

ALEKSANDER GUSTOWSKI
HENRYK BEDNARSKI
HELENA MIKOLCZ
JERZY BURCZYK
JERZY SARAP
Bydgoszcz

STANDARD EKONOMICZNO-SPOŁECZNY A ZDROWOTNOŚĆ Kobiet WIEJSKICH*

Wstęp

Bardzo ważny wpływ na rozwój społeczno-gospodarczy kraju wywiera stan zdrowia jednostek, grup społecznych i zbiorowości ludzkich. Zdrowie fizyczne i psychiczne populacji ma szczególne znaczenie w programowaniu, w planowaniu, w kierowaniu i w realizacji polityki społecznej państwa. Tak więc okresowo w różnej skali w miastach i na terenach wiejskich przeprowadza się badania socjologiczne i medyczne o charakterze statystyczno-epidemiologicznym, wyodrębniające grupy kobiet potencjalnie najbardziej zagrożone chorobą. Rozwój współczesnej socjologii medycyny wpływa na to, że coraz bardziej odstępuje się od tradycyjnych badań medycznych, traktujących zdrowie i chorobę jako zjawisko biologiczne.

We współczesnym pojęciu nauki o zdrowiu przyczyn stanów chorobowych jednostek, grup społecznych i zbiorowości ludzkich należy poszukiwać przede wszystkim w naturalnym i społecznym bytowaniu człowieka. Życie osobiste, małżeństwo, rodzina, najbliższe otoczenie, atmosfera pracy, czyli środowisko społeczne i przyrodnicze, decydują tak samo jak czynniki biologiczne o powstawaniu choroby. Dlatego też wskaźniki społeczne są również wyznacznikami stanu zdrowia kobiet. O zdrowie populacji troszczą się nie tylko lekarze, interesuje się nim także polityka socjalna państwa. Działanie w tej sferze socjalnej przy współdziałaniu medycyny powinno skutecznie zapobiegać w maksymalnym stopniu występowaniu chorób cywilizacyjnych o społecznym zasięgu¹. Nie trzeba szerzej także uzasadniać, że w ogólnej problematyce zabezpieczenia zdrowotności społeczeństwa i przyszłych pokoleń zdrowie kobiet jest zagadnieniem niezwykle ważnym. Składają się na to ważne funkcje biologiczne i społeczne kobiet, których zdrowotność ma istotny wpływ na stan zdrowia całej populacji i procesów społeczno-ekonomicznych w skali kraju². Dlatego też ocena stanu zdrowotności ma istotne znaczenie praktyczne, pozwala bowiem z jednej strony bardziej planowo kierować poszczególnymi elementami polityki społecznej, z drugiej zaś bardziej skutecznie oddziaływać na stan zdrowia kobiet w małżeństwie, w rodzinie, a przez to na zdrowie całego społeczeństwa³.

Sprawa ochrony zdrowia podjęta została przez działaczy społecznych i socjologów w naszym kraju już w XIX stuleciu przy rozwiązywaniu tzw. kwestii socjalnej. Idee

*) Niniejszy artykuł jest wstępnym opracowaniem rezultatów badań o charakterze socjologiczno-medycznym w Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych Filii AMG w Bydgoszczy
Kierownik Kliniki: doc. dr hab. J. Łukasik

wielkich prekursorów polityki socjalnej na wsi polskiej zostały zrealizowane dopiero po roku 1970. W roku 1971 została uchwalona doniosła ustawa rządowa, w wyniku której od 1 stycznia 1972 roku objęto powszechną opieką lekarską całą ludność rolniczą, która nie miała dotychczas prawa do bezpłatnych świadczeń medycznych w zakresie opieki zdrowotnej otwartej, zamkniętej i doraźnej, jak również do leczenia uzdrowiskowego, ulgowej opłaty za leki i środki pomocnicze, jak wreszcie do opieki społecznej. Równocześnie z objęciem świadczeniami lekarskimi całej ludności wiejskiej przystąpiono na szerszą skalę do realizowania budowy nowych wiejskich ośrodków zdrowia i zasiedlania w nich pracowników służb medycznych. I tak w roku 1972 oddano na użytek służby zdrowia 180 ośrodków zdrowia i 127 lekarskich punktów zdrowia. W tym czasie w wiejskich ośrodkach zdrowia zostało zatrudnionych 445 lekarzy medycyny, 289 stomatologów i 1070 pielęgniarek i położnych. Jednak potrzeby wsi polskiej nie zostały zaspokojone nawet w lecznictwie podstawowym i tylko w minimalnym stopniu w lecznictwie specjalistycznym⁴. Nadal występuje duży niedobór pracowników medycznych. Niekorzystna dysproporcja w jakości i ilości usług medycznych występuje zwłaszcza między miastem a wsią. Na skutek małej liczby wszystkich kategorii pracowników służby zdrowia zasiedlonych na terenach wiejskich w niektórych rejonach kraju niecała ludność jest objęta opieką lekarską. Tylko niektóre gminne ośrodki zdrowia w obszarze dużych aglomeracji miejskich posiadają lekarzy specjalistów: chirurgów, internistów, pediatrów, ginekologów.

Gminne ośrodki zdrowia w strukturze nowego podziału administracyjnego mają zapewnić pełną, ogólnie dostępną opiekę medyczną, tak podstawową, jak i specjalistyczną, dla całej społeczności wioskowej. Ze względu na to, że praca na roli odbywa się prawie we wszystkich porach roku, przyczynia się ona do powstawania wielu schorzeń ogólnoustrojowych uzależnionych od warunków atmosferycznych. Współczesne rolnictwo jest w wysokim stopniu zmechanizowane, w produkcji roślinnej stosuje się wysokie dawki nawozów mineralnych, środków ochrony roślin, a w produkcji zwierzęcej – coraz częściej fermowy sposób hodowli. Kobiety zatrudnione bezpośrednio w produkcji, najczęściej w okresie gestacji, narażone są na działanie czynników szkodliwych w takim samym zakresie, albo nawet wyższym, jak w dużych zakładach przemysłowych. Sytuacja w ochronie zdrowia mogłaby się radykalnie polepszyć w społeczności wioskowej, gdyby można powołać rolniczą służbę zdrowia. Działalność rolniczej służby zdrowia, przy obecnym stanie rozmieszczenia, wyposażenia i liczbie pracowników medycznych, jest niewystarczająca, gdyż w tych warunkach nie można jeszcze przeprowadzić na większą skalę badań profilaktycznych i wykrywać jednostek potencjalnie zagrożonych chorobą, co ma podstawowe znaczenie w podnoszeniu zdrowotności ludności wiejskiej. Środowisko społeczne, a w rodzinie status ekonomiczno-społeczny, wykształcenie, dochód, pozycja społeczna, wywiera wpływ na zdrowotność jednostki, rodziny, zbiorowości ludzkich. Wyniki badań statystyczno-epidemiologicznych zdrowotności wykazują, że rodziny i grupy społeczne charakteryzujące się niskim standardem materialnym, wykształceniem i pozycją społeczną cechują się występowaniem większej liczby chorób, niż rodziny dysponujące wysokim poziomem ekonomicznym i statusem społecznym. W krajach charakteryzujących się klasową strukturą społeczną wśród kobiet o najniższym standardzie społeczno-ekonomicznym i także u kobiet

pochodzenia cudzoziemskiego pojawiają się ze znacznie większą częstotliwością różne jednostki chorobowe w porównaniu z kobietami innych warstw posiadających średni i wysoki standard materialny i wyższą pozycję społeczną⁵. W naszym kraju dzięki polityce społecznej państwa, zmiennie wzrasta siła nabywczą zarobków całej ludności, podwyższa się płace osób najniżej zarabiających, przy pewnej stabilizacji wynagrodzeń nielicznych osób posiadających najwyższe dochody. Tak więc warunki ekonomiczne i dochody ludności nie wywierają większego wpływu na obniżanie się zdrowotności kobiet w naszym kraju. Jest faktem bezspornym, że zdrowie zalicza się do najwyższych wartości człowieka, że łączy się ono nierozdzielnie z naturalnym, przyrodniczym i społecznym jego bytowaniem. Dbalność i troska o własne zdrowie zwiększa się wraz ze wzrostem poziomu materialnego i kulturalnego jednostki, grup społecznych, zbiorowości ludzkich.

1. Problematyka, metody i organizacja badań

Badania na podstawie próby losowej przeprowadzono w roku 1979 wśród 264 kobiet, pochodzących ze środowisk wiejskich województwa bydgoskiego, z grupy rodzin chłopsko-robotniczych. Stan zdrowia w aspekcie socjologicznym i medycznym oceniał w warunkach klinicznych zespół pracowników Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych Filii AMG w Bydgoszczy, gdyż klinika aktywnie uczestniczy w podnoszeniu stanu zdrowia nie tylko na terenie województwa bydgoskiego, ale i toruńskiego. I tak już w 1970 roku zdecydowano, że klinika będzie świadczyła w systemie ciągłym usługi kobietom zamieszkałym na wsiach i w małych miastach, a wykryte schorzenia należy leczyć w odpowiednich oddziałach. Początkowo badania przeprowadzono u kobiet zatrudnionych w państwowych przedsiębiorstwach gospodarki rolnej, a następnie rozszerzono zasięg działalności na całą populację kobiet mieszkających i pracujących na wsi. Były to badania o charakterze socjologiczno-medycznym, a więc analizujące nie tylko zdrowie kobiet, ale i pełnienie przez nie ważnych ról w gospodarstwie rolnym oraz domowym, w rodzinie, w wychowaniu dzieci i w społeczności lokalnej.

Badania lekarskie rozpoczynały się od własnej oceny stanu zdrowia przez respondentki oraz zebrania szczegółowego wywiadu na temat dolegliwości, spostrzeganych objawów, przebytych chorób. Następnie wykonywano badania kliniczne internistyczne, ginekologiczne i profilaktyczno-onkologiczne (kolposkopowe – cytologiczne – histologiczne). Po stwierdzeniu choroby, wymagającej natychmiastowego zdiagnozowania i leczenia, chore kobiety kierowano do odpowiednich klinik, celem dalszego uściślenia rozpoznania i leczenia. Respondentki nie wymagające hospitalizacji, po ustaleniu ostatecznej diagnozy, w zależności od klinicznej jednostki chorobowej kierowano na badania laboratoryjne, biochemiczne, elektrokardiograficzne, radiologiczne i hormonalne. Następnie informowano kobiety o stanie zaawansowania wykrytych chorób, sposobie terapii i wypisywano leki. Niektórym chorym ze stwierdzonymi chorobami organicznymi wyznaczano odpowiednie terminy następnego badania lekarskiego. Zebrane w toku przeprowadzonych badań informacje posłużyły do przeprowadzenia analizy stanu zdrowia badanych kobiet.

2. Samoocena zdrowia przez respondentki i formy korzystania z różnych placówek leczniczych

W naszym kraju badania lekarskie są dobrowolne, dlatego też służba medyczna nie zapewni zdrowotności populacji bez aktywnego udziału kobiet. Przy obecnym stanie wiedzy chorobom można zapobiegać jedynie, jeśli wszystkie kobiety niezależnie od miejsca zamieszkania, regionu, czy nawet kraju, będą zgłaszać się, bez względu na własne samopoczucie, jeden raz w roku do badań lekarskich. Informacje z literatury i własne, uzyskane od badanych kobiet, bezspornie świadczą, że kobiety przeważnie unikają, lub bardzo niechętnie zgłaszają się do badań lekarskich⁶. Jest to zagadnienie bardzo złożone i szkodliwe społecznie, a wynikające z tradycyjnego wychowania w rodzinie jak również z procesu uświadamiania dziewcząt, gdyż w szkole zbyt mało godzin lekcyjnych przeznaczają się na oświatę zdrowotną. Zagadnienie to starano się wyjaśnić, prosząc kobietę o ocenę swojego stanu zdrowia. Otrzymano następujące odpowiedzi, które przedstawiono (tab. 1) w procentach: w 37,2% oświadczyły, że są zdrowe, w 22,3% nie mogły ocenić stanu swojego zdrowia i w 40,5% uważały, że są chore.

Tabela 1. Samoocena stanu zdrowia

Ilość badanych		Stan zdrowotny		
		zdrowa	nie może określić stanu zdrowia	chora
Liczba	264	98	59	107
Odsetek	100,0	37,2	22,3	40,5

Podobnie starano się analizować problem dlaczego kobiety chore ginekologicznie nie leczą się. Otrzymano następujące wyjaśnienia: w 46,9% nie leczyły się z powodu braku ginekologa w miejscu zamieszkania, w 8,3% nie były w stanie uzasadnić takiego postępowania, 12,5% uważały, że dolegliwości są za blahe, w 29,2% nie posiadały wolnego czasu i w 3,1% obawiały się, że otrzymają informację o nieuleczalności choroby (tab. 2).

Powszechnie znany jest fakt, że kobiety wykształcone, z wysoką pozycją społeczną,

Tabela 2. Motywacje kobiet o przyczynach niezgłaszania się do ginekologa

Wyszczególnienie	Liczba	Wskaźnik struktury (%)
Brak lekarza ginekologa w miejscu zamieszkania	124	46,9
Nie jest w stanie uzasadnić powodu	22	8,3
Nie odczuwa dolegliwości	33	12,5
Brak wolnego czasu	77	29,2
Obawa przed informacją o istnieniu choroby	8	3,1

posiadające informacje medyczne, czynią starania, żeby porady lekarskie udzielali im pracownicy naukowcy akademii medycznych i instytutów naukowych. Dlatego też duży wpływ na częstotliwość zgłaszania się kobiet do badań lekarskich ma wysoka jakość świadczonych usług medycznych. Problem ten ujawnił się też, choć w mniejszym stopniu u badanej grupy kobiet. Zebrane informacje świadczą, że w razie wystąpienia nagłej choroby, zwykle infekcyjnej, kobiety niezależnie od wykształcenia i dochodu z gospodarstwa rolnego, zgłaszały się do lekarza społecznej służby zdrowia, a przy schorzeniach organicznych były diagnozowane i leczone w spółdzielniach lekarskich i u specjalistów w gabinetach prywatnych.

Należy też odnotować zjawisko społecznie wysoce negatywne, że prawie wszystkie kobiety z rodzin chłopsko-robotniczych nie korzystały z badań profilaktycznych. Według A. Cekańskiego – „medycyna profilaktyczna we współczesnym pojęciu, to wszystkie rodzaje postępowania, które mają na celu niedopuszczenie do powstania choroby, jej nasilenia lub nawrotu, a także do jej rozpowszechnienia. Jest ona ważnym działem sztuki i wiedzy lekarskiej, której znaczenie stale się podkreśla bez większego zwykle oddźwięku w praktycznym postępowaniu lekarskim, ponieważ lekarz nastawiony nadal jeszcze jest na leczenie ujawnionej już choroby⁷.

Badane kobiety z grupy chłopsko-robotniczej korzystały z trzech form działalności lecznictwa, to jest ze społecznej służby zdrowia i lekarskich gabinetów prywatnych. Najbardziej powodem do korzystania ze służby medycznej było badanie profilaktyczne (3,0%). Z powodu nagłej choroby (tab. 3) zwykle były diagnozowane i leczone w społecznej służbie zdrowia: w 86,3% w lecznictwie podstawowym, w 37,8% w lecznictwie specjalistycznym, w 45,4% w szpitalnym i w 9,4% w uzdrowiskowym. W wypadku choroby respondenci także zgłaszały się w 15,1% do spółdzielczej służby zdrowia, i w 36,7% do lekarskich gabinetów prywatnych. Kontakty respondentek ze społeczną służbą zdrowia powstawały najczęściej, gdy potrzebowały doraźnej pomocy w wyniku wystąpienia nagłej choroby. Praca w zawodzie rolnika w trudnych warunkach atmosferycznych, w miarę upływu lat, powoduje powstanie dolegliwości i wykształcenie się klinicznych jednostek chorobowych, co w końcowym efekcie ogranicza aktywne pełnienie ról zawodowych i społecznych⁸.

Tabela 3. Wybór rodzaju lecznictwa przez kobiety chłopsko-robotnicze podczas korzystania z porad leczenia profilaktycznego i choroby

Rodzaj lecznictwa	Porady profilaktyczne		Porady z powodu choroby	
	Liczba	%	Liczba	%
Spółdzielcza służba zdrowia	-	-	40	15.1
Spółdzielcza służba zdrowia w tym:				
- lecznictwo podstawowe	8	3.0	228	86.3
- lecznictwo specjalistyczne	-	-	100	37.8
- lecznictwo szpitalne	-	-	120	45.4
- lecznictwo uzdrowiskowe	-	-	25	9.4
Gabinety prywatne	-	-	97	36.7

3. Wystąpienie schorzeń ogólnoustrojowych a standard ekonomiczno-społeczny

W literaturze medycznej występuje dość powszechna opinia, że ze względów materialnych, kadrowych i społecznych współcześnie nie nastąpiły jeszcze realne możliwości przebadania całej populacji kobiet naszego kraju⁹.

Dotychczas istnieją najlepsze możliwości organizacyjne do przebadania kobiet zatrudnionych w dużych zakładach przemysłowych w miastach¹⁰. Określa to również sytuacja prawna na tym odcinku, uregulowana ustawą o bezpieczeństwie i higienie pracy, uchwaloną przez Sejm PRL w dniu 13.03.1965 roku (Dz. U. Nr 13, poz. 91). Przepisy te nakładają na pracowników obowiązek poddawania się badaniom lekarskim, jak również zobowiązują pracodawcę i służbę zdrowia do przeprowadzania takich akcji¹¹.

W skali kraju występuje znaczny niedobór lekarzy, głównie specjalistów, przede wszystkim w województwach nowo powstałych w wyniku administracyjnego podziału kraju. W województwie bydgoskim brakuje także około 1000 lekarzy w małych miastach i na terenach wiejskich. Dlatego też okresowo niektóre wiejskie ośrodki zdrowia nie posiadają lekarzy, a w niektórych są jeszcze zatrudnieni felczerzy. Tak samo gminne ośrodki zdrowia i zakładowe przychodnie przemysłowe usytuowane na wsiach nie mogą zabezpieczyć leczenia specjalistycznego. Jest faktem bezspornym, że kobiety wiejskie i z małych miast w znacznie mniejszym stopniu mogą korzystać z usług placówek służby zdrowia w miejscu zamieszkania, co bardzo utrudnia kontakty z instytucjami ochrony zdrowia. Choroba w zależności od etapu rozwoju, umiejscowienia, wieku kobiet ogranicza stopniowo, a następnie uniemożliwia pełnienie ról w zawodzie rolnika, w gospodarstwie domowym, w rodzinie i społeczności lokalnej.

Krajowe i zagraniczne badania socjologiczne¹² oraz medyczne nie określiły jednoznacznie, czy u kobiet schorzenia o charakterze społecznym najniebezpieczniejsze z nich, poprzedzające chorobę nowotworową, występują z większą częstotliwością w dużych aglomeracjach miejskich¹³, czy też na wsiach i małych miastach¹⁴. Problem ten analizowano zgodnie z celami postawionymi w założeniu pracy, oceny budżetu zdrowia kobiet z rodzin chłopsko-robotniczych. Uzyskane informacje w toku analizowania danych socjologicznych dotyczące standardu ekonomicznego i społecznego świadczyły o dużym zróżnicowaniu w poziomie życia rodzin chłopsko-robotniczych. Dlatego też zdecydowano się przeprowadzić precyzyjną ocenę standardu życia poszczególnych rodzin poprzez zaliczanie ich do wysokiego, średniego i niskiego standardu materialno-społecznego*. Standard ekonomiczno-społeczny określano na podstawie następujących kryteriów: jakości i wielkości mieszkań, średniego dochodu przypadającego na jednego członka rodziny, wyposażenia gospodarstwa domowego, czasu wolnego, wykształcenia, udziału w kulturze, aktywności społeczno-politycznej w środowisku lokalnym. Podział ten posłużył do analizy częstości występowania schorzeń u kobiet o wysokim, średnim i niskim standardzie ekonomiczno-społecznym.

* Standard ekonomiczno-społeczny (wysoki, średni, niski) kobiet z rodzin chłopsko-robotniczych określano na podstawie danych statystycznych (GUS), informacji z literatury socjologicznej i medycznej oraz dokumentów uzyskanych z administracji państwowej.

Lekarz internista na podstawie wywiadu, badania fizykalnego i dodatkowych badań stwierdził wśród 264 badanych kobiet najczęściej występujące schorzenia ogólnoustrojowe: reumatologiczne, dermatologiczne, neurologiczne, okulistyczne, laryngologiczne, gruźlicę płuc. Pośród stwierdzonych schorzeń układu wewnętrznego (tab. 4) najliczniej występowały: w 21,2% schorzenia naczyń krwionośnych ujawniających się w postaci choroby nadciśnieniowej, w 10,6% choroby wątroby i dróg żółciowych, w 23,5% choroby serca, w 2,4% schorzenia przewodu pokarmowego, w 3,5% cukrzyca kliniczna, w 9,4% otyłość, w 8,2% nerwice, w 3,5% choroby układu moczowego. Natomiast rozpatrując częstość występowania schorzeń w zależności od standardu ekonomiczno-społecznego, to najczęściej w wysokim standardzie występowały schorzenia serca, a w średnim i niskim choroba nadciśnieniowa.

Tabela 4. Występowanie schorzeń układu wewnętrznego a standard ekonomiczno-społeczny

Schorzenie układu wewnętrznego	Liczba ogólna		Standardy					
			wysoki		średni		niski	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Serce	20	23,5	7	35,0	9	45,0	4	20,0
Nadciśnienie	18	21,2	2	11,1	10	55,6	6	33,3
Cukrzyca kliniczna	3	3,5	–	–	2	66,7	1	33,3
Otyłość	8	9,4	1	12,5	3	37,5	4	50,0
Wątroba i drogi żółciowe	9	10,6	2	22,2	4	44,5	3	33,3
Układ moczowy	3	3,5	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Nerwica	7	8,2	3	42,8	2	28,6	2	28,6
Reumatyzm	4	4,7	1	25,0	1	25,0	2	50,0
Przewód pokarmowy	2	2,4	1	50,0	1	50,0	–	–
Gruźlica płuc	1	1,2	–	–	1	100,0	–	–
Inne	10	11,8	3	30,0	5	50,0	2	20,0
Razem	85	100,0	21	24,7	39	45,9	25	29,4

Poszczególne schorzenia kliniczne rozpoznawane w procesie diagnostycznym uzupełniane i uściślane poprzez dodatkowe wykonywanie badań. Nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych (tab. 5) stwierdzono u 46 (17,4%) kobiet: u 14 w próbach czynnościowych wątroby, u 12 w składnikach moczu; u 8 w badaniach biochemicznych, u 8 w badaniach hormonalnych i u 4 w poziomach morfologii krwi.

Tabela 5. Nieprawidłowe parametry w badaniach laboratoryjnych a standard ekonomiczno-społeczny

Nieprawidłowości stwierdzone w badaniach laboratoryjnych	Liczba ogólna	Standard		
		wysoki	średni	niski
Próby czynnościowe wątroby	14	4	6	4
Składniki moczu	12	2	6	4
Biochemiczne	8	2	4	2
Hormonalne	8	6	–	2
Poziom morfologii krwi	4	–	4	–
Razem	46	14	20	12

Przy niepełnym jeszcze zabezpieczeniu ilościowym i jakościowym usług służby zdrowia w miejscu zamieszkania w miarę czasu, podczas wykonywania zawodu rolnika, następuje stopniowe obniżenie się zdrowia kobiet i tworzenie się różnych jednostek chorobowych. Zapobieganie i wczesne wykrywanie schorzeń społecznych wśród ludności i wczesne wykrywanie schorzeń społecznych wśród ludności wiejskiej praktycznie nie jest przeprowadzane. Dlatego też schorzenia ogólnoustrojowe występują częściej w społeczności wioskowej, a szczególne jednostki kliniczne są wykrywane w późniejszym okresie rozwoju choroby, co niezwykle niekorzystnie wpływa na wyniki terapeutyczne i proces rehabilitacji.

4. Zmiany chorobowe w układzie płciowym u kobiet

W obrębie układu płciowego często powstają w różnych okresach życia osobniczego schorzenia czynnościowe i organiczne u młodocianych dziewcząt podczas pokwitania, u kobiet w okresie rozrodczym, w czasie przekwitania i starości. Tak samo gestacja jest stanem wyjątkowym w życiu kobiety, gdyż w okresie tym zawsze znajdują się w sytuacji przymusowej i poszukują pomocy u lekarzy położników. Podczas ciąży, porodu, porożu powstają sprzyjające okoliczności do zaznajamiania kobiet z oświatą zdrowotną i do wyjaśniania konieczności przeprowadzania okresowych badań ginekologicznych, kolposkopowych, cytologicznych, co z kolei umożliwi kontrolę ich stanu zdrowia i wykrywanie w najwcześniejszych okresach schorzeń w układzie płciowym¹⁵.

Dla uzyskania kompleksowych informacji o budźecie zdrowia kobiet, oprócz badań internistycznych, przeprowadzono także ocenę układu płciowego w aspekcie klinicznym i kolposkopowym, cytologicznym i histologicznym.

Pojawienie się w życiu kobiety patologicznego cyklu miesięczkowego może sygnalizować tworzenie się jednostki chorobowej w układzie płciowym. U dziewcząt i młodych kobiet zwykle występuje nieprawidłowość hormonalna związana z brakiem lub niepełnym wykształceniem drugorzędnych cech płciowych i niepłodnością, a nawet w rzadkich sytuacjach z nowotworami jajnika¹⁶. U kobiet w średnim i starszym wieku z zaburzeniami cyklu miesięczkowego związane są procesy zapalne, mięśniaki macicy, nieprawidłowy rozrost endometrialny¹⁷. Wśród 264 badanych kobiet (tab. 6) u 123 występowały następujące zaburzenia cyklu miesięczkowego: u 6 okresowy brak miesiączki, u 30 obfite miesiączki, u 4 skąpe miesiączki, u 10 rzadkie miesiączki, u 4 częste miesiączki i u 21 bolesne miesiączki z zespołami nerwicy wegetatywnej oraz u 48 zespół napięcia przedmiesiączkowego.

W wyniku uzyskanych informacji na podstawie wywiadów i badań klinicznych stwierdzono, że respondentki z rodzin chłopsko-robotniczych cechują się wysoką płodnością co jest zjawiskiem znamienym w społeczności wioskowej¹⁸. Wskazują na to dane liczbowe z obserwacji własnych, co prezentowane jest w tabeli 7, z której wynika, że 63,6% kobiet przeżyło trzy i więcej porodów, 19,7% przeżyło poronienia, a tylko 4,6% było niepłodnych.

Wysoką płodnością szczególnie cechują się respondentki o niskim i średnim standardzie ekonomiczno-społecznym; natomiast niepłodność małżeńska była większa u kobiet o wysokiej stopie życia.

Tabela 6. Zaburzenia cyklu miesięczkowego u kobiet a standard ekonomiczno-społeczny

Nieprawidłowości cyklu miesięczkowego	Liczba ogólna	Standard		
		wysoki	średni	niski
Okresowy brak miesiączki	6	1	4	1
Miesiączki obfite	30	7	11	12
Miesiączki skąpe	4	2	2	–
Miesiączki rzadkie	10	2	5	3
Miesiączki częste	4	2	2	–
Miesiączki bolesne	21	5	10	6
Zespół napięcia przedmiesiączkowego	48	12	20	16
Razem	123	31	54	38
Wskaźnik struktury (%)	100,0	25,2	43,9	30,9

Tabela 7. Płodność kobiet w zależności od standardu ekonomiczno-społecznego

Standard	Liczba ogólna		Niepłodność	Płodność							
				Ilość porodów				Poronienia			
				1	2	3	powyżej	0	1	2	3
Wysoki	liczba	64	8	24	12	12	8	52	8	–	4
	%	100,0	12,5	37,4	18,8	18,8	12,5	81,2	12,5	–	6,3
Średni	liczba	116	4	8	24	52	28	88	16	8	4
	%	100,0	3,5	6,9	20,7	44,8	24,1	75,8	13,8	6,9	3,5
Niski	liczba	84	–	4	12	24	44	72	8	4	–
	%	100,0	–	4,8	14,3	28,5	52,4	85,7	9,5	4,8	–
Razem	liczba	264	12	36	48	88	80	212	32	12	8
	%	100,0	4,6	13,6	18,2	33,3	30,3	80,3	12,1	4,6	3,0

Niedostateczna liczba placówek służby zdrowia, mała liczba lekarzy, a zwłaszcza specjalistów w miejscu pracy i zamieszkania, a praktycznie nie przeprowadzone badania profilaktyczne sprzyjają częstszemu występowaniu schorzeń u kobiet rolniczek, w porównaniu z kobietami zatrudnionymi w przemyśle w dużych aglomeracjach miejskich¹⁹. U badanej grupy kobiet występowały różnego rodzaju dolegliwości i objawy chorobowe, charakterystyczne dla schorzeń układu płciowego. Do najczęściej spotykanych objawów i dolegliwości (tab. 8) zaliczono: u 116 (43,9%) bóle krzyża, u 140 (53,0%) bóle krzyża i podbrzusza, u 166 (62,9%) wydzielinę patologiczną i u 26 (9,8%) wydzielinę śluzowo-krwistą.

Analizując występowanie objawów i dolegliwości u kobiet o standardzie życia wysokim, średnim i niskim należy odnotować, że w niskim najczęściej ujawniały się bóle krzyża i podbrzusza, a w wysokim wydzielina patologiczna.

Tabela 8. Dolegliwości i objawy występujące u kobiet a standard ekonomiczno-społeczny

Standard	Liczba ogólna		Objawy			
			bóle krzyża	bóle krzyża i podbrzusza	wydzielina patologiczna	wydzielina śluzowo-krwista
Wysoki	liczba	64	24	36	48	6
	%	100.0	37.5	56.3	75.0	9.4
Średni	liczba	116	44	32	56	8
	%	100.0	37.9	27.6	48.3	6.9
Niski	liczba	84	48	72	62	12
	%	100.0	57.1	85.7	73.8	14.3
Razem	liczba	264	116	140	166	26
	%	100.0	43.9	53.0	62.9	9.8

Spostrzegane dolegliwości i objawy podawane przez respondentki sygnalizujące możliwości występowania schorzeń w układzie płciowym, przeważnie zostały rozpoznane w badaniu klinicznym i potwierdzone metodami pomocniczymi²⁰. Wśród 264 kobiet z rodzin chłopsko-robotniczych rozpoznano następujące choroby (tab. 9): u 140 (53.0%) nadżerki szyjki macicy, u 47 (17.8%) mięśniaki macicy, u 15 (5.7%) polipy szyjki macicy, u 7 (2.6%) guzy jajników (w tym u 2 kobiet stwierdzono nowotwory złośliwe) u 75 (28.4%) zmiany w położeniu macicy, u 44 (17.8%) stany zapalne przydatków i u 17 (6.9%) pozostałe schorzenia.

Tabela 9. Występowanie chorób układu płciowego u kobiet w zależności od standardu ekonomiczno-społecznego

Standard	Liczba ogólna		Wyszczególnienie						
			nadżerki szyjki macicy	mięśniaki macicy	polipy szyjki macicy	guzy jajników	zmiany w położeniu macicy	stany zapalne przydatków	pozostałe schorzenia
Wysoki	Liczba	64	32	14	5	2	26	10	4
	%	100.0	50.0	21.8	7.8	3.1	40.6	15.8	6.3
Średni	Liczba	116	60	21	6	3*	27	19	7
	%	100.0	51.7	18.1	5.2	2.6	23.3	16.3	6.0
Niski	Liczba	84	48	12	4	2*	22	15	6
	%	100.0	57.1	14.2	4.8	2.4	26.2	17.8	7.1
Razem	Liczba	264	140	47	15	7	75	44	17
	%	100.0	53.0	17.8	5.7	2.5	28.4	16.6	6.9

* - po zdiagnozowaniu rozpoznano nowotwory złośliwe

Analizując badaną grupę w zależności od rodzaju standardu ekonomiczno-społecznego, należy odnotować, że niezależnie od poziomu życia u wszystkich badanych kobiet występowały nadżerki szyjki macicy. W dalszej kolejności u respondentek o wysokiej i średniej stopie życiowej częściej stwierdzano mięśniaki macicy, a o niskiej stany zapalne przydatków. Wprowadzenie w skali kraju przez pracowników Instytutu Onkologii w Warszawie jednolitej klasyfikacji klinicznej nadżerek szyjki macicy²¹ i postępy w badaniach morfologicznych, które pozwoliły na poznanie procesów karcinogenezy nabłonka, w praktyce przyczyniły się do zwiększonej wykrywalności dysplazji i raka przedinwazyjnego u kobiet²². Przeprowadzone porównawcze badania epidemiologiczno-statystyczne w różnych grupach społecznych wykazały, że wykrywanie chorób społecznych, a wśród nich stanów przedrakowych i raka szyjki macicy występują z odmienną częstotliwością w dużych ośrodkach miejskich, w małych miastach i środowiskach wiejskich²³.

Wronkowski i Karewicz²⁴ wyrażają opinię, że najniższa zapadalność na raka szyjki macicy jest u kobiet mieszkających na wsi. Jest to niezgodne z uzyskanymi wynikami badań i opiniami w tym przedmiocie innych autorów²⁵, którzy choroby społeczne i różne jednostki kliniczne w układzie płciowym wykrywali z większą częstotliwością u kobiet pracujących i mieszkających na wsiach, w porównaniu z kobietami z dużych aglomeracji miejskich. Ze względu, że nadżerki szyjki macicy występowały w badanej grupie kobiet z największą częstotliwością i także biorąc pod uwagę fakt, że stwarzały one podłoże do powstawania procesów przedrakowych i rakowych w układzie płciowym, stany te poddano precyzyjnej analizie diagnostycznej. Na 264 badanych kobiet (tab. 10) część pochwowa u 124 (47,0%) była klinicznie bez zmian chorobowych, a u

Tabela 10. Występowanie dysplazji nabłonka szyjki macicy u kobiet w zależności od standardu ekonomiczno-społecznego

Standard	Liczba ogólna		Ocena kliniczna części pochwowej			Ocena cytologiczna		Ocena histologiczna	
			część pochwowa bez zmian	nadżerki		grupy		dysplazje nabłonka	
				I°, II°	III° IV°	I, II	III, IV	małego stopnia	dużego stopnia
Wysoki	liczba	64	30	31	3	60	4	3	1
	%	100,0	46,9	48,4	4,7	93,8	6,2	4,7	1,6
Średni	liczba	116	62	49	5	103	13	9	3
	%	100,0	53,5	42,2	4,3	88,8	11,2	7,8	2,6
Niski	liczba	84	32	48	4	75	9	7	2
	%	100,0	47,0	48,4	4,6	90,2	9,8	7,2	2,3
Razem	liczba	264	124	128	12	238	26	19	6
	%	100,0	47,0	48,4	4,6	90,2	9,8	7,2	2,3

140 (53,0%) stwierdzono nadżerki szyjki macicy (u 128 – 48,4% nadżerki I^o i II^o, u 12 – 4,6% nadżerki III^o i IV^o).

Wśród tych kobiet w badaniach kolposkopowych, cytologicznych i histologicznych rozpoznano u 25 (9,5%) morfologiczne stany przedrakowe. Rozpatrując częstość występowania nadżerek szyjki macicy w poszczególnych standardach, to dane liczbowe były prawie zbliżone w wysokim i średnim, natomiast w niskim występowały z większą częstotliwością. Natomiast morfologiczne stany przedrakowe częściej były rozpoznawane w standardzie średnim i niskim.

Stan zdrowia kobiet jest jednym z najważniejszych wskaźników decydujących o wysokości produkcji, dochodzie z posiadanych dóbr i satysfakcji w pełnieniu odpowiedniej roli w gospodarstwie rolnym i domowym, w małżeństwie, w rodzinie i w społeczności lokalnej. Kobiety zamieszkujące na wsiach i pracujące bezpośrednio w rolnictwie w pełni nie są jeszcze zabezpieczone i objęte ogólnie dostępną ochroną zdrowia w leczeniu podstawowym i specjalistycznym. Powoduje to negatywne zjawiska w stanie ich zdrowia a w miarę upływu czasu powstałe schorzenia ogólnoustrojowe i układu płciowego, w znamienny sposób ograniczają, a następnie eliminują kobiety z czynnej pracy w zawodzie rolnika.

Uwagi końcowe

Problem ochrony zdrowia jednostki, grupy społecznej, zbiorowości ludzkiej jest w centrum zainteresowania polityki socjalnej państwa. W świetle współczesnych teorii i praktyki zagadnienie to ostatecznie rozwiążą nauki społeczne przy współudziale lekarzy, psychologów, ekonomistów, polityków społecznych, nauczycieli i prawników.

W programowaniu działalności i poprawy opieki zdrowotnej na lata 1976–1990, jako podstawowy cel do zrealizowania przyjmuje się intensyfikację działania na rzecz przygotowania młodzieży do życia w rodzinie w aspekcie biologicznym, wychowawczym i społecznym²⁶. Zdrowie populacji bowiem jest najwyższą wartością państwa, a jego stan zależy nie tylko od czynników społecznych; życia osobistego jednostki, rodzaju pracy, atmosfery podczas jej wykonywania, małżeństwa, rodziny i społeczności lokalnej²⁷. Tak w literaturze socjologicznej, jak i medycznej, w coraz większym stopniu odnotowuje się wpływ czynników ekonomicznych i socjalnych na zdrowie jednostki. Badania epidemiologiczno-statystyczne w społeczeństwach klasowych wykazały, że choroby społeczne występują około 10 razy częściej w rodzinie o niskim standardzie ekonomiczno-społecznym, w porównaniu z rodziną o wysokim poziomie materialno-społecznym.

W analizie budżetu zdrowia kobiet z rodzin chłopsko-robotniczych należy odnotować, że przedstawiają interesującą grupę społeczną tak pod względem socjologicznym, jak i medycznym. Kobiety z rodzin chłopsko-robotniczych identyfikują się w największym stopniu z zawodem rolnika, samodzielnie prowadzą gospodarstwo rolne, wykonują wszelkie ciężkie prace fizyczne, prowadzą gospodarstwo domowe, wychowują dzieci, posiadają mało lub zupełnie nie dysponują wolnym czasem.

- Kobiety pracujące w produkcji rolnej nie mają w pełni zabezpieczonej i ogólnie

dostępnej ochrony zdrowia w miejscu zamieszkania, tak w lecznictwie podstawowym, jak i specjalistycznym. Niewystarczająca jest jeszcze ilość placówek służby zdrowia na terenach wiejskich oraz mała liczba lekarzy (w województwie bydgoskim brakuje prawie 1000 lekarzy), a szczególnie dotkliwie odczuwa się niedobór lekarzy specjalistów w gminnych ośrodkach zdrowia (internistów, chirurgów, pediatrów i ginekologów). Tak więc niecała populacja kobiet objęta jest ochroną zdrowia, co niekorzystnie wpływa na stan zdrowotności społeczności wiejskiej. Przedstawione pewne niedomaganie ochrony zdrowia na terenach wiejskich ujawniły się także w toku zbierania informacji o budżecie zdrowia kobiet z rodzin chłopsko-robotniczych. Niedostępność usług medycznych w miejscu zamieszkania i pracy powoduje, że kobiety mimo zdiagnozowanych schorzeń nie podejmują leczenia. Dlatego poddano analizie problem niezgłaszania się chorych kobiet do lekarza i uzyskano następujące wyjaśnienia od respondentek: w 46,9% brak lekarza ginekologa, w 29,2% brak wolnego czasu, w 12,5% niewystępowanie dolegliwości, w 8,3% nie były w stanie uzasadnić takiego zachowania i u 3,1% obawiały się informacji o istnieniu choroby nieuleczalnej. Schorzenia o długotrwałym przebiegu powodowały, że kobiety korzystały także z porad lekarskich w dużych aglomeracjach miejskich, zwykle u specjalistów w społecznej służbie zdrowia, ale także w 15,1% w spółdzielczej służbie zdrowia i w 36,7% w lekarskich gabinetach prywatnych.

Zgodnie z opiniami zamieszczonymi w literaturze i nowszymi wynikami badań epidemiologiczno-statystycznymi w społeczeństwie wiejskim częściej występują schorzenia ogólnoustrojowe i w układzie płciowym niż u kobiet mieszkających i pracujących w dużych aglomeracjach miejskich. W procesie oceny budżetu zdrowia kobiet w zakresie schorzeń ogólnoustrojowych stwierdzono 85 chorób: w 21,2% schorzenia naczyń krwionośnych, w 10,6% choroby wątroby i dróg żółciowych, w 23,5% choroby serca, w 2,4% schorzenia przewodu pokarmowego, w 3,5% choroby układu moczowego, w 8,2% nerwice, w 4,7% schorzenia reumatyczne, w 1,2% gruźlica płuc i w 11,8% pozostałe schorzenia. Natomiast wśród schorzeń układu płciowego rozpoznano: w 53,0% nadżerki szyjki macicy, w 17,8% mięśniaki macicy, w 5,7% polipy szyjki macicy, w 2,7% guzy jajnika, w 28,3% zmiany w położeniu macicy, w 16,6% stany zapalne przydatków i w 6,4% pozostałe schorzenia.

Przy aktualnej bazie materialnej i kadrowej społecznej służby zdrowia nie ma realnych możliwości objęcia wszechstronną opieką lekarską wszystkich kobiet mieszkających i pracujących na terenach wiejskich. Należy zatem w dalszym ciągu kontynuować budowę wiejskich ośrodków zdrowia, gminnych ośrodków zdrowia, rejonowych szpitali wielospecjalistycznych, wyposażonych w nowoczesną aparaturę i duże zespoły lekarzy specjalistów. Powinny także powstać w najbliższym okresie czasu w akademiach medycznych zakłady medycyny wiejskiej, które w oparciu o badania empiryczne socjologiczne i medyczne wśród ludności wiejskiej, mogłyby opracować model organizacyjny dla przyszłej rolniczej służby zdrowia. Oczywiście w oparciu o podstawy teoretyczne i praktyczne metod badawczych i wykorzystując dotychczasowe optymalne rozwiązania w przemysłowej ochronie zdrowia, uwzględniając jednak specyficzne warunki pracy kobiet we współczesnym rolnictwie i w życiu w społeczności wiejskiej.

PRZYPISY

- ¹ Z. Bizon., Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych. (W:) *Socjologia a zdrowie*. Pod red. M. Sokolowskiej, J. Halówki, A. Ostrowskiej. Warszawa 1976. s. 107; Mark G. Field. System zdrowia a system społeczny. (W:) *Socjologia a zdrowie...* Op. cit. s. 133
- ² A. Firkowska-Mankiewicz., *Wspólne problemy socjologa i lekarza*. Wiś Współczesna, 1973, nr 11
- ³ M. Sokolowska, J. Bejnarowicz, A. Ostrowska, Potrzeby społeczeństwa polskiego w zakresie ochrony zdrowia. Zarys problematyki i koncepcji badawczych, materiały Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 1973; M. Sokolowska, A. Ostrowska, Problemy związane z badaniem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, materiały Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 1973; M. Sokolowska, Dysfunkcjonalności instytucji służby zdrowia. *Studia Socjologiczne* 1972, nr 4; E. Howorka, J. Włodarek., Udział socjologa w działalności szpitala. *Zdrowie Publiczne* 1971, nr 4
- ⁴ L. Grabowiecka, L. Krotkiewska, J. Krupiński, J. Krysztofowicz, S. Nowacka, S. Radiukiewicz, I. Udałow, Zarys organizacji ochrony zdrowia matki i dziecka. Pod red. Jerzego Krupińskiego, Warszawa 1961, s. 205; Raport o stanie zdrowia i opiece zdrowotnej nad kobietami oraz program działania na lata 1976-1990, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1975 s. 58
- ⁵ A. Daro, N. Primiano, H. Gollin, E. Nora: Postpartum cervical carcinoma. *Am. J. Obst. Gynec.* 1954, T. 67 s. 15; A. Hittmair, Zervix-Karzinom und Schwangerschaft Geburtsh. Frauenheilk. 1967, T. 27, s. 513. J. Starzewski, J. Święcki., Zachorowalność na nowotwory złośliwe w rejonie cieszyńskim. *Nowotwory* 1974, T. 24 s. 269. J. Berg., Economic status and survival of cancer patient. *Cancer* 1977, T. 39, s. 467
- ⁶ E. Jones, A. Varga, J. Leff, C. Schwinn, W. Slate, J. Wargin, W. Bullock., Efficiency of multiple biopsy of cancer detection during pregnancy a progress report. *Obst. Gynec.* 1965 T. 26, s. 70
- T. Koszarowski, H. Gadomska, B. Warda, Z. Drożdżewska, Badania zapadalności na nowotwory złośliwe w Polsce i w terenach wybranych 1962-1965, PZWL, Warszawa 1968; J. Łukasik, A. Gustowski, M. Jaszyk, G. Chłodzińska., Wybrane parametry epidemiologiczne guzów złośliwych jajnika. (W:) *Epidemiologia i diagnostyka nowotworów jajnika*. II Symp. Sek. Onk. Gin. PTG. Poznań 1976, s. 45.
- ⁷ A. Cekański., Profilaktyka i rehabilitacja schorzeń narządu rodnej kobiety pracującej. (W:) *Profilaktyka i rehabilitacja schorzeń narządu rodnej kobiety pracującej*, XIX Zjazd Nauk. Pol. Tow. Gin. Katowice 6-8 czerwca 1974, s. 7
- ⁸ H. Bednarski, A. Gustowski., Społeczne uwarunkowania zdrowotności kobiet wiejskich. (W) *Kobiety wiejskie w życiu społeczno-gospodarczym wsi rolnictwa*. Pod. red. H. Bednarskiego, Bydgoszcz 1978, s. 74
- ⁹ Raport o stanie zdrowia... Op. cit. s. 42-5
- ¹⁰ J. Sieroszewski, A. Komorowska., Profilaktyka i rehabilitacja kobiet po powikłaniach położniczych i chorobach ginekologicznych pracujących w przemyśle. (W:) *Profilaktyka i rehabilitacja...* Op. cit. s. 28; A. Cekański, J. Dudkiewicz, Z. Klimkiewicz, G. Sieroń, W. Jeż, J. Miciński, A. Chruściel, A. Redkiewicz, B. Krupa, B. Filipczak, W. Sroga, M. Rogoszewski, W. Kuzkowski, A. Deńce., Stan ginekologiczny załogi kobiecej zakładów włókienniczych w związku z wykonywaną pracą. Op. cit. s. 113; A. Cekański, Z. Klimkiewicz, J. Dudkiewicz, A. Brudnik, A. Karbowski, A. Chruściel, A. Grochal, W. Nawrocki, J. Pieczyński, J. Rzęmpoluch, J. Tomala., Wyniki badań ginekologicznych pracownic zakładów czesankowych Op. cit. s. 118
- ¹¹ Ustawa o bezpieczeństwie i higienie pracy, Warszawa 1967
- ¹² M. Sokolowska, J. Bejnarowicz., Socjolog a pojęcie stanu zdrowia. *Studia Socjologiczne* 1973, nr 3.
- ¹³ W. Liu., Routine vaginal smears on hospital admission, *Obst. Gynec.* 1965, t. 26, s. 518; B. Baszyński, A. Rymarczyk., Masowe badania ginekologiczne kobiet zatrudnionych w przemyśle włókienniczym. *Ginekologia Polska*. Warszawa 1967, t. 39, s. 1153; L. Misiewicz, Ocena wykrywalności raka szyjki macicy na terenie Warszawy. *Ginekologia Polska*. Warszawa 1968, s. 763
- ¹⁴ P. König, Jr A. Pfeleiderer., *Neue Aspekte in Diagnose und Therapie des Genitalkarzinoms der Frau*, Enke Verlag, Stuttgart 1973, s. 1-13; H. Drązkowski, A. Gustowski, J. Binder, Występowanie dysplazji i raka szyjki macicy u pracownic państwowych gospodarstw rolnych. *Pamiętnik XX Zjazdu Nauk Pol. Tow. Gin.*, Katowice 1974.
- ¹⁵ K. Dux., Etiologia i patogeneza nowotworów. *Patologia i klinika nowotworów*. PZWL, Warszawa 1965; T. Zieliński, Rak szyjki macicy a ciąża. *Polski Tygodnik Lekarski*, Warszawa 1956, T. 11 s. 1817
- ¹⁶ A. Gustowski, H. Konefka., Niedorozwój narządu rodnej i sutków we wtórnym braku miesiączki na tle hormonalnym. *Ginekologia Polska*, Warszawa 1959, T. 30, s. 327;

A. Gustowski, J. Domaniewski, Z. Kasperowicz, M. Jaszyk., Rozroczaki – szczególna postać nowotwora jajnika. *Wiadomości Lekarskie*, Warszawa 1976 T. 29, s. 2003.

¹⁷ J. Łukasik, A. Gustowski., Histoklinika nieprawidłowych rozrostów endometrialnych. III symp. Ske. Gin. Onk. PTG. Kolobrzeg 1978; Z. Kasperowicz, A. Gustowski, Nieprawidłowe i patologiczne rozrosty śluzówki w obszarze ujścia wewnętrznego w mięśniakach macicy. III Symp. Sek. Gin. Onk. PTG. Kolobrzeg 1978

¹⁸ H. Bednarski, A. Gustowski., *Op. cit.* s. 74;

H. Drażkowski, A. Gustowski, J. Binder., *Op. cit.* s. 129

¹⁹ H. Drażkowski, A. Gustowski, Z. Kasperowicz., Dynamika zmian dysplastycznych szyjki macicy u kobiet zatrudnionych w państwowych gospodarstwach rolnych. (W:) *Profilaktyka i rehabilitacja schorzeń narządu rodnoego ...* *Op. cit.* s. 132

²⁰ H. Skalba, W. Jeż, T. Torbus., Ocena pracy ekipy ginekologicznej obozu społeczno-wychowawczego studenckiego kręgu instruktorskiego ZHP przy Śl. A. M. (W:) *Profilaktyka i rehabilitacja schorzeń narządu rodnoego ...* *Op. cit.* 126

²¹ H. Green., Cervical carcinoma in situ true cancer of noninvasive lesion. *J. Obst. Gynec.* 1964 T. 4 s. 165

²² J. Teter., O wczesnym rozpoznawaniu raka szyjki macicy. *Wiadomości Lekarskie*, Warszawa 1953, T. 6 s. 16

²³ S. Soszka, W. Kazanowska, J. Goszczyński, O. Pietruska., Analiza wykrywalności raków jajnika kobiet regionu północno-wschodniego Polski. *Epidemiologia i diagnostyka nowotworów jajnika ...* *Op. cit.* s. 24

²⁴ Z. Wronkowski, Z. Karewicz., Rak szyjki macicy na terenach wiejskich. *Ginekologia Polska*, Warszawa 1973, T. 44, s. 263

²⁵ H. Bednarski, A. Gustowski., Społeczne uwarunkowanie zdrowotności kobiet wiejskich. (W:) *Kobiety wiejskie w życiu społeczno-gospodarczym ...* *Op. cit.* s. 74; H. Drażkowski, A. Gustowski, Z. Kasperowicz., Dynamika zmian dysplastycznych szyjki macicy ... *Op. cit.* s. 132

²⁶ Raport o stanie zdrowia i opiece zdrowotnej ... *Op. cit.* s. 40

²⁷ A. Ehrlich., O zarządzaniu w placówce badawczej. Warszawa 1979, s. 136