

ISSN 0209-2204

P O L S K A A K A D E M I A N A U K
I N S T Y T U T G E O G R A F I I
I P R Z E S T R Z E N N E G O Z A G O S P O D A R O W A N I A

CENTRALNY PROGRAM BADAŃ PODSTAWOWYCH 03.12
„UWARUNKOWANIA PRZESTRZENNE ROZWOJU
SPOŁECZNO-GOSPODARCZEGO POLSKI”

BIULETYN INFORMACYJNY
ZESZYT 61

HALINA POWĘSKA
DOSTĘPNOŚĆ PRZESTRZENNA
USŁUG MEDYCZNYCH
A ZACHOWANIA MEDYCZNE LUDNOŚCI

WARSZAWA 1990

ISSN 0209-2204

P O L S K A A K A D E M I A N A U K
INSTYTUT GEOGRAFII
I PRZESTRZENNEGO ZAGOSPODAROWANIA

CENTRALNY PROGRAM BADAŃ PODSTAWOWYCH 03.12
„UWARUNKOWANIA PRZESTRZENNE ROZWOJU
SPOŁECZNO-GOSPODARCZEGO POLSKI”

Do użytku służbowego



BIULETYN INFORMACYJNY
ZESZYT 61

HALINA POWĘSKA
DOSTĘPNOŚĆ PRZESTRZENNA
USŁUG MEDYCZNYCH
A ZACHOWANIA MEDYCZNE LUDNOŚCI

WARSZAWA 1990

<http://rcin.org.pl>

Opracowanie redakcyjne: Irena Stańczak

W.D.N. Zam. 344/90. N. 200+20 egz.

SPIS TRESCI

Wstęp	5
I. Metoda i miejsce badań	9
II. Charakterystyka respondentów	16
III. Dostępność przestrzenna usług medycznych	19
1. Usługi lekarskie	21
2. Usługi stomatologiczne	23
3. Apteki	25
4. Połączenia telefoniczne	25
IV. Społeczno-przestrzenne uwarunkowania sposobu korzystania z usług medycznych	26
1. Usługi lekarskie ogółem	26
2. Usługi stomatologiczne	35
3. Analizy lekarskie	39
4. Usługi lekarskie pozainternistyczne	41
Podsumowanie	43
Literatura	47
Spis tabel	49
Tabele	51
Aneks	101

<http://rcin.org.pl>

WSTĘP

Dostępność przestrzenna usług medycznych w postaci odpowiedniego systemu podstawowej opieki lekarskiej, szpitalnej i specjalistycznej wszystkich szczebli oraz pomocy doraźnej w razie wypadku czy grożącego życiu niebezpieczeństwa jest ważnym czynnikiem utrzymania dobrego stanu zdrowia społeczeństwa.

W warunkach polskich można zaobserwować duże zróżnicowanie dostępności przestrzennej usług medycznych. Jedną z przyczyn tego zróżnicowania jest stosowanie przy lokalizacji obiektu służby zdrowia kryterium efektywnego wykorzystania danego obiektu - czyli im wyższy stopień specjalizacji danej placówki, tym większe zróżnicowanie jej dostępności przestrzennej. Uwzględnianie kryterium efektywności ekonomicznej także przy lokalizacji obiektów podstawowej opieki medycznej sprawia, że ludność z obszarów o mniejszej gęstości zaludnienia jest w sytuacji gorszej niż mieszkańcy obszarów gęściej zaludnionych. W miastach oprócz gęściejszej sieci podstawowej opieki medycznej występuje również dużo większe nasycenie usługami specjalistycznymi. Zróżnicowanie dostępności przestrzennej usług medycznych jest jednak dużo większe niż mogłoby wynikać z kryterium efektywności ekonomicznej (Mackiewicz 1983; Kowalczyk, 1987; Kowalczyk, Grochowski 1987), ponieważ państwowa służba zdrowia w Polsce jest rozwinięta w stopniu niewystarczającym, zarówno pod względem infrastruktury jak i personelu. Tym bardziej więc możliwości wyleczenia się w państwowej służbie zdrowia w znacznym stopniu zależą od dostępności przestrzennej tych usług.

Przy lokalizacji obiektów spółdzielczej, prywatnej i zakładowej służby zdrowia nie brano pod uwagę dostępności przestrzennej tych placówek dla wszystkich obywateli. W przypadku gabinetów prywatnych i spółdzielni lekarskich domi-

nującym kryterium lokalizacji były możliwości lokalowe oraz zabezpieczenie lekarzom odpowiedniego popytu na ich usługi (czyli duża dostępność przestrzenna dla dużej liczby osób). W przypadku przychodni przyzakładowych lokalizacja gabinetów medycznych wynikała z lokalizacji zakładu pracy. Z powyższego widać, że obszary o gorszej dostępności państwowej służby zdrowia pokrywają się z obszarami o minimalnej dostępności usług zakładowych, spółdzielczych i prywatnych¹.

W tak zróżnicowanej przestrzeni medycznej mamy do czynienia z zachowaniami ludzi, mającymi na celu utrzymanie, a w razie utraty, odzyskanie zadowolającego stanu zdrowia, co wymaga kontaktu z lekarzem. W niniejszej pracy zachowania te określono jako "zachowania medyczne". Termin ten w geografii medycznej oznacza zachowania przestrzenne ludności związane z poszukiwaniem pomocy lekarza (Girt 1983; Joseph, Phillips 1984), natomiast w literaturze socjologicznej jest pojęciem szerszym i oznacza tę dziedzinę zachowania społecznego, którą warunkuje choroba i medycyna (Sokołowska 1989). W zakres tak bardzo ogólnie zdefiniowanych zachowań medycznych wchodzi nieco węższe pojęcia związane z chorobą, profilaktyką medyczną, utrzymaniem higieny i stanem medycyny. Są to (Kasl, Cobb 1966):

- zachowania zdrowotne związane z utrzymaniem stanu zdrowia,
- zachowania lecznicze następujące po stwierdzeniu przez jednostkę stanu chorobowego w organizmie,
- zachowania chorobowe podejmowane w celu osiągnięcia poprawnego stanu zdrowia.

Kwestia udania się (bądź nie) do lekarza oraz wybór danej formy leczenia jest indywidualną decyzją osoby reprezentującej zespół cech demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie i in.), ekonomicznych (sytuacja materialna, stan posiadania)

¹ Aby uzyskać pełny obraz systemu pomocy medycznej w Polsce należy wspomnieć także o opłacaniu lekarza w gabinecie państwowym (w formie pieniędzy bądź prezentów), wykorzystywaniu znajomości swoich i swoich bliskich oraz o innych nieformalnych sposobach docierania do usług medycznych (Halik 1984).

i społecznych (prestż społeczny). Jak wpływ tych cech na sposób korzystania z usług medycznych kształtuje się w przestrzeni? Przy jakich parametrach wymienionych cech dominujący wpływ na sposób korzystania z usług medycznych mają uwarunkowania przestrzenne? W jaki sposób dostępność przestrzenna² i rozmieszczone w przestrzeni czynniki społeczno-ekonomiczne wpływają na sposób korzystania z usług medycznych? Są to pytania, na które ma dostarczyć odpowiedzi treść niniejszej publikacji.

² Pojęcie to zdefiniowane jest w rozdziale III.

I. METODA I MIEJSCE BADAŃ

W Polsce badania nad zachowaniami medycznymi dotychczas były prowadzone na obszarze wielkiego miasta (Warszawy) i najczęściej poświęcone zależnościom pomiędzy sytuacją społeczno-ekonomiczną ludności a sposobami korzystania z usług zdrowotnych przez tę ludność (Halik 1984; Ostrowska 1980; Titkow 1983). Niewiele jest natomiast opracowań dających odpowiedź na pytanie: w jaki sposób dostępność przestrzenna wpływa na preferencje ludności odnośnie do korzystania z usług medycznych? W piśmiennictwie polskim temat ten podjął M. Grochowski (1988). Prowadząc badania na obszarze wielkiego miasta (Warszawy) stwierdził, że "przestrzeń nie jest głównym determinantem zachowań medycznych", wskazując jednocześnie na rolę czynników społecznych: wykształcenia, wieku, statusu społeczno-ekonomicznego i miejsca pracy. Badania o podobnym charakterze przeprowadziła na terenie Londynu S. Curtis (1988). Przedmiotem jej badań była zachorowalność respondentów i sposób korzystania z usług medycznych. Wskazała, że takie czynniki jak grupa wiekowa, stan cywilny, grupa zawodowa, wykształcenie, przynależność etniczna mogą wpływać na zachorowalność i sposób korzystania z usług medycznych. Jako bardzo istotne uznała indywidualne, psychologiczne podejście do kwestii zdrowia (Curtis 1988, s. 178). Trzeba jednak zauważyć, że dostępność przestrzenna usług medycznych w warunkach polskich i brytyjskich jest nieporównywalna, gdyż w Wielkiej Brytanii występuje nasyconie usługami medycznymi na dużo wyższym poziomie niż w Polsce, gdzie służba zdrowia rozwinięta jest w stopniu niewystarczającym. W Polsce większość ludności ma kłopoty z uzyskaniem porady lekarskiej, co nie ma związku z dostępnością przestrzenną usług medycznych. Jest to również przyczyna, dla której w badaniach prowadzonych na obszarze naszego kraju należy zwrócić szczególną uwagę na rozróżnienie pomiędzy dostępnością przestrzenną - fizyczną (accessibility)

a osiągalnością usług (*availability*), gdyż bliskość obiektu służby zdrowia nie jest równoznaczna z możliwością uzyskania porady lekarskiej.

Popyt na usługi niektórych lekarzy jest tak duży, że pacjent od momentu podjęcia decyzji o udaniu się do wybranego gabinetu lekarskiego do faktu zaistnienia wizyty musi przejść kilka etapów:

- 1) zapisanie się na wizytę,
- 2) oczekiwanie na wizytę, niejednokrotnie kilkutygodniowe a nawet kilkumiesięczne,
- 3) rejestracja w dniu wyznaczonej wizyty,
- 4) oczekiwanie na wizytę pod gabinetem lekarza,
- 5) wizyta u lekarza.

Tak długi proces dochodzenia do wizyty lekarskiej jest najbardziej pesymistyczny, a jednocześnie charakterystyczny dla najbardziej renomowanych lekarzy. W zależności od stopnia atrakcyjności usług danego lekarza i od stopnia ich zorganizowania mogą być pominięte niektóre z wymienionych wyżej etapów. Czyli położenie głównego nacisku w niniejszym badaniu na dostępność przestrzenną usług medycznych i dostęp do lekarza ma swój wyraz w polskiej rzeczywistości. Inaczej jest w Wielkiej Brytanii, gdzie przy dużym nasyceniu usługami medycznymi, zachorowalność jest głównym czynnikiem determinującym decyzję udania się do lekarza.

Informacje do niniejszego opracowania uzyskano na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w 1988 r. Zasadą był wywiad ankietera z respondentem. Zaletą takiej formy przeprowadzania badań ankietowych jest uzyskanie pełniejszego obrazu stylu życia i preferencji odnośnie do korzystania z różnego typu usług.

Celem postawionym przed niniejszym badaniem było uzyskanie obrazu uwarunkowań sposobu korzystania z usług medycznych w aspekcie przestrzennym.

Zmiennymi wyjaśniającymi dla powyższego tematu są trzy grupy zagadnień:

- 1) zachorowalność oraz stosunek do kwestii zdrowia i leczenia przez respondentów,
- 2) dostępność przestrzenna usług medycznych i dostęp do lekarza,
- 3) czynniki społeczno-ekonomiczne.

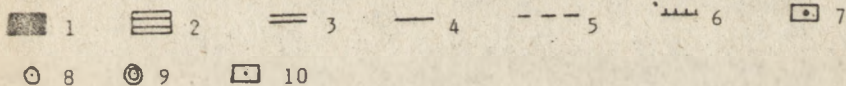
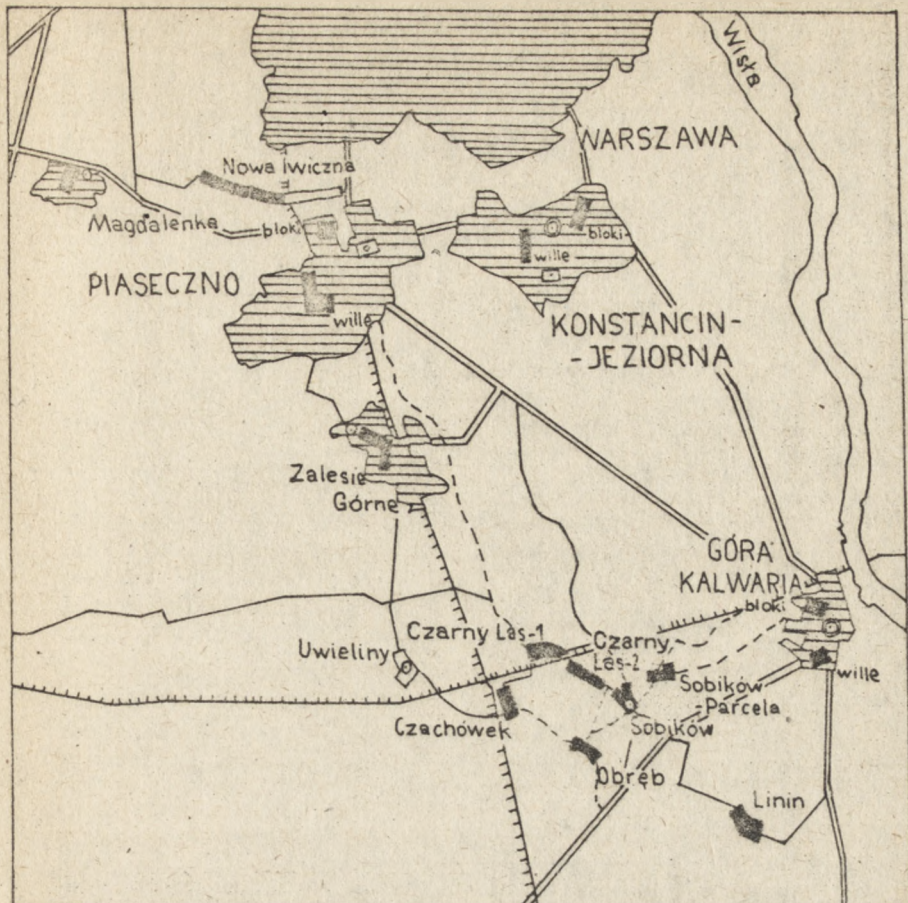
Ankieta składa się z czterech bloków tematycznych (patrz aneks), problemowo odpowiadających wyszczególnionym wyżej zagadnieniom. Ankietę rozpoczynają pytania o samoocenę stanu zdrowia osoby ankietowej, przebyte choroby i miejsce leczenia (pytania 1,2,3). Jest to punkt wyjścia do odpowiedzi na pytanie: na ile samoocena zdrowia respondenta jest proporcjonalna do rzeczywistego jego stanu zdrowia, a na ile jest to czynnik psychologiczny? Jak uświadomienie sobie stopnia zagrożenia swojego zdrowia i życia wpływa na sposób korzystania z usług medycznych? Drugi blok pytań ukazuje preferencje ludności odnośnie do wyboru typu lecznictwa. Wzięto pod uwagę usługi ambulatoryjne, zarówno internistyczne jak i specjalistyczne (pyt.4), analityczne (pyt.13), stomatologiczne (pyt.16 i 17) oraz usługi lekarskie świadczone w szpitalach (pyt.14 i 15). Najwięcej pytań dotyczy dostępności przestrzennej. Pytano respondentów o dostępność przestrzenną usług lekarskich i dostęp do lekarza (pyt.6,7,8,9), sposoby nabywania leków, dostępność przestrzenną aptek i czas oczekiwania w kolejce po leki (pyt.10,11,12), dostępność przestrzenną usług stomatologicznych i dostęp do lekarza dentysty (pyt.18,20). Za pomocą 15 odrębnych pytań zawartych w drugiej części ankiety ukazano sytuację społeczno-ekonomiczną respondenta. Scharakteryzowano go pod względem demograficznym (pyt.1-4) i zawodowym (pyt.5-8). Pytanie o poprzednie miejsce pracy zamieszczono ze względu na to, że niejednokrotnie w miejscu pracy powstają schorzenia, które ujawniają się po upływie pewnego czasu (np. nowotwór płuc powstający na skutek długotrwałego obcowania z azbestem, co może ujawnić się po kilkunastu latach). Następne pytania (10-13) obrazują status ekonomiczny ludności, warunki życia, możliwość szybkiego uzyskania pomocy lekarskiej poprzez posiadanie sprawnego samochodu, motocykla i telefonu. Końcowe pytania (14 i 15) dotyczą związków używania papierosów i alkoholu ze stanem zdrowia.

Przy budowaniu ankiety wzięto pod uwagę elementy przestrzenne ankiety M. Grochowskiego oraz ankiety "Potrzeby zdrowotne mieszkańców Warszawy" przeprowadzonej w 1972 r. i powtórzonej w 1978 r. przez Komisję Zdrowia Komitetu Badań i Prognoz Polska 2000 przy współudziale Instytutu Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Warszawie. Korzystano również z doświadczeń socjologów medycznych Instytutu Socjologii PAN. Od A. Ostrowskiej zapożyczono skalę czasową dotarcia do przychodni lekarskiej i oczekiwania na poradę (Ostrowska 1980). Natomiast na podstawie pracy A. Titkow (1983) opracowano koncepcję preferencji usług zdrowotnych.

Jak wyżej powiedziano dotychczasowe badania zachowań medycznych były prowadzone na obszarze wielkiego miasta (Warszawy). Wychodząc z założenia, że obszar taki jest dość jednorodny pod względem dostępności przestrzennej usług medycznych, postanowiono zbadać jaki jest jej wpływ na sposób korzystania z usług medycznych i jak w stosunku do powyższego zagadnienia mają się czynniki społeczne w terenie bardziej zróżnicowanym pod względem możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych.

Do badania wybrano jeden z podwarszawskich Zespołów Opieki Zdrowotnej (ZOZ) - Piaseczno (ryc.1), o zróżnicowanej strukturze gospodarki i szerokim przekroju społeczno-ekonomicznym ludności, a przede wszystkim zróżnicowanej dostępności przestrzennej usług medycznych. Na terenie gdzie usługi medyczne świadczy ZOZ Piaseczno można wyróżnić obszary gospodarczo zdominowane przez rolnictwo tradycyjne, sadownicze, uprawy pod szkłem i folią, obszary o dużym udziale rzemiosła, duże zakłady przemysłowe (Polcolor), różnego typu ośrodki miejskie (Góra Kalwaria - baza dla rolniczego zaplecza, Piaseczno - ośrodek sypialniano-przemysłowy, Konstancin-Jeziorna - miasto sypialniano-uzdrowiskowe) oraz miejscowości o charakterze sypialni, z których ludność dojeżdża do pracy, głównie do Warszawy.

Typowanie miejscowości do badania odbyło się na podstawie subiektywnej oceny przydatności danej miejscowości dla analizowanego tematu. Dominującą zasadą przy doborze miejscowości było zróżnicowanie dostępności przestrzennej usług me-



Ryc.1. Tereny objęte badaniem

1 - obszary mieszkaniowe, 2 - tereny o charakterze miejskim, 3 - drogi główne, 4 - drogi boczne o utwardzonej nawierzchni, 5 - drogi boczne o nietwardzonej nawierzchni, 6 - koleje, 7 - przychodnia specjalistyczna w Piasecznie, 8 - ośrodki zdrowia, 9 - przychodnie rejonowe, 10 - Stołeczne Centrum Rehabilitacji Schorzeń Narządów Ruchu (STOCER).

dycznych, następnie zróżnicowanie statusu społeczno-ekonomicznego i pozostałych czynników społecznych uwzględnionych w badaniu. W sumie wywiady ankietowe przeprowadzono w 8 wsiach i 3 miastach. Ze względu na rozległość terytorialną niektórych wsi podzielono je na obszary mieszkaniowe w ten sposób, aby analizowana jednostka mieszkaniowa spełniała warunek jednakowej dostępności przestrzennej placówki służby zdrowia. Tak więc z 8 miejscowości uzyskano 10 obszarów mieszkaniowych położonych na terenie wiejskim, z czego 7 obsługiwane jest przez ośrodek zdrowia w Sobikowie. Są to wsie: Sobików, gdzie dominuje ludność dwuzawodowa¹, Obręb - wieś typowo rolnicza z dużym udziałem rolnictwa tradycyjnego, Czarny Las - o niedużym udziale ludności dwuzawodowej przy jednoczesnym dużym udziale rolnictwa ze specjalizacją owocowo-hodowlaną i pozarolniczych źródeł utrzymania², Czachówek - wieś sypialniana z niedużym udziałem rolnictwa oraz Linin - wieś typowo sadownicza, gdzie zdecydowaną większość stanowią rolnicy. Ponadto zbadano 3 wsie z innych rejonów leczniczych: Nowa Iwiczna - wieś o dominacji uprawy warzyw i owoców oraz rolnictwa szklarniowego, nastawionego na zaopatrzenie Warszawy z dużym udziałem rzemiosła i zawodów pozarolniczych, Magdalenka - gdzie dominuje ludność o wysokim statusie materialnym oraz Zalesie Górne - wieś uzdrowiskowo-sypialniana. Ze względu na styl życia mieszkańców Magdaleny i Zalesia Górnego miejscowości te zakwalifikowano do obszarów miejskich.

Podstawową opiekę lekarską dla trzech ostatnich miejscowości sprawowała przychodnia rejonowa w Piasecznie oraz ośrodki zdrowia w Zalesiu Górnym i Magdalence. Spośród wymienionych wyżej obszarów mieszkaniowych na szczególną uwagę zasługuje miejscowość Czachówek, której mieszkańcy mogą ko-

¹ W dalszej części pracy osobno rozpatruje się wieś właściwą i parcelę ze względu na wspomniany wyżej warunek jednakowej dostępności przestrzennej usług medycznych oraz gorszą dostępność środków transportu publicznego ludności zamieszkującej Sobików-Parcelę.

² Ze względu na rozciągłość liniową tej wsi (ok. 3 km) podobnie jak Sobików, Czarny Las podzielono na dwie części.

rzystać z usług lekarskich zarówno w Sobikowie, Zalesiu Górnym jak i w Uwielinach - jednakże do wszystkich tych ośrodków zdrowia jest duża odległość, odpowiednio 6, 10 i 5 km. Z tym, że do Zalesia Górnego istnieje połączenie komunikacyjne (pociąg), a do Sobikowa i do Uwielin można udać się jedynie własnym środkiem lokomocji. Specjalistyczną pomoc lekarską dla ludności zamieszkującej w omawianych miejscowościach sprawuje Przychodnia Specjalistyczna w Piasecznie.

W miastach (Góra Kalwaria, Piaseczno, Konstancin-Jeziorna) badanie przeprowadzono w dwóch zespołach ulic: budownictwo blokowe i budownictwo willowe. W Górze Kalwarii były to odpowiednio ulice KBW i ZMP, w Piasecznie Sikorskiego-Kusocińskiego i Reja-Pomorska, w Konstancinie-Jeziornie XX-lecia i Wojewódzka. Czynniki społeczne wśród ludności zamieszkującej bloki wydają się być mało zróżnicowane, natomiast dają się zauważyć duże różnice pod względem majątkowym i społecznym obszarów willowych poszczególnych miast. W Górze Kalwarii obszary willowe zamieszkuje głównie ludność sadownicza i utrzymująca się z rzemiosła (obecną pozycję materialną wypracowano w niedalekiej przeszłości - styl powszechnie zwany "nowobogackim"). W Piasecznie w okresie przedwojennym tereny Zalesia Dolnego (tak nazywa się dzielnica willowa Piaseczna) były zamieszkiwane przez inteligencję, w okresie powojennym napłynęła ludność spoza rejonu oddziaływania Piaseczna (woj.kieleckie, Grójec), co zmieniło w sposób zasadniczy strukturę społeczno-zawodową ludności. Obecnie zauważa się coraz większy udział rzemiosła, jako głównego źródła utrzymania ludności Zalesia Dolnego. W Konstancinie-Jeziornie, podobnie jak w przypadku Piaseczna, przed wojną zamieszkiwała tereny willowe ludność bogata. Ze względu na uzdrowski charakter tej miejscowości wiele było letnich domków o wysokim standardzie mieszkaniowym. Domki te rozdysponowano na mieszkania kwaterunkowe, w których najczęściej mieszka ludność napływowa robotniczo-rzemieślnicza. W Konstancinie-Jeziornie obecnie nadal zamieszkuje grupa ludności o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym. Ale w coraz większym stopniu napływa ludność, której podstawą egzystencji jest rzemiosło i rolnictwo szklarniowe.

Podstawową opiekę lekarską dla ludności tych miast sprawują odpowiednio przychodnie rejonowe w Górze Kalwarii, w Piasecznie i Konstancinie-Jeziornie, natomiast specjalistyczną pomoc lekarską mieszkańcy tych miast mogą uzyskać w Piasecznie (oprócz opieki stomatologa, ginekologa i pediatry, które to specjalności są w przychodniach rejonowych). Pod względem opieki chirurgiczno-ortopedycznej zdecydowanie w najlepszej sytuacji są mieszkańcy Konstancina-Jeziorny, ponieważ na terenie tego miasta znajduje się przychodnia ortopedyczna przy Stołecznym Centrum Rehabilitacji Schorzeń Narządu Ruchu (STOCER).

Tak więc do celów analizy wpływu dostępności przestrzennej na zróżnicowanie sposobów korzystania z usług medycznych uzyskano 16 obszarów mieszkaniowych o różnej dostępności przestrzennej preferowanej formy pomocy medycznej i różnej odległości od lekarza rejonowego.

II. CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTÓW

Tabela II-1 pokazuje zróżnicowanie ilościowe respondentów pomiędzy poszczególnymi obszarami mieszkaniowymi. W przypadku wsi starano się wykonać wywiady ankietowe z taką liczbą osób, aby w przybliżeniu stanowiła ona 10% ogółu mieszkańców danego obszaru, natomiast w miastach wykonano około 20 wywiadów dla każdego obszaru, niezależnie od liczby jego mieszkańców. Razem w ankiecie wzięło udział 339 osób, z czego do analizy wzięto 303 ankiety. Liczba osób, które odmówiły wzięcia udziału w ankiecie największa jest w Konstancinie-Jeziornie-willach. Odmawiający najczęściej wyrażali takim zachowaniem protest przeciwko zatrucaniu środowiska naturalnego uzdrowskiej miejscowości, jaką jest Konstancin-Jeziorna, przez zakład produkcyjny POLCOLOR w Piasecznie. W przypadku pozostałych miejscowości odmawiały najczęściej osoby najbogatsze, motywując to brakiem czasu lub stwierdzając, że "moja osoba nie wpłynie na zmianę ogólnych statys-

tyk". W kilku przypadkach osobami odmawiającymi byli inwalidzi lub osoby bardzo chore.

Pod względem wieku ludność podzielono na 4 grupy (tab.II-2): do 16 lat - dzieci, 17-44 i 45-64 ludność w wieku produkcyjnym (grupę 17-44 traktowano jako grupę o mniejszym zagrożeniu zdrowia i życia, natomiast grupę 45-64 o większym zagrożeniu - Mazurkiewicz, Malczewski, Powęska 1987) oraz ludność w wieku poprodukcyjnym (65+). Wśród osób ankietowanych zdecydowanie dominuje ludność w wieku produkcyjnym (60-80%), mniej jest osób do lat 16 (5-40%) a najmniej emerytów (0-20%). Na obszarach wiejskich wśród respondentów dominują mężczyźni, a na obszarach miejskich kobiety (tab.II-3).

Zróznicowanie respondentów pod względem stanu cywilnego przedstawia tabela II-4. Jeśli ankieta dotyczyła dziecka, to wpisywano stan cywilny opiekuna dziecka, najczęściej matki. Takie podejście było podyktowane tym, że to opiekun decyduje o sposobie korzystania z usług lekarskich przez dziecko. Zdecydowanie dominują osoby pozostające w związkach małżeńskich i osoby będące pod ich opieką, natomiast pozostałe dwie grupy nie układają się w żadne zależności przestrzenne.

Jeśli chodzi o wykształcenie (tab.II-5) to osoby kwalifikowano według ukończonego wykształcenia, np. niepełne wyższe zakwalifikowano jako średnie, niepełne średnie jako podstawowe, uczniów szkół średnich w wieku powyżej 17 lat kwalifikowano według wykształcenia rodziców, podobnie jak dzieci do lat 16. Analizując tabelę II-5 można stwierdzić, że na obszarach wiejskich dominują osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym, rzadziej zdarzają się osoby ze średnim, a tylko sporadycznie z wyższym wykształceniem. Na obszarach miejskich natomiast dominują osoby z wykształceniem średnim i zawodowym, rzadziej z wyższym a najrzadziej z podstawowym.

Na podstawie pytań ankietowych o typ mieszkania, jego wyposażenie oraz posiadane środki lokomocji określono status ekonomiczny respondentów. Wydzielono 4 grupy ekonomiczne ludności (tab.II-6). Do grupy pierwszej zaliczono ludność posiadającą samochód o pojemności silnika 1000 cm³ i większej (rok produkcji od 1984), mieszkanie wyposażone w CO,

wodę bieżącą i system kanalizacji. Do grupy drugiej ludność posiadającą samochód inny niż wymieniony w grupie pierwszej, mieszkanie wyposażone w CO, wodę bieżącą i system kanalizacji. Do grupy trzeciej ludność nie posiadającą samochodu, mieszkanie wyposażone w CO, wodę bieżącą i system kanalizacji. Do grupy czwartej ludność nie posiadającą samochodu i nie mającą wygod w mieszkaniu.

Ludność najbogatsza zamieszkuje w Magdalence, Czachówku i Lininie, najuboższa zaś w Sobikowie, Obrębie i Czarnym Lesie. Daje się również zauważyć, że w miastach obszary willowe są zamieszkiwane przez osoby bogatsze niż osoby zamieszkujące bloki.

Dla obszarów wiejskich i miejskich wydzielono odmienne grupy zawodowe. Na wsi wyróżniono rolników, nierolników i ludność dwuzawodową, w mieście zaś rolników, rzemieślników, pracowników umysłowych, inteligencję, zawody techniczne, pracowników fizycznych, emerytów i gospodynie domowe. Na podstawie tabeli II-7 można stwierdzić, że na obszarach wiejskich rolnicy dominują w Sobikowie-Parceli i Lininie, nierolnicy stanowią większość w Sobikowie, Nowej Iwicznej, Czarnym Lesie-1 i Czachówku, a w przypadku Obrębu i Czarnego Lasu-2 występuje największe zróżnicowanie pod względem wyróżnionych grup zawodowych. Natomiast na obszarach miejskich (tab.II-8) pracownicy umysłowi zamieszkują głównie w blokach, rzemieślnicy dominują w Magdalence, w Zalesiu Górnym przeważa inteligencja, rolników najwięcej zamieszkuje w Górze Kalwarii na obszarze willowym, a pozostałe zawody rozkładają się równo we wszystkich obszarach.

Przeprowadzono również analizę używania nałogów przez badaną ludność (tab.II-9). Badanie zależności pomiędzy paleniem tytoniu a rozłożonymi w przestrzeni zagadnieniami społecznymi nie wykazało związków. Natomiast nie brano pod uwagę pytania o picie alkoholu, gdyż w czasie przeprowadzania ankiet zauważono, że odpowiedzi na to pytanie były zaniżone, nieprawdziwe, szczególnie jeśli chodzi o osoby nadużywające alkohol.

* * *

Wstępna analiza respondentów według wybranych grup zagadnień wykazała, że ankietowana ludność jest bardzo zróżnicowana pod względem majątkowym i zawodowym a także pod względem cech demograficznych. Zgodne jest to z założeniami ankiety, choć dobór próby do badania był losowy.

III. DOSTĘPNOŚĆ PRZESTRZENNA USŁUG MEDYCZNYCH

W literaturze geograficznej istnieje wiele definicji dostępności przestrzennej. Brak jednoznacznego określenia tego pojęcia powoduje, że przy każdorazowym zetknięciu się z tym problemem zachodzi konieczność jego precyzowania.

Jednym z elementów przybliżających człowiekowi punkt w przestrzeni, który musi osiągnąć ze względu na zaspokojenie potrzeb jest transport. Odgrywał on bardzo dużą rolę przy formułowaniu wielu definicji dostępności przestrzennej (Moseley 1979; Mayhew, Leonardi 1981; Burn, Golob 1976; Karlquist 1972; Domański 1982; Potrykowski 1986).

W niniejszej pracy dostępność przestrzenna rozumiana jest jako sposób korzystania i stopień wykorzystania istniejących środków transportu (tak prywatnych jak i publicznych) w celu osiągnięcia usługi, modyfikowany przez percepcję otaczającej rzeczywistości przez jednostkę, na co wpływać może wielkość potrzeb w zakresie danych usług oraz indywidualna aktywność danej osoby. Jest to indywidualna dostępność przestrzenna tej osoby do danego typu usług (Taylor 1981).

Z drugiej strony dostępność może być analizowana z punktu widzenia pewnego obszaru mieszkaniowego (np. zespół ulic, wieś, blok mieszkalny). Wtedy możemy ją zdefiniować jako wypadkową wielkości usług zlokalizowanych w jakimś punkcie przestrzeni (wielkość usług wyznacza zakres celów podróży) i czynników wpływających na opór przestrzeni pomiędzy miejscem zamieszkania a miejscem zlokalizowania usług (odległość, koszty przejazdu, czas przejazdu itp.). Można powiedzieć, że

jest to dostępność przestrzenną danego obszaru mieszkaniowego.

Przy zwiększającym się wraz z odległością od usytuowania miejsca usługi oporze przestrzeni w coraz większym stopniu na zróżnicowanie dostępności przestrzennej poszczególnych osób wpływ ma ich indywidualna ruchliwość, która może być zdefiniowana jako funkcja poziomu aktywności poszczególnych jednostek. Aktywność ta jest z kolei funkcją wielkości przejazdów w celu osiągnięcia usługi i powrotu do miejsca zamieszkania przez daną osobę, za pomocą wszystkich dostępnych dla niej środków lokomocji, w celu osiągnięcia wszystkich zaistniałych potrzeb oraz charakterystycznych dla danej osoby czynników społeczno-ekonomicznych (takich jak wiek, płeć, stan posiadania, poziom zmotoryzowania itp.).

Ma to szczególne znaczenie w terenie o zróżnicowanych odległościach od miejsca świadczenia usługi do miejsca zamieszkania, ze względu na wzrastający wraz z odległością wpływ indywidualnych czynników oraz wielkości potrzeb w zakresie danej usługi, co przy analizie sposobu korzystania z usług medycznych, szczególnie dla ludzi o dużym uszczerbku zdrowia, jest sprawą zasadniczej wagi.

Zróżnicowanie indywidualnej dostępności przestrzennej w obrębie jednej miejscowości (jednego obszaru mieszkaniowego) świadczy o poziomie zróżnicowania preferencji poszczególnych typów usług zdrowotnych wśród respondentów, bądź też o zróżnicowaniu czynników społeczno-ekonomicznych. Na przykład fakt posiadania samochodu i korzystania z tego pojazdu wpływa w zasadniczy sposób na zmianę dostępności przestrzennej. Dlatego w niniejszej pracy zbadano zależności pomiędzy dostępnością przestrzenną a zachowaniami medycznymi na danym obszarze (tj. brano pod uwagę drugą z definicji). Badanie to uzupełniono następnie o analizę zależności pomiędzy sposobem korzystania z usług medycznych przez jednostkę a czynnikami społeczno-ekonomicznymi reprezentowanymi przez nią (uwzględniając w ten sposób elementy definicji indywidualnej dostępności przestrzennej).

Miarą dostępności przestrzennej jest tu czas dotarcia do wybranego przez respondenta gabinetu lekarskiego. Taka miara dostępności przestrzennej nie uwzględnia bezpośrednio innych elementów pokonywania oporu przestrzeni, percepcji świata zewnętrznego oraz wpływu kultury medycznej na wybór lekarza, jednakże zakres wyżej wymienionych elementów zależy od reprezentowanych przez respondentów parametrów cech społeczno-ekonomicznych uwzględnionych w badaniu.

Dotarcie do placówki medycznej nie jest równoznaczne z uzyskaniem pomocy lekarskiej. Pozostaje jeszcze kwestia możliwości porady lekarskiej (oczekiwanie w kolejce po tzw. numerka i otrzymanie tego numerka). Dlatego czas oczekiwania na wizytę pod gabinetem lekarskim traktuje się w niniejszej pracy jako uzupełnienie miary dostępności przestrzennej wybranych przez jednostkę usług medycznych i rozumiane jest jako dostęp do lekarza.

Zasadniczym pytaniem postawionym w tej pracy jest: jak na sposób korzystania z usług medycznych wpływa indywidualna dostępność przestrzenna tych usług, mierzona czasem dotarcia do preferowanej formy pomocy medycznej, zależnym od indywidualnych czynników społeczno-ekonomicznych? Ponieważ czynniki te (wiek, płeć, wykształcenie, status materialny i społeczny itp.) wpływają na dostępność przestrzenną usług medycznych poszczególnych osób, a każda z nich reprezentuje odmienne parametry tych cech, dodatkowo próbuje się odpowiedzieć na pytanie: jak zróżnicowanie tych parametrów wpływa na zachowania medyczne ludzi w poszczególnych miejscach przestrzeni?

1. Usługi lekarskie

Spośród 8 obszarów położonych w jednym rejonie lekarskim (ośrodek zdrowia w Sobikowie), najbliższej do ośrodka zdrowia ma ludność zamieszkała w Sobikowie a następnie w Sobikowie-Parceli (1 km). Jednak ze względu na brak drogi o twardej nawierzchni pomiędzy tymi miejscowościami, dostępność przestrzenna usług lekarskich świadczonych w ośrodku zdrowia w

Sobikowie dla ludności zamieszkałej w Czarnym Lesie-2 (2 km od osrodka zdrowia) jest większa niż dla ludności zamieszkałej w Sobikowie-Parceli (tab.III-1). Obręb, podobnie jak Sobikow-Parcela, charakteryzuje się gorszą dostępnością przestrzenną niż Czarny Las-2 przy jednakowej odległości, ponieważ brak jest drogi bitej z Obrębem do Sobikowa. Obszary Czarny Las-1 i Czachówek położone są dalej od osrodka zdrowia (odpowiednio 4 i 6 km) i charakteryzują się gorszą dostępnością przestrzenną usług lekarskich. Na szczególną uwagę zasługuje miejscowość Linin, którego odległość od osrodka zdrowia jest duża (8 km), a jednocześnie dostępność przestrzenna relatywnie dobra. Efekt taki uzyskano poprzez wysoki poziom motoryzacji ludności tej wsi oraz najczęstsze korzystanie z osrodka zdrowia w Sobikowie i lecznictwa prywatnego w Górze Kalwarii, przez co nie występują czasochłonne wyprawy do lekarzy poza rejon zamieszkania, które wpływają na pogorszenie wskaźnika dostępności przestrzennej usług lekarskich w innych obszarach mieszkaniowych.

Dostępność przestrzenna usług lekarskich mieszkańców Nowej Iwicznej jest mała. Jest to wynik dużej odległości od preferowanej formy lecznictwa - najczęściej lecznictwa prywatnego i spółdzielczego poza terenem zamieszkania, co przy zróżnicowanym poziomie motoryzacji powoduje duże różnice w dostępności przestrzennej poszczególnych form pomocy medycznej. Dla obszarów mieszkaniowych obsługiwanych przez ośrodek zdrowia w Sobikowie największe zróżnicowanie dostępności przestrzennej poszczególnych form pomocy lekarskiej można zaobserwować dla Sobikowa i Obrębu, gdzie dobrej dostępności przestrzennej lecznictwa rejonowego towarzyszy słaba dostępność przestrzenna lecznictwa prywatnego. Podobna sytuacja występuje w Czarnym Lesie-1, gdzie zaznacza się duża dostępność usług rejonowych i mała zakładowych. Najbardziej jednolita dostępność przestrzenna wszystkich typów lecznictwa występuje dla Czachówka, Linina i Czarnego Lasu-2, przy czym najlepsza jest w Lininie, gorsza w Czarnym Lesie-2 a w Czachówku najslabsza.

Obszary mieszkaniowe na terenach miejskich charakteryzują się niedużą odległością od rejonowej placówki służby zdrowia (bądź istnieje możliwość skorzystania z komunikacji miejs-

kiej)). Różnice w dostępności przestrzennej odzwierciedlają zróżnicowane preferencje form usług medycznych, gdyż często z lecznictwa spółdzielczego i prywatnego korzystano poza miejscem zamieszkania. Zdecydowanie największą dostępność przestrzenną wszystkich typów usług lekarskich mają obszary mieszkaniowe: Magdalenka i Piaseczno-bloki. Piaseczno-wille, Zalesie Górne, Góra Kalwaria-bloki i Konstancin-bloki charakteryzują się mało zróżnicowanymi wskaźnikami dostępności przestrzennej, jednakże nieco gorszymi niż w przypadku pierwszego zespołu obszarów mieszkaniowych. Najbardziej zróżnicowana dostępność przestrzenna poszczególnych form pomocy lekarskiej występuje dla Góry Kalwarii-willi, gdzie dużej dostępności usług rejonowych towarzyszy minimalna dostępność przestrzenna lecznictwa spółdzielczego i mała prywatnego.

Pod pojęciem dostęp do lekarza rozumie się średni czas oczekiwania na wizytę przed gabinetem lekarskim. Najbardziej dostępny jest lekarz prywatny, przy czym występują największe różnice w dostępie do tego typu lecznictwa (tab.III-2). Spowodowane jest to tym, że część ludności z Sobikowa-Parceli leczy się u ziołarza, u którego na wizytę niejednokrotnie czeka się kilka lub kilkanaście godzin (kolejka formułowana jest poprzedniego dnia wieczorem). Wielu respondentów, także z innych obszarów mieszkaniowych, wskazywało na coraz większą popularność leczenia ziołami, a długotrwałe oczekiwanie na wizytę nie stanowi przeszkody w korzystaniu z usług lekarzy preferujących tę formę terapii.

2. Usługi stomatologiczne

Na omawianym terenie występuje duże zróżnicowanie między wsią a miastem pod względem dostępności przestrzennej usług stomatologicznych (tab.III-3). Podstawowym czynnikiem wpływającym na to zróżnicowanie jest odległość od miejsca świadczenia tych usług. Dla obszarów wiejskich z rejonu działania ośrodka zdrowia w Sobikowie najbliższy punkt stomatologiczny znajduje się w Górze Kalwarii (w Sobikowie brak jest dentysty) a dla Nowej Iwicznej w Piasecznie. Mieszkańcy Czachówka

mogą udawać się do stomatologa rejonowego zarówno do Góry Kalwarii jak i do Piaseczna. Na wskaźnik dostępności usług stomatologicznych z rejonu Sobikowa ujemnie wpływa fakt, iż dentyści z Góry Kalwarii bardzo niechętnie przyjmują ludność z tego rejonu. Odległość od miejsca zamieszkania do gabinetu stomatologicznego w przypadku obszarów miejskich jest mniejsza, co znalazło odzwierciedlenie w dostępności przestrzennej usług stomatologicznych.

Największa dostępność przestrzenna zarówno dla obszarów wiejskich jak i miejskich jest do lekarza stomatologa przyjmującego w gabinecie rejonowym, jednakże czas oczekiwania przed gabinetem jest o wiele dłuższy niż w przypadku pozostałych form. Usługi stomatologiczne w przychodniach zakładowych są bardzo zróżnicowane pod względem dostępności przestrzennej (10-90 min.). Wynika to z faktu, że niektórzy respondenci podawali czas potrzebny na dotarcie do gabinetu od miejsca pracy (w przypadku gdy gabinet dentystyczny znajdował się w bezpośredniej bliskości miejsca pracy), a inni czas potrzebny na dotarcie do gabinetu stomatologicznego od miejsca zamieszkania (w przypadku gdy gabinet znajdował się poza miejscem pracy). Usługi stomatologiczne w spółdzielniach lekarskich były najmniej dostępne, a w gabinetach prywatnych najbardziej zróżnicowane pod względem dostępności przestrzennej (3-120 min.). Oczywiście najmniejszą dostępnością przestrzenną charakteryzowały się obszary wiejskie (Sobików-Parcela 120 min.), a największą dostępność zarejestrowano dla Piaseczna-bloków (3 min.).

Najmniejszy czas oczekiwania na wizytę zarejestrowano w przypadku leczenia zakładowego (5-7 min.), ale występowały przypadki i dłuższego oczekiwania przed zakładowym gabinetem stomatologicznym (90 min) (tab.III-4). Zdecydowanie najmniejszy dostęp do dentysty zarejestrowano w przypadku lekarzy rejonowych (120-140 min.). Dostęp do dentystów przyjmujących prywatnie i w spółdzielniach utrzymywał się na średnim poziomie (15-60 min.), choć zdarzały się przypadki odbiegające od tej normy (0 min. dla Obrębu i Czarnego Lasu-1 oraz 73 min. dla Nowej Iwicznej).

3. Apteki

Dostępność przestrzenna aptek kształtowała się w przedziale 40-118 min. (tab. III-5). Trudno dostrzec zależność pomiędzy typem obszaru a dostępnością przestrzenną. Można jedynie stwierdzić, że lepszą dostępnością przestrzenną charakteryzowały się miejscowości, których ludność zakupywała leki w najbliższej aptece (Linin). Jeśli chodzi o dostęp do leków, to wskaźniki kształtowały się pomiędzy 18 a 60 min. Mieszkańcy miast częściej uciekali się do nabywania leków w sposób nieformalny (tzn. wykorzystując osoby znajome i z rodziny zatrudnione w szpitalach, zakup na bazarze, realizując recepty za granicą itp.) niż mieszkańcy wsi. Zarówno mieszkańcy wsi jak i miast najczęściej kupowali leki po odwiedzeniu kilku aptek. Duży odsetek ludności zamieszkującej Obręb (70%), Czarny Las-2 (84,21%), Linin (53,85%) i Górę Kalwarię-bloki (52,17%) nie miał trudności z zakupem leków, nabywał je w pierwszej aptece, którą odwiedził.

4. Połączenia telefoniczne

Połączenia telefoniczne włączono do dostępności przestrzennej ze względu na możliwość częstszego i szybszego kontaktu z przychodnią lekarską (tab. III-6). Największe możliwości szybkiego kontaktu z lekarzem mieli mieszkańcy Piaseczna-willi, Konstancina-bloków, Góry Kalwarii-willi, Nowej Iwicznej i Zalesia Górnego. Pozostałe obszary mieszkaniowe były pozbawione telefonów w zupełności, bądź stopień telefonizacji był minimalny.

* * *

Jak wykazano powyżej, wybrane do analizy miejscowości charakteryzują się zróżnicowaną dostępnością przestrzenną usług medycznych, co jest jednym z założeń prowadzonych badań. Celowo do badania wzięto obszary mieszkaniowe należące do jednego ośrodka zdrowia aby uniknąć błędu wynikającego z opinii o umiejętnościach lekarzy - jeden lekarz obsługuje wszystkie wiejskie obszary mieszkaniowe oprócz Nowej Iwicznej.

IV. SPOŁECZNO-PRZESTRZENNE UWARUNKOWANIA SPOSOBU KORZYSTANIA Z USŁUG MEDYCZNYCH

Przedmiotem analizy jest wpływ zróżnicowanego w przestrzeni rozmieszczenia cech zjawisk społecznych na preferencje ludności odnośnie do wyboru rodzaju służby zdrowia. Na podstawie wcześniejszych badań wzięto pod uwagę wykształcenie, grupę społeczno-zawodową, status ekonomiczny, płeć, wiek, stan cywilny oraz ocenę własną stanu zdrowia respondenta (Grochowski 1988; Halik 1964).

We wstępnych założeniach zamierzano poddać analizie sposób korzystania z usług lekarskich, w tym z usług innych lekarzy niż internista, z usług stomatologicznych i analitycznych oraz szpitalnictwa. Jednakże ze względu na małą liczbę hospitalizowanych w okresie, którego ankieta dotyczyła (12 miesięcy wstecz od momentu przeprowadzania ankiety), prezentowane wyniki nie przedstawiają sposobu korzystania ze szpitalnictwa.

1. Usługi lekarskie ogółem

Pojęcie "usługi lekarskie ogółem" obejmuje wszystkie typy lecznictwa oraz wszystkie specjalizacje lekarskie. Każdy respondent został zakwalifikowany pod względem sposobu korzystania z usług medycznych do lecznictwa rejonowego, zakładowego, spółdzielczego lub prywatnego niezależnie od specjalizacji lekarza, u którego się leczyl.

Tabela IV-1 przedstawia sposób korzystania z usług lekarskich w zależności od samooceny stanu zdrowia respondenta, którą w niniejszym badaniu traktuje się jako wskaźnik uświadomienia sobie przez respondenta stopnia niedomagań jego zdrowia i zagrożeń życia. Jest to próba odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób świadomość istniejących zagrożeń zdrowia i życia wpływa na wybór lekarza, czy ludność, szczególnie z obszarów mieszkaniowych o większej dostępności przestrzennej lekarza rejonowego, poszukuje innych form niż naj-

łatwiej dostępny lekarz rejonowy, czy dla ludności pozarolniczej i dwuzawodowej - lekarz zakładowy? Oceniający stan swojego zdrowia jako bardzo dobry, niezależnie od położenia obszaru mieszkaniowego, w większości korzystają z lecznictwa rejonowego (Sobików, Czarny Las-1, Obręb, Nowa Iwiczna, Zalesie Górne, Piaseczno-bloki, Góra Kalwaria-wille, Konstancin-wille, Konstancin-bloki) a jedynie w kilku przypadkach dominują inne formy leczenia (lecznictwo zakładowe - Czarny Las-2, prywatne - Linin, Magdalenka, Piaseczno-wille). Oceniający stan swojego zdrowia jako dobry również w większości korzystają z lecznictwa rejonowego (Sobików, Sobików-Parcela, Czarny Las-2, Czarny Las-1, Linin, Nowa Iwiczna, Zalesie Górne, Piaseczno-bloki, Góra Kalwaria-bloki, Konstancin-bloki i -wille), uzupełnianego wszystkimi pozostałymi typami lecznictwa, bez żadnej zależności przestrzennej pomiędzy tymi typami a samooceną.

Osoby oceniające stan swojego zdrowia jako niezbyt dobry i zły korzystają z różnego typu usług. Zarysowuje się jednak pewna zależność przestrzenna, gdyż czujący się niezbyt dobrze i źle z miejskich obszarów mieszkaniowych, a więc charakteryzujących się większą dostępnością przestrzenną, korzystają ze wszystkich typów usług lekarskich bez wyraźnej dominacji któregośkolwiek z nich. Natomiast w przypadku obszarów wiejskich dominuje lecznictwo rejonowe (czujący się niezbyt dobrze: Czachówek, Sobików, Obręb, Sobików-Parcela, Czarny Las-2; czujący się źle: Czachówek, Czarny Las-1, Obręb). Można więc stwierdzić, że działa tu bariera dostępności przestrzennej innych form usług lekarskich. Ponadto, jak stwierdzono na podstawie osobistych rozmów z osobami ankietowanymi, wybór typu lecznictwa zależy głównie od poziomu kultury zdrowotnej, orientowania się w możliwościach wyboru lekarzy, zdolności organizacyjnych chorego i jego bliskich. Daje się zauważyć prawidłowość, że w cięższych przypadkach chorobowych chory i jego rodzina wybierają według ich subiektywnej oceny najwłaściwszą drogę leczenia, niezależnie od jej formy. A ponieważ jedni lekarze cieszą się większym zaufaniem i lepszą opinią odnośnie do stawianych diagnoz i sposobów leczenia niż pozostali, nie preferuje się typu lecznictwa ale konkretnego lekarza, niezależnie od miejsca gdzie praktykuje.

Jak powiedziano wcześniej, na podstawie pytań aniektowych o typ mieszkania, jego wyposażenia, posiadane środki lokomocji oraz wielkość i typ gospodarstwa rolnego określano status ekonomiczny respondentów (patrz str. 17). Tabela IV-2 przedstawia sposób korzystania z usług medycznych poszczególnych grup ekonomicznych ludności. Wynika z tej tabeli, że pozycja materialna respondentów w obszarach o dużej dostępności przestrzennej lecznictwa rejonowego i małej dostępności pozostałych form usług medycznych (Sobików, Sobików-Parcela, Obręb, Czarny Las-2) nie zmienia w zasadniczy sposób preferencji mieszkańców odnośnie od korzystania z poszczególnych typów służby zdrowia, ukształtowanej pod wpływem dostępności przestrzennej usług medycznych. Niezależnie od grupy ekonomicznej, ludności wyżej wymienionych miejscowości korzysta głównie z lecznictwa rejonowego lub zakładowego.

Mieszkańcy miejscowości charakteryzujących się gorszą dostępnością lecznictwa rejonowego a jednocześnie lepszą dostępnością środków lokomocji, przez co dostępność przestrzenna pozostałych form lecznictwa jest większa (Czarny Las-1, Czachówek, Nowa Iwiczna, Magdalenka, Zalesie Górne), wykazują duże zróżnicowanie preferencji usług zdrowotnych i brak jest zależności pomiędzy grupą ekonomiczną a dominującą formą usług medycznych.

Na szczególną uwagę zasługuje miejscowość Linin ze względu na to, że niezależnie od grupy ekonomicznej większość respondentów leczy się u lekarza prywatnego (najbardziej dostępnego).

Pozostałe obszary mieszkaniowe, charakteryzujące się dobrą dostępnością zarówno lecznictwa rejonowego jak i pozostałych typów, nie wykazują żadnych prawidłowości przestrzennych w zależności od grupy ekonomicznej.

Reasumując, grupa ekonomiczna nie wpływa w zasadniczy sposób na preferencje ludności odnośnie do wyboru typu lecznictwa.

Następnym czynnikiem społecznym wziętym pod uwagę przy analizie wpływu przestrzeni na sposób korzystania z usług medycznych jest wykształcenie. Na podstawie tabeli IV-3 można stwierdzić, że brak jest zależności pomiędzy wykształceniem a sposobem korzystania z usług medycznych na terenie wiejskim, gdzie ludność korzysta z poszczególnych form lecznictwa proporcjonalnie do stopnia ich dostępności przestrzennej. Na obszarach miejskich natomiast dają się zauważyć pewne nieznaczne zależności pomiędzy wykształceniem a formą leczenia. Ludność z wykształceniem zawodowym i podstawowym korzysta głównie z usług lekarza rejonowego (Zalesie Górne, Piaseczno-wille i -bloki, Góra Kalwaria-wille, Konstancin-bloki), a w mniejszym stopniu z usług spółdzielni lekarskich i lecznictwa prywatnego. Ludność z wykształceniem średnim korzysta ze wszystkich form lecznictwa w sposób zróżnicowany, bez jakiegokolwiek zależności od wykształcenia. Osoby z wykształceniem wyższym natomiast w większości korzystają z lecznictwa prywatnego (Zalesie Górne, Piaseczno-bloki). Na szczególną uwagę zasługuje Magdalena i Góra Kalwaria-wille, gdzie niezależnie od wykształcenia dominuje lecznictwo prywatne, uzupełniane w nieznacznym stopniu spółdzielczym.

Tabela IV-4 przedstawia stopień zależności pomiędzy wiekiem a sposobem korzystania z usług lekarskich. Można zauważyć, że ludność najstarsza (65+) z obszarów wiejskich o dużej dostępności lecznictwa rejonowego w większości korzysta z tego typu usług, a w przypadku Sobikowa, Czarnego Lasu i Czachówka w całości. Ludność tej grupy wiekowej z Linina korzysta z lecznictwa prywatnego, co związane jest z większymi możliwościami komunikacyjnymi do Góry Kalwarii niż do Sobikowa (8 km i brak bezpośredniego połączenia). Można więc stwierdzić, że sposób korzystania z usług zdrowotnych przez ludność najstarszą jest zależny od dostępności przestrzennej tych usług.

Wśród ludności najmłodszej (do 16) również dominuje wybór lekarza rejonowego. Sytuację tę częściowo tłumaczy obowiązek uczęszczania na kontrolne badania. Odmienna sytuacja jest w tej grupie wiekowej jedynie w Czachówku, gdzie 100% dzieci leczyło się u lekarza prywatnego.

Ludność średnich grup wiekowych (17-44 i 45-64) z obszarów wiejskich korzystała z usług lekarskich w sposób bardziej zróżnicowany. U lekarza rejonowego częściej leczą się osoby zamieszkujące bliżej ośrodków zdrowia (Sobików, Sobików-Parcela, Czarny Las-2, Obręb). W miarę oddalania się od ośrodka zdrowia leczenie rejonowe traci swe znaczenie na rzecz lekarza prywatnego (Czarny Las-1, Linin) i zawodowego (Czachówek).

W przypadku większości obszarów miejskich (bez Magdaleny i Góry Kalwarii-willi) i Nowej Iwicznej wśród wszystkich grup wiekowych dominuje leczenie rejonowe, a nieco mniejszą rolę odgrywa leczenie prywatne, spółdzielcze i zakładowe. W Magdalence i Górze Kalwarii-wille niezależnie od grup wiekowych zaznaczyła się preferencja leczenia prywatnego nad pozostałymi formami.

Reasumując, na obszarach wiejskich ludność najstarsza i najmłodsza najczęściej wybiera lekarza rejonowego, natomiast ludność ze średnich grup wiekowych obszarów wiejskich i wszystkich grup wiekowych obszarów miejskich korzysta z różnych usług lekarskich, przy czym nieznaczna dominacja leczenia prywatnego zaznacza się dla Magdaleny i Góry Kalwarii-willi a dla pozostałych obszarów - leczenia rejonowego.

Tabela IV-5 i IV-6 pokazują sposób korzystania z usług lekarskich w zależności od grupy zawodowej.

Wśród rolników wszystkich miejscowości podległych ośrodkowi zdrowia w Sobikowie największym popytem cieszy się rejonowa służba zdrowia. Z tej formy pomocy medycznej korzysta 100% ankietowanych rolników z Sobikowa i Obrębu, oraz znaczna część z Czarnego Lasu-2 i Sobikowa-Parceli. Pozostali rolnicy z tych miejscowości leczą się u lekarza prywatnego. W miarę zwiększania się odległości od ośrodka zdrowia coraz więcej rolników korzysta z prywatnych usług lekarskich, przy jednoczesnym spadku zainteresowania leczeniem rejonowym. Rolnicy z Nowej Iwicznej natomiast korzystają głównie z leczenia rejonowego, a w drugiej kolejności z usług lekarza spółdzielczego i prywatnego.

Sposób korzystania z usług lekarskich przez ludność utrzymującą się ze źródeł pozarolniczych oraz ludność dwuzawodową jest bardziej zróżnicowany ze względu na dodatkowe możliwości wyboru zakładowej służby zdrowia. Na terenie obsługiwanych przez ośrodek zdrowia w Sobikowie najczęściej w przychodniach przyzakładowych leczą się nierolnicy z Obrębu i Czarnego Lasu-1, w nieco mniejszym stopniu z Czarnego Lasu-2 i Czachówka oraz ludność dwuzawodową z Obrębu, Czarnego Lasu-2 i Sobikowa. Z usług lekarza rejonowego najczęściej korzysta ludność pozarolnicza i dwuzawodowa zamieszkała na obszarach o większej dostępności przestrzennej rejonowych usług lekarskich: Sobików, Sobików-Parcela, Czarny Las-2. W miarę zmniejszania się dostępności przestrzennej coraz rzadziej omawiane grupy zawodowe korzystają z lecznictwa rejonowego, które traci znaczenie na rzecz lecznictwa zakładowego i gabinetów prywatnych. Jeśli chodzi o ludność pozarolniczą z Nowej Iwicznej (dwuzawodowej brak), to najczęściej korzysta ona z usług lekarskich w rejonie a w mniejszym stopniu w zakładzie i w spółdzielni.

Na terenach miejskich preferencje odnośnie do sposobu korzystania z usług medycznych są bardziej zróżnicowane i nie dają się zauważyć jakiegokolwiek zależności przestrzenne od grupy zawodowej - jedynie minimalną rolę odgrywają ograniczenia i udogodnienia instytucjonalne (np. posiadanie resortowej służby zdrowia przez wojsko, MSW czy kolej).

Analizowanie zależności pomiędzy sposobem korzystania z usług lekarskich a stanem cywilnym oraz picią nie wykazało żadnych zależności.

Tabela IV-7 przedstawia charakterystykę osób ostatnio nie będących u lekarza. Zróżnicowanie pod względem wykształcenia i grupy ekonomicznej wśród tych osób jest duże i brak jest wyraźnych zależności przestrzennych. Natomiast można stwierdzić, że są to częściej mężczyźni niż kobiety, przeważnie oceniający stan swojego zdrowia jako dobry i bardzo dobry, z drugiej grupy wiekowej (17-44), na obszarach wiejskich są to najczęściej rolnicy, liczbowo dominują osoby z obszarów o małej dostępności przestrzennej usług medycznych.

Tabela IV-3 przedstawia sposób korzystania z usług lekarskich ogółem. Można stwierdzić, że z lecznictwa rejonowego korzystają głównie mieszkańcy obszarów o małej odległości od lekarza rejonowego (Sobików, Piaseczno-bloki, Konstancin). Lecznictwo zakładowe i spółdzielcze w żadnej miejscowości nie dominuje a odgrywa tylko funkcję uzupełniającą, natomiast lecznictwo prywatne największe znaczenie posiada dla mieszkańców Magdalenki, Góry Kalwarii-willi i Linina. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że są takie obszary, z których duży odsetek badanej ludności nie był u lekarza w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, a często ostatnia wizyta odbyła się kilka lat temu. Są to głównie obszary wiejskie (Czachówek, Linin, Obręb, Sobików-Parcela). W mniejszym stopniu dotyczy to obszarów o charakterze miejskim (Zalesie Górne).

Dodatkowym zagadnieniem rozpatrywanym w pracy jest: dlaczego pomimo istnienia usług nieodpłatnych wiele ludzi decyduje się na korzystanie z usług prywatnych i spółdzielczych? Najczęściej spotykane motywacje to:

1. Brak zaufania do lekarza rejonowego:

"Nie ufam lekarzowi rejonowemu" - matka 3-letniego dziecka, wykształcenie średnie, pracownik umysłowy, III grupa ekonomiczna, dziecko chore na grypę. "Ze względu na małą wiedzę lekarza i błędne postępowanie" - matka 4-letniego dziecka, wykształcenie zawodowe, dziecko alergiczne. "Leczenie w przychodni rejonowej zajmuje zbyt dużo czasu i nie daje pożądanych rezultatów" - kobieta, niedokrwienie mięśnia sercowego, 36 lat, rzemieślnik, I grupa ekonomiczna. "Pomoc lekarza praktykującego prywatnie uważam za skuteczniejszą" - matka 9-letniego dziecka, angina, I grupa ekonomiczna, rzemiosło. "Tylko bilanse zdrowia przeprowadzam w przychodni rejonowej, leczę natomiast dziecko prywatnie, gdyż z praktyki wiem o lepszych skutkach tego leczenia" - matka 6-letniego dziecka, inteligencja, I grupa ekonomiczna, przeziębienia.

2. Brak danej specjalności w miejscu zamieszkania bądź mały dostęp do lekarza tej specjalności:

"W przychodni ubezpieczeniowej trudno jest dostać się do

specjalisty" - mężczyzna, 57 lat, wykształcenie wyższe, II grupa ekonomiczna, zwyrodnienie kręgosłupa. "Brak lekarza w rejonie, jest w Piasecznie, ale na miejscu jest prywatny" - kobieta, 42 lata, pracownik umysłowy, osłabiony wzrok, I grupa ekonomiczna. "Nie ma w przychodni rejonowej okulisty" - mężczyzna, technik, słaby wzrok, I grupa ekonomiczna. "Z powodu nadmiernych kolejek" - kobieta, 40 lat, wykształcenie podstawowe, rolnik, zdrowa.

3. Oszczędność czasu:

"Nie ma dla mnie różnicy pomiędzy korzystaniem z jednej formy czy z drugiej, idę tam gdzie nie muszę stać w kolejce raz w rejonie raz prywatnie" - mężczyzna, 43 lata, rzemieślnik, II grupa ekonomiczna.

4. W sytuacjach krytycznych korzystanie z różnych form pomocy lekarskiej:

"Jeśli ktoś jest chory czepia się wszystkich możliwości wyleczenia" - kobieta, 54 lata, wykształcenie wyższe, zwyrodnienie kręgosłupa, niedotlenienie serca. "W rejonie nie potrafili mnie wyleczyć teraz leczę się u zielarza", mężczyzna, 29 lat, pracownik fizyczny, choroby układu krążenia.

* * *

Podsumowując przeprowadzoną analizę należy stwierdzić, że:

1. Na badanym terenie dostępność przestrzenna wpływa na sposób korzystania z usług zdrowotnych, przy czym zaznacza się ona bardziej w terenie wiejskim niż miejskim. Ludność z wiejskich obszarów mieszkaniowych, o większej dostępności przestrzennej lecznictwa rejonowego, a jednocześnie malej dostępności innych typów usług lekarskich (Sobików, Sobików-Parcela, Obręb, Czarny Las-2) częściej wybiera lekarza rejonowego niż ludność z obszarów wiejskich położonych dalej od placówki rejonowej, a jednocześnie mających większe możliwości skorzystania z pozostałych typów lecznictwa (Czachówek, Czarny Las-1, Linin, Nowa Iwiczna). W miastach nato-

miast jedynie w przypadku niektórych obszarów blokowych (Piaseczno, Konstancin) wpływ dostępności przestrzennej uwidocznił się w zasadniczy sposób.

2. Czynniki społeczne nie zmieniają istotnie preferencji ludności odnośnie do korzystania z usług lekarskich, uformowanych pod wpływem dostępności przestrzennej. W pewnym stopniu uwidocznił się czynnik grupy ekonomicznej, wieku, wykształcenia oraz statusu ekonomicznego. Jeśli chodzi o grupę zawodową, to rolnicy z wiejskich obszarów mieszkaniowych o większej dostępności lecznictwa rejonowego częściej korzystają z jego usług, niż pozostałe zawody, reprezentanci których oprócz lecznictwa rejonowego preferują lecznictwo zakładowe. Wraz ze zmniejszaniem się dostępności placówki rejonowej rolnicy coraz częściej korzystają z lecznictwa prywatnego, co uwidacznia się także dla pozostałych zawodów ludności wiejskiej. Jeśli chodzi o tereny miejskie, to nie można mówić o żadnej prawidłowości przestrzennej odnośnie do korzystania z usług zdrowotnych w zależności od grupy zawodowej. Wiek odgrywa głównie rolę na wsi, gdzie ludność najstarsza (65+) a więc najmniej mobilna korzysta głównie z lecznictwa rejonowego. Ludność pozostałych grup wiekowych obszarów wiejskich i wszystkich grup wiekowych miast korzysta z usług lekarskich bez żadnych prawidłowości przestrzennych. Czynnikiem wykształcenia nie odgrywa żadnej roli na wsi. W mieście ludność z wykształceniem zawodowym i podstawowym korzysta głównie z usług lekarskich bezpłatnych, z wykształceniem średnim z różnych typów, a z wykształceniem wyższym najczęściej udaje się do lekarza prywatnego. Czynnikiem grupy ekonomicznej zaznaczył się w przypadku obszarów mieszkaniowych o gorszej dostępności lecznictwa rejonowego a jednocześnie lepszej dostępności pozostałych typów usług (Linin, Magdalenka, Góra Kalwaria-wille), gdzie korzystanie z prywatnych usług zdrowotnych wzrasta wraz ze wzrostem poziomu ekonomicznego ludności. Korzystanie z usług zdrowotnych w zależności od oceny własnej stanu zdrowia wykazuje w dużym stopniu zależność od kultury medycznej ludności i nie wykazuje żadnych prawidłowości przestrzennych.

3. Zastanawia fakt minimalnego korzystania przez ankietowane osoby ze spółdzielczej służby zdrowia. Jednym z powodów

może być brak spółdzielni lekarskiej na terenie ZOZ-u Piaseczno, co przemawiałoby za wpływem przestrzeni na sposób korzystania z tych usług. A z drugiej strony jest to tylko jeden z powodów, gdyż często z poradnictwa prywatnego korzystano poza wymienionym terenem, a więc nieobecność danej formy leczenia nie stanowi przeszkody w odnalezieniu jej w sąsiedztwie (np. w Warszawie).

2. Usługi stomatologiczne

Na wstępie należy stwierdzić, że bardzo duży odsetek ludności nie korzysta z żadnej formy pomocy stomatologicznej, co pokazuje tabela IV-9. W przypadku większości obszarów wiejskich spośród badanych osób co najmniej 50% nie było u dentysty w ciągu 12 miesięcy poprzedzających moment przeprowadzania ankiety (Sobików-Parcela, Czarny Las-2, Czarny Las-1, Obręb, Linin, Czachówek), jednocześnie większość respondentów określiła stan swojego uzębienia jako wymagający leczenia. Opinia respondentów, iż zęby ich są zdrowe nie zawsze musi być zgodna z prawdą, w związku z tym odsetek ludności, której zęby wymagają leczenia może być większy. Niewątpliwie sytuacja taka jest wynikiem braku dentysty w ośrodku zdrowia w Sobikowie. Obowiązkiem lekarzy stomatologów z Góry Kalwarii jest leczenie zębów pacjentów z rejonu ośrodka zdrowia w Sobikowie, ale często odmawiają oni leczenia ludności z tego terenu.

W przypadku obszarów miejskich odsetek ludności nie korzystającej z usług stomatologicznych jest mniejszy i zawiera się w przedziale 30-40%, przy czym odsetek ludności określającej stan swoich zębów jako zdrowy wynosił 15-30%. Najlepsza sytuacja pod tym względem jest w Nowej Iwicznej, gdzie tylko 14,29% nie korzysta z usług stomatologa, i są to osoby, które określili swoje zęby jako zdrowe.

Z powyższego widać, że dostępność przestrzenna jest głównym determinantem sposobu korzystania z usług stomatologicznych. Tam gdzie nie ma dentysty najmniej ludności leczy zęby. Dostęp do stomatologa na obszarach miejskich jest rów-

niez utrudniony (mała liczba stomatologów - długie kolejki), przez co duży odsetek ludności miejskiej również nie leczy zębów. W jaki sposób czynniki społeczne wpływają na wybór typu lecznictwa stomatologicznego pokazują tabele IV-10 do IV-15.

Z gabinetów prywatnych na obszarach wiejskich częściej korzystają kobiety niż mężczyźni (tab. IV-10), natomiast na obszarach miejskich proporcja jest odwrotna, tzn. częściej z gabinetu prywatnego korzystają mężczyźni. Zarówno w obszarach wiejskich jak i miejskich więcej mężczyzn niż kobiet w ogóle nie korzysta z usług stomatologicznych. Przy czym dla większości obszarów miejskich różnice te są nieznaczne zaś dla wiejskich i niektórych miejskich (Konstancin-bloki, Góra Kalwaria-bloki, Magdalenka) duże. W Obrębie, Piasecznie-wille, Czachówku więcej kobiet niż mężczyzn nie uczęszcza do dentysty. Korzystanie z lecznictwa rejonowego, zakładowego i spółdzielczego nie układa się w jakiegokolwiek zależności od płci.

Tabela IV-11 przedstawia sposób korzystania z usług stomatologicznych w zależności od grupy ekonomicznej. Można zauważyć, że osoby zakwalifikowane do I grupy z obszarów wiejskich w stopniu minimalnym korzystają z usług dentysty (Sobików-Parcela, Czarny Las-1, Linin, Czachówek, Czarny Las-2), a ci którzy korzystają, najczęściej wybierają gabinet prywatny. W pozostałych grupach ekonomicznych obszarów wiejskich jak i we wszystkich grupach miejskich nie zauważono zależności pomiędzy sposobem korzystania z usług stomatologicznych a pozycją materialną. Najlepiej sytuowana ludność z obszarów wiejskich nieuczęszczanie do gabinetu stomatologicznego motywuje tym, że nie ma dentysty w rejonie, co jest wybiegiem. Według obserwacji są to osoby, które w celu osiągnięcia wyższego statusu ekonomicznego poświęcają dużo czasu na pracę zawodową i niewiele go im pozostaje na dbanie o siebie.

Tabela IV-12 przedstawia sposób korzystania z usług stomatologicznych w zależności od grupy wiekowej. Ludność najstarsza (65+) najrzadziej odwiedza dentystę i to głównie w gabinecie prywatnym (Sobików, Nowa Iwiczna) lub rejonowym

(Góra Kalwaria-bloki). Dzieci (do lat 16) najczęściej leczą żeby u lekarza rejonowego (Sobików, Sobików-Parcela, Czarny Las-1, Nowa Iwiczna, Zalesie Górne, Magdalenka, Piaseczno-wille, Piaseczno-bloki, Góra Kalwaria-wille, Czachówek), bądź wcale nie leczą (Linin, Obręb, Góra Kalwaria-bloki), a tylko sporadycznie korzystają z usług stomatologa praktykującego prywatnie. Należy zauważyć, że istnieje tylko jedna miejscowość, gdzie wszystkie dzieci są pod opieką stomatologa (Piaseczno-wille). Natomiast w przypadku wszystkich pozostałych obszarów od 30 do 100% dzieci w ogóle nie korzysta z usług stomatologicznych. Ludność w wieku 17-44 i 45-64 częściej niż z wyżej omówionych grup korzysta z usług dentysty, przy czym sytuacja jest o wiele gorsza na wsi (nie uczęszcza do gabinetu stomatologicznego od 25 do 100% ludności w tym wieku) niż w mieście (od 15 do 60%).

Jeśli chodzi o grupy zawodowe na wsi (tabela IV-13), to należy stwierdzić, że najrzadziej do dentysty chodzą rolnicy, a ci, którzy chodzą, korzystają najczęściej z lecznictwa prywatnego (Czarny Las-2, Linin, Sobików-Parcela), rzadziej z lecznictwa rejonowego (Czarny Las-1, Czachówek). W przypadku niektórych miejscowości 100% rolników nie korzystało w ciągu 12 miesięcy poprzedzających przeprowadzenie ankiety z usług stomatologa (Obręb, Sobików). Ludność utrzymująca się ze źródeł pozarolniczych i dwuzawodowa korzystała z porad dentysty w sposób zróżnicowany - oprócz lecznictwa prywatnego, które dominowało, duże znaczenie miały gabinety zakładowe, rzadziej rejonowe a tylko sporadycznie spółdzielcze.

Jeśli chodzi o zależności pomiędzy grupą zawodową a sposobem korzystania z usług stomatologicznych w mieście (tabela IV-14), to daje się zauważyć, że najrzadziej do dentysty chodzą gospodynie domowe - ostatnio nie było u dentysty spośród tej grupy zawodowej od 100 do 66,6% kobiet (Zalesie Górne, Magdalenka, Piaseczno-wille, Piaseczno-bloki, Góra Kalwaria-bloki), a jeśli decydują się na wizytę, to najczęściej wybierają rejon lub gabinet prywatny. Pozostałe grupy zawodowe wybierają lecznictwo stomatologiczne bez wyraźnych zależności od grupy zawodowej, przy czym duże znaczenie dla pracowników fizycznych, umysłowych i zawodów technicznych mają gabinety w przychodniach zakładowych.

Nie zauważono żadnych zależności pomiędzy wykształceniem (tabela IV-15) a sposobem korzystania z usług dentystycznych, poza ogólną tendencją małego udziału procentowego leczących zęby na wsi i nieco większego, ale też małego, udziału procentowego leczących zęby w mieście.

Tabela IV-16 pokazuje proporcje w jakich ludność korzysta z poszczególnych typów lecznictwa. Procentowo dominuje liczba tych, którzy nie byli u dentysty w ciągu 12 miesięcy poprzedzających przeprowadzenie ankiety. Osoby, które leczą zęby, najczęściej wybierają lekarza praktykującego prywatnie (Sobików-Parcela, Czarny Las-2, Linin, Nowa Iwiczna, Zalesie Górne, Magdalenka, Piaseczno-wille, Góra Kalwaria-wille, Konstancin-błoki, Konstancin-wille). Najczęściej motywują to lepszymi środkami z których wykonywane są plomby, brakiem lekarza rejonowego, a często nie potrafili podać konkretnej przyczyny, dla której zrezygnowali z leczenia bezpłatnego i udali się do stomatologa prywatnego. Rzadziej korzystano z lecznictwa rejonowego, które dominowało w Czarnym Lesie-1, Piasecznie-błokach i Górze Kalwarii-błokach oraz zakładowego - Obręb i Czachówek. Lecznictwo stomatologiczne spółdzielcze jest jedynie w kilku obszarach uzupełnieniem innych typów leczenia.

* * *

Podsumowując można stwierdzić, że od dostępności przestrzennej zależy jaki odsetek ludności korzysta z usług stomatologicznych. Osoby zamieszkujące na wsi, gdzie jest mała dostępność przestrzenna usług stomatologicznych i trudny do nich dostęp, udają się do gabinetu dentystycznego rzadziej niż ludność zamieszkująca w mieście, gdzie również spory odsetek nie korzysta z żadnego typu lecznictwa stomatologicznego.

Czynniki społeczne mające wpływ na sposób korzystania z usług dentystycznych to: płeć, wiek, grupa ekonomiczna, grupa zawodowa, natomiast żadnego znaczenia nie odgrywa wykształcenie.

Płeć. Kobiety zarówno na obszarach wiejskich jak i miejskich częściej leczą zęby, przy czym z gabinetu prywatnego na wsi częściej korzystają kobiety a w mieście - mężczyźni.

Wiek. Najbardziej z usług stomatologicznych korzysta ludność najstarsza (65+), zarówno w mieście jak i na wsi. Dzieci (do lat 16) udają się głównie do lekarza rejonowego. Osoby ze średnich grup wiekowych korzystają z różnych typów usług, przy czym odsetek leczących się w tych przedziałach wiekowych jest o wiele większy w mieście niż na wsi.

Grupa ekonomiczna. Osoby zakwalifikowane do I grupy ekonomicznej z obszarów wiejskich najbardziej korzystają z usług stomatologa, pozostałe grupy ekonomiczne na wsi jak i wszystkie z obszarów miejskich korzystają z różnych typów usług.

Grupa zawodowa. Na wsi do dentysty najbardziej chodzą rolnicy. W miastach z usług stomatologicznych w zakładzie pracy najczęściej korzystają pracownicy fizyczni, umysłowi i zawody techniczne.

3. Analizy lekarskie

Tabele IV-17 do IV-23 przedstawiają sposób korzystania z usług analitycznych. Na uwagę zasługuje fakt, iż w przypadku większości miejscowości duży odsetek ludności (40-80%) w ciągu 12 miesięcy poprzedzających przeprowadzenie ankiety nie wykonywał żadnych analiz lekarskich (tab. IV-17). Zależności przestrzenne pomiędzy zagadnieniami społecznymi w poszczególnych obszarach mieszkaniowych a miejscem wykonywania analiz lekarskich są minimalne. W przypadku obszarów wiejskich (tab. IV-18) z laboratoriów rejonowych najczęściej korzystali rolnicy (ze wszystkich obszarów oprócz Czachówka 100% rolników, którzy wykonywali badania analityczne udalo się do laboratoriów rejonowych). Nierolnicy i dwuzawodowi również w dużym stopniu korzystali z laboratoriów rejonowych (25-100%), ale także z zakładowych i odpłatnych. W przypadku obszarów miejskich (tab. IV-19) trudno wyróżnić grupy zawodo-

we częściej korzystające z poszczególnych typów laboratoriów, ale można stwierdzić, że ludność miejska rzadziej niż wiejska uczęszcza na badania analityczne do rejonu, ale częściej niż mieszkańcy wsi wykonuje analizy lekarskie odpłatnie. Sposób korzystania z usług analitycznych nie zależy od grupy ekonomicznej (tab.IV-21), płci (tab.IV-23) i wykształcenia (tab.IV-20). Natomiast w przypadku grup wiekowych (tab.IV-22) można stwierdzić, że ludność najmłodsza (do lat 16) najczęściej korzysta z punktu pobrań w rejonie - wyjątek stanowi Czachówek, gdzie 100% dzieci przeprowadziło analizy odpłatnie.

Warto zaznaczyć, że w przypadku analiz lekarskich obszary wiejskie mają podobną ale dużo mniejszą niż miasta dostępność przestrzenną punktów pobrań. Najbliższy punkt pobrań dla Czarnego Lasu, Sobikowa, Obrębu i Linina znajduje się w Górze Kalwarii a dla Czachówka i Nowej Iwicznej w Piasecznie. Obszary miejskie (Piaseczno, Konstancin-Jeziorna i Góra Kalwaria) posiadają laboratoria na swoim terenie. Przy czym w Piasecznie wykonuje się wszystkie badania analityczne a w Górze Kalwarii i Konstancinie tylko podstawowe. Pozostałe badania z rejonu Góry Kalwarii i Konstancina-Jeziorny pacjenci wykonują w Piasecznie.

* * *

Badania analityczne najczęściej wykonywano w laboratoriach rejonowych, potem zakładowych a najrzadziej w odpłatnych punktach pobrań. Jednak są miejscowości, gdzie proporcje te są odwrotne (Czachówek: odpłatnie - 29,41%, zakład - 23,53%, rejon - 5,88%). W czasie rozmów z respondentami zaobserwowano opinię, że analizy najczęściej wykonuje się w punktach najbardziej dostępnych, niezależnie od opłat. Wykonujący badania analityczne odpłatnie najczęściej motywowali to większą dokładnością wyników oraz szybkością ich otrzymania.

Spośród czynników społecznych zaznaczył się jedynie wpływ grupy zawodowej na obszarze wiejskim, gdzie ludność rolnicza wykonywała analizy lekarskie tylko w rejonie.

4. Usługi lekarskie pozainternistyczne

Ginekolog był najczęściej odwiedzanym lekarzem spośród wszystkich lekarzy specjalistów nieinternistów (37 osób). Najczęściej wybierano lekarza rejonowego (18 osób) i prywatnego (15 osób) a tylko sporadycznie lekarza zakładowego (4 osoby) i przyjmującego w spółdzielni (1 osoba) (tab.IV-24). Przy czym nie ma zależności pomiędzy typem obszaru a formą wybranego leczenia, kobiety zarówno z miasta jak i ze wsi w równym stopniu korzystały z porad ginekologicznych w gabinetach prywatnych i rejonowych. Zrezygnowanie z bezpłatnej opieki ginekologicznej najczęściej motywowane było lepszą jakością usług prywatnych. Dodać należy, że na terenie działania ZOZ-u Piaseczno bardziej dostępny jest lekarz ginekolog przyjmujący w rejonie, gdyż czas oczekiwania na wizytę jest tam krótszy niż u ginekologów praktykujących prywatnie. A więc pomimo lepszego dostępu do ginekologa przyjmującego w przychodni rejonowej równie często wybierano lekarza prywatnego.

Kardiolog. Z usług kardiologa korzystały 23 osoby, zarówno ze wsi (11 osób) jak i miast (12 osób) (tab.IV-25). Jedni jak i drudzy częściej korzystali z lecznictwa odpłatnego (wieś - 3 wizyty prywatne i 3 w spółdzielni, miasto - 6 prywatnych i 2 w spółdzielni) niż rejonowego (wieś - 3, miasto - 4) i zakładowego (wieś - 2, miasto - 0). Korzystający z usług kardiologa prywatnie, podobnie jak w przypadku usług ginekologicznych, motywowali to lepszą opieką lekarską.

Okulista. Z usług lekarza okulisty (23 porady) częściej korzystali mieszkańcy miast (18 porad) niż wsi (5 porad) (tab.IV-26). Na obszarach miejskich dominowało lecznictwo okulistyczne prywatne (8 porad) i spółdzielcze (5 porad), a z usług okulisty rejonowego skorzystały tylko 3 osoby. Jeśli chodzi o tereny wiejskie, to najczęściej udawano się do okulisty praktykującego w rejonie (3 osoby), rzadziej w przychodni zakładowej (1 osoba) i prywatnie (1 osoba).

Chirurg. Z porad chirurgicznych częściej korzystała ludność miast niż wsi (tab.IV-27). Z obszarów miejskich do chirurga udało się 14 osób, (13 do rejonu i 1 do przychodni za-

kladowej), natomiast z obszarów wiejskich tylko 3 osoby (po jednej w lecznictwie rejonowym, zakładowym i prywatnym). Ogólnie rzecz biorąc, w przypadku porad chirurgicznych dominowało lecznictwo rejonowe.

Laryngolog. U laryngologa leczyło się 12 osób, z czego tylko 2 osoby ze wsi a 10 z miast (tab.IV-28). Częściej korzystano z lecznictwa odpłatnego. Obydwie wizyty z obszarów wiejskich odbyły się u lekarza rejonowego a ludność z obszarów miejskich leczyła się głównie prywatnie (5 porad) a rzadziej w spółdzielni (2 porady), przychodni przyzakładowej (2 porady) i w rejonie (1 porada).

Reumatolog. Do reumatologa (7 wizyt) udawali się tylko mieszkańcy wsi, wybierając w większości przypadków lecznictwo prywatne (5 wizyt), rzadziej rejonowe i zakładowe (po jednej wizycie) (tab.IV-29). Analiza pod względem zróżnicowania zawodowego osób leczących się na choroby reumatyczne wykazała, że są to w większości rolnicy.

Pomoc doraźna. Zarówno z usług pogotowia ratunkowego jak i porad na "ostrym dużurze" częściej korzystali mieszkańcy miast (odpowiednio 8 i 7 razy) niż mieszkańcy wsi (po jednym razie w obu przypadkach) (tab.IV-30).

Pozostałe specjalności. Możemy zauważyć, że z pięciu na dziesięć specjalności (dermatolog, ortopeda, ortodonta, endokrynolog, alergolog) częściej korzysta ludność miejska, w dwu przypadkach (neurolog, lekarz chorób wewnętrznych) jest równy udział ludności miejskiej i wiejskiej, a tylko u ziołiarza, psychiatry i znachora częściej bywają mieszkańcy wsi (tabela IV-31).

* * *

Na podstawie analizy sposobu korzystania z usług lekarskich pozainternistycznych, nasuwa się wniosek, iż ludność wiejska w większości ogranicza się do lekarza pierwszego kontaktu, natomiast mieszkańcy miast częściej korzystają z usług lekarzy specjalistów. Ludność wiejska dominuje tylko u reuma-

tologa, a w równej mierze co miasto korzysta z usług kardiologa i ginekologa.

Mieszkańcy miast wybierają częściej leczenie odpłatne, natomiast ludność wiejska głównie rejonowe (wyluczając reumatologa i ginekologa).

Można stwierdzić, że mniejsza dostępność przestrzenna specjalistycznych usług lekarskich dla obszarów wiejskich ogranicza udział ludności wiejskiej w tych usługach.

PODSUMOWANIE

Niniejsze badanie potwierdziło wcześniejszą tezę (Powęska 1986), że wpływ dostępności przestrzennej na sposób korzystania z usług medycznych jest odwrotnie proporcjonalny do tej dostępności. Wraz ze zmniejszającą się dostępnością przestrzenną czynnik przestrzeni zaczyna odgrywać większą rolę, a wraz ze zwiększającą się dostępnością przestrzenną sposób korzystania z usług medycznych jest coraz bardziej zróżnicowany. Obszary o dużej dostępności przestrzennej rejonowej służby zdrowia a jednocześnie małej dostępności innych form leczenia charakteryzują się dużym odsetkiem ludności korzystającej z usług lekarskich w rejonie. Usługi te, w miarę zmniejszającej się ich dostępności a jednocześnie zwiększającej się dostępności innych typów usług zdrowotnych, tracą swe znaczenie na rzecz leczenia prywatnego i zakładowego. W miarę zwiększania się dostępności przestrzennej zarówno rejonowej jak i odpłatnej (głównie prywatnej) służby zdrowia, sposób korzystania z usług lekarskich jest bardziej zróżnicowany i nie wykazuje związków przestrzennych. Mały odsetek osób korzystających ze spółdzielczej służby zdrowia potwierdza powyższą tezę, gdyż dostępność przestrzenna na badanym terenie tej formy leczenia jest mała (najbliższa spółdzielnia lekarska znajduje się w Warszawie).

Czynniki społeczne wzięte pod uwagę w inny sposób oddziałują na badane zagadnienia na terenie wiejskim a inaczej w mieście. Jeśli chodzi o teren miejski to dużą rolę przy wyborze typu lecznictwa odgrywa wykształcenie. Ludność z wykształceniem wyższym korzysta głównie z lecznictwa prywatnego, z wykształceniem średnim - z różnych typów usług lekarskich, a z wykształceniem podstawowym i zawodowym głównie z usług lekarza rejonowego. Natomiast na wsi niezależnie od wykształcenia korzystano głównie z usług lekarza najbardziej dostępnego pod względem przestrzennym. Wykazano ścisłą zależność korzystania z najbardziej dostępnych usług medycznych w przypadku ludności najstarszej i najmłodszej z terenów wiejskich. Ludność ze średnich grup wiekowych ze wsi i wszystkich grup wiekowych z miast nie wykazuje żadnych związków pomiędzy sposobem korzystania z usług medycznych a przestrzenią i korzysta z różnych form leczenia. Zależności pomiędzy grupą zawodową a sposobem korzystania z pomocy lekarskiej są minimalne i polegają głównie na ograniczeniach i udogodnieniach instytucjonalnych. Badanie nie wykazało związku pomiędzy grupą ekonomiczną a wyborem typu lecznictwa. Ocena własnego stanu zdrowia wpływa na zróżnicowanie sposobu korzystania z usług lekarskich, gdyż osoby czujące się źle poszukują, według ich mniemania, najwłaściwszej drogi wyleczenia, często opierając się na opinii jaką cieszy się lekarz, do którego się kierują, niezależnie od miejsca przyjęć. W tym przypadku daje o sobie znać czynnik nieporównywalny dla różnych obszarów, a jednocześnie w zasadniczy sposób wpływający na preferencje ludności, a mianowicie zaufanie do umiejętności lekarskich. Jeśli chodzi o osoby ostatecznie nie będące u lekarza, to są to częściej mieszkańcy wsi niż miast, przeważnie mężczyźni, oceniający stan swojego zdrowia jako dobry i bardzo dobry, rzadziej niezbyt dobry, przeważają ludzie młodzi (17-44), zamieszkujący głównie obszary o małej dostępności przestrzennej usług medycznych.

W przypadku usług stomatologicznych wykazano związek pomiędzy dostępnością przestrzenną tych usług a leczeniem bądź nie leczeniem zębów. Obszary o małej dostępności usług stomatologicznych w zdecydowanej większości charakteryzują się dużym odsetkiem ludności nieleczącej zębów. Osoby te zaopiniowały najczęściej stan swojego uzębienia jako zły. Najrzadziej

do dentysty chodzą rolnicy na wsi. W mieście zróżnicowanie zawodowe nie wykazuje związków ani z odsetkiem leczących zęby ani z typem preferowanego lecznictwa. Pod względem grupy ekonomicznej wykazano, że na wsi najrzadziej leczą zęby osoby najbogatsze (rolnicy, mający mało czasu), w mieście brak jest powiązań pomiędzy statusem majątkowym a typem gabinetu stomatologicznego. Najrzadziej do dentysty chodzą osoby najstarsze, zarówno w mieście jak i na wsi. Dzieci najczęściej uczęszczają do gabinetów rejonowych. Ludność ze średnich grup wiekowych korzysta z różnych typów usług stomatologicznych, przy czym odsetek ludności wiejskiej leczącej zęby z tych grup wiekowych jest o wiele mniejszy niż w mieście. Kobiety częściej niż mężczyźni chodzą do dentysty. Na obszarach wiejskich z gabinetu prywatnego częściej korzystają kobiety a w miastach mężczyźni.

Badania analityczne częściej wykonuje ludność miejska niż wiejska. Zagadnienia społeczne nie wykazały większych związków z miejscem wykonywania analiz, można jedynie stwierdzić, że mieszkańcy miast częściej wykonywali analizy odpłatnie a mieszkańcy wsi częściej w rejonie.

Jeśli chodzi o usługi lekarskie nieinternistyczne to można stwierdzić, że mieszkańcy wsi w większości przypadków ograniczają się do wizyty u lekarza pierwszego kontaktu a mieszkańcy miast w dużo większym stopniu korzystają z usług specjalistycznych. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być zróżnicowanie dostępności przestrzennej tych usług pomiędzy miastem a wsią. Ale nie bez znaczenia jest fakt, że lekarze przyjmujący w wiejskich ośrodkach zdrowia rzadko kierują chorego do przychodni specjalistycznej, a mała kultura medyczna pacjenta i jego rodziny utrudnia poszukiwanie innej formy leczenia.

Reasumując, można stwierdzić, że preferowaną formą pomocy lekarskiej obszarów o mniejszej odległości od lekarza rejonowego i większej dostępności przestrzennej do niego, a jednocześnie małej dostępności przestrzennej innych form pomocy lekarskiej, jest rejonowa służba zdrowia. Mniejsze znaczenie posiada zakładowa i prywatna służba zdrowia, które w miarę zwiększania się odległości od lekarza rejonowego i zmniejszania się dostępności przestrzennej lekarza rejonowego nabiera-

ją coraz większego znaczenia. Gdy zwiększa się dostępność przestrzenna innych form usług lekarskich, różnicują się preferencje ludności i nie układają się w jakiegokolwiek prawidłowości. Generalnie można uznać przestrzeń za główny determinant przyjętej formy leczenia na terenach o małej dostępności, natomiast w miarę zwiększania się jej, większą rolę odgrywają indywidualne motywacje.

LITERATURA

- Burn S.L., Golob T., 1976, The role of accessibility in basic transportation choice behaviour, *Transportation*, 5, 463-479.
- Curtis S., 1988, Intra-urban variations in health and health care: the comparative need for health care survey of Tower Hamlets and Redbridge, vol. I, *Adult Morbidity and Service Use*, Queen Mary College.
- Domański R., 1982, *Teoretyczne podstawy geografii ekonomicznej*, Warszawa PWE.
- Girt J.L., 1973, The location of medical services and disease ecology - some conclusions on the effect of distance on medical consultation in a rural environment, *Geographia Medica*, 2, 43-62.
- Grochowski M., 1988, Rejonizacja służby zdrowia a dostępność usług medycznych. Praca doktorska, Wydział Geografii i Studiów Regionalnych UW.
- Halik J., 1984, Zachowania nieformalne w sformalizowanym systemie - style leczenia się w Warszawie. Praca doktorska, Instytut Socjologii PAN
- Joseph A.E., Phillips D.R., 1984, *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*, New York.
- Kasl S., Cobb S., 1966, Health behaviour, illness behaviour and sick behaviour; *Archives of Environmental Health*, 12.
- Kowalczyk A., 1987, Accessibility and availability of health care services in rural areas of Poland: a case study of the Sierpc medical district, *Geographia Medica*, 17, 47-61.
- Kowalczyk A., Grochowski M., 1987, Organizacja przestrzenna placówek służby zdrowia w Warszawie a poziom dostępności usług medycznych [w:] B. Jałowiecki (red.) *Problemy rozwoju regionalnego i lokalnego*, *Studia z Gospodarki Przesztrzennej*.
- Mackiewicz M., 1983, Zróżnicowanie przestrzenne możliwości korzystania z opieki zdrowotnej przez ludność wiejską, *Biuletyn KPZK PAN, Wieś Polska 2000*, II, 39-52.
- Mayhew L., Leonardi G., 1981, Equity, efficiency and accessibility in urban and regional health care systems.

- International Institute for Applied Systems Analysis,
Laxenburg, Austria.
- Mazurkiewicz L., Malczewski J., Powęska H., 1987, Przestrzen-
na organizacja usług zdrowotnych na tle struktury demogra-
ficznej oraz zjawiska umieralności, maszynopis, archiwum
IGiPZ PAN.
- Moseley M.J., 1979, Accessibility: the rural challenge,
London, Methuen.
- Ostrowska A., 1980, Elementy kultury zdrowotnej społeczeńs-
twa polskiego, OBOPiSP Warszawa.
- Potrykowski M., 1986, Dostępność przestrzenna: koncepcje i
metody badawcze, maszynopis, archiwum IGiPZ PAN.
- Potrzeby zdrowotne mieszkańców Warszawy, ankieta, Komisja
Zdrowia Komitetu Badań i Prognoz Polska 2000 PAN, Instytut
Medycyny Społecznej AM w Warszawie.
- Powęska H., 1988, Społeczno-przestrzenne uwarunkowania sposo-
bu korzystania z usług medycznych, maszynopis, archiwum,
IGiPZ PAN.
- Sokolowska M., 1966, Socjologia medycyny, PZWL Warszawa.
- Taylor Z., 1981, How to improve accessibility in rural areas?
Wissenschaftliche Mitteilungen, 20, Institut für Geogra-
phie und Geoökologie der Akademie der Wissenschaften der
DDR.
- Titkow A., 1983, Zachowania i postawy wobec zdrowia i choro-
by, PWN Warszawa.

SPIS TABEL

- Tab.II-1. Liczba respondentów
- Tab.II-2. Wiek respondentów
- Tab.II-3. Zróżnicowanie respondentów pod względem płci
- Tab.II-4. Zróżnicowanie respondentów pod względem stanu cywilnego
- Tab.II-5. Wykształcenie respondentów
- Tab.II-6. Status ekonomiczny respondentów
- Tab.II-7. Struktura zawodowa ludności wiejskiej
- Tab.II-8. Struktura zawodowa ludności miejskiej
- Tab.II-9. Palenie papierosów
- Tab.III-1. Dostępność przestrzenna preferowanej formy pomocy medycznej
- Tab.III-2. Dostęp do lekarza
- Tab.III-3. Dostępność przestrzenna preferowanej formy pomocy stomatologicznej
- Tab.III-4. Dostęp do stomatologa
- Tab.III-5. Dostępność przestrzenna aptek, dostęp do leków i możliwość ich zakupu
- Tab.III-6. Stopień telefonizacji
- Tab.IV-1. Sposób korzystania z usług lekarskich a ocena stanu swojego zdrowia przez respondenta
- Tab.IV-2. Sposób korzystania z usług lekarskich a grupa ekonomiczna
- Tab.IV-3. Sposób korzystania z usług lekarskich a wykształcenie
- Tab.IV-4. Sposób korzystania z usług lekarskich a wiek
- Tab.IV-5. Sposób korzystania z usług lekarskich a grupa zawodowa - obszar wiejski
- Tab.IV-6. Sposób korzystania z usług lekarskich a grupa zawodowa - obszar miejski
- Tab.IV-7. Osoby nie będące u lekarza w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie
- Tab.IV-8. Sposób korzystania z usług lekarskich ogółem
- Tab.IV-9. Proporcja osób leczących się do nie leczących się u stomatologa
- Tab.IV-10. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a płeć

- Tab.IV-11. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a grupa ekonomiczna
- Tab.IV-12. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a wiek
- Tab.IV-13. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a grupa zawodowa - obszary wiejskie
- Tab.IV-14. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a grupa zawodowa - obszary miejskie
- Tab.IV-15. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a wykształcenie
- Tab.IV-16. Sposób korzystania z usług stomatologicznych ogółem
- Tab.IV-17. Sposób korzystania z usług analitycznych ogółem
- Tab.IV-18. Sposób korzystania z usług analitycznych a grupa zawodowa - obszary wiejskie
- Tab.IV-19. Sposób korzystania z usług analitycznych a grupa zawodowa - obszary miejskie
- Tab.IV-20. Sposób korzystania z usług analitycznych a wykształcenie
- Tab.IV-21. Sposób korzystania z usług analitycznych a grupa ekonomiczna
- Tab.IV-22. Sposób korzystania z usług analitycznych a wiek
- Tab.IV-23. Sposób korzystania z usług analitycznych a płeć
- Tab.IV-24. Sposób korzystania z usług lekarskich ginekologicznych
- Tab.IV-25. Sposób korzystania z usług lekarskich kardiologicznych
- Tab.IV-26. Sposób korzystania z usług lekarskich okulistycznych
- Tab.IV-27. Sposób korzystania z usług lekarskich chirurgicznych
- Tab.IV-28. Sposób korzystania z usług lekarskich laryngologicznych
- Tab.IV-29. Sposób korzystania z usług lekarskich reumatologicznych
- Tab.IV-30. Pomoc doraźna
- Tab.IV-31. Liczba porad u lekarzy pozostałych specjalności i u innych osób prowadzących praktykę lekarską

Tabela II-1. Liczba respondentów

Obszar mieszkaniowy	Liczba osób ankietowanych		Liczba osób, które odmówiły wzięcia udziału w ankiecie
	ankiety ważne	ankiety nieważne	
Sobików	11	2	0
Sobików - Parcela	13	3	0
Obręb	14	1	1
Czarny Las - 2	21	1	2
Czarny Las - 1	17	1	1
Czachówek	17	2	0
Linin	16	4	0
Nowa Iwiczna	28	2	4
Zalesie Górne	27	3	3
Magdalena	20	1	7
Piaseczno - bloki	21	3	0
Piaseczno - wille	26	4	2
Góra Kalwaria - bloki	28	4	3
Góra Kalwaria - wille	24	2	4
Konstancin - bloki	20	1	0
Konstancin - wille	10	2	17
RAZEM:	303	36	44

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela II-2. Wiek respondentów (%)

Obszar mieszkaniowy	Grupy wiekowe			
	do 16	17 - 44	45 - 64	65 +
Sobików	18,18	54,55	18,18	9,09
Sobików - Parcela	15,38	61,54	23,08	
Obręb	21,42	28,57	28,58	21,42
Czarny Las - 2	28,57	42,86	23,81	4,76
Czarny Las - 1	29,41	41,18	23,53	5,98
Czachówek	17,65	47,06	23,53	11,76
Linin	18,75	37,50	37,50	6,25
Nowa Iwiczna	28,57	57,14		14,29
Zalesie Górne	25,93	33,33	33,33	7,41
Magdalena	40,00	55,00	5,00	
Piaseczno - bloki	47,62	33,33	14,29	4,76
Piaseczno - wille	15,38	42,31	39,46	3,85
Góra Kalwaria - bloki	7,14	35,71	53,57	3,58
Góra Kalwaria - wille	25,00	37,50	33,33	4,17
Konstancin - bloki	45,00	35,00	20,00	
Konstancin - wille	30,00	20,00	10,00	40,00

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela II-3. Zróżnicowanie respondentów pod względem płci (%)

Obszar mieszkaniowy	Kobiety	Mężczyźni
Sobików	54,55	45,45
Sobików - Parcela	46,15	53,85
Obręb	50,00	50,00
Czarny Las - 2	42,86	57,14
Czarny Las - 1	44,44	55,56
Czachówek	41,18	58,82
Linia	43,75	56,25
Nowa Iwiczna	35,71	64,29
Zalesie Górne	59,26	40,74
Magdalena	60,00	40,00
Piaseczno - bloki	57,14	42,86
Piaseczno - wille	44,44	55,56
Góra Kalwaria - bloki	51,85	48,15
Góra Kalwaria - wille	54,17	45,83
Konstancin - bloki	70,00	30,00
Konstancin - wille	50,00	50,00

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela II-4. Zróżnicowanie respondentów pod względem stanu cywilnego (%)

Obszar mieszkaniowy	Panna kawaler	Zamężna żona	Rozwidzielony wdowa, wdowiec
Sobików		81,82	18,18
Sobików - Parcela		69,23	30,77
Obręb	14,29	71,43	14,29
Czarny Las - 2	4,76	95,24	
Czarny Las - 1	5,88	70,59	23,53
Czachówek	17,65	76,47	5,88
Linia	6,25	87,50	6,25
Nowa Iwiczna	3,57	85,71	10,72
Zalesie Górne	3,70	81,48	14,82
Magdalena	5,00	95,00	
Piaseczno - bloki	14,29	76,19	9,52
Piaseczno - wille	14,81	74,07	11,12
Góra Kalwaria - bloki	21,43	71,43	7,14
Góra Kalwaria - wille	12,50	79,17	8,33
Konstancin - bloki		75,00	25,00
Konstancin - wille		80,00	20,00

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela II-5. Wykształcenie respondentów (%)

Obszar mieszkaniowy	Podstawowe	Zawodowe	Srednie	Wyzsze
Sobików	18,18	45,46	36,36	
Sobików - Parcela	45,15	53,85		
Obręb	57,14	21,43	21,43	
Czarny Las - 2	38,10	42,86	19,05	
Czarny Las - 1	52,94	29,42	11,76	5,88
Czachówek	41,18	11,76	47,06	
Linia	43,75	12,50	43,75	
Nowa Iwiczna	21,43	28,57	35,71	14,29
Zalesie Górne	14,82	22,22	33,33	29,63
Magdalena	5,00	10,00	75,00	10,00
Piasieczno - bloki	14,29	23,81	57,14	4,76
Piasieczno - wille	18,52	22,22	44,44	14,52
Góra Kalwaria - bloki		17,86	75,00	7,14
Góra Kalwaria - wille	8,34	37,50	37,50	16,66
Konstancin - bloki		25,00	60,00	15,00
Konstancin - wille		50,00	50,00	

źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela II-6. Status ekonomiczny respondentów (%)

Obszar mieszkaniowy	I	II	III	IV
Sobików		36,36	27,28	36,36
Sobików - Parcela	7,69	15,38	69,23	7,70
Obręb		7,14	14,29	78,57
Czarny Las - 2	9,52	23,81	42,86	23,81
Czarny Las - 1	5,88	17,65	11,76	64,71
Czachówek	70,59	17,65	11,76	
Linia	43,75	43,75	12,50	
Nowa Iwiczna	28,57	42,86	28,57	
Zalesie Górne	22,22	22,22	55,56	
Magdalena	85,00	10,00	5,00	
Piasieczno - bloki	9,51	4,76	85,72	
Piasieczno - wille	14,81	14,81	70,38	
Góra Kalwaria - bloki	17,86		82,14	
Góra Kalwaria - wille	16,67	50,00	33,33	
Konstancin - bloki		10,00	90,00	
Konstancin - wille		20,00	30,00	50,00

źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela 11-7. Struktura zawodowa ludności wiejskiej (%)

Obszar mieszkaniowy	Polnicy	Dwu-zawodowi	Wierolnicy
Sobików	9,09	36,36	54,44
Sobików - Parcela	53,85	38,46	7,69
Ohreń	42,86	21,43	35,71
Czarny Las - 2	33,33	33,33	33,33
Czarny Las - 1	35,30	11,76	52,94
Czachów-k	11,76		88,24
Linin	87,50	12,50	
Nowa Iwiczna	42,86		57,14

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela 11-8. Struktura zawodowa ludności wiejskiej

Obszar	Rollnicy	Rzemieślnicy	Pracownicy umysłowi	Inteligencja	Zawody techniczne	Pracownicy fizyczni	Emeryci	Gospodynie domowe
Zalesie Górne		14,81	3,70	25,94	7,41	22,22	22,22	3,70
Magdalena	5,00	40,00	15,00	15,00	5,00	10,00		10,00
Plaszczo - bloki	14,29	9,52	38,10		4,76	14,29	9,52	9,52
Plaszczo - wille	7,41	11,11	33,33	18,52	7,41	18,52		3,71
Góra Kalwaria - bloki		3,57	28,57	21,43	17,86	17,86		10,71
Góra Kalwaria - wille	20,83	16,67	4,17	4,17	4,16	16,67	8,33	25,00
Konstancin - bloki		5,00	55,00	15,00		20,00	5,00	
Konstancin - wille			20,00			50,00	20,00	10,00

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela 11-9. Palenie papierosów (%)

Obszar mieszkaniowy	Osoby palące	Osoby niepalące
Sobików	18,18	81,82
Sobików - Parcela	53,95	46,15
Ohręb	14,29	85,61
Czarny Las - 2	19,15	80,95
Czarny Las - 1	29,41	70,59
Czachówek	29,41	70,59
Linin	25,00	75,00
Nowa Iwiczna	14,29	85,61
Zalesie Górne	3,85	96,15
Magdalena	35,00	65,00
Piaseczno - bloki	9,52	90,48
Piaseczno - wille	23,08	66,92
Góra Kalwaria - bloki	14,29	85,61
Góra Kalwaria - wille	33,33	66,67
Konstancin - bloki	20,00	80,00
Konstancin - wille	60,00	40,00

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela III-1. Dostępność przestrzenna preferowanej formy pomocy lekarskiej

Obszar mieszkalniowy	Służba zdrowia							
	rejonowa		zakładowa		spółdzielcza		prywatna	
	minuty	forma dotarcia	minuty	forma dotarcia	minuty	forma dotarcia	minuty	forma dotarcia
Sobików	41	pieszo autobus	35*	pieszo komunikacja miejska			120	samochód
Sobików - Parcela	19	pieszo					60	samochód
Obręb	40	pieszo	35*	komunikacja miejska			150	autobus pociąg
Czarny Las - 2	21	samochód rower pieszo	27*	komunikacja miejska				
Czarny Las - 1	32	samochód rower	120	pociąg			60	autobus
Crachówek	43	pociąg samochód	26*	komunikacja miejska	120	pociąg	30	pociąg
Linia	12	samochód					40	samochód

Nowa Iwiczna	47	pociąg samochód	40	samochód	68	samochód	20	samochód
Zalesie Górne	30	pieszo rower					15	samochód
Magdalena	17	pieszo	10*	komunikacja miejska			16	samochód
Plaszczyno - bloki	21	pieszo					20	pieszo
Plaszczyno - wille	45	komunikacja miejska	47	komunikacja miejska	30	samochód	36	samochód
Góra Kalwaria - bloki	38	pieszo	24*	komunikacja miejska	60	autobus	60	autobus
Góra Kalwaria - wille	16	pieszo	10*	pieszo	120	autobus	60	samochód
Konstancin - bloki	40	komunikacja miejska	3*	pieszo	20	autobus	30	autobus
Konstancin - wille	36	komunikacja miejska						

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

* - czas dotarcia do gabinetu od miejsca pracy

Tabela III-2. Dostęp do lekarza (min.)

Obszar mieszkaniowy	Lecznictwo			
	rejonowe	zakładowe	spółdzielcze	prywatne
Sobików	56	30		180
Sobików - Parcela	77			410
Obręb	77	45		90
Czarny Las - 2	63	40		
Czarny Las - 1	63	105		60
Czarcówek	73	43	30	30
Linia	42			74
Nowa Iwiczna	75	80	100	30
Zalesie Górne	46			30
Magdalena	53	60		30
Piaseczno - bloki	68			30
Piaseczno - wille	109	94	30	84
Góra Kalwaria - bloki	95	30	30	60
Góra Kalwaria - wille	60	30	150	47
Konstancin - bloki	88	30	140	60
Konstancin - wille	57			

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela III-3. Dostępność przestrzenna preferowanej formy pomocy stomatologicznej (min.)

Obszar mieszkaniowy	Lecznictwo			
	rejonowe	zakładowe	spółdzielcze	prywatne
Sobików	20	60		53
Sobików - Parcela	60			120
Obręb		15		70
Czarny Las - 2	15	90		48
Czarny Las - 1	52		90	60
Czarcówek	60	18	120	30
Linia	20			20
Nowa Iwiczna	52	8	60	45
Zalesie Górne	28	10	120	26
Magdalena	14	15		48
Piaseczno - bloki	14	26		3
Piaseczno - wille	34	31		28
Góra Kalwaria - bloki	23	13		32
Góra Kalwaria - wille	15	10		24
Konstancin - bloki	30	15		60
Konstancin - wille				20

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela III-4. Dostęp do stomatologa (min.)

Obszar mieszkaniowy	Lecznictwo			
	rejonowe	zakładowe	spółdzielcze	prywatne
Sobików	30	30		15
Sobików - Parcela	120			38
Obręb		0		0
Czarny Las - 2	10	23		60
Czarny Las - 1	34		15	0
Czachówek	20	15	60	15
Linia	60			18
Nowa Iwiczna	20	7	60	73
Zalesie Górne	25	5	40	14
Magdalena	105	5		18
Piaseczno - bloki	44	35		5
Piaseczno - wille	78	15		42
Góra Kalwaria - bloki	110	18		25
Góra Kalwaria - wille	120	30		18
Konstancin - bloki	140	7		20
Konstancin - wille				35

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela III-5. Dostępność przestrzenna aptek, dostęp do leków i możliwość ich zakupu

Obszar mieszkaniowy	Dostępność przestrzenna aptek min	Dostęp do leków min	Zakup leków		Inne formy nabywania leków %
			bez trudności %	po odwiedzeniu kilku aptek %	
Sobików	75	30	45,45	45,45	9,10
Sobików - Parcela	92	29	33,33	60,00	16,67
Obręb	89	30	70,00	30,00	
Czarny Las - 2	88	26	84,21	10,53	5,26
Czarny Las - 1	193	22	30,77	61,54	7,69
Czachówek	60	31	45,45	54,55	
Linia	40	19	53,85	30,77	15,38
Nowa Iwiczna	54	32	26,93	63,07	
Zalesie Górne	60	33	43,75	25,00	31,25
Magdalena	54	18	41,18	41,18	17,64
Piaseczno - bloki	54	21	47,06	52,94	
Piaseczno - wille	44	44	34,78	60,87	4,35
Góra Kalwaria - bloki	65	32	52,17	30,43	17,39
Góra Kalwaria - wille	62	35	37,50	33,33	29,17
Konstancin - bloki	118	60	20,00	60,00	20,00
Konstancin - wille	91	38	44,44	55,56	

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela III-6. Stopień telefonizacji

Obszar mieszkaniowy	Osoby ankietowane	
	posiadające telefon	nie posiadające telefonu
Sobików		100,00
Sobików - Parcela		100,00
Obręb	7,14	92,86
Czarny Las - 2		100,00
Czarny Las - 1		100,00
Czachówek		100,00
Linia		100,00
Nowa Iwiczna	32,14	67,86
Zalesie Górne	15,93	74,07
Magdalena	5,00	95,00
Piasczno - bloki	4,76	95,24
Piasczno - wille	51,85	48,15
Góra Kalwaria - bloki	3,57	96,43
Góra Kalwaria - wille	37,50	62,50
Konstancin - bloki	40,00	60,00
Konstancin - wille		100,00

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-1. Sposób korzystania z usług lekarskich (%) a ocena stanu swojego zdrowia przez respondenta

Obszar mieszka- niowy	Stan zdrowia	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
1		2	3	4	5
Sobików					
	bardzo dobry	100			
	dobry	66,67			33,33
	niezbyt dobry	75	25		
	zły				
Sobików - Parcela					
	bardzo dobry				
	dobry	100			
	niezbyt dobry	57,14			42,86
	zły				100
Czarny Las - 2					
	bardzo dobry		100		
	dobry	100			
	niezbyt dobry	55,56	33,33		11,11
	zły	100			
Czarny Las - 1					
	bardzo dobry	100			
	dobry	50	37,5		12,5
	niezbyt dobry		100		
	zły	60			40
Obręb					
	bardzo dobry	100			
	dobry	33,33	66,67		
	niezbyt dobry	66,67	33,33		
	zły	66,67	33,33		
Czachówek					
	bardzo dobry				
	dobry	14,29	28,57	14,29	42,86
	niezbyt dobry	100			
	zły				
Linia					
	bardzo dobry				100
	dobry	57,14			42,86
	niezbyt dobry	50			50
	zły				100
Nowa Iwiczna					
	bardzo dobry	100			
	dobry	66,29	7,14	28,57	
	niezbyt dobry	66,67	33,33		
	zły				100

1	2	3	4	5
Zalesie Górne				
bardzo dobry	100			
dobry	50			50
niezbyt dobry	60	40		
zły	83,33			16,67
Magdalenka				
bardzo dobry	50			50
dobry	45,45	9,1		45,45
niezbyt dobry				100
zły				100
Piaseczno - bloki				
bardzo dobry	100			
dobry	87,50	6,25		6,25
niezbyt dobry	50			50
zły				
Piaseczno - wille				
bardzo dobry	50			50
dobry	33,33	33,33	22,22	11,11
niezbyt dobry	57,14	21,43		21,43
zły		100		
Góra Kalwaria - bloki				
bardzo dobry	100			
dobry	53,33	26,67	13,13	6,67
niezbyt dobry	12,50	50,00		37,50
zły				
Góra Kalwaria - wille				
bardzo dobry	100			
dobry	45,45	9,10		45,45
niezbyt dobry	42,86		14,28	42,86
zły				100
Konstancin - bloki				
bardzo dobry	66,67			33,33
dobry	100			
niezbyt dobry	75	25		
zły	33,33		66,67	
Konstancin - wille				
bardzo dobry	100			
dobry	100			
niezbyt dobry	100			
zły	100			

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-2. Sposób korzystania z usług lekarskich a grupa ekonomiczna (%)

Obszar mieszka- niowy	grupa ekonomiczna	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
1		2	3	4	5
Sobików					
I					
II		100			
III		66,67	33,33		
IV		75			25
Sobików - Parcela					
I					
II		50			50
III		62,5			37,5
IV					
Czarny Las - 2					
I		75			25
II		75	25		
III		71,43	28,57		
IV		75	25		
Czarny Las - 1					
I					100
II		66,67			33,33
III			66,67		33,33
IV		75	25		
Obręb					
I					
II			100		
III		100			
IV		57,14	42,86		
Czachówek					
I		42,86	28,57		28,57
II		50			50
III				100	
IV					
Linin					
I		42,86			57,14
II		66,67			33,33
III					100
IV					100
Nowa Iwiczna					
I		55,56	22,22		22,22
II		66,67	11,11	22,22	
III		66,67		33,33	
IV					

1	2	3	4	5
Zalesie Górne				
I	50			50
II	33,33	33,33		33,33
III	83,33	8,33		8,33
IV				
Magdalena				
I	30,77			69,23
II	66,67	16,67		16,67
III				
zły				
Piaseczno - bloki				
I				
II	66,67			33,33
III	83,33	5,56		11,11
IV				
Piaseczno - wille				
I	50			50
II	20	40		20
III	61,11	16,67	11,11	11,11
IV				
Góra Kalwaria - bloki				
I	25		50	25
II				
III	45	40		15
IV				
Góra Kalwaria - wille				
I	50			50
II	50			50
III	16,67	16,67	16,67	50
IV				
Konstancin - bloki				
I				
II	100			
III	66,67	11,11	11,11	11,11
IV				
Konstancin - wille				
I	100			
II	100			
III	100			
IV	100			

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-3. Sposób korzystania z usług lekarskich a wykształcenie (%)

Obszar mieszka- niowy	Wykształ- cenie	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
1		2	3	4	5
Sobików					
podstawowe		50	50		
zawodowe		80			20
średnie		100			
wyższe					
Sobików - Parcela					
podstawowe		50			50
zawodowe		75			25
średnie					
wyższe					
Czarny Las - 2					
podstawowe		62,5	25		12,5
zawodowe		100			
średnie		75	25		
wyższe					
Czarny Las - 1					
podstawowe		44,45	22,22		33,33
zawodowe			100		
średnie		50	50		
wyższe		100			
Obręb					
podstawowe		50	50		
zawodowe		100			
średnie		100			
wyższe					
Czachówek					
podstawowe		66,67		33,33	
zawodowe			100		
średnie		33,33	16,67		50
wyższe					
Linia					
podstawowe		20			80
zawodowe					
średnie		66,67			33,33
wyższe					
Nowa Iwiczna					
podstawowe		66,67		33,33	
zawodowe		57,14		14,29	28,57
średnie		81,82		18,18	
wyższe		25	75		

1	2	3	4	5
Zalesie Górne				
podstawowe	75			25
zawodowe	75			25
- średnie	83,33	16,67		
wyższe	40	20		40
Magdalena				
podstawowe				
zawodowe		50		50
średnie	46,67			33,33
wyższe	50			50
Piasечно - bloki				
podstawowe	100			
zawodowe	50	25		25
średnie	92,31			7,69
wyższe				100
Piasечно - wille				
podstawowe	66,67			33,33
zawodowe	60			40
średnie	38,46	38,46	15,38	7,70
wyższe	40	40		20
Góra Kalwaria - bloki				
podstawowe				
zawodowe	33,33	66,67		
średnie	40	30	10	20
wyższe	100			
Góra Kalwaria - wille				
podstawowe	50			50
zawodowe	28,57	14,29		57,14
średnie	55,56		11,11	33,33
wyższe	33,33			66,67
Konstancin - bloki				
podstawowe				
zawodowe	100			
średnie	50	16,67	16,67	16,66
wyższe	100			
Konstancin - wille				
podstawowe				
zawodowe	100			
średnie	100			
wyższe				

źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-4. Sposób korzystania z usług lekarskich a wiek (t)

Obszar mieszka- niowy	Wiek	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
1	2	3	4	5	
Sobików					
do 16	50			50	
17 - 44	83,33			16,67	
45 - 64	50	50			
65 +	100				
Sobików - Parcela					
do 16	100				
17 - 44	83,33			16,67	
45 - 64	33,33			66,67	
65 +					
Czarny Las - 2					
do 16	100				
17 - 44	71,43	28,57			
45 - 64	50	33,33		16,67	
65 +	100				
Czarny Las - 1					
do 16	100				
17 - 44	20	60		20	
45 - 64	25	25		50	
65 +	100				
Czachówek					
do 16				100	
17 - 44	25	50		25	
45 - 64	50		50		
65 +	100				
Obreń					
do 16	75	25			
17 - 44		100			
45 - 64	75	25			
65 +	50	50			
Linin					
do 16	100				
17 - 44	33,33			66,67	
45 - 64	33,33			66,67	
65 +				100	
Nowe Iwiczna					
do 16	75		25		
17 - 44	58,33	25	16,67		
45 - 64					
65 +	50			50	

1	2	3	4	5
Zalesie Górne				
do 16	50			40
17 - 44	100			
45 - 64	72,72	18,18		9,09
65 +	50			50
Hagdalenka				
do 16	42,86			57,14
17 - 44	45,45	9,10		45,45
45 - 64				100
65 +				
Piasечно - bloki				
do 16	90			10
17 - 44	85,71	14,29		
45 - 64	33,33			66,67
65 +	100			
Piasечно - wille				
do 16	25		50	25
17 - 44	41,67	33,33		25
45 - 64	55,56	33,33		11,11
65 +	100			
Góra Kalwaria - bloki				
do 16	100			
17 - 44	50	10	20	10
45 - 64	23,08	33,84		23,08
65 +				
Góra Kalwaria - wille				
do 16	50			50
17 - 44	28,56	14,29	14,29	42,86
45 - 64	50			50
65 +				
Konstancja - bliski				
do 16	77,78			
17 - 44	71,43	28,57		22,22
45 - 64	50		50	
65 +				
Konstancja - wille				
do 16	100			
17 - 44	100			
45 - 64				
65 +	100			

źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-5. Sposób korzystania z usług lekarskich a grupa zawodowa
- obszar wiejski (%)

Obszar mieszka- niowy	Grupa zawodowa	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
Sobików					
rolnicy		100			
nierolnicy		83,33			16,67
dzuzawodowi		75	25		
Sobików - Parcela					
rolnicy		60			40
nierolnicy		50			50
dzuzawodowi		100			
Czarny Las - 2					
rolnicy		83,33			16,67
nierolnicy		70	30		
dzuzawodowi		66,67	33,33		
Czarny Las - 1					
rolnicy		57,14			42,86
nierolnicy		50	50		
dzuzawodowi					
Obreb					
rolnicy		100			
nierolnicy		50	50		
dzuzawodowi			100		
Czachówek					
rolnicy		50			50
nierolnicy		37,50	25	12,50	25
dzuzawodowi					
Linie					
rolnicy		33,33			66,67
nierolnicy					
dzuzawodowi		50			50
Nowa Lwiczna					
rolnicy		60		20	20
nierolnicy		64,29	21,43	14,28	
dzuzawodowi					

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-6. Sposób korzystania z usług lekarskich a grupa zawodowa
- obszar miejski (%)

Obszar mieszka- niowy	Grupa zawodowa	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
1		2	3	4	5
Zalesie Górne					
	rolnicy				
	rzemieślnicy	75			25
	pracownicy umysłowi	100			
	inteligencja	66,67			33,33
	zawody techniczne		50		50
	pracownicy fizyczni	75			25
	emeryci	80	20		
	gospodynie domowe				
Bagdalenka					
	rolnicy	100			
	rzemieślnicy	41,86			57,14
	pracownicy umysłowi				100
	inteligencja				100
	zawody techniczne				
	pracownicy fizyczni	33,33	33,33		33,33
	emeryci				
	gospodynie domowe	100			
Piaseczno - bloki					
	rolnicy	100			
	rzemieślnicy	50			50
	pracownicy umysłowi	87,50			12,50
	inteligencja				
	zawody techniczne	100			
	pracownicy fizyczni	66,67	33,33		
	emeryci	50			50
	gospodynie domowe	100			
Piaseczno - wille					
	rolnicy	50			50
	rzemieślnicy	66,67			33,33
	pracownicy umysłowi	50	30	20	
	inteligencja	50			50
	zawody techniczne	25	75		
	pracownicy fizyczni	40	20		40
	emeryci	100			
	gospodynie domowe				

1	2	3	4	5
Góra Kalwaria - bloki				
rolnicy				
rzemieślnicy				
pracownicy umysłowi	37,50	37,50		25
inteligencja	83,33		16,67	
zawody techniczne		50	25	25
pracownicy fizyczni	40	60		
emeryci				
gospodynie domowe	66,67			33,33
Góra Kalwaria - wille				
rolnicy				100
rzemieślnicy	25			75
pracownicy umysłowi	100			
inteligencja	100			
zawody techniczne			100	
pracownicy fizyczni	50	50		
emeryci				100
gospodynie domowe	66,67			33,33
Konstancja - bloki				
rolnicy				
rzemieślnicy	100			
pracownicy umysłowi	72,72	18,18		9,10
inteligencja			66,67	33,33
zawody techniczne				
pracownicy fizyczni	100			
emeryci	100			
gospodynie domowe				
Konstancja - wille				
rolnicy				
rzemieślnicy				
pracownicy umysłowi	100			
inteligencja				
zawody techniczne				
pracownicy fizyczni	100			
emeryci	100			
gospodynie domowe	100			

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-7. Osoby nie będące u lekarza w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie

Obszar mieszka- niowy	Wiek	Płeć	Wysztalcenie	Grupa ekonomiczna	Samoocena stanu zdrowia
1	2	3	4	5	6
Sobików					
Sobików - Parcela					
rolnik	40	M	zawodowe	I	dobra
nierolnik	4	K	zawodowe	III	dobra
Czarny Las - 2					
dwuzawodowy	33	K	zawodowe	II	dobra
rolnik	26	K	zawodowe	IV	niezbyt dobra
Czarny Las - 1					
rolnik	34	M	zawodowe	III	dobra
rolnik	26	M	zawodowe	III	dobra
Obęb					
nierolnik	21	M	zawodowe	IV	bardzo dobra
rolnik	48	M	podstawowe	IV	dobra
rolnik	72	M	podstawowe	IV	niezbyt dobra
Czachówek					
nierolnik	50	K	podstawowe	I	dobra
nierolnik	31	M	podstawowe	I	dobra
nierolnik	24	M	zawodowe	I	bardzo dobra
nierolnik	58	M	podstawowe	I	dobra
nierolnik	17	M	średnie	I	bardzo dobra
rolnik	8	M	średnie	II	bardzo dobre
Licina					
rolnik	30	M	zawodowe	III	niezbyt dobra
rolnik	63	M	podstawowe	II	dobra
rolnik	58	K	podstawowe	II	niezbyt dobra
rolnik	25	M	średnie	II	dobra
rolnik	26	M	zawodowe	II	dobra
Łowa Łwiczna					
rolnik	42	K	podstawowe	III	dobra
nierolnik	36	M	zawodowe	I	bardzo dobra
nierolnik	35	M	zawodowe	I	bardzo dobra
rolnik	40	K	podstawowe	III	dobra
Zalesie Górne					
pracownik umysłowy	43	K	wyższe	II	niezbyt dobra
inteligencja	32	M	średnie	II	dobra
zawody techniczne	42	M	zawodowe	III	dobra
zawody techniczne	64	M	wyższe	I	dobra
gospodyni domowa	10	M	średnie	III	dobra
inteligencja	56	K	wyższe	II	zła
pracownik fizyczny	10	K	podstawowe	I	dobra
Magdalenka					
pracownik umysłowy	32	K	średnie	II	dobra
Piaseczno - bloki					
Piaseczno - wille					

1	2	3	4	5	6
Góra Kalwaria - bloki					
pracownik umysłowy	54	X	zawodowe	III	dobra
inteligencja	68	X	wyższe	III	nierzbyt dobra
pracownik fizyczny	54	X	zawodowe	III	dobra
Góra Kalwaria - wille					
rolnik	33	X	wyższe	II	bardzo dobra
pracownik fizyczny	40	X	zawodowe	II	dobra
Konstancin - bloki					
Konstancin - wille					
gospodyni domowa	64	X	średnie	III	nierzbyt dobra

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-8. Sposób korzystania z usług lekarskich ogółem (%)

Obszar miejscowości	Nie będący u lekarza %	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
Sobików	0	81,82	9,09		9,09
Sobików - Parcela	23,08	46,15			33,77
Czarny Las - 2	9,52	66,67	19,05		4,76
Czarny Las - 1	11,76	47,06	23,53		17,65
Obręb	21,43	50	28,57		
Crachówek	41,18	23,53	11,76	5,88	17,65
Linia	31,25	31,25			37,5
Bowa Iwiczna	14,29	53,57	10,71	14,29	7,14
Zalesie Górne	25,93	48,15	7,41		18,52
Magdalenka	5	40	5		50
Piasieczno - bloki	0	80,95	4,76		14,29
Piasieczno - wille	0	46,15	26,93	7,69	19,23
Góra Kalwaria - bloki	14,29	35,71	28,57	7,14	14,29
Góra Kalwaria - wille	12,5	37,5	4,17	4,17	41,66
Konstancin - bloki	0	70	10	10	10
Konstancin - wille	10	90			

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-9. Proporcja osób leczących się do nie leczących się u stomatologa (%)

Obszar mieszkaniowy	Osoby leczące się	Osoby nie leczące się	
		zęby zdrowe	zęby chore
Sobików	63,64		36,36
Sobików - Parcela	30,77		69,23
Czarny Las - 2	38,10	28,57	33,33
Czarny Las - 1	35,29	17,65	35,29
Ohreńb	21,43	28,57	50
Czrachołek	47,06	17,65	35,29
Linin	25	25	50
Nowa Iwiczna	85,71	14,29	
Zalesie Górne	70,37	14,81	14,81
Magdalenka	65	20	15
Piaseczno - bloki	71,43	19,05	9,52
Piaseczno - wille	73,08	19,23	7,69
Góra Kalwaria - bloki	57,14	14,29	28,57
Góra Kalwaria - wille	53,33	25	16,67
Konstancin - bloki	70	30	
Konstancin - wille	20	60	20

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-10. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a pleć (5)

Obszar mieszkaniowy	Pleć	Nie leczący zębów	Służba zdrowia			
			rejonowa	zakładowa	spółdzielcza	prywatna
1		2	3	4	5	6
Sobików						
I		20				80
H		50	33,33	16,67		
Sobików - Parcela						
I		50				50
H		85,71	14,29			
Czarny Las - 2						
I		44,44	11,11	11,11		33,33
H		75	8,33			16,67
Czarny Las - 1						
I		50	37,50			12,50
H		77,78	11,11		11,11	
Ohreńb						
I		85,71				14,29
H		71,43	29,57			

1	2	3	4	5	6
Crachówek					
I	71,43		28,57		
H	40	10	30	10	10
Lubin					
I	57,14				42,86
H	88,89				11,11
Kowa Iwiczna					
I		20		20	60
H	22,22	33,33	11,11	11,11	22,22
Zalesie Górne					
I	25	12,5	25	12,5	25
H	36,36	18,18	18,18		27,27
Magdalena					
I	25	25			50
H	50	25	12,5		12,5
Piaseczno - bloki					
I	25	41,67	25		8,33
H	33,33	33,33	22,22		11,11
Piaseczno - wille					
I	41,67	8,33	25		25
H	21,43	28,57	21,43		28,57
Góra Kalwaria - bloki					
I	14,29	35,71	35,71		14,29
H	76,92				23,08
Góra Kalwaria - wille					
I	38,46	23,08	7,69		30,77
H	45,45				54,55
Konstancin - bloki					
I	21,43	21,43	42,86		14,29
H	50				50
Konstancin - wille					
I	80				20
H	80				20

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-11. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a grupa ekonomiczna (%)

Obszar mieszkaniowy	Grupa ekonomiczna	Nie leczący zębów	Służba zdrowia			
			rejonowa	zakładowa	spółdzielcza	prywatna
1	2	3	4	5	6	
Sobików						
I						
II	50				50	
III	33,33				66,67	
IV	25	50	25			
Sobików - Parcela						
I	100					
II	100					
III	55,56	11,11			33,33	
IV	100					
Czarny Las - 2						
I	50				50	
II	60	20	20			
III	55,56		11,11		33,33	
IV	80				20	
Czarny Las - 1						
I	100					
II	66,67	33,33				
III	80				20	
IV	37,5	37,5		12,5	12,5	
Obreń						
I						
II			100			
III	100					
IV	81,82		9,09		9,09	
Czachówek						
I	41,67		41,67	8,33	8,33	
II	66,67	33,33				
III	100					
IV						
Linin						
I	71,43				28,57	
II	71,43				28,57	
III	100					
IV						
Bowa Iwiczna						
I		27,27			72,73	
II		50	25	25		
III	44,44	11,11		22,22	22,22	
IV						

1	2	3	4	5	6
Zalesie Górne					
I	16,67		16,67		66,67
II	16,67		50		33,33
III	40	20	13,33	13,33	13,33
IV					
Magdalena					
I	30,77	23,08			46,15
II	42,86	28,57	14,29		14,29
III					
IV					
Piaseczno - bloki					
I					
II	33,33	33,33			33,33
III	27,78	38,88	27,78		5,56
IV					
Piaseczno - wille					
I	75				25
II	33,33	16,67	33,33		16,67
III	18,75	31,25	25		25
IV					
Góra Kalwaria - bloki					
I	40	20			40
II					
III	47,81	17,39	21,74		13,04
IV					
Góra Kalwaria - wille					
I	25				75
II	42,86	21,43			35,71
III	40		20		40
IV	100				
Konstancin - bloki					
I					
II			100		
III	33,33	16,67	22,22		27,78
IV					
Konstancin - wille					
I					
II	100				
III	66,67				33,33
IV	80				20

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-12. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a wiek (%)

Obszar mieszka- niowy	Wiek	Nie leczący zębów	Służba zdrowia			
			rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
1	2	3	4	5	6	
Sobików						
do 16	50	50				
17-44	16,67	16,67	16,67		50	
45-64	100					
65 +					100	
Sobików - Parcela						
do 16	50	50				
17-44	75				25	
45-64	66,67				33,33	
65 +						
Czarny Las - 2						
do 16	80				20	
17-44	44,44	11,11	22,22		22,22	
45-64	66,67				33,33	
65 +	100					
Czarny Las - 1						
do 16	33,33	50			16,67	
17-44	66,67	16,67		16,67		
45-64	100					
65 +	100					
Obreń						
do 16	100					
17-44	25		50		25	
45-64	100					
65 +	100					
Czachówek						
do 16	66,67	33,33				
17-44	25		50	12,5	12,5	
45-64	75		25			
65 +	100					
Linie						
do 16	100					
17-44	50				50	
45-64	83,33				16,67	
65 +	100					
Nowa Wieśna						
do 16	50	50				
17-44		25	12,5	25	37,5	
45-64						
65 +					100	

1	2	3	4	5	6
Zalesie Górne					
do 16	28,57	28,57	28,57		14,29
17-44	33,33		16,67	16,67	33,33
45-64	16,67	16,67	25	8,33	33,33
65 +	100				
Magdalenka					
do 16	28,57	28,57			42,86
17-44	33,33	22,22	11,11		33,33
45-64	100				
65 +					
Piaszczno - bloki					
do 16	40	20	40		
17-44	14,29	57,14	14,29		14,29
45-64	25	50			25
65 +					
Piaszczno - wille					
do 16		66,67	33,33		
17-44	16,67	8,33	25		50
45-64	37,5	25	25		12,5
65 +	100				
Góra Kalwaria - bloki					
do 16	100				
17-44	27,27	18,18	18,18		36,36
45-64	53,33	20	20		6,67
65 +	100				
Góra Kalwaria - wille					
do 16	33,33	33,33			33,33
17-44	22,22		11,11		66,67
45-64	62,5	12,5			25
65 +	100				
Konstancin - bloki					
do 16	66,67	11,11	22,22		
17-44		26,57			71,43
45-64		25			75
65 +					
Konstancin - wille					
do 16	66,67				33,33
17-44	100				
45-64					100
65 +	100				

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-13. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a grupy zawodowe
- obszary wiejskie (%)

Obszar mieszka- niowy	Grupa zawodowa	Nie leczący zębów	Służba zdrowia			
			rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
Sobików						
rolnicy		100				
nierolnicy		16,67	33,33	16,67		33,33
dwuzawodowi		50				50
Sobików - Parcela						
rolnicy		83,33				16,67
nierolnicy		100				
dwuzawodowi		50	16,67			33,33
Czarny Las - 2						
rolnicy		42,86				57,14
nierolnicy		62,5	12,5	12,5		12,5
dwuzawodowi		83,33		16,67		
Czarny Las - 1						
rolnicy		83,33	16,67			
nierolnicy		50	30		10	10
dwuzawodowi		100				
Obwód						
rolnicy		100				
nierolnicy		71,43		28,57		
dwuzawodowi		50				50
Czachówek						
rolnicy		66,67	33,33			
nierolnicy		50		35,71	7,14	7,14
dwuzawodowi						
Linia						
rolnicy		78,57				21,43
nierolnicy						
dwuzawodowi		50				50
Nowa Iwiczna						
rolnicy		33,33			16,67	50
nierolnicy			50	12,5	12,5	25
dwuzawodowi						

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-14. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a grupa zawodowa
- obszary miejskie (%)

Obszar mieszka- niowy	Grupa zawodowa	Nie leczący zębów	Służba zdrowia			
			rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
1	2	3	4	5	6	
Zalesie Górne						
rolnicy						
rzemieślnicy	25	50		25		
pracownicy umysłowi					100	
inteligencja	14,29	28,57		14,29	42,86	
zawody techniczne			100			
pracownicy fizyczni	33,33		33,33		33,33	
emeryci	50		33,33		16,67	
gospodynie domowe	100					
Bagdalenka						
rolnicy		100				
rzemieślnicy	37,5	25	12,5		25	
pracownicy umysłowi		66,67			33,33	
inteligencja	33,33				66,67	
zawody techniczne				100		
pracownicy fizyczni	50				50	
emeryci						
gospodynie domowe	100					
Piaseczno - bloki						
rolnicy	33,33	66,67				
rzemieślnicy		50			50	
pracownicy umysłowi	25	37,5	37,5			
inteligencja						
zawody techniczne			100			
pracownicy fizyczni	33,33	33,33	33,33			
emeryci	50				50	
gospodynie domowe	50	50				
Piaseczno - wille						
rolnicy	50				50	
rzemieślnicy	50				50	
pracownicy umysłowi		37,5	50		12,5	
inteligencja		66,67			33,33	
zawody techniczne	50		50			
pracownicy fizyczni	60		20		20	
emeryci						
gospodynie domowe	100					

1	2	3	4	5	6
Góra Kalwaria - bloki					
rolnicy					100
rzemieślnicy					25
pracownicy umysłowi	12,5	25	37,5		
inteligencja	33,33	50	16,67		
zawody techniczne	60				40
pracownicy fizyczni	80		20		
emeryci					
gospodynie domowe	66,67	33,33			
Góra Kalwaria - wille					
rolnicy	20	20			60
rzemieślnicy	50				50
pracownicy umysłowi	100				
inteligencja	100				
zawody techniczne			100		
pracownicy fizyczni	75				25
emeryci		50			50
gospodynie domowe	33,33	16,67			50
Konstancja - bloki					
rolnicy					
rzemieślnicy	100				
pracownicy umysłowi	45,45	18,18	27,27		9,09
inteligencja		33,33	33,33		33,33
zawody techniczne					
pracownicy fizyczni		25			75
emeryci			100		
gospodynie domowe					
Konstancja - wille					
rolnicy					
rzemieślnicy					
pracownicy umysłowi	100				
inteligencja					
zawody techniczne					
pracownicy fizyczni	80				20
emeryci	100				
gospodynie domowe					100

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-15. Sposób korzystania z usług stomatologicznych a wykształcenie (%)

Obszar mieszka- niowy Wykształcenie	Nie leczący zębów	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdziel- cza	prywatna
1	2	3	4	5	6
Sobików					
podstawowe	100				
zawodowe		40	20		40
średnie	50				50
wyższe					
Sobików - Parcela					
podstawowe	66,67				33,33
zawodowe	71,43	14,29			14,29
średnie					
wyższe					
Czarny Las - 2					
podstawowe	62,5				37,5
zawodowe	55,56	11,11	11,11		22,22
średnie	75		25		
wyższe					
Czarny Las - 1					
podstawowe	85,71	14,29			
zawodowe	80		20		
średnie		100			
wyższe	100				
Obwód					
podstawowe	85,71		14,29		
zawodowe	50		25		25
średnie	100				
wyższe					
Czachówek					
podstawowe	85,71		14,29		
zawodowe			50	50	
średnie	37,5	12,5	37,5		12,5
wyższe					
Linia					
podstawowe	85,71				14,29
zawodowe	100				
średnie	54,14				42,86
wyższe					
Nowa Iwiczna					
podstawowe	66,67				33,33
zawodowe		50	12,5	12,5	25
średnie		40	10	10	40
wyższe			50		50

1	2	3	4	5	6
Zalesie Górne					
podstawowe	33,33	50			16,67
zawodowe	33,33	16,67		16,67	33,33
średnie	33,33	44,45	11,11		11,11
wyższe	16,67		16,67	16,67	50
Magdalena					
podstawowe					
zawodowe	50		50		
średnie	25	31,25			43,75
wyższe	100				
Piaseczno - bloki					
podstawowe	33,33		66,67		
zawodowe		80	20		
średnie	41,67	33,33	16,67		8,33
wyższe					100
Piaseczno - wille					
podstawowe	75		25		
zawodowe	25				75
średnie	16,67	33,33	33,33		16,67
wyższe		25	25		50
Góra Kalwaria - bloki					
podstawowe					
zawodowe	66,67	16,67	16,67		
średnie	42,11	10,53	21,04		26,32
wyższe		100			
Góra Kalwaria - wille					
podstawowe	100				
zawodowe	37,5	12,5			50
średnie	22,22	22,22	11,11		44,44
wyższe	50				50
Ionstancin - bloki					
podstawowe					
zawodowe	20		20		60
średnie	41,65	8,33	33,33		16,67
wyższe		100			
Ionstancin - wille					
podstawowe					
zawodowe	80				20
średnie	80				20
wyższe					

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-16. Sposób korzystania z usług stomatologicznych ogółem (%)

Obszar mieszkaniowy	Nie leczący zębów	Służba zdrowia			
		rejonowa	zakładowa	spółdzielcza	prywatna
Sobików	36,36	18,18			36,36
Sobików - Parcela	69,23	7,69			23,08
Czarny Las - 2	61,90	4,76	9,52		23,82
Czarny Las - 1	64,71	23,53		5,88	5,88
Obręb	78,57		14,29		7,14
Czachówek	52,95	5,88	29,41	5,88	5,88
Linia	75				25
Nowa Iwiczna	14,29	28,57	7,14	14,29	35,71
Zalesie Górne	29,63	14,81	22,22	7,41	25,93
Magdalena	35	25	5		35
Piaseczno - bloki	28,57	38,10	23,81		9,52
Piaseczno - wille	23,08	19,23	23,08		26,92
Góra Kalwaria - bloki	42,85	21,43	17,86		17,86
Góra Kalwaria - wille	41,67	12,5	4,16		41,67
Konstancin - bloki	30	20	25		25
Konstancin - wille	80				20

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-17. Sposób korzystania z usług analitycznych ogółem (%)

Obszar mieszkaniowy	Nie wykonujący analiz lekarskich	Laboratorium		
		rejonowe	zakładowe	odpłatne
Sobików	18,18	54,54	18,18	9,09
Sobików - Parcela	53,85	30,76		15,38
Czarny Las - 2	71,43	9,52	9,52	9,52
Czarny Las - 1	52,54	23,23	17,65	5,88
Obręb	78,57		14,29	7,14
Czachówek	41,18	5,88	23,53	29,41
Linia	62,5	31,25		6,25
Nowa Iwiczna	42,86	50	7,14	
Zalesie Górne	53,85	23,08	7,69	15,38
Magdalena	50	15	5	30
Piaseczno - bloki	76,19	14,28	9,52	
Piaseczno - wille	41,67	33,33	4,17	20,83
Góra Kalwaria - bloki	60,71	10,71	17,86	10,71
Góra Kalwaria - wille	54,16	29,16	8,33	8,33
Konstancin - bloki	20	80		
Konstancin - wille	60	40		

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-18. Sposób korzystania z usług analitycznych
a grupa zawodowa - obszar wiejskie (%)

Obszar mieszka- niowy	Grupa zawodowa	Laboratorium		
		rejonowe	zakładowe	odpłatne
Sobików				
rolnicy		100		
nierolnicy		75		25
dwuzawodowi		50	50	
Sobików - Parcela				
rolnicy		66,67		33,33
nierolnicy		100		
dwuzawodowi		50		50
Czarny Las - 2				
rolnicy		100		
nierolnicy		25	25	50
dwuzawodowi			100	
Czarny Las - 1				
rolnicy		100		
nierolnicy		42,86	42,86	14,28
dwuzawodowi				
Obręb				
rolnicy				
nierolnicy			66,67	33,33
dwuzawodowi				
Czachówek				
rolnicy		50		50
nierolnicy			50	50
dwuzawodowi				
Lisie				
rolnicy		100		
nierolnicy				
dwuzawodowi				100
Nowa Lwiczna				
rolnicy		100		
nierolnicy		66,67	33,33	
dwuzawodowi				

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-19. Sposób korzystania z usług analitycznych
a grupa zawodowa - obszary miejskie (%)

Obszar mieszka- niowy	Grupa zawodowa	Laboratorium		
		rejonowe	zakładowe	odpłatne
1		2	3	4
Zalesie Górne				
rolnicy				
rzemieślnicy		75		25
pracownicy umysłowi		50		50
inteligencja			100	
zawody techniczne				
pracownicy fizyczni		33,33		66,67
emeryci		50	50	
gospodynie domowe				
Magdalena				
rolnicy				
rzemieślnicy		25	25	50
pracownicy umysłowi				100
inteligencja				100
zawody techniczne				
pracownicy fizyczni				
emeryci				
gospodynie domowe		66,67		33,33
Piaseczno - bloki				
rolnicy				
rzemieślnicy			100	
pracownicy umysłowi		100		
inteligencja				
zawody techniczne				
pracownicy fizyczni		50	50	
emeryci		100		
gospodynie domowe				
Piaseczno - wille				
rolnicy				100
rzemieślnicy		100		
pracownicy umysłowi		50	50	
inteligencja		100		
zawody techniczne		100		
pracownicy fizyczni		20	20	60
emeryci		100		
gospodynie domowe		100		

1	2	3	4
Góra Kalwaria - bloki			
rolnicy			
rzemieślnicy			
pracownicy umysłowi	20	40	40
inteligencja			100
zawody techniczne	25	75	
pracownicy fizyczni	100		
emeryci			
gospodynie domowe			
Góra Kalwaria - wille			
rolnicy	100		
rzemieślnicy	66,67		33,33
pracownicy umysłowi			
inteligencja			
zawody techniczne			
pracownicy fizyczni	50	50	
emeryci	100		
gospodynie domowe	66,67		33,33
Konstancja - bloki			
rolnicy			
rzemieślnicy	100		
pracownicy umysłowi	100		
inteligencja			
zawody techniczne			
pracownicy fizyczni	100		
emeryci	100		
gospodynie domowe			
Konstancja - wille			
rolnicy			
rzemieślnicy			
pracownicy umysłowi	100		
inteligencja			
zawody techniczne			
pracownicy fizyczni	100		
emeryci			
gospodynie domowe			

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-20. Sposób korzystania z usług analitycznych
a wykształcenie (%)

Obszar mieszka- niowy	Laboratorium			
	Wykształcenie	rejonowe	zakładowe	odpłatne
1	2	3	4	
Sobików				
podstawowe		100		
zawodowe	75			25
średnie	100			
wyższe				
Sobików - Parcela				
podstawowe	66,67			33,33
zawodowe	66,67			33,33
średnie				
wyższe				
Czarny Las - 2				
podstawowe	50	50		
zawodowe	33,33	33,33		33,33
średnie				100
wyższe				
Czarny Las - 1				
podstawowe	33,33	66,67		
zawodowe				100
średnie	75	25		
wyższe				
Obręb				
podstawowe		100		
zawodowe		100		
średnie				100
wyższe				
Czachówek				
podstawowe	25	50		25
zawodowe		100		
średnie		20		80
wyższe				
Linia				
podstawowe	100			
zawodowe	100			
średnie	50			50
wyższe				
Nowa Iwiczna				
podstawowe	100			
zawodowe	100			
średnie	100			
wyższe		100		

1	2	3	4
Zalesie Górne			
podstawowe	33,33		66,67
zawodowe	66,67		33,33
średnie	100		
wyższe		66,67	33,33
Magdalena			
podstawowe			
zawodowe		100	
średnie	33,33		66,67
wyższe			
Piaseczno - bloki			
podstawowe			
zawodowe	50	50	
średnie	50	50	
wyższe	100		
Piaseczno - wille			
podstawowe		50	50
zawodowe	20		80
średnie	71,43	28,57	
wyższe	100		
Góra Kalwaria - bloki			
podstawowe			
zawodowe	100		
średnie	22,22	55,56	22,22
wyższe			100
Góra Kalwaria - wille			
podstawowe	100		
zawodowe	60	20	20
średnie	75	25	
wyższe			100
Konstancja - bloki			
podstawowe			
zawodowe	100		
średnie	100		
wyższe	100		
Konstancja - wille			
podstawowe			
zawodowe	100		
średnie	100		
wyższe			

źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-21. Sposób korzystania z usług analitycznych
a grupa ekonomiczna (%)

Obszar mieszka- niowy	Grupa ekonomiczna	Laboratorium		
		rejonowe	zakładowe	odpłatne
1		2	3	4
Sobików				
I				
II		100		
III		66,67	33,33	
IV			50	50
Sobików - Parcela				
I				
II				
III		66,67		33,33
IV				
Czarny Las - 2				
I		100		
II				100
III			50	50
IV			100	
Czarny Las - 1				
I				
II				
III			50	50
IV		66,67	33,33	
Obręb				
I				
II			100	
III				100
IV			100	
Czachówek				
I			50	50
II		50		50
III			50	50
IV				
Linia				
I		100		
II				100
III		100		
IV				
Nowa Iwiczna				
I		71,43	28,57	
II		100		
III		100		
IV				

1	2	3	4
Zalesie Górne			
I	50		50
II	50		50
III	50	25	25
IV			
Magdalena			
I	28,57		71,43
II	50	50	
III			
IV			
Piaseczno - bloki			
I			
II	50	50	
III	66,67	33,33	
IV			
Piaseczno - wille			
I			100
II	100		
III	40	30	30
IV			
Góra Kalwaria - bloki			
I		100	
II			
III	33,33	33,33	33,33
IV			
Góra Kalwaria - wille			
I			
II	80		20
III	50	33,33	16,67
IV			
Konstancja - bloki			
I			
II	100		
III	100		
IV			
Konstancja - wille			
I			
II	100		
III			
IV	100		

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-22. Sposób korzystania z usług analitycznych
a wiek (%)

Obszar mieszka- niowy	Wiek	Laboratorium		
		rejonowe	zakładowe	odpłatne
1		2	3	4
Sobików				
do 16		100		
17-44		80		20
45-64			100	
65 +		100		
Sobików - Parcela				
do 16				
17-44		60		40
45-64		100		
65 +				
Czarny Las - 2				
do 16				
17-44		25	25	50
45-64		50	50	
65 +				
Czarny Las - 1				
do 16		100		
17-44			66,67	33,33
45-64			100	
65 +				
Ohreń				
do 16				100
17-44			100	
45-64				
65 +				
Craczków				
do 16				100
17-44			40	60
45-64			66,67	33,33
65 +		100		
Linin				
do 16				
17-44		66,67		33,33
45-64		100		
65 +		100		
Nowa Iwiczna				
do 16		100		
17-44		80	20	
45-64				
65 +		100		

1	2	3	4
Zalesie Górne			
do 16	100		
17-44	66,67	33,33	
45-64	42,86	14,28	42,86
65 +			
Magdalenka			
do 16	33,33		66,67
17-44	33,33	16,67	50
45-64			100
65 +			
Piaseczno - bloki			
do 16			
17-44	33,33	66,67	
45-64	100		
65 +			
Piaseczno - wille			
do 16	100		
17-44	44,44	33,33	22,22
45-64	50		50
65 +			
Góra Kalwaria - bloki			
do 16			
17-44	50	50	
45-64	14,28	42,86	42,86
65 +			
Góra Kalwaria - wille			
do 16	100		
17-44		66,67	33,33
45-64	83,33		16,67
65 +			
Konstancin - bloki			
do 16	100		
17-44	100		
45-64	100		
65 +			
Konstancin - wille			
do 16	100		
17-44	100		
45-64			
65 +	100		

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-23. Sposób korzystania z usług analitycznych
a płec (%)

Obszar mieszka- niowy	Laboratorium		
	rejonowe	zakładowe	odpłatne
Płec			
1	2	3	4
Sobików			
I	66,67	16,67	16,67
H	66,67	33,33	
Sobików - Parcela			
I	80		20
H			100
Czarny Las - 2			
I	100		
H	20	40	40
Czarny Las - 1			
I	75	25	
H	25	50	25
Obreń			
I			
H		66,67	33,33
Czachówek			
I	25	25	50
H		50	50
Linia			
I	80		20
H	100		
Nowa Iwiczna			
I	80	20	
H	100		
Zalesie Górne			
I	40	20	40
H	100		
Magdalena			
I	33,33		66,67
H	25	25	50
Piaseczno - bloki			
I	100		
H		100	
Piaseczno - wille			
I	42,86	28,57	28,57
H	55,56	11,11	33,33
Góra Kalwaria - bloki			
I		40	60
H	50	50	
Góra Kalwaria - wille			
I	66,67	11,11	22,22
H	50	50	

	1	3	4
Konstancin - bloki			
K	100		
H	100		
Konstancin - wille			
K	100		
H	100		

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-24. Sposób korzystania z usług lekarskich ginekologicznych

Obszar mieszkaniowy	Liczba porad w lecznictwie			
	rejonowy	zakładowy	spółdzielczy	prywatny
Sobików	1	1		1
Sobików - Parcela	1			1
Czarny Las - 2	1			
Czarny Las - 1				1
Obręb	1			
Crachówek				1
Linia	1			3
Nowa Iwiczna	3	2		
Zalesie Górne	1			
Magdalena	2			2
Piaseczno - bloki	1			
Piaseczno - wille	2			1
Góra Kalwaria - bloki		1	1	3
Góra Kalwaria - wille				2
Konstancin - bloki	3			
Konstancin - wille	1			

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-25. Sposób korzystania z usług Lekarskich kardiologicznych

Obszar mieszka- niowy	Liczba porad w lecznictwie			
	rejo- nowym	zakła- dowym	spółdziel- czym	prywat- nym
Sobików - Parcela				1
Czarny Las - 1	1	1		1
Czachówek			1	
Linin				1
Nowa Iwiczna	2		2	
Zalesie Górne				1
Magdalena				1
Piaseczno - bloki	1			
Piaseczno - wille			1	1
Góra Kalwaria - wille	1			3
Konstancin - bloki	2			
Konstancin - wille			1	

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-26. Sposób korzystania z usług lekarskich okulistycznych

Obszar mieszka- niowy	Liczba porad w lecznictwie			
	rejo- nowym	zakła- dowym	spółdziel- czym	prywat- nym
Sobików	1			
Czarny Las - 1	1			
Obręb		1		
Czachówek	2			
Linin	1			1
Zalesie Górne	1			
Magdalena				1
Piaseczno - wille	1			1
Góra Kalwaria - bloki			1	4
Góra Kalwaria - wille				1
Konstancin - bloki			3	
Konstancin - wille	1			1

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-27. Sposób korzystania z usług lekarskich chirurgicznych

Obszar mieszka- niczy	Liczba porad w lecznictwie			
	rejo- nowym	zakła- dowym	spółdziel- czym	prywat- nym
Czarny Las - 1		1		1
Czachówek	1			
Piaseczno - wille	1			1
Góra Kalwaria - bloki	3	1		
Góra Kalwaria - wille	3			
Konstancin - bloki	3			

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-28. Sposób korzystania z usług lekarskich laryngologicznych

Obszar mieszka- niczy	Liczba porad w lecznictwie			
	rejo- nowym	zakła- dowym	spółdziel- czym	prywat- nym
Sobików	1			
Obręb	1			
Zalesie Górne		1		
Piaseczno - bloki	1			1
Piaseczno - wille		1		1
Góra Kalwaria - bloki			2	
Góra Kalwaria - wille				2
Konstancin - bloki				1

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-29. Sposób korzystania z usług lekarskich reumatologicznych

Obszar mieszka- niczy	Liczba porad w lecznictwie			
	rejo- nowym	zakła- dowym	spółdziel- czym	prywat- nym
Sobików - Parcela		1		2
Czarny Las - 1				1
Linia	1			
Nowa Iwiczna				2

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-30. Pomoc doradna

Obszar mieszkaniowy	Liczba wezwań pożądania ratunkowego	Liczba porad na ostrym dyżurze
Czarny Las - 2		1
Czarny Las - 1	1	
Czacbówek	1	1
Bowa Iwiczna	1	2
Zalesie Górne	1	1
Magdalena	1	
Piaseczno - wille	4	1
Góra Kalwaria - bloki	1	
Konstancin - bloki		2

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

Tabela IV-31. Liczba porad u lekarzy pozostałych specjalności i u innych osób prowadzących praktykę lekarską

Specjalność praktyki lekarskiej	Liczba porad	
	wieś	miasto
zleczarz	3	1
ortopeda	2	4
neurolog	1	1
psychiatra	1	0
choroby wewnętrzne	1	1
znachor	1	0
dermatolog	2	5
ortodonta	0	6
endokrynolog	1	3
alergolog	0	1

Źródło: obliczenia własne na podstawie ankiet

DOSTĘPNOŚĆ DO USŁUG MEDYCZNYCH
STAN ZDROWIA LUDNOŚCI

1. Jak Pan(i) obecnie ocenia swój stan zdrowia?
 - a. bardzo dobrze
 - b. dobrze
 - c. niezbyt dobrze
 - d. źle

2. Czy w ciągu poprzedniego roku chorował Pan(i) lub odczuwał jakieś dolegliwości?
 Jeśli tak, to czy były to choroby przewlekłe? Jakże?

 Czy są to wady wrodzone? Jakże?

 Pozostałe zaistniałe w poprzednim roku choroby?

 Czy Pan(i) się leczy?
 Jeśli tak to gdzie się Pan(i) leczy?

 Jeśli się Pan(i) leczy prywatnie to dlaczego zrezygnował Pan(i) z leczenia objętego ubezpieczeniem?

3. Czy kiedykolwiek w przeszłości poniósł Pan(i) trwały uszczerbek na zdrowiu?
 Jakże to były choroby i jakie są ich skutki?

 Jeśli tak to czy z tego powodu:
 - a. ma Pan(i) trudności w wykonywaniu codziennych czynności?
 - b. ma Pan(i) trudności w samodzielnym poruszaniu się poza domem?
 - c. jest Pan(i) niezdolny(a) do pracy zawodowej?
 - d. musiał(a) Pan(i) zmienić rodzaj pracy?

4. Czy w ciągu poprzedniego roku był(a) Pan(i) u:
 - a. lekarza rejonowego internisty
 - b. lekarza rejonowego pediatry
 - c. lekarza rejonowego ginekologa
 - d. lekarza zakładowego internisty
 - e. lekarza zakładowego pediatry

- f. lekarza zakładowego ginekologa
 - g. lekarza w przychodni rejonowej
 - h. lekarza w przychodni zakładowej
 - i. w szpitalu na ostrym dyżurze
 - j. w Pogotowiu Ratunkowym
 - k. u lekarza praktykującego prywatnie
 - l. u lekarza w Spółdzielni Lekarskiej
- Dlaczego zrezygnował(a) Pan(i) z leczenia objętego ubezpieczeniem? (dotyczy p. k i l)
-
-
5. Jaki był powód ostatniej Pańskiej wizyty u lekarza?
- a. choroba własna
 - b. powód pozamedyczny
 - c. inne jakie?
6. Była to wizyta w przychodni u lekarza
7. Dotarcie do przychodni zajęło mi (chodzi o ostatnią wizytę):
- a. wizyta domowa
 - b. do 10 min.
 - c. 11-20 min.
 - d. 21-30 min.
 - e. 31-60 min.
 - f. 61-120 min.
 - g. 121 i więcej min.
8. Po dotarciu do przychodni poradę uzyskałem (łam) w ciągu:
- a. do 30 min.
 - b. 31-60 min.
 - c. 61-120 min.
 - d. 121-180 min.
 - e. 181 i więcej min.
9. Forma dotarcia do przychodni
10. Jakie trudności wystąpiły przy ostatnim zakupie leków:
- a. nie miałem trudności - kupiłem je bez problemu w pierwszej aptece do której poszedłem
 - b. kupiłem leki po odwiedzeniu kilku aptek
 - c. inne - jakie?
11. Dotarcie do apteki zajęło mi
12. Po dotarciu do apteki lek zakupiłem w ciągu
13. Czy w ciągu poprzedniego roku przechodził(a) Pan(i) jakiegokolwiek badania analityczne?

- Jeśli tak to były to badania
- Zostały one przeprowadzone w:
- rejonowej pracowni analitycznej
 - zakładowej przychodni analitycznej
 - odpłatnie - dlaczego?
-
14. Czy był(a) Pan(i) w szpitalu w ciągu poprzedniego roku?
 Jeśli tak to ile razy?
- Jak długo?
- Z jakiego powodu?
-
15. Czy był to szpital rejonowy?
- Jeśli nie to przy użyciu jakich środków uzyskał(a) Pan(i) możliwość hospitalizacji w tymże szpitalu?
16. Ile razy w ciągu poprzedniego roku był(a) Pan(i) u dentysty?
- nie było(a) ani razu
 - jeden raz
 - kilka razy
 - kilkanaście razy
- Jeśli Pan(i) nie był(a) to dlaczego?
-
- Jeśli Pan(i) był(a) to była to wizyta w:
- przychodni rejonowej
 - przychodni zakładowej
 - gabinecie prywatnym
 - spółdzielni lekarskiej
- Dlaczego zrezygnował(a) Pan(i) z leczenia objętego ubezpieczeniem? (dotyczy p. c i d)
-
17. Czy obecnie Pan(i) zęby wymagają leczenia?
- Czy leczy je Pan(i)?
- Jeśli nie to dlaczego?
-
- Jeśli tak to gdzie Pan(i) je leczy?
- w przychodni rejonowej
 - w przychodni zakładowej
 - w gabinecie prywatnym
 - w spółdzielni lekarskiej
- Dlaczego zrezygnował(a) Pan(i) z leczenia objętego ubezpieczeniem? (dotyczy p. c i d)

18. Koszty leczenia w ciągu poprzedniego roku wyniosły%
dochodu na jedną osobę w mojej rodzinie.
19. Dotarcie do gabinetu stomatologicznego zajęło mi (chodzi
o ostatnią wizytę)
20. Po dotarciu do gabinetu poradę uzyskałem(a) w ciągu

1. Płeć: K M
2. Wiek:
3. Stan cywilny:
4. Wykształcenie:
5. Zawód:
6. Stosunek do pracy:
7. Miejsce pracy:
8. Poprzednie miejsce pracy:
9. Poprzednie miejsce zamieszkania:
10. Mieszkam w:
 - a. domku jednorodzinny
 - b. bloku
 - c. internacie, koszarach, itp.Mieszkanie wyposażone w:
 - a. Co
 - b. wodę bieżącą ciepłą i zimną
 - c. gaz ziemny
 - d. podłączone do systemu kanalizacji zbiorowej
 - e. własne szambo
11. Posiadam aktualnie sprawny samochód Jeśli
tak to podać markę i rok produkcji
12. Posiadam sprawny motocykl telefon
13. Użytkuję grunty o powierzchni
Wykorzystuję je jako:
 - a. gospodarstwo przydomowe
 - b. gospodarstwo rolne
 - c. sad
 - d. ogród
 - e. inne - jakie?
14. Czy pali Pan(i) papierosy
Jeśli tak to ile sztuk dziennie
15. Czy pije Pan(i) alkohol
Ile w ciągu ostatniego tygodnia wypił(a) Pan(i) alkoholu?
.....

SERDECZNIE DZIĘKUJEMY ZA UDZIELENIE ODPOWIEDZI

OSTATNIE ZESZYTY BIULETYNU INFORMACYJNEGO

50. Mirowski W. Zróżnicowanie społeczno-gospodarcze a procesy wyludniania się województw siedleckiego i białkopodlaskiego. 1985.
51. Przestrzenne uwarunkowania obrotu towarowego. 1985.
52. Ochrona zabytków a gospodarka przestrzenna Polski. 1986.
53. Studia nad funkcjonalnym makroregionem Warszawy (III). 1986.
54. Andrzejewski A., Majchrzak M., Matuszewski J. Wpływ budownictwa na zasoby mieszkaniowe miast i wsi w latach 1945—1984. 1986.
55. Sprawozdanie z badań Problemu MR I 28 w latach 1981—1985. 1987.
56. Bibliografia opracowań wykonanych w latach 1981—1985. 1987.
57. Grzeszczyk T. Opinie aktywu terenowego o rynku pracy (w świetle próbnego sondażu). 1987.
58. Analiza procesów żywiołowych w gospodarowaniu przestrzenią na terenie miasta Warszawy. 1987.
59. Zagożdżon A. (red.). Rola przemysłu w kształtowaniu struktury przestrzennej osadnictwa. Zarys problematyki i wybrane przykłady studiów. 1988.
60. Wstępne wyniki badań 1986—1989. 1989.