



**UNIWERSYTET RZESZOWSKI
KOLEGIUM NAUK MEDYCZNYCH**

ROZPRAWA DOKTORSKA

**STAN ZDROWIA 19-LETNICH MĘŻCZYŹN
KWALIFIKOWANYCH DO CZYNNEJ SŁUŻBY
WOJSKOWEJ W LATACH 1985–2017
W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM**

Autor:

mgr inż. Marcin Żal

Promotor:

prof. dr hab. n. med. Artur Mazur

Promotor pomocniczy:

dr n. o zdr. Zdzisława Chmiel, prof. UR

Rzeszów 2023

Szczególne podziękowania dla Pana prof. dr. hab. n. med. Artura Mazura oraz Pani dr n. o zdr. Zdzisławy Chmiel za pomoc merytoryczną, motywację, życzliwość i opiekę w realizacji niniejszej dysertacji. Dziękuję również żonie Ewie za wsparcie, cierpliwość i wyrozumiałość.

Spis treści

WYKAZ SKRÓTÓW	5
WSTĘP	6
1. SIŁY ZBROJNE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	20
1.1. Charakterystyka Sił Zbrojnych RP	21
1.2. Zasady orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz tryb postępowania komisji lekarskich	22
2. WYBRANE CHOROBY CYWILIZACYJNE I ICH CZYNNIKI RYZYKA.....	30
2.1. Samoistne nadciśnienie tętnicze	30
2.2. Cukrzyca.....	33
2.3. Nieprawidłowości w zakresie masy ciała.....	34
3. METODOLOGICZNE PODSTAWY PRACY	38
3.1. Cel i problemy badawcze	38
3.2. Problemy i hipotezy badawcze	39
3.3. Materiał i metody badawcze.....	39
3.4. Dobór badanej próby	42
3.5. Organizacja i przebieg badań	43
3.6. Metody analizy statystycznej	47
4. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	49
4.1. Charakterystyka badanej grupy w aspekcie cech somatycznych	49
4.2. Trendy zmian wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI w badanej grupie	50
4.3. Klasyfikacja BMI w latach 1985–2017	53
4.4. Kategorie zdrowia na podstawie kwalifikacji wojskowej (poboru)	54
4.5. Klasyfikacja 19–latków według kategorii zdrowia oraz obowiązku pełnienia służby wojskowej.....	57
4.6. Cechy somatyczne badanej grupy a wybrane czynniki	63
4.6.1. BMI a wybrane czynniki	63
4.6.1.1. Okres badania a rozkład wartości BMI	63
4.6.1.2. Kategoria zdrowia a poziom BMI	64
4.6.1.3. Miejsce zamieszkania a BMI.....	66
4.6.1.4. Obowiązek służby wojskowej a BMI.....	68
4.6.2. Wzrost a wybrane czynniki	69
4.6.2.1. Okres badania a rozkład wartości wzrostu poborowych	69
4.6.2.2. Kategoria zdrowia a wzrost poborowych	70
4.6.2.3. Miejsce zamieszkania a wzrost poborowych	71
4.6.3. Masa ciała a wybrane czynniki.....	71
4.6.3.1. Okres badania a rozkład masy ciała poborowych	71

4.6.3.2. Kategoria zdrowia a masa ciała poborowych	72
4.6.3.3. Miejsce zamieszkania a masa ciała poborowych	72
4.7. Przyczyny dyskwalifikujące z uzyskania kategorii zdrowia A	73
4.7.1. Klasyfikacja przyczyn niezdolności do służby wojskowej	73
4.7.2. Powody niezdolności do służby wojskowej a obowiązkowość służby	76
4.7.3. Miejsce zamieszkania a przyczyny niezdolności do służby wojskowej	79
4.7.3.1. Miejsce zamieszkania a przyczyny niezdolności do służby wojskowej do roku 2009.	79
4.7.3.2. Miejsce zamieszkania a przyczyny niezdolności do służby wojskowej po 1 stycznia roku 2009	80
4.7.4. Przyczyny niezdolności względem klasyfikacji BMI	80
4.7.4.1. BMI a przyczyny niezdolności do służby wojskowej do roku 2009	81
4.7.4.2. BMI a przyczyny niezdolności do służby wojskowej po 1 stycznia 2009 roku.....	82
4.7.5. Szczegółowe choroby i ułomności w najliczniejszych grupach schorzeń ...	83
4.7.6. Choroby i ułomności z najliczniejszych grup schorzeń powodujące otrzymanie kategorii zdrowia D i E, a obowiązkowość służby wojskowej i miejsce zamieszkania.....	84
4.7.7. Przyczyny niezdolności do służby wojskowej według powiatów	132
4.7.7.1. Występowanie schorzeń psychicznych	132
4.7.7.2. Narząd wzroku.....	133
4.7.7.3. Kończyny.....	135
4.7.7.4. Układ nerwowy	136
4.7.7.5. Układ oddechowy	138
4.8. Pobór w okresie komunizmu, a kwalifikacja wojskowa w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej	140
4.8.1. Kategoria zdolności do służby wojskowej	140
4.8.2. Występowanie schorzeń powodujących niezdolność do służby	141
4.9. Wybrane choroby cywilizacyjne	143
5. DYSKUSJA.....	145
WNIOSKI	157
PIŚMIENNICTWO	159
SPIS TABEL.....	177
SPIS RYCIN	185
ANEKS	187

WYKAZ SKRÓTÓW

- BMI – (ang. Body mass index) – wskaźnik masy ciała
- DBP – (ang. diastolic blood pressure) – ciśnienie rozkurczowe
- Dz. U. – Dziennik Ustaw
- GUS – Główny Urząd Statystyczny
- HBSC – (ang. Health Behaviour in School–Age Children) – badania zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej
- mmHg – milimetr słupa rtęci
- MON – Ministerstwo Obrony Narodowej
- NPZ – Narodowy Program Zdrowia
- NSR – Narodowe Siły Rezerwowe
- poz. – pozycja
- p. p. – punkt procentowy
- RP – Rzeczpospolita Polska
- R. R. – (ang. relative risk) – ryzyko względne
- RSZ – Rodzaje Sił Zbrojnych
- SBP – (ang. systolic blood pressure) – ciśnienie skurczowe
- SPIRALA – ZINT – Zintegrowany System Zarządzania Zasobami Mobilizacyjno–Uzupełnieniowymi
- SQL – (ang. Structured Query Language) – strukturalny język zapytań
- SZ RP – Siły Zbrojne Rzeczpospolitej Polskiej
- TSW – terytorialna służba wojskowa
- ustawa – ustawa z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczpospolitej Polskiej
- WHO – (ang. World Health Organization) – Światowa Organizacja Zdrowia
- WKU – wojskowa komenda uzupełnień
- WOT – Wojska Obrony Terytorialnej
- WSzW – wojewódzki sztab wojskowy

WSTĘP

Zdrowie jestem tematem rozważań naukowych od ponad 2 tysięcy lat. Na jego temat rozpisywał się już Hipokrates – ojciec medycyny europejskiej. Stworzono około 300 jego definicji [1]. Na przestrzeni wieków starano się zdefiniować czym jest zdrowie. Jednak wszelkie próby są niewystarczające, aby w sposób jednoznaczny oddać słowami jego istotę. Podobnie jak „szczęście”, którego nie można w sposób mierzalny zbadać i zdefiniować. Oba pojęcia są często wynikiem indywidualnych odczuć [2]. Bazują one na różnych płaszczyznach: psychologicznej, społecznej, biologicznej. Są zależne od zmieniających się czynników tj.: sytuacji społecznej, politycznej, ekonomicznej oraz warunków środowiskowych. Wpływ na definicję zdrowia ma również nurt filozoficzny jaki stanowi istotę człowieka w danym środowisku, kulturze, otaczającej go rzeczywistości [3, 4, 5]. Zdrowie może być również rozumiane jako: „brak choroby”, „funkcjonowanie organizmu”, „zdolność adaptacyjna”, „dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny” [6]. Stan zdrowia kształtuje wiele aspektów. Aktualny stan zdrowia Polaków przeważa w stronę zachowań negatywnych i sięga do coraz młodszych grup wiekowych. Dlatego też nie bez znaczenia jest kształtowanie pozytywnych wzorców, bo o zdrowiu ludzi dorosłych decydują nawyki wyuczone w dzieciństwie i młodości [7]. Promocja zdrowia to wg autorów: dziedziną, która niesie określone dobro. Prowadzą do niej dwie drogi: mnożenie dobra lub minimalizowanie zła. To wszelkie działania sił społecznych, naturalnych sprzyjające zdrowiu, ich nośnikami są zbiorowości i jednostki. Osoba ludzka jest związana ze środowiskiem, dlatego istotnym elementem jest ekoedukacja. Wychowanie prozdrowotne podlega też panującej kulturze, zależy od środowiska i indywidualnego wyboru jednostki. W rodzinie należy zwracać uwagę na właściwe przyzwyczajenia higieniczne, aby niwelować zachowania tj.: niejedzenie śniadań przez młodzież szkolną, objadanie się w ramach kolacji, palenie papierosów, oszczędzanie na jedzeniu, zaburzenie higieny snu. W Polsce od 1992 roku rozwija się projekt „Szkoła promująca zdrowie”, w którym pracownicy i uczniowie uczą się jak żyć lepiej i zdrowiej, propagując to w społeczeństwie [8, 9].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1946 roku zawarła w preambule konstytucji oficjalnie uznaną i powszechnie stosowaną definicję, w której „pojęcie zdrowia oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego (dobrostan), a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania” [10, 11].

Pojęciu zdrowia nieustannie towarzyszy kontekst medyczny, który zakłada brak zakłóceń w funkcjonowaniu biologicznym, czyli optimum organizmu pod względem struktur, funkcji, wyposażenia genetycznego i odporności. W ujęciu holistycznym to równowaga człowieka z jego środowiskiem. O poziomie zdrowia będzie decydować wpływ czynników stresogennych, które mogą być ograniczone przez jednostkę w świadomych wyborach takich jak: tryb życia, aktywność fizyczna, odpowiedzialność za proces leczenia (w razie choroby) i dbanie o zdrowie ogólne. W postrzeganiu zdrowia człowieka, należy go traktować jako „całość” i jako „część całości”, dlatego B. Woynarowska wyodrębniła cztery wymiary (aspekty) wzajemnych powiązań. Do podstawowych podsystemów zaliczono:

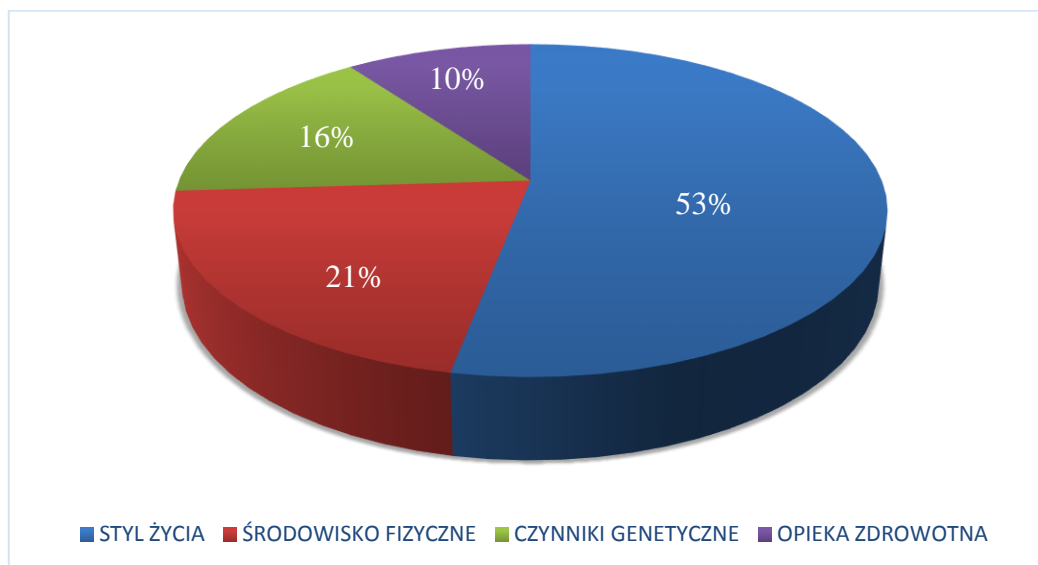
- zdrowie fizyczne – zdolność do prawidłowego funkcjonowania organizmu, wszystkich jego układów i narządów,
- zdrowie psychiczne – możliwości myślenia w sposób logiczny, rozpoznawania uczuć i ich odpowiedniego wyrażania, umiejętności radzenia sobie ze stresem, napięciami, lękiem i depresją,
- zdrowie społeczne – zdolność do utrzymania relacji z innymi ludźmi w sposób prawidłowy oraz pełnienie ról społecznych,
- zdrowie duchowe – zależne indywidualnie, ponieważ może być związane z wierzeniami i praktykami religijnymi lub dotyczyć osobistego „credo”, zasad zachowania i sposobów utrzymania wewnętrznego spokoju [12]. Wiąże się z posiadaniem przez jednostkę sensu i celu w życiu, odwołuje się do wartości moralnych, rozróżniania dobra i zła [13].

Analizując literaturę można zauważyć, że istnieją 4 zasadnicze podejścia do określenia zdrowia, na które wpływ miało uznanie człowieka za istotę bio–psycho–społeczną, kulturową i duchową. To następujące modele (konceptje): kliniczny, ról społecznych, adaptacyjny i samorealizacji [14, 15].

W Kanadzie w Raporcie Lalonde’a w 1974r. dokonanego przez Marca Lalonde’a zaprezentowano kanadyjską wersję dalekowschodniej mandali (ryc. 1), w których warunkiem do osiągnięcia normalnego rytmu struktur i funkcji jest osiągnięcie sprzężenia zwrotnego między „polami zdrowia” [16, 17].

Poszczególne elementy to części systemu zdrowia, których wpływ ma następujące znaczenie:

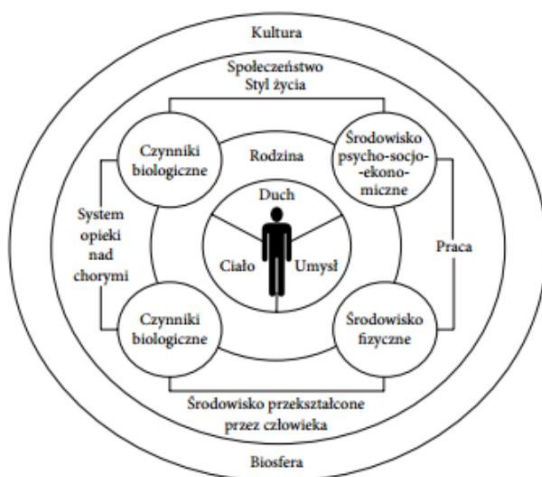
- pole opieki zdrowotnej – to zasoby i organizacja opieki zdrowotnej gdzie człowiek jest odbiorcą tych działań, od ich jakości będzie zależeć status społeczno – ekonomiczny człowieka i polityka społeczna państwa, realny wpływ tych działań jest niewielki,
- czynniki środowiskowe: socjologiczno–biologiczno–behawioralne, są to: warunki zatrudnienia, mieszkaniowe, dochód, normy kulturowe, czynniki wpływające na naturalne środowisko życia człowieka (woda – jakość, ilość opadów, nasłonecznienie, jakość gleby, promieniowanie, temperatura),
- czynniki genetyczne związane z biologią człowieka: są to cechy – w dużym stopniu uwarunkowane genetycznie, na które osobnik nie ma wpływu – anatomiczne, fizjologiczne, biochemiczne, immunologiczne,
- największym determinantem są czynniki związane ze stylem życia, tę kategorię tworzą wszystkie decyzje człowieka kształtowane w toku jego życia, np.: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta [18, 19].



Rycina 1. Model Lalonde'a.

Koncepcja ta miała ogromny wpływ na rozwój społeczno – ekologicznego modelu zdrowia, zmiany w polityce zdrowotnej na świecie oraz znacząco przyczyniła się do rozwoju promocji zdrowia [20]. Mandala zdrowia – Model Ekosystemu Człowieka, sporządzony w Departamencie Zdrowia Publicznego w Toronto, przedstawia koncepcję w której człowiek został ukazany jako system złożony z połączonych ze sobą elementów (ciało, umysł, duch) (ryc. 2). Przejmuje on pozycję centralną wobec

wszechświata i innych podsystemów. Największy wpływ na kształtowanie zdrowia ma rodzina, która jest w najbliższym otoczeniu jednostki oraz pełni rolę pośrednika pomiędzy jednostką, a instytucjami publicznymi. Wpływ rodziny w trakcie życia może ulec pomniejszeniu, ale mimo to, dla najdalej położonej strefy kultury i biostrefy człowieka, nadal ma powiązanie dla większości egzystencji [21].



Rycina 2. Mandala zdrowia – model ekosystemu człowieka [22].

Analizując powyższy model należy koło interpretować jako wszechświat, a pozostałe elementy: człowiek – to centrum układu, składa się z ciała, umysłu, ducha, ulega wpływom nad- i podsystemów, jest też członkiem rodziny, która odgrywa dużą rolę w kształtowaniu systemu wartości, postaw i zachowań zdrowotnych. Rodzina – to ten obszar modelu, który odpowiada za stabilizację jednostki do życia w społeczeństwie [23].

Czynnikami warunkującymi zdrowie (wg Narodowego Programu Zdrowia) są:

- styl życia 50–60%,
- środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy 20%,
- czynniki genetyczne 20%,
- służba zdrowia, która może rozwiązać 10–15% problemów zdrowotnych.

Styl życia – czyli codzienne wybory charakterystyczne dla jednostek i grup, tj.: odżywianie (jakość i regularność posiłków), aktywność fizyczna, sposób spędzania wolnego czasu, nawyki, higiena snu, profilaktyka lekarska, kontakty interpersonalne. Pojęcie stylu życia jest bardzo szerokie, ponieważ to nie tylko zachowanie człowieka, ale również postawa i ogólna filozofia życia, a na to mają wpływ subiektywne przekonania, system wartości, czynniki obiektywne: środowisko zewnętrzne, społeczne,

kulturalne, sytuacja polityczno–ekonomiczna, zachowania pro– lub antyzdrowotne [24]. Zmiany w życiu człowieka również wpływają na jego styl życia, jednak ważnym okresem kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i młodość. Czas ten nazywany jest wiekiem rozwojowym w związku z największym rozwojem fizycznym, motorycznym, intelektualnym, społecznym i psychicznym [25, 26]. Badacze potwierdzają, że koncepcja zdrowia dzieci jest podobna do tej wyznawanej przez ich rodziców, co znaczy że wśród dzieci i młodzieży dominują przekonania otrzymane w domu rodzinnym, szkole, najbliższym otoczeniu i środkach masowego przekazu [27]. Ważną inwestycją w zdrowie uczniów jest szkolna edukacja zdrowotna, ponieważ rozpoczyna ona proces dbania o własne zdrowie i innych, a w przypadku wystąpienia niepełnosprawności lub choroby pomaga uczestniczyć w sposób aktywny w procesie leczenia i rehabilitacji, a także radzić sobie z negatywnymi skutkami choroby [28, 29]. Wiele badań, które zostało przeprowadzone w celu znalezienia korelacji pomiędzy stylem życia, a występowaniem chorób współczesnych potwierdzają, że do najbardziej ryzykownych zachowań należą: siedzący tryb życia, złe nawyki żywieniowe, palenie tytoniu, stres [30]. Zachowania zdrowotne badane są szerokim projektem badawczym HBSC (Health Behaviour in School – Age Children), który jest ukierunkowany na kontrolowanie zmian dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej. Na podstawie raportu z tego badania wynika, że największym problemem uczniów w Polsce jest otyłość na skutek zmiany wzorców spędzania wolnego czasu – przesadnie długie korzystanie z komputera, wzrost negatywnych skutków zdrowotnych, tj. wzrost urazów wymagających medycznych interwencji. Podejmowanie zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu (dla młodzieży szkolnej, na podstawie badania HBSC 2010) to: śniadania we wszystkie dni szkolne, owoce i warzywa spożywane co najmniej raz dziennie, słodczyce, słodkie napoje nie częściej niż raz dziennie, czyszczenie zębów i aktywność fizyczna [31]. Zmiany w zakresie stylu życia będą łatwiejsze jeżeli zostaną połączone siły w zakresie: zwiększenia świadomości, zmiany zachowań oraz stworzenie środowisk, które będą sprzyjać dobrym praktykom zdrowotnym [32]. Edukacja zdrowotna realizowana w szkole powinna podnosić świadomość, wyposażać w wiedzę o zdrowiu jako wartości indywidualnej i społecznej oraz rozwijać tę wiedzę w życiu codziennym po to, aby osiągać satysfakcję i jakość życia [33]. Dbalność o kształtowanie stylu życia młodzieży i dzieci może znacząco zmniejszyć odsetek dorosłych chorujących na choroby cywilizacyjne w następnych latach [34].

Środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy – to środowisko naturalne i jego zanieczyszczenia (ziemia, woda, powietrze), to także coraz większy stopień industrializacji, zła organizacja miejsca pracy, wypoczynku, które przyczyniają się do niekorzystnego wpływu na jednostkę i zachwiania jej równowagi [35]. Poważnymi zagrożeniami płynącymi ze środowiska są: wysokie temperatury, hałas, promieniowanie elektromagnetyczne, zapylenie, skażenie chemiczne wody, powietrza, gleby, żywności i przedmiotów codziennego użytku [36]. Czynniki środowiskowe znaczące w aspekcie społecznym i kulturalnym to m.in.:

- wzorce osobowe, zdrowie – jego wartość, jakość, wiedza na jego temat, niekorzystna sytuacja na poziomie edukacji, nauki, kultury,
- warunki społeczno – ekonomiczne rodziny – sytuacja mieszkaniowa, relacje panujące między członkami rodziny, atmosfera rodzinna,
- warunki społeczno – ekonomiczne w miejscu nauki i pracy – m.in.: poziom bezrobocia, majątność grup społecznych, relacje między ludźmi w miejscu nauki i pracy [37, 38].

Wśród czynników środowiska społecznego istotne jest zjawisko przemocy społecznej w postaci dręczenia, znęcania, prześladowania do którego najczęściej dochodzi w społeczności szkolnej w obecności innych. Uczniowie mając świadomość tych zjawisk mogą mieć na nie wpływ zarówno pozytywny (ograniczając to zjawisko) jak i negatywny (potęgując je). Badania nad przemocą rówieśniczą ujawniają cechy charakterystyczne dla zachowań agresywnych [39]. Stosunkowo niedawno pojawiło się w piśmiennictwie pojęcie „zdrowy lub chory dom” które oznacza: zdrowy dom – ten który sprzyja optymalnej kondycji człowieka, zaspakaja jego potrzeby w sposób psychiczny i fizyczny, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, kształtuje ludzi którzy w nim mieszkają zapewniając im większą odporność na zewnętrzne obciążenia, zapewnia w sposób materialny wysoki komfort życia np.: dostępność ciepła, właściwą jakość powietrza, niewielki poziom hałasu. Chory dom – to miejsce uniemożliwiające lub utrudniające zaspokajanie potrzeb człowieka. Kolejnym pojęciem jest zespół chorego budynku (Sick Building Syndrome). To schorzenie w medycynie spowodowane zanieczyszczonym środowiskiem lub na skutek przebywania w pomieszczeniach, w których dochodzi do zaburzeń zdrowotnych z powodu np.: złej wymiany powietrza, wilgotności, hałasu, złego oświetlania, braku prywatności, zamkniętych okien itp. [40]

Czynniki genetyczne – osiągnięcia z zakresu genetyki i genomiki (wiedza dotycząca ludzkiego genomu, jego charakterystyki, sposobu funkcjonowania w trakcie rozwoju i życia, a także o zmienności w dziedziczeniu i jej związku ze zdrowiem i chorobą) są ukierunkowane na poprawę aspektów zdrowia populacji. Okazuje się, że gromadzenie danych medycznych członów rodziny może doprowadzić do powstania historii medycznej przydatnej do oceny występowania chorób i ich profilaktyki. Zastosowanie tej wiedzy na potrzeby zdrowia publicznego wykazuje istotne powiązania w konkretnych populacjach [41]. Czynniki genetyczne są tylko elementem wpływającym na zachowanie człowieka. Cechy osobnicze są zależne od całego procesu wychowania, widzianych wzorców, procesu kształtowania osobowości [42].

Służba zdrowia – pełni wiele funkcji, związanych z profilaktyką, leczeniem, gromadzeniem danych, np.:

- obserwacja sytuacji zdrowotnej społeczeństwa przez stacje sanitarno – epidemiologiczne, administrację państwową,
- analiza dokumentów dotycząca zdrowia (prowadzonej w szpitalach, sanatoriach),
- kontrola planowania i wykonywania działań związanych z profilaktyką przez wyznaczone organy,
- pilnowanie naturalnych warunków środowiska i działania chroniące przed zanieczyszczeniami,
- badania przesiewowe ludności,
- indywidualne działania personelu medycznego z pacjentami zagrożonymi określoną chorobą [43].

Polityka zdrowotna – do jej najważniejszych celów należą: wskazanie priorytetów ustalanych w oparciu o stan zdrowia populacji, realizowanie programów medycznych i zdrowia publicznego, opieka medyczna (nowe technologie, sposoby terapii), programy zdrowotne. Wszystkie te działania są niezbędne do poprawy stanu zdrowia populacji. Dobrze zorganizowana i wyposażona opieka medyczna pozwala na szybkie diagnozy, lepsze rokowanie w leczeniu, zmniejszenie skutków choroby, niepełnosprawności, zapobieganie przedwczesnej śmierci, zwiększa poczucie bezpieczeństwa społeczeństwa. Kierunki działań polityki zdrowotnej zależą od: zmian demograficznych – starzenia się społeczeństwa, rozwarstwienia, mobilności społeczeństwa, różnic kulturowych, sytuacji ekonomicznej, zasobów personelu medycznego.

Zdrowie publiczne to określenie, które obejmuje szeroki zakres działań dotyczących wszystkich aspektów zdrowia społecznego. Są to inicjatywy mające na celu zapobiegać przedwczesnym zachorowaniom czy zgonom, promocji zdrowia i tworzeniu środowiska pracy, życia sprzyjającemu zdrowiu. W tym celu instytucje rządowe, samorządowe i organizacje są mobilizowane do działań na rzecz dbania o zdrowie swoje i obywateli. Od drugiej połowy XX wieku poszerzał się zakres obowiązków służby zdrowia obejmując: zapobieganie przewlekłym chorobom niezakaźnym, szczepienia ochronne, edukację zdrowotną, planowanie rodziny i aspekty zdrowotne okresu ciąży. Działania te zawsze obejmują całą populację, co przesądza o finansowaniu ze środków publicznych. Zdrowie publiczne działania swoje kieruje na całą społeczność, a nie na pojedynczą osobę. Znaczący wpływ na kształtowanie się koncepcji zdrowia publicznego ma Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization). Kraje należące do WHO opracowały *Narodową Strategię Zdrowia dla Wszystkich* i na jej podstawie zostały zobowiązane do opracowania własnych krajowych, dostosowanych do istniejącej sytuacji na terenie danego państwa. W 1986 roku uchwalono *Ottawską Kartę Promocji Zdrowia* przyjmując promocję zdrowia jako istotny element działań zdrowia publicznego. Zgodnie z zasadami przyjętymi przez WHO instytucje i zasoby ochrony zdrowia mają na celu: działania zmierzające ku zachowaniu ludzi w zdrowiu, utrzymanie i poprawę stanu zdrowia, zapewnienie opieki medycznej, walkę z chorobami, pomoc w rozwiązywaniu problemów medycznych obywateli.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) to dokument, który wyznacza najważniejsze działania podejmowane na rzecz poprawy zdrowia i jakości życia społecznego w Polsce. Jest on opracowany przez ekspertów i organizacje rządowe oraz pozarządowe, zatwierdzony przez Radę Ministrów [44]. Aktualny NPZ opracowany na lata 2021 – 2025 został zatwierdzony 30 marca 2021r. [Dz.U. poz. 642]. Jego celem strategicznym jest: „zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu”. Nowym aspektem rozpatrywanym w aktualnym programie zdrowia były skutki epidemii COVID–19, ponieważ przyczyniła się ona do kryzysu zdrowotnego Rzeczypospolitej Polskiej. Cele operacyjne NPZ obejmują:

- profilaktykę nadwagi i otyłości,
- profilaktykę uzależnień,
- promocję zdrowia psychicznego,

- zdrowe środowisko i choroby zakaźne,
- wyzwania demograficzne.

Aby zrealizować te cele, w programie skierowanym również dla populacji młodzieży, wyznaczono zadania m.in. dotyczące edukacji żywieniowej; kształtowania postaw prozdrowotnych w szkołach; promowaniu aktywności fizycznej i zasad zdrowego żywienia; badania preferencji konsumenckich; sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa; edukacji zdrowotnej i profilaktyki uzależnień; zwiększenie ofert, dostępności, jakości pomocy psychologicznej; badanie stanu zdrowia psychicznego; ograniczenie metod umożliwiających dokonywanie samobójstwa; programu profilaktyki samobójstw; dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym [45]. Stan zdrowia populacji w danym kraju zależy od jego rozwoju ekonomicznego i oddziaływania środowiska. Działania destrukcyjne człowieka, zaburzenia występujące w zjawiskach naturalnych mogą powodować niekorzystny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa [46]. Życie długie, w towarzyszącym mu zdrowiu, jest aktualnie wartością bardzo pożądaną.

Człowiek życie przeżywa w różnych stanach zdrowia od dobrego do złego [47]. Liczba ludności Polski według Rocznika Statystycznego Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2021 roku wynosiła 38 036 tys., w tym 19-latków 347,1 tys., a płci męskiej 177,7 tys.[48] Ponad połowa Polaków w 2010 roku swój stan zdrowia oceniała jako dobry lub bardzo dobry, ta subiektywna ocena zróżnicowana była regionalnie. Mieszkańcy większych aglomeracji oceniali swoje zdrowie lepiej niż mniejszych i nie uskarżali się na ograniczenia w życiu codziennym, wyrażali zadowolenie z życia rodzinnego i relacji towarzyskich [49]. W 2019 roku prawie 67% Polaków pozytywnie oceniła swój stan zdrowia, niewiele ponad 9% oceniła go jako zły lub bardzo zły [50]. O zdrowiu dzieci i młodzieży w Polsce dane można czerpać z dwóch źródeł: dane z międzynarodowych badań HBSC oraz dane z GUS w grupach: 0–14 lat (oceny dokonywali rodzice/opiekunowie), powyżej 15 lat sama młodzież. W komunikacie prasowym HBSC 2020 dotyczącym młodzieży w Polsce zawarto m.in. następujące informacje:

- zaburzenie obrazu własnego ciała (postrzegania siebie za grubych, trochę za grubych przez polskich nastolatków) dziewczęta na 1 pozycji na 43 kraje w każdej grupie wiekowej, chłopcy na 1 pozycji – w grupie wieku 15 lat, na 2 pozycji w grupie wieku 11 i 13 lat;

- posiłki z rodziną – spożywane rzadziej niż w innych krajach, wraz z wiekiem sytuacja się pogarsza (w wieku 11 lat 37% chłopców, 29% dziewcząt deklaruje codzienne spożywanie posiłków z rodziną);
- wsparcie osób znaczących – spada wraz z wiekiem u obu płci, w każdej grupie wiekowej, ostatnie miejsce w rankingu 43 krajów;
- zdenerwowanie częściej niż raz w tygodniu – częściej występuje u dziewcząt, wzrasta z wiekiem [51].

W raporcie przygotowanym na zlecenie WHO o skali nierówności zdrowia w Polsce wśród dzieci i młodzieży decyduje głównie poziom wykształcenia i dochodów osiągniętych przez rodziców, bezpieczeństwo, warunki mieszkaniowe, dostęp do świadczeń zdrowotnych, pomocy socjalnej, styl życia (aktywność fizyczna, żywienie), miejsce zamieszkania, stan środowiska w miejscu przebywania. Badacze podkreślają, że istnieje powiązanie uwarunkowaniami środowiska, a długością życia w zdrowiu; a także warunkami życia dzieci i młodzieży, a ich stanem zdrowia później jako osób dorosłych [52]. Do negatywnych problemów zdrowotnych w ostatnich dwóch dekadach w Polsce zalicza się m.in.: nadwagę i otyłość, obniżenie sprawności fizycznej, zaburzenie zdrowia psychicznego, choroby alergiczne, konsekwencje zachowań ryzykownych (po stosowaniu substancji psychoaktywnych), zakażenie HIV. W pozytywnych zmianach zauważono: osiągnięcie wyższej wysokości ciała, obniżanie się umieralności i zachorowań na choroby zakaźne dzięki szczepieniom obowiązkowym, większą efektywność leczenia onkologicznego, poprawę standardu życia i jego warunków [53]. Badana młodzież w wieku 15–29 lat w najczęstszych odpowiedziach ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry i dobry [54]. W 2019 roku 92% ankietowanych w wieku do 20 lat określiło swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry [55].

Niezmiennie od odzyskania przez Polskę niepodległości w 1918 roku, jak w większości narodów – również w Polsce – każdy obywatel zobowiązany jest do obrony kraju. 27 października 1918 roku Rada Regencyjna Królestwa Polskiego przyjęła tymczasową ustawę o powszechnym obowiązku służby wojskowej, w której art. 1 mówił, że służba wojskowa jest – obowiązkiem każdego obywatela państwa polskiego. I choć w ciągu ponad 100 lat, w naszym kraju funkcjonowały różne systemy polityczne, zawsze każdy mężczyzna posiadający obywatelstwo polskie zobowiązany był do pełnienia służby wojskowej. Aby mógł wypełnić ten obowiązek, państwo polskie przed powołaniem go do służby wojskowej określało jego zdolność zdrowotną do tej

służby. Przez minione lata proces orzekania o zdolności do służby wojskowej określały ustawy:

- wspomniana na wstępie, o powszechnym obowiązku służby wojskowej z dnia 27 października 1918 roku,
- z dnia 23 maja 1924 roku o powszechnym obowiązku wojskowym,
- z dnia 9 kwietnia 1938 roku o powszechnym obowiązku wojskowym,
- z dnia 4 lutego 1950 roku o powszechnym obowiązku wojskowym,
- z dnia 30 stycznia 1959 roku o powszechnym obowiązku wojskowym,
- z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, która wielokrotnie nowelizowana obowiązywała do 22 kwietnia 2022 roku, kiedy w życie weszła, obecnie obowiązująca, ustawa o obronie Ojczyzny z dnia 11 marca 2022 roku.

We wszystkich tych aktach prawnych każdy mężczyzna podlegał obowiązkowi rejestracji, a następnie obowiązkowi stawienia się przed komisją, która orzekała zdolność do pełnienia służby wojskowej pod względem jego stanu zdrowotnego. Efektem orzeczenia komisji było przeznaczenie do odbycia jednego z wielu rodzajów służby wojskowej bądź całkowite zwolnienie z odbywania służby wojskowej, w przypadku złego stanu zdrowia. W niniejszej pracy doktoranckiej autor dokonał oceny stanu zdrowia dziewiętnastoletnich mężczyzn stających przed powiatowymi komisjami lekarskimi w latach 1985–2017. W okresie tym, do końca 2008 roku funkcjonowała obowiązkowa służba wojskowa, od 1 stycznia 2009 roku służba wyłącznie ochotnicza. Badania przeprowadzone przez autora dysertacji dotyczyły okresu kiedy obowiązywała ustawa z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, która w dalszej części będzie nazywana „ustawą”.

Proces profesjonalizacji Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej rozpoczęty końcem 2007 roku miał na celu przede wszystkim uzawodowienie armii, a tym samym zawieszenie obowiązkowych form służby wojskowej. Poprzez zmiany struktur jednostek wojskowych oraz całego systemu kierowania i dowodzenia, Wojsko Polskie miało podnieść swoje zdolności operacyjne oraz zwiększyć swój potencjał [56]. Transformacja SZ RP dokonana przez Rząd RP, zgodnie z przyjętymi założeniami związana z zawieszeniem obowiązku odbywania obowiązkowej służby wojskowej, zakończona została w 2009 roku [57]. Ostatnich poborowych wcielono do obowiązkowej zasadniczej służby wojskowej w dniach 2–4 grudnia 2008 roku. Warto

na tym etapie podkreślić, że tak naprawdę obowiązek służby wojskowej został zawieszony, a nie zlikwidowany. Obowiązek ten, zgodnie z art. 55 ust 3 ustawy z 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa państwa mógł zostać przywrócony przez Prezydenta RP na wniosek Rady Ministrów. Wprowadzenie armii zawodowej oraz ochotniczych form służby wojskowej, jakimi w okresie przeprowadzonych badań były: służba przygotowawcza oraz służba w ramach Narodowych Sił Rezerwowych, nie zmieniło przeznaczenia Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Parafrazując słowa Tytusa Liwiusza „*Si vis pacem, para bellum*”, uzawodowienie Wojska Polskiego nie zmieniło zadań przeznaczonych dla niego. Zgodnie z art. 26 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, SZ RP służą ochronie niepodległości państwa i niepodzielności jego terytorium oraz zapewnieniu bezpieczeństwa i nienaruszalności jego granic. Zadania te są zdefiniowane zarówno na czas pokoju, kryzysu, jak również w czasie mobilizacji i wojny. Aby SZ RP mogły swobodnie wykonywać swoją misję w każdym czasie, niezbędne jest przygotowanie zasobów osobowych, które na różnym etapie działań mogą być powołane do służby wojskowej. Wprowadzenie armii zawodowej w 2009 roku nie wniosło żadnych zmian w zakresie oceny stanu zdrowotnego obywateli polskich pod kątem odbywania czynnej służby wojskowej (zarówno tej obowiązkowej jak i nieobowiązkowej). Dotychczasowy obowiązkowy „*pobór*” został zastąpiony „*kwalifikacją wojskową*”, a termin „*poborowy*” słowem „*osoba podlegająca kwalifikacji wojskowej*”. Zarówno „*pobór*”, jak i „*kwalifikacja wojskowa*” to przedsięwzięcie, w którym obowiązkowo udział biorą między innymi dziewiętnastoletni mężczyźni. Jediną istotną zmianą w ramach wdrożonej kwalifikacji wojskowej było wprowadzenie obligatoryjnego przeniesienia do rezerwy każdej osoby stającej do kwalifikacji wojskowej, która uzyskała ostateczne orzeczenie kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej. Osoba taka uzyskiwała status „*osoby o uregulowanym stosunku do służby wojskowej*”, na co nie mogła liczyć osoba, która stawała do dotychczasowego „*poboru*”. *Poborowy* podlegał powołaniu do służby wojskowej bądź służby zastępczej chyba, że korzystał z odroczenia. Tak więc, po zawieszeniu obowiązkowej służby wojskowej z dniem 1 stycznia 2009 roku, w dalszym ciągu każdy mężczyzna posiadający obywatelstwo polskie, który w danym roku kalendarzowym kończy dziewiętnaście lat był zobowiązany stawić się do kwalifikacji wojskowej w ramach, której ustalona mu została zdolność do czynnej służby wojskowej. Badania dotyczące stanu zdrowotnego osób stających do

kwalfikacji wojskowej w Polsce bądź w przeszłości do poboru, są fragmentaryczne i najczęściej dotyczą somatycznych kryteriów. Autor niniejszej dysertacji będąc oficerem sekcji poboru i uzupełnień w Wojewódzkim Sztapie Wojskowym w Rzeszowie od 2002 roku zajmował się m. in. współorganizacją i przeprowadzeniem poboru na terenie województwa podkarpackiego. Rozpoczęta wówczas przez niego realizacja zadań administrowania zasobami osobowymi, zgodnie z ustawą z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony RP przewidzianych dla wojskowych komend uzupełnień i wojewódzkich sztabów wojskowych, trwa do dzisiaj. W ramach kwalifikacji wojskowej (przed 1 stycznia 2009 roku – poboru) orzekana jest zdolność do czynnej służby wojskowej na podstawie badań zdrowotnych prowadzonych przez powiatowe i wojewódzkie komisje lekarskie. Orzekanie przez te komisje kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej ma wpływ na uzupełnienie Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Do służby wojskowej mogą być powołane osoby o właściwym stanie zdrowotnym zarówno w czasie pokoju, kryzysu jak i wojny. Będąc oficerem sekcji poboru i uzupełnień w Wojewódzkim Sztapie Wojskowym w Rzeszowie autor niniejszej pracy był odpowiedzialny za właściwe powoływanie do służby wojskowej osób z terenu województwa podkarpackiego, również pod kątem ich odpowiedniego stanu zdrowia. Autor zajmując stanowisko Zastępcy Wojskowego Komendanta Uzupełnień w Rzeszowie – Szefa Wydziału Mobilizacji i Uzupełnień był współorganizatorem procesu orzekania stanu zdrowia osób podlegających kwalifikacji wojskowej, a następnie zajmując stanowisko Szefa Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego w Krakowie był współorganizatorem kwalifikacji wojskowej w województwie małopolskim, a jednocześnie zgodnie z art. 37 ust. 3 ustawy, organem sprawującym kontrolę prowadzenia kwalifikacji wojskowej przez wojewódzką i powiatowe komisje lekarskie oraz wojskowych komendantów uzupełnień województwa małopolskiego. Szefowie wojewódzkich sztabów wojskowych oraz wojskowi komendanci uzupełnień byli beneficjentami przebadanych osób, głównie mężczyzn na potrzeby uzupełnienia Sił Zbrojnych RP.

Lata pracy związane z wykorzystaniem zasobów osobowych w celu zasilania struktur Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej skłoniły autora niniejszej dysertacji do oceny zmian stanu zdrowia zgodnie z klasyfikacją chorób i ułomności stosowaną do kategoryzacji 19-letnich mężczyzn stających przed komisjami lekarskimi w latach 1985–2017 zamieszkujących województwo małopolskie. Kolejnym aspektem rozpatrywanym przez autora wśród badanej populacji są choroby cywilizacyjne takie

jak: nadciśnienie, nadwaga i otyłość, cukrzyca. W Polsce od wielu lat występuje wzrost populacji z nadwagą i otyłością wśród dzieci i młodzieży. Wyniki badań mogą być interesujące ze względu na dwa odmienne okresy. Pierwszy, w którym część młodych ludzi do końca roku 2008 unikała obowiązkowej służby wojskowej. Tym samym próbowali przedstawić swoje fikcyjne i faktyczne ułomności i choroby przed komisjami lekarskimi, które powodowały zwolnienie ich z pełnienia służby wojskowej. Drugi okres po 1 stycznia 2009 roku to czas, w którym funkcjonuje wyłącznie zawodowa służba wojskowa, a osobom stającym przed komisją lekarską zależy na uzyskaniu „najwyższej” kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej A, która w ich świadomości pozwala również o łatwiejsze ubieganie się do innych formacji uzbrojonych: Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Straży Ochrony Kolei itp. Badany okres to czas dwóch ustrojów politycznych: komunizmu do 1989 roku i demokracji, które pośrednio miały wpływ na stan zdrowotny badanej populacji.

1. SIŁY ZBROJNE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Jak każda armia świata, również Wojsko Polskie ma swoje umocowanie prawne. W okresie badawczym, szczegółowe zadania, struktura i charakterystyka SZ RP ujęte były w ustawie z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej [58]. W artykule 3 tejże ustawy zapisano: „1. Na straży suwerenności i niepodległości Narodu Polskiego oraz jego bezpieczeństwa i pokoju stoją Siły Zbrojne Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Siły Zbrojne mogą ponadto brać udział w zwalczaniu klęsk żywiołowych i likwidacji ich skutków, działaniach antyterrorystycznych i z zakresu ochrony mienia, akcjach poszukiwawczych oraz ratowania lub ochrony zdrowia i życia ludzkiego, oczyszczaniu terenów z materiałów wybuchowych i niebezpiecznych pochodzenia wojskowego oraz ich unieszkodliwianiu, a także w realizacji zadań z zakresu zarządzania kryzysowego. 3. Siły Zbrojne, realizując zadania konstytucyjne, w zakresie ochrony niepodległości państwa, niepodzielności jego terytorium oraz zapewnienia bezpieczeństwa i nienaruszalności jego granic, mają prawo stosowania środków przymusu bezpośredniego, użycia broni i innego uzbrojenia, z uwzględnieniem konieczności i celu wykonania tych zadań, w sposób adekwatny do zagrożenia oraz w granicach zasad określonych w wiążących Rzeczpospolitą Polską ratyfikowanych umowach międzynarodowych oraz międzynarodowym prawie zwyczajowym.” Współczesne Siły Zbrojne Rzeczypospolitej Polskiej tworzy pięć ich rodzajów: wojska lądowe, siły powietrzne, marynarka wojenna, wojska specjalne oraz wojska obrony terytorialnej. Żandarmeria Wojskowa wchodzi również w skład Sił Zbrojnych. Służba Wywiadu Wojskowego i Służba Kontrwywiadu Wojskowego w razie ogłoszenia mobilizacji oraz w czasie wojny stają się, z mocy prawa, częścią Sił Zbrojnych. Dowódcami rodzajów Sił Zbrojnych są Dowódca Operacyjny Rodzajów Sił Zbrojnych, Dowódca Generalny Rodzajów Sił Zbrojnych, oraz Dowódca Wojsk Obrony Terytorialnej. Zadania Dowódcy Generalnego RSZ, Dowódcy Operacyjnego RSZ oraz Dowódcy WOT zapisano odpowiednio w art. 11a, 11b, 11c ustawy. Najwyższym zwierzchnikiem Sił Zbrojnych RP jest Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej. W czasie pokoju sprawuje on zwierzchnictwo nad siłami zbrojnymi za pośrednictwem Ministra Obrony Narodowej. Swoje zadania minister wykonuje przy pomocy Ministerstwa Obrony Narodowej, w skład którego wchodzi Sztab Generalny Wojska Polskiego. Siły Zbrojne składają się ze związków organizacyjnych oraz jednostek wojskowych.

1.1. Charakterystyka Sił Zbrojnych RP

"Podstawowa informacja o budżecie resortu obrony narodowej na 2018" przedstawiona w styczniu 2018 roku określa liczebność Sił Zbrojnych RP w 2018 roku na poziomie 144 142 żołnierzy, z czego 110 000 mieli stanowić żołnierze zawodowi, 12 000 żołnierze Narodowych Sił Rezerwowych (NSR), 5 000 kandydaci na żołnierzy zawodowych, 17 142 żołnierze terytorialnej służby wojskowej (TSW) [59]. Analogiczna informacja na 2022 rok określa liczebność SZ RP na poziomie 163 100 żołnierzy, odpowiednio 115 500 żołnierzy zawodowych, 1 000 żołnierzy NSR, 8 000 kandydatów na żołnierzy zawodowych, 35 000 żołnierzy TSW, 3 600 żołnierzy służby przygotowawczej [59]. Jak widać w przeciągu zaledwie 4 latach zaplanowano znaczne zwiększenie liczebności SZ RP. W informacji tej oczywiście nie ujęto potrzeb związanych z czasem mobilizacji i wojny. Utrzymanie odpowiedniej liczebności armii wymaga przede wszystkim posiadania odpowiednich zasobów ludzkich, a to wiąże się z przedsięwzięciami pozwalającymi przebadać część populacji Polaków i określić, którzy z nich będą stanowić ten zasób. Pamiętajmy, że Wojsko Polskie przygotowuje się do wykonywania i realizowania zadań w czasie pokoju, kryzysu jak również w czasie mobilizacji i w czasie wojny. Tak więc, zgromadzone zasoby mogą być wykorzystane w każdym z tych okresów. W czasie pokoju i kryzysu do końca 2008 roku każdy mężczyzna podlegał powołaniu do obowiązkowej służby wojskowej. Od 1 stycznia 2009 roku w czasie pokoju i kryzysu funkcjonuje głównie ochotnicza służba wojskowa. W całym badanym okresie, również dzisiaj, obowiązkiem dla każdego mężczyzny jest pełnienie służby wojskowej w czasie mobilizacji i wojny. Aby móc pełnić służbę wojskową niezbędnym jest posiadanie odpowiedniej zdolności do czynnej służby wojskowej. Czynną służbę wojskową w okresie od 1985 roku końca 2008 roku stanowiły:

- 1) zasadnicza służba wojskowa,
- 2) przeszkolenie wojskowe,
- 3) ćwiczenia wojskowe,
- 4) okresowa służba wojskowa,
- 5) służba wojskowa w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.

Po 1 stycznia 2009 roku czynną służbę wojskową stanowiły:

- 1) zasadnicza służba wojskowa;
- 2) przeszkolenie wojskowe;
- 3) terytorialna służba wojskowa;

- 4) ćwiczenia wojskowe;
- 5) służba przygotowawcza;
- 6) okresowa służba wojskowa;
- 7) służba wojskowa w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.

W czasie pokoju i kryzysu funkcjonowały ochotnicze formy służby wojskowej jakimi były: terytorialna służba wojskowa, służba przygotowawcza, okresowa służba wojskowa oraz ćwiczenia wojskowe dla żołnierzy Narodowych Sił Rezerwowych. W czasie pokoju i kryzysu obowiązkiem dla żołnierzy rezerwy było odbywanie ćwiczeń wojskowych. Natomiast w czasie zagrożenia bezpieczeństwa państwa zasadnicza służba wojskowa, przeszkolenie wojskowe oraz służba wojskowa w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny były obowiązkowe. Bez względu jednak na rodzaj czynnej służby wojskowej oraz czas w jakim jest ona pełniona, mężczyzna ją pełniący posiada orzeczoną odpowiednią zdolność do czynnej służby wojskowej bądź jej nie odbywa z przyczyn zdrowotnych, a tym samym posiada niezdolność do czynnej służby wojskowej. Tak więc, każdy 19–letni mężczyzna będący obywatelem polskim był i jest zobowiązany do stawienia się przed komisją lekarską, która wydaje orzeczenie o zdolności do czynnej służby wojskowej, które z kolei zobowiązuje do pełnienia czynnej służby wojskowej bądź zwalnia z tego obowiązku. Należy podkreślić różnicę pomiędzy zdolnością do czynnej służby wojskowej, a zdolnością do zawodowej służby wojskowej. W pierwszym przypadku orzekaniu zdolności do czynnej służby wojskowej podlegają obowiązkowo wszyscy 19–letni mężczyźni, w drugim wyłącznie ochotnicy, którzy chcą pełnić zawodową służbę wojskową. Oba te orzeczenia są niezależne od siebie i w okresie prowadzonych badań wydawane były w oparciu o dwie różne ustawy i różne przepisy wykonawcze.

1.2. Zasady orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz tryb postępowania komisji lekarskich

W powyższej pracy autor bada stan zdrowia 19–letnich mężczyzn kwalifikowanych do czynnej służby wojskowej w latach 1985–2017. Odnosić się więc będzie do ustawy z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej i wydanych na jej podstawie rozporządzeniach. Ustawa określała obowiązki obywatela RP w stosunku do Ojczyzny. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy, powszechnemu obowiązkowi obrony podlegali wszyscy obywatele polscy zdolni ze względu na wiek i stan zdrowia do wykonywania tego obowiązku. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy,

w ramach powszechnego obowiązku obrony obywatele polscy są obowiązani do: pełnienia służby wojskowej, wykonywania obowiązków wynikających z nadanych przydziałów kryzysowych i przydziałów mobilizacyjnych, świadczenia pracy w ramach pracowniczych przydziałów mobilizacyjnych, pełnienia służby w obronie cywilnej, odbywania edukacji dla bezpieczeństwa, uczestniczenia w samoobronie ludności, odbywania ćwiczeń w jednostkach przewidzianych do militaryzacji i pełnienia służby w jednostkach zmilitaryzowanych, wykonywania świadczeń na rzecz obrony – na zasadach określonych w ustawie [58].

Artykuł 59 ustawy jasno określał kto jest żołnierzem w czynnej służbie wojskowej. Do czynnej służby wojskowej zaliczały się następujące jej rodzaje:

- 1) zasadnicza służba wojskowa;
- 2) przeszkolenie wojskowe;
- 3) terytorialna służba wojskowa;
- 4) ćwiczenia wojskowe;
- 5) służba przygotowawcza;
- 6) okresowa służba wojskowa;
- 7) służba wojskowa w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.

Aby obywatel RP mógł odbywać lub pełnić, jedną z ww. rodzajów służby wojskowej, niezbędnym było – przed powołaniem go do służby – określenie kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej, o której mowa w art. 30a ust. 1 ustawy. Czynność ta realizowana była do 31 grudnia 2008 roku w ramach poboru, a od 1 stycznia 2009 roku w ramach kwalifikacji wojskowej. Pobór jak i kwalifikacja wojskowa obejmowały całokształt przedsięwzięć związanych z oceną zdolności fizycznej i psychicznej młodych ludzi do służby wojskowej oraz ujęcie ich w ewidencji wojskowej. Z dniem 1 stycznia 2009 roku zawieszona została obowiązkowa służba wojskowa, a nasze Siły Zbrojne RP stały się armią zawodową, tym samym dawna nazwa „poboru” została zamieniona na „kwalifikację wojskową” dla uniknięcia nieporozumień związanych z myleniem poboru z powołaniem do służby. Jak wyglądał proces orzecznicy zdolności bądź jej braku do czynnej służby wojskowej wobec każdego 19–letniego mężczyzny stawiającego się przed komisją lekarską w ramach poboru czy kwalifikacji wojskowej? Pojęcia poboru i kwalifikacji wojskowej w niniejszej dysertacji w dalszej części autor będzie używał zamiennie. Rozdział 2 ustawy opisuje rejestrację i kwalifikację wojskową. Zgodnie z art. 31 ust 1. obywatele polscy, którzy ukończyli osiemnasty rok życia, podlegają rejestracji. Rejestrację prowadzi burmistrz, wójt

(prezydent miasta) właściwy ze względu na miejsce pobytu czasowego trwającego ponad trzy miesiące lub pobytu stałego osoby objętej rejestracją w dniu ukończenia przez nią osiemnastego roku życia. Rejestrację prowadzi się na potrzeby prowadzenia kwalifikacji wojskowej oraz założenia ewidencji wojskowej. Prowadzi się ją w oparciu o dane osobowe określone w ustawie z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności. Dane te ujęte są w wykazach osób podlegających wezwaniu do poboru, a także w rejestrze osób objętych rejestracją. Jeden z egzemplarzy rejestru przekazuje się do wojskowej komendy uzupełnień na potrzeby założenia ewidencji wojskowej. Proces prowadzenia rejestracji realizowany jest bez udziału osób ujętych w nim i nie wymaga zgody, powiadamiania i zgłoszenia się tychże osób. Szczegóły dotyczące prowadzenia rejestracji określone zostały w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie rejestracji osób na potrzeby prowadzenia kwalifikacji wojskowej oraz założenia ewidencji wojskowej, które zostało wydane w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej i określa tryb prowadzenia rejestracji i wzory dokumentów prowadzonych w ramach rejestracji, uwzględniając pisemny lub elektroniczny sposób ich prowadzenia oraz wskazując szczegółowy zakres danych ujmowanych w poszczególnych dokumentach. Kwalifikacja wojskowa opisana jest w ustawie w artykułach 32–48. Organizatorem kwalifikacji wojskowej są wojewodowie, którzy przygotowują ją i realizują wspólnie z szefami wojewódzkich sztabów wojskowych, wojskowymi komendantami uzupełnień oraz starostami, wójtami, burmistrzami (prezydentami miast na prawach powiatu). Zgodnie z art. 32 ust. 1 mężczyźni, którzy w danym roku kalendarzowym kończą dziewiętnasty rok życia, są zobowiązani stawić się do kwalifikacji wojskowej w określonym terminie i miejscu. Osoby które nie dopełniły tego obowiązku są obowiązane niezwłocznie to uczynić po ustaniu przeszkody powodującej nieobecność. Obowiązek stawienia się do kwalifikacji wojskowej trwa do końca roku kalendarzowego, w którym osoba objęta tym obowiązkiem kończy dwudziesty czwarty rok życia. Do poboru stawić się mogą również ochotnicy, w tym kobiety, do końca roku kalendarzowego, w którym kończą dwudziesty czwarty rok życia, niezależnie od posiadanego wykształcenia i kwalifikacji, jeżeli ukończyli co najmniej osiemnaście lat. Stawienie się do kwalifikacji wojskowej obejmuje stawienie się przed wójtem lub burmistrzem (prezydentem miasta), powiatową komisją lekarską oraz wojskowym komendantem uzupełnień.

Art. 32 ust. 6 ustawy określa czynności jakie wykonuje się w ramach kwalifikacji wojskowej, tj.:

- 1) sprawdzenie tożsamości;
- 2) ustalenie zdolności do czynnej służby wojskowej;
- 3) wstępne przeznaczenie osób do poszczególnych form powszechnego obowiązku obrony RP;
- 4) założenie lub aktualizacja ewidencji wojskowej;
- 5) wydanie książeczki wojskowej;
- 6) przeniesienie osób do rezerwy i wydanie na ich wniosek zaświadczenia o uregulowanym stosunku do służby wojskowej;
- 7) rekrutacja do istniejących form służby wojskowej.

Czynności sprawdzenia tożsamości osób podlegających stawieniu się do kwalifikacji wojskowej należą do wójta lub burmistrza (prezydenta miasta) albo upoważnionego pracownika urzędu gminy (miasta). Czynności ustalenia zdolności do czynnej służby wojskowej osób podlegających stawieniu się do kwalifikacji wojskowej należą do powiatowej komisji lekarskiej, natomiast pozostałe czynności realizuje wojskowy komendant uzupełnień albo jego upoważniony przedstawiciel. Do stawienia się do poboru wzywa burmistrz, wójt (prezydent miasta). Wezwane osoby stawiają się przed nim, powiatową komisją lekarską oraz wojskowym komendantem uzupełnień. Na podstawie art. 35 ust 4, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji i Minister Obrony Narodowej określają corocznie, w drodze rozporządzenia, termin ogłoszenia poboru, czas jego trwania oraz roczniki i grupy osób podlegające temu obowiązkowi. Natomiast na podstawie art. 43 ustawy wydane zostało rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej w sprawie kwalifikacji wojskowej, w którym określono sposób wzywania do kwalifikacji, treść obwieszczeń, wzory wezwań do kwalifikacji wojskowej. Rozporządzenie określa również sposób organizacji i przebieg kwalifikacji wojskowej oraz dokumenty, jakie osoby powinny przedstawić stawiając się do kwalifikacji wojskowej. Jak już wcześniej wspomniano jedną z czynności, która jest realizowana wobec osoby podlegającej stawieniu się do kwalifikacji wojskowej jest ustalenie zdolności do czynnej służby wojskowej przez powiatową komisję lekarską. Komisje te są powoływane przez wojewodę w porozumieniu z właściwym szefem wojewódzkiego sztabu wojskowego zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie komisji lekarskich orzekających o stopniu zdolności do czynnej służby wojskowej osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej wydanego na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy. W skład powiatowej komisji lekarskiej wchodzi przewodniczący będący lekarzem posiadającym prawo

wykonywania zawodu lekarza (posiadający co najmniej I stopień specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub I stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej), sekretarz (zazwyczaj przedstawiciel wójta, burmistrza, prezydenta miasta na prawach powiatu) oraz pracownik średniego personelu medycznego. W skład wojewódzkiej komisji lekarskiej, która jest organem wyższego stopnia, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (organ odwoławczy) w stosunku do powiatowej komisji lekarskiej, wchodzi dwóch lekarzy posiadających tytuł specjalisty w podstawowej dziedzinie medycyny (chorób wewnętrznych lub chirurgii ogólnej) oraz sekretarz. Przewodniczący powiatowej komisji lekarskiej orzeka jednoosobowo, natomiast wojewódzka komisja orzeka głosami obydwu lekarzy (w tym przypadku głos przewodniczącego jest głosem decydującym). Orzeczenia komisji lekarskiej, będące decyzją administracyjną w myśl Kodeksu postępowania administracyjnego podpisuje jej przewodniczący oraz sekretarz komisji, a w przypadku wojewódzkiej komisji lekarskiej również członek komisji będący lekarzem. Orzeczenie o zaliczeniu danej osoby do jednej z kategorii, komisje lekarskie wydają na podstawie: przedstawionej dokumentacji medycznej, badania lekarskiego o fizycznej i psychicznej zdolności osoby do służby wojskowej. Komisje uwzględniają również wyniki badań specjalistycznych, a w razie potrzeby również obserwacji szpitalnej, na które mogą kierować osoby stojące do kwalifikacji wojskowej. Orzeczenia o zdolności do czynnej służby wojskowej ww. komisje lekarskie wydają na podstawie rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach. Rozporządzenie w załączniku zawiera szczegółowy wykaz chorób i ułomności poszczególnych układów człowieka oraz narządów. Osoba zgłaszająca się do poboru przedstawia komisji lekarskiej dokumentację medyczną, wyniki badań specjalistycznych, przeprowadzonych w okresie ostatnich dwunastu miesięcy. Komisja lekarska badanie stanu zdrowia osoby dokumentuje w księdze orzeczeń lekarskich, w której odnotowuje wyniki badania, badań specjalistycznych, psychologicznych, obserwacji szpitalnej. W księdze ujmowane są również informacje medyczne, które wynikają z przedstawionej przez tę osobę dokumentacji medycznej. Osoba może zostać skierowana przez przewodniczącego komisji lekarskiej na badania specjalistyczne, psychologiczne lub na obserwację szpitalną, w przypadku gdy z przeprowadzonego badania nie może ustalić jej zdolności do czynnej służby wojskowej. W orzeczeniu

powiatowa komisja lekarska określa osobie stojącej do kwalifikacji wojskowej jedną z kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej:

- 1) kategoria A – zdolny do czynnej służby wojskowej, co oznacza zdolność do odbywania lub pełnienia określonego rodzaju czynnej służby wojskowej, a także zdolność do odbywania służby w obronie cywilnej oraz służby zastępczej;
- 2) kategoria B – czasowo niezdolny do czynnej służby wojskowej, co oznacza przemijające upośledzenie ogólnego stanu zdrowia albo ostre lub przewlekłe stany chorobowe, które w okresie do dwudziestu czterech miesięcy od dnia badania rokuja odzyskanie zdolności do służby wojskowej;
- 3) kategoria D – niezdolny do czynnej służby wojskowej, w czasie pokoju, z wyjątkiem niektórych stanowisk służbowych przeznaczonych dla terytorialnej służby wojskowej;
- 4) kategoria E – trwale i całkowicie niezdolny do czynnej służby wojskowej, w czasie pokoju oraz w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny [58].

Orzeczenie doręczane jest osobie stojącej do poboru. Przysługuje jej odwołanie od tegoż orzeczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia do wojewódzkiej komisji lekarskiej. Orzeczenie również otrzymuje wojskowy komendant uzupełnień, który ujmuje je w prowadzonej ewidencji wojskowej, o której mowa w art. 49 ustawy. W ramach kwalifikacji wojskowej, wojskowy komendant uzupełnień lub jego przedstawiciel zakłada ewidencję wojskową. Ewidencja wojskowa osób podlegających rejestracji, kwalifikacji wojskowej oraz podlegających obowiązkowi czynnej służby wojskowej, a także podlegających innym rodzajom powszechnego obowiązku obrony zgodnie z art. 49 ust. 1 ustawy prowadzona jest na trzech szczeblach:

- 1) na szczeblu centralnym – Zarząd Organizacji i Uzupełnień P1 Sztabu Generalnego Wojska Polskiego w imieniu Ministra Obrony Narodowej dla terytorium całego państwa;
- 2) na szczeblu wojewódzkim – szef wojewódzkiego sztabu wojskowego dla obszaru województwa;
- 3) na szczeblu terenowym – wojskowy komendant uzupełnień dla obszaru objętego terytorialnym zasięgiem działania tego komendanta.

W ewidencji wojskowej mogą być gromadzone i przetwarzane następujące dane:

- 1) imię lub imiona oraz nazwisko, w tym nazwisko rodowe, oraz nazwiska i imiona poprzednie;
- 2) data i miejsce urodzenia;

- 3) numer ewidencyjny PESEL;
- 4) imiona i nazwiska rodowe rodziców;
- 5) stan cywilny i rodzinny, w tym imiona i nazwisko oraz data urodzenia małżonka i dzieci;
- 6) obywatelstwo;
- 7) płeć;
- 8) seria i numer dowodu osobistego;
- 9) miejsce pobytu stałego lub pobytu czasowego trwającego ponad trzy miesiące oraz adres do korespondencji, a także adres najbliższej rodziny;
- 10) dotyczące wykształcenia i zawodu wyuczonego;
- 11) dotyczące nauki, w tym miejsce jej pobierania oraz posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym uprawnienia do wykonywania zawodów lub czynności;
- 12) dotyczące zatrudnienia lub prowadzonej działalności gospodarczej, w tym ich miejsce, rodzaj i okres oraz zajmowane stanowisko;
- 13) dotyczące zdolności do czynnej służby wojskowej;
- 14) dotyczące szkodliwego używania alkoholu lub używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych;
- 15) dotyczące orzeczeń psychologicznych;
- 16) stopień wojskowy, specjalność wojskowa, klasa kwalifikacyjna, korpus osobowy i grupa osobowa;
- 17) przeznaczenie do czynnej służby wojskowej lub jej form równorzędnych oraz służby zastępczej lub innych form powszechnego obowiązku obrony;
- 18) przydział kryzysowy, przydział mobilizacyjny, pracowniczy przydział mobilizacyjny lub przydział organizacyjno–mobilizacyjny albo reklamowanie od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny;
- 19) przebieg czynnej służby wojskowej lub jej form równorzędnych albo zastępczych;
- 20) cechy wojskowego dokumentu osobistego, karty przydziału kryzysowego, karty mobilizacyjnej lub karty przydziału organizacyjno–mobilizacyjnego oraz karty i tabliczki tożsamości;
- 21) dotyczące prawomocnych orzeczeń w sprawach karnych oraz w sprawach o wykroczenia;

- 22) o zastosowaniu tymczasowego aresztowania, o osadzeniu w zakładzie karnym lub areszcie śledczym lub o umieszczeniu w zakładzie poprawczym oraz o zwolnieniu z tych zakładów lub aresztu;
- 23) informacje o osobie z Krajowego Rejestru Karnego;
- 24) data zgonu, numer aktu zgonu oraz oznaczenie urzędu stanu cywilnego, który sporządził akt zgonu [58].

Do przetwarzania danych osobowych zgromadzonych w ewidencji wojskowej nie jest wymagana zgoda oraz wiedza osoby, której dotyczą te dane. Osoby te są zobowiązane do udzielania informacji wszystkim organom prowadzącym tę ewidencję o danych dotyczących tych osób w zakresie przetwarzanych w ewidencji wojskowej. W rozporządzeniu Ministra Obrony Narodowej w sprawie prowadzenia ewidencji wojskowej określono sposób prowadzenia ewidencji wojskowej, szczegółowy zakres danych gromadzonych i przetwarzanych w ewidencji wojskowej, dokumenty stanowiące ewidencję wojskową i dokumenty będące podstawą wprowadzenia danych do tej ewidencji oraz okres prowadzenia ewidencji wojskowej i przechowywania danych zgromadzonych w tej ewidencji, uwzględniając w szczególności kategorie osób objętych ewidencją wojskową, formy spełniania powszechnego obowiązku obrony oraz zakres danych gromadzonych i przetwarzanych w ewidencji wojskowej [60]. Ewidencję wojskową do końca 2015 roku prowadzono w formie papierowej na tzw. karcie ewidencyjnej – druk MON Mu/63, której wzór określił Szef Sztabu Generalnego Wojska Polskiego w „Instrukcji o sposobie prowadzenia ewidencji oraz sprawozdawczości w zakresie stanów osobowych w resorcie obrony narodowej”. Druk ten jest też załącznikiem do rozporządzenia MON z 8 października 2010 roku w sprawie prowadzenia ewidencji wojskowej. Od 1 stycznia 2016 roku ewidencja wojskowa prowadzona jest wyłącznie w formie elektronicznej jako baza indywidualnych zbiorów ewidencyjnych w systemie informatycznym SPIRALA–ZINT (Zintegrowany System Zarządzania Zasobami Mobilizacyjno–Uzupełnieniowymi). Należy podkreślić, że zarówno „papierowa” karta ewidencyjna jak i „elektroniczny” indywidualny zbiór ewidencyjny zawierają tożsame dane o osobie.

2. WYBRANE CHOROBY CYWILIZACYJNE I ICH CZYNNIKI RYZYKA

Choroby cywilizacyjne to schorzenia, które narastają wraz z rozwojem urbanizacji i uprzemysłowienia, są przyczyną 70% zgonów w krajach dobrze rozwiniętych i 50% zgonów w krajach mniej rozwiniętych, prowadzą też do niepełnosprawności człowieka. W grupie dzieci i młodzieży do chorób dietozależnych zaliczono m.in.: otyłość, nadwagę, nadciśnienie tętnicze i cukrzycę [61]. Choroby te nazywane epidemią XXI wieku nie są zakaźne, a mimo to występują globalnie, zarówno w społeczeństwach rozwijających się jak i wysokorozwiniętych. Wyróżnia się dwie przyczyny chorób cywilizacyjnych: bezpośrednie i pośrednie. Do bezpośrednich zaliczamy: złą dietę, siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i kawy, a także permanentny stres, brak odpoczynku, postęp technologiczny. Do pośrednich zaliczamy: zanieczyszczenie środowiska naturalnego, hałas, postępujące uprzemysłowienie. Dzisiejszy „pęd życia” powoduje, że zbyt często poświęcamy się wyłącznie pracy, spędzając czas w pomieszczeniach bez ruchu, przemieszczamy się środkami komunikacji publicznej bądź samochodami, odżywiamy się „fast foodami”, wolny czas spędzamy w zatłoczonych miastach ze „smogiem”. To wszystko powoduje, że coraz częściej pojawiają się schorzenia: sercowo – naczyniowe, przewodu pokarmowego, zaburzeń psychicznych, otyłość, cukrzyca, nowotwory. Dzisiejszy styl życia całych rodzin, w tym dzieci i młodzieży powoduje, że schorzenia takie jak otyłość, cukrzyca i nadciśnienie coraz częściej występują w najmłodszych grupach społeczeństwa.

2.1. Samoistne nadciśnienie tętnicze

Samoistne nadciśnienie tętnicze zwane też pierwotnym to najczęściej występujący rodzaj nadciśnienia [62]. Występuje u co piątej osoby dorosłej [63]. Przyczyny występowania nadciśnienia mogą sięgać dzieciństwa i od tego czasu może się ono utrzymywać. Dodatkowo jeżeli wywiad rodziny obciążony jest chorobami sercowo–naczyniowymi to zwiększa to przypuszczenie o wystąpieniu nadciśnienia w późniejszym życiu [64]. Nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się, jeśli wartości ciśnienia przekraczają 140/90 mmHg. Przyczyny nie są znane, jednak przyjęto, że występowanie tej jednostki chorobowej jest związane z czynnikami dziedzicznymi, zaburzeniami nerwicowymi oraz otyłością. Wykrywa się je zazwyczaj przypadkowo, podczas badań

okresowych pracowników, bądź poprzez pomiar ciśnienia przy diagnozowaniu innych dolegliwości. Przebiega ono skrycie i zazwyczaj nie towarzyszą mu żadne objawy. Niewykryte nadciśnienie może bezobjawowo występować przez wiele lat. Choroba ta charakteryzuje się zazwyczaj powolnym rozwojem i ujawnianiem się w określonych sytuacjach. Ze względu na ukryty jej przebieg wymaga czasu, aby ją zdiagnozować, jednakże coraz częściej występuje wśród ludzi młodych [65]. W grupie osób do 18. roku życia choruje 1–2%. Za przyczynę występowania nadciśnienia tętniczego u dzieci do 10. roku życia podaje się: choroby nerek i jej naczyń, zwężenie aorty, problemy gospodarki hormonalnej. Badacze wykazują też zależność pomiędzy masą urodzeniową, przyrostem masy ciała, ciśnieniem skurczowym, paleniem tytoniu, zaburzeniami lipidowymi i nasileniem zmian miażdżycowych [66]. Rozpoznanie nadciśnienia daje duże możliwości leczenia. Zmiany w stylu życia, farmakoterapia wpływają na powikłania a także uniknięcie stanów nagłych. Rozpoznanie nadciśnienia opiera się na ocenie rozkładu ciśnienia pacjenta z wzięciem pod uwagę płci, wzrostu i wieku [67]. W celu rozpoznania nadciśnienia u dzieci jego wartość musi przekroczyć 95. centyl + 5 mmHg (tab. 1). Do pomiaru należy użyć mankietu, który powinien obejmować 80–100% obwodu ramienia, o szerokości co najmniej 40% długości ramienia, zbyt wąski mankiety zwiększy ryzyko błędów niż zbyt szeroki. Uzyskany wynik należy nanieść na siatkę centylową populacji dzieci zdrowych z uwzględnieniem płci, wieku i wzrostu. W przypadku wystąpienia nagłego stanu nadciśnieniowego może dojść do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, nerek lub serca. W sytuacji pilnego stanu nadciśnieniowego nie występują cechy uszkodzenia narządów [68].

Tabela 1. Klasyfikacja ciśnienia tętniczego u dzieci, młodzieży i pacjentów dorosłych [69].

	Dzieci i młodzież	Dorośli
Ciśnienie tętnicze optymalne		SBP<120 mmHg i DBP<80mmHg
Prawidłowe ciśnienie tętnicze	Ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe <90. centyla dla płci, wieku i wzrostu	SBP 120–129 mmHg i/lub DBP 80–84 mmHg
Ciśnienie wysokie prawidłowe	Średnia wartość ciśnienia skurczowego i/lub rozkurczowego przynajmniej z trzech niezależnych pomiarów \geq 90. centyla, ale <95. centyla dla płci, wieku i wzrostu. Młodzież z ciśnieniem tętniczym >120/80 mmHg	SBP 130–139 mmHg i/lub DBP 85–89 mmHg
Nadciśnienie 1. stopnia	Średnia wartość ciśnienia skurczowego i/lub rozkurczowego przynajmniej z trzech niezależnych pomiarów od 95. do 99 centyla + 5 mmHg	SBP 140–159 mmHg i/lub DBP 90–99 mmHg
Nadciśnienie 2. stopnia	Średnia wartość ciśnienia skurczowego i/lub rozkurczowego przynajmniej z trzech niezależnych pomiarów >99. centyla + 5 mmHg	SBP 160–179 mmHg i/lub DBP 100–109 mmHg
Nadciśnienie 3. stopnia		SBP \geq 190mmHg i/lub DBP \geq 110 mmHg

Badacze uważają, że nadciśnienie tętnicze to skutek tego, że człowiek odchodzi od natury i jest mocno związany z cywilizacją przemysłu [70]. U dzieci i młodzieży powinny być wykonywane testy przesiewowe w wieku: 10, 13, 16 oraz 18–19 lat – aby wykryć podwyższone wartości ciśnienia. Na bilansie 6–letniego dziecka powinien być obowiązkowy pomiar ciśnienia w związku z rozpoczęciem regularnej aktywności na lekcjach wychowania fizycznego i dodatkowymi zajęciami sportowymi [71]. W obowiązujących zaleceniach leczenia niefarmakologicznego należy przestrzegać: zaprzestania palenia tytoniu, zmniejszenie masy ciała, ograniczenie spożywania alkoholu, spożywania soli, zwiększenia aktywności fizycznej, spożywania owoców i warzyw, zmniejszenie podaży tłuszczów nasyconych i ogólnego spożywania tłuszczów. Formy niefarmakologicznego leczenia powinny być zalecane pacjentom w każdej grupie wiekowej, ponieważ przyczyniają się one w sposób znaczący do spadku ciśnienia tętniczego, zmniejszenia występowania czynników ryzyka oraz nagłych stanów klinicznych i zmniejszenia dawek leków [72].

2.2. Cukrzyca

Cukrzyca to choroba metaboliczna, polegająca na nieprawidłowym wydzielaniu insuliny, która odpowiada za regulowanie poziomu cukru we krwi. Insulina jest hormonem produkowanym przez trzustkę. Wyróżnia się kilka postaci cukrzycy:

- 1) cukrzyca typu 1 nazywaną autoimmunologiczną lub typu dziecięcego, która spowodowana jest rzeczywistym brakiem insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta trzustki przez własny układ odpornościowy,
- 2) cukrzyca typu 2 nazywana insulinooporną, polegającą na produkcji zwiększonej ilości insuliny, ale niewystarczającej w stosunku do zwiększonych insulinoopornością potrzeb organizmu,
- 3) cukrzyca ciężarnych – zaburzenie przejściowe trwające w okresie ciąży u zdrowych kobiet, diagnozowana na podstawie podwyższonego stężenia glukozy we krwi,
- 4) cukrzyca o znanej przyczynie zwana cukrzycą wtórną, będąca następstwem chorób trzustki, wątroby, układu hormonalnego lub przyjmowania niektórych leków powodujące hiperglikemię [73].

Cukrzyca jest uznana za chorobę przewlekłą i najczęstszą wieku rozwojowego [74, 75]. To również główny i narastający problem Polski i Europy. Badania epidemiologiczne prowadzone w celu określenia występowania choroby w różnych rejonach Polski pokazują większą zapadalność w populacjach rozwojowych. Czynniki powodujące szybki wzrost zachorowań to: zmiana stylu życia, sposobu żywienia, zwiększenie dochodu narodowego, stan higieny społeczeństwa. W Europie zauważono, że cukrzyca typu 1 częściej występuje w okresie jesienno–zimowym i dotyczy to pacjentów w każdym wieku. Wśród czynników predysponujących do zachorowania zaobserwowano: wiek rodziców, szczególnie matki po 35 roku życia, wyższa waga urodzeniowa noworodka, czynniki mające wpływ na dziecko w okresie płodowym, okołoporodowym, wczesne narażenie na toksyny, wirusy, zakażenia, brak lub zbyt krótkie karmienie piersią, przetworzona żywność, żywienie niemowląt białkiem bydlęcym, przyrost masy ciała i wzrostu u dzieci do 7 roku życia [76, 77]. Cukrzyca typu 1 w przypadku dzieci i młodzieży dotyczy 90% chorych. Powoduje zmiany w tkankach i narządach, również w jamie ustnej, wpływa na pracę gruczołów ślinowych, przyczynia się do próchnicy, zakażeń grzybiczych, problemów błony śluzowej jamy ustnej, przyzębia oraz stanów zapalnych kątów ust [78]. Cukrzyca typu 2 jest najczęściej rozpoznawana w wieku 13–14 lat, czyli w okresie dojrzewania

płciowego, a niedawno dotyczyła ona głównie dorosłych. Zmiany te wynikają z rosnącej otyłości wśród dzieci i młodzieży. Końcem lat 90-tych zauważono ten problem w Stanach Zjednoczonych [79]. Ta jednostka chorobowa wpływa na wiele płaszczyzn życia pacjenta. Początkowo odpowiedzialność za leczenie spoczywa na opiekunach dziecka, w miarę dorastania umiejętności te przejmuje pacjent. Obowiązkowy jest codzienny pomiar insuliny, kontrola spożywanych posiłków, aktywność fizyczna, podawanie leków – wszystkie te czynniki mogą mieć znaczący wpływ na poczucie sensu życia i celu [80]. Naukowcy badający osobowość młodzieży chorej na cukrzycę zauważyli, że są oni mniej odporni na stres, w sytuacjach nieznanymi niewspółmiernie reagują na bodźce, negatywne emocje utrzymują dłużej, co może być związane z pobudliwością układu nerwowego, mają skłonności do wycofywania się w kontaktach społecznych. Dziewczeta chore na cukrzycę wykazują cechy neurotyczne, czyli niezadowolenie z życia, stawianie czoła codziennym kłopotom jest dla nich trudniejsze – cecha ta dotyczy również dorosłych z cukrzycą. Choroba ma znaczący wpływ na kształtowanie osobowości [81]. Nie bez znaczenia jest tutaj wsparcie społeczne. Może mieć ono charakter:

- emocjonalny – przekazywanie pozytywnych emocji, aby lepiej radzić sobie z trudnymi sytuacjami, pacjent powinien dzielić się swoimi niepokojami, lękiem i w zamian otrzymywać wsparcie,
- wartościujący – to pozytywne ocenienie działań pacjenta, aby budować jego wiarę we własne siły, poprawiając jego samoocenę,
- instrumentalny – to rady, instruktaże, stosowanie zasad samokontroli, jest to szczególnie ważne na etapie uczenia się o chorobie,
- lub informacyjny – wszelkie informacje o skuteczności metod, zachowaniu w jednostce chorobowej jakie otrzymuje pacjent.

W związku z faktem, że cukrzyca jest chorobą często ujawniającą się w okresie dzieciństwa, powoduje obciążenie psychiczne dla młodego pacjenta, dlatego wsparcie społeczne ma spory wpływ na efekty leczenia [82].

2.3. Nieprawidłowości w zakresie masy ciała

Nadwaga oraz niedobór masy ciała w obecnym czasie nabrały rozmiaru epidemii na całym świecie. W populacjach, gdzie nie ma problemów z brakiem żywności nadwaga stała się typową cechą. Styl życia pozbawiony aktywności fizycznej i niezdrowe odżywianie spowodowały, że coraz częściej nagromadzenie tkanki tłuszczowej

w organizmie przekracza optymalne zalecenia. Nadwaga i otyłość dotyczy wszystkich grup wiekowych. Występowanie niedoboru masy ciała w krajach uprzemysłowionych wynosi 3–5%, w krajach rozwijających się 10–15% [83]. Otyłość to stan zwiększonej masy tkanki tłuszczowej, która prowadzi do upośledzenia czynności organizmu, to także nagromadzenie lipidów w narządach wewnętrznych, komórkach i mięśniach [84, 85, 86]. Czynniki mające wpływ na rozwój otyłości to m.in.: czynniki genetyczne (w 25–45%), środowiskowe (brak aktywności fizycznej, niekorzystne zwyczaje żywieniowe), psychologiczne i socjoekonomiczne. Również niedobory witaminy D3 mają niekorzystny wpływ na nadwagę i otyłość u dzieci i młodzieży. Ze względu na przyczyny powstania wyodrębniono:

1. otyłość prostą (pierwotna, alimentacyjna) – spowodowana nadmiernym dostarczeniem kalorii w stosunku do wydatków metabolicznych, o podłożu często uwarunkowanym czynnikami środowiskowymi – spożywanie wysoko przetworzonej żywności, o dużej zawartości tłuszczów zwierzęcych, węglowodanów prostych, małej aktywności fizycznej, występująca u 98% dzieci,
2. otyłość wtórną – powstała na skutek innej choroby np. chorób endokrynologicznych, chorób o podłożu genetycznym, guzów, wad rozwojowych, urazów układu nerwowego, skutek stosowania niektórych leków [87].

Otyłość rozwija się w dwóch fazach: dynamicznej i statycznej – w pierwszej fazie następuje nagromadzenie tkanki tłuszczowej, w drugiej utrzymanie tego poziomu. Druga faza to czas działania układu regulacji do zapewnienia bilansu energetycznego (czyli tej większej masy ciała) biorą w tym udział mechanizmy neurohormonalne, behawioralne i metaboliczne [88]. Konsekwencjami otyłości są m.in.: zespół metaboliczny, cukrzyca typu 2, miażdżyca, kamica nerkowa, powikłania sercowo–naczyniowe. Wymienione jednostki chorobowe zwiększają ryzyko wystąpienia zawałów serca, udarów mózgu, chorób nowotworowych [89]. Otyłość należy traktować jako chorobę wieloukładową, Amerykańskie Towarzystwo Endokrynologiczne w 2008 roku wydało następujące zalecenia dotyczące zapobiegania otyłości wieku rozwojowego: karmienie piersią do 6 miesiąca życia, organizowanie w szkołach codziennie godziny ćwiczeń, przekazywanie informacji o optymalnej diecie, korzyściach związanych z większą aktywnością fizyczną, propagowanie zmniejszenia spożywania niezdrowej żywności i zakaz jej reklamy, stworzenie możliwości pieszego

lub rowerowego dotarcia do szkoły [90, 91]. Na skutek niedożywienia występuje brak przyrostu masy ciała lub jego ubytek. W niedożywieniu trwającym długo dochodzi nawet do zahamowania przyrostu długości ciała. Konsekwencją niedożywienia energetyczno–białkowego jest spadek odporności organizmu, zwiększona zapadalność na infekcje oraz zaburzenia dojrzewania płciowego. Znaczące niedobory białka w okresie dzieciństwa doprowadzają do opóźnienia rozwoju intelektualnego. Niedobory żywieniowe mogą mieć konsekwencje w zaburzeniach poznawczych, emocjonalnych, nadmiernej drażliwości, a na skutek zmniejszenia masy mięśni – obniżenia sprawności fizycznej [92]. Zachowania prozdrowotne powinny być kształtowane w każdym okresie życia, ponieważ doświadczenie życiowe ludzi młodych i sposób podejmowanych przez nich decyzji ma istotny wpływ na tworzenie zasobów dla zdrowia ludzi dorosłych [93].

Pomiędzy wyżej wymienionymi jednostkami chorobowymi istnieją silne powiązania. Badacze dowodzą, że u dzieci otyłość ma ścisły związek z nadciśnieniem tętniczym. Nadwaga silnie wpływa na wartość skurczową ciśnienia tętniczego i zależność ta jest nawet większa niż u dorosłych. U dzieci i młodzieży skurczowe ciśnienie tętnicze jest skorelowane z BMI oraz grubością fałdu skórniego i wskaźnikiem talia–biodra [94]. Ważne jest też, aby oznaczyć wartość tkanki tłuszczowej w ciele badanego, ponieważ zagrożenia zdrowotne wynikają z nadmiaru tkanki tłuszczowej, a nie samej masy ciała [95]. Analizując badania echokardiograficzne zauważono, że nadwaga w okresie rozwojowym wpływa na zwiększenie masy lewej komory serca. Otyłość w młodym wieku wpływa niekorzystnie na układ krążenia [96]. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej na skutek otyłości mogą być początkiem do wystąpienia cukrzycy typu 2 i zaburzeń insulinooporności oraz nieprawidłowych wyników w krzywej glikemii. U młodzieży z BMI \geq 95percentyla insulinooporność stwierdza się w 46–52%, przy nadwadze u 11–16% ludzi młodych. Cukrzyca typu 2 stanowi około 20% przypadków cukrzycy rozpoznanej u osób między 10, a 19 rokiem życia. Otyłość brzuszna szczególnie niekorzystnie wpływa na profil lipidowy, takie zaburzenia stwierdza się u 12–17% dzieci z nadmierną masą ciała. Wystąpienie czynników tj.: nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom glukozy, otyłość brzuszna i zaburzenia lipidowe predysponują do rozpoznania zespołu metabolicznego, który występuje u 10–67% dzieci z otyłością. Według przyjętych kryteriów diagnostycznych rozpoznanie to stawiane jest dzieciom dopiero po 10 roku życia. Zespołem metabolicznym zagrożona jest nawet połowa młodzieży z BMI \geq 40,6 kg/m² [97]. Rozpoznanie tego zespołu jest niepokojącym sygnałem o stanie zdrowia młodego człowieka. Predysponuje go do

wystąpienia: cukrzyca typu 2, następstw zaburzeń układu sercowo–naczyniowego tj.: miażdżycy czy niealkoholowego stłuszczenia wątroby (wśród otyłych dzieci 20–50%) [98]. Nie tylko w Polsce, ale i na świecie utrzymuje się rosnąca tendencja do nadmiernej masy ciała [99]. Aby uniknąć konsekwencji tych chorób należy od najmłodszych lat dbać o sposób żywienia dopasowany do indywidualnych potrzeb dziecka. Ważne jest kontrolowanie liczby posiłków i podawanych dzieciom słodyczy, ponieważ zaburzenia tych ilości istotnie wpływają na rozregulowanie ośrodków głodu i sytości, co przekłada się na brak kontroli przyjmowanych kalorii. Nieprawidłowo zbilansowane diety spowodują niedobory składników odżywczych co wpłynie niekorzystnie na rozwój młodego organizmu. Diety monotonne i nieurozmaicone w konsekwencji doprowadzą do neofobii żywieniowej lub innych zaburzeń [100].

3. METODOLOGICZNE PODSTAWY PRACY

3.1. Cel i problemy badawcze

Celem pracy jest ocena zmian stanu zdrowia zgodnie z klasyfikacją chorób i ułomności stosowaną do kategoryzacji 19–letnich mężczyzn przeznaczanych do służby wojskowej w latach 1985–2017 zamieszkujących województwo małopolskie. Na przestrzeni 32 lat w Polsce funkcjonowały dwa odmienne systemy polityczne, a tym samym systemy ekonomiczne, co z kolei determinowało zasobność portfeli Polaków, ich styl życia. Także sama służba wojskowa była przez pewien okres obowiązkowa dla wszystkich mężczyzn, a następnie wyłącznie ochotnicza. Oba te czynniki: ustrój polityczny i obowiązek odbycia służby wojskowej miały wpływ na orzecznictwo w zakresie orzekanych kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej przez komisje lekarskie wobec mężczyzn podlegających powszechnemu obowiązkowi obrony. W niniejszej dysertacji autor dokona analizy orzekanych kategorii zdrowia zdolności do czynnej służby wojskowej, a także schorzeń, które spowodowały niezdolność młodych Polaków do pełnienia służby wojskowej. Pomimo wielokrotnie zmienianych przepisów dotyczących orzekania o zdolności do pełnienia czynnej służby wojskowej wykaz chorób i ułomności, które w okresie 32 lat dyskwalifikowały mężczyzn z możliwości odbywania służby nieznacznie się zmienił. Stabilny zbiór chorób i ułomności pozwolił obiektywnie dokonać oceny stanu zdrowia 19–letnich mężczyzn w oparciu o bazę prawie 200 000 rekordów. Autor podejmie kroki mające na celu przedstawienie kompleksowej statystyki chorób powodujących niezdolność do służby wojskowej i ich częstość występowania wśród populacji zobowiązanej do stawienia się do poboru. Badanie ma również na celu pokazanie jak wśród populacji polskiej młodzieży wygląda rozwój epidemii chorób cywilizacyjnych oraz zależności między nimi. Pokazany zostanie również stan cech somatycznych 19–letnich mężczyzn oraz ich trend sekularny. Analizy mają na celu przedstawienie powyższych danych obejmujących grupy badanych mężczyzn ze względu na rok ich urodzenia, miejsce zamieszkania, tj. konkretnego powiatu, obszaru miejskiego, obszaru wiejskiego, czasu kiedy obowiązywała obowiązkowa służba wojskowa czy wyłącznie ochotnicza służba wojskowa. Porównanie danych z poszczególnych lat poboru pozwoli na przedstawienie wniosków, porównanie ich z wynikami badań krajowych czy przeprowadzonych w innych państwach. W badaniu w niewielkim zakresie przedstawione zostanie jak wygląda pobór w innych krajach i jak przedstawiają się jego statystyki. Tak

kompleksowe badania w tym zakresie zarówno w Polsce jak i na świecie są szczątkowe i dotyczą występowania konkretnych chorób, schorzeń występujących wśród badanych populacji.

3.2. Problemy i hipotezy badawcze

Dla potrzeb badania określono następujące cele szczegółowe:

- 1) Określenie trendu zmian wzrostu, masy ciała i wskaźnika masy ciała (BMI) wśród 19-letnich mężczyzn stających do kwalifikacji wojskowej (poboru) w latach 1985–2017.
- 2) Jaka jest częstość występowania poszczególnych kategorii zdrowia (zdolności do czynnej służby wojskowej) wśród 19-letnich mężczyzn stających do kwalifikacji wojskowej (poboru) w latach 1985–2017?
- 3) Określenie przyczyn dyskwalifikujących uzyskanie przez 19-letnich mężczyzn stających do kwalifikacji wojskowej (poboru) w latach 1985–2017 kategorii zdrowia A.
- 4) W jakim zakresie czynnik taki jak: obowiązek służby wojskowej, kategoria zdrowia oraz miejsce zamieszkania różnicują cechy somatyczne 19-letnich mężczyzn stających do kwalifikacji wojskowej (poboru) w latach 1985–2017?
- 5) W jakim zakresie czynnik obowiązkowej i ochotniczej służby wojskowej wpływał na orzekane kategorie zdrowia?
- 6) Wpływ ustroju politycznego z uwzględnieniem obowiązku służby wojskowej na stan zdrowia 19-letnich mężczyzn stających do poboru w roku 1985, 1989 i stających do kwalifikacji wojskowej w roku 2013 i 2017.

3.3. Materiał i metody badawcze

Z założenia badanie ma charakter obserwacyjno-retrospektywny. Badaniem objęto wyłącznie mężczyzn urodzonych w następujących latach: 1966, 1970, 1974, 1978, 1982, 1986, 1990, 1994 i 1998, będących obywatelami polskimi, zamieszkującymi terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wezwanych do kwalifikacji wojskowej (poboru) na terenie województwa małopolskiego, którzy w roku kalendarzowym w którym stawali przed komisją lekarską ukończyli 19 rok życia, i komisja ta w tym samym roku orzekła im zdolność do służby wojskowej. Autor ze względu na dużą rozpiętość analizowanego okresu (32 lata) oraz na zbyt dużą ilość danych, pogrupował lata poboru w odstępach 4 – letnich, co zapewni wiarygodność badań, a także pozwoli na

przejrzystość przedstawionych wyników. Początkiem obserwacji są mężczyźni rocznik urodzenia 1966. Wojskowe komendy uzupełnień zostały zobowiązane na podstawie rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 8 października 2010 r. w sprawie prowadzenia ewidencji wojskowej do założenia elektronicznej ewidencji wojskowej w systemie SPIRALA–ZINT dla osób urodzonych właśnie w tym roku. Ostatnim badanym rocznikiem jest rocznik 1998, który do kwalifikacji wojskowej stawał w roku 2017. Przyjmując czteroletnie okresy analizy, badaniem zostały objęte roczniki stające przez komisjami lekarskimi w latach 1985–2017, w równomiernych odstępach czasu, których dane zgromadzone są w informatycznej bazie danych. Dane pozyskano z systemu informatycznego SPIRALA –ZINT (Zintegrowany System Zarządzania Zasobami Mobilizacyjno–Uzupełnieniowymi) za zgodą Departamentu Kadr Ministerstwa Obrony Narodowej, na podstawie podpisanej umowy o współpracy naukowo–badawczej. Zostały one zaimportowane z systemów szczebla terenowego, tj. Wojskowych Komend Uzupełnień w Krakowie, Nowym Sączu, Nowym Targu, Oświęcimiu i Tarnowie. Dane zaimportowane za pomocą zapytania SQL (Structured Query Language) bezpośrednio do arkusza Microsoft Excel, następnie zostały one odpowiednio przygotowane w celu poddania ich zaplanowanym analizom. Zaimportowane dane z systemu SPIRALA–ZINT zawierały następujące dane: numer PESEL, wagę, wzrost, oznaczenie płci, siedmiocyfrowy identyfikator terytorialny nadany jednostkom podziału terytorialnego kraju przez GUS, podstawę prawną orzeczonej kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej, orzeczoną kategorię zdrowia, data wydania orzeczenia o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz posiadane choroby, ułomności w postaci liczby czterocyfrowej. Pierwsze dwie cyfry to numer paragrafu (§) – w wykazie chorób i ułomności stanowiący załącznik do odpowiedniego zarządzenia lub rozporządzenia MON regulujący orzekania o zdolności do służby wojskowej, kolejne dwie cyfry to numer punktu (pkt) – w tymże wykazie przy odpowiednim paragrafie (np. 0000 – oznacza orzeczenie kategorii zdrowia bez żadnych schorzeń i ułomności – tzw. „bez paragrafów”, 0108 – oznacza w rozporządzeniu MON z dnia 25 czerwca 2004 roku – otyłość upośledzającą sprawność ustroju).

W ramach przygotowania danych po zaimportowaniu ich do arkusza kalkulacyjnego dokonano następujących operacji:

- 1) na podstawie numeru PESEL, w celu anonimizacji danych osobowych, wstawiono pole zawierające rok urodzenia i usunięto pole z numerem PESEL,

- 2) wstawiono dodatkowe pole w rekordzie danej osoby, w którym obliczono wskaźnik BMI na podstawie zaimportowanych wartości wzrostu oraz wagi,
- 3) dokonano zamiany identyfikatorów powiatów, gmin oraz typu gmin na nazwy zgodnie z wykazem identyfikatorów i nazw jednostek podziału terytorialnego kraju wydanym przez Główny Urząd Statystyczny, na tej podstawie dodano dla każdego rekordu kolejne pole określające miejsce zamieszkania jako jeden z typów: gmina miejska, gmina wiejska, gmina miejsko-wiejska, miasto w gminie miejsko-wiejskiej, obszar wiejski w gminie miejsko-wiejskiej,
- 4) dokonano zamiany paragrafów w formie liczbowej na nazwy paragrafów zgodnie z załącznikami do właściwych przepisów regulujących orzekanie o zdolności do czynnej służby wojskowej. W badanym okresie, tj. w latach 1985–2017 komisje lekarskie orzekały na podstawie następujących zarządzeń i rozporządzeń:
 - a) do 8 czerwca 1992 roku na podstawie Zarządzenia Ministra Obrony Narodowej Nr 9/MON z dnia 14 lutego 1984 r. w sprawie ustalania kategorii zdolności fizycznej i psychicznej do służby wojskowej oraz orzekania o tej zdolności,
 - b) od 9 czerwca 1992 roku do 30 czerwca 2004 roku, rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 czerwca 1992 r. w sprawie zasad określania zdolności do czynnej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach,
 - c) od 1 lipca 2004, rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 czerwca 2004 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach.

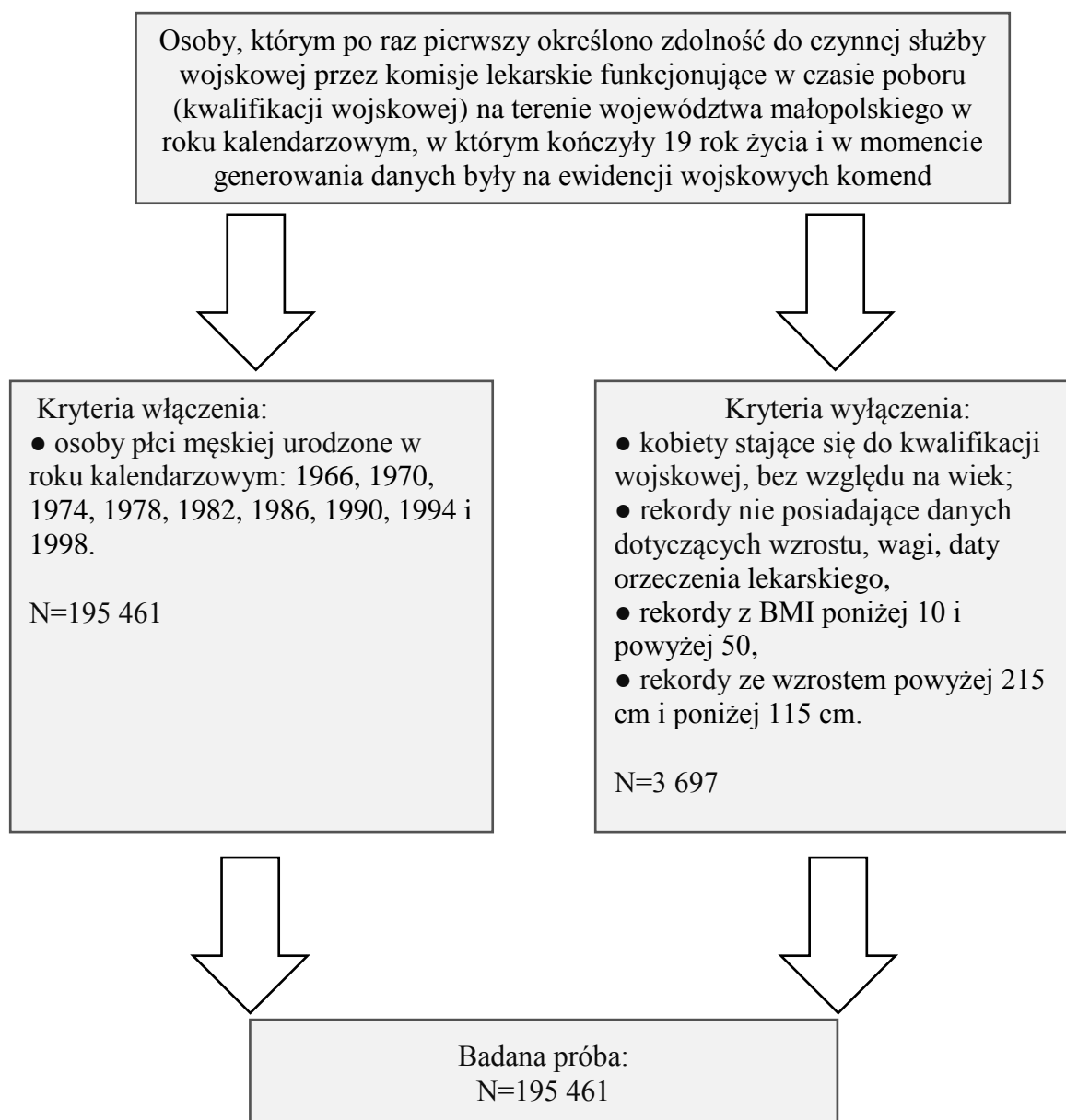
Warto podkreślić, że rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 czerwca 1992 r. w sprawie zasad określania zdolności do czynnej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach zawierało zapisy, które zamieniały dotychczasowe kategorie zdrowia (A₁, A₂, A₃) orzeczone na podstawie zarządzenia nr 9 Ministra Obrony Narodowej z dnia 14 lutego 1984 r. w sprawie ustalania kategorii zdolności fizycznej i psychicznej do służby wojskowej oraz orzekania o tej zdolności (Dziennik Rozkazów Ministerstwa Obrony Narodowej z 1984 r., poz. 9 oraz z 1986 r. poz. 43) na kategorię A lub D zgodnie z zapisami § 38 tegoż rozporządzenia. Dane te zostały ujęte na papierowych kartach

ewidencyjnych, a następnie po wdrożeniu elektronicznej ewidencji wojskowej, wprowadzone do systemu.

Dokonując analizy przedmiotowej bazy danych, badaniu poddane zostały następujące zmienne: miejsce zamieszkania ze względu na obszar wiejski lub miejski, miejsce zamieszkania ze względu na powiat, obowiązek odbycia służby wojskowej, ustrój polityczny, kategoria zdolności do czynnej służby wojskowej, wzrost, waga, BMI, schorzenia.

3.4. Dobór badanej próby

Dobór badanej próby był celowy. Małopolska to region zróżnicowany zarówno pod względem topograficznym (tereny wyżynne w północnej części województwa i górskie w południowej), gospodarczym (uprzemysłowienie, rolnictwo) jak i demograficznym (48,2% populacji województwa małopolskiego mieszka w mieście, 51,8% na wsi). W 2019 roku zameldowanych na stałe było 3 410 901 osób, z czego 18 478 stanowiła młodzież płci męskiej w wieku 19 lat [101, 102]. To region, którego 70,1% mieszkańców w roku 2014 oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry [103]. Szczegóły doboru: osoby, którym po raz pierwszy określono zdolność do czynnej służby wojskowej przez komisje lekarskie funkcjonujące w czasie poboru (kwalifikacji wojskowej) na terenie województwa małopolskiego w roku kalendarzowym, w którym kończyły 19 rok życia i w momencie generowania danych były na ewidencji wojskowych komend uzupełnień z terenu Małopolski. Z systemów SPIRALA–ZINT poszczególnych wojskowych komend uzupełnień z terenu małopolski wygenerowano łącznie 199 158 rekordów. Ostatecznie badaniem objęto liczącą 195 461 grupę dziewiętnastoletnich mężczyzn. 3 492 rekordy stanowiły dane dotyczące kobiet. Pozostałe rekordy, tj. 205 było niekompletnych, bądź dane były błędne (brak danych dotyczących wzrostu, wagi, daty orzeczenia lekarskiego, odrzucono rekordy z BMI poniżej 10 i powyżej 50, a także ze wzrostem powyżej 215 cm i poniżej 115 cm). Rekordy te zostały odrzucone, co statystycznie nie wpłynie na jakość danych (ryc. 3).



Rycina 3. Dobór badanej grupy.

3.5. Organizacja i przebieg badań

Autor na prowadzone badania w ramach niniejszej dysertacji otrzymał uchwałą nr 2018/05/01 zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim nr 2018/05/10. Na potrzeby badania pozyskano dane z pięciu, działających na terenie województwa małopolskiego, Wojskowych Komend Uzuppełnień znajdujących się w: Krakowie, Oświęcimiu, Nowym Sączu, Nowym Targu oraz Tarnowie. Dane z systemu SPIRALA–ZINT pozyskano zapytaniem SQL (Structured Query Language), ograniczając ich zakres w I etapie następującymi kryteriami: rekordy z numerem PESEL określający jeden z wytypowanych 9 roczników z adresem zamieszkania na

terenie województwa małopolskiego (pierwszy adres zamieszkania ujęty w ewidencji wojskowej) w roku stawienia się przed komisją lekarską w wieku 19 lat. W II etapie badań, z uzyskanej puli danych, ograniczono rekordy do pól, które stanowiły przedmiot analizy:

1. Dane w aspekcie czynników socjodemograficznych:
 - płeć męska;
 - miejsce zamieszkania.
2. Dane z pomiarów antropometrycznych:
 - masa ciała (kg.);
 - wzrost (cm.).
3. Dane dotyczące orzeczonej zdolności do służby wojskowej po raz pierwszy (kategoria zdrowia) wraz z datą wydania orzeczenia i podstawą prawną.
4. Dane o chorobach i ułomnościach stwierdzonych przez komisje lekarskie podczas stawienia się po raz pierwszy do poboru (kwalifikacji wojskowej).

W III etapie dla każdego rekordu zdefiniowano nowe pola:

1. Wskaźnik masy ciała – Body Mass Index – BMI – (kg/m^2), obliczony na podstawie danych o wzroście i masie ciała.
2. Obowiązek odbycia służby wojskowej jako wartość binarna. Lata, w których funkcjonowała obowiązkowa służba wojskowa, czyli: 1985, 1989, 1993, 1997, 2001 i 2005 wartość pola określono jako „TAK” oraz lata, w których funkcjonowały wyłącznie ochotnicze formy służby wojskowej, tj.: 2009, 2013 i 2017 z wartością pola „NIE”.
3. Rocznik na podstawie numeru PESEL.
4. Miejsce zamieszkania z jedną z wartości: gmina miejska, gmina wiejska, gmina miejsko-wiejska, miasto w gminie miejsko-wiejskiej, obszar wiejski w gminie miejsko-wiejskiej na siedmiocyfrowego identyfikatora terytorialnego GUS.
5. Powiat – właściwy dla miejsca zamieszkania – określony na podstawie kodu GUS.
6. Gmina – właściwa dla miejsca zamieszkania – określony na podstawie kodu GUS.

Następnie usunięto z każdego rekordu pola z numerem PESEL. Z bazy również wykasowano rekordy podlegające wyłączeniu zgodnie z wcześniej określonym doborem badanej próby.

Do określenia wpływu ustroju politycznego przyjęto, że do analizy zostaną wykorzystane dane dotyczące populacji stającej do poboru w 1985 i 1989 roku, czyli w czasie kiedy w Polsce obowiązywał komunizm, a dla okresu demokracji wykorzystane będą dane dotyczące populacji stającej do kwalifikacji wojskowej w 2013 i 2017 roku. Klasyfikację wskaźnika BMI oparto na międzynarodowej klasyfikacji dla osób dorosłych, określonej według WHO, funkcjonującego w czasie generowania danych z systemu SPIRALA-ZINT:

7. $BMI < 18,5$ – niedobór masy ciała,
8. $18,5 \leq BMI \leq 24,9$ – waga prawidłowa,
9. $25 \leq BMI \leq 29,9$ – nadwaga,
10. $BMI \geq 30$ – otyłość.

Przyjęto taką klasyfikację BMI, pomimo że WHO na nowo określiło klasyfikację rozszerzając grupę otyłości na trzy podgrupy:

1. $30 \leq BMI \leq 34,9$ – otyłość pierwszego stopnia,
2. $35 \leq BMI \leq 39,9$ – otyłość drugiego stopnia,
3. $BMI \geq 40$ – otyłość trzeciego stopnia.

Przyjęta w dysertacji klasyfikacja BMI wynika również z definicji schorzeń w tym zakresie określonych w rozporządzeniach MON z dnia 25 czerwca 2004 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach oraz z dnia 10 czerwca 1992 r. w sprawie zasad określania zdolności do czynnej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, tj.:

1. słaba budowa ciała (§1 pkt 4 w obu rozporządzeniach),
2. słaba budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju (§1 pkt 5),
3. słaba budowa ciała znacznie upośledzająca sprawność ustroju (charłactwo nie rokujące poprawy – nazwa obowiązująca w rozporządzeniu z 1992 roku) - (§1 pkt 6),
4. otyłość nieupośledzająca sprawności ustroju (§1 pkt 7),
5. otyłość upośledzająca sprawności ustroju (§1 pkt 8),
6. otyłość znacznie upośledzająca sprawności ustroju (§1 pkt 9).

Przez otyłość znacznie upośledzającą sprawność ustroju zgodnie z rozporządzeniem rozumie się otyłość znacznego stopnia, przy niewydolności układu oddechowego i układu krążenia.

Autor na podstawie ww. rozporządzeń Ministra Obrony Narodowej z 1992 i 2004 roku, dotyczących (ustalania kategorii zdolności) określania zdolności do służby wojskowej opracował wykazy chorób i ułomności powodujących otrzymanie kategorii zdrowia D lub E, stanowiący załączniki nr 1–4 do niniejszej dysertacji (aneks – str. 184). W załączniku nie ujęto schorzeń z rozdziału XIX – Narząd rodny, który dotyczy kobiet – poborowych wyłączonych z badanej próby. Opracowany załącznik był niezbędny do właściwego rozkodowania chorób i ułomności występujących w bazie danych w formie liczby czterocyfrowej. Rozporządzenia MON z 1992 i 2004 roku w większości zawierają tożsamy wykaz chorób i ułomności, jednakże są schorzenia, które istnieją w jednym rozporządzeniu, a w drugim ich nie ma i na odwrót, np. w rozporządzeniu z 1992 roku pod §72 pkt 2 występuje „pogranicze upośledzenia umysłowego”, które nie występuje w rozporządzeniu z 2004 roku. Natomiast w rozporządzeniu z 2004 roku pod § 72 pkt 5 występuje „zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol”, które nie występuje w rozporządzeniu z 1992 roku. Część schorzeń ma te same oznaczenia ale nieco inne brzmienie, np. pod § 2 pkt 3 w rozporządzeniu z 1992 roku zdefiniowano „przewlekłe choroby skóry, szpecące, upośledzające sprawność ustroju”, natomiast w rozporządzeniu z 2004 roku „przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność ustroju”. W tym przypadku oczywiście brzmienia można uznać za tożsame. Występują również przypadki, w których nazwy tożsamy schorzeń brzmią nieco inaczej ale też zapisane są one pod różnymi paragrafami lub punktami, np. w rozporządzeniu z 1992 roku „znikształcenie w obrębie wielkich stawów kończyn, upośledzające sprawność ustroju” zapisano pod § 78 pkt 4, a w rozporządzeniu z 2004 roku „znikształcenia w obrębie dużych stawów upośledzające sprawność ruchową” zapisano pod § 77 pkt 3. Warto też podkreślić, że zaawansowanie niektórych chorób może decydować o sklasyfikowaniu danej osoby przez komisję lekarską do kategorii D lub E. Przykładem takiej choroby jest „choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami” z rozporządzenia z 1992 roku zapisana pod § 43 pkt 5 lub „ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi” z rozporządzenia z 2004 roku zapisana pod §13 pkt 5. Z opracowanego załącznika wynika, że w czasie obowiązywania rozporządzenia MON z 1992 roku w sprawie zasad określania zdolności do czynnej służby wojskowej 156 chorób (ułomności) powodowało przyznanie kategorii zdrowia D, a 159 przyznanie kategorii zdrowia E. Katalog chorób powodujących niezdolność do służby wojskowej

rozporządzeniem MON z 2004 roku w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej w przypadku orzekania kategorii zdrowia D został poszerzony i wynosił on 192 choroby (ułomności), a w przypadku kategorii zdrowia E ograniczono go do 153 chorób.

Dane z systemu SPIRALA-ZINT, z objętego badaniem okresu, rozkodowali informatycy, wskazani przez resort, a następnie zostały one importowane do programu Microsoft Excel, co warunkowało ich mobilność i pozwoliło na przeprowadzenie szczegółowej analizy statystycznej, przy pomocy programu STATISTICA v. 13.

Podsumowując, dane szczegółowe o stanie zdrowotnym osób podlegających obowiązkowi służby wojskowej, określone na podstawie orzeczeń komisji lekarskich prowadzone są w wojskowych komendach uzupełnień, wojewódzkich sztabach wojskowych oraz na szczeblu Ministerstwa Obrony Narodowej. Gromadzone dane dają możliwość dokonywania różnego rodzaju analiz stanu zdrowotnego osób objętych ewidencją wojskową.

3.6. Metody analizy statystycznej

Analizę danych prowadzono za pomocą metod statystyki opisowej oraz wnioskowania statystycznego. Analizę statystyczną realizowano przy pomocy programu STATISTICA v.13. Dla zmiennych ilościowych obliczono wartości średnie (\bar{x}) oraz ich odchylenie standardowe (SD), a dla zmiennych jakościowych przedstawiono w postaci procentowych wartości częstość występowania cech w podgrupach. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, testu niezależności chi-kwadrat, testu Manna – Whitneya, testu Kruskala – Wallisa, przyjmując poziom istotności $\alpha=0.05$. Uzyskane wyniki przedstawiono w formie tabelarycznej. Dane znajdujące się w systemie SPIRALA-ZINT dotyczące stanu zdrowotnego badanej grupy pozyskane z pięciu WKU z terenu województwa małopolskiego zaimportowano do programu Microsoft Excel i opracowywano odpowiednio dobranymi metodami statystycznymi zgodnie z założeniami metodologicznymi i problemami badawczymi. Kolejno, otrzymane dane zostaną opracowane z uwzględnieniem na ich podział pod kątem określonych założeń rozprawy doktorskiej. Wszystkie informacje uzyskane w trakcie badania będą traktowane jako poufne i zostaną wykorzystane jedynie do celów naukowych. Test niezależności chi-kwadrat jest najpopularniejszym testem statystycznym służącym do badania zależności między dwiema cechami zmierzonymi na skali nominalnej (w szczególności

dychotomicznej). W teście tym stawiana jest hipoteza zerowa, że wystąpienie wariantu jednej cechy nie zależy od wariantu przyjmowanego dla drugiej cechy (cechy są niezależne). W hipotezie alternatywnej zakładane jest, iż cechy są ze sobą powiązane. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego p pozwalają hipotezę zerową odrzucić i wnioskować o istnieniu zależności w całej populacji pomiędzy dwiema rozważanymi cechami. W poniższym opracowaniu test niezależności chi–kwadrat wykorzystano do porównywania rozkładu kategorii zdrowotnych w różnych grupach oraz porównywania częstości występowania poszczególnych schorzeń lub grup schorzeń w różnych grupach.

Liczbową miarą różnicy w częstości występowania schorzeń w różnych grupach był współczynnik ryzyka względnego (RR – ang. *relative risk*). Jest on łatwo interpretowalną miarą, pozwalającą porównać częstość występowania dwóch zjawisk zdrowotnych (o najczęściej niepożądanych charakterze). Miara ta wyliczana jest jako iloraz prawdopodobieństw wystąpienia danego zjawiska w grupie badanej (lub umownie przyjętej jako taka) względem grupy kontrolnej (lub umownie przyjętego punktu odniesienia).

Interpretując wyniki testu niezależności chi–kwadrat (a także innych zastosowanych testów statystycznych) stosowano zwyczajowo uznane reguły ich interpretacji. Jak wiadomo, testy statystyczne służą do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji czy tylko przypadkowym rezultatem. Wynikiem testu statystycznego jest tzw. prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności. Przyjmuje się przy tym najczęściej następujące reguły:

- gdy $p \geq 0,05$ mówimy o braku podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, co oznacza, że testowana różnica, zależność, efekt nie jest znamieny statystycznie;
- gdy $p < 0,05$ mówimy o statystycznie istotnej zależności (oznaczamy ten fakt za pomocą *);
- $p < 0,01$ to wysoce istotna zależność (**);
- $p < 0,001$ to bardzo wysoko istotna statystycznie zależność (***)

4. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

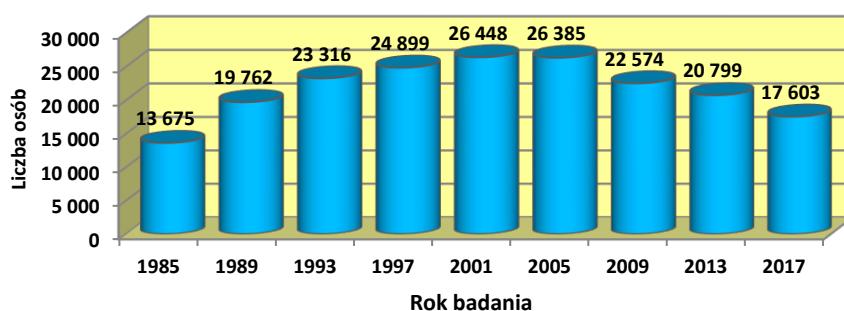
4.1. Charakterystyka badanej grupy w aspekcie cech somatycznych

Badaniu została poddana 195461-osobowa populacja 19-letnich mężczyzn zamieszkałych na terenie województwa małopolskiego, urodzonych w latach 1966 – 1998. Badana grupa mężczyzn stawiała się do poboru (kwalifikacji wojskowej) przed komisjami lekarskimi w latach 1985– 2017 (tab. 2).

Tabela 2. Zestawienie ilości 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.

Rok badania	Rok urodzenia	Liczba
1985	1966	13675
1989	1970	19762
1993	1974	23316
1997	1978	24899
2001	1982	26448
2005	1986	26385
2009	1990	22574
2013	1994	20799
2017	1998	17603
Razem		195461

Przebadana populacja w poszczególnych latach jest różna liczebnie i wynika przede wszystkim z dwóch czynników: z demografii społeczeństwa polskiego i z przyjętego założenia doboru grupy do przedmiotowych badań (ryc. 4).



Rycina 4. Liczby osób objętych badaniami w poszczególnych latach.

4.2. Trendy zmian wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI w badanej grupie

Wartość średniego wzrostu w latach 1985–2017 systematycznie rosła od 174,3 cm w roku 1985 do 178,0 cm w 2017 roku. Różnica w przeciętnym wzroście populacji 19-latków w latach 1985–2017 była istotna statystycznie ($p=0,0000$). Widoczne jest, iż przeciętny wzrost 19-latków rośnie systematycznie w każdym 4-letnim okresie, ale tempo tych zmian jest w ostatnich latach było mniejsze (tab. 3).

Tabela 3. Dane dotyczące wzrostu 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.

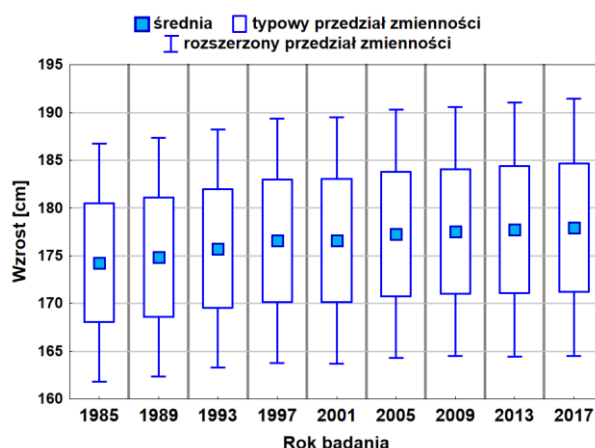
Rok badania	Wzrost [cm] ($p = 0,0000^{***}$)					
	\bar{x}	95% p.u.	s	c_{25}	Me	c_{75}
1985	174,3	174,2–174,4	6,2	170	174	178
1989	174,9	174,8–174,9	6,2	171	175	179
1993	175,8	175,7–175,8	6,2	171	176	180
1997	176,6	176,5–176,6	6,4	172	176	181
2001	176,6	176,5–176,7	6,5	172	177	181
2005	177,3	177,2–177,4	6,5	173	177	182
2009	177,5	177,4–177,6	6,5	173	178	182
2013	177,7	177,6–177,8	6,7	173	178	182
2017	178,0	177,9–178,1	6,7	173	178	182

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu ANOVA

Wyznaczone zostały wybrane charakterystyki liczbowe badanych parametrów – oto ich opis:

- średnia arytmetyczna – przeciętny poziom zmiennej;
- 95% przedział ufności dla oszacowania wartości przeciętnej w całej populacji docelowej;
- odchylenie standardowe (s) – jest to miara „przeciętnego” odchylenia od wartości średniej;
- mediana (wartość środkowa) – połowa pomiarów osiąga wartości mniejsze a połowa większe od mediany;
- centyl 25. i 75. – liczby określające poziom, poniżej (powyżej) którego znajduje się co czwarty (25%) najniższych (najwyższych) pomiarów.

Wraz ze zwiększającym się z roku na rok przeciętnym wzrostem 19-latków zwiększa się również rozpiętość typowego przedziału zmienności co świadczy o większym zróżnicowaniu pomiędzy minimalnymi i maksymalnymi wartościami wzrostu w poszczególnych latach (ryc. 5.)



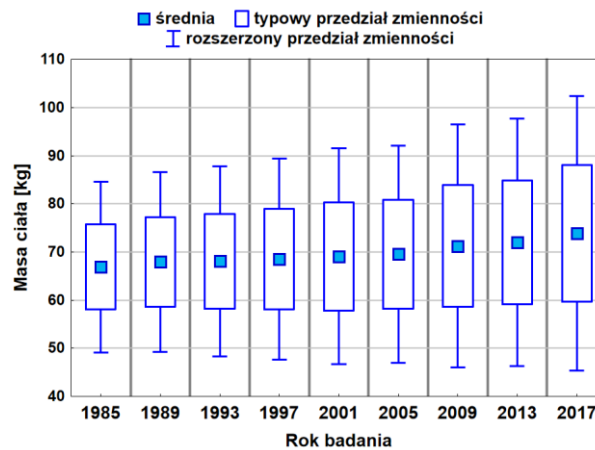
Rycina 5. Wartości średniego wzrostu wraz z przedziałami zmienności w poszczególnych latach dla populacji objętej badaniami.

Wartość średniej masy ciała w latach 1985 – 2017 rosła od 66,9 kg w 1985 roku do 73,9 kg w 2017 roku (tab. 4). Różnica ta była istotna statystycznie ($p=0,0000$). Zmiany w przeciętnej masie ciała poborowych w kolejnych po sobie 4-letnich okresach wynoszą od 0,2 kg w okresie pomiędzy 1989 i 1993 rokiem do 1,9 kg pomiędzy dwoma ostatnimi okresami, tj. 2013 i 2017 rokiem.

Tabela 4. Dane dotyczące masy ciała 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.

Rok badania	Masa ciała [kg] ($p = 0,0000^{***}$)					
	\bar{x}	95% p.u.	S	c_{25}	Me	c_{75}
1985	66,9	66,8 - 67,1	8,9	61	66	71
1989	67,9	67,8 - 68,1	9,4	62	67	73
1993	68,1	67,9 - 68,2	9,9	61	67	73
1997	68,6	68,4 - 68,7	10,4	62	67	74
2001	69,1	69,0 - 69,2	11,2	62	67	75
2005	69,6	69,4 - 69,7	11,3	62	68	75
2009	71,3	71,1 - 71,4	12,6	63	69	78
2013	72,0	71,8 - 72,2	12,8	63	70	78
2017	73,9	73,7 - 74,1	14,2	64	72	81

Wraz ze wzrostem średniej masy ciała z roku na rok wzrasta również średnie odchylenie standardowe, a to oznacza, że w kolejnych latach rośnie rozpiętość między minimalnymi a maksymalnymi wartościami masy ciała (ryc. 6).



Rycina 6. Wartości średniej masy ciała wraz z odchyleniem standardowym w poszczególnych latach dla populacji objętej badaniami.

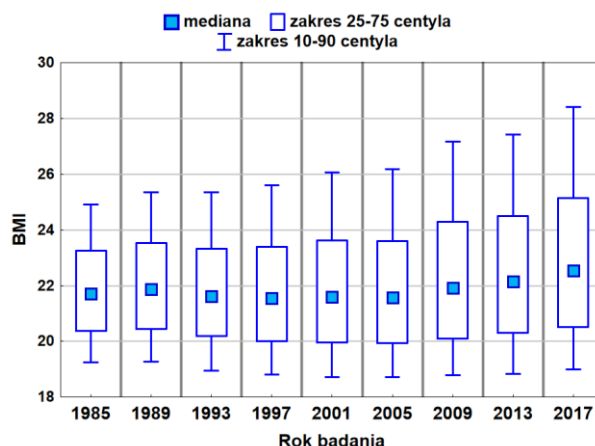
Występują znamienne statystycznie różnice pomiędzy poziomem BMI w latach objętych badaniem (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0,0000^{***}$). Niemniej jednak, dokładna analiza statystyk opisowych (zarówno wartości średniej, ale także mediany i obu kwartyli) pozwala stwierdzić, że większy wzrost poziomu BMI 19-letnich mężczyzn dotyczy trzech ostatnich okresów objętych badaniem, czyli roku 2009, 2013 i 2017 (tab. 5). Ponieważ rozkład BMI cechuje się pewną asymetrią – widoczną choćby na podstawie porównania mediany i średniej, to ta pierwsza jest lepszą miarą poziomu przeciętnego BMI.

Tabela 5. Dane dotyczące BMI 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.

Rok badania	BMI ($p = 0,0000^{***}$)					
	\bar{x}	95% p.u.	s	c_{25}	Me	c_{75}
1985	22,0	22,0–22,1	2,5	20,4	21,7	23,3
1989	22,2	22,2–22,2	2,6	20,4	21,9	23,5
1993	22,0	22,0–22,0	2,8	20,2	21,6	23,3
1997	22,0	21,9–22,0	2,9	20,0	21,5	23,4
2001	22,1	22,1–22,2	3,2	20,0	21,6	23,6
2005	22,1	22,1–22,1	3,2	19,9	21,6	23,6
2009	22,6	22,5–22,6	3,6	20,1	21,9	24,3
2013	22,8	22,7–22,8	3,7	20,3	22,2	24,5
2017	23,3	23,2–23,4	4,1	20,5	22,6	25,1

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu ANOVA

Z uwagi na występującą asymetrię prawostronną rozkładu BMI na wykresie wykorzystano statystyki pozycyjne: medianę, oba kwartyle oraz centyl 10. i 90 (ryc. 7).



Rycina 7. Wartości mediany BMI, kwartyla oraz 10. i 90. centyla w poszczególnych latach dla populacji objętych badaniami.

4.3. Klasyfikacja BMI w latach 1985–2017

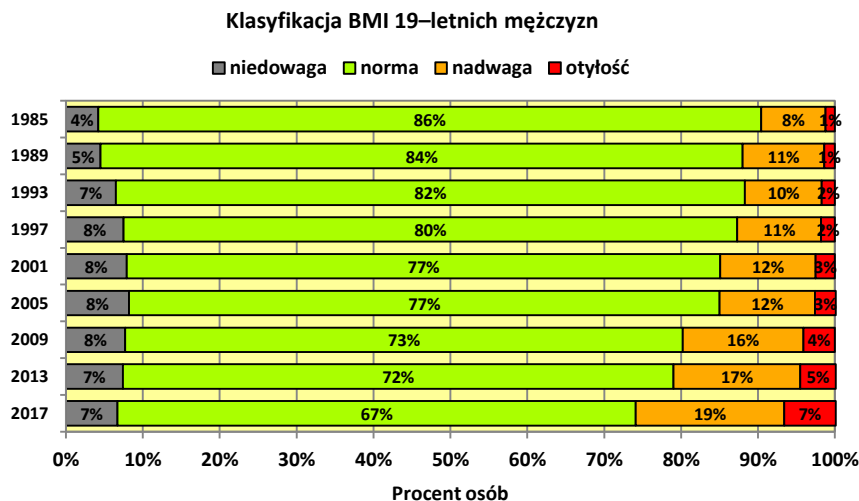
W każdym kolejnym badaniu wzrasta udział 19-latków ze zbyt wysokim w stosunku do norm BMI. W roku 1985 niespełna 10% 19-letnich mężczyzn miało BMI powyżej normy (w tym zaledwie 1,2% miało otyłość), zaś w roku 2017 udział osób z BMI powyżej normy był 2,5-krotnie większy, a w przypadku otyłości ponad 5-krotnie większy (tab. 6). Oczywiście różnice w rozkładzie klasyfikacji według BMI pomiędzy latami są znamienne statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0,0000^{***}$).

Tabela 6. Klasyfikacja BMI 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.

Rok badania	Klasyfikacja BMI ($p = 0,0000^{***}$)				Razem
	niedobór masy ciała	norma	nadwaga	otyłość	
1985	579 (4,2%)	11789 (86,2%)	1148 (8,4%)	159 (1,2%)	13675
1989	894 (4,5%)	16499 (83,5%)	2094 (10,6%)	275 (1,4%)	19762
1993	1508 (6,5%)	19083 (81,8%)	2324 (10,0%)	401 (1,7%)	23316
1997	1878 (7,5%)	19863 (79,8%)	2707 (10,9%)	451 (1,8%)	24899
2001	2091 (7,9%)	20413 (77,2%)	3282 (12,4%)	662 (2,5%)	26448
2005	2162 (8,2%)	20256 (76,8%)	3260 (12,4%)	707 (2,7%)	26385
2009	1743 (7,7%)	16360 (72,5%)	3536 (15,7%)	935 (4,1%)	22574
2013	1542 (7,4%)	14883 (71,6%)	3427 (16,5%)	947 (4,6%)	20799
2017	1177 (6,7%)	11859 (67,4%)	3389 (19,3%)	1178 (6,7%)	17603
Razem	13574	151005	25167	5715	195461

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Ilość osób z niedoborem masy ciała w latach 1993-2017 pozostawał na stałym poziomie 7-8%. Z roku na rok zmniejszała się grupa mężczyzn z masą ciała będącą w normie. W 1985 roku stanowili oni przeszło 86% populacji, zaś w 2017 już tylko 67% (ryc. 8).



Rycina 8. Procentowy rozkład klasyfikacji BMI w poszczególnych latach dla populacji objętych badaniami.

4.4. Kategorie zdrowia na podstawie kwalifikacji wojskowej (poboru)

Od 1993 roku, czyli po transformacji systemowej, nastąpił znaczący wzrost udziału osób niezdolnych do służby wojskowej (szczególnie kat. D). To mogło być spowodowane większymi możliwościami uniknięcia służby wojskowej po upadku systemu komunistycznego. Ale od 2009 roku, gdy zniesiono obowiązkowość służby wojskowej, udział poborowych z kat. D znacząco spadła, natomiast wzrósł relatywnie udział osób z kat. E – nie równoważąc jednak ogólnego spadku liczby osób niezdolnych do służby wojskowej. Ta zmiana mogła być związana także z faktem, iż orzeczenie kategorii D lub E ogranicza możliwości pracy w innych służbach, nie tylko w wojsku (tab. 7).

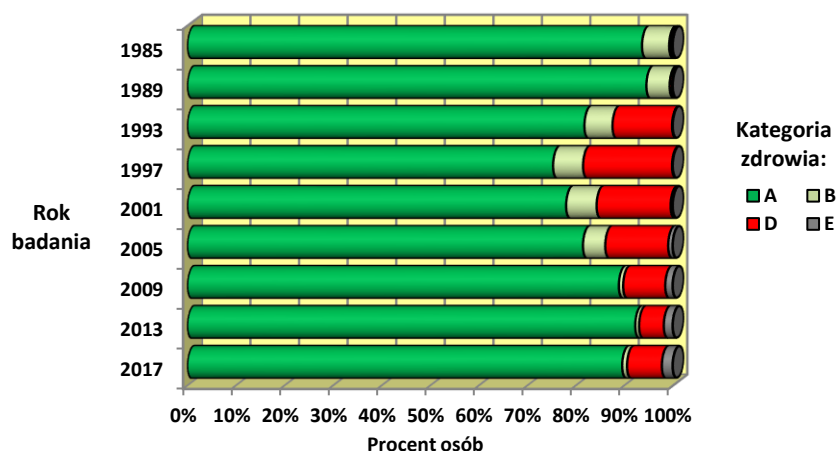
Tabela 7. Kategorie zdrowia zdolności do czynnej służby wojskowej 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stających do poboru w poszczególnych latach.

Rok badania	Kategoria zdrowia ($p = 0,0000^{***}$)								Razem
	A		B		D		E		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1985	12809	93,7	773	5,6	37	0,3	56	0,4	13675
1989	18699	94,6	949	4,8	99	0,5	15	0,1	19762
1993	19080	81,8	1355	5,8	2864	12,3	17	0,1	23316

1997	18758	75,4	1547	6,2	4578	18,4	16	0,1	24899
2001	20638	78,1	1671	6,3	4038	15,3	101	0,4	26448
2005	21492	81,5	1227	4,6	3439	13,0	227	0,9	26385
2009	20090	89,0	197	0,9	1954	8,7	333	1,5	22574
2013	19188	92,3	168	0,8	1072	5,1	371	1,8	20799
2017	15778	89,6	169	1,0	1277	7,2	379	2,2	17603
Razem	166532		8056		19358		1515		195461

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

Na przestrzeni 32 lat wskaźnik orzeczonych kategorii A – zdolny do czynnej służby wojskowej kształtował się najwyżej (około 94%) w okresie kiedy liczebność Wojska Polskiego była najwyższa, czyli w okresie Polskiej Republiki Ludowej, a tym samym potrzeby zasilania armii była największa. Wskaźnik ten jest wysoki również w okresie kiedy zawieszono obowiązkową służbę wojskową (ryc. 9). Wzrost orzeczonych kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej A w tym okresie związany jest z nieformalnym wymogiem formacji uzbrojonych przez osoby ubiegające się o służbę w tych formacjach posiadania takowej zdolności.



Rycina 9. Procentowy rozkład orzeczonych kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej w poszczególnych latach dla populacji objętych badaniami.

Dla każdego analizowanego rocznika poboru z woj. małopolskiego można stwierdzić znamienne statystycznie różnicę w rozkładzie kategorii zdrowia pomiędzy zamieszkałymi w mieście i na wsi. Warto zauważyć, iż na zmiany opisane na poprzedniej stronie (transformacja systemowa, zniesienie obowiązkowej służby wojskowej) bardziej wrażliwa była grupa poborowych z miast – w tej grupie po 1989

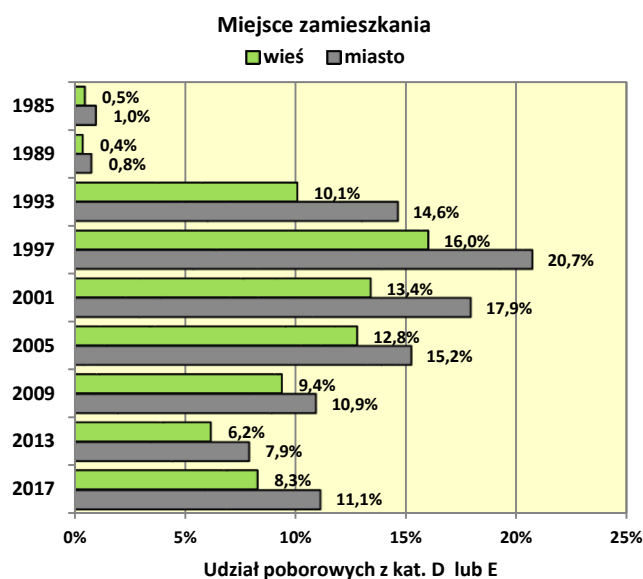
roku bardziej wzrósł udział osób z kategorią D, a od 2009 roku z kategorią E. Wśród mieszkańców wsi jest więcej poborowych, którym przyznano kategorię A (tab. 8).

Tabela 8. Rozkład kategorii zdrowia wśród 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach w zależności od miejsca zamieszkania.

Rok badania	Miejsce zamieszkania								p
	Wieś				miasto				
	Kategoria zdrowia								
	A	B	D	E	A	B	D	E	
1985	94,7%	4,8%	0,2%	0,3%	92,5%	6,5%	0,4%	0,6%	0,0000***
1989	95,4%	4,2%	0,3%	0,1%	93,8%	5,4%	0,7%	0,1%	0,0000***
1993	84,8%	5,1%	10,1%	0,0%	78,8%	6,6%	14,5%	0,1%	0,0000***
1997	78,9%	5,1%	16,0%	0,0%	72,0%	7,3%	20,6%	0,1%	0,0000***
2001	81,4%	5,3%	13,2%	0,2%	74,8%	7,3%	17,3%	0,6%	0,0000***
2005	83,7%	3,4%	11,8%	1,0%	78,9%	6,0%	14,5%	0,7%	0,0000***
2009	89,7%	0,8%	8,2%	1,2%	88,1%	0,9%	9,2%	1,7%	0,0003***
2013	93,3%	0,5%	4,7%	1,5%	90,8%	1,3%	5,8%	2,1%	0,0000***
2017	91,3%	0,4%	6,5%	1,8%	87,0%	1,9%	8,4%	2,7%	0,0000***

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

Odsetek orzeczonych mężczyzn jako niezdolnych do czynnej służby wojskowej w poszczególnych latach potwierdza podejście młodych ludzi do służby wojskowej w okresie: komunizmu, demokracji z obowiązkową służbą wojskową oraz w pełni uzawodowionych SZ RP. Pokazuje też lepszy stan zdrowia młodzieży zamieszkującej tereny wiejskie (ryc. 10).



Rycina 10. Udział osób niezdolnych do służby wojskowej (łącznie kategoria D i E) w poszczególnych latach wśród poborowych zamieszkałych na wsi i w mieście.

4.5. Klasyfikacja 19-latków według kategorii zdrowia oraz obowiązku pełnienia służby wojskowej

Wyniki badań dotyczących kategorii zdrowotnych przyznawanych 19-lątkom z województwa małopolskiego w latach 1985, 1989, 1993, 1997, 2001, 2005, 2009, 2013, 2017 przedstawiono w podziale na dwa okresy:

- do roku 2005 – kiedy służba wojskowa była obowiązkowa;
- od roku 2009 – kiedy zawieszono obowiązek służby wojskowej.

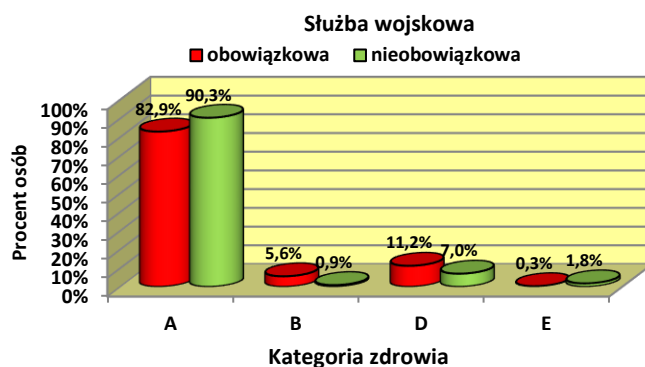
Różnice w rozkładzie kategorii zdrowotnych w zależności od występowania obowiązku służby wojskowej są znamienne statystycznie. Po rezygnacji z obowiązku służby wojskowej, znacząco wzrósł udział osób z kategorią A (z 82 do 90%), spadł zaś udział osób z kategorią B (z 5,6 do 0,9%) i D (z 11,2 do 7,0%). Co ciekawe, kilkakrotnie wzrósł udział 19-latków, którzy otrzymali kategorię E (z 0,3 do 1,8%). Może to wynikać z faktu, że od 2009 roku, komisje lekarskie stwierdzając niezdolność do służby wojskowej wołały to uczynić „na pewno”, stąd większy udział kategorii E, przyznawanej zapewne w sytuacji wystąpienia dolegliwości zdrowotnych kwalifikujących bez wątpienia do odroczenia służby wojskowej (tab. 9). Może być to też dowodem na gorszy stan zdrowia części 19-letnich mężczyzn.

Tabela 9. Rozkład orzeczonych kategorii zdrowia w rozbiciu na okres kiedy funkcjonowała obowiązkowa służba wojskowa i kiedy była ona zawieszona.

Kategoria zdrowia	Służba wojskowa ($p = 0,0000^{***}$)		Razem
	Obowiązkowa	Nieobowiązkowa	
A	111421 (82,9%)	55111 (90,3%)	166532 (85,2%)
B	7526 (5,6%)	530 (0,9%)	8056 (4,1%)
D	15058 (11,2%)	4300 (7,0%)	19358 (9,9%)
E	480 (0,3%)	1035 (1,8%)	1515 (0,8%)
Razem	134485	60976	195461

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

Odsetek orzeczonych kategorii zdrowia A, B, D w okresie trwania obowiązkowej służby wojskowej w stosunku do analogicznie orzeczonych kategorii zdrowia w okresie zawieszenia obowiązku tej służby potwierdza negatywny stosunek części mężczyzn do służby wojskowej w okresie obowiązku jej pełnienia (ryc. 11).



Rycina 11. Odsetek orzeczonych kategorii zdrowia w okresie obowiązkowej służby wojskowej i w okresie jej zawieszenia.

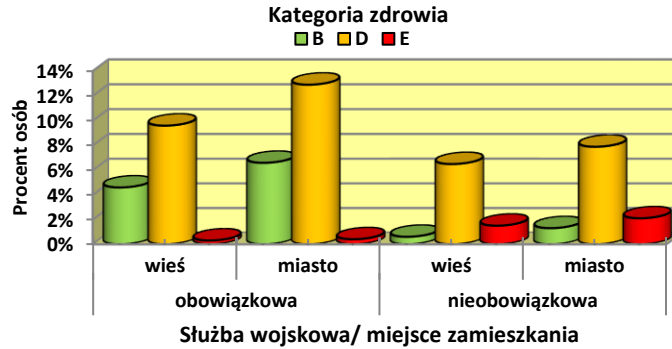
Analogiczne zestawienie sporządzono z podziałem względem miejsca zamieszkania poborowych. Zarówno przy poborze obowiązkowym jak i po jego zniesieniu, występowały znamienne statystycznie różnice w klasyfikacji zdrowotnej poborowych z miast i wsi. Nie były to zbyt duże różnice, choć na przykład odsetek poborowych z kategorią D przed rokiem 2009 był ok. 1,5 razy większy wśród mieszkańców miast w stosunku do mieszkańców wsi. Udział osób z kategorią A był natomiast wyższy o kilka punktów procentowych na wsi (tab. 10).

Tabela 10. Rozkład orzeczonych kategorii zdrowia w rozbiciu na okres kiedy funkcjonowała obowiązkowa służba wojskowa i kiedy była ona zawieszona z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Kategoria zdrowia	Służba wojskowa			
	Obowiązkowa		Nieobowiązkowa	
	Miejsce zamieszkania ($p = 0,0000^{***}$)		Miejsce zamieszkania ($p = 0,0000^{***}$)	
	wieś	miasto	wieś	miasto
A	59186 (85,5%)	52235 (80,2%)	32905 (91,4%)	22206 (88,7%)
B	3219 (4,6%)	4307 (6,6%)	205 (0,6%)	325 (1,3%)
D	6642 (9,6%)	8416 (12,9%)	2331 (6,5%)	1969 (7,9%)
E	247 (0,3%)	233 (0,4%)	503 (1,5%)	532 (2,1%)

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

Wobec mężczyzn zamieszkałych tereny wiejskie komisje lekarskie w obu okresach orzekały rzadziej kategorie zdrowia B czasowej niezdolności do służby wojskowej oraz kategorie zdrowia C i D niezdolności do służby wojskowej (ryc. 12).



Rycina 12. Procentowy udział w porównywanych grupach osób z kategoriami oznaczającymi problemy zdrowotne (kat. B, D lub E).

Dokonano także prezentacji klasyfikacji według kategorii zdrowia w przekroju powiatów dla woj. małopolskiego. Występuje dość duże zróżnicowanie pomiędzy powiatami w „decyzjach” komisji wojskowych – szczególnie w okresie służby obowiązkowej, były powiaty gdzie udział kategorii D był wielokrotnie wyższy niż gdzie indziej (Nowy Sącz – prawie 18%, zaś np. powiat brzeski – niespełna 5%). Nie wszędzie zawieszenie obowiązkowej służby wojskowej radykalnie obniżyło udział osób klasyfikowanych jako niezdolnych do służby wojskowej. Wyniki zestawiono w zbiorczej tabeli, w której pokazano rozkład kategorii zdrowotnych w powiatach w dwóch okresach – obowiązku służby wojskowej i po jego zniesieniu. Wizualizację tych analiz stanowią dwa kartogramy zamieszczone na następnej stronie. Analiza przestrzenna pozwoli ocenić, w których regionach woj. małopolskiego występowała większą „skłonność” do unikania służby wojskowej w okresie obowiązkowej służby (ten element ma więc aspekt historyczny) oraz jak wyglądała ta klasyfikacja po zawieszeniu tego obowiązku (a więc w ostatnich kilku latach). Od 2009 roku poziom osób z kategoriami D i E pomiędzy powiatami jest nieco bardziej wyrównany (tab. 11). Za pomocą testu niezależności chi-kwadrat zbadano, czy sposób klasyfikacji po wprowadzeniu nieobowiązkowej służby wojskowej uległ zmianie w stosunku do okresu wcześniejszego. Obliczenia wykonano oddzielnie dla każdego powiatu. Jak widać, dla wszystkich powiatów wyniki klasyfikacji poborowych w dwóch rozpatrywanych okresach były znamienne różnie – wartości prawdopodobieństwa testowego p dla każdego powiatu wskazywały na wysoce istotne różnice ($p < 0.001$).

Tabela 11. Klasyfikacja kategorii zdrowia w przekroju powiatów województwa małopolskiego z uwzględnieniem okres kiedy funkcjonowała obowiązkowa służba wojskowa i kiedy była ona zawieszona.

Powiat	Służba wojskowa								p
	Obowiązkowa				Nieobowiązkowa				
	Kategoria zdrowia								
	A	B	D	E	A	B	D	E	
bocheński	83,65%	5,49%	10,77%	0,09%	94,06%	0,00%	4,88%	1,06%	0,0000***
brzeski	91,42%	3,82%	4,72%	0,05%	88,90%	3,42%	4,94%	2,74%	0,0000***
chrzanowski	77,78%	9,16%	13,01%	0,04%	93,39%	0,00%	5,75%	0,87%	0,0000***
dąbrowski	86,01%	7,42%	6,53%	0,04%	91,96%	0,66%	6,55%	0,83%	0,0000***
gorlicki	80,19%	5,80%	13,25%	0,77%	90,40%	0,00%	8,00%	1,61%	0,0000***
krakowski	85,04%	4,33%	10,13%	0,49%	92,40%	0,20%	6,15%	1,25%	0,0000***
limanowski	77,60%	6,45%	15,26%	0,69%	87,61%	0,32%	10,58%	1,49%	0,0000***
miechowski	90,48%	3,41%	5,97%	0,14%	95,65%	0,22%	3,26%	0,87%	0,0000***
myślenicki	78,72%	6,73%	13,76%	0,78%	89,40%	0,47%	8,89%	1,23%	0,0000***
nowosądecki	81,75%	3,89%	13,62%	0,74%	90,17%	0,04%	8,12%	1,67%	0,0000***
nowotarski	82,95%	7,29%	9,71%	0,06%	87,23%	1,56%	9,67%	1,54%	0,0000***
olkuski	83,74%	2,10%	14,02%	0,14%	91,48%	1,40%	5,81%	1,30%	0,0000***
oświęcimski	86,69%	4,25%	9,00%	0,05%	92,03%	0,24%	5,50%	2,23%	0,0000***
proszowicki	89,08%	4,45%	6,30%	0,16%	93,62%	0,59%	3,19%	2,60%	0,0000***
suski	83,40%	5,70%	10,86%	0,03%	91,94%	0,12%	6,34%	1,60%	0,0000***
tarnowski	89,01%	4,69%	6,27%	0,03%	92,11%	1,34%	4,93%	1,62%	0,0000***
tatrzański	79,34%	6,82%	13,80%	0,04%	86,33%	0,22%	10,98%	2,46%	0,0000***
wadowicki	86,71%	3,99%	9,28%	0,02%	91,67%	0,56%	6,07%	1,69%	0,0000***
wielicki	87,56%	3,85%	8,57%	0,02%	94,39%	0,14%	3,66%	1,81%	0,0000***
m. Kraków	79,78%	6,13%	13,51%	0,57%	88,44%	1,43%	7,76%	2,37%	0,0000***
m. Nowy Sącz	73,16%	8,66%	17,95%	0,23%	89,17%	0,69%	7,76%	2,38%	0,0000***
m. Tarnów	83,54%	9,02%	7,40%	0,04%	83,78%	5,63%	7,75%	2,84%	0,0000***

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Różnice pomiędzy odsetkiem osób uznanych za niezdolne do służby wojskowej (kat. D lub E) w poszczególnych powiatach w okresie obowiązkowej służby i okresie jej zawieszania są dosyć znaczne (tab. 12). W ostatniej kolumnie pokazano zmianę tej wielkości pomiędzy obydwoma porównywanymi okresami – jak widać, nie wszędzie częstość klasyfikacji osób niezdolnych do służby wojskowej spadła. Dla ułatwienia opisu wyników, powiaty uszeregowano wg poziomu zmian tej wielkości pomiędzy porównywanymi okresami w układzie od największego (ostatnia kolumna – zmiana p.p.). W obrębie każdego powiatu dokonano oceny istotności zmiany odsetka osób

klasyfikowanych jako niezdolni do służby wojskowej (D lub E). Jak się okazuje, dla większości powiatów klasyfikowano w ten sposób znacznie mniej osób, choć w przypadku kilku nastąpił też znamienne istotnie wzrost takich klasyfikacji. To pierwsze jest zrozumiałe – wobec nieobowiązkowości służby, poborowi nie próbowali „sposobami” uzyskiwać orzeczenia o niezdolności do służby wojskowej, co więcej nie chcieli często takiego orzeczenia, bo w uniemożliwiało ono służbę w innych formacjach mundurowych. Dla kilku powiatów (dąbrowski, tarnowski, tatrzański, proszowicki) odsetek orzeczeń niezdolności do służby wojskowej nie uległ zmianie po zmianie przepisów.

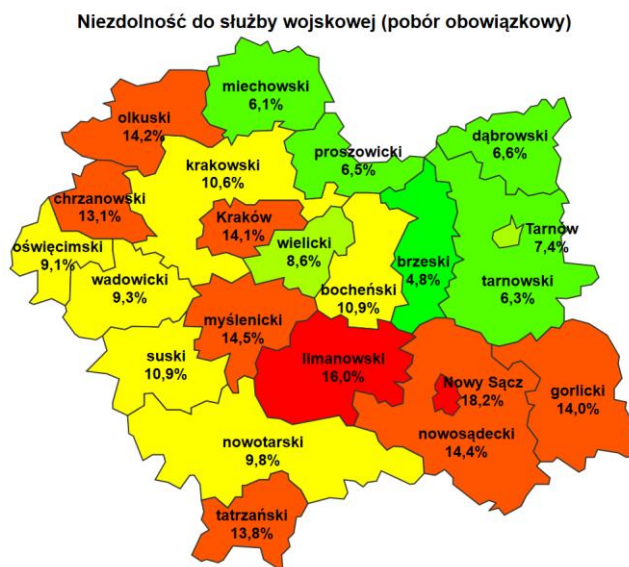
Tabela 12. Procent osób uznanych za niezdolne do służby wojskowej (kategoria D i E) w powiatach województwa małopolskiego z uwzględnieniem okresów obowiązkowej służby wojskowej i jego zawieszenia.

Powiat	Udział osób niezdolnych do służby wojskowej (kat. D i E)			
	Służba obowiązkowa	Służba nieobowiązkowa	Zmiana (p.p)	<i>p</i>
m. Tarnów	7,4%	10,6%	+3,1%	0,0000***
Brzeski	4,8%	7,7%	+2,9%	0,0000***
Nowotarski	9,8%	11,2%	+1,4%	0,0158*
Dąbrowski	6,6%	7,4%	+0,8%	0,3613
Tarnowski	6,3%	6,6%	+0,3%	0,6341
Tatrzański	13,8%	13,4%	-0,4%	0,7326
Proszowicki	6,5%	5,8%	-0,7%	0,4994
Oświęcimski	9,1%	7,7%	-1,3%	0,0393*
Wadowicki	9,3%	7,8%	-1,5%	0,0117*
Miechowski	6,1%	4,1%	-2,0%	0,0276*
Suski	10,9%	7,9%	-2,9%	0,0010**
Wielicki	8,6%	5,5%	-3,1%	0,0000***
Krakowski	10,6%	7,4%	-3,2%	0,0000***
Limanowski	16,0%	12,1%	-3,9%	0,0000***
m. Kraków	14,1%	10,1%	-4,0%	0,0000***
Myślenicki	14,5%	10,1%	-4,4%	0,0000***
Gorlicki	14,0%	9,6%	-4,4%	0,0000***
Nowosądecki	14,4%	9,8%	-4,6%	0,0000***
Bocheński	10,9%	5,9%	-4,9%	0,0000***
Chrzanowski	13,1%	6,6%	-6,4%	0,0000***
Olkuski	14,2%	7,1%	-7,1%	0,0000***
m. Nowy Sącz	18,2%	10,1%	-8,0%	0,0000***

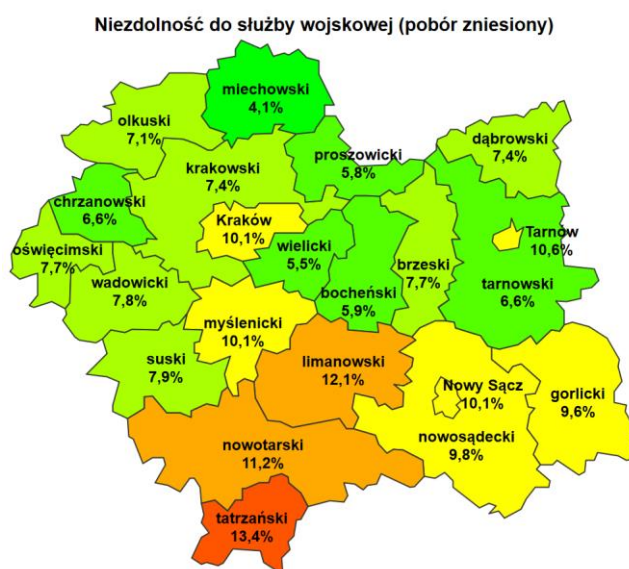
p – ocena istotności statystycznej różnic pomiędzy dwoma okresami dla poszczególnych powiatów za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Analizując mapę powiatów, można stwierdzić, że zarówno w okresie obowiązkowej służby wojskowej jak i okresie służby ochotniczej najmniejszy odsetek osób z orzeczoną kategorią zdrowia D i E występował w powiatach północnych województwa małopolskiego (ryc. 13), a w szczególności w powiatach typowo wiejskich (rolniczych): tarnowskim, dąbrowskim, proszowickim, miechowskim,

największy zaś powiecie tatrzańskim (ryc. 14). Na kartogramach zaprezentowano udział osób niezdolnych do służby wojskowej w obu porównywanych okresach. Zastosowano tę samą skalę kolorystyczną, tak by umożliwić porównanie nie tylko w obrębie danego wykresu, lecz także pomiędzy nimi.



Rycina 13. Procentowy udział osób niezdolnych do służby wojskowej z kategoriami D lub E w okresie obowiązkowej służby wojskowej.



Rycina 14. Procentowy udział osób niezdolnych do służby wojskowej z kategoriami D lub E w okresie zawieszenia obowiązkowej służby wojskowej.

4.6. Cechy somatyczne badanej grupy a wybrane czynniki

W tej części dokonano porównawczej analizy poziomu wskaźnika BMI poborowych w zależności od okresu badania (służba wojskowa obowiązkowa vs. nieobowiązkowa), kategorii zdrowia oraz miejsca zamieszkania. Analogicznej analizie poddano także wzrost i masę ciała poborowych.

4.6.1. BMI a wybrane czynniki

4.6.1.1. Okres badania a rozkład wartości BMI

Średni poziom BMI u poborowych był znamienne wyższy w okresie zawieszono obowiązkowej służby wojskowej – zapewne jest to związane z ogólną tendencją do wzrostu częstości występowania nadwagi i otyłości w ostatnich latach wśród ludzi młodych. Różnica pomiędzy średnimi może nie wydawać się duża, wynosi ok. 0,8 ale warto pamiętać, że chodzi tu o średnią dla bardzo dużej populacji. W tym kontekście merytorycznym nie jest to niewielka różnica. Warto także zwrócić uwagę na fakt, iż dolny kwartył (c_{25}) uległ niewielkiej zmianie w tych dwóch okresach badawczych (przyrost o ok. 0,2), natomiast górny kwartył jest w okresie nieobowiązkowego poboru wyższy aż o 1,1 niż we wcześniejszych latach (tab. 13). Oznacza to, że wzrost BMI dotyczy przede wszystkim grup osób o już dość wysokim poziomie tego wskaźnika.

Tabela 13. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych BMI w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Służba wojskowa	BMI ($p = 0,0000***$)				
	\bar{x}	Me	S	c_{25}	c_{75}
obowiązkowa	22,1	21,6	2,9	20,1	23,5
nieobowiązkowa	22,9	22,2	3,8	20,3	24,6

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

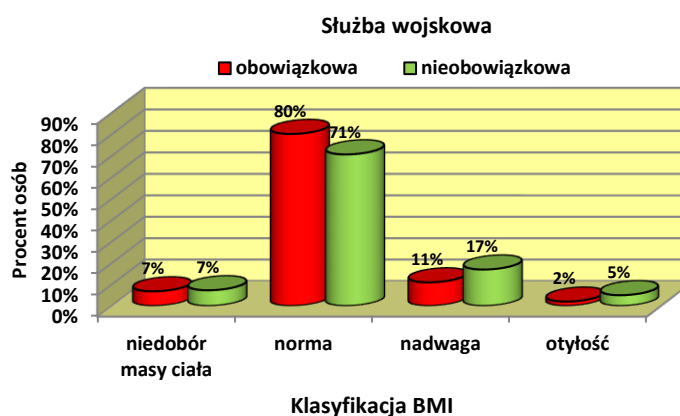
Podczas gdy służba wojskowa była obowiązkowa ok. 13% poborowych miało BMI ponad normę (25,0), w tym tylko 2% cechowała otyłość. W okresie od 2009 roku, udział osób z nadwagą lub otyłością wzrósł ponad 1,5–krotnie (do 22%), zaś udział osób otyłych 2,5–krotnie – 2% do 5% (tab. 14).

Tabela 14. Rozkład klasyfikacji BMI w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Klasyfikacja BMI	Służba wojskowa ($p = 0,0000^{***}$)		Razem
	obowiązkowa	nieobowiązkowa	
Niedobór masy ciała	9102 (6,8%)	4472 (7,3%)	13574
Norma	107911 (80,2%)	43094 (70,7%)	151005
Nadwaga	14816 (11,0%)	10351 (17,0%)	25167
Otyłość	2656 (2,0%)	3059 (5,0%)	5715
Razem	134485	60976	195461

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

W okresie ochotniczej służby wojskowej znacznie spadł odsetek osób ze wskaźnikiem BMI będącym w normie z ponad 80% do niespełna 71% (ryc. 15).



Rycina 15. Rozkład klasyfikacji BMI poborowych w okresach obowiązkowej służby wojskowej i zawieszenia obowiązku służby wojskowej.

4.6.1.2. Kategoria zdrowia a poziom BMI

W tej części zestawiono informacje o rozkładzie wskaźnika BMI względem kategorii zdrowia, uwzględniając dodatkowo podział na dwa okresy: obowiązkowej służby wojskowej i wyłącznie ochotniczej służby. Różnice w przeciętnym poziomie BMI względem kategorii zdrowia są większe w okresie obowiązkowej służby wojskowej – wtedy osoby zdolne do służby wojskowej (kat. A i B) mają wyższe BMI niż osoby niezdolne do służby wojskowej (kat. D i E). Z uwagi na wpływ obserwacji odstających na wartość średniej, różnice te są nieco lepiej widoczne, gdy porównamy mediany. Natomiast nie ma statystycznie istotnych różnic w poziomie BMI, gdy pod uwagę weźmiemy okres po zawieszeniu obowiązku służby wojskowej (tab. 15).

Tabela 15. Wskaźnik BMI względem kategorii zdrowia w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Kategoria zdrowia	BMI									
	Służba wojskowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,3108$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
A	22,1	21,6	2,8	20,2	23,5	22,8	22,2	3,6	20,3	24,5
B	22,2	21,7	3,3	20,1	23,9	23,5	22,3	4,8	20,1	25,6
D	22,0	21,4	3,6	19,8	23,4	23,4	22,2	5,2	20,0	25,3
E	21,8	21,2	3,4	19,5	23,3	23,0	22,2	5,0	19,7	25,4

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala–Wallisa

Ponieważ na wyniki analizy wpływać może fakt niewielkiej liczby osób z kategorią D i E (szczególnie w okresie po zniesieniu obowiązkowej służby wojskowej), analizę przeprowadzono także w dychotomicznym podziale względem zdolności do służby wojskowej. To ujęcie nie wnosi jednak nic nowego do wniosków opisanych powyżej (tab. 16).

Tabela 16. Wskaźnik BMI względem niezdolności do służby wojskowej (kategoria D i E) w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Niezdolność do służby wojskowej	BMI									
	Służba wojskowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,5546$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
nie	22,1	21,7	2,8	20,2	23,5	22,8	22,2	3,6	20,3	24,5
tak	22,0	21,4	3,6	19,8	23,4	23,4	22,2	5,2	19,9	25,3

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

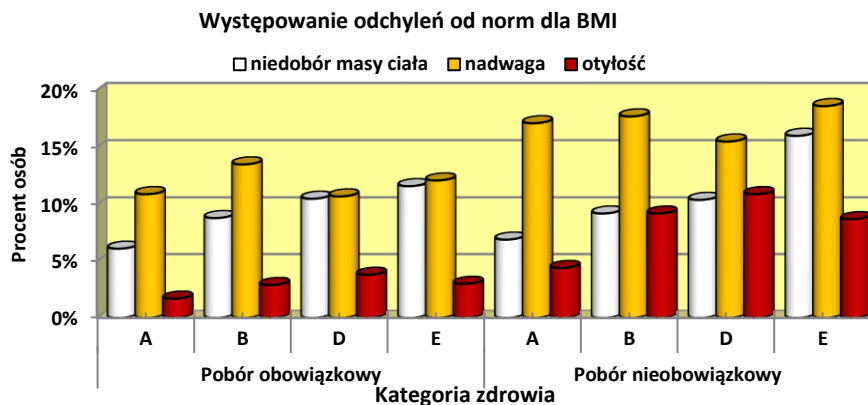
W analogicznym podziale przedstawiono rozkład klasyfikacji BMI. Widać znaczące różnicowanie częstości występowania poszczególnych kategorii BMI w zależności od kategorii zdrowotnych. Różnice te są widoczne zarówno w okresie obowiązkowej służby wojskowej jak i po jej zawieszeniu (tab. 17).

Tabela 17. Rozkład wskaźnika BMI względem kategorii zdrowia w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Klasyfikacja BMI	Służba wojskowa							
	Obowiązkowa				Nieobowiązkowa			
	Kategoria zdrowia ($p = 0,0000^{***}$)				Kategoria zdrowia ($p = 0,0000^{***}$)			
	A	B	D	E	A	B	D	E
niedobór masy ciała	6804 (6,1%)	663 (8,8%)	1579 (10,5%)	56 (11,6%)	3811 (6,9%)	49 (9,2%)	446 (10,4%)	166 (16,0%)
norma	90633 (81,3%)	5631 (74,9%)	11298 (75,0%)	349 (73,3%)	39450 (71,6%)	338 (63,8%)	2719 (63,2%)	587 (56,7%)
nadwaga	12135 (10,9%)	1013 (13,5%)	1609 (10,7%)	59 (12,1%)	9400 (17,1%)	94 (17,7%)	665 (15,5%)	192 (18,6%)
otyłość	1849 (1,7%)	219 (2,9%)	572 (3,8%)	16 (3,0%)	2450 (4,4%)	49 (9,2%)	470 (10,9%)	90 (8,7%)

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadra

Warto też zauważyć, że zmiana rozkładu klasyfikacji BMI od 2009 roku dotyczy w zasadzie wszystkich grup zdrowotnych, co doskonale widać na wykresie – w okresie nieobowiązkowej służby wojskowej wzrósł udział odchyleń BMI od normy, zarówno *in plus* jak *in minus* (ryc. 16).



Rycina 16. Rozkład odchyleń BMI od normy dla kategorii zdrowia w okresach obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

4.6.1.3. Miejsce zamieszkania a BMI

Rozważano także wpływ miejsca zamieszkania na poziom BMI. Analizę przeprowadzono uwzględniając okres badania – przed i po zniesieniu obowiązkowej służby wojskowej. Niezależnie od okresu objętego badaniem, znamienne wyższy przeciętny poziom BMI występuje wśród poborowych pochodzących ze środowiska wiejskiego. Jednak statystycznie istotność różnic pomiędzy grupami nie idzie w tym przypadku z merytorycznym znaczeniem tego wyniku, bowiem różnica ta jest rzędu 0,1

(tab. 18). Trudno uznać tę skalę różnicy pomiędzy grupami za wpływającą na wnioski odnośnie ich narażenia na nadwagę lub otyłość. Natomiast trzeba mieć świadomość, że tak niewielka różnica w poziomie średnich (czy median) w obu grupach może się zwiększać w grupie wartości BMI powyżej 25 czy 30, dlatego warto zestawić w tym podziale także procentowy rozkład kategorii BMI.

Tabela 18. BMI względem miejsca zamieszkania w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Miejsce zamieszkania	BMI									
	Służba wojskowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
wieś	22,1	21,7	2,8	20,2	23,5	22,9	22,2	3,7	20,4	24,7
miasto	22,1	21,6	3,1	20,0	23,5	22,8	22,1	3,9	20,1	24,5

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

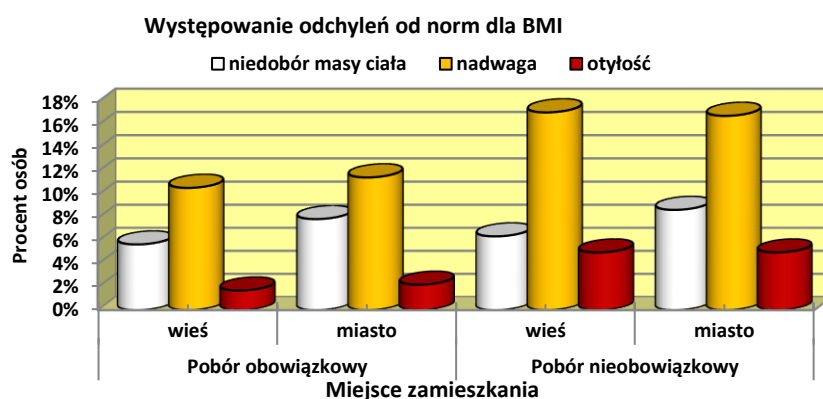
Różnicą pomiędzy rozkładem kategorii BMI poborowych mieszkających w mieście i na wsi jest znamienne statystycznie w obu wyodrębnionych okresach. Jednak ocena merytorycznej istotności różnic wypada raczej negatywnie – udziały poszczególnych kategorii wśród poborowych z miasta i ze wsi różnią się zwykle nie więcej niż o 0,5–1 pp. (tab. 19).

Tabela 19. Rozkład klasyfikacji BMI względem miejsca zamieszkania w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Klasyfikacja BMI	Służba wojskowa			
	Obowiązkowa		Nieobowiązkowa	
	Miejsce zamieszkania ($p = 0,0000^{***}$)		Miejsce zamieszkania ($p = 0,0000^{***}$)	
	Wieś	miasto	wieś	Miasto
niedobór masy ciała	3943 (5,7%)	5159 (7,9%)	2294 (6,4%)	2178 (8,7%)
norma	56855 (82,0%)	51056 (78,3%)	25684 (71,5%)	17410 (69,6%)
nadwaga	7305 (10,6%)	7511 (11,5%)	6157 (17,1%)	4194 (16,8%)
otyłość	1191 (1,7%)	1465 (2,2%)	1809 (5,0%)	1250 (5,0%)

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

Warto zwrócić uwagę na większy udział osób z niedoborem masy ciała wśród poborowych zamieszkałych w mieście o ok. 2 pp. w stosunku do poborowych ze wsi (ryc. 17).



Rycina 17. Rozkład odchyłeń BMI od normy ze względu na miejsce zamieszkania w okresach obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

4.6.1.4. Obowiązek służby wojskowej a BMI

Zestawiono także rozkład kategorii zdrowotnych przyznawanych na komisji lekarskiej względem klasyfikacji BMI, która została przeprowadzona na podstawie wartości współczynnika BMI. Analizę przeprowadzono oddzielnie dla okresów z obowiązkową (tab. 20) i nieobowiązkową służbą wojskową (tab. 21). Zarówno w jednym jak i drugim okresie występuje wysoce (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0,0000^{***}$) istotna statystycznie zależność pomiędzy klasyfikacją BMI a przyznaną kategorią zdrowia. Wyraźnie widać, że większy udział osób z niezdolnością do służby wojskowej (kat. D lub E), występuje w przypadku skrajnych wartości BMI – dla grupy mężczyzn z niedoborem masy ciała, a w jeszcze większym stopniu otyłych (ryc. 18). Natomiast rozkład kategorii w grupie osób z BMI w normie i z nadwagą jest niemal identyczny, tak więc BMI w przedziale 25–30 nie pogarsza znacząco zdrowia poborowych.

Tabela 20. Rozkład klasyfikacji BMI względem kategorii zdrowia w okresie obowiązkowej służby wojskowej.

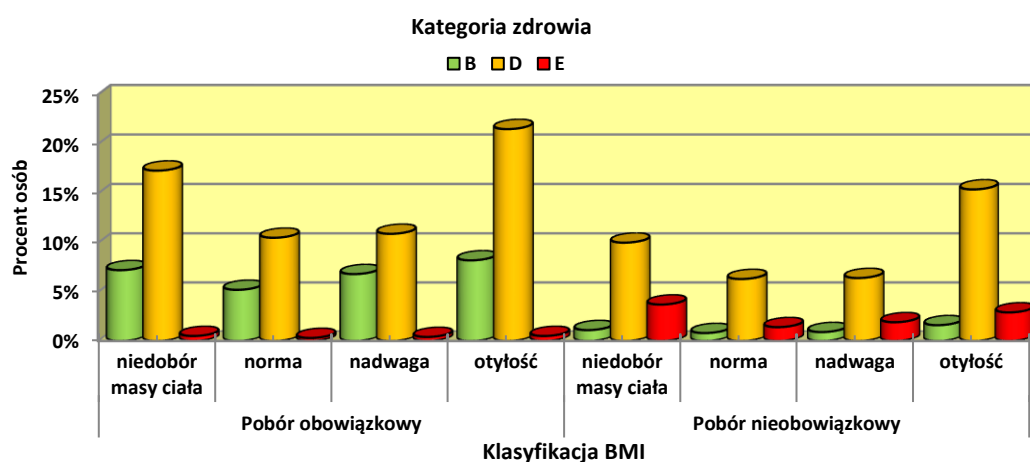
Kategoria zdrowia	Klasyfikacja BMI ($p = 0,0000^{***}$)				Razem
	niedobór masy ciała	norma	nadwaga	Otyłość	
A	6804 (74,9%)	90633 (84,0%)	12135 (82,0%)	1849 (69,9%)	111421
B	663 (7,2%)	5631 (5,2%)	1013 (6,8%)	219 (8,2%)	7526
D	1579 (17,3%)	11298 (10,5%)	1609 (10,9%)	572 (21,5%)	15058
E	56 (0,5%)	349 (0,3%)	59 (0,4%)	16 (0,5%)	480
Razem	9102	107911	14816	2656	134485

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

Tabela 21. Rozkład klasyfikacji BMI względem kategorii zdrowia w okresie po 2009 roku kiedy zawieszono obowiązek służby wojskowej.

Kategoria zdrowia	Klasyfikacja BMI ($p = 0,0000^{***}$)				Razem
	Niedobór masy ciała	norma	nadwaga	otyłość	
A	3811 (85,2%)	39450 (91,5%)	9400 (90,8%)	2450 (80,1%)	55111
B	49 (1,1%)	338 (0,8%)	94 (0,9%)	49 (1,6%)	530
D	446 (10,0%)	2719 (6,3%)	665 (6,4%)	470 (15,4%)	4300
E	166 (3,7%)	587 (1,4%)	192 (1,9%)	90 (2,9%)	1035
Razem	4472	43094	10351	3059	60976

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat



Rycina 18. Częstość występowania kategorii zdrowia B, D i E względem klasyfikacji BMI w okresach obowiązkowej i nieobowiązkowej służby wojskowej.

4.6.2. Wzrost a wybrane czynniki

4.6.2.1. Okres badania a rozkład wartości wzrostu poborowych

Zestawiono wartości statystyk opisujących rozkład wzrostu ciała poborowych względem obowiązkowości poboru. W latach, gdy służba wojskowa nie była obowiązkowa, średni wzrost poborowych był o ok. 1,5 cm większy niż we wcześniejszym okresie. Wartość mediany była wyższa o 2 cm, podobnie jak górnego kwartyla. Oczywiście różnica ta, wobec bardzo dużej liczebności porównywanych grup, jest istotna statystycznie ($p = 0,0000^{***}$). Wydaje się, że także z merytorycznego punktu widzenia, zwiększenie się średniej wysokości ciała populacji o 1,5 cm jest istotne (tab. 22).

Tabela 22. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych wzrostu w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Służba wojskowa	Wzrost [cm] ($p = 0,0000^{***}$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
Obowiązkowa	176,1	176	6,4	172	180
Nieobowiązkowa	177,7	178	6,6	173	182

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

4.6.2.2. Kategoria zdrowia a wzrost poborowych

Okres badania znacząco różnicuje wzrost poborowych względem kategorii zdrowia. Widoczne są dość wyraźne różnice w przeciętnym wzroście poborowych z kat. E, w stosunku do pozostałych grup (tab. 23). Natomiast w dychotomicznym podziale na osoby zdolne (kat. A i B) i niezdolne (kat. D i E) do służby wojskowej różnica nie jest już taka wyrazista, bowiem wzrost osób z kategorią D nie odstaje tak wyraźnie od pomiarów dla osób zdolnych do służby wojskowej (tab. 24).

Tabela 23. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych wzrostu poborowych względem kategorii zdrowia w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Kategoria zdrowia	Wzrost [cm]									
	Służba wojskowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
A	176,1	176	6,4	172	180	177,8	178	6,5	173	182
B	176,4	176	6,5	172	181	177,3	177	6,4	173	182
D	176,2	176	6,8	172	181	177,2	177	7,2	173	182
E	174,0	175	7,5	170	179	173,3	174	9,9	168	180

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala–Wallisa

Tabela 24. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych wzrostu poborowych względem zdolności do służby wojskowej w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Niezdolność do służby wojskowej	Wzrost [cm]									
	Służba obowiązkowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0084^{**}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
nie	176,1	176	6,4	172	180	177,8	178	6,5	173	182
tak	176,2	176	6,8	172	181	176,5	177	8,0	172	182

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

4.6.2.3. Miejsce zamieszkania a wzrost poborowych

Rozważano także wpływ miejsca zamieszkania na rozkład wzrostu poborowych. Oczywiście, tak jak w poprzednich zestawieniach, uwzględniono podział względem okresu, w którym prowadzono badania (względem obowiązku pełnienia służby wojskowej). Poborowi mieszkający w miastach są wyżsi, średnio rzecz biorąc o około 1 cm, w stosunku do poborowych mieszkających na wsi. Różnica ta była większa w latach wcześniejszych (1,3 cm), natomiast w ostatnim okresie wskutek wyrównania poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego zmniejszyła się ona niemal dwukrotnie – do 0,7 cm (tab. 25).

Tabela 25. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych wzrost poborowych względem miejsca zamieszkania w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Miejsce zamieszkania	Wzrost [cm]									
	Służba obowiązkowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
Wieś	175,5	175	6,3	171	180	177,4	177	6,6	173	182
miasto	176,8	177	6,5	172	181	178,1	178	6,6	174	183

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

4.6.3. Masa ciała a wybrane czynniki

4.6.3.1. Okres badania a rozkład masy ciała poborowych

Zestawiono wartości statystyk opisowych masy ciała względem okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia (tab. 26). W późniejszym okresie, masa ciała poborowych jest – średnio rzecz biorąc – o około 5 kg większa niż w okresie wcześniejszym. Charakterystyczne jest to, że „przesunięcie” dotyczy przede wszystkim wyższych wartości masy ciała – kwartył dolny jest bowiem większy tylko o 1 kg w okresie późniejszym, mediana – o 3 kg, zaś kwartył górny już o 5 kg.

Tabela 26. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych masy ciała poborowych w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Służba wojskowa	Masa ciała [kg] ($p = 0,0000^{***}$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
Obowiązkowa	68,5	67	10,4	62	74
Nieobowiązkowa	72,3	70	13,2	63	79

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

4.6.3.2. Kategoria zdrowia a masa ciała poborowych

W tej części zestawiono informacje o rozkładzie masy ciała względem kategorii zdrowia poborowych (tab. 27) oraz w dychotomicznym podziale względem ich zdolności do służby wojskowej (tab. 28). Masa ciała poborowych o różnej klasyfikacji względem kategorii zdrowotnych różni się dość wyraźnie – różnice te wydają się być nieco większe w okresie po obowiązku pełnienia służby wojskowej. W podziale na cztery kategorie zdrowotne wyraźnie widać niższą masę ciała osób z kategorią E oraz (szczególnie w okresie służby nieobowiązkowej) z kategorią A.

Tabela 27. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych masy ciała poborowych względem kategorii zdrowia w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Kategoria zdrowia	Waga [kg]									
	Służba wojskowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	S	c_{25}	c_{75}
A	68,5	67	10,0	62	74	72,2	70	12,6	64	79
B	69,3	68	11,5	62	75	73,8	70	15,8	63	81
D	68,6	66	12,4	60	74	73,8	70	18,1	62	81
E	66,1	64	11,6	59	72	69,6	68	16,7	59	78

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala–Wallisa

Tabela 28. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych masy ciała poborowych względem zdolności do służby wojskowej w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Niezdolność do służby wojskowej	Waga [kg]									
	Służba wojskowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
Nie	68,5	67	10,1	62	74	72,2	70	12,7	64	79
Tak	68,5	66	12,4	60	74	73,0	69	17,9	61	80

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

4.6.3.3. Miejsce zamieszkania a masa ciała poborowych

Rozważano także wpływ miejsca zamieszkania na rozkład masy ciała poborowych (tab. 29). Jak widać, po zniesieniu obowiązku służby wojskowej, nie występowała niemal żadna różnica w poziomie masy ciała poborowych z miast i wsi (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0,6255$). We wcześniejszych latach, poborowi z miast byli ciężsi – średnio rzecz biorąc o ok. 1 kg niż poborowi mieszkający na wsi.

Tabela 29. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych masy ciała poborowych względem miejsca zamieszkania w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.

Miejsce zamieszkania	Waga [kg]									
	Służba wojskowa									
	Obowiązkowa ($p = 0,0000^{***}$)					Nieobowiązkowa ($p = 0,6255$)				
	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}
Wieś	68,1	67	10,0	61	73	72,2	70	13,0	63	79
Miasto	69,0	67	10,8	62	74	72,3	70	13,5	63	79

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya

4.7. Przyczyny dyskwalifikujące z uzyskania kategorii zdrowia A

4.7.1. Klasyfikacja przyczyn niezdolności do służby wojskowej

Schorzenia, które były przyczyną niezdolności do służby wojskowej (kategorie zdrowia D i E) były podzielone na 18 grup – rozdziały wynikające z załączników do rozporządzeń Ministra Obrony Narodowej z 1992 i 2004 roku dotyczących określania zdolności do czynnej służby wojskowej. Poniżej przedstawiono jak często jako przyczyny niezdolności do służby wojskowej pojawiały się choroby z poszczególnych grup (tab. 30). Wyniki uszeregowano według częstości występowania – zestawienie dotyczy całego badanego okresu i wszystkich poborowych, bez względu na przyznaną kategorię. Należy pamiętać, że osoba, której orzeczono niezdolność do służby wojskowej (kategoria zdrowia D lub E) posiada co najmniej jedno schorzenie, które spowodowało wydanie takiego orzeczenia przez komisję lekarską. Wśród osób niezdolnych do służby wojskowej jest grupa 328 osób, wobec których wydano orzeczenie o niezdolności do służby wojskowej ale nie posiadają żadnego schorzenia, które zgodnie z rozporządzeniem bezpośrednio powoduje otrzymanie kategorii zdrowia D lub E. Zgodnie z zapisami rozporządzenia, w razie stwierdzenia kilku schorzeń przy określaniu zdolności do służby wojskowej rozpatruje się łącznie wszystkie i wówczas osobę badaną można zaliczyć do niższej kategorii zdolności do służby wojskowej.

Tabela 30. Zestawienie ilości schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej.

Grupy schorzeń (rozdziały wynikające z rozporządzeń MON)	Liczba	Odsetek w stosunku do całej badanej grupy ¹⁾
stan psychiczny	4506	2,31%
Kończyny	2887	1,48%
narząd wzroku	2849	1,46%
układ oddechowy	2439	1,25%
układ krążenia	2219	1,14%
układ nerwowy	2150	1,10%
szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	1744	0,89%
skóra, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	1111	0,57%
układ trawienny	1402	0,72%
nos, gardło, krtań	935	0,48%
budowa ciała	823	0,42%
układ moczowo-płciowy	748	0,38%
gruczoły wydzielania wewnętrznego	672	0,34%
narząd słuchu	623	0,32%
inne choroby wewnętrzne	206	0,11%
nowotwory	145	0,07%
jama ustna	87	0,04%
czaszka	59	0,03%
brak schorzeń z grup I–XVIII	328	0,17%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100%. Policzone w stosunki do sumy orzeczonych kategorii zdrowia D i E.

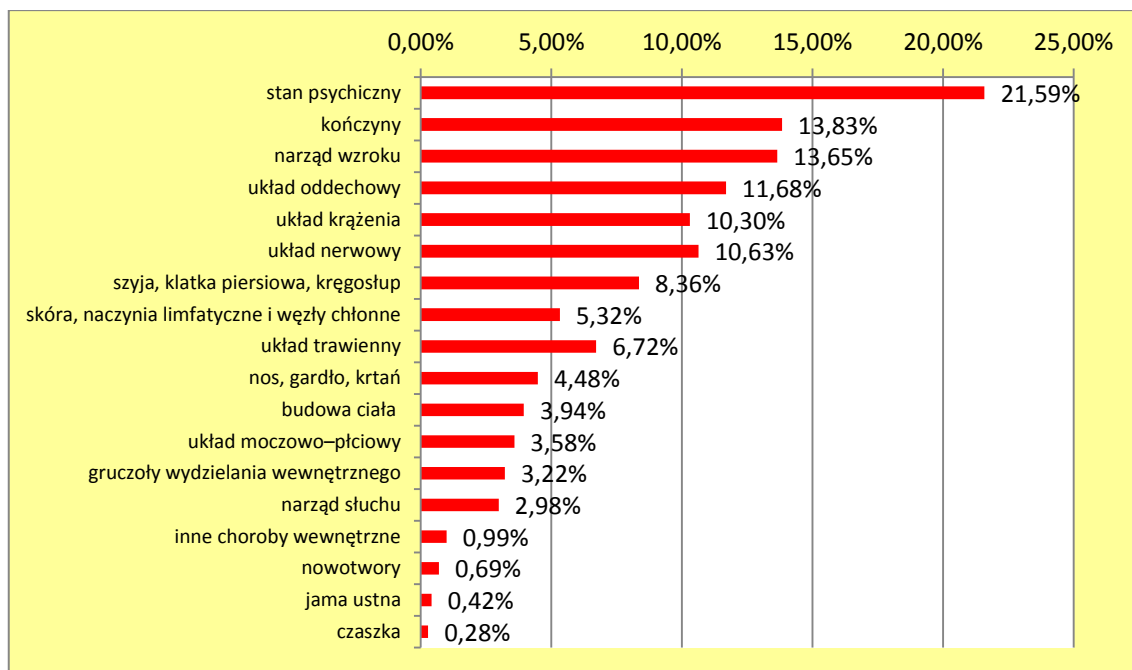
To samo zestawienie wykonano tylko w obrębie osób, którym przyznano kategorię D i E (tab. 31). Oczywiście liczby w tym zestawieniu są identyczne jak w poprzednim, natomiast wartości procentowe będą wyliczane względem liczby osób z kategorią D i E, więc sumarycznie powinny przekraczać 100%. Z poniższych zestawień wynika na przykład, że co piąta osoba niezdolna do służby wojskowej cierpiała na przypadłości psychiczne, co siódma miała kłopoty z układem ruchu i niemal tyle samo ze wzrokiem, a co dziewiąta z układem oddechowym, zaś co dziesiąta z układem nerwowym. To najczęściej występujące przypadłości, których pełna lista wraz z udziałem procentowym w grupie mężczyzn z kategorią D i E przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 31. Liczba schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej względem liczby osób z kategorią D i E.

Grupy schorzeń	Liczba	Procent¹⁾
stan psychiczny	4506	21,59%
kończyny	2887	13,83%
narząd wzroku	2849	13,65%
układ oddechowy	2439	11,68%
układ krążenia	2219	10,63%
układ nerwowy	2150	10,30%
szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	1744	8,36%
skóra, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	1111	5,32%
układ trawienny	1402	6,72%
nos, gardło, krtani	935	4,48%
budowa ciała	823	3,94%
układ moczowo-płciowy	748	3,58%
gruczoły wydzielania wewnętrznego	672	3,22%
narząd słuchu	623	2,98%
inne choroby wewnętrzne	206	0,99%
Nowotwory	145	0,69%
jama ustna	87	0,42%
Czaszka	59	0,28%
brak schorzeń z grup I–XVIII	328	1,57

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Jak widać najwięcej schorzeń powodujących niezdolność do służby wojskowej (ryc. 19) jest z grupy dotyczącej stanu psychicznego (rozdział XI rozporządzeń MON), kończyn (rozdział XVII), narządu wzroku (rozdział IV), układu oddechowego (rozdział IX), układu krążenia (rozdział X), układu nerwowego (rozdział XV), zaś najmniej z grupy dotyczącej czaszki (rozdział III), jamy ustnej (rozdział VI) i nowotworów (rozdział XVIII).



Rycina 19. Procentowy udział grup schorzeń u poborowych powodujących niezdolność do służby wojskowej względem łącznej liczby osób z kategorią D i E.

4.7.2. Powody niezdolności do służby wojskowej a obowiązkowość służby

Wyniki badań przedstawiono w podziale na dwa okresy:

- do roku 2005 – kiedy odbycie służby wojskowej było obowiązkowe;
- od roku 2009 – kiedy zawieszono obowiązek pełnienia służby wojskowej.

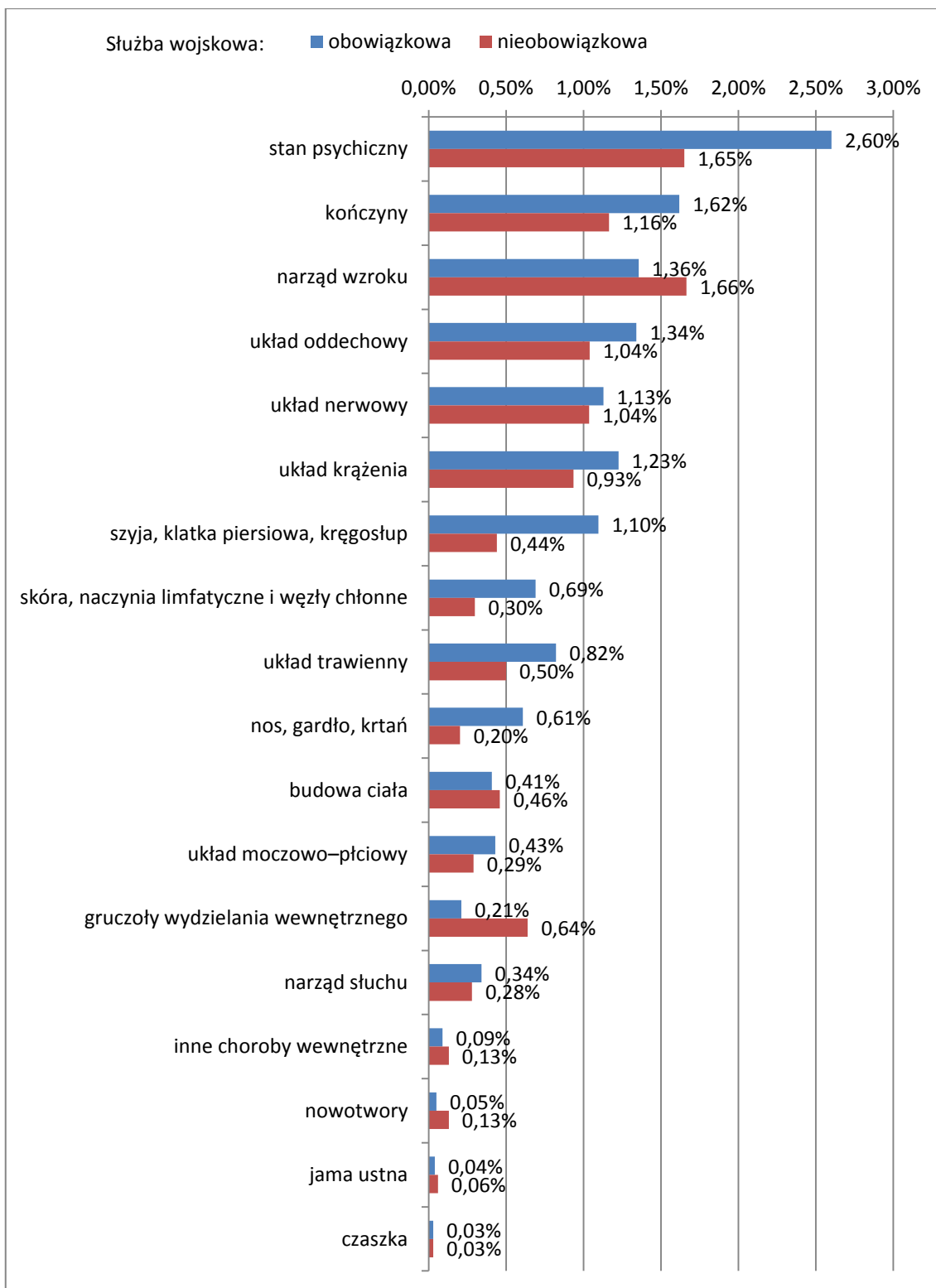
Jak widać, częstość występowania schorzeń z poszczególnych kategorii dość znacznie zmieniła się pomiędzy dwoma porównywanymi okresami (tab. 32). Łatwo interpretowalną miarą pozwalającą porównać częstość występowania dwóch niepożądanych zjawisk jest ryzyko względne (RR – ang. *relative risk*). Miara ta wyliczana jest jako iloraz prawdopodobieństw wystąpienia danego zjawiska w grupie badanej (lub umownie przyjętej jako taka) względem grupy kontrolnej (lub umownie przyjętego punktu odniesienia). Widzimy, że w okresie kiedy służba wojskowa była nieobowiązkowa spadł udział osób ze schorzeniami psychicznymi (z 2,6 na 1,6%; RR = 0,63), chorobami kończyn (RR = 0,72), układu krążenia (RR = 0,68) i wielu innych. Spośród częstszych schorzeń, najbardziej wzrosła ilość dolegliwości narządu wzroku (RR = 1,21). Duże wzrosty zaobserwowano też dla chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego (RR = 3,04) i nowotworów (RR = 2,63), choć ciągle są to schorzenia w tej grupie wiekowej bardzo rzadkie.

Tabela 32. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem okresów obowiązków służby wojskowej i jej zawieszenia.

Grupy schorzeń	Służba wojskowa					<i>p</i>
	obowiązkowa		Nieobowiązkowa			
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	RR	
stan psychiczny	3499	2,60%	1007	1,65%	0,63	0,0000***
kończyny	2177	1,62%	710	1,16%	0,72	0,0000***
narząd wzroku	1834	1,36%	1015	1,66%	1,21	0,0000***
układ oddechowy	1805	1,34%	634	1,04%	0,77	0,0000***
układ nerwowy	1518	1,13%	632	1,04%	0,91	0,0476*
układ krążenia	1649	1,23%	570	0,93%	0,68	0,0000***
szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	1475	1,10%	269	0,44%	0,38	0,0000***
skóra, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	929	0,69%	182	0,30%	0,72	0,0000***
układ trawienny	1097	0,82%	305	0,50%	0,60	0,0000***
nos, gardło, krtań	812	0,61%	123	0,20%	0,33	0,0000***
budowa ciała	545	0,41%	278	0,46%	1,12	0,1203
układ moczowo-płciowy	572	0,43%	176	0,29%	0,67	0,0000***
gruczoły wydzielania wewnętrznego	281	0,21%	391	0,64%	3,04	0,0000***
narząd słuchu	456	0,34%	167	0,28%	0,81	0,0171*
inne choroby wewnętrzne	124	0,09%	82	0,13%	1,46	0,0076**
nowotwory	65	0,05%	80	0,13%	2,63	0,0000***
jama ustna	53	0,04%	34	0,06%	1,41	0,1125
czaszka	39	0,03%	20	0,03%	1,13	0,6545

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat
RR – ryzyko względne zdiagnozowania schorzenia od roku 2009 w stosunku do wcześniejszych lat.

Wyniki przedstawiono na wykresie, który ułatwia sklasyfikowanie grupy chorób, dla których częstość diagnozowania podczas badań na komisji lekarskiej spadła i wzrosła. Nie zaobserwowano istotnych zmian statystycznych z grupach schorzeń z zakresu budowy ciała, jamy ustnej oraz czaszki (ryc. 20).



Rycina 20. Wyniku testu niezależności chi-kwadrat pomiędzy grupami schorzeń a obowiązkiem pełnienia służby wojskowej.

4.7.3. Miejsce zamieszkania a przyczyny niezdolności do służby wojskowej

Dokonano porównania częstości diagnozowania grup schorzeń, z powodu których klasyfikowano 19-letnich mężczyzn jako niezdolnych do służby wojskowej względem ich miejsca zamieszkania. Ponieważ, jak wynika z wcześniejszych analiz, częstość diagnozowania tych schorzeń bardzo mocno zmieniła się od 2009 roku, analizę przeprowadzono oddzielnie dla okresu poboru obowiązkowego i nieobowiązkowego.

4.7.3.1. Miejsce zamieszkania a przyczyny niezdolności do służby wojskowej do roku 2009

W okresie obowiązkowego pełnienia służby wojskowej występują dość znaczące różnice w częstości diagnozowania schorzeń z poszczególnych grup pomiędzy osobami zamieszkałymi w mieście i na wsi (tab. 33). Wartość ryzyka względnego pozwala zorientować się, iż niemal wszystkie schorzenia diagnozowano częściej wśród młodych mężczyzn zamieszkałych w miastach. Oczywiście, należy rozważyć dwa możliwe powody takich wyników analiz – faktycznie gorszy stan zdrowia młodzieży miejskiej lub większą determinację tej grupy w odroczeniu służby wojskowej.

Tabela 33. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem miejsca zamieszkania w okresie obowiązkowego pełnienia służby wojskowej.

Grupy schorzeń	Miejsce zamieszkania					P
	Wieś		Miasto			
	N	%	N	%	RR	
stan psychiczny	1738	2,51%	1761	2,70%	1,28	0,0000***
kończyny	1045	1,51%	1132	1,74%	1,15	0,0009***
narząd wzroku	765	1,10%	1069	1,64%	1,37	0,0000***
układ oddechowy	554	0,80%	1251	1,92%	2,39	0,0000***
układ nerwowy	668	0,96%	850	1,30%	1,35	0,0000***
szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	691	1,00%	784	1,20%	1,20	0,0006***
układ krążenia	781	1,13%	868	1,33%	1,15	0,0084**
układ trawienny	411	0,59%	686	1,05%	1,77	0,0000***
skóra, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	432	0,62%	497	0,76%	1,27	0,0003***
nos, gardło, krtani	238	0,34%	574	0,88%	2,56	0,0000***
układ moczowo-płciowy	215	0,31%	357	0,55%	1,77	0,0000***
budowa ciała	229	0,33%	316	0,48%	1,47	0,0000***
narząd słuchu	233	0,34%	223	0,34%	1,02	0,8508
gruczoły wydzielania wewnętrznego	127	0,18%	154	0,24%	1,29	0,0333*
inne choroby wewnętrzne	66	0,10%	58	0,09%	0,93	0,7064
nowotwory	31	0,04%	34	0,05%	1,17	0,5351
jama ustna	26	0,04%	27	0,04%	1,10	0,7179
czaszka	20	0,03%	19	0,03%	1,01	0,9747

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

RR – ryzyko względne zdiagnozowania schorzenia w mieście względem wsi

4.7.3.2. Miejsce zamieszkania a przyczyny niezdolności do służby wojskowej po 1 stycznia roku 2009

Po zawieszeniu obowiązku pełnienia służby wojskowej różnice pomiędzy schorzenia mężczyzn z miast i wsi są nadal ponownie ukierunkowane, choć mniejsza ich liczba jest istotna statystycznie, a wartości ryzyka względnego są mniejsze (tab. 34). Tym niemniej, nadal pozostaje ogólne wrażenie gorszego stanu zdrowia młodzieży płci męskiej z miast.

Tabela 34. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem miejsca zamieszkania w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej.

Grupy schorzeń	Miejsce zamieszkania					p
	wieś		miasto			
	N	%	N	%	RR	
narząd wzroku	620	1,72%	395	1,58%	1,06	0,3221
stan psychiczny	357	0,99%	650	2,60%	1,41	0,0000***
kończyny	376	1,05%	334	1,33%	1,28	0,0011**
układ oddechowy	288	0,80%	346	1,38%	1,74	0,0000***
układ nerwowy	360	1,00%	272	1,09%	1,09	0,2692
układ krążenia	314	0,87%	256	1,02%	1,17	0,1014
gruczoły wydzielania wewnętrznego	195	0,54%	196	0,78%	1,44	0,0003***
skóra, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	105	0,29%	77	0,31%	1,48	0,0005***
budowa ciała	159	0,44%	119	0,48%	1,07	0,5499
układ trawienny	155	0,43%	150	0,60%	1,47	0,0015**
szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	135	0,38%	134	0,54%	1,32	0,0291*
układ moczowo-płciowy	97	0,27%	79	0,32%	1,17	0,2996
narząd słuchu	95	0,26%	72	0,29%	1,09	0,5864
nos, gardło, krtań	50	0,14%	73	0,29%	2,10	0,0000***
inne choroby wewnętrzne	44	0,12%	38	0,15%	1,24	0,3293
nowotwory	44	0,12%	36	0,14%	1,18	0,4719
jama ustna	15	0,04%	19	0,08%	1,82	0,0786
czaszka	11	0,03%	9	0,04%	1,18	0,7192

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

RR – ryzyko względne zdiagnozowania schorzenia w mieście względem wsi

4.7.4. Przyczyny niezdolności względem klasyfikacji BMI

Dokonano porównania częstości występowania poszczególnych grup schorzeń, będących powodem niezdolności do służby wojskowej, względem klasyfikacji według BMI. Z uwagi na większą liczbę porównywanych grup w tabeli pokazano tylko procent

poborowych ze stwierdzonym schorzeniem (nie pokazano liczebności). Wartości ryzyka względnego wystąpienia poszczególnych schorzeń pokazano względem grupy z BMI w normie. Analizę przeprowadzono oddzielnie dla obu wyróżnianych już wcześniej okresów badawczych – przed 2009 rokiem (służba obowiązkowa) i od 2009 roku (zawieszony obowiązek służby wojskowej).

4.7.4.1. BMI a przyczyny niezdolności do służby wojskowej do roku 2009

Czynnikiem ryzyka zdiagnozowania wielu schorzeń jest otyłość lub niedobór masy ciała. Występowanie większości schorzeń w badaniach sprzed 2009 roku zależy w istotny statystycznie sposób od klasyfikacji BMI poborowych (tab. 35). Co ciekawe, dla wielu schorzeń większym czynnikiem ryzyka jest występowanie niedoboru masy ciała niż otyłości (np. jest tak dla schorzeń psychicznych czy układu kostnego – szyja, kręgosłup, klatka piersiowa).

Tabela 35. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem klasyfikacji BMI w okresie obowiązkowej służby wojskowej.

Grupy schorzeń	Klasyfikacja BMI							P
	norma	niedobór masy ciała		nadwaga		otyłość		
	%	%	RR	%	RR	%	RR	
stan psychiczny	2,51%	4,20%	1,68	2,38%	0,95	2,98%	1,19	0,0000***
kończyny	1,48%	2,00%	1,35	1,96%	1,32	4,78%	3,23	0,0000***
narząd wzroku	1,30%	1,83%	1,41	1,56%	1,20	1,77%	1,36	0,0000***
układ oddechowy	1,24%	2,10%	1,69	1,42%	1,14	2,71%	2,19	0,0000***
układ nerwowy	1,07%	1,54%	1,44	1,29%	1,21	1,69%	1,58	0,0000***
szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	0,91%	3,14%	3,44	0,68%	0,75	0,87%	0,95	0,0000***
układ krążenia	0,96%	1,36%	1,41	1,03%	1,07	2,71%	2,82	0,0000***
układ trawienny	0,69%	1,16%	1,69	0,70%	1,01	0,72%	1,04	0,0000***
skóra, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	0,68%	0,94%	1,38	0,72%	1,04	0,72%	1,04	0,0449*
nos, gardło, krtań	0,58%	0,82%	1,42	0,65%	1,12	0,72%	1,23	0,0270*
układ moczowo-płciowy	0,43%	0,41%	0,95	0,40%	0,94	0,72%	1,67	0,1452
budowa ciała	0,08%	2,00%	26,28	0,22%	2,93	9,49%	124,9	0,0000***
narząd słuchu	0,33%	0,47%	1,42	0,32%	0,96	0,38%	1,14	0,1567
gruczoły wydzielania wewnętrznego	0,19%	0,20%	1,05	0,24%	1,29	1,02%	5,41	0,0000***
inne choroby wewnętrzne	0,09%	0,16%	1,87	0,05%	0,61	0,23%	2,57	0,0049**
nowotwory	0,04%	0,14%	3,58	0,07%	1,69	0,04%	0,95	0,0003***
jama ustna	0,04%	0,08%	2,18	0,05%	1,53	0,00%	0,00	0,1347
czaszka	0,03%	0,03%	1,18	0,04%	1,46	0,00%	0,00	0,6713

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat
 RR – ryzyko względne schorzenia w przypadku niedoboru masy ciała, nadwagi lub otyłości względem masy ciała w normie

4.7.4.2. BMI a przyczyny niezdolności do służby wojskowej po 1 stycznia 2009 roku

Również w badaniach przeprowadzonych po zawieszeniu obowiązku pełnienia służby wojskowej występowanie aberracji w poziomie masy ciała wpływa w znamieny statystycznie sposób na częstość diagnozowania schorzeń z wielu grup. Wyniki dla osób z nadwagą niewiele odbiegają od normy (dla większości schorzeń), ale już w przypadku niedoboru masy ciała czy otyłości ryzyko względne przekracza nieraz wartość 2, a dla niektórych schorzeń jest znacznie wyższe (tab. 36).

Tabela 36. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem klasyfikacji BMI w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej.

Grupy schorzeń	Klasyfikacja BMI							P
	norma	niedobór masy ciała		nadwaga		otyłość		
	%	%	RR	%	RR	%	RR	
narząd wzroku	1,56%	2,29%	1,47	1,61%	1,03	2,35%	1,51	0,0001***
stan psychiczny	1,36%	2,87%	2,10	1,64%	1,20	3,07%	2,25	0,0000***
kończyny	1,03%	1,39%	1,35	1,11%	1,08	2,84%	2,75	0,0000***
układ oddechowy	0,97%	1,46%	1,50	0,96%	0,98	1,70%	1,75	0,0000***
układ nerwowy	0,86%	1,93%	2,25	1,19%	1,39	1,24%	1,45	0,0000***
układ krążenia	0,55%	0,96%	1,75	0,73%	1,33	2,22%	4,02	0,0000***
gruczoły wydzielania wewnętrznego	0,49%	0,61%	1,24	0,65%	1,32	2,81%	5,74	0,0000***
skóra, naczynia limfatyczne...	0,52%	0,65%	1,26	0,42%	0,81	0,52%	1,02	0,3095
budowa ciała	0,05%	0,85%	16,69	0,11%	2,08	6,80%	133,2	0,0000***
układ trawienny	0,46%	0,78%	1,71	0,25%	0,55	0,26%	0,57	0,0000***
szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	0,35%	1,30%	3,71	0,25%	0,72	0,16%	0,47	0,0000***
układ moczowo-płciowy	0,25%	0,56%	2,24	0,29%	1,16	0,42%	1,70	0,0014**
narząd słuchu	0,25%	0,58%	2,35	0,27%	1,09	0,20%	0,79	0,0006***
nos, gardło, krtań	0,17%	0,43%	2,51	0,23%	1,37	0,26%	1,54	0,0026**
inne choroby wewnętrzne	0,12%	0,25%	2,08	0,14%	1,14	0,20%	1,66	0,1179
nowotwory	0,12%	0,16%	1,28	0,12%	0,94	0,23%	1,86	0,4108
jama ustna	0,05%	0,13%	2,63	0,05%	0,95	0,03%	0,64	0,1370
czaszka	0,02%	0,09%	3,86	0,04%	1,67	0,07%	2,82	0,0819

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

RR – ryzyko względne schorzenia w przypadku niedoboru masy ciała, nadwagi lub otyłości względem masy ciała w normie

4.7.5. Szczegółowe choroby i ułomności w najliczniejszych grupach schorzeń

Każda z osiemnastu grup schorzeń (rozdziałów zdefiniowanych w obu rozporządzeniach MON z 1992 i 2004 roku w sprawie orzekania o zdolności do służby wojskowej) zawiera choroby i ułomności, których posiadanie przez poborowych jest podstawą dla komisji lekarskiej do wydania orzeczenia o zdolności bądź niezdolności do służby wojskowej i określeniu jednej z kategorii zdrowia: A, B, D lub E. Ze względu na dużą liczbę chorób i ułomności powodujących niezdolność do służby wojskowej, do dalszej analizy autor wybrał rozdziały powodujące niezdolność do służby wojskowej, których liczebność przekracza liczbę 1000. W zestawieniu tym znalazło się 9 grup schorzeń (tab. 37). Poszczególne grupy schorzeń w obu rozporządzeniach zawierają wykaz chorób i ułomności, których posiadanie określa odpowiednią kategorię zdrowia D lub E. W każdej grupie, z wyjątkiem grup schorzeń „układu nerwowego” i „kończyny” występują schorzenia, których posiadanie może powodować posiadanie jednej z kategorii zdrowia D lub E. Oczywiście zależy to stopnia zaawansowania danej choroby, a w efekcie od orzeczenia komisji lekarskiej. Liczebność grup schorzeń jest różna i wynika z treści obu rozporządzeń MON z 1992 i 2004 roku w sprawie orzekania o zdolności.

Tabela 37. Ilość schorzeń w poszczególnych grupach powodujących niezdolność do służby wojskowej (określenie kategorii zdrowia D lub E) z uwzględnieniem obu rozporządzeń MON z 1992 i 2004 roku w sprawie orzekania.

Nr rozdziału	Nazwa rozdziału	Rozporządzenie 1992			Rozporządzenie 2004		
		D	E	D/E	D	E	D/E
II	Skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	6	3	1	5	4	-
IV	Narząd wzroku	12	9	1	14	5	1
VIII	Szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	10	9	-	9	6	2
IX	Układ oddechowy	7	8	1	9	7	3
X	Układ krążenia	6	10	2	8	6	6
XI	Układ trawienny	19	14	1	18	11	9
XV	Układ nerwowy	6	6	-	5	6	-
XVI	Stan psychiczny	10	9	-	10	9	1
XVII	Kończyny	22	13	-	16	13	-
RAZEM		98	81	6	94	67	22

4.7.6. Choroby i ułomności z najliczniejszych grup schorzeń powodujące otrzymanie kategorii zdrowia D i E, a obowiązkowość służby wojskowej i miejsce zamieszkania

W części tej zostaną przedstawione analizy ilościowe występowania chorób i ułomności zawartych w najliczniejszych 9 grupach schorzeń (powyżej 1000) które były powodem otrzymania przez poborowych kategorii zdrowia D i E według zmiennych obowiązku służby wojskowej oraz miejsca zamieszkania.

4.7.6.1. Choroby i ułomności z rozdziału XVI – „stan psychiczny”

Grupa schorzeń „stan psychiczny” to najliczniejsza grupa powodująca niezdolność. W okresie obowiązkowej służby wojskowej, poborowi z chorobami i ułomnościami powodującymi orzeczenie kategorii zdrowia D stanowili znacznie większy odsetek niż w okresie kiedy funkcjonowała wyłącznie ochotnicza forma służby (tab. 38). Wynika to być może z niechęci młodych mężczyzn do służby wojskowej w okresie kiedy ona była obowiązkiem. Najczęściej były orzekane: sprawność umysłowa poniżej przeciętnej, pograniczne upośledzenia umysłowego i zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę. Choroby z rozdziału „stan psychiczny” stanowią również najliczniejszą grupę powodującą orzeczone kategorie zdrowia E (tab. 39). Co ciekawe, w przypadku okresu kiedy nie było obowiązku służby wojskowej, poborowi stanowią większy odsetek niż w okresie obowiązku służby. Najczęściej orzekano upośledzenie umysłowe. Różnice w obu zestawieniach są w większości istotne statystycznie.

Tabela 38. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „stan psychiczny” względem obowiązku służby wojskowej.

Stan psychiczny (D)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Sprawność umysłowa poniżej przeciętnej (niska norma) (7201/7101)	930	0,692	120	0,197	0,0000***
Pogranicze upośledzenia umysłowego (7202/---)	927	0,689	×	×	×
Zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę (6702/6602)	768	0,571	91	0,149	0,0000***
Zaburzenia psychotyczne egzogenne przebyte bez defektu (7102/7002)	67	0,050	184	0,302	0,0000***
Zaburzenia osobowości upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne poddające się korekcji (6802/6702)	238	0,177	143	0,235	0,0002***
Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę (7402/7302)	168	0,125	42	0,069	0,0077**
Moczenie nocne utrwalone (7002/6902)	136	0,101	0	0,000	0,0000***
Inne zaburzenia psychiczne upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę (7501/7401)	44	0,033	76	0,125	0,0000***
Zespół uzależnienia od alkoholu w stanie abstynencji (7302/7202)	80	0,059	3	0,005	0,0000***
Zaburzenia psychotyczne reaktywne (7101/7001)	42	0,031	5	0,008	0,0056**
Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (---/7205)	1	0,001	8	0,013	0,2089
Zaburzenie stresowe pourazowe (---/6703)	4	0,003	2	0,003	0,0532

Tabela 39. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „stan psychiczny” względem obowiązku służby wojskowej.

Stan psychiczny (E)	Służba wojskowa				<i>p</i>
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Upośledzenie umysłowe (7203/7102)	53	0,039	297	0,487	0,0000***
Zaburzenia osobowości znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone (6903/6803)	16	0,012	59	0,097	0,0000***
Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne nierokujące poprawy (7403/7303)	12	0,009	30	0,049	0,0000***
Inne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne nierokujące poprawy (7502/7402)	5	0,004	29	0,048	0,0000***
Zaburzenia nerwicowe znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone (6703/6603)	9	0,007	19	0,031	0,0000***
Zaburzenia psychotyczne schizofreniczne i afektywne (7105/7005)	6	0,004	9	0,015	0,0161*
Zaburzenia psychotyczne egzogenne przebyte z defektem (7103/7003)	2	0,001	7	0,011	0,0026**
Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (---/7205)	1	0,004	8	0,013	0,2089
Zespół uzależnienia od alkoholu nierokujący zachowania abstynencji (7303/7203)	5	0,004	0	0,000	0,1321

W stosunku do chorób i ułomności z grupy „stan psychiczny” dokonano analizy porównawczej orzeczonych schorzeń ze względu na dwie zmienne: obowiązek służby wojskowej oraz miejsce zamieszkania. W przypadku orzeczonych kategorii zdrowia D można stwierdzić, że w okresie kiedy nie obowiązywała służba wojskowa odsetek młodych mężczyzn posiadających tą kategorię zdrowia mieszkających w mieście jest większy niż w przypadku mężczyzn ze wsi (tab. 40). W przypadku okresu obowiązku pełnienia służby wojskowej to młodzież ze wsi stanowiła większy odsetek dla znacznej większości chorób. Analogiczne dane dotyczące orzeczonych kategorii zdrowia E pokazują, że w obu okresach odsetek młodzieży z miasta z orzeczonymi chorobami z tej grupy jest większy od odsetka młodzieży ze wsi (tab. 41). Zależność statystyczna występuje dla większości chorób klasyfikujących poborowych do kategorii D, natomiast w przypadku kategorii zdrowia E dla większości schorzeń ta zależność nie występuje.

4.7.6.2. Choroby i ułomności z rozdziału XVII – „kończyny”

Najliczniej występującą chorobą z grupy schorzeń „kończyny” powodującą orzeczenie kategorii zdrowia D jest zwichnięcie nawykowe dużego stawu. W okresie obowiązkowej służby wojskowej, poborowi posiadający ww. chorobę stanowili znacznie mniejszy odsetek orzeczonych niż w okresie kiedy funkcjonowała wyłącznie ochotnicza forma służby (tab. 42). Mniejszy odsetek orzeczonych w czasie obowiązkowej służby wojskowej stwierdzono również dla ułomności: następstwa przebytych urazów stawów bez zniekształceń oraz przewlekłe zapalenie tkanki łącznej rozlane i okołostawowe upośledzające lub znacznie upośledzające oraz następstwa przebytych urazów stawów bez zniekształceń oraz przewlekłe zapalenie tkanki łącznej rozlane i okołostawowe upośledzające lub znacznie upośledzające. Dla pozostałych chorób i ułomności większy odsetek orzekano w czasie po zniesieniu obowiązkowej służby wojskowej. W zestawieniu występuje również 7 chorób, które stanowiły podstawę do orzeczenia kategorii zdrowia D i które funkcjonowały do 2004 roku, kiedy weszło nowe rozporządzenie MON w sprawie orzekania do służby wojskowej. Choroby z rozdziału „kończyny” powodujące orzeczone kategorie zdrowia E stanowią niewielką liczną grupę (tab. 43). Większy odsetek poborowych dla wszystkich schorzeń z tej grupy występuje w przypadku okresu kiedy nie było obowiązku służby wojskowej niż w okresie obowiązku służby. Różnice w obu zestawieniach są w większości istotne statystycznie.

Tabela 40. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „stan psychiczny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Stan psychiczny (D)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	Wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Sprawność umysłowa poniżej przeciętnej (niska norma) (7201/7101)	583	0,841	347	0,532	0,0000***	52	0,145	68	0,272	0,0004***
Pogranicze upośledzenia umysłowego (7202/---)	552	0,797	375	0,575	0,0000***	×	×	×	×	×
Zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę (6702/6602)	283	0,408	485	0,744	0,0000***	40	0,111	51	0,204	0,0533
Zaburzenia psychotyczne egzogenne przebyte bez defektu (7102/7002)	46	0,066	21	0,032	0,0124*	61	0,170	123	0,491	0,8353
Zaburzenia osobowości upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne poddające się korekcji (6802/6702)	52	0,075	186	0,285	0,0000***	31	0,086	112	0,447	0,0000***
Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę (7402/7302)	62	0,089	106	0,163	0,0002***	22	0,061	20	0,080	0,3863
Moczenie nocne utrwalone (7002/6902)	59	0,085	77	0,118	0,0475*	0	0,000	0	0,000	1,0000
Inne zaburzenia psychiczne upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę (7501/7401)	26	0,038	18	0,028	0,6293	38	0,106	38	0,152	0,1123
Zespół uzależnienia od alkoholu w stanie abstynencji (7302/7202)	9	0,013	71	0,109	0,0000***	0	0,000	3	0,012	0,0379*
Zaburzenia psychotyczne reaktywne (7101/7001)	15	0,022	27	0,041	0,0699	0	0,000	5	0,020	0,0074**
Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (---/7205)	0	0,000	1	0,002	0,285	2	0,006	6	0,024	0,0509
Zaburzenie stresowe pourazowe (---/6703)	3	0,004	1	0,002	0,3852	0	0,000	2	0,008	0,0901

Tabela 41. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „stan psychiczny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Stan psychiczny (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Upośledzenie umysłowe (7203/7102)	30	0,043	14	0,021	0,0170*	55	0,153	117	0,467	0,6280
Zaburzenia osobowości znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone (6903/6803)	6	0,009	7	0,011	0,5332	17	0,047	42	0,168	0,0000***
Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne nierokujące poprawy (7403/7303)	1	0,001	9	0,014	0,0028**	4	0,011	26	0,104	0,0000***
Inne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne nierokujące poprawy (7502/7402)	2	0,003	3	0,005	0,6058	18	0,050	11	0,044	0,7331
Zaburzenia nerwicowe znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone (6703/6603)	5	0,007	3	0,005	0,3637	8	0,022	11	0,044	0,1354
Zaburzenia psychotyczne schizofreniczne i afektywne (7105/7005)	3	0,004	3	0,005	0,94	3	0,008	6	0,024	0,1181
Zaburzenia psychotyczne egzogenne przebyte z defektem (7103/7003)	0	0,000	2	0,003	0,1447	4	0,011	3	0,012	0,9224
Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (---/7205)	0	0,000	1	0,002	0,285	2	0,006	6	0,024	0,0509
Zespół uzależnienia od alkoholu nierokujący zachowania abstynencji (7303/7203)	1	0,001	4	0,006	0,1582	0	0,000	0	0,000	1,0000

Tabela 42. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „kończyny” względem obowiązku służby wojskowej.

Kończyny (D)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Zwichnięcia nawykowe dużego stawu (7801/7701)	330	0,245	207	0,339	0,0002***
Zniekształcenia w obrębie dużych stawów upośledzające sprawność ruchową (7804/7703)	321	0,239	71	0,116	0,0000***
Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych) upośledzające sprawność ruchową (7603/7503)	255	0,190	91	0,149	0,0448*
Stopa płaska, koślawa, szpotawa upośledzająca sprawność ruchową (7903/7803)	190	0,141	43	0,071	0,0000***
Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz upośledzające chwyt (8207/8106)	142	0,106	34	0,056	0,0002***
Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po załamaniach i po stanach zapalnych), nieznacznie upośledzające sprawność ruchową (7602/---)	168	0,125	×	×	×
Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm do 4 cm, z nieznacznym upośledzeniem sprawności ruchowej (7702/7602)	109	0,081	34	0,056	0,0390*
Następstwa przebytych urazów stawów bez zniekształceń oraz przewlekłe zapalenie tkanki łącznej rozlane i okołostawowe upośledzające lub znacznie upośledzające (---/7706)	52	0,039	70	0,115	0,0014**
Przewlekłe choroby stawów upośledzające sprawność ruchową (7806/7707)	80	0,059	34	0,056	0,7051
Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (7803/---)	112	0,083	×	×	×
Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn, bez upośledzenia sprawności ustroju (7802/---)	104	0,077	×	×	×
Braki palców rąk upośledzające chwyt (8203/8103)	79	0,059	21	0,034	0,0239*
Zmiany zwyrodnieniowe stawów upośledzające sprawność ruchową (7810/7710)	52	0,039	12	0,020	0,0224*
Rozległe żylaki kończyn, bez zmian troficznych skóry i owrzodzeń (8002/7902)	45	0,033	12	0,020	0,0982
Zniekształcenie palców stóp utrudniające noszenie obuwia i chodzenie (8106/8005)	29	0,022	7	0,011	0,1279
Następstwa przebytych urazów stawów bez zniekształceń oraz przewlekłe zapalenie tkanki łącznej rozlane i okołostawowe upośledzające lub znacznie upośledzające (7703/7603)	17	0,013	10	0,016	0,7027
Przewlekłe stany zapalne kości (7605/7505)	17	0,013	3	0,005	0,0943
Zmiany zwyrodnieniowe stawów nieznacznie upośledzające sprawność ruchową (7809/---)	13	0,010	×	×	×
Zniekształcenie palców stóp nieznacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie (8105/---)	11	0,008	×	×	×
Brak obu paluchów lub jednego palucha i innych palców stóp z zachowaniem główek kości śródstopia upośledzający lub znacznie upośledzający chodzenie (8102/8002)	5	0,004	1	0,002	0,4423
Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe, bez upośledzenia chwytu (8209/---)	4	0,003	×	×	×
Brak jednego palucha lub innych palców stóp, z zachowaniem główek kości śródstopia, nie upośledzający chodzenia (8101/---)	3	0,002	×	×	×
Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe upośledzające chwyt (8210/8109)	1	0,001	0	0,000	0,5007

Tabela 43. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „kończyny” względem obowiązku służby wojskowej.

Kończyny (E)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych) znacznie upośledzające sprawność ruchową (7604/7504)	9	0,007	17	0,028	0,0001***
Zniekształcenia w obrębie dużych stawów kończyn znacznie upośledzające sprawność ruchową (7805/7704)	7	0,005	7	0,011	0,1289
Brak kończyny (7606/7506)	3	0,002	8	0,013	0,0011**
Stopa płaska, koślawka, szpotawa, końska, piętowa i inne, znacznie upośledzająca sprawność ruchową (7904/7804)	4	0,003	8	0,013	0,0080**
Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz znacznie upośledzające chwyt (8208/8107)	5	0,004	4	0,007	0,3911
Braki palców rąk znacznie upośledzające chwyt (8204/8104)	1	0,001	6	0,010	0,0019**
Skrócenie kończyny dolnej ze znacznym upośledzeniem sprawności ruchowej (7704/7604)	3	0,002	2	0,003	0,6710
Zmiany zwyrodnieniowe stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową (7811/7711)	1	0,001	4	0,007	0,0185*
Przewlekłe choroby stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową (7807/7708)	3	0,002	1	0,002	0,7890
Zniekształcenie palców stóp znacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie (8107/8006)	1	0,001	2	0,003	0,1849
Braki palców stóp, z uszkodzeniem kości śródstopia (8103/8003)	0	0,000	1	0,002	0,1376
Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe znacznie upośledzające chwyt (8211/8110)	1	0,001	0	0,000	0,5007

Analizując zmienne obowiązku służby wojskowej oraz miejsca zamieszkania wśród chorób powodujących kategorie zdrowia D najliczniejsze schorzenie – zwichnięcia nawykowe dużego stawu – występowało częściej u odsetka młodzieży z miasta zarówno w czasie funkcjonowania obowiązku pełnienia służby wojskowej jak i w okresie kiedy ją zawieszono (tab. 44). Wyłącznie dla tego schorzenia różnice w obu okresach są istotne statystycznie. Zależność statystyczna w okresie obowiązku służby wojskowej występuje dla:

1. Zniekształcenia w obrębie dużych stawów upośledzające sprawność ruchową.
2. Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych) upośledzające sprawność ruchową.
3. Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz upośledzające chwyt.
4. Przewlekłe choroby stawów upośledzające sprawność ruchową.
5. Braki palców rąk upośledzające chwyt.
6. Zniekształcenie palców stóp nieznacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie.

W okresie funkcjonowania ochotniczej służby wojskowej zależność statystyczna występuje dla:

1. Rozległe żylaki kończyn, bez zmian troficznych skóry i owrzodzeń.
2. Przewlekłe stany zapalne kości.

Analizując zmienne obowiązku służby wojskowej oraz miejsca zamieszkania wśród chorób powodujących kategorie zdrowia E, wobec żadnego schorzenia powodującego orzeczenie tej kategorii nie stwierdzono zależności statystycznej (tab. 45).

Tabela 44. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „kończyny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Kończyny (D)	Służba wojskowa										
	obowiązkowa					p	nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p		Miejsce zamieszkania				
	wieś		miasto				wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%	p		
Zwichnięcia nawykowe dużego stawu (7801/7701)	128	0,185	202	0,310	0,0000***	80	0,223	127	0,507	0,0000***	
Zniekształcenia w obrębie dużych stawów upośledzające sprawność ruchową (7804/7703)	130	0,188	191	0,293	0,0003***	45	0,125	26	0,104	0,2255	
Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych) upośledzające sprawność ruchową (7603/7503)	114	0,165	141	0,216	0,0426*	49	0,136	42	0,168	0,5898	
Stopa płaska, koślawość, szpotawość upośledzająca sprawność ruchową (7903/7803)	91	0,131	99	0,152	0,1982	27	0,075	16	0,064	0,6090	
Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz upośledzające chwyt (8207/8106)	96	0,139	46	0,071	0,0000***	23	0,064	11	0,044	0,3027	
Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), nieznacznie upośledzające sprawność ruchową (7602/---)	90	0,130	78	0,120	0,5585	×	×	×	×	×	
Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm do 4 cm, z nieznacznym upośledzeniem sprawności ruchowej (7702/7602)	57	0,082	52	0,080	0,733	15	0,042	19	0,076	0,0786	
Następstwa przebytych urazów stawów bez zniekształceń oraz przewlekłe zapalenie tkanki łącznej rozlane i okołostawowe upośledzające lub znacznie upośledzające (---/7706)	29	0,042	23	0,035	0,7252	38	0,106	32	0,128	0,4266	
Przewlekłe choroby stawów upośledzające sprawność ruchową (7806/7707)	31	0,045	49	0,075	0,0221*	17	0,047	17	0,068	0,2884	
Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (7803/---)	47	0,068	65	0,100	0,0539	×	×	×	×	×	
Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn, bez upośledzenia sprawności ustroju (7802/---)	44	0,063	60	0,092	0,0751	×	×	×	×	×	
Braki palców rąk upośledzające chwyt (8203/8103)	51	0,074	28	0,043	0,0159*	9	0,025	12	0,048	0,1337	
Zmiany zwyrodnieniowe stawów upośledzające sprawność ruchową (7810/7710)	31	0,045	21	0,032	0,2436	10	0,028	2	0,008	0,0860	
Rozległe żyłaki kończyn, bez zmian troficznych skóry i owrzodzeń (8002/7902)	25	0,036	20	0,031	0,5894	11	0,031	1	0,004	0,0212*	

Zniekształcenie palców stóp utrudniające noszenie obuwia i chodzenie (8106/8005)	17	0,025	12	0,018	0,4452	4	0,011	3	0,012	0,9224
Skrócenie kończyny dolnej powyżej 4 cm do 6 cm, z upośledzeniem sprawności ruchowej (7703/7603)	12	0,017	5	0,008	0,116	8	0,022	2	0,008	0,1761
Przewlekłe stany zapalne kości (7605/7505)	11	0,016	6	0,009	0,2772	0	0,000	3	0,012	0,0379*
Zmiany zwyrodnieniowe stawów nieznacznie upośledzające sprawność ruchową (7809/---)	6	0,009	7	0,011	0,6978	×	×	×	×	×
Zniekształcenie palców stóp nieznacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie (8105/---)	9	0,013	2	0,003	0,0445*	×	×	×	×	×
Brak obu paluchów lub jednego palucha i innych palców stóp z zachowaniem główek kości śródstopia upośledzający lub znacznie upośledzający chodzenie (8102/8002)	3	0,004	2	0,003	0,7049	1	0,003	0	0,000	0,4041
Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe, bez upośledzenia chwytu (8209/---)	2	0,003	2	0,003	0,951	×	×	×	×	×
Brak jednego palucha lub innych palców stóp, z zachowaniem główek kości śródstopia, nie upośledzający chodzenia (8101/---)	2	0,003	1	0,002	0,6	×	×	×	×	×
Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe upośledzające chwyt (8210/8109)	1	0,001	0	0,000	0,3322	0	0,000	0	0,000	1,0000

Tabela 45. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „kończyny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Kończyny (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych) znacznie upośledzające sprawność ruchową (7604/7504)	6	0,009	3	0,005	0,4219	10	0,028	7	0,028	0,9243
Zniekształcenia w obrębie dużych stawów kończyn znacznie upośledzające sprawność ruchową (7805/7704)	3	0,004	4	0,006	0,6459	4	0,011	3	0,012	0,9224
Stopa płaska, koślawka, szpotawa, końska, piętowa i inne, znacznie upośledzająca sprawność ruchową (7904/7804)	1	0,001	3	0,005	0,2883	5	0,014	3	0,012	0,8385
Brak kończyny (7606/7506)	0	0,000	3	0,005	0,0741	6	0,017	2	0,008	0,3562
Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz znacznie upośledzające chwyt (8208/8107)	3	0,004	2	0,003	0,7049	2	0,006	2	0,008	0,7158
Braki palców rąk znacznie upośledzające chwyt (8204/8104)	1	0,001	0	0,000	0,3322	5	0,014	1	0,004	0,2248
Skrócenie kończyny dolnej ze znacznym upośledzeniem sprawności ruchowej (7704/7604)	0	0,000	3	0,005	0,0741	2	0,006	0	0,000	0,2380
Zmiany zwyrodnieniowe stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową (7811/7711)	0	0,000	1	0,002	0,3024	3	0,008	1	0,004	0,5142
Przewlekłe choroby stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową (7807/7708)	2	0,003	1	0,002	0,6	1	0,003	0	0,000	0,4041
Zniekształcenie palców stóp znacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie (8107/8006)	1	0,001	0	0,000	0,3322	1	0,003	1	0,004	0,7968
Braki palców stóp, z uszkodzeniem kości śródstopia (8103/8003)	0	0,000	0	0,000	1	0	0,000	1	0,004	0,2307
Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe znacznie upośledzające chwyt (8211/8110)	1	0,001	0	0,000	0,3322	0	0,000	0	0,000	1,0000

4.7.6.3. Choroby i ułomności z rozdziału IV – „narząd wzroku”

Grupa schorzeń „narząd wzroku” to trzecia najliczniejsza grupa powodująca niezdolność do służby wojskowej. Najczęściej orzekana była ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szklami sferycznymi powyżej $\pm 6,0$ D lub cylindrycznymi powyżej $\pm 3,0$ D. W okresie obowiązkowej służby wojskowej, poborowi z orzeczonymi chorobami i ułomnościami powodującymi orzeczenie kategorii zdrowia D stanowili znacznie mniejszy odsetek niż w okresie kiedy została ona zawieszona (tab. 46). Wynika to być może z pogarszającego się z roku na rok wzroku u dzieci i młodzieży. Taki sam wniosek można przedstawić dla zestawienia chorób i ułomności powodującą orzeczone kategorie zdrowia E (tab. 47). Co ciekawe, w tej grupie – ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi – jest drugim pod względem liczebności schorzeniem spośród wszystkich, na podstawie którego w badanym okresie poborowi otrzymali kategorię zdrowia E. Różnice w obu zestawieniach są w większości istotne statystycznie. Analizując zmienne obowiązku służby wojskowej oraz miejsca zamieszkania wśród chorób powodujących kategorie zdrowia D, najliczniejsze schorzenie – ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szklami sferycznymi powyżej $\pm 6,0$ D lub cylindrycznymi powyżej $\pm 3,0$ D – występowało częściej u odsetka młodzieży z miasta zarówno w czasie funkcjonowania obowiązku pełnienia służby wojskowej jak i w okresie kiedy ją zawieszono (tab. 48). Wyłącznie dla tego schorzenia różnice w obu okresach są istotne statystycznie. Zależność statystyczna w okresie obowiązku służby występuje również dla:

1. Przewlekłe i nawracające choroby siatkówki, naczyń i nerwu wzrokowego.
2. Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek, trudno poddające się leczeniu, upośledzające sprawność oka.

Natomiast w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej zależność statystyczna występuje także dla choroby: przebyte nie nawracające choroby siatkówki, naczyń i nerwu wzrokowego. Analizując analogiczne zestawienie dotyczące orzeczonych kategorii zdrowia E (tab. 49) stwierdzić należy, że nie występują w nim zależności statystyczne. Odsetek poborowych zamieszkujących miasto, którym orzeczone ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi, był większy w czasie kiedy służba wojskowa była obowiązkowa od odsetka poborowych zamieszkujących wieś.

Tabela 46. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „narząd wzroku” względem obowiązku służby wojskowej.

Narząd wzroku (D)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szklami sferycznymi powyżej $\pm 6,0$ D lub cylindrycznymi powyżej $\pm 3,0$ D (1304/1304)	648	0,482	290	0,476	0,0084**
Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku gorszego oka mniejszą niż 0,5 do 0,1, z korekcją optymalną (1103/1104)	488	0,363	93	0,153	0,0000***
Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi (---/1305)	93	0,069	218	0,358	0,0020**
Przewlekłe i nawracające choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciała rzęskowego i soczewki (1402/1402)	86	0,064	32	0,052	0,2573
Przebyte nie nawracające choroby siatkówki, naczyń i nerwu wzrokowego (1403/1403)	78	0,058	19	0,031	0,0061**
Przewlekłe i nawracające choroby siatkówki, naczyń i nerwu wzrokowego (1404/1404)	66	0,049	17	0,028	0,0099**
Wyraźny oczopląs przy patrzeniu wprost (1003/1003)	37	0,028	16	0,026	0,8227
Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek, trudno poddające się leczeniu, upośledzające sprawność oka (0705/0705)	47	0,035	2	0,003	0,0000***
Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, nieznacznie upośledzający czynność wzrokową, nie powodujący podwójnego widzenia (1201/1201)	21	0,016	6	0,010	0,2644
Nieznaczny oczopląs przy patrzeniu wprost, wzmagający się przy patrzeniu w bok (1002/1002)	12	0,009	8	0,013	0,3956
Zniekształcenie powiek upośledzające funkcję ochronną (0703/0703)	9	0,007	6	0,010	0,4619
Nieznaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez (0801/---)	3	0,002	×	×	×
Zniekształcenie powiek nieznacznie upośledzające funkcję ochronną (0702/---)	2	0,001	×	×	×

Tabela 47. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „narząd wzroku” względem obowiązku służby wojskowej.

Narząd wzroku (E)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi (1305/1305)	172	0,128	214	0,351	0,0000***
Ostrość wzroku każdego oka od 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi (1306/1306)	28	0,021	55	0,090	0,0000***
Ślepotą jednego oka lub brak gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,5 do 0,1 po zastosowaniu optymalnej korekcji szklami sferycznymi lub cylindrycznymi (---/0903)	5	0,004	13	0,021	0,8109
Jaskra (1407/1407)	3	0,002	15	0,025	0,0000***
Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, nieznacznie upośledzający czynność wzrokową, nie powodujący podwójnego widzenia (1201/---)	17	0,013	×	×	×
Ślepotą jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka nie mniejszej niż 0,8 bez korekcji albo po zastosowaniu szkieł sferycznych do $\pm 3,0$ lub cylindrycznych do $\pm 2,0$ D (0901/---)	11	0,008	×	×	×
Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, znacznie upośledzający czynność wzrokową, powodujący podwójne widzenie (1202/1202)	6	0,004	5	0,008	0,3075
Całkowita ślepotą lub brak obu gałek ocznych (0903/0904)	1	0,001	6	0,010	0,0006***
Ślepotą jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,8 po zastosowaniu szkieł sferycznych do $\pm 3,0$ D, lub cylindrycznych do $\pm 2,0$ D (0902/---)	1	0,001	×	×	×

Tabela 48. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „narząd wzroku” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Narząd wzroku (D)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szklami sferycznymi powyżej $\pm 6,0$ D lub cylindrycznymi powyżej $\pm 3,0$ D (1304/1304)	226	0,326	422	0,647	0,0000***	151	0,420	139	0,555	0,0014**
Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku gorszego oka mniejszą niż 0,5 do 0,1, z korekcją optymalną (1103/1104)	229	0,330	259	0,397	0,1139	64	0,178	29	0,116	0,1654
Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi (---/1305)	37	0,053	56	0,086	0,4861	149	0,415	69	0,276	0,2444
Przewlekłe i nawracające choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciała rzęskowego i soczewki (1402/1402)	47	0,068	39	0,060	0,3469	24	0,067	8	0,032	0,0840
Przebyte nie nawracające choroby siatkówki, naczyńówki i nerwu wzrokowego (1403/1403)	37	0,053	41	0,063	0,617	6	0,017	13	0,052	0,0294*
Przewlekłe i nawracające choroby siatkówki, naczyńówki i nerwu wzrokowego (1404/1404)	24	0,035	42	0,064	0,0335*	10	0,028	7	0,028	0,9913
Wyraźny oczopląs przy patrzeniu wprost (1003/1003)	20	0,029	17	0,026	0,4503	9	0,025	7	0,028	0,9913
Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek, trudno poddające się leczeniu, upośledzające sprawność oka (0705/0705)	11	0,016	36	0,055	0,0002***	2	0,006	0	0,000	0,2380
Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, nieznacznie upośledzający czynność wzrokową, nie powodujący podwójnego widzenia (1201/1201)	9	0,013	12	0,018	0,5681	5	0,014	1	0,004	0,2248
Nieznaczny oczopląs przy patrzeniu wprost, wzmagający się przy patrzeniu w bok (1002/1002)	6	0,009	6	0,009	0,9152	4	0,011	4	0,016	0,6066
Zniekształcenie powiek upośledzające funkcję ochronną (0703/0703)	5	0,007	4	0,006	0,8093	5	0,014	1	0,004	0,2248
Nieznaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez (0801/---)	0	0,000	3	0,005	0,0741	×	×	×	×	×
Zniekształcenie powiek nieznacznie upośledzające funkcję ochronną (0702/---)	2	0,003	0	0,000	0,1702	×	×	×	×	×

Tabela 49. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „narząd wzroku” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Narząd wzroku (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi (1305/1305)	79	0,114	93	0,143	0,4717	141	0,392	73	0,292	0,2440
Ostrość wzroku każdego oka od 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi (1306/1306)	13	0,019	15	0,023	0,9821	33	0,092	22	0,088	0,3677
Ślepotą jednego oka lub brak gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,5 do 0,1 po zastosowaniu optymalnej korekcji szklami sferycznymi lub cylindrycznymi (---/0903)	3	0,004	2	0,003	0,7653	6	0,017	7	0,028	0,3480
Jaskra (1407/1407)	1	0,001	2	0,003	0,5281	7	0,019	8	0,032	0,3333
Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, nieznacznie upośledzający czynność wzrokową, nie powodujący podwójnego widzenia (1201/---)	9	0,013	8	0,012	0,9077	×	×	×	×	×
Ślepotą jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka nie mniejszej niż 0,8 bez korekcji albo po zastosowaniu szkieł sferycznych do $\pm 3,0$ lub cylindrycznych do $\pm 2,0$ D (0901/---)	3	0,004	8	0,012	0,1073	×	×	×	×	×
Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, znacznie upośledzający czynność wzrokową, powodujący podwójne widzenie (1202/1202)	3	0,004	3	0,005	0,94	2	0,006	3	0,012	0,3889
Całkowita ślepotą lub brak obu gałek ocznych (0903/0904)	1	0,001	0	0,000	0,3322	2	0,006	4	0,016	0,2020
Ślepotą jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,8 po zastosowaniu szkieł sferycznych do $\pm 3,0$ D, lub cylindrycznych do $\pm 2,0$ D (0902/---)	0	0,000	1	0,002	0,3024	×	×	×	×	×

4.7.6.4. Choroby i ułomności z rozdziału IX – „układ oddechowy”

W grupie schorzeń „układ oddechowy” występuje najliczniejsze schorzenie, powodująca niezdolność do służby wojskowej. Astma oskrzelowa sporadyczna (epizodyczna) była schorzeniem na podstawie, którego komisje lekarskie orzekły kategorię zdrowia D w stosunku do 1703 poborowych (tab. 50). W okresie obowiązkowej służby wojskowej, poborowi z orzeczonymi chorobami i ułomnościami powodującymi orzeczenie kategorii zdrowia D stanowili znacznie większy odsetek niż w okresie kiedy została ona zawieszona. Wynika to najprawdopodobniej z chęci „uniknięcia” służby wojskowej w okresie jej obowiązywania. Bardzo wysoko istotna statystycznie zależność występuje dla trzech rodzajów astmy oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – postać umiarkowana. W przypadku orzeczonych kategorii zdrowia E bardzo wysoko istotna statystycznie zależność występuje jedynie dla astmy oskrzelowej przewlekłej umiarkowanej (tab. 51). Po obu tabelach widać, że schorzenia z tego rozdziału miały różne brzmienia w rozporządzeniach MON z 1992 i 2004 roku dotyczących orzekania zdolności do służby wojskowej. Analizując zmienne obowiązku służby wojskowej oraz miejsca zamieszkania wśród chorób powodujących kategorię zdrowia D można stwierdzić, że odsetek poborowych zamieszkujących miasto, dla wszystkich schorzeń tej grupy, był większy od odsetka poborowych zamieszkujących wieś, zarówno w czasie kiedy służba wojskowa była obowiązkowa, jak i w okresie kiedy była ona zawieszona (tab. 52). Zależność statystyczna w okresie zawieszenia obowiązkowej służby wojskowej występuje dla trzech rodzajów astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – postać umiarkowana. W przypadku okresu, w którym służba wojskowa była obowiązkowa zależność statystyczna występuje dla przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – postać umiarkowana oraz astmy oskrzelowej przewlekłej umiarkowanej. W analogicznym zestawieniu dotyczącym przypadków orzekanych kategorii zdrowia E zależność statystyczna występuje jedynie dla astmy oskrzelowej przewlekłej umiarkowanej (tab. 53).

Tabela 50. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ oddechowy” względem obowiązku służby wojskowej.

Układ oddechowy (D)	Służba wojskowa				<i>p</i>
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Astma oskrzelowa sporadyczna (epizodyczna) (3505/3506)	1571	1,168	132	0,216	0,0000***
Astma oskrzelowa przewlekła łagodna (---/3507)	3	0,002	363	0,595	0,0000***
Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać umiarkowana (3502/3502)	176	0,131	27	0,044	0,0000***
Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana (---/3508)	0	0,000	38	0,062	0,0000***
Liczne zwapnienia i/lub zwłóknienia po przebytych rozsiewach krwipochodnych gruźlicy (3602/3602)	12	0,009	0	0,000	0,0197*
Zrosty i zgrubienia opłucnej upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez niewydolności oddechowej (---/3707)	0	0,000	9	0,015	0,0475*
Zrosty i zgrubienia opłucnej ograniczające ruchomość przepony, z przemieszczeniem narządów, miernie upośledzające sprawność oddechowo-kръżeniową (3612/---)	8	0,006	×	×	×
Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych, nie upośledzające wydolności oddechowo-kръżeniowej (3703/---)	6	0,004	×	×	×
Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać ciężka (---/3503)	0	0,000	2	0,003	0,1497
Ubytki miąższu płucnego umiarkowanie upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez niewydolności oddechowej (---/3710)	0	0,000	5	0,008	0,1397
Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych, upośledzające wydolność oddechowo -kръżeniową (3704/---)	4	0,003	×	×	×
Rozstrzenie oskrzeli nieznacznego stopnia (3507/3511)	2	0,001	0	0,000	0,3409
Rzadkie choroby oskrzeli (---/3513)	0	0,000	2	0,003	0,3503
Śródmiąższowe zwłóknienie płuc i inne rzadkie choroby płuc, nie upośledzające sprawności ustroju (3701/---)	2	0,001	×	×	×
Śródmiąższowe choroby płuc - postać umiarkowana (---/3702)	0	0,000	1	0,002	0,5090

Tabela 51. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ oddechowy” względem obowiązku służby wojskowej.

Układ oddechowy (E)	Służba wojskowa				<i>p</i>
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana (---/3508)	0	0,000	42	0,069	0,0000***
Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać bardzo ciężka (3503/3504)	8	0,006	0	0,000	0,1933
Astma oskrzelowa przewlekła ciężka (3506/3509)	4	0,003	4	0,007	0,2511
Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać ciężka (---/3503)	3	0,002	2	0,003	0,1497
Śródmiąższowe choroby płuc - postać ciężka (3702/3703)	2	0,001	2	0,003	0,4170
Rozstrzenie oskrzeli nieznaczного stopnia (zniekształcenie oskrzeli), z towarzyszącymi objawami zapalnymi (3507/---)	2	0,001	×	×	×
Rzadkie choroby oskrzeli (---/3513)	0	0,000	2	0,003	0,3503
Zwłóknienia po przebytej gruźlicy płuc z ciężkim upośledzeniem sprawności wentylacyjnej płuc i niewydolnością oddychania (3603/3604)	1	0,001	1	0,002	0,5661
Ubytki miąższu płucnego ciężko upośledzające sprawność wentylacyjną płuc i wydolność oddechową (---/3711)	0	0,000	2	0,003	0,3503
Gruźlica rozsiana płuc (3606/---)	1	0,001	×	×	×

Tabela 52. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ oddechowy” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Układ oddechowy (D)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Astma oskrzelowa sporadyczna (epizodyczna) (3505/3506)	459	0,662	1112	1,706	0,0000***	66	0,184	66	0,264	0,0120*
Astma oskrzelowa przewlekła łagodna (---/3507)	1	0,001	2	0,003	0,4873	164	0,456	199	0,795	0,0000***
Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać umiarkowana (3502/3502)	68	0,098	108	0,166	0,0006***	8	0,022	19	0,076	0,0006***
Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana (---/3508)	0	0,000	0	0,000	1	16	0,045	22	0,088	0,0339*
Liczne zwapnienia i/lub zwłóknienia po przebytych rozsiewach krwipochodnych gruźlicy (3602/3602)	5	0,007	7	0,011	0,4939	0	0,000	0	0,000	1,0000
Zrosty i zgrubienia opłucnej upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez niewydolności oddechowej (---/3707)	0	0,000	0	0,000	1	5	0,014	4	0,016	0,8356
Zrosty i zgrubienia opłucnej ograniczające ruchomość przepony, z przemieszczeniem narządów, miernie upośledzające sprawność oddechowo-krażeniową (3612/---)	3	0,004	5	0,008	0,427	×	×	×	×	×
Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych, nie upośledzające wydolności oddechowo-krażeniowej (3703/---)	3	0,004	3	0,005	0,94	×	×	×	×	×
Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać ciężka (---/3503)	0	0,000	0	0,000	0,1052	0	0,000	2	0,008	0,0901
Ubytki mięszu płucnego umiarkowanie upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez niewydolności oddechowej (---/3710)	0	0,000	0	0,000	1	3	0,008	2	0,008	0,9622
Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych, upośledzające wydolność oddechowo -krażeniową (3704/---)	1	0,001	3	0,005	0,2883	×	×	×	×	×
Rozstrzenie oskrzeli nieznaczного stopnia (3507/3511)	1	0,001	1	0,002	0,9653	0	0,000	0	0,000	1,0000
Rzadkie choroby oskrzeli (---/3513)	0	0,000	0	0,000	1	2	0,006	0	0,000	0,2380
Śródmiąższowe zwłóknienie płuc i inne rzadkie choroby płuc, nie upośledzające sprawności ustroju (3701/---)	1	0,001	1	0,002	0,9653	×	×	×	×	×
Śródmiąższowe choroby płuc - postać umiarkowana (---/3702)	0	0,000	0	0,000	1	1	0,003	0	0,000	0,4041

Tabela 53. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ oddechowy” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Układ oddechowy (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana (---/3508)	0	0,000	0	0,000	1	18	0,050	24	0,096	0,0339*
Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać bardzo ciężka (3503/3504)	3	0,004	5	0,008	0,427	0	0,000	0	0,000	1,0000
Astma oskrzelowa przewlekła ciężka (3506/3509)	2	0,003	2	0,003	0,951	2	0,006	2	0,008	0,7158
Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać ciężka (---/3503)	3	0,004	0	0,000	0,1052	0	0,000	2	0,008	0,0901
Śródmiąższowe choroby płuc - postać ciężka (3702/3703)	1	0,001	1	0,002	0,9653	1	0,003	1	0,004	0,7968
Rozstrzenie oskrzeli nieznacznego stopnia (zniekształcenie oskrzeli), z towarzyszącymi objawami zapalnymi (3507/---)	1	0,001	1	0,002	0,9653	×	×	×	×	×
Rzadkie choroby oskrzeli (---/3513)	0	0,000	0	0,000	1	2	0,006	0	0,000	0,2380
Zwłóknienia po przebytej gruźlicy płuc z ciężkim upośledzeniem sprawności wentylacyjnej płuc i niewydolnością oddychania (3603/3604)	1	0,001	0	0,000	0,3322	0	0,000	1	0,004	0,2307
Ubytki miąższu płucnego ciężko upośledzające sprawność wentylacyjną płuc i wydolność oddechową (---/3711)	0	0,000	0	0,000	1	0	0,000	2	0,008	0,0901
Gruźlica rozsiana płuc (3606/---)	1	0,001	0	0,000	0,3322	×	×	×	×	×

4.7.6.5. Choroby i ułomności z rozdziału XV – „układ nerwowy”

W grupie schorzeń „układ nerwowy” najczęściej orzecaną chorobą powodującą orzeczenie kategorii zdrowia D była padaczka z rzadko występującymi napadami. Jednak dla tej choroby nie występuje zależność statystyczna (tab. 54). W okresie obowiązkowej służby wojskowej, poborowi z orzeczonymi chorobami i ułomnościami z tej grupy powodującymi orzeczenie kategorii zdrowia D stanowili znacznie większy odsetek niż w okresie kiedy została ona zawieszona. Istotna statystycznie zależność występuje dla trzech rodzajów schorzeń z tej grupy. W przypadku orzeczonych kategorii zdrowia E istotna statystycznie zależność występuje dla wszystkich schorzeń (tab. 55).

Analizując zmienne obowiązkowej służby wojskowej oraz miejsca zamieszkania wśród chorób powodujących kategorię zdrowia D można stwierdzić, że zależność statystyczna występuje tylko w trzech przypadkach (tab. 56) i dotyczy okresu, w którym funkcjonował obowiązek pełnienia służby wojskowej:

1. Padaczka z rzadko występującymi napadami.
2. Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi upośledzające sprawność ustroju.
3. Przewlekłe zespoły bólowe, korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów, z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi.

W przypadku chorób, powodujących kategorii zdrowia E wszystkie zależności nie są znamienne statystycznie (tab. 57).

Tabela 54. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ nerwowy” względem obowiązku służby wojskowej.

Układ nerwowy (D)	Służba wojskowa				<i>p</i>
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Padaczka z rzadko występującymi napadami (6602/6502)	669	0,497	276	0,453	0,2643
Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi upośledzające sprawność ustroju (6402/6302)	424	0,315	89	0,146	0,0000***
Przewlekłe zespoły bólowe, korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów, z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi (6302/6202)	216	0,161	19	0,031	0,0000***
Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych, z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi i troficznymi, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (6304/6204)	71	0,053	25	0,041	0,2889
Choroby układu mięśniowego i zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach mięśni upośledzające sprawność ustroju (6502/6402)	68	0,051	13	0,021	0,0034**
Zaniki po przebytych chorobach lub urazach albo wrodzone braki mięśni, nie upośledzające sprawności ustroju (6501/---)	15	0,011	×	×	×

Tabela 55. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ nerwowy” względem obowiązku służby wojskowej.

Układ nerwowy (E)	Służba wojskowa				<i>p</i>
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego, z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, znacznie upośledzające sprawność ustroju (6403/6303)	27	0,020	118	0,194	0,0000***
Padaczka z częstymi napadami (6603/6503)	19	0,014	51	0,084	0,0000***
Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi (znaczne niedowłady lub porażenia), czuciowymi lub troficznymi upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (6305/6205)	3	0,002	16	0,026	0,0000***
Organiczne postępujące choroby ośrodkowego układu nerwowego, nie rokujące poprawy (6404/6304)	4	0,003	11	0,018	0,0005***
Choroby układu mięśniowego i zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach znacznie upośledzające sprawność ustroju (6503/6403)	2	0,001	8	0,013	0,0011**
Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i utrwalonymi objawami ubytkowymi znacznie upośledzającymi sprawność ustroju (6303/6203)	0	0,000	6	0,010	0,0003***

Tabela 56. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ nerwowy” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Układ nerwowy (D)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Padaczka z rzadko występującymi napadami (6602/6502)	291	0,420	378	0,580	0,0000***	149	0,415	127	0,507	0,0848
Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi upośledzające sprawność ustroju (6402/6302)	185	0,267	239	0,367	0,0007***	61	0,170	28	0,112	0,1116
Przewlekłe zespoły bólowe, korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów, z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi (6302/6202)	86	0,124	130	0,199	0,0006***	11	0,031	8	0,032	0,9243
Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych, z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi i troficznymi, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (6304/6204)	32	0,046	39	0,060	0,279	15	0,042	10	0,040	0,7888
Choroby układu mięśniowego i zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach mięśni upośledzające sprawność ustroju (6502/6402)	35	0,051	33	0,051	0,9225	9	0,025	4	0,016	0,3427
Zaniki po przebytych chorobach lub urazach albo wrodzone braki mięśni, nie upośledzające sprawności ustroju (6501/---)	9	0,013	6	0,009	0,3802	×	×	×	×	×

Tabela 57. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ nerwowy” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Układ nerwowy (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					Nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego, z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, znacznie upośledzające sprawność ustroju (6403/6303)	15	0,022	12	0,018	0,676	61	0,170	57	0,228	0,0809
Padaczka z częstymi napadami (6603/6503)	11	0,016	8	0,012	0,7566	31	0,086	20	0,080	0,7472
Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi (znaczne niedowłady lub porażenia), czuciowymi lub troficznymi upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (6305/6205)	1	0,001	2	0,003	0,5281	7	0,019	9	0,036	0,1354
Organiczne postępujące choroby ośrodkowego układu nerwowego, nie rokujące poprawy (6404/6304)	2	0,003	2	0,003	0,7049	5	0,014	6	0,024	0,2234
Choroby układu mięśniowego i zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach znacznie upośledzające sprawność ustroju (6503/6403)	1	0,001	1	0,002	0,5281	7	0,019	1	0,004	0,0679
Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i utrwalonymi objawami ubytkowymi znacznie upośledzającymi sprawność ustroju (6303/6203)	0	0,000	0	0,000	1	4	0,011	2	0,008	0,7009

4.7.6.6. Choroby i ułomności z rozdziału X – „układ krążenia”

W grupie schorzeń „układ krążenia” najczęściej orzecaną chorobą powodującą orzeczenie kategorii zdrowia D było nadciśnienie tętnicze II stopnia (umiarkowane). Jednak dla tej choroby zależność nie jest znamienna statystycznie (tab. 58). Bardzo wysoko istotna statystycznie zależność występuje dla pięciu chorób z tej grupy. Dla jednej choroby występuje wysoce istotna statystycznie zależność. W przypadku orzeczonych kategorii zdrowia E zależność statystyczna występuje dla wszystkich chorób z wyjątkiem zespołów pozakrzepowych i zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych (tab. 59). Najliczniejszym schorzeniem powodującym zakwalifikowanie poborowych do kategorii zdrowia E jest zespół wypadania płatków zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) powodujący zaburzenia sprawności ustroju.

Analizując zależności pomiędzy obowiązkiem służby wojskowej oraz miejscem zamieszkania wśród chorób powodujących kategorię zdrowia D w okresie zawieszenia służby wojskowej tylko dla nadciśnienia tętniczego II stopnia (umiarkowane) zależność jest znamienne statystycznie. W przypadku okresu obowiązku służby wojskowej dla trzech chorób występuje zależność statystyczna (tab. 60). W zestawieniu dotyczącym przypadków orzekanych kategorii zdrowia E zależność statystyczna występuje jedynie w okresie obowiązku pełnienia służby wojskowej i dotyczy ona schorzenia: wad zastawkowych serca upośledzających sprawność fizyczną oraz chorób mięśnia sercowego lub zaburzeń rytmu nawracających albo trwałych powodujących znaczne upośledzenie sprawności ustroju (tab. 61).

Tabela 58. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ krążenia” względem obowiązku służby wojskowej.

Układ krążenia (D)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Nadciśnienie tętnicze II stopnia (umiarkowane) (3902/3902)	323	0,240	128	0,210	0,1758
Izolowane wypadanie płatką zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) nie powodujące zaburzeń sprawności ustroju (3811/---)	398	0,296	×	×	×
Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwale nieupośledzające sprawności ustroju (3801/3801)	312	0,232	30	0,049	0,0000***
Zastawkowe wady serca bez powikłań i istotnych zaburzeń hemodynamicznych nieupośledzające sprawności ustroju (3806/3809)	165	0,123	43	0,071	0,0010**
Wrodzone wady serca (---/3808)	33	0,025	100	0,164	0,163
Zespół wypadanie płatką zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) powodujący zaburzenia sprawności ustroju (3812/3815)	105	0,078	12	0,020	0,0000***
Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia (3906/3907)	35	0,026	21	0,034	0,3088
Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwale powodujące upośledzenie sprawności ustroju (---/3802)	3	0,002	44	0,072	0,0004***
Zespoły pozakrzepowe i zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych (3905/3905)	44	0,033	2	0,003	0,0001***
Wady zastawkowe serca upośledzające sprawność fizyczną (---/3810)	0	0,000	25	0,041	0,0010***
Przewlekła choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej stabilnej (3803/3804)	3	0,002	5	0,008	0,056
Ciała obce wgojone w serce (---/3812)	0	0,000	2	0,003	0,3503
Przewlekła choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej stabilnej z przebyłym zawałem (---/3805)	0	0,000	1	0,002	0,509

Tabela 59. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ krążenia” względem obowiązku służby wojskowej.

Układ krążenia (E)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Wrodzone wady serca (3805/3808)	46	0,034	100	0,164	0,0000***
Zespół wypadanie płatków zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) powodujący zaburzenia sprawności ustroju (3812/---)	104	0,077	×	×	×
Przewlekła choroba niedokrwienności serca z częstymi zaostrzeniami, przebytym zawałem lub powikłaniami (3804/3807)	48	0,036	3	0,005	0,0001***
Wady zastawkowe serca upośledzające sprawność fizyczną (3807/3810)	4	0,003	25	0,041	0,0000***
Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwałe powodujące znaczne upośledzenie sprawności ustroju (3802/3803)	16	0,012	5	0,008	0,3274
Inne choroby serca upośledzające trwałe sprawność fizyczną (3813/3816)	0	0,000	11	0,018	0,0000***
Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia (3906/---)	7	0,005	×	×	×
Choroby naczyń krwionośnych znacznie upośledzające sprawność ustroju, w tym także po operacjach rekonstrukcyjnych bez wyraźnej poprawy (3907/3908)	0	0,000	7	0,011	0,0001***
Zespoły pozakrzepowe i zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych (---/3905)	3	0,002	2	0,003	0,1497
Ciała obce wgojone w serce (3809/3812)	0	0,000	2	0,003	0,0357*
Nadciśnienie tętnicze III stopnia (ciężkie) (3903/3903)	0	0,000	2	0,003	0,0357*

Tabela 60. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ krążenia” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Układ krążenia (D)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Nadciśnienie tętnicze II stopnia (umiarkowane) (3902/3902)	172	0,248	151	0,232	0,5369	64	0,178	64	0,256	0,0393*
Izolowane wypadanie płatką zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) nie powodujące zaburzeń sprawności ustroju (3811/---)	177	0,255	221	0,339	0,0048**	×	×	×	×	×
Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwale nieupośledzające sprawności ustroju (3801/3801)	119	0,172	193	0,296	0,0000***	21	0,058	9	0,036	0,2186
Zastawkowe wady serca bez powikłań i istotnych zaburzeń hemodynamicznych nieupośledzające sprawności ustroju (3806/3809)	92	0,133	73	0,112	0,2776	22	0,061	21	0,084	0,2988
Wrodzone wady serca (---/3808)	25	0,036	8	0,012	0,0098**	66	0,184	34	0,136	0,1519
Zespół wypadanie płatką zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) powodujący zaburzenia sprawności ustroju (3812/3815)	45	0,065	60	0,092	0,0751	7	0,019	5	0,020	0,9651
Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia (3906/3907)	20	0,029	15	0,023	0,5068	10	0,028	11	0,044	0,2909
Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwale powodujące upośledzenie sprawności ustroju (---/3802)	2	0,003	1	0,002	0,6436	22	0,061	22	0,088	0,2269
Zespoły pozakrzepowe i zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych (3905/3905)	24	0,035	20	0,031	0,6895	1	0,003	1	0,004	0,7968
Wady zastawkowe serca upośledzające sprawność fizyczną (---/3810)	0	0,000	0	0,000	1	11	0,031	14	0,056	0,1284
Przewlekła choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej stabilnej (3803/3804)	2	0,003	1	0,002	0,6	1	0,003	4	0,016	0,0766
Ciała obce wgojone w serce (---/3812)	0	0,000	0	0,000	1	0	0,000	2	0,008	0,0901
Przewlekła choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej stabilnej z przebytym zawałem (---/3805)	0	0,000	0	0,000	1	1	0,003	0	0,000	0,4041

Tabela 61. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ krążenia” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Układ krążenia (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Wrodzone wady serca (3805/3808)	27	0,039	19	0,029	0,3311	66	0,184	34	0,136	0,1517
Zespół wypadanie płatków zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) powodujący zaburzenia sprawności ustroju (3812/---)	44	0,063	60	0,092	0,0596	×	×	×	×	×
Przewlekła choroba niedokrwienna serca z częstymi zaostrzeniami, przebytym zawałem lub powikłaniami (3804/3807)	21	0,030	27	0,041	0,2804	2	0,006	1	0,004	0,7860
Wady zastawkowe serca upośledzające sprawność fizyczną (3807/3810)	0	0,000	4	0,006	0,0392*	11	0,031	14	0,056	0,1284
Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwałe powodujące znaczne upośledzenie sprawności ustroju (3802/3803)	4	0,006	12	0,018	0,0337*	1	0,003	4	0,016	0,0766
Inne choroby serca upośledzające trwałe sprawność fizyczną (3813/3816)	0	0,000	0	0,000	1	5	0,014	6	0,024	0,3627
Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia (3906/---)	4	0,006	3	0,005	0,7666	×	×	×	×	×
Choroby naczyń krwionośnych znacznie upośledzające sprawność ustroju, w tym także po operacjach rekonstrukcyjnych bez wyraźnej poprawy (3907/3908)	0	0,000	0	0,000	1	2	0,006	5	0,020	0,1022
Zespoły pozakrzepowe i zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych (---/3905)	3	0,004	0	0,000	0,1052	1	0,003	1	0,004	0,7968
Ciała obce wgojone w serce (3809/3812)	0	0,000	0	0,000	1	0	0,000	2	0,008	0,0901
Nadciśnienie tętnicze III stopnia (ciężkie) (3903/3903)	0	0,000	0	0,000	1	0	0,000	2	0,008	0,0901

4.7.6.7. Choroby i ułomności z rozdziału VIII – „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup”

W okresie obowiązkowej służby wojskowej, poborowi z orzeczonymi chorobami i ułomnościami z rozdziału VIII powodującymi orzeczenie kategorii zdrowia D stanowili znacznie większy odsetek niż w okresie kiedy została ona zawieszona. Najczęściej orzekanym schorzeniem z tej grupy jest skrzywienie i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, upośledzające sprawność ustroju, dla którego też występuje bardzo wysoce istotna statystycznie zależność. Zależność taka występuje również dla dwóch innych chorób (tab. 62). W przypadku orzeczonych kategorii zdrowia E wysoce istotna statystycznie zależność występuje jedynie dla chorób: skrzywienie i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, znacznie upośledzające sprawność ustroju oraz zniekształcenia dużego stopnia lub ubytki rozległe kostne klatki piersiowej, znacznie upośledzające sprawność ustroju (tab. 63).

Zależność statystyczna ze względu na miejsce zamieszkania występuje dla choroby: skrzywienia i wad kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, upośledzające sprawność ustroju zarówno w okresie obowiązkowej służby wojskowej jak i w okresie kiedy była ona zawieszona (tab. 64). Ponadto statystycznie istotna zależność występuje dla schorzenia: garb ale jedynie w okresie kiedy służba wojskowa była zawieszona. Taka sama zależność występuje dla schorzenia: garb w grupie chorób z rozdziału VIII, których stwierdzenie spowodowało przyznanie poborowym kategorii zdrowia E (tab. 65).

Tabela 62. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup” względem obowiązku służby wojskowej.

Szyja, klatka piersiowa, kręgosłup (D)	Służba wojskowa				<i>p</i>
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Skrzywienie i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, upośledzające sprawność ustroju (3402/3402)	906	0,674	132	0,216	0,0000***
Zniekształcenia lub niewielkie ubytki kostne klatki piersiowej, upośledzające sprawność ustroju (3302/3302)	324	0,241	50	0,082	0,0000***
Inne choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ruchową (3411/3410)	121	0,090	24	0,039	0,0001***
Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa upośledzająca sprawność ustroju (3406/3406)	37	0,028	12	0,020	0,3106
Kręcz szyi niewielkiego stopnia (3101/---)	26	0,019	×	×	×
Zniekształcenie obojczyka upośledzające sprawność obręczy barkowej (3202/3202)	13	0,010	5	0,008	0,7540
Garb (---/3404)	3	0,002	6	0,010	0,8467
Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce) upośledzające sprawność ustroju (3305/3305)	5	0,004	2	0,003	0,8807
Zniekształcenie obojczyka znacznie upośledzające sprawność obręczy barkowej (3203/---)	3	0,002	×	×	×
Kręcz szyi znacznego stopnia (---/3102)	1	0,001	1	0,002	0,5461
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (---/3408)	1	0,001	1	0,002	0,5461

Tabela 63. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup” względem obowiązku służby wojskowej.

Szyja, klatka piersiowa, kręgosłup (E)	Służba wojskowa				<i>p</i>
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Skrzywienie i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, znacznie upośledzające sprawność ustroju (3403/3403)	12	0,009	17	0,028	0,0014**
Garb (3404/3404)	9	0,007	6	0,010	0,4619
Zniekształcenia dużego stopnia lub ubytki rozległe kostne klatki piersiowej, znacznie upośledzające sprawność ustroju (3303/3303)	3	0,002	8	0,013	0,0080**
Inne choroby kręgosłupa znacznie upośledzające sprawność ruchową (3412/3411)	3	0,002	4	0,007	0,1385
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (3407/3408)	4	0,003	1	0,002	0,5888
Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce) znacznie upośledzające sprawność ustroju (3307/3306)	2	0,001	0	0,000	0,3409
Kręcz szyi znacznego stopnia (3102/---)	1	0,001	×	×	×
Przetoki skrzepochodne wrodzone i nabyte (3103/---)	1	0,001	×	×	×

Tabela 64. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Szyja, klatka piersiowa, kręgosłup (D)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Skrzywienie i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, upośledzające sprawność ustroju (3402/3402)	393	0,567	513	0,787	0,0000***	59	0,164	73	0,292	0,0009***
Zniekształcenia lub niewielkie ubytki kostne klatki piersiowej, upośledzające sprawność ustroju (3302/3302)	171	0,247	153	0,235	0,6543	27	0,075	23	0,092	0,4762
Inne choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ruchową (3411/3410)	69	0,100	52	0,080	0,2268	12	0,033	12	0,048	0,3724
Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa upośledzająca sprawność ustroju (3406/3406)	16	0,023	21	0,032	0,3128	10	0,028	2	0,008	0,0860
Kręcz szyi niewielkiego stopnia (3101/---)	13	0,019	13	0,020	0,8755	×	×	×	×	×
Zniekształcenie obojczyka upośledzające sprawność obręczy barkowej (3202/3202)	6	0,009	7	0,011	0,6978	2	0,006	3	0,012	0,3889
Garb (---/3404)	2	0,003	1	0,002	0,6436	1	0,003	5	0,020	0,0352*
Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce) upośledzające sprawność ustroju (3305/3305)	1	0,001	4	0,006	0,1582	0	0,000	2	0,008	0,0901
Zniekształcenie obojczyka znacznie upośledzające sprawność obręczy barkowej (3203/---)	2	0,003	1	0,002	0,6	×	×	×	×	×
Kręcz szyi znacznego stopnia (---/3102)	0	0,000	1	0,002	0,285	1	0,003	0	0,000	0,4041
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (---/3408)	0	0,000	1	0,002	0,285	1	0,003	0	0,000	0,4041

Tabela 65. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Szyja, klatka piersiowa, kręgosłup (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Skrzywienie i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, znacznie upośledzające sprawność ustroju (3403/3403)	6	0,009	6	0,009	0,9152	12	0,033	5	0,020	0,3294
Garb (3404/3404)	5	0,007	4	0,006	0,8093	1	0,003	5	0,020	0,0352*
Zniekształcenia dużego stopnia lub ubytki rozległe kostne klatki piersiowej, znacznie upośledzające sprawność ustroju (3303/3303)	2	0,003	1	0,002	0,6	7	0,019	1	0,004	0,1007
Inne choroby kręgosłupa znacznie upośledzające sprawność ruchową (3412/3411)	2	0,003	1	0,002	0,6	1	0,003	3	0,012	0,1674
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (3407/3408)	1	0,001	3	0,005	0,2883	1	0,003	0	0,000	0,4041
Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce) znacznie upośledzające sprawność ustroju (3307/3306)	1	0,001	1	0,002	0,9653	0	0,000	0	0,000	1,0000
Kręcz szyi znacznego stopnia (3102/---)	1	0,001	0	0,000	0,3322	×	×	×	×	×
Przetoki skrzelopochodne wrodzone i nabyte (3103/---)	0	0,000	1	0,002	0,3024	×	×	×	×	×

4.7.6.8. Choroby i ułomności z rozdziału VIII – „skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne”

W okresie obowiązkowej służby wojskowej, poborowi z orzeczonymi chorobami: przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność ustroju oraz blizny szpecące lub upośledzające sprawność ustroju, powodującymi orzeczenie kategorii zdrowia D stanowili znacznie większy odsetek niż w okresie kiedy została ona zawieszona (tab. 66). Samookaleczenia oraz tatuaże były jednym ze sposobów na „uniknięcie” wojska. Dla ww. chorób istnieje bardzo wysoko istotna statystycznie zależność. Zależność taka występuje również dla schorzenia: ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne znacznie upośledzające sprawność ustroju, które powoduje zaliczenie poborowych do kategorii zdrowia E (tab. 67). Statystyczna zależność występuje również dla choroby: przewlekłe choroby skóry znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju.

Zależność statystyczna ze względu na miejsce zamieszkania w okresie obowiązku pełnienia służby wojskowej występuje dla 3 schorzeń skutkujących orzeczeniem kategorii zdrowia D (tab. 68):

1. Przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność ustroju.
2. Blizny szpecące lub upośledzające sprawność ustroju
3. Tatuaże szpecące.

W przypadku schorzeń, których posiadanie skutkuje otrzymaniem orzeczenia kategorii zdrowia E, zależność statystyczna pomiędzy miejscem zamieszkania na wsi i w mieście występuje dla schorzenia: przewlekłe choroby skóry znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju wyłącznie w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej (tab. 69).

Tabela 66. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne” względem obowiązku służby wojskowej.

Skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne (D)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność ustroju (0203/0203)	629	0,468	131	0,215	0,0000***
Blizny szpecące lub upośledzające sprawność ustroju (0303/0303)	237	0,176	38	0,062	0,0000***
Tatuáže szpecące (0208/---)	47	0,035	×	×	×
Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne upośledzające sprawność ustroju (0206/0206)	1	0,001	1	0,002	0,5661
Schorzenia naczyń limfatycznych lub węzłów chłonnych nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (0501/0401)	2	0,001	0	0,000	0,3409
Torbiel włosowa nawrotowa po wielokrotnych (trzech i więcej) operacjach, nie poddająca się leczeniu (0210/0211)	1	0,001	0	0,000	0,5007

Tabela 67. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne” względem obowiązku służby wojskowej

Skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne (E)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne znacznie upośledzające sprawność ustroju (---/0207)	0	0,000	2	0,003	0,0000***
Przewlekłe choroby skóry znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (0204/0204)	6	0,004	8	0,013	0,0362*
Blizny znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (0304/0304)	6	0,004	1	0,002	0,3341
Schorzenia naczyń limfatycznych lub węzłów chłonnych upośledzające sprawność ustroju (0502/0402)	0	0,000	1	0,002	0,1376

Tabela 68. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne (D)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność ustroju (0203/0203)	267	0,385	362	0,555	0,0204*	75	0,209	56	0,224	0,6917
Blizny szpecące lub upośledzające sprawność ustroju (0303/0303)	147	0,212	90	0,138	0,0003***	27	0,075	11	0,044	0,1294
Tatuaże szpecące (0208/---)	11	0,016	36	0,055	0,0001***	×	×	×	×	×
Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne upośledzające sprawność ustroju (0206/0206)	1	0,001	0	0,000	0,3322	0	0,000	1	0,004	0,2307
Schorzenia naczyń limfatycznych lub węzłów chłonnych nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (0501/0401)	0	0,000	2	0,003	0,1447	0	0,000	0	0,000	1,0000
Torbiel włosowa nawrotowa po wielokrotnych (trzech i więcej) operacjach, nie poddająca się leczeniu (0210/0211)	0	0,000	1	0,002	0,3024	0	0,000	0	0,000	1,0000

Tabela 69. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne znacznie upośledzające sprawność ustroju (---/0207)	0	0,000	0	0,000	1	2	0,006	0	0,000	0,2380
Przewlekłe choroby skóry znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (0204/0204)	2	0,003	4	0,006	0,3723	1	0,003	7	0,028	0,0076**
Blizny znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (0304/0304)	4	0,006	2	0,003	0,4583	0	0,000	1	0,004	0,2307
Schorzenia naczyń limfatycznych lub węzłów chłonnych upośledzające sprawność ustroju (0502/0402)	0	0,000	0	0,000	1	0	0,000	1	0,004	0,2307

4.7.6.9. Choroby i ułomności z rozdziału XI – „układ trawienny”

W licznej grupie chorób rozdziału XI powodujących przyznanie kategorii zdrowia D, tylko dla ośmiu chorób występuje istotność statystyczna względem obowiązku służby (tab. 70):

1. Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z nawrotami (najczęściej orzekana choroba w tej grupie) – występowała 23 razy częściej w okresie służby obowiązkowej.
2. Przewlekłe zakażenie HCV (występowało 5 razy częściej w okresie służby obowiązkowej).
3. Zmiany organiczne lub zmiany czynnościowe jelita grubego upośledzające sprawność ustroju.
4. Przewlekłe zakażenie HBV.
5. Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami (występowała 3 razy częściej w okresie służby obowiązkowej).
6. Przepukliny (występowały 4 razy częściej w okresie służby obowiązkowej).
7. Żylaki odbytu z owrzodzeniami lub żylaki nawrotowe.
8. Niedowład lub rozstrzeń żołądka, z zaleganiem treści.

Zależność statystyczna występuje również dla czterech schorzeń na podstawie których poborowych zalicza się do kategorii zdrowia E (tab. 71):

1. Przewlekłe zapalenie wątroby.
2. Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego znacznie upośledzające sprawność ustroju.
3. Przewlekłe choroby trzustki.
4. Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita grubego, znacznie upośledzające sprawność ustroju.

Zależność statystyczna ze względu na miejsce zamieszkania w okresie obowiązku pełnienia służby wojskowej występuje dla 8 schorzeń skutkujących orzeczeniem kategorii zdrowia D i 4 schorzeń w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej (tab. 72). W przypadku schorzeń, których posiadanie skutkuje otrzymaniem orzeczenia kategorii zdrowia E, zależność statystyczna pomiędzy miejscem zamieszkania na wsi i w mieście występuje dla schorzenia: przewlekłe zapalenie dróg żółciowych upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju wyłącznie w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej (tab. 73).

Tabela 70. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ trawienny” względem obowiązku służby wojskowej.

Układ trawienny (D)	Służba wojskowa				P
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z nawrotami (4304/4305)	313	0,233	6	0,010	0,0000***
Przewlekła hiperbilirubinemia bez innych cech nieprawidłowej funkcji wątroby (4409/4411)	175	0,130	81	0,133	0,8122
Przewlekłe zakażenie HCV (4410/4412)	147	0,109	13	0,021	0,0000***
Zmiany organiczne lub zmiany czynnościowe jelita grubego upośledzające sprawność ustroju (4316/4318)	43	0,032	38	0,062	0,0012**
Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit z upośledzeniem sprawności ustroju (4302/4302)	61	0,045	16	0,026	0,0651
Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach z upośledzeniem sprawności ustroju (4311/4312)	53	0,039	14	0,023	0,0504
Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego, upośledzające sprawność ustroju (4314/4315)	42	0,031	22	0,036	0,4665
Przewlekłe zakażenie HBV (---/4413)	11	0,008	27	0,044	0,0001***
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami (4305/4306)	50	0,037	7	0,011	0,0021**
Przepukliny (4601/4601)	29	0,022	5	0,008	0,0379*
Żylaki odbytu z owrzodzeniami lub żylaki nawrotowe (4704/4704)	18	0,013	0	0,000	0,0043**
Przebyte pourazowe i toksyczne uszkodzenie wątroby z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem jej wydolności (4412/4416)	12	0,009	4	0,007	0,5925
Choroby przelyku miernie upośledzające sprawność ustroju (4003/4003)	13	0,010	1	0,002	0,0520
Kamica dróg żółciowych (4403/4403)	10	0,007	2	0,003	0,2772
Przewlekłe zapalenie dróg żółciowych upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (4402/4402)	6	0,004	3	0,005	0,8901
Przepukliny przeponowe upośledzające sprawność ustroju (4604/4604)	8	0,006	1	0,002	0,1933
Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju (4405/4405)	5	0,004	2	0,003	0,7051
Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe (4602/4602)	8	0,006	0	0,000	0,0568
Zrosty otrzewnej upośledzające sprawności ustroju (4201/4201)	6	0,004	1	0,002	0,3341
Przewlekłe choroby trzustki (---/4501)	0	0,000	5	0,008	0,1397
Przewlekłe operacje trzustki (---/4502)	0	0,000	4	0,007	0,1865
Przebyta częściowa resekcja żołądka nie upośledzająca sprawności ustroju (4306/4307)	2	0,001	0	0,000	0,3409
Niedowład lub rozstrzeń żołądka, z zaleganiem treści (---/4309)	2	0,001	0	0,000	0,0323*
Przebyte operacje wątroby (---/4417)	0	0,000	2	0,003	0,3503
Przetoki okołodbytnicze lub odbytnicy, pierwotne i nawrotowe (---/4702)	1	0,001	1	0,002	0,5461

Tabela 71. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ trawienny” względem obowiązku służby wojskowej.

Układ trawienny (E)	Służba wojskowa				p
	obowiązkowa		nieobowiązkowa		
	N	%	N	%	
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami (4305/---)	48	0,036	×	×	×
Przewlekłe zapalenie wątroby (4407/4408)	5	0,004	16	0,026	0,0000***
Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego znacznie upośledzające sprawność ustroju (---/4316)	12	0,009	3	0,005	0,0000***
Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach, ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju (4312/4313)	4	0,003	5	0,008	0,1148
Przebyte pourazowe i toksyczne uszkodzenie wątroby z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem jej wydolności (---/4416)	3	0,002	4	0,007	0,4725
Przewlekłe choroby trzustki (45/4501)	0	0,000	5	0,008	0,0009***
Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita grubego, znacznie upośledzające sprawność ustroju (4317/4319)	0	0,000	4	0,007	0,0030**
Przewlekłe zapalenie dróg żółciowych upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (---/4402)	1	0,001	3	0,005	0,8153
Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju (---/4405)	2	0,001	2	0,003	0,3933
Przewlekłe operacje trzustki (---/4502)	0	0,000	4	0,007	0,1865
Niedowład lub rozstrzeń żołądka, z zaleganiem treści (4308/4309)	2	0,001	0	0,000	0,3409
Marskość wątroby (4408/4409)	1	0,001	1	0,002	0,5661
Przebyte operacje wątroby (---/4417)	0	0,000	2	0,003	0,3503
Przetoki okołodbytnicze lub odbytnicy, pierwotne i nawrotowe (---/4702)	1	0,001	1	0,002	0,5461
Choroby przelyku znacznie upośledzające sprawność ustroju (4004/4004)	1	0,001	0	0,000	0,5007
Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej znacznie upośledzające sprawność ustroju (4103/4103)	1	0,001	0	0,000	0,5007
Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju (---/4303)	1	0,001	0	0	0,1300

Tabela 72. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ trawienny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Układ trawienny (D)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				P
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z nawrotami (4304/4305)	124	0,179	189	0,290	0,0000***	4	0,011	2	0,008	0,7009
Przewlekła hiperbilirubinemia bez innych cech nieprawidłowej funkcji wątroby (4409/4411)	46	0,066	129	0,198	0,0000***	39	0,109	42	0,168	0,0479*
Przewlekłe zakażenie HCV (4410/4412)	53	0,076	94	0,144	0,0003***	4	0,011	9	0,036	0,0388*
Zmiany organiczne lub zmiany czynnościowe jelita grubego upośledzające sprawność ustroju (4316/4318)	15	0,022	28	0,043	0,0259*	16	0,045	22	0,088	0,0347*
Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit z upośledzeniem sprawności ustroju (4302/4302)	16	0,023	45	0,069	0,0001***	7	0,019	9	0,036	0,2163
Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach z upośledzeniem sprawności ustroju (4311/4312)	27	0,039	26	0,040	0,9367	10	0,028	4	0,016	0,3427
Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego, upośledzające sprawność ustroju (4314/4315)	16	0,023	26	0,040	0,0757	11	0,031	11	0,044	0,3931
Przewlekłe zakażenie HBV (---/4413)	4	0,006	7	0,011	0,0462*	17	0,047	10	0,040	0,6721
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami (4305/4306)	19	0,027	31	0,048	0,0554	4	0,011	3	0,012	0,9224
Przepukliny (4601/4601)	21	0,030	8	0,012	0,0245*	4	0,011	1	0,004	0,3387
Żylaki odbytu z owrzodzeniami lub żylaki nawrotowe (4704/4704)	6	0,009	12	0,018	0,1223	0	0,000	0	0,000	1,0000
Przebyte pourazowe i toksyczne uszkodzenie wątroby z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem jej wydolności (4412/4416)	5	0,007	7	0,011	0,4939	3	0,008	1	0,004	0,5142
Choroby przelyku miernie upośledzające sprawność ustroju (4003/4003)	5	0,007	8	0,012	0,3455	0	0,000	1	0,004	0,2307
Kamica dróg żółciowych (4403/4403)	3	0,004	7	0,011	0,173	1	0,003	1	0,004	0,7968
Przewlekłe zapalenie dróg żółciowych upośledzające lub znacznie	3	0,004	3	0,005	0,94	0	0,000	3	0,012	0,0379*

upośledzające sprawność ustroju (4402/4402)										
Przepukliny przeponowe upośledzające sprawność ustroju (4604/4604)	1	0,001	7	0,011	0,0272*	0	0,000	1	0,004	0,2307
Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe (4602/4602)	5	0,007	3	0,005	0,5349	0	0,000	0	0,000	1,0000
Zrosty otrzewnej upośledzające sprawności ustroju (4201/4201)	5	0,007	1	0,002	0,1191	0	0,000	1	0,004	0,2307
Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju (4405/4405)	1	0,001	4	0,006	0,1582	2	0,006	0	0,000	0,2380
Przewlekłe choroby trzustki (---/4501)	0	0,000	0	0,000	1	1	0,003	4	0,016	0,0766
Przewlekłe operacje trzustki (---/4502)	0	0,000	0	0,000	1	3	0,008	1	0,004	0,5142
Przebyta częściowa resekcja żołądka nie upośledzająca sprawności ustroju (4306/4307)	2	0,003	0	0,000	0,1702	0	0,000	0	0,000	1,0000
Niedowład lub rozstrzeń żołądka, z zaleganiem treści (---/4309)	1	0,001	1	0,002	0,9246	0	0,000	0	0,000	1,0000
Przebyte operacje wątroby (---/4417)	0	0,000	0	0,000	1	2	0,006	0	0,000	0,2380
Przetoki okołodbytnicze lub odbytnicy, pierwotne i nawrotowe (---/4702)	1	0,001	0	0,000	0,3496	0	0,000	1	0,004	0,2307

Tabela 73. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ trawienny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.

Układ trawienny (E)	Służba wojskowa									
	obowiązkowa					nieobowiązkowa				
	Miejsce zamieszkania				p	Miejsce zamieszkania				p
	wieś		miasto			wieś		miasto		
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami (4305/---)	18	0,026	30	0,046	0,0516	×	×	×	×	×
Przewlekłe zapalenie wątroby (4407/4408)	1	0,001	4	0,006	0,1582	10	0,028	6	0,024	0,7731
Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego znacznie upośledzające sprawność ustroju (---/4316)	4	0,006	8	0,012	0,1647	2	0,006	1	0,004	0,7860
Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach, ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju (4312/4313)	3	0,004	1	0,002	0,3477	1	0,003	4	0,016	0,0766
Przebyte pourazowe i toksyczne uszkodzenie wątroby z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem jej wydolności (---/4416)	2	0,003	1	0,002	0,6436	3	0,008	1	0,004	0,5142
Przewlekłe choroby trzustki (45/4501)	0	0,000	0	0,000	1	1	0,003	4	0,016	0,0766
Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita grubego, znacznie upośledzające sprawność ustroju (4317/4319)	0	0,000	0	0,000	1	2	0,006	2	0,008	0,7158
Przewlekłe zapalenie dróg żółciowych upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju (---/4402)	1	0,001	0	0,000	0,3496	0	0,000	3	0,012	0,0379*
Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju (---/4405)	0	0,000	2	0,003	0,1305	2	0,006	0	0,000	0,2380
Przewlekłe operacje trzustki (---/4502)	0	0,000	0	0,000	1	3	0,008	1	0,004	0,5142
Niedowład lub rozstrzeń żołądka, z zaleganiem treści (4308/4309)	1	0,001	1	0,002	0,9653	0	0,000	0	0,000	1,0000
Marskość wątroby (4408/4409)	0	0,000	1	0,002	0,3024	1	0,003	0	0,000	0,4041
Przebyte operacje wątroby (---/4417)	0	0,000	0	0,000	1	2	0,006	0	0,000	0,2380
Przetoki okołodbytnicze lub odbytnicy, pierwotne i nawrotowe (---/4702)	1	0,001	0	0,000	0,3496	0	0,000	1	0,004	0,2307
Choroby przelyku znacznie upośledzające sprawność ustroju (4004/4004)	1	0,001	0	0,000	0,3322	0	0,000	0	0,000	1,0000
Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej znacznie upośledzające sprawność ustroju (4103/4103)	0	0,000	1	0,002	0,3024	0	0,000	0	0,000	1,0000
Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju (---/4303)	0	0,000	1	0,002	0,285	0	0,000	0	0,000	1,0000

Po analizie częstości występowania chorób i ułomności z poszczególnych grup schorzeń można stwierdzić, że istnieje 11 chorób z ośmiu grup schorzeń, których liczebność występowania wyniosła minimum 500 i które były przyczyną orzeczenia poborowym kategorii zdrowia D (tab. 74).

Tabela 74. Wykaz najliczniej występujących chorób i ułomności, które skutkowały orzeczeniem wobec poborowych kategorii zdrowia D

Lp.	Choroba, ułomność	Liczba
1	Astma oskrzelowa sporadyczna (epizodyczna)	1703
2	Sprawność umysłowa poniżej przeciętnej (niska norma)	1050
3	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte upośledzające sprawność ustroju	1038
4	Padaczka z rzadko występującymi napadami	945
5	Pogranicze upośledzenia umysłowego	927
6	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szklami sferycznymi powyżej $\pm 6,0$ D lub cylindrycznymi powyżej $\pm 3,0$ D	903
7	Zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę	859
8	Przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	662
9	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku gorszego oka mniejszą niż 0,5 do 0,1 z korekcją optymalną	556
10	Zwichnięcia nawykowe dużego stawu	537
11	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi upośledzające sprawność ustroju	513

W przypadku orzekania kategorii zdrowia E przyjęto liczebność występowania na poziomie minimum 100 (tab. 75). W grupie tej znalazły się choroby z grupy: narządu wzroku, stan psychiczny, układu nerwowego i układu krążenia.

Tabela 75. Wykaz najliczniej występujących chorób i ułomności, które skutkowały orzeczeniem wobec poborowych kategorii zdrowia E

Lp.	Choroba, ułomność	Liczba
1	Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi	386
2	Upośledzenie umysłowe	350
3	Wrodzone wady serca	146
4	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi znacznie upośledzające sprawność ustroju	145
5	Zespół wypadanie płotka zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) powodujący zaburzenia sprawności ustroju	104

4.7.7. Przyczyny niezdolności do służby wojskowej według powiatów

W kolejnej części przedstawiono częstość występowania schorzeń w przekroju przestrzennym, według powiatów. Z uwagi na mniejszą liczebność porównywanych prób, ograniczono się do najczęściej występujących grup schorzeń, dla których wyniki w mniejszych populacjach były względnie wiarygodne.

4.7.7.1. Występowanie schorzeń psychicznych

Jak widać, w większości powiatów po zniesieniu obowiązku pełnienia służby wojskowej częstość niezdolności do służby z powodu chorób psychicznych kilkakrotnie spadła, choć są wyjątki – powiat brzeski czy miasto Tarnów (tab. 76).

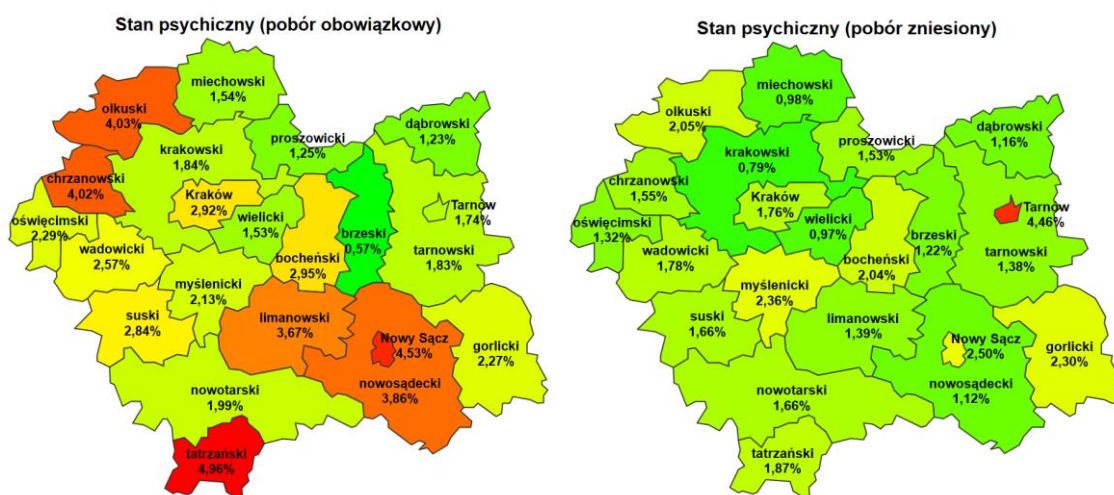
Tabela 76. Częstość występowania schorzeń z grupy stan psychiczny powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.

Powiat	Stan psychiczny					p
	Pobór obowiązkowy		Pobór nieobowiązkowy			
	N	%	N	%	RR	
bocheński	135	2,95%	46	2,04%	0,69	0,0271*
Brzeski	23	0,57%	25	1,22%	2,13	0,0072**
chrzanowski	188	4,02%	34	1,55%	0,39	0,0000***
dąbrowski	32	1,23%	14	1,16%	0,94	0,8521
Gorlicki	98	2,27%	53	2,30%	1,01	0,9378
krakowski	198	1,84%	39	0,79%	0,43	0,0000***
limanowski	181	3,67%	43	1,39%	0,38	0,0000***
miechowski	33	1,54%	9	0,98%	0,63	0,2194
myślenicki	109	2,13%	65	2,36%	1,11	0,5167
nowosądecki	313	3,86%	57	1,12%	0,29	0,0000***
nowotarski	143	1,99%	67	1,66%	0,83	0,2150
Olkuski	198	4,03%	41	2,05%	0,51	0,0001***
oświęcimski	131	2,29%	38	1,32%	0,58	0,0023**
proszowicki	23	1,25%	13	1,53%	1,23	0,5486
Suski	99	2,84%	27	1,66%	0,59	0,0115*
tarnowski	166	1,83%	40	1,38%	0,75	0,1049
tatrzański	120	4,96%	25	1,87%	0,38	0,0000***
wadowicki	152	2,57%	60	1,78%	0,69	0,0139*
wielicki	74	1,53%	21	0,97%	0,64	0,0627
m. Kraków	839	2,92%	170	1,76%	0,60	0,0000***
m. Nowy Sącz	157	4,53%	40	2,50%	0,55	0,0005***
m. Tarnów	87	1,74%	80	4,46%	2,56	0,0000***

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat

RR – ryzyko względne wystąpienia schorzenia po zniesieniu poboru względem okresu obowiązku służby

Zróznicowanie przestrzenne diagnozowania chorób psychicznych jest bardzo duże (ryc. 21). W okresie funkcjonowania obowiązku pełnienia służby wojskowej największy odsetek schorzeń z grupy psychicznych występował na terenie powiatu tatrzańskiego, najmniejszy w powiecie brzeskim. Po zawieszeniu 1 stycznia 2009 roku największy odsetek schorzeń psychicznych występował na terenie miasta Tarnów, a najmniejszy w powiecie krakowskim.



Rycina 21. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie stan psychiczny w okresach: obowiązku pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.

4.7.7.2. Narząd wzroku

W badanej populacji niezdolność do służby wojskowej z powodów schorzeń z grupy narząd wzroku jest zjawiskiem częstszym po zawieszeniu obowiązku służby wojskowej – być może jest to kwestia większego kontaktu dzieci z urządzeniami ekranowymi w ostatnich latach (tab. 77). Zdecydowany wzrost tych schorzeń wystąpił na terenie powiatów tatrzańskim, nowosądeckim i brzeskim. Zróżnicowanie regionalne występowania tych schorzeń, zwłaszcza w późniejszym okresie jest duże.

Tabela 77. Częstość występowania schorzeń z grupy narządu wzroku powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.

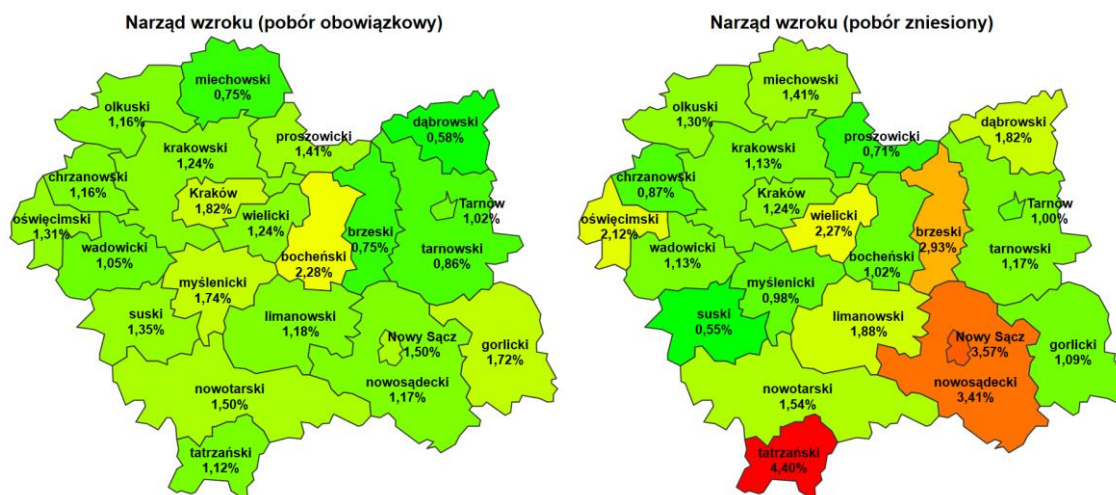
Powiat	Narząd wzroku					p
	Pobór obowiązkowy		Pobór nieobowiązkowy			
	N	%	N	%	RR	
bocheński	104	2,28%	23	1,02%	0,45	0,0003***
brzeski	30	0,75%	60	2,93%	3,92	0,0000***
chrzanowski	54	1,16%	19	0,87%	0,75	0,2768
dąbrowski	15	0,58%	22	1,82%	3,16	0,0003***
gorlicki	74	1,72%	25	1,09%	0,63	0,0445*
krakowski	134	1,24%	56	1,13%	0,91	0,5548
limanowski	58	1,18%	58	1,88%	1,60	0,0105*
miechowski	16	0,75%	13	1,41%	1,89	0,0814
myślenicki	89	1,74%	27	0,98%	0,56	0,0075**
nowosądecki	95	1,17%	173	3,41%	2,91	0,0000***
nowotarski	108	1,50%	62	1,54%	1,02	0,8915
olkuski	57	1,16%	26	1,30%	1,12	0,6251

oświęcimski	75	1,31%	61	2,12%	1,62	0,0045**
proszowicki	26	1,41%	6	0,71%	0,50	0,1183
suski	47	1,35%	9	0,55%	0,41	0,0112*
tarnowski	78	0,86%	34	1,17%	1,36	0,1274
tatrzański	27	1,12%	59	4,40%	3,95	0,0000***
wadowicki	62	1,05%	38	1,13%	1,07	0,7280
wielicki	60	1,24%	49	2,27%	1,83	0,0013**
m. Kraków	522	1,82%	120	1,24%	0,68	0,0001***
m. Nowy Sącz	52	1,50%	57	3,57%	2,38	0,0000***
m. Tarnów	51	1,02%	18	1,00%	0,98	0,9519

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat
 RR – ryzyko względne wystąpienia schorzenia po zniesieniu poboru względem okresu obowiązkowego poboru

W okresie funkcjonowania obowiązku służby wojskowej największy odsetek schorzeń z grupy narządu wzroku występował na terenie powiatu bocheńskiego, najmniejszy w powiecie dąbrowskim. Po zawieszeniu służby wojskowej 1 stycznia 2009 roku największy odsetek tych ułomności występował na terenie powiatu tatrzańskiego, a najmniejszy w powiecie suskim.

W 9 powiatach po zawieszeniu obowiązku służby wojskowej nastąpił spadek orzekanych niezdolnych do czynnej służby wojskowej z powodu schorzenia z grupy narząd wzroku, największy w bocheńskim, suskim i myślenickim (ryc. 22).



Rycina 22. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie narządu wzroku w okresach: obowiązkowego pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.

4.7.7.3. Kończyny

Choroby kończyn były diagnozowane z bardzo zróżnicowaną częstością w różnych powiatach – szczególnie przed rokiem 2009 (tab. 78). Po roku 2009 w większości powiatów diagnozowanie tego typu schorzeń znacząco obniżyło się, szczególnie w powiecie myślenickim, olkuskim i wielickim.

Tabela 78. Częstość występowania schorzeń z grupy kończyny powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.

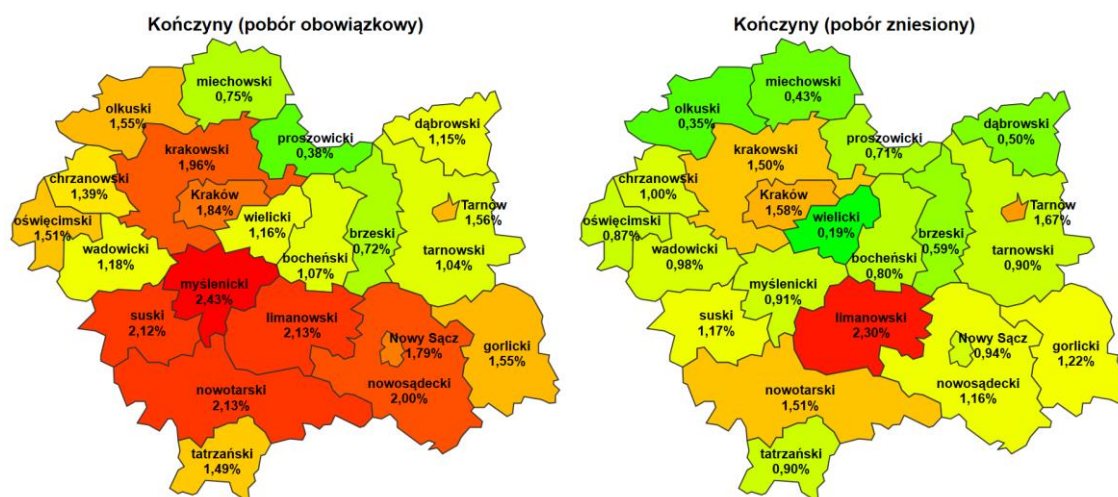
Powiat	Kończyny					p
	Pobór obowiązkowy		Pobór nieobowiązkowy			
	N	%	N	%	RR	
bocheński	49	1,07%	18	0,80%	0,74	0,2802
brzeski	29	0,72%	12	0,59%	0,81	0,5386
chrzanowski	65	1,39%	22	1,00%	0,72	0,1811
dąbrowski	30	1,15%	6	0,50%	0,43	0,0514
gorlicki	67	1,55%	28	1,22%	0,78	0,2723
krakowski	211	1,96%	74	1,50%	0,76	0,0441*
limanowski	105	2,13%	71	2,30%	1,08	0,6146
miechowski	16	0,75%	4	0,43%	0,58	0,3250
myślenicki	124	2,43%	25	0,91%	0,37	0,0000***
nowosądecki	162	2,00%	59	1,16%	0,58	0,0003***
Nowotarski	153	2,13%	61	1,51%	0,71	0,0216*
Olkuski	76	1,55%	7	0,35%	0,23	0,0000***
oświęcimski	86	1,51%	25	0,87%	0,58	0,0140*
Proszowicki	7	0,38%	6	0,71%	1,86	0,2542
suski	74	2,12%	19	1,17%	0,55	0,0177*
tarnowski	94	1,04%	26	0,90%	0,87	0,5124
tatrzański	36	1,49%	12	0,90%	0,60	0,1217
wadowicki	70	1,18%	33	0,98%	0,83	0,3618
wielicki	56	1,16%	4	0,19%	0,16	0,0001***
m. Kraków	527	1,84%	153	1,58%	0,86	0,1042
m. Nowy Sącz	62	1,79%	15	0,94%	0,53	0,0218*
m. Tarnów	78	1,56%	30	1,67%	1,07	0,7444

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat
 RR – ryzyko względne wystąpienia schorzenia po zniesieniu poboru względem okresu obowiązkowego poboru

W okresie przed 1 stycznia 2009 roku największy odsetek schorzeń z grupy kończyny występował na terenie powiatu myślenickiego, najmniejszy w powiecie proszowickim.

Po 1 stycznia 2009 roku największy odsetek tych ułomności występował na terenie powiatu limanowskiego, a najmniejszy w powiecie wielickim.

W 3 powiatach po zawieszeniu obowiązku służby wojskowej nastąpił wzrost orzekanych niezdolnych do czynnej służby wojskowej z powodu schorzenia z grupy kończyny, największy w proszowickim, limanowskim i mieście Tarnów (ryc. 23).



Rycina 23. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie kończyny w okresach: obowiązkowego pełnienia służby wojskowej i jej zawieszenia.

4.7.7.4. Układ nerwowy

Zmniejszyła się także częstość diagnozowania chorób układu nerwowego, powodujących niezdolność do służby wojskowej – w części powiatów były to zmiany istotne statystycznie (tab. 79). Największy spadek wystąpił na terenie powiatu olkuskiego i chrzanowskiego.

Tabela 79. Częstość występowania schorzeń z grupy układu nerwowego powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.

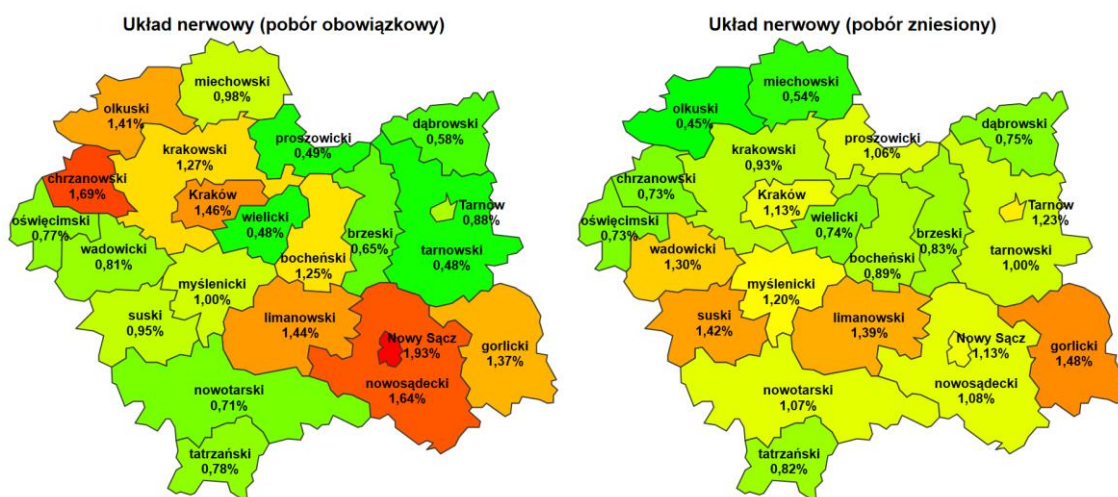
Powiat	Układ nerwowy					p
	Pobór obowiązkowy		Pobór nieobowiązkowy			
	N	%	N	%	RR	
bocheński	57	1,25%	20	0,89%	0,71	0,1849
brzeski	26	0,65%	17	0,83%	1,28	0,4246
chrzanowski	79	1,69%	16	0,73%	0,43	0,0015**
dąbrowski	15	0,58%	9	0,75%	1,29	0,5406
gorlicki	59	1,37%	34	1,48%	1,08	0,7199
krakowski	137	1,27%	46	0,93%	0,73	0,0642
limanowski	71	1,44%	43	1,39%	0,97	0,8606
mięchowski	21	0,98%	5	0,54%	0,55	0,2266

myślenicki	51	1,00%	33	1,20%	1,20	0,4119
nowosądecki	133	1,64%	55	1,08%	0,66	0,0087**
nowotarski	51	0,71%	43	1,07%	1,50	0,0474*
olkuski	69	1,41%	9	0,45%	0,32	0,0007***
oświęcimski	44	0,77%	21	0,73%	0,95	0,8431
proszowicki	9	0,49%	9	1,06%	2,17	0,0900
suski	33	0,95%	23	1,42%	1,50	0,1330
tarnowski	44	0,48%	29	1,00%	2,06	0,0019**
tatrzański	19	0,78%	11	0,82%	1,05	0,9051
wadowicki	48	0,81%	44	1,30%	1,61	0,0213*
wielicki	23	0,48%	16	0,74%	1,56	0,1685
m. Kraków	418	1,46%	109	1,13%	0,77	0,0166*
m. Nowy Sącz	67	1,93%	18	1,13%	0,58	0,0382*
m. Tarnów	44	0,88%	22	1,23%	1,39	0,1995

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat
RR – ryzyko względne wystąpienia schorzenia po zniesieniu poboru względem okresu obowiązkowego poboru

W okresie do 1 stycznia 2009 roku największy odsetek schorzeń z grupy układ nerwowy występował na terenie miasta Nowy Sącz, najmniejszy w powiecie wielickim i tarnowskim. Po zawieszeniu obowiązku służby wojskowej z dniem 1 stycznia 2009 roku największy odsetek tych ułomności występował na terenie powiatu gorlickiego, a najmniejszy w powiecie olkuskim.

W 12 powiatach po zawieszeniu obowiązku służby wojskowej nastąpił wzrost orzekanych niezdolnych do czynnej służby wojskowej z powodu schorzenia z grupy układu nerwowego, największy w powiecie proszowickim i tarnowskim (ryc. 24).



Rycina 24. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie układu nerwowego w okresach: obowiązku pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.

4.7.7.5. Układ oddechowy

Największy wzrost orzeczeń o niezdolności do służby wojskowej na terenie powiatu dąbrowskiego. Również w powiecie krakowskim częstość diagnozowania schorzeń układu oddechowego wzrosła – być może jest to efekt smogu, zaś spadła w kilku innych powiatach (tab. 80). W mniej więcej połowie powiatów zmiany te nie były istotne statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego p powyżej 0,05).

Tabela 80. Częstość występowania schorzeń z grupy układu oddechowego powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.

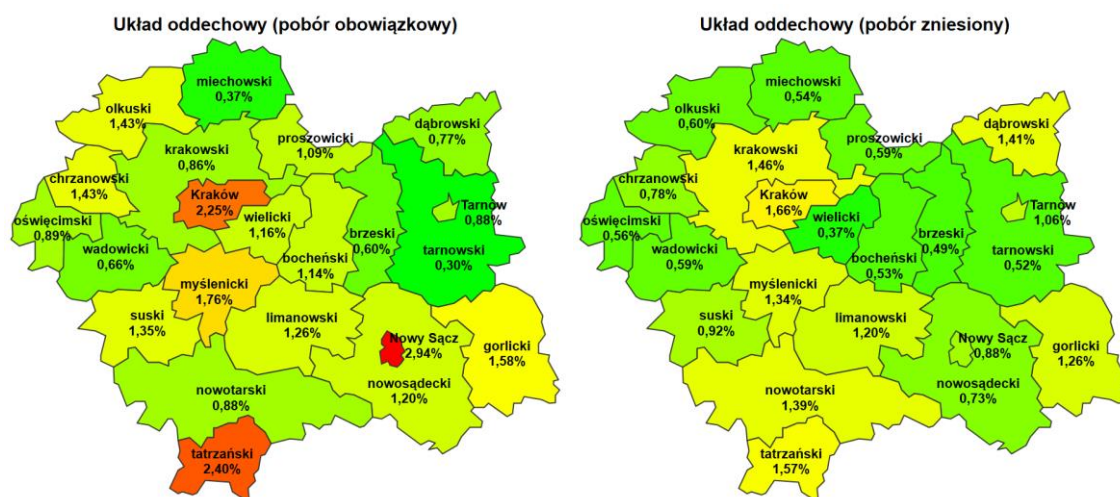
Powiat	Układ oddechowy					p
	Pobór obowiązkowy		Pobór nieobowiązkowy			
	N	%	N	%	RR	
bocheński	52	1,14%	12	0,53%	0,47	0,0146*
Brzeski	24	0,60%	10	0,49%	0,82	0,5879
chrzanowski	67	1,43%	17	0,78%	0,54	0,0207*
dąbrowski	20	0,77%	17	1,41%	1,83	0,0614
gorlicki	68	1,58%	29	1,26%	0,80	0,3071
krakowski	93	0,86%	72	1,46%	1,69	0,0007***
limanowski	62	1,26%	37	1,20%	0,95	0,8145
miechowski	8	0,37%	5	0,54%	1,45	0,5079
myslenicki	90	1,76%	37	1,34%	0,76	0,1598
nowosądecki	97	1,20%	37	0,73%	0,61	0,0092**
nowotarski	63	0,88%	56	1,39%	1,58	0,0113*
olkuski	70	1,43%	12	0,60%	0,42	0,0041**

oświęcimski	51	0,89%	16	0,56%	0,62	0,0952
proszowicki	20	1,09%	5	0,59%	0,54	0,2137
suski	47	1,35%	15	0,92%	0,69	0,1970
tarnowski	27	0,30%	15	0,52%	1,74	0,0814
tatrzański	58	2,40%	21	1,57%	0,65	0,0897
wadowicki	39	0,66%	20	0,59%	0,90	0,6961
wielicki	56	1,16%	8	0,37%	0,32	0,0014**
m. Kraków	647	2,25%	160	1,66%	0,73	0,0004***
m. Nowy Sącz	102	2,94%	14	0,88%	0,30	0,0000***
m. Tarnów	44	0,88%	19	1,06%	1,20	0,4972

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi–kwadrat
 RR – ryzyko względne wystąpienia schorzenia po zniesieniu poboru względem okresu obowiązkowego poboru

W okresie przed 1 stycznia 2009 roku największy odsetek schorzeń z grupy układ oddechowy występował na terenie miasta Nowy Sącz, najmniejszy w powiecie tarnowskim. Po zawieszeniu służby wojskowej największy odsetek tych ułomności występował na terenie miasta Krakowa, a najmniejszy w powiecie brzeskim.

Największy spadek orzekanych jako niezdolnych do służby wojskowej ze względu na schorzenia z grupy układu oddechowego nastąpił w mieście Nowy Sącz (ryc. 25).



Rycina 25. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie układu oddechowego w okresach: obowiązkowego pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.

4.8. Pobór w okresie komunizmu, a kwalifikacja wojskowa w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej

Analizie zostaną poddane dane populacji stającej do poboru w 1985 i 1989 roku, dane populacji stającej do kwalifikacji wojskowej w 2013 i 2017 roku. 19-letni mężczyźni stający do poboru traktowani są jako jedna grupa, a do kwalifikacji wojskowej w roku 2013 i 2017 jako druga grupa.

4.8.1. Kategoria zdolności do służby wojskowej

Różnice pomiędzy grupami są wysoce istotne statystycznie (tab. 81). Odsetek orzeczonych z kategorią A w grupie stającej do poboru w roku 1985 i 1989 jest większy niż orzeczonych w ramach kwalifikacji wojskowej w roku 2013 i 2017 (spadek z 94,2% do 91,1%). Można sądzić, że w okresie komunizmu komisje lekarskie były „surowsze” w orzecznictwie ale też potrzeby „na poborowego” ówczesnej armii przynależącej do Układu Warszawskiego były bardzo duże. Okres kiedy służba była ochotnicza to przede wszystkim niewielkie zapotrzebowanie na rekruta – ochotnika, który decydując się na służbę zawodową przechodził dodatkowe badania i proces orzecznictwa w oparciu o inne przepisy. Ponadto podejście komisji lekarskich liberalne.

Tabela 81. Rozkład orzeczonych kategorii zdolności do służby wojskowej wobec dwóch grup 19 – letnich mężczyzn.

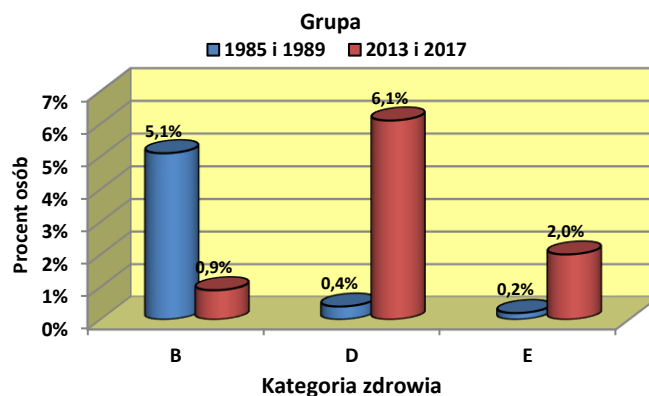
Kategoria zdrowia	Rok poboru/kwalifikacji wojskowej ($p = 0,0000^{***}$)		Razem
	1985 i 1989	2013 i 2017	
A	31 508 (94,2%)	34 966 (91,1%)	66 474
B	1 719 (5,1%)	337 (0,9%)	2 056
D	136 (0,4%)	2 349 (6,1%)	2 485
E	71 (0,2%)	750 (2,0%)	821
Razem	33 434	38 402	71 836

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Różnicę w częstości występowania kategorii B, D i E (ryc. 26) można uznać za istotne także z merytorycznego punktu widzenia:

- kategoria B występuje ponad 5 razy rzadziej w 2013 i 2017 r. (0,9 vs 5,1%);
- kategoria D występuje dla odmiany ponad 15 razy częściej w późniejszym okresie (6,1 vs 0,4%);
- kategorie E występuje ponad 10 razy częściej w 2013 i 2017 roku (2,0 vs 0,2%);

powyższe różnice dla kategorii B, D i E równoważy fakt, iż w 1985 i 1989 roku było więcej osób z kategorią A (94,2 vs 91,1%).



Rycina 26. Udział poborowych z orzeczonymi kategoriami zdrowia B, D i E w dwóch porównywanych grupach.

4.8.2. Występowanie schorzeń powodujących niezdolność do służby

Zestawiono, względem wszystkich poborowych z danego rocznika, liczbę i procentowy udział czynników wpływających na niezdolność do służby. Dokonano oceny częstości ich występowania w obu porównywanych grupach stosując test niezależności chi-kwadrat. Wyniki uszeregowano poczynając od przyczyn najczęstszych (dla obu grup wspólnie), aż do tych najrzadszych (tab. 82). Należy jednak pamiętać, że w analizie raportowano tylko te czynniki, które powodowały przyznanie kategorii D lub E. Ponieważ zaś tych kategorii było bardzo mało w grupie poborowych z 1985 i 1989 r., więc i liczba raportowanych schorzeń będzie mniejsza – co wcale nie oznacza, że było tak w rzeczywistości. Zgodnie z oczekiwaniami, różnice są bardzo wyraźne dla wszystkich grup schorzeń. Jak już wspomniano, wynikają one głównie z faktu, iż w 1985 i 1989 roku w bardzo sporadycznych przypadkach dokonywano kwalifikacji poborowych do kategorii D i E.

Tabela 82. Częstość występowania schorzeń powodujących niezdolność do służby wojskowej dla dwóch badanych grup w latach 1985 i 1989 vs. 2013 i 2017 w stosunku do badanej całej grupy.

Grupy schorzeń	Rok poboru/kwalifikacji wojskowej				P
	1985 i 1989		2013 i 2017		
	N	%	N	%	
narząd wzroku	52	0,16%	623	1,62%	0,0000***
stan psychiczny	42	0,13%	628	1,63%	0,0000***
układ nerwowy	11	0,03%	392	1,02%	0,0000***
układ oddechowy	11	0,03%	355	0,92%	0,0000***
Kończyny	17	0,05%	322	0,84%	0,0000***
gruczoły wydzielania wewnętrznego	3	0,01%	306	0,80%	0,0000***
układ krążenia	14	0,04%	232	0,60%	0,0000***

skóra, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	12	0,04%	158	0,41%	0,0000***
szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	24	0,07%	137	0,36%	0,0000***
budowa ciała	16	0,05%	138	0,36%	0,0000***
układ trawienny	7	0,02%	145	0,38%	0,0000***
narząd słuchu	9	0,03%	104	0,27%	0,0000***
układ moczowo-płciowy	5	0,01%	90	0,23%	0,0000***
nos, gardło, krtani	9	0,03%	62	0,16%	0,0000***
inne choroby wewnętrzne	0	0,00%	56	0,15%	0,0000***
nowotwory	0	0,00%	51	0,13%	0,0000***
jama ustna	2	0,01%	17	0,04%	0,0017**
czaszka	0	0,00%	11	0,03%	0,0020**

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Wydaje się, że warto pokazać również porównanie procentowego udziału poszczególnych schorzeń tylko w obrębie poborowych, którzy otrzymali kategorię D lub E (tab. 83). Oczywiście interpretując te wyniki, należy pamiętać, że pokazują one tylko udział przyczyn niezdolności do służby wojskowej wśród poborowych, co do których taką decyzję podjęto na komisji poborowej. Natomiast zestawienie poniższe ma o tyle sens, że pokazuje strukturę schorzeń – można domniemywać, że w 1985 i 1989 roku była ona zbliżona, tylko w wielu przypadkach komisje poborowe odrzucały przedstawione zaświadczenia. Gdyby wziąć pod uwagę tylko udział przyczyn klasyfikowania poborowych jako niezdolnych do służby pomiędzy dwoma okresami, przy abstrahowaniu od faktu, że w 1985 i 1989 systemowo odbywało się to po prostu wielokrotnie rzadziej, otrzymalibyśmy dość zbliżone wyniki. W obu badanych okresach po ok. 20% niezdolnych do służby miało problemy ze wzrokiem albo stanem psychicznym. W 2013 i 2017 roku częściej występowały schorzenia: układu nerwowego (12,6 vs 5,3%), układu oddechowego (11,5 vs 5,3%) i gruczołów wydzielania wewnętrznego (9,9 vs 1,4%), a rzadziej: szyi, klatki piersiowej i kręgosłupa (4,4 vs 11,6%) oraz nosa, gardła i krtani (2,0 vs 4,3%). Występowanie pozostałych schorzeń było na zbliżonym poziomie w obu okresach.

Tabela 83. Częstość występowania schorzeń powodujących niezdolność do służby wojskowej dla dwóch badanych grup w latach 1985 i 1989 vs. 2013 i 2017 w odniesieniu do orzeczonych kategorii D i E w populacji.

Grupy schorzeń	Rok poboru/kwalifikacji wojskowej				<i>p</i>
	1985 i 1989		2013 i 2017		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Narząd wzroku	52	25,12%	623	20,10%	0,0829
Stan psychiczny	42	20,29%	628	20,26%	0,9930
Układ nerwowy	11	5,31%	392	12,65%	0,0018**
Układ oddechowy	11	5,31%	355	11,46%	0,0064**
Kończyny	17	8,21%	322	10,39%	0,3173
Gruzoły wydzielania wewnętrznego	3	1,45%	306	9,87%	0,0001***
Układ krążenia	14	6,76%	231	7,45%	0,7134
Skóra, naczynia limfatyczne i węzły chłonne	12	5,80%	158	5,10%	0,6595
Szyja, klatka piersiowa, kręgosłup	24	11,59%	137	4,42%	0,0000***
Budowa ciała	16	7,73%	138	4,45%	0,0303*
Układ trawienny	7	3,38%	145	4,68%	0,3882
Narząd słuchu	9	4,35%	104	3,36%	0,4470
Układ moczowo-płciowy	5	2,42%	90	2,90%	0,6837
Nos, gardło, krtań	9	4,35%	62	2,00%	0,0241*
Inne choroby wewnętrzne	0	0,00%	56	1,81%	0,0511
Nowotwory	0	0,00%	51	1,65%	0,0629
Jama ustna	2	0,97%	17	0,55%	0,4416
Czaszka	0	0,00%	11	0,35%	0,3906

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

4.9. Wybrane choroby cywilizacyjne

W badanej populacji zbadano częstotliwość występowania cukrzycy i nadciśnienia. Zgodnie z treścią obu rozporządzeń MON w sprawie orzekania, stwierdzenie przez komisję lekarską cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego stopnia II (umiarkowanego) u poborowego, powoduje przyznanie mu kategorię zdrowia D, a tym samym niezdolność do służby wojskowej. W przypadku stwierdzenia u poborowego nadciśnienia tętniczego stopnia III (ciężkiego) otrzymywał on kategorię zdrowia E. Jedynie posiadanie nadciśnienia tętniczego I stopnia (łagodnego) powodowało przyznanie kategorii zdrowia A. Nadciśnienie stopnia III występuje tylko w 2 przypadkach w całej badanej populacji w okresie kiedy służba wojskowa nie była obowiązkowa (poborowi urodzeni w roku 1990 i 1998). Dla nadciśnienia stopnia II oraz I widać tendencję wzrostową do 2005 r. i potem pewien spadek – może to wynikać

z faktu, iż najpierw poborowi specjalnie „eksponowali” te choroby, żeby uniknąć wcielenia do wojska, a potem po wprowadzeniu dobrowolnej służby, sytuacja się odwróciła – część poborowych nie chciała otrzymać zbyt niskiej kategorii zdolności do służby wojskowej. Jeśli chodzi o cukrzycę sytuacja jest całkowicie odmienna. Na przestrzeni lat widać wzrost występowania tej choroby (tab. 84).

Tabela 84. Częstość występowania cukrzycy i nadciśnienia tętniczego I i II stopnia wśród badanej populacji.

Rok badania	Wybrane choroby cywilizacyjne					
	Cukrzyca		Nadciśnienie tętnicze I stopnia (łagodne)		Nadciśnienie tętnicze II stopnia (umiarkowane)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
1985	0	0,00%	112	0,82%	15	0,11%
1989	1	0,01%	171	0,87%	19	0,10%
1993	32	0,14%	249	1,07%	46	0,20%
1997	27	0,11%	445	1,79%	121	0,49%
2001	39	0,15%	407	1,54%	77	0,29%
2005	29	0,11%	386	1,46%	44	0,17%
2009	40	0,18%	210	0,93%	74	0,33%
2013	45	0,22%	135	0,65%	31	0,15%
2017	58	0,33%	91	0,52%	23	0,13%
<i>p</i>	0,0000***		0,0000***		0,0000***	

p – prawdopodobieństwo testowe, obliczone za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

5. DYSKUSJA

W raporcie zrealizowanym w USA w latach 2011 – 2014 dotyczącym danych antropometrycznych dzieci i młodzieży średni wzrost 19-letniego mężczyzny wynosił 176,3 cm, masa ciała 78,9 kg, a BMI 25,4 (nadwaga) [104]. W ogólnopolskich badaniach wykonanych w latach 1965 – 2010 na losowej 10% próbie 19-letnich mężczyzn obejmującej wszystkie regiony Polski stwierdzono, że średnia wysokość ciała wzrosła o 7,8 cm. Większy przyrost wysokości ciała zaobserwowano u płci męskiej zamieszkującej obszary wiejskie, mniejszy u zamieszkujących obszary miejskie, aczkolwiek mężczyźni zamieszkujący miasta są w dalszym ciągu wyżsi od tych zamieszkujący wieś. Przemiany ustrojowe, kulturowe oraz materialne jakie zaszły w Polsce w okresie 45 lat miały wpływ na obserwowany trend sekularny średniego wzrostu [105]. Średni wzrost wzrósł w ciągu 45 lat ze 170,5 cm w 1965 r. do 178,3 w 2010 r. Jednak średni przyrost wzrostu na dekadę w latach 1965–1976 spadł z 2,4 cm do 0,8 cm w latach 1995–2001, po czym wzrósł do 1,0 cm w latach 2001–2010. Średnia masa ciała z 63,2 kg w 1965 roku wzrosła do 73,1 w 2010 roku, a BMI wzrosło z 21,73 do 22,94 w tym samym okresie [106]. Różnica we wzroście 19-letnich polskich poborowych zamieszkujących obszary wiejskie i obszary miejskie zmniejszyła się z 3,6 cm w czasie poboru prowadzonego w 1976 roku do 2,8 cm w roku 1986. BMI w czasie poboru rocznika 1957 wynosiło 21,8, a rocznika 1967 wyniosło 22, waga odpowiednio 65,5 kg i 67,5 kg, a wzrost 173,2 cm i 175, 2 cm. Mężczyźni zamieszkujący duże miasta byli ciężsi i wyżsi od tych zamieszkujących mniejsze miasta i wsie. Ci ostatni posiadali najmniejszą wagę oraz wzrost. BMI było porównywalne dla wszystkich tych grup – dla rocznika 1957 wynosiło 21,7–22,1, a dla rocznika 1967 21,9–22,1 [107]. W Polsce w czasie poboru w latach: 1986, 1995, 2001 wśród badanej 10% próby 19-letnich poborowych stwierdzono niedożywienie (BMI poniżej 18,5) odpowiednio w stosunku do 4,8%, 6,5%, i 7% badanych, nadwagę wobec 8,8%, 10,2% i 11,9% oraz otyłość wobec 0,8%, 1,6% i 2,5 % badanych. Średnie BMI młodych dorosłych mężczyzn wzrosło w okresie 1995–2001, ale nie w latach 1986–1995. Wynika to z faktu, że w 1995 roku jednocześnie wzrósł znacząco odsetek poborowych z niedożywieniem, nadwagą i otyłością. W 1986 roku 19-letni mężczyźni mieszkający w środowisku wiejskim mieli najwyższą średnią wartość BMI–22,04 – podczas gdy mieszkańcy miast powyżej 100 000 mieszkańców – 21,98, a małych miast mieli najniższą średnią wartość

– 21,90. Wzorzec ten zmienił się w kolejnych dwóch kohortach, kiedy to gradient od najwyższej do najniższej średniej BMI uporządkowany został w następujący sposób: duże miasta (w 1995 roku – 22,08, 2001 – 22,35), a następnie mieszkańcy wsi (odpowiednio 22,04 i 22,28) i miast (odpowiednio 21,82 i 22,15) [108]. W populacji 19-letnich szwajcarskich poborowych średni wzrost w 2009 roku wynosił 178,2 cm. W latach 1957–1987 przyrost wzrostu wynosił od 1,3 cm do 2,0 cm na dekadę, następnie w latach 1987–1997 się zmniejszył do 0,8 cm i do 0,6 cm między 1997 a 2007 rokiem [109]. Od końca lat osiemdziesiątych XX wieku (lata urodzenia 1970 i później) szwajcarscy poborowi nie tylko osiągnęli pułap wzrostu, lecz także tyją. Trzydzieści lat temu (w 1992 roku) 12,1% szwajcarskich poborowych miało nadwagę, a tylko 2,4% było otyłych. Niecałe dwadzieścia lat później (w 2011 r.) 19,1% poborowych miało nadwagę (BMI 18,5–25 kg/m²), a 6,0% było otyłych (BMI > 30 kg/m²) [110]. Poborowi na przestrzeni lat stali się wyżsi i ciężsi [111]. Podczas poboru w Szwecji w latach 1976–1985, średnie BMI wynosiło 21,7, średni wzrost 179,2 cm, średnia waga 69,8 kg; w latach 1986–1995 analogicznie: 22,1, 179,4 cm i 71,2 kg; w latach 1996–2005: 22,7, 180,0 cm i 73,7 kg [112]. W Austrii stwierdzono w trakcie poboru prowadzonego w latach 1980–1993, że przyrost wzrostu 18-letnich austriackich mężczyzn wyniósł 0,53 cm na dekadę [113]. Średnie BMI austriackich poborowych wojskowych (w wieku 17–19 lat) rekrutowanych w latach 1983–2017 wzrosło z 22,7 do 24,3. Z czasem częstość występowania otyłości (BMI ≥ 30) wzrosła z 1,6% do 8,2% [114]. W USA, w populacji młodzieży, częstość występowania nadwagi w latach 1963–1999 u dzieci i nastolatków potroiła się z około 5% do 15% [115]. W Niemczech w ciągu 54 lat średnia wysokość 19-letnich poborowych wzrosła o 6,5 cm, z 173,5 cm w czasie poboru w 1956 roku (rocznik 1937) do 180,0 cm w 2010 roku (rocznik 1991) z odchyleniem standardowym 6,85 cm. Częstość występowania nadwagi i otyłości wzrosła odpowiednio z 11,6% i 2,1% w 1984 (rocznik 1965) roku do odpowiednio 19,9% i 8,5% w 2010 roku (rocznik 1991). Średnia waga dla rocznika 1991 w czasie poboru w 2010 roku wynosiła 77,0 kg z odchyleniem standardowym 15,50 kg, a BMI 23,7 z odchyleniem standardowym 4,41 [116]. Średnie BMI u 18-letnich norweskich mężczyzn w trakcie poboru w latach 2011–2019 wynosiło 23,1 z SD wynoszącym 3,4. Dla 24% mężczyzn wartość BMI była równa lub większa 25. Wśród mężczyzn 3,7% miało niedobór masy ciała, 19,1% miało nadwagę, a 4,6% było otyłych. Wzrost badanej grupy wynosił 180,8 cm z SD 6,6 cm, waga 75,8 kg z SD 12,3 kg [117]. W populacji 18-letnich portugalskich mężczyzn urodzonych w latach 1966–1981 i przebadanych

w latach 1986–2000, częstość występowania nadwagi wzrosła z 10,5% w 1986 roku do 21,3% w 2000 roku, a częstość występowania otyłości wzrosła z 0,9% do 4,2%. Mężczyźni mieszkający na wsi byli bardziej zagrożeni nadwagą i mniej zagrożeni otyłością, w porównaniu z mężczyznami, którzy mieszkali na terenach miejskich i podmiejskich [118]. W grupie 17–letnich izraelskich poborowych płci męskiej częstość występowania otyłości i chorobliwej otyłości wynosiła 4,1%, nadwaga występowała u 12,4%. Mieszkańcy niemieckich i szwajcarskich miast mają zwykle niższe BMI niż rekruci z terenów wiejskich [119, 120]. Średni poziom BMI szwajcarskich poborowych w 2010 roku wynosił 23,4 [121]. Częstość występowania nadciśnienia i cukrzycy typu 2 była znacząco wyższa wśród poborowych z BMI większym niż 30. Otyłość była skorelowana z większą częstością występowania nadciśnienia tętniczego i cukrzycą typu 2 [122]. W grupie ponad 17 tysięcy polskich poborowych stających do kwalifikacji wojskowej w 2017 roku nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 0,6%, niedowagę u prawie 7%, otyłość współistniejącą z niewydolnością krążeniowo-oddechową u 2,6%. Nadwaga i otyłość dotyczyła 1/4 poborowych. Większość osób z nadciśnieniem tętniczym to osoby z nadmierną masą ciała (74,8%), przeważnie nadwagą [123]. W latach 2000 – 2010 w Polsce południowo-wschodniej przeprowadzono badania na grupie 37 934 poborowych. Stwierdzono wzrost częstości występowania nadwagi (z 10,5% do 15,6%), otyłości (z 2,5% do 3,8%). Zwiększyła się również częstość występowania niedowagi z 8,3% do 10,2% [124].

Służba wojskowa jest obowiązkowa w 85 krajach na świecie [125]. Pobór w tych krajach przebiega w różny sposób. Istnieją znaczące różnice między obowiązującymi systemami i polityką poboru wojskowego, w tym dotyczących wieku osób podlegających poborowi czy minimalnych wymagań zdrowotnych. Autor nie znalazł danych dotyczących statystyki orzeczeń zdolności do służby wojskowej. W Polsce takie statystyki do tej pory również nie były publikowane. Wynika to z pewnością z faktu, że jeszcze do niedawna były one niejawnie i w Siłach Zbrojnych RP stanowiły tajemnicę. Być może, z tego względu, dane te również nie są publikowane na świecie. Z pewnością w większości państw, gdzie funkcjonuje czynność określania zdolności do służby wojskowej istnieją specjalne rejestry – analogiczne jak SPIRALA-ZINT w Polsce – w których gromadzone są dane poborowych, w tym dane o ich stanie zdrowia [126, 127, 128]. W Niemczech w 2005 r. ponad 36% poborowych z powodów medycznych zostało orzeczonych jako niezdolni do służby wojskowej. Odsetek ten był niższy w przeszłości, wynosił zaledwie 15% w 2003 r. [129] Różnica ta najprawdopodobniej

wynika z redukcji Bundeswehry z roku na rok, a tym samym mniejszym zapotrzebowaniem na powoływanie do obowiązkowej służby wojskowej. Przed 2011 rokiem w Niemczech obowiązywały następujące kategorie zdolności do służby wojskowej: T1 (doskonale zdrowie), T2 (bardzo dobre zdrowie), T3 (dobre zdrowie) lub T7 (niewielkie zaburzenia zdrowia), które oznaczają że dana osoba jest zdolna do służby. Osoby, które chwilowo mają poważne zaburzenia zdrowia, otrzymują kategorię T4, co oznacza, że czasowo są zwolnione z obowiązku służby, ale po roku muszą powtórzyć badanie. Kategoria T5 oznacza, że dana osoba ma poważne zaburzenia zdrowotne i że nie można oczekiwać poprawy w ciągu najbliższych kilku lat. W konsekwencji osoba ta jest zwolniona na stałe ze służby wojskowej. T6 jest zarezerwowana dla (starszych) rezerwistów. W czasie poboru prowadzonego w latach 2000–2001, w stosunku do mężczyzn urodzonych w latach 1979–1982, orzeczono kategorię T1 dla 4,8% populacji, T2 – 59%, T3 lub T7 – 19,2%, i T4 lub T5 – 17% [130]. W Szwajcarii ocenę zdolności do służby wojskowej przechodzą obywatele płci męskiej w roku kalendarzowym, w którym kończą 18–19 lat. W ramach wywiadu medycznego mierzy się: wzrost, wagę, tętno i ciśnienie krwi, następnie przeprowadza badanie fizyczne i ostatecznie nadaje się status "medycznie zdolny do służby wojskowej" lub "niezdolny do służby wojskowej" [131]. Niezdolnych do służby wojskowej z powodu medycznych poborowych urodzonych w latach 1986–1992 było do 10%. 3,5% mężczyzn zamieszkujących teren wiejski było niedożywionych, 18,8% miało nadwagę, a 5,9% było otyłych. Analogicznie odsetek dotyczący mężczyzn zamieszkujących obszary podmiejskie wynosił: 4,0%, 17,9% i 5,2%, a zamieszkujących miasta odpowiednio: 4,6%, 16,9% i 4,8% [132]. W 2008 roku w czasie poboru 64,57% poborowych zostało uznanych za zdolnych do służby wojskowej (rok wcześniej 66,32%), 15,98% nadawało się do służby w ochronie ludności (rok wcześniej 16,01%). 19,45% poborowych nie nadawało się do służby wojskowej lub służby ochrony ludności (rok wcześniej 17,67%) [133]. W Danii do stawienia się do poboru zobowiązani są mężczyźni w wieku 18 lat, którzy na wniosek mogą odłożyć ten obowiązek najpóźniej do 26 roku życia. Czynności realizowane na poborze to: wypełnienie kwestionariusza, test na inteligencję oraz badania stanu zdrowia zgodnie z krajowymi wytycznymi. Po badaniu komisja poborowa ocenia, czy poborowy nadaje się do służby wojskowej, do służby w ograniczonym zakresie lub nie nadaje się do służby wojskowej. Z czynności tych zwolniona jest niewielka część Duńczyków, którzy udokumentują chorobę lub schorzenie (np. epilepsję, cukrzycę typu I lub upośledzenie

umysłowe) uniemożliwiający im odbycie służby wojskowej [134]. W Szwecji od 1 lipca 2017 roku po 7 latach przerwy, powrócił obowiązkowy pobór, któremu podlegają wszyscy Szwedzi, którzy ukończyli osiemnasty rok życia. W ramach poboru wykonywane są: badania lekarskie i psychologiczne, jak również inne badania dotyczące sytuacji osobistej. Zwolnione z poboru i służby wojskowej są osoby z niektórymi zaburzeniami psychicznymi, pobierające zasiłek pielęgnacyjny oraz posiadające pewne upośledzenia funkcjonalne. Poborowi mają również badany lub mierzony słuch, wzrok, wzrost, wagę, ciśnienie krwi, tętno spoczynkowe, siłę i zdolność wysiłkową. Na podstawie wyników przeprowadzana jest z każdym poborowym krótka rozmowa, w której decyduje się, czy poborowy powinien być zwolniony ze służby wojskowej. Wśród schorzeń powodujących niezdolność do służby wojskowej są m. in. takie, które w prowadzonych przez autora badaniach powodowały niezdolność do służby wojskowej: cukrzyca, BMI mniejsze niż 18 lub większe niż 33, schizofrenia, urojenia, choroba dwubiegunowa, panika, anoreksja, zaburzenia osobowości i autyzm. Do chorób psychicznych, które mogą prowadzić do zwolnienia ze służby, zalicza się również depresję i lęki, jeżeli w ciągu ostatnich 2 lat przed poborem konieczne było leczenie. Niezdolność powodują: nawracające zapalenie rogówki, zapalenie tęczówki co najmniej dwukrotnie w ciągu ostatnich 3 lat, odwarstwienie siatkówki, jaskra, zez z podwójnym widzeniem, bardzo słabe widzenie (nadwzroczność > 8 lub krótkowzroczność < -9), ślepotą zmierzchowa, zaburzenia widzenia barw, zmiany w polu widzenia, jednoocność, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nawracająca odma opłucnowa, astma (po 13 roku życia), alergia, reumatoidalne zapalenie stawów i ciężkie choroby stawów, choroby zapalne, takie jak: toczeń rumieniowaty układowy, ostre zapalenia miednicy i stawów, choroba zapalna kręgosłupa, skrzywienie kręgosłupa lub deformacja miednicy [135]. Powołanie do Fińskich Sił Zbrojnych realizowane jest co roku między sierpniem, a grudniem. Dotyczy to mężczyzn, którzy w danym roku kończą 18 rok życia. Podczas poboru w pierwszej kolejności poborowy wypełnia internetowy formularz, następnie weryfikowana jest jego tożsamość, sprawdzany jest stan zdrowia, podejmowane są ważne decyzje dotyczące służby wojskowej, m.in.: orzekana jest zdolność do służby wojskowej, kiedy i gdzie rozpoczyna się służbę wojskową, kwestie związane ze zwolnieniem z wojska oraz w sprawie złożonych wniosków przez poborowego [136, 137]. W Finlandii wszyscy mężczyźni zobowiązani są do odbycia służby wojskowej. Ponad 80% poborowych ją odbywa, co oznacza, że w ramach poboru w stosunku do

każdego z nich orzekana jest zdolność do służby wojskowej (kategoria A) [138, 139]. Poważnym problemem holenderskich sił zbrojnych jest dzisiejsza gorsza kondycja fizyczna młodych ludzi. Około połowa z nich nie jest w stanie sprostać wymaganiom fizycznym podczas testów, a około jedna trzecia z nich jest niezdolna do służby wojskowej [140]. Alergia pokarmowa w USA może dotyczyć nawet 7,6% osób i rozpoznanie jej ma negatywny wpływ na możliwość wstąpienia do wojska [141]. W Izraelu zgodnie z ustawą z 1986 roku *Defence Service Law* już siedemnastoletni obywatel może zostać wzywany na badania lekarskie. Jednakże służbę wojskową rozpoczyna najwcześniej w wieku 18 lat, chyba że rodzice rekruta zezwolą na jej rozpoczęcie wcześniej. Komisja lekarska wobec poborowego może orzec jedną z trzech kategorii: zdolny do służby wojskowej, czasowo niezdolny do służby wojskowej i niezdolny do służby wojskowej [142, 143]. Jednym z czynników powodujących niezdolność do służby wojskowej są względy medyczne lub psychologiczne. Według danych IDF (Israel Defense Forces) z 2007 r. z tychże względów 7,3% poborowych uznano za niezdolnych do służby wojskowej [144]. Izrael ma jeden z najwyższych wskaźników rekrutacji na świecie – około 80% tych, którzy otrzymują wezwanie odbywa służbę wojskową. Niezdolni do służby wojskowej z powodów medycznych to osoby, które nie są sprawne fizycznie (osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym) lub chore psychicznie [145]. Na Litwie 58,6% młodych mężczyzn przechodzi pozytywnie procedurę wstąpienia do wojska. Głównymi przyczynami niezdolności do służby wojskowej są problemy psychologiczne 33%–37%, choroby układu krążenia 29%–33% i problemy mięśniowo–szkieletowe 13% [146]. Department of Defense USA wydał dyrektywę „*Instruction 6130.03, Volume 1 Medical Standards For Military Service: Appointment, Enlistment, Or Induction*”, w której zdefiniował wykaz chorób i schorzeń powodujących niezdolność do służby wojskowej [147]. Wśród nich są również choroby i schorzenia, które w największym stopniu przyczyniły się do niezdolności do służby wojskowej w grupie poborowych objętych badaniem w niniejszej dysertacji. W Norwegii funkcjonuje pięć kryteriów oceny zdolności do służby wojskowej: bez upośledzenia, nieistotny, niewielki (umiarkowany), duży, niezdolny do służby wojskowej [148]. W Austrii urząd statystyczny przedstawił dane: ilości poborowych stających do poboru oraz wydanych wobec nich orzeczeń o zdolności do służby wojskowej. Dane dotyczyły poborowych urodzonych w: 1972, 1975, 1980, 1985 roku oraz w latach 1990–2003. Dla rocznika urodzenia poborowych – 1985, niezdolnych do służby wojskowej było 10%, czasową niezdolność orzeczono w stosunku do 5,1%

poborowych, 84,9% poborowych było zdolnych do służby wojskowej, średni wzrost wynosił 177,8 cm, średnia waga 72,3 kg, a średnie BMI 22,87. Odpowiednio dla rocznika urodzenia 1993 dane te odpowiednio wynosiły 10,5%, 8,5%, 81%, 177,9 cm, 74,5 kg oraz BMI – 23,54. Natomiast dla rocznika urodzenia poborowych 2001: 18,5%, 4,0%, 77,5%, 178,4 cm, 75,8 kg, 23,82 [149].

W USA, gdzie funkcjonuje wyłącznie ochotnicza służba wojskowa, istnieje wiele dyskwalifikujących stanów chorobowych, które nie zostały uwzględnione w badaniu komisji podczas określania zdolności do służby wojskowej kandydatów, ze względu na silne dowody kliniczne lub naukowe dotyczące ich negatywnego wpływu na sprawność bojową. Należą do nich poważne choroby, nieprawidłowości fizjologiczne oraz upośledzenia fizyczne, takie jak ślepota i głuchota. Dane z National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2000 przedstawiające rozkład BMI w ogólnej populacji osób w wieku 16–24 lat wskazują, że 40 % kandydatów ma BMI powyżej 25, a ponad 15 % ma BMI 30 i więcej. Obecnie zalecana norma BMI dla młodych mężczyzn, stosowana przez Department of Defense (DoD), wynosząca 25,5 lub mniej, może prowadzić do dyskwalifikacji 25% z puli kwalifikujących się rekrutów. Historycznie, astma była w pierwszej dziesiątce schorzeń medycznych dyskwalifikujących z pełnienia służby wojskowej. Obecny standard zaciągu do wojska dyskwalifikuje każdego kandydata, który doświadczył objawów astmy po ukończeniu 13–tego roku życia. Zaburzenia psychiczne stanowią 6 % schorzeń, które eliminują ze służby wojskowej. Najczęściej kandydatów w czasie badania ze służby wojskowej eliminują: wskaźnik masy ciała (BMI)/waga (23,3 %), marihuana (12,6 %), zdrowie psychiczne/mentalne (6,1 %), kończyny dolne/układ mięśniowo–szkieletowy (5,8 %) oraz klatka piersiowa i płuca (5,3 %) [150]. 77 % młodzieży w wieku od 17 do 24 lat jest niezdolna do służby wojskowej, co stanowi wzrost w stosunku do już niepokojącego wskaźnika niezdolności z 2017 r. wynoszącego 71 %. Nadwaga dyskwalifikuje 11 % młodzieży ze służby [151].

W Szwecji łagodna i umiarkowana astma pozwala na odbywanie służby wojskowej jeśli w niewielkim stopniu ogranicza wydolność fizyczną, natomiast astma ostra (ciężka) jest chorobą powodującą niezdolność do służby wojskowej. W czasie poboru przeprowadzonego w poszczególnych latach: 1971, 1981, 1983, 1986, 1993, 1996, astma zdiagnozowana została wśród 18–letnich szwedzkich mężczyzn odpowiednio u: 1,9%, 2,8%, 3,1%, 3,9%, 5,8% i 7,8% badanej populacji [152, 153]. W Korei Południowej, w której obowiązkową służbę wojskową pełni się zazwyczaj w wieku 20

lat. Osoby ze schizofrenią, zaburzeniem dwubiegunowym lub niepełnosprawnością intelektualną są wyłączone ze służby, jeśli mają historię leczenia dłuższą niż 6 miesięcy lub niski wynik testu na inteligencję [154]. W Izraelu z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym w 2018 roku 7,9% poborowych, w 2020 roku 12,5% zostało orzeczonych jako niezdolni do służby wojskowej. Szacuje się, że w 2023 roku będzie to 13% [155, 156]. Wśród 17-letnich mężczyzn stających do poboru w okresie od 1 stycznia 1998 do 31 grudnia 2006 roku, częstość występowania schorzeń kręgosłupa powodujących niezdolność do jakiegokolwiek służby wojskowej wynosiła 0,11% [157]. W Tunezji schorzeniami z grupy chorób psychicznych powodującymi niezdolność do służby wojskowej w 2015 roku były: antyspołeczne zaburzenia osobowości, nerwica historyczna, zaburzenia przystosowania i ograniczony poziom intelektualny [158]. W Turcji podobnie jak w Polsce orzekane są cztery rodzaje zdolności do służby wojskowej: A – zdolny do służby wojskowej, B – niezdolny do służby wojskowej w czasie pokoju, ale zdolny w czasie wojny, C – w trakcie leczenia (czasowo niezdolny), D – niezdolny w czasie pokoju i w czasie wojny. W latach 2009–2011 podczas poboru do tureckich sił zbrojnych stwierdzono, że niezdolność do służby wojskowej spowodowana chorobami układu mięśniowo-szkieletowego wynosiła w 2009 roku 6,53%, w 2010 roku 7,10%, a w 2011 roku 7,28%. Najczęstszymi schorzeniami narządu ruchu były: ograniczenie ruchomości stawów, zwyrodnienie powierzchni stawowych, asymetria kończyn dolnych i górnych spowodowana następstwem złamań, operacja przepukliny kręgosłupa oraz brak paliczek w ręce [159]. W latach 2009–2011 stwierdzono, że przyczynami nieprzyjęcia do służby wojskowej były: otyłość – 11,72 %, niedobór masy ciała – 1,73 %, cukrzyca – 1,47 %, wrodzona choroba serca – 1,22 % i choroba zastawkowa – 1,09 % [160]. W Austrii w 2005 roku w trakcie badania stanu zdrowia w ramach poboru (rok urodzenia badanych 1987) stwierdzono, że 73,7% badanych nadaje się do służby. U osób uznanych za niezdolne do służby wojskowej stwierdzono głównie chorobę psychiczną (25,1%), zaburzenia wrodzone (11,3%) lub wady związane z uszami, słuchem lub wyrostkiem sutkowatym (9,8%) [161].

Dobór kandydatów do służby wojskowej jest istotnie ważny. Właściwy stan zdrowia przed powołaniem do służby wojskowej ma duży wpływ chociażby na ryzyko wystąpienia urazów w trakcie jej pełnienia. Na każdym poziomie sprawności aerobowej osoby o najniższym BMI są najbardziej zagrożone na urazy. Ma to wpływ na standardy sprawności fizycznej podczas rekrutacji i pozostania w służbie wojskowej [162].

Powołani do służby wojskowej są szczególnie narażeni na urazy [163]. Badania wskazują, że głównym czynnikiem powodującym urazy jest niska sprawność fizyczna w momencie przyjęcia do wojska [164]. Ogólny stan zdrowia z pewnością przekłada się na sprawność fizyczną. Skoro do służby wojskowej wybierani są kandydaci o odpowiednim stanie zdrowia, którzy w czasie pełnienia służby są narażeni na wysokie ryzyko urazów, to należy podjąć działania, które przygotowałyby młodzież do pełnienia służby wojskowej, a tym samym poprawiły ich stan zdrowia. Prawie 30% dzieci i młodzieży w wieku 11–18 lat w Polsce nie zjada w dni szkolne śniadania, ponad 2/3 z nich nie zjada codziennie owoców i warzyw oraz nie przeznaczają minimum 60 minut dziennie na aktywność fizyczną [165]. Ryzyko wystąpienia cukrzycy w okresie po poborze wynosi 40 % u osób, których BMI przekraczało 35 w okresie kiedy stawali do poboru jako 18-latkowie [166]. Częstość występowania nadwagi i otyłości w ostatnich dekadach osiągnął poziom globalnej pandemii. W Szwajcarii szacuje się, że można by uniknąć około 27 000 przypadków cukrzycy typu 2, 63 000 przypadków nadciśnienia tętniczego i 37 000 przypadków dyslipidemii, gdyby częstość występowania nadwagi i otyłości w Szwajcarii pozostała na poziomie z 1992 roku [167].

Przypominając definicję zdrowia, że jest to dobrostan w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej, odchodzi się od patrzenia na tę definicję jako na brak choroby lub niepełnosprawności. W rozszerzeniu tego pojęcia zwraca się uwagę na indywidualne odczucia związane ze stanem zdrowia, jego jakość, indywidualne zdolności adaptacyjne połączone z codziennym stylem życia, umiejętności radzenia sobie z nowymi wyzwaniami, przejawami zachowań w społeczeństwie i ich konsekwencjami. Wszechstronność tego pojęcia sięga nauk medycznych, psychologicznych i socjologicznych [168]. Autorki pracy o stylu życia młodzieży i jego wpływie na stan zdrowia zwracają uwagę na to, że zachowania zdrowotne ulegają zmianom w ciągu całego życia i wzorce tych zachowań często są determinowane przez środowisko rodzinne, szkolne, media i pracowników medycznych. Zachowania, które są związane ze zdrowiem fizycznym to pielęgnacja wyglądu fizycznego, najbliższego otoczenia, aktywność sportowa, zdrowe odżywianie się, higiena snu. Żywność często zwraca uwagę badaczy, ponieważ w polskiej kulturze błędy żywieniowe są powszechnie znane i propagowane np. niespożywanie śniadań. Chcę tu przypomnieć raport badawczy HBSC, na podstawie którego popularyzowano jedzenie śniadań, owoców i warzyw. Skala tego problemu jest widoczna i przekłada się na procesy

poznawcze, szybkość przypominania treści, stąd odgórne interwencje. Promocja zdrowia i wszelkie działania zachęcające do dbania o niego na etapie kształtowania się osobowości młodego człowieka to inwestycja w zdrowsze społeczeństwo. Wspomniane już autorki Ponczek i Olszowy zauważają, że dojrzewanie to czas krytyczny w występowaniu otyłości. 70–80% młodzieży u której stwierdzono otyłość w czasie dojrzewania staje się osobami dorosłymi z otyłością [169]. Przyrównując tę wiedzę z młodzieżą województwa małopolskiego w latach 1985–2017 prezentowali oni znaczący przyrost nadwagi i otyłości, a także przyrost niedoboru masy ciała. To świadczy o nasilającym się zjawisku zaburzeń odżywiania, niewystarczającej wiedzy o żywieniu, pomimo rozwoju cywilizacyjnego, łatwego dostępu do produktów spożywczych i promowaniu zdrowia. Na niekorzyść aktywności ruchowej ma znaczący wpływ bardzo siedzący tryb życia społeczeństwa. Częste korzystanie z telefonu, komputera, w ostatnich latach praca i nauka w trybie zdalnym w związku z pandemią COVID–19, powoduje częste spożywanie większej ilości pożywienia, a mniejsze wydatkowanie energii, przyczynia się do preferencji reklamowanych produktów żywieniowych, jedzenia które jest tanie i szybkie, braku kontroli nad ilością spożywanych pokarmów w sytuacji kiedy jedzenie odbywa się podczas pracy przy komputerze. Wzrost BMI wśród 195 461 młodych mężczyzn w badanym okresie średnio wzrósł z 22 do 23,3 ale najszybszy przyrost odnotowano od 2009 roku. Pomimo tego, że nie był to czas pandemii, wzrost BMI ma swoje konsekwencje w stanie zdrowia badanych i przyznaną im kategorię zdrowia podczas kwalifikacji wojskowej.

Błaszczyk–Bębenek i współautorzy prowadziły badania dotyczące stanu odżywiania dzieci z rejonu Małopolski wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjum w latach 2016–2017. Na podstawie ich pracy wysunięto wnioski, że prawidłowy wskaźnik BMI posiadało 69% badanych oraz zauważono większy procent występowania otyłości brzusznej wśród chłopców, centralne gromadzenie tkanki tłuszczowej występuje u większości badanych w wieku 7–18 lat [170]. Porównując 2017 rok i ten sam rejon kraju chcę zwrócić uwagę, że 19–latkowie prezentowali wskaźnik będący w normie wagowo–wzrostowej (BMI) na podobnym poziomie 67,4%. Fakt ten potwierdza trend sekularny zmierzający w stronę wzrostu nadwagi i otyłości, co wiąże się nieuchronnie z chorobami cywilizacyjnymi.

Obuchowicz w swojej pracy przeprowadzonej w roku szkolnym 1994–1995 w grupie dzieci w wieku 6–17 lat również potwierdziła rosnący trend nadwagi i otyłości, jednak zauważa różnice w rejonach Polski oraz miejscu zamieszkiwania. Zwraca uwagę, że

nadmiar masy ciała występuje częściej u osób zamieszkujących w mieście [171]. W badaniach prowadzonych w niniejszej pracy również nie jest bez znaczenia teren zamieszkiwania 19-letniego mężczyzny, ponieważ często koreluje to ze stanem jego zdrowia. Badanym zamieszkującym w mieście przyznawano częściej kategorię zdrowia D i E, co świadczy o niezdolności lub trwałej i całkowitej niezdolności do służby wojskowej, a co za tym idzie słabym zdrowiu. W mniejszej liczbie, w porównaniu z mężczyznami zamieszkującymi wieś, przyznane były kategorie zdrowia A. Zgodnie z raportem WHO, w Europie nadwaga i otyłość dotyczy 60 % dorosłych i prawie 30% dzieci (29% chłopców i 27% dziewcząt) [172]. Najnowsze badania pokazują, że nadwaga i otyłość jest jednym z czterech najistotniejszych czynników ryzyka chorób niezakaźnych. Raport ma na celu przyspieszenie wysiłków na rzecz powstrzymania wzrostu otyłości. Z otyłością związane są m. in. takie schorzenia jak: problemy ze zdrowiem psychicznym, przewlekłe choroby układu oddechowego, choroby układu krążenia – czyli choroby powodujące niezdolność do służby wojskowej, wykazane w niniejszej dysertacji. Rozwijająca się technologia, pęd życia, zmieniające się otoczenie powodują, że stan zdrowia żyjących ludzi pogarsza się. Z pewnością będzie to problemem dla wojska na całym świecie pod kątem pozyskiwania rekrutów do służby wojskowej zarówno tej obowiązkowej jak i zawodowej. Już dzisiaj obserwuje się, że państwa obniżają wymogi zdrowotne w stosunku do osób będących potencjalnymi kandydatami na żołnierzy. Przykładem jest chociażby Polska, w której w 2022 roku opublikowano nowe rozporządzenie dotyczące orzekania do służby wojskowej [173]. Nowe zapisy rozporządzenia przewidują, że aby dostać się do niektórych rodzajów wojska przeszkodą nie będą już takie schorzenia jak:

- otyłość II stopnia,
- łagodne nadciśnienie tętnicze,
- próchnica zębów,
- przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność,
- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy w okresie remisji,
- nadreaktywność oskrzeli,
- lekka forma kamicy układu moczowego,
- brak lub zanik jednego jądra.

Takie rozwiązania, według autora dysertacji, co prawda poszerzają bazę potencjalnych rekrutów do służby wojskowej ale nie poprawiają stanu ich zdrowia. Kolejnym

przykładem reagowania na zmiany stanu zdrowia rekrutów w Polsce jest, wprowadzone ustawą o obronie Ojczyzny, przeprowadzenie obowiązkowego badania psychologicznego wobec każdej osoby stającej do kwalifikacji wojskowej (w tym dziewiętnastoletnich mężczyzn zobowiązanych do stawienia się przed powiatową komisją lekarską). Z pewnością epidemia COVID spowodowała wzrost występowania chorób związanych ze stanem psychicznym, więc zasadnym jest bardziej wnikliwa analiza stanu zdrowia psychicznego osób stających do kwalifikacji wojskowej.

Z pewnością należy podejmować różnego rodzaju działania mające na celu poprawę stanu zdrowia całej populacji ale przede wszystkim dzieci i młodzieży, u których należy wyrobić nawyki właściwego odżywiania się i aktywnego spędzania czasu. Zdrowe społeczeństwo to wyższy poziom życia pojedynczego obywatela, dobrze funkcjonująca i rozwijająca się gospodarka, wysoki poziom funkcjonowania i dostępności służby zdrowia, a tym samym szeroka baza rekrutów do wojska.

WNIOSKI

Badania zrealizowane przez autora dysertacji wykazały następujące wnioski:

1. W latach 1985 do 2017 zauważono tendencję rosnącą dotyczącą wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI w populacji 19–letnich mężczyzn stających do poboru (kwalifikacji wojskowej) w województwie małopolskim. Różnica w średniej wzrostu pomiędzy pierwszym rokiem badania, a ostatnim wynosi 3,7 cm, różnica średniej masy ciała 7,0 kg, a wskaźnika masy ciała BMI 1,3.
2. Najwyższy odsetek 19–letnich mężczyzn z kategorią zdrowia A występował w roku 1989 i 1985 – odpowiednio 94,6% i 93,7%, najniższy w roku 1997 i 2001 – odpowiednio 75,5% oraz 78,1%. Badani z orzeczoną kategorią zdrowia D i E utworzyli największą grupę w 1997 roku: D–18,4%, E–0,1% badanych oraz w roku 2001 odpowiednio 15,3% i 0,4%. Na przestrzeni 32 lat odsetek orzeczonych z kategorią zdrowia D wynosił od 0,3% do 18,4%, a kategorii zdrowia E od 0,1% do 2,2%.
3. 19–letnich mężczyzn stających do poboru najczęściej z kategorii zdrowia A dyskwalifikowały choroby: dotyczące stanu psychicznego (21,59%), choroby narządu ruchu (13,83%), narządu wzroku (13,65%), choroby układu oddechowego (11,68%), układu krążenia (10,63%) i układu nerwowego (10,30%).
4. Średnia wartość wzrostu, masy ciała oraz BMI była wyższa w okresie zawieszono obowiązkowi służby wojskowej. Większa wartość BMI występuje u poborowych pochodzących z obszarów wiejskich, natomiast poborowi mieszkający w miastach są wyżsi. W okresie obowiązkowej służby wojskowej poborowi z miast byli ciężsi, po zawieszeniu obowiązkowi służby wojskowej nie występuje żadna różnica w poziomie masy ciała poborowych z miast i wsi. Obowiązek odbycia służby wojskowej miał znaczący wpływ na wyodrębnienie spośród badanych grupy mężczyzn z kategorią zdrowia A i D. Miejsce zamieszkania 19–letniego mężczyzny województwa małopolskiego przekłada się na stan jego zdrowia i przyznawaną mu kategorię wojskową, osoby zamieszkujące tereny wiejskie częściej miały przyznawaną kategorię zdrowia A.

5. Po zawieszeniu obowiązkowej służby wojskowej wzrósł odsetek orzekanych 19-letnich mężczyzn z kategorią zdrowia A z 82% do 90% oraz E z 0,3% do 1,8%, spadł zaś odsetek z orzeczoną kategorią zdrowia B i D odpowiednia z 5,6% do 0,9% i 11,2% do 7,0%.
6. Różnice pomiędzy grupami 19-letnich mężczyzn stających do poboru w 1985 i 1989 roku w okresie komunizmu i obowiązkowej służby wojskowej oraz do kwalifikacji wojskowej w 2013 i 2017 roku w okresie demokracji i służby wojskowej wyłącznie ochotniczej są bardzo wysoko istotnie statystycznie. Nastąpił spadek orzekanej kategorii zdrowia A z 94,2% do 91,1% oraz B z 5,1% do 0,9%, a w przypadku kategorii zdrowia D i E wzrost odpowiednio z 0,4% do 6,1% i 0,2% do 2,0%.

PIŚMIENNICTWO

1. Kozłowska E, Marzec A, Kalinowski P, Bojakowska U. Koncepcja zdrowia i choroby w świetle literatury przedmiotu. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(9);575–58.
2. Wojtczak A. *Zdrowie Publiczne – najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*. Wydawnictwo CeDeWi, Warszawa 2021;15.
3. Boorse C, Health as theoretical concept. *Philos Sci*. 1977;44;542–573.
4. Domaradzki J. O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia* 2013;40/1;5–29.
5. Kass L. Regarding the end of medicine and the pursuit of health. *Public Interest* 1975;40;11–42.
6. Engelhardt Ht. Ideology and etiology. *J Med. Philos.* 1976;1(3);256–268.
7. Chmiel Z. *Postawy zdrowotne młodzieży z Ochotniczych Hufców Pracy (na przykładzie Ośrodka Szkolenia w Wychowania nr. 4 Ochotniczych Hufców pracy w Trzebini) – Praca magisterska UJ, Kraków 2001*.
8. Demel M. Przesłanie do uczestników konferencji w: (red.) Woynarowska B, Kapica M, *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania, KOWEZ; Warszawa;7–10*.
9. Mszczak T. Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki naukowe AWF w Poznaniu* 2005;54;73–81.
10. Słopiecka A. Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty. *Studia Medyczne* 2012;25(1);85–88.
11. Walentynowicz – Moryl K. Społeczny wymiar zdrowia. *Relacje. Studia Nauk Społecznych* 2016;1;71–81.
12. Nowak – Starz G, Markowska M, Król H i wsp. Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji. *Zdrowie i dobrostan* 2013;1;149–162.
13. Walentynowicz–Moryl K. Wielowymiarowe modele zdrowia. *Hygeia Public Health* 2017;52(1);1–5.
14. Poznańska S. *Zdrowie i opieka nad zdrowiem człowieka*. W: *Pielęgniarstwo, Podręcznik dla studentów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004;15–38.
15. Słopiecka A. Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty. *Studia Medyczne* 2012;25(1);85–88.

16. Lalonde M. A New perspective on the health of Canadians. A Working document, Ottawa 1974.
17. Nowak – Starz G, Markowska M, Król H i wsp. Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji. *Zdrowie i dobrostan* 2013;1;149–162.
18. Kozłowska E, Marzec A, Kalinowski P, Bojakowska U. Koncepcja zdrowia i choroby w świetle literatury przedmiotu. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(9);575–58.
19. Nowak – Starz G, Markowska M, Król H i wsp. Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji. *Zdrowie i dobrostan* 2013;1;149–162
20. Woźniak A, Brukwicka I, Kopańska Z i wsp. Zdrowie jednostki i zbiorowości, *Journal of Clinical Healthcare* 2015;4;1–3.
21. Kozłowska E, Marzec A, Kalinowski P, Bojakowska U. Koncepcja zdrowia i choroby w świetle literatury przedmiotu. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(9);575–58.
22. Samorząd Studentów Collegium Humanum, <https://samorzad.humanum.pl/starosc-to-radosc/> (04.02.2023)
23. Chmiel Z. Postawy zdrowotne młodzieży z Ochotniczych Hufców Pracy (na przykładzie Ośrodka Szkolenia w Wychowania nr 4 Ochotniczych Hufców pracy w Trzebinii) – Praca magisterska UJ, Kraków 2001.
24. Michałowska D. Koncepcja zdrowia i choroby jako podstawy konstruowania podejścia do edukacji zdrowotnej. *Przegląd terapeutyczny* 2008;4.
25. Kopański Z, Balińska I, Lishchynskyy Y. The effectiveness of approved school youth rehabilitation, *JPHNMR* 2013;1;25–29.
26. Woźniak M, Brukwicka I, Kopański Z i wsp. Związki stylu życia ze zdrowiem. *Jurnal of Clinical Healthcare* 2015;4;4–9.
27. Wagner S, Banaszekiewicz M, Andruszkiewicz i wsp. Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowia* 2015;21;3;278–281.
28. Ramus P, Stetkiewicz–Lewandowicz A, Talarowska M, Sobów T. Edukacja zdrowotna z perspektywy współczesnych wyzwań i zagrożeń. *Pol. Merk. Lek.* 2013;XXXIV, 204, 363–367.
29. Williams T. Szkoła promująca zdrowie – rzeczywistość czy mit. *Wych. Fiz. i Zdr* 1988;7–8;193–194.

30. Sekowska L. Style życia a choroby cywilizacyjne. *Ruch dla kultury* 2004;4;233–244.
31. Mazur J. Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010. Instytut Matki i Dziecka w Warszawie 2010; Ośrodek Rozwoju Edukacji;1–16.
32. Cianciara D. Specjalizacja z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w Polsce wobec kluczowych kompetencji w tych dziedzinach. *Przeł Epidemiol* 2010;64;139–146.
33. Rasmus P, Stetkiewicz–Lewandowicz A, Talarowska M, Sobów T. Edukacja zdrowotna z perspektywy współczesnych wyzwań i zagrożeń. *Pl. Merk. Lek* 2013;XXXIV;204;363–367.
34. Broniecka A, Wyka J, Wybrane elementy stylu życia wpływające na stan zdrowia młodzieży. *Bromat. Chem. Toksykol.* 2012;XLV;2;196–205.
35. Michałowska D. Koncepcja zdrowia i choroby jako podstawy konstruowania podejścia do edukacji zdrowotnej. *Przełąd terapeutyczny* 2008;4.
36. Gaweł A. Współczesna koncepcja zdrowia – odniesienia edukacyjne 2004;11–27.
37. Bożkowa K, Sito A. Opieka zdrowotna nad rodziną. *PZWL Warszawa* 1994;87–89,97.
38. Michałowska D. Koncepcja zdrowia i choroby jako podstawy konstruowania podejścia do edukacji zdrowotnej. *Przełąd terapeutyczny* 2008;4.
39. Tłuściak–Delinowska A. O wykorzystaniu i użyteczności analizy sieci społecznych w badaniu przemocy rówieśniczej w szkole. *Teraźniejszość–Człowiek–Edukacja* 2014;67(3);147–159.
40. Gniadek A, Marcisz E. Zdrowie środowiskowe w miejscu zamieszkania – czynniki zagrożenia. *Probl Hig Epidemiol* 2014;95(3);522–528.
41. Lutyńska A, Kuszewski K, Wysocki M.J. Inicjatywa wprowadzenia zastosowań genetyki dla potrzeb zdrowia publicznego w Polsce. *Przeł Epidemiol* 2012;66;113–117.
42. Przybyłko K, Walesa Cz. Uwarunkowania różnic w rozwoju i zachowaniu się rodzeństwa. *Horyzont Psychologii* 2014,IV;119–129.
43. Sygit M. *Zdrowie Publiczne*. wyd. Wolters Kluwer Warszawa 2017;2;25–26. (dostęp online w dn.05.04.2023).

44. Wojtczak A. Zdrowie Publiczne – najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu. Wydawnictwo CeDeWi, Warszawa 2021;27–205.
45. Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 30.03.2021 ws. NPZ na lata 2021–2025 Dz.U. poz. 642
46. Plusa T, Porajski H. Uwarunkowania stanu zdrowia polskiego społeczeństwa. W: Myśl ekonomiczna i polityczna. Elipsa 2019;4(67);167–131.
47. Ojrzańska A. Ocena trwania życia w zdrowiu populacji Polski z wykorzystaniem sumarycznych miar stanu zdrowia. Śląski przegląd statystyczny;11(7);261–274.
48. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2022;205–207.
49. Idzik A, Idzik M, Majewski J. Zdrowie i jakość życia mieszkańców Polski w ujęciu regionalnym. Ekonomiczne Problemy Usług 2011;78;497–509.
50. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 roku, Główny Urząd Statystyczny, 2021;21
51. HBSC 2020, Komunikat prasowy: Jakie są polskie nastolatki? Zachowania zdrowotne polskiej młodzieży na tle rówieśników z 43 krajów. 1–2.
52. Piekut A, Jarosińska E, Rusin M. Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży w Polsce – zróżnicowanie regionalne. W: Środowiskowe czynniki ryzyka zdrowotnego. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach 2014;28–34.
53. Woynarowska B, Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS 2014;2(38);41–64.
54. Szymborski J, Jakóbiak K. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Warszawa 2008, 63–71.
55. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 roku, Główny Urząd Statystyczny, 2021;21
56. Program profesjonalizacji Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2008–2010; 3.
57. Program rozwoju Sił Zbrojnych w latach 2007 – 2012
58. Ustawa z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 372, 1728 z późn. zm.)
59. Ministerstwo Obrony Narodowej, <https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/postawowe-informacje-o-budzecie> (01.05.2023)
60. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 8 października 2010 roku w sprawie prowadzenia ewidencji wojskowej (Dz. U. z 2010, Nr 199, poz. 1321 z późn. zm.)

61. Michalak A. Ocena stanu odżywienia i nawyków żywieniowych młodzieży szkoły podstawowej w aspekcie ryzyka wybranych chorób cywilizacyjnych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2022;1(7);25–50.
62. Biesalski H. K, Grimm P. *Żywnienie atlas i podręcznik*, Urban&Partner, Wrocław 2012.
63. Kośmicki M. Nadciśnienie tętnicze u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Przewodnik Lekarza* 2001;4;1;42–51.
64. Lurbe E. Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży. *Choroby Serca i Naczyń* 2010;7;3;107–111.
65. Biesalski H. K, Grimm P. *Żywnienie atlas i podręcznik*, Urban&Partner, Wrocław 2012.
66. Widecka K. Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży – coraz większy problem medyczny. *Choroby Serca i Naczyń* 2004;1;2;89–96.
67. Banaszak B, Banaszak P. Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży – optymalizacja procesu diagnostyczno–terapeutycznego. *Pediatr Med Rodz* 2015;11(3);278–288.
68. Krenc Z. Nagłe i pilne stany nadciśnieniowe u dzieci i młodzieży – diagnostyka i leczenie. *Pediatr Med Rodz* 2013;9(3);237–244.
69. Krenc Z. Nagłe i pilne stany nadciśnieniowe u dzieci i młodzieży – diagnostyka i leczenie. *Pediatr Med Rodz* 2013;9(3);239
70. Kośmicki M. Nadciśnienie tętnicze u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Przewodnik Lekarza* 2001;4;1;42–51.
71. Krzyżaniak A, Stawińska–Witoszyńska B, Krzywińska–Wiewiorowska M. Tradycja i współczesność – dwie dekady badań ciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży w Polsce. W: *Historia badań ciśnienia tętniczego* 2009;13;65–73.
72. Grabańska K, Bogdański P. Miejsce leczenia nefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010;1;2;115–122.
73. Biesalski H. K, Grimm P. *Żywnienie atlas i podręcznik*, Williams T&Partner, Wrocław 2012.
74. Alaghebandan R, Collins KD, Newhook LA, MacDonald D. Childhood type 1 diabetes mellitus in Newfoundland and Labrador. *Canda. Diab. Res. and Clin. Pract.* 2006;74(1);82–89.
75. Gawłowicz K. Jakość życia dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1. UM w Poznaniu. Rozprawa doktorska. Poznań 2010.

76. Gawłowicz K. Jakość życia dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1. UM w Poznaniu. Rozprawa doktorska. Poznań 2010.
77. Green A, Pettersin C.C. On behalf of the Eurodiab Tiger Study Group. Trends in the incidence of childhood-onset diabetes in Europe 1989–1998. *Diabetologia* 2001;44(3);B3–B8.
78. Kuźmiuk A, Marczuk–Kolada G, Łuczaj–Cepowicz E. i wsp. Znaczenie opieki stomatologicznej w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1. *Medycyna Pracy* 2018;69(1);37–44.
79. Antosz A, Małecka–Tendera E. Cukrzyca w populacji otyłych dzieci i młodzieży – problem diagnostyczno–terapeutyczny. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2012;8;2;65–72.
80. Cepuch G, Futoma B, Dębska G. Radzenie sobie ze stresem i poczuciem sensu życia adolescenta z cukrzycą typu 1. *Family Medicine & Primary Care Review* 2010;12;2;140–142.
81. Szymańska S. Osobowość młodzieży chorej na cukrzycę. *Folia Psychologica* 2000;4;57–65.
82. Szymańska S, Strzelczyk D. Rola wsparcia społecznego w leczeniu cukrzycy w młodzieży. *Folia Psychologica* 2011;15;31–43.
83. Biesalski H. K, Grimm P. Żywnienie atlas i podręcznik, Urban&Partner, Wrocław 2012.
84. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2008. *JAMA* 2010;303(3);235–241.
85. Martinson ML, Teitler JO, Reichman NE. Health across the life span in the United States and England. *Am J Epidemiol* 2011;173(8);858–865.
86. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007;9;345–356.
87. Przybylska D, Kurowska M, Przybylski P. Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health* 2012;47(1);28–35.
88. Maślanek A, Pieszka M, Małgorzewicz S. Przyczyny otyłości prostej u dzieci i młodzieży. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2013;4;1;29–36.
89. Jung A. Otyłość – choroba cywilizacyjna. *Pediatr Med Rodz* 2014;10(3);226–232.

90. Gawlik A, Zachurzok–Buczyńska A, Małecka–Tendera E. Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2009;5;1;19–27.
91. Mazur A, Szymanik I, Matusik P, Małecka–Tendera E. Rola reklam i mediów w powstawaniu otyłości u dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2006;2;1;18–21.
92. Malczyk E. Stan odżywienia dzieci i młodzieży w Polsce na podstawie piśmiennictwa z ostatnich 10 lat (2005–2015). *Ann. Acad. Med. Silesis.* (online) 2016;70;56–65.
93. Stankiewicz M, Pieszka M, Śliwińska A i wsp. Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi – wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2010;6;2;56–66.
94. Lurbe E, Alvarez V, Redon J. Obesity, body fat distribution, and ambulatory blood pressure in children and adolescents. *J. Clin. Hypertens. Greenwich* 2001;3;362–367.
95. Romuald Stupnicki. Relacje wagowo–wzrostowe i stosowanie wskaźnika BMI u dzieci i młodzieży. e–Wydawnictwo NCBKF 2014;33–38.
96. Koehler B, Małecka–Tendera E, Drzewiecka B. i wsp. Evaluation of the cardiovascular system in children with simple obesity. Part II. Echocardiographic assessment. *Mat. Med. Pol.* 1989;2;131–133.
97. Gawlik A, Zachurzok–Buczyńska A, Małecka–Tendera E. Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2009;5;1;19–27.
98. Zachurzok–Buczyńska A, Małecka–Tendera E. Zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2005;1;3;13–20.
99. Rynkowska S, Tapolska M, Owiecki M. Epidemiologia otyłości w Polsce i na świecie. *Postępy Biologii Komórkowej* 2019;46;3;235–242.
100. Kostecka M. Prawidłowe żywienie dzieci w wieku przedszkolnym jako niezbędny element profilaktyki chorób cywilizacyjnych. *Piel. Zdr. Publ.* 2013;3;3;257–263.
101. Główny Urząd Statystyczny, Ludność w województwach według płci – stan na 31.12.2019r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosc-i-raz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-31-12-2019,6,27.html>, (04.05.2023)

102. Główny Urząd Statystyczny, Ludność w województwach według płci i wieku – stan na 31.12.2019r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-31-12-2019,6,27.html>, (04.05.2023)
103. Główny Urząd Statystyczny, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html?pdf=1>, (04.05.2023)
104. Fryar CD, Gu Q, Ogden CL, Flegal KM. Anthropometric Reference Data for Children and Adults: United States, 2011–2014. *Vital Health Stat 3 Anal Stud.* 2016 Aug;(39):1–46. PMID: 28437242.
105. Lopuszanska–Dawid M., Kołodziej H., Lipowicz A., Szklarska A., Kopiczko A., Bielicki T., Social class–specific secular trends in height among 19–year old Polish men: 6th national surveys from 1965 till 2010, *Economics & Human Biology*, Volume 37, 2020, 100832, ISSN 1570–677X,
106. Kołodziej H., Łopuszańska, M., Lipowicz A., Szklarska A. i Bielicki T. (2015), Secular trends in body height and body mass in 19–year old polish men based on six national surveys from 1965 to 2010. *Am. J. Hum. Biol.*, 27: 704–709. <https://doi.org/10.1002/ajhb.22694>
107. Bielicki T, Waliszko H. Urbanization–dependent gradients in stature among polish conscripts in 1976 and 1986. *Am J Hum Biol.* 1991;3(5):419–424. doi: 10.1002/ajhb.1310030502. PMID: 28597540.
108. Kozieł S, Welon Z, Bielicki T, Szklarska A, Uliaszek S. The effect of the economic transition on the body mass index of conscripts in Poland. *Econ Hum Biol.* 2004 Mar;2(1):97–106. doi: 10.1016/j.ehb.2003.12.002. PMID: 15463996.
109. Staub K, Rühli F, Woitek U, Pfister C. The average height of 18– and 19–year–old conscripts (N=458,322) in Switzerland from 1992 to 2009, and the secular height trend since 1878. *Swiss Med Wkly.* 2011 Jul 30;141:w13238. doi: 10.4414/smw.2011.13238. PMID: 21805409.
110. Staub K, Rühli FJ. "From growth in height to growth in breadth": the changing body shape of Swiss conscripts since the late 19th century and possible endocrine explanations. *Gen Comp Endocrinol.* 2013 Jul 1;188:9–15. doi: 10.1016/j.ygcen.2013.03.028. Epub 2013 Apr 15. PMID: 23597776.

111. Staub K, Henneberg M, Galassi FM, Eppenberger P, Haeusler M, Morozova I, Rühli FJ, Bender N. Increasing variability of body mass and health correlates in Swiss conscripts, a possible role of relaxed natural selection? *Evol Med Public Health*. 2018 Apr 28;2018(1):116–126. doi: 10.1093/emph/eoy012. PMID: 29942512; PMCID: PMC6007356.
112. Lissner L, Mehlig K, Rosengren A, Toren K, Åberg M. A Growing Social Divide in Body Mass Index, Strength, and Fitness of Swedish Male Conscripts. *J Adolesc Health*. 2019 Aug;65(2):232–238. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.02.016. Epub 2019 Apr 23. PMID: 31028008.
113. Weber G., Seidler H., Wilfing H. & Hauser G. (1995) Secular change in height in Austria: an effect of population stratification?, *Annals of Human Biology*, 22:4, 277–288, DOI: 10.1080/03014469500003952
114. Yang L, Juan A, Waldhoer T. Prevalence and trends in obesity among Austrian conscripts from 1983 to 2017. *Wien Klin Wochenschr*. 2021 Sep 17. doi: 10.1007/s00508–021–01941–9. Epub ahead of print. PMID: 34533634.
115. National Research Council. 2006. *Assessing Fitness for Military Enlistment: Physical, Medical, and Mental Health Standards*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11511>
116. Lehmann A, Floris J, Woitek U, Rühli FJ, Staub K. Temporal trends, regional variation and socio-economic differences in height, BMI and body proportions among German conscripts, 1956–2010. *Public Health Nutr*. 2017 Feb;20(3):391–403. doi: 10.1017/S1368980016002408. Epub 2016 Sep 15. PMID: 27629891.
117. Aandstad A. Reference data on anthropometrics, aerobic fitness and muscle strength in young Norwegian men and women. *Eur J Appl Physiol*. 2021 Nov;121(11):3189–3200. doi: 10.1007/s00421–021–04784–4. Epub 2021 Aug 14. PMID: 34390403; PMCID: PMC8505311.
118. Padez C. Trends in overweight and obesity in Portuguese conscripts from 1986 to 2000 in relation to place of residence and educational level. *Public Health*. 2006 Oct;120(10):946–52. doi: 10.1016/j.puhe.2006.05.023. Epub 2006 Aug 8. PMID: 16895735.
119. Hiermeyer M. Height and BMI values of German conscripts in 2000, 2001 and 1906. *Econ Hum Biol*. 2009 Dec;7(3):366–75. doi: 10.1016/j.ehb.2009.07.005. Epub 2009 Jul 24. PMID: 19699158.

120. Federalny Departament Obrony,
<https://web.archive.org/web/20110724085052/http://www.vtg.admin.ch/internet/vtg/fr/home/dokumentation/news/newsdetail.24787.nsb.html> (02.05.2023)
121. Panczak R, Zwahlen M, Woitek U, Rühli FJ, Staub K. Socioeconomic, temporal and regional variation in body mass index among 188,537 Swiss male conscripts born between 1986 and 1992. *PLoS One*. 2014 May 12;9(5):e96721. doi: 10.1371/journal.pone.0096721. PMID: 24819730; PMCID: PMC4018351
122. Bar Dayan Y, Elishkevits K, Grotto I, Goldstein L, Goldberg A, Shvarts S, Levin A, Ohana N, Onn E, Levi Y, Bar Dayan Y. The prevalence of obesity and associated morbidity among 17-year-old Israeli conscripts. *Public Health*. 2005 May;119(5):385–9. doi: 10.1016/j.puhe.2004.05.021. PMID: 15780326.
123. Chmiel Z., Żal M., Więch P., Bazaliński D., Sałacińska I. Bartusik-Aebisher D. Binkowska-Bury M. Hypertension and selected indicators of health assessment in a population of 19-year-old men subject to military qualifications. *Medicine* 99(22):p e20398, May 29, 2020. DOI: 10.1097/MD.00000000000020398
124. Binkowska-Bury M., Żal M., Wolan M., Sobolewski M., Januszewicz P., Bolanowski M., Mazur A. Secular trends in BMI changes among the military population between 2000 and 2010 in Poland - a retrospective study. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013;34(8):814-20. PMID: 24522024.
125. World Population Review. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-with-mandatory-military-service> (30.04.2023).
126. Karin A, Jon E, Martin A, Lena B, Martin L, Naveed S, Marcus L, Maria Å, Annika R. Body mass index in adolescence, risk of type 2 diabetes and associated complications: A nationwide cohort study of men. *EclinicalMedicine*. 2022 Mar 21;46:101356. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101356. PMID: 35330801; PMCID: PMC8938860.
127. Lehmann A, Floris J, Woitek U, Rühli FJ, Staub K. Temporal trends, regional variation and socio-economic differences in height, BMI and body proportions among German conscripts, 1956–2010. *Public Health Nutr*. 2017 Feb;20(3):391–403. doi: 10.1017/S1368980016002408. Epub 2016 Sep 15. PMID: 27629891.
128. Staub K, Rühli FJ. "From growth in height to growth in breadth": the changing body shape of Swiss conscripts since the late 19th century and possible endocrine

- explanations. *Gen Comp Endocrinol.* 2013 Jul 1;188:9–15. doi: 10.1016/j.ygcen.2013.03.028. Epub 2013 Apr 15. PMID: 23597776.
129. Wikipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Conscription_in_Germany (01.05.2023)
130. Hiermeyer M. Height and BMI values of German conscripts in 2000, 2001 and 1906. *Econ Hum Biol.* 2009 Dec;7(3):366–75. doi: 10.1016/j.ehb.2009.07.005. Epub 2009 Jul 24. PMID: 19699158.
131. Santi M, Lava SA, Simonetti GD, Stettbacher A, Bianchetti MG, Muggli F. Clustering of cardiovascular disease risk factors among male youths in Southern Switzerland: preliminary study. *Swiss Med Wkly.* 2016 Aug 21;146:w14338. doi: 10.4414/smw.2016.14338. PMID: 27544242.
132. Panczak R, Zwahlen M, Woitek U, Rühli FJ, Staub K. Socioeconomic, temporal and regional variation in body mass index among 188,537 Swiss male conscripts born between 1986 and 1992. *PLoS One.* 2014 May 12;9(5):e96721. doi: 10.1371/journal.pone.0096721. PMID: 24819730; PMCID: PMC4018351.
133. Federalny Departament Obrony,
<https://web.archive.org/web/20110724085052/http://www.vtg.admin.ch/internet/vtg/fr/home/dokumentation/news/newsdetail.24787.nsb.html> (02.05.2023)
134. Gunhild Tidemann Christensen, Sissel Skogstad, Lars Ravnborg Nissen, Merete Osler, Data Resource Profile: Danish Conscription Registry Data (DCRD), *International Journal of Epidemiology*, tom 47, wydanie 4, sierpień 2018 r., strony 1023–1024e, <https://doi.org/10.1093/ije/dyy048>
135. Ludvigsson, J.F., Berglind, D., Sundquist, K. et al. The Swedish military conscription register: opportunities for its use in medical research. *European Journal of Epidemiology* (2022) 37:767–777. <https://doi.org/10.1007/s10654-022-00887-0>
136. Aandstad A. Reference data on anthropometrics, aerobic fitness and muscle strength in young Norwegian men and women. *Eur J Appl Physiol.* 2021 Nov;121(11):3189–3200. doi: 10.1007/s00421-021-04784-4. Epub 2021 Aug 14. PMID: 34390403; PMCID: PMC8505311.
137. Puolustusvoimat/Försvarsmakten/The Finnish Defence Forces, Conscript 2023, A guide for getting ready for military service, <https://puolustusvoimat.fi/web/intti/palveluksessa> (30.04.2023)

138. Mattila VM, Parkkari J, Korpela H, Pihlajamäki H. Hospitalisation for injuries among Finnish conscripts in 1990–1999. *Accid Anal Prev.* 2006 Jan;38(1):99–104. doi: 10.1016/j.aap.2005.07.005. Epub 2005 Sep 12. PMID: 16162331.
139. Suikkanen S, Pihlajamäki H, Parviainen M, Kautiainen H, Kiviranta I. Prevalence of and Risk Factors for Back Pain Among Young Male Conscripts During Compulsory Finnish Military Service. *Mil Med.* 2023 Mar 20;188(3–4):e739–e744. doi: 10.1093/milmed/usab375. PMID: 34480793; PMCID: PMC10026615.
140. Henrik Jedig Jørgensen Henrik Ø. Breitenbauch, What if We Gave Up Conscription?, *Dansk Institut for Militære Studier* February 2009, 45.
141. Waibel K, Lee R, Coop C, Mendoza Y, White K. Food allergy guidance in the United States military: A work group report from the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology's Military Allergy and Immunology Assembly. *J Allergy Clin Immunol.* 2018 Jul;142(1):54–59. doi: 10.1016/j.jaci.2018.05.002. Epub 2018 May 17. Erratum in: *J Allergy Clin Immunol.* 2023 Apr;151(4):1143. PMID: 29777733.
142. Jewish Virtual Library, *Ustawa Defence Service Law* <https://www.jewishvirtuallibrary.org/israel-defense-service-law-1986> (01.05.2023)
143. Nefesh B’Nefesh Lone Soldiers Program, <https://www.nbn.org.il/nbnlsp/> (01.05.2023)
144. Wikipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Exemption_from_military_service_in_Israel (01.05.2023)
145. Mahal-IDF-Volunteers.org, <https://www.mahal-idf-volunteers.org/about/faq.htm#health-probs> (03.05.2023)
146. Mieziene B, Emeljanovas A, Cesnaitiene VJ, Vizbaraite D, Zumbakyte-Sermuksniene R. Health Behaviors and Psychological Distress Among Conscripts of the Lithuanian Military Service: A Nationally Representative Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jan 27;17(3):783. doi: 10.3390/ijerph17030783. PMID: 32012683; PMCID: PMC7037156.
147. Department of Defence USA, <https://www.esd.whs.mil/DD/> (02.01.2023)
148. Fadum EA, Strand LA, Rudvin I, Hæreid ML, Borud EK. The Norwegian Armed Forces Health Registry conscription board health examinations 1968–2018. *Scand J Public Health.* 2022 Mar;50(2):153–160. doi: 10.1177/1403494820920412. Epub 2020 May 28. PMID: 32466714.

149. Statistic Austria, <https://www.statistik.at/en/statistics/population-and-society/health/health-status/health-status-of-conscripts> (06.05.2023)
150. National Research Council. 2006. *Assessing Fitness for Military Enlistment: Physical, Medical, and Mental Health Standards*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11511>
151. Council for a Strong America, <https://www.strongnation.org/articles/2006-77-percent-of-american-youth-can-t-qualify-for-military-service#:~:text=Nationwide%2C%2077%20percent%20of%20youth%20between%20the%20ages,of%20youth%20who%20are%20disqualified%20for%20multiple%20reasons> . (02.05.2023)
152. Aberg N. Asthma and allergic rhinitis in Swedish conscripts. *Clin Exp Allergy*. 1989 Jan;19(1):59–63. doi: 10.1111/j.1365-2222.1989.tb02345.x. PMID: 2784709.
153. Norjavaara E, Gerhardsson De Verdier M, Lindmark B. Reduced height in swedish men with asthma at the age of conscription for military service. *J Pediatr*. 2000 Jul;137(1):25–9. doi: 10.1067/mpd.2000.107384. PMID: 10891817.
154. Yeom CW, Oh GH, Jung S, Moon JY, Son KL, Kim WH, Jung D, Baik M, Shim EJ, Moon H, Hahm BJ. Prevalence and comorbidities of adult adhd in male military conscripts in korea: Results of an epidemiological survey of mental health in korean military service. *Psychiatry Res*. 2020 Nov;293:113401. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113401. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32861097.
155. Haaretz, <https://www.haaretz.com/israel-news/2020-11-24/ty-article/.premium/one-out-of-eight-israeli-men-exempt-from-army-for-mental-health-issues/0000017f-e1ce-d804-ad7f-f1fe112d0000> (01.05.2023)
156. Knesset News, <https://main.knesset.gov.il/en/news/pressreleases/pages/press161220x.aspx> (01.05.2023)
157. Bar-Dayyan Y, Morad Y, Elishkevitz KP, Bar-Dayyan Y, Finestone AS. Back disorders among Israeli youth: a prevalence study in young military recruits. *Spine J*. 2012 Sep;12(9):749–55. doi: 10.1016/j.spinee.2010.04.009. Epub 2010 Jun 11. PMID: 20541476.
158. Kefi, H., Medeb, M., Brahim, C., Bouzouita, I., Krir, W., Eddif, S., & Oumaya, A. (2017). Psychiatric causes of unfitness for military service. *European Psychiatry*, 41(S1), S686–S686. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1196

159. Ekinçi, Safak & Koçak, Necmettin & Aydın, Ibrahim & Koca, Kenan & Akyıldız, Ramazan & Erşen, Ömer & Kilic, Selim. (2015). Prevalence and distribution of musculoskeletal disorders causing unfitness for military service among young adult men: An epidemiologic study. *Pakistan journal of medical sciences*. 31. 43–8. 10.12669/pjms.311.5674.
160. Koçak, Necmettin & gogeldi, ercan & akyıldız, ramazan & istanbulluoğlu, hakan & Aydın, Ibrahim & taslipinar, abdullah & Kilic, Selim. (2016). Distribution of internal diseases causing unfitness for military service among candidates in Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 15. 32. 10.5455/pmb.1–1437723204.
161. WHO, Public health in Austria: an analysis of the status of public health, <http://eprints.lse.ac.uk/43950/> (02.05.2023)
162. Jones BH, Hauret KG, Dye SK, Hauschild VD, Rossi SP, Richardson MD, Friedl KE. Impact of physical fitness and body composition on injury risk among active young adults: A study of Army trainees. *J Sci Med Sport*. 2017 Nov;20 Suppl 4:S17–S22. doi: 10.1016/j.jsams.2017.09.015. Epub 2017 Sep 28. PMID: 28993131.
163. Joseph M. Molloy, SP USA, David N. Feltwell, SP USA, Shawn J. Scott, SP USA, David W. Niebuhr, MC USA, Physical Training Injuries and Interventions for Military Recruits, *Military Medicine*, Volume 177, Issue 5, May 2012, Pages 553–558, <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00329>
164. Jones BH, Hauschild VD. Physical Training, Fitness, and Injuries: Lessons Learned From Military Studies. *J Strength Cond Res*. 2015 Nov;29 Suppl 11:S57–64. doi: 10.1519/JSC.0000000000001115. PMID: 26506200.
165. Woynarowska B., Oblacińska A. "Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne". *STUDIA BAS 2* (38) (2014) 41–64 .
166. Karin A, Jon E, Martin A, Lena B, Martin L, Naveed S, Marcus L, Maria Å, Annika R. Body mass index in adolescence, risk of type 2 diabetes and associated complications: A nationwide cohort study of men. *EClinicalMedicine*. 2022 Mar 21;46:101356. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101356. PMID: 35330801; PMCID: PMC8938860.
167. Davin C, Vollenweider P, Waeber G, Paccaud F, Marques–Vidal P. Cardiovascular risk factors attributable to obesity and overweight in Switzerland. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2012 Nov;22(11):952–8. doi: 10.1016/j.numecd.2011.01.004. Epub 2011 Apr 8. PMID: 21478001.

168. Golinowska S, Zdrowie i choroba. Wymiar medyczny i społeczny. W: Golinowska S. i wsp. Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2022;30–34.
169. Ponczek D, Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(2);260–268.
170. Błaszczuk–Bębenek E, Żwirska J, Schlegel–Zawadzka M. Ocena stanu odżywienia dzieci z regionu Małopolski. *Probl Hig Epidemiol* 2017;98(4);381–386.
171. Obuchowicz A. Epidemiologia nadwagi i otyłości – narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2005;1;3;9–12.
172. WHO European Regional Obesity Report 2022, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (02.05.2023)
173. Rozporządzenie MON z 22 listopada 2023 roku w sprawie orzekania o zdolności do służby wojskowej i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. z 2023, poz. 2400)

STRESZCZENIE

Cel pracy

Celem pracy była ocena zmian stanu zdrowia zgodnie z klasyfikacją chorób stosowaną do kategoryzacji 19–letnich mężczyzn przeznaczanych do służby wojskowej w latach 1985–2017 zamieszkujących województwo małopolskie. Zbadano również trend sekularny BMI, wzrostu i masy ciała wśród populacji. Na przestrzeni 32 lat w Polsce funkcjonowały dwa odmienne systemy polityczne, a tym samym systemy ekonomiczne. W okresie objętym badaniami, do końca 2008 roku, służba wojskowa była obowiązkowa dla wszystkich mężczyzn, a następnie wyłącznie ochotnicza. Czynniki te miały wpływ na stan zdrowia Polaków.

Materiały i metody

Z założenia badanie ma charakter obserwacyjno–retrospektywny. Ostatecznie badaniem objęto liczącą 195 461 grupę mężczyzn, urodzonych w: 1966, 1970, 1974, 1978, 1982, 1986, 1990, 1994 i 1998 roku. 19-letni mężczyźni stawili się do obowiązkowego poboru (kwalifikacji wojskowej) przed komisjami lekarskimi na terenie województwa małopolskiego, które orzekły im zdolność do służby wojskowej (kategorię zdrowia). Analizie poddano wybrane dane uzyskane z Ministerstwa Obrony Narodowej – z systemu informatycznego SPIRALA–ZINT (Zintegrowany System Zarządzania Zasobami Mobilizacyjno–Uzupełnieniowymi).

Wyniki i wnioski:

W latach 1985 do 2017 zauważono tendencję rosnącą dotyczącą wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI w populacji 19–letnich mężczyzn stających do poboru (kwalifikacji wojskowej) w województwie małopolskim. Najwyższy odsetek 19–letnich mężczyzn z kategorią zdrowia A występował w roku 1989 i 1985, najniższy w roku 1997 i 2001. Badani z orzeczoną kategorią zdrowia D i E utworzyli największą grupę w 1997 i 2001 roku. 19–letnich mężczyzn stających do poboru najczęściej z kategorii zdrowia A dyskwalifikowały choroby: dotyczące stanu psychicznego (21,59%), choroby narządu ruchu (13,83%), narządu wzroku (13,65%), choroby układu oddechowego (11,68%), układu krążenia (10,63%) i układu nerwowego (10,30%).

Obowiązek odbycia służby wojskowej miał znaczący wpływ na wyodrębnienie spośród badanych grupy mężczyzn z kategorią zdrowia A i D. Miejsce zamieszkania 19-letniego mężczyzny województwa małopolskiego przekłada się na stan jego zdrowia i przyznawaną mu kategorię wojskową. Różnice pomiędzy grupami 19-letnich mężczyzn stających do poboru w 1985 i 1989 roku w okresie komunizmu i obowiązkowej służby wojskowej oraz do kwalifikacji wojskowej w 2013 i 2017 roku w okresie demokracji i służby wojskowej wyłącznie ochotniczej są bardzo wysoko istotnie statystycznie.

Na przestrzeni 32 lat trendy sekularne w zakresie wzrostu, masy ciała i BMI były niekorzystne. Potrzeba promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży jest bardzo ważna.

SUMMARY

The aim of the dissertation

The aim of the study was to assess the changes in health in accordance with the classification of diseases used to categorize 19-year-old men intended for the military service in the years 1985-2017 living in the Małopolskie Voivodeship. The secular trends in BMI (body mass index), height and body mass among the population were also examined. Over the course of 32 years two different political systems, and thus economic systems, functioned in Poland. During the research period until the end of 2008 the military service was compulsory for all men, and after that time only voluntary. These factors have had an impact on the health of Poles.

Materials and methods

By design, the study is of an observational and a retrospective nature. As a result, the study covered a group of 195,461 men born in: 1966, 1970, 1974, 1978, 1982, 1986, 1990, 1994 and 1998. The 19-year-old men appeared for mandatory conscription (military qualification) before the medical commissions in the Małopolskie Voivodeship, which declared them suitable for military service (health category). The selected data obtained from the Ministry of National Defense - from the IT system

called SPIRALA-ZINT (Integrated System for Management of Mobilization and Supplementary Resources) were analysed.

Results and conclusions

In the years 1985 to 2017, an upward trend in height, weight and BMI was observed in the population of 19-year-old men entering the conscript military service (military qualification) in the Małopolskie Voivodeship. The highest percentage of 19-year-old men with health category A occurred in 1989 and 1985, the lowest one in 1997 and 2001. In 1997 and 2001, the respondents with health category D and E constituted the largest group. The 19-year-old men entering the conscript military service with health category A were most often disqualified by the following diseases: related to the mental state (21.59%), musculoskeletal system diseases (13.83%), eyesight (13.65%), respiratory system diseases (11.68%), cardiovascular system (10.63%) and nervous system (10.30%). The obligation to perform military service had a significant impact on the separation of the group of men with health categories A and D from among the surveyed. The place of residence of a 19-year-old man from the Małopolskie Voivodeship has an influence on their health and the military category they receive. The differences between the groups of 19-year-old men enlisted in 1985 and 1989 during communism and compulsory military service, and in 2013 and 2017 during democracy and only volunteer military service are of a high statistical significance.

Over 32 years, secular trends in height, weight, and BMI have been unfavorable. The need for promotion of health among children and young people is very important.

SPIS TABEL

Tabela 1. Klasyfikacja ciśnienia tętniczego u dzieci, młodzieży i pacjentów dorosłych [].....	31
Tabela 2. Zestawienie ilości 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.	48
Tabela 3. Dane dotyczące wzrostu 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.	49
Tabela 4. Dane dotyczące masy ciała 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.	50
Tabela 5. Dane dotyczące BMI 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.	51
Tabela 6. Klasyfikacja BMI 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.	52
Tabela 7. Kategorie zdrowia zdolności do czynnej służby wojskowej 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach.	53
Tabela 8. Rozkład kategorii zdrowia wśród 19-letnich mężczyzn objętych badaniem stojących do poboru w poszczególnych latach w zależności od miejsca zamieszkania.	55
Tabela 9. Rozkład orzeczonych kategorii zdrowia w rozbiciu na okres kiedy funkcjonowała obowiązkowa służba wojskowa i kiedy była ona zawieszona.	56
Tabela 10. Rozkład orzeczonych kategorii zdrowia w rozbiciu na okres kiedy funkcjonowała obowiązkowa służba wojskowa i kiedy była ona zawieszona z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.	57
Tabela 11. Klasyfikacja kategorii zdrowia w przekroju powiatów województwa małopolskiego z uwzględnieniem okres kiedy funkcjonowała obowiązkowa służba wojskowa i kiedy była ona zawieszona.	59
Tabela 12. Procent osób uznanych za niezdolne do służby wojskowej (kategoria D i E) w powiatach województwa małopolskiego z uwzględnieniem okresów obowiązku służby wojskowej i jego zawieszenia.	60
Tabela 13. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych BMI w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	62
Tabela 14. Rozkład klasyfikacji BMI w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	63

Tabela 15. Wskaźnik BMI względem kategorii zdrowia w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.....	64
Tabela 16. Wskaźnik BMI względem niezdolności do służby wojskowej (kategoria D i E) w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.....	64
Tabela 17. Rozkład wskaźnika BMI względem kategorii zdrowia w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	65
Tabela 18. BMI względem miejsca zamieszkania w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.....	66
Tabela 19. Rozkład klasyfikacji BMI względem miejsca zamieszkania w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	66
Tabela 20. Rozkład klasyfikacji BMI względem kategorii zdrowia w okresie obowiązkowej służby wojskowej.	67
Tabela 21. Rozkład klasyfikacji BMI względem kategorii zdrowia w okresie po 2009 roku kiedy zawieszono obowiązek służby wojskowej.	68
Tabela 22. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych wzrostu w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.....	69
Tabela 23. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych wzrostu poborowych względem kategorii zdrowia w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	69
Tabela 24. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych wzrostu poborowych względem zdolności do służby wojskowej w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.....	69
Tabela 25. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych wzrost poborowych względem miejsca zamieszkania w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	70
Tabela 26. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych masy ciała poborowych w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	70
Tabela 27. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych masy ciała poborowych względem kategorii zdrowia w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	71

Tabela 28. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych masy ciała poborowych względem zdolności do służby wojskowej w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	71
Tabela 29. Zestawienie wartości średniej i innych statystyk opisowych masy ciała poborowych względem miejsca zamieszkania w zależności od okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	72
Tabela 30. Zestawienie ilości schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej.	73
Tabela 31. Liczba schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej względem liczby osób z kategorią D i E.	74
Tabela 32. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem okresów obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	76
Tabela 33. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem miejsca zamieszkania w okresie obowiązkowej służby wojskowej.	78
Tabela 34. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem miejsca zamieszkania w okresie zawieszenia obowiązkowej służby wojskowej.	79
Tabela 35. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem klasyfikacji BMI w okresie obowiązkowej służby wojskowej.	80
Tabela 36. Częstość występowania schorzeń z poszczególnych grup powodujących niezdolność do służby wojskowej z uwzględnieniem klasyfikacji BMI w okresie zawieszenia obowiązkowej służby wojskowej.	81
Tabela 37. Ilość schorzeń w poszczególnych grupach powodujących niezdolność do służby wojskowej (określenie kategorii zdrowia D lub E) z uwzględnieniem obu rozporządzeń MON z 1992 i 2004 roku w sprawie orzekania.	82
Tabela 38. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „stan psychiczny” względem obowiązkowej służby wojskowej.	84

Tabela 39. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „stan psychiczny” względem obowiązku służby wojskowej.....	85
Tabela 40. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „stan psychiczny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	87
Tabela 41. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „stan psychiczny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	88
Tabela 42. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „kończyny” względem obowiązku służby wojskowej.....	89
Tabela 43. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „kończyny” względem obowiązku służby wojskowej.....	90
Tabela 44. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „kończyny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.	92
Tabela 45. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „kończyny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.	94
Tabela 46. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „narząd wzroku” względem obowiązku służby wojskowej.	96
Tabela 47. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „narząd wzroku” względem obowiązku służby wojskowej.	97
Tabela 48. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie	

„narząd wzroku” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.	98
Tabela 49. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „narząd wzroku” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.	99
Tabela 50. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ oddechowy” względem obowiązku służby wojskowej.	101
Tabela 51. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ oddechowy” względem obowiązku służby wojskowej.	102
Tabela 52. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ oddechowy” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.	103
Tabela 53. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ oddechowy” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.	104
Tabela 54. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ nerwowy” względem obowiązku służby wojskowej.	106
Tabela 55. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ nerwowy” względem obowiązku służby wojskowej.	107
Tabela 56. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ nerwowy” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.	108
Tabela 57. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie	

„układ nerwowy” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	109
Tabela 58. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ krążenia” względem obowiązku służby wojskowej.....	111
Tabela 59. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ krążenia” względem obowiązku służby wojskowej.....	112
Tabela 60. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ krążenia” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	113
Tabela 61. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ krążenia” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	114
Tabela 62. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup” względem obowiązku służby wojskowej.....	116
Tabela 63. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup” względem obowiązku służby wojskowej.....	117
Tabela 64. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	118
Tabela 65. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „szyja, klatka piersiowa, kręgosłup” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	119
Tabela 66. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie	

„skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne” względem obowiązku służby wojskowej.....	121
Tabela 67. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne” względem obowiązku służby wojskowej.....	121
Tabela 68. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne” względem miejsca zamieszkania.....	122
Tabela 69. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „skóra, tkanka podskórna, naczynia limfatyczne i węzły chłonne” względem miejsca zamieszkania.....	123
Tabela 70. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ trawienny” względem obowiązku służby wojskowej.	125
Tabela 71. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ trawienny” względem obowiązku służby wojskowej.	126
Tabela 72. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia D oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ trawienny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	127
Tabela 73. Liczba orzeczonych chorób i ułomności powodujących orzeczenie kategorii zdrowia E oraz procentowy udział względem całej grupy stojącej do poboru w grupie „układ trawienny” względem miejsca zamieszkania w aspekcie obowiązku służby wojskowej.....	129
Tabela 74. Wykaz najliczniej występujących chorób i ułomności, które skutkowały orzeczeniem wobec poborowych kategorii zdrowia D.....	130
Tabela 75. Wykaz najliczniej występujących chorób i ułomności, które skutkowały orzeczeniem wobec poborowych kategorii zdrowia E	130

Tabela 76. Częstość występowania schorzeń z grupy stan psychiczny powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.	131
Tabela 77. Częstość występowania schorzeń z grupy narządu wzroku powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.	132
Tabela 78. Częstość występowania schorzeń z grupy kończyny powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.	134
Tabela 79. Częstość występowania schorzeń z grupy układu nerwowego powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.	135
Tabela 80. Częstość występowania schorzeń z grupy układu oddechowego powodujących niezdolność do służby wojskowej według powiatów z uwzględnieniem okresów pełnienia obowiązku służby wojskowej i jej zawieszenia.	137
Tabela 81. Rozkład orzeczonych kategorii zdolności do służby wojskowej wobec dwóch grup 19 – letnich mężczyzn.	139
Tabela 82. Częstość występowania schorzeń powodujących niezdolność do służby wojskowej dla dwóch badanych grup w latach 1985 i 1989 vs. 2013 i 2017 w stosunku do badanej całej grupy.	140
Tabela 83. Częstość występowania schorzeń powodujących niezdolność do służby wojskowej dla dwóch badanych grup w latach 1985 i 1989 vs. 2013 i 2017 w odniesieniu do orzeczonych kategorii D i E w populacji.	142
Tabela 84. Częstość występowania cukrzycy i nadciśnienia tętniczego I i II stopnia wśród badanej populacji.	143

SPIS RYCIN

Rycina 1. Model Lalonde'a.	7
Rycina 2. Mandala zdrowia – model ekosystemu człowieka [].	8
Rycina 3. Dobór badanej grupy.	42
Rycina 4. Liczby osób objętych badaniami w poszczególnych latach.	48
Rycina 5. Wartości średniego wzrostu wraz z przedziałami zmienności w poszczególnych latach dla populacji objętej badaniami.	50
Rycina 6. Wartości średniej masy ciała wraz z odchyleniem standardowym w poszczególnych latach dla populacji objętej badaniami.	51
Rycina 7. Wartości mediany BMI, kwartyli oraz 10. i 90. centyla w poszczególnych latach dla populacji objętych badaniami.	52
Rycina 8. Procentowy rozkład klasyfikacji BMI w poszczególnych latach dla populacji objętych badaniami.	53
Rycina 9. Procentowy rozkład orzeczonych kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej w poszczególnych latach dla populacji objętych badaniami.	54
Rycina 10. Udział osób niezdolnych do służby wojskowej (łącznie kategoria D i E) w poszczególnych latach wśród poborowych zamieszkałych na wsi i w mieście.	55
Rycina 11. Odsetek orzeczonych kategorii zdrowia w okresie obowiązkowej służby wojskowej i w okresie jej zawieszenia.	57
Rycina 12. Procentowy udział w porównywanych grupach osób z kategoriami oznaczającymi problemy zdrowotne (kat. B, D lub E).	58
Rycina 13. Procentowy udział osób niezdolnych do służby wojskowej z kategoriami D lub E w okresie obowiązku służby wojskowej.	61
Rycina 14. Procentowy udział osób niezdolnych do służby wojskowej z kategoriami D lub E w okresie zawieszenia obowiązku służby wojskowej.	61
Rycina 15. Rozkład klasyfikacji BMI poborowych w okresach obowiązkowej służby wojskowej i zawieszenia obowiązku służby wojskowej.	63
Rycina 16. Rozkład odchyleń BMI od normy dla kategorii zdrowia w okresach obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	65
Rycina 17. Rozkład odchyleń BMI od normy ze względu na miejsce zamieszkania w okresach obowiązkowej służby wojskowej i jej zawieszenia.	67
Rycina 18. Częstość występowania kategorii zdrowia B, D i E względem klasyfikacji BMI w okresach obowiązkowej i nieobowiązkowej służby wojskowej.	68

Rycina 19. Procentowy udział grup schorzeń u poborowych powodujących niezdolność do służby wojskowej względem łącznej liczby osób z kategorią D i E.	75
Rycina 20. Wyniku testu niezależności chi-kwadrat pomiędzy grupami schorzeń a obowiązkiem pełnienia służby wojskowej.	77
Rycina 21. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie stan psychiczny w okresach: obowiązku pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.	132
Rycina 22. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie narządu wzroku w okresach: obowiązku pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.	133
Rycina 23. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie kończyny w okresach: obowiązku pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.	135
Rycina 24. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie układu nerwowego w okresach: obowiązku pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.	137
Rycina 25. Odsetek orzekanych niezdolności poborowych do służby wojskowej ze względu na schorzenia w grupie układu oddechowego w okresach: obowiązku pełnienia służby wojskowej i jego zawieszenia.	138
Rycina 26. Udział poborowych z orzeczonymi kategoriami zdrowia B, D i E w dwóch porównywanych grupach.	140

ANEKS

Załącznik nr 1

Wykaz chorób i ułomności powodujących otrzymanie kategorii zdrowia D według rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 czerwca 1992 r. w sprawie zasad określania zdolności do czynnej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach

Lp.	Paragraf	Punkt	Choroba i ułomność
ROZDZIAŁ I - BUDOWA CIAŁA			
1	1	3	Wzrost poniżej 150 cm przy proporcjonalnej budowie ciała
2		5	Stała budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju
3		8	Otyłość upośledzająca sprawność ustroju
4		12	Odwrotne położenie trzew z zaburzeniami w ustroju
ROZDZIAŁ II - SKÓRA, TKANKA PODSKÓRNA, NACZYNIA LIMFATYCZNE I WĘZŁY CHŁONNE			
5	2	3	Przewlekłe choroby skóry, szpecące, upośledzające sprawność ustroju
6		6	Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne, znacznie upośledzające sprawność ustroju
7		8	Tatuże szpecące
8		10	Torbiel włosowa nawrotowa po wielokrotnych (trzech i więcej) operacjach, nie poddająca się leczeniu
9	3	3	Blizny szpecące lub upośledzające sprawność ustroju
10	4		Skupienie powiększonych węzłów chłonnych z ropieniem lub bez
11	5	1	Organiczne schorzenia naczyń limfatycznych nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ III - CZASZKA			
12	6	2	Zniekształcenia czaszki (guzy, wgniecenia), oraz ubytki kości czaszki, pourazowe lub chorobowe, upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ IV - NARZĄD WZROKU			
13	7	2	Zniekształcenie powiek nieznacznie upośledzające funkcję ochronną
14		3	Zniekształcenie powiek upośledzające funkcję ochronną
15		5	Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek, trudno poddające się leczeniu, upośledzające sprawność oka
16		7	Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej, upośledzające skrajne wychylenie gałki ocznej lub ruchomość powiek, nie powodujące wysychania rogówki

17	8	1	Nieznaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez
18	10	2	Nieznaczny oczopląs przy patrzeniu wprost, wzmagający się przy patrzeniu w bok
19		3	Wyraźny oczopląs przy patrzeniu wprost
20	11	3	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku gorszego oka mniejszą niż 0,5 do 0,1, z korekcją optymalną
21	12	1	Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, nieznacznie upośledzający czynność wzrokową, nie powodujący podwójnego widzenia
22	13	4	Ostrość każdego oka co najmniej 0,5, z korekcją szklami sferycznymi wklęsłymi lub wypukłymi powyżej 6,0 D albo cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi powyżej 3,0 D
23	14	2	Przewlekłe i nawracające choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciała rzęskowego i soczewki
24		3	Przebyte nie nawracające choroby siatkówki, naczyń i nerwu wzrokowego
25		4	Przewlekłe i nawracające choroby siatkówki, naczyń i nerwu wzrokowego
ROZDZIAŁ V - NARZĄD SŁUCHU			
26	15	2	Brak lub znaczny niedorozwój albo znaczne zniekształcenie jednej lub obu małżowin usznych, bez równoczesnego upośledzenia słuchu
27	16	2	Jednostronne lub obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny błony bębenkowej, przewlekły nieżyt ucha środkowego z osłabieniem słuchu
28		3	Jednostronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego, z przytępieniem słuchu
29	17		Jednostronny lub obustronny suchy ubytek błony bębenkowej
30	19	2	Przebyta wygojona jednostronna operacja zachowawcza ucha środkowego
31		3	Przebyta wygojona obustronna operacja zachowawcza uszu środkowych
32	20	1	Jednostronne lub obustronne zwyrodnienie włókniste (tympano- lub otosklerozą) ucha środkowego, z osłabieniem słuchu
33	21	2	Jednostronne lub obustronne osłabienie słuchu, bez zaburzeń równowagi ciała
34		3	Jednostronne przytępienie słuchu bez zaburzeń równowagi ciała
ROZDZIAŁ VI - JAMA USTNA			

35	22	2	Zniekształcenie warg wrodzone lub nabyte, znacznie szpecące lub upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów
36	23	2	Zniekształcenie języka nieznacznie upośledzające mowę i połykanie
37		4	Przewlekłe zapalenie ślinianek nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
38		5	Przewlekłe zapalenie ślinianek upośledzające sprawność ustroju
39	24	4	Przewlekłe zapalenia okołożębia z zanikiem tkanki kostnej przyzębia, z częściowym rozchwianiem zębów
40	25	3	Złamanie szczęki lub żuchwy, nie zrośnięte lub zrośnięte nieprawidłowo, znacznie upośledzające zdolność żucia
41		5	Ograniczenie rozwierania szczęk (odległość między górnymi a dolnymi siekaczami powyżej 2 cm)
42		9	Przebyte operacje kostno-korekcyjne lub kostno-odtwórcze szczęki lub żuchwy, z miernym upośledzeniem zdolności żucia
43		13	Przewlekłe schorzenia stawu żuchwowego miernie upośledzające zdolność żucia
ROZDZIAŁ VII - NOS, GARDŁO, KRTAŃ			
44	26	6	Zwężenie nozdrzy (przednich i tylnych) upośledzające drożność nosa
45		11	Przewlekłe śluzowo-ropne lub ropne zapalenie zatok przynosowych
46		12	Przewlekły naczynioruchowy nieżyt nosa upośledzający oddychanie
47		14	Przewlekły suchy nieżyt nosa lub suchy zanikowy nieżyt nosa, znacznie upośledzający sprawność ustroju
48	27	2	Przewlekły nieżyt (zwykły, przerostowy lub zanikowy) gardła lub krtani, znacznie upośledzający sprawność ustroju
49	28	2	Zaburzenia ruchomości więzadeł głosowych na tle organicznym lub czynnościowym, upośledzające sprawność ustroju
50	29	2	Wady wymowy znacznie upośledzające zdolność porozumiewania się
51	30	2	Przewlekłe całoroczne alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych, znacznie upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ VIII - SZYJA, KLATKA PIERSIOWA, KRĘGOSŁUP			
52	31	1	Kręcz szyi niewielkiego stopnia
53	32	2	Zniekształcenie obojczyka upośledzające sprawność obręczy barkowej
54		3	Zniekształcenie obojczyka znacznie upośledzające sprawność obręczy barkowej
55		4	Stawy rzekome obojczyka

56	33	2	Zniekształcenia lub niewielkie ubytki kostne klatki piersiowej, upośledzające sprawność ustroju
57		5	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce), nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
58		6	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce), miernie upośledzające sprawność ustroju
59	34	2	Skrzywienie i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, upośledzające sprawność ustroju
60		6	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa znacznie upośledzająca sprawność ustroju
61		11	Inne choroby kręgosłupa miernie upośledzające sprawność ruchową
ROZDZIAŁ IX - NARZĄD ODDECHOWY			
62	35	2	Przewlekła nieswoista choroba oskrzelowo-płucna, (przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc), upośledzająca wskaźniki spirometryczne
63		5	Astma oskrzelowa i zespoły astmatyczne, ze sporadycznymi zaostrzeniami o niewielkim nasileniu
64		7	Rozstrzenie oskrzeli nieznacznego stopnia(zniekształcenie oskrzeli), z towarzyszącymi objawami zapalnymi
65	36	2	Liczne zwapnienia i zwłóknienia po przebytych rozsiewach krwipochodnych gruźlicy, bez upośledzenia sprawności oddechowej
66		12	Zrosty i zgrubienia opłucnej ograniczające ruchomość przepony, z przemieszczeniem narządów, miernie upośledzające sprawność oddechowo-krażeńiową
67	37	1	Śródmiąższowe zwłóknienie płuc i inne rzadkie choroby płuc, nie upośledzające sprawności ustroju
68		3	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych, nie upośledzające wydolności oddechowo-krażeńiowej
69		4	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych, upośledzające wydolność oddechowo-krażeńiową
ROZDZIAŁ X - UKŁAD KRAŻENIA			
70	38	1	Choroby mięśnia sercowego oraz (albo) zaburzenia rytmu nawracające lub trwałe, nie upośledzające sprawności ustroju
71		3	Choroba wieńcowa stabilna, bez przebytego zawału serca
72		6	Zastawkowe wady serca bez powikłań, nie upośledzające sprawności fizycznej (klasa czynnościowa I)
73		11	Izolowane wypadanie płątka zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) nie powodujące zaburzeń sprawności ustroju

74		12	Zespół wypadanie płata zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) powodujący zaburzenia sprawności ustroju
75	39	2	Łagodne nadciśnienie tętnicze okresu drugiego
76		5	Inne choroby naczyń krwionośnych upośledzające nieznacznie sprawność ustroju
77		6	Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia
ROZDZIAŁ XI - UKŁAD TRAWIENNY			
78	40	3	Choroby przełyku miernie upośledzające sprawność ustroju
79	42	1	Zrosty otrzewnej upośledzające sprawności ustroju
80	43	2	Przewlekły nieżyt żołądka, dwunastnicy, jelit, z upośledzeniem sprawności ustroju
81		4	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy
82		5	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami
83		6	Przebyta częściowa resekcja żołądka nie upośledzająca sprawności ustroju
84		11	Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach, z miernym upośledzeniem sprawności ustroju
85		14	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego, upośledzające sprawność ustroju
86		16	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego, upośledzające sprawność ustroju
87		44	2
88	3		Kamica dróg żółciowych
89	5		Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego i (lub) dróg żółciowych, upośledzająca sprawność ustroju
90	9		Przewlekła hiperbilirubinemia
91	10		Nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby (WZW)
92	12		Przebyte pourazowe uszkodzenie wątroby
93	46		1
94		2	Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe
95		4	Przepukliny przeponowe nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
96	47	4	Żylaki odbytu z owrzodzeniami lub żylaki nawrotowe
97	48	2	Przebyta gruźlica narządów jamy brzusznej
ROZDZIAŁ XII - NARZĄD MOCZOWO - PŁCIOWY			
98	49	3	Kamica układu moczowego, z okresowym wydalaniem złożeń, udokumentowana radiologicznie

99	50	1	Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego lub dróg moczowych
100		4	Kamica pęcherza moczowego
101	51	2	Zwężenie cewki moczowej utrudniające oddawanie moczu
102		4	Spodziectwo lub wierzchniactwo, powodujące zaburzenia w oddawaniu moczu
103		7	Zniekształcenie prącia znacznego stopnia(np. plastyczne stwardnienie lub inne)
104	52	3	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza, nie upośledzające czynności narządu
105		4	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza, upośledzające czynność narządu
106		6	Przewlekłe nawrotowe, nieswoiste zapalenie najądrza i (lub) jądra
107		7	Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego
108	53	2	Brak lub zanik obu jąder
109		4	Wnętrostwo jednostronne, z umiejscowieniem jądra w kanale pachwinowym
ROZDZIAŁ XIII - GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO			
110	55	2	Wole znacznych rozmiarów
111		4	Zmiany czynności tarczycy z wolem lub bez wola
112	56	4	Cukrzyca
113		6	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe nieznacznie upośledzające przemiany hormonalne
ROZDZIAŁ XVI - INNE CHOROBY WEWNĘTRZNE			
114	57	1	Niedokrwistości hemolityczne i niedoborowe niewielkiego stopnia, nie poddające się leczeniu
115	58	2	Pooperacyjny brak śledziony
116	61	1	Skaza moczanowa (dna) nieznacznie upośledzająca sprawność ustroju
117	62	1	Inne choroby przemiany materii nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ XV - UKŁAD NERWOWY			
118	63	2	Przewlekłe zespoły bólowe, korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów, z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi
119		4	Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych, z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi i troficznymi, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju

120	64	2	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego, z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
121	65	1	Zaniki po przebytych chorobach lub urazach albo wrodzone braki mięśni, nie upośledzające sprawności ustroju
122		2	Choroby układu mięśniowego i zaniki po przebytych chorobach lub urazach albo wrodzone braki mięśni, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
123	66	2	Padaczka z rzadko występującymi napadami, bez zmian w zakresie intelektu i bez zaburzeń zachowania
ROZDZIAŁ XVI - STAN PSYCHICZNY			
124	67	2	Nerwice (w tym także narządowe) znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne, rokujące wyleczenie lub istotną poprawę
125	69	2	Osobowość nieprawidłowa znacznie upośledzająca zdolności adaptacyjne, poddająca się korekcji
126	70	2	Moczenie nocne przewlekłe
127	71	1	Psychozy reaktywne
128		2	Psychozy egzogenne (pourazowe, infekcyjne, z wyjątkiem alkoholowych) przebyte bez pozostawienia defektu
129	72	1	Ociężałość umysłowa
130		2	Pogranicze upośledzenia umysłowego
131	73	2	Zależność alkoholowa (i od innych środków odurzających) w fazie początkowej
132	74	2	Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne pochodzenia organicznego, znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne - w okresie kompensacji
133	75	1	Inne przewlekłe zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne, rokujące poprawę
ROZDZIAŁ XVII - KOŃCZYNY			
134	76	2	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), nieznacznie upośledzające sprawność ruchową
135		3	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), miernie upośledzające sprawność ruchową
136		5	Przewlekłe stany zapalne kości
137	77	2	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm do 4 cm, z nieznacznym upośledzeniem sprawności ruchowej
138		3	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 4 cm do 6 cm, z upośledzeniem sprawności ruchowej
139	78	1	Zwichnięcia nawykowe dużych stawów

140		2	Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn, bez upośledzenia sprawności ustroju
141		3	Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
142		4	Zniekształcenie w obrębie wielkich stawów kończyn, upośledzające sprawność ustroju
143		6	Przewlekłe choroby stawów bez zniekształceń oraz przewlekłe zapalenie tkanki łącznej rozlane i okołostawowe
144		9	Zmiany zwyrodnieniowe stawów nieznacznie upośledzające sprawność ruchową
145		10	Zmiany zwyrodnieniowe stawów miernie upośledzające sprawność ruchową
146	79	3	Stopa płaska, koślawą, szpotawą, miernie upośledzająca sprawność ruchową
147	80	2	Rozległe żylaki kończyn, bez zmian troficznych skóry i owrzodzeń
148	81	1	Brak jednego palucha lub innych palców stóp, z zachowaniem główek kości śródstopia, nie upośledzający chodzenia
149		2	Brak obu paluchów lub jednego palucha i innych palców stóp, z zachowaniem główek kości śródstopia, upośledzający chodzenie
150		5	Zniekształcenie palców stóp nieznacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie
151		6	Zniekształcenie palców stóp miernie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie
152	82	3	Braki palców rąk miernie upośledzające chwyt
153		7	Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz, miernie upośledzające chwyt
154		9	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe, bez upośledzenia chwytu
155		10	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe, miernie upośledzające chwyt
ROZDZIAŁ XVIII - NOWOTWORY			
156	83	2	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące mierne zaburzenia czynności narządów

Wykaz chorób i ułomności powodujących otrzymanie kategorii zdrowia E według rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 czerwca 1992 r. w sprawie zasad określania zdolności do czynnej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach

Lp.	Paragraf	Punkt	Choroba i ułomność
ROZDZIAŁ I - BUDOWA CIAŁA			
1	1	6	Charłactwo nie rokujące poprawy
2		9	Otyłość znacznie upośledzająca sprawność ustroju
3		10	Feminizm, infantyлизм, eunochoidyzm, obojnactwo
ROZDZIAŁ II - SKÓRA, TKANKA PODSKÓRNA, NACZYNIA LIMFATYCZNE I WĘZŁY CHŁONNE			
4	2	4	Przewlekłe choroby skóry, wybitnie szpecące, znacznie upośledzające sprawność ustroju
5		10	Torbiel włosowa nawrotowa po wielokrotnych (trzech i więcej) operacjach, nie poddająca się leczeniu
6	3	4	Blizny znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju
7	5	2	Schorzenia naczyń limfatycznych upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ III - CZASZKA			
8	6	3	Zniekształcenie czaszki (np. guzy, wgniecenia) oraz ubytki czaszki, pourazowe lub chorobowe, znacznie upośledzające sprawność ustroju
9		4	Przepukliny mózgu
10		5	Obce ciała w mózgu
ROZDZIAŁ IV - NARZĄD WZROKU			
11	7	8	Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej, upośledzające ruchomość gałki ocznej lub powiek, powodujące wysychanie rogówki
12	8	2	Znaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez
13	9	1	Ślepotą jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka nie mniejszej niż 0,8 bez korekcji albo po zastosowaniu szkieł sferycznych do $\pm 3,0$ lub cylindrycznych do $\pm 2,0$ D
14		2	Ślepotą jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,8 po zastosowaniu szkieł sferycznych do $\pm 3,0$ D, lub cylindrycznych do $\pm 2,0$ D
15		3	Całkowita ślepotą lub brak obu gałek ocznych
16	12	1	Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, nieznacznie upośledzający czynność wzrokową, nie powodujący podwójnego widzenia

17		2	Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, porażenny lub pourazowy, znacznie upośledzający czynność wzrokową, powodujący podwójne widzenie
18	13	5	Ostrość jednego oka co najmniej 0,5, a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi
19		6	Ostrość każdego oka od 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi
20	14	7	Jaskra
ROZDZIAŁ V - NARZĄD SŁUCHU			
21	16	4	Obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły niezbyt ucha środkowego, z przytępieniem słuchu
22		5	Jednostronne lub obustronne zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, z przytępieniem słuchu graniczącym z głuchotą
23	18	1	Jednostronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, niezależnie od ostrości słuchu
24		2	Obustronne przewlekłe ropne zapalenie uszu środkowych, niezależnie od ostrości słuchu
25		3	Gruźlica uszu czynna
26	19	4	Przebyta jednostronna lub obustronna operacja doszczętna ucha środkowego
27	20	2	Jednostronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano- lub otoskleroza) ucha środkowego, z przytępieniem słuchu
28		3	Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano- lub otoskleroza) ucha środkowego, z jednostronnym przytępieniem słuchu przy drugostronnym osłabieniu słuchu
29		4	Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano- lub otoskleroza) ucha środkowego, z przytępieniem słuchu
30		5	Przebyta jednostronna lub obustronna operacja ucha środkowego z powodu włóknistego lub kostnego zwyrodnienia
31		21	4
32	5		Obustronne przytępienie słuchu bez zaburzeń równowagi ciała
33	6		Jednostronna głuchota
34	7		Obustronna głuchota
35	8		Głuchoniemota
36	10		Trwałe zaburzenia równowagi ciała
ROZDZIAŁ VI - JAMA USTNA			
37	22	3	Warga zajęcza

38		4	Warga zajęcza z rozszczepieniem szczęki i podniebienia (wilcza paszcza)
39		5	Blizny i ubytki podniebienia miękkiego, przedziurawienie lub rozszczepienie podniebienia twardego i miękkiego, nieznacznie upośledzające lub upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów
40		6	Ubytki podniebienia twardego znacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów
41	23	3	Zniekształcenie języka znacznie upośledzające mowę i połykanie
42		6	Przewlekłe zapalenie ślinianek znacznie upośledzające sprawność ustroju
43		8	Przetoki ślinowe nawracające po leczeniu operacyjnym
44	25	4	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy uniemożliwiające żucie
45		6	Ograniczenie rozwierania szczęk (odległość między górnymi a dolnymi siekaczami poniżej 2 cm)
46		10	Przebyte operacje kostno-korekcyjne lub kostno-odtwórcze szczęki lub żuchwy, ze znacznym upośledzeniem zdolności żucia
47		14	Przewlekłe schorzenia stawu żuchwowego znacznie upośledzające zdolność żucia
ROZDZIAŁ VII - NOS, GARDŁO, KRTAŃ			
48	26	7	Zarośnięcie jam nosowych
49		9	Zniekształcenie lub zniszczenie nosa, znacznie szpecące lub upośledzające jego drożność
50		15	Zanikowy cuchnący nieżyt błony śluzowej nosa (ozena)
51	27	2	Przewlekły nieżyt (zwykły, przerostowy lub zanikowy) gardła lub krtani, znacznie upośledzający sprawność ustroju
52		4	Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy, upośledzające sprawność ustroju i oddychania
53	29	3	Wady wymowy uniemożliwiające porozumiewanie się
ROZDZIAŁ VIII - SZYJA, KLATKA PIERSIOWA, KRĘGOSŁUP			
54	31	2	Kręcz szyi znacznego stopnia
55		4	Przetoki skrzelopochodne nabyte
56	33	3	Zniekształcenia dużego stopnia lub ubytki rozległe kostne klatki piersiowej, znacznie upośledzające sprawność ustroju
57		7	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce), znacznie upośledzające sprawność ustroju
58	34	3	Skrzywienie i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, znacznie upośledzające sprawność ustroju
59		4	Garb
60		7	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

61		8	Gruźlica kręgosłupa
62		12	Inne choroby kręgosłupa znacznie upośledzające sprawność ruchową
ROZDZIAŁ IX - NARZĄD ODDECHOWY			
63	35	3	Przewlekła nieswoista choroba oskrzelowo- płucna, (przewlekłe zapalenie oskrzeli rozedma płuc) z wybitnym upośledzeniem wskaźników spirometrycznych
64		6	Astma oskrzelowa i zespoły astmatyczne, z częstymi zaostrzeniami i stanami astmatycznymi, wymagającymi leczenia stacjonarnego, oraz zespoły astmatyczne o ciężkim przebiegu u chorych sterydozależnych
65		7	Rozstrzenie oskrzeli nieznacznego stopnia(zniekształcenie oskrzeli), z towarzyszącymi objawami zapalnymi
66		8	Rozlane wielogniskowe rozstrzenie oskrzeli
67	36	3	Zmiany bliznowate po przebytej gruźlicy płuc, z upośledzeniem sprawności oddechowej
68		6	Gruźlica rozsiana płuc
69		13	Zrosty i zgrubienia opłucnej, ograniczające ruchomość przepony, z przemieszczeniem narządów, znacznie upośledzające sprawność oddechowo-krążeniową
70	37	2	Śródmiąższowe zwłóknienie płuc i inne rzadkie choroby płuc, upośledzające sprawność ustroju
71		5	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych znacznie upośledzające wydolność oddechowo-krążeniową
ROZDZIAŁ X - UKŁAD KRAŻENIA			
72	38	2	Choroby mięśnia sercowego oraz (albo) zaburzenia rytmu nawracające lub trwałe, powodujące znaczne upośledzenie sprawności ustroju
73		4	Choroba wieńcowa niestabilna lub z przebyłym zawałem
74		5	Wrodzone wady serca
75		7	Wady zastawkowe serca upośledzające sprawność fizyczną
76		8	Zaciskające zapalenie osierdzia lub stan po operacji z powodu tej choroby
77		9	Ciała obce wgojone w serce
78		12	Zespół wypadanie płatków zastawki dwudzielnej (trójdzielnej)powodujący zaburzenia sprawności ustroju
79		13	Inne choroby serca upośledzające trwale sprawność fizyczną
80	39	3	Nadciśnienie tętnicze ciężkie, złośliwe lub przebiegające z poważnymi powikłaniami narządowymi
81		4	Tętniaki

82		6	Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia
83		7	Choroby naczyń krwionośnych znacznie upośledzające sprawność ustroju, w tym także po operacjach rekonstrukcyjnych bez wyraźnej poprawy
ROZDZIAŁ XI - UKŁAD TRAWIENNY			
84	40	4	Choroby przełyku znacznie upośledzające sprawność ustroju
85	41	3	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej, znacznie upośledzające sprawność ustroju
86	42	2	Zrosty otrzewnej znacznie upośledzające sprawność ustroju
87	43	5	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami
88		7	Przebyta resekcja żołądka z upośledzeniem sprawności ustroju
89		8	Niedowład lub rozstrzeń żołądka, z zaleganiem treści
90		12	Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach, ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju
91		17	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita grubego, znacznie upośledzające sprawność ustroju
92	44	7	Przewlekłe zapalenie wątroby
93		8	Marskość wątroby
94	45		Przewlekłe choroby trzustki
95	46	5	Przepukliny przeponowe znacznie upośledzające sprawność ustroju
96	47	2	Przetoki okołodbytnicze lub odbytnicy, pierwotne i nawrotowe
97		5	Wynicowanie i wypadanie śluzówki odbytnicy
98	48	3	Bąblowiec, grzybica narządów jamy brzusznej
ROZDZIAŁ XII - NARZĄD MOCZOWO - PŁCIOWY			
99	49	2	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma, upośledzające sprawność ustroju
100		4	Przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek (śródmiąższowe bakteryjne i abakteryjne)
101		5	Przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek
102		7	Roponercze lub wodonercze
103		8	Niewydolność nerek
104		9	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki
105	50	2	Nietrzymanie moczu ze zmianami w układzie moczowym
106		3	Przewlekłe organiczne choroby pęcherza moczowego lub dróg moczowych, upośledzające funkcję narządu
107		5	Przetoki pęcherza moczowego
108	51	5	Przetoka prąciowa cewki moczowej
109		6	Przetoka mosznowa lub kroczoza cewki moczowej

110		7	Zniekształcenie prącia znacznego stopnia(np. plastyczne stwardnienie lub inne)
111		8	Brak prącia
112	52	5	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza, znacznie upośledzające czynności narządu
113	53	5	Wnętrostwo obustronne
114	54	1	Gruźlica narządu moczowo-płciowego
ROZDZIAŁ XIII - GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO			
115	55	3	Wole z objawami matołectwa, obrzęk śluzowaty
116		5	Choroba Graves-Basedowa
117	56	1	Choroby przysadki mózgowej
118		2	Choroby nadnerczy
119		3	Choroby gruczołów przytarczycznych
120		5	Otyłość bolesna
121		7	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające przemiany hormonalne
ROZDZIAŁ XVI - INNE CHOROBY WEWNĘTRZNE			
122	57	2	Niedokrwistości hemolityczne i niedoborowe znacznego stopnia, nie poddające się leczeniu
123		3	Niedokrwistości aplastyczne, trwałe granulocytopenie, małopłytkowości nie poddające się leczeniu oraz choroby rozrostowe szpiku i układu chłonnego
124		5	Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) i inne defekty immunologiczne (nabyte i wrodzone)
125	59		Choroby lub uszkodzenia narządów, wywołane promieniowaniem jonizującym lub niejonizującym
126	60	2	Układowe choroby tkanki łącznej
127	61	2	Skaza moczanowa (dna) upośledzająca sprawność ustroju
128	62	2	Inne choroby przemiany materii znacznie upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ XV - UKŁAD NERWOWY			
129	63	3	Przewlekłe zespoły bólowe, korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych nerwów, z częstymi zaostrzeniami lub utrwalonymi objawami ubytkowymi
130		5	Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych, z zaburzeniami ruchowymi (znaczne niedowłady lub porażenia), czuciowymi i troficznymi, upośledzające sprawność ustroju

131	64	3	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego, z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, znacznie upośledzające sprawność ustroju
132		4	Organiczne postępujące choroby ośrodkowego układu nerwowego, nie rokujące poprawy
133	65	3	Choroby układu mięśniowego i zaniki po przebytych chorobach lub urazach albo wrodzone zaniki mięśni, upośledzające sprawność ustroju
134	66	3	Padaczka z częstymi napadami, niezależnie od ich rodzaju, lub ze zmianami w zakresie intelektu i zaburzeniami zachowania
ROZDZIAŁ XVI - STAN PSYCHICZNY			
135	67	3	Nerwice (w tym także narządowe) znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne, nie rokujące wyleczenia
136	69	3	Osobowość nieprawidłowa znacznie upośledzająca zdolności adaptacyjne, nie poddająca się korekcji
137	71	3	Psychozy egzogenne (pourazowe, infekcyjne, intoksykacyjne, z wyjątkiem alkoholowych) przebyte z pozostawieniem defektu
138		4	Psychozy alkoholowe (majaczenia drżenne, halucynoza, zespół Korsakowa i inne)
139		5	Psychozy endogenne (schizofrenia, paranoja, parafrenia, cyklofrenia) oraz psychozy inwolucyjne, przedstarcze i starcze
140	72	3	Upośledzenie umysłowe
141	73	3	Zależność alkoholowa (i od innych środków odurzających) z cechami psychodegradacji
142	74	3	Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne pochodzenia organicznego, znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne, nie rokujące wyleczenia lub istotnej poprawy
143	75	2	Inne przewlekłe zaburzenia psychiczne upośledzające zdolności adaptacyjne, nie rokujące wyleczenia lub istotnej poprawy
ROZDZIAŁ XVII - KOŃCZYNY			
144	76	4	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), znacznie upośledzające sprawność ruchową
145		6	Brak kończyny
146	77	4	Skrócenie kończyny dolnej ze znacznym upośledzeniem sprawności ruchowej
147	78	5	Zniekształcenie w obrębie wielkich stawów kończyn, znacznie upośledzające sprawność ustroju
148		7	Przewlekłe choroby stawów upośledzające sprawność ustroju, w tym także reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)
149		11	Zmiany zwyrodnieniowe stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową

150	79	4	Stopa płaska, koślawa, szpotawa, końska, piętowa i inne, znacznie upośledzająca sprawność ruchową
151	80	3	Rozległe żylaki kończyn, ze zmianami troficznymi lub owrzodzeniami
152	81	3	Braki palców stóp, z uszkodzeniem kości śródstopia
153		7	Zniekształcenie palców stóp znacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie
154	82	4	Braki palców rąk znacznie upośledzające chwyt
155		8	Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz, znacznie upośledzające chwyt
156		11	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe, znacznie upośledzające chwyt
ROZDZIAŁ XVIII - NOWOTWORY			
157	83	3	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące znaczne zaburzenia czynności ustroju
158	84	1	Nowotwory złośliwe wszystkich rodzajów i stopni
159		2	Blizny po usunięciu nowotworów złośliwych lub po leczeniu energią promienistą

Załącznik nr 3

Wykaz chorób i ułomności powodujących otrzymanie kategorii zdrowia D według rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 czerwca 2004 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach

Lp.	Paragraf	Punkt	Choroba i ułomność
ROZDZIAŁ I - BUDOWA CIAŁA			
1	1	3	Wzrost poniżej 155 cm przy proporcjonalnej budowie ciała
2		5	Stała budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju
3		8	Otyłość upośledzająca sprawność ustroju
4		12	Odwrotne położenie trzewi z zaburzeniami sprawności ustroju
ROZDZIAŁ II - SKÓRA, TKANKA PODSKÓRNA, NACZYNIA LIMFATYCZNE I WĘZŁY CHŁONNE			
5	2	3	Przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność ustroju
6		6	Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne upośledzające sprawność ustroju
7		11	Torbiel włosowa nawrotowa po wielokrotnych (trzech i więcej) operacjach niepoddająca się leczeniu
8	3	3	Blizny szpecące lub upośledzające sprawność ustroju

9	4	1	Schorzenia naczyń limfatycznych lub węzłów chłonnych nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ III - CZASZKA			
10	6	2	Zniekształcenia czaszki (np. guzy, wgniecenia) oraz ubytki kości czaszki pourazowe lub chorobowe upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ IV - NARZĄD WZROKU			
11	7	3	Zniekształcenie powiek upośledzające funkcję ochronną
12		5	Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek trudno poddające się leczeniu upośledzające sprawność oka
13		8	Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej upośledzające ruchomość gałki ocznej lub powiek powodujące wysychanie rogówki
14	8	2	Znaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez
15	9	1	Ślepotą jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka nie mniejszej niż 0,8 bez korekcji albo po zastosowaniu szkieł sferycznych do $\pm 3,0$ D lub cylindrycznych do $\pm 2,0$ D
16		2	Ślepotą jednego oka lub brak gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,8 nie mniej niż 0,5 po zastosowaniu szkieł sferycznych do $\pm 6,0$ D lub cylindrycznych do $\pm 3,0$ D
17	10	2	Nieznaczny oczopląs przy patrzeniu wprost wzmagający się przy patrzeniu w bok
18		3	Wyraźny oczopląs przy patrzeniu wprost
19	11	4	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku gorszego oka mniejszą niż 0,5 do 0,1 z korekcją optymalną
20	12	1	Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka porażenny lub pourazowy nieznacznie upośledzający czynność wzrokową, niepowodujący podwójnego widzenia
21	13	4	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szklami sferycznymi powyżej $\pm 6,0$ D lub cylindrycznymi powyżej $\pm 3,0$ D
22		5	Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi
23	14	2	Przewlekłe i nawracające choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciała rzęskowego i soczewki
24		3	Przebyte, nienawracające choroby siatkówki, naczyń i nerwu wzrokowego
25		4	Przewlekłe i nawracające choroby siatkówki, naczyń i nerwu wzrokowego
ROZDZIAŁ V - NARZĄD SŁUCHU			

26	15	2	Brak lub znaczny niedorozwój albo znaczne zniekształcenie jednej lub obu małżowin usznych bez równoczesnego upośledzenia słuchu
27	16	2	Jednostronne lub obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny błony bębenkowej, przewlekły nieżyt ucha środkowego z osłabieniem słuchu
28		3	Jednostronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego z przytępieniem słuchu
29	17		Jednostronny lub obustronny suchy ubytek błony bębenkowej
30	18	1	Jednostronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego niezależnie od ostrości słuchu
31	19	2	Przebyta wygojona jednostronna operacja zachowawcza ucha środkowego
32		3	Przebyta wygojona obustronna operacja zachowawcza ucha środkowego
33		4	Przebyta jednostronna operacja doszczętna ucha środkowego
34	20	1	Jednostronne lub obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano- lub otoskleroza) ucha środkowego z osłabieniem słuchu
35		2	Jednostronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano- lub otoskleroza) ucha środkowego z przytępieniem słuchu
36	21	2	Jednostronne lub obustronne osłabienie słuchu bez zaburzeń równowagi ciała
37		3	Jednostronne przytępienie słuchu bez zaburzeń równowagi ciała
38		6	Jednostronna głuchota
ROZDZIAŁ VI - JAMA USTNA			
39	22	2	Zniekształcenia warg wrodzone lub nabyte znacznie szpecące lub upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów
40		3	Rozszczep wargi górnej lub wyrostka zębodołowego, lub podniebienia
41		4	Blizny i ubytki podniebienia miękkiego, przedziurawienie lub rozszczepienie podniebienia twardego i miękkiego upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów
42	23	2	Zniekształcenie języka upośledzające mowę i połykanie
43		5	Przewlekłe zapalenie ślinianek upośledzające sprawność ustroju
44	24	4	Przewlekłe zapalenie przyzębia
45	25	3	Złamanie szczęki lub żuchwy niezrośnięte lub zrośnięte nieprawidłowo znacznie upośledzające zdolność żucia
46	25	5	Ograniczenie rozwierania szczęk (odległość między górnymi a dolnymi siekaczami powyżej 2 cm)

47		9	Przebyte operacje kostno-korekcyjne lub kostno-odtwórcze szczęki lub żuchwy z upośledzeniem zdolności żucia
48		13	Przewlekłe schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego upośledzające zdolność żucia
ROZDZIAŁ VII - NOS, GARDŁO, KRTAŃ			
49	26	6	Wrodzone lub nabyte zniekształcenie lub zniszczenie części nosa szpecące lub upośledzające jego drożność
50		10	Przewlekłe śluzowo-ropne lub ropne zapalenie zatok przynosowych
51		11	Przewlekły naczynioruchowy nieżyt błony śluzowej nosa upośledzający oddychanie
52		12	Przewlekły suchy nieżyt błony śluzowej nosa lub suchy zanikowy nieżyt błony śluzowej nosa upośledzający oddychanie
53	27	2	Przewlekły nieżyt (zwykły, przerostowy lub zanikowy) gardła lub krtani upośledzający sprawność ustroju
54		5	Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy upośledzające sprawność ustroju
55	28	2	Zaburzenia ruchomości fałdów głosowych na tle organicznym lub czynnościowym upośledzające sprawność ustroju
56	29	2	Wady wymowy upośledzające zdolność porozumiewania się
57	30	3	Przewlekłe alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ VIII - SZYJA, KLATKA PIERSIOWA, KRĘGOSŁUP			
58	31	2	Kręcz szyi znacznego stopnia
59		3	Przetoki skrzelopochodne wrodzone i nabyte
60	32	2	Zniekształcenie obojczyka upośledzające sprawność obręczy barkowej
61		4	Stawy rzekome obojczyka
62	33	2	Zniekształcenia lub niewielkie ubytki kostne klatki piersiowej upośledzające sprawność ustroju
63		5	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce) upośledzające sprawność ustroju
64	34	2	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte upośledzające sprawność ustroju
65		4	Garb
66		6	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa upośledzająca sprawność ustroju
67		8	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
68		10	Inne choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ruchową
ROZDZIAŁ IX - UKŁAD ODDECHOWY			

69		2	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać umiarkowana
70		3	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać ciężka
71		6	Astma oskrzelowa sporadyczna (epizodyczna)
72	35	7	Astma oskrzelowa przewlekła łagodna
73		8	Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana
74		11	Rozstrzenie oskrzeli nieznacznego stopnia
75		13	Rzadkie choroby oskrzeli
76	36	2	Liczne zwapnienia i/lub zwłóknienia po przebytych rozsiewach krwiopochodnych gruźlicy
77		3	Zwłóknienia po przebytej gruźlicy płuc z upośledzeniem sprawności wentylacyjnej płuc
78	37	2	Śródmiąższowe choroby płuc - postać umiarkowana
79		7	Zrosty i zgrubienia opłucnej upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez niewydolności oddechowej
80		10	Ubytki miąższu płucnego umiarkowanie upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez niewydolności oddechowej
ROZDZIAŁ X - UKŁAD KRĄŻENIA			
81		1	Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwale nieupośledzające sprawności ustroju
82		2	Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwale powodujące upośledzenie sprawności ustroju
83		4	Przewlekła choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej stabilnej
84		5	Przewlekła choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej stabilnej z przebytym zawałem
85	38	6	Przewlekła choroba niedokrwienna serca z częstymi zaostrzeniami
86		8	Wrodzone wady serca
87		9	Zastawkowe wady serca bez powikłań i istotnych zaburzeń hemodynamicznych nieupośledzające sprawności ustroju
88		10	Wady zastawkowe serca upośledzające sprawność ustroju
89		12	Obce ciała wgojone w serce
90		15	Zespół wypadania płotka zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) powodujący zaburzenia sprawności ustroju
91	39	2	Nadciśnienie tętnicze II stopnia (umiarkowane)
92		4	Tętniaki
93		5	Zespoły pozakrzepowe i zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych
94		7	Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia

ROZDZIAŁ XI - UKŁAD TRAWIENNY			
95	40	3	Choroby przełyku upośledzające sprawność ustroju
96	41	2	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej upośledzające sprawność ustroju
97	42	1	Zrosty otrzewnej upośledzające sprawność ustroju
98	43	2	Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit z upośledzeniem sprawności ustroju
99		5	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z nawrotami
100		6	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z licznymi nawrotami i powikłaniami
101		7	Przebyta częściowa resekcja żołądka nieupośledzająca sprawności ustroju
102		8	Przebyta resekcja żołądka z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem sprawności ustroju
103		9	Niedowład lub rozstrzeń żołądka z zaleganiem treści
104		12	Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach z upośledzeniem sprawności ustroju
105		15	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego upośledzające sprawność ustroju
106		18	Zmiany organiczne lub zmiany czynnościowe jelita grubego upośledzające sprawność ustroju
107		44	2
108	3		Kamica dróg żółciowych
109	5		Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju
110	11		Przewlekła hiperbilirubinemia bez innych cech nieprawidłowej funkcji wątroby
111	12		Przewlekłe zakażenie HCV
112	13		Przewlekłe zakażenie HBV
113	16		Przebyte pourazowe i toksyczne uszkodzenie wątroby z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem jej wydolności
114	17		Przebyte operacje wątroby
115	45	1	Przewlekłe choroby trzustki
116		2	Przebyte operacje trzustki
117	46	1	Przepukliny
118		2	Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe
119		4	Przepukliny przeponowe upośledzające sprawność ustroju
120	47	2	Przetoki okołodbytnicze lub odbytnicy pierwotne i nawrotowe
121		4	Żylaki odbytu z owrzodzeniami lub żylaki nawrotowe
ROZDZIAŁ XII - UKŁAD MOCZOWO - PŁCIOWY			

122		2	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma upośledzające sprawność ustroju
123		5	Kamica układu moczowego z okresowym wydalaniem złogów upośledzająca sprawność ustroju
124	48	8	Przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek (śródmiaższowe bakteryjne i abakteryjne)
125		9	Przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek
126		11	Roponercze lub wodonercze
127		14	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki
128		1	Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego lub dróg moczowych
129	49	3	Przewlekłe organiczne choroby pęcherza moczowego lub dróg moczowych upośledzające lub znacznie upośledzające funkcję narządu
130		2	Zwężenie cewki moczowej utrudniające lub znacznie utrudniające oddawanie moczu
131	50	3	Spodzieństwo lub wierzchniactwo
132		6	Zniekształcenie prącia znacznego stopnia (np. plastyczne stwardnienie lub inne)
133		7	Brak prącia
134		2	Żylaki powrózka nasiennego znacznego stopnia
135		4	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza upośledzające czynność narządu
136	51	6	Przewlekłe nawrotowe nieswoiste zapalenie najądrza lub jądra
137		7	Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego
138		9	Przerost gruczołu krokowego z zaburzeniami w oddawaniu moczu
139		2	Brak lub zanik obu jąder
140	52	4	Wnętrostwo jednostronne z umiejscowieniem jądra w kanale pachwinowym
141		5	Wnętrostwo obustronne
ROZDZIAŁ XIII - GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO			
142		2	Wole znacznych rozmiarów
143	53	4	Zmiany czynności tarczycy z wolem lub bez wola
144		5	Choroba Gravesa-Basedowa
145		1	Choroby przysadki mózgowej
146		2	Choroby nadnerczy
147		3	Choroby gruczołów przytarczycznych
148	54	4	Cukrzyca
149		5	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe nieznacznie upośledzające przemiany hormonalne
150		6	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające lub znacznie upośledzające przemiany hormonalne

ROZDZIAŁ XVI - INNE CHOROBY WEWNĘTRZNE			
151	55	1	Niedokrwistości hemolityczne i niedoborowe niewielkiego stopnia niepoddające się leczeniu
152		7	Inne przewlekłe zakażenia mogące upośledzać sprawność ustroju
153	56	2	Pooperacyjny brak śledziony
154	57	-	Choroby lub uszkodzenia narządów wywołane promieniowaniem jonizującym lub niejonizującym
155	58	-	Układowe choroby tkanki łącznej
156	59	2	Skaza moczanowa (dna) upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju
157	60	2	Inne choroby przemiany materii upośledzające sprawność ustroju
158	61	-	Gruźlica poza układem oddechowym
ROZDZIAŁ XV - UKŁAD NERWOWY			
159	62	2	Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi
160		4	Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi lub troficznymi nieznacznie upośledzające sprawność ustroju
161	63	2	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi upośledzające sprawność ustroju
162	64	2	Choroby układu mięśniowego i zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach mięśni upośledzające sprawność ustroju
163	65	2	Padaczka z rzadko występującymi napadami
ROZDZIAŁ XVI - STAN PSYCHICZNY			
164	66	2	Zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę
165	67	3	Zaburzenie stresowe pourazowe
166	68	2	Zaburzenia osobowości upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne poddające się korekcji
167	69	2	Moczenie nocne utrwalone
168	70	1	Zaburzenia psychotyczne reaktywne
169		2	Zaburzenia psychotyczne egzogenne przebyte bez defektu
170	71	1	Sprawność umysłowa poniżej przeciętnej (niska norma)
171	72	2	Zespół uzależnienia od alkoholu w stanie abstynencji
172		5	Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

173	73	2	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę
174	74	1	Inne zaburzenia psychiczne upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę
ROZDZIAŁ XVII - KOŃCZYNY			
175	75	3	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych) upośledzające sprawność ruchową
176		5	Przewlekłe stany zapalne kości
177	76	2	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm do 4 cm z nieznacznym upośledzeniem sprawności ruchowej
178		3	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 4 cm do 6 cm z upośledzeniem sprawności ruchowej
179	77	1	Zwichnięcia nawykowe dużego stawu
180		3	Zniekształcenia w obrębie dużych stawów upośledzające sprawność ruchową
181		6	Następstwa przebytych urazów stawów bez zniekształceń oraz przewlekłe zapalenie tkanki łącznej rozlane i okołostawowe upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ruchową
182		7	Przewlekłe choroby stawów upośledzające sprawność ruchową
183		10	Zmiany zwyrodnieniowe stawów upośledzające sprawność ruchową
184	78	3	Stopa płaska, koślawą, szpotawą upośledzająca sprawność ruchową
185	79	2	Rozległe żylaki kończyn bez zmian troficznych skóry i owrzodzeń
186	80	2	Brak obu paluchów lub jednego palucha i innych palców stóp z zachowaniem główek kości śródstopia upośledzający lub znacznie upośledzający chodzenie
187		5	Zniekształcenie palców stóp utrudniające noszenie obuwia i chodzenie
188	81	3	Braki palców rąk upośledzające chwyt
189		6	Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz upośledzające chwyt
190		9	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe upośledzające chwyt
ROZDZIAŁ XVIII - NOWOTWORY			
191	82	2	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące zaburzenia czynności narządów
192	83	1	Nowotwory złośliwe wszystkich rodzajów i stopni w zależności od wyników leczenia

Załącznik nr 4

Wykaz chorób i ułomności powodujących otrzymanie kategorii zdrowia E według rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 czerwca 2004 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach

Lp.	Paragraf	Punkt	Choroba i ułomność
ROZDZIAŁ I - BUDOWA CIAŁA			
1	1	6	Słaba budowa ciała znacznie upośledzająca sprawność ustroju
2		9	Otyłość znacznie upośledzająca sprawność ustroju
3		10	Transseksualizm, obojnactwo
ROZDZIAŁ II - SKÓRA, TKANKA PODSKÓRNA, NACZYNIA LIMFATYCZNE I WĘZŁY CHŁONNE			
4	2	4	Przewlekłe choroby skóry znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju
5		7	Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne znacznie upośledzające sprawność ustroju
6	3	4	Blizny znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju
7	4	2	Schorzenia naczyń limfatycznych lub węzłów chłonnych upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ III - CZASZKA			
8	6	3	Zniekształcenia czaszki (np. guzy, wgniecenia) oraz ubytki kości czaszki pourazowe lub chorobowe znacznie upośledzające sprawność ustroju
9		4	Przepukliny mózgu
10		5	Obce ciała w mózgu
ROZDZIAŁ IV - NARZĄD WZROKU			
11	9	3	Ślepotą jednego oka lub brak gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,5 do 0,1 po zastosowaniu optymalnej korekcji szklami sferycznymi lub cylindrycznymi
12		4	Całkowita ślepotą lub brak obu gałek ocznych
13	12	2	Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka porażenny lub pourazowy znacznie upośledzający czynność wzrokową, powodujący podwójne widzenie
14	13	5	Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5 a drugiego 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi
15		6	Ostrość wzroku każdego oka od 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szklami sferycznymi lub cylindrycznymi
16	14	7	Jaskra

ROZDZIAŁ V - NARZĄD SŁUCHU			
17	16	4	Obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły niezbyt ucha środkowego z przytępieniem słuchu
18		5	Obustronne zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych z głuchotą
19	18	2	Obustronne przewlekłe ropne zapalenie uszu środkowych niezależnie od ostrości słuchu
20	19	3	Przebyta wygojona obustronna operacja zachowawcza ucha środkowego
21		5	Przebyta obustronna operacja doszczętna ucha środkowego
22	20	3	Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano- lub otoskleroza) ucha środkowego z jednostronnym przytępieniem słuchu przy drugostronnym osłabieniu słuchu lub z obustronnym słuchem gorszym od ww.
23	21	4	Jednostronne przytępienie słuchu nawet graniczące z głuchotą przy drugostronnym osłabieniu słuchu
24		5	Obustronne przytępienie słuchu bez zaburzeń równowagi ciała
25		7	Obustronna głuchota
26		8	Głuchoniemota
27		10	Trwałe zaburzenia równowagi ciała
ROZDZIAŁ VI - JAMA USTNA			
28	22	3	Rozszczep wargi górnej lub wyrostka zębodołowego, lub podniebienia
29		5	Blizny i ubytki podniebienia miękkiego, przedziurawienie lub rozszczepienie podniebienia twardego i miękkiego znacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów
30	23	3	Zniekształcenie języka znacznie upośledzające mowę i połykanie
31		6	Przewlekłe zapalenie ślinianek znacznie upośledzające sprawność ustroju
32		8	Przetoki ślinowe nawracające po leczeniu operacyjnym
33	25	4	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy uniemożliwiające żucie
34		6	Ograniczenie rozwierania szczęk (odległość między górnymi a dolnymi siekaczami poniżej 2 cm)
35		10	Przebyte operacje kostno-korekcyjne lub kostno-odtwórcze szczęki lub żuchwy ze znacznym upośledzeniem zdolności żucia
36		14	Przewlekłe schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego znacznie upośledzające zdolność żucia

ROZDZIAŁ VII - NOS, GARDŁO, KRTAŃ			
37	26	7	Wrodzone lub nabyte zniekształcenie lub zniszczenie nosa znacznie szpecące lub znacznie upośledzające jego drożność
38		13	Przewlekły suchy nieżyt błony śluzowej nosa lub suchy zanikowy nieżyt błony śluzowej nosa znacznie upośledzający oddychanie
39		14	Zanikowy cuchnący nieżyt błony śluzowej nosa (ozena)
40	27	3	Przewlekły nieżyt (zwykły, przerostowy lub zanikowy) gardła lub krtani znacznie upośledzający sprawność ustroju
41		6	Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy znacznie upośledzające sprawność ustroju
42	28	3	Zaburzenia ruchomości fałdów głosowych na tle organicznym lub czynnościowym znacznie upośledzające sprawność ustroju
43	29	3	Wady wymowy znacznie upośledzające zdolność porozumiewania się
44	30	3	Przewlekłe alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych znacznie upośledzające sprawność ustroju
ROZDZIAŁ VIII - SZYJA, KLATKA PIERSIOWA, KRĘGOSŁUP			
45	32	3	Zniekształcenie obojczyka znacznie upośledzające sprawność obręczy barkowej
46	33	3	Zniekształcenia dużego stopnia lub ubytki rozległe kostne klatki piersiowej znacznie upośledzające sprawność ustroju
47		6	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce) znacznie upośledzające sprawność ustroju
48	34	3	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte znacznie upośledzające sprawność ustroju
49		4	Garb
50		7	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa znacznie upośledzająca sprawność ustroju
51		8	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
52		11	Inne choroby kręgosłupa znacznie upośledzające sprawność ruchową
ROZDZIAŁ IX - UKŁAD ODDECHOWY			
53	35	3	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać ciężka
54		4	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać bardzo ciężka
55		8	Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana
56		9	Astma oskrzelowa przewlekła ciężka
57		12	Rozlane wielogniskowe rozstrzenie oskrzeli
58		13	Rzadkie choroby oskrzeli

59	36	4	Zwłóknienia po przebytej gruźlicy płuc z ciężkim upośledzeniem sprawności wentylacyjnej płuc i niewydolnością oddychania	
60	37	3	Śródmiąższowe choroby płuc - postać ciężka	
61		8	Zrosty i zgrubienia opłucnej ciężko upośledzające sprawność wentylacyjną płuc i wydolność oddechową	
62		11	Ubytki mięszu płucnego ciężko upośledzające sprawność wentylacyjną płuc i wydolność oddechową	
ROZDZIAŁ X - UKŁAD KRAŻENIA				
63	38	3	Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwałe powodujące znaczne upośledzenie sprawności ustroju	
64		6	Przewlekła choroba niedokrwienna serca z częstymi zaostrzeniami	
65		7	Przewlekła choroba niedokrwienna serca z częstymi zaostrzeniami, przebyłym zawałem lub powikłaniami	
66		8	Wrodzone wady serca	
67		10	Wady zastawkowe serca upośledzające sprawność ustroju	
68		11	Zaciskające zapalenie osierdzia lub stan po operacji z powodu tej choroby	
69		12	Obce ciała wgojone w serce	
70		16	Inne choroby serca upośledzające trwale sprawność ustroju	
71		39	3	Nadciśnienie tętnicze III stopnia (ciężkie)
72			4	Tętniaki
73	5		Zespoły pozakrzepowe i zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych	
74	8		Choroby naczyń krwionośnych znacznie upośledzające sprawność ustroju, w tym także po operacjach rekonstrukcyjnych bez wyraźnej poprawy	
ROZDZIAŁ XI - UKŁAD TRAWIENNY				
75	40	4	Choroby przełyku znacznie upośledzające sprawność ustroju	
76	41	3	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej znacznie upośledzające sprawność ustroju	
77	42	2	Zrosty otrzewnej znacznie upośledzające sprawność ustroju	
78	43	3	Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju	
79		8	Przebyta resekcja żołądka z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem sprawności ustroju	
80		9	Niedowład lub rozstrzeń żołądka z zaleganiem treści	
81		13	Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju	

82		16	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego znacznie upośledzające sprawność ustroju
83		19	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita grubego znacznie upośledzające sprawność ustroju
84	44	2	Przewlekłe zapalenie dróg żółciowych upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju
85		5	Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju
86		8	Przewlekłe zapalenie wątroby
87		9	Marskość wątroby
88		16	Przebyte pourazowe i toksyczne uszkodzenie wątroby z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem jej wydolności
89		17	Przebyte operacje wątroby
90		45	1
91	2		Przebyte operacje trzustki
92	46	5	Przepukliny przeponowe znacznie upośledzające sprawność ustroju
93	47	2	Przetoki okołodbytnicze lub odbytnicy pierwotne i nawrotowe
94		5	Wynicowanie i wypadanie śluzówki odbytnicy
ROZDZIAŁ XII - UKŁAD MOCZOWO - PŁCIOWY			
95	48	3	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma znacznie upośledzające sprawność ustroju
96		6	Kamica układu moczowego z okresowym wydalaniem złogów znacznie upośledzająca sprawność ustroju
97		8	Przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek (śródmiąższowe bakteryjne i abakteryjne)
98		9	Przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek
99		11	Roponercze lub wodonercze
100		13	Niewydolność nerek
101		2	Nietrzymanie moczu ze zmianami w układzie moczowym
102	49	3	Przewlekłe organiczne choroby pęcherza moczowego lub dróg moczowych upośledzające lub znacznie upośledzające funkcję narządu
103		4	Przetoki pęcherza moczowego
104	50	2	Zwężenie cewki moczowej utrudniające lub znacznie utrudniające oddawanie moczu
105		4	Przetoka prąciowa cewki moczowej
106		5	Przetoka mosznowa lub kroczoza cewki moczowej
107	51	5	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza znacznie upośledzające czynność narządu
ROZDZIAŁ XIII - GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO			

108	53	3	Wole z objawami matolectwa, obrzęk śluzakowaty
109		5	Choroba Gravesa-Basedowa
110	54	1	Choroby przysadki mózgowej
111		2	Choroby nadnerczy
112		3	Choroby gruczołów przytarczycznych
113		6	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające lub znacznie upośledzające przemiany hormonalne
ROZDZIAŁ XVI - INNE CHOROBY WEWNĘTRZNE			
114	55	2	Niedokrwistości hemolityczne i niedoborowe znacznego stopnia niepoddające się leczeniu
115		3	Niedokrwistości aplastyczne, trwałe granulocytopenie, małopłytkowości nie poddające się leczeniu oraz choroby rozrostowe szpiku i układu chłonnego
116		5	Zakażenie wirusem HIV
117		6	Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) i inne defekty immunologiczne (nabyte i wrodzone)
118		7	Inne przewlekłe zakażenia mogące upośledzać sprawność ustroju
119	57	-	Choroby lub uszkodzenia narządów wywołane promieniowaniem jonizującym lub niejonizującym
120	58	-	Układowe choroby tkanki łącznej
121	60	3	Inne choroby przemiany materii znacznie upośledzające sprawność ustroju
122	61	-	Gruźlica poza układem oddechowym
ROZDZIAŁ XV - UKŁAD NERWOWY			
123	62	3	Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i utrwalonymi objawami ubytkowymi znacznie upośledzającymi sprawność ustroju
124		5	Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi (znaczne niedowłady lub porażenia), czuciowymi lub troficznymi upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju
125	63	3	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi znacznie upośledzające sprawność ustroju
126		4	Organiczne postępujące choroby ośrodkowego układu nerwowego nierokujące poprawy
127	64	3	Choroby układu mięśniowego i zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach znacznie upośledzające sprawność ustroju

128	65	3	Padaczka z częstymi napadami
ROZDZIAŁ XVI - STAN PSYCHICZNY			
129	66	3	Zaburzenia nerwicowe znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone
130	68	3	Zaburzenia osobowości znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone
131	70	3	Zaburzenia psychotyczne egzogenne przebyte z defektem
132		4	Zaburzenia psychotyczne alkoholowe
133		5	Zaburzenia psychotyczne schizofreniczne i afektywne
134	71	2	Upośledzenie umysłowe
135	72	3	Zespół uzależnienia od alkoholu nierokujący zachowania abstynencji
136		5	Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol
137	73	3	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne nierokujące poprawy
138	74	2	Inne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne nierokujące poprawy
ROZDZIAŁ XVII - KOŃCZYNY			
139	75	4	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych) znacznie upośledzające sprawność ruchową
140		6	Brak kończyny
141	76	4	Skrócenie kończyny dolnej ze znacznym upośledzeniem sprawności ruchowej
142	77	4	Zniekształcenia w obrębie dużych stawów kończyn znacznie upośledzające sprawność ruchową
143		8	Przewlekłe choroby stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową
144		11	Zmiany zwyrodnieniowe stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową
145	78	4	Stopa płaska, koślawą, szpotawą, końską, piętową i inne znacznie upośledzające sprawność ruchową
146	79	3	Rozległe żylaki kończyn ze zmianami troficznymi lub owrzodzeniami
147	80	3	Brak palców stóp z uszkodzeniem kości śródstopia
148		6	Zniekształcenie palców stóp znacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie
149	81	4	Braki palców rąk znacznie upośledzające chwyt
150		7	Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz znacznie upośledzające chwyt

151		10	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe znacznie upośledzające chwyt
ROZDZIAŁ XVIII - NOWOTWORY			
152	82	3	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące znaczne zaburzenia czynności ustroju
153	83	1	Nowotwory złośliwe wszystkich rodzajów i stopni w zależności od wyników leczenia