

Zakład Ochrony Środowiska  
Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi UMCS

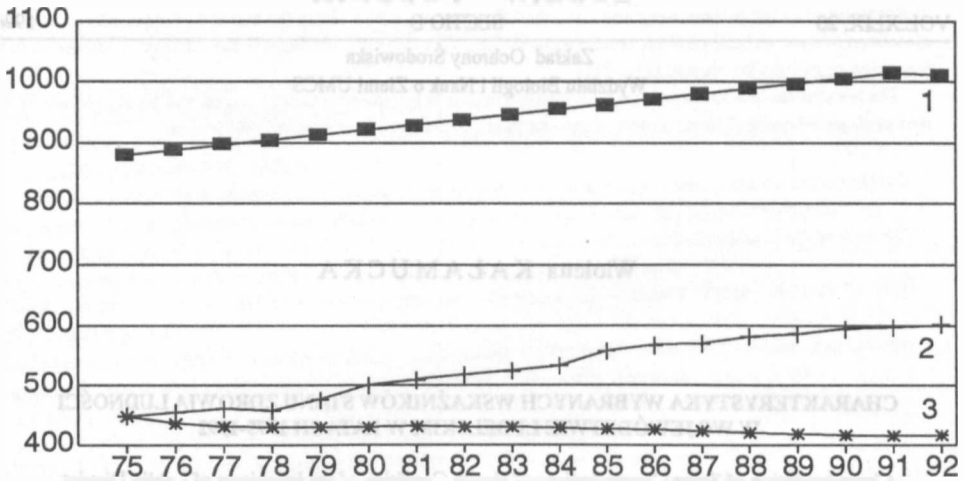
Wioletta KAŁAMUCKA

CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH WSKAŹNIKÓW STANU ZDROWIA LUDNOŚCI  
W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM W LATACH 1975-1992

Characterization of Some Chosen Indices of Health Condition of the Inhabitants of Lublin District  
in the Period 1975-1992

W obliczu postępu cywilizacji, a zarazem pogarszania się stanu środowiska i obniżania poziomu jakości życia zjawiskiem budzącym coraz większe zainteresowanie jest stan zdrowia ludności. Pojęcie „zdrowia”, podobnie jak wiele pojęć ogólnych, nie jest jednoznacznie zidentyfikowane w literaturze, chociaż każdy człowiek jest intuicyjnie przekonany, że potrafi określić stan swojego zdrowia, a zwłaszcza jego brak. Najczęściej używana jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia, w której zdrowie obejmuje trzy sfery życia. Według tej definicji jest to stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, nie tylko zaś brak choroby czy niedomagania. W sposób złożony charakteryzowane jest również przeciwieństwo zdrowia – choroba. Obejmuje ona również trzy postacie mające dość precyzyjne odpowiedniki w języku angielskim: *disease* – schorzenie, patologiczną zmianę struktury anatomicznej organizmu; *illness* – poczucie dyskomfortu, stan subiektywnego odczucia zakłóceń w organizmie, często bez zmian patologicznych; *sickness* – choroba często nie odczuwana przez człowieka, ale postrzegana przez środowisko w postaci nietypowych stanów czy zachowań człowieka (M. Skołoska 1986).

Ze złożoności i wieloznaczności obu pojęć wynikają duże trudności w pomiarze i ocenie zdrowia. Jest to szczególnie trudne w odniesieniu do większych grup ludności, chociaż sporadycznie dokonuje się prób oceny wszystkich jego aspektów (B. Skrećtowski 1992). Badania takie opierają się na subiektywnie dobieranych ankietach i przeprowadzane są na niewielkich grupach ludności. Do opisu zdrowia ludności, jako zjawiska występującego w przestrzeni i podlegającego czasowej zmienności, badania takie są niewystarczające. Nie są też możliwe do uzupełnienia bez pomocy medycyny, która jest w stanie określić podstawowy, somatyczny aspekt zdrowia.



Ryc. 1. Ludność w woj. lubelskim w latach 1975–1992 (w tys.); 1 – ogółem, 2 – miasta, 3 – wieś  
Population in the Lublin district (in thousands) in the years 1975–1992; 1 – total, 2 – cities, 3 – villages

Z faktów tych wynika potrzeba stosowania innych, pośrednich miar pozwalających na określenie stanu zdrowia. Większość lekarzy, socjologów i demografów uważa, że stan zdrowia ludności powinien być opisany przez zespół wskaźników pozytywnych i negatywnych. Pozytywnymi wskaźnikami są między innymi: korzystny stosunek wzrostu do wagi ciała, wiek wyrzynania się zębów, pojemność płuc, właściwe parametry krwi, przeciętne trwanie życia ludzkiego. Wskaźniki negatywne to: zachorowalność, chorobowość, śmiertelność, umieralność, współczynnik inwalidztwa, hospitalizacji (S. J a b ł o Ń s k i 1986).

Mimo niewątpliwych zalet większość wspomnianych miar pozytywnych ma ograniczone możliwości stosowania wynikające z trudności w zbieraniu informacji. Jeśli już te miary stosuje się, to przede wszystkim w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Największe praktyczne znaczenie mają mierniki negatywne.

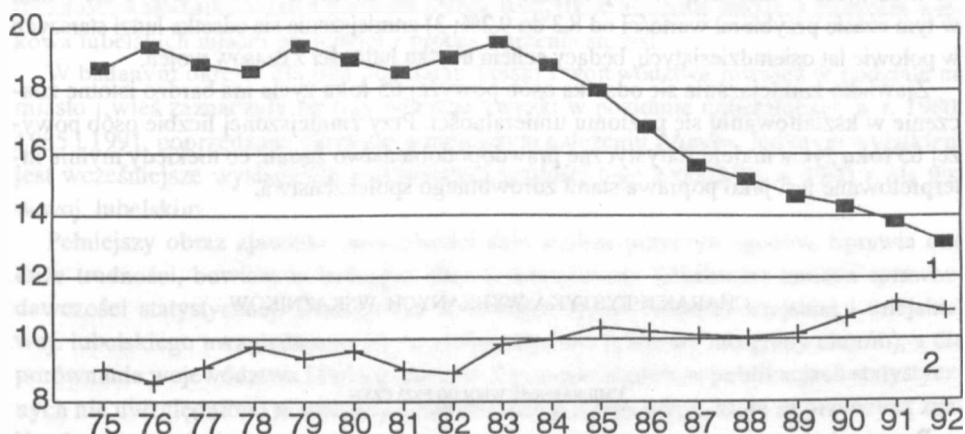
W pracy przedstawiono charakterystykę wybranych mierników używanych do określenia stanu zdrowotnego ludności: 1) przeciętne dalsze trwanie życia, 2) umieralność według przyczyn i 3) współczynnik zgonów niemowląt w woj. lubelskim w latach 1975–1992. O wyborze zdecydowały dwie przyczyny: mierniki te opierają się na zjawiskach podlegających obowiązkowi rejestrowania i dlatego są w miarę kompletne i porównywalne; uznawane są za jedne z najlepiej odzwierciedlających poziom życia i zagrożenia zdrowia, związanych z czynnikami środowiskowymi. Dla współczynników umieralności według przyczyn zgonów niemowląt dokonano podziału na miasto i wieś. W przypadku wskaźnika przeciętnego dalszego trwania życia podział taki nie był możliwy, ze względu na brak szczegółowych informacji.

## SYTUACJA DEMOGRAFICZNA WOJEWÓDZTWA W LATACH 1975-1992

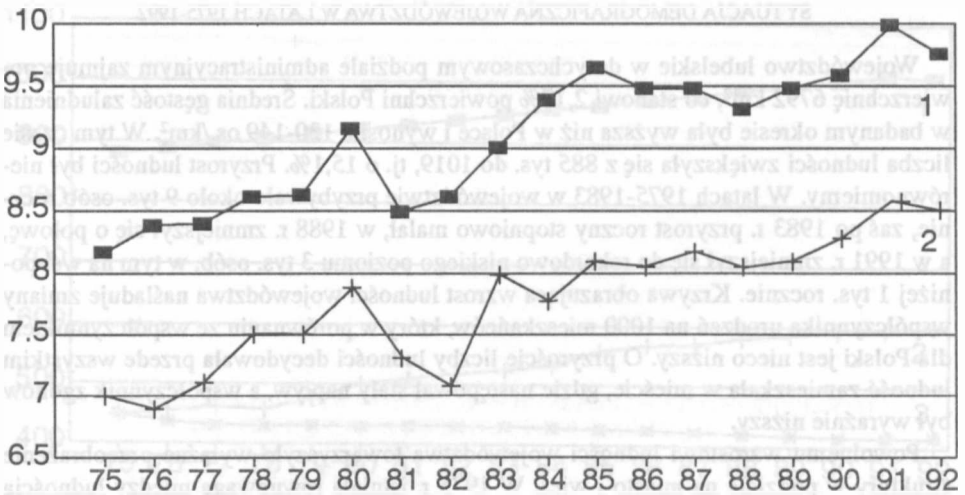
Województwo lubelskie w dotychczasowym podziale administracyjnym zajmuje powierzchnię 6792 km<sup>2</sup>, co stanowi 2,17% powierzchni Polski. Średnia gęstość zaludnienia w badanym okresie była wyższa niż w Polsce i wynosiła 130-149 os./km<sup>2</sup>. W tym czasie liczba ludności zwiększyła się z 885 tys. do 1019, tj. o 15,1%. Przyrost ludności był nierównomierny. W latach 1975-1983 w województwie przybywało około 9 tys. osób rocznie, zaś po 1983 r. przyrost roczny stopniowo malał, w 1988 r. zmniejszył się o połowę, a w 1991 r. zmniejszył się do rekordowo niskiego poziomu 3 tys. osób, w tym na wsi poniżej 1 tys. rocznie. Krzywa obrazująca wzrost ludności województwa naśladuje zmiany współczynnika urodzeń na 1000 mieszkańców, który w porównaniu ze współczynnikiem dla Polski jest nieco niższy. O przyroście liczby ludności decydowała przede wszystkim ludność zamieszkała w mieście, gdzie następował stały napływ, a współczynnik zgonów był wyraźnie niższy.

Powolnemu wzrostowi ludności województwa towarzyszyło wyraźne przeobrażenie struktury w podziale na miasto i wieś. W 1975 r. istniała równowaga między ludnością miejską i wiejską (ryc. 1). Udział ludności miejskiej wzrósł o ponad 35%, a w tym samym czasie odsetek ludności wiejskiej zmalał z 50,1% do 41%. Spadła również bezwzględna liczba ludności zamieszkującej wieś z 443 tys. do 417,8 tys. osób. Zmiany struktury ludności naśladują tendencje zachodzące w całej Polsce, ale są proporcjonalnie większe.

Zarówno w populacji wiejskiej, jak i miejskiej przeważały kobiety (51,5–51,7%). Zjawisko przewagi liczebnej kobiet nad mężczyznami bardzo wyraźnie zaznaczyło się w miastach, zwłaszcza w latach 1979-1980, gdy kobiety w miastach stanowiły 52,7% całej populacji. Odsetek kobiet na wsi był niższy i bardziej stabilny (50,5–50,8%). Różnice liczebności kobiet w miastach i na wsi dobitniej obrazują liczby bezwzględne. W 1975 r.



Ryc. 2. Współczynniki urodzeń i zgonów w woj. lubelskim (w promilach); 1 – urodzenia ogółem, 2 – zgony ogółem  
Birth and death coefficients in ‰ in the Lublin district; 1 – total births, 2 – total deaths



Ryc. 3. Współczynniki zgonów w miastach (na 10 000 mieszkańców); 1 – Polska, 2 – woj. lubelskie (dotyczy ryc. 3-8)  
 Death coefficients in cities (per 10 000 of inhabitants); 1 – Poland, 2 – the Lublin district (Fig 3-8)

w miastach mieszkało zaledwie 6 tys. kobiet więcej niż na wsi, a w 1991 r. różnica ta wynosiła ponad 95 tys.

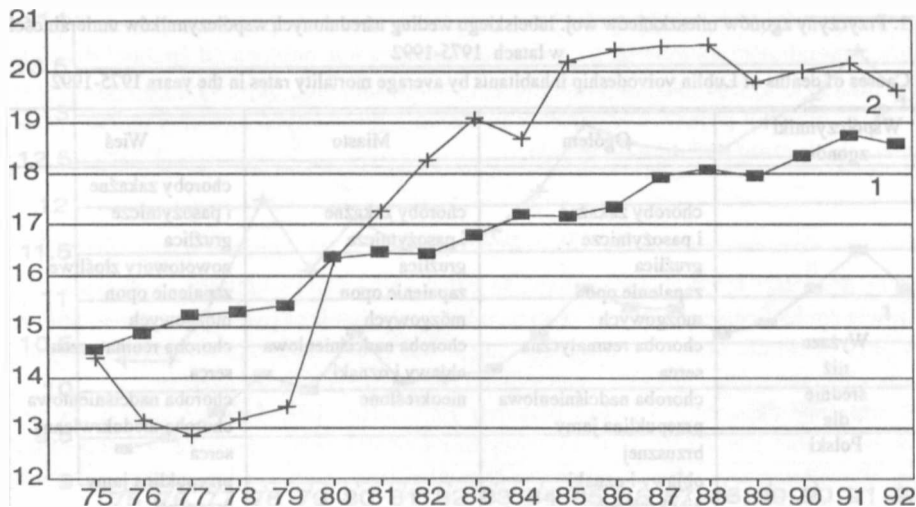
Odsetek ludności powyżej 65 roku życia obrazuje zjawisko starości demograficznej. W 1975 r. wynosił on 10,2% i był o 0,5% wyższy niż dla Polski, a w 1991 r. wzrósł do 10,9%, gdy w tym samym roku dla Polski wynosił on 10,3%. Charakterystycznymi cechami zmian w strukturze wiekowej województwa są: 1) wyraźnie wyższy niż w Polsce i stale zwiększający się odsetek ludzi starszych (powyżej 65 roku życia) wśród ludności wiejskiej (z 12,6% w 1975 r. do 15,1% w 1991 r.); 2) niższy niż w Polsce odsetek ludności powyżej 65 roku życia w miastach, w województwie wahał się on między 7,4 a 8,0%, a dla Polski w tym czasie przybierał wartości od 8,3 do 9,2%; 3) zmniejszenie się odsetka ludzi starszych w połowie lat osiemdziesiątych, będący echem ubytku ludności z czasów wojen.

Zjawisko zmniejszania się odsetka osób powyżej 65 roku życia ma bardzo istotne znaczenie w kształtowaniu się poziomu umieralności. Przy zmniejszonej liczbie osób powyżej 65 roku życia maleje statystyczne prawdopodobieństwo zgonu, co niekiedy mylnie interpretowane jest jako poprawa stanu zdrowotnego społeczeństwa.

## CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH WSKAŹNIKÓW

### UMIERALNOŚĆ WEDŁUG PRZYCZYN

Powszechnie stosowanym negatywnym miernikiem stanu zdrowia jest umieralność wyrażana współczynnikiem umieralności, będącym ilorazem liczby zgonów w danym okresie do liczebności badanej populacji. Posługiwanie się wskaźnikiem umieralności ogólnej ma charakter orientacyjny, zależy bowiem w dużym stopniu od poziomu urodzeń



Ryc. 4. Współczynniki zgonów na wsi (na 10 000 mieszkańców)  
Death coefficients in the country (per 10 000 of inhabitants)

i struktury wiekowej. W woj. lubelskim uśredniony współczynnik umieralności za lata 1975-1992 wyniósł 9,8‰ i był zaledwie o 0,1‰ wyższy niż dla Polski. Wartość ta nie charakteryzuje dobrze skali zjawiska, bowiem uśrednia wartości dla miasta i wsi, gdy tymczasem różnica między nimi jest bardzo duża. Średni współczynnik zgonów w woj. lubelskim w miastach wyniósł 7,8‰, a na wsi był ponad połowę wyższy – 12,1‰. W tym samym okresie odchylenia od średniej dla Polski były znacznie mniejsze (9,1‰ w miastach i 10,5‰ na wsi). Na uwagę zasługuje fakt, że w miastach woj. lubelskiego współczynnik ten jest wyraźnie niższy niż dla Polski, a na wsi wyższy (ryc. 3 i 4). O takiej rozbieżności wskaźników zadecydowała przede wszystkim znacznie młodsza struktura wiekowa lubelskich miast i postępujący proces starzenia się wsi.

W badanym okresie dla obu populacji: Polski i województwa również w podziale na miasto i wieś zaznaczyły się trzy wyraźne zwroty w poziomie umieralności: w r. 1980, 1985 i 1991, poprzedzane okresami o mniejszym natężeniu zgonów. Jedynym wyjątkiem jest wcześniejsze wystąpienie maksymalnej wartości tego wskaźnika w 1990 r. dla wsi w woj. lubelskim.

Pełniejszy obraz zjawiska umieralności daje analiza przyczyn zgonów. Sprawia ona duże trudności, bowiem w badanym okresie następowała kilkakrotna zmiana sprawozdawczości statystycznej. Dlatego też zestawiając zgony ludności wiejskiej i miejskiej woj. lubelskiego uwzględniono 32 przyczyny zgonów (choroby lub grupy chorób), a dla porównania województwa i Polski tylko 16. Z powodu błędów w publikacjach statystycznych nie uwzględniono miażdżycy i chorób naczyń mózgowych, które są przyczyną znacznego odsetka zgonów.

Porównując uśrednione współczynniki zgonów za lata 1975-1992 otrzymano wykaz chorób i grup chorób, które częściej lub rzadziej niż średnio w Polsce były przyczyną zgonów mieszkańców woj. lubelskiego (tab. 1).

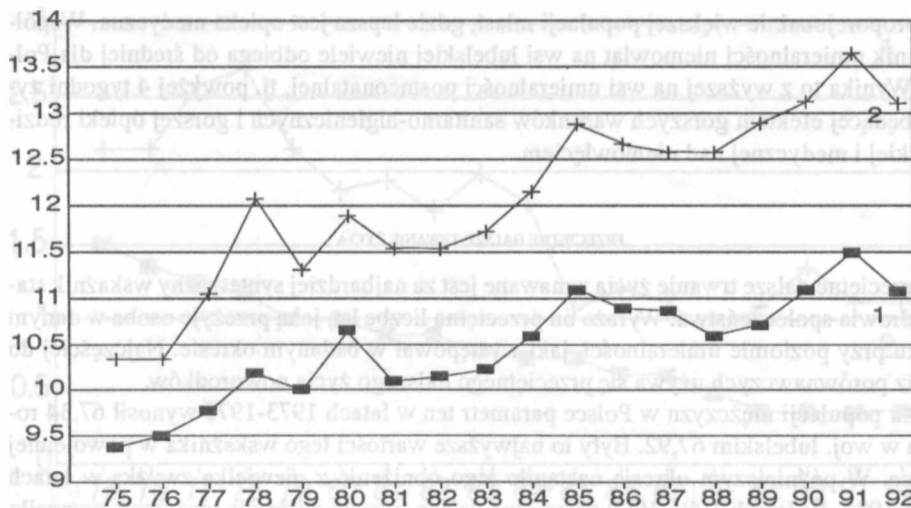
Tab. 1. Przyczyny zgonów mieszkańców woj. lubelskiego według uśrednionych współczynników umieralności w latach 1975-1992

Causes of deaths of Lublin voivodeship inhabitants by average mortality rates in the years 1975-1992

Współczynniki zgonów	Ogółem	Miasto	Wieś
Wyższe niż średnie dla Polski	choroby zakaźne i pasożytnicze gruźlica zapalenie opon mózgowych choroba reumatyczna serca choroba nadciśnieniowa przepuklina jamy brzusznej objawy i oznaki nieokreślone choroba niedokrwienna serca	choroby zakaźne i pasożytnicze gruźlica zapalenie opon mózgowych choroba nadciśnieniowa objawy i oznaki nieokreślone	choroby zakaźne i pasożytnicze gruźlica nowotwory złośliwe zapalenie opon mózgowych choroba reumatyczna serca choroba nadciśnieniowa choroba niedokrwienna serca przepuklina jamy brzusznej zespół nerczycowy objawy i oznaki nieokreślone
Niższe niż średnie dla Polski	cukrzyca nowotwory złośliwe choroby układu oddechowego wrzód żołądka i dwunastnicy zespół nerczycowy wady wrodzone marskość wątroby urazy i zatrucia	nowotwory złośliwe cukrzyca choroba reumatyczna serca choroba niedokrwienna serca choroby układu oddechowego wrzód żołądka i dwunastnicy przepuklina jamy brzusznej zespół nerczycowy wady wrodzone urazy i zatrucia	choroby układu oddechowego wrzód żołądka i dwunastnicy marskość wątroby wady wrodzone urazy i zatrucia
Równe średnim dla Polski			cukrzyca

Specyfiką woj. lubelskiego, a zwłaszcza terenów wiejskich, jest prawie 2 razy większy wskaźnik zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych, gruźlicy układu oddechowego (ryc. 6) oraz zapalenia opon mózgowych. W porównaniu z Polską miasta woj. lubelskiego odznaczają się niższymi o ponad jedną trzecią współczynnikami zgonów z powodu chorób układu oddechowego, marskości wątroby i chorób nerek.

Porównano również współczynniki zgonów w województwie według przyczyn w podziale na ludność miejską i wiejską. Niemal wszystkie współczynniki były wyższe na wsi. Jedynie w przypadku cukrzycy, marskości wątroby i powikłań ciąży były wyższe dla mieszkańców miast.



Ryc. 5. Umieralność na gruźlicę w miastach (na 10 000 mieszkańców)  
Tuberculosis death-rate in cities (per 10 000 of inhabitants)

#### UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT

Podstawowe znaczenie dla biologicznej kondycji społeczeństwa ma umieralność niemowląt. Uwarunkowana jest ona różnorodnymi czynnikami: warunkami ekonomicznymi, poziomem opieki lekarskiej, kulturą sanitarną, ale coraz częściej również stanem środowiska naturalnego. Związek między umieralnością niemowląt a złym stanem środowiska przyrodniczego udokumentowano jedynie w obszarach o bardzo silnej degradacji (A. Kowalska, J. Witkowski 1992), przypuszczać jednak należy, że będzie on bardziej wyraźny, gdy poziom umieralności w Polsce spadnie do poziomu krajów zachodnioeuropejskich (5,8‰), to znaczy wyczerpie się możliwość zapobiegania zgonom przez postępy w opiece medycznej.

Tab. 2. Średnie współczynniki umieralności niemowląt w latach 1975-1992  
Average infant mortality rates in the years 1975-1992

	Ogółem	Miasto	Wieś
Woj. lubelskie	19,1	18,7	19,8
Polska	19,6	19,4	19,9

Najczęstszym sposobem określania poziomu umieralności niemowląt jest współczynnik (stopa) zgonów, czyli liczba dzieci zmarłych w pierwszym roku życia na 1000 urodzeń żywych. Umieralność niemowląt określona tym sposobem na początku lat pięćdziesiątych w Polsce wynosiła ponad 100 i systematycznie malała do poziomu 14,4‰ w 1992 r. W woj. lubelskim ze względu na skalę zjawiska (poniżej 500 przypadków rocznie) wskaźnik ten wykazywał wyraźne wahaniami, np. w latach 1979-1983 i w r. 1989 umieralność niemowląt była wyraźnie wyższa. Generalnie w badanym okresie współczynnik ten w województwie był niższy niż w Polsce. Zdecydowały o tym niższe współczynniki

dla proporcjonalnie większej populacji miast, gdzie lepsza jest opieka medyczna. Współczynnik umieralności niemowląt na wsi lubelskiej niewiele odbiega od średniej dla Polski. Wynika to z wyższej na wsi umieralności postneonatalnej, tj. powyżej 4 tygodni życia, będącej efektem gorszych warunków sanitarno-higienicznych i gorszej opieki rodzicielskiej i medycznej nad niemowlęciem.

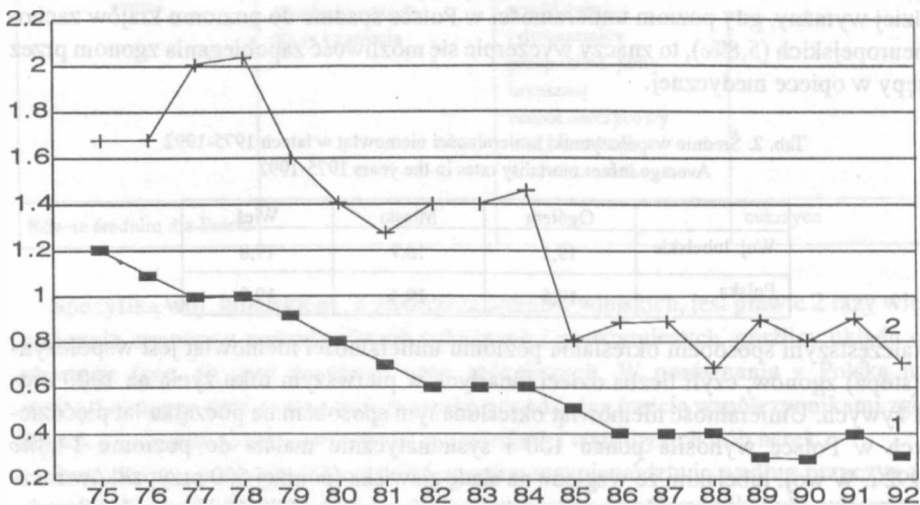
#### PRZECIĘTNE DALSZE TRWANIE ŻYCIA

Przeciętne dalsze trwanie życia uznawane jest za najbardziej syntetyczny wskaźnik stanu zdrowia społeczeństwa. Wyraża on przeciętną liczbę lat, jaką przeżyje osoba w danym wieku przy poziomie umieralności, jaki występował w badanym okresie. Najczęściej do analiz porównawczych używa się przeciętnego dalszego życia noworodków.

Dla populacji mężczyzn w Polsce parametr ten w latach 1973-1975 wynosił 67,34 roku, a w woj. lubelskim 67,92. Były to najwyższe wartości tego wskaźnika w powojennej Polsce. W późniejszym okresie nastąpiło jego obniżenie z niewielką zwyżką w latach 1980-1985. W latach 1986-1990 przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn wynosiło w Polsce 66,79, a w województwie 67,4 roku.

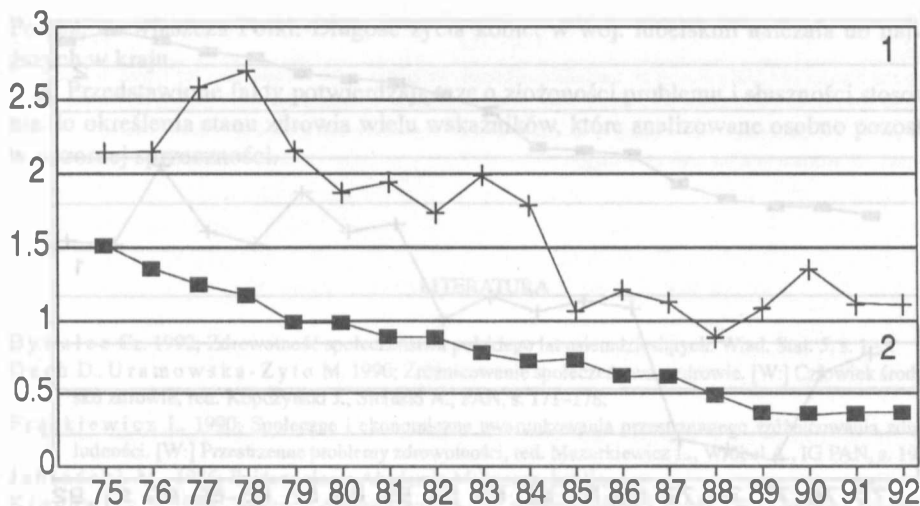
Inny trend przeciętnego dalszego trwania życia przejawiał się u kobiet. W całym badanym okresie wskaźnik ten wzrastał z 74,91 do 76,2 roku dla woj. lubelskiego i z 74,42 do 75,33 roku dla Polski. W ostatnim okresie tempo tych zmian nieco się zmniejszyło.

Województwo lubelskie, podobnie jak większość województw wschodniej części Polski, odznaczało się korzystniejszymi niż średnie dla kraju wskaźnikami przeciętnego dalszego trwania życia zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Zróżnicowanie przeciętnego dalszego trwania życia i inny kierunek zmian dla obu płci spowodowały powiększenie się



Ryc. 6. Umieralność na gruźlicę na wsi (na 10 000 mieszkańców)  
Tuberculosis death-rate in the country (per 10 000 of inhabitants)





Ryc. 7. Umieralność na nowotwory złośliwe w miastach (na 10 000 mieszkańców)  
Malignant cancer death-rate in cities (per 10 000 of inhabitants)

różnicy długości trwania życia kobiet i mężczyzn. W przypadku woj. lubelskiego różnica ta była większa niż w Polsce i wykazywała większą dynamikę zmian.

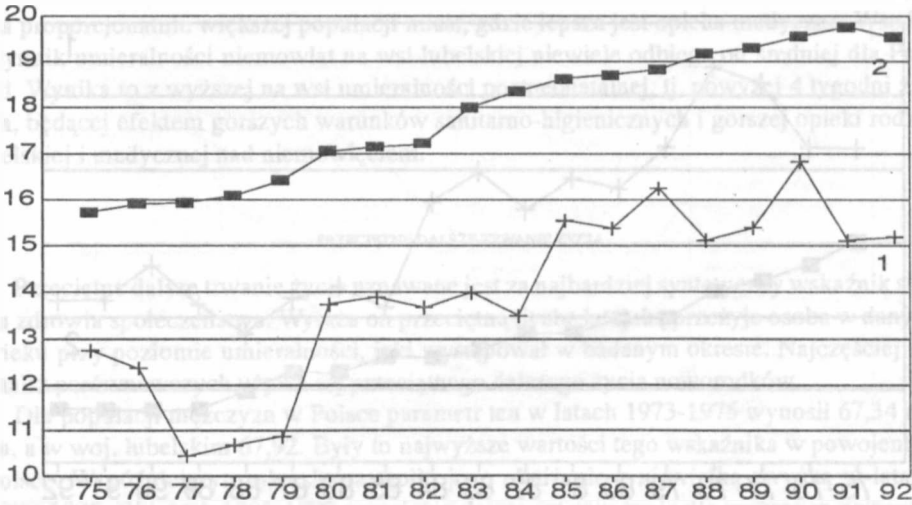
Tab. 3. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce i woj. lubelskim  
Expectation of life in Poland and in Lublin voivodeship

		1973–1975	1976–1980	1981–1985	1986–1990
Polska	M	67,34	66,54	66,91	66,79
	K	74,42	74,61	75,06	75,33
Woj. lubelskie	M	67,92	67,18	67,56	67,40
	K	74,91	75,15	75,76	76,20

Tab. 4. Różnice przeciętnego dalszego trwania życia w Polsce i woj. lubelskim  
Differences between expectation of life in Poland and in Lublin voivodeship

Różnica przeciętnego, dalszego trwania życia		1973–1975	1976–1980	1981–1985	1986–1990
Między kobietami i mężczyznami	Polska	7,08	8,07	8,15	8,54
	woj. lubelskie	6,99	7,97	8,20	8,80
Między woj. lubelskim i Polską	mężczyźni	0,58	0,64	0,65	0,61
	kobiety	0,49	0,54	0,70	0,87

Zjawisko dłuższego trwania życia kobiet w porównaniu z mężczyznami zwane nadumieralnością mężczyzn znane jest na całym świecie. Jednak skala tego zjawiska w Polsce nie ma odpowiednika w innych (poza byłym ZSRR) krajach europejskich. Przyczyn upatruje się zarówno w uwarunkowaniach biologicznych, jak i cywilizacyjnych: narastaniu patologii społecznych, alkoholizmu, nikotynizmu, narkomanii, dużej wypadkowości, szkodliwości i uciążliwości warunków pracy, zwłaszcza w okresie wysokiej aktywności



Ryc. 8. Umieralność na nowotwory złośliwe na wsi (na 10 000 mieszkańców)  
Malignant cancer death-rate in the country (per 10 000 of inhabitants)

zawodowej mężczyzn. Czynniki te będące przyczyną licznych schorzeń układu krążenia, chorób nowotworowych, urazów zewnętrznych obniżają długość życia. Teoretyczne obliczenia wskazują, że całkowita eliminacja zgonów z powodów chorób związanych z cywilizacją wydłużyłoby życie mężczyzn około 8 lat.

## WNIOSKI

1. W latach 1975-1992 nastąpiły duże zmiany wartości wskaźników umieralności i przeciętnego dalszego trwania życia. Obniżeniu uległy umieralność niemowląt oraz umieralność z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych, gruźlicy, chorób układu oddechowego, objawów i oznak nieokreślonych oraz wad wrodzonych. Systematycznie wzrastała natomiast liczba zgonów wynikłych z chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych.

2. Na tle Polski woj. lubelskie niekorzystnie wyróżnia się znacznie wyższymi współczynnikami zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi oraz gruźlicą. Znacznie wyższe są tu również wskaźniki umieralności na wsi z powodu nowotworów złośliwych. Natomiast znacznie niższe są wskaźniki umieralności na cukrzycę, marskość wątroby i wady wrodzone.

3. W świetle omawianych negatywnych wskaźników zdrowotności sytuacja mieszkańców miast była korzystniejsza niż mieszkańców wsi. Jedną z głównych przyczyn tego zjawiska jest młodsza struktura wiekowa ludności miast. Dlatego interesujące wydaje się porównanie współczynników standaryzowanych, niwelujących różnice w strukturze wiekowej.

4. Przy uwzględnieniu syntetycznej miary stanu zdrowotności, jaką jest przeciętne dalsze trwanie życia, sytuacja mieszkańców woj. lubelskiego jest lepsza niż statystycznego

Polaka, a zwłaszcza Polki. Długość życia kobiet w woj. lubelskim należała do najwyższych w kraju.

5. Przedstawione fakty potwierdzają tezę o złożoności problemu i słuszności stosowania do określenia stanu zdrowia wielu wskaźników, które analizowane osobno pozostają w pozomej sprzeczności.

#### LITERATURA

- Bywalec Cz. 1992; Zdrowotność społeczeństwa polskiego lat osiemdziesiątych. *Wiad. Stat.* 5, s. 1–5.
- Duch D., Uramowska-Zyto M. 1990; Zróżnicowanie społeczeństwa a zdrowie. [W:] *Człowiek środowisko zdrowie*, red. Kopczyński J., Siciński A., PAN, s. 171–178.
- Frąckiewicz L. 1990; Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania przestrzennego zróżnicowania zdrowia ludności. [W:] *Przestrzenne problemy zdrowotności*, red. Mazurkiewicz L., Wróbel A., IG PAN, s. 19–38.
- Jabłoński M. 1986; *Epidemiologia*. Akademia Medyczna, Lublin.
- Klonowicz S. 1990; Tendencje demograficzne a stan zdrowia ludności Polski. [W:] *Człowiek środowisko zdrowie*, red. Kopczyński J., Siciński A., PAN, s. 163–169.
- Klonowicz S. 1974; *Problemy stanu zdrowia ludności Polski*. [W:] *Demografia społeczna*. PWN, s. 156–224.
- Kostrzewski J. 1977; *Zdrowie ludności Polski w świetle danych o chorobach i zgonach*. PZWL, s. 58–66.
- Kowalska A., Witkowski J. 1992; Wpływ degradacji środowiska naturalnego na rozrodność i zdrowie noworodków. *Wiadomości Statystyczne* nr 4, s. 12–15.
- Malczewski J. 1990; Przestrzenne zróżnicowanie trwania życia populacji mężczyzn w Polsce na tle warunków społeczno-ekonomicznych. [W:] *Przestrzenne problemy zdrowotności*, red. Mazurkiewicz L., Wróbel A., s. 219–236.
- Mijałowska J. 1992; Zmiany i zróżnicowanie trwania życia w województwach. *Wiadomości Statystyczne*, nr 3, s. 33–34.
- Rosset E. 1972; Czy parametry przeciętnego trwania życia mogą służyć jako miara stanu zdrowia ludności. *Studia Demograficzne* nr 48, s. 7–30.
- Sokołowska M. 1986; *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa
- Skrętowicz B. 1992; *Zdrowie ludności wiejskiej – aspekt somatyczny*. *Wiadomości Statystyczne*, nr 5, s. 6–9.
- Skrętowicz B. 1992; *Zdrowie ludności wiejskiej – aspekt społeczno-psychologiczny*. *Wiadomości Statystyczne*, nr 6, s. 10–13.
- Zemła B. i inni 1992; Zachorowania na nowotwory złośliwe ogółem w województwie katowickim w latach 1975–85. [W:] *Problemy przestrzenne zdrowotności*, red. Mazurkiewicz L., Wróbel A., PAN, s. 165–167.

#### SUMMARY

The article characterizes some chosen indices of health condition of inhabitants, i.e.: infant death rate, death rate according to the reason and life expectancy in the district of Lublin the period 1975–1992.

Demographic changes in the period were the following: lowering rate of population increase, diminishing percentage of people living in villages, increasing percentage of elderly people (above 65 years of age). Death rate in the Lublin district was 9.8%, in towns it was 7.8%, and in the villages 12.1%. The average values of the indices of death in the period 1975–1992 were compared to the average data for Poland (Tab. 1). It has been found that the index of death due to contagious and parasitical diseases, tuberculosis of the respiratory system and meningitis was almost two times higher in the District of Lublin than the mean values for Poland. In towns death

rate due to respiratory problems, liver and kidney deficiencies are markedly lower than the average values for Poland.

In the district of Lublin almost all the indices of death were higher for villages than for towns. Infant death rate was lower than the average for Poland. Lublin district has a more favourable life expectancy than the rest of Poland. The life expectancy for women is the highest in Poland which made the difference between the life expectancy for women and for men even bigger.