiet przypadało 224 dzieci. Młodsze kobiety nie zakończyły jeszcze procesu prokreacji, natomiast starsze przebywały w rodzinach bez dzieci, ponieważ ich dzieci opuściły już dom rodzinny. W tych grupach kobiet liczba utrzymywanych dzieci do lat 24 była niższa. W rodzinach niepełnych z matką i dziećmi na 100 kobiet przypadało średnio 148 dzieci. W grupie tej macierzyńskimi obowiązkami były najbardziej obciążone wdowy (164 dzieci na 100 kobiet), natomiast najmniej dzieci na utrzymaniu miały panny (132 dzieci na 100 kobiet).

URODZENIA

Dekada lat 90. przyniosła istotne zmiany wzorca płodności kobiet. Wyrażały się one przede wszystkim w obniżaniu natężenia rodzenia dzieci przez kobiety we wszystkich grupach wieku oraz w przesunięciu maksimum urodzeń z grupy wieku 20–24 lata do grupy 25–29 lat. Efektem notowanych przemian płodności jest postępujący spadek liczby urodzeń żywych i od 1989 r. brak prostej zastępowalności pokoleń w skali kraju.

W roku 2004 przyszło na świat ogółem 356,1 tys. dzieci, co w porównaniu z rokiem 1990 oznacza spadek o 35%. Na jedną kobietę w wieku 15–49 lat przypadło średnio 1,23 dziecka, co wobec wartości 2,04 w 1990 r. oznacza spadek bliski 40%. Wyraźnie zanikają różnice poziomu dzietności między miastem i wsią. W 1990 r. współczynnik dzietności ogólnej na wsi był o 40% większy niż w mieście, w 2004 r. – o 25%. Z zestawienia współczynnika dzietności z poziomem wykształcenia kobiet wynika, iż zdecydowanie **najmniej dzieci rodzą kobiety z wykształceniem wyższym**. Przeciętna kolejność urodzenia w tej grupie kobiet wynosiła w 2004 r. zaledwie 1,5, dla kobiet z wykształceniem podstawowym – 2,3, a dla kobiet z wykształceniem średnim – 1,7. W 1990 r. wielkości te kształtowały się na poziomie odpowiednio równym 1,84, 2,72 oraz 1,82.

Wyraźnie rośnie średni wiek kobiet rodzących dzieci. W 2004 r. połowa rodzących kobiet nie przekroczyła 27,1, podczas gdy w 1990 r. było to 26 lat. Kobiety z wykształceniem wyższym zostają obecnie matkami, rodząc pierwsze dzieci w wieku 27,7 lat, a z wykształceniem podstawowym – w wieku 19,7 lat. Interesujący jest fakt, że w 1990 r. kobiety z dyplomami wyższych uczelni rodziły pierwsze dzieci później niż w 2004 r. (różnica wynosiła 0,4 roku), podczas gdy wśród pozostałych grup kobiet z wykształceniem średnim i podstawowym relacje wartości mediany były odwrotne. **Pozytywnym zjawiskiem jest systematycznie malejąca liczba małoletnich matek w wieku poniżej 20 lat.**

Charakterystyczną cechą zachowań prokreacyjnych jest **wzrost liczby urodzeń pozamałżeńskich**, który nasilił się w ostatnich latach. Liczba tych urodzeń zwiększyła się z 34,04 tys. w 1990 r. do 67,24 tys. w 2005 r., a ich udział z 6,2% do 22,6%, znacznie wyraźniej w miastach. W 2005 r. urodzenia pozamałżeńskie stanowiły aż 27,3% urodzeń w miastach oraz 16,7% urodzeń na wsi.

WYKSZTAŁCENIE KOBIEŃ

W kraju notowane są istotne, pozytywne zmiany w sferze edukacji. W 1988 r. 5,9% ogółu kobiet posiadało wykształcenie wyższe, a 41,5% ukończyło tylko szkoły podstawowe. Według NSP 2002 udział kobiet z dyplomami wyższych uczelni wzrósł do 10,8%, natomiast frakcja kobiet z wykształceniem podstawowym obniżyła się do 29,9%. Jednocześnie w okresie międzypisowym zanotowano wzrost odsetka absolwentek szkół średnich i policealnych z 28,4% do 36,3% w 2002 r. (tab. 4).

Ogólnie, kobiety w Polsce są lepiej wykształcone niż mężczyźni. Wprawdzie proporcja mężczyzn z wykształceniem wyższym przekracza o 1,3 pkt. proc. odsetek kobiet, ale jednocześnie kobiet z wykształceniem policealnym i średnim jest o 7,6 pkt. proc. więcej.

Na podkreślenie zasługuje fakt wysokiej dynamiki wzrostu liczby studentów i absolwentów uczelni wyższych notowany od początku lat 90. W 1990 r. na uczelniach wyższych studiowało 403,8 tys. osób, w 2004 r. liczba ta wzrosła do 1926,1 tys., tj. o 377%. Populacja absolwentów z dyplomami szkół wyższych zwiększyła się z 56,1 tys. do 384 tys., co w wyrażeniu względnym oznaczało wzrost o 585%.

Współczynniki skolaryzacji netto (określające relację liczby osób uczących się – według stanu na początek roku szkolnego – na

danym poziomie kształcenia do liczby ludności w grupie wieku odpowiadającej temu poziomowi nauczania) w roku szkolnym 2004/2005 prezentuje tabela 5. Z zawartych w niej danych wynika, że kobiety i mężczyźni mają równy dostęp do edukacji w szkołach różnych szczebli i typów.

Do poziomu gimnazjów współczynniki skolaryzacji dla kobiet i mężczyzn są zbliżone. Różnice pojawiają się na poziomie szkół ponadgimnazjalnych i policealnych: odsetek kobiet jest w nich o 4,4 pkt. proc. wyższy w porównaniu z mężczyznami. W szkołach policealnych przewaga odsetka kobiet nad mężczyznami wynosi 1,7 pkt., a w szkołach wyższych – 10 pkt. proc.

pozytywnym zjawiskiem jest stopniowe wyrównywanie dysproporcji w odsetkach kobiet i mężczyzn studiujących w poszczególnych typach szkół. Rośnie udział kobiet wśród słuchaczy wyższych szkół technicznych i rolniczych, akademii medycznych oraz wyższych szkół morskich, obniża się natomiast odsetek studentek na uniwersytetach i w wyższych szkołach pedagogicznych. Jeśli chodzi o formy kształcenia, kobiety częściej od mężczyzn korzystają ze szkół dziennych. Największa przewaga kobiet nad mężczyznami jest notowana w nauczycielskich kolegiach języków obcych, gdzie kobiety stanowią 82% ogółu uczących się i w kolegiach nauczycielskich – odpowiednio 79%. Wśród uczniów liceów ogólnokształcących i szkół policealnych jest więcej kobiet niż mężczyzn; również wśród studentów kobiety stanowią ponad połowę.

Tabela 4. Ludność w wieku 15 lat i więcej według poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania i płci w Polsce w latach 1988 i 2002

Poziom wykształcenia	Ludność ogółem				Kobiety		Mężczyźni	
	miasta		wieś		1988	2002	1988	2002
	1988	2002	1988	2002				
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wyższe	9,4	13,7	1,8	4,3	5,9	10,8	7,2	9,7
Policealne i średnie	31,8	38,6	13,1	22,4	28,4	36,3	20,6	28,7
Zasadnicze zawodowe	23,2	21,1	24,2	29,2	16,3	17,5	31,5	31,3
Podstawowe ukończone	32,3	22,2	49,2	38,3	41,5	29,9	35,9	26,2
Podstawowe nieukończone i poziom nieustalony	3,2	4,4	11,7	5,8	7,9	5,5	4,8	4,1

➤ **Tabela 5.** Współczynniki skolaryzacji netto według płci w roku szkolnym 2004/2005

Poziomy i typy szkół	Kobiety	Mężczyźni
Przedszkola	97,4	98,6
Szkoły podstawowe	98,3	98,5
Gimnazja	96,3	95,3
Szkoły ponadpodstawowe i ponadgimnazjalne	92,3	87,9
Szkoły policealne	9,6	7,9
Szkoły wyższe	41,9	31,9

Źródło: Rocznik Statystyczny 2005, GUS, Warszawa 2005, s. 341.

Piśmiennictwo

Kotowska I.E., Drugie przejście demograficzne i jego uwarunkowania, w: Przemiany demograficzne w Polsce w latach 90. w świetle koncepcji drugiego przejścia demograficznego, red. I.E. Kotowska, Of. Wyd. SGH, Warszawa 1999.

Kowalska I., **Wieczorek M.**, Zmiany procesu tworzenia i rozpadu małżeństw w Polsce, w: Przemiany demograficzne w Polsce w latach 90. w świetle koncepcji drugiego przejścia demograficznego, red. I.E. Kotowska, w: „Monografie i Opracowania” Of. Wyd. SGH, Warszawa 1999.

Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna, GUS, Warszawa 2003.

Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań. Gospodarstwa domowe i rodziny, GUS, Warszawa 2003.

Roczniki demograficzne z lat 1990–2005, GUS, Warszawa.

Rocznik Statystyczny 2005, GUS, Warszawa 2006.

Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2002, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2004.





II. Wybrane problemy zdrowotne

1. UMIERALNOŚĆ Kobiet W WIEKU 15–49 LAT

Współczynniki umieralności są w wielu krajach najbardziej dostępnymi, wiarygodnymi wskaźnikami stanu zdrowia populacji. Wynika to z prawnego obowiązku rejestracji faktu zgonu oraz jego przyczyny. Do 1996 r. włącznie każdy lekarz wypełniający kartę zgonu oprócz słownego opisu przyczyny zgonu podawał również kod przyczyny wyjściowej według 9 Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD). W 1997 r. wprowadzono istotne zmiany w systemie informacyjnym dotyczącym umieralności mieszkańców Polski – do kodowania przyczyn zgonów zaczęto stosować 10 Rewizję ICD i równocześnie na poziomie wojewódzkim wprowadzono centralny system kodowania przyczyn zgonów. System ten opiera się na specjalnie przeszkolonych lekarzach orzecznikach do spraw kodowania kart zgonów działających przy wojewódzkich centrach zdrowia publicznego. Tak więc lekarze wypisujący karty zgonu (aktualnie około 99,5% zgonów w Polsce jest stwierdzanych przez lekarza) podają tylko opis słowny przyczyny zgonu, a ocena poprawności orzeczenia i nadanie kodu statystycznego są dokonywane przez orzeczników. Rzadko do tej pory uświadamianym problemem jest jakość rozpoznań przyczyn zgonów w kartach zgonów.

UMIERALNOŚĆ OGÓŁEM ORAZ WEDŁUG CHARAKTERU MIEJSCA ZAMIESZKANIA (MIASTO–WIEŚ), POZIOMU WYKSZTAŁCENIA ORAZ WOJEWÓDZTWA ZAMIESZKANIA

Poziom umieralności kobiet w wieku 15–49 lat w Polsce ma po roku 1991 wyraźną tendencję spadkową, która występuje w całej populacji. W roku 2004 zmarło w Polsce 8988 kobiet w tej grupie wieku, tzn. 90,4 na każde 100 tys. kobiet w tym wieku. W porównaniu z początkiem lat 90. w latach 2002–2004

na każde 100 tys. kobiet umierało o 26 kobiet mniej, a po wyeliminowaniu wpływu zmian w strukturze wieku poziom umieralności w okresie 2002–2004 był o ponad jedną czwartą (27%) niższy niż w latach 1991–1993 (tab. 1). **Zagrożenie życia kobiet mieszkających w miastach jest o ponad 10% większe niż kobiet mieszkających na wsi.**

Czynnikiem bardzo silnie różnicującym poziom umieralności kobiet jest ich wykształcenie. Współczynnik zgonów kobiet w wieku 20–49 lat o wykształceniu podstawowym ukończonym jest sześciokrotnie wyższy niż kobiet o wykształceniu powyżej średniego (wyk. 1).

Najwyższe zagrożenie życia kobiet w wieku 15–49 lat występuje od szeregu lat w województwie łódzkim, gdzie w latach 2002–2004 było ono o jedną piątą wyższe od przeciętnego dla całego kraju, a o blisko 60% wyższe od obserwowanego w województwie podkarpackim, gdzie poziom umieralności był najniższy (wyk. 2).

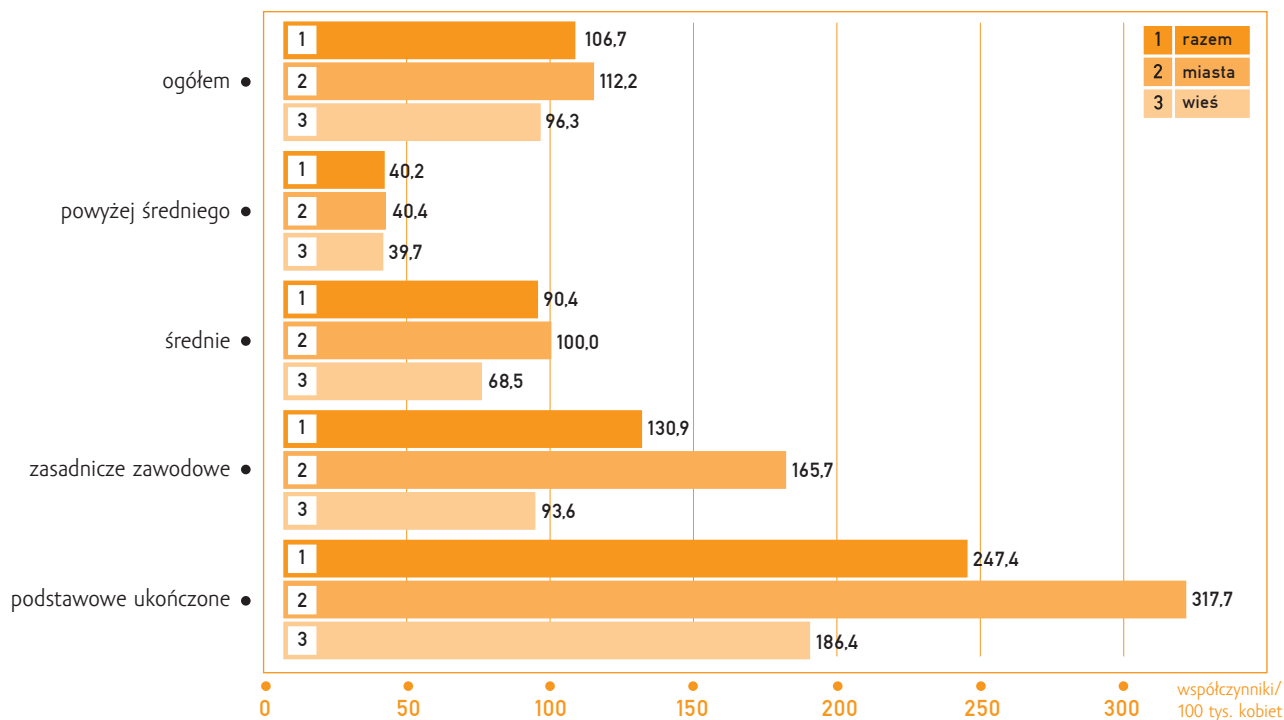
Wprawdzie zagrożenie życia kobiet jest w skali całego kraju większe w mieście niż na wsi, jednak w trzech województwach, tzn. warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim i pomorskim, występuje sytuacja odwrotna (wyk. 3). Natomiast największa różnica na niekorzyść mieszkanek miast ma miejsce w województwie śląskim, gdzie poziom umieralności w miastach jest o 40% wyższy niż na wsi.

Tabela 1. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 oraz 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet

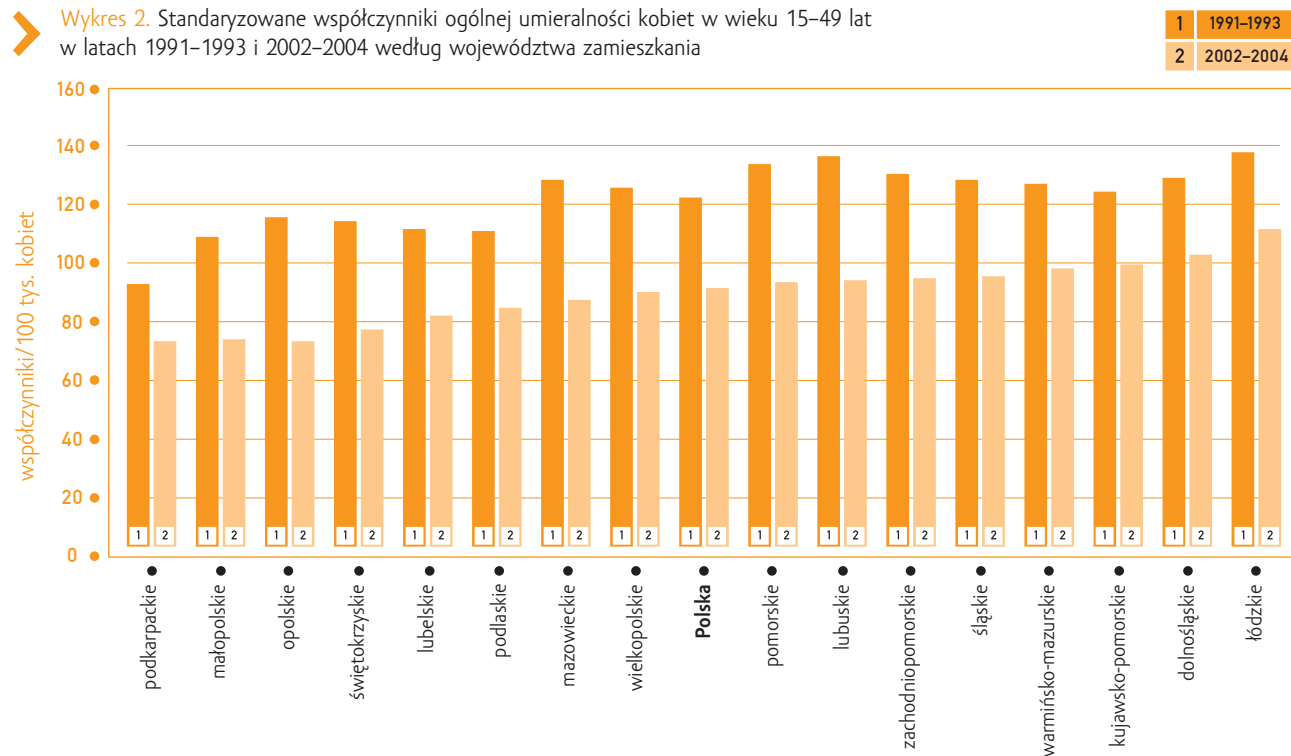
Miejsce zamieszkania	1991–1993		2002–2004	
	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany
Ogółem	117,7	123,9	91,6	90,3
Miasta	126,4	127,7	98,4	93,7
Wieś	101,5	115,3	79,6	83,6

Źródło: Obliczenia własne autora na podstawie udostępnionej Państwowemu Zakładowi Higieny przez Główny Urząd Statystyczny bazy indywidualnych danych o zgonach ludności Polski, a w przypadku innych krajów europejskich na podstawie bazy danych o zgonach przygotowanej przez Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie – dotyczy wszystkich tabel i wykresów.

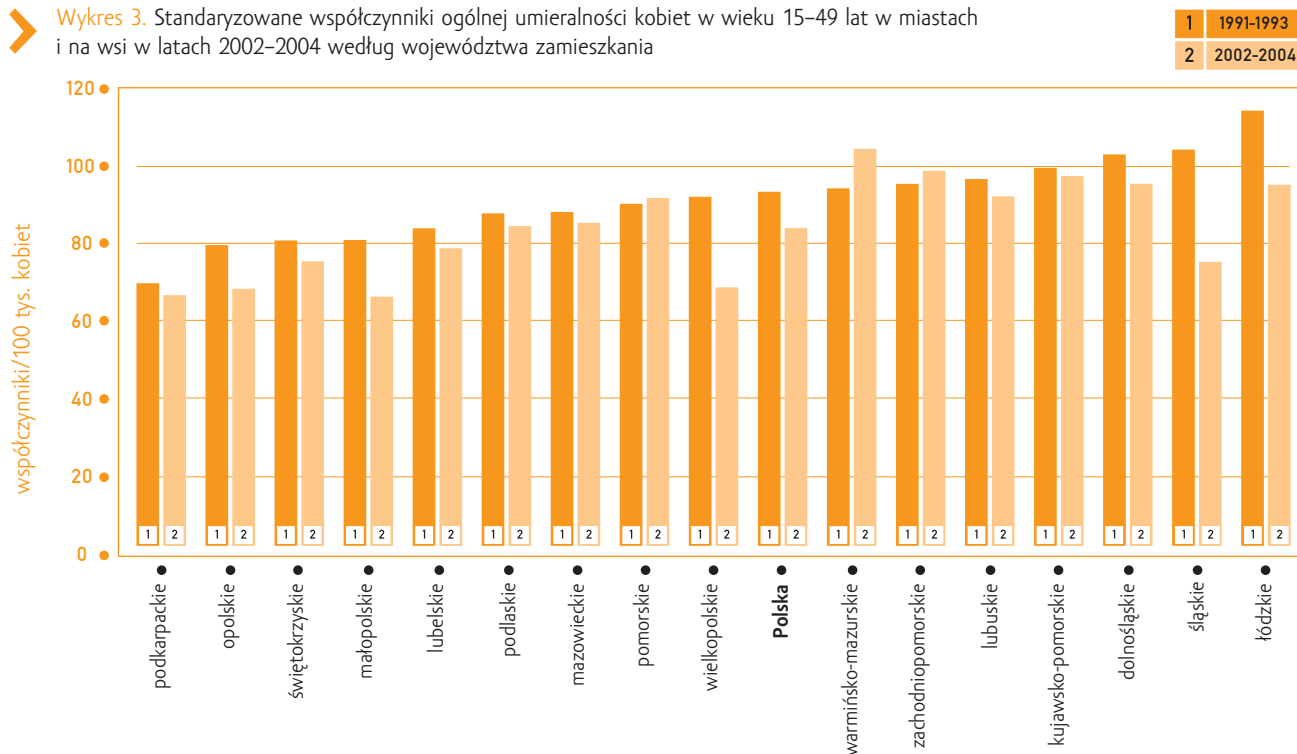
Wykres 1. Współczynniki umieralności kobiet w wieku 20–49 lat w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi według poziomu wykształcenia, 2002 r.



Wykres 2. Standaryzowane współczynniki ogólnej umieralności kobiet w wieku 15–49 lat w latach 1991–1993 i 2002–2004 według województwa zamieszkania



Wykres 3. Standaryzowane współczynniki ogólnej umieralności kobiet w wieku 15–49 lat w miastach i na wsi w latach 2002–2004 według województwa zamieszkania



UMIERALNOŚĆ WEDŁUG PRZYCZYNY ZGONU

Nowotwory złośliwe

Główną przyczyną umieralności kobiet w wieku 15–49 lat są nowotwory złośliwe (ICD-10 C00-C97), które w latach 2002–2004 były odpowiedzialne za 40% zgonów i na każde 100 tys. kobiet umierało z ich powodu w ciągu roku średnio 41 (wyk. 4, tab. 2). Dominującą pozycję jako przyczyna zgonów zajmują nowotwory dopiero w starszych grupach wieku – powyżej 35 lat (wyk. 5). Spośród nowotworów złośliwych największe zagrożenie życia kobiet w wieku 15–49 lat stanowi rak sutka, następnie rak szyjki macicy oraz rak oskrzela i płuca (tab. 3).

Słabiej niż w przypadku ogółu przyczyn zaznacza się gradient społeczny w umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi – kobiety o wykształceniu podstawowym umierają prawie pięciokrotnie częściej niż te, które mają wykształcenie powyżej średniego (wyk. 6), a po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w grupach wykształcenia różnica jest trzykrotna.

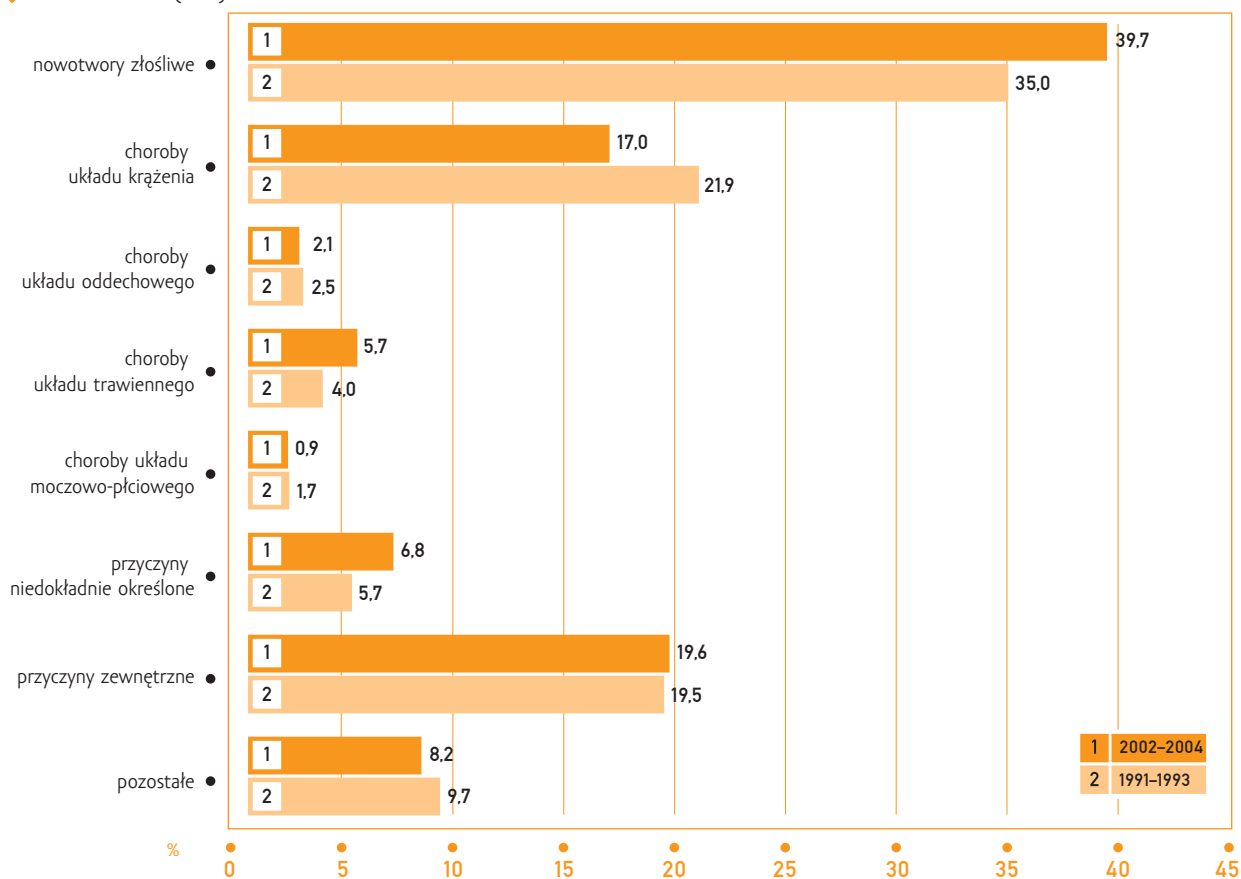
We wszystkich województwach poziom umieralności w ostatnich latach jest niższy niż na początku lat 90., przy czym wyraźnie najmniejsza poprawa miała miejsce w województwie kujawsko-pomorskim (wyk. 7). Województwo to ma najwyższy poziom umieralności z powodu raka sutka i jest jedynym, gdzie w latach 2002–2004 poziom ten był wyższy niż na początku lat 90.

Zewnętrzne przyczyny zgonu

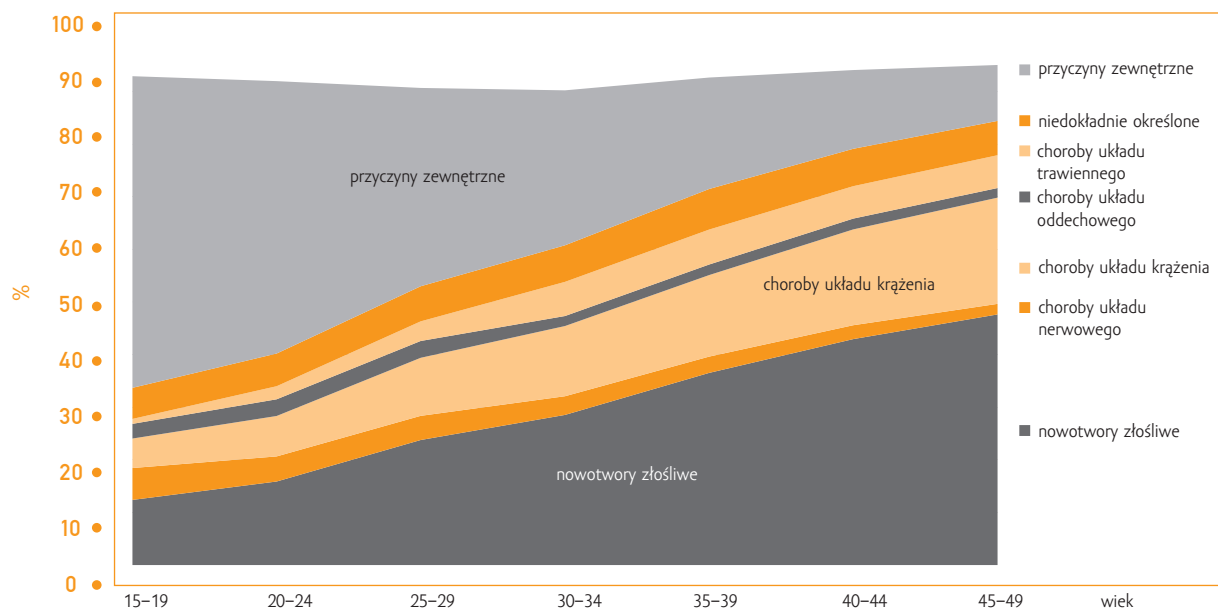
Drugą co do częstości przyczyną zgonów kobiet w wieku 15–49 lat są zewnętrzne przyczyny (ICD-10 V00-Y98), które zarówno w ostatnich latach, jak i na początku lat 90. były odpowiedzialne za co piąty zgon (wyk. 4). Umieralność z ich powodu zmniejsza się w stopniu podobnym do ogółu przyczyn i obecnie współczynniki zgonów są o ponad jedną piątą niższe niż na początku lat 90. (tab. 4). Wprawdzie przyczyny zewnętrzne ogółem w nieco większym stopniu wpływają na zgony mieszkanek miast niż wsi, lecz najważniejsze podgrupy tych przyczyn, tzn. wypadki komunikacyjne i samobójstwa, są odpowiedzialne za stosunkowo więcej zgonów wśród kobiet na wsi niż w miastach (tab. 3).

W zróżnicowaniu wojewódzkim natężenia zgonów kobiet z przyczyn zewnętrznych zwraca uwagę wyraźnie najniższy poziom zgonów w województwie lubelskim, prawie o połowę (o 45%) niższy od ogólnopolskiego (wyk. 8). W województwach zachodniopomorskim i łódzkim, gdzie zagrożenie życia kobiet było największe, poziom umieralności był 2,3 razy wyższy niż w województwie lubelskim. We wszystkich województwach współczynnik umieralności w ostatnich latach jest niższy niż na początku lat 90., ale o ile w województwach opolskim i lubelskim obniżył się on o blisko 40%, o tyle w województwach podkarpackim i podlaskim zaledwie o blisko 10%. Wyższemu poziomowi umieralności w miastach danego województwa odpowiada zazwyczaj wyższy poziom umieralności na wsi. Wyraźnym

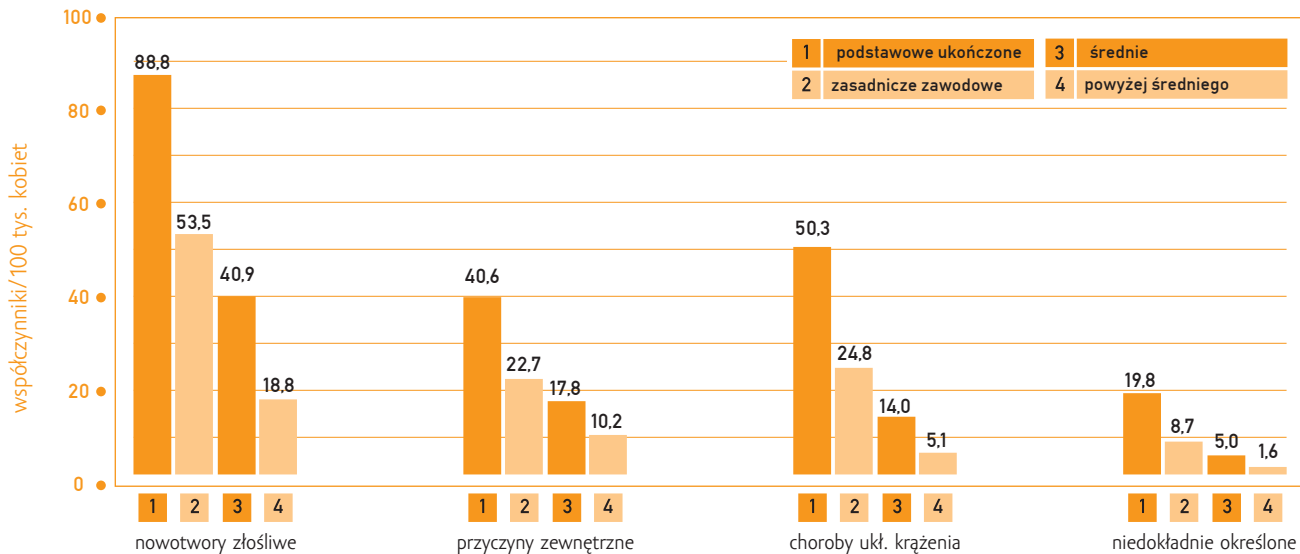
Wykres 4. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów kobiet w wieku 15–49 lat w latach 1991–1993 i 2002–2004 (w %)



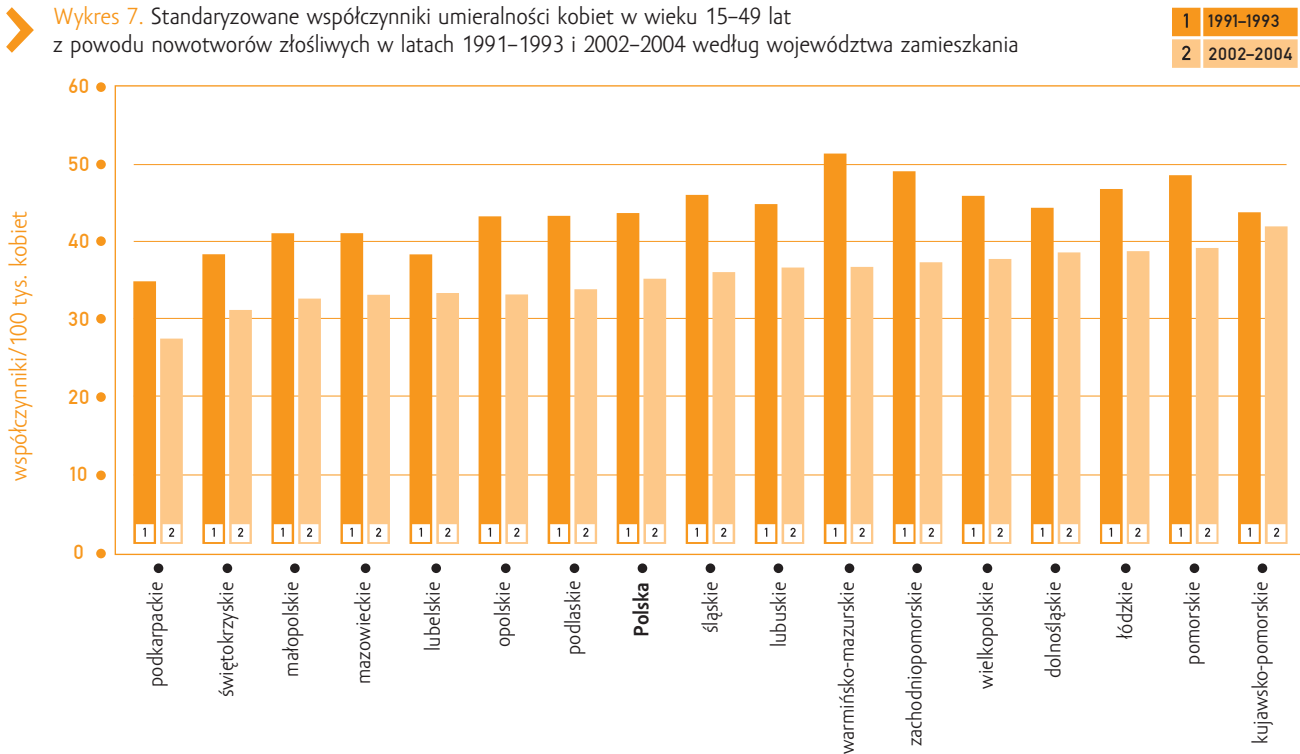
Wykres 5. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w wieku 15–49 lat w pięcioletnich grupach wieku w latach 2002–2004



Wykres 6. Współczynniki umieralności kobiet w wieku 20–49 lat z powodu nowotworów złośliwych, chorób układu krążenia, przyczyn zewnętrznych i przyczyn niedokładnie określonych według poziomu wykształcenia, 2002 r.



Wykres 7. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu nowotworów złośliwych w latach 1991–1993 i 2002–2004 według województwa zamieszkania



➤ Tabela 2. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z powodu nowotworów złośliwych w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet

Miejsce zamieszkania	1991–1993		2002–2004	
	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany
Ogółem	41,2	44,0	36,3	35,6
Miasta	44,6	45,4	39,4	36,8
Wieś	34,8	41,0	31,1	33,1

➤ Tabela 3. Rzeczywiste (R) i standaryzowane względem wieku (S) współczynniki zgonów kobiet w wieku 15–49 lat według charakteru miejsca zamieszkania oraz przyczyn w latach 2002–2004/100 tys. kobiet

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Miasta		Wieś	
	R	S	R	S	R	S
Razem w tym:	91,6	90,3	98,4	93,7	79,6	83,6
Nowotwory złośliwe	36,3	35,6	39,4	36,8	31,1	33,1
nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca	3,9	3,7	4,4	4,0	3,0	3,2
nowotwór sutka	7,1	7,0	7,7	7,2	6,1	6,6
nowotwór narządów płciowych	9,0	8,9	9,9	9,3	7,5	8,0
nowotwór szyjki macicy	4,7	4,7	5,3	5,0	3,8	4,1
Choroby układu krążenia	15,6	15,3	16,3	15,3	14,3	15,3
choroba niedokrwienna serca	3,5	3,4	3,8	3,5	3,0	3,2
ostry zawał serca (I21–I22)	2,8	2,7	3,0	2,8	2,5	2,6
choroby naczyń mózgowych	6,2	6,1	6,6	6,2	5,6	6,0
Choroby układu oddechowego	1,9	1,9	2,0	1,9	1,7	1,8
Choroby układu trawiennego	5,2	5,2	6,5	6,2	3,1	3,3
Choroby układu moczowo-płciowego	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8
Niedokładnie określone i nieznanne	6,2	6,2	7,2	6,9	4,4	4,6
Zewnętrzne przyczyny zgonu	18,0	17,9	18,6	18,3	17,0	17,1
wypadki komunikacyjne	6,6	6,5	6,0	5,9	7,7	7,5
samobójstwa i samouszkodzenia	4,4	4,4	4,3	4,3	4,5	4,6

wyjątkiem jest województwo mazowieckie, gdzie umieralność kobiet w miastach jest niższa od przeciętnej dla ogółu polskich miast, natomiast umieralność kobiet na wsi jest najwyższa dla mieszkanki wsi w Polsce i jest wyraźnie wyższa niż umieralność kobiet w miastach Mazowsza.

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia (ICD-10 I00-199) są obecnie trzecią co do częstości przyczyną umieralności kobiet w wieku 15–49 lat (drugą w wieku 40–49 lat) i w latach 2002–2004 były odpowiedzialne za 17% zgonów, a na każde 100 tys. kobiet umierało

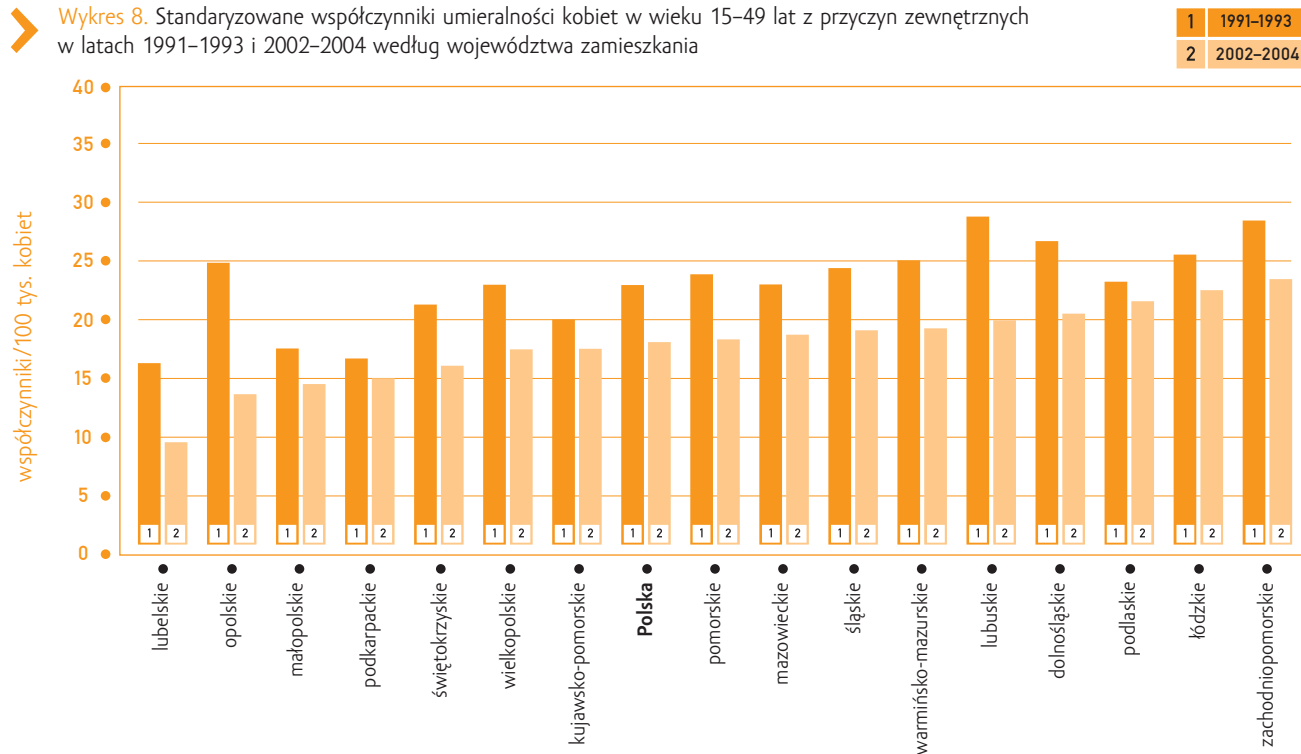
z ich powodu w ciągu roku średnio 16 (wyk. 4 i 5, tab. 5). Znaczenie chorób układu krążenia jako zagrożenia życia kobiet wyraźnie zmniejsza się zarówno w kategoriach bezwzględnych, jak i względnych.

Bardzo silny jest gradient społeczny w zgonach z powodu chorób układu krążenia – współczynnik zgonów kobiet o wykształceniu podstawowym ukończonym jest prawie dziesięciokrotnie wyższy niż kobiet o wykształceniu powyżej średniego (wyk. 6) (po standaryzacji względem wieku różnica jest siedmiokrotna).

Tabela 4. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn zewnętrznych w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet

Miejsce zamieszkania	1991–1993		2002–2004	
	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany
Ogółem	22,9	23,0	18,0	17,9
Miasta	24,4	24,1	18,6	18,3
Wieś	20,3	20,8	17,2	17,1

Wykres 8. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn zewnętrznych w latach 1991–1993 i 2002–2004 według województwa zamieszkania



Zarówno w ostatnich latach, jak i na początku lat 90. najwyższe natężenie zgonów kobiet z powodu chorób układu krążenia występuje w województwie śląskim, gdzie przewyższa ono o ponad jedną czwartą przeciętne dla całego kraju i jest aż o 77% wyższe niż w najlepszym pod tym względem od wielu lat województwie podlaskim (wyk. 9). W województwie śląskim w wyjątkowo niekorzystnej sytuacji są mieszkanki miast, natomiast w województwach północnych, tzn. pomorskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, choroby układu krążenia dużo bardziej (o ponad jedną piątą) zagrażają życiu mieszanek wsi niż miast.

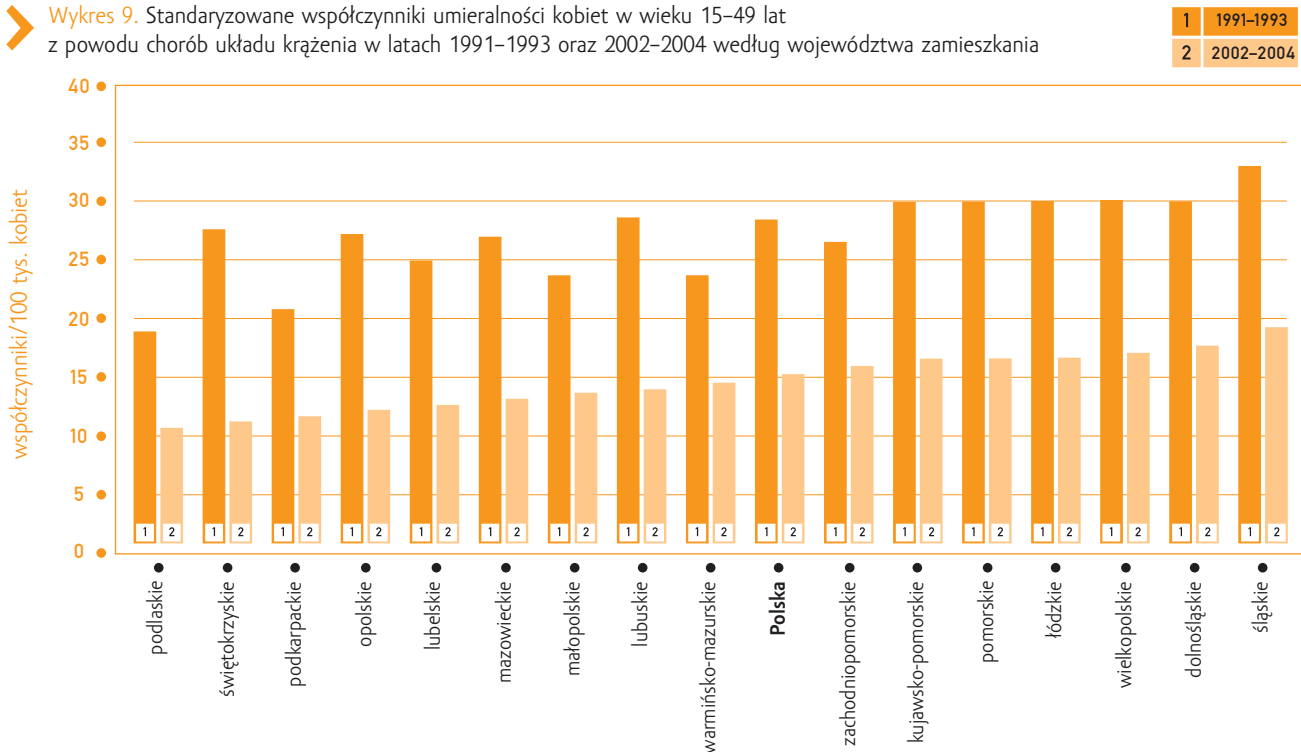
Przyczyny niedokładnie określone

O jakości danych dotyczących przyczyn zgonów niedobrze świadczy fakt, że czwartą co do częstości grupą przyczyn umieralności kobiet w wieku 15–49 lat są przyczyny niedokładnie określone (ICD-10 R00-R99), które w latach 2002–2004 były przypisane 7% zgonów (wyk. 4 i 5). Ta grupa przyczyn jest częściej przypisywana zgonom kobiet w miastach niż na wsi, ale różnica zmniejsza się, gdyż tylko w przypadku mieszanek miast współczynnik zgonów w latach 2002–2004 jest niższy niż na początku lat 90. (tab. 6).

Tabela 5. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób układu krążenia w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet

Miejsce zamieszkania	1991–1993		2002–2004	
	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany
Ogółem	25,8	28,0	15,6	15,3
Miasta	27,7	28,5	16,3	15,3
Wieś	22,2	26,8	14,3	15,3

Wykres 9. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób układu krążenia w latach 1991–1993 oraz 2002–2004 według województwa zamieszkania



Na wyraźny aspekt społeczny w niedokładnym rozpoznawaniu przyczyn zgonów wskazuje bardzo silny gradient związany z poziomem wykształcenia – współczynnik zgonów kobiet o wykształceniu podstawowym ukończonym jest prawie trzykrotnie wyższy niż kobiet o wykształceniu powyżej średniego (wyk. 6) (po standaryzacji względem wieku różnica jest dziesięciokrotna).

Zastanawia dużo rzadsze w wielu województwach przypisywanie przyczyn niedokładnie określonych zgonom mieszkanek wsi niż miasta, a z drugiej strony odwrotna sytuacja w województwach warmińsko-mazurskim i podlaskim (wyk. 10).

Pozostałe przyczyny zgonów

Pozostałe grupy chorób stanowią już znacznie mniejsze zagrożenie życia kobiet w wieku reprodukcyjnym. Wśród nich na uwagę niewątpliwie zasługują choroby układu trawiennego (ICD-10 K00-K93), które w ostatnich latach są odpowiedzialne za 6,8% zgonów kobiet w tym wieku. Znaczenie tej grupy przyczyn zgonów jest obecnie większe niż na początku lat 90. zarówno w wymiarze względnym – zwiększył się udział zgonów z powodu chorób układu trawiennego, jak i w wymiarze bezwzględny – współczynnik umieralności kobiet ogółem oraz mieszkanek miast w latach 2002–2004 jest wyższy niż w latach 1991–1993 (wyk. 4, tab. 7). Choroby układu trawiennego w znacznie większym stopniu zagrażają życiu kobiet mieszkających w miastach niż na wsi.

Tabela 6. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn niedokładnie określonych w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet

Miejsce zamieszkania	1991–1993		2002–2004	
	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany
Ogółem	6,7	7,0	6,2	6,2
Miasta	8,3	8,2	7,2	6,9
Wieś	3,8	4,3	4,4	4,6

Wykres 10. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn niedokładnie określonych (ROO-R99) w latach 1991–1993 oraz 2002–2004 według województwa zamieszkania

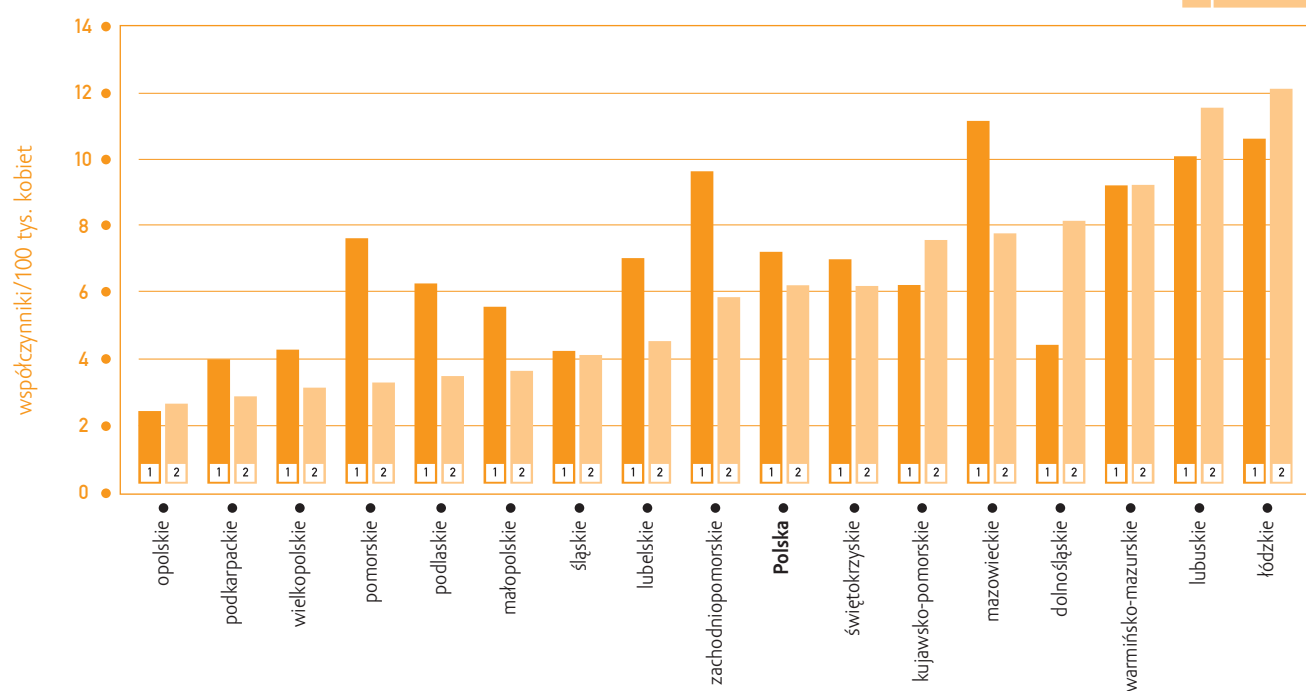


Tabela 7. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób układu trawiennego w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet

Miejsce zamieszkania	1991–1993		2002–2004	
	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany	współczynnik rzeczywisty	współczynnik standaryzowany
Ogółem	4,7	5,0	5,2	5,2
Miasta	5,6	5,7	6,5	6,2
Wieś	3,1	3,5	3,1	3,3

UMIERALNOŚĆ Kobiet w WIEKU REPRODUKCYJNYM w POLSCE NA TLE INNYCH KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ

Umieralność kobiet w wieku reprodukcyjnym w Polsce kształtuje się na wyższym poziomie niż w większości krajów Unii Europejskiej, ale nie odbiega od przeciętnego aż tak bardzo, jak to ma miejsce w trzech krajach nadbałtyckich i na Węgrzech (wyk. 11). Tym niemniej **zagrożenie życia polskich kobiet jest prawie o 50% większe niż w Szwecji i Austrii, gdzie umieralność należy do najniższych w UE**, o 15% większe niż w Czechach i nieznacznie większe niż na Słowacji.

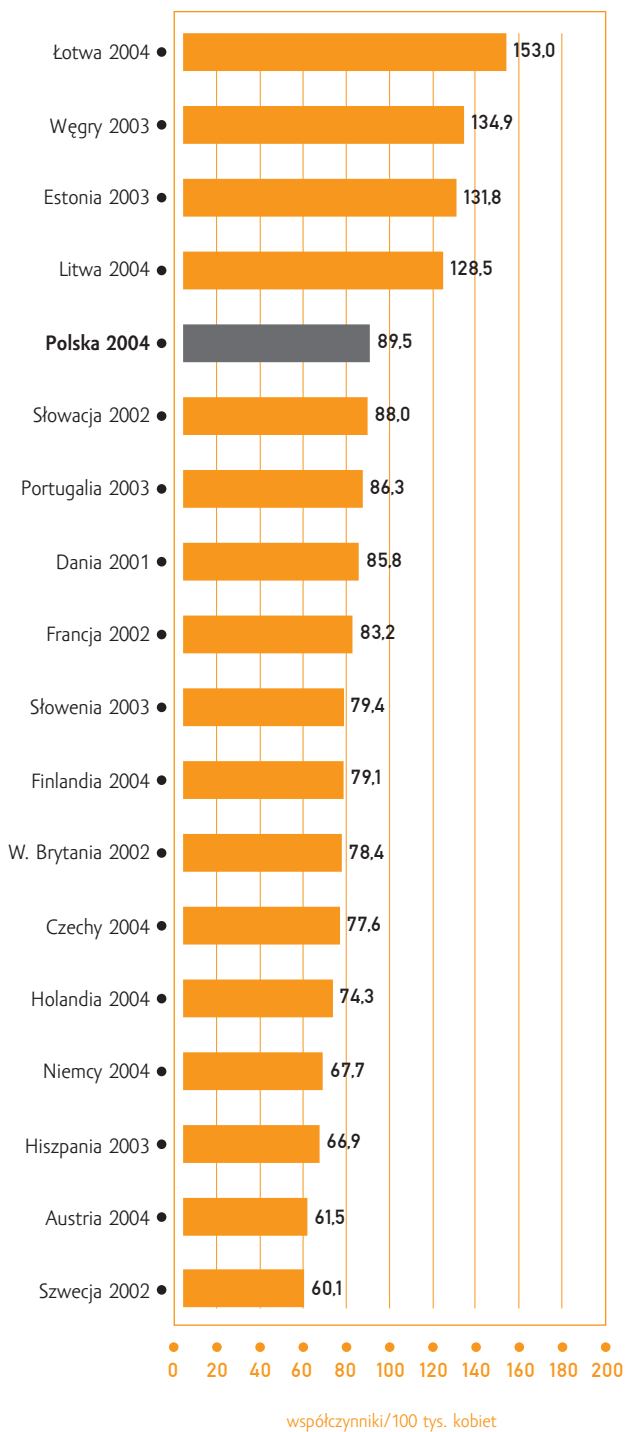
Podobnie jak w Polsce, nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów kobiet w wieku 15–49 lat w większości krajów UE, ale w Polsce poziom umieralności z ich powodu należy do zdecydowanie wysokich (wyk. 12). Biorąc jednak pod uwagę wysoki w naszym kraju poziom umieralności z ogółu przyczyn, trzeba stwierdzić, że zgony spowodowane nowotworami w Polsce mają podobny udział w ogólnej umieralności jak w wielu innych krajach, gdzie są odpowiedzialne za 38–40% ogółu zgonów. Stosunkowo korzystna na tle innych krajów UE jest sytuacja polskich kobiet w wieku reprodukcyjnym jeśli chodzi o zagrożenia życia związane z rakiem sutka (wyk. 13), natomiast duży niepokój musi budzić wysoki wśród polskich kobiet poziom umieralności spowodowanej rakiem szyjki macicy (wyk. 14).

Przyczyny zewnętrzne zagrażają życiu polskich kobiet w stopniu przeciętnym na tle innych krajów UE (wyk. 15). Z jednej strony poziom umieralności jest w Polsce wyższy o ponad 40% niż w Holandii, Niemczech czy Wielkiej Brytanii, a z drugiej strony jest niższy o ponad 40% niż w Finlandii, o 20% niższy niż na Węgrzech, nie mówiąc o bardzo dużej korzystnej różnicy w porównaniu z Łotwą, Litwą i Estonią, gdzie przyczyny zewnętrzne są większym zagrożeniem życia niż nowotwory (podobnie zresztą jest w Finlandii). **Na przeciętnym poziomie na tle innych krajów UE kształtuje się w Polsce umieralność kobiet z powodu wypadków komunikacyjnych** (wyk. 16), natomiast niższy niż w większości krajów UE jest współczynnik zgonów z powodu samobójstw (wyk. 17).

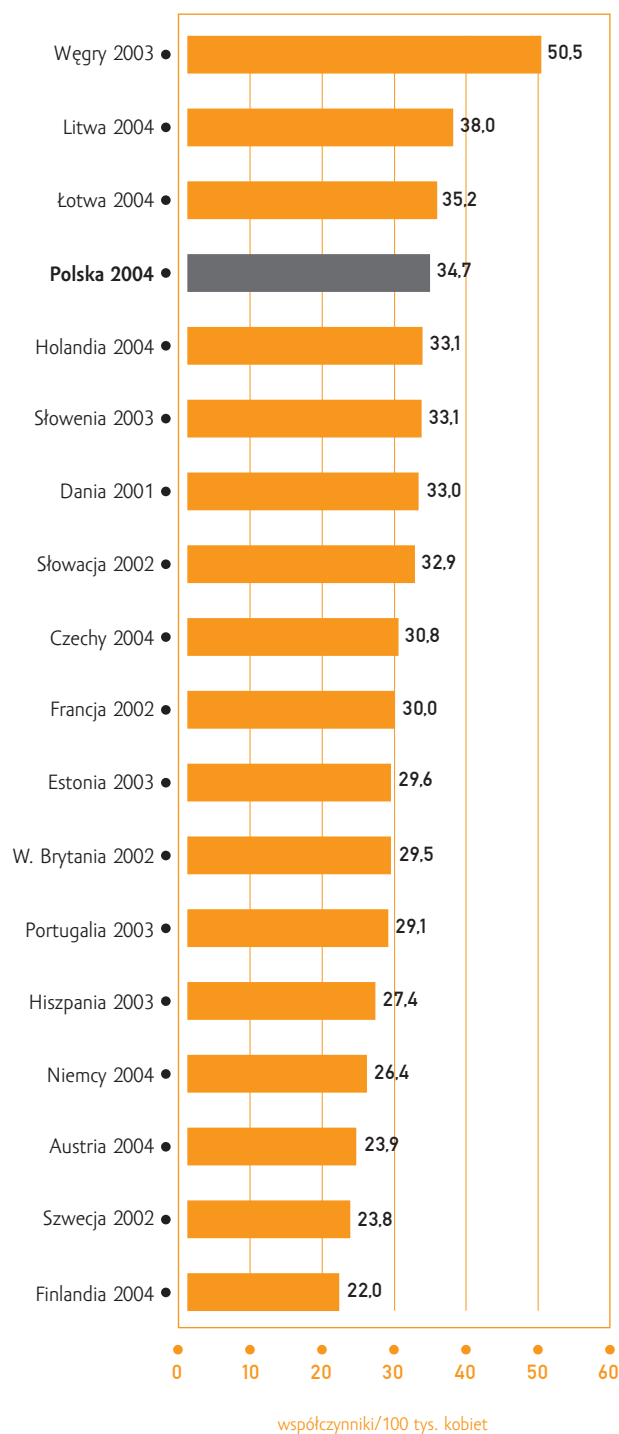
Umieralność kobiet w wieku 15–49 z powodu chorób układu krążenia w Polsce należy do wysokich na tle innych krajów UE, wyższy jej poziom odnotowuje się tylko w trzech krajach nadbałtyckich oraz na Węgrzech, w których to państwach sytuacja jest zdecydowanie najgorsza w UE (wyk. 18). W Polsce szczególnie wysokie w porównaniu z innymi krajami UE jest zagrożenie życia z powodu chorób naczyń mózgowych, natomiast bardziej zbliżony do przeciętnego jest poziom umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca (wyk. 19 i 20).

Bardzo niekorzystnie na tle sytuacji w innych krajach UE przedstawia się umieralność polskich kobiet z przyczyn niedokładnie określonych, której poziom należy do najwyższych (wyk. 21). Trzeba ponadto podkreślić, że bardzo wysoki w 2002 r. współczynnik zgonów we Francji był wyjątkowy i współczynniki w dwóch wcześniejszych latach były w tym kraju niższe niż w Polsce.

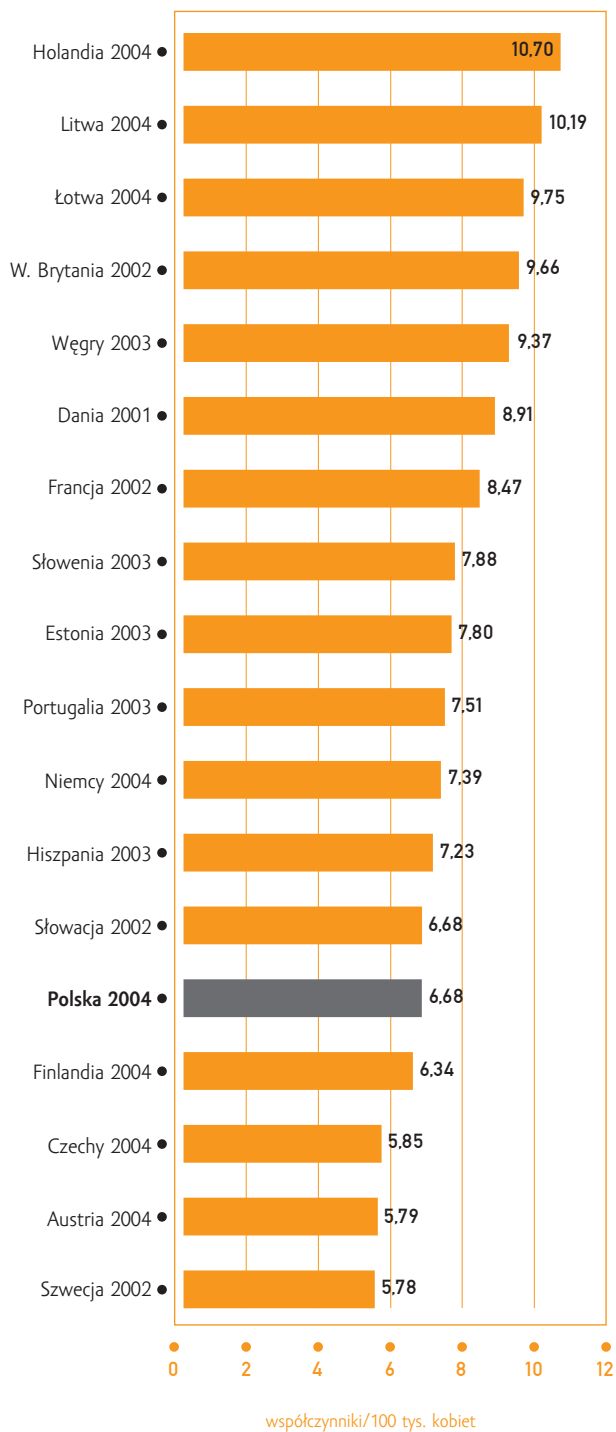
Wykres 11. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet w wieku 15–49 lat z ogółu przyczyn w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



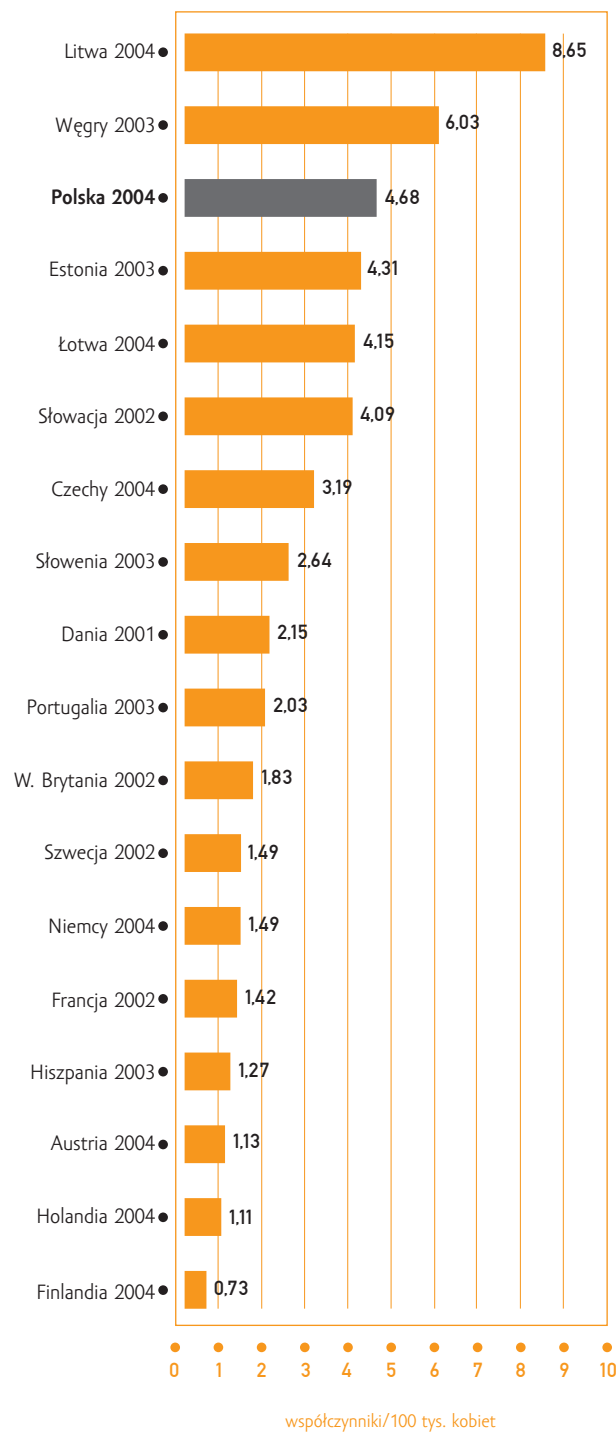
Wykres 12. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu nowotworów złośliwych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



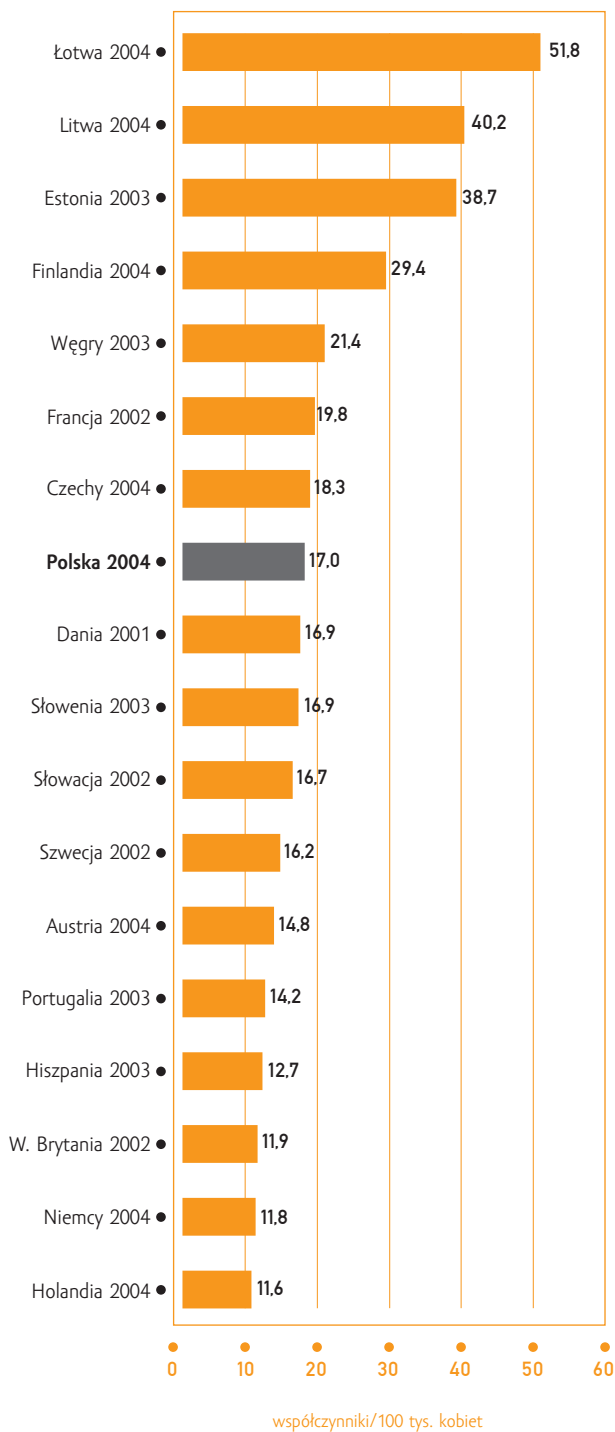
Wykres 13. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu raka sutka w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



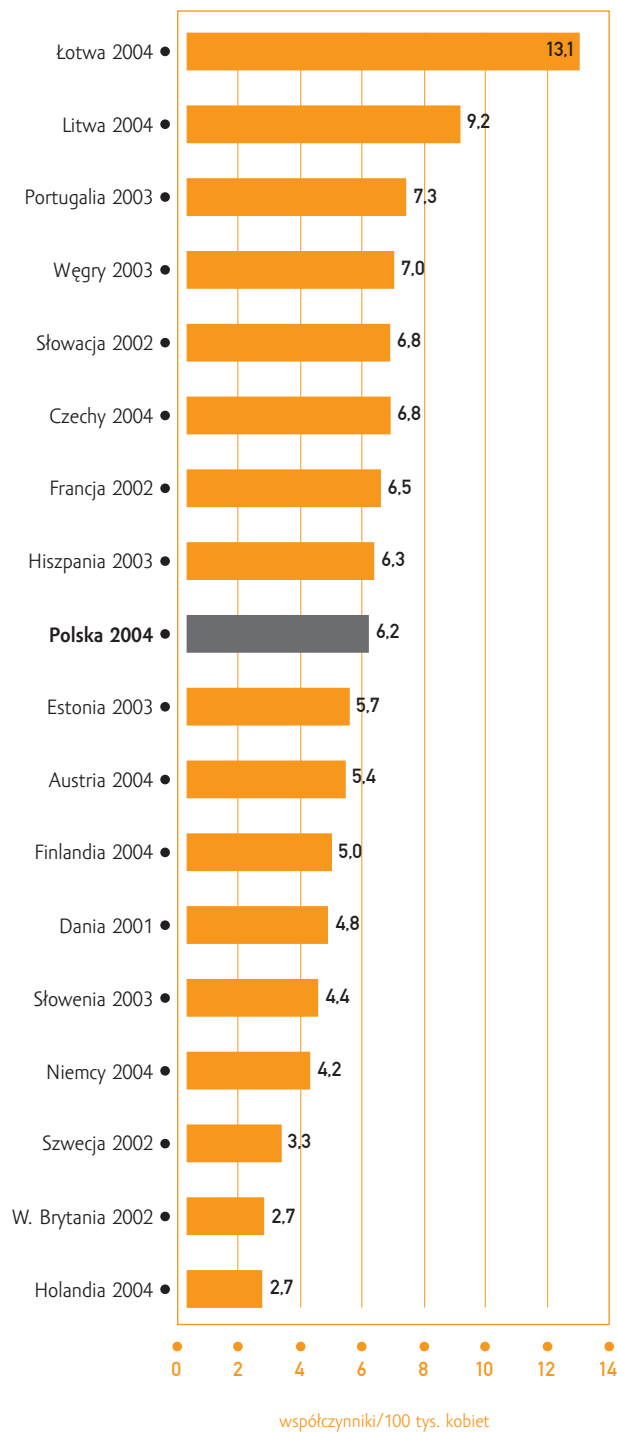
Wykres 14. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu raka szyjki macicy w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



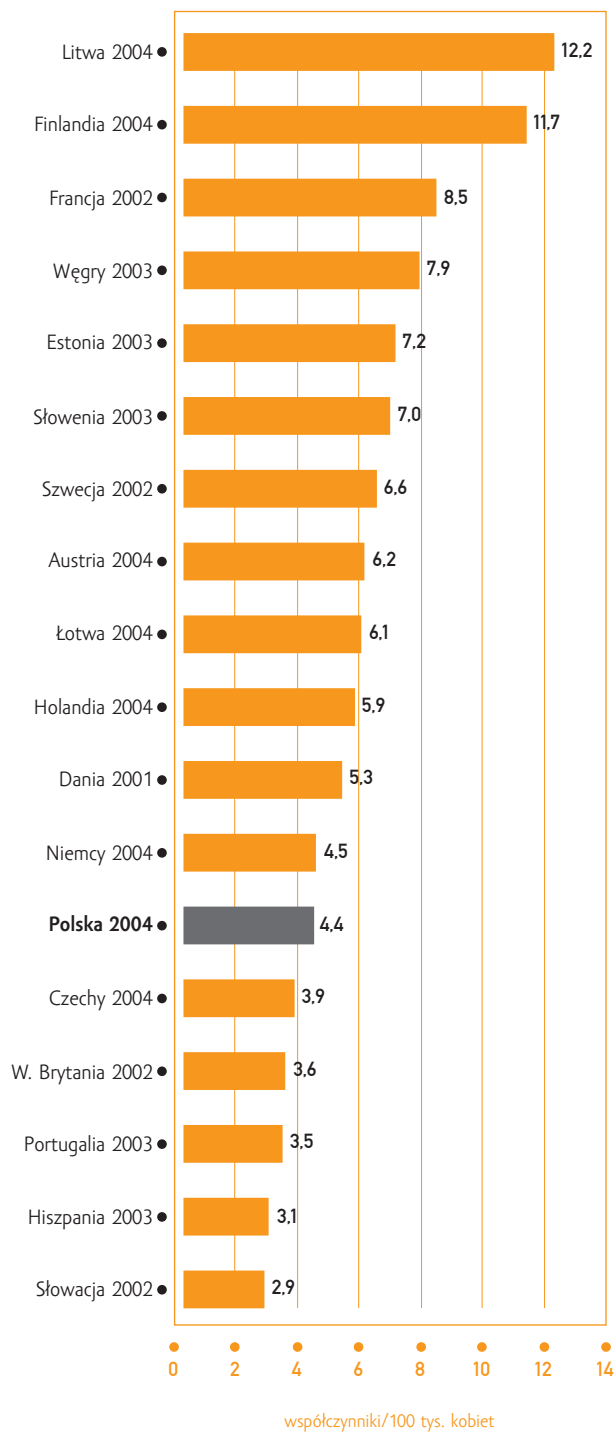
Wykres 15. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn zewnętrznych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



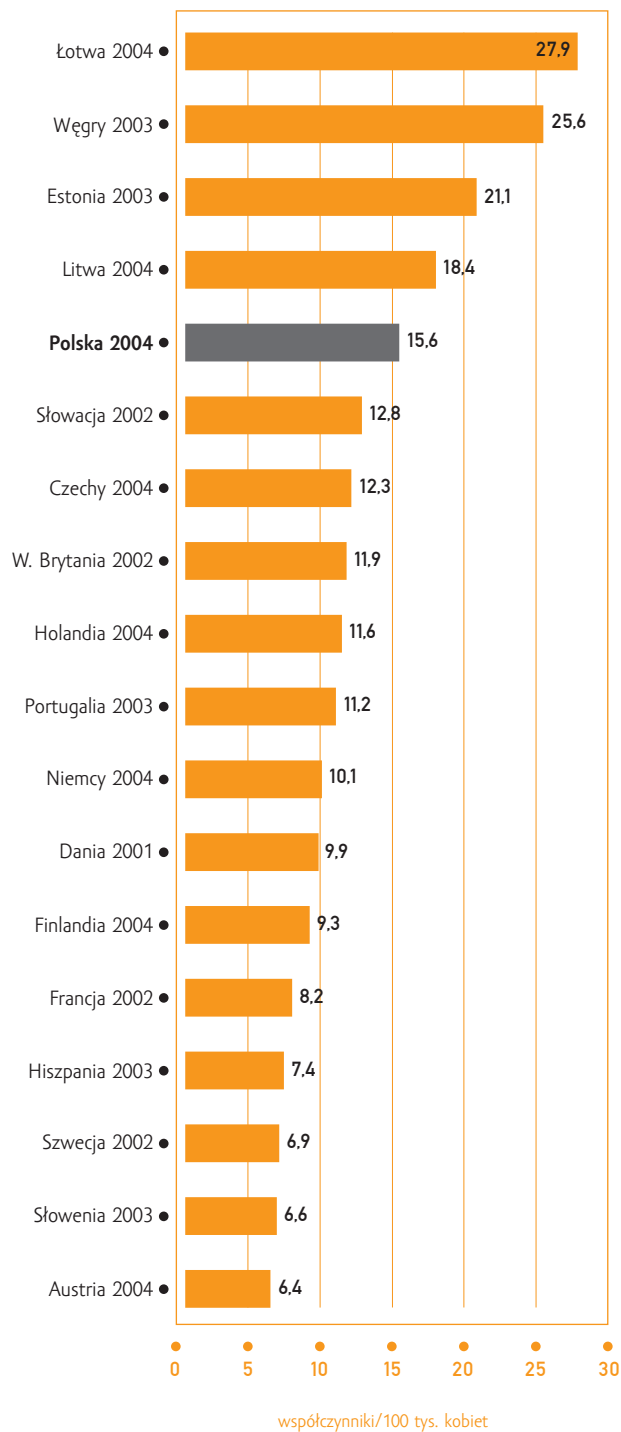
Wykres 16. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu wypadków komunikacyjnych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



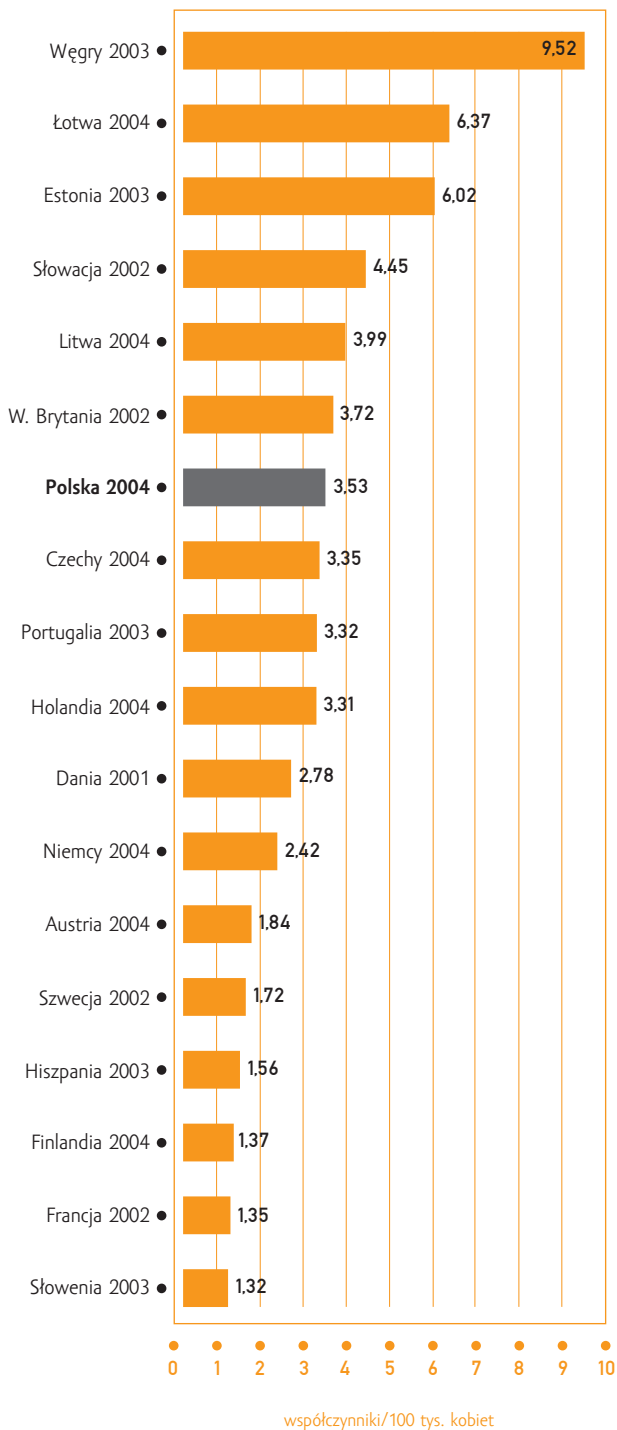
Wykres 17. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu samobójstw w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



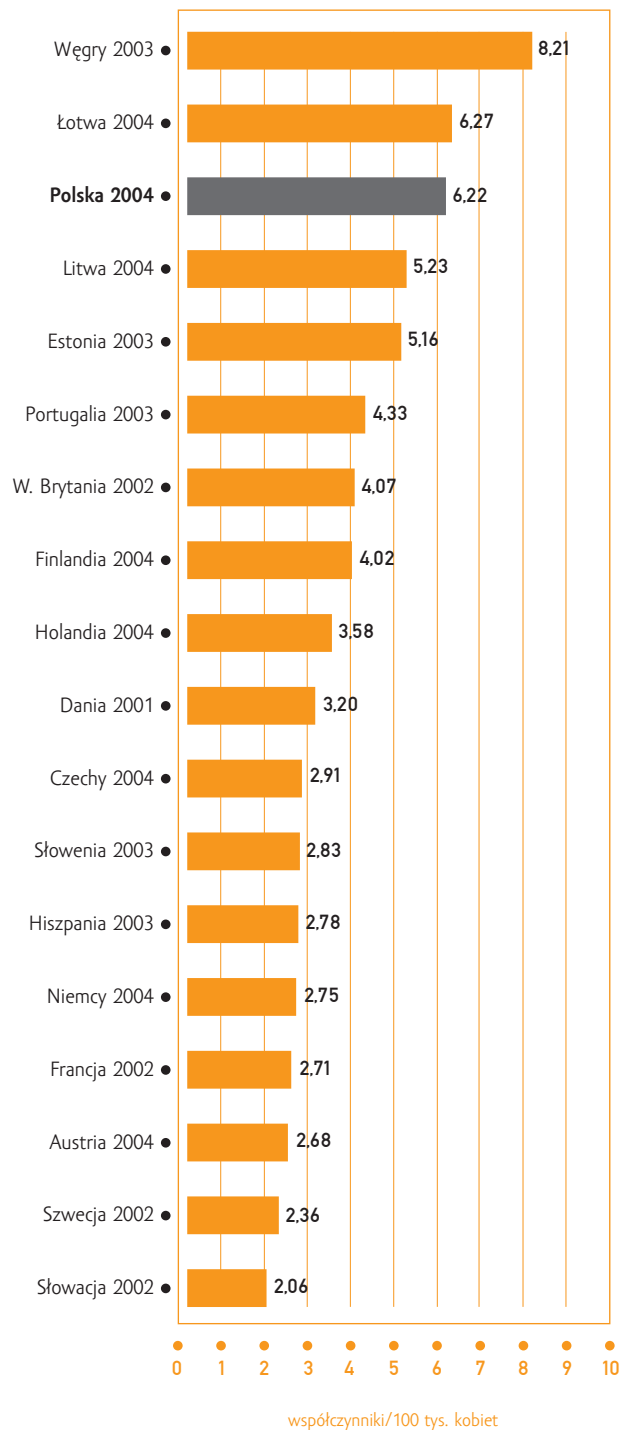
Wykres 18. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób układu krążenia w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



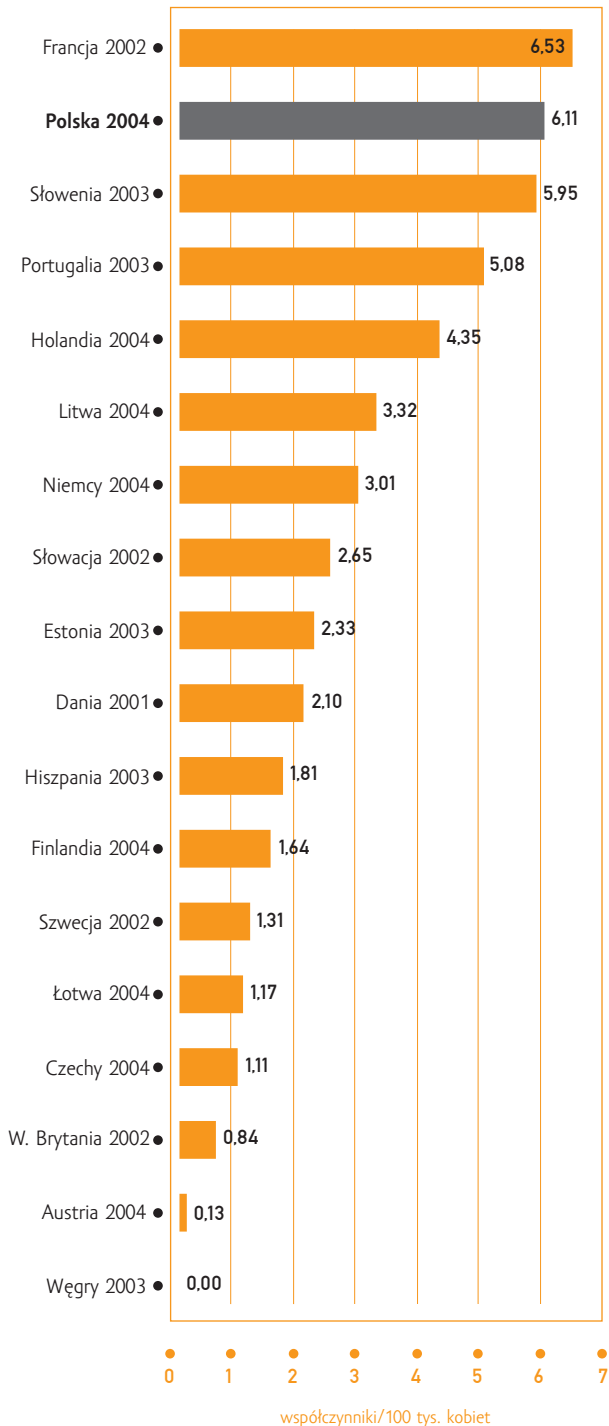
Wykres 19. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu choroby niedokrwiennej serca w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



Wykres 20. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób naczyń mózgowych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



Wykres 21. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn niedokładnie określonych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok



PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1) Zmniejszająca się w Polsce systematycznie po roku 1991 umieralność kobiet w wieku reprodukcyjnym jest zjawiskiem pomyślnym, jednak jej poziom wciąż jest wyższy niż w większości krajów UE. Niezbędne jest dołożenie starań w celu przyspieszenia tempa poprawy sytuacji w naszym kraju w tym zakresie, mając na uwadze większe zagrożenie życia kobiet w miastach niż na wsi oraz występowanie silnego gradientu społecznego w zagrożeniu życia kobiet i zróżnicowania regionalnego.

2) Obniżenie umieralności kobiet wymaga bardziej skutecznej walki z chorobami nowotworowymi, które są główną przyczyną ich zgonów. Niezwykle palącym problemem jest zmniejszenie umieralności z powodu raka szyjki macicy, który zagraża życiu kobiet w wieku reprodukcyjnym w Polsce w stopniu wyjątkowym w porównaniu z mieszkankami innych krajów UE.

3) Choroby układu krążenia wyraźnie zmniejszają swoje znaczenie jako przyczyna zgonów kobiet w wieku reprodukcyjnym w Polsce, ale dużym problemem na tle sytuacji w innych krajach UE jest wysoka w naszym kraju umieralność spowodowana chorobami naczyń mózgowych, a więc tej przyczyny zgonu, która w tym wieku jest uznawana za możliwą do uniknięcia.

4) Trochę zawstydzający jest bardzo wysoki w Polsce poziom zgonów kobiet w wieku reprodukcyjnym, którym przypisane są przyczyny niedokładnie określone. Świadczy on o wciąż niezadowolającej jakości danych o przyczynach zgonów, a jednocześnie oznacza, że częstość niektórych innych przyczyn zgonów jest w pewnym stopniu zaniżona. Dotyczy to szczególnie województw łódzkiego i lubelskiego. Niezbędne jest lepsze szkolenie już pracujących i przyszłych lekarzy w celu poprawy jakości zbieranych danych tak bardzo ważnych dla właściwej oceny stanu zdrowia ludności Polski i jej potrzeb zdrowotnych.

Piśmiennictwo

Przedstawione w tym rozdziale współczynniki umieralności są obliczeniami autorskimi na podstawie udostępnionej Państwowemu Zakładowi Higieny przez Główny Urząd Statystyczny bazy indywidualnych danych o zgonach ludności Polski, a w przypadku innych krajów europejskich na podstawie bazy danych o zgonach przygotowywanej przez Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Genewie.

2. SYTUACJA ZDROWOTNA KOBIET W WIEKU 15–49 LAT NA PODSTAWIE DANYCH O HOSPITALIZACJI

Paweł Goryński

WSTĘP

Informacje o przyczynach i częstości hospitalizacji są, niezależnie od swojego znaczenia dla potrzeb administracyjnych, jednym z ważniejszych elementów wykorzystywanych w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. Dane o hospitalizowanych przypadkach są zbierane w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, a ich przetwarzanie i analiza prowadzone są w Państwowym Zakładzie Higieny [Wojtyński B., Goryński P., Chańska M., Seroka W., 2000]. Podstawowym dokumentem systemu jest karta statystyczna Mz/Szp-11. Do 1999 r. włącznie badaniem objęta była 10% losowa próba osób leczonych, wypisanych lub zmarłych we wszystkich szpitalach podległych Ministerstwu Zdrowia oraz w szpitalach kolejowych, z wyjątkiem leczonych w szpitalach lub na oddziałach psychiatrycznych, którzy są objęci odrębnym badaniem. Od 2000 r. badanie chorobowości hospitalizowanej ma charakter pełny i obejmuje wszystkich pacjentów leczonych w szpitalach. Mimo że liczba rekordów w bazie danych zbliża się do 6 mln, wciąż istnieją województwa, w których w badaniu uczestniczy tylko 60% szpitali. Dlatego dane ogólnopolskie szacowane są z tych województw, w których uczestnictwo szpitali w badaniu przekracza 85%. Przedstawione ostatnie dostępne dane ogólnopolskie dla lat 2003 i 2004 pochodzą z 10 województw w 2003 r. i 11 województw w 2004 r. Ogólnopolskie liczby hospitalizacji były szacowane, biorąc pod uwagę liczbę ludności w województwach, z których brakowało danych [http://www.medstat.waw.pl]. W opracowaniu przepro-

wadzono też porównania międzynarodowe częstości hospitalizacji kobiet w wieku 15–49 lat w wybranych krajach Europy. W tym celu wykorzystano dane pochodzące z bazy danych Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze¹.

HOSPITALIZACJA KOBIET W WIEKU 15–49 LAT OGÓŁEM

W roku 2003 w Polsce hospitalizowano ogółem ponad 1,5 mln kobiet w wieku 15–49 lat, co stanowiło ponad 1,5 tys. na 10 tys. kobiet w tej grupie wieku. Najczęściej hospitalizowane były kobiety w wieku 25–29 lat (2130 na 10 tys.), co – jak wykażą dalsze analizy – wiąże się głównie z pobytem w szpitalu w związku z ciążą i porodem.

Współczynniki hospitalizacji kobiet miejskich były wyższe w grupach wieku 15–19 oraz 30–49 lat zarówno w 2003 r., jak i w 2004 r., natomiast w wieku od 20 do 29 lat częściej w szpitalu przebywały kobiety wiejskie. Porównując współczynniki hospitalizacji według przyczyn kobiet zamieszkałych w mieście i na wsi, stwierdzono ponadto, że były one wyższe u kobiet wiejskich dla przyczyn hospitalizacji związanych z ciążą.

STRUKTURA PRZYCYN HOSPITALIZACJI KOBIET W POLSCE

Struktura przyczyn hospitalizacji kobiet w wieku 15–49 lat wskazuje, że największy odsetek stanowią przyczyny związane z ciążą i porodem (36,6%, wyk. 1). W 2004 r. udział tych pobytów w całości hospitalizacji wzrósł nieznacznie do 38%. Należy podkreślić,

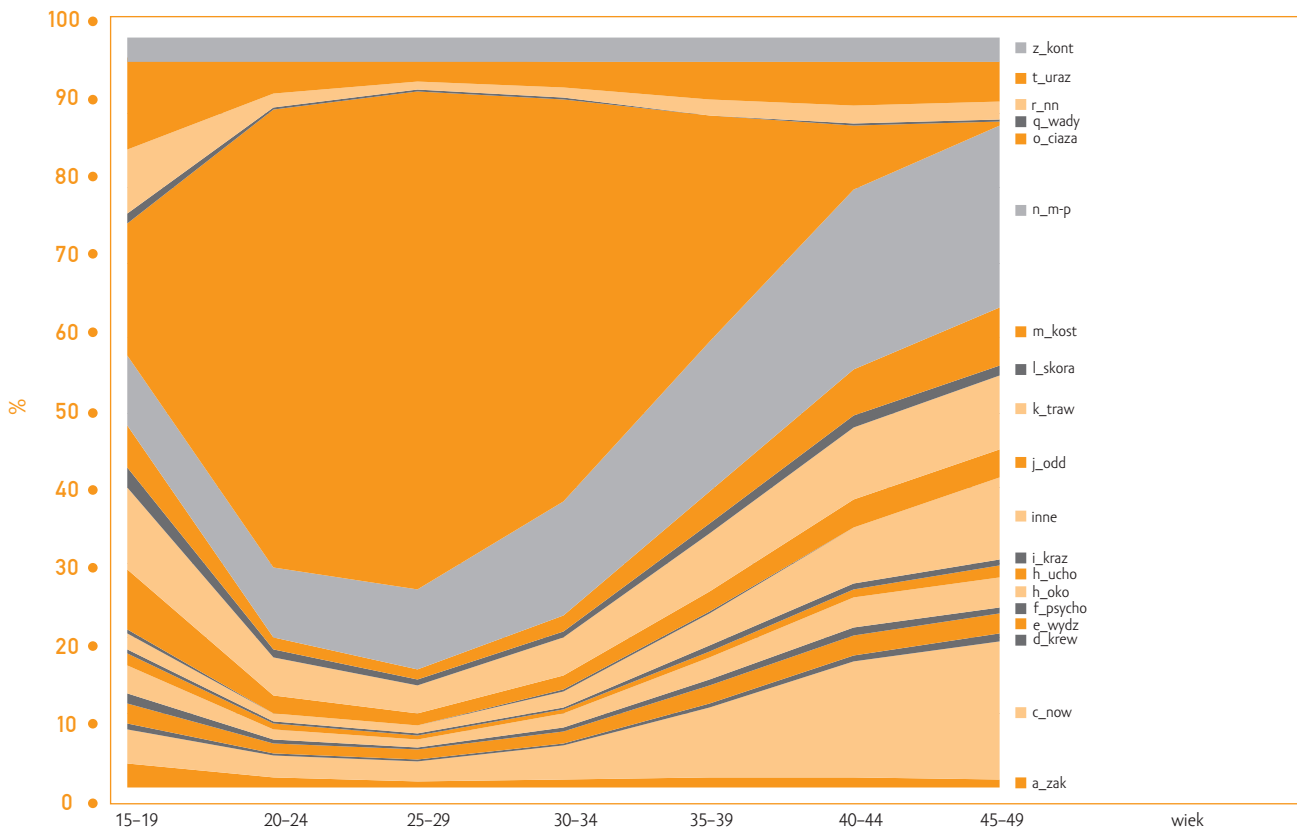
Tabela 1. Liczby i współczynniki (na 10 tys. ludności) kobiet hospitalizowanych w Polsce w latach 2003 i 2004

Wiek	Współczynnik		Liczba	
	2003	2004	2003	2004
15–19	1 087,8	1 130,1	168 545	168 092
20–24	1 685,1	1 645,3	267 802	265 886
25–29	2 130,8	2 184,6	312 101	326 570
30–34	1 642,3	1 720,0	205 531	222 231
35–39	1 258,3	1 315,4	149 453	154 473
40–44	1 266,5	1 261,6	174 944	166 460
45–49	1 665,5	1 616,4	263 773	254 380
Razem	1 541,0	1 564,7	1 542 149	1 558 091

Źródło: Obliczenia własne autora na podstawie udostępnionej Państwowemu Zakładowi Higieny przez Główny Urząd Statystyczny bazy indywidualnych danych o zgonach ludności Polski, a w przypadku innych krajów europejskich na podstawie bazy danych o zgonach przygotowanej przez Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Genewie – dotyczy tabeli i wszystkich wykresów.

¹ Baza danych, którą do tego celu wykorzystano, jest zbiorem testowym uzyskanym dzięki uprzejmości dr. R. Prohorska, eksperta Health Information and Evidence unit WHO.

Wykres 1. Struktura hospitalizowanych kobiet według rozpoznań i wieku w 2004 r.



że struktura przyczyn hospitalizacji jest stabilna i odsetki przyczyn hospitalizacji są bardzo podobne w obu analizowanych latach.

Średnia długość pobytu w szpitalu wahała się od ponad 16 dni dla chorób psychicznych do 3 dni dla chorób układu moczowo-płciowego. Należy stwierdzić, że w 2004 r. długość pobytu w szpitalu uległa nieznacznemu skróceniu dla wszystkich grup chorób. Zwraca uwagę długi pobyt w szpitalu leczonych z powodu chorób psychicznych. Natomiast najczęstsze dla tej grupy wieku pobytu w szpitalu związane z ciążą i porodem trwały średnio 5 dni.

PORÓWNIANIA MIĘDZYNARODOWE HOSPITALIZACJI Kobiet

Jak zaznaczono na wstępie, dane porównawcze z innych krajów Europy zaczerpnięto z bazy danych WHO dotyczącej chorobowości hospitalizowanej w Europie. Zgodnie z wykresem 2, współczynniki hospitalizacji z wiekiem we wszystkich prawie porównywanych krajach mają przebieg podobny i są najwyższe w przedziale 25–29 lat. Od tej obserwowanej prawidłowości odbiegają dane pochodzące z Chorwacji i Cypru.

Jak wynika z wykresu 3, długość pobytu kobiet polskich w szpitalu należy do najkrótszych i jest w mniejszym stopniu zależna od wieku niż w krajach porównywanych.

We wszystkich prawie krajach w poszczególnych grupach wieku hospitalizuje się z powodu przyczyn związanych z porodem podobne liczby kobiet na 1000 w danej grupie wieku. Nieco inaczej przedstawia się rozkład hospitalizacji z tej przyczyny w Chorwacji i na Cyprze, co może się wiązać z częstszymi porodami kobiet poza szpitalem. Ponadto zwraca uwagę przesunięcie problemów związanych z porodem na wcześniejsze grupy wieku na Łotwie i Litwie, a na późniejsze grupy wieku w Finlandii. Długość pobytu w szpitalu kobiet hospitalizowanych z przyczyn związanych z porodem była zbliżona we wszystkich krajach, z wyjątkiem Cypru i Chorwacji, gdzie w najstarszej grupie wieku średni pobyt sięga 16 dni, co nasuwa podejrzenie błędu w bazie danych. Z drugiej strony, biorąc pod uwagę bardzo niskie współczynniki hospitalizacji z tej przyczyny w obu tych krajach (wyk. 3), można przypuszczać, że hospitalizowane są w nich jedynie ciężkie przypadki.

Choroby układu moczowo-płciowego stanowią drugą pod względem częstości przyczynę hospitalizacji kobiet w wieku rozrodczym. Niestety, kobiety polskie są szczególnie często hospitalizowane z tego powodu i częstość hospitalizacji na 1000 kobiet wzrasta systematycznie z wiekiem od 10 na 1000 w wieku 15–19 lat do 38 na 1000 w grupie najstarszej. Jest to największa częstość hospitalizacji w grupie porównywanych krajów. W podobnie niekorzystnej sytuacji znajdują się kobiety z Czech i Litwy.

Częstość hospitalizacji z powodu nowotworów sutka wzrasta wyraźnie po 25 roku życia, jednak różnie w poszczególnych krajach i Polska znalazła się na trzecim, niekorzystnym miejscu po Austrii i Chorwacji jeśli chodzi o kobiety w wieku 45–49 lat. Drugim ważnym powodem hospitalizacji z punktu widzenia zdrowia kobiet w wieku rozrodczym jest rak szyjki macicy (wyk. 5). Sytuacja kobiet polskich w tym zakresie jest niekorzystna, gdyż więcej niż w Polsce hospitalizuje się z tej przyczyny tylko na Litwie i Łotwie.

PODSUMOWANIE

Grupa kobiet w wieku rozrodczym ma swoją specyfikę w obszarze chorobowości hospitalizowanej. Dominują w tej grupie problemy związane z porodem i położeniem, stanowiące główne przyczyny hospitalizacji. Na drugim miejscu plasują się choroby układu moczowo-płciowego i nowotwory, spośród których najważniejsze to rak sutka i szyjki macicy. W porównaniach międzynarodowych hospitalizacja kobiet polskich nie odbiega zasadniczo od hospitalizacji w innych krajach zarówno w zakresie współczynników, jak i długości pobytu w szpitalu. Pewien niepokój budzi pozycja Polski w zakresie nowotworów szyjki macicy i raka sutka.

Piśmiennictwo

Wojtyński B., Goryński P., Chańska M., Seroka W., Ogólnopolskie badanie chorobowości szpitalnej ogólnej. System informatyczny z wykorzystaniem Internetu, „Zdrowie Publiczne”, 2000, CX, 12, s. 413–147.

Informacje o badaniu i tabele wynikowe na stronie internetowej <http://www.medstat.waw.pl/>



Sławomir Majewski, Beata Młynarczyk

3. CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

Zakażenia przenoszone drogą płciową (sexually transmitted infections, STI) są ważnym czynnikiem wpływającym na zdrowie osób w wieku reprodukcyjnym. Mogą prowadzić do bezpłodności, poronień, ciężkich zakażeń płodu i noworodka, ciąży pozamacicznych, a także sprzyjać rozwojowi nowotworów złośliwych-raka szyjki macicy, sromu, prącia i odbytu. Ponadto wykazano, że choroby przenoszone drogą płciową powodują występowanie owrzodzeń i/lub stanu zapalnego błon śluzowych okolicy genitalnej oraz miejscowe zwiększenie liczby limfocytów T CD4+, zwiększając prawdopodobieństwo zakażenia HIV drogą kontaktów seksualnych i wertykalną.

Do najczęstszych chorób przenoszonych drogą płciową występujących w Polsce należą kolejno: zakażenia genitalnymi typami ludzkich wirusów brodawczaka (Human papilloma virus, HPV), opryszczka narządów płciowych, nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej (Non-gonorrhoeal urethritis, NGU), rzeżączka, kiła oraz zakażenie HIV (omówione w innym rozdziale).

Niekorzystny wpływ chorób przenoszonych drogą płciową na prokreację jest wielokierunkowy. Do najważniejszych mechanizmów można zaliczyć:

1) Ograniczenie liczby kontaktów seksualnych, a niekiedy nawet ich całkowite zaniechanie przez osoby chore ze względu na obecność przykrych i niepokojących objawów w okolicy narządów płciowych oraz obawę przed zakażeniem partnera/partnerki. Przykładem takiej sytuacji może być zakażenie genitalnym wirusem opryszczki (HSV). U 40–60% chorych z opryszczką w okolicach narządów płciowych nawroty zmian skórnych pojawiają się w ciągu kilku pierwszych lat od zakażenia pierwotnego, a u około 20% występują częściej niż sześć razy w roku. W trakcie nawrotu opryszczki – trwającego przeciętnie około 5 dni – kontakty seksualne zwykle nie są możliwe ze względu na objawy bólowe. Ponadto w okresie występowania objawów prawdopodobieństwo zakażenia partnera jest wysokie. Ryzyko przeniesienia infekcji na partnera istnieje również w okresach bezobjawowych, dlatego zalecane są kontakty w zabezpieczeniu, co również nie sprzyja prokreacji.

2) Uszkodzenie dróg rodnych przez czynniki zakaźne mogące prowadzić do bezpłodności lub ograniczenia płodności. Powikłaniem rzeżączki i nierzeżączkowego zapalenia cewki moczowej (NGU) u kobiet może być choroba zapalna narządów miednicy

(PID). PID może prowadzić do bezpłodności, ciężkich pozamacicznych (które mogą być przyczyną zgonu) i przewlekłych objawów bólowych w obrębie miednicy mniejszej. U mężczyzn powikłaniem zapalenia cewki moczowej jest zapalenie najądrza, które również może mieć niekorzystny wpływ na płodność.

3) Zmiany przednowotworowe i rak szyjki macicy powodowane przez zakażenie onkogennymi typami HPV zwykle wymagają leczenia zabiegowego. Niekorzystny wpływ na zdolność do prokreacji wykazano nawet w przypadku leczenia zmian przednowotworowych – śród nabłonkowej neoplazji szyjki macicy (Cervical intraepithelial neoplasia, CIN 3) za pomocą elektrokoagulacji. Bardziej radykalne zabiegi w jeszcze większym stopniu ograniczają płodność.

4) Pogorszenie ogólnego stanu zdrowia związane np. z chorobami przenoszonymi drogą płciową o rozsiały lub uogólniony przebieg, ze zmianami narządowymi w kiele późnej może mieć wpływ na częstość kontaktów seksualnych, zdolność do donoszenia ciąży itp.

5) Zwiększenie śmiertelności kobiet w wieku rozrodczym. Ważnymi przyczynami zgonów kobiet w wieku reprodukcyjnym są ciężkie pozamaciczne – związane z PID, a także powodowane przez HPV rak szyjki macicy.

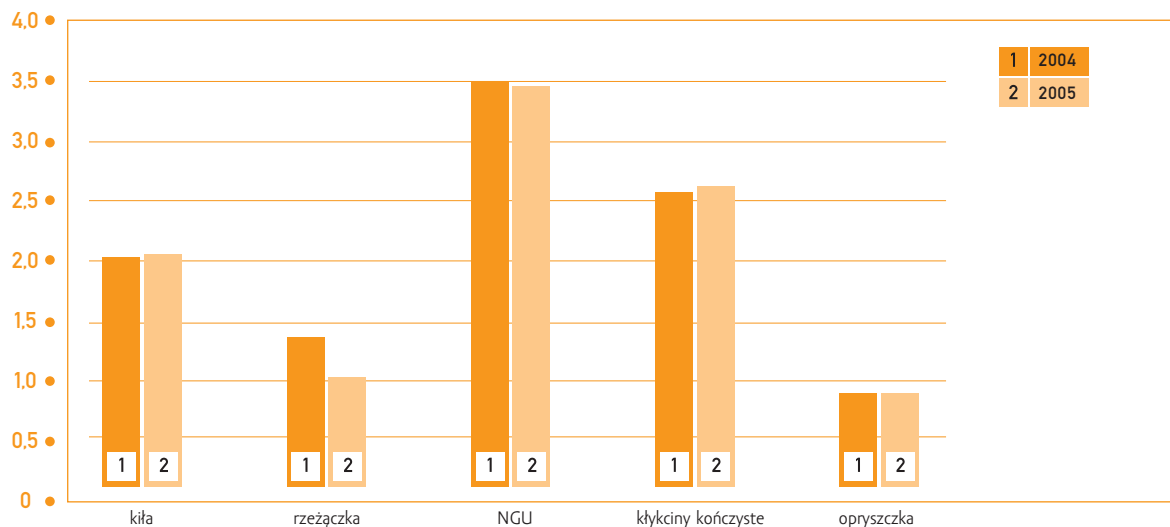
6) Większość chorób przenoszonych drogą płciową może przenosić się na płód lub noworodka wewnątrzmacicznie, okołoporodowo lub po porodzie. Zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową u kobiety w ciąży może prowadzić do poronienia, wad wrodzonych płodu lub do zakażenia noworodka, często o ciężkim przebiegu.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA DOTYCZĄCA CHOROBY PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ W POLSCE

W roku 2005 w Polsce zgłoszono 809 zachorowań na kiłę (współczynnik zapadalności 2, 12/100 tys. ludności), z czego 597 przypadków stanowiła kiłę wczesną. Zgłoszona liczba przypadków kiły była o 3% wyższa niż w 2004 r. Kiłę wrodzoną stwierdzono w 8 przypadkach w 2005 r. i w 19 przypadkach w 2004 r. Kiłę podczas ciąży lub porodu rozpoznano u 70 kobiet w 2005 r. i u 55 kobiet w 2004 r.

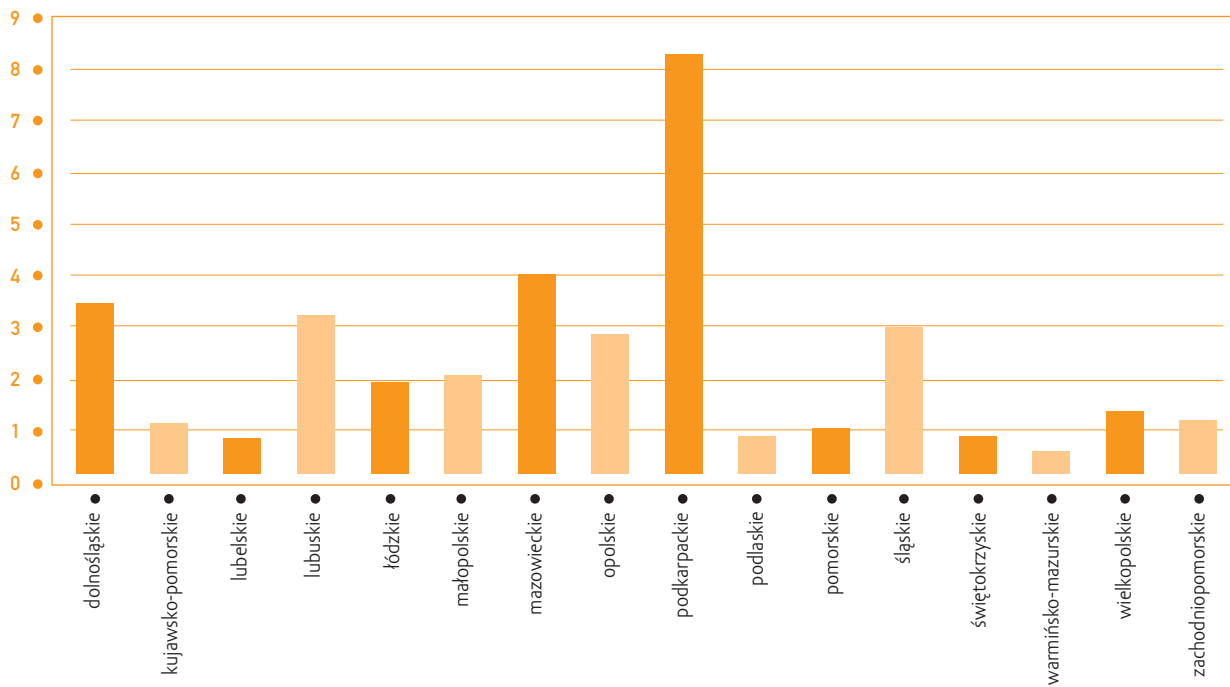
Liczba zgłoszonych przypadków rzeżączki w 2005 r. wynosiła 402 (zapadalność 1,05/100 tys. osób) – o 118 mniej niż w 2004 r.

Wykres 1. Zapadalność na choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w latach 2003–2004

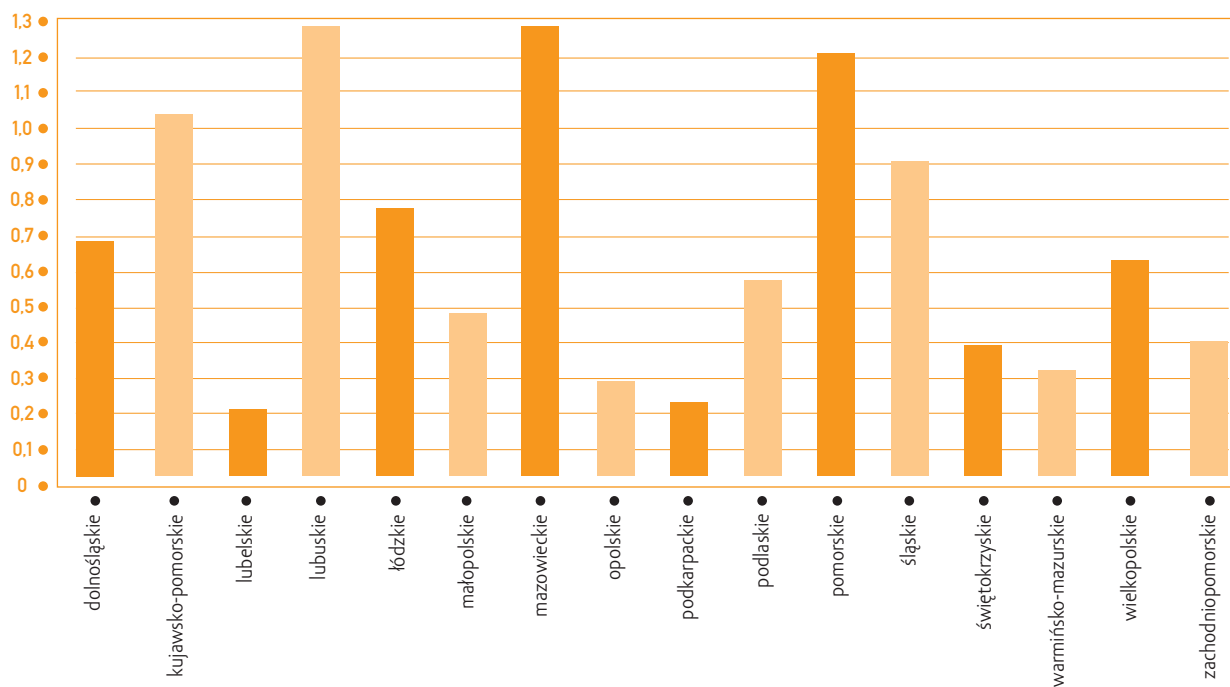


Źródło: „Przegląd Dermatologiczny”, 2006, 60, s. 533–540 – dotyczy wszystkich wykresów.

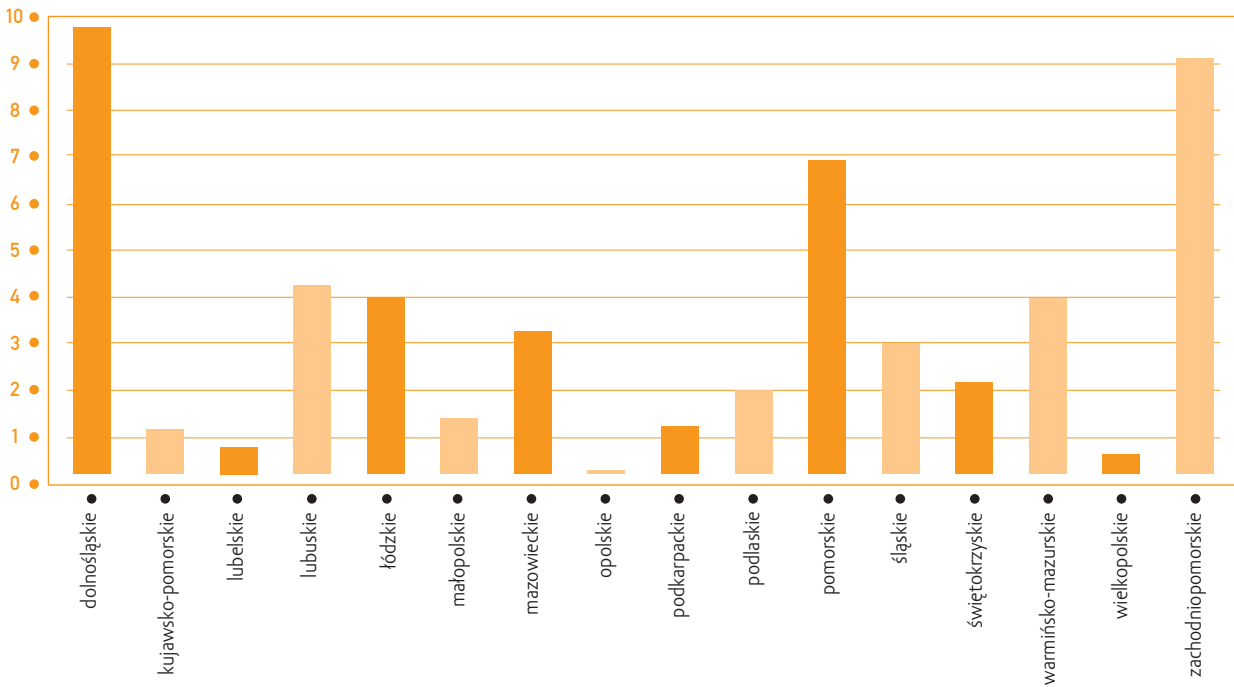
Wykres 2. Zachorowalność na kiłę w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)



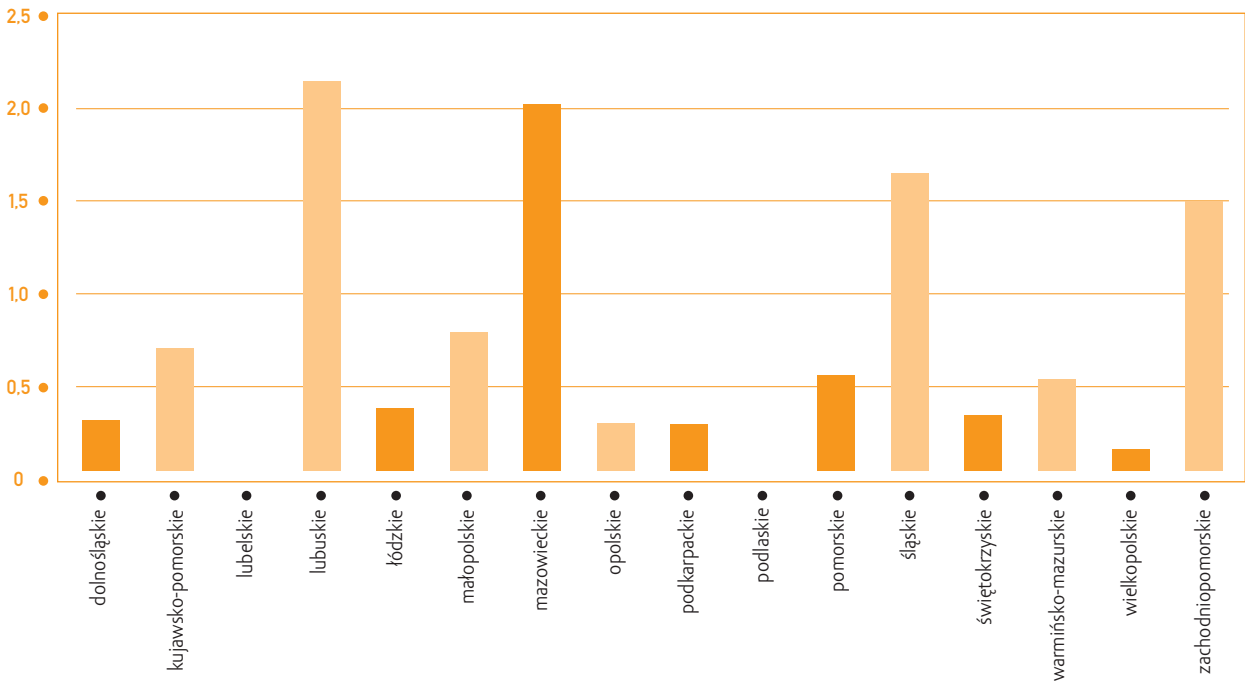
Wykres 3. Zachorowalność na rzeżączkę w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)



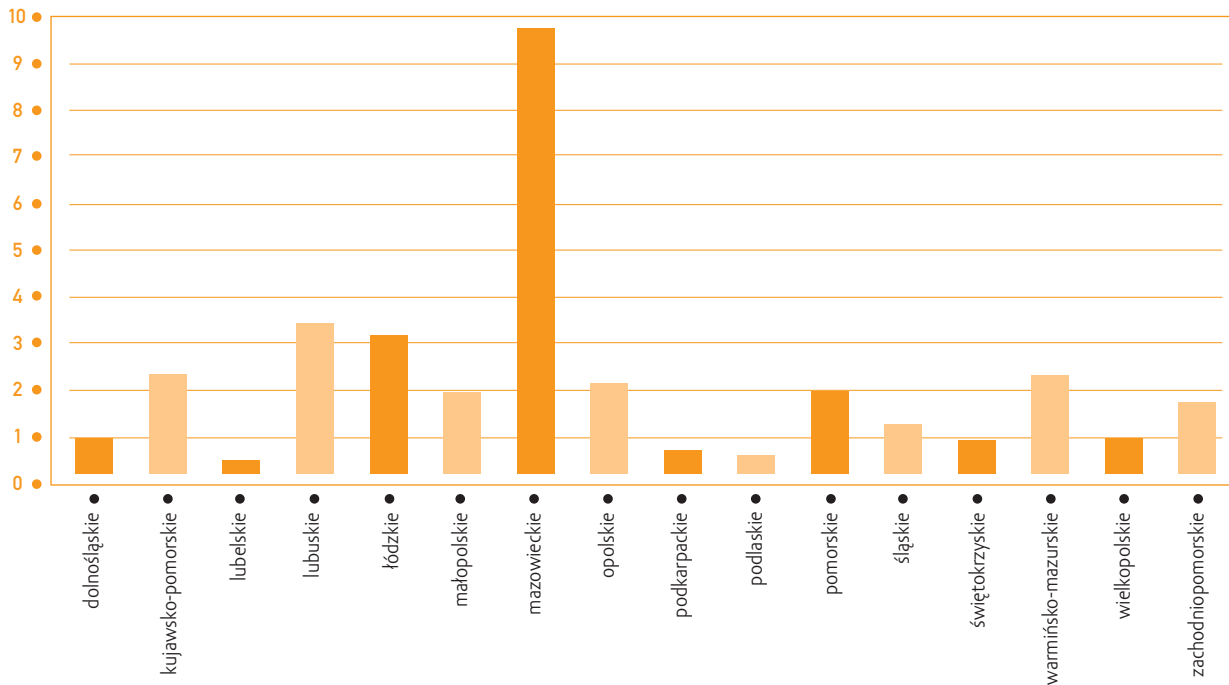
Wykres 4. Zachorowalność na NGU w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)



Wykres 5. Zachorowalność na opryszczkę narządów płciowych w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)



Wykres 6. Zachorowalność na kłykciny kończyste w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)



NGU stwierdzono i zgłoszono u 1321 osób (wskaźnik zapadalności/100 tys. ludności 3,46) w 2005 r. – o 20 przypadków mniej niż w roku poprzednim.

W roku 2005 zarejestrowano 1052 zachorowań na kłykciny kończyste (zapadalność 2,76/100 tys. osób) i 326 na opryszczkę (wskaźnik zapadalności 0,85), a w 2004 r. odpowiednio 1034 i 329.

Wskaźniki zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w latach 2004–2005 przedstawiono na wykresie 1.

Najwyższe współczynniki zapadalności na kiłę wczesną, rzeżączkę i kłykciny kończyste stwierdzono w województwie mazowieckim, na kiłę późną – w województwie lubuskim, na opryszczkę – w mazowieckim i lubuskim, a na NGU – w dolnośląskim i zachodniopomorskim.

Faktyczna liczba przypadków chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce nie jest znana i prawdopodobnie znacznie przewyższa liczbę zgłoszonych zachorowań. Jest to związane zarówno z brakiem sprawnie działającego systemu zgłoszeń chorób przenoszonych drogą płciową (liczne przypadki leczone i niezgłaszane), jak i z brakiem wystarczającej diagnostyki przesiewowej pozwalającej na wykrycie zakażeń bezobjawowych.

W dalszym ciągu spada liczba badań serologicznych w kierunku kiły. Badania wykonane w 2005 r. stanowią zaledwie 15% wyko-

nanych 10 lat wcześniej. Kiła jest stwierdzana u podobnej liczby kobiet w ciąży, co w latach, gdy w Polsce było dwa razy więcej porodów. Przesiewowe badania serologiczne w kierunku kiły ograniczone są do kobiet w ciąży i krwiodawców.

W przypadku takich chorób, jak zapalenie cewki moczowej, opryszczka czy kłykciny kończyste, obliczone na podstawie zgłoszeń wskaźniki zachorowalności prawdopodobnie jeszcze słabiej odzwierciedlają rzeczywistą sytuację. Przeprowadzane w ostatnich latach badania seroepidemiologiczne wykazały zakażenie HSV 2 u 9,7% kobiet w Polsce. Nawet biorąc pod uwagę, że większość przypadków przebiegała całkowicie bezobjawowo, wskazuje to na znacznie wyższą zachorowalność niż podana w raporcie. Podobnie, objawy zakażenia HPV występują według szacunkowych danych u około 1% światowej populacji. Odsetek osób zakażonych HPV w Polsce jest prawdopodobnie zbliżony do ogólnoswiatowego, co również sugeruje wyższą zachorowalność niż wynikająca ze zgłoszeń.

Wielu lekarzy, szczególnie z prywatnych praktyk, nie zgłasza leczonych przypadków chorób przenoszonych drogą płciową. Większość leczonych pacjentów nie podaje danych personalnych swoich partnerów seksualnych i często nie informuje ich o konieczności leczenia. Wskaźniki leczenia profilaktycznego partnerów osób chorych na kiłę i rzeżączkę są od lat bardzo

niskie. Jednocześnie brakuje środków finansowych na utrzymanie sprawnie funkcjonującej sieci nadzoru epidemiologicznego, w tym centralnych rejestrów i kartotek. W ostatnich latach pogorszył się dostęp pacjentów z chorobami przenoszonymi drogą płciową do badań i leczenia.

Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 2001 r. nie gwarantuje bezpłatnej diagnostyki i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową w przypadku osób nieubezpieczonych i cudzoziemców. (Wcześniejsze zapisy prawne uwzględniały możliwość bezpłatnego leczenia tych grup). Ponadto w niektórych rejonach Polski nawet osoby ubezpieczone nie mają dostępu do placówek oferujących wystarczającą diagnostykę i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową w pobliżu swojego miejsca zamieszkania. Wszystkie powyższe czynniki opóźniają leczenie i sprzyjają rozprzestrzenianiu się chorób przenoszonych drogą płciową.

Poziom wiedzy na temat objawów oraz sposobów szerzenia się i zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową jest często niewystarczający, np. wielu pacjentów błędnie ocenia niektóre formy kontaktów seksualnych jako bezpieczne lub uważa, że brak objawów świadczy o braku zakażenia chorobą przenoszoną drogą płciową. Niekorzystny wpływ na sytuację epidemiologiczną ma również łatwy dostęp do usług seksualnych (agencje towarzyskie, prostytutka przydrożna itp.). Osoby oferujące takie usługi zazwyczaj są nieubezpieczone, co utrudnia im dostęp do opieki zdrowotnej i sprzyja rozprzestrzenianiu się chorób przenoszonych drogą płciową.

Znaczenie mogą mieć również wysokie wskaźniki zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową w graniczących z Polską krajach byłego Związku Radzieckiego (niektóre wskaźniki nawet do 100 razy wyższe niż w innych krajach europejskich).

Wśród najważniejszych problemów utrudniających poprawę sytuacji epidemiologicznej w Polsce należy wymienić:

- 1) Brak jednolitego programu profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce (finansowanego z budżetu).
- 2) Brak regulacji prawnych określających źródło finansowania badań przesiewowych wykrywających bezobjawowe choroby przenoszone drogą płciową w populacji, leczenia chorych nieubezpieczonych oraz działań edukacyjnych poprawiających stan wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową.
- 3) Jest to skutek z jednej strony, przeznaczenia na ten cel niewystarczających środków finansowych, z drugiej braku narzędzi prawnych pozwalających na egzekwowanie zgłaszania wykrytych chorób przenoszonych drogą płciową. Wszystkie te czynniki powodują, że obecną infrastrukturę należy uznać za niewystarczającą.

W roku 2006 powstał projekt nowej ustawy o chorobach zakaźnych, która w dużym stopniu stworzyłaby podstawy prawne do rozwiązania przedstawionych problemów.

Instytucjami, które powinny brać udział w tworzeniu strategii i polityki państwa dotyczącej zdrowia prokreacyjnego w kontekście chorób przenoszonych drogą płciową są:

- > Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową (dawny Instytut Wenerologii) wraz z uprzednio stworzoną ogólnokrajową siecią nadzoru epidemiologicznego,
- > odpowiedni departament resortu zdrowia,
- > Ministerstwo Edukacji Narodowej,
- > Krajowe Centrum ds. AIDS,
- > Kościół katolicki i ewentualnie inne organizacje religijne.

Propozycje działań, jakie należałoby podjąć w celu poprawy istniejącej sytuacji:

- 1) Odpowiednie podstawy prawne stworzyłaby nowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. Jej projekt jest w fazie opiniowania. Należy dołożyć wszelkich starań, aby został on przyjęty w obecnej formie, gdyż jest napisany w nowoczesny sposób, zapewniający skuteczną profilaktykę chorób przenoszonych drogą płciową. Zapisy tej ustawy gwarantują m.in. dostęp do lekarza specjalisty także pacjentom nieubezpieczonym. Leczenie jest obowiązkowe i bezpłatne. Ponadto w projekcie proponuje się skuteczne narzędzia zgłaszania i nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową. Niewątpliwie nowa ustawa przyczyni się do poprawy zdrowia polskiej populacji, a przede wszystkim zdrowia prokreacyjnego, pozwoli na uzyskanie wymiernych korzyści także w sferze ekonomicznej.
- 2) Ponowne wprowadzenie ogólnopolskiego programu profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową (z funduszy Ministerstwa Zdrowia).
- 3) Stworzenie skutecznie działającego elektronicznego systemu zgłaszania chorób przenoszonych drogą płciową pozwalającego na szybki dostęp do danych z terenu całej Polski. System umożliwiłby również coroczne monitorowanie takich wskaźników, jak kiła wrodzona, kiła w ciąży, inne choroby przenoszone drogą płciową w ciąży, zachorowalność na poszczególne choroby przenoszone drogą płciową w różnych grupach wiekowych i zależnie od płci.
- 4) Zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej poprzez reaktywację poradni skórno-wenerologicznych przynajmniej na poziomie 16 województw (optymalnie na poziomie dawnych 49 województw). Poradnie powinny mieć możliwość samodzielnego wykonywania podstawowej diagnostyki kiły i rzeżączki (konieczność zapewnienia odpowiedniego sprzętu – np. zwykły mikroskop świetlny, mikroskop z ciemnym polem widzenia oraz przeszkolenia lekarzy w zakresie diagnostyki i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową).

5) Szerokie działania edukacyjne skierowane przede wszystkim do młodzieży, osób w wieku reprodukcyjnym, w tym kobiet w ciąży, oraz do grup wiekowych, w których zgodnie z wynikami systemu monitorowania szczególnie często stwierdzana jest dana choroba przenoszona drogą płciową. Przygotowanie materiałów na temat chorób przenoszonych drogą płciową (np. ulotki, książki, plakaty, filmy, programy komputerowe), szkolenie nauczycieli.

KOMENTARZ

Ze względu na pogarszającą się sytuację epidemiczną w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, niewydolność obecnego systemu nadzoru, a przede wszystkim, na niedoskonałe zapisy obecnie obowiązującej ustawy o chorobach zakaźnych istnieje konieczność podjęcia nowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych mogących poprawić stan zdrowia prokreacyjnego w Polsce (w aspekcie chorób przenoszonych drogą płciową).

Piśmiennictwo

- Chodyncka B., Serwin A.B., Rudnicka I., Majewski S., European STD guidelines 2001, „Przegląd Dermatologiczny”, 2003, 90, s. 135–136.
- Dajek Z., Majewski S., Choroby przenoszone drogą płciową, w: Dermatologia w praktyce, red. M. Błaszczyk-Kostanecka, H. Wolska, PZWL, Warszawa 2005, s. 47–57.
- Jabłońska S., Majewski S., Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową, PZWL, Warszawa 2005.
- Majewski S., Pniewski T., Goyal-Stec M., Rola wirusów brodawczaka w rozwoju zmian łagodnych i złośliwych okolicy narządów płciowych, „Zakażenia”, 2005, 6, s. 58–62.
- Majewski S., Rudnicka I., Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2003 roku, „Przegląd Dermatologiczny”, 2005, 59, s. 363–370.
- Rudnicka I., Majewski S., Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2005 roku w świetle danych z 2004 roku, „Przegląd Epidemiologiczny”, 2006, 60, s. 533–540.

4. ZAKAŻENIA HIV/AIDS

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA HIV/AIDS

Pierwszy przypadek zakażenia HIV wykryty został w Polsce w 1985 r., natomiast zachorowanie na AIDS w 1986 r. **Od roku 1985 do końca listopada 2006 r. w Polsce odnotowano 10 492 zakażenia HIV. Szacunkowa liczba zakażeń HIV określana jest przez ekspertów na poziomie 20–30 tys.** Według danych skumulowanych do ponad 52% ogólnej liczby zakażeń doszło poprzez stosowanie narkotyków drogą dożylną. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby zakażeń inną drogą (73%), przez kontakty seksualne, szczególnie w grupie osób młodych.

Dane epidemiologiczne wskazują na relatywnie stabilną sytuację epidemiologiczną w Polsce, inaczej niż ma to miejsce w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Jak wskazuje UNGASS, biorąc pod uwagę szybko wzrastającą liczbę zakażeń HIV w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, istnieje potencjalne ryzyko gwałtownego rozprzestrzeniania się epidemii w regionie, co może mieć bezpośrednie przełożenie także na sytuację w Polsce.

POLITYKA PAŃSTWA W ZAKRESIE HIV/AIDS

Stopniowo dokonujący się postęp w tworzeniu stabilnej strategii państwa w walce z epidemią HIV/AIDS w ostatnich latach przejawia się głównie w:

- > utworzeniu specjalnej agencji ministra zdrowia, Krajowego Centrum ds. AIDS, której zadaniem jest zapewnienie właściwej realizacji polityki państwa w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS;
- > wytyczeniu polityki państwa na poziomie rządowym w wyniku przyjęcia do realizacji przez Radę Ministrów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS;
- > stworzeniu ogólnopolskiej sieci specjalistycznych ośrodków terapii antyretrowirusowej;
- > systematycznym wzroście nakładów finansowych przeznaczanych z budżetu państwa na leczenie antyretrowirusowe;
- > współpracy sektora rządowego z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego działającymi na polu walki z epidemią HIV/AIDS przez wsparcie merytoryczne i finansowe;
- > włączeniu władz lokalnych do realizacji strategii państwa w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS; powołaniu wojewódzkich koordynatorów odpowiedzialnych za wdrażanie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV/AIDS na poziomie lokalnym.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004–2006 jest strategicznym dokumentem określającym politykę państwa

w zakresie HIV/AIDS. Podstawę prawną wdrażania programu stanowi rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV z dnia 13 września 2005 r. (DzU nr 189, poz. 1590). Osoby zakażone HIV i chore na AIDS, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej, korzystają z różnych form pomocy społecznej na takich samych warunkach jak inni obywatele. Z analizy przeprowadzonej w 2004 r. przez TNS OBOP wynika, że do najważniejszych osiągnięć w realizacji ww. programu należy zaliczyć:

- 1) W zakresie sytuacji epidemiologicznej:
 - > stabilność sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zarówno zakażeń HIV, jak i zachorowań na AIDS, pomimo lawinowo rozprzestrzeniającej się epidemii w państwach za wschodnią granicą Polski;
 - > znaczący spadek zakażeń HIV drogą wertykalną w grupie dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV;
 - > eliminacja zakażeń HIV związanych z ekspozycją zawodową dzięki wprowadzeniu szerokiej profilaktyki z użyciem leków antyretrowirusowych;
 - > polepszenie wykrywalności zakażeń HIV wśród ogółu społeczeństwa.
- 2) W odniesieniu do osób żyjących z HIV, chorych na AIDS:
 - > spadek śmiertelności z powodu AIDS;
 - > systematyczna poprawa jakości życia osób żyjących z HIV i dotkniętych tym problemem.
- 3) W zakresie zapobiegania i profilaktyki HIV:
 - > systematyczne zwiększenie dostępności do dobrowolnych, anonimowych i bezpłatnych badań w kierunku HIV z zastosowaniem standardów gwarantujących wysoką jakość usług w tej dziedzinie, ze szczególnym uwzględnieniem poradnictwa okołotestowego;
 - > zwiększenie liczby osób podejmujących świadome decyzje o wykonaniu testu w kierunku HIV i skorzystaniu z poradnictwa;
 - > zwiększenie liczby certyfikowanych edukatorów w dziedzinie HIV/AIDS specjalizujących się w pracy z wybranymi środowiskami, np. ze szkołami, zakładami penitencjarnymi;
 - > poprawa efektywności kampanii medialnych dotyczących profilaktyki HIV/AIDS skutkująca systematycznym wzrostem świadomości problemu oraz zmniejszeniem zjawiska stygmatyzacji i dyskryminacji osób dotkniętych problemem HIV/AIDS;
 - > kontynuacja programów redukcji szkód skierowanych do osób używających środki psychoaktywne.

Pierwszy program obejmował lata 1996–1999, drugi – 1999–2003. Obecnie realizowana strategia państwa obejmuje lata 2004–2006.

REALIZACJA PROMOWANEJ PRZEZ KOMISJĘ EUROPEJSKĄ ZASADY TRZECH JEDNOŚCI (THREE ONES). KRAJOWE CENTRUM DS. AIDS

Krajowe Centrum ds. AIDS jako instytucja rządowa zaangażowana w szeroko pojętą walkę z epidemią HIV/AIDS koordynuje i monitoruje realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS. Centrum jest inicjatorem badań społecznych, stanowiących podstawę do formułowania priorytetów dalszych działań.

ANONIMOWE I BEZPŁATNE TESTOWANIE OPARTE NA ZASADZIE DOBROWOLNOŚCI

Pierwsze punkty testowania w kierunku HIV rozpoczęły w Polsce działalność w 1997 r., oferując możliwość anonimowego, bezpłatnego wykonania testu w kierunku HIV, połączonego z poradnictwem przed i po teście. Nienaruszalną zasadą obowiązującą w naszym kraju jest dobrowolność wykonywania testów. Wobec żadnej z grup społecznych nie stosuje się obowiązku wykonywania testów w kierunku HIV. Obecnie w każdym województwie funkcjonuje co najmniej jeden punkt testowania działający przy wsparciu merytorycznym i finansowym Krajowego Centrum ds. AIDS. Wszyscy pacjenci mają zapewnione profesjonalne poradnictwo przed i po badaniu. System zapewnia jakość usług zgodną z obowiązującymi w tym zakresie standardami międzynarodowymi, przy pełnym poszanowaniu praw człowieka. W przypadku wykrycia HIV osoba świadcząca poradnictwo okołotestowe informuje pacjenta o kontakcie prawnym i moralnym choroby. Prowadzone są prace mające na celu zwiększenie dostępności testowania, m.in. poprzez dalszy wzrost liczby punktów. Obecnie na terenie naszego kraju działa 17 takich punktów, w których w 2005 r. wykonano ponad 14 tys. testów i wykryto 136 zakażeń HIV.

PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD ORAZ TERAPIA SUBSTYTUCYJNA METADONEM

W naszym kraju liczba osób uzależnionych od narkotyków szacowana jest w przedziale 33–71 tys. Aby zapobiec szkodom społecznym i zdrowotnym związanym z dożywlnym stosowaniem narkotyków, a w szczególności rozprzestrzenianiu się HIV, w Polsce od 1991 r. prowadzone są programy wymiany igieł i strzykawek.

W roku 1996 programy redukcji szkód zostały zaakceptowane przez organy rządzące oraz przez organizacje społeczne i obecnie posiadają także odpowiednie umocowanie prawne. Od roku 1997 dostępna jest zastępcza terapia substytucyjna metadonem. Aktualnie prowadzonych jest równolegle 13 takich programów, w tym 3 w więzieniach, obejmujących około 850 osób.

LECZENIE ORAZ OPIEKA OFEROWANE OSOBOM ŻYJĄCYM Z HIV/AIDS

Osoby żyjące z HIV/AIDS mają dostęp do bezpłatnego, specjalistycznego leczenia antyretrowirusowego od roku 1996. W Polsce dostępne są wszystkie stosowane na świecie leki ARV i specjalistyczne metody diagnostyczne. Na dzień dzisiejszy terapią ARV objętych jest około 2700 osób, w tym ponad 100 dzieci. Do leczenia włączani są wszyscy pacjenci spełniający kryteria medyczne. Według danych WHO wskaźnik dostępności leków ARV pozostaje w naszym kraju na średnim europejskim poziomie i wynosi 77%. Bezpłatną terapią ARV i specjalistycznymi badaniami diagnostycznymi objęte są także osoby przebywające w zakładach penitencjarnych, osoby nieposiadające ubezpieczenia społecznego, osoby bezdomne itp.

Zarówno system profilaktyki zakażeń HIV, jak i leczenie AIDS są finansowane z budżetu państwa. Środki przeznaczone na te cele asygnuje głównie minister zdrowia. W roku 2005 na terapię antyretrowirusową minister zdrowia przeznaczył kwotę w wysokości 84 mln PLN (blisko 30 mln USD). Należy podkreślić, że część nakładów na profilaktykę pochodzi z budżetu Ministerstwa Edukacji i Sportu, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Obrony Narodowej oraz samorządów lokalnych. Jednakże wysokość tych środków jest zdecydowanie niższa w porównaniu z przeznaczanymi na ten cel z budżetu ministra zdrowia.

W Polsce kobiety zakażone HIV objęte są szczególną opieką zdrowotną. Standardem jest wykonywanie testów przesiewowych na obecność HPV i badań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy. Znaczącym sukcesem w podnoszeniu standardów zdrowia prokreacyjnego w naszym kraju jest obniżenie się wskaźnika zakażeń wertykalnych, który w grupie kobiet objętych profilaktyką wynosi poniżej 1%. W skali roku leki antyretrowirusowe otrzymuje około 120 kobiet ciężarnych zakażonych HIV i ich nowo urodzonych dzieci. Nakłady finansowe na ten cel wynoszą rocznie około 1,3 mln USD. W przypadku gdy kobieta zakażona HIV podjęła świadomą decyzję o zostaniu matką, w czasie ciąży pozostaje pod specjalistyczną opieką Instytutu Matki i Dziecka, standardem jest zapewnienie jej leków antyretrowirusowych jako profilaktyki zakażeń wertykalnych. Parom osób o mieszanym statusie serologicznym HIV pragnącym posiadać potomstwo na coraz szerszą skalę umożliwia się uczestniczenie w programie pilotażowym, w którym mogą one skorzystać ze sztucznego zapłodnienia metodą purified spermatozoa.

DZIAŁANIA SKIEROWANE BEZPOŚREDNIO DO KOBIEC

Działania profilaktyczne, których celem jest ograniczenie epidemii HIV/AIDS, kierowane są szczególnie do grupy kobiet aktywnych seksualnie, co spowodowane jest stale wzrastającą liczbą kobiet ulegających zakażeniu HIV. Szacuje się, że około 30% wśród ogółu zakażonych to kobiety.

Systematycznie rozszerzany jest zasięg działań profilaktycznych skierowanych do różnych środowisk i grup zawodowych. Szkolenia organizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS obejmują nie tylko zagadnienia z zakresu podstawowej wiedzy na temat HIV/AIDS, ale także problemy etyczne, prawne oraz szeroki kontekst społeczny epidemii. Systematycznie poszerzany jest zasięg odbiorców szkoleń. I tak, poza grupami nauczycieli, służbami mundurowymi, dziennikarzami i personelem medycznym, w ubiegłym roku szkoleniami objęto również lekarzy specjalistów medycyny pracy. Istotne z punktu widzenia profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV jest zarządzenie nr 21 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 maja 2006 r. w sprawie zatwierdzenia do realizacji Programu wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży. Program ten powstał z inicjatywy Krajowego Centrum ds. AIDS, a finansowany będzie ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia. Testy oferowane kobietom i wykonywane na zasadzie dobrowolności połączone będą z poradnictwem okołotestowym. Informacje o wynikach dodatnich przesyłane będą do Krajowego Centrum ds. AIDS.

WSPÓŁPRACA Z SEKTOREM POZARZĄDOWYM

Polska jest krajem posiadającym wieloletnią tradycję współpracy sektora rządowego z organizacjami pozarządowymi. Programy redukcji szkód obecne w Polsce od 1991 r. prowadzone są głównie przez organizacje pozarządowe w celu zapobiegania społecznym i zdrowotnym skutkom stosowania dożylnych środków psychoaktywnych.

Na szczególną uwagę zasługuje działalność następujących organizacji pozarządowych:

> **TADA** jest największą organizacją w Polsce, która działania swoje kieruje do osób sprzedających usługi seksualne, ich klientów i mniejszości seksualnych. Organizacja ta wykorzystuje niekonwencjonalne metody pracy i może się pochwalić wysoką efektywnością wdrażanych programów. Współpracuje z europejskimi sieciami organizacji: TAMPEP, UMBRELLA NETWORK i AMOC.

> **Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym** jest pionierem w realizacji programów redukcji szkód. Organizacja pomaga rozwiązywać problemy pacjentów związane z zatrudnieniem.

> **Spółeczny Komitet ds. AIDS** zajmuje się m.in. organizacją szkoleń dla lekarzy różnych specjalności, uczestniczy w realizacji programów w zakresie szeroko pojętego zdrowia prokreacyjnego.

> **Mały Książe** to organizacja zajmująca się matkami i dziećmi zakażonymi i dotkniętymi HIV/AIDS, oferując im szeroki zakres pomocy w sferze edukacji i opieki społecznej.

> **Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny** broni praw reprodukcyjnych kobiet poprzez informowanie o ich sytuacji oraz działania na ich rzecz mające na celu m.in. zwiększenie świadomości w zakresie dostępu do programów zdrowotnych i usług w sferze zdrowia prokreacyjnego, dostępu do bezpiecznych i **legalnych zabiegów przerywania ciąży, promowanie edukacji seksualnej.**

> **La Strada** jest pozarządową organizacją kobiecą zajmującą się przeciwdziałaniem i walką z handlem kobietami w Polsce. Starania La Strady zmierzają do ukazania problemu handlu kobietami z punktu widzenia praw człowieka i uwrażliwienia na nie opinii publicznej. Organizacja zapewnia również wymianę wiedzy i doświadczeń oraz szeroką różnorodność szkoleń.

> **Towarzystwo Rozwoju Rodziny** oferuje edukację, szkolenia i poradnictwo. Zagadnienia związane z planowaniem rodziny wprowadza się poprzez edukację seksualną w szkołach, szkolenia dla edukatorów, poradnictwo w ośrodkach stowarzyszenia i w specjalistycznych przychodniach.

PROGRAMY SKIEROWANE DO OSÓB ŚWIADCZĄCYCH KOMERCYJNIE USŁUGI SEKSUALNE (SEX WORKERS)

Krajowy Program obejmuje m.in. działania skierowane do osób o wysokim poziomie ryzykownych zachowań, w tym do osób prostytuujących się. Działania te są prowadzone we współpracy z wyspecjalizowanymi w tym zakresie organizacjami pozarządowymi.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Polskie Przedstawicielstwo Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (United Nations Development Programme, UNDP) od 1995 r. realizuje Program ds. HIV i Rozwoju Społecznego. Głównym zadaniem tego programu jest współpraca z rządem Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie profilaktyki HIV i pomocy osobom dotkniętym skutkami epidemii.

Wspólne działania rozpoczęły się pracami nad pierwszym polskim narodowym programem zapobiegania zakażeniom HIV. Koordynator Programu ds. HIV i Rozwoju Społecznego aktywnie uczestniczył w poszukiwaniu najkorzystniejszych dla Polski rozwiązań i formułowaniu Krajowego programu zapobiegania zakażeniom HIV i opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 1996–1998. W programie wiodącą rolę w kreowaniu polityki w dziedzinie zapobiegania HIV i AIDS przypisano ministrowi zdrowia (wówczas ministrowi zdrowia i opieki społecznej). Z jego ramienia działa Krajowe Centrum ds. AIDS (do 2000 r. Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS).

Pierwsza umowa o współpracy Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju z ministrem zdrowia i opieki społecznej, działającym poprzez Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, została podpisana w 1996 r. Celem ogólnym projektu było wspieranie i promocja organizacji społecznych realizujących programy prewencyjne na szczeblu regionalnym i lokalnym.

Powodzenie prowadzonych działań dało podstawę do podpisania w 1997 r. drugiej umowy, stanowiącej platformę współpracy rządu polskiego i Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju w zakresie oddziaływania na społeczne i zdrowotne następstwa HIV/AIDS.

Stale rosnące zainteresowanie programami edukacyjnymi oraz potrzeba podtrzymywania współpracy z partnerami zagranicznymi były argumentami przemawiającymi za przedłużeniem projektu złożonego w 1997 r. na kolejne lata.

W roku 1999 został zaakceptowany Projekt współpracy Krajowego Biura Koordynacyjnego ds. Zapobiegania AIDS oraz Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju w zakresie przeciwdziałania społecznym i zdrowotnym skutkom HIV i AIDS w Polsce. Zadania wynikające z podpisanej wówczas umowy podzielone zostały na następujące kategorie: szkolenia, publikacje, konferencje i wymiany międzynarodowe.

W szkoleniach wzięli udział: stomatolodzy, ginekolodzy, lekarze rodzinni i pierwszego kontaktu, psychologzy i psychiatrzy, zajmujący się osobami żyjącymi z HIV i AIDS, edukatorzy, personel gabinetów zabiegowych. W ramach wymiany międzynarodowej zorganizowano szkolenie dla przedstawicieli policji z Ukrainy oraz spotkanie przedstawicieli instytucji i organizacji odpowiedzialnych za profilaktykę HIV/AIDS w krajach Europy Wschodniej z ich partnerami w Polsce.

Wśród wydanych wówczas publikacji znalazły się: ulotka dla kobiet w ciąży, w której kobiety zachęcane są do wykonywania testów na obecność HIV, ulotka dla młodzieży, podręcznik dla pielęgniarek, opracowana przez specjalistów ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i UNAIDS polska wersja podręcznika szkoleniowca HIV/AIDS, a także raporty z badań socjologicznych dotyczące zachowań seksualnych Polaków, w szczególności osób świadczących usługi seksualne, gejów i uzależnionych od narkotyków.

W ramach projektu w 1999 r. została przeprowadzona kampania billboardowa pod hasłem „Wszyscy to robicie!”, a w 2000 r. zorganizowano kampanię „Nie żyj w niepewności! Wykonaj test na HIV!”, podczas której zachęcano do udziału w akcji anonimowych i bezpłatnych badań testowych na obecność HIV. Tę kampanię poprzedziła krajowa konferencja na temat anonimowych badań testowych na obecność HIV i poradnictwa okołotestowego.

W latach 2002–2003 wprowadzano w życie projekt, którego celem było wzmocnienie mechanizmów koordynacji i oceny polityki w sferze HIV/AIDS w sektorach gospodarki współpracujących w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Zakażonymi HIV i Chorymi na AIDS jako partnerzy Ministerstwa Zdrowia, wprowadzenie zintegrowanego systemu działania w dziedzinie HIV/AIDS na szczeblu lokalnym, wspieranie polskich organizacji pozarządowych w pracach na rzecz redukcji szkód i edukacji, a także promowanie w krajach sąsiadujących włączania problematyki HIV/AIDS do narodowych programów zdrowia.

W okresie 11 lat współpracy Krajowego Centrum ds. AIDS i Programu UNDP ds. HIV i Rozwoju Społecznego powstało wiele wartościowych publikacji, prowadzone są działania mające na celu edukację społeczną i ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV.

Od początku rozprzestrzeniania się epidemii Polska aktywnie uczestniczy we współpracy międzynarodowej z wieloma krajami, szczególnie w regionie Europy Środkowej i Wschodniej. Postęp, jaki dokonał się w Polsce na polu walki z epidemią HIV/AIDS, a także w zakresie poprawy jakości życia osób zakażonych i dotkniętych problemem, upoważnia nasz kraj do złożenia deklaracji gotowości niesienia pomocy w zakresie implementacji najlepszych praktyk. Programy umożliwiające parom o mieszanym statusie serologicznym posiadanie potomstwa, programy edukacyjne skierowane do specjalistów medycyny pracy, służb mundurowych, służb penitencjarnych i wiele innych działań o potwierdzonej efektywności mogłyby przy pomocy polskich specjalistów stać się udziałem innych krajów potrzebujących, ze szczególnym uwzględnieniem krajów regionu Europy Wschodniej. Polskie organizacje pozarządowe oraz specjaliści z różnych dziedzin gotowi są do dzielenia się swoimi doświadczeniami z kolegami z innych krajów. Jedynie partnerstwo, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym, jest gwarancją skuteczności w walce z HIV/AIDS, stygmatyzacją i brakiem poszanowania podstawowych wartości ludzkich.



5. SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Palenie tytoniu

Witold Zatoński

WPROWADZENIE

W Polsce każdego roku rodzi się 70–100 tys. dzieci, które podczas pierwszych 9 miesięcy istnienia są narażone na działanie setek niszczących zdrowie związków chemicznych zawartych w dymie tytoniowym. Wszystkie te dzieci wolniej rosną (przeciętnie masa urodzeniowa niższa o 200–400 g), rodzą się z cechami niedorozwoju, są znacznie gorzej przygotowane do samodzielnego istnienia, mają mniejszą szansę na normalne, zdrowe życie. Dodatkowo 60% małych dzieci w Polsce jest zmuszonych przez obu lub jednego z rodziców do biernego palenia. Przedstawiona analiza ekspozycji na czynniki szkodliwe dymu tytoniowego (aktywne palenie) jest oparta na wynikach badań sondażowych z lat 1974–2004 kobiet w wieku prokreacyjnym (15–49 lat). Analizę ograniczono do kobiet palących papierosy, gdyż w całym badanym przedziale czasowym stanowiły one ponad 99% kobiet palących tytoń. Kategoria codziennie palących została zdefiniowana zgodnie z propozycją Światowej Organizacji Zdrowia. Uznano za nie kobiety wypalające co najmniej jednego papierosa dziennie przez okres nie krótszy niż pół roku. Dane z lat 1985–2004 zagregowano

w następujących przedziałach czasowych: 1985–1988, 1990–1994, 1995–1999, 2000–2004.

OPIS ZJAWISKA PALENIA PAPIEROSÓW WŚRÓD KOBIEC

W roku 1974 odsetek codziennie palących kobiet w wieku prokreacyjnym (15–49 lat) utrzymywał się na poziomie 21,5% (wyk. 1). W kolejnym badaniu w 1982 r. odnotowano znaczny wzrost tego odsetka do 38,5%, najwyższego poziomu w całym badanym okresie. Od 1982 r. odsetek codziennie palących wśród kobiet w wieku prokreacyjnym zaczął się zmniejszać. W latach 1985–1988 odsetek codziennie palących wyniósł 33,9%, w okresie 1990–1994 obniżył się do poziomu 30,2%, osiągając poziom 30,2% w latach 1995–1999. Dane z ostatnich lat (2000–2004) wskazują na zahamowanie trendu spadkowego na poziomie 30,4%.

Wiek

Analiza częstości codziennego palenia papierosów przez kobiety w wieku prokreacyjnym w poszczególnych grupach wieku po-

kazuje, że w ostatnich 30 latach zaszły znaczne zmiany w tym zakresie (wyk. 2). W najmłodszej grupie kobiet (15–19 lat) odsetek codziennie palących wzrósł najpierw znacząco z poziomu 11,6–16% w latach 1974–1988 do 20,7% w latach 1990–1994. W drugiej połowie lat 90. nastąpił natomiast gwałtowny spadek odsetka codziennie palących nastoletnich kobiet (8,3% w latach 1995–1999), a w okresie 2000–2004 jego ponowny wzrost (12,6%) do poziomu występującego w latach 70. i 80.

U kobiet w wieku 20–29 lat najwyższy odsetek codziennie palących wystąpił w 1982 r., rosnąc z 27,8% w 1974 r. do 44,5%. W kolejnych latach obserwowano systematyczny spadek codziennie palących kobiet w tej grupie wieku: do 34,3% w latach 1985–1988, 28,5% w latach 1990–1994 i 23% w latach 1995–1999. Częstość codziennego palenia papierosów przez kobiety 20–29-letnie zmniejszyła się w Polsce prawie dwukrotnie między początkiem lat 80. a końcem lat 90. W latach 2000–2004 odsetek kobiet w wieku 20–29 lat codziennie palących papierosy wynosił 25,8%.

Podobny przebieg miały zmiany, które zaszły u kobiet 30–39-letnich. W tej grupie kobiet wzrost odsetka codziennie palących między rokiem 1974 (17,6%) a 1982 (48,4%) był jednak znacznie większy (prawie trzykrotny) niż u kobiet z poprzedniej grupy wieku. Po 1982 r. odsetek kobiet w wieku 30–39 lat palących codziennie rok po roku malał, w tym także w ostatnich latach (41,4% w latach 1985–1988, 39,4% w latach 1990–1994, 37,3% w latach 1995–1999, 32,8% w latach 2000–2004).

Zmiany dotyczące codziennego palenia w najstarszej wiekowo (40–49 lat) grupie kobiet w wieku prokreacyjnym miały zupełnie inny przebieg niż u kobiet młodszych. Wśród kobiet 40–49 letnich od połowy lat 70. notuje się stały wzrost odsetka codziennie palących. W 1974 r. było ich 22,9%, w 1982 r. – 25%, w latach 1985–1988 – 29,8%, w latach 1990–1994 – 35,3%, w latach 1995–1999 – 36,3%, a w latach 2000–2004 – 40,4%. W całym badanym okresie odsetek ten wzrósł prawie dwukrotnie. Ten stały wzrost dotyczy kohorty urodzeniowej (1950–1960) kobiet, które historycznie charakteryzują się najwyższą kiedykolwiek notowaną częstością palenia kobiet w Polsce.

Wykształcenie

Trendy codziennego palenia papierosów przez kobiety w wieku prokreacyjnym analizowano również według poziomu wykształcenia (wyk. 3). Mimo że we wszystkich analizowanych kategoriach wykształcenia kobiet między rokiem 1974 a 1982 zaobserwowano znaczący wzrost odsetka codziennie palących w wieku prokreacyjnym, to wzrost ten był najbardziej gwałtowny u kobiet z wykształceniem podstawowym (z 12,6% do 29%). Po 1982 r. w tej grupie kobiet notowano niewielki w skali roku, ale stały wzrost odsetka codziennie palących (31,1% w latach 1985–1988, 33% w latach 1990–1994, 34,3% w latach 1995–1999). Wzrost ten został zahamowany w ostatnich latach (32,1% w okresie 2000–2004).

Znaczący wzrost częstości codziennego palenia papierosów w latach 1974–1982 zaobserwowano również u kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym (z 31,6% do 49,5%). W 1982 r. kobiety w wieku prokreacyjnym z tym wykształceniem należały do zdecydowanie najczęstszych codziennych palaczek papierosów. Po 1982 r. nastąpił spadek odsetka codziennie palących kobiet z tym wykształceniem do poziomu zbliżonego do tego z połowy lat 70. (33,9%). W kolejnych latach (1985–2004) obserwowano zaś wahania wartości tego odsetka między 35,2% a 41,5%. Bardziej stabilny przebieg miały zmiany u kobiet z wykształceniem średnim. Podobnie jak u kobiet z niższym wykształceniem, także u kobiet z wykształceniem średnim na początku lat 80. wystąpił wzrost odsetka codziennie palących wśród kobiet w wieku prokreacyjnym, przy czym był on mniejszy niż w pozostałych grupach wykształcenia (z 32,4% do 38,9%). W latach 1982–1999 notowano stały spadek liczby codziennie palących kobiet z wykształceniem średnim (38,2% w latach 1985–1988, 31,8% w latach 1990–1994, 28,1% w latach 1995–1999). Jak w pozostałych grupach wykształcenia, od 2000 r. obserwuje się zahamowanie trendu spadkowego notowanego w latach 80. i 90. (30,9% codziennie palących w latach 2000–2004). Bardzo podobny obraz do ukształtowanego u kobiet z wykształceniem średnim miały zmiany, które zaszły u kobiet z wykształceniem wyższym. Po początkowym istotnym wzroście częstości codziennego palenia papierosów w latach 1974–1982 (z 20% do 33,3%), w kolejnych latach następował skokowy spadek odsetka codziennie palących: do poziomu 30–31% w latach 1985–1994, a następnie do poziomu 21–22% w latach 1995–2004.

Miejsce zamieszkania

Analizując częstość codziennego palenia przez kobiety w wieku prokreacyjnym mieszkających w miastach oraz na wsi, po 1982 r. można zaobserwować spadek częstości codziennego palenia papierosów we wszystkich analizowanych kategoriach miejsca zamieszkania (wyk. 4). W 1974 r. jedynie 11,6% kobiet w wieku prokreacyjnym mieszkających na wsi paliło codziennie papierosy. W 1982 r. odsetek ten zwiększył się prawie trzykrotnie (do 30,7%), osiągając najwyższy poziom w całym badanym przedziale czasowym (1974–2004). Po 1982 r. nastąpił najpierw spadek odsetka codziennie palących wśród kobiet mieszkających na wsi (do 22,1% w latach 1985–1988), a w okresie 1990–2004 jego ustabilizowanie na poziomie 23–26%. Warto przypomnieć, że częstość codziennego palenia papierosów wśród kobiet w wieku prokreacyjnym mieszkających na wsi była od początku lat 90. ciągle ponad dwukrotnie większa niż w połowie lat 70. W miastach zmiany miały podobny obraz, ale przebiegały bardziej systematycznie i stabilnie niż na wsi. Podobnie jak na wsi, także w miastach poniżej 100 tys. mieszkańców odsetek kobiet w wieku prokreacyjnym codziennie palących papierosy był najniższy w 1974 r. (26,2%), a w roku 1982 wzrósł do najwyższego obserwowanego w całym badanym okresie poziomu (42,3%).

W drugiej połowie lat 80. i w latach 90. zanotowano systematyczny spadek odsetka codziennie palących kobiet w tej kategorii zamieszkania (39% w latach 1985–1988, 37,5% w latach 1990–1994, 32,6% w latach 1995–1999). W okresie 2000–2004 nastąpiło zahamowanie trendu spadkowego na poziomie 33,1%, a więc ciągle istotnie wyższym niż w połowie lat 70.

Identyczny przebieg miały zmiany zanotowane u mieszkanek dużych miast. Najniższy odsetek codziennie palących (31,3%) zanotowano w 1974 r., później (w 1982 r.) jego gwałtowny wzrost (do 44%), a następnie stosunkowo niewielki spadek (do około 41%) w latach 1985–1994 i bardziej znaczący w latach 1995–1999 (do 33,3%). W drugiej połowie lat 90. częstość codziennego palenia papierosów przez kobiety w wieku prokreacyjnym zamieszkałe w dużych miastach zbliżyła się do poziomu z połowy lat 70. Niestety, w latach 2000–2004 odsetek codziennie palących w tej kategorii zamieszkania ponownie zaczął rosnąć (35,8%).

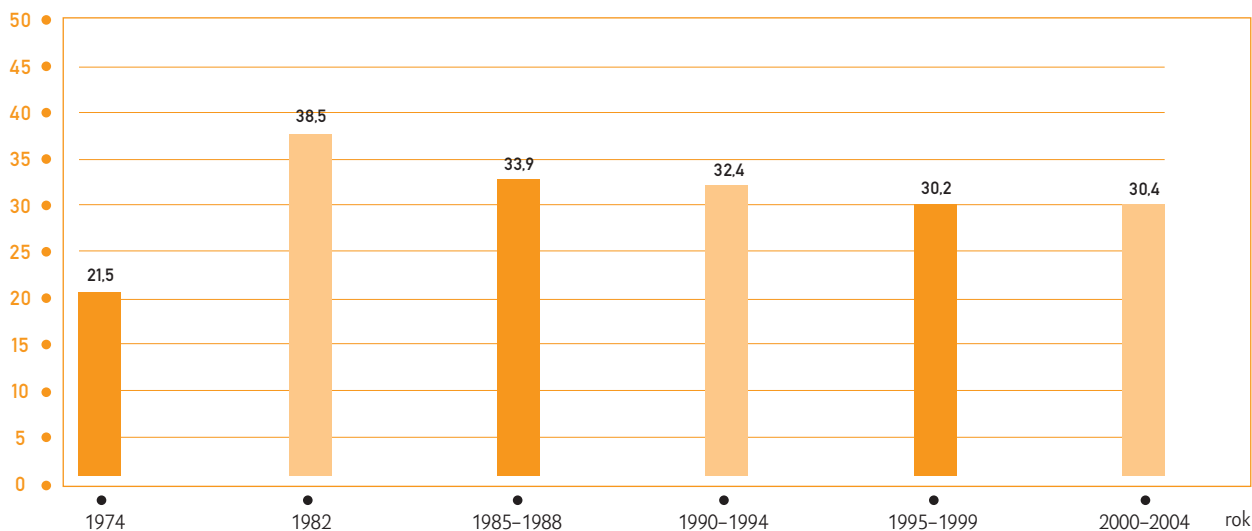
OMÓWIENIE

Palenie tytoniu jest nowym zjawiskiem wśród kobiet, które zaczęło narastać w drugiej połowie XX w. Dane o częstości palenia w Polsce przed II wojną światową są fragmentaryczne. Pośrednio wskazuje na to częstość palenia kobiet urodzonych przed 1940 r. Na początku XXI w. częstość palenia kobiet w wieku powyżej 65 lat wynosi mniej niż 10%. Analiza wskazuje, że częstość palenia kobiet urodzonych przed 1940 r. przez cały czas naszej obserwacji (1974–2004) wahała się w granicach 5–10%. Klimat społeczny wokół palenia przez kobiety po II wojnie światowej

zmienił się gwałtownie i wynikająca z tego częstość palenia u młodych dorosłych kobiet. Prawdopodobnie po II wojnie światowej częstość ta gwałtownie rosła. W 1974 r. w grupie wieku 20–29 lat zanotowano już 28% palących. Poziom ten wzrósł do 45% w 1982 r., kiedy to zanotowano najwyższy odsetek palących kobiet także w grupie wieku 30–39 lat – 48%. **Poziom palenia młodych kobiet w Polsce osiągnął szczyt na początku lat 80. – paliła wówczas prawie co druga młoda kobieta (w wieku 20–39 lat) – i należał do najwyższych na świecie.** Groziło to katastrofą zdrowotną, dotyczyło bowiem także zdrowia dzieci. Zjawisko to ilustrował gwałtowny wzrost zachorowań na raka płuca u najmłodszych kobiet w Polsce (rak płuca, schorzenie występujące prawie wyłącznie u palących, jest dobrym długoczasowym wskaźnikiem szkód).

Najpierw kryzys ekonomiczny (utrudniony dostęp do papierosów z powodu ich deficytu), a potem interwencja z zakresu zdrowia publicznego, wsparta uchwaloną w latach 90. ustawą sejmową mającą na celu ograniczenie zdrowotnych następstw palenia tytoniu, doprowadziły do zahamowania wzrostu. Od połowy lat 80. obserwowany był gwałtowny spadek częstości rozpoczynania codziennego palenia przez młode kobiety (w grupie wieku 20–29 lat). Odsetek ten spadał sukcesywnie do poziomu 23% pod koniec lat 90. Jest to podobno częstość, jaką na początku XXI w. obserwuje się u młodych dorosłych kobiet w USA, Wielkiej Brytanii czy w Szwecji, tzn. w krajach, gdzie ochrona zdrowia przed paleniem jest najbardziej zaawansowana. Odsetek palących młodych kobiet jest niższy w Polsce niż kobiet w Niemczech, we Francji czy na Węgrzech. Spadek częstości

Wykres 1. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15–49, Polska 1974–2004

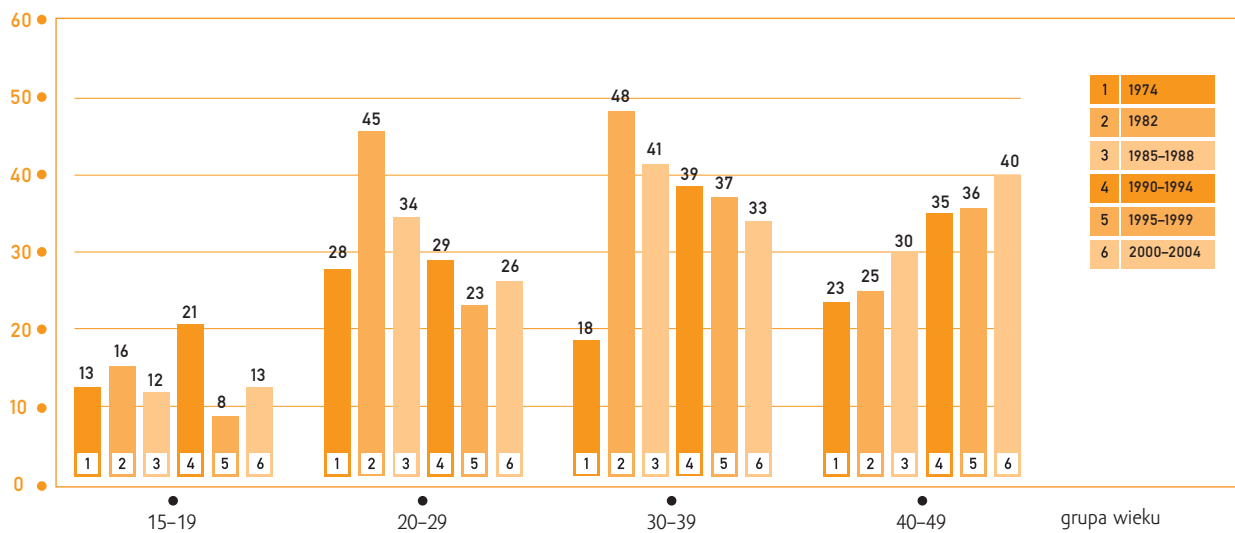


Źródło: Opracowanie własne na podstawie roczników statystycznych GUS – dotyczy wszystkich wykresów.

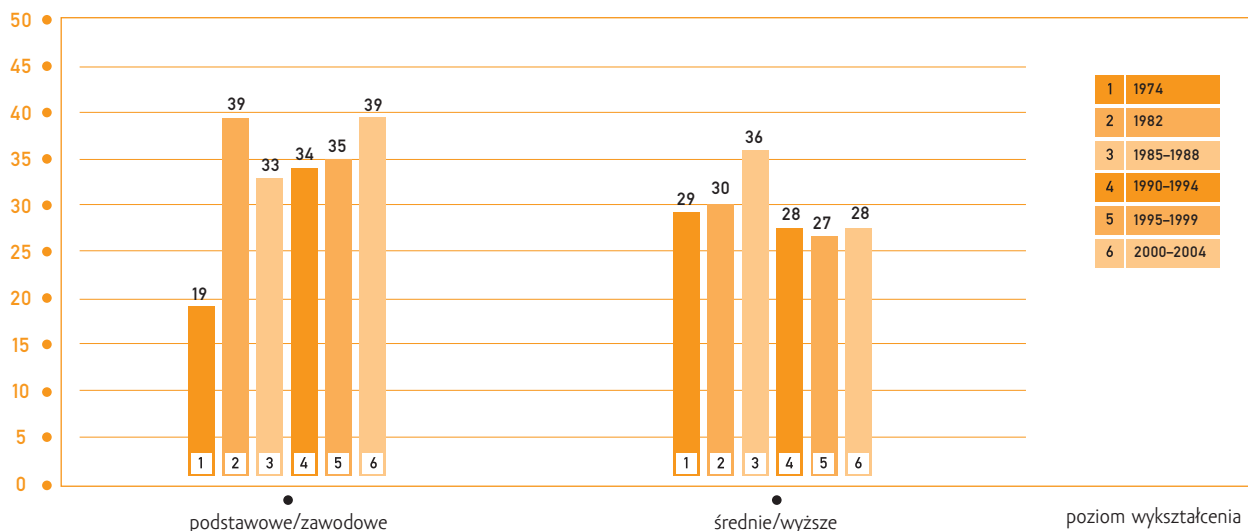
palenia młodych kobiet w Polsce w stosunkowo krótkim czasie o 45% w latach 1982–2000 należy uznać za jeden z największych sukcesów zdrowia publicznego w Polsce. W krótkim czasie doszło do zatrzymania wzrostu i obniżenia poziomu częstości palenia młodych dorosłych kobiet do poziomu rozwiniętych krajów Europy Zachodniej. Zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy doprowadziło do zatrzymania wzrostu zachorowań na raka płuca młodych kobiet (wyk. 5). Należy również postulować hipotezę,

że, co najmniej 10% obniżenia się umieralności niemowląt w Polsce w latach 1990–2004 wynika ze zmniejszenia częstości palenia tytoniu przez kobiety w ciąży (choć nie ma dokładnych populacyjnych danych dotyczących tego zjawiska). Niestety, stały spadek częstości palenia młodych kobiet w kolejnych pięcioleciach od 2000 r. został zahamowany. Jednym z powodów tego zjawiska może być niepokojący wzrost eksperymentujących z paleniem dziewcząt w wieku 13–15 lat do poziomu 28% (co

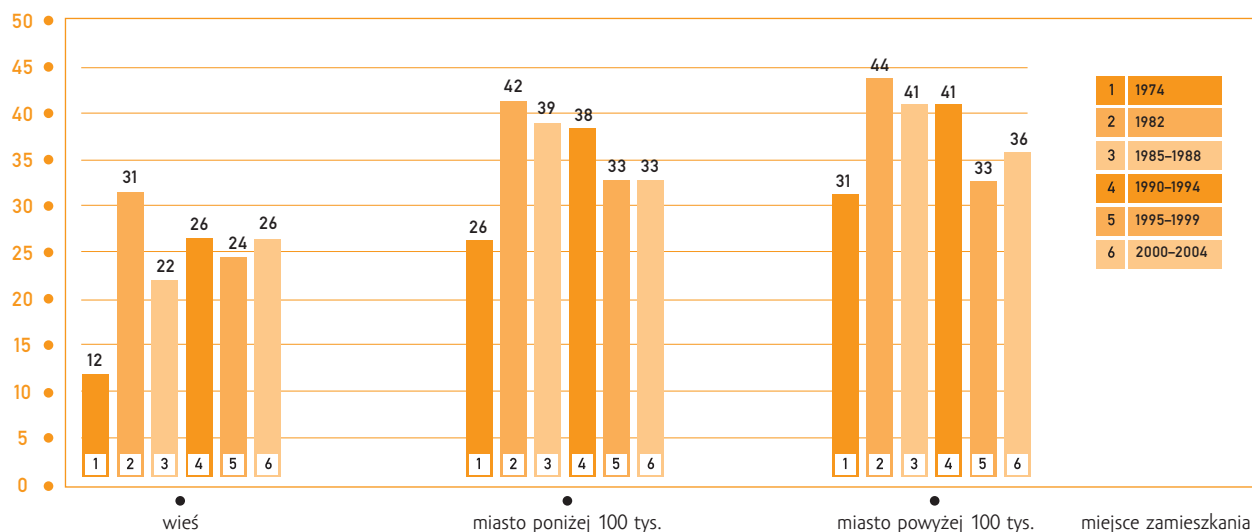
Wykres 2. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15–49 według grup wieku, Polska 1974–2004



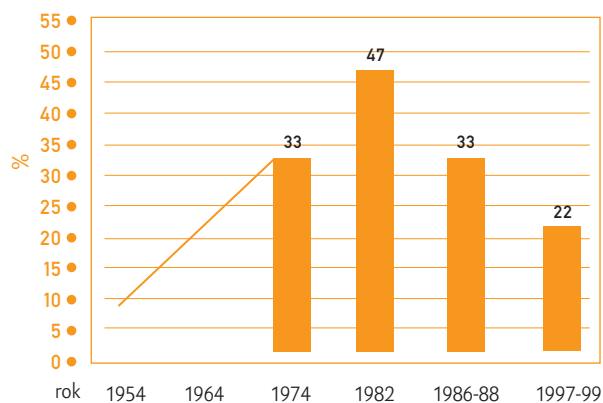
Wykres 3. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15–49 według poziomu wykształcenia, Polska 1974–2004



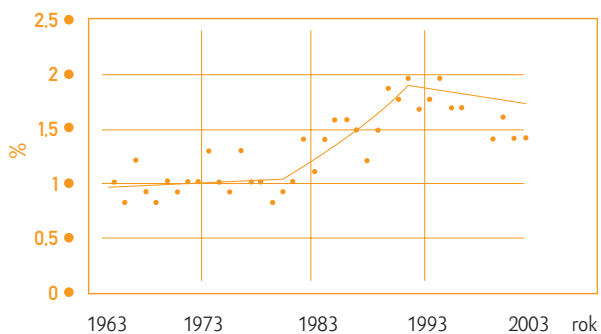
Wykres 4. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15–49 według miejsca zamieszkania, Polska 1974–2004



Wykres 5. Częstość palenia według grup wieku, kobiety w wieku 20–29 lat, Polska 1974–1999



Umieralność z powodu raka płuca, kobiety w wieku 20–44 lata, Polska 1963–2002



najmniej 1 papieros w ciągu miesiąca). Wzrost ten zbliżył się do poziomu eksperymentowania z papierosami chłopców (32%) w okresie 1999–2004. Wydaje się też, że istotnym powodem dalszego braku postępu w spadku częstości palenia wśród kobiet jest ograniczenie działalności edukacyjnej i interwencyjnej spowodowane znaczącym zmniejszeniem przez rząd środków na program ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu. Innym niekorzystnym zjawiskiem wśród palących młodych i szczególnie w średnim wieku kobiet jest bardzo niski poziom rzucania palenia tytoniu (dwa razy niższy niż u mężczyzn). Wydaje się, że krytycznym elementem jest włączenie całego środowiska lekarzy w proces leczenia z uzależnienia od tytoniu, także w populacji kobiet w wieku reprodukcyjnym. Potrzebny jest dalszy postęp w rozwoju poradnictwa (i finansowanie go przez NFZ) oraz włączenie się środowiska położników i pediatrów w kontrolowanie tego zjawiska. Środowiskami szczególnej troski stają się kobiety gorzej wykształcone, zwłaszcza mieszkanki dużych miast. Obraz palenia tytoniu w populacji kobiet w wieku reprodukcyjnym oraz zmiany w tym zakresie, które miały miejsce w ostatnich 30 latach, są skorelowane z obrazem i zmianami w paleniu tytoniu wśród kobiet w ciąży. Badania epidemiologiczne z początku lat 90. wskazywały, że częstość palenia tytoniu przez kobiety w ciąży była w tym czasie w Polsce wysoka i miała wpływ na zdrowie dzieci. Wyniki przeprowadzonych w 1990 r. przez Instytut Matki i Dziecka dużych badań przekrojowych kobiet rodzących w trzech województwach Polski (5590 rodzących z województwa olsztyńskiego, 2232 z województwa białostockiego, 3932 z województwa poznańskiego) pokazały, że palenie papierosów przez kobiety w ciąży wahało się od 22% w województwie białostockim, przez 26% w poznańskim, do 28% w olsztyńskim i było

silnie związane z poziomem wykształcenia badanych kobiet (40% palących z wykształceniem podstawowym, 11% palących z wykształceniem wyższym). W badaniach tych stwierdzono również, że palenie tytoniu w czasie ciąży wiąże się z ponaddwukrotnym wzrostem ryzyka małej masy urodzeniowej u noworodków. Odzwierciedleniem skali zjawiska palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży w latach 80. i na początku lat 90. była skala zagrożeń zdrowotnych związanych z wymuszonym biernym paleniem tytoniu wśród dzieci. W tym czasie corocznie około 100 tys. noworodków rodziły palące w okresie ciąży kobiety.

Niestety, **badania nad paleniem kobiet w ciąży nie są kontynuowane**. Fragmentaryczne dane pochodzące z lokalnych lub regionalnych badań klinicznych wskazywały, że pod koniec lat 90. częstość palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży spadła do poziomu 12–15%.

Reasumując, w latach 90. dokonały się poważne, pozytywne zmiany w postawach kobiet w wieku prokreacyjnym wobec palenia tytoniu. W wyniku działań edukacyjnych i interwencyjnych gwałtownie zmniejszyła się przede wszystkim częstość codziennego palenia tytoniu przez kobiety młode i z wyższym wykształceniem. Młode kobiety nie należą już dzisiaj do najczęstszych palaczy tytoniu (jak to miało jeszcze miejsce na po-

czątku lat 80.), a kobiety lepiej wykształcone należą obecnie do najrzadziej palących tytoń (palą dwukrotnie rzadziej niż kobiety gorzej wykształcone; proporcja ta była odwrotna w latach 70.). W porównaniu z latami 70. zróżnicowanie codziennego palenia tytoniu wśród kobiet w wieku prokreacyjnym w miastach i na wsi jest dzisiaj znacznie mniejsze.

Konieczne zatem wydaje się nie tylko kontynuowanie działań edukacyjnych i interwencyjnych mających na celu ograniczenie palenia tytoniu wśród kobiet w wieku prokreacyjnym adresowanych do kobiet lepiej wykształconych, ale także opracowanie i wdrożenie pakietu działań skierowanych w szczególności do kobiet gorzej wykształconych. W tej populacji palenie tytoniu stanowi nie tylko poważny problem zdrowotny, ale również materialny. Narastającym, niepokojącym zjawiskiem jest utrzymywanie się wysokiego poziomu palenia (także w ciąży) wśród gorzej wykształconych kobiet.

Piśmiennictwo

- Boyle P., Gandini S., Robertson C., Zatonski W., Fagerström K., Slama K., Kunze M., Gray N., and the International Smokers Survey Group, Characteristics of 10,295 smokers in representative samples from 17 European countries, „Eur.J.Public Health”, 2000, 10(3), s. 5–14.
- Boyle P., Gray N., Henningfield J., Seffrin J., Zatonski W., red., Tobacco and Public Health: Science and Policy, Oxford University Press, Oxford 2004.
- Forey B., Hamling J., Lee P., Wald N., International Smoking Statistics, 2nd ed., A Collection of Historical Data from 30 Economically Developed Countries, The Wolfson Institute of Preventive Medicine, Oxford 2002, s. 511–533.
- Peto R., Lopez A., Boreham J., Thun M., Heath C. Jr., Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000, Oxford University Press, Oxford, UK 1994 (2004).
- Zatoński W., Democracy and Health: Tobacco Control in Poland, w: Tobacco Control Policy: Strategies, Successes and Setbacks, red. J. de Beyer, W. Brigden, World Bank, RITC, Washington 2003.
- Zatoński W., Przewoźniak K., Palenie tytoniu w dorosłej populacji Polski w latach 1974–1995, w: Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka, red. W. Zatoński, K. Przewoźniak, wyd. 2, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1999, s. 127–163.
- Zatoński W., Przewoźniak K., Tobacco smoking in Poland in the years 1923–1987, „Polish Population Review”, 1993, 3, s. 103–124.

Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu

Jacek Moskaiewicz

SPOŻYCIE ALKOHOLU W POLSCE

W okresie transformacji ustrojowej spożycie alkoholu w Polsce wzrosło do poziomu nienotowanego od ponad 150 lat. Szacuje się, że obecnie **konsumpcja alkoholu kształtuje się na poziomie 10–11 l etanolu na mieszkańca**. Niesie to wiele zagrożeń dla zdrowia, w tym zdrowia prokreacyjnego.

Wiek inicjacji i wiek pierwszego upicia się

Ostatnie dane dotyczące wieku rozpoczęcia picia pochodzą z Europejskiego Badania Szkolnego nt. Alkoholu i Narkotyków (ESPAD) realizowanego w latach 1995, 1999 i 2003. W badaniu tym głównym wskaźnikiem inicjacji alkoholowej jest odsetek uczniów, którzy wypili swój pierwszy kieliszek lub szklankę napoju alkoholowego przed 14 rokiem życia. Ponad 60% chłopców i blisko 50% dziewcząt rozpoczyna picie od piwa już w wieku 13 lat lub wcześniej. Pierwsze eksperymenty z wódką ma w tym wieku ponad jedna trzecia chłopców i blisko 20% dziewcząt. W latach 1995–2003 odsetki te wzrosły mniej więcej o 10 pkt. proc. Z tego samego badania wiadomo, że doświadczenia z upiciem się nie były obce 20% chłopców i blisko 10% dziewcząt poniżej 14 roku życia. Również w tym zakresie obserwuje się tendencję wzrostową.

Rozpowszechnienie picia i upijania się wśród nastolatków

Wzrost spożycia obserwowany w populacji dorosłych nie ominął też nastolatków. Jak pokazują wyniki badań SPAD, rozpowszechnienie picia w ciągu mniej więcej 8 lat zwiększyło się o kilkadziesiąt pkt. proc. Największą popularnością wśród młodzieży cieszy się piwo, które w połowie lat 90. piło przynajmniej raz na miesiąc 61% chłopców i 32% dziewcząt, podczas gdy w roku 2003 już 76% chłopców i 62% dziewcząt. Na szczególną uwagę, w kontekście zdrowia prokreacyjnego, zasługuje tempo wzrostu rozpowszechnienia picia piwa wśród dziewcząt.

Różnice we wzorach picia mężczyzn i kobiet

Kobiety piją średnio cztery i pół razy mniej alkoholu niż mężczyźni. Dystans ten nie zmienił się w ciągu ostatnich kilkunastu lat, co odzwierciedla tradycyjną odpowiedź na problemy transformacji w znacznej części naszej populacji. Najmniejsze różnice w spożyciu występują w najmłodszej (15–19) i najstarszej grupie wieku (65 i więcej), w których mężczyźni piją tylko dwa razy więcej. Stosunkowo niewielka jest też różnica wśród osób z wyższym wykształceniem, co wynika z faktu, że u mężczyzn spożycie spada wraz ze wzrostem wykształcenia, podczas gdy u kobiet obserwuje się zjawisko odwrotne: im wyższe wykształcenie, tym wyższe spożycie alkoholu. Ciągłe jednak nawet w tej grupie wykształcenia kobiety piją dwa razy mniej.

Grupy ryzyka wśród kobiet

Zgodnie z cytowanymi już badaniami GUS rozkład spożycia według wieku jest u kobiet zbliżony do normalnego, z jedną wyraźną dominantą w wieku 20–29 lat, kiedy to konsumpcja osiąga najwyższy poziom. W kolejnych grupach wieku średnie spożycie ma tendencję malejącą [Moskaiewicz J., 2006]. Patrząc na wykres 3, widać wyraźnie, że krzywa konsumpcji ma prawie identyczny kształt jak krzywa płodności. Odsetek kobiet wypijających jednorazowo co najmniej 80 ml etanolu oscyluje wokół 10% i jest najwyższy w szerokim przedziale 20–49 lat [Moskaiewicz J., 2006].

BEZPOŚREDNIE KONSEKWENCJE DLA ZDROWIA PROKREACYJNEGO W POLSCE

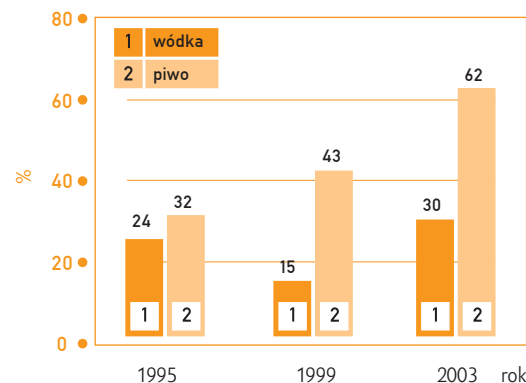
Alkohol a seks wśród nastolatków

W przywoływanym badaniu ESPAD pytano również o problemy spowodowane picciem, w tym dwa pytania dotyczyły zdrowia prokreacyjnego. Jak wynika z odpowiedzi, problemy te występują względnie rzadko. O tym, że alkohol był powodem stosunku seksualnego, którego „żałuje się na drugi dzień”, lub stosunku „bez zabezpieczenia” mówi zaledwie kilka procent chłopców i dziewcząt [Hibell B. i in., 1996, 2000, 2004].

Alkohol a kobiety w ciąży

Kwestia picia w czasie ciąży została uwzględniona w ostatnich badaniach ogólnopolskich nt. spożycia alkoholu zleconych przez PARPA, a zrealizowanych przez PBS w 2005 r. Według wyników tych badań 17% kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży,

Wykres 1. Odsetki dziewcząt, które w czasie ostatnich 30 dni piły



Źródło: Obliczenia autora na podstawie raportu z badań „Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce 2005” zrealizowanych na zlecenie PARPA przez PBS w Sopocie – dotyczy wszystkich wykresów i tabeli.

potwierdza picie alkoholu w tym okresie. Odsetek ten rośnie do ponad 30% wśród kobiet, które są nadal w wieku prokreacyjnym (18–40 lat). Częstotliwość picia jest względnie niska. Tylko 0,4% kobiet w ciąży piła codziennie, a 0,8% kilka razy w miesiącu. Kobiety, które w ogóle piły w ciąży, spożywały przede wszystkim napoje fermentowane (piwo – 45%, wino – 42%). Wódkę piło niecałe 8%.

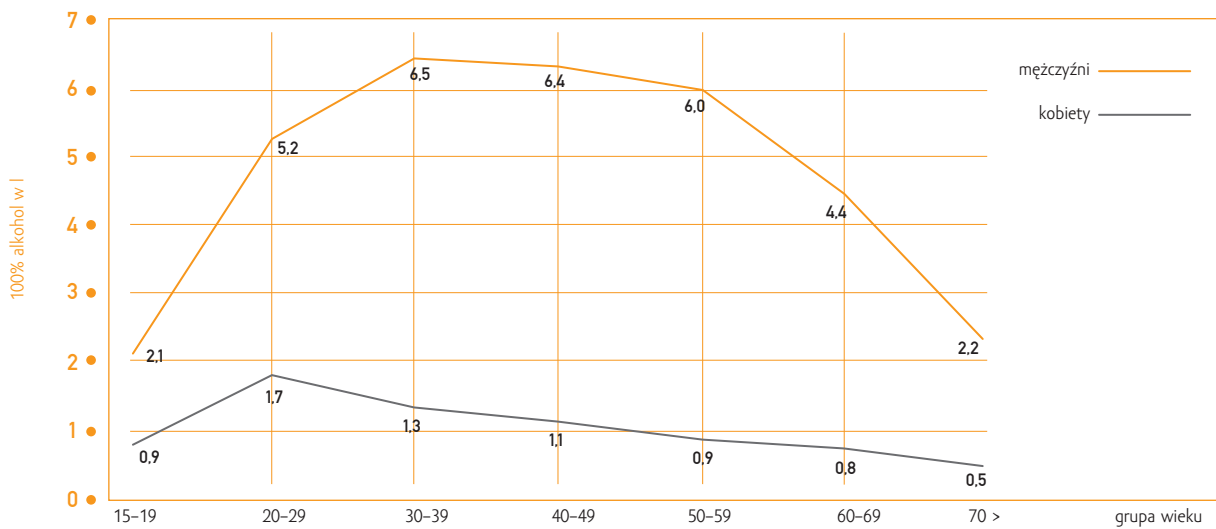
Z wstępnej analizy badań GUS wynika, że kobiety w Polsce znacznie ograniczają konsumpcję alkoholu. Piją rzadziej, mniej, a konsumpcja roczna spada o ponad 40%.

WNIOSKI

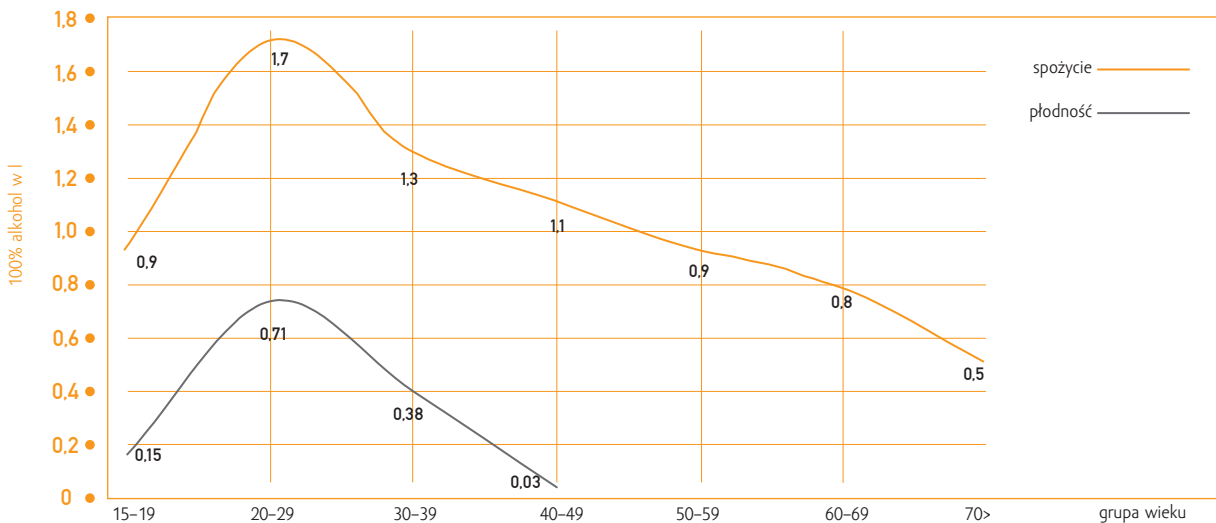
1) Wzrost konsumpcji alkoholu w okresie transformacji stwarza nowe zagrożenia dla zdrowia, nie wykluczając zdrowia prokreacyjnego.

2) Zwiększenie rozpowszechnienia picia wśród dzieci i młodzieży, względnie wczesna inicjacja alkoholowa znacznego odsetka dzieci poniżej 14 roku życia może mieć wpływ na zaburzenia dojrzewania płciowego w znacznych segmentach populacji. Bardziej precyzyjna ocena ilościowa wymaga dalszych badań.

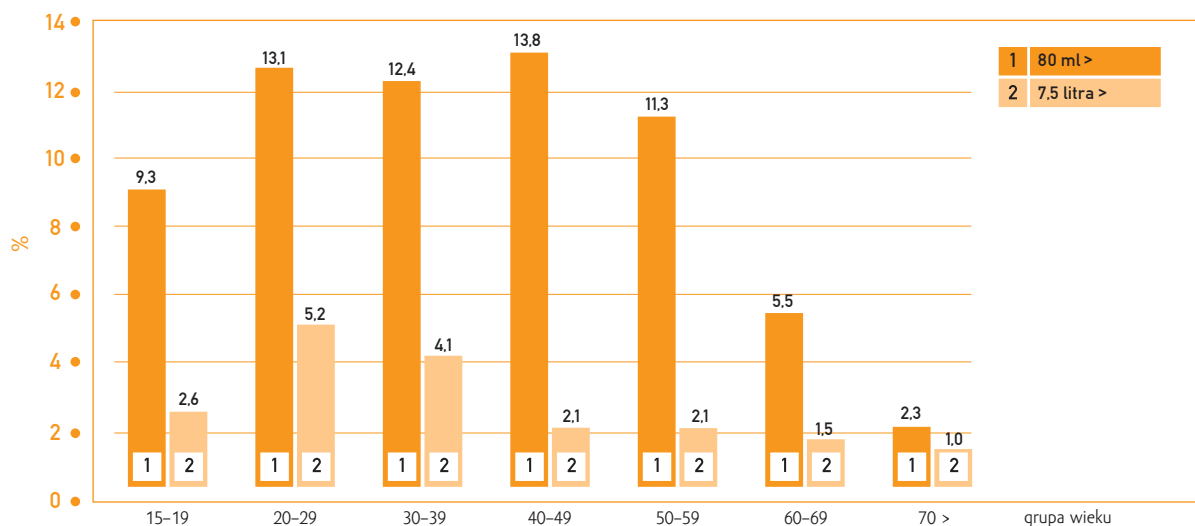
Wykres 2. Średnie roczne spożycie alkoholu w różnych grupach wieku



Wykres 3. Spożycie w litrach 100% alkoholu a płodność (liczba urodzeń żywych/10 kobiet w odpowiednim wieku)



Wykres 4. Grupy ryzyka według wieku, kobiety



3) Można szacować, że 10–12% kobiet (jednorazowa konsumpcja powyżej 80 ml alkoholu) naraża się na większe ryzyko bolesnych dolegliwości w okresie miesiączki i innych zaburzeń cyklu menstruacyjnego.

4) Ryzyko – związanej z alkoholem – bezpłodności obejmuje nie więcej niż 2–3% kobiet (roczna konsumpcja powyżej 9 l etanolu).

5) Podobnie u kilku procent kobiet występuje – w związku ze stałą ekspozycją na alkohol – podwyższone ryzyko zachorowania na raka piersi.

6) Ryzyko wystąpienia FAS w Polsce jest bardzo niskie. Kobiety w ciąży znacznie ograniczają swoją konsumpcję, poziom kobiet pijących codziennie wśród ciężarnych wynosi 0,4%, a zasięg skrajnego wykluczenia społecznego w Polsce jest daleko niższy niż w USA.

7) Większe jest ryzyko urodzeń z niedowagą związaną z konsumpcją alkoholu przez matkę. Można szacować, że liczba takich urodzeń z wagą poniżej 2500 g sięga 10 tys. rocznie.

Tabela 1. Częstość picia alkoholu przez kobiety w ciąży (wśród kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży), w %

Częstotliwość picia	Odsetek
Codziennie	0,4
Kilka razy w miesiącu	0,8
Raz w miesiącu	1,5
Kilka razy w okresie całej ciąży	8,5
Raz w okresie całej ciąży	4,1
Nie pamiętam	1,2

Piśmiennictwo

Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M., The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, CAN, Stockholm, Sweden 2000.

Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M., The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, CAN, Stockholm, Sweden 2004.

Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A., The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, CAN, Stockholm, Sweden 1997.

Moskalewicz J., Spożycie alkoholu, w: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., red. G. Marciniak, GUS, Warszawa 2006, s. 38–43.

Narkotyki

Janusz Sierosławski

WPROWADZENIE

Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol nazywanych potocznie narkotykami rodzi zagrożenia dla zdrowia prokreacyjnego. Poziom ryzyka zależny jest od rodzaju substancji oraz wzoru używania. Regularne używanie problemowe jest szczególnie niebezpieczne nie tylko ze względu na właściwości toksyczne substancji, ale także z powodu towarzyszącego mu stylu życia oraz często występującej degradacji psychospołecznej i zdrowotnej. Używanie eksperymentalne i okazjonalne nie powoduje większych, bezpośrednich zagrożeń, stanowi jednak pierwszy krok w kierunku uzależnienia i rodzi niebezpieczeństwo przerodzenia się w używanie problemowe.

ZASIĘG ZAGROŻEŃ ZDROWOTNYCH ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM NARKOTYKÓW

Informacji o rozpowszechnieniu okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży dostarczają badania ankietowe prowadzone w szkołach. Badania takie realizowano w Polsce wielokrotnie, tutaj przytoczymy wyniki badań przeprowadzonych w latach 1995, 1999 i 2003 w ramach Europejskiego Programu

Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież [Hibell B., 2004; Sierosławski J., 2004]. Badania te objęły ogólnopolskie reprezentatywne próby losowe uczniów w wieku 15–16 i 17–18 lat. Metodologia – jednakowa w każdej edycji tego badania – zapewnia porównywalność danych, a tym samym możliwość śledzenia trendu. W tabeli 1 zestawiono odsetki chłopców i dziewcząt używających okazjonalnie poszczególnych substancji (choć raz w czasie ostatnich 12 miesięcy).

Marihuana i haszysz są najbardziej rozpowszechnioną substancją nielegalną na poziomie okazjonalnego używania. Sięga po nią 19,5% chłopców i 9,7% dziewcząt w wieku 15–16 lat oraz 35,4% chłopców i 16,8% dziewcząt w wieku 17–18 lat. Znacznym rozpowszechnieniem używania charakteryzuje się też amfetamina. W przypadku tego środka różnice między chłopcami i dziewczętami są znacznie mniejsze. W młodszej grupie wiekowej używało go w 2003 r. 4,0% chłopców i 3,1% dziewcząt, w starszej 11,4% chłopców i 7,5% dziewcząt. W przypadku niemal wszystkich substancji odnotowujemy większe rozpowszechnienie używania wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Wyjątkiem są leki uspokajające i nasenne, po które dziewczęta sięgają w znacznie większym

Tabela 1. Używanie narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przez uczniów w wieku 15–16 lat oraz 17–18 lat według płci (odsetki badanych)

Poziom klasy	Narkotyk	Chłopcy			Dziewczęta		
		1995	1999	2003	1995	1999	2003
Trzecie klasy gimnazjum (15–16 lat)	marihuana lub haszysz	9,4	16,6	19,5	4,3	8,2	9,7
	substancje wziewne	5,5	4,8	4,3	3,2	3,7	4,0
	leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza		4,3	5,8		8,3	11,8
	amfetamina		9,5	4,0		4,0	3,1
	LSD lub inne halucynogeny		4,4	2,0		1,5	0,9
	kokaina		2,5	1,8		0,8	1,0
	heroina		2,6	1,4		0,9	0,6
	ecstasy			2,5			0,9
	polska heroina			1,4			0,8
Drugie klasy szkół pogimnazjalnych (17–18 lat)	marihuana lub haszysz	13,9	26,3	35,4	5,9	9,8	16,8
	substancje wziewne	3,5	1,8	3,0	1,9	1,4	1,4
	leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza		3,7	6,4		7,6	12,3
	amfetamina		10,8	11,4		5,2	7,5
	LSD lub inne halucynogeny		3,4	3,3		1,2	0,7
	kokaina		2,1	2,2		0,9	0,7
	heroina		2,1	0,9		0,9	0,6
	ecstasy			5,0			2,0
	polska heroina			0,9			0,4

Źródło: Obliczenia własne – dotyczy wszystkich tabel.

odsetku, niż robią to chłopcy. Rozpowszechnienie okazjonalnego używania najbardziej groźnych substancji nielegalnych, takich jak heroina czy kokaina, pozostaje na bardzo niskim poziomie nieprzekraczającym 2,5% chłopców i 1% dziewcząt. Zestawienie wyników z 2003 r. z wynikami z lat 1999 i 1995 wskazuje na wyraźny wzrost odsetków użytkowników przetworów konopi, zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców. Wzrost ten był generalnie mniejszy między 2003 r. i 1999 r. niż w poprzednim czteroleciu, chociaż osłabienie tempa wzrostu nie jest zbyt duże. Wyjątkiem są dziewczęta ze starszej grupy wiekowej, wśród których obserwujemy nasilenie tempa wzrostu. Wyniki badań ankietowych realizowanych na próbach reprezentatywnych mieszkańców dowodzą, że problem narkotyków przestał być w Polsce problemem tylko nastolatków, po narkotyki sięgają również dorośli. W tabeli 2 zestawiono odsetki okazjonalnych użytkowników poszczególnych substancji wśród osób w wieku 16–49 lat, odnotowane w dwóch badaniach ankietowych zrealizowanych na reprezentatywnych próbach mieszkańców naszego kraju w latach 2002 oraz 2006.

Jak widać, odsetki te nie są znaczne, nie obserwujemy też ich istotnego wzrostu w ostatnim czteroleciu. Największym rozpowszechnieniem cieszą się przetwory konopi, podobnie jak ma to miejsce w przypadku młodzieży. Różnice w rozpowszechnieniu między mężczyznami i kobietami są jeszcze większe niż w przypadku młodzieży. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn okazjonalne używanie narkotyków jest najbardziej rozpowszechnione w kategorii wiekowej 9–24 lata. Jest ono widoczne jeszcze w kategorii 25–34 lata, wśród starszych natomiast występuje śladowo. Porównanie wyników badania z lat 2002 i 2006 nie wskazuje na istotne zmiany.

Informacji o trendach narkomanii rozumianej jako uzależnienie bądź używanie narkotyków w sposób rodzący poważne problemy dostarczają dane statystyczne lecznictwa. Informacje o liczbie leczonych z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych

innych niż alkohol i tytoń pochodzą ze stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego. Dane obejmują również specjalistyczne lecznictwo uzależnień lekowych, które funkcjonuje w ramach psychiatrycznej służby zdrowia. Dane prezentowane w tabeli 3 obejmują zatem wszystkich przyjętych do szpitali psychiatrycznych, w tym oddziałów detoksykacyjnych dla narkomanów, a także ośrodków rehabilitacyjnych, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe, jeśli ośrodki te mają status zakładów opieki zdrowotnej. Dane zestawione w tabeli 3 ograniczono do osób w wieku prokreacyjnym, czyli 16–49 lat.

W roku 2004 leczeniu stacjonarnemu poddano 9182 mężczyzn oraz 2384 kobiet. W porównaniu z 2000 r. odsetek obu grup zwiększył się. Skala tego wzrostu była podobna – liczba leczonych mężczyzn zwiększyła się o 45%, kobiet o 47%. W 2000 r. kobiety stanowiły 20,6% przyjętych, zaś w 2004 r. – 20,6%. Odsetek kobiet jest zróżnicowany w poszczególnych grupach wiekowych – najwyższy jest w grupie 40–49 lat (41,4%), najniższy zaś w grupie 19–29 lat (14,8%). Wysoki odsetek kobiet w najstarszej grupie wiekowej wiąże się ze strukturą rozpoznaw. W grupie tej znajdują się przede wszystkim kobiety uzależnione od leków uspokajających i nasennych, których nadużywanie zdarza się znacznie częściej wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Wynik oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków dokonanego metodą punktu odniesienia (benchmark) [Taylor A., 1997] zaprezentowano w tabeli 4.

Pochodzi on z zestawienia danych (nominacji) uzyskanych z badania populacji generalnej mieszkańców Polski (2002 r.) z danymi lecznictwa stacjonarnego, danymi lecznictwa ambulatoryjnego oraz danymi o zakażeniach HIV. **Liczbę problemowych użytkowników narkotyków w naszym kraju w 2001 r. oszacowano na 33 000–71 000. Nie dysponujemy odrębnymi oszacowaniami dla kobiet i mężczyzn w grupach wieku traktowanych jako prokreacyjne. Można jednak przyjąć, że ponad 90% z tej liczby to osoby w wieku prokreacyjnym.**



Tabela 2. Używanie narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przez osoby w wieku 16–49 lat według płci (odsetki badanych)

Narkotyki	Mężczyzna		Kobieta	
	2002	2006	2002	2006
Marihuana lub haszysz	5,6	5,7	1,7	1,4
LSD	0,8	0,3	0,3	0,1
Amfetamina	1,6	1,2	0,2	0,7
Grzyby halucynogenne	0,5	0,3	0,2	0,1
Ecstasy	0,5	0,7	0,1	0,1
Crack	0,1	0,0	–	–
Kokaina	0,2	0,4	0,0	0,0
Heroina	–	0,1	–	–
Kompot	–	–	–	–
Sterydy anaboliczne	0,4	0,3	0,0	–
Inny	–	0,2	0,0	0,1
Jakikolwiek narkotyk	5,9	6,4	1,8	2,0

Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 2000 i 2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) według wieku oraz płci

Grupa wieku	Mężczyzna				Kobieta			
	2000		2004		2000		2004	
	N	w %	N	w %	N	w %	N	w %
16–18	1159	76,9	1159	74,3	349	23,1	401	25,7
19–29	3670	83,2	5795	85,2	742	16,8	1008	14,8
30–39	1015	81,0	1403	78,2	238	19,0	392	21,8
40–49	503	62,9	825	58,6	297	37,1	583	41,4
Razem	6347	79,6	9182	79,4	1626	20,4	2384	20,6

Tabela 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 2000 i 2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) według typów używanych środków oraz płci

Narkotyki	Mężczyzna				Kobieta			
	2000		2004		2000		2004	
	N	w %	N	w %	N	w %	N	w %
Opiaty	2664	80,8	1996	76,8	634	19,2	504	20,2
Konopie	202	87,1	320	90,1	30	12,9	35	9,9
Uspokajające i nasenne	260	47,2	318	40,0	291	52,8	477	60,0
Kokaina	42	85,7	70	72,2	7	14,3	27	27,8
Amfetamina	380	77,4	893	81,7	111	22,6	200	18,3
Halucynogeny	52	85,2	41	89,1	9	14,8	5	10,9
Wziewne	319	90,6	205	93,6	33	9,4	14	6,4
Mieszane i nieokreślone	2428	82,6	5339	82,6	511	17,4	1122	17,4

Piśmiennictwo

- Gerada C., Dave S., Farrell M.**, Management of the pregnant opiate users, „British Journal of Hospital Medicine”, 1990, 43.
- Hedrich D.**, Problem Drug Use by Women. Focus on Community-based Prevention, Pompidou Group, Strasbourg 2000.
- Hibell B. i in.**, The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe, Stockholm 2004.
- Olofsson M.**, Consequences of drug use during pregnancy, Pompidou Group Symposium on Pregnancy and Drug Misuse, Strasbourg, 6–7.03.1997, Proceedings, Council of Europe Publishing, Strasbourg 1998.
- Sierosławski J.**, Narkomania w Polsce w roku 2004 – dane leczenia stacjonarnego, „Serwis Informacyjny Narkomania”, 2006, nr 1(32).
- Sierosławski J.**, Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w 2006 r., Warszawa 2006, masz. w KBPN.
- Sierosławski J.**, Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania, „Serwis Informacyjny Narkomania”, 2003, nr 2 (21).
- Sierosławski J.**, Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2003 r., w: Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania, Wyd. Edukacyjne PARPA, Warszawa 2004.
- Sierosławski J., Bukowska B., Jabłoński P., Malczewski A., Marchel A., Palczak K.**, National Report 2003 Poland, Polish National Focal Point, National Bureau for Drug Prevention, Warsaw 2003.
- Taylor C.**, Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview, w: Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe, red. G.V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer, C. Taylor, EMCDDA, Lisbon 1997.
- Tylor A.**, Women Drug Users. An Ethnography of a Female Injecting Community, Clarendon Press, Oxford 1993.



6. SUBIEKTYWNA OCENA ZDROWIA DZIEWCZĄT I KOBIET

Subiektywnej oceny zdrowia dokonują sami ludzie, a nie lekarze lub inni pracownicy medyczni. Wprowadzenie subiektywnych wskaźników zdrowia wynika z powszechnie akceptowanej definicji Światowej Organizacji Zdrowia: „Zdrowie to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”. Subiektywne wskaźniki zdrowia pozwalają na opisanie zdrowia i samopoczucia z perspektywy danej osoby. Lepiej charakteryzują stan zdrowia

populacji niż wskaźniki zachorowalności, hospitalizacji i umieralności. Można je łatwo badać w różnych grupach, stosując wystandaryzowane kwestionariusze. Choć nie zawsze istnieje pełna zgodność między subiektywnymi odczuciami a dającymi się obiektywnie ustalić objawami chorób i zaburzeń, w ostatnich latach często dokonuje się pomiaru subiektywnych wskaźników zdrowia, zgodnie z zaleceniami WHO [WHO, 1996].

Subiektywna ocena zdrowia dziewcząt w wieku 16 i 18 lat

Barbara Wojnarowska, Izabela Tabak

W wieku 16–18 lat prawie wszystkie dziewczęta znajdują się w końcowej fazie wieku rozwojowego – osiągają ostateczne rozmiary ciała, pełną dojrzałość płciową, kończy się ich rozwój motoryczny, stopniowo ustępują, typowe dla okresu pokwitania, objawy chwiejności emocjonalnej. Przedstawione w tabeli 1 dane, pochodzące z badań reprezentatywnej grupy 16- i 18-latek (N=1403), uczennic klas I i III szkół ponadgimnazjalnych, wskazują jak dziewczęta u progu dorosłości postrzegają różne aspekty swego zdrowia.

SAMOCENA ZDROWIA FIZYCZNEGO

Około 80% dziewcząt ocenia pozytywnie różne aspekty swego zdrowia fizycznego:

- > większość (75,9%) dziewcząt ocenia swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, tylko 2,9% uważa je za złe; podobnie oceniają swoje zdrowie dziewczęta zamieszkujące w mieście i na wsi;
- > choroby przewlekłe i niepełnosprawność występują u 17,3% dziewcząt, częściej u mieszkanek miast;

Tabela 1. Samoocena zdrowia oraz występowanie chorób przewlekłych i innych problemów zdrowotnych u dziewcząt w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r. według miejsca zamieszkania i wieku, % badanych

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasto	Wieś	16 lat	18 lat
Samoocena zdrowia					
bardzo dobre	17,6	17,1	18,4	17,9	17,2
dobre	57,3	56,7	58,8	56,3	58,4
takie sobie	22,2	23,5	19,2	22,1	22,4
złe	2,9	2,7	3,5	3,7	2,0
Choroby przewlekłe i niepełnosprawność	17,3	19,6	12,8	17,7	16,9
Doznały urazów wymagających pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach					
raz	17,1	18,2	15,2	19,3	14,5
dwa razy lub więcej	9,6	10,3	8,2	11,3	7,5
Problemy z nadwagą i otyłością					
nadwaga (85 ≤ BMI < 95 centyl)	7,2	6,4	9,0	5,7	9,0
otyłość (BMI ≥ 95 centyl)	3,4	3,5	3,4	3,0	3,9
mają poczucie, że są zbyt grube ^a	51,6	48,7	57,6	53,1	50,0
nieuzasadnione odchudzanie się ^b	23,3	22,7	24,5	24,6	21,8

^a Trochę za grube lub zdecydowanie za grube.

^b Odchudzanie się dziewcząt bez nadwagi – BMI poniżej 85 centyla.

Źródło: Dane Zakładu Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka [Oblacińska A., Woynarowska B., red., 2006] – dotyczy wszystkich tabel.

> urazowi, z którego powodu konieczna była pomoc lekarza lub pielęgniarki, w roku poprzedzającym badanie uległo 17,1% dziewcząt, co dziesiąta dziewczyna doznała takiego urazu dwa lub więcej razy; urazom częściej ulegają dziewczęta młodsze i zamieszkujące w mieście;

> co dziesiąta dziewczyna ma nadmiar masy ciała, u 3,4% jest to nadwaga znacznego stopnia (otyłość), ale aż 51,6% dziewcząt ma poczucie, że są zbyt grube; częściej uważają tak dziewczęta mieszkające na wsi;

> wśród dziewcząt bez nadwagi 23,3% odchudza się (stosuje diety i inne sposoby odchudzania), co jest efektem mody na szczupłą sylwetkę ciała; nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt, zwłaszcza stosowanie diet eliminacyjnych, należy traktować jako zachowanie ryzykowne także dla zdrowia prokreacyjnego.

SAMOOCENA ZDROWIA PSYCHOSPOŁECZNEGO

Dziewczęta zdecydowanie gorzej postrzegają różne aspekty swego zdrowia psychospołecznego (tab. 2):

> u co trzeciej dziewczyny zanotowano niski poziom zadowolenia z obecnego życia;

> многие (trzy lub więcej), często występujące dolegliwości i negatywne stany emocjonalne zgłasza 44,8% dziewcząt, więcej zamieszkujących na wsi; prawie połowa (48,6%) odczuwa

częste zdenerwowanie, 30–40% – silne zmęczenie i wyczerpanie, rozdrażnienie i zły humor, bóle głowy i przygnębienie;

> u co trzeciej dziewczyny (35,9%) stwierdzono wysoki poziom stresu psychologicznego 20–30% zgłasza różnorodne trudności (w koncentracji uwagi, radzeniu sobie z problemami, podejmowaniu decyzji) i objawy obniżonego samopoczucia (utrata wiary w siebie, obniżone poczucie własnej wartości);

> cechy typu zachowań A¹ stwierdzono u 31% dziewcząt; poszczególne składowe tego wzoru zachowań (rywalizacja, niecierpliwość, pośpiech, wrogość) występują u około 30% dziewcząt. Analizowane wskaźniki zdrowia psychospołecznego są podobne u dziewcząt zamieszkujących w mieście i na wsi; są mniej korzystne u 18-latek, co wynika zapewne z faktu, że badania wykonano 4–5 miesięcy przed maturą.

WYBRANE CECHY ŚRODOWISKA SPOŁECZNEGO

Wsparcie społeczne uważane jest za jeden z głównych czynników determinujących zdrowie. Większość dziewcząt ma poczucie wsparcia z różnych źródeł, co stanowi zasób dla ich zdrowia (tab. 3):

> większość (około 77%) dziewcząt ma poczucie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, a tylko połowa wsparcia strukturalnego;

¹ Typ (wzór) zachowań A charakteryzuje się specyficznym stylem życia, w tym m.in.: skrajną rywalizacją, walką o osiągnięcia, pobudliwością, poczuciem presji czasu, nadmiernej odpowiedzialności, stałym zaangażowaniem, stawianiem sobie wielu celów. Uważa się, że ten typ zachowań zwiększa ryzyko rozwoju, w wieku dorosłym, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób przewlekłych, np. układu pokarmowego.

> w pełnej rodzinie żyje 83,3% dziewcząt, większość ma poczucie więzi i łatwość rozmowy z rodzicami, zwłaszcza z matką, o niepokojących je sprawach;

> prawie wszystkie (95,8%) dziewczęta mają co najmniej jedną bliską osobę – przyjaciółkę, większość (83,7%) ma przyjaciela oraz łatwość rozmowy z koleżankami i kolegami o niepokojących je sprawach.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Wśród dziewcząt u progu dorosłości: około 20% ma różne problemy związane ze zdrowiem fizycznym, około 30% – ze zdrowiem psychospołecznym, a około 20% ma niedostateczne poczucie wsparcia społecznego. Określa to wielkość i rodzaj potrzeb w zakresie poradnictwa oraz pomocy medycznej i psychologicznej dla dziewcząt u progu dorosłości.

Tabela 2. Zadowolenie z życia i zdrowie psychospołeczne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r. według miejsca zamieszkania i wieku, % badanych

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasto	Wieś	16 lat	18 lat
Zadowolenie z obecnego życia					
poziom niski (1–4 sten)	34,8	34,4	36,3	33,4	36,5
poziom przeciętny (5–6 sten)	37,7	37,0	38,6	36,6	39,0
poziom wysoki (7–10 sten)	27,5	28,6	25,1	30,0	24,5
Częste występowanie dolegliwości i negatywnych stanów emocjonalnych ^a					
zdemotywowanie	48,6	47,1	52,0	45,6	52,2
silne zmęczenie i wyczerpanie	40,8	40,5	41,8	39,8	42,1
rozdrażnienie i zły humor	36,7	35,7	39,2	35,5	38,2
bóle głowy	32,4	30,3	37,1	32,5	32,3
przygnębienie	31,6	30,6	34,2	31,9	31,3
trudności w zasypianiu	22,9	23,1	22,9	21,0	25,1
lęk (niepokój)	19,9	19,1	22,0	18,5	21,5
bóle pleców	15,6	14,3	18,0	14,7	16,6
bóle brzucha	15,4	14,2	18,0	16,5	14,2
trzy lub więcej ww. dolegliwości	44,8	43,0	48,9	44,2	45,6
Stres psychologiczny					
poziom niski (1–4 sten)	40,6	39,9	41,5	43,3	37,6
poziom przeciętny (5–6 sten)	23,5	23,0	24,5	24,5	22,2
poziom wysoki (7–10 sten)	35,9	37,1	34,0	32,2	40,2
Trudności lub obniżenie samopoczucia w zakresie					
koncentracji uwagi	32,5	33,3	31,4	27,7	38,1
radzenia sobie ze swoimi problemami	25,8	26,9	23,8	24,0	27,7
podejmowania decyzji	20,1	20,1	20,5	17,4	23,3
utruty wiary w siebie	29,3	29,9	28,6	28,5	30,3
poczucia własnej wartości	26,5	26,2	28,4	26,4	26,4
Typ zachowań					
typ B (1–4 sten)	28,6	27,4	31,2	30,2	26,7
niezróżnicowany (5–6 sten)	40,2	39,6	41,5	39,1	41,4
typ A (7–10 sten)	31,2	33,0	27,3	30,7	31,9
rywalizacja (7–10 sten)	28,0	30,2	23,4	27,6	28,5
pośpiech (7–10 sten)	29,9	31,9	26,1	27,6	32,6
niecierpliwość (7–10 sten)	33,4	35,0	29,8	31,8	35,2
wrogość (7–10 sten)	28,0	27,7	29,0	27,4	28,7

^a Prawie codziennie lub częściej niż raz w tygodniu.

➤ **Tabela 3.** Wybrane cechy środowiska społecznego dziewcząt w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r. według miejsca zamieszkania i wieku, % badanych

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasto	Wieś	16 lat	18 lat
Wsparcie społeczne					
strukturalne (mają więcej niż 3 osoby, na które mogą liczyć w sytuacji poważnych problemów)	50,0	51,2	46,9	53,3	46,1
emocjonalne (ludzie troszczą się i interesują tym, co robią – bardzo lub trochę)	75,8	77,7	71,9	76,6	75,0
strukturalne (mogą uzyskać praktyczną pomoc od rodziny, znajomych sąsiadów – łatwo lub bardzo łatwo)	78,5	78,7	77,7	79,6	77,3
Rodzina					
pełna (ojciec i matka)	83,3	81,5	87,0	83,1	83,6
więź z ojcem (silna lub przeciętna)	70,2	69,0	72,4	69,8	70,7
więź z matką (silna lub przeciętna)	82,8	82,0	84,3	81,8	83,9
Łatwe lub bardzo łatwe rozmowy o sprawach, które je niepokoją z					
ojcem	51,7	51,0	52,4	56,8	45,8
matką	78,8	77,7	81,2	81,1	76,2
koleżankami	89,7	89,7	89,4	90,0	89,3
kolegami	76,5	78,2	73,0	75,4	77,8
Posiadanie bliskich przyjaciółek wśród dziewcząt					
jedną	17,0	16,6	18,0	15,1	19,1
dwie lub więcej	78,8	79,0	78,1	81,4	75,8
Posiadanie bliskich przyjaciół wśród chłopców					
jednego	28,8	30,9	24,8	23,6	34,9
dwóch lub więcej	54,9	55,1	54,3	57,8	51,4

Piśmiennictwo

Oblacińska A., Woynarowska B., red., Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2006.

WHO, Health Interview Survey. Towards international harmonization of methods and instruments, Copenhagen WHO Regional Office for Europe 1996.

Jakość życia kobiet uwarunkowana stanem zdrowia

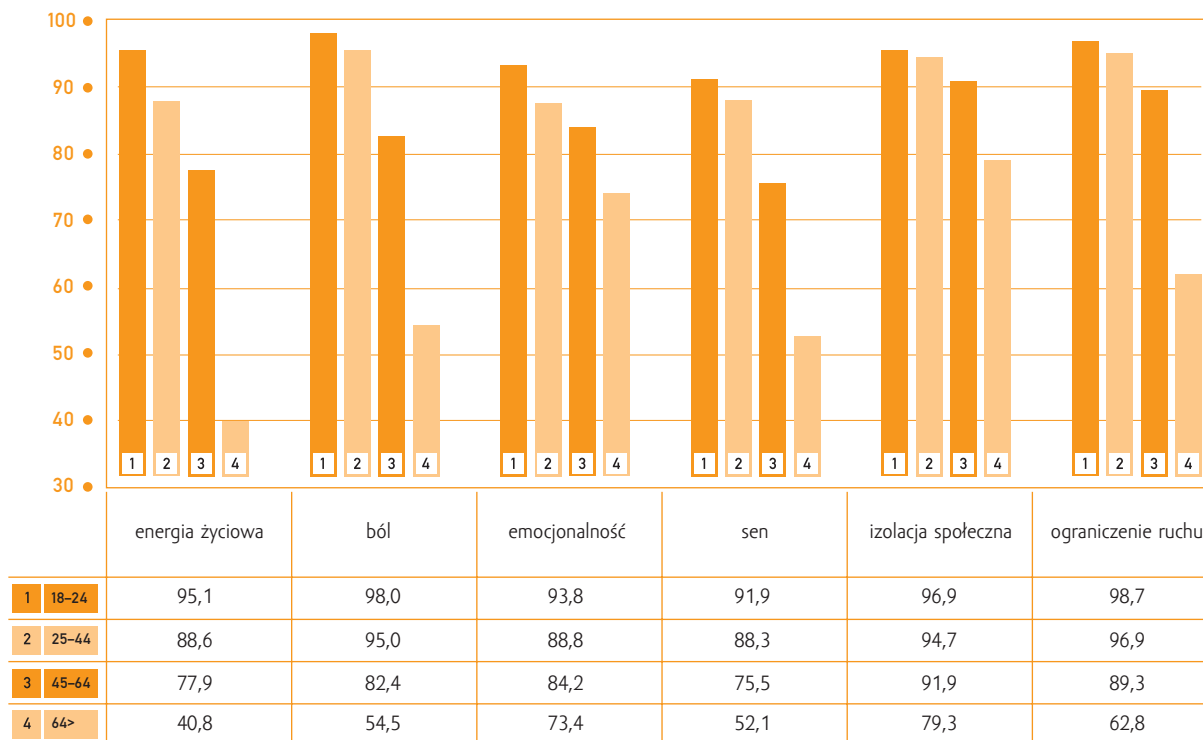
Wiktorja Wróblewska

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia dotyczy czterech głównych wymiarów: stanu fizycznego (głównie sprawności ruchowej), stanu psychicznego (funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego), funkcjonowania społecznego (pełnienia ról społecznych, wsparcia społecznego) oraz doznań somatycznych (objawów związanych z daną chorobą, głównie występowania bólu). Poza tymi obszarami jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia uwzględnia także istnienie innych wymiarów funkcjonowania człowieka, takich jak seksualność, uczestnictwo w kulturze oraz duchowość [Dziurowicz-Kozłowska A., 2002].

W tej części raportu przedstawione zostały wyniki pierwszego populacyjnego badania w zakresie oceny jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w Polsce¹. Do realizacji badania zastosowana została polska adaptacja ogólnego kwestionariusza The Nottingham Health Profile NHP [Wrześniewski K., 1997]. Uzyskane wyniki w postaci wartości liczbowych świadczą o jakości życia w danym wymiarze; niskie – o większym natężeniu występujących problemów i niskiej jakości życia, wyższe – o wyższej jakości życia. (Zakres wartości dla każdego z wymiarów wynosi od 0 do 100).

Uzyskane wyniki są zróżnicowane ze względu na wiek kobiet i potwierdzają wyższą jakość życia osób młodszych niż starszych. Zdecydowane pogorszenie jakości życia następuje w grupie kobiet w wieku 65 lat i więcej, w której wartość średnia jest zdecydowanie niższa niż w pozostałych grupach. Największe straty występują w obszarze energii życiowej, co oznacza, że kobiety starsze często czują się zmęczone, szybko tracą siłę i robią wszystko z wysiłkiem. Trudności ze snem oraz występowanie dolegliwości bólowych przy wykonywaniu podstawowych czynności, takich jak stanie, chodzenie, schodzenie po schodach, a także w nocy lub w związku ze stałą dolegliwością powodują także istotne obniżenie jakości życia kobiet starszych. Jakość życia kobiet w wieku średnim (45–64 lata) oraz młodszych obniżają m.in. trudności związane ze snem, w tym konieczność brania leków nasennych. Może być to związane z problemami, które uwidaczniają się w wymiarze emocjonalnym, takimi jak przygnębienie, zniechęcenie, zły nastrój od rana, wpadanie w złość lub niechęć do życia. Warto zauważyć, iż w wymiarze emocjonalnym, który łączy się z poczuciem szczęścia, wyniki dla kobiet starszych najmniej różnią się od wyników dla kobiet

Wykres 1. Jakość życia kobiet warunkowana stanem zdrowia w poszczególnych wymiarach i grupach wieku



Źródło: Obliczenia własne na podstawie „Badania gospodarstw domowych 2005” – dotyczy wszystkich wykresów i tabeli.

¹ Badanie jakości życia uwarunkowanej zdrowiem stanowiło jeden z modułów formularza zastosowanego w „Badaniu gospodarstw domowych”, które zostało zrealizowane przez Instytut Badania Opinii i Rynku (IBOP) Pentor w 2005 r. w ramach projektu Phare PL2002/000-580-01.04.02 na ogólnopolskiej próbie 4017 osób i jest reprezentacyjne dla ludności powyżej 18 roku życia.


w pozostałych grupach wieku. Podobnie korzystne relacje uzyskano dla symptomów izolacji społecznej. Oznacza to, iż kobiety w Polsce, bez względu na wiek, na ogół nie czują się samotne ani pozbawione relacji z bliskimi (wyk. 1).

Niedomagania zdrowia, które przejawiają się w trudnościach ze snem, ograniczeniach ruchowych, w bólu i poprzez stany emocjonalne, powodują różne problemy w funkcjonowaniu w życiu codziennym oraz pełnieniu ról rodzinnych, społecznych i zawodowych przez kobiety (tab. 1). Najczęściej problemy ze zdrowiem powodowały trudności w wykonywaniu przez kobiety prac domowych i wokół domu, takich jak sprzątanie czy gotowanie i inne. Szczególnie często na ten wymiar prac codziennych wskazywały kobiety w wieku średnim (co trzecia) oraz w wieku emerytalnym (ponad 60%). Charakterystyczne jest, że kobiety najmłodsze (w wieku do 25 lat) tak samo często lub nawet częściej niż osoby w wieku do 45 lat wskazują na wpływ ich stanu zdrowia na takie dziedziny życia, jak spędzanie czasu wolnego, rozwijanie zainteresowań i życie towarzyskie. Wyniki te mogą świadczyć o tym, że młodsze generacje kobiet przywiązują coraz większą wagę do tych wymiarów życia. Kłopoty ze zdrowiem mogą także oddziaływać na sferę życia seksualnego kobiet i dotyczy to około 8% kobiet w wieku 18–24 lata, co siódmej kobiety w wieku 25–44 lata, co szóstej w wieku 45–64 lata i co piątej w wieku powyżej 65 lat.

Na jakość życia kobiet uwarunkowaną stanem zdrowia mają wpływ czynniki społeczne i ekonomiczne. Duże znaczenie odgrywa poziom wykształcenia oraz sytuacja dochodowa, mniejsze – sytuacja rodzinna i prowadzenie gospodarstwa jednoosobowego.

Dla wszystkich objętych analizą wymiarów jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia wyniki kobiet z wykształceniem wyższym są korzystniejsze niż dla pozostałych (wyk. 2). Największe różnice wystąpiły w takich obszarach, jak energia życiowa, ból i trudności ze snem. Widoczny jest także pozytywny związek wyższego poziomu wykształcenia z emocjonalnością, a najmniejsze różnice dotyczą występowania trudności ruchowych oraz poczucia samotności. Szczególnie interesujące są dane dotyczące kobiet starszych z wykształceniem wyższym, dla których pogorszenie jakości życia nie następuje tak dramatycznie jak wśród osób z niższym poziomem wykształcenia. Może to świadczyć o tym, że wyższy poziom wykształcenia przedłuża czas dobrej jakości życia poza wiek aktywności zawodowej.

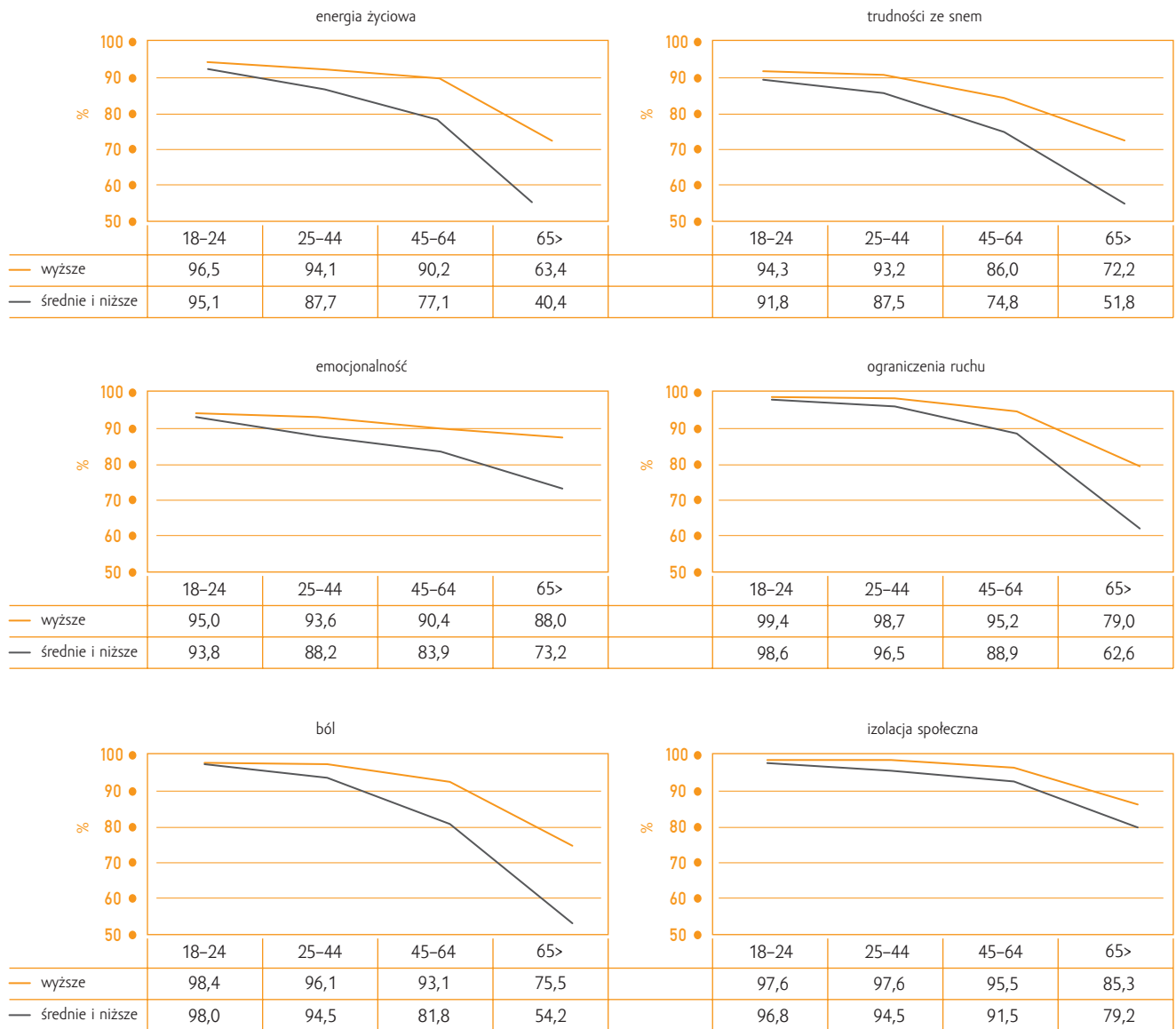
Podobne zróżnicowanie wyników w zakresie jakości życia uwarunkowanej zdrowiem jak dla poziomu wykształcenia wystąpiło dla sytuacji dochodowej. Uzyskane wyniki potwierdzają obiegową opinię, że „bogaty żyje się lepiej”. Jakość życia kobiet o dochodach pozwalających na pokrycie wszystkich podstawowych wydatków i świadczeń jest wyższa niż tych, które mają kłopoty finansowe. Największe różnice w jakości życia odnotowano właśnie w takich wymiarach, jak energia życiowa, trudności ze snem i emocjonalność. Także trudności ruchowe i dolegliwości bólowe częściej obniżały jakość życia kobiet znajdujących się w gorszej sytuacji finansowej. Wśród sześciu analizowanych wymiarów jakości życia tylko jeden w niewielkim stopniu był zależny od sytuacji dochodowej. Było to wyobcowanie społeczne, na które składało się poczucie osamotnienia, trudności w relacjach z innymi osobami lub brak osób bliskich.

 Tabela 1. Wpływ problemów ze zdrowiem na aktywność w poszczególnych dziedzinach życia (% odpowiedzi „tak”)

Dziedzina życia	Wiek				Ogółem
	18–24	25–44	45–64	65>	
Praca zarobkowa	11,0	14,4	21,0	–	16,4
Prace domowe (np. sprzątanie, gotowanie, naprawy, inne prace wokół domu)	12,6	16,8	32,2	63,6	31,8
Życie towarzyskie (np. spotkania ze znajomymi, pójście do kawiarni)	11,8	10,7	17,4	36,9	18,9
Życie rodzinne (np. kontakty z domownikami)	13,0	13,2	17,2	24,2	17,0
Życie seksualne	8,3	13,0	16,4	20,7	15,2
Zainteresowania i hobby (np. sport, sztuka, robótki ręczne, majsterkowanie)	13,4	10,0	16,3	30,0	17,0
Czas wolny (np. letnie i zimowe wakacje, weekendy poza domem)	13,4	11,5	17,2	28,9	17,5

Uwaga: Ze względu na małą liczbę kobiet pracujących zawodowo w grupie wieku 65 lat i więcej wymiar ten nie był analizowany.

Wykres 2. Jakość życia warunkowana zdrowiem według wykształcenia i wieku kobiet



Piśmiennictwo

Dziurowicz-Kozłowska A., Wokół pojęcia jakości życia, „Psychologia Jakości Życia”, 2002, nr 2, s. 77-99.

Wrześniewski K., Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji the Nottingham Health Profile, w: Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia, red. J.B. Karski, H. Kirschner, J. Leowski, Ignis, Warszawa 1997.





III. Zdrowie prokreacyjne i jego zagrożenia

1. ZACHOWANIA SEKSUALNE

Zachowania seksualne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat

Barbara Woynarowska

Dokonujące się w okresie dojrzewania zmiany hormonalne powodują gwałtowne zmiany w seksualności. Silne napięcie seksualne i fizjologiczna dojrzałość do jego rozładowania znacznie wyprzedza dojrzałość psychiczną i społeczną młodych ludzi oraz społeczne przyzwolenie na zaspokajanie ich potrzeb seksualnych. Nastolatki znajdują się w sytuacji ostrego konfliktu, a podejmowanie wcześniej współżycia seksualnego może prowadzić do różnorodnych problemów (szkód) zdrowotnych i społecznych, które w większym stopniu dotyczą dziewczęta niż chłopców. Należą do nich:

> **skutki bezpośrednie:** niechciana ciąża (i skutki społeczne przedwczesnego macierzyństwa dla matki, jej dziecka i rodziny), zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV, zapalenia narządów miednicy mniejszej, w tym głównie spowodowane zakażeniem *Chlamydia trachomatis*;

> **skutki pośrednie:** większe ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy u kobiet wcześniej rozpoczynających współżycie seksualne i posiadających wielu partnerów w następstwie większego prawdopodobieństwa zakażenia HPV; niepłodność, ciąża pozamacicz-

na i inne skutki przebytych infekcji; dysfunkcje psychoseksualne w następstwie negatywnych, wczesnych doświadczeń w zaspokajaniu potrzeb seksualnych.

Wyniki badań przeprowadzonych w 2005 r. na reprezentatywnej grupie (N=1403) uczennic szkół ponadgimnazjalnych [Woynarowska i in., 2006] wykazały, że:

> **inicjację seksualną** odbyło 21% dziewcząt 16-letnich i 47% dziewcząt 18-letnich; do rozpoczęcia życia płciowego dziewcząt częściej dochodziło w mieście (36%) niż na wsi (27%) – tabela 1; odsetek dziewcząt, które rozpoczęły współżycie płciowe, był największy w zasadniczych szkołach zawodowych (42%), najmniejszy zaś w liceach ogólnokształcących (30%);

> **prawie co piąta (19%) dziewczyna odbyła stosunek płciowy w wieku 15 lat lub wcześniej;** częściej tak wczesna inicjacja seksualna występowała u dziewcząt w mieście (20%) niż na wsi (12%); w grupie 18-latek średni wiek inicjacji seksualnej wynosił 16,8 lat, najwcześniej rozpoczęły życie seksualne uczennice zasadniczych szkół zawodowych (15,9 lat);

Tabela 1. Zachowania seksualne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r. według miejsca zamieszkania i wieku

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasto	Wieś	16 lat	18 lat
Odbyły stosunek płciowy (% ogółu badanych dziewcząt)	32,8	35,6	26,9	20,6	47,3
Odbyły stosunek płciowy w wieku 15 lat lub wcześniej (% badanych, które odbyły stosunek)	18,8	20,2	12,0	28,8	13,9
Liczba partnerów seksualnych (% badanych, które odbyły stosunek)					
jeden	68,4	68,9	67,2	70,3	67,4
dwóch	18,5	17,6	20,7	17,5	19,3
trzech lub więcej	13,1	13,5	12,1	12,9	13,3
Stosowane metody antykoncepcji w czasie ostatniego stosunku płciowego (% badanych, które odbyły stosunek)					
prezerwatywa	75,2	73,5	80,7	73,5	76,1
stosunek przerywany	35,0	32,0	42,9	31,8	36,5
tabletki antykoncepcyjne	26,8	30,5	16,8	13,9	33,2
metoda naturalna	14,8	14,6	16,0	19,2	12,6
środki chemiczne	6,0	5,5	7,6	4,6	6,6
nie były pewne	2,2	1,5	3,4	5,3	0,7
nie stosowały żadnej metody	9,3	9,5	8,4	13,2	7,3

Źródło: Dane Zakładu Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka [Woynarowska B. i in., 2006].

- > większość (70%) dziewcząt, które rozpoczęły życie seksualne, miała do czasu badania jednego partnera seksualnego; 13% dziewcząt miało trzech lub więcej partnerów, odsetek ten był największy wśród uczennic liceów zawodowych lub profilowanych (19%);
- > w czasie ostatniego stosunku płciowego 9% dziewcząt lub ich partnerzy nie stosowali żadnej metody zapobiegania ciąży; 2% nie było pewnych co do ich stosowania; duży był odsetek dziewcząt, które podały, że stosowały metody o małej skuteczności: stosunek przerywany – 35%, metody naturalne – 15%;
- > najczęściej stosowanym w czasie ostatniego stosunku płciowego środkiem antykoncepcyjnym była prezerwatywa – wymieniła ją 75% dziewcząt; co czwarta dziewczyna (27%) wymieniła tabletki antykoncepcyjne – częściej w mieście (30%) niż na wsi (17%); tylko 6% środki chemiczne; dziewczęta starsze (18-letnie) częściej niż młodsze podawały stosowanie prezerwatyw i tabletek antykoncepcyjnych, rzadziej stosunek przerywany; największe ryzyko niepożądanego ciąży oraz zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową istnieje u uczennic zasadniczych szkół zawodowych: tylko 58% wymieniło prezerwatywę, aż 42% stosunek przerywany i 25% metody naturalne.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

- 1) Wśród dziewcząt w wieku 18 lat kończących szkoły ponadgimnazjalne prawie połowa rozpoczęła współżycie seksualne; wśród dziewcząt, które odbyły inicjację seksualną: co ósma miała trzech lub więcej partnerów seksualnych, w czasie ostatniego stosunku płciowego co dziesiąta nie stosowała żadnej metody zapobiegania ciąży, a połowa korzystała z metod o małej skuteczności.
- 2) Większe ryzyko szkód związanych z wczesną inicjacją seksualną dotyczy dziewcząt zamieszkujących w mieście i uczennic zasadniczych szkół zawodowych oraz liceów profilowanych i zawodowych.
- 3) Dla zmniejszenia zagrożeń dla zdrowia seksualnego i prokreacyjnego młodych ludzi niezbędne jest uzyskanie konsensusu w sprawie edukacji seksualnej w szkole oraz zapewnienie poradnictwa medycznego, „przyjaznego” młodzieży, zgodnie z Europejską strategią dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży [WHO, 2005].

Piśmiennictwo

- Genius S.J., Genius S.K., Managing the sexually transmitted disease pandemic: A time for reevaluation, „Am.J.Obst.Gynaecol.”, 2004; 191, s. 1103–1112.
- Mazur J., Woynarowska B., Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej; tendencje zmian w latach 1990–2004, „Alkoholizm i Narkomania”, 2004, 18(1–2), s. 29–43.
- WHO Europe, European strategy for child and adolescent health and development, World Health Organization, Copenhagen 2005.
- Woynarowska B., Małkowska A., Tabak I., Zachowania seksualne młodzieży w wieku 16 i 18 lat w Polsce, „Ginekologia Polska”, 2006 (w druku).

Zachowania seksualne kobiet

Zbigniew Izdebski

Jaki jest obraz zachowań seksualnych współczesnych Polek? Próbę odpowiedzi na to pytanie oprę na wynikach badań zrealizowanych w 2005 r. na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS na ogólnopolskiej próbie 3200 osób w wieku 15–49 lat, w tym 1585 kobiet [Izdebski Z., 2006].

Dla 12,2% Polek seks odgrywa zdecydowanie istotną rolę w życiu. Dla ponad jednej trzeciej (33,2%) jest on dość ważny, dla ponad jednej czwartej (26,9%) średnio ważny. Dla co dziesiątej badanej kobiety (10,6%) seks jest zupełnie nieistotną częścią życia. Podobna grupa (12,5%) ocenia swoje życie seksualne jako niezbyt istotne. Polki są zadowolone z życia seksualnego. Zdecydowana większość z nich (78,4%) swoje życie seksualne ocenia bardzo dobrze, dobrze lub raczej dobrze. Oceny negatywne stanowią 7% wypowiedzi.

Średnia wieku inicjacji seksualnej dla kobiet w wieku 15–49 lat w 2005 r. wyniosła 18,8 lat. W latach 1997–2005 obniżył się wiek, w którym kobiety zaczynają współżyć seksualnie w porównaniu z poprzednimi turami badań [Izdebski Z., 1987; 2003].

Kobiety biorące udział w badaniu **najczęściej współżyją z partnerem** w sytuacji, kiedy oboje tego chcą. Taką odpowiedź wskazało 69% respondentek. 2% kobiet współżyje najczęściej po spożyciu alkoholu, a 5% robi to na zgodę, np. po kłótni z partnerem.

Ponad połowa (58%) kobiet aktywnych seksualnie w okresie 12 miesięcy używała jakiejś metody zapobiegania ciąży. **Prawie 28% nie stosowało żadnej metody antykoncepcyjnej.** Wśród kobiet, które stosowały antykoncepcję, najpopularniejsze jest używanie przez partnera prezerwatywy. Przyznało się do tego 54% badanych. Na drugiej pozycji znalazły się tabletki antykoncepcyjne (30%), na trzecim miejscu stosunek przerywany (21%).

Wśród kobiet biorących udział w badaniu 2,5% podało, że odczuwa pociąg seksualny do innej kobiety.

➤ **Tabela 1.** Metody zapobiegania ciąży w grupie kobiet stosujących antykoncepcję w ostatnich 12 miesiącach, N=574, 2005 r., w %

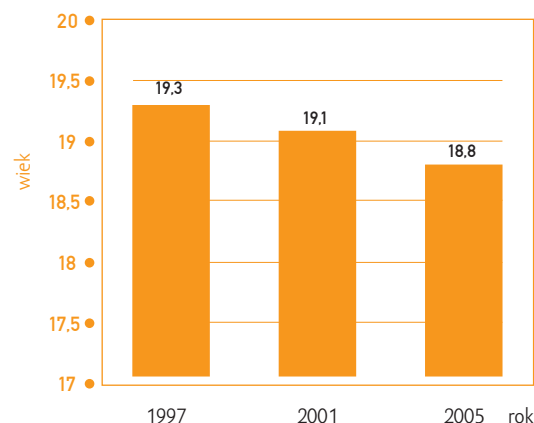
Metody zapobiegania ciąży	Odsetek kobiet
Prezerwatywa	54,4
Tabletki antykoncepcyjne	30,1
Stosunek przerywany	20,7
Kalendarzyk małżeński	15,2
Spirala domaciczna	5,2
Metoda objawowa, termiczna lub objawowo-termiczna	3,8
Globulki/żele/pianki/kremy plemnikobójcze	3,0
Kapturek/krążek dopochwowy	0,3
Inne metody	2,4
Brak odpowiedzi	0,7

Wśród kobiet uczestniczących w badaniu dominującą obawą w relacjach seksualnych jest nieplanowana ciąża. Wyniki badania pokazują, że 4,5% badanych kobiet zrobiło test na obecność HIV. 93% kobiet nigdy nie robiło takiego testu. Zdecydowana większość kobiet (93%) postuluje, aby w szkołach były prowadzone zajęcia z zakresu edukacji seksualnej, przy czym dla 81% jest to kwestia bardzo ważna. Najczęściej wymienianymi tematami, które – zdaniem kobiet – powinny być poruszane na tych lekcjach, są: metody zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (86%), sposoby uchronienia się przed nieplanowaną ciążą (81%), sposoby rozwiązywania konfliktów i budowania trwałych związków uczuciowych (60%) oraz uczenie szacunku do płci przeciwnej (60%).

WNIOSKI I REKOMENDACJE

- 1) Zdecydowana większość Polek jest zadowolona ze swojego życia seksualnego.
- 2) Zwiększa się w Polsce grupa kobiet stosujących antykoncepcję hormonalną.
- 3) Zdecydowana większość badanych kobiet opowiada się za realizacją edukacji seksualnej w szkole.

➤ **Wykres 1.** Średni wiek inicjacji seksualnej kobiet w latach 1997, 2001 i 2005



Źródło: Badania własne – dotyczy wszystkich tabel i wykresów.

➤ **Tabela 2.** Odczuwanie pociągu seksualnego kobiet do osób tej samej płci, N=1585, 2005 r., w %

Pociąg seksualny do osób tej samej płci	Odsetek kobiet
Miałam, ale już nie mam takich odczuć	3,1
Miałam i czasami nadal mam takie odczucia	1,8
Miałam i często nadal mam takie odczucia	0,7
Nie	87,8
Brak danych	6,7

Wykres 2. Sytuacje, w których dochodziło do współżycia seksualnego, kobiety, N=1080, 2005 r., w %

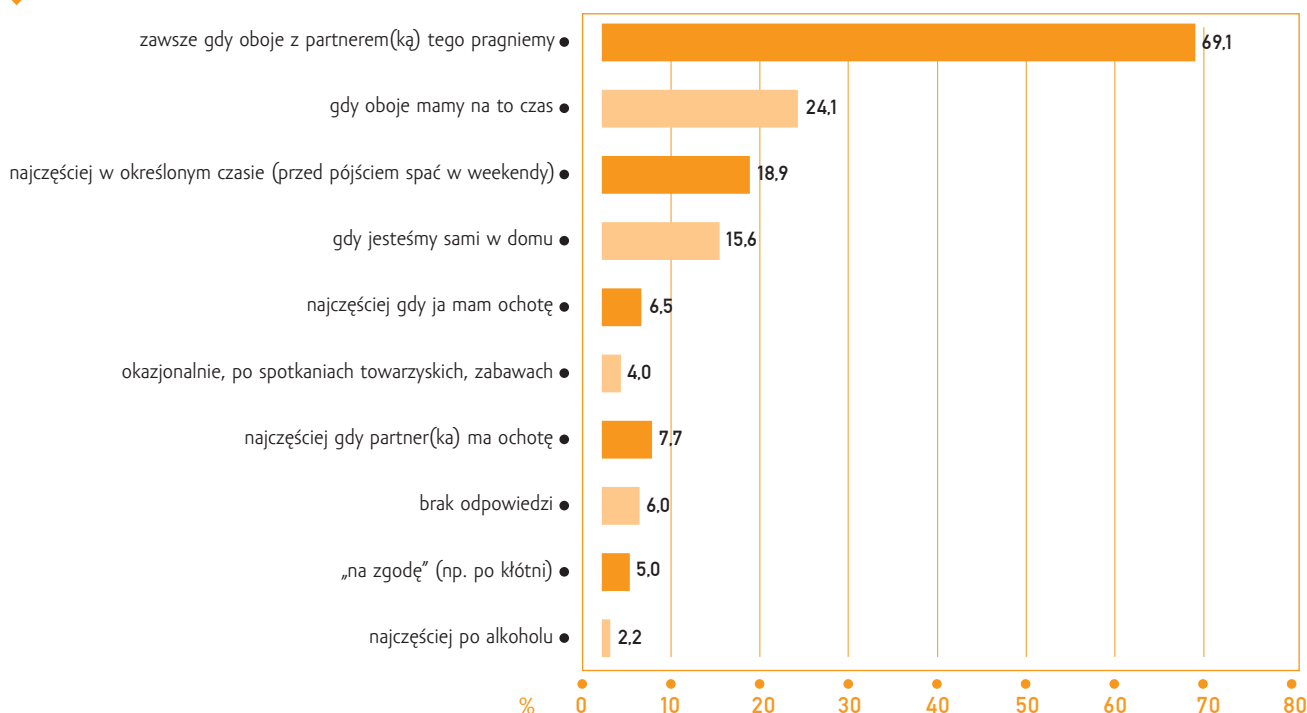


Tabela 3. Obawy kobiet w relacjach seksualnych, N=1585, 2005 r., w %

Rodzaje obaw kobiet w relacjach seksualnych	Odsetek kobiet ogółem	15–17 lat	18–24 lat	25–29 lat	30–39 lat	40–49 lat
Ciąża	66,6	75,6	76,3	74,3	60,8	57,0
Zakażenie HIV	42,0	47,7	47,1	38,2	42,2	38,4
Niesprawdzenie się w seksie	27,4	31,4	29,7	29,7	28,8	22,1
Ocena sprawności seksualnej przez partnera/partnerkę	23,1	26,7	29,9	22,1	19,3	20,2
Zakażenie chorobą przenoszoną drogą płciową (weneryczną)	26,7	20,9	31,2	30,1	24,4	23,9
Ocena wyglądu przez partnera/partnerkę	14,0	16,3	19,2	16,1	14,5	7,2
Poczucie winy	11,8	8,1	10,0	12,0	14,2	11,8
Poczucie grzechu	12,5	9,3	11,2	13,3	14,8	11,8
Nieprzyjemne wspomnienia	10,0	10,5	12,2	8,0	8,4	10,1
Wystąpienie problemów w trakcie współżycia	6,1	8,1	8,0	6,4	4,3	5,5

Piśmiennictwo

Gasparski P., Związek doświadczeń z ocenami prawdopodobieństwa zagrożeń i aktywnością profilaktyczną, w: Zachowanie się w sytuacji ryzyka, red. R. Studenski, Wyd. UŚ, Katowice 2004, s. 149–161.

Izdebski Z., Kwestie społeczne i zachowania seksualne w Polsce w aspekcie problematyki HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001, KC AIDS, Warszawa 2003.

Izdebski Z., Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2006 (w druku).

Izdebski Z., Zachowania prozdrowotne i seksualne w aspekcie HIV/AIDS, MZiOŚ i UNDP, Warszawa 1997.

2. PŁODNOŚĆ, NIEPŁODNOŚĆ I METODY REGULACJI URODZEŃ

Problemy prokreacji i płodności stanowią znaczący element zapisanej historii człowieka i w naszej tradycji judeo-chrześcijańskiej stanowią istotną jej część. Człowiek jest traktowany jako gatunek o ograniczonej płodności z najwyższym wskaźnikiem płodności 35%. Przeciętny miesięczny wskaźnik płodności kształtuje się na poziomie około 20%, przy czym istnieje duża zależność od wieku kobiety. Na ograniczoną płodność ma wpływ wysoki odsetek defektów w gametach (do 65%) niski odsetek zagnieżdżeń embrionów (25–35%), duży odsetek poronień (średnio 15%) oraz wad wrodzonych płodu.

U kobiet przed 30 rokiem życia miesięczny wskaźnik płodności wynosi około 20%, przed 35 rokiem życia około 15% i przed ukończeniem 40 roku i tuż po nim już tylko 5–10%. Według danych australijskich i innych ryzyko niepłodności u pałaczek wzrasta o 60%. U mężczyzn notuje się niepokojące zjawisko pogarszania się parametrów nasienia. Wszystko to sprawia, że mamy do czynienia z wolno narastającym zjawiskiem niepłodności. W klasycznej definicji niepłodności według WHO przyjęto, że możemy mówić o tej chorobie, gdy do ciąży nie dochodzi po roku współżycia płciowego bez stosowania antykoncepcji.

W Polsce nie ma badań oceniających zasięg zjawiska niepłodności. Według szacunków przyjmuje się, że problemy z rozrodem może mieć ponad milion par. Niepłodność i związana z nią bezdzietność jest chorobą, a według WHO wobec dużego jej zasięgu nazywa się chorobą społeczną. Ma ona swoją wyjątkową specyfikę. Jest to zawsze choroba dwojga ludzi (pary), a nie pojedynczej osoby, i tylko urodzenie dziecka leczy tę chorobę. Wpływu niepłodności na zjawiska demograficzne w Polsce nikt do tej pory nie badał.

W ostatnim 15-leciu procesy prokreacyjne w Polsce ulegały bardzo widocznemu załamaniu. Jeśli za wskaźnik oceny prokreacji uczynić wskaźnik dzietności (liczba dzieci na kobietę w wieku 15–49 lat), to jego wartość obniżyła się obecnie do 1,25 (2,25 w 1980 r.), a w niektórych miastach, głównie śląskich, poniżej 1 i stan ten jest oceniany jako krytyczny. Ogólnie przyjmuje się, że za niemożność zajścia w ciążę w 35% przypadków odpowiada partner, w takich samym odsetku partnerka, w 10% przypadków przyczyny można dopatrzeć się u obojga i wreszcie w około 20% przypadków mamy tzw. niepłodność niewyjaśnionego pochodzenia, co w praktyce oznacza, że partnerzy uchodzą za zdrowych, nie ma ciąży i dziecka. Do dyspozycji lekarza jest dość szeroki wachlarz badań diagnostycznych, które pozwalają postawić hipotezę diagnostyczną w niepłodności. Postępowanie terapeutyczne jest uzależnione od rozpoznanej przyczyny. Powinno ono uwzględniać następujące pryncypia.

Po pierwsze – takie leczenie powinno być skuteczne i po drugie – należy dążyć do uzyskania ciąży w najkrótszym czasie, po

najniższych kosztach, przy zastosowaniu najmniej inwazyjnych sposobów leczenia. W zasadzie jest tylko jedno kryterium oceny skuteczności postępowania terapeutycznego w niepłodności, traktowane jako złoty standard – zdrowe dziecko zabrane do domu (taken home baby). Jeśli wyniki oceny nasienia wskazują na oligoastenozoospermie I stopnia, stosuje się najprostsze techniki rozrostu wspomaganego medycznie, inseminacje domaciczne nasieniem męża (intrauterine inseminations, IUI). Skuteczność tych inseminacji jest jednak niezadowalająca i po wykonaniu 4–6 zabiegów nie przekracza 30% ciąż.

Jedynym udowodnionym skutecznym postępowaniem jest zastosowanie pozaustrojowego zapłodnienia z wstrzykiwaniem plemników do komórki jajowej (in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection, IVF/ICSI). Zastosowanie tych ostatnich technik ograniczyło do minimum rolę banków nasienia. Wszystkie opisane techniki rozrodu wspomaganego medycznie są w Polsce wykorzystywane w praktyce. Zaburzenia czynności jajnika stanowią dominującą część żeńskiego czynnika w niepłodności. Wymienione sytuacje kliniczne powinny być leczone w sposób zachowawczy. Wchodzi w rachubę stosowanie antyestrogenów, agonistów dopaminy, gonadotropin (rekombinowane i pozyskiwane z moczu, analogii Gn-RH agoniści i antygonisty) oraz sterydy płciowe. Stosowane w leczeniu zaburzeń jajczkowania leki są w Polsce zarejestrowane i dostępne. Natomiast zasięg zastosowania wymienionych leków, a chodzi głównie o rekombinowane i wysoceoczyszczone gonadotropiny i analogi Gn-RH, jest ograniczony barierą cenową. Leki te są bardzo drogie i w naszym kraju nie są w ogóle refundowane.

Drugi w kolejności żeński czynnik niepłodności – patologie jajowodów – są rozpoznawane i oceniane bądź technikami obrazowania, bądź też endoskopowymi. W zależności od rozpoznania leczenie może być zabiegowe, z bardzo zróżnicowanymi wynikami, albo z wykorzystaniem technik rozrodu wspomaganego medycznie (IVF/ICSI). Obecność patologicznie zmienionych jajowodów zmniejsza o około 60% skuteczność leczenia technikami rozrodu wspomaganego medycznie.

Nadal dość kontrowersyjne pozostaje leczenie endometriozy. W zasadzie nie ma żadnego udowodnionego skutecznego leczenia farmakologicznego. Panuje zgodny pogląd, że należy zabiegowo usuwać torbiele endometrialne i jeśli po próbie biologicznej nie ma ciąży, to istnieje potrzeba stosowania technik rozrodu wspomaganego medycznie. W sytuacji endometriozy minimalnej i średniej, przy prawidłowych jajowodach, wykorzystuje się inseminacje domaciczne, natomiast w bardziej zaawansowanych postaciach największą szansę

na ciężę stanowi IVF. **Proponowane leczenie w Polsce ma wyraźne ograniczenie wynikające z bariery cenowej.** Czynnik szybkowy niepłodności leczy się w sposób racjonalny za pomocą inseminacji domacicznych. Patologie macicy kwalifikują się do korekty zabiegowej z wykorzystaniem technik endoskopowych lub mikrochirurgicznych. Są one w Polsce dostępne i wykonywane, chociaż należy mieć na uwadze fakt ich niezbyt wysokiej skuteczności.

Występują też sytuacje, w których za pomocą dostępnych testów nie jesteśmy w stanie wykazać przyczyny niezachodzenia w ciężę. Wskazuje się na dużą rolę czynnika psychogenego. Takie sytuacje diagnozujemy jako niepłodność niewyjaśnionego pochodzenia (unexplained infertility), a jego zasięg dochodzi do 20%.

Do chwili obecnej nie ma precyzyjnych badań epidemiologicznych, które odpowiadałyby na pytanie jaki jest skumulowany indeks skuteczności leczenia bez ART (assisted reproductive technics). Przyjmuje się, że nie przekracza on 50%. I wtedy rodzi się pytanie, co należy dalej robić. Odpowiedź stanowi zastosowanie ART. Są one rozważane w dwóch zasadniczych kategoriach: jako metody ostatniej szansy, gdy wykorzystano wcześniej inne leczenie zakończone niepowodzeniem, oraz jako metody z wyboru, jedyne.

Kluczowym wyzwaniem dla medycyny rozrodu jest zwiększenie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia za pomocą ART. Skuteczność leczenia, mierzona odsetkiem dzieci zabranych do domu, jest bardzo zróżnicowana i w zasadzie waha się w przedziale 15–25%.

Nie ma również badań epidemiologicznych, które odpowiadałyby na pytanie, jakie jest w Polsce zapotrzebowanie na leczenie niepłodności za pomocą ART. Zasadniczym czynnikiem ograniczającym jest bariera finansowa. Przy zastosowaniu wyliczeń stymulacyjnych i z porównania Polski i Czech (leczenie refundowane) wynika, że zapotrzebowanie w naszym kraju kształtowałoby się w granicach 25–30 tys. rocznie. Natomiast jak wynika z szacunków, w których za punkt wyjścia bierze się zużycie leków do stymulacji jajników, w Polsce wykonuje się około 3,5 tys. zabiegów rocznie. Szczegółowe dane są nieznanne, skoro bowiem nie ma refundacji procedur i leków, nie istnieje również tzw. narodowy rejestr procedur leczniczych w niepłodności. Zrównanie statutu polskich niepłodnych par z parami w krajach Unii Europejskiej jest bezwzględna koniecznością.

Odrębne zagadnienie stanowi regulacja urodzin, chociaż jest ściśle powiązana z problemami rozrodczości.

Jak wynika z danych WHO, każdego dnia w skali światowej mamy do czynienia z 500 tys. cięż nieplanowanych, z których 250 tys. to ciężę niepożądane. Spośród tych ostatnich 150 tys. kończy się aborcją, w tym 50 tys. przerwanych ciąży ma miejsce w warunkach nielegalnych. I co jest najbardziej dramatyczne, to śmierć z tego powodu około 500 kobiet dziennie. Jaki jest

udział Polski w tej statystyce – dokładnie nie wiadomo. Oficjalnie w Polsce nie ma przerwanych ciąży z tzw. wskazań społecznych. Z drugiej strony dość powszechnie sądzi się, że te liczby wcale nie są małe. Według Towarzystwa Planowania Rodziny jest to ponad 50 tys. zabiegów rocznie. Ubezplodnienie kobiet poprzez koagulację lub zakładanie klipsów na jajowody oraz przecinanie i podwiązywanie nasieniowodów u mężczyzn w Polsce jest prawnie zakazane. W doborze i ocenie metod antykoncepcji kluczowe znaczenie ma zastosowanie właściwych kryteriów. U kobiet młodych przez rozrodem najistotniejsze są **skuteczność i odwracalność**, natomiast u kobiet starszych, które mają dzieci i nie zamierzają więcej rodzić, podstawowe znaczenie ma **skuteczność i bezpieczeństwo**. Ważne są również inne, poza-antykoncepcyjne korzyści. Posługując się powyższymi kryteriami, należy dokonać wyboru i proponować odpowiednie metody antykoncepcji. Poważnym ograniczeniem w zastosowaniu metod naturalnych jest stopień wyedukowania kobiet oraz nieregularne cykle miesięczne. Największym mankamentem metod naturalnych jest niska skuteczność, co w praktyce przekłada się na duży odsetek cięż niepożądanych. Wskaźnik Pearl dla tej metody waha się w przedziale 3–35 (liczba cięż na 100 kobiet w ciągu roku). Z różnych powodów akceptacja metody naturalnej jest zróżnicowana.

Abstynencja seksualna obejmuje okres, w którym u kobiet występuje podwyższone libido. Wtedy duży odsetek par, pod hasłem metod naturalnych, bo nic się nie stosuje, szuka rozwiązania w stosunkach przerywanych. Ponadto metoda naturalna nie ma żadnych innych wymiernych korzyści. Wysoką skutecznością odznaczają się wewnątrzmaciczne wkładki antykoncepcyjne. Wskaźnik Pearl dla wkładek kształtuje się w przedziale 0,6–1,5. Nie powinny one być proponowane kobietom młodym, przed rozrodem. Wkładki z miedzią i srebrem nie wykazują innych niż antykoncepcyjne korzyści. Natomiast wkładki z lewonorgestolem mają zastosowanie u kobiet nadmiernymi krwawieniami macicznymi oraz stanowią alternatywę hormonalnej antykoncepcji, tam gdzie jest ona przeciwwskazana (np. kobiety palące papierosy po 35 roku życia). Dostępną w Polsce antykoncepcję hormonalną można podzielić na trzy grupy: dwuskładnikowe, doustne tabletki antykoncepcyjne (jednofazowe i trójfazowe), niskodawkowa progestagenna antykoncepcja (formy iniekcyjne i doustne) oraz przeskórna dwuskładnikowa antykoncepcja. Metody te odznaczają się dwoma kluczowymi walorami: wysoką skutecznością oraz odwracalnością. Wskaźnik Pearl dla tych metod kształtuje się w przedziale 0,1–3,0 i te wyższe wartości występują wtedy, gdy ma miejsce błąd metody (nieregularne przyjmowanie tabletek). Hormonalna antykoncepcja ma wiele innych niekwestionowanych korzyści. Można mówić o ograniczeniu zachorowalności na raka jajnika i endometrium, o rzadszym występowaniu torbieli jajnika i endometriozy, o rzadszym występowaniu łagodnych zmian w gruczołach sutkowych, o możliwości regulacji zaburzonych cykli miesięcznych, o mniejszej częstotliwości

ści ciąży pozamacicznych, o ograniczeniu występowania zespołu napięcia miesięczkowego itp. **Wszystkie preparaty stosowane w hormonalnej antykoncepcji są w Polsce dostępne i prawie wszystkie otrzymuje się za pełną odpłatnością.**

W tym miejscu należy również wymienić tzw. antykoncepcję doraźną. Ma ona zastosowanie wówczas, gdy kobieta w wyniku odbytego stosunku płciowego obawia się ciąży. Podanie dużej dawki lewonorgestrolu nie później niż 72 godz. po odbytym stosunku zabezpiecza kobietę przed niepożądaną ciążą. Trzeba w tym miejscu wspomnieć, że niektórzy lekarze z nie do końca uzasadnionych powodów odmawiają, najczęściej młodym dziewczynom, wystawiania recept. **Nie ma żadnego precyzyjnego rozeznania, jaki jest zakres stosowania poszczególnych metod antykoncepcji w Polsce.** Według raportu United Nations – Department of Economy and Social Affairs – Population Division z 2005 r., który dla Polski zawiera dane z 1991 r., częstotliwość poszczególnych metod jest następująca: 49,4% par nie stosuje żadnej metody, 2,3% – pigułki antykoncepcyjne, 5,7% – wkładki domaciczne, 9,1% – prezerwatywy, 19,3% – metodę rytmu i abstynencji oraz 11,1% – stosunek przerywany.

Badania przeprowadzone przez Millward Brown IMG/KRC na zlecenie jednej z firm farmaceutycznych wiosną 2006 r. pokazują nieco odmienny od wcześniejszego obraz stosowanych metod antykoncepcyjnych w Polsce. Dominującym sposobem jest prezerwatywa – 36%, na drugim miejscu pigułka antykoncepcyjna – 24%, a 19% par nie stosuje żadnego zabezpieczenia. Stosunek przerywany deklaruje 17% kobiet, 12% stosuje kalendarzyk małżeński. Metodę termiczną lub objawowo-termiczną zgłasza 4% kobiet, tyle samo spirale domaciczne. Częstość zastosowania plastra antykoncepcyjnego kształtuje się na poziomie 2%, a globulka dopochwowa i inne – po 1%.

Z zestawionych dwu czasokresów wyłania się korzystny trend, w którym widać, jak zmniejsza się odsetek par współżyjących bez żadnego zabezpieczenia i wyraźnie wzrasta odsetek stosujących hormonalną antykoncepcję. Wprawdzie oficjalne statystyki nie podają skali aborcji w Polsce, ale ogólnie wiadomo, że jedynym skutecznym sposobem ograniczenia tego negatywnego zjawiska jest antykoncepcja poprzedzona rzetelną edukacją seksualną.

Dla młodych kobiet przed rozrodem antykoncepcja musi być odwracalna, a dla tych, które nie zamierzają więcej rodzić, bezpieczna.



3. WADY WRODZONE

Wada wrodzona (pełna nazwa: wrodzona wada rozwojowa) to powstająca w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecna przy urodzeniu wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna, niezależnie od jej etiologii, patogenezы i momentu rozpoznania. Pojęcie to nie obejmuje zaburzeń czysto funkcjonalnych, takich jak choroby metaboliczne, z którymi nie współistnieją wrodzone nieprawidłowości morfologiczne.

WADY WRODZONE JAKO PROBLEM MEDYCZNY I SPOŁECZNY

Światowe badania epidemiologiczne wskazują, że **2–3% dzieci rodzi się z co najmniej jedną poważną wadą rozwojową, a 0,4% dzieci – z zespołem mnogich wad rozwojowych** (uwaga: dalej przedstawiono dokładne dane dotyczące częstości występowania wad wrodzonych w Polsce i w Europie na podstawie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych oraz EUROCAT). Skala problemu jest znacznie większa: aż 10–15% zarodków ludzkich wykazuje poważne wady morfologiczne – większość uszkodzonych w ten sposób zarodków ulega poronieniu samoistnemu.

Wady wrodzone stanowią bardzo ważny problem współczesnej perinatologii jako jedna z zasadniczych przyczyn umieralności okołoporodowej płodów i noworodków. W Polsce wskaźnik umieralności okołoporodowej płodów i noworodków wynosi 8,5/1000, a wskaźnik umieralności niemowląt 6,8/1000 żywych urodzeń (2004 r.). **Wśród przyczyn zgonów niemowląt wady wrodzone zajmują drugie miejsce po chorobach okresu okołoporodowego, wysuwając się na pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów w późnej (postneonatalnej) umieralności niemowląt.** W krajach wysoko rozwiniętych wady wrodzone są najważniejszą przyczyną zgonów niemowląt i takiej sytuacji należy oczekiwać w niedługim czasie również w Polsce [Dolk H., 2005; Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., 2005].

Wysoki udział wrodzonych wad rozwojowych w przyczynach zgonów dzieci nie jest jedynym problemem medycznym i społecznym związanym z wadami. Dzieci z wadami wymagają wieloletniego specjalistycznego postępowania diagnostycznego, terapeutycznego i rehabilitacyjnego, angażującego znaczne środki finansowe. W przypadku wielu wad rozwojowych szybko podjęta i konsekwentnie prowadzona wysokospecjalistyczna opieka medyczna może uratować życie dziecka i zapobiec niepełnosprawności fizycznej w przyszłości. Jednak w przypadku szczególnie poważnych wad wrodzonych, w tym takich, którym towarzyszy niepełnosprawność intelektualna, przywrócenie dziecku zdrowia nie jest możliwe i dziecko pozostaje trwale niepełnosprawne, wymagając przez całe życie wielokierunkowej opieki medycznej i dostosowania się do tej sytuacji całej rodziny. W przypadku dzieci ciężko uszkodzonych, którym rodzina nie jest w stanie zapewnić opieki, niezbędna niekiedy staje się pomoc instytucjonalna.

Poważny problem medyczny i społeczny stanowią zwłaszcza zespoły wad wrodzonych. Większość spośród ponad 3000 wyodrębnionych dotąd zespołów wad należy do tzw. rzadkich chorób (tj. chorób występujących z częstością poniżej 1/2000 urodzeń), które stanowią szczególnie problem dla systemu opieki zdrowotnej.

ETIOLOGIA WAD WRODZONYCH

Etiologia wad wrodzonych jest zróżnicowana. Wady wrodzone mogą powstać zarówno pod wpływem czynników genetycznych, jak i środowiskowych. Uważa się, że w większości wad o poznanej etiologii istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Przyczyną wad wrodzonych mogą być aberracje chromosomowe (6%), mutacje pojedynczych genów (7,5%), mieszane wpływy genetyczno-środowiskowe (20%), zakażenie wewnątrzmaciczne płodu (2%), choroby ciężarnej (3%), teratogeny chemiczne i fizyczne, w tym przyjmowanie przez ciężarną używek i niektórych leków (1,5%). W 50–60% przypadków nie można jednoznacznie określić etiologii wady/wad [Latos-Bieleńska A. i in., 2006; Mazurczak T., 2006].

LECZENIE I PROFILAKTYKA WAD WRODZONYCH

Mimo zwiększających się systematycznie możliwości diagnostyki wad rozwojowych i chorób genetycznych oraz wprowadzania nowych metod terapii, w dalszym ciągu leczenie większości z nich jest objawowe, a korekcja chirurgiczna, kompleksowa stymulacja rozwoju i rehabilitacja są postępowaniem z wyboru. W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera profilaktyka – zarówno pierwotna (I stopnia), mająca na celu niedopuszczenie do wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju zarodka i płodu, jak i wtórna (II stopnia), zmniejszająca stopień uszkodzenia dziecka i zapobiegająca wystąpieniu wad u następnych osób w rodzinie [Mazurczak T., 2006].

Możliwości profilaktyki pierwotnej wad wrodzonych są ograniczone i zależą od etiologii wad. Stosunkowo dobre efekty można uzyskać w przypadku wad uwarunkowanych wieloczynnikowo (mieszane wpływy genetyczno-środowiskowe), a szczególnie dobrym przykładem jest profilaktyka wad cewy nerwowej poprzez wzbogacenie diety kobiet w wieku prokreacyjnym w kwas foliowy – program ten wprowadziło wiele krajów, w tym Polska. Zapobieganie wystąpieniu wad o niegenetycznej etiologii

odbywa się poprzez unikanie przed i w czasie ciąży ekspozycji na działanie czynników teratogennych (np. niektóre leki, alkohol czy patogeny biologiczne). W przypadku wad wrodzonych o etiologii genetycznej najważniejszym działaniem w profilaktyce jest identyfikacja rodzin ryzyka genetycznego w populacji i objęcie ich poradnictwem genetycznym. Biorąc pod uwagę fakt, że większość wad rozwojowych o poznanej etiologii powstaje przy udziale czynników genetycznych, ten kierunek działań profilaktycznych jest szczególnie ważny (patrz uzupełnienie do rozdziału) [Mazurczak T., Poradnictwo..., 2004; Mazurczak T., Nowoczesne..., 2004].

W profilaktyce wtórnej (II stopnia) wad wrodzonych szczególna rola przypada diagnostyce prenatalnej. Prenatalne wykrycie wad u płodu nie tylko ma decydujące znaczenie dla sposobu prowadzenia ciąży i porodu, ale jest coraz częściej wstępem do terapii płodu. Innym elementem profilaktyki wtórnej są populacyjne i selektywne programy badań przesiewowych noworodków w kierunku określonych chorób i wad genetycznych (np. wrodzone zwichnięcie stawów biodrowych). Celem tych badań jest wczesne ustalenie rozpoznania choroby i niezwłoczne rozpoczęcie leczenia.

Informacje na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej wad wrodzonych, z uwzględnieniem szczególnej roli poradnictwa genetycznego, przedstawiono w uzupełnieniu do rozdziału [Bocian E. i in., 2001; Mazurczak T., 2006].

WADY WRODZONE W POLSCE NA TLE INNYCH KRAJÓW EUROPY

Podstawą monitorowania częstości występowania oraz rodzajów wad wrodzonych w populacji, a także identyfikacji czynników ryzyka są rejestry wad wrodzonych. Monitorowanie wad wrodzonych stanowi podstawę racjonalnego planowania zarówno programów profilaktycznych w kraju, jak i planowania oraz organizacji specjalistycznego leczenia i opieki dla dzieci z wadami rozwojowymi i ich rodzin. Rejestr wad, obejmujący aktualnie 84% terytorium Polski i monitorujący ponad 300 tys. urodzeń rocznie, działa w Polsce od 1998 r. – jest to Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR), od 2001 r. włączony w sieć rejestrów europejskich, jaką jest EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies). EUROCAT obejmuje aktualnie 43 rejestry w 20 krajach Europy (patrz uzupełnienie do rozdziału), monitorując ponad 1,5 mln urodzeń rocznie. Poprzez przynależność do EUROCAT, PRWWR jest częścią systemu monitorowania i profilaktyki wad wrodzonych w Europie i na świecie. Informacje dotyczące PRWWR oraz dane dotyczące częstości występowania i rodzajów wad rozwojowych w Polsce znajdują się na stronie internetowej www.rejestrwad.pl. Informacje dotyczące EUROCAT można znaleźć na stronie www.eurocat.ulster.ac.uk [Dolk H., 2005; Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryluk A., 2005; Latos-Bieleńska A. i in., 2002; Latos-Bieleńska A., 2006]. Cele i zadania PRWWR oraz EUROCAT, struktura organizacyjna PRWWR oraz

sposób gromadzenia informacji o wadach zostały przedstawione w uzupełnieniu do rozdziału.

Gromadzenie przez PRWWR wielu różnorodnych danych (m.in. przebieg ciąży, prenatalna ekspozycja na czynniki mutagenne i teratogenne, wiek, wykształcenie, zawód i stan zdrowia rodziców, miejsce zamieszkania matki, poprzednie ciążę, wywiad rodzinny, prenatalne rozpoznanie wady, przyjmowanie przez kobietę kwasu foliowego) umożliwia prowadzenie analiz epidemiologicznych i etiologicznych. Do PRWWR zgłaszane są wady rozwojowe rozpoznane do ukończenia przez dziecko drugiego roku życia, dlatego poniższe informacje o częstości występowania wad wrodzonych dotyczą dzieci urodzonych na terenie kraju objętym PRWWR w latach 1998–2003 [Latos-Bieleńska A. i in., 2006].

1) Częstość występowania wszystkich dużych wad wrodzonych w Polsce (13 województw objętych PRWWR, lata 1998–2003) wynosiła 196,28/10 tys. urodzeń, co oznacza, że **aktualnie w Polsce rocznie rodzi się ponad 7 tys. dzieci z co najmniej jedną poważną wadą rozwojową**. Częstość występowania wad rozwojowych we wszystkich krajach objętych EUROCAT wynosi 249,15/10 tys. urodzeń. Obserwowane różnice wynikają ze zróżnicowanej rejestracji pewnych wad (np. dysplazji stawów biodrowych), późniejszego rozpoznawania w Polsce niektórych wad rozwojowych narządów wewnętrznych (np. układu moczowego) oraz – w mniejszym stopniu – niepełnego zgłaszania niektórych wad wcześniej letalnych (np. bezmózgowia). Podobną jak w Polsce częstość występowania wad rozwojowych odnotowuje się w Bułgarii (185,58), Wielkiej Brytanii (180,28–194,81), Hiszpanii (179,93) i Holandii (203,30/10 tys. urodzeń).

2) Płeć dziecka a wady rozwojowe. W Polsce wrodzone wady rozwojowe występują częściej u chłopców (211,81/10 tys. żywych urodzeń) niż u dziewczynek (175,45/10 tys. żywych urodzeń). Istnieją także statystycznie istotne różnice w częstości występowania wad wśród dzieci płci żeńskiej i męskiej w odniesieniu do poszczególnych rodzajów wad. U dziewczynek częściej występują wady układu nerwowego (chłopcy : dziewczynki 1: 1,26) i nieznacznie częściej wady serca (1:1,08), natomiast u chłopców częściej występują wady rozwojowe narządów płciowych (chłopcy : dziewczynki 14,21:1), wady układu moczowego (1,72:1), mięśniowo-szkieletowego (1,16:1), rozszczep wargi i/lub podniebienia (1,15:1), wady przewodu pokarmowego (1,22:1) oraz wady mnogie (1,18:1). Wady spowodowane aberracjami chromosomowymi występują z jednakową częstością u obu płci.

3) Wady rozwojowe a miejsce zamieszkania matki. Nieco większe ryzyko urodzenia dziecka z wadą rozwojową mają kobiety mieszkające w mieście (195,86/10 tys. żywych urodzeń) niż na wsi (180,37/10 tys. żywych urodzeń) (1,09:1, różnica istotna statystycznie).

4) Wady rozwojowe a wykształcenie matki. Istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy wykształceniem matki

a częstością występowania wad u dziecka. **Największe ryzyko urodzenia dziecka z wadą rozwojową stwierdza się u kobiet z wykształceniem podstawowym** (198,80/10 tys. żywych urodzeń), mniejsze z wykształceniem zasadniczym zawodowym (158,98/10 tys.), najmniejsze ze średnim i wyższym (odpowiednio 142,49 i 144,69/10 tys. żywych urodzeń).

5) Częstość występowania wybranych rodzajów wad rozwojowych w Polsce na tle innych krajów europejskich (dane dotyczą dzieci żywo urodzonych, lata 1998–2003; tabela 2 w uzupełnieniu do rozdziału):

a) Wady cewy nerwowej

Monitorowanie wad cewy nerwowej jest szczególnie ważne ze względu na opracowanie skutecznej pierwotnej profilaktyki tej wady (przyjmowanie przez kobiety ciężarne preparatów kwasu foliowego). **W Polsce częstość występowania wad cewy nerwowej wynosi 8,61/10 tys. żywych urodzeń i jest znacznie wyższa niż średnia dla wszystkich krajów EUROCAT, wynosząca 2,97/10 tys. żywych urodzeń.** Podobną do Polski częstość występowania wad cewy nerwowej u dzieci żywo urodzonych obserwuje się w Irlandii (8,43/10 tys. żywych urodzeń) oraz na Malcie (8,12/10 tys. żywych urodzeń), gdzie obowiązuje podobne do polskiego prawodawstwo dotyczące warunków przerywania ciąży i podobne nastawienie społeczne do tej kwestii. Zbliżona do Polski częstość występowania wad cewy nerwowej dotyczy Bułgarii (7,81/10 tys. żywych urodzeń) i Danii (6,48/10 tys. żywych urodzeń). **Bezmózgowie:** W Polsce częstość występowania bezmózgowia wynosi 1,39/10 tys. żywych urodzeń i jest najbardziej zbliżona do Malty (1,22), a mniejsza niż w Irlandii (2,59), przy 0,41 dla wszystkich krajów EUROCAT łącznie. **Rozszczep kręgosłupa:** Częstość występowania tej wady u dzieci żywo urodzonych jest w Polsce jedną z najwyższych w Europie i wynosi 6,17/10 tys. żywych urodzeń, większą częstość występowania tej wady u dzieci żywo urodzonych odnotowano jedynie w Bułgarii (7,29), a nieco mniejszą, ale porównywalną do Polski, stwierdzono w Danii (5,86), na Malcie (5,28) oraz w Irlandii (5,19). Średnia częstość występowania rozszczepu kręgosłupa w krajach EUROCAT wynosi 2,24/10 tys. żywych urodzeń. Niska średnia częstość występowania wad cewy nerwowej (bezmózgowie, rozszczep kręgosłupa, przepuklina mózgowa) u dzieci żywo urodzonych w krajach EUROCAT wynika z tego, że w większości krajów objętych EUROCAT prenatalna wykrywalność tej grupy wad jest wysoka, a rodzina podejmuje zazwyczaj decyzję o ukończeniu ciąży.

b) Wrodzone wady serca

Częstość występowania wrodzonych wad serca w Polsce określono na 72,09/10 tys. wszystkich urodzeń, przy 63,76 średniej częstości w krajach EUROCAT. Częstość występowania poszczególnych rodzajów wad serca w Polsce jest podobna do średniej dla krajów EUROCAT.

c) Zniekształcenia zmniejszające kończyn

Te poważne wady rozwojowe, najczęściej o niegenetycznej etiologii, występują w Polsce z częstością 7,12/10 tys. żywych urodzeń, a w EUROCAT 4,41/10 tys. żywych urodzeń i 6,22/10 tys. wszystkich (żywych i martwych) urodzeń. Wyższą od Polski częstość odnotowano tylko w Irlandii (7,46/10 tys. żywych urodzeń).

d) Rozszczep wargi i/lub podniebienia

W Polsce częstość występowania tej wady wynosi 17,06/10 tys. urodzeń i jest większa od średniej dla krajów EUROCAT (14,60/10 tys. urodzeń).

e) Spodziectwo

W Polsce częstość występowania spodziectwa określono na 13,08/10 tys. żywych urodzeń chłopców, przy 10,86 w EUROCAT. Największą częstość występowania spodziectwa w Europie zanotowano na Malcie (38,59), a podobną jak w Polsce także w Holandii (14,07), Belgii (13,52), Francji 12,22) i Irlandii (12,97/10 tys. żywych urodzeń chłopców).

f) Zespół Downa

W Polsce częstość występowania zespołu Downa określono na 14,63/10 tys. żywych urodzeń, przy średniej częstości występowania w krajach objętych EUROCAT 9,48. Najwyższą częstość występowania zespołu Downa zaobserwowano w Irlandii (24,31/10 tys. żywych urodzeń) i na Malcie (20,72/10 tys. żywych urodzeń), a podobną do Polski w Bułgarii (12,54) i Wielkiej Brytanii (11,37–13,02).

6) Diagnostyka prenatalna wad rozwojowych. W Polsce około 12% wad rozwojowych jest rozpoznawanych prenatalnie (inwazyjne i nieinwazyjne metody diagnostyki, lata 2001–2004). Istnieje statystycznie istotna zależność między miejscem zamieszkania matki a prenatalnym rozpoznaniem wady. 13,6% wad wrodzonych było rozpoznanych prenatalnie, jeśli matka mieszkała w mieście >100 tys. mieszkańców, 12,4% – jeśli w mieście <100 tys. mieszkańców i 10,9% – jeśli na wsi. Podobna zależność pojawia się przy analizie wykształcenia matki. **W latach 2002–2004 prenatalnej diagnostyce chorób genetycznych metodami inwazyjnymi poddało się w Polsce 10 448 kobiet.**

7) Przyjmowanie kwasu foliowego przez kobiety ciężarne systematycznie wzrasta. Informacje uzyskane od kobiet, które urodziły w Polsce dziecko z wadą rozwojową, wykazały, że w 2001 r. około 42% z nich przyjmowało w czasie ciąży kwas foliowy, a w 2003 r. – 64%. Największy odsetek ciężarnych przyjmujących kwas foliowy jest wśród kobiet z wykształceniem wyższym (68%) i pomaturalnym (64%), najniższy z wykształceniem podstawowym (31%) i zasadniczym zawodowym (41%). Jednak tylko w nieco ponad 7% przypadków kwas foliowy był przyjmowany przed ciążą, w pozostałych przypadkach dopiero po rozpoznaniu ciąży, zatem zbyt późno na działanie profilaktyczne. EUROCAT zaleca wprowadzenie wzbogacania niektórych produktów żywnościowych kwasem foliowym.

REKOMENDACJE

- 1) Wobec częstszego występowania w Polsce niektórych wad wrodzonych (w porównaniu ze średnią częstości ich występowania w Europie), temu aspektowi zdrowia prokreacyjnego, jakim jest zwiększone ryzyko urodzenia dziecka z wadami wrodzonymi, należy poświęcić szczególną uwagę – zarówno w odniesieniu do zabezpieczenia adekwatnej opieki medycznej, jak i szeroko pojętej profilaktyki.
- 2) Należy stworzyć sieć wysoko specjalistycznych ośrodków (centrów referencyjnych) dysponujących najnowocześniejszymi metodami diagnostyki, leczenia i rehabilitacji dzieci z wadami rozwojowymi, czemu towarzyszyć musi rzeczywiste zwiększenie nakładów finansowych na badania naukowe nad etiopatogenezą wad wrodzonych i zaburzeń rozwoju. Postęp w zakresie diagnostyki i leczenia wad ma bowiem bezpośredni związek z zakresem i wynikami tych prac badawczych. Stanowią one m.in. podstawę do opracowywania nowych koncepcji leczenia wad rozwojowych i metod ich zapobiegania.
- 3) Rodzinom, w których urodziło się dziecko z wadą rozwojową, należy zapewnić dostęp do wysokospecjalistycznej pomocy medycznej i objąć je systemem opieki genetycznej. Porada genetyczna, która stanowi istotę profilaktyki genetycznie uwarunkowanych wad wrodzonych (większość wad), zawiera informacje istotne dla kształtowania postaw prokreacyjnych, w tym informacje o ryzyku ponownego urodzenia dziecka z wadą wrodzoną oraz współczesnych możliwościach pomocy medycznej i metod profilaktyki.
- 4) Należy systematycznie upowszechniać wiedzę dotyczącą poznanych czynników (genetycznych i środowiskowych) pro-

wadzących do zaburzeń rozwoju dziecka, manifestujących się m.in. obecnością wrodzonych wad rozwojowych. Dotyczy to szczególnie środowisk i osób w wieku przed- i prokreacyjnym. Należy rozwijać publiczną debatę na ten temat, wpływając tym samym na pogłębienie wiedzy społeczeństwa o istocie zaburzeń rozwoju dzieci, zapobiegając utrwalaniu się – funkcjonujących w niektórych środowiskach – nieracjonalnych stereotypów dotyczących przyczyn powstawania wrodzonych wad rozwojowych.

- 5) Trzeba kontynuować program pierwotnej profilaktyki wad wrodzonych poprzez przyjmowanie przez kobiety w wieku prokreacyjnym kwasu foliowego. Zalecane jest wprowadzenie wzbogacania w kwas foliowy niektórych produktów żywnościowych.
- 6) Konieczne jest stałe monitorowanie częstości występowania i rodzajów wad wrodzonych w populacji polskiej poprzez kontynuację Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, także w kontekście terytorialnego ich rozmieszczenia oraz identyfikacji czynników ryzyka. Szczególną uwagę należy poświęcić tym wadom rozwojowym, których częstość występowania w Polsce jest wyższa od średniej europejskiej. Rejestr wad należy rozszerzyć na cały kraj, a informacje z PRWWR wykorzystywać do racjonalnego planowania środków na wielospecjalistyczną opiekę medyczną dla dzieci z wadami wrodzonymi.
- 7) Należy kontynuować i rozwijać współpracę międzynarodową dotyczącą monitorowania wad wrodzonych na forum EURO-CAT oraz wspierać uczestnictwo Polski w europejskich i światowych programach monitorujących i profilaktycznych.

Piśmiennictwo

- Bocian E., Jakubów-Durska K., Mazurczak T., Retrospektywna analiza 1043 wyników prenatalnych badań cytogenetycznych w kontekście przydatności diagnostycznej FISH interfazowej, „Ginekologia Polska”, 2001, 72, s. 449–455.
- Dolk H., EUROCAT: 25 years of European surveillance of congenital anomalies, „Arch.Dis.Child Fetal. Neonatal Ed.”, 2005, 90, s. 355–358.
- Eurocat** Folic Acid Working Group: Eurocat Special Report: Prevention of Neural Tube Defects by Periconceptional Folic Acid Supplementation in Europe 2005.
- GUS, Rocznik Demograficzny, Warszawa 2005.
- Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., Polish Registry of Congenital Malformation – aims and organizations of the Registry monitoring 300 000 births a year, „J.Appl.Genet.”, 2005, 46(4), s. 341–348.
- Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A. i in., Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych, red. A. Latos-Bieleńska, OWN, Poznań 1998.
- Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., Mejnartowicz J. i in., Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 1998–1999. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, red. A. Latos-Bieleńska, A. Materna-Kiryłuk, OWN, Poznań 2002.
- Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., Mejnartowicz J. i in., Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2000–2002. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, red. A. Latos-Bieleńska, A. Materna-Kiryłuk, OWN, Poznań 2006.
- Mazurczak T., Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej – aspekty etyczne i prawne, red. T. Mazurczak, PWN, Warszawa 2004.
- Mazurczak T., Poradnictwo genetyczne – czym jest i jakim być powinno, „Medical Science Review”, GENETYKA 2004, s. 11–17.
- Mazurczak T., Nowoczesne metody diagnostyki chorób genetycznych w pediatrii, „Pediatria po Dyplomie”, 2004, wyd. spec., s. 38–48.
- Mazurczak T., Poradnictwo i profilaktyka w chorobach genetycznie uwarunkowanych. Biologia molekularna w medycynie. Elementy genetyki klinicznej, red. J. Bal, PWN, Warszawa 2006.

4. PRZERYWANIE CIĄŻY

Dostępność i możliwość przerywania ciąży w krajach europejskich jest uzależniona od regulacji prawnych, które są odbiciem różnic kulturowych, statusu ekonomicznego oraz przekonań religijnych mieszkańców Europy.

PRAWO

W Polsce kodeks karny z 1932 r. pozwalał na dokonanie przerywania ciąży w przypadku, gdy była ona wynikiem przestępstwa (gwałt, kazirodztwo, stosunek z osobą niepoczytalną) oraz ze względu na zagrożenie zdrowia i życia kobiety. Kodeks ten obowiązywał do 1956 r. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży dawała możliwość dokonania tego zabiegu ze względu na ciężkie położenie materialne oraz trudną sytuację życiową kobiety. Dnia 7 stycznia 1993 r. przyjęto ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (DzU nr 17, poz. 78 z późn. zm).

Obecnie prawo polskie dopuszcza przeprowadzenie przerywania ciąży w trzech przypadkach:

- 1) jeżeli ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety, stwierdzone przez lekarza innego niż ten, który dokonuje przerywania ciąży;
- 2) jeżeli badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, co zostało stwierdzone przez lekarza innego niż ten, który dokonuje zabiegu;
- 3) jeżeli zachodzi – potwierdzone przez prokuratora – podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

W przypadkach określonych w pkt. 2 przerywanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, natomiast w przypadku określonym w pkt. 3, jeżeli od początku ciąży nie minęło więcej niż 12 tygodni. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. (DzU nr 9, poz. 49) zaistnienie okoliczności wskazanych w pkt. 1 stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej. Wystąpienie okoliczności określonych w pkt. 2 potwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty – orzekający o wadzie genetycznej płodu na podstawie badań genetycznych lub lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii – orzekający o wadzie rozwojowej płodu na podstawie obrazowych badań ultrasonograficznych wykonanych u kobiety ciężarnej. W przypadku trzecim wystąpienie okoliczności potwierdza prokurator. Do przerywania ciąży potrzebna jest pisemna zgoda kobiety,

a w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej – pisemna zgoda jej ustawowego przedstawiciela. W przypadku małoletniej, która ukończyła 13 lat, potrzebna jest zgoda pisemna jej samej; w przypadku małoletniej poniżej 13 roku życia – zgoda sądu opiekuńczego, jednak dziewczynka też ma prawo wyrazić swoją opinię. Kobietom objętym ubezpieczeniem społecznym przysługuje prawo do bezpłatnego zabiegu w szpitalach publicznych. Lekarze mają prawo skorzystać z „klauszuli sumienia” i odmówić wykonania zabiegu pod warunkiem, że zwłoka nie spowoduje zagrożenia dla życia kobiety, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W tej sytuacji lekarz ma obowiązek wskazania innego lekarza dokonującego takich zabiegów, a każda decyzja odmowna powinna zostać odnotowana w dokumentacji szpitalnej. Każdy zabieg przerywania ciąży, który wykracza poza kwalifikacje wyszczególnione w ustawie, jest karalny, a osoba przerywająca ciążę z naruszeniem przepisów ustawy podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej albo badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego, nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, zabieg przerywania ciąży może być przeprowadzony wyłącznie w szpitalu. Natomiast w sytuacji uzasadnionego podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, może on być dokonywany także w warunkach ambulatoryjnych, w tym w gabinetach prywatnych (w ramach indywidualnych praktyk lekarskich).

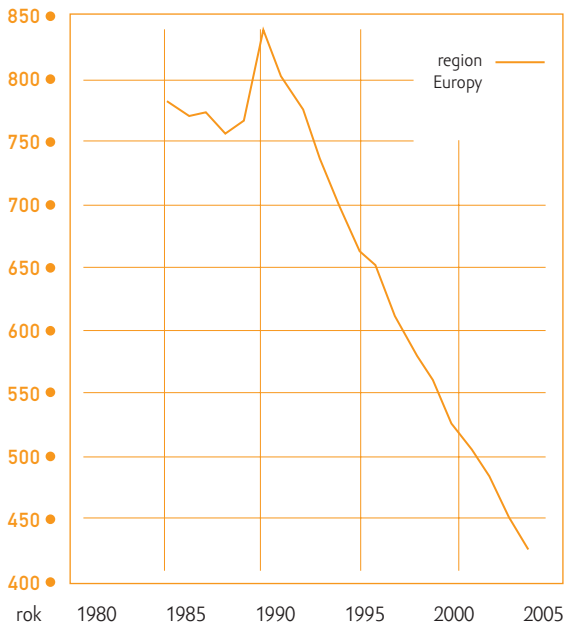
Od lat 50. wiele krajów europejskich złagodziło prawo dotyczące przerywania ciąży, głównie z powodu wysokiej umieralności i chorobowości kobiet, u których dokonano tego zabiegu. Przerywanie ciąży jest całkowicie zabronione na Malcie, dopuszczalne „dla ratowania życia matki” w Irlandii, ze względu na „ochronę zdrowia psychicznego matki” w Portugalii, Hiszpanii i Szwajcarii, „ze względów społecznych” w Wielkiej Brytanii i w Finlandii oraz „na życzenie” w Albanii, Austrii, Białorusi, Bośni i Hercegowinie, Bułgarii, Chorwacji, Republice Czeskiej, Danii, Estonii, Francji, Niemczech, Grecji, Węgrzech, Łotwie, Macedonii, Holandii, Norwegii, Rumunii, Federacji Rosyjskiej, Republice Słowacji, Szwecji, Ukrainie, Turcji i w Jugosławii [Pinter B. i in., 2005].

STATYSTYKI ZABIEGÓW PRZERYWANIA CIĄŻY W POLSCE I W EUROPIE

Od połowy lat 80. w regionie Europy obserwuje się istotny spadek liczby przerwanych ciąży.

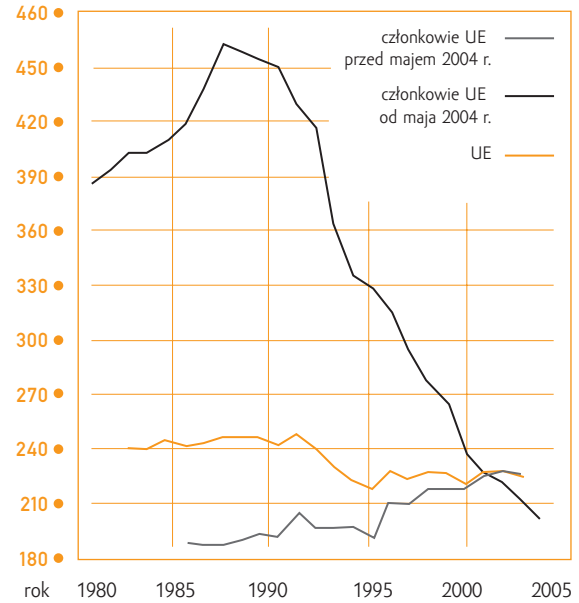
Tak istotny spadek dokonał się głównie poprzez zmniejszenie liczby przerwanych ciąży w Europie Środkowej, w tym w krajach – nowych członkach Unii Europejskiej.

Wykres 1. Przerwania ciąży/1000 żywych urodzeń

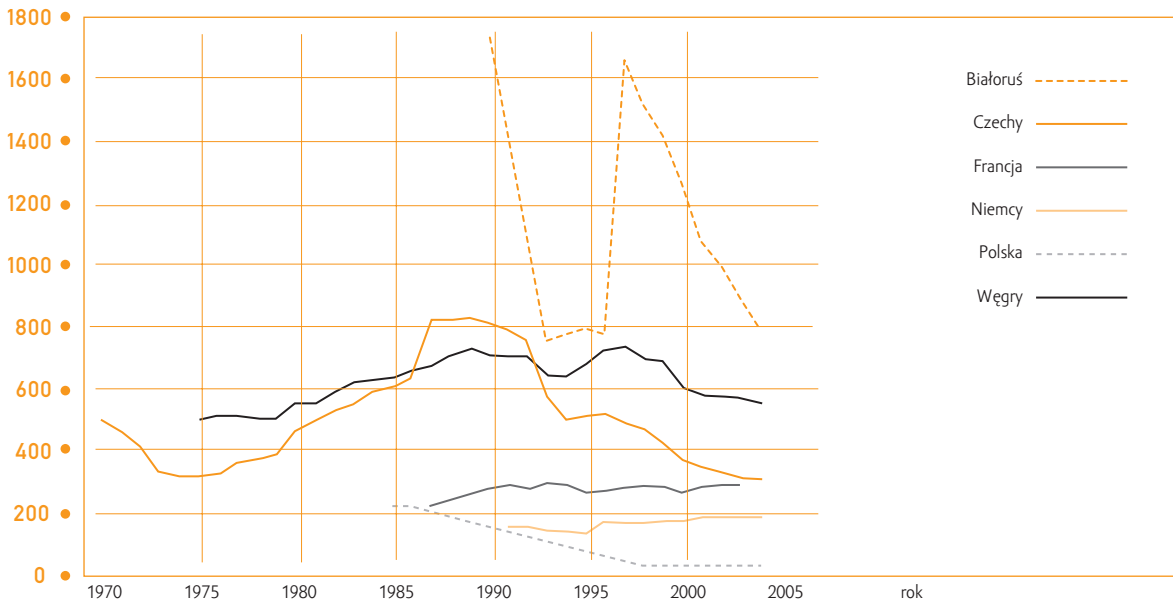


Źródło: WHO/Europe, European HFA Database, June 2006
- dotyczy wszystkich wykresów.

Wykres 2. Przerwania ciąży/1000 żywych urodzeń




Wykres 3. Przerwania ciąży/1000 żywych urodzeń



W Polsce dokładna liczba zabiegów przerwania ciąży nigdy nie była znana. W tym zakresie nie prowadzi się badań naukowych, a oficjalna liczba zgłoszonych zabiegów przerwania ciąży w Polsce pozostaje w logicznej sprzeczności ze statystykami innych krajów europejskich, liczbą urodzeń oraz liczbą poronień samoistnych w kraju. Podawane w różnych publikacjach szacunkowe liczby dokonanych w Polsce zabiegów przerwania ciąży różnią się tak znacznie (od 7 tys. do 200 tys.), że trudno je traktować poważnie w kategoriach rzetelnej prawdy naukowej.

Jedynym oficjalnym źródłem wiedzy na temat statystyki przeprowadzonych zabiegów przerwania ciąży w Polsce pozostają coroczne sprawozdania Rady Ministrów z wykonania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r.

Z tych sprawozdań wynika, że w roku 2005 zarejestrowano 225 zabiegów przerwania ciąży, a dane statystyczne dotyczące zabiegów przerwania ciąży przeprowadzonych w ostatnich latach w Polsce przedstawia tabela 1.

 Tabela 1. Urodzenia żywe, przerwanie ciąży oraz poronienia samoistne w Polsce w latach 1965–2005

Rok	Urodzenia żywe w tys.	Ogólna liczba zabiegów przerwania ciąży (w szpitalach)	Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	Z powodu wskazań medycznych odnoszących się do płodu	W wyniku czynu zabronionego	Poronienia samoistne
1965	546,4	168 587				66 797
1970	546,0	148 219				65 103
1975	643,8	138 634				73 273
1976	670,1	140 909				74 455
1977	662,6	143 486				73 047
1978	666,3	145 630				77 658
1980	692,8	137 950				68 757
1981	678,8	132 894				69 879
1982	702,4	138 977				77 053
1983	720,8	130 980				74 011
1984	699,0	132 844				76 378
1985	677,6	135 564				72 785
1986	634,7	129 716				68 006
1987	605,5	123 534				66 751
1988	587,7	105 333				59 076
1989	562,5	34 994				59 549
1990	545,8	23 875				59 454
1991	549,0	11 988				55 992
1992	513,6	4 442				51 802
1993	492,9	685				53 057
1994	481,3	782	689	74	19	46 970
1995	433,1	559	515	33	7	45 300
1996	428,2	489	442	39	8	45 054
1997	412,7	3 047	409	107	7	44 185
1998	395,6	310	211	46	53	43 959
1999	382,0	145	94	50	1	41 586
2000	378,3	138	81	55	2	41 007
2001	368,2	124	63	56	5	40 559
2002	353,7	159	71	82	6	41 707
2003	351,1	174	59	112	3	41 381
2004	357,9	193	62	128	3	42 183
2005	364,4 lub 362,5 CSIOZ	225	54	168	3	40 754

Źródło: Sprawozdania Rady Ministrów z wykonywania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży oraz o skutkach jej stosowania i CSIOZ na podstawie MZ-29.

➤ Tabela 2. Zgon kobiety jako następstwo przerwania ciąży w Polsce w latach 1999–2004

Rok	Liczba zgonów
1999	0
2000	0
2001	1
2002	0
2003	0
2004	0
2005	1

Do roku 1994 nie podawano wskazań, z jakich dokonano zabiegu przerwania ciąży. Od 1993 r. określa to ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r.

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że **Polska należy do krajów o najniższej liczbie wykonywanych zabiegów przerwania ciąży w Europie** [WHO/Europe, 2006].

Z badań WHO wynika, że w latach 80. w Polsce rejestrowana liczba zabiegów przerwania ciąży była podobna do notowanej obecnie w Niemczech lub we Francji. W większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej przeprowadzone badania populacyjne wskazują na znacznie wyższą liczbę przeprowadzonych zabiegów przerwania ciąży, niż to przedstawiają oficjalne statystyki [Reproductive..., 2003; WHO/Europe, 2006]. W tych samych badaniach zwraca uwagę pozytywna korelacja pomiędzy stosowaniem naturalnych metod planowania rodziny a liczbą przeprowadzonych zabiegów przerwania ciąży. Im bardziej powszechne jest stosowanie tradycyjnych, naturalnych metod planowania rodziny, tym większa częstość przeprowadzonych zabiegów przerwania ciąży [Reproductive..., 2003].

Zgon kobiety jako następstwo przerwania ciąży zdarza się w Polsce bardzo rzadko.

Rządowe statystyki krajów Europy Środkowej i Wschodniej podają, że od 15% do 50% wszystkich zgonów matek ma związek z przerwaniem ciąży, podczas gdy w USA problem ten dotyczy około 4% kobiet, u których dokonano tego zabiegu [Reproductive..., 2003]. Te same źródła podają, że **u około 14% kobiet z regionu Europy Środkowej i Wschodniej dochodzi do poważnych powikłań po zabiegu przerwania ciąży w postaci: krwotoków (5,7%), bóli okolicy miednicy mniejszej (4,5%), zakażenia (5,5%) i gorączki (3,3%)** [Reproductive..., 2003].

Dostępne dane na temat przerywania ciąży w Polsce dotyczą głównie liczby przeprowadzonych oficjalnie zabiegów przerwania ciąży oraz najgroźniejszego powikłania tego zabiegu – zgonu matki.

W Polsce brakuje badań, które dałyby odpowiedzi na pytania:
 > Kim są kobiety, u których przeprowadzono zabieg przerwania ciąży?

> Jakie mają wykształcenie, wiek, status ekonomiczny?

> Jakie stosowały metody planowania rodziny?

> Jakie były przyczyny decyzji o przerwaniu ciąży?

> Jakich powikłań i urazów zdrowotnych oraz psychicznych doświadczyły po zabiegu?

> Jaki wpływ na prokreację i losy następnych ciąż miał fakt przerywania ciąży?

> Jaki problem w Polsce stanowi przerywanie ciąży wśród nastolatek?

Na te pytania, i wiele innych, które bardziej szczegółowo opisałyby problem przerywania ciąży w Polsce, nie znamy dziś odpowiedzi. Z badań przeprowadzonych w Europie Zachodniej, Środkowej i Wschodniej wynika, że odpowiedzi na te pytania różnią się znacznie i odpowiednio do kraju, w którym je przeprowadzono [Pinter B. i in., 2005; Reproductive..., 2003]. Na podstawie wyników tych badań programuje się krajową politykę w zakresie zdrowia prokreacyjnego, formułuje się obowiązujące przepisy prawne oraz tworzy programy zmierzające do ograniczenia liczby wykonywanych zabiegów przerwania ciąży. Aktualnie Polska pozostaje jedynym krajem tego regionu, w którym podobnych badań dotychczas nie przeprowadzono.

Piśmiennictwo

Milczarek I., Zdrowie reprodukcyjne kobiet, Sekretariat Pełnomocnika Rządu ds. Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn, Warszawa 2005.

Pinter B., Aubeny E., Bartfai F.G., Loeber O., Ozalp S., Webb A., Accessibility and availability of Abortion in six European countries, „The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care”, March 2005, 10(1), s. 51–58.

Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A comparative Report 2003.

Singh S., Darroch E., Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries, „Family Planning Perspectives”, 2000, 32(1), s. 14–23.

Sprawozdania Rady Ministrów z wykonania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży oraz o skutkach jej stosowania.

WHO/Europe, European HFA Database, June 2006, <http://data.euro.who.int/hfad/linecharts>



Michał Troszyński

5. ZGONY MATEK

WSTĘP

Zgony matek w okresie ciąży, porodu i połogu obok umieralności okołoporodowej płodów i noworodków stanowią ogólnie uznane syntetyczne wskaźniki poziomu życia i rozwoju cywilizacyjnego społeczeństw, w tym także jakości opieki perinatalnej.

W Marakeszu w 1997 r. odbył się Pierwszy Międzynarodowy Kongres na temat Zgonów Matek z inicjatywy The International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) poświęcony wyłącznie problematyce związanej z zachorowalnością i zgonami matek. Według szacunków podanych na tym kongresie na świecie umiera rocznie **około miliona kobiet** w okresie ciąży, porodu i połogu, natomiast Światowa Organizacja Zdrowia podaje liczbę 500 tys.

Przy tym według UNICEF (1996 r.) 25% zgonów matek w krajach rozwijających się dotyczy kobiet młodych, poniżej 20 roku życia. Ponadto szacuje się, że około 45 mln kobiet każdego roku ponosi trwałą szkodę na zdrowiu w wyniku bezpośrednich powikłań ciąży i porodu. W Europie, USA i Kanadzie w drugiej połowie ubiegłego stulecia zgony matek szacowano na 1% wszystkich zgonów matek na świecie.

W Polsce zgony matek w ostatnim dziesięcioleciu kształtowały się na średnim poziomie europejskim – około 10 zgonów/100 tys. żywych urodzeń, a w latach 2001–2004 – poniżej 8.

METODY ZBIERANIA DANYCH

Zgony kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu podlegają w Polsce obowiązkowi zgłoszenia do Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego. Następnie w ciągu miesiąca protokoły analizy i oceny zgonu dokonywane na miejscu przez wojewódzkiego specjalistę i ordynatora oddziału oraz zespół lekarski są wysyłane do Pracowni Analiz Zdrowia Kobiet Instytutu Matki i Dziecka. Zasady postępowania w przypadku zgonu matki są opisane i podane do wiadomości oraz przestrzegania w szczegółowych instrukcjach i zaleceniach Ministerstwa Zdrowia oraz specjalistycznego nadzoru krajowego.

Protokoły zgonów matek zawierające analizy i oceny przyczyn zgonu są sprawdzane w Instytucie Matki Dziecka pod kątem kompletności zawartych w nich informacji niezbędnych do zbiorczej analizy przyczynowej zgonów matek. Ocena merytoryczna w Pracowni Analiz Zdrowia Kobiet polega na sprawdzeniu zasadności kwalifikacji danego przypadku w odniesieniu do włą-

ściwej interpretacji i rozpoznania pierwotnej przyczyny zgonu, która decyduje o włączeniu danego przypadku do grupy zgonów położniczych bezpośrednich lub pośrednich. Wyjaśnienie rozbieżności w ocenie – w stosunku do faktów zawartych w protokole – następuje poprzez korespondencję z wojewódzkim specjalistą. Obowiązek zgłoszenia przypadku zgonu kobiety w związku z ciążą, porodem lub położeniem spoczywa na wszystkich kierownikach placówek leczniczych, w szczególności na lekarzach wojewódzkich, władzach akademii medycznych, dyrektorach instytutów resortowych.

Zgłaszalność przypadków zgonów matek do 1998 r. była względnie sprawna. Sprawdzeniem kompletności uzyskiwanych danych może być, w pewnym stopniu, porównanie liczby zgonów ma-

tek z przyczyn położniczych notowanych przez Główny Urząd Statystyczny. Liczby publikowane przez GUS były w ostatnich latach o 25–30% niższe od liczb zgonów otrzymywanych za pośrednictwem nadzoru wojewódzkiego.

Ma to swoje źródło w systemie zbierania danych o zgonach w pionie położniczo-ginekologicznym, gdzie każdy zgon kobiety w czasie ciąży, porodu lub położu jest obowiązkowo drogą służbową zgłaszany do Instytutu Matki i Dziecka. Kwestia kompletności zbieranych informacji o zgonach matek jest dyskutowana w światowym piśmiennictwie.

Roczne raporty o zgonach matek, opracowywane systematycznie od 1975 r., były wydawane w ograniczonej liczbie około 100 egzemplarzy na potrzeby krajowego nadzoru w zakresie położ-

Tabela 1. Zgony matek w Polsce w latach 1991–2000 – współczynniki zgonów matek według przyczyn/100 tys. żywych urodzeń

Rok	Liczba żywych urodzeń w tys.	Zgony położnicze bezpośrednie i pośrednie							Zgony niepołożnicze	
		ogółem		krwotoki	zakażenia	gestozy	zatory	pośrednie	n	wsp.
		n	wsp.	wsp.	wsp.	wsp.	wsp.	wsp.		
1991	532,6	80	15,0	5,2	3,0	3,2	3,6	—	45	8,4
1992	518,7	58	11,2	4,4	2,7	3,1	1,0	—	37	7,1
1993	482,6	60	12,4	4,1	2,5	1,2	1,9	2,7	24	4,9
1994	464,2	48	10,3	3,4	3,4	0,7	1,9	0,9	23	4,9
1995	432,7	55	12,7	1,9	3,9	2,5	2,3	2,1	19	4,4
1996	420,6	33	7,9	1,4	2,1	0,55	1,2	2,6	25	5,9
1997	401,8	45	11,2	3,0	2,2	1,0	3,0	2,0	13	3,2
1998	395,6	30	7,6	1,3	1,5	1,3	1,2	2,3	14	3,5
1999	382,0	28	7,3	1,8	1,3	0,3	2,6	1,3	6	1,6
2000	373,8	29	7,7	2,9	1,6	0,8	1,6	0,8	12	3,2
2001	368,2	31	8,4	2,7	1,6	1,1	0,6	2,4	3	0,8
2002	353,7	26	7,3	1,9	0,6	1,9	0,6	2,3	5	1,4
2003	351,1	26	7,4	2,3	—	1,1	1,7	2,3	7	2,0
2004	356,2	24	6,7	1,1	1,1	1,4	1,1	1,4	2	0,6

Tabela 2. Zgony matek w Polsce w latach 1991–2000 z przyczyn położniczych bezpośrednich, n=481, wsp.=8,2

a. Krwotoki n=167 (34,7%)

Razem	167
Powikłania łożyskowe	82
łożysko przodujące/wrosnięte	43
łożysko przedwcześnie oddzielone	33
inne powikłania łożyskowe	3
zaśniedział groniasty	3
Atonia macicy	42
Urazy macicy	15
Ciąża ektopowa	10
Inne krwotoki	18

b. Zakażenia n=122 (25,4%)

Razem	122
Poronienie septyczne	42
Wstrząs septyczny	42
Posocznica połogowa	34
Zapalenie otrzewnej	4

c. Zatory n=104 (21,6%)

Razem	104
Zator płynem owodniowym	54
Zator zakrzepowy	44
Zator powietrzny	6

d. Gestozy n=88 (18,3%)

Razem	88
Rzucawka	39
Stan przedrzucawkowy + wylewy do OUN	22
Inne zaburzenia metaboliczne (HELLP)	37

nictwa i ginekologii dla wojewódzkich specjalistów i dyrektorów wojewódzkich ośrodków matki i dziecka, a także dla władz centralnych w zakresie służby zdrowia.

Opracowania syntetyczne są referowane i dyskutowane na rocznych konferencjach sprawozdawczych w Instytucie Matki i Dziecka. Stanowią one również materiał szkoleniowy na kursach doskonalących dla specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Mniej korzystnie przedstawia się sprawa jakości zapisów w protokołach zgonów. Dokumentacja często bywa niepełna, powszechne są braki w podstawowych informacjach dotyczących

wywiadu ogólnego i środowiskowego, a nawet położniczego. Opisy i oceny nie uwzględniają wielu ważnych szczegółów, które wyjaśniałyby i uzasadniały celowość wybranego postępowania. Lakoniczność w formowaniu i uzasadnieniu końcowej oceny to najczęstsze niedostatki w opisie i ocenie przyczyny zgonu.

ZGONY MATEK W POLSCE 1999–2004

W okresie ostatnich 14 lat zaznaczył się wyraźny spadek częstości zgonów matek na 100 tys. żywych urodzeń. W dalszym ciągu jednak cztery zasadnicze bezpośrednie przyczyny zgonów matek stanowią główną troskę w opiece perinatalnej.

W czternastolecie 1991–2004 (tab. 1) urodziło się 5833,9 tys. żywych dzieci: od 532,6 tys. w 1991 r. do 351,1 tys. w 2003 r., przy lekkim wzroście w 2004 r. do 356,2 tys.

Spadek urodzeń w tym okresie wyniósł 34%, spadek zgonów (z 80 w 1999 r. do 24 w 2004 r.) – 70%. Natomiast współczynniki zgonów matek/100 tys. żywych urodzeń systematycznie malały z 15,07 w 1991 r. do 6,7 w 2004 r., czyli o 55,3%.

Współczynniki zgonów z powodu czterech głównych przyczyn w ciągu czternastolecia ulegały systematycznemu spadkowi dla krwotoków z 5,2/100 tys. żywych urodzeń w 1999 r. do 1,1 w 2004 r.

O ile w 1999 r. współczynniki te wyniosły 5,2 dla krwotoków, 3,0 – dla zakażeń, 3,2 – dla gestoz i 3,6 – dla zatorów, o tyle w 2004 r. spadły odpowiednio do 1,1 dla krwotoków, 1,1 – dla zakażeń, 1,4 – dla gestoz i 1,1 dla zatorów. Zgony z przyczyn

Tabela 3. Zgony matek w Polsce według sposobu ukończenia ciąży w latach 2000–2004

Wyszczególnienie	n	W %
Razem	136	100,0
Poród samoistny	24	17,6
Próżniociąg położniczy	2	1,5
Cięcie cesarskie	82	60,3
w tym wtórne	31	22,8
Poronienie	12	8,8
Ciąża ektopowa	1	0,7
Nierozwiązana	7	5,1
Brak danych	8	5,9

➤ Tabela 4. Zgony matek w Polsce według wieku matki w latach 2000–2004

Wiek matki	Liczba żywych urodzeń		Zgony matek		Wsp./100 tys. żywych urodzeń
	n, w tys.	w %	n	w %	
Razem	1807,4	100,0	136	100,0	7,52
<19	120,9	6,69	4	2,94	0,22
20–24	551,4	30,5	21	15,4	1,16
25–29	644,6	35,7	28	20,6	1,55
30–34	324,5	18,0	30	22,1	1,66
35–39	130,2	7,20	28	20,6	1,55
≥40	35,5	1,97	17	12,5	0,94
Nieznane	0,28	0,02	8	5,88	0,44

➤ Tabela 5. Zgony matek w Polsce według kolejności urodzeń w latach 2000–2004

Kolejność urodzeń	Liczba żywych urodzeń		Zgony matek		Wsp./100 tys. żywych urodzeń
	n, w tys.	w %	n	w %	
Razem	1807,4	100,0	136	100,0	7,52
1	887,3	49,1	28	20,6	1,55
2	558,5	30,9	32	23,5	1,77
3	207,1	11,5	33	24,3	1,83
≥4	154,1	8,53	38	27,9	2,10
Nieznane	0,4	0,02	5	3,68	0,28

położniczych pośrednich były kwalifikowane od 1993 r., kiedy to ich współczynnik wyniósł 2,7, a w 2004 r. – 1,4.

Niepołożnicze przyczyny zgonów stwierdzono w 235 przypadkach. W tej grupie jako główna przyczyna zgonu występowały ciężkie choroby matki: nowotwory, wady serca, ciężkie schorzenia innych układów. Coraz częściej zdarzają się zgony z powodu wypadków komunikacyjnych, są także przypadki śmierci samobójczej.

Wśród głównych czterech przyczyn zgonów matek (tab. 2) krwotoki zajęły pierwsze miejsce, stanowiąc 34,7%. Zakażenia jako przyczyna zgonów stanowiły 25,4%. Na trzecim miejscu znalazły się zgony spowodowane zatorami i innymi przyczyna-

mi pośrednimi – 21,6%, na czwartym zaś gestozami i nadciśnieniem – 18,3%.

Krwotoki były najczęściej wywoływane powikłaniami łożyskowymi (82 przypadków na 167 zgonów z tej przyczyny). Najczęstszym powikłaniem było łożysko przodujące i łożysko przedwcześnie oddzielone (45,5%). Niedowład macicy występował w 42 przypadkach (25,1%). Uraz macicy, ciąża ektopowa i inne krwotoki były przyczyną 25,7% przypadków zgonów matek w tej grupie. Krwotoki wciąż stanowią najpoważniejsze powikłanie położnicze. Ograniczanie fatalnych skutków tego powikłania wymaga wyjątkowo sprawnej akcji ratowniczej.

W grupie zakażeń (122 zgonów) było 34,4% (42 przypadki) zgonów z powodu poronienia septycznego. Wstrząs septyczny (34,4%) i posocznica połogowa (28%) jako powikłania położnicze wiązały się często z porodem zabiegowym: po cięciu cesarskim, stanach po przedwczesnym odpłynięciu płynu owodniowego i w przypadkach porodu przedłużonego.

Choroba zatorowo-zakrzepowa stanowi coraz częstszą przyczynę śmiertelnych powikłań porodu i połogu (104 zgonów). Przeszło połowa z nich była spowodowana zatorami płynem owodniowym (52,1%), reszta – powikłaniami zatorowo-zakrzepowymi (45,6%). W połowie zgonów wynikłych z nadciśnienia tętniczego wystąpiła zrzucawka.

Przyczyny położnicze pośrednie zgonów matek dotyczyły 92 przypadków, w tym 20 stanowiły powikłania zatorowo-zakrzepowe, a 19 – choroby układu krążenia. Inne przyczyny występowały sporadycznie.

Zgony matek według sposobu ukończenia ciąży przedstawia tabela 3.

Cięciu cesarskiemu poddano 82 kobiety (60,2%). Po porodzie samoistnym zmarło 21 matek (17,6%), po poronieniu – 12 kobiet (8,8%). W ostatnich latach wzrasta liczba i odsetek kobiet, które zmarły po cięciu cesarskim. Jest to związane z odsetkiem cięć cesarskich – z roku na rok wyższym. Zwiększa się także ryzyko zgonu matki z uwagi na powikłania śród- i pooperacyjne występujące coraz częściej w przypadku cięcia cesarskiego dokonywanego po wcześniej wykonanym cięciu cesarskim. Ryzyko zgonu matki związane z wiekiem przedstawiono w tabeli 4.

Ryzyko to wzrasta wyraźnie po 34 roku życia i po 35 jest trzykrotnie wyższe niż przeciętne. U wieloródek po trzecim i czwartym porodzie ryzyko zgonu jest przeszło dwu- i trzykrotnie wyższe od średniego (tab. 5).

PODSUMOWANIE

Mimo tak wyraźnego spadku umieralności matek ich zgony stanowią poważny problem położniczy. Przy bliższej analizie tych zgonów – cztery ich główne przyczyny można określić jako przeważnie możliwe do uniknięcia.

Historia każdego przypadku uczy, że kobieta umiera z powodu powikłań, z których część była do przewidzenia i można było im zapobiec. W jednej trzeciej analizowanych przypadków wystąpiła niedostateczna opieka w czasie ciąży pacjentek często pochodzących ze środowiska społecznie zaniedbanego. W jednej czwartej przypadków brak jest nawet ogólnej informacji o warunkach społecznych kobiety. Rozpoznanie środowiska i odpowiednia pomoc mogłaby zapobiec wielu tragediom.

Obecnie w analizach przyczyn zgonów matek częściej mówi się nie tyle o błędach w postępowaniu, ile o odstępstwie od przyjętych standardów i ocena postępowania jest wyrażana w tych kategoriach. Negatywna ocena jest określana jako postępowanie substandardowe, w zależności od definicji danego standardu. Standardy ulegają zmianom wraz z postępem medycyny, a ich przyjęcie zależy także od ogólnych warunków danego szpitala. W analizie zmierzającej do poprawy wyników należy również uwzględnić inne czynniki, niezależne bezpośrednio od personelu i jego możliwości. Są to zaniedbania lub błędy organizacyjne, niewłaściwe wykorzystanie personelu lub wyposażenia, niesprawna organizacja pracy w sytuacjach wymagających szybkich decyzji i wykonania.

Najbardziej pomocna w poprawie opieki i uzyskaniu lepszych wyników jest szczegółowa analiza każdego przypadku zgonu w zespole, którego to dotyczy. Powinna ona być przeprowadzona we współpracy z wojewódzkim specjalistą, zawierać ocenę przebiegu wydarzenia, jego przyczyny i być zakończona wnioskami na przyszłość.

Piśmiennictwo

Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales. Triennial Report 1994–1996, London 1997.

Graham W.J., Now or never: the case for measuring maternal mortality, „The Lancet”, 2002, 339, s. 701–704.

Gulmezoglu A.M., Say L., Betran A.P., Villar J., Piaggio G., WHO systematic review of maternal mortality and morbidity methodological issues and challenges, „BM Medical Research Methodology”, 2004, 4, 16, s. 1–8.

International Safe Motherhood Conference Nairobi 2, 1987, WHO Division of Family Health, Geneva 1987.

Montgomery Irvine L., Maternal request for caesarean section: Is it obstetrician driven?, „Journal of Obstetrics and Gynaecology”, 2001, 21, 4, s. 313–374.

Reduction of maternal mortality, A Joint WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement, WHO, Geneva 1989.

Rosenfield A., Maternal mortality in developing countries. An on going but Neglected „Epidemie – Journal of the Am.Med.Assoc. (JAMA)”, July 21, 1989, Vol. 262, 2.

Schuitmaker N.W.E., Maternal mortality in Europe: present and future, „European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology”, 1999, 86.

Tracy E.E., Tomich P.G., Maternal mortality and international crisis, „ACOG Clinical Review”, 2002, 7, 4, s. 14–16.

Troszyński M., Zgony matek – Polska 2004, 2001–2004, Instytut Matki i Dziecka – Raport 2006, (w druku).

Zahr C.A., Waralaw T. i in., Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF i UNFPA (1–38), Geneva 2003.

6. UMIERALNOŚĆ OKOŁOPORODOWA WCZESNA

WSTĘP

Umieralność okołoporodowa wczesna jest ogólnie uznanym syntetycznym wskaźnikiem jakości opieki w czasie ciąży i porodu oraz we wczesnym okresie poporodowym. Martwe urodzenia i zgonu noworodków w pierwszym tygodniu życia stanowią około trzech czwartych strat w populacji rodzącego się pokolenia w pierwszym roku życia.

Już w pierwszych latach powojennych umieralność okołoporodowa, szczególnie w grupie urodzeń przedwczesnych poniżej 32 tygodnia ciąży, była bardzo wysoka. W 1952 r. szacunkowy współczynnik umieralności okołoporodowej dla Polski wynosił 80/1000 urodzeń. Ówczesna sytuacja zdrowotna ludności była odbiciem ogólnej sytuacji kraju zniszczonego w czasie przeszło pięcioletniej okupacji i działań wojennych.

W roku 1953 w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej powstał Departament Matki i Dziecka zajmujący się organizacją pionu opieki nad kobietami w ciąży i dziećmi w kraju. Otwarto nowe akademie medyczne w Gdańsku, Białymstoku i Wrocławiu, szkolące lekarzy i specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz pediatrii, na wzór zachodnich powstały nowe kierunki w położnictwie: oddziały patologii ciąży wczesnej i później w latach 50. oraz 60., w instytutach położnictwa i ginekologii akademii medycznych, oddziały neonatologii, katedry i kliniki medycyny perinatalnej lub perinatologii.

W ramach reaktywowanego po wojnie Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego szczególne znaczenie dla organizacji i podniesienia na wyższy poziom opieki nad matką w czasie ciąży, porodu i nad noworodkiem po urodzeniu miało nawiązanie ściślejszej współpracy z nowo powstałą specjalizacją neonatologią przez wspólne analizy przyczyn martwych urodzeń i zgonów. W roku 1953 w Warszawie powstał Instytut Matki i Dziecka – jednostka naukowo-badawcza mająca na celu prowadzenie badań w zakresie medycyny perinatalnej, służąca integracji działalności położniczej z działalnością pediatryczną i neonatologiczną. Głównym jego zadaniem było także prowadzenie w kraju nadzoru merytorycznego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz szkolenia w nowych dziedzinach położnictwa i pediatrii – medycynie perinatalnej w ramach kursów organizowanych w porozumieniu z Centrum Doskonalenia Kadr Lekarskich. Były to kursy w zakresie czynników ciąży wysokiego ryzyka dla ordynatorów i lekarzy oddziałów położniczo-ginekologicznych. W latach 1976–1980 została wprowadzona do ogólnej praktyki w poradniach dla kobiet karta przebiegu ciąży dla każdej kobiety ciężarnej od pierwszych 2 miesięcy ciąży, wydano wytyczne na temat profilaktyki wcześniactwa, ustalono liczbę obowiązkowych wizyt w okresie ciąży i terminarz badań w 1981 r. Wprowadzono do

powszechnego użytku kartę oceny czynników ryzyka ciężowego jako stały wzór dla selektywnego nadzoru nad ciążą wysokiego ryzyka. Od 1985 r. zaczęto stosować trójstopniową selektywną opiekę perinatalną w poradniach terenowych i szpitalnych – system polegający na selekcji w każdym województwie opieki nad kobietami według trzech grup. Na poziomie podstawowym opieką nad ciążą o przebiegu fizjologicznym u kobiet zdrowych sprawują wszystkie poradnie dla kobiet podstawowej opieki zdrowotnej i gabinety prywatne, na poziomie drugim objęto opieką kobiety z rozpoznaniem ciąży o podwyższonym ryzyku wymagające częstszych wizyt i badań, które mogą wymagać konsultacji w poradniach ordynatorskich przyszpitalnych, na oddziałach wyposażonych w możliwości laboratoryjne i techniczne (USG, KTG, pracownie biochemiczne).

Zasadniczy zwrot nastąpił w 1993 r., kiedy to w ramach Programu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia powstał ogólnopolski Program Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce – z celem operacyjnym „Zapobieganie występowaniu i skutkom wcześniactwa oraz małej masy urodzeniowej ciała”. W 1998 r. nastąpił nowy podział administracyjny kraju na 16 województw i w związku z tym nowe ustalenia organizacyjne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

SYTUACJA W POLSKIM POŁOŻNICTWIE W LATACH 1999–2005

Analiza obejmuje okres siedmioletni od 1999 r., który był pierwszym rokiem nowego podziału administracyjnego kraju, kiedy to powstało 16 województw w miejsce poprzednio istniejących od połowy 1975 r. 49 województw.

Opracowanie oparto na dwu źródłach: rocznikach Głównego Urzędu Statystycznego oraz formularzu MZ-29 wprowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia w 1996 r. Formularz ten zawiera statystykę zbiorczą za rok kalendarzowy zbieraną raz w roku na podstawie dokumentacji wewnętrznej oddziałów. W opracowaniu wykorzystano dział XI formularza dotyczący danych o urodzeniach żywych i martwych w każdym szpitalu oraz o zgonach w pierwszym tygodniu życia (0–6 dni – 168 godzin). Dokument ten, mimo wielu zastrzeżeń, głównie dotyczących sposobu zbierania danych, źródeł, z których oddziały położnicze i neonatologiczne korzystają przy jego wypełnianiu, jest jedynym dokumentem zawierającym dane o urodzeniach według miejsca nastąpienia porodu, a nie miejsca zamieszkania matki – jak to jest w statystyce Głównego Urzędu Statystycznego.

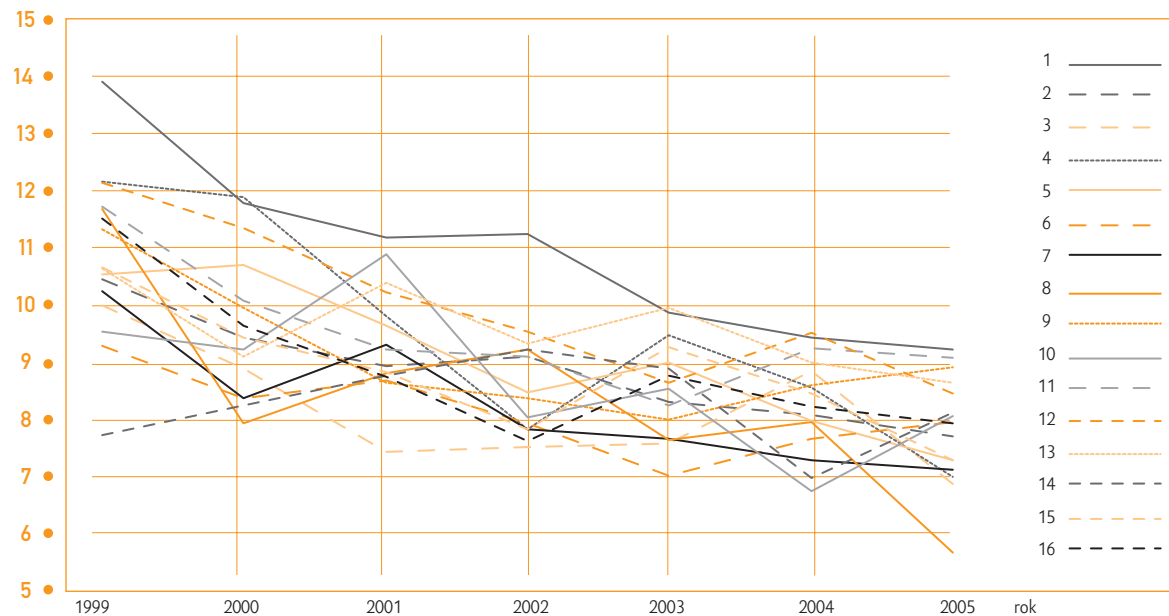
W związku z tym formularz MZ-29 przedstawia działalność oddziałów położniczych i noworodkowych w zakresie urodzeń żywych i martwych oraz zgonów we wczesnym okresie poporodowym.

Tabela 1. Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce w latach 1999–2005, >500 g

Wyszczególnienie		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Polska		10,84	9,71	9,40	8,7	8,57	8,47	8,04
SD		1,33	1,16	0,90	0,92	0,79	0,78	0,92
Min.–maks.		7,9–13,7	8,1–11,8	7,6–11,1	7,7–11,2	7,2–10,0	7,0–9,6	5,8–9,3
8	Opolskie	11,6	8,1	8,9	9,3	7,82	8,12	5,75
3	Lubelskie	10,0	9,0	7,6	7,7	7,78	8,95	7,10
4	Lubuskie	12,1	11,8	9,9	8,0	9,54	8,69	7,23
7	Mazowieckie	10,3	8,5	9,4	8,0	7,84	7,49	7,33
5	Łódzkie	10,5	10,7	9,7	8,6	9,09	8,14	7,49
15	Wielkopolskie	10,7	9,5	8,9	8,0	9,34	8,60	7,50
2	Kujawsko-pomorskie	10,5	9,5	9,0	9,2	8,45	8,23	7,89
16	Zachodniopomorskie	11,5	9,7	8,9	7,8	8,87	8,37	8,09
6	Małopolskie	9,4	8,5	8,8	8,1	7,25	7,85	8,12
10	Podlaskie	9,6	9,3	10,9	8,2	8,67	6,98	8,23
14	Warmińsko-mazurskie	7,9	8,4	8,9	9,3	8,99	7,20	8,28
12	Śląskie	12,0	11,3	10,2	9,6	8,76	9,59	8,59
13	Świętokrzyskie	10,6	9,2	10,4	9,4	9,99	9,09	8,75
9	Podkarpackie	11,3	10,0	8,8	8,5	8,16	8,73	9,02
11	Pomorskie	11,7	10,1	9,3	9,2	8,40	9,32	9,17
1	Dolnośląskie	13,7	11,7	11,1	11,2	9,92	9,50	9,32

Źródło: Opracowanie własne na podstawie roczników statystycznych GUS.

Wykres 1. Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce w latach 1999–2005 według województw



Źródło: Opracowanie własne.

Liczba urodzeń w Polsce od 20 lat nieprzerwanie maleje. Rok 1983 był czasem szczytowym ostatniego wyżu demograficznego – urodziło się wówczas 724 tys. dzieci, podczas gdy w 2004 r. tylko 356 131, czyli o 50,6% mniej. W 2005 r. urodziło się 364 383 dzieci, a więc o 8252 więcej.

Powszechnie stosowanym parametrem oceny jakości opieki perinatalnej są współczynniki umieralności okołoporodowej płodów i noworodków. Współczynniki te pośrednio wskazują na jakość opieki okołoporodowej i ogólnie świadczą o poziomie cywilizacyjnym społeczeństwa.

UMIERALNOŚĆ OKOŁOPORODOWA 1999–2005

Współczynniki umieralności okołoporodowej wykazują wyraźne tendencje spadkowe. Istnieje także wyraźne zróżnicowanie terytorialne umieralności okołoporodowej (tab. 1 wyk. 1).

W roku 1999 współczynnik umieralności wyniósł 10,84‰, natomiast w 2005 r. 8,04‰, czyli spadł o 26%. W 1999 r. wartości współczynnika zawierały się w przedziale od 7,9 do 13,7, natomiast w 2005 r. – od 5,8 do 9,3, co świadczy o zmniejszeniu się zróżnicowania terytorialnego.

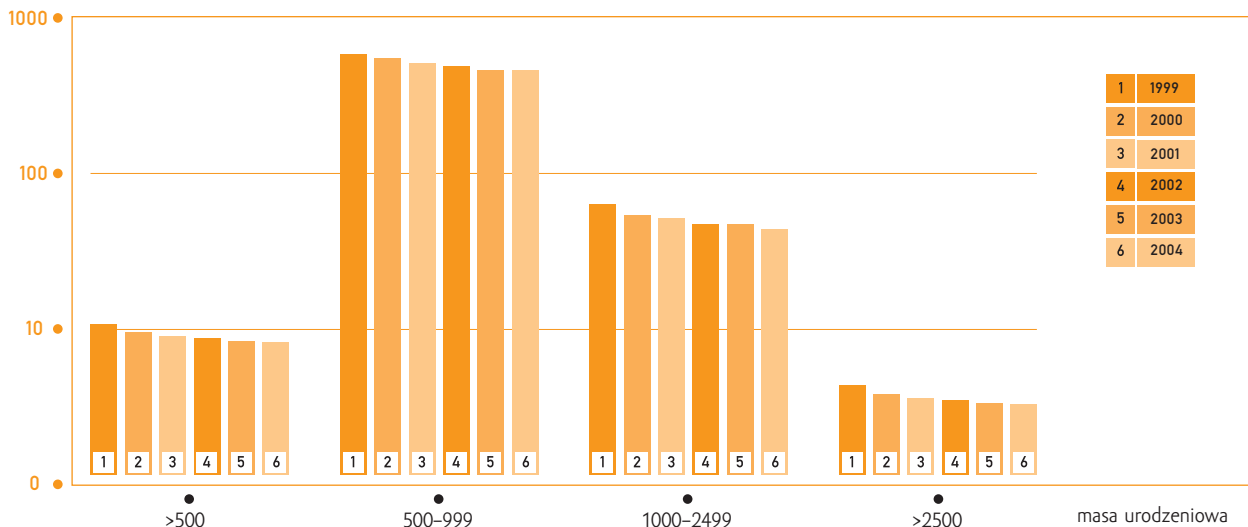
Umieralność okołoporodową według klas masy urodzeniowej przedstawiono w tabeli 2 i na wykresie 2. We wszystkich

➤ Tabela 2. Umieralność okołoporodowa w Polsce według masy urodzeniowej w latach 1999–2005, w ‰

Rok	>500	500–999	1000–2499	500–2499	>2500
1999	10,84	657,9	76,6	122,0	3,31
2000	9,71	630,7	69,7	113,8	2,98
2001	9,40	602,3	66,6	110,4	2,68
2002	8,73	571,5	58,9	101,2	2,49
2003	8,57	552,4	59,0	101,1	2,41
2004	8,47	559,0	58,0	97,6	2,34
2005	8,04	560,3	51,6	92,6	2,31

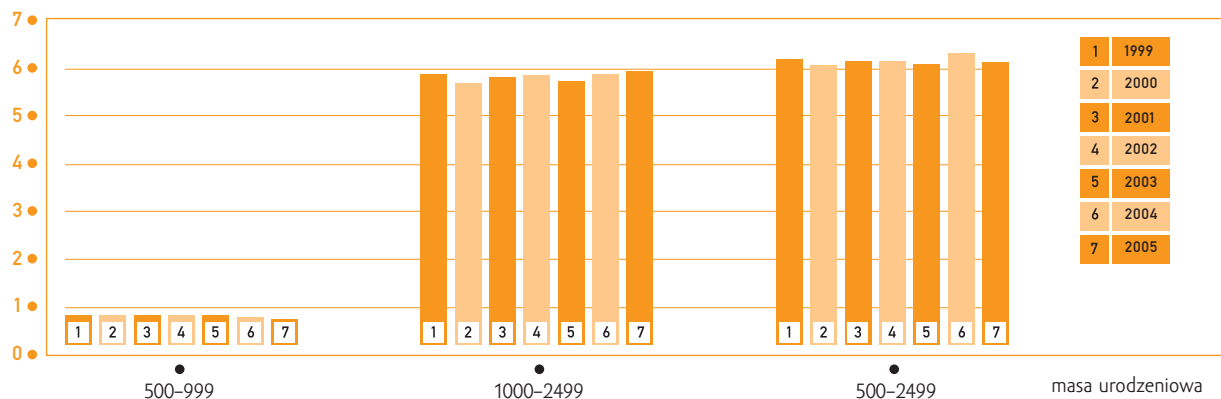
Źródło: Opracowanie własne na podstawie roczników statystycznych GUS.

➤ Wykres 2. Umieralność okołoporodowa w Polsce w latach 1999–2004 według masy urodzeniowej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie roczników statystycznych GUS.

Wykres 3. Częstość urodzeń w Polsce w latach 1999–2005 według małej masy urodzeniowej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie roczników statystycznych GUS.

Tabela 3. Częstość urodzeń w Polsce w latach 1999–2005 według masy urodzeniowej, w %

Rok	>500	500–999	1000–2499	500–2499	>2500
1999	100,0	0,50	5,85	6,35	93,7
2000	100,0	0,48	5,59	6,07	93,9
2001	100,0	0,51	5,73	6,24	93,8
2002	100,0	0,52	5,79	6,31	93,7
2003	100,0	0,53	5,72	6,25	93,8
2004	100,0	0,51	5,92	6,43	93,6
2005	100,0	0,50	5,99	6,36	93,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie roczników statystycznych GUS.

Tabela 4. Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce w latach 1999–2005, >500 g

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Polska	9,51	8,46	8,36	8,16	7,88	7,56	7,18
SD	1,19	1,00	1,27	1,26	1,13	0,94	1,32
Min.–maks.	7,0–11,3	7,1–10,8	6,6–10,8	6,6–11,3	6,3–10,6	6,5–9,1	4,2–9,4
1 Dolnośląskie	10,8	9,7	10,3	10,5	9,1	9,1	9,4
2 Kujawsko-pomorskie	9,1	8,5	8,2	8,3	7,3	7,6	7,2
3 Lubelskie	8,4	7,7	7,8	7,7	6,3	8,0	6,8
4 Lubuskie	11,1	9,0	8,2	6,6	7,5	6,7	4,2
5 Łódzkie	10,4	10,8	10,8	11,3	10,6	9,1	8,3
6 Małopolskie	8,1	7,6	7,3	7,1	6,8	7,0	7,1
7 Mazowieckie	9,9	8,2	8,8	7,5	7,7	6,8	6,4
8 Opolskie	9,2	7,1	6,6	9,3	7,2	7,4	4,6
9 Podkarpackie	10,8	8,8	7,8	7,4	7,4	7,7	8,4
10 Podlaskie	8,7	9,0	10,6	7,4	7,7	6,5	5,9
11 Pomorskie	9,4	8,5	7,4	7,7	8,1	8,6	8,2
12 Śląskie	9,5	8,1	7,5	8,7	6,7	6,6	6,8
13 Świętokrzyskie	8,6	7,7	8,2	7,9	7,8	7,6	6,9
14 Warmińsko-mazurskie	7,0	7,1	6,8	8,2	8,7	7,0	7,1
15 Wielkopolskie	11,3	9,2	8,9	7,7	9,6	8,1	7,5
16 Zachodniopomorskie	9,9	7,5	8,1	7,1	7,4	7,1	6,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie formularza MZ-29.

grupach masy urodzeniowej współczynniki umieralności okołoporodowej uległy wyraźnemu obniżeniu. W grupie masy 500–999 g współczynnik UO w 1999 r. kształtował się na poziomie 657,9, a w 2005 r. – 560,3 (różnica 97,6%, tj. 15%). W grupie masy 500–2499 g różnica wyniosła 24%, a w grupie noworodków o masie urodzeniowej powyżej 2500 g – 30%. Są to znaczące różnice, które świadczą o wyraźnym postępie w obniżaniu

umieralności okołoporodowej. Są one niedostateczne z punktu widzenia oczekiwań według założeń programów poprawy, przewidujących obniżenie ogólnej umieralności okołoporodowej do wartości poniżej 5%.

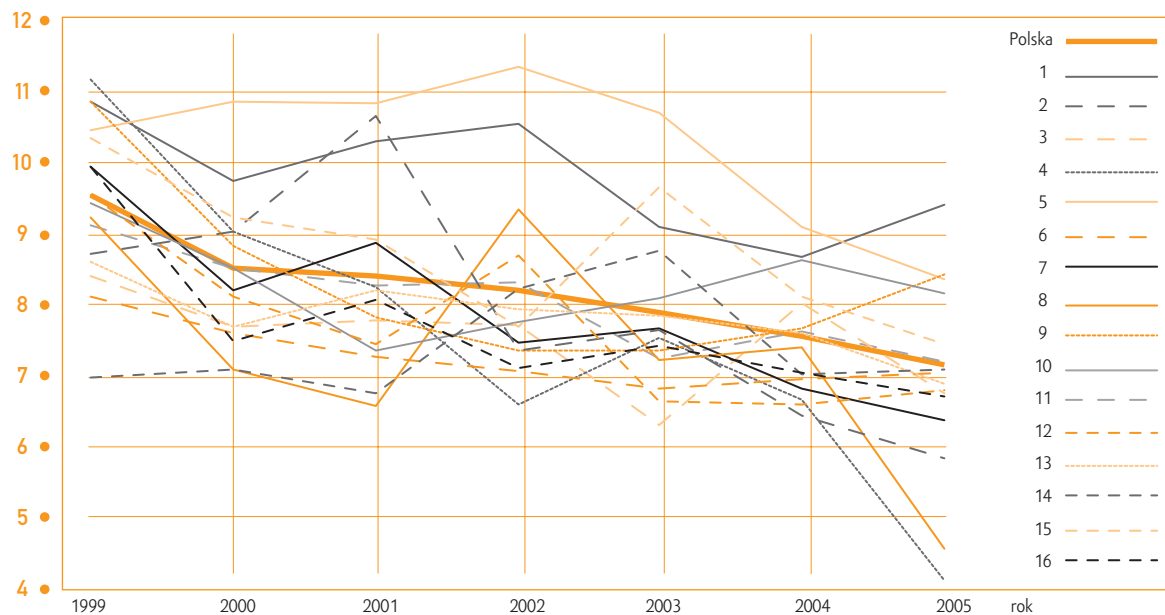
Częstość urodzeń w klasach masy urodzeniowej w rozpatrywanym okresie przedstawiono w tabeli 3 i na wykresie 3. Częstość bardzo małej masy urodzeniowej nie uległa obniżeniu. Oznacza to, że

Tabela 5. Cięcia cesarskie w Polsce w latach 1999–2005

Rok	Urodzenia	Porody		Cięcia cesarskie	
	liczba	liczba	w %	liczba	w %
1999	378 957	375 623	99,1	68 453	18,2
2000	377 677	374 545	99,2	73 234	19,5
2001	366 752	362 884	98,9	76 409	21,1
2002	354 948	351 456	99,0	81 028	23,1
2003	350 702	347 481	99,1	85 473	24,6
2004	354 134	350 048	98,8	92 121	26,3
2005	363 785	360 176	99,0	98 059	27,2

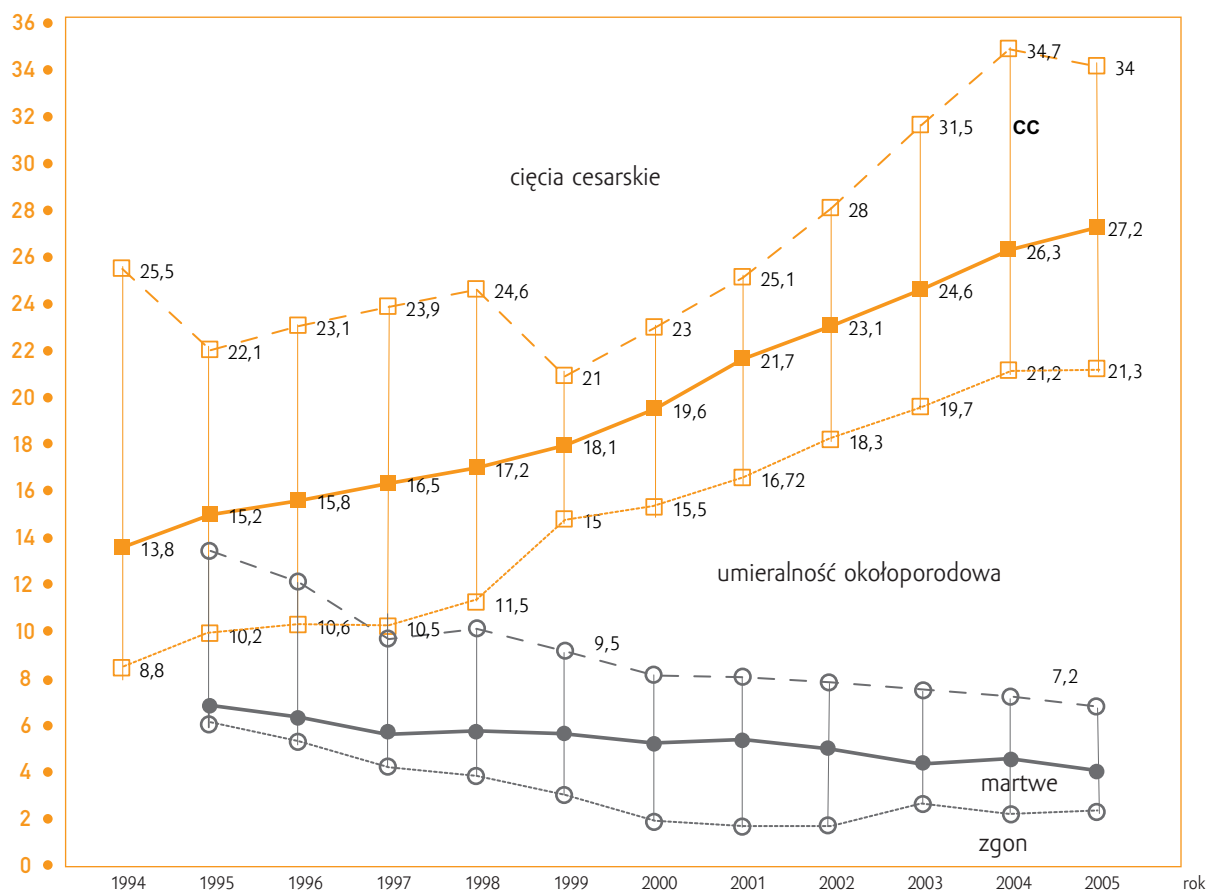
Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 4. Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce według województw, >500 g



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 5. Cięcia cesarskie i umieralność okołoporodowa (w %) w Polsce w latach 1994–2005



Źródło: Opracowanie własne.

w dalszym ciągu porody przedwczesne stanowią problem w opiece perinatalnej zarówno pod względem częstości występowania, co wiąże się głównie z opieką przedporodową, jak i przebiegu porodu oraz intensywnego nadzoru w okresie poporodowym. Różnice w wielkości współczynników umieralności okołoporodowej wynikają z niedoinformowania oddziałów położniczych o zgonach noworodków przeniesionych na oddziały intensywnej opieki neonatologicznej znajdujących się w innych szpitalach. Jest to ogólny problem nie tylko polskiego położnictwa. Problem ten jest dyskutowany także w piśmiennictwie krajów Europy Zachodniej. W tabeli 4 i na wykresie 4 przedstawiono umieralność okołoporodową w latach 1999–2005 według formularza MZ-29 z podziałem terytorialnym według województw jak w statystyce GUS. W 1999 r. współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 9,51% (7,0–11,3), a w 2005 r. – 7,18% (4,2–9,4).

W tym zestawieniu istnieje dużo większe zróżnicowanie średnich współczynników umieralności okołoporodowej dla województw niż w statystyce GUS. Wynika to ze specyfiki poszczególnych oddziałów, w których kobiety rodzą nie według miejsca zamieszkania, lecz zgodnie z własnym wyborem.

W tabeli 5 przedstawiono odsetki cięć cesarskich w latach 1999–2005. Zestawienie obejmuje wszystkie przypadki cięć cesarskich dokonywane w Polsce w szpitalach. W 2005 r. odbyło się w szpitalach 360 176 porodów. Liczba cięć cesarskich wyniosła 27,2% (w 2004 r. – 26,3%). Najniższy odsetek cięć wyniósł 21,3%, najwyższy – 34,0%.

Na wykresie 5 przedstawiono odsetki cięć cesarskich i współczynniki umieralności okołoporodowej w latach 1994–2005. Na przestrzeni dwunastolecia odsetek cięć cesarskich wzrósł z 13,8% w 1994 r. do 27,2% w 2005 r.

➤ Tabela 6. Szpitale według liczby porodów, urodzenia, umieralność okołoporodowa i cięcia cesarskie w Polsce w 2005 r., >500 g

Szpitale według liczby porodów		Szpitale		Porody		Urodzenia żywe i martwe		w tym:						CC		
								martwe		zgony		M+Z	UO			UO
		L	w %	L	w %	L	w %	L	w ‰	L	w ‰	L	w ‰	L	w %	
Polska		425	100,0	360 176	100,0	363 785	100,0	1 599	4,4	1 011	2,8	2 610	7,17	7,9	98 059	27,2
A	<500	136	32,0	45 864	12,7	46 205	12,7	186	4,0	58	1,3	244	5,28	5,7	12 337	26,9
B	500–999	164	38,6	114 852	31,9	115 406	31,7	468	4,1	154	1,3	622	5,39	6,6	28 090	24,5
C	1000–1499	73	17,2	89 453	24,8	90 449	24,9	388	4,3	213	2,4	601	6,64	7,7	24 327	27,2
D	1500–1999	32	7,5	53 746	14,9	54 442	15,0	277	5,1	230	4,2	507	9,31	8,9	16 961	31,6
E	>2000	20	4,7	56 261	15,6	57 283	15,7	280	4,9	356	6,2	636	11,1	13,5	16 344	29,1

Źródło: Opracowanie własne.

Zwraca uwagę stały wzrost liczby cięć cesarskich prawie we wszystkich szpitalach niezależnie od ich wielkości. W małych szpitalach, gdzie odbywa się poniżej 500 porodów rocznie, cięcia cesarskie są wykonywane częściej niż w szpitalach o większej liczbie porodów – 26,9% w 2005 r. (tab. 6), podczas gdy w szpitalach, w których w 2005 r. odbyło się 500–999 porodów, odsetek cięć cesarskich wyniósł 24,5. Umieralność okołoporodowa w obu tych grupach szpitali była niższa prawie o 2‰ w porównaniu ze średnią krajową. W obu grupach szpitali, stanowiących 70,6% szpitali położniczych w kraju, odbyło się 44,6% porodów. Dopiero w następnej grupie 73 szpitali, w których w 2005 r. odbyło się średnio 1000–1500 porodów, odsetek cięć cesarskich wyniósł 27,2%, a więc był równy średniej krajowej; w tej grupie szpitali liczba porodów wyniosła 24,9%. W systemie trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej szpitale grupy A i B przyjmują głównie kobiety rodzące z fizjologicznym przebiegiem ciąży, umieralność okołoporodowa jest niska, liczba cięć cesarskich także powinna być znacznie niższa od średniej krajowej. Przyczyny wysokiej liczby cięć cesarskich w tej grupie szpitali wymagają szczegółowej analizy.

W roku 2006 odbyły się dwa sympozja krajowe poświęcone zagadnieniom wzrostu liczby cięć cesarskich w Polsce. Dyskusja nad przyczynami tego zjawiska i możliwościami wprowadzenia ograniczeń co do zbyt liberalnie podejmowanych decyzji wskazań do cięcia cesarskiego nadal trwa. Narasta świadomość potrzeby wydania odpowiednich rekomendacji przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, określających granice medycznych decyzji uwzględniających wszystkie aspekty tego zagadnienia: przede wszystkim zdrowotne i etyczne.

Istnieje duże zróżnicowanie średnich odsetek cięć cesarskich między szpitalami i województwami. Tymczasem z uwagi na brak odpowiednich danych charakteryzujących zawodowy profil kadry, organizację pracy bloku porodowego, metody nadzoru nad przebiegiem ciąży i porodu – analiza merytoryczna tak częstego wykonywania cięć cesarskich jest bardzo trudna.

PROBLEMY DO ROZWIĄZANIA, POSTULATY I WNIOSKI

Pierwszoplanowym problemem od początków powojennego okresu są wysokie współczynniki umieralności okołoporodowej. Każdy następny program państwowy, ministerialny lub powstały w ramach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego czy krajowe-

go i wojewódzkiego nadzoru specjalistycznego zaczynał się od postulatu działań w kierunku zmniejszenia wysokiej umieralności okołoporodowej, która w latach 1945–1946 przekraczała 80/1000, w latach 60. stanowiła 35%, w 1975 r. – 19% i 8% – obecnie. Planowany spadek współczynników umieralności okołoporodowej do 5% będzie trudny do osiągnięcia bez poprawy opieki perinatalnej na poziomie podstawowym i organizacji sprawnego systemu referencji w przypadku wysokiego ryzyka do ośrodków intensywnego nadzoru położniczego i neonatologicznego.

Wcześnieactwo i niska masa urodzeniowa noworodków (hipotrofia) to drugi problem nie tylko medyczny. Główną przyczyną zgonów okołoporodowych (trzy czwarte) i większości urazów okołoporodowych płodów i noworodków są wysokie wskaźniki małej masy urodzeniowej noworodków.

Problemy o podstawowym znaczeniu z punktu widzenia poprawy opieki nad kobietami w wieku rozrodczym są następujące:

- > organizacja poradnictwa rodzinnego,
- > bezpłatna obowiązkowa opieka okołoporodowa,
- > konsultacje przedmałżeńskie,
- > częstość i przyczyny występowania niepłodności małżeńskiej – profilaktyka i leczenie,
- > konsekwentne prowadzenie strategii trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej,
- > wprowadzenie do powszechnej praktyki analizy jakościowej wyników działalności położniczej na podstawie audytów prowadzonych na poziomie podstawowym, wojewódzkim i ogólnokrajowym.

Piśmiennictwo

Chany J., Elam-Evans L.D., Berg C.J. i in., Pregnancy related mortality surveillance – United States 1991–1999, Centrum for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality weekly Report, „Surveillance Summaries”, 2003, 52, s. 1–8.

Fretts R.C., Etiology and prevention of stillbirth, „American Journal of Obstetricians Gynaecology”, 2005, 193, s. 1923–1935.

Gadzinowski J., Bręborowicz G.H., Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce, wyd. II, Poznań 1997.

Geijn H.P., van, Copray F.J.A., A critical appraisal of fetal surveillance, „Excerpta Medica”, 1994.

Maresh M., Audit in Obstetrics and Gynaecology, Oxford 1995.

Maternal Mortality – The way Forward, Naren Patel, The Royal College of Obstetrician and Gynaecologists, London 1992.

Moutquin J.-M., Milot-Roy V., Irion O., Preterm Birth Prevention: Effectiveness of Current Strategies, „Journal of Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada”, 1996, 18, s. 571–588.

Newton E.R., Preterm labor, preterm premature rupture of membranes and chorionamnionitis, „Clin.Perinatal”, 2005, 32, s. 571–600.

Opieka nad kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu. Polska 1999–2004, Warszawa (w druku).

Raczyński A., Żołnierczyk P., Troszyński M. i in., Report on Confidential enquiries into maternal deaths in Poland 1985–1990, The First World Congress on Maternal Mortality, Marakesh, Marocco, 8–14.03.1997.

Shaw C.D., Costain D.W., Guidelines for medical audit – seven principles, „Brit.Med.J.”, 1989, 299, s. 498–499.

Smith F., Medical audit, „Brit.Med.J.”, 1990, s. 300–365.

Szamatulska, Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wczesniactwa i małej masy urodzeniowej, w: Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Poprawy Zdrowia 1996–2005, red. P. Goryński, B. Wojtyniak, K. Kuszewski, Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2005, s. 204–220.

Troszyński M. i in., Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w Polsce 2005 oraz w latach 1999–2005, Raport 2006, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006.

Troszyński M., Chazan B., Raczyński A. i in., Maternal mortality in Poland in last five years 1991–1995, The First World Congress on Maternal Mortality, Marakesh, Marocco, 8–14.03.1997.

World Population Policies 2003, UN, New York 2004.

Zuspan J., Ahman E., Neonatal and Perinatal Mortality, Country, Regional and Global, Estimates, WHO, Geneva 2006.



7. ROLA SYSTEMU TRÓJSTOPNIOWEJ OPIEKI PERINATALNEJ W OPIECE MEDYCZNEJ NAD NOWORODKIEM W POLSCE

Opieka perinatalna to wielodyscyplinarne działanie, którego celem jest zapewnienie opieki medycznej wraz z promocją zdrowia i postępowaniem leczniczym w okresie przedkoniecznym, podczas ciąży, porodu i połogu, obejmujące matkę, płód i noworodka. W postępowaniu takim zaangażowanych jest wielu specjalistów, z których kluczowymi są położnicy i neonatolodzy. Racjonalnemu wykorzystaniu pracy wielodyscyplinarnych zespołów medycznych oraz właściwemu użyciu nowoczesnych metod leczenia służy regionalizacja opieki perinatalnej. Już prawie 30 lat temu „The March of Dimes” Committee on Perinatal Health wprowadził rekomendacje dotyczące regionalizacji opieki perinatalnej w USA. Publikacja Toward improving the outcome of Pregnancy (1976 r.) podsumowuje skuteczność wprowadzenia tego programu.

Od tego czasu wiele krajów na całym świecie, w tym w Europie, przyjęło wielopoziomowy organizacyjny model opieki perinatalnej dzielący role i zakres opieki pomiędzy: I poziom – opieką nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także zapewnienie krótkotrwałej opieki nad niespodziewanie występującą patologią; II poziom – objęcie opieką patologii średniego stopnia i III poziom – leczenie najcięższej patologii. Normą stało się współdziałanie między neonatologami, położnikami, pielęgniarkami, pracownikami administracji i całą grupą innych specjalistów (pediatrów, chirurgów, genetyków, dietetyków, pracowników socjalnych).

Poziom zdrowotności społeczeństwa w poważnym stopniu zależy od stanu zdrowia kobiet i noworodków. Sytuacja w Polsce była pod tym względem wysoce niezadowolająca: w 1992 r. wskaźnik umieralności okołoporodowej wynosił 17,4‰ i był jednym z najwyższych w Europie. W krajach wysoko rozwiniętych był on dwukrotnie niższy. Również umieralność niemowląt była jedną z najwyższych w Europie: w 1992 r. jej wskaźnik wynosił 17,5‰, przy znacznym różnicowaniu wielkości w różnych regionach. Z przeprowadzonych analiz wynika, że ponad 70% umieralności niemowląt następuje w okresie okołoporodowym. Odsetek porodów przedwczesnych w Polsce był również wysoki (około 8% w 1993 r. w porównaniu z około 3% w Finlandii). Odsetek noworodków z małą masą ciała był wysoki i w 1992 r. wynosił 8%.

Realizowane w Polsce w dekadzie lat 90. programy polityki zdrowotnej państwa (Program Poprawy Opieki Perinatalnej, Program Badań Przesiewowych, Program Zwalczania Niedoboru Kwasu Foliowego, Program Promocji Karmienia Piersią, Program Szczepień Ochronnych) znalazły wsparcie w działalności organizacji

pozarządowych, m.in. Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, Fundacji Polsat.

W roku 1997 powstał Program Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce, którego głównym celem było stworzenie modelu opieki perinatalnej, pozwalającego na obniżenie zachorowalności i śmiertelności kobiet związanej z ciążą, porodem i połogiem oraz płodów i noworodków, a także zmniejszenie niekorzystnych następstw chorób matek i dzieci do możliwie najniższego poziomu, co jest kluczowym elementem osiągnięcia właściwej kondycji zdrowotnej polskiego społeczeństwa. Program miał więc za zadanie wprowadzenie trójstopniowego (kompleksowego) systemu opieki perinatalnej, polegającego na podziale kompetencji między oddziałami ginekologiczno-położniczymi i noworodkowymi. Realizowanie tego ambitnego programu na terenie Polski wymagało, aby objął on swoim zasięgiem wszystkie regiony naszego kraju. W każdym z regionów obowiązywać miały takie same zasady funkcjonowania opieki perinatalnej i przekazywania pacjentów między szpitalami. Zgodnie z założeniami trójstopniowego systemu opieki perinatalnej w geograficznym centrum każdego regionu powinny funkcjonować bardzo dobrze wyposażone, specjalistyczne oddziały, odpowiedzialne za leczenie najbardziej zagrożonych pacjentów. Inne szpitale miały przysyłać pacjentów do tych najbliższych ośrodków, które mogły zapewnić im prawidłową opiekę. Taki system, sprawdzony w wielu krajach, miał zapewnić zrównanie szans przeżycia pacjentów poprzez ujednoczony równy dostęp do wszystkich możliwości diagnostycznych i leczniczych regionu, niezależnie od miejsca urodzenia, stopnia zamożności, pozycji społecznej czy zawodowej.

Działania te przyniosły wymierne efekty – współczynnik umieralności okołoporodowej obniżył się z 17,5‰/1000 urodzeń do 8,6‰, a współczynnik umieralności niemowląt ukształtował się na poziomie 6,8‰ (w 1990 r. wynosił 19,3‰).

W roku 2000 Program Poprawy Opieki Perinatalnej zakończył swoją działalność, gdyż na rok przed przewidywanym terminem realizacji osiągnięto spadek umieralności okołoporodowej o połowę.

Obowiązujące obecnie w Polsce poziomy opieki perinatalnej w zakresie funkcji poszczególnych poziomów są zbieżne z podstawowymi założeniami Programu Poprawy Opieki Perinatalnej. Niemniej jednak, mimo że od lat 90. do chwili obecnej wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce został obniżony o połowę, w tym samym czasie w innych krajach Unii Europejskiej wskaźnik umieralności niemowląt uległ znacznemu obniżeniu, stawiając Polskę na ostatnim miejscu spośród tych krajów. Dlatego istnieje

pilna potrzeba poprawy tej sytuacji. Być może przyczyną niezadowalających wyników jest nadmierna centralizacja i przeciążenie III poziomu opieki perinatalnej w Polsce i zbyt małe obciążenie II poziomu. Również właściwe przekazywanie ciężarnych z ciążą o przebiegu nieprawidłowym stanowi jeden z zasadniczych elementów poprawy opieki perinatalnej. Transport płodu w łonie matki jest najlepszą, zarówno z ekonomicznego, jak i klinicznego punktu widzenia, formą przekazywania ciężarnych między współpracującymi ze sobą ośrodkami. Analizując odsetek porodów noworodków ze skrajnie małą masą urodzeniową na I poziomie opieki perinatalnej, można stwierdzić, że większość z tych porodów powinna dokonać się na wyższym poziomie referencyjności.

Raporty nadesłane przez wojewódzkich konsultantów z zakresu neonatologii wskazują na duże braki sprzętu pod względem jakościowym (inkubatory, pompy infuzyjne, kardiomonitoring, skuteczek długoletniej intensywnej eksploatacji wymagają wymiany) i złe wyposażenie oddziałów III stopnia opieki perinatalnej w respiratory i sprzęt monitorujący. Brak jest współpracy i ścisłego przestrzegania zasad Programu Poprawy Opieki Perinatalnej w pionie położniczym. Realizacja zasad trójstopniowego systemu opieki perinatalnej napotyka duże trudności z uwagi na niedostatek miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i niedobór miejsc intensywnej terapii noworodka. Stąd stale **zbyt duża liczba noworodków z małą i ekstremalnie małą masą ciała rodzi się na I i II poziomie opieki perinatalnej, a większość z nich (75%), wymagająca intensywnej terapii, przekazywana jest do oddziałów intensywnej terapii dziecięcej, a nie neonatologicznej.**

Dowodem na prawidłowe funkcjonowanie systemu powinien być transport zwrotny noworodków leczonych na wyższym poziomie opieki perinatalnej do szpitali macierzystych w celu kontynuacji leczenia. Stwarzałoby to możliwość hospitalizacji w szpitalu o wyższym poziomie referencji następnego noworodka wymagającego wysokospecjalistycznego leczenia.

Zagrożeniem dla kontynuacji założeń programu jest brak znajomości jego zasad przez NFZ, a wcześniej przez kasy chorych oraz związane z tym niestosowanie się do przyjętego standardu opieki. Niechęć do finansowania transportu noworodka uniemożliwia w tym zakresie realizację programu. Dochodzi do tego utrudnianie tzw. przekazywania zwrotnego dzieci, tj. po wykonaniu zadania przez ośrodek wyższego poziomu przekazanie ich do tańszego ośrodka najbliższego miejsca zamieszkania rodziny, wygodniejszego dla rodziców dziecka. Jest to błąd, przed którym przestrzegają organizatorzy z innych krajów, prowadzi bowiem do centralizacji, a nie regionalizacji i jest uznany za wskaźnik braku sprawności działania.

Głównym kierunkiem, na który obecnie należy położyć nacisk, są działania zmierzające do obniżenia wskaźnika wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała. Uważa się, że aż 70% zgonów okołoporodowych ma miejsce w tej grupie noworodków. Czę-

stość małej urodzeniowej masy ciała w Polsce zmniejszyła się w ciągu ostatnich 14 lat z 8,4% w 1989 r. do 5,9% w 2003 r. Umieralność tej grupy łączy się cieniem na uzyskanych wynikach i generuje duże koszty. Należy mieć przy tym na uwadze, że zjawiska te są w dużym stopniu zależne od ekonomicznego poziomu kraju, higieny, poziomu rozwiązań socjalnych, standardu życia i wykształcenia kobiet.

Z neonatologicznego punktu widzenia szczególnie ważne jest obniżenie częstości występowania wcześniactwa przed 32 tygodniem ciąży, co najbardziej rzutuje na osiągnięte wyniki umieralności okołoporodowej i ponoszone koszty.

Odsetek porodów przedwczesnych między 22 a 31 tygodniem ciąży z wykluczeniem wad wrodzonych dla 10 regionów europejskich uczestniczących w programie badań demograficznych Unii Europejskiej (program MOSAIC) wynosi 1,37%, dla Wielkopolski i Ziemi Lubuskiej – 1,34%. Najwyższy odsetek takich porodów odnotowano w północnym regionie Anglii – 1,78%, najniższy zaś w Danii – 1,1%.

Odsetek zgonów noworodków żywo urodzonych między 22 a 31 tygodniem ciąży w szpitalach Wielkopolski i Ziemi Lubuskiej spowodowanych śmiercią w okresie śródporodowym, wewnątrzmacicznym i poporodowym oraz przerywaniem ciąży wynosi 38%. Dla porównania: we Francji – 29,4%, i jest to najgorszy wynik przed Polską, w Niemczech 12,3% – i jest to najlepszy wynik w Europie.

Odsetek noworodków urodzonych między 22 a 31 tygodniem ciąży wypisanych ze szpitali w regionie w Polsce wynosi 0,66%, co daje równorzędne miejsce z Portugalią. Najwyższy odsetek obserwowano w północnym regionie Anglii (1,21%). Średnia dla regionu europejskiego wynosi 0,87%.

Jak wynika z ostatnich badań demograficznych w Unii Europejskiej dotyczących wcześniaków, w Polsce obserwujemy, przy podobnym wskaźniku wcześniactwa, dużo więcej dzieci o krańcowo małej dojrzałości i dużo więcej wad wrodzonych – co jest następstwem liberalnej polityki przerywania ciąży w innych krajach Unii Europejskiej. W krajach, w których dokonuje się przerywania ciąży ze wskazań medycznych, zdecydowanie mniejszy odsetek w przyczynach zgonów stanowią wady rozwojowe, co jednocześnie obniża ogólną umieralność okołoporodową i noworodkową. Stwarza to konieczność uzyskania lepszych wyników przeżyć i prognoz dla tych małych dzieci oraz rozwoju opieki paliatywnej i domowej dla beznadziejnie i chronicznie chorych w celu odblokowania możliwości działania oddziałów intensywnej terapii noworodków.

Przyczyną porodów przedwczesnych – oprócz znanych czynników medycznych i społecznych – jest coraz częściej występujące zjawisko ciąży mnogiej. Dzieje się tak w następstwie wzrostu częstotliwości stosowania farmakologicznej stymulacji jajczkowania i rozwoju technik zapłodnienia pozaustrojowego z wszczepieniem kilku embrionów. W Kanadzie i USA oraz krajach rozwiniętych

gospodarczo Europy Zachodniej w latach 90. ubiegłego wieku stwierdzano wręcz „epidemie ciąży wielopłodowych” oraz małej urodzeniowej masy ciała. Zmiany w stylu życia i przedłużający się okres kształcenia, a także trudności doświadczane przez osoby młode na rynku pracy doprowadzają do odkładania momentu zajścia w ciążę. Starszy wiek rodzącej związany jest z większym prawdopodobieństwem wystąpienia ciąży mnogiej.

W dalszym ciągu najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt (51%) są stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Kolejną przyczyną zgonów (prawie 33%) są wady rozwojowe, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Monitorowane powinny być następujące wskaźniki zdrowia:

- 1) wskaźnik wcześniactwa naturalnego,
- 2) wskaźnik wcześniactwa jatrogennego,
- 3) współczynnik zgonów płodów/1000 urodzeń dla Polski i województw,
- 4) odsetek urodzeń z ciąż ukończonych przed 37 i 33 tygodniem ciąży dla Polski, województw i grup społecznych matek oraz stopnia referencyjności szpitali,
- 5) odsetek występowania ciąży mnogiej w populacji,
- 6) struktura urodzeń według wieku matki, kolejności urodzenia i poziomu wykształcenia matek,
- 7) odsetek porodów zakończonych cięciem cesarskim,
- 8) wskaźnik małej urodzeniowej masy ciała,
- 9) wskaźnik przeżycia wcześniaków z rozbięciem na tygodnie trwania ciąży,
- 10) wskaźnik umieralności okołoporodowej,
- 11) wskaźnik umieralności noworodków:
 - wczesnej (1–7 doba życia),
 - późnej (8–28 doba życia),
- 12) wskaźnik umieralności kobiet związanej z ciążą, porodem i położeniem,
- 13) odsetek kobiet ciężarnych rozpoczynających opiekę w czasie ciąży w pierwszym trymestrze,
- 14) odsetek kobiet poddanych opiece przedporodowej,
- 15) częstość hospitalizacji z powodu powikłań w związku z ciążą, porodem i położeniem,
- 16) wskaźnik umieralności niemowląt,
- 17) stworzenie polskiej bazy danych medycznych o matce i noworodku umożliwiającej porównanie z innymi krajami – mającymi tę samą politykę dotyczącą przerywania ciąży – według tych samych definicji operacyjnych,
- 18) dane z programu Eurocat o wadach wrodzonych.

Wskaźnik wcześniactwa jest zbyt ogólnym parametrem utrudniającym interpretację dwóch głównych jego przyczyn, jakimi są poród przedwczesny jatrogeny, czyli spowodowany wolą lekarzy i rodziców w celu ratowania życia płodu lub matki, i poród przedwczesny naturalny, który następuje bez woli człowieka.

Pierwszą składową wskaźnika wcześniactwa – **wskaźnik wcześniactwa jatrogennego** – odzwierciedla postęp medycyny i stworzenie tym samym możliwości ratowania noworodka urodzonego przedwcześnie zanim ulegnie on uszkodzeniu. Ta składowa wskaźnika wcześniactwa być może będzie miała tendencję wzrostu w miarę postępu medycyny.

Drugą składową wskaźnika wcześniactwa – **wskaźnik wcześniactwa naturalnego** – można ograniczyć głównie poprzez eliminację i leczenie chorób, które predysponują do wystąpienia porodu przedwczesnego, w tym głównie zakażeń wewnątrzmacicznych. Stąd proponuje się rozbić wskaźnik wcześniactwa na dwa, tj. wskaźnik wcześniactwa jatrogennego i wskaźnik wcześniactwa naturalnego.

Obserwowany od połowy lat 90. do dziś spadek **umieralności okołoporodowej osiągnięty został głównie dzięki obniżeniu wskaźnika umieralności noworodkowej wczesnej (w pierwszym tygodniu życia)**. Jest on odzwierciedleniem postępu w zakresie opieki medycznej zarówno nad płodem, jak i noworodkiem, i stąd pozostał bardzo ważnym wykładnikiem opieki przedurodzeniowej i pourodzeniowej nad dzieckiem.

Umieralność późna (do 28 dnia życia) odzwierciedla nie tylko jakość opieki medycznej okołoporodowej, ale także jakość opieki nad noworodkiem na oddziałach intensywnej terapii i w związku z tym jest wykładnikiem zjawisk, które mogą poddać się wpływowi nowych działań.

Umieralność niemowląt, czyli dzieci w pierwszym roku życia, jest głównie spowodowana umieralnością noworodków i późnymi następstwami okresu okołoporodowego. Stąd wskaźnik ten, jakkolwiek dotyczy dziecka w okresie pozanoworodkowym, odzwierciedla m.in. jakość opieki medycznej w okresie okołoporodowym.

Instytucjami i organizacjami, które powinny brać udział w formułowaniu polityki państwa w zakresie zdrowia prokreacyjnego, są: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, akademie medyczne, jednostki badawczo-rozwojowe podległe Ministerstwu Zdrowia i zajmujące się opieką nad matką i dzieckiem, jednostki samorządu terytorialnego, centra zdrowia publicznego, Główny Inspektorat Sanitarny, specjaliści krajowi i wojewódzcy w zakresie ginekologii i położnictwa, neonatologii i pediatrii, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Jednym z najważniejszych stojących przed nami celów jest obniżenie wskaźnika wcześniactwa i małej masy ciała. Obecnie

główną rolę odgrywać musi profilaktyka, szczególnie profilaktyka pierwotna obejmująca całą populację. Realizacja opracowanych dotychczas w różnych ośrodkach perinatologicznych programów profilaktycznych spotyka się z trudnościami, a ich skuteczność jest również niewystarczająca. Dlatego, mimo usilnych starań, nie udaje się w ostatnich latach obniżyć istotnie odsetka wcześniactwa zarówno w Polsce, jak i innych krajach Unii Europejskiej i USA. Nieosiągalny jest zerowy poziom niekorzystnych czynników ryzyka porodu przedwczesnego i całkowity brak niepowodzeń prokreacji. Nieznana jest też minimalna wartość współczynnika umieralności okołoporodowej ani optimum, do którego należy dążyć. Ponieważ wartości te nie osiągną nigdy zera, kolejnym problemem staje się jakość przeżycia uratowanych noworodków. Zadawalający rezultat opieki okołoporodowej to nie tylko zmniejszone wskaźniki umieralności, ale przede wszystkim zapewnienie dzieciom niezaburzonego rozwoju po urodzeniu i zminimalizowanie odległych następstw wcześniactwa.

Zasady systemu organizacji opieki położniczej i neonatologicznej są podobne w każdym z krajów europejskich, różna natomiast jest jego organizacja. W celu umożliwienia porównania wyników i informacji między krajami konieczne jest stworzenie wiarygodnego systemu rejestrowania, gromadzenia i analizowania danych w opiece okołoporodowej oraz ujednoczenie definicji. Próby takie podejmowane są w krajach Europy Zachodniej. Powstały programy (MOSAIC, EuroNeoNet, OBSQUID, NEOCARE, EPIPAGE) pozwalające na wzajemne porównanie systemów opieki perinatalnej funkcjonujących w poszczególnych regionach europejskich i umożliwiające wskazanie optymalnych rozwiązań dla klinicystów oraz organizatorów opieki zdrowotnej, jednak do tej pory nie powstał program obejmujący zakresem swojego działania kraje Europy Środkowej i Wschodniej.

Niektóre ośrodki polskie biorą udział w projektach EuroNeoNet oraz MOSAIC, których zadaniem jest analiza i ocena każdego z systemów opieki perinatalnej, wskazanie na jego pozytywne i negatywne aspekty oraz wykazanie optymalnego systemu dla danych warunków geograficznych, ekonomicznych i legislacyjnych.

Zgony niemowląt zdarzają się przede wszystkim pod wpływem przyczyn mających źródła w przebiegu ciąży, w szczególności pozostają w ścisłym związku ze wcześniactwem i hipotrofią wewnątrzmaciczną noworodków. Większość czynników wystąpienia tych patologii koncentruje się zwłaszcza w niższych grupach społecznych. Opieka profilaktyczna nad ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, jest na wielu terenach niezadawalająca, niedostateczna jest wczesna zgłaszalność kobiet, a dostępność do badań specjalistycznych utrudniona. Nie wszędzie funkcjonuje w pełni trójstopniowy system opieki perinatalnej, styl życia części kobiet ciężarnych nie odpowiada wymogom zdrowotnym.

W ostatnich latach system opieki perinatalnej uległ pogorszeniu i wymaga usprawnienia polegającego na uaktualnieniu definicji poziomów opieki perinatalnej i wprowadzeniu systemu aktualizacji kwalifikacji oddziałów noworodkowych i położniczych na poszczególne poziomy opieki perinatalnej oraz zazębnienia z transformacją finansowania.

Program opieki perinatalnej, który przyczynił się w ubiegłych latach do obniżenia poziomu umieralności niemowląt, powinien być w dalszym ciągu kontynuowany w celu poprawy opieki nad kobietą w okresie prokreacji i noworodkiem. W tym ostatnim zakresie mogą pomóc działania NFZ w postaci kontraktowania usług medycznych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem zgodnie z zasadami funkcjonowania systemu trójstopniowej opieki perinatalnej.

WNIOSKI

Najpilniejszymi działaniami w zakresie organizacji opieki nad noworodkiem w skali regionalnej i krajowej są:

1) Unowocześnienie programu trójstopniowej opieki perinatalnej/ systemu referencyjnego (nad matką i noworodkiem) poprzez:

- a) ocenę funkcjonowania systemu referencyjnego w Polsce,
 - b) uaktualnienie zdefiniowania poziomów opieki,
 - c) wprowadzenie stałego mechanizmu weryfikacji poziomów,
 - d) skoordynowanie systemu trójstopniowego ze sposobem finansowania przez ubezpieczycieli,
 - e) rozwój transportu „wewnątrz łona matki” (in utero),
 - f) zwiększenie przeżyć noworodków o dużej niedojrzałości,
 - g) odtworzenie obecnych i wprowadzenie nowych technologii medycznych,
 - h) zmniejszenie częstotliwości zakażeń wewnątrzszpitalnych,
 - i) rozwój dyscyplin zabiegowych wspierających opiekę nad noworodkiem,
 - j) szkolenie personelu wyższego i pielęgniarskiego w obrębie położnictwa, neonatologii i dyscyplin towarzyszących,
 - k) redukcja liczby oddziałów noworodkowych i położniczych bardzo małych w celu podwyższenia poziomu opieki medycznej,
 - l) rozwój ruchu rodzin zastępczych i adopcyjnych.
- 2) Finansowanie opieki nad noworodkiem chorym powinno być uzależnione od poziomu opieki perinatalnej, który dany oddział zajmuje w systemie referencyjnym.
- 3) Ulepszenie opieki przedporodowej nad ciężarną poprzez:
- a) obniżenie umieralności matek związanej z ciążą, porodem i położeniem,
 - b) zmniejszenie zjawiska niepłodności małżeńskiej,

- c) rozwój i polepszenie metod rozpoznawania zagrożenia i zapobiegania porodom przedwczesnym (w tym edukacja przyszłych matek),
 - d) profilaktyka wady cewy nerwowej,
 - e) rozwój metod leczenia płodu,
 - f) rozwój poradnictwa genetycznego.
- 4) Zmniejszenie umieralności niemowląt.
 - 5) Rozwój opieki paliatywnej oraz hospitalizacja domowa chronicznie chorych dzieci.
 - 6) Wprowadzenie nowoczesnych badań epidemiologicznych nad matką i dzieckiem (w tym kontynuacja programu Eurocat).

Piśmiennictwo

American Academy of Pediatrics College of Obstetricians and Gynaecologist, Guidelines of Perinatal Care, Washington 2002.

Bręborowicz G.H., Gadzinowski J., rozdział Zasady organizacji opieki perinatalnej, Cięża wysokiego ryzyka, red. G.H. Bręborowicz, OWN, Poznań 2000, s. 11–18.

Dunn P., Regionalization of perinatal care, „J.Perinat.Med.”, 1991, 19, Suppl. 1, s. 157–163.

Gadzinowski J., Vidyasagar D., Bręborowicz G.H., rozdział Organizacja opieki perinatalnej, Neonatologia, red. J. Gadzinowski, D. Vidyasagar, OWN, Poznań 2000, s. 23–27.

Konińska M., Stoiska B., Gadzinowski J., Perinatal characteristics and outcome of newborns (1990–2000) in the Wielkopolska region, „Variability and Evolution”, 2003, Vol. 11, s. 47–53.

Program Opieki Perinatalnej w Polsce, red. J. Gadzinowski, G. Bręborowicz, OWN, Poznań 1998.

8. ZACHOWANIA PROKREACYJNE NASTOLATEK

AKTUALNA SYTUACJA W ZAKRESIE URODZEŃ PRZEZ NASTOLATKI W POLSCE

Absolutna liczba urodzeń dzieci przez nastolatki w Polsce systematycznie obniża się. I tak w 1990 r. wynosiła 44 tys., w 1995 r. 35 tys., w 2000 r. takich urodzeń był ponad 27 tys., a w roku 2004 nieco ponad 20 tys. Około połowa urodzeń przypada na

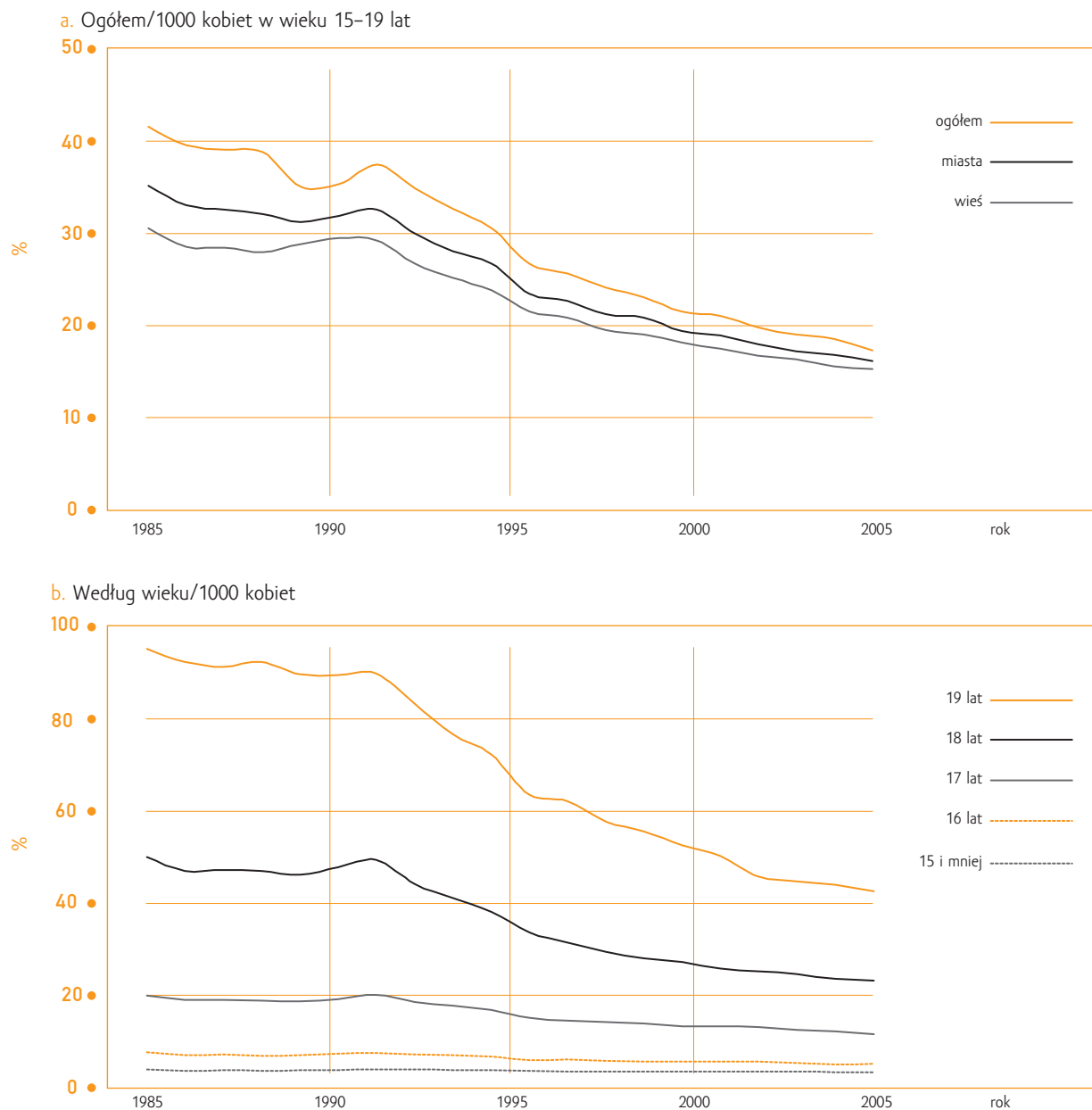
kobiety 19-letnie; pozostałe urodzenia w tej grupie w 2004 r. kształtowały się następująco: matkami w wieku 18 lat zostało ponad 6 tys. dziewcząt, 2,5 tys. ukończyło lat 17, tysiąc miało zaledwie lat 16, a prawie 300 dziewcząt zostało matkami przed ukończeniem 16 roku życia.

➤ Tabela 1. Urodzenia wśród nastolatek w Polsce w latach 1985–2004/1000 kobiet w wieku 15–19 lat

Rok	Ogółem	Miasta	Wieś	W wieku				
				15 lat i mniej	16 lat	17 lat	18 lat	19 lat
1985	35,1	29,9	42,3	1,8	7,0	21,0	49,6	96,3
1986	32,8	27,7	40,1	1,5	6,3	19,9	46,3	92,9
1987	32,2	27,5	39,5	1,7	6,4	19,7	46,7	91,6
1988	31,7	27,1	39,2	1,6	6,0	19,7	46,3	92,9
1989	30,7	28,0	35,0	1,7	6,1	19,4	45,6	89,9
1990	31,5	28,8	35,3	1,7	6,6	20,1	47,1	89,5
1991	32,2	28,4	37,7	1,9	6,8	21,2	48,9	90,0
1992	29,3	25,6	34,8	1,8	6,5	19,1	43,4	82,0
1993	27,2	23,9	32,3	1,7	6,2	18,0	40,2	74,2
1994	25,7	22,4	30,0	1,7	5,8	16,7	37,1	69,0
1995	22,0	19,8	25,7	1,4	4,6	14,4	32,3	58,6
1996	21,1	19,1	24,5	1,3	4,8	13,6	30,1	56,9
1997	19,5	17,6	22,7	1,3	4,4	13,1	27,9	51,5
1998	19,1	17,0	21,5	1,3	4,3	12,7	26,3	48,9
1999	17,5	16,1	19,8	1,3	4,2	11,9	25,5	45,4
2000	16,9	15,3	19,3	1,2	4,3	11,9	24,1	42,6
2001	15,8	14,4	17,9	1,2	4,3	11,6	23,3	37,2
2002	15,0	14,0	17,0	1,2	3,9	10,8	22,8	36,0
2003	14,5	13,2	16,5	1,1	3,4	10,4	21,8	35,1
2004	13,8	12,8	15,1	1,1	3,6	9,5	21,2	33,3

Źródło: Obliczenia własne na podstawie roczników demograficznych GUS z lat 1986–2005.

Wykres 1. Urodzenia wśród nastolatków w Polsce w latach 1985–2004



Źródło: Na podstawie danych zamieszczonych w tabeli 1.

Standardową miarą służącą do pomiaru częstości występowania urodzeń wśród nastolatków jest współczynnik płodności wyznaczony jako liczba urodzeń żywych przypadająca na 1000 kobiet w wieku 15–19 lat w ciągu roku¹.

Poziom współczynników płodności nastolatków w Polsce od roku 1985 do 2004 ogółem według miejsca zamieszkania oraz wieku

przedstawiają tabela 1 i wykres 1. Na początku analizowanego okresu na każde 1000 nastolatków w wieku 15–19 lat przypadało ponad 30 urodzeń i występowała duża różnica w częstości urodzeń pomiędzy nastolatkami mieszkającymi w miastach i na wsi. Po krótkotrwałym wzroście w latach 1989–1991 nastąpił wyraźny trend spadkowy w poziomie urodzeń wśród nastolatków. W roku

¹ Wiek jest liczony w latach ukończonych w momencie urodzenia dziecka, a nie zajęcia w ciążę. Liczba urodzeń stanowiąca licznik do obliczeń współczynnika płodności nastolatków obejmuje wszystkie urodzenia przez kobiety w wieku 19 lat i mniej, a więc i te w wieku poniżej 15 lat.

2004 zarejestrowano współczynnik płodności na poziomie 14%, tj. o połowę niższy niż na początku lat 90. Jednocześnie miejsce zamieszkania prawie nie różnicuje częstości urodzeń dzieci przez nastolatki w Polsce (płodność w miastach była na poziomie 13%, a na wsi – 15%).

We wszystkich grupach wieku nastąpiło obniżenie natężenia urodzeń wśród nastolatek, jednakże największy spadek wystąpił w grupach najstarszych. Dla dziewcząt 19-letnich płodność w 2004 r. była prawie trzykrotnie niższa niż na początku lat 90. i wynosiła 33 urodzenia/1000 kobiet w porównaniu z 90‰ w 1991 r. Dla dziewcząt 18-letnich był to spadek z 50‰ do 21‰, dla 17-letnich – z ponad 20‰ do 10‰, 16-letnich – z 7‰ do 4‰, a dla najmłodszych – z 2‰ do 1,1‰ (wyk. 1b).

ODNIESIENIE DO SYTUACJI W INNYCH KRAJACH

Analiza płodności nastolatek w krajach rozwiniętych wskazuje na duże zróżnicowanie poziomu tego zjawiska (od poniżej 4‰ w Japonii do prawie 55‰ w USA). **W większości krajów Europy**

od początku lat 80. nastąpił spadek płodności nastolatek i pod koniec lat 90. w krajach UE płodność nastolatek kształtowała się na poziomie około 10/1000 i niżej. W Europie Zachodniej stosunkowo wysoką płodność nastolatek notuje się w Portugalii, Grecji i Irlandii, gdzie wynosi około 20/1000, a najwyższa utrzymuje się w Wielkiej Brytanii – prawie 30%. Najniższe wskaźniki urodzeń wśród nastolatek notowane są w Holandii, Szwajcarii, Włoszech, Szwecji, Hiszpanii i Danii – 6–8‰ [Recent..., 2004]. **Natężenie urodzeń wśród nastolatek w Polsce, w porównaniu z krajami o najniższych wskaźnikach, jest nadal wyższe**, równocześnie tendencja spadkowa wyraźnie zbliża Polskę do poziomu Francji, Austrii i Niemiec (wyk. 2a). Jednakże w porównaniu z krajami Europy Środkowej i Wschodniej, dla wszystkich poza Republiką Czeską, płodność nastolatek w Polsce jest niższa (wyk. 2b). W Słowacji, na Węgrzech, Litwie, Białorusi, w Estonii i Rosji przekracza 20/1000, a w Rumunii, Bułgarii i na Ukrainie wynosi około 40/1000 [Recent..., 2004].

 Tabela 2. Płodność nastolatek w wybranych latach od 1980 do 2003 r., przegląd międzynarodowy

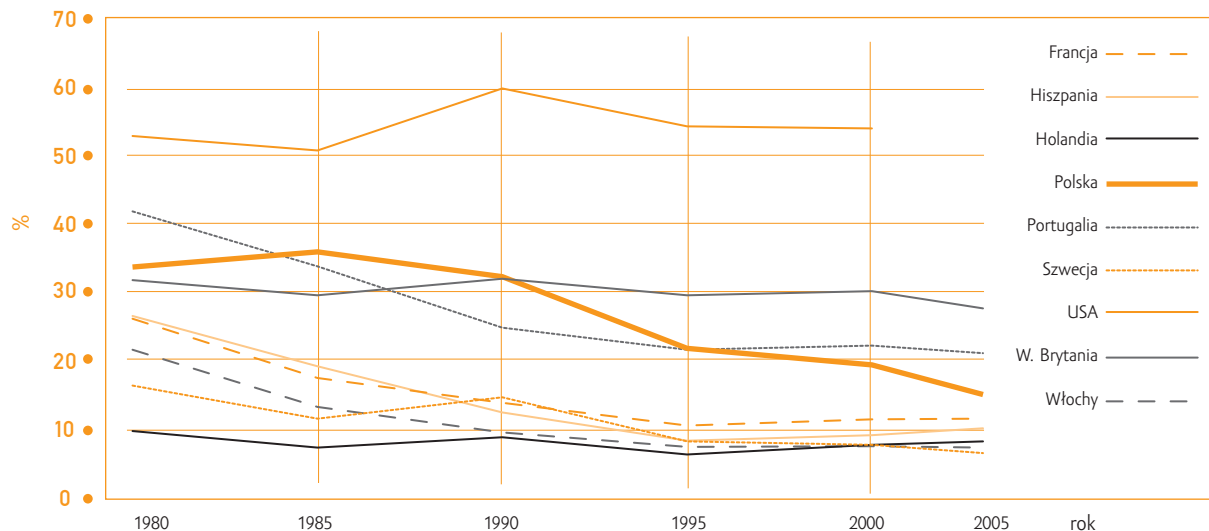
Kraj	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Austria	34,5	24,4	21,2	15,6	13,5	13,1
Białoruś	31,4	32,8	43,8	39,0	28,2	23,4
Bułgaria	81,2	77,4	69,9	49,6	47,8	40,4
Dania	16,8	9,1	9,1	8,3	7,7	6,2
Estonia	44,6	43,9	53,6	33,4	25,7	22,1 ^a
Francja	25,4	16,9	13,3	10,0	10,9	11,0 ^a
Hiszpania	25,8	18,5	11,9	7,8	8,6	9,6 ^a
Holandia	9,2	6,8	8,3	5,8	7,2	7,7 ^a
Japonia	3,6	4,0	3,6	3,9	3,9	
Litwa	28,0	22,1	41,6	36,7	25,8	20,6
Łotwa	39,9	42,6	50,0	25,5	19,2	16,6
Polska	32,9	35,1	31,5	21,1	18,7	14,5
Portugalia	41,0	33,0	24,1	20,9	21,5	20,4 ^a
Rosja	43,6	46,9	55,6	45,6	28,2	27,6
Rumunia	72,3	57,3	51,5	42,0	38,7	34,0
Słowacja	48,2	51,8	45,5	32,3	23,8	20,6
Szwecja	15,8	11,0	14,1	7,7	7,2	6,0
USA	53,0	51,0	59,9	54,4	54,1	
W. Brytania	31,0	28,8	31,2	28,8	29,4	26,9
Węgry	68,0	51,5	39,5	29,5	23,5	20,8
Włochy	20,9	12,7	9,0	6,9	7,0	6,8 ^a

^a Dane za 2002 r.

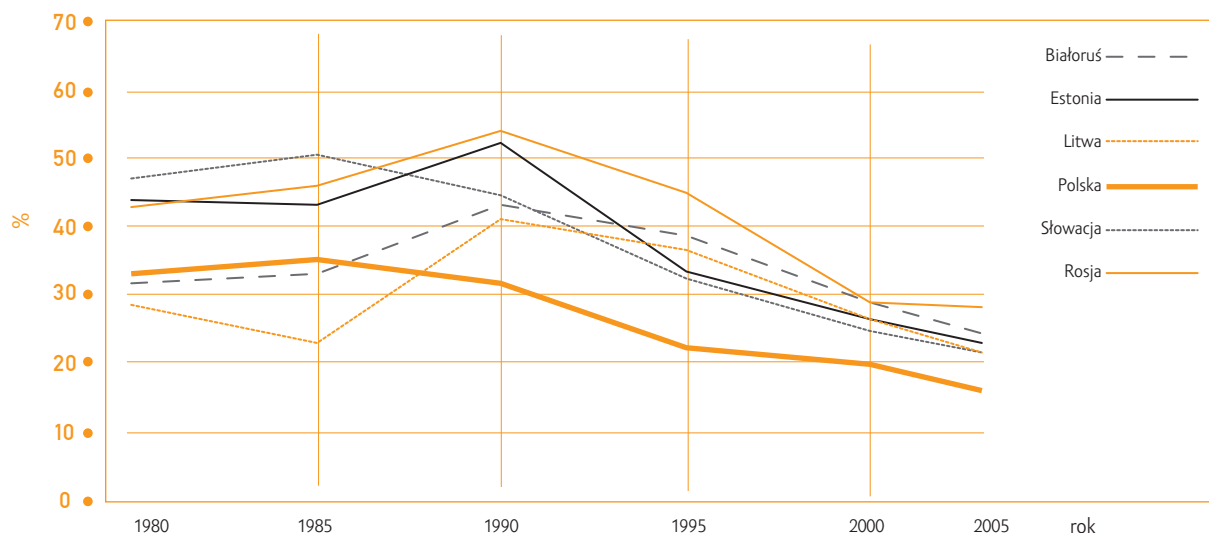
Źródło: Rocznik Demograficzny GUS, Warszawa 2005.

Wykres 2. Płodność nastolatek

a. W wybranych krajach zachodnich i w Polsce



b. W wybranych krajach Europy Środkowej i Wschodniej



Źródło: Na podstawie danych zamieszczonych w tabeli 2.

KONSEKWENCJE CIĄŻ U NASTOLATEK

Analizowane współczynniki urodzeń (birth rate) są niższe od współczynników ciąż (pregnancy rate) wśród nastolatek. Analizy opierające się na danych dotyczących legalnego przerywania ciąży wśród nastolatek wskazują, iż w większości krajów współczynniki przerywania ciąży (abortion rate) są niższe od współczynników urodzeń, poza Szwecją, Norwegią, Danią, Finlandią, a także

Rosją i Białorusią, gdzie wskaźnik przerywania ciąży na 100 ciąż (abortion ratio per 100 pregnancies) przekracza 50%, a w Szwecji wynosi prawie 70% [Singh S., Darroch J.E., 2000; Bajos N. i in., 2003]. W Europie Środkowej i Wschodniej stosunkowo wysokie natężenie przerywania ciąży notowane w latach 80. uległo obniżeniu, poza Węgrami i Bułgarią, gdzie utrzymuje się na poziomie około 30/1000 kobiet w wieku 15–19 lat. W większości pozostaje

stałych krajów Europy trend jest dość stabilny, a współczynniki przerywania ciąży wśród nastolatek są na poziomie od 4–5/1000 w Holandii, Belgii, Niemczech, Włoszech i Hiszpanii do około 20/1000 w Szwecji, Wielkiej Brytanii i Norwegii. W Czechach i Słowacji, a więc w krajach sąsiadujących z Polską, współczynnik przerywania ciąży wśród nastolatek jest dwukrotnie niższy niż współczynnik urodzeń i wynosi 10–12/1000, w Niemczech natomiast jest zdecydowanie niższy i wynosi mniej niż 4/1000 [Singh S., Darroch J.E., 2000].

Ciąża u bardzo młodych kobiet może łączyć się także z innymi negatywnymi konsekwencjami w wymiarze indywidualnym oraz społecznym. Wśród nich wymienia się konsekwencje zdrowotne dla matki i dziecka, np. niska masa urodzeniowa, większe ryzyko zakażenia się chorobami przenoszonymi drogą kontaktów płciowych, w tym HIV/AIDS [m.in. Panchaud C. i in., 2000; Wróblewska W., 2002; Card J.J., 1981]. W wymiarze społeczno-ekonomicznym wymienia się: przerwanie procesu edukacji i niższy poziom wykształcenia, trudności w przebiegu kariery zawodowej i problemy ekonomiczne, wśród demograficznych: samotne macierzyństwo i nietrwałość małżeństw zawieranych przez nastolatki, a także obciążenia społeczne wynikające np. z zasiłków dla samotnych matek [m.in. Singh S., Darroch J.E. i in., 2001; Wellings K. i in., 1999; Wróblewska W., 2002; Wróblewska W., 1999; Kiernan K., 1996].

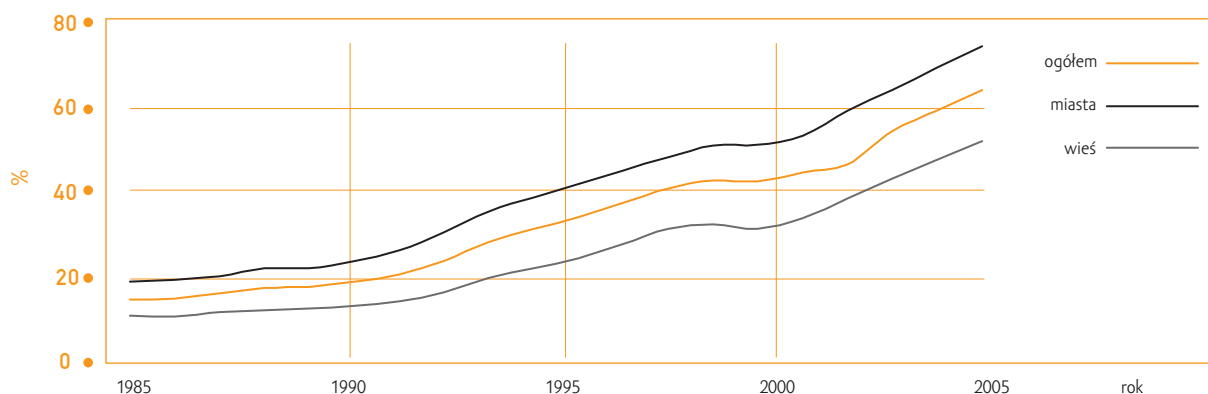
Wśród nastolatek w Polsce notowany jest najwyższy udział urodzeń pozamałżeńskich w porównaniu z pozostałymi kobietami rodzącymi dziecko. W 2004 r. prawie 60% urodzeń wśród nastolatek stanowiły urodzenia pozamałżeńskie (67% w miastach i 48% na wsi). Od początku lat 90. obserwuje się systematyczny wzrost tego wskaźnika, a w ostatnich 10 latach nastąpiło jego podwojenie (wyk. 3).

Tabela 3. Urodzenia pozamałżeńskie wśród nastolatek w Polsce w latach 1985–2004, % urodzeń w wieku 15–19 lat

Rok	Ogółem	Miasta	Wieś
1985	16,9	20,4	13,8
1986	17,1	20,7	13,6
1987	18,2	21,6	14,4
1988	19,2	23,1	14,8
1989	19,3	23,1	15,2
1990	20,4	24,5	15,7
1991	21,8	26,6	16,6
1992	24,5	30,1	18,3
1993	28,1	34,1	21,2
1994	30,8	37,1	23,1
1995	33,2	39,7	25,0
1996	36,0	42,4	27,9
1997	38,7	45,0	30,8
1998	40,4	47,2	31,7
1999	40,1	47,4	30,9
2000	41,9	49,1	33,0
2001	43,6	54,1	36,8
2002	50,1	58,2	40,7
2003	54,1	62,6	44,4
2004	58,2	66,7	48,1

Źródło: Obliczenia własne na podstawie roczników demograficznych GUS z lat 1986–2005.

Wykres 3. Urodzenia pozamałżeńskie wśród nastolatek w Polsce w latach 1985–2004, % urodzeń w wieku 15–19 lat



Źródło: Na podstawie danych zamieszczonych w tabeli 3.

WSKAZANIA DLA STRATEGII W ZAKRESIE URODZEŃ PRZEZ NASTOLATKI W POLSCE

Wśród czynników powiązanych z urodzeniami wśród nastolatek wymienia się: niski poziom wykształcenia, niski status społeczny, rozpad rodziny, permissywnizm moralny, kontakt z alkoholem i pornografią oraz wczesną inicjację seksualną i niestosowanie antykoncepcji [m.in. Singh S., Darroch J.E., 2000; Darroch J.E. i in., 2001; Manlove E. i in., 2000; AGI 1998; Wróblewska W., 1991; 2001]. W tym kontekście należy pozytywnie ocenić zachodzące przemiany w Polsce w systemie kształcenia w kierunku powszechności wykształcenia na poziomie średnim oraz wzrost liczby osób kontynuujących naukę na poziomie wyższym. Wśród

innych działań w zakresie polityki społecznej i edukacyjnej, które mogą wpłynąć na dalsze obniżenie płodności nastolatek, można wskazać na: rzetelny przekaz wiedzy w zakresie zagrożeń zdrowotnych wynikających z wczesnej inicjacji oraz informacji dotyczącej antykoncepcji w systemie edukacji oraz w mediach; propagowanie wśród młodzieży abstynencji seksualnej; pomoc rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji i zagrożonych patologią, w tym także w zakresie opieki nad dziećmi; ograniczenie dostępu dzieci i młodzieży do produkcji o charakterze pornograficznym oraz alkoholu.

Piśmiennictwo

The Alan Guttmacher Institute, *Into a New World. Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, New York 1998.

Bajos N., Guillaume A., Kontula O., *Reproductive health behaviour of young Europeans*, Vol. 1, „Population Studies”, No. 42, Council of Europe, Strasbourg 2003.

Card J.J., Long-term consequences for children of teenage parents, „Demography”, 1981, 18(2), s. 137–156.

Darroch J.E., Singh S., Frost J.J., Differences in Teenage Pregnancy Rates among Five Developed Countries: The Roles of Sexual Activity and Contraceptive Use, „Family Planning Perspectives”, 2001, 33(5), s. 244–250.

Kiernan K., Lone motherhood, employment and outcomes for children, „International Journal of Family Policy and Law”, 1996, 3(3), s. 233–249.

Manlove E., Terry E., Gitelson L. i in., Explaining Demographic Trends in Teenage Fertility, 1980–1995, „Family Planning Perspective”, 2000, 32(4), s. 166–175.

Panchaud C. i in., Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries, „Family Planning Perspectives”, 2000, 32(1), s. 24–32.

Recent Demographic Developments in Europe 2004, Council of Europe, Strasbourg 2005.

Singh S., Darroch J.E., Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries, „Family Planning Perspective”, 2000, 32(1), s. 14–23.

Singh S., Darroch J.E. i in., Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries, „Family Planning Perspective”, 2001, 33(6), s. 251–258.

Wellings K., Wadsworth J. i in., Teenage fertility and life chances, „Reviews of Reproduction”, 1999, 4, s. 184–190.

Wróblewska W., Attitudes and behaviour of Polish teenagers – Intergeneration changes, „Polish Population Review”, 2001, 19, s. 112–125.

Wróblewska W., Konsekwencje demograficzne wczesnych związków seksualnych. Na podstawie badania „Przemiany rodziny i wzorce dzietności w Polsce, 1991”, „Studia Demograficzne”, 1999, 1(135), s. 25–47. (Demographic consequences of the early sexuality. Based on data from Fertility and Family Survey, 1991).

Wróblewska W., Nastoletnie matki w Polsce – Studium demograficzne na podstawie badania Ankieta Młodych Matek z 1988 r., „Monografie i Opracowania”, 22(340), ISiD SGH, Warszawa 1991.

Wróblewska W., Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego w Polsce, „Studia Demograficzne”, 2002, 2(141), s. 11–42.



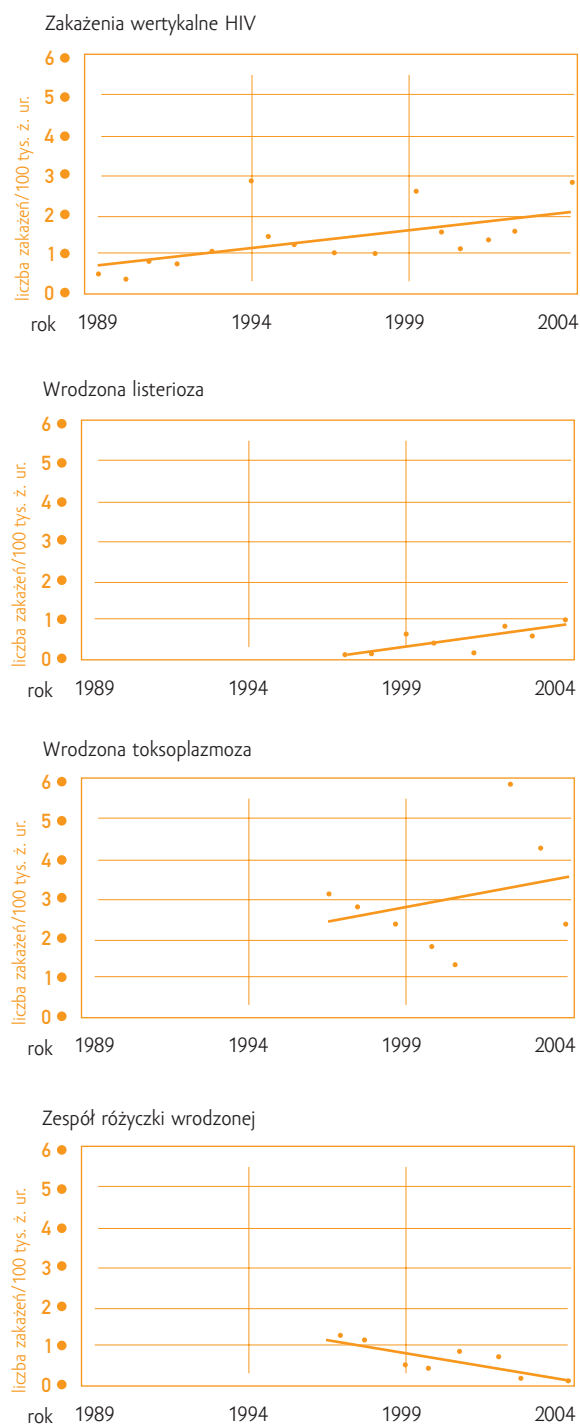
Tomasz Niemiec, Paweł Stefanoff, Krzysztof Drews

9. ZAKAŻENIA PERINATALNE

Zakażenie jest najczęściej spotykanym powikłaniem w praktyce lekarza położnika i stanowi jedną z głównych przyczyn zachorowalności i śmiertelności noworodków. Ocenia się, że z powodu zakażeń w okresie noworodkowym umiera 20–30% dzieci, przy czym w połowie przyczyną zgonów są zakażenia wczesne (do 3 doby życia), których źródłem zakażenia jest matka. Częstość występowania poszczególnych zakażeń perinatalnych w Polsce jest nieznaną z powodu braku wiarygodnych badań odnoszących wyniki do populacji. Według oszacowań opublikowanych na świecie, które można odnieść do sytuacji w Polsce, najczęstszą przyczyną zakażeń perinatalnych w krajach rozwiniętych są: Chlamydia trachomatis (150/1000 żywych urodzeń), wirus cytomegalii (10/1000 żywych urodzeń), wirusy HSV i WZW (1/1000 żywych urodzeń). Posocznica noworodków występuje w 4–8 przypadków/1000 żywych urodzeń. Dotychczas informacje z terenu Polski pochodziły głównie z rutynowego nadzoru epidemiologicznego. W Polsce od 1989 r. do końca marca 2006 r. zgłoszono 92 zakażenia wertykalne HIV. Wskutek braku do 2006 r. ogólnokrajowego programu badań przesiewowych w kierunku HIV u kobiet w ciąży obserwowano wzrost liczby zakażeń wertykalnych (wyk. 1). W przeliczeniu na 100 tys. żywych urodzeń liczba zgłoszonych zakażeń wertykalnych wyniosła 1,7 w 2003 r.

i 2,8 w 2004 r. Wzrosła również zapadalność na AIDS wśród dzieci do 15 roku życia – od średnio 0,1/1 mln w latach 1990–1997 do 0,6 w latach 1998–2005. Według oficjalnych danych wrodzona listerioza jest chorobą rzadką – od początku jej rejestracji w 1997 r. zgłoszono 9 zachorowań, jednak zaobserwowano także tendencję wzrostu liczby rejestrowanych zachorowań (wyk. 1). Również zapadalność na wrodzoną toksoplazmozę wykazuje tendencję wzrostową, od 3,1/100 tys. żywych urodzeń w 1997 r. do 5,9 w 2002 r. Dla wymienionych chorób nie ma też dostępnej profilaktyki w postaci skutecznych i bezpiecznych szczepionek. Monitorowanie częstości oraz czynników ryzyka zachorowań na AIDS, listeriozę lub toksoplazmozę kobiet w okresie rozrodczym ma znaczenie przede wszystkim ze względu na ukierunkowanie działań edukacyjnych oraz promowanie zasad skutecznej ochrony płodu natychmiast po potwierdzeniu rozpoznania. W przypadku zespołu różyczki wrodzonej od 1989 r. wdrożono program profilaktyczny polegający na szczepieniu przeciwko wirusowi różyczki wszystkich dziewczynek przed okresem rozrodczym. Szczepienia te objęły dotychczas 17 roczników i w wyraźny sposób ograniczyły liczbę zachorowań. Zapadalność na różyczkę wrodzoną zmniejszyła się z 1,21/100 tys. żywych urodzeń w 1997 r. do 0,57 w 2002 r. Od 2003 r. nie zarejestro-

Wykres 1. Liczba wybranych zakażeń perinatalnych/100 tys. żywych urodzeń



Źródło: Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Przeciwepidemiczny i Oświaty Zdrowotnej, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce, Warszawa 1990–2005.

wano nowych zachorowań. W przypadku włączonych do rutynowego nadzoru od 2004 r. wrodzonej cytomegalii oraz posocznicy bakteryjnej noworodków, w pierwszym roku rejestracji odnotowano odpowiednio 16 zachorowań (zapadalność 4,5/100 tys. żywych urodzeń) i 277 (zapadalność 77,78). W związku z tym, że dotyczyły one pierwszego roku, w którym zgłaszano zachorowania, wyniki te należy interpretować ostrożnie. Dla pozostałych jednostek chorobowych objętych nadzorem epidemiologicznym (tężec noworodków, róża po porodzie i w połogu, wrodzona zimnica) nie zgłoszono żadnego zachorowania. **Liczba urodzeń dzieci z kiłą wrodzoną w Polsce w ostatnich latach znacząco wzrasta** (od 0,73/100 tys. urodzeń w roku 1990 do 4,52/100 tys. urodzeń w roku 2002) i wynosi około 15/rok.

NADZÓR EPIDEMIOLOGICZNY (SURVEILLANCE) NAD ZAKAŻENIAMI PERINATALNYMI W POLSCE

Rutynowy system nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami perinatalnymi opiera się na obowiązku zgłaszania nowo wykrytych zakażeń przez lekarzy i kierowników laboratoriów na podstawie ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach (DzU nr 126, poz. 1384 z późn. zm.) oraz odpowiednich rozporządzeń. Wprowadzono odrębny system nadzoru nad zakażeniami HIV oraz pozostałymi zakażeniami perinatalnymi. Dodatkowo wyniki badań potwierdzających zakażenie HIV (immunoblot, wykrycie kwasu nukleinowego HIV) zgłaszane są przez kierowników laboratoriów wykonujących takie badania oraz przez lekarzy, którzy rozpoznają zakażenie HIV, właściwemu terytorialnie Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu. W przypadku wszystkich pozostałych zakażeń perinatalnych zgłoszenia od lekarzy oraz kierowników laboratoriów (na podstawie dodatkowych wyników laboratoryjnych) przesyłane są do właściwych terytorialnie państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych. Opracowaniem danych zbiorczych o wszystkich zakażeniach i zachorowaniach na poziomie kraju oraz indywidualnych wywiadów epidemiologicznych w przypadku niektórych chorób zajmuje się Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego. Tabela 1 przedstawia listę zakażeń wrodzonych objętych nadzorem epidemiologicznym w Polsce.

Polska uczestniczy w światowej strategii eliminacji zespołu różyczki wrodzonej (congenital rubella syndrome, CRS), w której zaleca się krajom członkowskim utrzymywanie wysokiego stanu zaszczepienia kobiet przeciwko różyczce oraz aktywnego monitorowania CRS w celu odpowiedniego udokumentowania eliminacji zachorowań w regionie europejskim WHO do 2010 r. Zgodnie z decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady 2119/98/EC oraz decyzjami Komisji Europejskiej 2002/253/EC i 2000/96/EC nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami perinatalnymi został na terenie regionu europejskiego WHO ujednolicony poprzez przyjęcie wspólnych definicji przypadku i gromadzenie informacji na temat epidemiologii wybranych chorób zakaźnych. Obecnie obowiązują


jące w Polsce definicje zostały opracowane w 1997 r. – zespół różyczki wrodzonej (definicja WHO) oraz 2002 r. – zakażenie HIV, malaria, listerioza, tężec oraz toksoplazmoza (definicja UE, bez wyodrębnienia zakażeń perinatalnych). W ramach współpracy ogólnoeuropejskiej kraje członkowskie regionu dostarczają dane o zgłoszonych zakażeniach do Europejskich Sieci Nadzoru, EU-BSN (indywidualne dane o wszystkich zespołach chorobowych objętych nadzorem na terenie UE), EuroHIV (szczegółowe dane dotyczące HIV) oraz EUVAC-NET (szczegółowe dane dotyczące zespołu różyczki wrodzonej).

Od roku 2004 w ramach projektu Phare 2003/005 prowadzona jest modernizacja polskiego systemu nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, obejmująca zaprojektowanie i wdrożenie centralnej bazy danych o chorobach zakaźnych. Baza ta będzie zbierała dane o zachorowaniach na choroby zakaźne zarejestrowane na terenie całej Polski. Dla wszystkich zachorowań odnotowane zostanie w rejestrze pytanie czy osoba płci żeńskiej jest w ciąży, co pozwoli na bardziej precyzyjne monitorowanie zakażeń perinatalnych w Polsce. Duże nadzieje w tym zakresie daje nowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, w której proponuje się skuteczne narzędzie zgłaszania i nadzoru nad chorobami zakaźnymi, w tym zakażeniami perinatalnymi. Nowe zapisy w ustawie pozwolą na coroczne monitorowanie takich wskaźników, jak kiła wrodzona, kiła w ciąży, toksoplazmoza, zakażenia chlamydialne i wiele innych.

ROZPOZNANE PROBLEMY

Oficjalne dane o zakażeniach perinatalnych pochodzące z nadzoru epidemiologicznego są niedoszacowane z powodu oparcia nadzoru przede wszystkim na lekarzach pierwszego kontaktu, lekarzach chorób zakaźnych oraz pediatrach. Lekarze ginekolodzy-położnicy i neonatolodzy mają często ograniczoną wiedzę na temat listy chorób podlegających obowiązkowi zgłoszenia. Nowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych nakłada obowiązek zgłaszania zakażeń perinatalnych na wszystkich ww. lekarzy.

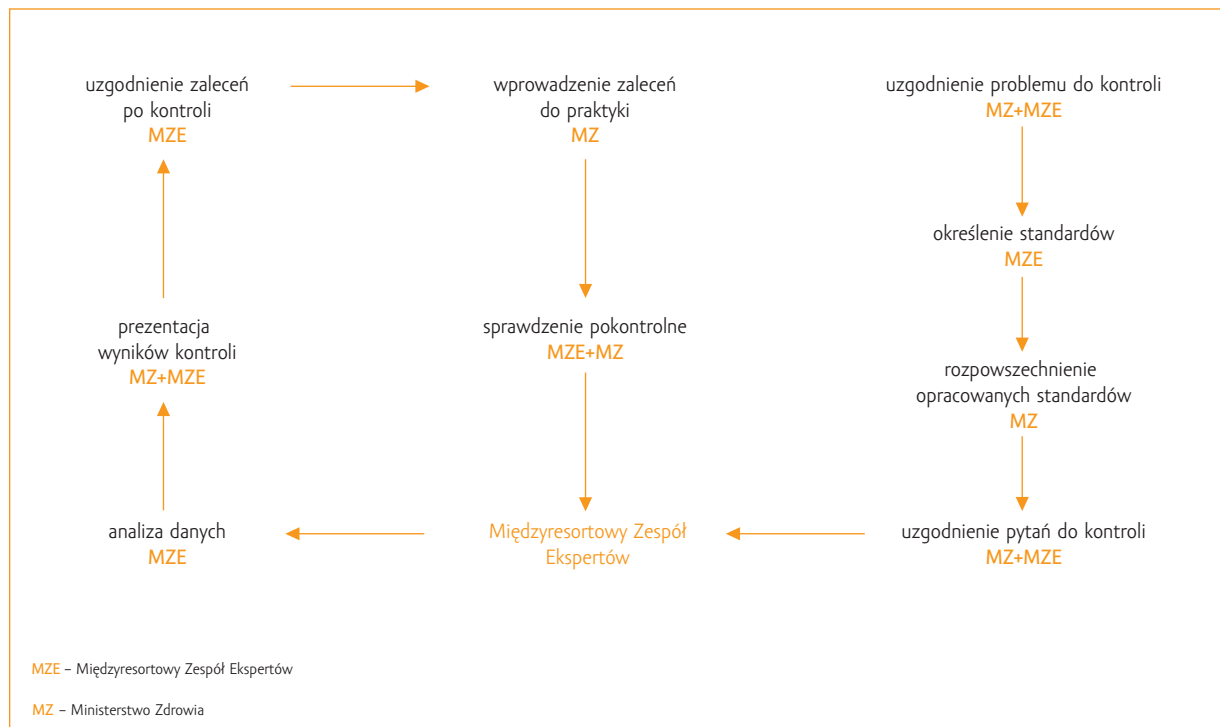
Często lekarze nie zlecają diagnostyki w kierunku chorób zakaźnych u kobiet ciężarnych z powodów ekonomicznych lub innych. Nie ma w tym zakresie jasnych rozwiązań prawnych. Istniejące standardy zobowiązujące lekarzy do określonego postępowania profilaktycznego w razie wykrycia infekcji wymagają aktualizacji i ujednolicenia. Rozpoznane zakażenia często są nie zgłaszane, co znacznie utrudnia ocenę sytuacji epidemiologicznej na poziomie kraju nawet w zakresie obowiązkowo zgłaszanych jednostek chorobowych. Dodatkowo odrębny system nadzoru nad zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (STI), niekompatybilny z nadzorem nad HIV/AIDS oraz pozostałymi chorobami zakaźnymi, utrudnia prawidłowy ogląd zdrowia reprodukcyjnego kobiet w zakresie zagrożenia chorobami zakaźnymi. Z powodu niejednolitego nadzoru epidemiologicznego oraz zróżnicowanej współpracy z różnymi grupami zawodowymi lekarzy nie znamy sytuacji epidemiologicznej zakażeń perinatalnych, które są naj-

 Tabela 1. Zakażenia perinatalne podlegające obowiązkowi zgłoszenia w Polsce w 2006 r. oraz liczba zarejestrowanych zakażeń w 2004 r.

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD-10	Rok wdrożenia nadzoru	Liczba zakażeń zarejestrowanych w 2004 r.
Zakażenia wertykalne HIV	–	1989	10
Wrodzony zespół różyczkowy	P35.0	1997	0
Wrodzona toksoplazmoza	P37.1	1997	21
Wrodzona listerioza	P37.2	1997	9
Tężec noworodków	A33	1997	0
Róża po porodzie i w połogu	O86.8	1997	0
Wrodzona zimnica	P37.3-P37.4	1997	0
Kiła wrodzona	A50	1997	18
Wrodzona cytomegalia	P35.1	2004	16
Posocznica bakteryjna noworodka	P36	2004	277

Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 2. Schemat pracy interdyscyplinarnego zespołu ekspertów



Źródło: Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Przeciwepidemiczny i Oświaty Zdrowotnej, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce, Warszawa 1990–2005.

prawdopodobniej najczęstsze: zakażeń Chlamydia trachomatis, wirusem cytomegalii lub paciorkowcami grupy B. Nie znając częstości zakażeń oraz specyficznych dla Polski czynników warunkujących ich rozpowszechnienie, problematyczne jest zaplanowanie skutecznych programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Trudności w monitorowaniu zakażeń wertykalnych HIV nastroża fakt, że większość kobiet w ciąży nie przechodziła do niedawna badań w kierunku HIV i nie była świadoma swojego statusu. Jest to szczególnie ważne z uwagi na dostępność skutecznej terapii antyretrowirusowej. Aby uzyskać pełniejszy obraz sytuacji epidemiologicznej, zbierane są dane na temat osób badanych w kierunku HIV (dane zagregowane), a także prowadzone badania przekrojowe w wybranych grupach ryzyka. Badania przekrojowe są uznanym narzędziem służącym monitorowaniu epidemii HIV/AIDS i w wielu krajach europejskich są prowadzone na zasadzie corocznie realizowanych programów. Dodatkowych informacji dostarcza również monitoring kobiet ciężarnych i badania biorców krwi. Niezwykle istotne z punktu widzenia profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV jest zarządzenie nr 21/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 maja 2006 r. w sprawie zatwierdzenia do realizacji Programu Wczesnego Wykrywania Zakażeń HIV u kobiet w ciąży. Program

ten powstał z inicjatywy Krajowego Centrum ds. AIDS, a finansowany będzie ze środków własnych NFZ. Testy oferowane kobietom i wykonywane na zasadzie dobrowolności połączone będą z poradnictwem okołotestowym. Informacje o wynikach dodatknych przesyłane będą do Krajowego Centrum ds. AIDS.

PLANOWANE DZIAŁANIA

Tworzony elektroniczny system nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi umożliwia monitorowanie występowania wszystkich chorób zakaźnych podlegających obowiązkowi zgłoszenia. W celu sprostania zaleceniom WHO Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny planuje dokonanie weryfikacji eliminacji zespołu różyczki wrodzonej poprzez retrospektywne przeglądy dokumentacji lekarskich, rejestrów wad wrodzonych oraz rejestrów zgonów. Stwierdzana niska czułość nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami perinatalnymi w Polsce skutkuje dostrzeżeniem potrzeby wdrożenia szeroko zakrojonego programu usprawnienia tego nadzoru przy pomocy międzyresortowego zespołu ekspertów. Program taki powinien obejmować utworzenie międzyresortowego/interdyscyplinarnego zespołu ekspertów z udziałem towarzystw naukowych zajmujących się bezpośrednio zakażeniami perinatalnymi (Polskie

Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej, Państwowy Zakład Higieny, Polskie Towarzystwo Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskie Towarzystwo Pediatriczne, Polskie Towarzystwo Genetyczne i inne), który we współpracy z Ministerstwem Zdrowia opracowałby standardy nadzoru nad zakażeniami perinatalnymi w Polsce. Podobne zespoły działają w innych krajach UE. Schemat pracy takiego zespołu przedstawia wykres 2.

Do szczegółowych zadań takiego zespołu należałoby:

- 1) informowanie środowisk lekarskich, w szczególności ginekologów-położników oraz neonatologów, o problemach związanych z diagnostyką oraz profilaktyką zakażeń perinatalnych;
- 2) zachęcanie lekarzy do świadomego zgłaszania rozpoznanych zakażeń odpowiednim instytucjom zdrowia publicznego;
- 3) aktywny nadzór obejmujący m.in. monitorowanie rejestrów wad wrodzonych oraz dodatnich wyników laboratoryjnych u kobiet ciężarnych;
- 4) okresowe przeglądy serologiczne kobiet w wieku rozrodczym mające na celu ocenę ryzyka wystąpienia zakażeń perinatalnych;
- 5) zaplanowanie badań epidemiologicznych mających na celu identyfikację czynników ryzyka sprzyjających występowaniu zakażeń perinatalnych;
- 6) opracowanie na podstawie zebranych danych epidemiologicznych zaleceń dotyczących diagnostyki kobiet w różnych okresach ciąży oraz procedur postępowania profilaktycznego w poszczególnych przypadkach;
- 7) opracowanie na podstawie analizy sytuacji epidemiologicznej zakażeń perinatalnych propozycji zmian legislacyjnych, obejmujących weryfikację listy zakażeń wrodzonych podlegających obowiązkowi nadzoru, listy zalecanych oraz obowiązkowych badań diagnostycznych dla kobiet w różnych okresach ciąży.

Piśmiennictwo

Maresh M., *Audit in Obstetrics and Gynaecology*, Blackwell Science 1994.

Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Przeciwepidemiczny i Oświaty Zdrowotnej, *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce*, Warszawa 1990–2005.

Słomko Z., Drews K., Niemiec T., *Profilaktyka w położnictwie, ginekologii i neonatologii*, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne 2005.

Szczapa J., Wojsyk-Banaszak I., *Wybrane problemy zakażeń okresu noworodkowego*, Krakowska Oficyna Naukowa Tekst, Kraków 2005.



10. WYBRANE NOWOTWORY NARZĄDÓW PŁCIOWYCH U KOBIET

Rak piersi

Jolanta Lissowska

WPROWADZENIE. POLSKA NA TLE KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ

Na całym świecie, w tym także w Polsce, rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet [Parkin D.M., 2004]. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2003 r. zarejestrowano w Polsce 58 877 nowych zachorowań i 38 331 zgonów na wszystkie nowotwory złośliwe u kobiet. Wśród nich około 11 733 (19,9%) zachorowań (co piąta chora na nowotwór kobieta) i około 4942 (12,9%) zgonów (co ósma kobieta umierająca na nowotwór) stanowiły nowotwory piersi [Wojciechowska U. i in., 2005].

Mimo że w porównaniu z innymi krajami UE, zwłaszcza krajami nowej dziesiątki, nie są to wskaźniki najwyższe (standaryzowane współczynniki zapadalności i umieralności dla Polski w 2003 r. wyniosły odpowiednio: 40,2/100 tys. i 15,0/100 tys.), Polska, będąc największym krajem z przyjętych do UE, wnosi do Europy największą liczbę zachorowań i zgonów w wielkościach absolutnych. Dla porównania, niewielka Malta, z największym w krajach nowej dziesiątki standaryzowanym współczynnikiem umieralności na raka piersi (28,4/100 tys.), rejestruje zaledwie 91 zgonów z powodu raka piersi rocznie.

TRENDY UMIERALNOŚCI NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE PIERSI

W Polsce, podobnie jak w innych krajach nowo przyjętych do UE, od połowy lat 90. obserwuje się spadek umieralności z powodu raka piersi, mimo że w krajach tych nie wprowadzono jeszcze populacyjnych mammograficznych badań przesiewowych. Co więcej, ta spadkowa tendencja dotyczy głównie kobiet młodych (do 49 roku życia), do których nie są adresowane mammograficzne badania przesiewowe. W pozostałych grupach wieku w większości nowych krajów członkowskich UE nadal obserwuje się wzrost umieralności z powodu raka piersi. Wyjątek stanowią Polska, Czechy, Słowenia i Węgry, ale tempo spadku umieralności jest w starszych grupach wieku znacznie mniejsze.

TRENDY ZAPADALNOŚCI NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE PIERSI

Zachorowania na nowotwory złośliwe piersi w Polsce we wszystkich grupach wieku ciągle rosną, ale tempo wzrostu w najmłodszej grupie wieku jest najmniejsze (wyk. 1).

Zachorowania na nowotwory piersi są bardzo rzadkie poniżej 25 roku życia (poniżej 5 nowych zachorowań/100 tys. kobiet), najszybciej rosną we wszystkich grupach wieku aż do 50 roku

życia (98 nowych zachorowań/100 tys. kobiet). Zachorowania u kobiet powyżej 50 roku życia stabilizują się. Ten charakterystyczny obraz relacji zachorowań i wieku wskazujący na dramatyczny wzrost zachorowań w okresie reprodukcyjnym sugeruje rolę czynników hormonalnych w etiologii raka piersi (podobny kształt krzywych zachorowań według wieku mają inne hormonozależne nowotwory, np. nowotwory jajnika, endometrium czy jelita).

Podobne relacje między wiekiem a zachorowaniami występują w krajach niskiego ryzyka raka piersi (np. w krajach azjatyckich), w których współczynniki zapadalności u kobiet powyżej 50 roku życia nigdy nie rosną. Mogłoby to sugerować, że czynniki, które w określonym momencie życia zwiększają (lub zmniejszają) ryzyko raka piersi, prawdopodobnie w nieodwracalny sposób będą powodowały przyrost (lub spadek) zachorowań. Innymi słowy, mimo że rak piersi u kobiet w wieku rozrodczym (<49 roku życia) nie jest głównym problemem Polski, to jednak zachowania prokreacyjne i styl życia kobiet młodych warunkuje zachorowania w wieku peri- i postmenopauzalnym, tj. w wieku największych zachorowań na raka piersi.

pozytywną obserwacją jest powiększanie się różnicy między zachorowaniami a zgonami, zwłaszcza w ostatnim dziesięcioleciu. Fakt, że znacznie mniej kobiet umiera na nowotwór piersi, niż zachorowuje, świadczyć może z jednej strony o lepszej diagnostyce, z drugiej zaś o lepszym, skuteczniejszym leczeniu tych nowotworów.

CZYNNIKI RYZYKA W POLSCE

Szacuje się, że zaledwie 5–10% wszystkich nowotworów piersi i 25–40% nowotworów piersi u kobiet w wieku poniżej 35 lat ma podłoże genetyczne, tj. powstaje w wyniku dziedziczenia defektu genetycznego [Niwńska A., 2002]. Ryzyko raka piersi w Polsce jest prawie dwukrotnie wyższe u kobiet, w których rodzinach występowały zachorowania na nowotwory piersi (OR=1,84, 95% CI: 1,47–2,30).

Zdecydowana większość raków piersi, także u kobiet młodych, stanowią raki sporadyczne.

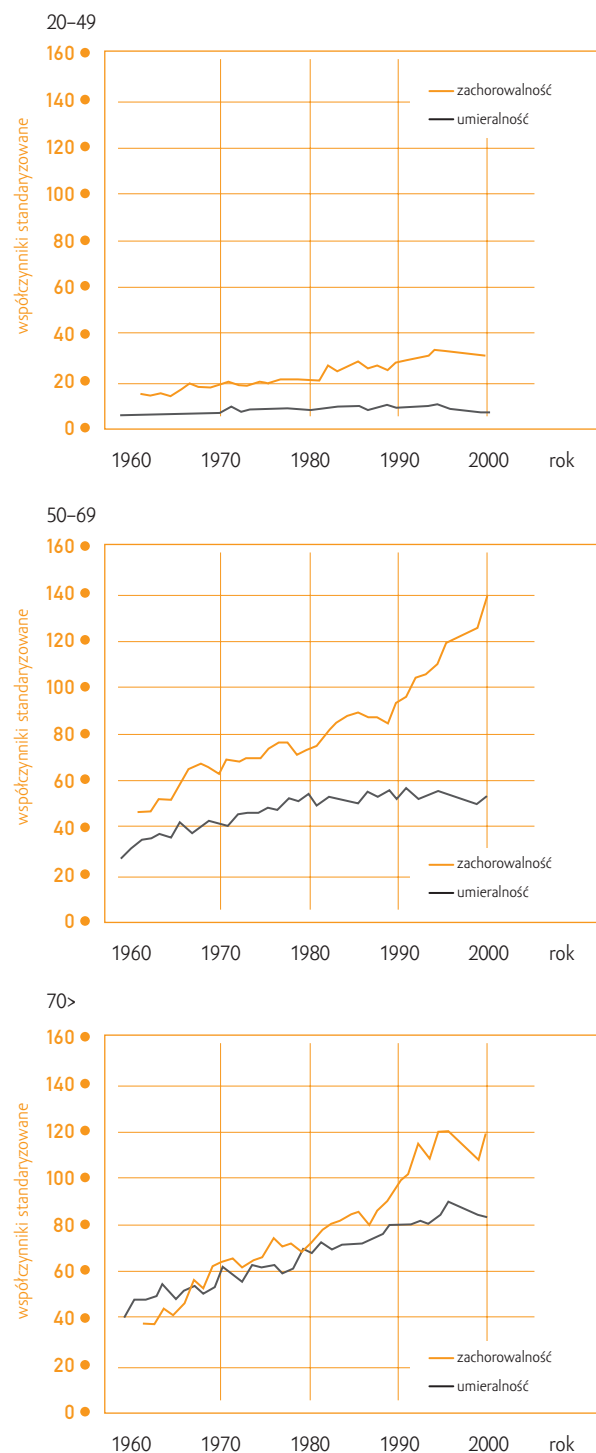
Oszacowania czynników ryzyka dla raka piersi w Polsce przedstawia tabela 1.

PREWENCJA

Przez wiele jeszcze lat rak piersi pozostanie istotnym problemem zdrowia publicznego w Polsce.

Społeczny wymiar umieralności z powodu raka piersi nie jest dziś dostatecznie artykułowany. Rak piersi odbiera matki rodzinom

Wykres 1. Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe piersi w Polsce według grup wieku



Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://85.128.14.124/krn>

w okresie najważniejszym dla rodziny, tj. w czasie największego socjalnego uzależnienia dzieci od rodziców. Nadal znacznie częściej dzieci (jeszcze w czasie swojego dzieciństwa) będą tracić matki z powodu raka piersi, niż matki będą tracić dzieci z powodu wszystkich innych rodzajów nowotworów (w 2003 r. odnotowano w Polsce łącznie 322 zgony nowotworowe dzieci w wieku 0–19 lat).

Umieralność z powodu raka piersi nie zostanie zahamowana w wyniku jakieś pojedynczej akcji interwencyjnej, lecz może być jedynie obniżona dzięki wielu skoordynowanym działaniom prewencji pierwotnej (poprzez identyfikację czynników ryzyka i modyfikację związanych z nimi zachowań), wtórnej (poprzez wcześniejsze rozpoznania choroby i wydłużenie okresu od inicjacji procesu nowotworowego do wystąpienia pierwszych jej objawów) i trzeciorzędowej (poprzez poprawę skuteczności leczenia).

Polska nie ma dobrych tradycji zorganizowanych badań przesiewowych raka piersi ani jasnych wytycznych określających zasady przeprowadzania badań mammograficznych.

W większości krajów Unii Europejskiej zaleca się kobietom w wieku 50–69 lat wykonywanie badania mammograficznego raz na 2–3 lata oraz coroczne badania kliniczne piersi przez lekarza (Europejski Kod Walki z Rakiem). Według badań „Stan Zdrowia Polaków” przeprowadzonych w 2004 r. przez GUS około 39% kobiet w wieku 50–69 lat, a więc tych, do których adresowane są populacyjne badania przesiewowe raka piersi, deklaruowało poddanie się badaniom mammograficznym w ramach ogólnodostępnego programu badań. Jednocześnie aż 25% kobiet w wieku 20–29 lat wzięło udział w takim programie badań.

WNIOSKI

W sytuacji braku dobrych wytycznych dla prewencji pierwotnej raka piersi niezbędne jest rozwinięcie i upowszechnienie prewencji wtórnej (skrining mammograficzny).

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi (profilaktyka wtórna) musi precyzyjnie określać populację, w jakiej ma być wdrożony (kobiety w wieku 50–69 lat) i następnie musi być konsekwentnie realizowany w tej samej populacji przez kolejne lata (te same kobiety powinny być badane co 2 lata). Należy skończyć w Polsce z akcjami badań mammograficznych organizowanymi incydentalnie, ad hoc, bez określenia nawet kryteriów kwalifikujących do udziału w badaniu. Należy monitorować skuteczność prowadzonych programów prewencyjnych. Do listy tej trzeba dodać z jednej strony konieczność wprowadzenia stałych programów edukacyjnych skierowanych do kobiet, ale także sprawy związane z kwalifikacjami techników i radiologów wykonujących badania mammograficzne, jakością sprzętu do mammografii i dalszą opieką onkologiczną nad kobietami, u których badanie mammograficzne dało wynik pozytywny.

Tabela 1. Czynniki ryzyka raka piersi w Polsce

Wyszczególnienie	Wielkość ryzyka OR (95% CI)	Bibliografia
Czynniki zwiększające ryzyko raka piersi		
Palenie papierosów przez kobiety młode (do 44 r.ż.)	1,95 (1,38–2,76)	Lissowska J. i in., 2006
Występowanie nowotworów piersi w rodzinie	1,84 (1,47–2,30)	Garcia-Closas M. i in., 2006
Wysoki status społeczno-ekonomiczny (wykształcenie)	1,74 (1,44–2,10)	Garcia-Closas M. i in., 2006
HRTZ u kobiet po menopauzie (obecnie vs. nigdy)	1,64 (1,24–2,17)	Garcia-Closas M. i in., 2006
Hormonalne środki antykoncepcyjne	1,19 (1,08–1,31)	Anderson W. i in. (w przyg.)
Duża waga urodzeniowa (>4000 g vs. <2500 g)	1,54 (1,08–2,19)	Park S. i in., 2006
Historia zmian łagodnych w piersi	1,40 (1,12–1,75)	Garcia-Closas M. i in., 2006
Palenie papierosów przez matkę w czasie ciąży	1,21 (0,99–1,47)	Park S. i in., 2006
Późny wiek menopauzy (per 5 year increase)	1,15 (1,06–1,24)	Garcia-Closas M. i in., 2006
Wiek pierwszej donoszonej ciąży (per 5 year increase)	1,09 (1,01–1,18)	Garcia-Closas M. i in., 2006
Czynniki zmniejszające ryzyko raka piersi		
Wiek pierwszej miesiączki (per 5 year increase)	0,78 (0,65–0,93)	Garcia-Closas M. i in., 2006
Liczba ciąż donoszonych (na każdy dodatkowy poród)	0,88 (0,81–0,96)	Garcia-Closas M. i in., 2006
BMI u kobiet przed menopauzą (per 5 year increase)	0,88 (0,78–0,99)	Garcia-Closas M. i in., 2006

Źródło: Badanie populacyjne w Warszawie i w Łodzi, 2000–2003 (2386 chorych na raka piersi i 2502 kobiet zdrowych).

Piśmiennictwo

Boyle P. i in., European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003), „Annals of Oncology”, 2003, 14(7), s. 973–1005.

Garcia-Closas M., Brinton L.A., Lissowska J. i in., Established breast cancer risk factors by clinically important tumour characteristics, „BJC”, 2006, 95(1), s. 123–129.

Lissowska J., Brinton L.A., Zatoński W. i in., Tobacco smoking, NAT2 acetylation genotype and breast cancer risk, „Int.J.Cancer”, 2006, 119.

Mattson i in., Radiation risk and mammographic screening of women from 40–49 years of age: effect on breast cancer risk and years of life, „Br.J.Cancer”, 2000, 82(1), s. 220–226.

Niwińska A., Kliniczne aspekty genetycznego uwarunkowania raka piersi – podstawowe wiadomości dla onkologa praktyka, „Nowotwory”, 2002, 4, s. 317–323.

Parkin D.M., International variation, „Oncogene”, 2004, 23, s. 6329–6340.

Park S.K., Garcia-Closas M., Lissowska J. i in., Intrauterine environment and breast cancer risk in a population-based case-control study in Poland, „Int.J.Cancer”, 2006.

Parkin D.M., International variation, „Oncogene”, 2004, 23, s. 6329–6340.

Perry i in., European guidelines for quality assurance in mammography screening, Luxembourg 2001.

Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W., red., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku, Biuletyn Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2005.

Rak szyjki macicy

Jan Kotarski, Joanna Didkowska, Andrzej Nowakowski, Marek Spaczyński

Polska rozpoczęła XXI w. z prawie 3500 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe szyjki macicy, z czego prawie połowa to zachorowania w wieku prokreacyjnym (średnio 1440 rocznie w ciągu ostatnich 5 lat) oraz 1800 zgonami rocznie, z czego ponad jedna czwarta w grupie wieku 15–49 lat (średnio 516 zgonów rocznie w latach 1999–2003) [Didkowska J., 2000; Wojciechowska U. i in., 2004]. Spadek bezwzględnej liczby zachorowań i zgonów obserwowany jest od początku lat 90. ubiegłego wieku. Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe szyjki macicy we wszystkich grupach wiekowych wykazywała tendencję malejącą od połowy lat 80. ubiegłego wieku. Podobne trendy wykazywały współczynniki umieralności dla populacji kobiet w wieku rozrodczym (wyk. 1). Obserwowany spadek zachorowalności od początku lat 80. i umieralności od końca lat 80. nie gwarantuje szybkiego ograniczenia problemu, tym bardziej że tempo spadku umieralności jest tylko nieznacznie szybsze niż tempo spadku zachorowalności.

Zróznicowanie geograficzne umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy w Polsce pokrywa się z geograficznym rozkładem innych schorzeń infekcyjnych przenoszonych drogą płciową. Najwyższą umieralność obserwuje się głównie na zachodzie kraju, chociaż także w centralnych województwach stwierdzono podwyższoną umieralność. Najniższe współczynniki notuje się w południowo-wschodniej części kraju.

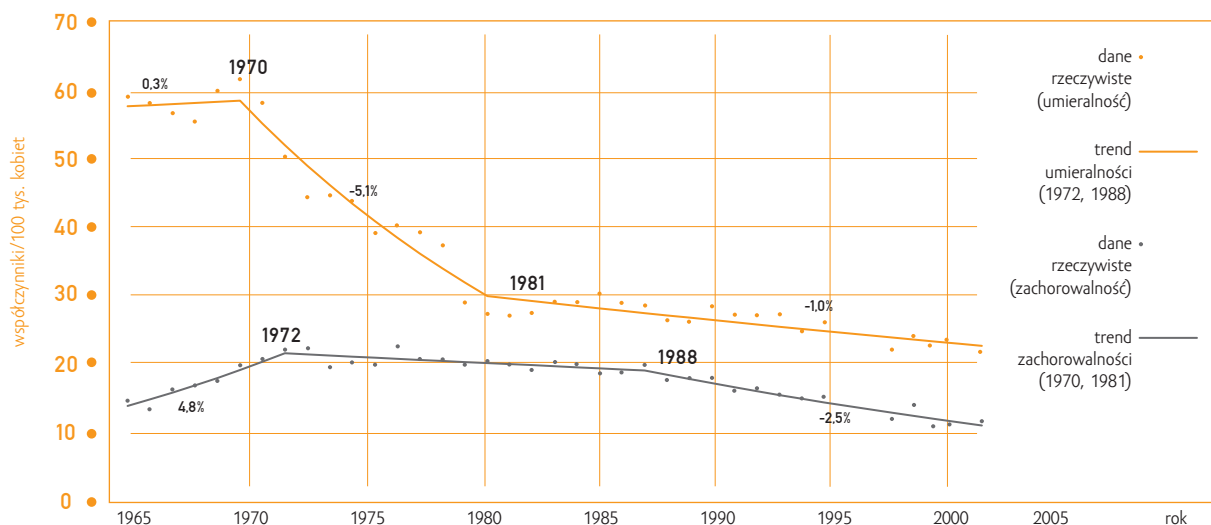
Polska należy do krajów europejskich o najwyższym poziomie zachorowań i umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy.

Mimo że rak szyjki macicy jest nowotworem, któremu można skutecznie zapobiegać, jest jednym z najczęstszych nowotworów występujących u polskich kobiet. W Polsce istnieje pełny dostęp do badań cytologicznych, ale wskutek dotychczasowego braku aktywnego krajowego programu badań przesiewowych wskaźniki epidemiologiczne utrzymują się na wysokim, niekorzystnym poziomie. Wprowadzenie aktywnego skringingu i szczepień przeciwko onkogennym typom wirusa brodawczaka (Human papilloma virus, HPV) w roku 2006 powinno wpłynąć na poprawę statystyk dotyczących raka szyjki macicy u kobiet w nadchodzących latach.

Wysoka częstość występowania inwazyjnego raka szyjki macicy w Polsce oraz znaczący odsetek zgonów spowodowane są niską wykrywalnością zmian przedrakowych i późnym rozpoznawaniem raka inwazyjnego. Badania cytologiczne są dostępne i bezpłatne dla wszystkich Polek, jednak zgłaszalność na badania jest niska i nie może być w pełni monitorowana. Pod koniec lat 90. XX w. i w początkach obecnego stulecia istniało kilka lokalnych programów badań przesiewowych, ale dotyczyły jedynie wybranych populacji i nie miały wpływu na ogólnopolski obraz nowotworów szyjki macicy.

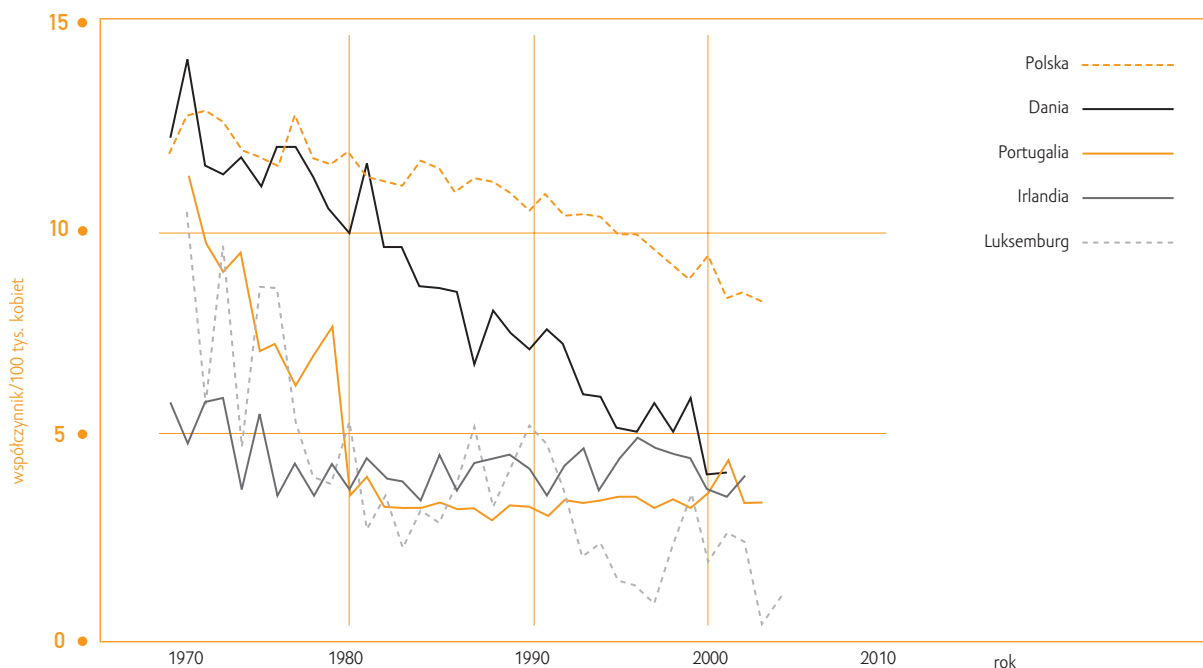
Ogólnopolski program badań przesiewowych rozpoczęto w roku 2004 i prowadzono, z niewielkimi zmianami, do roku 2006. Przez pierwsze 3 lata program był oportunistyczny, nieaktywny. Pod koniec roku 2005 i w 2006 r. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne opracowało modyfikacje mające na celu zwiększenie efektyw-

Wykres 1. Trendy zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów szyjki macicy u kobiet w wieku 15–49 lat w Polsce – analiza punktów przełomu



Źródło: Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii.

Wykres 2. Zachorowalność na raka szyjki macicy w wybranych krajach europejskich/100 tys. kobiet



Źródło: Gunta Lazdane, WHO 2006.

ności badań przesiewowych i zmniejszenie częstości występowania i umieralności z powodu raka szyjki macicy. Raz na 3 lata każda polska kobieta w wieku od 25 do 59 lat, ubezpieczona w Narodowym Funduszu Zdrowia i nieuczestnicząca w badaniach w ciągu 3 ostatnich lat, będzie otrzymywała dostarczone pocztą indywidualne zaproszenie do wykonania badania cytologicznego. Zaproszenia będą wysyłane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, podane w nich zostaną informacje o najbliższych przychodniach ginekologicznych i gabinetach lekarskich oferujących bezpłatne wykonanie badań w ramach programu. Kobiety obarczone wysokim ryzykiem wystąpienia raka szyjki macicy (z zakażeniem HPV w wywiadzie, leczone z powodu raka szyjki macicy i stanów poprzedzających jego wystąpienie, z deficytem odporności) będą zapraszane na badania raz do roku lub częściej. Krajowa baza danych powstała latem 2006 r. będzie używana przez wszystkie ośrodki prowadzące badania przesiewowe od początku 2007 r., co zapewni pełną kontrolę nad przebiegiem programu. Kobiety mogą wykonywać badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki w około tysiącu gabinetów ginekologicznych w całym kraju. Preparaty cytologiczne są przygotowywane i badane przez laboratoria cytologiczne, które spełniają kryteria minimalnej liczby badanych rocznie preparatów i kontroli jakości. Rozmazy oceniane są w skali Bethesda i dodatkowo Papanicolaou. W przypadku pozytywnego wyniku testu pacjentka jest kierowana do ośrodka

wykonywającego kolposkopię/badanie histopatologiczne w celu ustalenia ostatecznego rozpoznania i leczenia. Losy pacjentki z nieprawidłowym wynikiem wymazu oraz wyniki kolposkopii/histologii będą mogły być monitorowane poprzez bazę danych.

Program badań skринingowych koordynowany jest przez 16 regionalnych ośrodków i ośrodek centralny. Niezależnie od kontroli skринingu personel ośrodków koordynujących szkoli, nadzoruje i konsultuje prowadzących program, a głównym zadaniem ośrodków koordynujących jest zwiększanie zgłaszalności kobiet.

Głównym problemem pozostaje obecnie niska zgłaszalność kobiet na badania skринingowe. Sytuację komplikuje fakt, iż prawdopodobnie wiele badań cytologicznych wykonywanych jest poza programem. Dotyczy to przede wszystkim prywatnych gabinetów ginekologicznych i poradni niemających kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na badania przesiewowe. W tych przypadkach kobiety poddające się badaniom cytologicznym nie są rejestrowane w centralnej bazie danych, więc liczba, częstość, jakość badań i losy pacjentek z pozytywnym wynikiem nie mogą być w pełni monitorowane. Organizatorzy krajowego programu starają się znaleźć rozwiązanie tej sytuacji.

Od listopada 2006 r. dostępna jest na polskim (i europejskim) rynku farmaceutycznym pierwsza szczepionka przeciwko HPV, czynnikowi etiologicznemu raka szyjki macicy. Szczepionka dru-

giego producenta będzie prawdopodobnie dostępna w ciągu kilku miesięcy. Szczepionka przeciwko HPV nie stanie się szybko częścią polskiego krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy przede wszystkim ze względu na koszty. Poglądy dotyczące szczepień przeciwko HPV polskiego społeczeństwa nie były dotąd badane. Można się spodziewać, iż kobiety o wysokim statusie socjoekonomicznym, świadome konieczności zapobiegania rakowi szyjki macicy i regularnie poddające się badaniom przesiewowym, będą głównymi beneficjentkami szczepionki. Trudno dziś przewidzieć, jak rodzice 10–12-letnich dziewczynek postrzegają będą kosztowne szczepienia swoich córek, które mają zapobiegać chorobie przenoszonej drogą płciową. Jeśli szczepionka nie będzie refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, należy poszukiwać alternatywnych źródeł jej finansowania, szczególnie dla środowisk, które stanowią główne grupy ryzyka raka szyjki macicy. W niektórych regionach pojawiają się lokalne inicjatywy poszukujące środków finansowych na szczepienia dziewcząt z najbiedniejszych środowisk, np. domów dziecka. Szczepienia przeciwko HPV powinny być prowadzone przede wszystkim przez trzy grupy specjalistów: pediatrów i lekarzy rodzinnych, którzy rutynowo wykonują większość obowiązkowych i rekomendowanych szczepień, a także ginekologów odpowiedzialnych za wtórną profilaktykę raka szyjki macicy w Polsce. Szczepienia młodych dziewcząt byłyby prowadzone przez pediatrów i lekarzy rodzinnych, a młodych i starszych kobiet przez ginekologów. Istotne jest więc zapoznanie tych trzech

grup specjalistów ze skalą problemu i potencjalnymi korzyściami wynikającymi ze szczepień. Wskazane jest również dostarczanie pracownikom służby zdrowia informacji od ekspertów dotyczących wskazań, ograniczeń i skutecznego stosowania szczepionki. Szczepionka nie daje 100% ochrony, więc obowiązkiem lekarza jest informowanie o konieczności dalszego regularnego wykonywania badań cytologicznych. Modele matematyczne oparte na danych pochodzących z krajów wysoko rozwiniętych sugerują, że w erze szczepień przeciwko HPV istnieje możliwość zwiększenia odstępów czasowych między kolejnymi badaniami przesiewowymi. W opinii autorów jest jednak za wcześnie na wprowadzanie takich zaleceń w Polsce, gdzie świadomość społeczna korzyści wynikających z uczestnictwa w badaniach przesiewowych jest niska. Promowanie wydłużonych odstępów czasowych między kolejnymi badaniami cytologicznymi może powodować błędne przekonanie, iż szczepione kobiety są w pełni chronione przed rakiem szyjki macicy. Poza tym konieczne są długotrwałe obserwacje dotyczące skuteczności szczepionki. Aktualnie jedynym skutecznym rozwiązaniem trudnego problemu raka szyjki macicy w Polsce jest wdrożenie programu powszechnej profilaktyki opartej na populacyjnym, aktywnym skriningu cytologicznym, przy szczególnej koncentracji na grupach słabiej wykształconych i gorzej uposażonych.

Piśmiennictwo

Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 1999 roku, Centrum Onkologii, Warszawa 2000.

Kędzia W., Spaczyński M., Zasady profilaktyki raka szyjki macicy. Profilaktyka w położnictwie, ginekologii i neonatologii, red. Z. Słomko, K. Drews, T. Niemiec, PTG, Poznań 2005.

Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku, Centrum Onkologii, Warszawa 2005.

<http://www.gpsk.am.poznan.pl/ptg/rekomendacjaszyjka.htm>

<http://www.rakszyjikimacicy-profilaktyka.pl>

Inne nowotwory narządów płciowych u kobiet

Jan Kotarski, Bartłomiej Barczyński

W Polsce dane dotyczące zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe gromadzone są przez Krajowy Rejestr Nowotworów. Od 1952 r. obowiązuje nakaz zgłaszania wszystkich nowo zdiagnozowanych nowotworów złośliwych. Kompletność tej rejestracji do chwili obecnej pozostawia wiele do życzenia. W ostatnich latach waha się ona w granicach 84–91%, przy czym od 2000 r. ulega systematycznej poprawie.

Rak trzonu macicy stanowi czwartą pod względem częstości przyczynę chorób nowotworowych u kobiet w Polsce. Szacuje się, że w trakcie całego życia, choroba dotknie 2–3% kobiet.

Dane zaczerpnięte z biuletynów Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie (tab. 1) przedstawiają sytuację epidemiologiczną związaną z występowaniem raka trzonu macicy w populacji prokreacyjnej (u kobiet do 49 roku życia).

Spośród nowotworów ginekologicznych największy problem stanowi rak jajnika, który jest czwartą pod względem częstości przyczyną zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi kobiet w Polsce. Poziom występowania raka jajnika jest wyraźnie wyższy na terenach zachodniej Polski (Wielkopolska, województwo lubuskie) w porównaniu z województwami centralnymi i wschodnimi. Nowotwór jajnika występuje zdecydowanie częściej w populacji mieszkanek miast, a obszarami największego ryzyka są najbardziej zurbanizowane regiony Polski. Sytuacja epidemiologiczna związana z występowaniem raka jajnika w populacji prokreacyjnej (u kobiet do 49 roku życia) została zaprezentowana w tabeli 2.

Pierwotny rak jajowodu należy do bardzo rzadkich chorób i odpowiada za około 0,3% wszystkich nowotworów ginekologicznych. Klasyfikacja ICD nie przewiduje osobnego rejestru chorób nowotworowych jajowodu, dlatego też trudno jest uzyskać

Tabela 1

Liczba zgonów na raka trzonu macicy w pięcioletnich grupach wiekowych w populacji prokreacyjnej w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1999	759	0	0	0	0	0	0	1	10	15	35
2000	808	0	0	0	0	0	0	0	2	11	29
2002	757	0	0	0	0	0	0	1	0	10	20
2003	783	0	0	0	0	0	0	1	5	9	37

Współczynniki umieralności na raka trzonu macicy w pięcioletnich grupach wiekowych/100 tys. kobiet w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1999	3,80	0	0	0	0	0	0	0,1	0,7	0,9	2,3
2000	4,10	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,7	1,8
2002	3,84	0	0	0	0	0	0	0,1	0	0,7	1,3
2003	4,10	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,7	1,8

Liczby zarejestrowanych zachorowań na raka trzonu macicy w pięcioletnich grupach wiekowych w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1999	3109	0	0	0	0	1	8	8	41	109	207
2000	3276	0	0	0	0	1	2	5	19	86	215
2002	3796	0	0	0	0	2	4	9	28	89	284
2003	3953	0	0	0	0	0	7	10	36	84	249

Współczynniki zarejestrowanych zachorowań na raka trzonu macicy w pięcioletnich grupach wiekowych w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1999	15,70	0	0	0	0	0,1	0,6	0,7	3,0	6,7	13,4
2000	16,50	0	0	0	0	0,1	0,1	0,4	1,5	5,4	13,6
2002	19,25	0	0	0	0	0,1	0,3	0,7	2,3	6,1	18,0
2003	20,06	0	0	0	0	0	0,5	0,8	3,0	6,1	15,7

Źródło: Dane zaczerpnięte z biuletynów Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie – dotyczy wszystkich tabel.

 Tabela 2

Liczba zgonów na raka jajnika w pięcioletnich grupach wiekowych w populacji prokreacyjnej w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1999	1957	0	0	0	6	7	8	15	34	112	195
2000	2033	0	1	0	4	3	7	10	36	94	177
2002	2171	0	0	0	3	5	5	9	31	77	200
2003	2271	0	0	0	2	5	7	24	27	66	195

Współczynniki umieralności na raka jajnika w pięcioletnich grupach wiekowych/100 tys. kobiet w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1999	9,9	0	0	0	0,4	0,5	0,6	1,3	2,5	6,9	12,6
2000	10,2	0	0,1	0	0,2	0,2	0,5	0,8	2,8	5,9	11,2
2002	11,01	0	0	0	0,2	0,3	0,3	0,7	2,6	5,3	12,7
2003	10,2	0	0,1	0	0,2	0,2	0,5	0,8	2,8	5,9	11,2

Liczby zarejestrowanych zachorowań na raka jajnika w pięcioletnich grupach wiekowych w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1999	3030	1	3	2	20	29	38	36	96	294	408
2000	2859	1	1	3	21	13	22	39	89	209	339
2002	3267	0	0	7	12	23	32	42	112	221	418
2003	3371	0	0	3	19	36	34	59	93	192	399

Współczynniki zarejestrowanych zachorowań na raka jajnika w pięcioletnich grupach wiekowych w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1999	15,30	0,1	0,2	0,1	1,2	1,9	2,9	3,0	7,1	18,2	26,3
2000	14,40	0,1	0,1	0,2	1,3	0,8	1,6	3,3	6,8	13,2	21,5
2002	16,57	0	0	0,5	0,7	1,5	2,2	3,5	9,3	15,2	26,5
2003	17,11	0	0	0,2	1,2	2,3	2,3	4,7	7,8	13,9	25,2

wiarygodne dane epidemiologiczne dotyczące występowania tej jednostki chorobowej w Polsce i na świecie.

Rak sromu jest rzadkim schorzeniem i stanowi jedynie około 4% wszystkich nowotworów ginekologicznych. Z danych Centrum Onkologii (tab. 3) wynika, że rak sromu nie jest częstą przypadłością w populacji polskiej, co zresztą jest zgodne z sytuacją epidemiologiczną całej Europy i świata.

Rak pochwy, oprócz raka jajowodu, jest najrzadszym nowotworem ginekologicznym i jest przyczyną około 0,6% tego typu nowotworów. Sytuację epidemiologiczną związaną z występowaniem raka pochwy w populacji prokreacyjnej (u kobiet do 49 roku życia) przedstawia tabela 4.

WNIOSKI

Według danych epidemiologicznych Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie ciągle rośnie bezwzględna liczba zachorowań na nowotwory złośliwe i umieralność z powodu tych chorób, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Wzrost ten jest nieznacznie szybszy w przypadku kobiet.

Najistotniejszym problemem pozostaje wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych we wczesnych stadiach, gdy można je najskuteczniej leczyć. **W naszym kraju 5 lat od rozpoznania choroby nowotworowej przeżywa mniej niż 30% osób**, podczas gdy w krajach starej Unii Europejskiej około 40%, natomiast w Stanach Zjednoczonych blisko 50%. Problem wczesnego rozpoznania chorób nowotworowych dotyczy najczęściej lekarzy rodzinnych, a w przypadku nowotworów narządów płciowych – ginekologów, pracujących w przychodniach lub gabinetach prywatnych. Nawet po ustaleniu właściwej diagnozy pacjent nie zawsze jest od razu kierowany do ośrodka wysoce specjalistycznego o najwyższym standardzie leczenia. Szczególnego znaczenia nabierają przypadki leczenia zaawansowanych postaci nowotworów ginekologicznych, takich jak rak jajnika czy rak trzonu macicy, kiedy to do standardów postępowania nie wystarcza rutynowe wycięcie macicy z przydatkami, ale według zaleceń i rekomendacji światowych należy przeprowadzić zabiegi operacyjne o wyższym stopniu radykalności z towarzyszącym usunięciem węzłów chłonnych czy usunięciem fragmentu jelita.

➤ Tabela 3

Liczba zgonów na raka sromu w pięcioletnich grupach wiekowych w populacji prokreacyjnej w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1999	212	0	0	0	0	0	0	1	3	4	4
2000	195	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
2002	203	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
2003	213	0	0	0	0	0	1	0	2	2	5

Współczynniki umieralności na raka sromu w pięcioletnich grupach wiekowych/100 tys. kobiet w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1999	1,10	0	0	0	0	0	0	0,1	0,2	0,2	0,3
2000	1,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,3
2002	1,03	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,0	0,3
2003	1,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,3

Liczby zarejestrowanych zachorowań na raka sromu w pięcioletnich grupach wiekowych w 1999 r.

Rok	Ogółem	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1999	365	0	0	0	0	0	0	2	7	14	24
2000	354	0	0	0	0	0	1	2	5	15	20
2002	407	0	0	0	0	0	1	2	5	24	29
2003	408	0	0	0	0	0	2	2	5	9	24

Współczynniki zarejestrowanych zachorowań na raka sromu w pięcioletnich grupach wiekowych w 1999 r.

Rok	Ogółem	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1999	1,80	0	0	0	0	0	0	0,2	0,5	0,9	1,5
2000	1,80	0	0	0	0	0	0,1	0,2	0,4	0,9	1,3
2002	2,06	0	0	0	0	0	0,1	0,2	0,4	1,7	1,8
2003	2,07	0	0	0	0	0	0,1	0,2	0,4	0,7	1,5

Duża część pacjentów, zanim trafi do ośrodka specjalistycznego, leczona jest zachowawczo, często bez ustalenia ostatecznego rozpoznania. Przyczyną tego są trudności diagnostyczne związane nie tylko z brakiem dostępu do drogiej aparatury, lecz także z nieznanymi wcześniejszymi objawami chorób nowotworowych i z niewłaściwym szkoleniem na studiach. Wydaje się więc konieczne dostosowanie programu nauczania do aktualnych potrzeb i sytuacji zdrowotnej ludności Polski.

W Polsce 50% chorych trafia do lekarza specjalisty średnio po 5,5 miesiąca od zauważenia pierwszych objawów choroby. Wynika z tego konieczność poprawy strategii programów przeciwnowotworowych skierowanych na populację wiejską. Dotyczy to nie tylko chorób nowotworowych, które nie dają wcześniejszych objawów (np. rak jajnika), ale również takich, które mogą być dosyć łatwo rozpoznane (np. rak trzonu macicy czy rak sromu).

Kolejnym problemem jest fakt, że w Polsce na wdrożenie programów wczesnego wykrywania raka przeznaczane jest za mało środków finansowych. Pacjenci, nawet jeśli są świadomi zagrożeń, nie mają dostępu do badań w takim zakresie, w jakim

jest to potrzebne. Konieczne wydaje się przeznaczenie większych środków finansowych na bardziej specjalistyczne badania. Obecnie obowiązująca ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” jest dobrą podstawą do rozpoczęcia działań profilaktycznych, wdrożenia programów wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych, zwiększenia dostępności do metod diagnostycznych, poprawy działania całego systemu edukacji zdrowotnej w populacji. Brak jest jednak odpowiednich rozporządzeń i uchwał określających finansowanie poszczególnych punktów programu. A sytuacja w zakresie chorób nowotworowych w Polsce nadal jest dramatyczna. Skutkiem tego stanu jest przyjęcie 27 listopada 2005 r. Deklaracji warszawskiej, będącej apelem, w którym przedstawiane są ogólne zalecenia zespołu ekspertów i organizacji dotyczące podjęcia działań na rzecz zapobiegania chorobom nowotworowym.

Analizując statystyki zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w ciągu ostatnich kilku lat (1999–2003), można dojść do wniosku, że u kobiet największy odsetek zgo-

nów nowotworowych stanowiły zgony z powodu nowotworu złośliwego sutka (12,9% w 2003 r.), drugą pozycję zajmował rak płuca (12,2%), trzecią rak jelita grubego (7,5%), a kolejne: rak jajnika (5,9%), żołądka (5,5%), trzustki (5,2%), szyjki macicy (4,8%). Odległe miejsca na tej liście zajmują rak trzonu macicy (pozycja 14 – 2,0%), rak sromu (pozycja 29 – 0,6%) oraz rak pochwy (pozycja 44 – 0,2%). Porównując współczynniki zgonów dotyczące raka sromu, trzonu macicy oraz jajnika na przestrzeni kilku lat (1999–2003), należy stwierdzić, iż cały czas rośnie liczba zgonów spowodowanych rakiem jajnika, natomiast w zasadzie nie zmienia się liczba zgonów spowodowanych zarówno rakiem trzonu macicy, jak i rakiem sromu oraz pochwy (tab. 5).

Rosnącej bezwzględnej liczbie zgonów nie towarzyszy zmiana współczynnika umieralności na 100 tys. kobiet, co może sugerować, że większa umieralność spowodowana jest nie tyle słabszymi wynikami leczenia, co zwiększoną zapadalnością na choroby nowotworowe. Najwięcej nowych zachorowań na nowotwory złośliwe (wskaźnik zachorowalności) na 100 tys. kobiet

przedstawiał się następująco: najczęściej u pacjentek w 2003 r. rozpoznawano raka sutka (19,9%), następnie raka płuca (8,1%), raka trzonu macicy (6,7%), okrężnicy (6,1%) oraz szyjki macicy (5,8%) i jajnika (5,7%). Rak sromu zajmował na tej liście odległe, 23 miejsce z wynikiem 0,7%, natomiast rak pochwy – 43, z wynikiem 0,2% (tab. 6).

Najnowsze dane dotyczące zachorowalności na nowotwory złośliwe podaje Biuletyn Centrum Onkologii „Nowotwory Złośliwe w Polsce w 2003 r.” (Warszawa 2005). Ogółem w Polsce zarejestrowano 11 599 nowych przypadków złośliwych chorób nowotworowych żeńskiego narządu płciowego, z wyłączeniem raka sutka (11 733 przypadki w 2003 r.). Wartości liczbowe w poszczególnych grupach wiekowych przedstawia tabela 7. Niestety, do chwili oddania raportu brak jest dostępnych wskaźników dotyczących poszczególnych nowotworów w Polsce w 2004 r.

Tabela 4

Liczba zgonów na raka pochwy w pięcioletnich grupach wiekowych w populacji prokreacyjnej w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1999	67	0	0	0	0	0	1	0	2	4	3
2000	66	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2002	48	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
2003	61	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3

Współczynniki umieralności na raka pochwy w pięcioletnich grupach wiekowych/100 tys. kobiet w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1999	0,30	0	0	0	0	0	0,1	0	0,1	0,2	0,2
2000	0,30	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1
2002	0,24	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,2
2003	0,30	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0	0,2

Liczby zarejestrowanych zachorowań na raka pochwy w pięcioletnich grupach wiekowych w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1999	92	0	0	0	0	0	0	0	2	3	11
2000	82	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
2002	84	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3
2003	111	0	0	0	0	0	0	0	2	6	7

Współczynniki zarejestrowanych zachorowań na raka pochwy w pięcioletnich grupach wiekowych w latach 1999, 2000, 2002 i 2003

Rok	Ogółem	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1999	0,50	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,2	0,7
2000	0,40	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0,3
2002	0,43	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0	0,1	0,2
2003	0,56	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,4	0,4

 Tabela 5

Zgony na nowotwory złośliwe według umiejscowienia, 1999 r.

Nr ICD	Umiejscowienie	Liczba bezwzględna	Kolejność występowania
C51	nowotwór złośliwy sromu	212	29
C52	nowotwór złośliwy pochwy	67	39
C54	nowotwór złośliwy trzonu macicy	759	13
C56	nowotwór złośliwy jajnika	1957	6

Zgony na nowotwory złośliwe według umiejscowienia, 2000 r.

Nr ICD	Umiejscowienie	Liczba bezwzględna	Kolejność występowania
C51	nowotwór złośliwy sromu	195	30
C52	nowotwór złośliwy pochwy	66	41
C54	nowotwór złośliwy trzonu macicy	808	14
C56	nowotwór złośliwy jajnika	2033	6

Zgony na nowotwory złośliwe według umiejscowienia, 2002 r.

Nr ICD	Umiejscowienie	Liczba bezwzględna	Kolejność występowania
C51	nowotwór złośliwy sromu	203	29
C52	nowotwór złośliwy pochwy	48	46
C54	nowotwór złośliwy trzonu macicy	757	14
C56	nowotwór złośliwy jajnika	2171	5

Zgony na nowotwory złośliwe według umiejscowienia, 2003 r.

Nr ICD	Umiejscowienie	Liczba bezwzględna	Kolejność występowania
C51	nowotwór złośliwy sromu	213	29
C52	nowotwór złośliwy pochwy	61	44
C54	nowotwór złośliwy trzonu macicy	783	14
C56	nowotwór złośliwy jajnika	2271	5

 Tabela 6.

Zarejestrowane zachorowania (zachorowalność) na nowotwory złośliwe w Polsce, 1999 r.

Nr ICD	Liczba bezwzględna	Kolejność występowania
C51	365	27
C52	92	48
C54	3109	5
C56	3030	4

Zarejestrowane zachorowania (zachorowalność) na nowotwory złośliwe w Polsce, 2000 r.


Nr ICD	Liczba bezwzględna	Kolejność występowania
C51	354	26
C52	82	51
C54	3276	4
C56	2859	5

Zarejestrowane zachorowania (zachorowalność) na nowotwory złośliwe w Polsce, 2002 r.

Nr ICD	Liczba bezwzględna	Kolejność występowania
C51	407	25
C52	84	53
C54	3796	4
C56	3267	5

Zarejestrowane zachorowania (zachorowalność) na nowotwory złośliwe w Polsce, 2003 r.

Nr ICD	Liczba bezwzględna	Kolejność występowania
C51	408	23
C52	111	43
C54	3953	3
C56	3371	7

 **Tabela 7.** Ogólna zachorowalność na złośliwe nowotwory narządu płciowego, z wyłączeniem raka sutka, w populacji kobiet w Polsce w 2003 r.

Ogółem	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80>
11 599	0	25	123	511	1940	3081	2823	2313	783

Piśmiennictwo

Berek J.S., Novak's Gynaecology, 13th ed., Lippincott, Williams&Wilkins 2002.

Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 1999 roku, Biuletyn Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2002.

Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2000 roku, Biuletyn Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2003.

Markowska J., Onkologia ginekologiczna, Wrocław 2002.

Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2002 roku, Biuletyn Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2004.

Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku, Biuletyn Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2005.

AUTORZY

Beata Balińska, mgr inż., absolwentka Akademii Rolniczej w Krakowie, asystent w Zakładzie Genetyki i Ewolucjonizmu Uniwersytetu Jagiellońskiego, pracownik Przedstawicielstwa Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) oraz Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w Polsce, odpowiedzialna za współpracę i rekrutację do programu Wolontariuszy Narodów Zjednoczonych (UNV). Jest wykładowcą w ramach realizowanych w Polsce projektów z zakresu kulturowej tożsamości płci oraz polityki ONZ w odniesieniu do zdrowia reprodukcyjnego, odpowiedzialna za wdrażanie i realizację programów FAO, UNFPA, UNDP oraz programów europejskich w Polsce. Obecnie koordynatorka projektu Gender Index realizowanego w ramach EFS Equal.

Bartłomiej Barczyński, lekarz, asystent w I Katedrze i Klinice Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie. W 2003 r. rozpoczął studia doktoranckie w Katedrze i Zakładzie Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej AM w Lublinie.

Joanna Didkowska, dr n. med., pracownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Złośliwych Centrum Onkologii w Warszawie. Zajmuje się analizą epidemiologiczną i monitorowaniem sytuacji epidemiologicznej w zakresie nowotworów złośliwych w Polsce. Jest członkiem zespołu prowadzącego Krajowy Rejestr Nowotworów i współautorką rocznego biuletynu dotyczącego nowotworów złośliwych w Polsce.

Krzysztof Drews, prof. dr n. med., kieruje Kliniką Perinatologii i Chorób Kobięcych Akademii Medycznej w Poznaniu. Jest promotorem i recenzentem licznych prac doktorskich, a także kierownikiem, głównym wykonawcą oraz koordynatorem wielu projektów zatwierdzonych do realizacji przez Ministerstwo Nauki i Informatyzacji.

Janusz Gadzinowski, prof. dr hab. n. med., kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii, konsultant krajowy ds. neonatologii oraz konsultant wojewódzki ds. neonatologii w Wielkopolsce. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej i Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego.

Paweł Goryński dr n. biol., specjalność antropologia, kierownik Zakładu Statystyki Medycznej w Państwowym Zakładzie Higieny. Zajmuje się problematyką stanu zdrowia populacji i wpływem różnych czynników środowiska na zdrowie. Jest autorem ponad 170 prac z dziedziny antropologii, higieny i epidemiologii. Członek zespołu ds. nowelizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006–2015. Prowadzi działalność dydaktyczną na Uniwersytecie Warszawskim oraz na studiach podyplomowych Akademii Medycznej i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Ekspert WHO w dziedzinie zdrowia publicznego i statystyki medycznej. W latach 2005–2008 wiceprezes Polskiego Towarzystwa Higienicznego. Skarbnik Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, a także członek założyciel Polskiego Towarzystwa Epidemiologicznego i Polskiego Towarzystwa Epidemiologii Środowiskowej.

Zbigniew Izdebski, dr hab. n. hum., prof. Uniwersytetu Zielonogórskiego, kieruje Zakładem Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej oraz Poradnią Młodzieżową UZ. Dziekan Wydziału Nauk Pedagogicznych i Społecznych UZ. Pedagog, doradca rodzinny, seksuolog, popularyzator wiedzy seksuologicznej. Od maja 2005 r. pierwszy wiceprezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

Jan Kotarski, prof. zw. dr hab. n. med., kieruje I Katedrą i Kliniką Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie. Od 2003 r. pełni obowiązki konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii onkologicznej. W latach 2000–2003 był wiceprezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG), a we wrześniu 2006 r. objął funkcję prezesa PTG.

Irena E. Kotowska, prof. nadzw. w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej, kieruje Zakładem Demografii. W Polskiej Akademii Nauk pełni funkcję zastępcy przewodniczącego Wydziału I Nauk Społecznych. Interesuje się przeobrażeniami demograficznymi w Polsce na tle zmian zachodzących w Europie i ich przyszłymi skutkami. Jest współautorką pierwszych w Polsce panelowych badań warunków życia gospodarstw domowych. Jest redaktorem naczelnym „Studiów Demograficznych”, ekspertem krajowym w zakresie procesów ludnościowych i rynku pracy oraz ekspertem Rady Europy i Komisji Europejskiej.

Irena Kowalska, dr n. ekon., pracownik naukowo-badawczy w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Podejmuje zagadnienia badawcze związane z demografią i polityką społeczną, a zwłaszcza z rodziną.

Anna Latos-Bieleńska, prof. dr hab., kieruje Katedrą i Zakładem Genetyki Medycznej Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Kierownik i wykonawca licznych projektów naukowych krajowych, partner w projekcie UE EURO-MRX. Twórczyni w 1997 r. Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR). Przewodnicząca Krajowego Zespołu PRWWR. W 2001 r. wprowadziła PRWWR do sieci europejskich rejestrów wad wrodzonych EUROCAT. Członek EUROCAT Steering Committee (2003–2007).

Jolanta Lissowska, dr n. med., adiunkt w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Zajmuje się badaniami epidemiologii analitycznej w zakresie środowiskowych i genetycznych uwarunkowań chorób nowotworowych.

Sławomir Majewski, prof. dr hab. n. med., kierownik Kliniki Dermatologii i Wenerologii Centrum Diagnostyki i Leczenia STD AM w Warszawie. Kierownik kilkunastu projektów naukowych krajowych (KBN) i międzynarodowych (np. Grant Copernicus), stypendysta wielu prestiżowych ośrodków naukowych. Członek komitetów redakcyjnych kilkunastu zagranicznych czasopism oraz towarzystw naukowych, członek korespondent PAN (od 2002 r.), członek Prezydium Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia.

Anna Marzec-Bogusławska, lekarz epidemiolog, od 2001 r. dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS. Autorka wielu artykułów dotyczących problematyki HIV/AIDS, prezentacji na licznych kongresach krajowych i międzynarodowych, wystąpień na forum ONZ, gdzie m.in. dwukrotnie (w latach 2005 i 2006) prowadziła sesję obrad okrągłego stołu poświęconą profilaktyce HIV/AIDS.

Tadeusz Mazurczak, prof. dr hab. n. med., kierownik Zakładu Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, autor licznych publikacji naukowych oraz opracowań w podręcznikach dla lekarzy i monografiach z zakresu genetyki medycznej, diagnostyki chorób genetycznych i poradnictwa genetycznego. Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka.

Beata Młynarczyk, dr n. med., zatrudniona w Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową. Członek Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Jacek Moskalewicz, dr n. hum., socjolog, kierownik Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami oraz Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Redaktor naczelny kwartalnika „Alkoholizm i Narkomania”, członek Komitetu Redakcyjnego European Addiction Research, Komitetu Doradczego „Addiction”, Międzynarodowej Rady Programowej „Journal of Substance Use”. Ekspert WHO.

Krzysztof Tomasz Niemiec, doc. dr hab. n. med., kierownik Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Stypendysta WHO w Wielkiej Brytanii (1989 r.) w zakresie planowania rodziny oraz Fogarty Foundation (1992 r.) w USA w zakresie zakażeń HIV u kobiet. Od 1992 r. współpracuje z biurem UNDP w Warszawie. Od 2005 r. ekspert WHO w zakresie transmisji wertykalnej HIV. Członek Rady Naukowej Instytutu Matki i Dziecka oraz licznych towarzystw naukowych. Od 2006 r. wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Andrzej Nowakowski, lekarz, asystent w I Katedrze i Klinice Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie. Prowadzi pracownię patologii szyjki macicy w I Klinice Ginekologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie.

Janusz Sierosławski, socjolog, pracownik Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ekspert epidemiologii narkomanii Grupy Pompidou (Rada Europy), ekspert Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (National Focal Point for European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA).

Marek Spaczyński, prof. zw. dr hab. n. med., kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa oraz Kliniki Onkologii Ginekologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu, kierownik Centralnego Ośrodka Koordynującego Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Członek licznych towarzystw i rad naukowych, m.in. FIGO, EBCOG, Rady Naukowej Instytutu Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, członek honorowy Słowackiego Towarzystwa Ginekologiczno-Położniczego.

Paweł Stefanoff, dr n. med., adiunkt w Zakładzie Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, absolwent State University of New York w Albany (USA). Sekretarz Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, rzecznik PZH ds. Europejskiej Sieci Doskonałości MED-VET-NET. Odpowiedzialny za nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi, którym można zapobiec drogą szczepień w Polsce.

Marian Szamatowicz, prof. zw. dr hab. n. med., obecnie emerytowany. Specjalista w zakresie medycyny rozrodu. W Polsce pionier w zastosowaniu technik rozrodu wspomaganego medycznie w leczeniu niepłodności. Członek Executive Committee w Międzynarodowym Towarzystwie Endokrynologii Ginekologicznej (ISGE), członek Komitetu Doradczego Europejskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (ESHRE).

Izabela Tabak, psycholog kliniczny, specjalista w Zakładzie Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka. Członek międzynarodowej grupy badawczej zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School Aged Children: A WHO Collaborative Cross-national Study).

Michał Troszyński, prof. zw. dr hab. n. med., obecnie emerytowany, były przewodniczący Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii. Wprowadził w kraju system trójstopniowej selektywnej opieki nad matką i dzieckiem oraz obowiązek szczegółowej analizy przyczyn zgonów matek i noworodków. W latach 1983–1990 przewodniczący Sekcji Demografii Medycznej Komitetu Nauk Demograficznych.

Bogdan Wojtyniak, ekspert w dziedzinie statystyki medycznej i metod epidemiologicznych stosowanych w analizie problemów zdrowotnych ludności. Obecnie pełnomocnik dyrektora PZH ds. monitorowania i analiz stanu zdrowia ludności, kieruje w PZH Zakładem–Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności oraz Systemu Ochrony Zdrowia, konsultant WHO w Azji i w Europie w dziedzinie monitorowania i ewaluacji trendów zdrowotnych ludności oraz rozwoju systemów informacyjnych związanych ze zdrowiem ludności, a także w zakresie zdrowia środowiskowego. Jest współredaktorem i jednym z autorów przygotowywanych i publikowanych przez PZH raportów o stanie zdrowia ludności Polski.

Barbara Woynarowska, prof. zw. na Uniwersytecie Warszawskim, pediatra, kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania na Wydziale Pedagogicznym. Konsultant naukowy w Zakładzie Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka. Jest członkiem Komitetu Rozwoju Człowieka i Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego PAN.

Wiktoria Wróblewska, demograf, adiunkt w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Kierownik programów badawczych na temat uwarunkowań demograficznych i społecznych stanu zdrowia, zdrowia prokreacyjnego oraz przechodzenia do dorosłości.

Witold Zatoński, prof. dr hab. n. med., kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Prowadzi badania dotyczące zdrowia populacji, ze szczególnym uwzględnieniem przyczyn zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce oraz w całej Europie Środkowowschodniej. Uczestniczy w wielu międzynarodowych badaniach, m.in. we współpracy z Narodowym Instytutem Raka w Bethesda (USA), Bankiem Światowym, Uniwersytetem w Oksfordzie. Obecnie realizuje program współfinansowany przez Komisję Europejską dotyczący likwidowania różnic w stanie zdrowia między poszczególnymi krajami Unii Europejskiej. Ekspert WHO, twórca Fundacji „Promocja Zdrowia”.



Aneks

ANEKS

Uzupełnienie do rozdziału „Wady wrodzone”

Tadeusz Mazurczak, Anna Latos-Bieleńska

LECZENIE I PROFILAKTYKA WAD WRODZONYCH

Nie dysponujemy metodami **profilaktyki pierwotnej** wad wrodzonych warunkowanych aberracjami chromosomowymi i mutacjami pojedynczych genów. Oznacza to, że nie potrafimy zapobiec urodzeniu się „pierwszych” w rodzinie przypadków dzieci z tego typu wadami. Są one bowiem wynikiem świeżych mutacji, niemożliwych do przewidzenia i wcześniejszego wykrycia, lub nosicielstwa przez rodziców dziecka (i poza wyjątkowymi sytuacjami praktycznie niemożliwego do wykrycia), zmutowanego genu/chromosomu. Ewentualne wykrycie takich bezobjawowych nosicieli mutacji genowych (i zrównoważonych aberracji chromosomowych) wymagałoby objęcia całej populacji badaniami przesiewowymi, nakierowanymi na kilka tysięcy znanych (rzadko występujących) chorób genetycznych, uwarunkowanych mutacjami określonych genów lub rearanżacjami genomu.

Choroby wieloczynnikowe (poligenowe) stanowią potencjalnie najlichnější grupę chorób, które mogą być objęte profilaktyką pierwotną. Poprzez poznanie czynników środowiskowych wyzwalających predyspozycję genetyczną do pewnych wad i chorób oraz ich eliminowanie można teoretycznie zmniejszyć częstość występowania niektórych tego typu wad w populacji. Wzbogacenie diety kobiet w okresie przedkoncepcyjnym i na początku ciąży w kwas foliowy (0,4 mg/dobę) stanowi istotę populacyjnych programów profilaktyki pierwotnej wad cewy nerwowej oferowanych kobietom w okresie rozrodczym w wielu krajach Europy Zachodniej, w USA, a także w Polsce.

Zapobieganie wystąpieniu wad o niegenetycznej etiologii odbywa się poprzez unikanie przed i w czasie ciąży ekspozycji na działanie czynników teratogennych. Procedury te obejmują m.in. badania kobiet przed planowaną ciążą w celu wykrycia chorób mogących negatywnie wpłynąć na rozwijający się zarodek i płód. Profilaktyka wad rozwojowych powstających pod wpływem teratogenów obejmuje także badania nad teratogennym działaniem rozmaitych związków i czynników (leki, substancje chemiczne obecne w środowisku naturalnym i w miejscu pracy itp.) i ich eliminowanie. Szczególną uwagę należy zwrócić na unikanie spożywania przez kobiety ciężarne alkoholu, a także przyjmowanie narkotyków oraz palenie tytoniu.

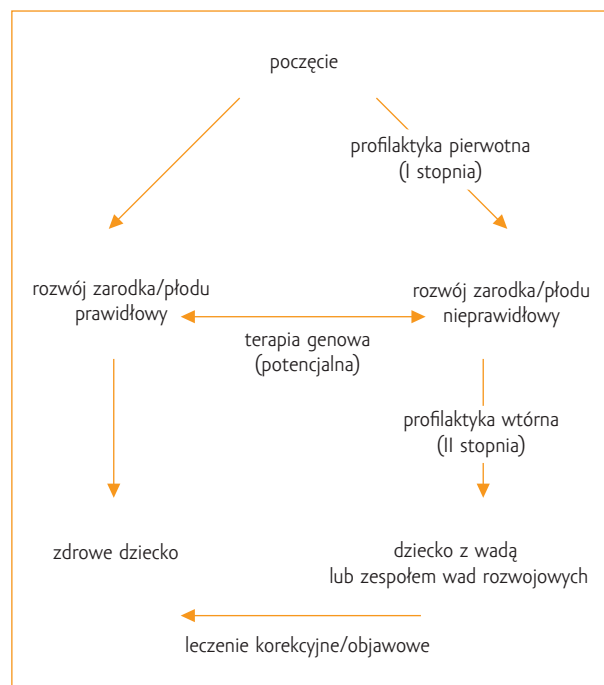
Realizacja programu **profilaktyki wtórnej** wad rozwojowych będących wynikiem aberracji chromosomowych i mutacji pojedynczych genów sprowadza się do:

> zapewnienia poradnictwa genetycznego rodzinom, w których urodziło się dziecko z tak uwarunkowaną wrodzoną wadą rozwojową (lub zespołem wad) oraz

> oferowania i wykonywania badań prenatalnych w rodzinach, w których istnieje zwiększone ryzyko ponownego wystąpienia wady rozwojowej u kolejnego potomstwa, a rodziny akceptują ten typ postępowania diagnostycznego.

Prenatalne wykrycie wad u płodu ma istotne znaczenie dla prowadzenia ciąży i porodu, a w wielu przypadkach stwarza szansę uratowania dziecka dzięki np. zaplanowaniu i przeprowadzeniu natychmiast po urodzeniu zabiegu operacyjnego. W ostatnich latach coraz większego znaczenia nabiera wewnątrzmaciczne leczenie płodu, w tym leczenie operacyjne wad rozwojowych. Diagnostyka prenatalna jest zatem coraz częściej wstępem do terapii płodu. Stosując zróżnicowane i specyficzne metody diagnostyczne (cytogenetyczne, enzymatyczne, biochemiczne, analizę DNA oraz obrazowanie płodu), można obecnie rozpoznać prenatalnie 6–10% spośród ogółu chorób monogenowych oraz aberracje chromosomowe [Mazurczak T., Zastosowanie..., 2004; Mazurczak T., Bezpośrednie..., 2004].

Wykres 1. Zapobieganie i leczenie wrodzonych wad rozwojowych



Źródło: Badania własne – dotyczy wykresu i wszystkich tabel.

Jeśli idzie o choroby wieloczynnikowe, profilaktyka wtórna obejmuje zarówno poradnictwo genetyczne, jak i diagnostykę prenatalną niektórych wad o tym typie uwarunkowania. Innym elementem profilaktyki wtórnej są populacyjne i selektywne programy badań przesiewowych noworodków w kierunku określonych chorób i wad genetycznych (np. wrodzone zwichnięcie stawów biodrowych). Celem tych badań jest wczesne ustalenie rozpoznania choroby i rozpoczęcie leczenia tak szybko, jak tylko jest to możliwe. Od czasu rozpoczęcia leczenia oraz jego ciągłości zależą bowiem efekty wyrażające się w prawidłowym rozwoju dziecka.

Możliwości leczenia i profilaktyki wrodzonych wad rozwojowych zależą w zasadniczym stopniu od przyczyn, jakie prowadzą do rozwoju wady. Jak wspomniano wcześniej, przyczyny te są bardzo zróżnicowane. Wykazanie ich mimo ogromnego postępu w zakresie badań nad etiologią wad i zaburzeń rozwojowych człowieka nie zawsze jest możliwe. Imponujący rozwój nowych metod badawczych (przede wszystkim z zakresu biologii molekularnej) i praktyczne ich wykorzystanie w genetyce medycznej sprawia, że ustalenie związku przyczynowego pomiędzy określoną wadą/chorobą a zmianami na poziomie genomu staje się coraz częściej możliwe. Dotyczy to także tych przypadków, które określane były dotychczas jako wady lub zespoły wad o nieznannej etiologii [Mazurkiewicz T., Nowoczesne..., 2004].

Z przedstawionych faktów wynika konieczność zapewnienia rodzinom, w których urodziło się dziecko z wadą (wadami) rozwojową, specjalistycznej diagnostyki i opieki genetycznej. Spełnienie tego warunku jest konieczne zarówno ze względu na interes rodziny, jak i interes społeczny. Ustalenie bowiem przyczyny powstania wady rozwojowej jest warunkiem bezwzględny do udzielenia rodzinie kompetentnej porady genetycznej. Jej treść, w tym informacja o wielkości ryzyka ponownego urodzenia dziecka z wadą oraz możliwościach profilaktyki i leczenia, ma decydujące znaczenie dla kształtowania postaw i decyzji prokreacyjnych konsultowanych rodzin [Bocian E., 2001; Mazurczak T., Poradnictwo..., 2004; Mazurczak T., Nowoczesne..., 2004].

Znajomość częstości występowania określonych wrodzonych wad rozwojowych oraz ich przyczyn stanowi podstawę racjonalnego planowania w kraju programów profilaktycznych oraz planowania i organizacji specjalistycznego leczenia i opieki dla dzieci z wadami rozwojowymi i ich rodzin. Na każdym więc etapie działań medycznych (diagnostycznym, terapeutycznym czy profilaktycznym) poradnictwo genetyczne odgrywa we wszystkich krajach rozwiniętych istotną, trudną do przecenienia rolę. Poza aspektem medycznym ma także określony wymiar etyczny i prawny [Mazurczak T., Zastosowanie..., 2004].

CZYM JEST PORADNICTWO GENETYCZNE

Poradnictwo genetyczne jest formą specjalistycznej pomocy medycznej, której celem jest udzielenie konsultowanym informacji o ryzyku wystąpienia choroby/wady genetycznej w rodzinie [Mazurczak J., Poradnictwo..., 2004]. Działalność ta, prowadzona przede wszystkim w poradniach genetycznych, ma służyć:

- > uzyskaniu pełnej informacji o rozpoznanej chorobie genetycznej, jej przebiegu oraz istniejących możliwościach leczenia;
- > zrozumieniu istoty genetycznego uwarunkowania choroby oraz ocenie ryzyka jej wystąpienia u określonych członków rodziny;
- > właściwemu zinterpretowaniu ryzyka ponownego wystąpienia choroby u potomstwa;
- > przyjęciu takiego postępowania, które będzie wynikiem decyzji podjętej przez konsultowanych w zgodzie z uzyskaną wiedzą, przekonaniem oraz uznawanymi celami życiowymi;
- > przyjęciu takich form postępowania, które umożliwią optymalne przystosowanie chorego do życia w środowisku, oraz podjęciu działań zmierzających do zmniejszenia ryzyka ponownego wystąpienia choroby w rodzinie.

Warunkiem podstawowym udzielenia porady genetycznej jest prawidłowe, uwzględniające etiologię ustalenie rozpoznania choroby lub wady. Niespełnienie tego warunku w zasadzie uniemożliwia przekazanie rodzinie właściwej porady genetycznej.

Porada genetyczna powinna mieć charakter informacyjny, a nie dyrektywny. Zasadą uznawaną przez znakomitą większość osób prowadzących poradnictwo genetyczne jest pogląd, że decyzje pacjentów dotyczące zarówno planowania ciąży, jak i akceptacji badań prenatalnych czy też adopcji powinny być podejmowane przez samych konsultowanych zgodnie z ich wiedzą, przekonaniem, uznawanym światopoglądem, celami życiowymi i systemem wartości.

POLSKI REJESTR WRODZONYCH WAD ROZWOJOWYCH (PRWWR) – MONITOROWANIE WAD WRODZONYCH W POLSCE I WSPÓŁPRACA Z EUROCAT

Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych, utworzony w 1997 r., w latach 1997–2000 był finansowany przez KBN jako projekt zamawiany przez Ministerstwo Zdrowia, a od 2000 r. jest prowadzony ze środków Ministerstwa Zdrowia jako program profilaktyczny, obecnie jako zadanie pt. „Monitorowanie i Poprawa Pierwotnej Profilaktyki Wrodzonych Wad Rozwojowych w Polsce”.

Cele PRWWR:

- > uzyskanie informacji o częstości występowania i rodzajach wrodzonych wad rozwojowych na terenie kraju;
- > analiza danych mogących przyczynić się do zidentyfikowania czynników ryzyka wystąpienia wad rozwojowych u płodu;
- > uzyskanie danych dotyczących zapotrzebowania na specjalistyczną opiekę medyczną i rehabilitację dzieci z wadami wrodzonymi i danych dla oceny jakości opieki medycznej;
- > poprawa poradnictwa genetycznego dla rodzin, w których urodziło się dziecko z wadami rozwojowymi;
- > uzyskanie wiarygodnych danych do badań etiologicznych i klinicznych;
- > utworzenie bazy danych dla szczegółowych analiz i zapytań.

Tabela 1. Częstość występowania wrodzonych wad rozwojowych z podziałem na grupy wad na terenie województw objętych PRWWR: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, opolskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie w latach 1998–2003, śląskie w latach 2001–2003 oraz lubelskie i podkarpackie w latach 2002–2003 (na 10 tys. urodzeń)

Grupa wad	Liczba dzieci z wadami	PRWWR/ 10 tys. ur.	EUROCAT/ 10 tys. ur.
Q00-07 wady układu nerwowego	2086	18,34	22,70
Q10-18 wady oka, ucha, twarzy i szyi	593	5,21	
Q20-28 wady serca	8199	72,09	63,76
Q30-34 wady układu oddechowego	390	3,43	
Q35-37 rozszczepy wargi i/lub podniebienia	1940	17,06	14,60
Q38-45 wady przewodu pokarmowego	1192	10,48	
Q50-56 wady narządów płciowych	1914	16,83	
Q60-64 wady układu moczowego	1703	14,97	30,13
Q65-79 wady układu mięśniowo-szkieletowego	5697	50,09	57,70
Q80-85 wady powłok ciała	192	1,69	
Q86-87 inne zespoły wad (wady mnogie)	2191	19,26	
Q89 inne lub niesklas. wady wrodzone	113	0,99	
Q90-99 aberracje chromosomowe, niesklas. gdzie indziej	2009	17,66	34,71
Poza kategorią Q ICD-10	198	1,74	

PRWWR obejmuje obecnie 13 województw (dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, mazowieckie, opolskie, podkarpackie, pomorskie, śląskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie), tj. 84% populacji polskiej, monitorując około 300 tys. urodzeń rocznie (2005 r.). Do PRWWR zgłaszane są wady rozwojowe rozpoznane do ukończenia przez dziecko drugiego roku życia, a także wady rozpoznane prenatalnie i stwierdzone u dzieci martwo urodzonych. Zespół Centralny PRWWR i baza danych zostały utworzone przy Katedrze i Zakładzie Genetyki Medycznej Akademii Medycznej w Poznaniu. Na poziomie województw nadzór nad prowadzeniem rejestru sprawują wojewódzkie zespoły PRWWR. Informacje dotyczące składu Rady Naukowej PRWWR, Zespołu Centralnego i zespołów wojewódzkich PRWWR, a także szczegółowe informacje dotyczące zgłaszania wad do PRWWR, lista wad podlegających zgłaszaniu i informacje dotyczące częstości występowania i rodzajów wad wrodzonych w Polsce są umieszczone na stronie internetowej www.rejestrwad.pl

Raporty z PRWWR są przekazywane do Ministerstwa Zdrowia, władz samorządowych, NFZ i publikowane. Informacje o wadach wrodzonych w Polsce są także przekazywane do EUROCAT, gdzie są publikowane i umieszczone na stronie www.eurocat.ulster.ac.uk, a poprzez EUROCAT przekazywane dalej do urzędów Unii Europejskiej, WHO, będąc punktem wyjścia do europejskich i światowych programów monitorujących i profilaktycznych.

European Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT), który powstał w 1979 r., zrzesza europejskie rejestry wad spełniające określone kryteria. Szczegółowe informacje dotyczące EUROCAT są umieszczone na stronie internetowej www.eurocat.ulster.ac.uk. PRWWR jest członkiem EUROCAT od 2001 r. Aktualnie EUROCAT zrzesza 43 rejestry z 20 krajów Europy, monitorując ponad 1,5 mln urodzeń rocznie. Kraje, w których są

rejestry wad zrzeszone w EUROCAT, to Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Dania, Finlandia, Francja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Malta, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania i Włochy.

Cele EUROCAT:

- > dostarczanie informacji dotyczących epidemiologii wrodzonych wad rozwojowych w Europie;
- > koordynowanie działań i współpraca krajów europejskich w zakresie zbierania porównywalnych, kompletnych danych dotyczących wad rozwojowych; współpraca z rejestrami wad na świecie;
- > działania zmierzające do identyfikacji czynników teratogennych i źródeł ryzyka;
- > ocena efektywności podejmowanych działań w zakresie pierwotnej profilaktyki wad rozwojowych oraz przesiewowych badań prenatalnych;
- > współpraca i wymiana informacji mająca na celu poprawę opieki medycznej nad dziećmi z wrodzonymi wadami rozwojowymi i wypracowanie standardów postępowania profilaktycznego, diagnostycznego i terapeutycznego.

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA I RODZAJE WRODZONYCH WAD ROZWOJOWYCH W POLSCE W ODNIESIENIU DO EUROCAT

W tabelach 1 i 2 przedstawiono informacje dotyczące częstości występowania wad wrodzonych na terenie kraju objętym Polskim Rejestrem Wrodzonych Wad Rozwojowych. Różnice pomiędzy poszczególnymi województwami dotyczące okresu monitorowania wad wrodzonych wynikają ze stopniowego rozszerzania rejestru na kolejne województwa.

Tabela 2. Częstość występowania wybranych wrodzonych wad rozwojowych na terenie województw objętych PRWWR: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, opolskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie w latach 1998–2003, śląskie w latach 2001–2003 oraz lubelskie i podkarpackie w latach 2002–2003; częstość występowania wad rozwojowych na terenie 20 krajów europejskich objętych EUROCAT

Wady	Urodzenia żywe		EUROCAT częstość ur. żywych/ 10 tys. ur.
	PRWWR liczba dzieci z wadami	PRWWR częstość/ 10 tys. ur.	
Wady cewy nerwowej	974	8,61	2,97
Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe	157	1,39	0,41
Q01 przepuklina mózgowa	119	1,05	0,32
Q05 rozszczep kręgosłupa	698	6,17	2,24
Q02 małogłowie	156	1,38	2,19
Q03 wodogłowie	468	4,14	3,21
Q11 bezocze, małowocze i wielkooocze	118	1,04	0,91
Q20.0 wspólny pień tętniczy	86	0,76	0,58
Q20.3 przełożenie wielkich pni tętniczych	343	3,03	3,35
Q21.2 wspólny kanał przedsionkowo-komorowy	340	3,01	2,94
Q21.3 tetralogia Fallota	256	2,26	3,04
Q22.6 zespół niedorozwoju prawej części serca	24	0,21	0,17
Q23.4 zespół niedorozwoju lewej części serca	212	1,87	1,52
Q35 rozszczep podniebienia	787	6,96	5,32
Q36-Q37 rozszczep wargi z lub bez rozszczepu podniebienia	1147	10,14	8,40
Q39.0, Q39.1 zarośnięcie przełyku z lub bez przetoki (przełykowo-tchawiczej lub przełykowo-oskrzelowej)	259	2,29	2,22
Q41.0 brak, zarośnięcie lub zwężenie dwunastnicy	106	0,94	1,13
Q42 wady odbytu/odbytnicy	275	2,43	2,52
Q60.1 obustronna agenezja nerki	86	0,76	0,45
Q61 wielotorbielowatość nerek	353	3,12	4,68
Q54 narządy płciowe męskie – spodziectwo	1479	13,08	10,86
Q56 narządy płciowe obojnacze	86	0,76	0,57
Q71-Q73 zniekształcenia zmniejszające kończyn	805	7,12	4,41
Q71 zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej	541	4,78	2,88
Q72 zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej	253	2,24	1,28
Q65 zniekształcenia stawu biodrowego	231	2,04	6,75
Q69 palce dodatkowe	1273	11,26	7,83
Q70 zrost palców	575	5,08	5,45
Q77.1 dysplazja śmiertelna (thanatophoric dysplasia)	9	0,08	0,08
Q77.4 achondroplazja	38	0,34	0,41
Q79.2 przepuklina pępowinowa	173	1,53	1,32
Q79.3 wytrzewienie	199	1,76	1,78
Zespoły wad spowodowane czynnikami infekcyjnymi	32	0,28	0,26
Q79.80 zespół pasm owodniowych	27	0,24	0,27
Q89.3 ułożenie odwrotne trzewi z lub bez odwrotnego ułożenia serca	41	0,36	0,44
Q90 zespół Downa	1654	14,63	9,48
Q91.3 zespół Edwarda	124	1,10	0,89
Q91.7 zespół Patau	37	0,33	0,43
Q93.3 delecja krótkiego ramienia chromosomu 4 (zespół Wolfa-Hirschorna)	7	0,06	0,09
Q93.4 delecja krótkiego ramienia chromosomu 5 (zespół kociego krzyku)	8	0,07	0,12

Wskaźniki demograficzne, społeczne i gospodarcze

	Ludność ogółem, w mln, 2006	Ludność prognozowana, w mln, 2050	Przeciętne tempo przyrostu ludności, w %, 2005–2010	Ludność miejska, w %, 2005	Tempo przyrostu ludności miejskiej, 2005–2010	Ogólny współczynnik dzietności, 2006
Świat ogółem	6 540,3	9 075,9	1,1	49	2,0	2,58
Regiony bardziej rozwinięte	1 214,5	1 236,2	0,2	74	0,5	1,58
Regiony mniej rozwinięte	5 325,8	7 839,7	1,3	43	2,5	2,79
Regiony najmniej rozwinięte	777,4	1 735,4	2,3	27	4,0	4,80
Europa	728,1	653,3	-0,1	72	0,1	1,42
Europa Wschodnia	295,9	223,5	-0,5	68	-0,4	1,29
Bułgaria	7,7	5,1	-0,7	70	-0,4	1,23
Czechy	10,2	8,5	-0,1	74	-0,1	1,20
Polska	38,2	31,9	-0,1	62	0,2	1,24
Rumunia	21,6	16,8	-0,4	54	0,0	1,25
Słowacja	5,4	4,6	0,0	56	0,2	1,17
Węgry	10,1	8,3	-0,3	66	0,3	1,28
Europa Północna	96,1	105,6	0,3	84	0,4	1,66
Dania	5,4	5,9	0,3	86	0,4	1,76
Estonia	1,3	1,1	-0,3	69	-0,2	1,41
Finlandia	5,3	5,3	0,2	61	0,4	1,72
Irlandia	4,2	5,8	1,3	60	1,8	1,95
Litwa	3,4	2,6	-0,4	67	-0,5	1,25
Łotwa	2,3	1,7	-0,5	68	-0,4	1,29
Norwegia	4,6	5,4	0,5	77	0,6	1,79
Szwecja	9,1	10,1	0,3	84	0,4	1,70
Wielka Brytania	59,8	67,1	0,3	90	0,4	1,66
Europa Południowa	149,8	138,7	0,2	66	0,5	1,38
Albania	3,1	3,5	0,5	45	2,1	2,21
Bośnia i Hercegowina	3,9	3,2	0,1	46	1,4	1,29
Była Jugosłowiańska Republika Macedonii	2,0	1,9	0,1	69	1,1	1,46
Chorwacja	4,6	3,7	-0,1	56	0,4	1,33
Grecja	11,1	10,7	0,2	59	0,4	1,25
Hiszpania	43,4	42,5	0,4	77	0,6	1,33
Italia	58,1	50,9	0,0	69	0,3	1,35
Portugalia	10,5	10,7	0,4	58	1,5	1,47
Serbia i Czarnogóra	10,5	9,4	0,0	52	0,4	1,60
Słowenia	2,0	1,6	-0,1	51	0,2	1,21
Europa Zachodnia	186,3	185,5	0,2	77	0,4	1,56
Austria	8,2	8,1	0,1	66	0,3	1,40
Belgia	10,4	10,3	0,1	97	0,2	1,66
Francja	60,7	63,1	0,3	77	0,6	1,86
Holandia	16,4	17,1	0,4	80	1,0	1,73
Niemcy	82,7	78,8	0,0	75	0,1	1,33
Szwajcaria	7,3	7,3	0,1	75	0,6	1,40
Kraje byłego ZSRR w fazie transformacji gospodarczej						
Armenia	3,0	2,5	-0,2	64	-0,4	1,32
Azerbejdżan	8,5	9,6	0,8	52	0,9	1,83
Białoruś	9,7	7,0	-0,6	72	0,1	1,22
Federacja Rosyjska	142,5	111,8	-0,4	73	-0,6	1,38
Gruzja	4,4	3,0	-0,8	52	-0,6	1,41
Kazachstan	14,8	13,1	0,0	57	0,4	1,88
Kirgistan	5,3	6,7	1,1	36	1,6	2,54
Mołdawia	4,2	3,3	-0,2	47	0,3	1,19
Tadżykistan	6,6	10,4	1,4	25	1,1	3,48
Turkmenistan	4,9	6,8	1,3	46	2,1	2,57
Ukraina	46,0	26,4	-1,0	68	-0,7	1,13
Uzbekistan	27,0	38,7	1,4	37	1,6	2,56

Źródło: State of World Population 2006, A passage to Hope, Women and International Migration, UNFPA.

% urodzeń w asyście wykwalifikowanego personelu	Dochód narodowy brutto/mieszkańca, PPP USD, 2004	Wydatki na jednego ucznia szkoły podstawowej, % PKB/mieszkańca	Wydatki publiczne na ochronę zdrowia, % PKB	Pomoc zewnętrzna dla ludności, w tys. USD	Umieralność poniżej 5 roku życia M/K	Zużycie energii/mieszkańca	Dostęp do źródeł wody pitnej
62	8 760			4 696 000	80/77	1 734	83
99					10/9		
57					87/85		
34	1 330				155/144	306	58
99					12/10		
99				114 546	20/16		
99	7 870	16,2	4,1	1 646	16/14	2 494	100
100	18 400	12,0	6,8	38	6/5	4 324	
100	12 640	23,5	4,5	343	10/9	2 452	
98	8 190	9,9	3,8	10 501	23/17	1 794	57
99	14 370	11,3	5,2	47	9/9	3 443	100
100	15 620	20,8	6,1	100	11/9	2 600	99
99					6/6		
	31 550	24,9	7,5	(59 527)	6/6	3 853	100
100	13 190	19,8	4,1	1 077	13/9	3 631	
100	29 560	18,3	5,7	(23 697)	5/4	7 204	100
100	33 170	12,4	5,8	(26 786)	6/6	3 777	
100	12 610		5,0	163	13/9	2 585	
100	11 890	22,4	3,3	113	14/12	1 881	
	38 550	20,5	8,6	(91 648)	4/4	5 100	100
	29 770	24,4	8,0	(80,029)	4/4	5 754	100
99	31 460	16,4	6,9	(589 650)	6/6	3 893	
98					8/7		
94	5 070	7,7	2,7	8 261	32/28	674	97
100	7 430		4,8	3 307	15/13	1 136	98
98	6 480	23,6	6,0	1 074	17/16		
100	11 670	24,0	6,5	1 312	8/7	1 976	
	22 000	15,6	5,1	(9 293)	8/7	2 709	
	25 070	19,2	5,5	(29 949)	6/7	3 240	
	27 860	25,4	6,3	(27 068)	6/6	3 140	
100	19,250	24,0	6,7	(1 119)	7/7	2 469	
93			7,2	1 401	15/13	1 991	93
100	20 730		6,7	2	7 /7	3 518	
100					6/5		
	31 790	23,9	5,1	(2 727)	6/5	4 086	100
	31 360	19,0	6,3	(26 400)	6/5	5 701	
	29,320	17,8	7,7	(56 559)	6/5	4 519	
100	31 220	18,0	6,1	(275 4340)	7/6	4 982	100
	27 950	16,7	8,7	(132 088)	5/5	4 205	100
	35 370	24,3	6,7	(31 522)	6/5	3 689	100
97	4 270	8,9	1,2	2 445	36/31	660	92
84	3 830	7,6	0,9	994	90/81	1 493	77
100	6 900	13,7	4,9	144	20/14	2 613	100
99	9 620		3,3	16 969	24/18	4 424	96
96	2 930		1,0	3 554	45/ 37	597	76
99	6 980	10,1	2,0	5 265	86/60	3 342	86
98	1 840	7,7	2,2	3 395	67/56	528	76
99	1 930	17,1	3,9	7 187	30/26	772	92
71	1 150	6,7	0,9	3 253	116/103	501	58
97	6 910		2,6	1 322	104/85	3 662	71
99	6 250	10,4	3,8	14 181	19/14	2 772	98
96	1 860		2,4	8 388	72/60	2 023	89

Wskaźniki ICPD (International Conference on Population and Development)

	Współczynniki umieralności			Wskaźniki
	współczynnik zgonów niemowląt/1000 urodzeń żywych	dalsze trwanie życia M/K	wskaźnik umieralności matek	wskaźnik skolaryzacji brutto na poziomie edukacji podstawowej M/K
Świat ogółem	54	63,9/68,4		
Regiony bardziej rozwinięte	7	72,4/79,7		
Regiony mniej rozwinięte	59	62,5/66,0		
Regiony najmniej rozwinięte	93	51,1/52,9		
Europa	9	69,9/78,3		
Europa Wschodnia	14	62,5/73,7		
Bułgaria	12	69,5/76,1	32	106/104
Czechy	5	72,8/79,2	9	103/101
Polska	8	70,9/78,9	7	99/99
Rumunia	17	68,4/75,5	49	107/106
Słowacja	7	70,8/78,4	3	100/98
Węgry	8	69,4/77,5	16	99/97
Europa Północna	5	75,8/81,0		
Dania	5	75,3/79,9	5	104/104
Estonia	9	66,5/77,7	63	101/98
Finlandia	4	75,7/82,2	6	101/100
Irlandia	5	75,7/80,9	5	107/106
Litwa	8	67,4/78,4	13	98/97
Łotwa	9	66,7/77,5	42	94/91
Norwegia	3	77,5/82,3	16	99/99
Szwecja	3	78,4/82,8	2	99/99
Wielka Brytania	5	76,5/81,1	13	107/107
Europa Południowa	7	75,7/82,1		
Albania	7	71,5/77,2	55	105/104
Bośnia i Hercegowina	12	71,9/77,3	31	
Była Jugosłowiańska Republika Macedonii	15	71,8/83,8	23	98/98
Chorwacja	6	72,0/78,9	8	95/94
Grecja	6	75,9/81,2	9	102/101
Hiszpania	4	76,3/83,6	4	109/107
Italia	5	77,3/83,4	5	102/101
Portugalia	5	74,4/81,0	5	119/114
Serbia i Czarnogóra	12	71,5/76,2	11	98/98
Słowenia	5	73,3/80,5	17	123/122
Europa Zachodnia	4	76,3/82,4		
Austria	4	76,6/82,2	4	106/106
Belgia	4	76,2/82,5	10	104/104
Francja	4	76,4/83,3	17	105/104
Holandia	4	76,1/81,4	16	109/106
Niemcy	4	76,2/81,9	8	100/100
Szwajcaria	4	78,1/83,6	7	103/102
Kraje byłego ZSRR w fazie transformacji gospodarczej				
Armenia	29	68,3/75,0	55	99/103
Azerbejdżan	73	63,6/70,9	94	98/96
Białoruś	14	62,8/74,3	35	103/99
Federacja Rosyjska	16	58,7/71,9	67	123/123
Gruzja	39	66,8/74,6	32	95/95
Kazachstan	60	58,4/69,5	210	110/109
Kirgistan	53	63,3/71,7	110	98/98
Mołdawia	24	65,3/72,5	36	95/94
Tadżykistan	87	61,4/66,8	100	102/97
Turkmenistan	76	58,7/67,2	31	
Ukraina	15	60,4/72,5	35	95/95
Uzbekistan	56	63,7/70,1	24	100/99

Źródło: State of World Population 2006, A passage to Hope, Women and International Migration, UNFPA.

osiągnięć edukacyjnych		Wskaźniki zdrowia reprodukcyjnego			
wskaźnik skolaryzacji brutto na poziomie edukacji średniej M/K	% analfabetyzmu, >15 roku życia, M/K	urodzenia/1000 kobiet w wieku 15-19	rozpowszechnienie środków antykoncepcyjnych		rozpowszechnienie zakażeń HIV w wieku 15-49 lat, w %M/K
			dowolne metody	nowoczesne metody	
		53	61	54	
		25	69	56	
		57	59	53	
		112			
		17	68	50	
		26	62	36	
	104/100	1/2	41	42	26
	95/96		11	72	63
	96/97		14	49	19
	85/86	2/4	32	64	30
	94/95		19	74	41
	97/96		20	77	68
			18	79	74
	122/127		6	78	72
	97/99	0/0	23	70	56
	107/112		9	77	75
	108/116		12		
	99/98	0/0	20	47	31
	97/96	0/0	17	48	39
	114/117		9	74	69
	101/105		7		
	103/106		23	84	81
			11	68	49
	79/77	1/2	16	75	8
		1/6	22	48	16
	85/83	2/6	22		
	87/89	1/3	14		
	96/97	2/6	8		0,3/0,1
	116/123		9	81	67
	100/98	1/2	7	60	39
	92/102		17		
	88/89	1/6	22	58	33
	100/100		6	74	59
			6	74	70
	104/98		11	51	47
	111/107		7	78	74
	110/111		1	75	69
	120/118		4	79	76
	101/99		9	75	72
	97/89		4	82	78
	90/93	0/1	29	61	22
	84/82	1/2	30	55	12
	93/94	0/1	25	50	42
	93/93	0/1	28		
	83/82		30	41	20
	99/97	0/1	27	66	53
	88/88	1/2	31	60	49
	81/84	1 /2	29	62	43
	89/75	0/1	28	34	27
		1/2	16	62	53
	94/92	0/1	28	68	38
	96/93		34	68	63

SPIS TABEL

Wstęp

Tabela 1. Małżeństwa i rozwody w Europie – trendy.....	12
Tabela 2. Zakażenia HIV nabyte drogą zakażenia od matki	14
Tabela 3. Udział kobiet w nowych zakażeniach HIV w Europie	14
Tabela 4. Odsetek kobiet palących tytoń	15

I. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA POPULACJI KOBIEC W WIEKU 15–49 LAT

Tabela 1. Zmiany w liczbie i strukturze kobiet w wieku rozrodczym w latach 1990–2004 (stan w dniu 31 grudnia)	25
Tabela 2. Ludność Polski według stanu cywilnego faktycznego, NSP 1988, 2002.....	26
Tabela 3. Odsetki osób, które kiedykolwiek pozostawały w małżeństwie według płci i wieku, Polska, 1988–2002.....	27
Tabela 4. Ludność w wieku 15 lat i więcej według poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania i płci w Polsce w latach 1988 i 2002.....	28
Tabela 5. Współczynniki skolarzacji netto według płci w roku szkolnym 2004/2005.....	29

II. WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE

1. Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat

Tabela 1. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 oraz 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet.....	32
Tabela 2. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z powodu nowotworów złośliwych w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet	37
Tabela 3. Rzeczywiste (R) i standaryzowane względem wieku (S) współczynniki zgonów kobiet w wieku 15–49 lat według charakteru miejsca zamieszkania oraz przyczyn w latach 2002–2004/100 tys. kobiet	37
Tabela 4. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn zewnętrznych w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet.....	38
Tabela 5. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób układu krążenia w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet	39
Tabela 6. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn niedokładnie określonych w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet	40
Tabela 7. Zgony kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób układu trawiennego w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1991–1993 i 2002–2004, średnie roczne współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku/100 tys. kobiet	41

2. Sytuacja zdrowotna kobiet w wieku 15–49 lat na podstawie danych o hospitalizacji

Tabela 1. Liczby i współczynniki (na 10 tys. ludności) kobiet hospitalizowanych w Polsce w latach 2003 i 2004.....	48
--	----

3. Choroby przenoszone drogą płciową

4. Zakażenia HIV/AIDS

5. Substancje psychoaktywne

Palenie tytoniu

Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu

Tabela 1. Częstość picia alkoholu przez kobiety w ciąży (wśród kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży), w %.....	72
---	----

Narkotyki

Tabela 1. Używanie narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przez uczniów w wieku 15–16 lat oraz 17–18 lat według płci (odsetki badanych)	73
Tabela 2. Używanie narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przez osoby w wieku 16–49 lat według płci (odsetki badanych).....	74
Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 2000 i 2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) według wieku oraz płci	75
Tabela 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 2000 i 2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) według typów używanych środków oraz płci	75

6. Subiektywna ocena zdrowia dziewcząt i kobiet

Subiektywna ocena zdrowia dziewcząt w wieku 16 i 18 lat

Tabela 1. Samoocena zdrowia oraz występowanie chorób przewlekłych i innych problemów zdrowotnych u dziewcząt w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r. według miejsca zamieszkania i wieku, % badanych..... 77

Tabela 2. Zadowolenie z życia i zdrowie psychospołeczne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r. według miejsca zamieszkania i wieku, % badanych..... 78

Tabela 3. Wybrane cechy środowiska społecznego dziewcząt w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r. według miejsca zamieszkania i wieku, % badanych..... 79

Jakość życia kobiet uwarunkowana stanem zdrowia

Tabela 1. Wpływ problemów ze zdrowiem na aktywność w poszczególnych dziedzinach życia (% odpowiedzi „tak”)..... 81

III. ZDROWIE PROKREACYJNE I JEGO ZAGROŻENIA

1. Zachowania seksualne

Zachowania seksualne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat

Tabela 1. Zachowania seksualne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r. według miejsca zamieszkania i wieku..... 85

Zachowania seksualne kobiet

Tabela 1. Metody zapobiegania ciąży w grupie kobiet stosujących antykoncepcję w ostatnich 12 miesiącach, N=574, 2005 r., w % 87

Tabela 2. Odczuwanie pociągu seksualnego kobiet do osób tej samej płci, N=1585, 2005 r., w % 87

Tabela 3. Obawy kobiet w relacjach seksualnych, N=1585, 2005 r., w % 88

2. Płodność, niepłodność i metody regulacji urodzeń

3. Wady wrodzone

4. Przerwanie ciąży

Tabela 1. Urodzenia żywe, przerwanie ciąży oraz poronienia samoistne w Polsce w latach 1965–2005..... 99

Tabela 2. Zgon kobiety jako następstwo przerwania ciąży w Polsce w latach 1999–2004..... 100

5. Zgony matek

Tabela 1. Zgony matek w Polsce w latach 1991–2000 – współczynniki zgonów matek według przyczyn/100 tys. żywych urodzeń..... 102

Tabela 2. Zgony matek w Polsce w latach 1991–2000 z przyczyn położniczych bezpośrednich, n=481, wsp.=8,2 103

Tabela 3. Zgony matek w Polsce według sposobu ukończenia ciąży w latach 2000–2004..... 103

Tabela 4. Zgony matek w Polsce według wieku matki w latach 2000–2004 104

Tabela 5. Zgony matek w Polsce według kolejności urodzeń w latach 2000–2004..... 104

6. Umieralność okołoporodowa wczesna

Tabela 1. Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce w latach 1999–2005, >500 g 107

Tabela 2. Umieralność okołoporodowa w Polsce według masy urodzeniowej w latach 1999–2005, w %..... 108

Tabela 3. Częstość urodzeń w Polsce w latach 1999–2005 według masy urodzeniowej, w %..... 109

Tabela 4. Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce w latach 1999–2005, >500 g 109

Tabela 5. Cięcia cesarskie w Polsce w latach 1999–2005..... 110

Tabela 6. Szpitale według liczby porodów, urodzenia, umieralność okołoporodowa i cięcia cesarskie w Polsce w 2005 r., >500 g 112

7. Rola systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w opiece medycznej nad noworodkiem w Polsce

8. Zachowania prokreacyjne nastolatek

Tabela 1. Urodzenia wśród nastolatek w Polsce w latach 1985–2004/1000 kobiet w wieku 15–19 lat..... 120

Tabela 2. Płodność nastolatek w wybranych latach od 1980 do 2003 r., przegląd międzynarodowy 122

Tabela 3. Urodzenia pozamałżeńskie wśród nastolatek w Polsce w latach 1985–2004, % urodzeń w wieku 15–19 lat 124

9. Zakażenia perinatalne

Tabela 1. Zakażenia perinatalne podlegające obowiązkowi zgłoszenia w Polsce w 2006 r. oraz liczba zarejestrowanych zakażeń w 2004 r. 128

10. Wybrane nowotwory narządów płciowych u kobiet

Rak piersi

Tabela 1. Czynniki ryzyka raka piersi w Polsce.....	134
---	-----

Rak szyjki macicy

Inne nowotwory narządów płciowych u kobiet

Tabela 1.....	138
Tabela 2.....	139
Tabela 3.....	140
Tabela 4.....	141
Tabela 5.....	142
Tabela 6.....	143
Tabela 7.....	144

Aneks

Uzupełnienie do rozdziału „Wady wrodzone”

Tabela 1. Częstość występowania wrodzonych wad rozwojowych z podziałem na grupy wad na terenie województw objętych PRWWR: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, opolskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie w latach 1998–2003, śląskie w latach 2001–2003 oraz lubelskie i podkarpackie w latach 2002–2003 (na 10 tys. urodzeń).....	150
Tabela 2. Częstość występowania wybranych wrodzonych wad rozwojowych na terenie województw objętych PRWWR: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, opolskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie w latach 1998–2003, śląskie w latach 2001–2003 oraz lubelskie i podkarpackie w latach 2002–2003; częstość występowania wad rozwojowych na terenie 20 krajów europejskich objętych EUROCAT.....	151
Wskaźniki demograficzne, społeczne i gospodarcze.....	152
Wskaźniki ICPD (International Conference on Population and Development).....	154

SPIS WYKRESÓW

Wstęp

Wykres 1. Częstość stosowania nowoczesnych metod planowania rodziny w wybranych krajach (w %)	16
Wykres 2. Częstość cięć cesarskich w krajach europejskich/1000 żywych urodzeń	19

I. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA POPULACJI Kobiet W WIEKU 15–49 LAT

II. WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE

1. Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat

Wykres 1. Współczynniki umieralności kobiet w wieku 20–49 lat w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi według poziomu wykształcenia, 2002 r.	33
Wykres 2. Standaryzowane współczynniki ogólnej umieralności kobiet w wieku 15–49 lat w latach 1991–1993 i 2002–2004 według województwa zamieszkania	33
Wykres 3. Standaryzowane współczynniki ogólnej umieralności kobiet w wieku 15–49 lat w miastach i na wsi w latach 2002–2004 według województwa zamieszkania	34
Wykres 4. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów kobiet w wieku 15–49 lat w latach 1991–1993 i 2002–2004 (w %)	35
Wykres 5. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w wieku 15–49 lat w pięcioletnich grupach wieku w latach 2002–2004	35
Wykres 6. Współczynniki umieralności kobiet w wieku 20–49 lat z powodu nowotworów złośliwych, chorób układu krążenia, przyczyn zewnętrznych i przyczyn niedokładnie określonych według poziomu wykształcenia, 2002 r.	36
Wykres 7. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu nowotworów złośliwych w latach 1991–1993 i 2002–2004 według województwa zamieszkania	36
Wykres 8. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn zewnętrznych w latach 1991–1993 i 2002–2004 według województwa zamieszkania	38
Wykres 9. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób układu krążenia w latach 1991–1993 oraz 2002–2004 według województwa zamieszkania	39
Wykres 10. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn niedokładnie określonych (ROO-R99) w latach 1991–1993 oraz 2002–2004 według województwa zamieszkania	40
Wykres 11. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet wieku 15–49 lat z ogółu przyczyn w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	42
Wykres 12. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu nowotworów złośliwych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	42
Wykres 13. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu raka sutka w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	43
Wykres 14. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu raka szyjki macicy w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	43
Wykres 15. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn zewnętrznych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	44
Wykres 16. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu wypadków komunikacyjnych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	44
Wykres 17. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu samobójstw w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	45
Wykres 18. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób układu krążenia w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	45
Wykres 19. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu choroby niedokrwiennej serca w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	46
Wykres 20. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z powodu chorób naczyń mózgowych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	46
Wykres 21. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 15–49 lat z przyczyn niedokładnie określonych w wybranych krajach UE, ostatni dostępny rok	47

2. Sytuacja zdrowotna kobiet w wieku 15–49 lat na podstawie danych o hospitalizacji

Wykres 1. Struktura hospitalizowanych kobiet według rozpoznań i wieku w 2004 r.	49
Wykres 2. Współczynniki hospitalizacji kobiet ogółem w wieku 15–49 lat w 2003 r. w wybranych krajach Europy/ 1000 mieszkańców danej grupy wieku	50
Wykres 3. Długość pobytu w szpitalu kobiet hospitalizowanych w 2003 r. według wieku w wybranych krajach Europy, wszystkie przyczyny	50
Wykres 4. Współczynniki hospitalizacji kobiet z powodu ciąży, porodu, połogu w wieku 15–49 lat w 2003 r. w wybranych krajach Europy/1000 mieszkańców danej grupy wieku	51
Wykres 5. Współczynniki hospitalizacji kobiet w wieku 15–49 lat w 2003 r. z powodu nowotworów szyjki macicy w wybranych krajach Europy/1000 mieszkańców danej grupy wieku	51

3. Choroby przenoszone drogą płciową

Wykres 1. Zapadalność na choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w latach 2003–2004	54
Wykres 2. Zachorowalność na kiłę w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)	55
Wykres 3. Zachorowalność na rzeżączkę w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)	55
Wykres 4. Zachorowalność na NGU w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)	56
Wykres 5. Zachorowalność na opryszczkę narządów płciowych w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)	56
Wykres 6. Zachorowalność na kłykciny kończyste w latach 2004–2005, wskaźnik/100 tys. mieszkańców (według województw)	57

4. Zakażenia HIV/AIDS

5. Substancje psychoaktywne

Palenie tytoniu

Wykres 1. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15–49, Polska 1974–2004	66
Wykres 2. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15–49 według grup wieku, Polska 1974–2004	67
Wykres 3. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15–49 według poziomu wykształcenia, Polska 1974–2004	67
Wykres 4. Odsetek codziennie palących kobiet w wieku 15–49 według miejsca zamieszkania, Polska 1974–2004	68
Wykres 5	
Częstość palenia według grup wieku, kobiety w wieku 20–29 lat, Polska 1974–1999	68
Umieralność z powodu raka płuca, kobiety w wieku 20–44 lata, Polska 1963–2002	68

Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu

Wykres 1. Odsetki dziewcząt, które w czasie ostatnich 30 dni piły	70
Wykres 2. Średnie roczne spożycie alkoholu w różnych grupach wieku	71
Wykres 3. Spożycie w litrach 100% alkoholu a płodność (liczba urodzeń żywych/10 kobiet w odpowiednim wieku)	71
Wykres 4. Grupy ryzyka według wieku, kobiety	72

Narkotyki

6. Subiektywna ocena zdrowia dziewcząt i kobiet

Subiektywna ocena zdrowia dziewcząt w wieku 16 i 18 lat

Jakość życia kobiet uwarunkowana stanem zdrowia

Wykres 1. Jakość życia kobiet warunkowana stanem zdrowia w poszczególnych wymiarach i grupach wieku	80
Wykres 2. Jakość życia warunkowana zdrowiem według wykształcenia i wieku kobiet	82

III. ZDROWIE PROKREACYJNE I JEGO ZAGROŻENIA

1. Zachowania seksualne

Zachowania seksualne dziewcząt w wieku 16 i 18 lat

Zachowania seksualne kobiet

Wykres 1. Średni wiek inicjacji seksualnej kobiet w latach 1997, 2001 i 2005	87
Wykres 2. Sytuacje, w których dochodziło do współżycia seksualnego, kobiety, N=1080, 2005 r., w %	88

2. Płodność, niepłodność i metody regulacji urodzeń**3. Wady wrodzone****4. Przerwanie ciąży**

Wykres 1. Przerwania ciąży/1000 żywych urodzeń.....	98
Wykres 2. Przerwania ciąży/1000 żywych urodzeń.....	98
Wykres 3. Przerwania ciąży/1000 żywych urodzeń.....	98

5. Zgony matek**6. Umieralność okołoporodowa wczesna**

Wykres 1. Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce w latach 1999–2005, według województw.....	107
Wykres 2. Umieralność okołoporodowa w Polsce w latach 1999–2004 według masy urodzeniowej.....	108
Wykres 3. Częstość urodzeń w Polsce w latach 1999–2005 według małej masy urodzeniowej.....	109
Wykres 4. Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce według województw, >500 g.....	110
Wykres 5. Cięcia cesarskie i umieralność okołoporodowa (w ‰) w Polsce w latach 1994–2005.....	111

7. Rola systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w opiece medycznej nad noworodkiem w Polsce**8. Zachowania prokreacyjne nastolatek**

Wykres 1. Urodzenia wśród nastolatek w Polsce w latach 1985–2004.....	121
Wykres 2. Płodność nastolatek.....	123
Wykres 3. Urodzenia pozamałżeńskie wśród nastolatek w Polsce w latach 1985–2004, % urodzeń w wieku 15–19 lat.....	124

9. Zakażenia perinatalne

Wykres 1. Liczba wybranych zakażeń perinatalnych/100 tys. żywych urodzeń.....	127
Wykres 2. Schemat pracy interdyscyplinarnego zespołu ekspertów.....	129

10. Wybrane nowotwory narządów płciowych u kobiet

Rak piersi

Wykres 1. Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe piersi w Polsce według grup wieku.....	133
--	-----

Rak szyjki macicy

Wykres 1. Trendy zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów szyjki macicy u kobiet w wieku 15–49 lat w Polsce – analiza punktów przełomu.....	135
Wykres 2. Zachorowalność na raka szyjki macicy w wybranych krajach europejskich/100 tys. kobiet.....	136

Inne nowotwory narządów płciowych u kobiet

Aneks

Uzupełnienie do rozdziału „Wady wrodzone”

Wykres 1. Zapobieganie i leczenie wrodzonych wad rozwojowych.....	148
---	-----

