

Ciechańska Beata, Olejniczak Dominik, Skonieczna Joanna, Dykowska Grażyna. Zagrożenia zdrowia mieszkańców wsi, w tym dzieci, w kontekście prac wykonywanych w gospodarstwie rolnym = Threats to the health of villagers, including children, in the context of the work carried out on the farm. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(4):181-192. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.50070>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3462>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7
© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 20.03.2016. Revised 17.04.2016. Accepted: 17.04.2016.

Zagrożenia zdrowia mieszkańców wsi, w tym dzieci, w kontekście prac wykonywanych w gospodarstwie rolnym

Threats to the health of villagers, including children, in the context of the work carried out on the farm

Beata Ciechańska¹, Dominik Olejniczak², Joanna Skonieczna², Grażyna Dykowska²

¹Studenckie Koło Naukowe Zdrowia Publicznego, sekcja Promocji Zdrowia, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Słowa kluczowe: zagrożenia zdrowia, środowiskowe uwarunkowania zdrowia, ludność wiejska.

Key words: health threats, health determinants, rural population.

lic zdr. publ. Beata Ciechańska¹
dr n. med. Dominik Olejniczak²
mgr Joanna Skonieczna²
dr n. o zdr. Grażyna Dykowska²

Streszczenie

Stopień narażenia na choroby i urazy wśród ludności wiejskiej jest inny, niż w przypadku mieszkańców miast. Wynika to z uwarunkowań środowiskowych, a także ze specyfiki pracy. Wart podkreślenia jest fakt, iż, nadal duża liczba dzieci narażona jest na uszczerbek na zdrowiu w wyniku angażowania ich do prac niebezpiecznych lub przekraczających ich możliwości. W 2012 roku 168 mln dzieci na świecie wykonywało pracę, a 85 mln dzieci angażowanych było do prac niebezpiecznych. Gałęzią działalności gospodarczej, w której najczęściej pracują dzieci, jest rolnictwo [1].

W Polsce praca dzieci w rodzinnym gospodarstwie rolnym jest społecznie akceptowalna. Pomimo, iż udział dzieci w tych zajęciach niewątpliwie może mieć pozytywny wpływ na ich zdrowie praca na wsi często wiąże się z licznymi zagrożeniami dla zdrowia i życia urazami.

Istnieje szereg instytucji, które prowadzą działania, mające na celu zminimalizowanie ryzyka zdrowotnego wśród mieszkańców wsi. Działania te polegają między innymi na realizowaniu programów zdrowotnych, opartych na edukacji. Te inicjatywy, choć słuszne, wymagają jednak zintensyfikowania, by objąć swoim zasięgiem jak największą grupę ludności wiejskiej, szczególnie dzieci i młodzieży.

Threats to the health of villagers, including children, in the context of the work carried out on the farm

Abstract

The degree of exposure to disease and injuries among the rural population is different in the case of urban residents. This is due to environmental conditions, as well as the specifics of the work. It is worth emphasizing that, still a large number of children are exposed to bodily harm as a result of engaging their use for dangerous work

or exceeding their capabilities. In 2012, 168 million children worldwide involved in jobs, and 85 million children were involved hazardous work. Branch of economic activity in which children usually work, is agriculture. [1]

In Poland, the work of children in a family farm is socially acceptable. Although the share of children in these classes can undoubtedly have a positive impact on their health work in the countryside it is often associated with numerous dangerous to life and limb injuries.

There are a number of institutions that carry out activities aimed at minimizing health risks among the villagers. These measures consist, inter alia, implementation of health programs based on education. These initiatives, though correct, however, intensify the need to embrace its reach as the largest group of rural population, especially children and adolescents.

Wprowadzenie

Rozkwit społeczny i gospodarczy państw zależy w dużym stopniu od stanu zdrowia obywateli. Aby osiągnąć dobry stan zdrowia ludności, należy przede wszystkim zadbać o prawidłowy rozwój dzieci ponieważ to one stanowią inwestycję w przyszłe społeczeństwo.[2]

Wiadomo, iż nadal duża liczba dzieci narażona jest na uszczerbek na zdrowiu w wyniku angażowania ich do prac niebezpiecznych lub przekraczających ich możliwości. W 2012 roku 168 mln dzieci na świecie wykonywało pracę, a 85 mln dzieci angażowanych było do prac niebezpiecznych. Gałęzią działalności gospodarczej, w której najczęściej pracują dzieci, jest rolnictwo. [1]

W Polsce praca dzieci w rodzinnym gospodarstwie rolnym jest społecznie akceptowalna. Pomimo, iż udział dzieci w tych zajęciach niewątpliwie może mieć pozytywny wpływ na ich zdrowie praca na wsi często wiąże się z licznymi groźnymi dla zdrowia i życia urazami.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza stanu zdrowia mieszkańców wsi w kontekście wykonywania prac w gospodarstwie rolnym, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, poprzez analizę zagrożeń z tym związanych oraz analizę danych epidemiologicznych

Opis stanu wiedzy

Stan zdrowia ludności wiejskiej

Znajomość aktualnego stanu zdrowia społeczeństwa pozwala na odpowiednie zaplanowanie i prowadzenie polityki zdrowotnej. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie wychodząc naprzeciw tym potrzebom przeprowadził kompleksowe badanie stanu zdrowia mieszkańców wsi. Badanie przeprowadzone pod kierunkiem Skrętowicz obejmowało somatyczny, społeczny i psychologiczny aspekt zdrowia, samoocenę zdrowia mieszkańców wsi oraz problem niepełnosprawności. Z badania tego wynika, że w strukturze chorób osób zamieszkujących tereny wiejskie dominujący udział miały: choroby układu krążenia (ChUK), układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego i przemiany materii oraz układu trawiennego. Wśród najczęstszych przyczyn niepełnosprawności ludność wiejska wskazywała: chorobę, urazy oraz wady wrodzone. Ponad połowa (55%) badanej populacji oceniła swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry. [3]

W większości wyniki przeprowadzonego badania potwierdza raport Państwowego Zakładu Higieny (PZH) o sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowaniach.

Główne przyczyny hospitalizacji

Z raportu PZH wynika, że najczęstszymi przyczynami hospitalizacji Polaków były choroby układu krążenia, urazy i zatrucia, nowotwory, choroby układu moczowo-płciowego, trawiennego i oddechowego. Mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety leczeni byli z powodu: zawału serca, miażdżycy, choroby niedokrwiennej serca, choroby wątroby, odmrożeń, oparzeń i urazów. Z kolei kobiety częściej niż mężczyźni trafiały do szpitala z powodu: nadciśnienia, chorób układu moczowo-płciowego i zaburzeń hormonalnych. Okazuje się, że mieszkańcy miast, zarówno mężczyźni, jak i kobiety byli poddawani leczeniu szpitalnemu częściej niż ludność wiejska (odpowiednio o 7% i 5% częściej). Wśród chorób, z powodu których częściej leczeni byli mieszkańcy wsi, dominowały: choroby układu krążenia, w tym choroba nadciśnieniowa, zespół sercowo-płucny, choroby naczyń mózgowych, zapalenie płuc, odmrożenia, oparzenia i niewydolność nerek. Mieszkanek wsi częściej niż kobiety z miast trafiały do szpitala w związku z porodem.[4]

Główne przyczyny zgonów

Głównymi przyczynami zgonów Polaków w 2010 roku były choroby układu krążenia, nowotwory, przyczyny zewnętrzne, choroby układu oddechowego i trawiennego oraz objawy i stany niedokładnie określone. Dla osób młodych największym zagrożeniem były zewnętrzne przyczyny zgonu. Po 45 roku życia zwiększa się ryzyko śmierci z powodu ChUK oraz nowotworów złośliwych.

Pomimo zmniejszenia się umieralności z powodu chorób układu krążenia, choroby te nadal stanowią największe zagrożenie życia obywateli Polski. W 2010 roku ChUK były przyczyną śmierci 174 003 osób. Po usunięciu różnic wynikających z niejednorodnej struktury wieku okazuje się, że choroby te znacznie częściej powodują zgon wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Dominujący udział wśród ChUK mają: choroba wieńcowa, w tym zawał, choroba naczyń mózgowych, zespół sercowo-płucny i inne choroby serca oraz miażdżycy. Choroby układu krążenia są częstszą przyczyną śmierci wśród mieszkańców wsi niż miast. Standaryzowany współczynnik zgonów dla ludności wiejskiej w 2010 roku wynosił 372,4/100 tys. ludności, podczas gdy dla mieszkańców miast ten sam wskaźnik był o 58 niższy.

Drugą najczęstszą przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe. Pięć lat temu na raka zmarło 92 610 Polaków. W tej grupie chorób współczynnik zgonów mężczyzn był również zdecydowanie wyższy niż współczynnik kobiet. Najwięcej osób zmarło w wyniku: raka tchawicy, oskrzela i płuca, raka jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu, raka żołądka, sutka, szyjki macicy i gruczołu krokowego. Mężczyźni zamieszkujący tereny wiejskie byli bardziej narażeni na śmierć z powodu choroby nowotworowej niż mężczyźni z miast, ale w wyniku różnic w strukturze wieku współczynnik rzeczywisty zgonów był wyższy dla mieszkańców miast. Jedynie współczynnik umieralności z powodu raka jelita grubego wśród mężczyzn był wyższy w miastach, niż na wsi. Natomiast wśród kobiet zamieszkujących wsie poziom umieralności był niższy niż dla mieszkanek miast.

Zgony z powodu przyczyn niedokładnie określonych stanowiły trzecią najczęstszą grupę przyczyn zgonów w Polsce. Pięć lat temu były one przyczyną śmierci 24 496 osób. Większa liczba zarejestrowanych zgonów dotyczyła mężczyzn. Nie stwierdzono istotnej różnicy w umieralności mieszkańców wsi i miast z powodu przyczyn niedokładnie określonych.

Przyczyną śmierci 23 626 osób w 2010 roku były przyczyny zewnętrzne. Śmierć w ich wyniku częściej ponosili mężczyźni niż kobiety. Najczęstszymi zewnętrznymi przyczynami zgonów były: wypadki drogowe, samobójstwa i upadki. Ryzyko zgonu z powodu przyczyn zewnętrznych było większe dla mieszkańców wsi, niż dla ludności miejskiej. Umieralność mężczyzn z terenów wiejskich z ich powodu była zdecydowanie większa niż umieralność mężczyzn z miast. Nieco lepsza sytuacja dotyczyła kobiet zamieszkujących wsie. Ich umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych była nieznacznie niższa niż umieralność kobiet w miastach. Mimo to, niezależnie od płci, mieszkańcy wsi częściej niż populacja miejska ponosili śmierć w wyniku wypadków drogowych i samobójstw.

Kolejną najczęstszą przyczyną zgonów Polaków były choroby układu oddechowego. W 2010 roku zarejestrowano 19 333 zgonów z ich powodu. Na choroby te częściej umierali mężczyźni. Natężenie zgonów wśród mężczyzn z powodu chorób układu oddechowego było prawie trzykrotnie większe niż wśród kobiet. Dominujący udział w chorobach układu oddechowego miały: zapalenie płuc oraz przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych. Zgony z ich powodu rejestrowano częściej wśród mężczyzn zamieszkujących tereny wiejskie niż wśród mieszkańców miast. W przypadku kobiet umieralność mieszkanki wsi była niższa niż umieralność kobiet w miastach. Mężczyźni na wsi, znacznie częściej niż mężczyźni w miastach umierali na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych.

Istotne znaczenie w strukturze zgonów w Polsce miały również zgony z powodu chorób układu trawiennego. Choroby te w 2010 roku były odpowiedzialne za 16 235 zgonów. Z powodu chorób układu trawiennego częściej umierali mężczyźni niż kobiety. Prawie 40% wszystkich zgonów z powodu tych chorób stanowiły zgony w wyniku przewlekłych chorób wątroby, głównie marskości i alkoholowej choroby wątroby. Zgony z powodu chorób układu trawiennego znacznie częściej występowały w populacji miejskiej.[5]

Zdrowie psychiczne

Liczba osób leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w 2010 roku wynosiła 1396 tys. Najczęściej diagnozowanymi problemami psychicznymi były: nerwice związane ze stresem i nerwice somatoformiczne, afektywne zaburzenia nastroju, organiczne zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia wynikające z używania alkoholu. Z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej ogółem częściej korzystały kobiety niż mężczyźni. Pacjentami zakładów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej zdecydowanie częściej byli mieszkańcy miast niż wsi. W zakładach całodobowej opieki psychiatrycznej w 2009 roku leczyło się 209 tys. osób. Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji były: zaburzenia alkoholowe, schizofrenia oraz zaburzenia organiczne. W zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej zdecydowanie częściej leczenia byli mężczyźni. Większość pacjentów stanowili mieszkańcy miast. Niewielka przewaga mieszkańców wsi występowała jedynie w hospitalizacji z powodu upośledzenia umysłowego.[6]

Zapadalność na choroby zakaźne i pasożytnicze

Zapadalność na większość chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce wykazuje tendencje spadkowe. Zgony z powodu tych chorób stanowiły niespełna 1% wszystkich zgonów. Obecną sytuację epidemiologiczną takich jednostek chorobowych jak polio, błonica, tężec, odra czy krztusiec uwarunkowały obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci. Dzięki szczepieniom udało się eradykować z Polski *poliomyelitis* wywołane dzikim wirusem polio. Liczba przypadków tężca nie przekroczyła 30 od 1998 roku. Grupą szczególnie narażoną na zachorowanie na tężec byli rolnicy. Prawie wszystkie zarejestrowane przypadki tej choroby dotyczyły mieszkanki wsi. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) w Polsce w ciągu ostatnich dziesięciu lat osiągnie poziom zbliżony do przeciętnej zapadalności

w państwach Unii Europejskiej (UE). Nadal stwierdza się jednak wyższy współczynnik zapadalności wśród mężczyzn i w miastach. Najniższą skutecznością charakteryzowały się w Polsce szczepienia przeciwko gruźlicy. Zapadalność na gruźlicę w Polsce była wyższa o 50% niż w krajach UE. Rok 2010 był rokiem, w którym zachorowalność na tę chorobę na wsi była nieznacznie mniejsza niż w mieście (odpowiednio 19,4 i 19,8).

W przypadku zakażeń wirusem HIV większość nowych zakażeń wykryto wśród mieszkańców miast. Obserwuje się jednak równoczesny wzrost liczby zakażeń zarówno w mieście, jak i na wsi.[7]

Choroby zawodowe wśród rolników

Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników definiuje rolniczą chorobę zawodową jako chorobę, która powstała w związku z pracą w gospodarstwie rolnym, jeżeli choroba ta jest objęta wykazem chorób zawodowych określonych w przepisach wydanych na podstawie Kodeksu pracy.[8]

Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo są obszarami gospodarki, wśród których w 2013 roku zarejestrowano jedną z najwyższych liczb przypadków chorób zawodowych.[9] Lepsze metody rozpoznawania chorób zawodowych oraz większa świadomość poszkodowanych i świadczeniodawców na temat możliwości otrzymania odszkodowania z powodu stwierdzonej choroby zawodowej u rolnika sprawia, że liczba przyznawanych odszkodowań z roku na rok rośnie. W 2012 roku KRUS wypłacił 198 jednorazowych odszkodowań z powodu strat na zdrowiu wskutek choroby zawodowej, w tym w jednym przypadku z powodu zgonu. Wśród stwierdzonych chorób zawodowych rolników, z tytułu których przyznano odszkodowania, dominowały: choroby zakaźne (głównie borelioza i kleszczowe zapalenie opon mózgowych (KZM)), choroby układu oddechowego, przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego oraz układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy.

Tabela 1. Jednostki lub grupy chorobowe, z tytułu których przyznano jednorazowe odszkodowania w latach 2008-2012

Lp.	Jednostka lub grupa chorobowa	2008	2009	2010	2011	2012
1	Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	1	0	0	0	0
2	Astma oskrzelowa	15	12	11	7	3
3	Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	0	0	0	1	0
4	Zewnątrzpochodne zapalenie pęcherzyków płucnych	8	5	8	4	12
5	Alergiczny nieżyt nosa	5	2	6	0	3
6	Choroby skóry	11	5	6	8	3
7	Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy	1	0	0	1	4
8	Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy	1	2	2	4	5
9	Nowotwór złośliwy	0	0	0	1	0
10	Przedziurawienie przegrody nosowej substancją żrącą	0	0	0	0	1
11	Obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego	0	2	1	0	1
12	Choroby zakaźne w tym :	88	146	134	159	166
	a) borelioza	80	132	125	146	155
	b) bruceloza	0	1	0	0	0
	c) kleszczowe zapalenie opon mózgowych	6	9	7	12	11
	d) promienica jamy ustnej	0	0	0	0	0
	e) bąblowica wątroby	1	2	0	0	0
	f) aspergiloza	0	1	0	0	0
	g) toksoplazmoza oczna	0	1	0	0	0
	h) różycyca	1	0	0	0	0
	i) toksokaroza	0	0	2	1	0
Ogółem:		130	174	170	183	198

Źródło: <http://www.krus.gov.pl> (data dostępu: 21.11.2014 r.)

Na przestrzeni lat 2008-2012 zwiększyła się liczba zachorowań na choroby zakaźne, choroby układu oddechowego oraz przewlekłe choroby układu ruchu. Tak duży udział chorób zakaźnych w chorobach zawodowych rolników spowodowany jest występowaniem na pewnych terenach bardzo licznych populacji kleszczy, które są wektorem dla zarazków boreliozy i KZM. Najliczniejszą grupą osób, u których stwierdzono szkody na zdrowiu z powodu chorób zawodowych były osoby w wieku 40-49 i 50-59 lat. W ponad 3/4 przypadków stwierdzono niewielki uszczerbek na zdrowiu (do 10%), trzy osoby zostały uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji. Najwięcej odszkodowań z tytułu chorób

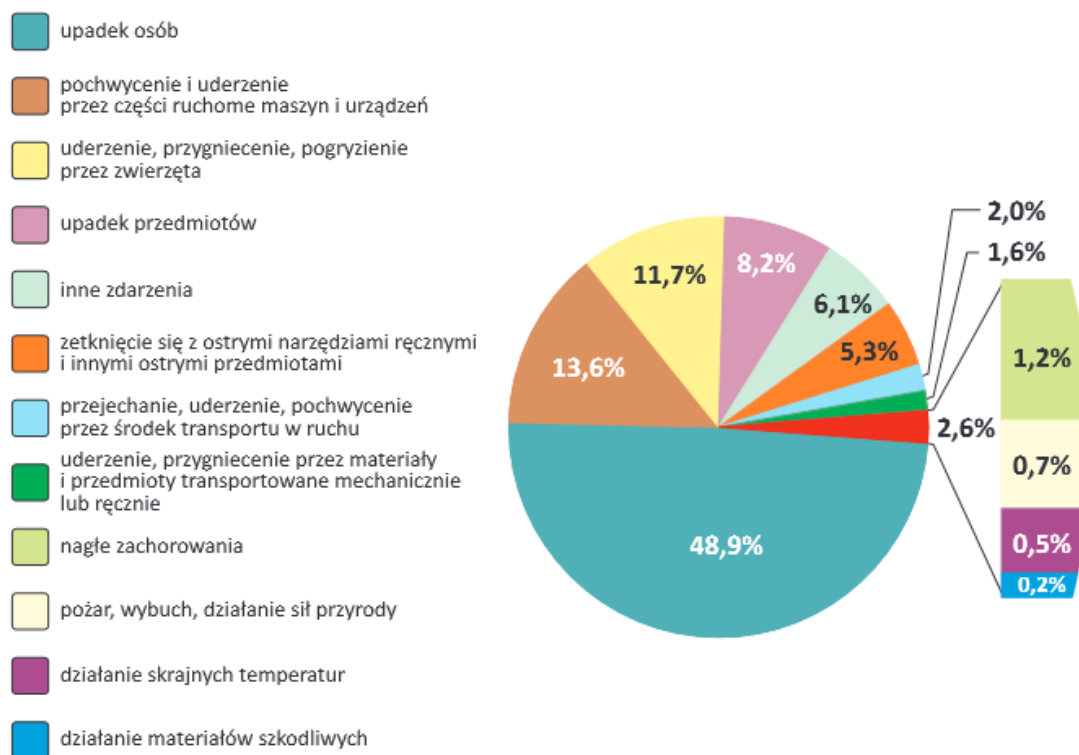
zawodowych rolników w przeliczeniu na 1000 ubezpieczonych przyznano w województwach: podlaskim, warmińsko-mazurskim i dolnośląskim.[10]

Wypadki w rolnictwie

Za wypadek przy pracy rolniczej ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników uważa nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności:

- 1) na terenie gospodarstwa rolnego, które ubezpieczony prowadzi lub w którym stale pracuje, albo na terenie gospodarstwa domowego bezpośrednio związanego z tym gospodarstwem rolnym, lub
- 2) w drodze ubezpieczonego z mieszkania do gospodarstwa rolnego, albo w drodze powrotnej, lub
- 3) podczas wykonywania poza terenem gospodarstwa rolnego zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo w związku z wykonywaniem tych czynności, lub
- 4) w drodze do miejsca wykonywania tych czynności, albo w drodze powrotnej.[8]

W latach 2008-2012 liczba wypadków zgłaszanych do KRUS systematycznie spadała. Wskaźnik wypadkowości w rolnictwie indywidualnym w 2012 roku wynosił 11 i był niższy od wskaźnika dla osób pracujących w rolnictwie, leśnictwie, rybołówstwie i łowiectwie. Największą liczbę wypadków zgłoszono w województwach: mazowieckim, lubelskim i wielkopolskim. Najczęściej dochodziło do nich w małych gospodarstwach rolnych (1-10 ha) o mieszanym charakterze produkcji. W większości ofiarami wypadków byli mężczyźni. Najliczniejszą grupą pokrzywdzonych były osoby w wieku 30-59 lat. W 88% przypadków uszczerbek na zdrowiu z powodu wypadków przy pracy rolniczej nie przekroczył 10%. Największą liczbę urazów zarejestrowano w obrębie kończyn górnych i dolnych oraz w obrębie głowy i twarzy. W strukturze wypadków w rolnictwie od lat dominujący udział mają trzy kategorie wypadków. Prawie 50% wypadków w 2012 roku związanych było z upadkiem osób. Kolejnymi grupami wypadkowymi były: pochwycenie i uderzenie przez ruchome części maszyn oraz uderzenie, przygniecenie i pogryzienie przez zwierzęta.



Wykres 1. Struktura wypadków w 2012 roku, według grup wypadkowych
 Źródło: <http://www.krus.gov.pl> (data dostępu: 21.11.2014 r.)

Wskutek zaistniałych wypadków 92 osoby poniosły śmierć. Najwięcej osób zginęło w wyniku przejechania, pochwycenia lub uderzenia przez środek transportu w ruchu. W tej grupie najczęściej ofiar śmiertelnych pochłonęły wypadki podczas pracy traktorami na terenach pagórkowatych. Za główną przyczynę tych zdarzeń wskazuje się: nieumiejętne kierowanie pojazdem oraz użytkowanie maszyn w złym stanie technicznym. Większość wypadków komunikacyjnych z udziałem samochodów osobowych zaobserwowano w drodze po zakup części zamiennych do maszyn oraz do banków i urzędów. Drugą najczęstszą przyczyną wypadków śmiertelnych były nagłe zachorowania. Do nagłego zatrzymania akcji serca dochodziło podczas obsługi zwierząt oraz takich prac jak koszenie kosą, zbieranie buraków czy przycinanie krzewów. Trzecią grupą wypadków śmiertelnych był upadek osób. W większości były to upadki z wysokości. Pozostałą część stanowiły upadki osób na schodach, w budynkach gospodarskich i na podwórku. Wypadki te spowodowane były w większości: złym stanem nawierzchni podwórzy, nieładem panującym w obejściu i w pomieszczeniach gospodarczych, niewłaściwym sposobem schodzenia i wchodzenia na maszyny, brakiem lub noszeniem niestosownego obuwia roboczego, korzystaniem ze źle skonstruowanych drabin, brakiem balustrad przy schodach, progami w otworach drzwiowych oraz brakiem prawidłowego zabezpieczenia kanałów gnojowych.[10]

Stan zdrowia dzieci i młodzieży wiejskiej

Umieralność niemowląt w Polsce od wielu lat ulega zmniejszeniu. W 2010 roku współczynnik ten wynosił 5/1000 żywych urodzeń. Ponad połowa niemowląt zmarła w wyniku chorób rozpoczynających się w okresie okołoporodowym, tj. w wyniku zaburzeń związanych ze skróconym okresem ciąży i małą masą urodzeniową oraz zaburzeń oddechowych i sercowo-naczyniowych. 34% zgonów nastąpiło w wyniku wrodzonych wad

rozwojowych, głównie wad układu krążenia, bezmózgowia, rozszczepu kręgosłupa i innych wad układu nerwowego. Umieralność okołoporodowa na wsi była nieco wyższa niż w mieście. W przypadku dzieci i młodzieży w wieku 1-24 lata liczba zarejestrowanych zgonów spadła. Największy spadek obserwuje się wśród mężczyzn w wieku 20-24 lata i chłopców w wieku 1-4 lata, którzy zamieszkują tereny wiejskie. W strukturze zgonów osób w wieku 1-24 lata dominujący udział miały: przyczyny zewnętrzne (m.in. wypadki komunikacyjne i samobójstwa), oraz choroby nowotworowe.

Jak wynika z raportu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dzieci i młodzież zamieszkujące tereny wiejskie, lepiej niż ich rówieśnicy z miast, oceniają swój stan zdrowia. 93,2% rodziców lub opiekunów prawnych dzieci w wieku do 14 lat oraz 91,8% osób w wieku 15-29 lat zamieszkujących tereny wiejskie określiło swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. Obniżoną samoocenę stanu zdrowia zaobserwowano wśród dzieci, które miały ograniczoną możliwość wykonywania czynności, cierpiały na choroby przewlekłe, wady rozwojowe lub wrodzone.

Na przestrzeni lat 2004-2009 zaobserwowano zmniejszenie się odsetka dzieci w wieku poniżej 15 lat, które zmagają się z przewlekłymi problemami zdrowotnymi. Odwrotna sytuacja ma miejsce wśród młodzieży w wieku 15-29 lat. W tej grupie odsetek osób dotkniętych długotrwałymi problemami zdrowotnymi wzrósł. Niezależnie od wieku długotrwałe problemy zdrowotne występowały częściej wśród osób pochodzących z miasta. Mniejsze nasilenie występowania długotrwałych problemów zdrowotnych wśród populacji wiejskiej może wynikać z gorszego dostępu do metod diagnostycznych i profilaktyki na wsi. To z kolei może być przyczyną mniejszej świadomości własnych dolegliwości wśród dzieci i młodzieży wiejskiej. [11] Najpowszechniejszymi chorobami przewlekłymi wśród najmłodszych mieszkańców Polski (dzieci w wieku 0-14 lat) były: alergie, choroby oka, astma, bóle kręgosłupa oraz bóle głowy. Alergię częściej stwierdzano w grupie dzieci miejskich. Liczba dzieci chorujących na astmę i choroby oka była podobna na wsi i w mieście. Natomiast bóle kręgosłupa obserwowano zdecydowanie częściej wśród dzieci wiejskich. Wśród młodzieży najczęstszymi chorobami przewlekłymi były: alergie, astma, ból pleców oraz bóle głowy. Mieszkańcy wsi w wieku 15-29 lat rzadziej zgłaszali choroby przewlekłe ze wszystkich wymienionych kategorii niż mieszkańcy miast.

Istotnym wymiarem stanu zdrowia dzieci i młodzieży wiejskiej jest niepełnosprawność. W 2009 roku ponad 3% dzieci w wieku do 0-14 lat było niepełnosprawnych. Wśród nich większość stanowiły dzieci z miast. Ponad 60% niepełnosprawnych dzieci poniżej 15 roku życia dotkniętych było poważnymi kłopotami i trudnościami zdrowotnymi. Były to głównie: kłopoty w mówieniu, poruszaniu się oraz kłopoty ze wzrokiem i słuchem. Dzieci na wsi miały większy problem z mówieniem i poruszaniem się na skutek niepełnosprawności niż dzieci w miastach. W starszej grupie wiekowej (osoby w wieku 15-29 lat) odsetek osób niepełnosprawnych na wsi i w mieście był do siebie bardzo zbliżony.

W 2009 wypadkom uległo ponad 4% dzieci w wieku do 14 lat. Największa liczba wypadków wśród dzieci miała miejsce w domu i w czasie wolnym. Kolejnymi miejscami, w których dochodziło do wypadków były żłobki, przedszkola i szkoły. Najmniej dzieci uległo wypadkom komunikacyjnym. Na wsi zaobserwowano mniejszą liczbę wypadków z udziałem dzieci i młodzieży niż w mieście. Kategoriami wypadków, do których dochodziło częściej na terenach wiejskich niż w miastach, były wypadki komunikacyjne.

Jedną z najczęstszych przyczyn zgonów młodzieży były samobójstwa. W 2008 roku 692 osób w wieku 10-24 lata odebrało sobie życie. Okazuje się, że współczynnik zgonów z

powodu samobójstw w populacji dzieci i młodzieży wiejskiej był wyższy niż dla ich rówieśników z miast.

Na przykładzie lat 2004-2008 można zauważyć, że problem chorób psychicznych dotyka coraz większą liczbę dzieci i młodzieży. Najczęstszą przyczyną podjęcia ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego dzieci były: zaburzenia zachowania i emocji oraz nerwice somatoformiczne i związane ze stresem. Nerwice somatoformiczne i związane ze stresem dotykały również największą liczbę osób w wieku 19-29 lat. Kolejnymi zaburzeniami psychicznymi młodzieży były: zaburzenia nastroju, zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu oraz schizofrenia. Z kolei najpowszechniejszymi przyczynami hospitalizacji psychiatrycznych dzieci i młodzieży były: zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia spowodowane nadużywaniem substancji psychoaktywnych lub alkoholu i schizofrenia.

W 2008 roku na nowotwory złośliwe zmarło ponad 400 osób w wieku 0-24 lata, natomiast liczba nowych zachorowań wynosiła 1797. Najczęstszymi nowotworami dzieci były: białaczki limfatyczne, rak nerki, mózgu, oka i choroba Hodgina. Nastolatkom w wieku 15-19 lat najczęściej zmagali się z nowotworem jądra, tarczycy, mózgu i chorobą Hodgina. Osoby w wieku 20-24 lat najczęściej chorowały na: raka jąder, jajników, tarczycy, układu chłonnego i mózgu oraz czerniaka skóry.

Ostatnim aspektem stanu zdrowia dzieci i młodzieży są choroby zakaźne i zatrucia. Dzięki obowiązkowym szczepieniom ochronnym sytuacja epidemiologiczna tych chorób w Polsce jest stabilna. Liczba przypadków zachorowań na różyczkę w 2008 roku zmniejszyła się prawie o połowę w porównaniu z rokiem 2006/2007. Jeszcze większy spadek widać w liczbie zachorowań na świnkę. W 2008-2009 roku stwierdzono 70 przypadków świnki, podczas gdy cztery lata wcześniej wartość ta wynosiła 3110,5. Pogorszeniu uległa jednak sytuacja epidemiologiczna odry. W 2008 roku liczba zarejestrowanych przypadków odry wynosiła 48, natomiast w 2009 liczba ta wzrosła do 67. W populacji dzieci duże znaczenie mają choroby przenoszone drogą pokarmową. Dzięki poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności oraz lepszym warunkom sanitarnym w Polsce liczba zgłaszanych ognisk zatruc pokarmowych oraz bakteryjnych zatruc pokarmowych (salmonelloza, czerwotka bakteryjna, zatrucie jadem kielbasianym) maleje. Wzrasta natomiast liczba biegunek u dzieci do lat 2. W porównaniu do roku 2000 liczba ta wzrosła o prawie 80%. Pomimo najwyższego stopnia zaszczepienia dzieci dla wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B), obserwuje się wzrost zapadalności na WZW B wśród młodzieży (15-24 lata). Równocześnie liczba nowych przypadków choroby wśród dzieci uległa zmniejszeniu. Natomiast zapadalność na krztusiec wykazywała w latach 2007-2009 tendencje rosnące. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw zakażeniom spowodowanym bakterią *Haemophilus Influenzae* typu B (Hib) sprawiło, że liczba zachorowań na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wśród dzieci w wieku 0-4 lata zmniejszyła się. W przypadku nowo wykrytych zakażeń HIV, ich liczba w porównaniu z rokiem 2000 spadła o ponad 1/3. Osoby w wieku 20-29 lat stanowiły prawie 32% ogółu zakażonych, dzieci w wieku 0-14 lat- 1,3%, a młodzież w wieku 15-19 lat- 2,3% wszystkich zakażonych wirusem HIV. Największy udział w liczbie zachorowań na AIDS miała starsza młodzież w wieku 20-29 lat.[12]

Instytucje, które kierują swoje działania z zakresu promocji zdrowia do rolników, to m.in.: Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Instytut Medycyny Wsi (IMW), Państwowa Inspekcja Pracy (PIP) oraz nieliczne uczelnie wyższe. Placówki te pełnią główną rolę w propagowaniu zasad bhp w rolnictwie oraz wypełnianiu zadań, których celem jest ochrona zdrowia populacji wiejskiej.[13]

Aktem prawnym, który nakłada na KRUS obowiązek prowadzenia działalności prewencyjnej, jest *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników* z 20 grudnia 1990 roku. Do działań tych zaliczyć można:

- 1) analizowanie przyczyn wypadków i chorób;
- 2) prowadzenie dobrowolnych nieodpłatnych szkoleń i instruktażu dla ubezpieczonych w zakresie zasad ochrony życia i zdrowia w gospodarstwie rolnym oraz postępowania w razie wypadku przy pracy rolniczej;
- 3) upowszechnianie wśród ubezpieczonych wiedzy o zagrożeniach wypadkami przy pracy rolniczej i rolniczymi chorobami zawodowymi, a także znajomości zasad ochrony życia i zdrowia w gospodarstwie rolnym oraz zasad postępowania w razie wypadku;
- 4) podejmowanie starań o właściwą produkcję i dystrybucję bezpiecznych środków stosowanych w rolnictwie oraz sprzętu i odzieży ochronnej dla rolników.[8]

Oprócz tego KRUS organizuje liczne pokazy, konkursy, quizy oraz olimpiady. Jednym z głównych przedsięwzięć, które KRUS realizuje przy współpracy z Państwową Inspekcją Pracy, Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi oraz Agencją Nieruchomości Rolnych, jest organizacja Ogólnopolskiego Konkursu na Bezpieczne Gospodarstwo Rolne. Również nadawanie maszynom i urządzeniom o wysokim poziomie bezpieczeństwa „Znaku Bezpieczeństwa KRUS” oraz wyróżnienia targowego „Dobrosław” leży w kompetencji Kasy.

Kolejną organizacją, której działalność ma na celu ochronę zdrowia społeczności wiejskiej, jest Instytut Medycyny Wsi w Lublinie. Do inicjatyw podjętych przez IMW można zaliczyć:

- 1) przygotowanie „Programu ochrony zdrowia i życia rolników”;
- 2) opracowanie wykazu „Szczególnie niebezpiecznych prac i czynności, których nie należy powierzać dzieciom do lat 15 w gospodarstwach rolnych” oraz „Systemu popularyzacji wiedzy z zakresu bezpieczeństwa pracy i ergonomii obejmującego rolników indywidualnych i ich rodziny”;
- 3) tworzenie materiałów edukacyjnych z zakresu bhp;
- 4) prowadzenie świetlic środowiskowych w ramach Programu pt. „Ograniczenie wykluczenia społecznego oraz wyrównanie szans dzieci z terenów wiejskich i małych miast poprzez tworzenie sieci świetlic środowiskowych w wybranych gminach na terenach wschodnich Polski”.

Ponadto Instytut realizuje zadania z zakresu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i orzecznictwa.

Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 roku nałożyła na Państwową Inspekcję Pracy obowiązek podejmowania działań skierowanych na ochronę pracy w rolnictwie. Wśród nich wymienić można:

- 1) wydawanie publikacji oraz propagowanie wiedzy z zakresu bhp w rolnictwie;
- 2) wizytowanie gospodarstw rolnych i uświadamianie rolników w obszarze poprawy warunków pracy.

Duże zasługi dla poprawy bezpieczeństwa na wsi mają również niektóre uczelnie wyższe m.in.: Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu oraz Uniwersytet Rolniczy w Krakowie. Ośrodki te m.in.: prowadzą badania nad technicznym podłożem wypadków w rolnictwie oraz realizują działania mające na celu poprawę warunków bhp w rolnictwie.[13]

Podsumowując, starania w celu poprawy zdrowia ludności wiejskiej oraz warunków życia i pracy w gospodarstwach rolnych podejmowane są przez liczne instytucje. Oprócz wyżej wymienionych można wskazać jeszcze Ośrodki Doradztwa Rolniczego, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Chrześcijańskich Organizacji Wiejskich oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Bezpieczeństwa Socjalnego (ang. *International Social Security Association-ISSA*). Wciąż wysoki wskaźnik wypadkowości w rolnictwie oraz liczba zgłaszanych chorób zawodowych rolników wskazują na potrzebę nasilenia i rozszerzenia działań z zakresu promocji zdrowia na terenach wiejskich.

Podsumowanie

Reasumując, stan zdrowia mieszkańców wsi w wielu aspektach różni się od stanu zdrowia mieszkańców miast. Może być to spowodowane mniejszym poczuciem koherencji wśród populacji wiejskiej lub gorszym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki. Szczególną uwagę podczas kreowania polityki zdrowotnej należy zwrócić na najmłodszych mieszkańców Polski, zwłaszcza na dzieci i młodzież z terenów wiejskich. Dbłość o dobry stan zdrowia oraz prawidłowy styl życia dzieci stanowi podstawę budowania potencjału zdrowotnego społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. <http://www.ilo.org> (data dostępu 15. 04. 2015 r.)
2. B. Woynarowska, A. Oblacińska, *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, „Studia BAS” 2014, nr 2(38), s. 41-64
3. B. Skrętowicz, *Zdrowie mieszkańców polskiej wsi*, IMW, Lublin 1994, s. 125, 283, 309
4. P. Goryński, B. Wojtyniak, W. Seroka, M. Wysocki, *Chorobowość hospitalizowana*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, Warszawa 2012, s. 128-129, 152
5. B. Wojtyniak, J. Stokwiszewski, P. Goryński, A. Poznańska, *Długość życia i umieralność ludności Polski*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna...*, dz. cyt., s. 55, 59, 66, 74-75, 83-84, 86, 91-92, 96
6. E. Mąka, B. Wojtyniak, B. Moskalewicz, *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna...*, dz. cyt., s. 173-180
7. M. P. Czarkowski, M. Rosińska, M. Sadkowska-Todys, *Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna...*, dz. cyt., s. 189, 197-199, 201, 203, 208-210
8. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1991 r., nr 7, poz. 24), art. 12
9. <http://www.imp.lodz.pl> (data dostępu: 21.11.2014 r.)
10. <http://www.krus.gov.pl> (data dostępu: 21.11.2014 r.)
11. www.rownacszanse.pl (data dostępu: 21.11.2014 r.)
12. <http://stat.gov.pl> (data dostępu: 28. 11. 2014 r.)
13. M. Florek, *Działania instytucjonalne w zakresie bhp i ochrony zdrowia rolników indywidualnych w Polsce z uwzględnieniem minimalnych wymagań unijnych wspólnej i wzajemnej zgodności (cross-compliance)*, [w:] M. Florek, L. Wdowiak (red.), *Źródła zagrożeń i profilaktyka zdrowotna w rolnictwie*, IMW, Lublin 2009, s. 9