

Zakład Gospodarki Żywnościowej
Wydziału Ekonomicznego UMCS

Stefan OGRODNIK

**Problemy stanu zdrowia mieszkańców wsi.
Prymat człowieka w przemianach systemowych**

The Problems of the Health Condition Among the Rural Inhabitants. The Primacy of Man in System Transformations

Tak wiele dziś się pisze i dyskutuje na temat dróg i sposobów transformacji systemowych w naszym kraju. Rozważa się różne możliwości zastosowania środków rzeczowych i kapitałowych, rodzimych i zagranicznych w gospodarce, aby ją ożywić i uaktywnić. Propozycji jest tak wiele, że przeciętny obywatel gubi się już i nie wie jaka jest właściwie najlepsza droga rozwoju polskiej gospodarki. Wydaje się jednak, że wśród mnóstwa propozycji i pomysłów uzdrowienia naszej ekonomiki, głoszonych szczególnie w czasie trwania kampanii przedwyborczej do parlamentu, zgubiliśmy najważniejszy czynnik rozwoju kraju, decydujący o bogactwie i potędze narodu, mianowicie straciliśmy z pola widzenia samego człowieka. W ferworze dyskusji nad przyszłym kształtem polskiej gospodarki, chyba nikt nie zastanawia się jaki jest ten człowiek dziś, który ma budować dobrobyt naszej ojczyzny, jakie jest jego zdrowie duchowe i fizyczne, co on sobą reprezentuje, jakie są jego kwalifikacje, wykształcenie itd. Wydaje się, że tego rodzaju pytania są bardzo ważne, bo przecież ostatecznie tylko od tego, jakie jest społeczeństwo zależy będzie dalszy rozwój naszego kraju.

W niniejszym artykule pragniemy przeto zatrzymać się nad człowiekiem a konkretnie nad jedną tylko właściwością współczesnego obywatela Polski, a mianowicie nad jego zdrowiem fizycznym. Chcemy przy tym mówić nie o całym naszym społeczeństwie, ale o jednej grupie tego społeczeństwa, a mianowicie o ludności wiejskiej i to głównie związanej z rolnictwem, od której zależy poziom wyżywienia naszego narodu.

Zdrowie każdego człowieka to wielka wartość, od której zależy jego szczęście oraz szczęście rodziny, w której żyje. Od warunków zdrowotnych uzależniona jest możliwość pracy w określonych zawodach i jej wydajność. Zdrowie jest podstawą rozwoju nauki i wszechstronnego postępu ludzkiej wiedzy. Tylko zdrowi ludzie stanowią podstawę siły obronnej kraju, poświęcają się badaniu głębin oceanów i odbywają „akrobatyczne” spacery kosmiczne wśród gwiazd. Zdrowie zatem posiada wartość obiektywną, bezcenną dla każdego człowieka, ale nieodzowną również dla całego społeczeństwa, jego gospodarki i kultury, stanowi zatem „skarb” ogólnonarodowy. Z tego też względu każde społeczeństwo wykazuje troskę o zdrowie swych obywateli i w miarę posiadanych możliwości organizuje jego ochronę. Jak pisze Cz. Surowik — „[...] zdrowiem jest nie tylko brak choroby lub niedomagania, ale dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania się biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla jednostki w najkorzystniejszych warunkach”.¹

Do oceny stanu zdrowia ludności mogą służyć różne mierniki tzw. pozytywne, negatywne i pośrednie, z których najbardziej dostępne w praktycznym zastosowaniu są wskaźniki negatywne, np. zachorowalność, umieralność itp. Mierniki pozytywne mogą mieć zastosowanie głównie w badaniach klinicznych i laboratoryjnych. Jak pisze St. Kosiński — „[...] stan zdrowia ludności wiejskiej jest trudny do jednoznacznego określenia. Nie ma wskaźnika syntetycznie obrazującego wszystkie aspekty zdrowia. Powszechnie przyjmowane wskaźniki informują zazwyczaj nie o samym zdrowiu, ale o jego braku, czyli o chorobie lub zgonie. Zdrowie często definiowane jest jako brak choroby”.² Cytowany autor przytacza definicję zdrowia, według której „zdrowie to stopniowalny stan samopoczucia somatycznego, psychicznego i społecznego, uwidaczniający się w funkcjonowaniu organizmu, psychiki i osobowości oraz w poziomie i zdolnościach ich rozwoju, a także w możliwościach adaptacyjnych człowieka”.³ Z powyższej definicji wynika, że zdrowie może być lepsze lub gorsze, czyli stanowi ono pewien stan stopniowalny i dotyczyć może zarówno sfery somatycznej, jak i psychicznej człowieka. Społeczeństwo zdrowe zatem, to takie, w którym dużo jednostek jest zdrowych a mało chorych. Dotyczy to zarówno całego społeczeństwa w naszym kraju, jak również społeczności wiejskiej, jako grupy wydzielonej, którą tutaj specjalnie się zajmujemy. W grupie tej znaczną część stanowi ludność rolnicza, z indywidual-

¹ Cz. Surowik, *Wybrane problemy przestrzennego kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej*. IGiPZ-PAN r. 1975, z. 8, s. 23.

² St. Kosiński, *Stan zdrowotny ludności wiejskiej w końcu lat osiemdziesiątych*. Pr. zb. red. J. Łopato, *Zabezpieczenie społeczne rolników indywidualnych w Polsce Ludowej (1944—1989)* UW, Warszawa 1990, s. 92.

³ *Ibid.*, s. 92.

nych gospodarstw rolnych. Ta grupa z dniem 1 stycznia 1972 r. objęta została bezpłatną opieką lekarską. O znaczeniu tego wydarzenia dla ochrony zdrowia świadczyć może fakt, że w ciągu pierwszego roku po wprowadzeniu ubezpieczeń, liczba porad lekarskich dla ludności rolniczej zwiększyła się o 37%, a w 1980 r. w porównaniu do 1970 r. liczba tych porad w przeliczeniu na jednego mieszkańca wsi wzrosła o 75%.⁴ Nie oznacza to jednak, by stan zdrowia ludności wiejskiej automatycznie uległ poprawie, zwłaszcza, że stan ten był zbyt odległy od dobrego i o wiele gorszy niż ludności w miastach. Jak podaje M. Pietrewicz według oceny Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w 1971 r. zdrowie mieszkańców wsi przedstawiało się gorzej niż mieszkańców miast. Wyższe były na wsi tzw. wskaźniki umieralności ogólnej oraz umieralności niemowląt, a średnie życie trwało krócej. Za główne przyczyny tego stanu na wsi uważano niski stan sanitarny na wsi, duże obciążenie pracą i znacznym wysiłkiem fizycznym, negatywny wpływ chemizacji i mechanizacji prac rolniczych, a także zagrożenie chorobami odzwierzęcymi.⁵ Wydaje się, że przyczyny te do dziś oddziałują na stan zdrowotny ludności wiejskiej. St. Kosiński pod koniec lat 80. pisał: „[...] w warunkach zdrowia ludności wiejskiej nastąpiły przemiany strukturalne. Zmniejszył się udział zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych (łącznie z gruźlicą) z 7,1% w roku 1949 do 0,9% w 1987 r. Zmniejszyła się także umieralność z powodu chorób układu oddechowego. Równocześnie wzrósł udział zgonów z powodu chorób układu krążenia (stanowiący przez cały okres powojenny pierwszą przyczynę zgonów) z 20,0% w 1949 r. do 52,3% w 1987 r. Wystąpił również wzrost udziału zgonów z powodu chorób nowotworowych z 12,8% w 1960 r. do 18,5% w 1987 r. oraz zgonów z powodu wypadków, zatruc i urazów.

Jednym z mierników stanu zdrowia — pisał St. Kosiński — jest współczynnik umieralności niemowląt. Należy podkreślić, że na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się znamiennej ewolucję polegającą na systematycznym zmniejszaniu się wartości liczbowych tego wskaźnika. W 1987 roku wynosił on 17,4% i był o 0,7% wyższy dla wsi niż dla miasta. W porównaniu z 1986 r. uległ obniżeniu o 0,2% w mieście, na wsi natomiast wzrósł o 0,5%”.⁶

Wyniki badań screeningowych przeprowadzonych przez zespół lekarzy lubelskich w latach 1989—1991 w wytypowanych wsiach woj. lubelskiego również mówią raczej o pogarszającym się stanie zdrowia ludności wiejskiej niż o jego poprawie.⁷ Z badań tych wynika, że w popu-

⁵ *Ibid.*, s. 41—42.

⁴ M. Pietrewicz, *Polityka społeczna wobec wsi*, LSW, Warszawa 1987, s. 41.

⁶ Kosiński, *op. cit.*, s. 93.

⁷ W badaniach screeningowych najczęściej konfrontuje się ze sobą autooceny

lacji 12.169 osób uczestniczących w tych badaniach, u 84,5% ich uczestników stwierdzono naruszenie równowagi zdrowia i ujawniono istnienie 33.975 stanów chorobowych, czyli u każdego badanego wykryto przeciętnie 2,8 choroby.⁸ Jak pisze St. Tokarski — „relatywnie gorszy jest stan zdrowia mężczyzn, u każdego z nich wykrywano przeciętnie ponad trzy jednostki chorobowe. Z ogólnej struktury chorobowości ludności wiejskiej wynika, że najwyższy współdział posiadają choroby układu krążenia” — 36,7%.⁹

Poważny problem stanowią choroby układu mięśniowo-kostnego oraz choroby układu oddechowego i trawiennego. W chorobach układu mięśniowo-kostnego badania wykazały zwyrodnienia stawów kręgosłupa oraz skrzywień kręgosłupa. Dają tu znać o sobie ciężkie warunki pracy w rolnictwie i przebywanie dłuższy czas na otwartej przestrzeni przy zmiennych warunkach atmosferycznych i wilgoci. Wśród chorób układu oddechowego najwyższy udział stanowią: rozedma płuc, dychawica oskrzelowa oraz przewlekłe zapalenie oskrzeli. W układzie trawiennym czołowe miejsce zajmują wrzody żołądka i dwunastnicy oraz kamica żółciowa.

Jak podkreśla St. Tokarski — „szczególnie niepokojącym zjawiskiem epidemiologicznym jest to, iż szereg wymienionych chorób występuje w wysokim natężeniu w pełnym wieku produkcyjnym. Fakt ten posiada istotne znaczenie w chorobach, które tworzą wysokie ryzyko inwalidztwa lub zgonu. W wyniku tego badania u ponad 30% pacjentów teoretycznie zdrowych, stwierdzono po raz pierwszy istnienie stanów chorobowych. Wśród nich rozpoznano choroby nadciśnieniowe, zarówno samoistnie włączenie z zajęciem serca i nerek, jak i wtórne, oraz cukrzycę i choroby tarczycy. Pewną część badanych osób (ok. 3%) skierowano na dalsze badania i leczenie specjalistyczne oraz hospitalizację, głównie ze względu na nasilone objawy chorobowe, z ryzyka których często pacjenci nie zdawali sobie sprawy”.¹⁰ Potwierdzeniem tego jest istnienie poważnych rozbieżności między autooceną zdrowia uczestników badań a wynikami badań lekarskich. Z populacji poddanej badaniom 57,1% uczestników deklaroowało bardzo dobre, dobre i raczej dobre samopoczucie, podczas gdy badania medyczne wykazały, że jedynie u 15,5% osób nie stwierdzono zmian chorobowych. Ta rozbieżność między subiektywną i obiektywną oceną stanu zdrowia może wynikać z pewnej odporności psychofizycznej ludności wiejskiej w sytuacji pogorszonego samopoczucia bądź też z niskiej świadomości zdrowotnej i bagatelizowania przejawów choroby.¹¹

⁸ Tokarski, *op. cit.*, s. 7.

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ *Ibid.*, s. 8.

¹¹ *Ibid.*, s. 9.

Z przytoczonych wyników badań screeningowych stanu zdrowia ludności wiejskiej wyłania się bardzo zły obraz zdrowia tej populacji świadczący jednocześnie o niedostatecznej pracy instytucji ochrony zdrowia. Nic zatem dziwnego, że St. Tokarski stwierdza kategorycznie, iż „[...] sygnalizowane wstępne wyniki badań wskazują na alarmującą sytuację zdrowotną ludności wsi [...]. Ponadto — jak pisze, na podstawie oficjalnych materiałów statystycznych może zaobserwować pogłębianie się regresu w stanie zdrowia tej części ludności”.¹²

Z przedstawionych poglądów i ocen stanu zdrowia ludności wiejskiej wynika, że wśród tej populacji obserwuje się w badanej dziedzinie dwa procesy: proces pogarszania się ogólnego stanu zdrowia tej grupy ludności oraz proces utrzymywania się dysproporcji w stanie zdrowia między ludnością miast i wsi, na niekorzyść tej ostatniej grupy. Stwierdza to wyraźnie cytowany już St. Tokarski: „obserwuje się w ostatnich kilkunastu latach regres stanu zdrowia populacji wiejskiej, wyrażający się skróceniem przeciętnego trwania życia, zwiększoną umieralnością i zachorowalnością. Ludność wiejska narażona jest na tradycyjne choroby związane z warunkami pracy i bytu, a ponadto w coraz wyższym stopniu na choroby określone mianem cywilizacyjnych. Z badania screeningowego wynika, iż kondycja zdrowotna ludności wiejskiej jest znacznie gorsza, niż wynikałoby to z porównywalnych badań epidemiologicznych i analiz statystycznych. Należy przypuszczać, iż w innych wiejskich obszarach kraju stan zdrowia nie jest lepszy, zwłaszcza na terenach poddanych wpływowi industrializacyjnym.

Zjawiskiem szczególnie niepokojącym jest fakt, iż w trakcie badania przesiewowego wykrywano po raz pierwszy u prawie 1/3 badanych stany chorobowe, często przewlekłe. Pewna część tych chorób, zwłaszcza w obrębie układu krążenia lub przemiany materii, stanowi z medycznego punktu widzenia zagrożenie życia. Istotnym zatem byłoby w znacznie szerszym zakresie prowadzenie przez przedstawicieli zawodów medycznych działalności zapobiegawczej w środowisku wiejskim”.¹³

Przyczynami tego niskiego stanu zdrowia ludności wiejskiej są m. in. wg wyrażenia St. Tokarskiego „warunki bytu i pracy” występujące na wsi a także, generalnie biorąc, uwarunkowania wynikające z industrializacji kraju i wkraczania coraz powszechniej do rolnictwa procesów chemizacji i technizacji. Wskazuje na to konkretnie St. Kosiński pisząc: „Postępujące upowszechnienie środków ochrony roślin, zwłaszcza pestycydów, jest przyczyną częstszego niż w mieście występowania zatruc. Szacunkowa liczba ostrych zatruc w Polsce waha się w granicach 30—40

¹² Tokarski, *op. cit.*, s. 9.

¹³ *Ibid.*, s. 10.

tys. rocznie. Wyraźny wzrost zatruc obserwuje się począwszy od 1972 r. Można przypuszczać, że składają się na to dwa czynniki: 1) bezwzględny wzrost liczby zatruc, 2) wzrost świadomości ludności oraz działalność służby zdrowia, która kieruje do ośrodków ostrych zatruc i oddziałów szpitalnych nie tylko pacjentów z objawami zatrucia, lecz również z podejrzeniem o zatrucie. Zatrucia pestycydami dotyczą zarówno rolników indywidualnych, jak i pracowników uspołecznionych gospodarstw rolnych i stanowią około 10% wszystkich hospitalizowanych z powodu zatruc.

Stosowanie nawozów sztucznych ze względu na ich długi okres toksyczności jest również poważnym zagrożeniem dla zdrowia. Rzadko zdarza się, by negatywne skutki stosowania nawozów objawiły się bezpośrednio po ich użyciu. Działanie ich jest długofalowe i objawia się w różny sposób. Negatywne konsekwencje zdrowotne wywołują nie tylko nawozy sztuczne i pestycydy. Do podobnego skutku prowadzi także wiele innych prac i czynności wykonywanych w rolnictwie¹⁴.

Należy także zwrócić uwagę na proces mechanizacji prac w rolnictwie, (traktory i duży udział urządzeń energetycznych). Wszystkie te dziedziny, przy niskim wykształceniu i częstokroć słabych kwalifikacjach rolników w zakresie mechanizacji prac, mogą być przyczyną wypadków, kalectwa i ubytku zdrowia wśród ludności wiejskiej. „Urazy, wypadki, a także zatrucia — pisze St. Tokarski są w strukturze przyczyn zgonów i ogólnej zachorowalności ludności wiejskiej narastającym problemem”¹⁵. Sytuację pogarsza jeszcze fakt, że na wsi rozpowszechnił się zgubny obyczaj picia alkoholu. Alkohol prowadzi do degradacji organizmu, będąc przy tym przyczyną wielu wypadków przy pracy i na drogach, co podkreśla St. Tokarski: „odrębnym zagadnieniem warunkującym stan zdrowia ludności w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym jest olbrzymi wpływ na zdrowie spożycia alkoholu i rozpowszechnienie nałogu palenia tytoniu. Średnie krajowe tempo wzrostu spożycia alkoholu wynosi rocznie ok. 7%. Uwzględniając zdrowotne i społeczne konsekwencje picia alkoholu najwyższe zagrożenie stanowi kategoria osób pijących w sposób niekontrolowany, tj. nadużywających alkoholu, gdyż prowadzi to do głębokiej degradacji psychospołecznej oraz poważnych zaburzeń somatycznych, m. in. do marskości wątroby, nowotworów jamy ustnej, gardła przełyku i krtani. Straty zdrowotne i społeczne spowodowane alkoholizmem są trudne do oszacowania. Przyjmuje się, że 11—18% ogółu wypadków przy pracy związanych jest z piciem alkoholu, a 12—18% wypadków drogowych spowodowanych jest przez osoby nietrzeźwe, zarówno kie-

¹⁴ Kosiński, *op. cit.*, s. 94.

¹⁵ Tokarski, *op. cit.*, s. 6.

rowców, jak i pieszych. Z wycinkowych badań epidemiologicznych wynika, że uzależnienie alkoholowe i tytoniowe stanowią zbliżony pod względem wielkości problem zdrowotny i społeczny w populacji zarówno miejskiej, jak i wiejskiej. Znaczna część urazów i wypadków rolników spowodowana jest alkoholizmem”.¹⁶ Oprócz zatem trudnych i uciążliwych warunków życia i pracy podkopujących zdrowie ludności wiejskiej: sami mieszkańcy wsi wyniszczają się i ogłupiają nadmiernym piciem alkoholu. Alkoholizm jest chorobą, bardzo trudną do wyleczenia. Powinna zatem na wsi być prowadzona szeroka akcja uświadamiająca a jednocześnie winny być podejmowane wysiłki mające na celu tworzenie bractw trzeźwości, czy propagowania idei krucjaty wyzwolenia człowieka. Wydaje się, że jak dotąd jedyną „instytucją”, która tę pracę podejmuje jest Kościół Katolicki.

Walka z alkoholizmem leży w interesie całego społeczeństwa. Dlatego też akcję trzeźwości Kościoła winny wspomagać swą pracą także inne instytucje, jak szkoły, domy kultury, ośrodki zdrowia itp. Należy dążyć do zmiany obyczajowości wiejskiej, w której alkohol towarzyszy niemal wszystkim przejawom życia towarzyskiego, a nawet pije się go przy pracy, co przyczynia się do wspomnianych już licznych wypadków także przy pracy.

Oceniając warunki zdrowotne populacji wiejskiej i rolniczej i stwierdzając zamiast poprawy raczej pogłębianie się regresu w stanie zdrowia tej grupy społeczeństwa, należy stwierdzić, że oprócz wielu przyczyn wpływających destrukcyjnie na zdrowie mieszkańców wsi, w pewnym stopniu winę za ten stan rzeczy ponosi także służba zdrowia pracująca na wsi oraz zbyt mało rozwinięta i wyspecjalizowana, infrastruktura ochrony zdrowia. Zwraca na to uwagę St. Tokarski: „Istnieje wiele czynników warunkujących te zjawiska i tendencje, zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej (materialnej). Warunki bowiem bytu, pracy i higieny ludności wiejskiej są nadal gorsze niż ludności mieszkającej w miastach, trudniejsza jest również dostępność opieki zdrowotnej.

Rozwijająca się społecznie infrastruktura ochrony zdrowia na wsi nie koreluje ze wzrostem intensywności opieki medycznej. Przedstawiciele zawodów medycznych stosują w ośrodkach zdrowia bierne formy działalności, polegające głównie na przyjmowaniu spontanicznej zgłaszalności osób chorych, w miernym natomiast stopniu są zainteresowani bezpośrednim kontaktem z ludnością w ich środowisku. Stąd też obserwuje się lepsze rozeznanie w stanie zdrowia ludności zamieszkałej w pobliżu siedziby ośrodka zdrowia. Potwierdzeniem tego jest wykrywanie w trakcie badania przesiewowego około 30% nie stwierdzanych wcześniej stanów choro-

¹⁶ *Ibid.*, s. 5—6.

bowych".¹⁷ Powyższa wypowiedź potwierdza naszą opinię, że za pogarszający się stan zdrowia ludności wiejskiej winę ponosi w pewnym stopniu wiejska służba zdrowia a przede wszystkim niewystarczająca jeszcze kadra lekarska oraz niedoinwestowanie ośrodków zdrowia, których stan liczebny podajemy w tabeli 1.

Tab. 1. Ośrodki zdrowia na wsi i ludność przez nie obsługiwana w l. 1980—1991
Out-patients' clinics in the country and their patients in 1980—1991

Ośrodki zdrowia	Lata					
	1980	1982	1984	1986	1988	1991
Gminne						
ośr. zdrowia	1421	1488	1483	1493	1499	1512
Wiejskie						
ośr. zdrowia	1713	1754	1783	1786	1806	1812
Przychodnie						
przyzakład.	51	—	11	7	11	2
Razem	3185	3242	3277	3286	3316	3326
Obsługiwana ludność (w tys.)	—	12301	12331	12179	12120	12011

Źródło: R. Jakubowski, J. Krzyżanowski: *Analiza stanu zasobów wiejskiej służby zdrowia w latach 1982—1988*. Materiały Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie. H. Skrzypek: *Dynamika zmian zasobów p.c. (miasto, wieś) w zakresie usług, kadry i wyposażenia*.

Naszą opinię o niewystarczalności, w porównaniu do potrzeb, aktualnej służby zdrowia na wsi potwierdza nadto ocena sytuacji wiejskiej służby zdrowia z 1992 r. dokonana przez Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, której fragment, ze względu na obiektywność i merytoryczną wartość przytaczamy dosłownie.

Na polskiej wsi, gdzie zamieszkuje trzydzieści kilka procent ludności kraju, pracuje 5294 lekarzy medycyny i 2626 stomatologów. Daje to około 16 procent ogółu lekarzy. Są to dane z ostatnich miesięcy br. zebrane przez Instytut Medycyny Wsi, który jako jedyny w kraju prowadzi statystykę dotyczącą służby zdrowia na wsi. Gdy przyjrzymy się jej bliżej, okaże się, że te liczby nie oddają rzeczywistości, bowiem na pełnym etacie zatrudnionych jest tylko 3377 lekarzy medycyny i 1873 lekarzy stomatologów. Na wsi działa obecnie 3325 ośrodków zdrowia, to jest dokładnie tyle samo co w roku ubiegłym. Z tej liczby aż 168, czyli 5 procent, nie posiada żadnego lekarza. Jest to odpowiedź dla tych, którzy narzekają na nadmiar kadr medycznych.

Swego czasu w Polsce przeprowadzono badania na temat bilansu pracy lekarza, jego zadań i obciążeń. Wynika z nich, że na lekarza powinno przypadać nie więcej niż 2000 podopiecznych. Na zachodzie dąży się do zmniejszenia tej liczby do 1,5 a nawet 1 tysiąca podopiecznych, niektóre kra-

¹⁷ *Ibid.*, s. 9—10.

je dochodzą do 900. Gdyby przyłożyć tę dwutysięczną miarkę to się okaże, że jesteśmy pod kreską, obecnie na jednego lekarza na wsi przypada 3558 podopiecznych. Tylko 563 ośrodki zdrowia znalazły się w „normie”, z pozostałych 1625 ma od dwu do czterech tysięcy podopiecznych, 813 od czterech do sześciu, reszta powyżej tej liczby. Do wprowadzenia w życie normy 2000 podopiecznych na jednego lekarza trzeba by obecnie zatrudnić dodatkowo 1600 osób. Na ogólną liczbę 3325 ośrodków 1787 posiada tylko jednego lekarza, z reguły ogólnego. Aż 1228 lekarzy pracujących na wsi nie posiada żadnej specjalizacji. Przyczyny są bardzo różne, należą do nich m. in. uwarunkowania społeczno-kulturowe i mniejsze szanse na awans lub ich zupełny brak.

Dużo gorsza jest sytuacja wiejskich ośrodków zdrowia w obsadzie lekarzy stomatologów. Przy postulowanej normie 2000 podopiecznych, obecnie na jednego lekarza przypada 6415 osób. Tu potrzeby są wprost ogromne, by osiągnąć granicę owych 2000 potencjalnych pacjentów trzeba było zatrudnić w kraju dodatkowo 3692 stomatologów. Najlepsza jest sytuacja z personelem pomocniczym. Jedna pielęgniarka powinna zgodnie z normą mieć 1000 podopiecznych i tak w przybliżeniu wygląda praktyka. Wiejskie ośrodki zdrowia zatrudniają także 1539 położnych, co statystycznie daje nieco mniej niż jedną na dwa ośrodki.

Bardzo przeciętną ocenę można wystawić za wyposażenie ośrodków. Na 3325 laboratoria posiada zaledwie 400, a punkty pobrań 1641. W samochody-sanitarki wyposażono 2609 tychże placówek, 320 z nich do tej pory nie posiada radiotelefonów. Nie jest także dobrze z aparaturą, EKG — sprzęt przecież podstawowy ma tylko 1427 ośrodków, gabinety rehabilitacyjne — 173”.¹⁸

Niezbyt optymistyczny obraz wiejskiej służby zdrowia wyłania się z przytoczonych wyżej danych. Mimo dość znacznej liczby ośrodków zdrowia istniejących na wsi, ich funkcjonowanie jest poważnie ograniczone z powodu braku lekarzy, zarówno ogólnych, lecz szczególnie stomatologów i specjalistów. Ponadto — wyposażenie ośrodków zdrowia w sprzęt techniczny jest katastrofalne, jeśli nawet aparat EKG posiada mniej niż połowa tych placówek.

Jeśli chodzi o kadrę lekarską pracującą na wsi jej stan liczbowy wprawdzie powoli się zwiększa, ale daleki jest jeszcze od zabezpieczenia pełnych potrzeb, a jeśli idzie o lekarzy stomatologów, to w roku 1990 na 10 tys. mieszkańców wsi przypadało ich tylko 1,7 osoby i stan ten od 1980 r. nie uległ poprawie (tab. 3).

Działalność służby zdrowia na wsi i możliwość efektywnego leczenia się ludności utrudniają dodatkowo warunki przestrzennego rozmieszczenia

¹⁸ *Zdrowie na wsi*, „Medicus” 1992, nr 12.

Tab. 2. Zatrudniony personel służby zdrowia. Stan w dniu 31.XII
Personnel of the health service. The state for Dec. 31

Wyszczególnienie	Jedn. miary	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	Dynamika 1990/1980 w %
Lekarze	tys.	63,6	73,2	75,5	77,5	78,7	79,2	81,6	128,3
w tym na wsi	tys.	3,6	4,2	4,3	4,3	4,4	4,4	4,4	122,2
na 10.000 ludności	×	17,8	19,6	20,1	20,5	20,8	20,8	21,4	120,2
w tym na wsi	×	2,4	2,8	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	125,0
Lekarze dentyści	tys.	16,8	17,4	17,4	17,7	18,9	18,0	18,2	108,3
w tym na wsi	tys.	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,4	2,5	104,2
na 10.000 ludności	×	4,7	4,7	4,6	4,7	4,6	4,5	4,8	102,1
w tym na wsi	×	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	100,0
Pielegniarki	tys.	157,0	179,7	186,5	191,0	193,9	197,9	217,8	132,3
w tym na wsi	tys.	9,6	80,5	11,1	11,2	11,7	11,9	12,2	127,0
na 10.000 ludności	×	43,9	48,1	49,6	50,8	51,3	52,0	54,4	123,9
w tym na wsi	×	6,5	7,1	7,5	7,6	8,0	8,2	8,4	129,2

Źródło: Rolnictwo i Gospodarka Żywnościowa 1986—1990 GUS, Warszawa, 1992,
tabl. 31/68.

Tab. 3. Rejon działania ośrodków zdrowia na wsi w latach 1983—1991
 The area of the activity of out-patients' clinics in the country in 1983—1991

Rok	Liczba zbadanych ośrodków zdrowia	Promień rejonu w km							
		do 5		5—7		7—10		ponad 10	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1983	3202	1520	47,5	804	25,1	480	14,9	398	12,5
1984	3259	1629	50,8	833	25,2	454	13,9	343	10,8
1986	3285	1751	63,3	875	26,6	418	12,7	241	7,4
1988	3315	1886	59,9	901	27,2	430	12,9	198	6,0
1991	3323	1795	54,0	902	27,1	428	12,9	198	6,0

Źródło: R. Jakubowski, J. Krzyżanowski: *Analiza...*; K. Maj: *Dynamika zmian w zasobach służby zdrowia na wsi*. Sprawozdanie za 1991 r. Materiały JMW w Lublinie.

ośrodków zdrowia. Oto zaledwie nieco więcej niż połowa z nich (54%) posiada promień działania wynoszący do 5 km. 46% ośrodków obejmuje swą działalnością obszar o promieniu powyżej 5 km, z czego 27,1% działa w promieniu do 7 km, 12,9% do 10 km, a dla 6% ośrodków zdrowia promień działania wynosi ponad 10 km (tab. 3). Można sobie wyobrazić jak trudno z takich odległości wybrać się do lekarza, gdy jest się chorym i jak trudno jest także lekarzowi dojechać do chorego mieszkającego tak daleko. Wydaje się zatem, że aby sytuację poprawić nieodzowne jest jeszcze dalsze rozwijanie i zagęszczanie sieci ośrodków zdrowia na wsi, aby ich dostępność dla ludności była korzystniejsza. Ideałem byłby tu zapewne promień działania do 5 km. Ośrodki te powinny być ponadto dobrze wyposażone w kadrę lekarską, sprzęt leczniczy i aparaturę medyczną oraz niezbędne środki transportowe.

SUMMARY

A man's health constitutes a great value which determines his personal happiness and the happiness of the family he lives in. Health conditions determine the possibility of working in definite professions and the efficiency of this work. In order to estimate the health state of the population, one can use a number of measurers, so-called positive, negative and intermediary ones. Out of these, the negative indicators are most accessible in practical use. These are for instance the sick rate, the death rate, etc. The agricultural population has been included under free medical care since 1972 but the state of health of this population has not improved. It is reported that the proportion of deaths caused by coronary diseases increased from 20.0% in 1949 to 52.3% in 1987. One could also observe an increase of deaths caused by cancer from 12.8% in 1960 to 18.5% in 1987 as well as an increase of the deaths due to accidents, poisoning and injuries.

The results of screening research conducted by a team of the Lublin doctors in the years 1989—1991 in the selected villages of the Lublin area also point more to the worse health condition of the rural population than to its improvement.

It follows from these studies that 84.5% of the examined people have a disturbed balance of their health, and each examined person showed 2.8 disease. The causes of this state are to be sought in the application of fertilizers and plant pesticides, mechanization of agriculture, hard working conditions and the fatal habit of drinking alcohol, which lead to degeneration of the organisms and which are, at the same time, the causes of a number of accidents. Besides these, the poor state of health of the rural population is due to the insufficient medical infrastructure, insufficient medical staff and also too small amounts of money invested in the out-patients' clinics.

Generally speaking, the most urgent challenge is to improve the quality of the medical care in the rural area and to increase the care about the health of each inhabitant of villages.