

~~WYDZIAŁ~~
SPOŁECZNA
KOMISJA
ZDROWIA

**zeszyty
niezależnej
myśli
lekarskiej**

numer

~~12~~ 13

październik

1987

SPOŁECZNA KOMISJA ZDROWIA

ZDSZYTY

NIEZALEŻNEJ

MYSLI

LEKARSKIEJ

NUMER 13

PAZDZIERNIK

1987

NIEZALEŻNA OFICyna WYDAWNICZA

WARSZAWA 1987

S p i s t r e ś c i

	str.
1. Fundusz Społeczny "Solidarność".	3
List Lecha Wałęsy do Kongresu USA.	3
Oświadczenie Lecha Wałęsy.	4
Komunikat Grupy Roboczej do Spraw Funduszu Społecznego "Solidarność".	4
2. "Życie jest wartością najwyższą" - rozmowa z doktorem Markiem Edelmanem.	6
3. Bezrobotny lekarz.	13
4. Zdrowie Kobiet.	15
A. Andrzej Bujwid: Profil demograficzny i zdrowotny. ..	16
B. Urszula Danek: Socjalizm a zdrowie kobiety.	56

LISA LECHA WALESY LO KONGRESU JSA

Decyzja Kongresu Stanów Zjednoczonych przyznania pomocy finansowej Polsce jest wyrazem głębokich i tradycyjnych więzi przyjaźni między naszymi narodami. Wyrażam wdzięczność za to, że obok pomocy dla inicjatywy Episkopatu Polski na rzecz rolnictwa naszego kraju oraz dla szpitala im. Clementa Zeblockiego, Kongres uchwalili wyasygnowanie sumy 1 mln dolarów dla NSZZ "Solidarność". Widzę w tej decyzji wyraz uznania dla pozytywnej roli, jaką polski niezależny ruch związkowy spełnił i spełnia dla naszego kraju. Dziękuję za tę decyzję w imieniu milionów ludzi, którzy w istnieniu "Solidarności" pokładają nadzieję dla realizacji swoich aspiracji na rzecz niepodległości, swobód demokratycznych i sprawiedliwego ładu gospodarczego w swojej ojczyźnie.

Kraj nasz znajduje się w trudnej sytuacji gospodarczej i społecznej. Jedyną drogą przezwyciężenia tych trudności jest ustanowienie uczciwego dialogu między władzą a społeczeństwem. "Solidarność" widzi możliwość takiego dialogu w duchu Porozumienia Gdańskiego z sierpnia 1980. W decyzji Kongresu dostrzegam potwierdzenie nadziei Polaków, że gdyby taki dialog został ustanowiony, kraj nasz mógłby liczyć na pomoc gospodarczą Stanów Zjednoczonych.

NSZZ "Solidarność" głosił zawsze filozofię służby dla swojego kraju i dobro kraju stawia zawsze ponad wszelkimi interesami partykularnymi. Działamy obecnie w trudnych warunkach, gdy odmawia się nam praw do legalnego istnienia i czyni się nas przedmiotem represji. Na miarę naszych skromnych środków i korzystając z pomocy związków zawodowych innych krajów stawiamy czoła naszym potrzebom organizacyjnym. Przyszłość naszego związku, jego siła w zakładach pracy, w fabrykach czy szkołach, podobnie jak siła bratnich związków rolników, rzemieślników czy studentów, możliwość pracy na rzecz wolności i dla godnego życia polskich rodzin zależy od społecznego poparcia naszych działań. Poparcie to mamy wówczas, gdy skutecznie bronimy interesów ludzi pracy i gdy pomagamy ludziom w ich trudnym życiu. Mamy potrzeby ogromne w zakresie wzmocnienia naszych struktur organizacyjnych, ale na dzień dzisiejszy główną sprawą jest obrona tkanki biologicznej naszego narodu. Jednym z bolesnych problemów życia polskiego jest ubóstwo opieki medycznej, szpitali, medycyny pracy, zaopatrzenia w leki. W 1981 r. "Solidarność" podjęła inicjatywę utworzenia Funduszu Socjalnego, który działałby na rzecz poprawy sytuacji w tej dziedzinie, ale wprowadzenie stanu wojennego nie pozwoliło nam jej zrealizować. Podejmujemy ją teraz ponownie: postanowiliśmy sumę uchwaloną

przez Kongres Stanów Zjednoczonych dla "Solidarności" przeznaczyć w chwili obecnej w całości na cele socjalne. Wyrażam głęboką wdzięczność narodowi amerykańskiemu za to, że uzyskaliśmy możliwość podjęcia tych działań dla dobra Polski.

Lech Wałęsa

OSWIADCZENIE LECHA WAŁĘSY

Kongres Stanów Zjednoczonych uchwalił pomoc finansową dla Polski w postaci poparcia inicjatywy Episkopatu Polski na rzecz rolnictwa, wyposażenia szpitala Im. Clementa Zablocky'ego oraz także wyasygnowania 1 mln dolarów na Fundusz NSZZ "Solidarność". W liście do Kongresu stwierdziłem, że decyzję tę witamy z wdzięcznością, widząc w niej wyraz więzi między naszymi narodami, a także świadectwo uznania dla roli naszego związku w pracy dla kraju. Sumę tę przeznaczamy w całości na pomoc socjalną, zwłaszcza medyczną dla ludzi pracy w naszym kraju, nawiązując w ten sposób do inicjatywy Funduszu Socjalnego, z którą wystąpiliśmy w 1981 roku. Realizacją tej decyzji zajmie się powołany w tym celu zespół roboczy, złożony z osób kompetentnych i ofiarnych, który w odpowiednim czasie przedstawi publicznie szczegółowe sprawozdanie o rozdziale środków.

Zwracam się do TKK i TR "S", do ogniw regionalnych, zakładowych, do biur zagranicznych naszego związku o przyjęcie z pomocą tej inicjatywie, o wysuwanie propozycji, aby środki te zostały użyte z największym pożytkiem.

Lech Wałęsa

KOMUNIKAT GRUPY ROBOCZEJ DO SPRAW FUNDUSZU SPOŁECZNEGO "SOLIDARNOSCI"

W dniu 10 października 1987 r. odbyło się posiedzenie grupy roboczej do spraw Funduszu Społecznego "Solidarności", powołanej przez Przewodniczącego NSZZ "Solidarność" Lecha Wałęsę. Uchwalono co następuje:

1. Założenie i zarejestrowanie Społecznej Fundacji "Solidarności", przeznaczanej w pierwszym rzędzie na cele ochrony zdrowia ludzi pracy, w oparciu o 1 milion dolarów, ofiarowanych "Solidarności" przez Kongres Stanów Zjednoczonych. Projekt statutu Fundacji zostanie złożony do rejestracji w najbliższym czasie.

2. Decyzja o wykozystywaniu Funduszu podejmuje powołana przez Przewodniczącego Związku Grupa Robocza w kraju. Kwoty pieniężne z Funduszu przeznaczone są na zakupy zagranicą, dokonywane przez upoważnione osoby. W tym celu i dla kontroli największego doboru potrzebnego sprzętu

1. Powołują się na listy nagród oraz Fundacji, złożony z wybitnych pracowników nauki, naukowców zawodowych i działaczy społecznych.

3. W krótkim czasie zostaną wprowadzone do kraju hurtki reanimacyjne z pełnym wyposażeniem, przeznaczone dla szczególnie potrzebujących regionów. Ma to na celu szybkie ratowanie życia wobec katastrofalnej sytuacji biologicznej kraju.

4. Zaangażowanie tworzenia ośrodków profilaktyczno-diagnostycznych o niezależnej od państwowej służby zdrowia nowoczesnej struktury, wypełniających istotne luki w ochronie zdrowia i przeznaczone przede wszystkim dla ludzi pracujących w szczególnie ciężkich warunkach i ich rodzin.

5. Zaangażowanie nowych form pomocy społecznej dla ludzi pracy.

6. O szczegółach powyższych przedsięwzięć, jak i o wszystkich działaniach grupy roboczej opinia publiczna będzie informowana.

Komunikat podpisali członkowie grupy roboczej:
Marek Edelman, Zofia Kuratowska, Joanna Muszkowska-
Fenson, Alina Pienkowska, Andrzej Szczeklik,
Krzysztof Wojtyła, Krystyna Zachwatowicz-Wajdowa.

NAJWAŻNIEJSZA WARTOŚCIĄ JEST ŻYCIE

Rozmowa z doktorem Markiem Edelmanem

Red. Przede wszystkim gratuluję Ci w imieniu redakcji "Zeszytów Niezależnej Myśli Lekarskiej" i naszych czytelników wygrania kolejnego etapu wojny o pracę.

W poprzednim lipcowym numerze wystawiliśmy Ci "Laurkę" i wyraziliśmy nasz niepokój. Powiedz zatem, jak sprawa wygląda obecnie?

Marek Edelman: Sąd Pracy w Łodzi uznał wypowiedzenie za bezzasadne ze względu na stosunki społeczne panujące w szpitalu. Na piśmie istnieje tylko orzeczenie tego sądu. Ot, po prostu jak gdyby nic się nie wydarzyło. No więc pracujemy normalnie. Jak pewnie wiesz, wielokrotnie od lat powtarzały się groźby, że Oddział będzie zlikwidowany lub że zmieni się jego profil, bo w tej postaci jest nieużyteczny dla rejonu itp. Nic jednak praktycznie się nie działo. Dopiero wykorzystano sprawę wieku. Nawiasem mówiąc w ZOZ-ie pracuje na dotychczasowych stanowiskach ok. 12 osób, które przekroczyły wiek emerytalny. Był to więc pretekst.

Red.: Jak to widzisz na przyszłość? Czy czujesz się jak na wulkanie?

M.E.: Nie. W tej chwili wszystko jest w porządku. Nawet długotrwały remont nie grozi.

Red.: Od kiedy jesteś lekarzem i jak przebiegała Twoja praca zawodowa?

M.E.: Od 1949 r. pracuję w szpitalu, ale dyplom uzyskałem w 1951 r. Początkowo pracowałem w Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Łodzi u prof. Jakubowskiego. Był to wspaniały klinicysta i nauczyciel. Po Jego odejściu z Kliniki w 1966 r. zrezygnowałem z pracy w klinice i byłem Konsultantem Kardiologiem w szpitalu wojskowym na oddziale kardiologii. W kwietniu 1968 r. wróciłem z urlopu i portier nie wpuścił mnie do szpitala. Przyczyny były jasne, ale i tak ta praca nie bardzo już mi odpowiadała.

Poszedłem na Oddział Chorób Wewnętrznych w Szpitalu im. Maciurowicza. Dłuższy czas byłem tam zastępcą ordynatora. Po pewnym czasie ordynatura się zwolniła; zgłosiłem się do konkursu, ale ordynatorem został ktoś inny. Wkrótce potem w czerwcu 1971 r., zwołano zebranie dyrekcji, ciała kierowniczego szpitala, organizacji partyjnej i związków zawodowych, na którym to zebraniu jednogłośnie postanowiono zwolnić mnie z pracy.

Red.: Dlaczego?

M.E.: Stwierdzono, że jestem niesubordynowany, rzekomo podważam autorytet ordynatora, znikam z pracy bez opowiedzenia się itd. Nikt przedtem ze mną na ten temat nie rozmawiał i nie przedstawił zarzutów. Tego samego dnia przestałem pracować. Na niby przeniesiono mnie do Szpitala w dzielnicy Bałuty. Nigdy tam nie byłem, nikt mnie tam nie zatrudnił; tylko w kasie były co miesiąc pieniądze.

Wraz ze mną odeszli prawie caży personel lekarski /5 osób na 6 zatrudnionych lekarzy/ i kilka pielęgniarek. Nikt ich nie wyrzucał. W ten sposób zaproteutowali.

W grudniu 1971 roku objęliśmy oddział w Szpitalu im. Pirogowa, w którym pracują dotychczas. Cały zespół się ostał przez dłuższy czas. Oczywiście wypadki losowe przez te lata spowodowały zmiany w składzie zespołu, co jest rzeczą naturalną.

Red.: Który okres Twojej pracy zawodowej uważasz za najważniejszy i najciekawszy?

M.E.: Myślę, że lata 1968 - 75, kiedy współpracowałem z prof. Mollem i robiliśmy pierwsze w Polsce operacje naczyń wieńcowych w ostrej fazie zawału serca. Był to okres pasjonujący; wszystko się zaczynało. Wiesz, najważniejszy jest wynik pierwszej operacji - gdyby się nie udało może byśmy zaniechali tych prób. Ale się udało - pacjent żyje do dziś, uprawia działkę i cieszy się życiem.

Red.: Spójrzmy trochę w przeszłość. Wiem, że nie lubisz o tym mówić, ale chcę o tym porozmawiać od strony bardziej medycznej. W czasie Powstania w Getcie miałeś 21 lat. Czy miałeś już coś wspólnego z medycyną?

M.E.: Nio kompletnie.

Red.: Ze wspomnień p.dr A. Blady-Szwajger "Szpitala w Getcie", które drukowaliśmy w naszych "Zeszytach", wiem że byłeś gońcem w tym szpitalu. Czy ten okres - szpital dla dzieci, umierających z głodu na ulicach - miał jakiś wpływ na Twoją decyzję zostania lekarzem?

M.E.: Byłem rzeczywiście tym gońcem i to był mój jedyny kontakt z medycyną, bez żadnego wpływu na dalsze losy.

Poszedłem na medycynę z przypadku. Nie miałem w ogóle zamiaru dalej się uczyć. Uważałem, że wszystko co miało się stać, już się stało, wszystko już było. Wiedziałem, że nic dobrego teraz nie będzie. Byłem w trudnym okresie życia. Ktoś zapisał mnie na medycynę, więc

póśzedłem. Zresztą przez pierwsze 2 lata właściwie nie uczyłem się, ale wtedy studia wyglądały zupełnie inaczej - to był okres tuż po wojnie. Na IV roku zacząłem pracować na Klinice - musiałem zarobić na życie - i wtedy mnie wciągnęło.

Red.: Powiedz, czy teraz patrząc na chorych, którym nie możesz już nic pomóc, którzy muszą umrzeć, masz jakieś podobne odczucia jak wtedy w Getcie, kiedy ludzie ginęli masami, lub gdy wybierano tych do gazu na Umschlagplatz?

M.E.: Nie, to się nie kojarzy. Tęta śmierć to była śmierć zadana. W warunkach normalnych śmierć jest sprawą naturalną. Chodzi o to, aby człowiek, jeżeli już musi umierać, umierał w jakimś komforcie, a nie jak pies na ulicy, aby nie cierpiał i miał pomoc do końca. To nie zależy tylko od lekarza. Zależy od pielęgniarek, od całej atmosfery na Oddziale.. Aby umierający człowiek widział jeszcze słońce, to od tej atmosfery czyli od nas zależy.

Natomiast z tamtych czasów zostało przeświadczenie, że najważniejszą wartością jest samo życie. Jeżeli je można przedłużyć, to jest to konieczne. I konieczne jest, aby człowiek, któremu to życie przedłużamy, miał świadomość, że jeszcze mu coś w życiu pozostało, i że my o to dbamy.

Red.: Czy masz jakieś spostrzeżenia dotyczące działalności lekarzy w getcie?

M.E.: Co było najdziwniejsze - szpital Bergsonów i Baumanów, w którym byłem gońcem, to była enklawa pośród okropności otaczającego świata. Atmosfera była taka jakby nic się nie działo. Lekarze widzieli tylko chore dziecko. Dzieci przyjmowane były zawsze, leżały w szufladach, wszędzie. Pomimo braku szans na przetrwanie, nie było tego wyważania, komu dać /np. posiłki, o co było b.trudno/, a kto i tak jest stracony. Wszystkie dzieci dostawały to, co było potrzebne, tyle ile było.

Widzisz, na wojnie w wojsku, gdy dostarczają rannych, zawsze jest selekcja - kto ma szansę przeżycia idzie pierwszy na operację, kto mniejsze - później. Niby to słuszne, ale taki wybór jest zawsze niemoralny i demoralizuje samego lekarza, który o nim decyduje. Zresztą te rokowanie w medycynie też zawsze jest niepewne. Otóż takich wyborów w tym szpitalu nie było. Chyba ich także nie było w szpitalu dla dorosłych na Czystem, ale o tym mało wiem. W każdym razie tam pracował kwiat polskiej medycyny.

Red.: Czy lekarze ze strony aryjskiej pomagali lekarzom w Getcie? Czy w ogóle był jakiś kontakt?

M.E.: Po zamknięciu getta kontakty były b.rzadkie. Znany jest wypadek lekarza aryjskiego, który przyszedł na konsultację do getta i został zastrzelony przez Niemców na ulicy. Na podstawie zarządzenia niemieckiego wszystkie badania serologiczne związane z dudem plamistym /odczyn Weil-Felixa/ robione były w filii PZH na ul. Nowogrodzkiej. Nosili tam krew naszych chorych dzieci.

Komisarzami szpitali wyznaczonymi przez Niemców byli lekarze polscy. Tak np. w Szpitalu Bergsonów i Baumanów był dr Skonieczny. Zachowywał się nadzwyczajnie - nosił gazetki w jedną i drugą stronę, chodził na Umschlagplatz i wyciągał ludzi z transportów do Treblinki. Po likwidacji Getta też był pomocny, umieścił w bezpiecznym miejscu kilka pielęgniarek i lekarzy. Stałe pomagał.

Red.: Co się z nim stało?

M.E.: Po wojnie był lekarzem w Iwoniczu. Widywaliśmy się kilkakrotnie i korespondowaliśmy ze sobą. Od pewnego czasu kontakt się urwał - chyba nie żyje.

Red.: Czy spotkałeś się z przypadkami finansowego wykorzystywania pacjentów przez lekarzy ze strony żydowskiej lub aryjskiej?

M.E.: Była taka grupka lekarzy robiących tzw. operacje kosmetyczne /zmiany kształtu nosów itp./. Była to po prostu granda - brali masę forsy, a nie byli fachowcami i nic z tego nie wychodziło.

W Getcie sprawa ta nie miała znaczenia. Na ogół nie miał kto i czym płacić, a pieniądze niewiele znaczyły. Działała Kasa Chorych i żydowskie instytucje charytatywno-lecznicze. Nie spotykałem się z takim zjawiskiem, to nie mógł być problem. Np. dr Penson pracował w szpitalu na Czystem i w przychodni na Lesznie - leczenie było bezpłatne. A dr Landzberg po aryjskiej stronie chodził po kryjówkach i leczył ludzi ukrywających się, oczywiście bezpłatnie. Była też grupa lekarzy przy Radzie Pomocy Żydom, ale niewiele o tym wiem.

Red.: Jeżeli już mówimy o tych sprawach powiedz, jakie jest Twoje zdanie na temat odnowy nastrojów antysemitycznych w Polsce dzisiejszej?

M.E.: Antysemityzm teraz w Polsce, gdy nie ma Żydów... Jest to sprawa polityki, a nie przyrodzonych właściwości narodu polskiego. W r. 1968 rozbudowano nastroje antysemityczne dla określonych celów politycznych.

Istnieją elementy polityczne, które nadal to podsycają i tymi nastroszonymi sterują. Stanowi to jeszcze jedną metodę przykrycia przez władze własnej niemożności.

Red.: Oczywiście masz rację, ale jednocześnie słychać antysemickie poglądy wypowiedziane np. przez młodzież szkolną, która nigdy nie widziała prawdziwych Żydów, nie mogła się zetknąć i ich "innością". Skąd się to bierze? Z drugiej strony jest ogromne zainteresowanie, nawet fascynacja judaizmem.

M.E.: Zainteresowanie judaizmem i popularyzowanie wiedzy na ten temat to zasługa opozycji. To opozycja postawiła problem stosunku Polaków do Żydów. Trzeba pamiętać, że dyskusje, które się na ten temat toczą, nie są sprawą między Żydami a Polakami, tylko między Polakami a Polakami.

A co się tyczy tej części młodzieży. Bierze ona to z domu: z jednej strony tradycje endeckie, tradycje przedwojennego kleru i - nie wolno nam tego lekceważyć - wszechstronna propaganda. Mafijny pogląd na świat właściwy jest dla tego ustroju: trzeba przeciw kogóż za zło obwiniać - Żydów nie ma, ale mogą być tym celem. Władze nie są czyste w tej sprawie. Min. Kiszczak w Sejmie powiedział o jednym z działaczy opozycji, że poza miejsce urodzenia nic go z Polską nie łączy. W czasie procesu w Gdańsku - podobne sformułowania padały z ust sądziego.

Tzw. ruch "prawdziwych Polaków" w "S" był sterowany przez SB. Z drugiej strony jeszcze przed powstaniem "S" w Ruchu Młodej Polski w Gdańsku bardzo silne były wpływy endeckie. Odzywają one tu i ówdzie.

Ale chcę Ci zwrócić uwagę, że kiedy po zlikwidowaniu słynnego kiosku w kościele na Zagórnej w Warszawie, próbowano sprzedawać "Protokoły Mędrców Syjonu" w jednym z mniejszych miast, właśnie młodzież zdecydowanie się temu sprzeciwiła i całe zjawisko przestało istnieć.

Red.: O ile wiem, byłeś w pewnym sensie świadkiem pogromu kieleckiego w 1946 roku. Czy możesz coś opowiedzieć, co tam widziałeś?

M.E.: Przyjechałem do Kielc następnego dnia specjalnym pociągiem sanitarnym z pomocą lekarską i kuchnią. Miasto wyglądało strasznie. Środmieście zarzucone pościelą, połamanymi meblami, podartymi ubraniami. Ludzie kryli się w piwnicach. Nie wiem ilu ludzi odjechało wtedy tym pociągiem, w każdym razie szli do niego pod ochroną wojaka - inaczej się bali. Widziałem na dworcu zwłoki zawinięte w prześcieradła, wiem, że dochodziło do aktów sadyzmu.

Red.: Jak sądzisz, dlaczego do tego doszło w Polsce tuż po potwornej zagładzie Żydów? Oczywiście była to prowokacja ubecka czy wręcz radziecka, ale dlaczego ludzie na to poszli?

M.E.: Nie ważne, kto te wypadki zainspirował, Propaganda hitlerowska zrobiła z Żydów ludzi gorszych, takich z którymi nie trzeba się liczyć. Było to ohwytiliwe. W takim małym /wówczas/ mieście w mieszkaniach żydowskich mieszkali już Polacy i czuli się zagrożeni tym, że dawni właściciele wrócą i oni znowu utracą to, co z trudem zdobyli. Sygnał trafił na podatny grunt.

Zresztą pamiętaj: to było tuż po wojnie, kiedy życie miało bardzo niską wartość. Każda sprawa załatwiana była /zarówno przez okupantów jak przez podziemie/ wyrokiem śmierci, wydanym przez sąd lub bez sądu. Ten okres demoralizował. Uważam, że krwawy "sukces" prowokacji to jednak wynik czasu okupacji.

Red.: Jesteś wyrozumiały, ja tak nie potrafię. Wróćmy do teraźniejszości. Zgadzasz się chyba, że władze służby zdrowia są zupełnie indolentne. Czy uważasz, że celowe byłoby tworzenie form opieki zdrowotnej niezależnej od systemu państwowego?

M.E.: Oczywiście, że tak. Słyszę z przerażeniem w radio, że szykuje się jakaś reforma w państwowej służbie zdrowia - to znowu kolejna dezorganizacja. Społeczna służba zdrowia jest najlepszym wyjściem, jeżeli nie działa w systemie monopolistycznym. W warunkach monopolu pracować jest bardzo trudno, a szczególnie w tak delikatnej dziedzinie, jak opieka zdrowotna.

Red.: Czy uważasz, że Kościół mógłby tu pomóc; ma wielowiekowe tradycje?

M.E.: Wszyscy ludzie dobrej woli mogliby być pomocni. Kościół oczywiście też, byłoby to duchownych zainteresowało. Nie wiadomo, czy się zdecyduje na wzięcie sprawy pod swoją choćby częściową opiekę. Tę wielowiekową tradycję przerwano u nas brutalnie przed 40 laty.

Red.: Jesteś członkiem powołanej przez Lecha Wałęsę grupy roboczej dla wykorzystania pieniędzy ofiarowanych "S" przez Kongres amerykański. Czy sądzisz, że stworzenie Funduszu Społecznego będzie miało jakieś znaczenie dla poprawy opieki zdrowotnej?

M.E.: Nie będzie to decydująca sprawa dla zdrowia narodu, bo milion dolarów to bardzo mało, ale może otworzyć drogę innym społecznym

organizacjom w kraju i za granicą do stworzenia sieci niezależnej społecznej służby zdrowia. Ta zaś, obok powszechnej państwowej służby zdrowia może wnieść znaczny wkład w opiekę zdrowotną i sprawność jej funkcjonowania. Będzie to, jak myślę, otwarcie jakiejś furtki.

Dziękuję Ci bardzo za rozmowę

Red:

BEZROBOTNY LEKARZ

Powszechnie wiadomo, że brakuje lekarzy do pracy w społecznej służbie zdrowia. Wiadomo również, że brakuje lekarzy dobrze wykwalifikowanych. Słyszmy również jakoby lekarze nie garnęli się tak bardzo do podnoszenia swoich kwalifikacji i zdobywania specjalizacji.

Na rozum wydaje się również, że ktoś kto skończył studia medyczne - bardzo kosztowne - powinien natychmiast zostać zatrudniony niezależnie od swoich poglądów politycznych. Tymczasem...

Lek. Marek Kubin zdał ostatni egzamin na Akademii Medycznej w Warszawie 19.12.1986r., a dyplom lekarza z datą 17.01.87r. W dniu 30.01.87r. złożył podanie o przyjęcie do pracy w charakterze asystenta-stażysty w Poradni Hematologicznej Kliniki Geriatrii, Hematologii i Immunologii Centrum Medycznego kształcenia Podyplomowego, gdzie zwolnił się etat lekarski. Już 27.05.87r. /a więc po dokładnie 4 miesiącach zwodzenia zarówno zainteresowanego jak i kierownika kliniki rzekomo brakiem stosownego podpisu/ otrzymał oryginalnej treści odmowę. Dział kadr CMKP zwrócił mu dokumenty z adnotacją, iż "zatrudnienie Obywatela w CMKP jest nieaktualne".

Kolejne podanie dr Kubin złożył w Zespólnym Szpitalu Klinicznym im. Witolda Orłowskiego na początku czerwca. W końcu czerwca - kolejna odmowa motywowana zawile rzekomym "przekroczeniem normy zatrudnienia lekarzy".

Marek Kubin składa 6.07.87r. podanie o zatrudnienie w Klinice Gastroenterologii CMK. Nastąpiło to po pozytywnej rozmowie z kierownikiem kliniki, który złożył do Pełnomocnika do spraw Zatrudnienia Absolwentów zapotrzebowanie na lekarzy-stażystów. Treść odmowy zatrudnienia, wręczona M. Kubinowi 30.09.87r. była identyczna, jak w pierwszym przypadku "zatrudnienie jest nieaktualne".

O co tu chodzi? Marek Kubin był w 1982r. internowany w Białołęce, skąd został przeniesiony do Aresztu Śledczego na Rekowskię z sankcją prokuratorską. Pod koniec 1982r. został zwolniony z więzienia, a w marcu 1986r. aresztowany ponownie za kolportaż nielegalnej prasy. Z więzienia został ostatecznie zwolniony we wrześniu 1986r. na mocy ustawy amnestyjnej z lipca 1986r., przy czym żadnej sprawy ani wyroku sądowego nie było.

Tak więc jego bieg do dyplomu lekarskiego był biegiem z przeszkodami. Pracy jednak nie otrzymał. Służba Bezpieczeństwa nie poprzestała na stałych nękaniach jego i rodziny wezwaniami na przesłuchania, rewizjami itp., lecz skutecznie zablokowała mu możliwość uzyskania pracy. Jednocześnie wy-

sunięto już przeciw niemu zarzut pasożytnictwa.

Przypadek Marka Kubina jest z jednej strony znamienny dla polityki tzw. "ugody społecznej", z drugiej skandaliczny - tym bardziej, że dotyczy lekarza w sytuacji służby zdrowia, której już nikt nie waha się nazywać katastrofalną. Przypadek ten obnaża szczególnie jaskrawo tendencje władz politycznych w naszym kraju i rozбивa wszelkie złudzenia co do tzw. "dobrych" chęci tych władz.

Nie ma też wątpliwości od kogo zależy zatrudnienie kogokolwiek, nawet lekarza-stażysty.

Środowisko lekarskie nie może pozostać obojętne wobec sprawy Marka Kubina i głośno wyrażać swój protest.

/med./

ZDROWIE KOBIEC

Na zlecenie Społecznej Komisji Zdrowia zespół socjologów w jednym z największych ośrodków akademickich przeprowadził badanie na temat aktualnej sytuacji kobiet. Wynikiem badania jest trzystastronicowy tom, który autorzy zatytułowali "Kobieta polska lat osiemdziesiątych". Praca składa się z siedmiu odrębnych części, a mianowicie: 1. Profil demograficzny i zdrowotny. 2. Rodzicielstwo a zdrowie kobiety. 3. Kobieta na rynku pracy. 4. Rola społeczna kobiet. 5. Świadomość zatrudnionych kobiet. 6. Kobieta na wsi. 7. Czasopisma dla kobiet.

Lektura pracy nie jest łatwa, gdyż socjologowie posługują się swoim językiem naukowym i nie próbują spopularyzować wyników swych badań. Jest to jednak zarazem lektura pasjonująca, gdyż ukazuje prawdę o losie kobiet w dzisiejszej Polsce, o ich zdrowiu i sytuacji społecznej i gospodarczej.

Całość będzie wydana przez Społeczną Komisję Zdrowia. W Niezależnych Zeszytach Myśli Lekarskiej drukujemy pierwsze dwie części opracowania. Opuszczamy odsyłacze, wykresy i bibliografię, które oczywiście znajdują się w wydaniu książkowym.

Redakcja

A. PROFIL DEMOGRAFICZNY I ZDROWOTNY

I. ZDROWIE I JEGO POMIAR

Sygnalizowaną w tytule jednoczesną prezentację zagadnień demograficznych i zdrowotnych uzasadnia i czyni koniecznym zalecenie Komitetu Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia /WHO/, zdaniem których do czynników określanych mianem warunków zdrowotnych należy współcześnie zaliczyć:

1. stan zdrowia z uwzględnieniem danych demograficznych
2. stan odżywienia i zaopatrzenia w żywność
3. poziom wykształcenia
4. zatrudnienie /rynek pracy/
5. warunki pracy
6. zbiorowe spożycie i oszczędzanie
7. sytuacja mieszkaniowa
8. możliwości komunikacji i łączności
9. zaopatrzenie w odzież
10. możliwości wypoczynku i rozrywki
11. system zabezpieczenia społecznego
12. prawa i swobody obywatelskie

Tak więc w miarę wyczerpujący opis /dostępność danych/ warunków zdrowotnych charakterystycznych dla polskich kobiet uczynił możliwym pełniejsze zarysowanie ich profilu zdrowotnego. W ten bowiem sposób można, jak sądzę, powiązać ze sobą rozproszone i zbierane dla innych celów informacje o czynnikach współodpowiedzialnych za nasze zdrowie.

Uczyniliśmy równocześnie wiele, by sprostać wymogom stawianym przez SOZ w kwestii sposobu rozumienia zdrowia, które zdaniem ekspertów tej organizacji jest stanem fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia i wyraża się zdolnością do funkcjonowania, a nie tylko brakiem choroby lub niesprawności. W takim ujęciu zdrowie oznacza pełną integrację ciała, brak bólu, obniżonej sprawności, stan optymalnego funkcjonowania - słowem niezauważalny organizm.

Inaczej mówiąc w stanie optimum zdrowia człowiek jest nie tylko nieświadom choroby, nie odczuwa zmęczenia, bólu, nie ma dolegliwości somatycznych, ale także: jest odporny na infekcje, ma poczucie autonomii, pozostaje niezależnym od innych, jest pełen wigoru /żywotność/ oraz ruchliwy, ma pełne poczucie własnej tożsamości, wypełnia codziennie swe zwykłe role oraz nie odczuwa potrzeby opieki zdrowotnej.

I na odwrót, końcowej fazie utraty dobrego samopoczucia, sygnalizującą "wchodzenie w chorobę", towarzyszą takie uczucia, jak: niepewność,

bezradność /brak poczucia oparcia/, utrata kontroli, utrata poczucia tożsamości, nieszdolność rozwiązywania problemów. Wtedy, gdy pojawiają się zachowania w chorobie /autodiagnoza, samoleczenie, szukanie kontaktu z medycyną itp./ Jednostka może być bardzo zmęczona i czuć się wyczerpana, rozdrażniona w związku z utratą apetytu, z zaburzeniami snu, popadania w zależność od innych ludzi, koncentrowaniem zainteresowania na samej sobie oraz w związku z pojawieniem się dostrzegalnych, ale stosunkowo nieznacznych zaburzeń funkcjonowania /uczucie zimna, infekcje, bóle głowy, krzyża itp./.

Choroba o podłożu organicznym może w wielu wypadkach iść bez zakłóceń w sferze samopoczucia, nie upośledzając także funkcjonowania ogólniejszego /klasycznym przykładem są nowotwory/ i na ogół zdrowie i złe samopoczucie wzajemnie się wykluczają.

Ta z konieczności uproszczona prezentacja dynamiki interesującego nas zjawiska uświadamia istotę trudności definiowania i pomiaru zdrowia oraz jego względność. Zdrowie nie jest czymś, co się "ma", lecz raczej się "niewa". Względność zdrowia i trudności pomiaru pogłębia brak normy zdrowia, punktu odniesienia - stąd o zdrowiu najczęściej wnioskuje się na podstawie poziomu wskaźników mówiących o chorobie /chorobowość, zapadalność, zgony, absencja chorobowa itp./.

Z kolei każda z jednostek rozwija system przekonań o naturze zdrowia i choroby oraz system zachowań zdrowotnych, u których podłoża tkwi dziedzictwo kulturowe, normy oraz wzory społeczne. Jednostka swoim zachowaniem rozstrzyga, czy jest chora, czy zdrowa - dzieje się tak i dzieć się będzie niezależnie od medycznego kręgu profesjonalistów. Krótko mówiąc to, jak zdrowie będzie określane, zależy od tego, kto definiuje oraz tego, kto interpretuje zjawisko. To, co jest zdrowiem dla jednych, stanowi dla innych jego całkowite przeciwieństwo.

Większość badań medycznych poprzestaje na pomiarze jakby "łatwiejszej" części definicji - zdrowia somatycznego - co najwyżej sięgają po takie zmienne, jak wiek, płeć, czasem miejsce zamieszkania. W statystyce dominują informacje o chorobach, absencji chorobowej i zgonach, brak natomiast wskaźników zdrowia pozytywnego.

Nie przeprowadzono jak do tej pory ani jednego badania, które wyczerpywałoby więcej niż połowę zakresu pojęcia choroby w rozumieniu SOZ. Czyni się jednak na świecie wiele wysiłków, by zbudować skalę mierzącą wszystkie elementy definicji zdrowia, pragnąc przeciwstawić się twierdzeniom o utopijskim charakterze proponowanego przez światowe władze medyczne sposobie rozumienia zdrowia i choroby.

Jedno jest już całkowicie pewne - zdrowie nie jest zjawiskiem oderwanym od konkretnych warunków, w jakich funkcjonuje jednostka lub cała

zbiorowość. Wyznacznikami zdrowia są zatem warunki środowiskowe oraz sytuacja społeczna jednostek lub grup społecznych, normy i zwyczaje, wartości i dążenia kierujące ludzkim życiem.

W takim ujęciu zdrowie zależy od wieku, płci, warunków materialnych, warunków pracy, wdrożny człowieka, rodzaju wykonywanej pracy i wypoczynku, sytuacji rodzinnej, miejsca zamieszkania, zachowań związanych z realizowanym stylem życia, zagrożeń ekologicznych itp. Można zatem powiedzieć za Mc Dermotem, że zdrowie charakteryzuje stopień, w jakim poszczególne osoby mogą skutecznie działać w warunkach określonych przez czynniki genetyczne oraz środowisko fizyczne i społeczne.

Amerkanie lubujący się w pomiarach wielu zjawisk twierdzą w oparciu o badania empiryczne, że udział czynników genetycznych /a więc znajdujących się poza kontrolą jednostki/ w kształtowaniu jakości życia sprzyjającej utrzymywaniu zdrowia szacować można na 16%. Czynniki wewnętrzne mają decydujący wpływ na czas trwania życia, determinują występowanie niektórych chorób, prawdopodobnie decydują także o zdolnościach adaptacyjnych silnie wpływających na samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne jednostki.

Wpływ środowiska naturalnego i społecznego na nasze zdrowie szacowany jest na 21%, a działalność instytucji medycznych na 10% ogólnego "bilansu zdrowotnego". Pozostała /53%/ część jest w rękach każdego z nas. To elementy naszego stylu życia, z którymi być może jest nam dobrze, ale naszymu organizmowi jest z nimi /użytki, sposób wypoczywania, odżywianie, sen itp./ z pewnością źle.

Dlatego też mówi się, że współcześnie dominują choroby z w y b o r u jednostkowego i zbiorowego. W krajach o niedemokratycznych systemach społecznych wybór zbiorowy zostaje w poważnej części ograniczony w takich sferach, jak warunki pracy, mieszkalnictwo, decyzje gospodarcze, swobody obywatelskie, ochrona powietrza, wody, innych zasobów naturalnych i żywności, dostęp do świadczeń medycznych itp. Tym niemniej wybory jednostkowe, związane z kultywowaniem, bądź eliminacją biopozytywnych lub bienegatywnych elementów stylu życia i w tego typu ustrojach państwowych jak nasz są możliwe w wielu dostępnych nam obszarach.

Zainteresowaniem naszym było dotarcie do tych materiałów, które stworzyłyby szansę opisu zdrowia kobiety zgodnie z wyłożoną wcześniej koncepcją zdrowia. Prezentowane opracowanie nie rości pretensji do wyczerpującego i w całości zgodnego z definicją SOZ określenia stanu zdrowia polskich kobiet. Jest to niemożliwe choćby z tego względu, iż nie dysponujemy w naszym kraju danymi z badań prowadzonych na próbach reprezentacyjnych i uwzględniających wszystkie elementy omawianej definicji.

W wielu wypadkach autorami badań, do których udało się dotrzeć, powo-

dowały odmienne koncepcje zdrowia, czyniąc materiały nieporównywalnymi. Naszym celem jest ukazanie głównych zagrożeń zdrowotnych, najistotniejszych elementów kultury zdrowotnej i podstawowych tendencji w kształtowaniu się stanu zdrowia kobiet w naszym kraju.

Opracowanie oparte zostało na wtórnej analizie wyników badań stanu zdrowia w Polsce. W pierwszej fazie dokonano przeglądu danych za lata 1970-1985, zawartych w czasopiśmie Zdrowie Publiczne, Medycyna Wiejska, Medycyna Pracy, Praca i Zabezpieczenie Społeczne, Humanizacja Pracy, Problemy Rodziny oraz w publikacjach książkowych.

W fazie drugiej dokonano wyboru do wtórnej analizy maksymalnej liczby materiałów empirycznych z lat 1980 - 1986, spełniających warunek porównywalności i reprezentatywności, ogniskując uwagę na wynikach masowych badań stanu zdrowia różnych grup ludności, prowadzonych przez Dolnośląskie Centrum Diagnostyki Medycznej "DOLMED" we Wrocławiu. Centrum dysponuje unikatowymi w warunkach polskich narzędziami prowadzenia badań populacyjnych /ujednoliconą techniką pomiaru parametrów zdrowia somatycznego, psychicznego i częściowo społecznego przy zastosowaniu wspomaganego komputeroowo programu MULTITEST-320.

Pokreślając liczbę informacji dostarczyły także materiały Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, będącego monopolistą informacji na temat zagrożeń zdrowotnych w przemyśle, kształtowaniu się absencji chorobowej i stanu zdrowia załóg zakładów przemysłowych, oraz prace lubelskiego Instytutu Medycyny Wsi, opracowań przygotowanych przez Akademię Nauk Społecznych na użytek KC PZPR oraz opracowania niepublikowane.

Poza bardzo ogólnymi i mało wartościowymi informacyjnie materiałami GUS oraz fachowymi czasopismami i książkami, większość istotnych danych o zdrowiu polskiej kobiety zawiera klauzulę "do użytku wewnętrznego, wewnątrzpartyjnego, służbowego". I choćby z tego względu należy je upowszechnić.

DEMOGRAFIA

W kraju zajmującym dwadzieścia piąte miejsce na świecie pod względem liczby mieszkańców kobiety stanowiły w połowie lat osiemdziesiątych 51,2% ogółu obywateli, /na wsi - 50,1%, w mieście 52,0% ogółu/.

Rodzi się, co prawda, więcej chłopców niż dziewczynek /w proporcji 105 na 100/, jednakże panowie tracą prymat na rzecz płci pięknej tuż przed "czterdziestką" i od tej granicy w szybkim tempie rośnie przewaga kobiet nad mężczyznami /wśród osób w wieku 80 i więcej lat na 100 mężczyzn przypada aż 235 kobiet/. W ostatecznym rachunku pierwotna proporcja płci w populacji ulega odwróceniu. Stąd też na 100 Polaków przypada 105 Polek.

Należy podkreślić, że proces "feminizacji" populacji przebiega o wie-

le szybciej w mieście niż na wsi - wywołanie proporcji pici następuje w miastach w przedziale wieku 20-24 lat, zaś na wsi między 45 i 49 rokiem życia. W konsekwencji na każdych 100 panów:

- w mieście przypada 108 paf /w najstarszej kategorii wieku proporcje ta na się jak 100:1272/

- na wsi przypada 100 kobiet /w najstarszej kategorii wieku 100:199/

Znaczenie większe niż w naszym kraju nadwyżka kobiet nad mężczyznami rejestrowano w tym samym czasie w ZSRR /114:100/, NRD /113:100/, Austrii /111:100/, RFN /109:100/. Z kolei nadwyżka mężczyzn charakteryzowały się takie kraje, jak Indie /na 100 kobiet przypadało 93 mężczyzn/, Chiny /na 100 kobiet - 94 mężczyzn/, Republika Południowej Afryki /100:96/, Egipt /100:98/, W Australii i Węgier proporcje pici są wyówrane.

Przewaga ilościowa kobiet nad mężczyznami są, co prawda, nadal swoje korzenie w stratach biologicznych będących następstwem drugiej wojny światowej, jednakże coraz silniej dają znać o sobie inne zjawiska i procesy: masowe i intensywne migracje, tzw. nadumieralność mężczyzn /wskazniki dla populacji polskich mężczyzn lokują nas na jednym z ostatnich miejsc w Europie/ oraz proces starzenia się ludności.

Konsekwencje układu pici w strukturze ludności są wyraźnie odczuwane na rynku pracy, na "ryнку" matrymonialnym /np. więcej kawalerowie nie mogą znaleźć kandydatek na żony/ oraz masą, byé kłane pod uwagę przez wyspojalizowane instytucje społeczne /np. przez służbę zdrowia/.

Chciał kryzys gospodarczy bardzo ostabił natężenie przemieszczeń migracyjnych /ostabilnie się w linii miejscowości, kraju/, to jednak nadal w migracjach wewnątrznych, jak i zagranicznych większy udział mają kobiety. Panie waleniejące stające zamieszkania /głównie na linii wieś - miasto oraz miasto-miasto/ są młodsze niż migrujący mężczyźni - zaczynają one wcześniejszą wędrówkę, w poszukiwaniu miejsc osiedlenia i wcześniej kończą przemieszczanie się. Należy dodać, że w migracjach zagranicznych biorą udział znacznie częściej mieszkanki miast niż kobiety wiejskie.

W procesach migracyjnych kobiety dominują nad mężczyznami w trzech okresach życia:

- dziewczęta w wieku 15 - 19 lat zmieniają miejsce zamieszkania dwa razy częściej niż ich koledzy;

- wiekiem największej aktywności migracyjnej kobiet są lata między 20 a 24 rokiem życia - migrują one o ponad 50% częściej niż mężczyźni w tej grupie wieku;

- wśród migrantów w wieku powyżej 60 roku życia ponownie przewagę zyskują panie /jest to najczęściej tak zwana migracja wtórna - rodziców do dzieci i to głównie ze wsi do miast/.

Z każdych trzech Polek, które ukończyły 15 rok życia dwie są mężatkami

mi, prawie co piąta jest jeszcze panienką /panny stanowią 5-7% ogółu kobiet/, które przekroczyły 35 rok życia/, zaś co siódma obywatelka PRL to wdowa /wśród kobiet po sześćdziesiątce co druga jest wdową/. W roku 1985 współczynnik dzietności dla polskich kobiet wynosił 2,3 /w mieście 1,9, na wsi 2,8/.

Kobiet rozwiedzionych lub żyjących w separacji. Jest w naszym kraju 3,1% - dwie trzecie rozwodów zostało orzeczonych z powodztwa żony; wielokrotnie częściej rozwodzą się kobiety w mieście niż na wsi; rośnie liczba rozwodzających się kobiet mających potomstwo /na 100 rozwodzających się małżeństw przypada 91 dzieci/; kobiety po rozwodzie rzadziej niż mężczyźni wstępują w nowe związki małżeńskie. W wyniku rosnącej liczby rozwodów powiększa się liczba dzieci wychowujących się bez wzoru osobowego ojca i przy prawie wyłącznym udziale matki stałe zajętej rozlicznymi obowiązkami, spośród których zdobycie środków utrzymania stanowi wciąż niebagatelny problem.

Urodzenia pozamałżeńskie oraz rozwody powiększają z roku na rok liczbę kobiet wychowujących samotnie własne potomstwo. Szacuje się, że w Polsce 5% ogółu kobiet w wieku 15 lat i więcej /ponad 650 tysięcy/ stanowią samotne matki wychowujące i utrzymujące blisko milion dzieci w wieku do 24 lat. Zarówno na wsi, jak i w mieście co siódma samotna matka nieśmiała, czyli 25 roku życia; 70% mieszka w mieście; prawie co dziesiąta samotną matką wychowuje troje i więcej dzieci.

Ludzka małostkowość oraz liczne nie uzasadnione przekonanie o zbyt dużych "przywilejach" /zwiększony zasiłek, miejsce w żłobku lub przedszkolu itp./, a czasem wręcz podejrzenie o "fikcyjny rozwód" lub celowe pozostawanie w konkubinacie, mające jakoby ułatwić dostęp do dodatkowych świadczeń społecznych, nie czynią łatwiejszą egzystencję matek samotnie wychowujących potomstwo.

W następstwie różnych zdarzeń losowych co dziesiąta Polka żyje w jednoosobowym gospodarstwie domowym - przeważają panie, które przekroczyły czterdziesty rok życia.

I w ten oto sposób dotarliśmy do miejsca, w którym konieczne staje się syntetyczne choćby naszkicowanie demograficznego portretu najstarszej kategorii mieszkanki naszego kraju. Liczba kobiet w wieku emerytalnym w Polsce przekroczyła 3 miliony /16,2% ogółu kobiet/, spośród których większość zamieszkuje miasta.

Statystyczna mieszkanka miasta w wieku emerytalnym to kobieta w wieku 70-71 lat, przeważnie samotna /prawie co druga to wdowa/. Mniej więcej w tym samym wieku jest najstarsze pokolenie kobiet wiejskich, jednakże w odróżnieniu od sych wiejskich rówieśnic rzadziej są one wdowami, paniami lub osobami rozwiedzionymi, częściej są mężatkami.

Tendencje te pozostają w ścisłym związku z kształtowaniem się wskaźników przeciętnego trwania życia w naszym kraju. Urodzona w roku 1983 dziewczynka miała szansę dożyć 75,2 lat /na wsi 75,5 lat/, podczas gdy jej męski rówieśnik mieszkający w mieście i na wsi mógł liczyć raptem na 67 lat trwania swego życia.

Polska jest jedyną z niezliczonych krajów, w których drastycznym zahamowaniu ulega w ostatnich latach ewolucja przeciętnego trwania życia. Pomownemu zwłaszcza obniżeniu uległo przeciętne trwanie życia mężczyzn. Niepokojący jest także regres przeciętnego dalszego trwania życia kobiet, bowiem dla osób w wieku 15, 30, 45 i 60 lat było ono niższe niż w latach 1975-1976. Gorszymi wskaźnikami przeciętnego trwania życia kobiet legitymują się w kolejności tylko następujące kraje: Rumunia, Portugalia, Jugosławia, Węgry, Bułgaria, Czechosłowacja, NRD.

Brak na tej liście danych o ZSRR, ale wiadomo, że i tam ewolucja wskaźników przeciętnego trwania życia uległa w ostatnich latach obniżeniu. Tak więc blok państw socjalistycznych, nie gwarantując swym obywatelom warunków życia zbliżonych choćby do stanu średniej europejskiej, doprowadził w ostatnich latach do poważnego regresu w sferze zdrowotnej.

Niewątpliwy postęp w wielu dziedzinach życia społecznego, dokonany w tych krajach we wczesnych latach pięćdziesiątych, państwa komunistyczne nie były w stanie prolongować przede wszystkim w wyniku pogłębiającej się niewydolności ich gospodarek, prowadzącej do stałego obniżania poziomu życia obywateli. Stąd już tylko krok do pogorszenia wskaźników stanu zdrowia. Przeciętne dalsze trwanie życia reaguje na te zmiany tak szybko, jak wskaźnik umieralności niemowląt.

WYKSZTAŁCENIE

Jeśli przyjrzed się dalszym losom absolwentów szkół podstawowych, to w zależności od intencji interpretatora można stwierdzać, że nadal dwa razy więcej dziewcząt niż chłopców kończy edukację na poziomie szkoły podstawowej /odpowiednio 4% i 2%/ lub też, że stale rośnie liczba panienek, które kontynuują naukę po szkole podstawowej. Istotniejsze jest jednak pytanie o kierunki edukacji kobiet w Polsce i jej efektywność.

Utrzymuje się nadal przewaga kobiet w szkołach ogólnokształcących, zwłaszcza dla pracujących /3/4 ogółu uczniów/ - kończą one "ogólniaki" 2,5 razy częściej niż mężczyźni, jednakże uczennice częściej niż ich koledzy nie przystępują do egzaminu dojrzałości poprzestając na otrzymaniu świadectwa ukończenia szkoły /o jedną trzecią więcej/. Przewagę sięgającą prawie 20% mają nad chłopcami także absolwentki średnich szkół zawodowych, ale tutaj zarówno chłopcy, jak i dziewczęta tylko w połowie przypadków stają do egzaminu dojrzałości.

Tradycyjnie już kobiety stanowią mniejszość w zasadniczych szkołach zawodowych i przeważają w szkołach medycznych, ekonomicznych i o profilu humanistycznym. Sfeminizowane są także szkoły pomaturalne oraz wyższe szkoły pedagogiczne, uniwersytety, akademie medyczne i akademie ekonomiczne.

Generalny szturm kobiet na "męskie" pozycje w szkolnictwie wyższym najlepiej ilustruje sytuacja w akademiach medycznych. Przed całkowitą feminizacją studiów medycznych strzegło do niedawna zarządzenie, nakazujące przyjmowanie na wydziały lekarskie po połowie przedstawicieli obu płci. Kobięce "lobby" doprowadziło jednak w roku 1987 do jego obalenia /argument: lepiej na ogół przygotowane dziewczęta ustępować musiały miejsca chłopcom zdobywającym przeciętnie mniej punktów na egzaminach wstępnych/.

W świecie studentki stanowią połowę wszystkich słuchaczy polskich szkół wyższych, nieco częściej jednak one podejmują naukę w systemie studiów dla pracujących. W stosunku do poprzedniego dziesięciolecia wzrosła liczba kobiet studiujących zaocznie i to w czasie, gdy liczba słuchaczy studiujących w tym trybie generalnie maleje.

Tak więc kobiety nie tylko częściej kończą szkoły ponadpodstawowe dla pracujących, ale także częściej studiuje w tym trybie. Warto zapamiętać tę prawidłowość i przypomnieć o niej wtedy, gdy będziemy analizować obciążenie kobiety w różnych rolach społecznych, konfrontując je ze stanem jej zdrowia.

W ostatnich latach kobiety były pilniejszymi studentkami niż ich koleżdy i "goniąc" status stale zmniejszały dystans dzielący je od mężczyzn. Stąd też dzisiaj co dwudziesta Polka jest w posiadaniu dyplomu ukończenia wyższej uczelni /wśród mężczyzn co szesnasty/.

Dobre rezultaty osiągane przez panie podczas studiów nie znajdują jednak proporcjonalnego do ilości i jakości absolwentek odzwierciedlenia w zdobywaniu przez nie kolejnych stopni naukowych. Jakkolwiek co trzeci słuchacz studiów doktoranckich to kobieta i co trzeci doktorat obroniony w danym roku zostaje przez kobietę, to jednak na wyższych szczeblach kariery naukowej jest już znacznie gorzej.

W ciągu ostatniej dekady poważnie spadła liczba kobiet uzyskujących stopień doktora habilitowanego /17,8% ogółu nadanych w danym roku stopni/. Równie rzadko polskie kobiety uzyskują tytuł profesora nadzwyczajnego /18,2% w danym roku/ i prawie incydentalnie profesora zwyczajnego /9,0% ogółu mianowań w roku/.

Poziom wykształcenia to z jednej strony potencjał umysłowy i kwalifikacje stanowiące o możliwościach rozwojowych społeczeństwa, ale z drugiej to coś ważniejszego - to potencjał kulturowy tego społeczeństwa.

Wykształcenie jako zmienna kulturowa nieprzypadkowo znalazło się na liście czynników określanych mianem warunków zdrowotnych. Zasób wiedzy warunkuje tak istotne elementy kultury zdrowotnej, jak postawy wobec zdrowia i choroby, zachowania w chorobie, nawyki higieniczne, styl życia itp. W toku dalszych rozważań śledzić będziemy rolę wykształcenia w kształtowaniu rozmaitych wskaźników opisujących stan zdrowia polskich kobiet.

ZATRUDNIENIE

Tak zwana aktywizacja zawodowa kobiet jest faktem dokonany - pracuje 75% mężatek, natomiast wśród osób czynnych zawodowo kobiety stanowiły w roku 1983 /spis kadrowy/ 43,7%. Zamiast nużącego omawiania danych statystycznych proponuję ozytelnikowi lekturę zestawienia ilustrującego odsetek kobiet wśród ogółu zatrudnionych:

GOSPODARKA USPOŁECZNIONA:	43,7
- finanse i ubezpieczenia	83,7
- ochrona zdrowia i opieka społeczna	79,8
- oświata i wychowanie	75,2
- handel	70,7
- administracja państwowa i wymiar sprawiedliwości	60,8
- kultura i sztuka	60,6
- kultura fizyczna, turystyka i wypoczynek	55,2
- nauka i rozwój techniki	47,3
- gospodarka mieszkaniowa oraz niematerialne usługi mieszkaniowe	43,2
- przemysł:	36,6
. odzieżowy	83,2
. włókienniczy	68,2
. skórzany	63,3
. poligraficzny	54,4
. ceramiki szlachetnej	53,8
- transport i łączność	27,4
- rolnictwo	27,0
- gospodarka komunalna	26,2
- budownictwo	18,5
- leśnictwo	17,4

CHARAKTER ZATRUDNIENIA W GOSPODARCE USPOŁECZNIONEJ

- na stanowiskach nierobotniczych:	62,9
. techniczni wykonawcy	82,3
. specjaliści	67,5

• kierownicy	35,6
- na stanowiskach robotniczych i pokrewnych	34,8
GOSPODARKA NIEUSPOŁECZNIONA	49,5
- rolnictwo indywidualne	53,1
- rzemiosło	21,0
PRACA NAKŁADCZA	82,5
AGENCI	70,3

Zawodowo czynne kobiety są nieco starsze niż pracujący mężczyźni. Jednakże młodsze są z kolei pracownice wykonujące prace o charakterze umysłowym. Kobiety rzadziej są robotnicami - częściej odnajdujemy je w szeroko rozumianych usługach /oświata, kultura, zdrowie, handel itp./; kobiety także częściej stanowią obsługę innych zawodów /dziesięć razy częściej niż mężczyźni/. Można podejrzewać, że liczba kobiet zatrudnionych na stanowiskach robotniczych jest zawyżona - np. jest pewne, iż część pracownic handlu z uwagi na posiadane kwalifikacje i wykonywane zadania w rzeczywistości nie była robotnicami.

Od początku lat siedemdziesiątych rejestrowano szybkie tempo przyrostu liczby kobiet na stanowiskach nierobotniczych, co pozostaje w wyraźnym związku z profilem kształcenia kobiet w naszym kraju. Okazuje się także, że mężczyźni dochodzą do zawodów umysłowych poprzez zawody robotnicze, kobiety natomiast rzadziej trafiają do tej warstwy z kręgów robotniczych i chłopskich.

Gerzej jest z obsadą stanowisk kierowniczych przez kobiety - majoryzują je w zawodach sfeminizowanych i są to na ogół pozycje kierowników niższych szczebli. Natomiast w wielu istotnych dziedzinach życia społecznego reprezentacja pań na szczeblach kierowniczych jest prawie symboliczna - w przemyśle 12%, w działalności rolnej 11%, w szkolnictwie wyższym 16%, w działalności naukowo-badawczej 20%. Alternatywą na kobiecym rynku pracy jest biurko, albo ciężka praca w kilku sfeminizowanych przemysłach i w obsłudze nie wymagającej kwalifikacji.

Zatrudnienie poza domem to dla wielu kobiet dylemat - kariera zawodowa czy macierzyństwo, praca czy rodzina?. Jeśli zważyć, że kobiety wnoszą przeciętnie do budżetu rodzinnego od 40-50% ogółu wpływów finansowych, to w większości przypadków zamiast świadomego wyboru działa wyłącznie przymus ekonomiczny. Pewnym rozwiązaniem miały być płatne urlopy wychowawcze, ale utrzymywanie niezwykle niskiego progu dochodów jako kryterium przyznania zasiłku spowodowało, że na ogólną liczbę 839 800 pracowników korzystających z urlopów wychowawczych w roku 1985 /t.j. 7% ogółu zatrudnionych kobiet/ pobierało zasiłek raptem 44,2%.

Z urlopów wychowawczych najczęściej korzystały najmłodsze wśród matek /u starszych obrona pozycji zawodowej i większe doświadczenie/, najrzadziej natomiast wybierały takie rozwiązanie kobiety z wyższym wykształceniem /w kolejności lekarki, ekonomistki, inżynierowie i pielęgniarki/, pracownice z dużym stażem pracy. Okazało się także, że wykształcenie stanowi czynnik silniej różnicujący rozmiary urlopów wychowawczych w poszczególnych kategoriach zatrudnienia niż wysokość płac.

Od 1982 roku obserwujemy totalny odwrót państwa, nazywanego we frazeologii socjalistycznej "państwem sprawiedliwości społecznej", od ponoszenia nakładów na sferę socjalną. Wszystko, co służyć miało człowiekowi, stanowić dla niego asekurację i autentyczną ZDOBYCZ socjalną, bez jakiegokolwiek odpowiedzialności za skłowo traktowane jest od momentu wprowadzenia stanu wojennego jako przejaw "nadopiekuńczej funkcji państwa".

Zniechęcenie kobiet do pozostawania w domu po zakończeniu urlopu macierzyńskiego to dla władz gospodarczych szansa uzupełnienia braków kadrowych wywołanych przez stworzenie na przełomie lat 1981-82 możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę. Rozwiązanie, pomyślane pierwotnie jako zapobieżenie bezrobociu, stało się przyczyną powstania ponad sześćdziesiątymilionowej wyrwy w stanie zatrudnienia. Zatem utrzymanie maksymalnego poziomu zatrudnienia wśród kobiet jest jednym ze sposobów "łatania" tej dziury.

Wszelkie propozycje w miarę bezkolizyjnego ułożenia roli macierzyńskiej i zawodowej kobiety mają w sytuacji gospodarczej naszego kraju i wobec postawy władz czysto perswazyjny charakter. Można tylko dla porządku przypomnieć wielokrotnie zgłaszaną przez gerontologa, dr Kingę Roztkowską-Wiśniewską, propozycję rzeczywistego dofinansowania okresu wczesnego macierzyństwa, przy czym koszty przeniesione byłoby na wydłużony o odpowiednią liczbę lat okres aktywności zawodowej.

Projekt ów, oparty na gruntownej znajomości prawideł starzenia się kobiety, zakłada pobieranie /dowolne/ w okresie kilkuletniego urlopu macierzyńskiego renty macierzyńskiej na poczet renty starczej. Byłoby to rozwiązanie chętnie widziane przez kobiety, które nie chcą rezygnować z ambicji zawodowych i mogą to uczynić poprzez wydłużenie okresu aktywności zawodowej.

Proponuje się także od lat przyznanie kobietom renty socjalnej za prowadzenie gospodarstwa domowego i obowiązków domowych niezależnie od emerytury wypracowanej w toku pracy zawodowej poza domem. Jeszcze innym kobietom można byłoby proponować zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin, zająć w systemie dzielonego czasu pracy itp. itd.

Każde z tych rozwiązań uszłokoby miliony polskich kobiet od zjawiska nazywanego poczuciem rozbieżności statarów w rolach matki-żony-pracow-

nicy. Jest to rozbieżność wywołująca stan stałego napięcia, lęku, ustawicznego zmęczenia, braku satysfakcji życiowej, nieobojętnych dla ogólnego stanu zdrowia.

WARUNKI PRACY

Każda kolejna ekipa rządząca naszym krajem rozpoczynała swoje panowanie obietnicą zdecydowanej i szybkiej poprawy warunków pracy i każda z nich pozostawiała swoim następcom szansę podobnej deklaracji. Rezultat tego rodzaju polityki widoczny jest gołym okiem w każdym niemal zakładzie przemysłowym, a kryzysem ekonomicznym usprawiedliwia się brak działań mających na celu likwidację zagrożeń zdrowotnych w polskim przemyśle.

Manipulowanie danymi informującymi o zagrożeniach zdrowotnych i chorobach zawodowych przechodzi najśmielsze oczekiwania. Przerażenie ogarnia czytając w materiałach Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, że dane, którymi dysponuje ta placówka, są przybliżone ze względu na rozbieżność w interpretowaniu pojęcia "narażony" przez poszczególne Wojewódzkie Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne.

Jeszcze kilka lat temu liczba narażonych oznaczała wszystkich pracujących w tzw. kontakcie z czynnikami szkodliwymi, zaś obecnie są to wyłącznie osoby, które pracują w warunkach szkodliwych, a na ich stanowiskach pracy przekraczane jest najwyższe dopuszczalne stężenie lub natężenie czynników środowiska pracy. W szeregu przypadków działy higieny pracy nie posiadają aktualnego i wiarygodnego rozeznania dotyczącego wszystkich rodzajów zagrożeń. Zakłady pracy, w których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia, w niedostatecznym stopniu badają ich natężenie dla ustalenia stopnia narażenia pracowników /.../ Większość zakładów nie dysponuje możliwością wykonania oznaczeń.

Ponadto wyniki badań są fałszowane lub wykonywane jest błędne - losowa weryfikacja wiarygodności badań środowiskowych wykazała, że 44% oznaczeń wykonanych przez pracowników pionu higieny pracy była błędna; były stacje, w których 75% wyników było błędnych, a tylko dwie miały 100% wiarygodność wyników.

Jest to jeden z najpoważniejszych przejawów upadku morale pracy, degeneracji zawodowej. Nie jest to jednakże tylko wszechobecne "kłamstwo sprawozdawcze", ale jest to zachowanie skierowane przeciwko zdrowiu i życiu wyczerpujące wszystkie znamiona przestępstwa. Efekt: np. Państwowa Inspekcja Sanitarna podała, że w 1982 mieliśmy 2 mln. 300 tys. narażonych, służba BHP w zakładach pracy - 1 mln. 400 tys., a całkiem różne od tych dwu źródeł informacje posiadała Przemysłowa Służba Zdrowia.

W ten oto prosty sposób, przy niezmiennych warunkach pracy, można było wykazać stały spadek liczby narażonych - od 35% stanu zatrudnienia

w przemyśle w połowie lat siedemdziesiątych do 20% w ostatnich latach. Tak czy inaczej prawie dwa i pół miliona ludzi pracuje na stanowiskach zagrożonych zdrowotnie, dla czterech milionów praca jest trudna i wymaga dużego wysiłku fizycznego /połowa stanowisk prac w Polsce nie jest zmechanizowana/, a lista zawodów i prac, których wykonywanie powoduje po kilku latach nieodwracalne skutki zdrowotne prowadzące do zmiany pracy, wynosi kilkaset pozycji.

Co czwarty narażony podczas wykonywania pracy na czynniki szkodliwe dla zdrowia - to pracownik zatrudniony w przemyśle włókienniczym. Ta sfera minimalizowana sfera gospodarki zajmuje niezmienne od 1971 roku drugie miejsce pod względem stopnia zagrożenia zdrowia, po przemyśle metalowym i maszynowym. Pracownicy przemysłu, jak na ironię nazywanego lekkim, narażone są częściej na czynniki fizyczne niż toksyczne.

Zagrożenia te są następującego rodzaju:

1. hałas przekraczający 90 dB - 1 miejsce w przemyśle
2. pyły zawierające mniej niż 50% wolnej krzemionki - 2 miejsce
3. wibracje - 2 miejsce
4. mikroklimat gorący - 2 miejsce
5. praca w środowisku mokrym - 3 miejsce
6. nieodpowiednie oświetlenie - 3 miejsce
7. pyły zawierające więcej niż 50% wolnej krzemionki - 7 miejsce

W najtrudniejszej sytuacji znajdują się kobiety pracujące w zakładach pracy regionu łódzkiego, obejmującego województwo miejskie łódzkie, piotrkowskie, płockie, sieradzkie i skierniewickie. Skupiają one 8% ogółu zatrudnionych, ale tutaj właśnie znajduje się 22% wszystkich stanowisk pracy zagrożonych zdrowotnie. Samo województwo łódzkie daje 18% ogółu przypadków narażenia zawodowego w przemyśle.

Największe jest zagrożenie w przemyśle włókienniczym i odzieżowym, które skupiają 64,4% ogółu przypadków narażenia zawodowego w tym dziale gospodarki. Tak więc tylko co trzecia osoba pracująca w przemyśle włókienniczym i odzieżowym nie była ekspozowana na działanie szkodliwych czynników środowiska pracy. Od 30 do 40% więcej miejsc pracy obsługiwanych przez kobiety niż mężczyzn stanowiło zagrożenie dla zdrowia.

Należy zwrócić uwagę, że granica przejścia od stanu optymalnego zdrowia do zmiany na gorsze pod wpływem szkodliwości występujących na stanowisku pracy jest płynna. Stopniowo następujące przechodzenie od fazy "braku odpowiedzi" ze strony organizmu, poprzez nabytą tolerancję do wczesnych skutków o niezbyt jasnym znaczeniu, aż do jawnego pogorszenia stanu zdrowia. Dlatego też skutki zdrowotne narażenia wystąpić mogą po

wielu latach i ten fakt skwapliwie wykorzystują pracodawcy, manipulując czasem ekspozycji na czynniki szkodliwe. Stwierdzono jednakże ponad wszelką wątpliwość, że:

- chorobowość /liczba chorych w danym czasie/ wzrasta wraz ze wzrostem liczby czynników narażenia;
- iloczynn szkodliwości i lat pracy w narażeniu jest zdecydowanie wyższy u pracowników chorych niż u zdrowych.

Wśród pracujących w przemyśle na stanowiskach zagrożonych zdrowotnie tylko co trzecia osoba miała kontakt z jednym czynnikiem szkodliwym, pozostałe narażone były na działanie dwóch i więcej czynników. Skutki tego stanu rzeczy nie dają na siebie czekać. Instytut Medycyny Pracy w Łodzi ustalił, iż przemysł włókienniczy oraz zakłady pracy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej znajdują się obok przemysłu metalowego, górnictwa i hutnictwa oraz leśnictwa w czołówce resortów o najwyższych wskaźnikach chorób zawodowych: służba zdrowia - 214 przypadków na 100 tys. zatrudnionych; przemysł włókienniczy - 112,6/100 tys; średnia krajowa - 70,9/100 tys. Choroby zawodowe kobiet stanowiły 31% wszystkich chorób zawodowych w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych w Polsce. Wśród pracowników najczęstszymi chorobami zawodowymi były:

- choroby zakaźne i pasożytnicze /służba zdrowia/,
- choroby błon śluzowych i skóry,
- przewlekłe schorzenia krtani,
- uszkodzenia słuchu.

Na wsi rośnie zagrożenie ze strony chemicznych środków stosowanych w produkcji rolnej - zatrucia na wsi stanowią 10% zatruć mających miejsce w kraju, z czego połowa ma związek z pracą w rolnictwie. Połowę zatruć pestycydami "wyczerpują" rolnicy indywidualni. W Polsce stosowanie pestycydów przez kobiety jest ustawowo zabronione. W rzeczywistości zatrucia kobiet tymi środkami stanowią jedną trzecią zatruć występujących wśród mężczyzn. Zagrożone są również kobiety przebywające tylko z racji obowiązków zawodowych w środowisku, w którym stosowano środki ochrony roślin /np. w szklarniach/.

Badania toksykologiczne środków ochrony roślin potwierdziły obecność pestycydów we krwi matki i płodu, w popłodzie i w mleku kobiecym. Zamiast ostrej reakcji sprzeciwu ze strony profesjonalistów spotykamy następującą konkluzję: sytuacja na rynku pracy w rolnictwie niejednokrotnie usprawiedliwia zatrudnianie kobiet przy pracach chemiczacyjnych. Dlatego wydaje się słusznym rozpatrzenie możliwości dopuszczenia do tych prac kobiet poza okresem rozrodczym.

Zatrucia w rolnictwie to tylko część zagrożeń zdrowotnych, na jakie

nasrcona jest kobieta wiejska. Do zadań podstawowych należy przeciążenie pracami fizycznymi - dotyczy to przede wszystkim kobiet żyjących w gospodarstwach indywidualnych i w rodzinach chłopsko-robotniczych. Wystarczy taki oto rachunek, by w sposób najprostszv problem uczynić czytelny: jeśli w gospodarstwie rolnym znajdują się: 4 krowy, 20 owiec, 50 kur, 20 kaczek i 6 osób w rodzinie, to dzienne zapotrzebowanie na wodę wynosi 100 wiader! Zgodnie z przyjętym podziałem pracy zajmowanie się inwentarzem przypisane jest roli gospodyni.

Generalizując - praca kobiety w produkcji roślinnej i zwierzęcej stanowi 40-50% całkowitego nakładu pracy w tych działach gospodarki rolnej. Należy pamiętać, iż kobiety wiejskie wykonują z reguły prace ręczne, kwalifikowane co prawda, jako czynności o średnim stopniu ciężkości, ale wysoce uciążliwe i wykonywane z reguły w wymuszonej pozycji ciała i w bardzo zmiennych warunkach klimatycznych.

Co trzecie indywidualne gospodarstwo rolne prowadzone jest przez kobiety - ich obciążenie powiększane jest przez konieczność przejmowania prac ciężkich, wykonywanych zwykle przez mężczyznę. Przepracowanie obserwowane jest już wśród najmłodszych mieszkanki wsi - 43% kobiet wiejskich rozpoczęło pracować przed 7 rokiem życia, dalsze 53,5% między 8 a 16 rokiem życia i od tej ostatniej granicy wykonywały one wszystkie ciężkie prace fizyczne w gospodarstwie rolnym.

Często dziewczęta te żyją w rodzinach o niższym standardzie materialnym, a sporadycznie spotyka się niedobory w pełnym zabezpieczeniu kalorycznym ustroju dzieci. Stąd u większości dziewcząt wiejskich okres pokwitania występuje 2 lata później niż u ich rówieśniczek w mieście. Ciężka praca fizyczna wykonywana przez dziewczęta wiejskie w okresie dojrzewania prowadzi do tak zwanej niepłodności pierwotnej /występuje ona częściej na wsi niż w mieście/. Wśród kobiet pracujących w rolnictwie notuje się także więcej poronień u pracownic fizycznych niż umysłowych.

Nie należy także zapominać, że 3 miliony osób w naszym kraju dojeżdża codziennie do pracy - ich czas pracy wydłuża się do 10 godzin, a dojazdy odbywają się w warunkach uciążliwych wszelki w przyjętym w cywilizowanym świecie normom. W najbardziej s feminizowanym przemyśle włókienniczym tylko 41,7% zatrudnionych traci na dojazdy do pracy mniej niż jedną godzinę.

Ten sam dział socjalistycznej gospodarki utrzymuje w największym wymiarze pracę kobiet na nocnej zmianie. Jest to rozwiązanie będące karbą końca dwudziestego wieku. Rozwiązanie zakazane w większości krajów w zatrudnieniu kobiet u nas trzyma się twarde, jak przystało na system, który zdobywając władzę wypisywał na sztandarach hasła walki z nocną pracą kobiet, stawiając je na równi z zapewnieniem ośmiogodzinnego czasu pracy, godziwych warunków pracy i zapłaty. Także nie trzeba z tych hasła nie ma

realnego odbicia w realnym socjalizmie, kobiety nadal pracują w porze nocnej. W systemie trójzmianowym pracuje 13,2% ogółu zatrudnionych w Polsce, ale w przemyśle włókienniczym już 28,4%. Wśród pań zatrudnionych w przemyśle "lekkim" na nocnej zmianie pracuje 31,0% ogółu.

Praca zawodowa nie odbywa się w próżni społecznej - ma uwikłania organizacyjne /podział pracy, kierowanie, ocena, płaca itp./ i interakcyjne /relacje między ludźmi, wzajemne uwarunkowania w procesie pracy, więzi itp./. Fizyczne warunki pracy, stosunki między ludźmi w toku jej wykonywania przez formy organizacyjne, w jakich praca przebiega, tworzą razem klimat, który w przypadku niekorzystnych parametrów wywołuje zmiany zachowania uczestników procesu pracy, przejawiające się zaburzeniami w normalnym funkcjonowaniu.

Jeśli w pracy pojawiają się takie czynniki jak:

- powtarzalność czynności, presja czasu i nieprzekraczalne terminy i nuda
- zawyżone oczekiwania, niejasno określona rola zawodowa, konflikt ról
- niezgodność między statusem społecznym pracownika a jego rolą zawodową
- zanizony lub zawyżony w stosunku do możliwości awans
- brak adekwatnych ocen pracowniczych
- niewłaściwy system płac
- zablokowanie ambicji zawodowych
- sukces
- przeciążenie informacyjne
- niejasna, dwuznaczna polityka ekonomiczna w zakładzie
- brak uczestnictwa w zarządzaniu
- odpowiedzialność za innych
- przestrzenne ograniczenia pracy
- zwłaszcza stłoczenie
- praca zmianowa
- minimalny poziom stosunków społecznych w społeczności zakładowej
- biurokratyzacja posunięta do makoduszności
- zagrożenie idące od "dołu" struktury organizacyjnej
- naciski w kierunku konformizmu
- niski poziom komunikacji - brak reakcji ze strony organizacji
- nieodpowiednie warunki pracy - zwłaszcza nadmierna ciepłota lub zimno, światło oślepiające lub drgające, obecność toksycznych związków chemicznych, zanieczyszczenie powietrza w tym promieniowanie,

to z całą pewnością można mówić o zagrożeniu stresem pracy. Istotą stresu jest nieswoiste żądanie aktywności jako takiej, to konieczność dokonania pewnych zmian przystosowawczych przez jednostkę. Nie jest to zwykłe napięcie /wolność od stresu = śmierć/, ale takie, które jest próbą sprostania czemuś, co przekracza naszą wytrzymałość. Stres, a właściwie jego nieprzyjemna w odbiorze odmiana "dystres" /określenie H.Selye - twórcy teorii stresu/ nie musi być bezpośrednią przyczyną choroby, ale napięcie wywołane określonymi wydarzeniami mogą przyspieszać proces chorobowy.

Siłły negatywnych, psychospołecznych wpływów środowiska pracy nie da zalerzyć się w sposób bezpośredni. Jedynym wskaźnikiem są reakcje człowieka. Przeciążenie /stres przeciążeniowy/ zwiększa częstotliwość występowania tzw. chorób psychosomatycznych, zaś niedociążenie wywołuje ten-

dencje symulacyjne, niskie morale pracownicze. W obu przypadkach zwiększa się absencja chorobowa. Przeciążenie roli jako przejaw stresu organizacyjnego to niemożność realizacji wymagań w danym czasie bez obniżenia jakości ich wykonania. Przeciążenie roli w pierwszej fazie wzbudza u ludzi emocje negatywne - lęk, irytację, obniżenie nastroju, podejrzliwość i nieufność, uczucie znalezienia się w pułapce, utrata wiary w siebie, uczucie chronicznego zmęczenia /i to bez wyraźnych powodów/, wzrost liczby wypalanych papierosów, pośpiech przy spożywaniu posiłków.

Dopiero po upływie pewnego czasu u pracowników, którzy nieefektywnie rozładują emocje negatywne, obserwuje się wzrost skarg somatycznych - zaburzenia snu, nadmierne pocenie się, brak apetytu, zaburzenia trawienia i wydalania, bóle żołądka, poważne zaburzenia gastryczne /żołądkowo-jelitowe/, bóle głowy, problemy z oddychaniem, kłócie serca aż do wystąpienia czynników ryzyka choroby wieńcowej serca /duszniczy bolesnej, zawału serca/.

Szczególnie ostro reagują na stres przeciążeniowy osoby pracujące w systemie zmianowym, a zwłaszcza w nocy. Badania wykazały, że stres związany z pracą zmianową prowadzi do zaburzeń w rodzinie i w stosunkach międzyludzkich - pojawiają się trudności w wypełnianiu ról rodzicielskich, częściej spotyka się zaburzenia pożycia seksualnego, notuje się wyższe wskaźniki rozwodów, pracownicy spotykają się z nieprzychylnymi reakcjami członków rodziny, spada ich aktywność społeczna, organizacyjna i religijna, ograniczeniu ulegają także kontakty z przyjaciółmi.

Człowiek taki coraz bardziej traci zainteresowanie dla spraw zawodowych i coraz mniej swoich potrzeb zaspokaja poprzez pracę zawodową i tu pętla się zacięka - spada wydajność pracy, rośnie liczba błędów i wypadków. W takim stanie rzeczy stan zdrowia somatycznego a zwłaszcza psychicznego wyklucza efektywne funkcjonowanie w rolach.

Najgorszym z możliwych układów dla tworzenia szczególnie wysokiego poziomu ryzyka stresu zawodowego jest połączenie wysokich wymogów pracy i niskiego poziomu kontroli nad jej realizacją ze strony pracownika. W ogóle w zwalczaniu stresu najważniejsze jest poczucie sprawowania kontroli nad swoim życiem i własnym środowiskiem, a niwelujące działa elastyczność jednostki, wiara w przyszłość, wsparcie społeczne i szerokie kontakty z innymi ludźmi, instytucjami, systemami organizacyjnymi itp.

Polski pracownik od wielu już lat, a od 1982 roku szczególnie, narażony jest na większość z wymienionych czynników ryzyka stresu pracy przy równoczesnym całkowitym ubezwłasnowolnieniu w roli pracowniczej. Zagrożenia i bezsilność to najlepsza charakterystyka warunków zdrowotnych środowiska pracy i życia.

Czy możliwe jest zatem porzucenie przez kobiety tak stresorodnego

środowiska, jakim jest praca poza domem? Przynajmniej z dwóch powodów wydaje się to niemożliwe. Z rezerwowej armii pracy kobiety stały się na tyle istotnym składnikiem zasobów siły roboczej, że nagłe ich odejście w stan bierności zawodowej jest, przynajmniej w naszym kraju, rzeczą nie do pomyślenia. Po drugie, większość kobiet pracuje raczej z przymusu ekonomicznego, wszystkie natomiast muszą radzić sobie z konfliktami płynącymi z rozbieżności statusu w rolach pracownika - żony - matki - gospodyni domowej. To jest konieczność sprostanienia konfliktowi między kulturowym obrazem kobiety a realiami życia większości kobiet.

Stereotypy otaczające wybór zawodów "stosownych" dla kobiet stanowią nadal przesłankę utrzymujących się przejawów dyskryminacji, już to w fazie najsobowania do pracy, jej oceny i późniejszego ekwiwalentu w postaci płacy, stanowiąc bardzo intensywnie bodźcujące źródło stresu. Po zakończeniu pracy zawodowej nie mają one zastępstwa, a w wielu wypadkach nawet wsparcia w zajęciach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego.

Kobiety tradycyjnie ześrodkowane w swych działaniach na potrzebach innych domowników wpadają w konsekwencji w pułapkę emancypacyjną: poddają się silnie społecznie wzmacnianym oczekiwaniom, by podejmować zajęcia bardziej "kobiece", czy też raczej realizować wszystkie przepisy roli kobiety "wyzwolonej"? Przeciwstawienie się konformizmowi, a zwłaszcza gorliwe naśladowanie wąskich wzorów kariery zawodowej przysparza kobietom szczególnie intensywnie działających sytuacji stresowych.

Jest jeszcze jeden dość powszechny, acz wstydliwie pomijany aspekt pracy zawodowej kobiet, będący źródłem szczególnie intensywnych napięć. Z danych amerykańskich wynika, że od 70% do 90% pracujących kobiet było przedmiotem niepożądanych, powtarzających się i wymuszonych "awansów" seksualnych w pracy.

Jak uczy doświadczenie, kontakty między płciami nie są nigdy do końca wyzwolone spod pierwotnej, seksualnej konotacji. Twierdzi się nawet, że seksualna natarczywość jest nie tyle przejawem atrakcyjności pojedynczej kobiety, co raczej manifestacją dominacji i agresji skierowanej przeciwko kobietom jako kategorii społecznej. Tak czy inaczej "nagonka" seksualna w pracy przybiera różne formy - od insynuacji, poprzez nieukrywaną pożądlivość, gesty seksualne i dotknięcia, domaganie się spotkań, aż do otwartych żądań podjęcia kontaktów seksualnych.

W wielu wypadkach zgoda na przejście do lepszej pracy, poprawa warunków płacowych, propozycje awansu wracają do kobiet w formie faworów seksualnych ze strony przełożonych lub dobrze "ustawionych" kolegów. Odmowa - to groźba jawnego lub ukrytego odwetu. W większości wypadków jedynym rozwiązaniem jest w takiej sytuacji zmiana pracy, a więc niezawinione przez

kobietę zakłócenie przebiegu kariery zawodowej, rozpoczynanie jej od nowa itp.. Brak danych o rozmiarach tego rodzaju praktyk w naszym kraju nie oznacza, iż problemu nie ma. Był zawsze, ale narasta bardzo szybko wraz z przemianami obyczajowości, lecz mówi się o tym w najlepszym razie na ucho.

Myli się ten, kto myśli, iż gospodarstwo domowe jako alternatywa pracy zawodowej kobiety jest rozwiązaniem pozbawionym czynników dystresu. Najbardziej radykalna w swoich poglądach Jessi Bernard twierdzi, że małżeństwo czyni kobietę chorą. Zamiast emocji muszą jednak przemówić fakty. Otóż w kilku badaniach zachodnich wśród kobiet realizujących wyłącznie rolę gospodyni domowej stwierdzono więcej skarg na stresujące sytuacje niż wśród pracujących mężatek. W innym badaniu dwa razy więcej pracujących robotnic niż ich koleżanek-gospodyń domowych sygnalizowało satysfakcję życiową i zadowolenie ze swego statusu.

Najbardziej przemawiają do wyobraźni wyniki badań amerykańskich zrealizowanych przez National Center for Health Statistics oraz przez Institute for Human Development. W badaniu pierwszym porównano częstotliwość występowania 12 symptomów dystresu psychologicznego u gospodyń domowych i wśród kobiet pracujących poza domem. Wynik: u gospodyń domowych odnotowywano znacznie częściej niż oczekiwano aż 11 z 12 symptomów. W drugim przypadku poddano dwukrotnym badaniom kobiety i mężczyźni: w roku 1928/29 oraz ponownie w roku 1968/69. Kobiety, które poświęciły się wyłącznie swym rodzinom, przejawiały najwiękzy poziom braku satysfakcji z własnego życia.

Tego rodzaju stanom sprzyja utrzymujący się powszechnie niski status gospodyni domowej oraz niczym nieuzasadnione przekonanie, że kobiety łatwiej radzą sobie z monotonią i z pracami o powtarzalnym cyklu. Skargi na osamotnienie a nawet poczucie izolacji ze strony kobiet zajmujących się wyłącznie gospodarstwem domowym - to bardzo poważne ostrzeżenie dla terapii. Że "wina" nie leży po stronie samych kobiet, niech świadczy fakt, że mężczyźni znajdujący się w takiej samej sytuacji reagowali podobnie.

W wielu krajach nie bagatelizuje się tego rodzaju symptomów sygnalizujących efekt stanu określanego mianem "syndromu szalonej gospodyni". Spotkać można także psychiatrów, którzy wypisując w karcie choroby pacjentki oznaki depresji odnotowują jako jeden z symptomów brak zainteresowania pracą w gospodarstwie domowym.

Podsumowując - w przypadku kobiet można mówić z całą pewnością o stresie przeciążeniowym. Szacuje się, że w krajach wysoko uprzemysłowionych 10% populacji pracujących przejawia utrwalone psychologiczne i fizjologiczne następstwa przeciążenia roli. W polskich warunkach potwierdziły się także obserwacje badaczy zachodnich - najbardziej przeciążoną wyma-

ganiem roli kategorią pracowników są, co prawda, mężczyźni, kierownicy niższego szczebla, zatrudnieni bezpośrednio w produkcji, ale z kolei nieco częściej rejestrowano przeciążenie roli kierownika administracji gospodarczej wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Przeciążenia w roli kobiety najsilniej przejawiają się w postaci zmęczenia i objawów nerwicowych. Szwaczki już po 2-3 godzinach od rozpoczęcia pracy skarżą się na ogólne zmęczenie i rosnące zmęczenie pracą. Podobnie reagują prasowaczki w zakładach odzieżowych - są one bardzo zmęczone już w połowie zmiany roboczej. To rezultat przeciążenia w innych, pozazawodowych rolach kobiecych - najbardziej czytelny u kobiet młodych /34-37 lat/, które na wszystkich stanowiskach w przemyśle odzieżowym zaliczane były w trakcie badań do grupy o niższej niż inni wydajności pracy.

Uczucie stałego przemęczenia sygnalizują także nauczycielki oraz kobiety wiejskie. Wśród tych ostatnich szczególnie wysokie miano zmęczenia rejestrowano u kobiet zdrowych somatycznie i pracujących w indywidualnych gospodarstwach rolnych na wsi tradycyjnej, potem na wsiach w rejonach zurbanizowanych i uprzemysłowionych oraz w Państwowych Gospodarstwach Rolnych. Pracownice PGR częściej niż pozostałe mieszkanki wsi zaliczone zostały do grupy neurotyczek uważających siebie za całkowicie zdrowe.

Z kolei lekarki były bardziej zadowolone z pracy, którą wybrały, rzadziej też odczuwały przeciążenia psychiczne niż ich koleżdy /wyjątek stanowiły specjalności zabiegowe/. Należy stwierdzić, że lekarki rzadziej niż mężczyźni podejmowały pracę dodatkową i dyżury. Personel medyczny przeżywał szczególnie silne stany napięcia w związku z brakami w zaopatrzeniu szpitali i przychodni w podstawowy sprzęt medyczny, zbędny sprzęt, kłopoty kadrowe. Operacje, będąc zajęciami najbardziej męczącymi, są najbardziej lubiane i to zajęcie osłabia stres płynący z różnych poziomów organizacyjnych instytucji medycznych.

Powszechne wśród kobiet ze wszystkich badanych grup zawodowych były skargi na stałe bóle głowy, rozdrażnienie, bóle "krzyża", częściej też niż u mężczyzn diagnozowano wśród kobiet choroby układu nerwowego i nerwice. Zwracamy uwagę, że badania populacyjne ujawniają poważne rozmiary nerwic u kobiet /od 10-20% ogółu chorób/, ale wielu lekarzy bagatelizuje skargi neurotycznych kobiet i nie wpisuje ich do kart chorobowych pacjentek, co w latach późniejszych utrudnia im nabycie praw inwalidzkich.

Utrzymywanie niekorzystnych warunków pracy, zagrożenia zdrowotne, stres przeciążeniowy oraz dystres, którego źródłem są stosunki społeczne w zakładzie pracy, znajdują swoje odbicie w poziomie absencji chorobowej powiększonej o 20% - 30%. Na marginesie należy dodać, że wskaźniki absencji chorobowej w Polsce są znacznie niższe niż jej rozmiary w krajach ościennych, a także niższe niż w Wielkiej Brytanii, we Włoszech, RFN i

Holandii.

Administracyjne i polityczne manipulacje poziomem absencji stanowią stały fragment gry w okresach trudności ekonomicznych kolejnych ekip rządzących; raz obciąża się winą pracowników, innym razem oskarża o "rzeczność" w orzecznictwie lekarzy /weryfikacje orzeczeń lekarskich wykazują zaledwie 3-5% nieprawidłowo wydanych zwolnień lekarskich/.

Kłamstwo propagowane w środkach masowego przekazu na temat rozmiarów absencji chorobowej i jej przyczyn /sam termin "walka z absencją" jest już wyrazem intencji manipulatorów/ staje się instrumentem wpływania na postawy wobec osób chorujących - ma to szczególne zastosowanie w przypadku negatywnych postaw wobec zawsze większej niż u mężczyzn absencji chorobowej kobiet.

Z ustaleń Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wynika, że mężczyzna przebywa na tzw. "chorobowym" 12,5 dnia, zaś kobieta 19,4 dnia w ciągu roku. Absencja chorobowa kobiet przewyższa o 30% - 55% absencję mężczyzn, przy czym największą przewagą nad mężczyznami /przewaga 70%/ uzyskują kobiety współczynniki absencji w grupie wieku 20-29 lat. Wśród młodych pracowników 35% dni niezdolności do pracy wywołanych jest chorobami ginekologicznymi wraz z powikłaniami ciąży.

Największą absencję chorobową odnotowujemy wśród kobiet zatrudnionych w przemyśle - wskaźnik jest o 22% wyższy niż dla ogółu kobiet pracujących zawodowo w Polsce. Największe wskaźniki absencji chorobowej /wyższe o 1/4 od średniej krajowej/ notuje się niezależnie od wielu lat w sfeminizowanych działach gospodarki /wyjątek stanowią hutalnicy/:

- o przemysł odzieżowy - 5,66
- o przemysł włókienniczy - 5,62
- w tym: wełniany - 5,87
- o hutnictwo żelaza - 5,57
- o przemysł skórzany - 5,52
- o przemysł wyrobów gumowych - 5,38

Bardzo wysoką absencję chorobową wykazują pracownicy handlu, kobiety pracujące w ochronie zdrowia oraz w budownictwie. Najniższa absencja spowodowana chorobami rejestrowana jest w rolnictwie oraz w działach: nauka, oświata i wychowanie, kultura fizyczna, turystyka i wypoczynek.

We wszystkich działach gospodarki główną przyczyną absencji chorobowej są schorzenia układu oddechowego /o 38% częściej niż u mężczyzn/, potem powikłania ciąży, porodi i porożu, choroby układu krążenia /o 32% wyższa absencja niż wśród mężczyzn/, układu nerwowego i narządów zmysłów /o 31% częściej niż wśród mężczyzn/. W przemyśle skórzany i odzieżowy nerwice, psychozy i zaburzenia psychiczne dają wskaźniki absencji chorobowej wyższe o 40%-50% niż w innych działach gospodarki.

Choroby układu nerwowego i układu pokarmowego /trzustka, schorzenia wątroby, pęcherzyka żółciowego/ dają najwyższe wskaźniki absencji u kobiet zatrudnionych w budownictwie /wskaźniki o 68% wyższe niż dla ogółu kobiet/. Z kolei w przemyśle włókienniczym absencja spowodowana chorobami układu krążenia jest o 33% wyższa niż gdzie indziej, zaś w handlu częściej niż w innych branżach główną przyczyną nieobecności w pracy są choroby kobiece.

W układzie terytorialnym na pierwszym miejscu pod względem wielkości absencji chorobowej znajduje się województwo łódzkie /wskaźnik 6,0/, tam także choroby układu pokarmowego stanowią najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy. Dopiero na drugim i trzecim miejscu są województwa z typowo "męskim" przemysłem - wałbrzyskie i katowickie. Znacznie wyższe współczynniki absencji z powodu powikłań ciąży, porodu i położu /przeciętnie o 20% wyższe niż średnia krajowa/ notuje się w województwach: sieradzkim, gorzowskim, łódzkim, skierniewickim.

Na szczęście absencja wypadkowa jest trzykrotnie rzadsza wśród kobiet niż wśród mężczyzn - na szczęście, gdyż imożej trudno byłoby mówić o jakichkolwiek odmiennościach sytuacji zdrowotnej pracujących kobiet. Generalnie jednak zagrożenie i skutki zdrowotne dla zawodowo czynianych polskich kobiet w wielu wypadkach niewiele różnią się od tego, co grozi mężczyznom pracującym w hutnictwie, górnictwie, czy przemyśle metalowym, a więc w działach gospodarki narodowej słusznie uznanych za najtrudniejsze i najbardziej niebezpieczne dla zdrowia.

Zwróćmy szczególną uwagę na kolejną prawidłowość: kobiety chorują nieco krócej niż mężczyźni, ale dużo częściej, dając w rezultacie większą liczbę straconych dni roboczych. Jeśli posiadają dzieci, to ich absencja chorobowa wzrasta o połowę. Rzadziej niż mężczyźni chorują starsze kobiety, ale chorują wówczas znacznie dłużej i to również powiększa rozmiary absencji chorobowej kobiet. Palenie tytoniu powoduje większą absencję chorobową u kobiet niż u mężczyzn.

Wiadomo, że absencja maleje w miarę wzrostu zarobków pracownika, ale wśród kobiet spadek ten jest znacznie wolniejszy. Bardzo ważnym czynnikiem zwiększającym absencję chorobową kobiet jest czas dojazdu do pracy - jeśli dojazd zajmuje więcej niż jedną godzinę, absencja kobiet jest wyższa o 37% niż ich koleżanek, którym czas na dotarcie do zakładu pracy nie zabiera więcej niż pół godziny /dla mężczyzn różnica ta wynosiła 14%/.

Nie ulega wątpliwości, że absencja chorobowa kobiet to odpowiedź organizmu na życie w stałym dyskomforcie psychofizycznym, wywołanym próbą sprośnienia zadaniom w rolach domowych, małżeńskich, macierzyńskich i pracowniczych. Zdarza się, że nastawienia społeczne nie są przychylnie wobec zasadniczej kobiecej roli, jeśli jest macierzyństwo - ileż to kobiet ukry-

wa fakt zajęcia w ciąży, by nie "podpaść" przełożonym, koleżankom z pracy. Oczekiwania zewnętrzne wobec kobiety są wybiórcze i w związku z tym rzadko postrzega się ją w całej gamie i złożoności ról, którym musi poddać. Wszystko to prowadzi do stanu chronicznego przemęczenia i zwiększonej chorobowości ogólnej kobiet pracujących.

Czy i na co mogą zatem liczyć pracujące zawodowo kobiety ze strony powołanych do tego służb wtedy, gdy zagrożeniu ulega ich zdrowie? Zaczniemy od tego, że praca w przemysłowej służbie zdrowia nie jest dla lekarza miejscem, o które toczy się konkurencyjna walka. Lekarz przemysłowy zamiast roli "policji sanitarnej", strzegącej odpowiednich warunków pracy i zdrowia pracowników, stał się raczej rzecznikiem interesów systemu przemysłowego, kontrolując głównie poziom absencji chorobowej.

Poważnym mankamentem tej roli zawodowej lekarza w Polsce jest utrata przez profesję niezawisłości decyzji w sprawach zdrowia na rzecz organów administracyjnych lub politycznych. Żeby nie być gołosłownym - głównym zajęciem lekarza zakładowego jest leczenie chorób, zaś profilaktyka stanowi raptem 20% ogólnego czasu pracy, z czego większość badań wykonuje się dla nowozatrudnianych oraz dla kobiet w ciąży. Tak więc niewiele różni się ta rola od pracy lekarza w "normalnym" rejonie. Lekarza rzadko widzi się w hali fabrycznej lub przy stanowisku pracy osób poddanych jego opiece.

Zupełnie dramatycznie wygląda sytuacja kadrowa w pionie higieny pracy stacji sanitarno-epidemiologicznych. Jeden lekarz higieny pracy powinien sprawować opiekę nad 30 tysiącami zatrudnionych, a w rzeczywistości ma pod opieką pięć razy więcej podopiecznych, bo aż 158 tysięcy. Nie może zatem dziwić, w tylko 2,8% wizytacji zakładów pracy odbywa się z udziałem lekarza. Brak prawidłowo prowadzonej dokumentacji lekarskiej i analiz uniemożliwia ocenę stanu zdrowia załóg przemysłowych; stąd nieefektywne działania profilaktyczne.

Nie wszyscy lekarze godzą się z takim rozumieniem swej roli w zakładzie przemysłowym; stąd też od pięciu lat spada liczba specjalistów medycyny pracy i lekarzy innych specjalności zatrudnionych w przemysłowej służbie zdrowia /zwiększała się tylko kadra lekarska poradni dla kobiet/. W rezultacie raptem 44,8% ogółu zatrudnionych w gospodarce narodowej objętych jest opieką przemysłowej służby zdrowia i co roku odsetek spada o kilka procent. Należy podkreślić, że wśród objętych świadczeniami przemysłowej służby zdrowia zaledwie 31,6% stanowią kobiety.

Liczba wypadków w pracy stale rosła i jest 3-4 razy większa niż mówią o tym powszechnie dostępne dane. Rocznie na rentę inwalidzką wysyłanych jest 200 tys. osób; rośnie liczba osób z chorobami zawodowymi, a mamy w przemysłowej służbie zdrowia niecałe 8 tys. stanowisk pracy dla

rehabilitacji zawodowej. Nie ma ani jednego takiego stanowiska 12 województw, w tym także województwo łódzkie. Dla ciężarnych wydzielono 23 tys. miejsc pracy chronionej, ale skierowań było dwa razy więcej.

Skutek jest taki, że z malejącej z roku na rok puli wydzielonych stanowisk pracy chronionej /niecałe 40 tys. w 1984 r./ przeznaczają się 57% tych miejsc dla kobiet ciężarnych. Dla sprawozdawczości jest to obojętne - miejsce jest obsadzone, ale osoby wymagające okresowej ochrony idą na "chorobowe", albo rozpoczynają starania o przyznanie renty inwalidzkiej.

Co z tego wszystkiego wynika dla nas maluczkich, których zdrowie i życie przejęli w swoje ręce przedstawiciele systemu budującego bezkriticznie ustrój "wszelakiej szczęśliwości", ale nie uznającego jakichkolwiek korekt, ani sprzeciwu ze strony "uszczęśliwionych"? Ostatnie lata są dla naszego społeczeństwa poglądomą lekcją traktowania obywatela wyłącznie przez pryzmat jego przydatności w procesie realizacji zamysłów rządzących.

Świadomie lub nie /co jest już mało istotne/ biorą w tym udział przedstawiciele nauki, w tym również lekarze. Oto bowiem prof. Wójcik /Akademia Nauk Społecznych przy KC PZPR/, używając marksistowskiej frazeologii - "literacki przedstawiciel klasy robotniczej", w książce na temat stanu zdrowia robotników, stanowiącej niezamierzone oskarżenie czterdziestoletnich rządów komunistów w Polsce, wypisuje komandy w rodzaju:

"W naszym systemie społecznym i politycznym zwiększenie produkcji jest tylko środkiem, a nie celem. A jeśli jest ono środkiem do poprawy bytu ludzi pracy, nie może być osiągane kosztem ich życia, zdrowia, czy dobrego samopoczucia. Jeszcze do dziś w krajach kapitalistycznych kupuje się od pracowników - zwłaszcza cudzoziemców - zdrowie, zatrudniając ich w warunkach urągających zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy".

Ciekawe, co na to powiedziałyby tysiące kobiet polskiego pogranicza pracujące w NRD lub w Czechosłowacji, kobiety pracujące na Węgrzech i w ZSRR, a także w Afryce /np. pielęgniarki i lekarki, których tak brakuje w kraju/ i zatrudniane w ramach umów, których nie powstydziliby się żaden dziewiętnastowieczny kapitalista - wyzyskiwacz.

Nie przeszkodziło to cytowanemu autorowi stwierdzić nieco dalej coś wręcz oskarżycielskiego: "Dobre wyniki produkcyjne zostały osiągnięte relatywnie większym kosztem biologicznym poniesionym przez pracowników /.../. W najbliższych latach nastąpi w wielu gałęziach gospodarki intensyfikacja pracy żywej /czytaj: wyzysk i praca wykonywana głównie przy pomocy prymitywnych narzędzi - przyp. autora/ i związany z tym wzrost zagrożenia zawodowych, /.../. Wystąpią także znaczne, dodatkowe uciążliwości wśród niektórych grup zatrudnionych kobiet spowodowane trudnościami rynkowymi. Odczują to zwłaszcza kobiety zatrudnione na trzech zmianach w przemyśle włókienniczym i innych gałęziach gospodarki narodowej, a także pracownice

handlu i usług".

Niepomyślnie oburzenia na kapitalistyczne stosunki produkcji, wziankowy profesor wyraża, że przecież "każda praca pociąga za sobą określony koszt biologiczny" i trzeba przyznać, że jest to twórczość takiego samego rodzaju, jak stwierdzenie: życie pociąga za sobą określony koszt biologiczny i samo w sobie jest ryzykiem. Rzecznik interesów klasy robotniczej nie podaje, niestety, recepty na obniżenie kosztów biologicznych pracy w Polsce.

Jakby czytając w myślach profesora i rozumiejąc stosowaną od 1982 roku zasadę przerzucania na barki społeczeństwa skutków wszystkich plag, zwinionych przez kolejne elity władzy w tym kraju, zgłosili pewną propozycję o charakterze sanacyjnym lekarze z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Wobec rosnących zagrożeń zdrowotnych w zakładach pracy i przy spadającym zatrudnieniu w przemysłowej służbie zdrowia oraz zmniejszającej się liczbie osób objętych opieką medyczną, zamiast podjęcia walki o poprawę stanu rzeczy, proponują oni rozwiązanie następujące: "Konieczne jest przeprowadzenie weryfikacji podopiecznych przemysłowej służby zdrowia z wyłączeniem tych zakładów pracy, w których występujące warunki pracy nie uzasadniają korzystania z tej formy opieki zdrowotnej".

Mamy stosunkowo młode załogi, których praca w warunkach zagrożenia zdrowia może przebiegać przez wiele lat bez wyraźnych symptomów zmian - np. w 75%-85% przypadkach choroby zawodowe ujawniły się dopiero po okresie ekspozycji na czynniki szkodliwe dłuższym niż 10 lat. I ten potencjał zdrowotny tkwiący w zasobach młodej, polskiej siły roboczej, w tym także kobiecej, zostanie w sposób bezpardonowy wykorzystany i, jak wykazano, specjalnie się tych zemiarów nie ukrywa.

STYL ŻYCIA - ASPEKTY ZDROWOTNE

Chcąc dochować wierności przyjętej koncepcji zdrowia, musimy teraz zarysować tę część profilu zdrowotnego polskiej kobiety, którego kształt może w kilku przynajmniej punktach zależeć od wyboru jednostkowego. Najpełniej nadają się do tego celu zachowania zdrowotne, które w mniejszym lub większym stopniu wpływają na kształtowanie u konkretnych jednostek lub nawet całych grup społecznych poziomu funkcjonalnego.

Pomocą służyć nam będą rezultaty badań Belloca i Breslowa, przeprowadzone wśród kilku tysięcy kobiet i mężczyzn. W oparciu o wyniki swych dociekań cytowani autorzy ustalili 7 zaleceń ściśle związanych ze stylem życia, a których przestrzeganie uczyni życie nie tylko dłuższym, ale także zdrowszym, bardziej satysfakcjonującym. Belloc i Breslow proponują by:

- spać w nocy 7 do 8 godzin;

- spożywać trzy posiłki dziennie w regularnych odstępach czasu, redukując do minimum tzw. "przegryzanie" między posiłkami;
- zjadać codziennie śniadanie;
- utrzymywać właściwą wagę;
- unikać nadmiernego spożycia alkoholu;
- nie palić tytoniu;
- regularnie zażywać ruchu fizycznego.

Powie ktoś - toż to żadna rewelacja, wiemy o tym od dawna. I będzie miał rację, ale z pewnością nie wie, jakie są efekty stosowania tych 7 "zasad zdrowia". Okazało się, że stan zdrowia fizycznego osób stale stosujących wszystkie z podanych reguł był taki sam, jak u ludzi o 30 lat młodszych, ale nie stosujących wcale lub stosujących tylko niektóre z zasad utrzymania zdrowia. Co więcej, mężczyźni w wieku 45 lat stosujący tylko 3 z 7 zasad zdrowia mogą liczyć na dożycie 67 lat, zaś przestrzegający wszystkich reguł mogą dożyć 78 lat. Dla kobiet wyniki są znacznie lepsze - mogą one dożyć odpowiednio: 74 i 81 lat.

Spróbujmy zatem opisać zdrowotne aspekty stylu życia polskiej kobiety.

SEN. W dzisiejszym budźcie czasu polskiej kobiety na sen przypada 8 godzin i 14 minut. Zalecamy i normalny wymiar snu nie jest jednak przywilejem kobiet pracujących - najbliższej "wzorca" są pracownice bezdzietne, które śpią 7 godzin. Kobiety wielodzietne sypiają krócej - już tylko 6 godzin, a gdy pracują na nocnej zmianie, ich sen nie przekracza 5 godzin.

U pracujących kobiet obciążonych licznym potomstwem rośnie kosztem snu czas przeznaczony na prace pozazawodowe - przy 3 i większej liczbie dzieci zajęcia pozazawodowe pochłaniają już 9 godzin dziennie. W jednym z najbardziej sfeminizowanych przemysłów, jakim jest włókiennictwo, trzy czwarte kobiet śpi mniej niż 7 godzin w ciągu doby /65,5% mężczyzn/.

Równie mało godzin snu mają kobiety wiejskie, zwłaszcza z rodzin dwuzawodowych. Muszą one większą część doby przeznaczyć na pracę w gospodarstwie rolnym i domowym - zimą od 17 - 18 godzin na dobę /22% kobiet w gospodarstwach indywidualnych i 56% w gospodarstwach chłopsko-robotniczych/; latem przeznaczyć trzeba na prace gospodarcze i domowe 18-20 godzin na dobę /czyni tak 70% rolniczek indywidualnych i 92% kobiet z rodzin dwuzawodowych/.

Jeśli dodamy, że przeciętna Polka traci codziennie na zakupy półtorej godziny i godzinę na dojazdy do pracy oraz musi przeznaczyć ponad pięć godzin na zajęcia domowe, to okaże się, że niewiele czasu pozostaje jej na inne czynności np. na higienę osobistą i czas wolny.

Bilans czasu kobiety pracującej uwypukla raz jeszcze przyczynę i skutek odczuwanego powszechnie przez polskie kobiety stałego przemęczenia - brak czasu, by się wyspać, lecz zmęczenie i całodzienna porcja dys stresu

czynią sen niespokojnym, zaburzonym.

OTYŁOŚĆ.

Do głównych przyczyn związanych z otyłością kobiet należą:

- zbyt mała liczba posiłków;
- częste opuszczanie śniadania;
- zbyt wysokie spożycie tłuszczów i słodczyz;
- zbyt małe spożycie warzyw i owoców.

To w efekcie daje dodatni bilans kaloryczny prowadzący do otyłości. Zakłóceniem dla normalnego układu posiłków i ich regularności są dojazdy do pracy i praca w systemie wielozmianowym.

Przewaga otyłych kobiet nad mężczyznami jest zjawiskiem powszechnym na świecie - jedynym wyjątkiem jest pod tym względem Francja. Brzmi to paradoksalnie, ale w kraju mającym reglamentację żywności problemem jest otyłość; co więcej - rozmiary tego zjawiska lokują nas w czółwce krajów o ludności z nadwagą. Można szacować, że prawidłowo odżywia się 15% - 25% polskich kobiet.

Stosowanie przez poszczególnych badaczy różnych metod pomiaru /częściej wg. kryteriów Queteleta niż Brooka/ utrudnia porównania rozmiarów otyłości kobiet z różnych kategorii społecznych. W oparciu o dostępne dla porównań dane można z całą pewnością stwierdzić, że nadwaga nie tylko występuje częściej wśród kobiet niż w populacji męskiej /wyjątek stanowią nauczycielki, u których częściej rejestrowano nadwagę/, ale że więcej otyłych kobiet spotyka się wśród pracownic fizycznych niż w populacji generalnej kobiet w Polsce.

Wyniki 13 badań na reprezentacyjnych próbach kobiet wykazały, że dużą nadwagę /wg. wskaźnika Queteleta - 20% i więcej ponad przyjętą normę/ można przypisać 13% populacji kobiet polskich; zaś nadwagę umiarkowaną /wg. wskaźnika Queteleta: 10% - 19,9% ponad normę/ charakteryzują się dalsze 15 - 20% Polek. Można zatem z dużym prawdopodobieństwem orzec, iż co trzecia polska kobieta ma nadwagę. Skutki zdrowotne utrzymującego się dość uporczywie w naszym kraju wzoru żywienia są poważne.

Dziesięcioletnie badania ponad 2 tys. hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie z powodu otyłości kobiet wykazały, że chorowały one przeciętnie na 3 choroby, częściej też występowały u nich choroby wtórne. Wśród schorzeń diagnozowano typowe dla otyłości choroby, jak cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów /26% przypadków/, hipercholesterolemia /11%, hiperurykemia /8%/, ale znacznie częściej rejestrowano także schorzenia jak:

- choroby zwyrodnieniowe układu kostno-mięśniowego - 39% przypadków;
- nadciśnienie tętnicze - cierpi na tę chorobę 12% populacji generalnej, ale aż 33% kobiet z nadwagą;

- niedokrwienne choroby serca - chrucze na nią 10-12% kobiet w Polsce, ale aż 27% kobiet otyłych;
- choroby ginekologiczne - 33% diagnoz;
- choroby dróg żółciowych - 24% badanych;
- stłuszczenie wątroby - 15% przypadków;
- żylaki - u 14% kobiet z nadwagą;
- przepukliny - u 11% kobiet z nadwagą;

Stwierdzono ponadto poważny wzrost liczby rencistek wśród kobiet z nadwagą - generalnie mamy w Polsce 10 rencistek na 100 kobiet pracujących, zaś wśród kobiet z nadwagą na 100 badanych przypadało od 24 /ambulatorium/ do 36 /szpital/ kobiet z orzeczoną rentą inwalidzką. U kobiet otyłych większe ryzyko schorzeń prowadzących do inwalidztwa występuje po przekroczeniu przez nie 40 roku życia. W populacji ogólnopolskiej zwyżka kobiet rencistek rośnie wyraźnie w dziesięć lat później, po przekroczeniu pięćdziesiątki.

PALENIE TYTONIU. Jest to jedna z polskich plag, której rozmiary zaczynają budzić zrozumiałe zaniepokojenie. Polak wypala rocznie 2 300 sztuk papierosów /przed rokiem 1939 raptem 270 sztuk/, pali zaś dwie trzecie mężczyzn i jedna trzecia kobiet. Nie jest to jednak pełna informacja o rozmiarach nikotynizmu wśród kobiet, bowiem "lepsze" wyniki w stosunku do mężczyzn są rezultatem wyraźnego spadku liczby palących kobiet po przekroczeniu przez nie czterdziestego roku życia.

W wielu krajach liczba palących tytoni młodych kobiet przewyższa liczbę palących mężczyzn; sygnalizuje się w ostatnich latach szybki wzrost palących wśród gospodyń domowych, jak również więcej palaczek wśród kobiet rozwiedzionych lub żyjących w separacji. W Polsce tempo przyrostu palących jest szybsze wśród młodych dziewcząt niż wśród ich rówieśników. Jak dotąd poza podejrzeniem młodych ludzi sięgających po papierosa o naśladownictwo i chęć bycia dorosłym nikt na świecie nie wyjaśnił, dlaczego tak właśnie się dzieje.

Niepokoić musi zwłaszcza szeroko rozpowszechnione palenie tytoniu wśród lekarek /z wyjątkiem onkologów/ oraz wśród pielęgniarek i salowych. Co ciekawe, pracownice służby zdrowia rozpoczęły palenie po podjęciu pracy w instytucjach medycznych. W wielu krajach prowadzi się od lat i to z dużym powodzeniem zakrojone na szeroką skalę działania propagandowe i wychowawcze zmierzające do zmniejszenia rozmiarów nikotynizmu.

Dzisiaj w krajach wysoko uprzemysłowionych pali 10-15% lekarzy, a np. w Finlandii notuje się zaledwie 15% palących obywaterek tego kraju - na pocieszenie można dodać, że pali więcej Angielek /42% w 1981 roku/ niż Polka. Częstość palenia papierosów wśród polskich lekarzy jest podobna do tej, jaką notowano w krajach skandynawskich w latach sześćdziesiątych.

W naszym kraju pali prawie co druga studentka, 57,5% pracownic umysłowych oraz trzy czwarte pracownic fizycznych zatrudnionych w przemyśle.

Tak więc inni w ciągu kilku lat obniżyli o kilkadziesiąt procent rozmiary nikotynizmu; u nas proporcje palących i niepalących nie uległy poważniejszej zmianie, przyrasta jednak liczba palących kobiet - np. w Łodzi przez ostatnie dziesięć lat proporcje palaczy i niepalących prawie nie drgnęły, ale odsetek palących kobiet wzrósł dwukrotnie.

I teraz musi nastąpić to, co najbardziej irytuje zatwardziałych palaczy - trzeba przypomnieć, jakiego rodzaju skutki może wywołać i wywołuje nałóg palenia tytoniu. Szacuje się, że w naszym kraju w ciągu 1 roku w wyniku palenia mamy:

- 30 tys. przedwczesnych zgonów;
- 50 milionów dni czasowej niezdolności do pracy /odsetek palących korzystających ze zwolnienia lekarskiego jest dwukrotnie wyższy niż wśród niepalących/;
- 1,5 miliona porad dodatkowych i lekarzy rejonowych z powodu chorób przewlekłych.

W znanej pracy "Tobacco and Health" dziesięciu uczonych amerykańskich rozwiewa złudzenia palaczy podając, że w stosunku do osób niepalących ryzyko wystąpienia zmian chorobowych u osób palących tytoni jest następujące:

- dla choroby wieńcowej	2,8
- dla raka wargi	4,1
- dla przewlekłych zapaleń oskrzeli i rozedmy płuc	6,1
- dla raka płuc	10,8

O powyższych zależnościach należy pamiętać wtedy, gdy będziemy analizować zachorowalność, chorobowość oraz zgony w kobiecej populacji.

SPOŻYCIE ALKOHOLU. W kraju samobójczego wzoru picia alkoholu, pięciu milionów nadmiernie pijących oraz miliona alkoholików kwalifikujących się do leczenia, kobiety prędzej lub później muszą przejąć elementy podkultury alkoholu i rozpocząć "pogoń" za męską czołówką. Dwadzieścia lat temu kobiety wypijały rocznie s i e d m i o k r o t n i e mniej alkoholu niż mężczyźni; dzisiaj na kobiety przypada już 25% spożytych w Polsce napojów alkoholowych. Znaczy to, że nastąpił wdeńc niż trzykrotny wzrost konsumpcji u kobiet, podczas gdy u mężczyzn wzrost ten nie przekroczył 75%.

Tak masowe pojawienie się kobiet w gronie pijących oraz upowszechnienie się wśród kobiet picia mocnych alkoholi tłumaczy wzrost ogólnego spożycia w tym okresie o jedną trzecią. Badania Instytutu Psychoneurologicz-

nego w Warszawie wśród kobiet nadmiernie pijących leczonych w poradniach odwykowych ujawniły prawidłowości znane już z doniesień z innych krajów. Otóż mówić można o następujących różnicach między pijącymi kobietami i mężczyznami:

- kobiety przejawiają większą skłonność do picia w domu i w samotności, bez towarzyszących;
- jest bardziej prawdopodobne, że kobiety nadmiernie pijące popadną w alkoholizm niż nadmiernie pijący mężczyźni;
- proces uzależnienia się kobiet od alkoholu jest szybszy niż u mężczyzn;
- jest bardziej prawdopodobne, że kobiety, których mężowie są alkoholikami, staną się także ofiarami nałogu, niż współmałżonkowie kobiet alkoholiczek; co trzecia lecząca się w połowie lat osiemdziesiątych z powodu alkoholizmu kobieta miała męża alkoholika / w grupie kobiet niealkoholiczek tylko 1%, co czwarta miała ojca alkoholika, 5% miało matki uzależnione od alkoholu;
- odsetek "mocno" pijących kobiet do mężczyzn ma się jak 4:1 /podobnie jak w USA/;
- najliczniejszą grupę nadmiernie pijących, aż do stanu uzależnienia, stanowią kobiety w wieku od 30 - 50 lat, wiele z nich popada w alkoholizm w fazie tzw. "pustego gniazda";
- kobieta mająca problemy z pićciem czuć się może niepewnie w tradycyjnej roli kobiecej i lękać się o brak adekwatności w tej roli - alkohol jest dla wielu kobiet antidotum na kryzys tożsamości, który jest dodatkowo komplikowany pogłębiającą się pod wpływem picia obniżeniem poczucia własnej godności;
- rejestruje się więcej rzwiędzionych alkoholiczek niż rozwiedzionych alkoholików - co czwarta leczona w poradni odwykowej kobieta była po rozwodzie lub żyła w separacji ze współmałżonkiem;
- liczba alkoholiczek rośnie w miarę, jak obniża się ich poziom wykształcenia.

Tak poważne zmiany w sposobie i rozmiarach picia alkoholu przez kobiety znajdują swoje odzwierciedlenie w statystykach umieralności wskutek marskości wątroby. W ciągu ostatnich dziesięciu lat śmiertelność z tego powodu wzrosła wśród kobiet w Polsce o 47%, we Włoszech o 40%, w Szwajcarii o 41% i w Jugosławii aż o 82%. U podłoża wielu patologii seksualnych i partnerskich leży alkohol, zakłóca on lub uniemożliwia funkcjonowanie w większości ról społecznych. Jeśli naumiermie pije mężczyzna, grupa rodzinna może skupić się wokół matki, jeśli w alkoholizm popada kobieta, całkowitej dezorganizacji ulega rodzina, co daje początek innym dewiacjom i patologiom.

AKTYWNY WYPOCZYNEK. Świat w przenośni i dosłownie pobiegł po zdrowie. Kreowanie zdrowia poprzez aktywność fizyczną i wytrenowanie organizmu stało się modą, która u swego podłoża ma całkiem racjonalne przesłanki. Bierne uczestnictwo w wielu sferach życia musiało znaleźć swoje przeciwieństwo w aktywności podejmowanej w czasie wolnym.

Ten wzór zachowania zdrowotnego ma w Polsce nadal prawie wyłącznie spektakularne znaczenie /maratony, przebiegi, sztafety pokoju itp./. Biegających rekreacyjnie widzi się niewiele, a zobaczyć kobietę - to autentyczna rzadkość. Nie może być inaczej, skoro wszystko, co do tej pory napisano o kobiecie, o jej warunkach życia i pracy, już samo myślenie o codziennej rekreacji czyni czymś niestosownym, a na wsi prawie niemoralnym.

Znajduje to potwierdzenie w badaniach prowadzonych wśród kobiet z różnych warstw społecznych. Co piąta kobieta nie podejmuje jakiegokolwiek formy aktywności fizycznej, pozazawodowej, zaś tylko 3-4% ogółu angażuje się w pełni w różne formy aktywnego sposobu odpoczynania po pracy. Najniższą pozazawodową aktywnością fizyczną charakteryzowały się w kolejności szwaczki, pielęgniarki, pracownice umysłowe, lekarki i nauczycielki, zaś najbardziej aktywne fizycznie pozazawodowo były te kobiety, których codzienne zajęcia wymagały takiej aktywności.

Najwięcej aktywnych kobiet odnotowano w starszych grupach wieku /także wśród mężczyzn/, najmniej wśród najmłodszych - jest to pierwszy sygnał nadchodzącego pokolenia "słabeuszy", o których pod koniec lat siedemdziesiątych pisano w raportach z bilansów zdrowia dzieci, że wszystko jest u nich większe, ale spada wytrzymałość fizyczna. Skutki tego stanu rzeczy weryfikowano m.in. badając pojemność życiową płuc. Testy spirometryczne wykazały, że najlepszą wydolnością układu oddechowego charakteryzowały się w kolejności przedstawicielki następujących zawodów:

1. kadra inżynieryjna,
2. pracownice fizyczne zatrudnione w rolnictwie,
3. pracownice fizyczne zatrudnione w przemyśle,
4. pracownice zatrudnione w produkcji rolnej,
5. pielęgniarki,
6. pracownice umysłowe,
7. szwaczki.

Trudności finansowe, potrzeby gospodarstwa domowego, dekapitalizacja bazy wypoczynkowej spowodowały, że w ciągu ostatnich dziesięciu lat wzrosła liczba dni urlopowych wykorzystywanych przez kobiety na prace zarobkowe oraz na prace we własnym gospodarstwie domowym. Należy zauważyć, że w ogólnym rozrachunku częściej z wyjazdów wypoczynkowych w ramach urlopu korzystają kobiety niż mężczyźni.

Banałem jest już dzisiaj stwierdzenie, że aktywny wypoczynek służy

zdrowiu. Badania każdorazowo wykazują, że aktywni należą częściej do ludzi zdrowych internistycznie; mniej wśród nich schorzeń układu oddechowego, pokarmowego, wykazują mniejszą częstość występowania nadwagi /u kobiet to wyłącznie osoby z małą nadwagą/. Ludzie ci zawsze prezentują lepszą subiektywną ocenę własnego stanu zdrowia.

Podsumowując tę część rozważań, należy stwierdzić, że coraz więcej elementów stylu życia polskich kobiet staje się dysfunkcjonalnymi wobec tak podstawowych i prostych w zastosowaniu reguł, jak te z listy siedmiu "zasad zdrowia". Tylko część przeszkód w realizowaniu zdrowszego wariantu stylu życia została zarządzana przez państwo i jego aparat. Zbyt częste jednak te właśnie "obiektywne" przeszkody mają usprawiedliwić zachowania, nad którymi powinniśmy zapamiętać sami.

ŚRODKI ODURZAJĄCE. Problem szerokiego stosowania środków odurzających, a zwłaszcza narkotyków, jak zwykle w takich sprawach, "wybuchł" wtedy, gdy mieliśmy ponad pół miliona odurzających się. Polska narkomania ma podobnie jak w innych krajach wybitnie młodzieżowy i wielkomięjski charakter i na podległość możemy powiedzieć, że wśród narkomanów rejestruje się w naszym kraju czterokrotnie mniej kobiet.

Między , niewielka można powiedzieć o innym bardzo "kobiecy" wariancie odurzania się, jakim jest lekomania. Na świecie prym w tej dziedzinie wiodą kobiety i to to spośród nich, które cechuje gorszy stan psychofizyczny, palitoksykomania /nadużywanie kawy, nikotyny, alkoholu, herbaty itp./, większa częstotliwość wizyt u lekarzy, większa liczba stresorodnych zdarzeń życiowych, mniejsza akceptacja własnego statusu małżeńskiego i mniej sprzyjające postawy wobec zajęć związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, a także bardziej przychylna nastawienie do brania leków.

W krajach wysoko rozwiniętych kobiety po dwukroć częściej sięgają po środki psychotropowe niż mężczyźni, zwłaszcza wśród pań w wieku 30-44 lat. Spotkać można opinie, iż różnice biologiczne związane z cyklem reprodukcji /ciąża, poród, menopauza/ przysparzają wielu okazji, w których środki psychotropowe niosą ulgę. Resztę przesłanek dostarcza codzienne życie. Jesteśmy przekonani, że i polskie kobiety sięgają częściej niż mężczyźni po leki tonizujące, przeciwbólowe itp., bowiem spełniają one większość warunków sprzyjających szerzeniu się tej formy toksykomanii.

POWIETRZE, WODA I OKOLICE

Istnieje sfera, o której zależy styl życia jednostek i grup społecznych, i która determinuje wręcz wszystkie wymiary definicji zdrowia. Sfera ta pozostaje w systemie władzy totalitarnej w wyłącznym władaniu państwa i jego agend. To środowisko naturalne. Napisano już tyle o jego zagro-

zeniu, że czuję się zwolniony od szerszego omawiania spraw związanych z zagrożeniem ze strony tykającej już dość intensywnie bomby ekologicznej.

Nie można jednak pisać o warunkach zdrowotnych polskiej kobiety i pominąć to, czym oddycha, co pije, je i co na nią spada z nieba. Wiadomo powszechnie, że 14 milionów obywateli naszego kraju żyje na obszarach klęski lub zagrożenia ekologicznego - na Śląsku powinno być natychmiast ewakuowanych 1,5 miliona ludzi. Raptem 10% zasobów wcdy odpowiada standardom spożycia, jedna trzecia ścieków komunalnych jest zadowalająco unieszkodliwiana przed odprowadzeniem ich do zbiorników wodnych.

Zginieły wkrótce z brudu lub pod stertą odpadków; tylko półwa z nich podlega wtórnemu wykorzystaniu i to w kraju, który ma potężne kłopoty energetyczne. Metale ciężkie /na 1 kilometr drogi przypada rocznie 7 kg ołowiu/, związki siarki /200 kg na jedną osobę rocznie/, pyły przemysłowe zagrażają lasom i żywności. Już dziś nie wolno spożywać warzyw i owoców z działek ogrodniczych położonych wokół miast górnośląskich. Groźne dla życia stają się nawet mleko w proszku dla niemowląt, a sałata, rzodkiewki i inna zielonina zawierają tak duże stężenie związków szkodliwych /azoty/, że należałoby przestać je uprawiać na polskiej glebie.

Jeszcze jednak trzeba i to wszystko na razie nie boli, ale Światowa Organizacja Zdrowia, widząc inercję władz, podjęła akcję monitorowania zdrowia kilkunastu tysięcy osób w rejonach "zagrożenia życia" na Śląsku i Zagłębiu Legnicko-Głogowskim.

Do tego wszystkiego obserwujemy swoistą odmianę "społecznej schizofrenii" - rozdwojenie jaźni polega w tym przypadku na tym, że część naszych współobywateli do godziny piętnastej reprezentuje interesy gospodarki i w ramach oszczędzania wyłącza np. elektrofiltry, unowocześnia kraj wycinając lasy pod budowę nowych obiektów zagrażających środowisku naturalnemu, a po skończonej robocie domaga się świeżego powietrza, zdrowej żywności, możliwości kąpieli itp.

Podobnie schizoidalnie zachowują się producenci żywności, wspomagający procesy biologiczne niedozwolonymi środkami, ale domagający się zdrowej odzieży, lepszych warunków klimatycznych i czystego powietrza. W tej sytuacji władzom łatwiej jest zachować status quo i dociągnąć do kolejnej rewolwy bez specjalnych kosztów; bo skąd niby rząd miałby wziąć pieniądze, które zwiększyłyby o 240% nakłady tylko na okrojony program ratowania tego, co jeszcze zostało - na zahamowanie narastania zanieczyszczeń powietrza na poziomie roku 1983 z ograniczoną poprawą stanu wód powierzchniowych.

W takim środowisku kobieta polska rodzi się, dojrzewa, żyje, pracuje i sama wydaje na świat potomstwo. O tym, czy i w jaki sposób katastrofa

etologiczna w naszym kraju może być groźna dla kolejnych generacji, anna-
ly czasopism medycznych służyć.

NEGATYWNE WSKAZNIKI ZDROWIA

Wyjdźmy od prawideł uniwersalnych. Kobiety częściej zapadają na cho-
roby ostre, zaś mężczyźni częściej ulegają chorobom przewlekłym. Więcej
kobiet zalicza się do grona osób o częściowym ograniczeniu sprawności,
podczas gdy mężczyźni ulegają ograniczeniu sprawności cięższego stopnia.
Nakładając na to dodatkowe zmienne, można powyższe obserwacje poszerzyć
o kolejne twierdzenia: im wyższa pozycja społeczno-ekonomiczna, tym więk-
sza zapadalność na choroby ostre i tym niższa chorobowość^{xx} przewlekła.

Ze wzrostem dochodów spadają /przy wystandaryzowaniu ze względu na
wiek/ odsetki osób z ograniczeniem sprawności. Im bardziej "wiejskie"
miejsce zamieszkania, tym niższa zapadalność na choroby ostre i tym wyż-
sza chorobowość przewlekła. Powyższe prawdy epidemiologiczne dają się
obserwować w większości współczesnych społeczeństw, czego dowody znaleźć
można także w dotychczasowych rozważaniach na temat społecznych uwarunko-
wań zdrowia. Bardziej interesujące będzie poszukiwanie głębszych źródni-
ców stanu zdrowia kobiet i mężczyzn i wśród samych kobiet.

Przypatrzmy się najpierw, jak "pracuje" wykształcenie w sferze kształ-
towania zdrowia kobiety. Jedno z unikatowych w naszych warunkach badań,
polegające na dwukrotnej analizie stanu zdrowia młodych kobiet w odstępie
dziesięcioletnim, pozwala stwierdzić, że:

- studiowanie stwarza bardziej korzystne warunki zachowania lepszego
stanu zdrowia niż podjęcie pracy natychmiast po ukończeniu szkoły
średniej;
- lepszym stanem zdrowia legitymowały się kobiety niezamężne i mężatki
o wyższym poziomie wykształcenia;
- kontynuowanie nauki w trybie zaocznym lub wieczorowym obniżało war-
tości charakteryzujące stan zdrowia kobiet ze średnim wykształceniem;
- dietność "osłabia" korzystny wpływ wyższego wykształcenia na stan
zdrowia kobiety;
- gdyby wyeliminować palenie tytoniu, to najzdrowszą kategorią kobiet
byłyby bezdzietne mężatki ze średnim wykształceniem.

^{xx} ZAPADALNOŚĆ oznacza liczbę nowych przypadków określonej choroby lub
grupy chorób - informuje nas, ile ludzi zachorowało w danym czasie -
współczynniki zapadalności służą do mierzenia dynamiki chorób, występo-
wania nowych zachorowań, szczególnie ostrych.

^{xxi} CHOROBYWOŚĆ mówi nam, ile ludzi jest chorych w danym czasie - pozwala
ona mierzyć rozpowszechnienie chorób przewlekłych.

Dość rozpowszechnione jest przekonanie, iż kolejne dzieci "zabierają" kobiecie zęby. Badania nie potwierdzają tak bezpośredniej zależności obu zdarzeń. Prawdą jest natomiast, że tylko 15% dobranych losowo kobiet nie miało braków w uzębieniu. Zaledwie w co dziesiątym przypadku braki w uzębieniu kobiety ciężarnej zależą od jej wieku - badania wykazały słabą zależność braków w uzębieniu z liczbą przeżytych ciąży. Z kolei wpływ wieku kobiety i liczba przeżytych ciąży, rozpatrywane równocześnie, stanowiły przyczynę utraty zębów. Nie potwierdzono także występowania tzw. "próchnicy ciążowej" jako głównej przyczyny braku zębów.

Źródłem tego stanu rzeczy upatruje się raczej w przyczynach natury psychologicznej i kulturowej. Powszechny jest lęk przed zabiegiem stomatologicznym i mylne przekonanie, że leczenie zachowawcze zębów jest stresem wpływającym szkodliwie na płód. Dołączyć także należy niedoskonałości polskiej oświaty zdrowotnej i opieki nad kobietą ciężarną, sytuację rodzinną, ekonomiczną, czy wreszcie brak czasu, co potwierdziły masowe badania ankietowe.

Jakiegokolwiek badania mające na celu ocenę stanu zdrowia kobiety ujawniają wysoki odsetek schorzeń ginekologicznych /od 58-66% badanych kobiet/, głównie:

: upławy - poza układem płciowym przyczyn należy upatrywać w schorzeniach ogólnoustrojowych, w tym w układzie nerwowym i zaburzeniach nerwicowych; większym ryzykiem wystąpienia upławów jest praca w przemyśle niż na wsi; wysoki stopień narażenia stwarza środowisko pracy, w którym występują substancje toksyczne, wysokie lub zbyt niskie temperatury, nadmierne wilgoć /przeciwskazana praca aż do wyleczenia/, duże zapylenie /zwłaszcza, gdy u kobiety występuje obniżenie narządów rodnych/, pozycja stojąca i zimno oraz pozycja siedząca, ale wilgotno i zbyt ciepło; im niższy standard materialny kobiet, tym częściej rejestruje się upławy; na wsi upławy u kobiet występują najrzadziej.

: bóle podbrzusza i bóle krzyża - częściej w mieście niż na wsi, częściej wśród kobiet o wyższym standardzie materialnym; to skutek wiotkości mięśni grzbietu i brzucha oraz stojącej pozycji podczas wykonywania pracy, czemu sprzyja brak aktywności pozazawodowej większości Polek /przypominamy niekorzystne elementy stylu życia!//; to wreszcie wpływ dużej liczby poronień i porodów oraz chorób narządów wewnętrznych w układzie płciowym.

: co piąta kobieta zgłasza się do lekarza w ciągu roku z powodu chorób narządu rodowego lub powikłań ciąży, porodu i porożu. U włókniarzek powikłania ciąży występują częściej niż w przebiegu ciążach fizjologicznych i u kobiet niepalących; dużo powikłań obserwuje się także u letarek - zwłaszcza pracujących w specjalnościach zabiegowych, ze słabymi wskaźnikami chorobowości

wśród kobiet z rodzin chłopsko-robotniczych jest wyższy niż u pozostałych - często są to smorzenia zastarzałe.

o w badaniach profilaktycznych rejestruje się duże wakażnik wykrywalności raka szyjki macicy - 4 na 1000 badanych /na wsi 2,7/1000/; po 40 roku życia wakażnik wynosi 5,4 na 1000 - do 40 roku życia 2,9 na 1000. Wykrywalność raka sutka wynosi 1,3 na 1000 zbadanych. Nadżerki części pochwowej szyjki macicy stwierdza się u 280 kobiet na 1000 badanych. Nadal jednak zgłaszalność na badania kontrolne jest niewielka.

Jest to organizacyjnie jedna z ważniejszych do "ugryzienia" spraw, których nie można odkładać. Szacuje się, że koszt leczenia inwazyjnego raka szyjki macicy lub gruczolaka sutkowego u jednej pacjentki wynosił w połowie lat osiemdziesiątych 2,5 - 3 milionów złotych. Koszt całego badania profilaktycznego dla kobiet nie przekracza 2% budżetu Zespołu Opieki Zdrowotnej, a koszt wykrycia jednego przypadku chorobowego kosztował się na początku lat osiemdziesiątych na poziomie 270,3 zł, czyli ceny zakupu butelki lepszej wódki! Problemem jest jednak odpowiednio przygotowana kadra cytologów, laborantów i niezbędnej infrastruktury.

Jeśli lekarz zbada w Polsce trzy kobiety, to statystycznie rzecz ujmując tylko j e d n a będzie zdrowa, tam. badanie nie wykryje choroby. Znacznie lepszą ocenę zyskują w tym przypadku mężczyźni, ale bagatelizują oni wczesne objawy i nieleczone choroby, co prowadzi do poważniejszej i częstszej niż u kobiet utraty sprawności. Panie natomiast chorując poszukują dość szybko fachowej pomocy i nawet jeśli ich smorzenia przechodzą z czasem w stan przewlekły, rzadziej prowadzą do poważnego uszkodzenia sprawności.

Rodzi się zatem pytanie - czy i w jakich typach smorzów kobiety przeważają nad mężczyznami, stanowiąc o specyfice ich stanu zdrowia? Pomijając z oczywistych względów choroby kobiece, można w kolejności wyliczyć najczęstsze dolegliwości stwierdzane w badaniach populacyjnych w większym odsetku niż u mężczyzn:

- nadwaga,
- choroby zwyrodnieniowe stawów,
- żylaki,
- nadciśnienie tętnicze,
- choroby oczu /krótkowzroczność/,
- choroby układu nerwowego,
- choroby krwi i narządów krwiotwórczych,
- nerwice,
- choroby wątroby, woreczka żółciowego i pęcherzyka żółciowego,
- boczne odkształcenie kręgosłupa,
- bóle głowy.

- niedokrwistość,
- choroby tarczycy,
- stany zapalne układu moczowo-płciowego.

Częstość występowania i kolejność wymienionych schorzeń jest różna w zależności od tego, kim jest i co robi kobieta. Z trudnością, ale udało się przeprowadzić porównanie kolejności chorób występujących częściej u kobiet niż u mężczyzn w naszym kraju w różnych grupach zawodowych. Kolejność potwierdza większość wcześniej stawianych hipotez na temat roli czynników środowiska pracy, kultury medycznej i stylu życia na stan zdrowia. /tabela 1/.

TABELA 1: Najczęstsze dolegliwości kobiet różnych zawodów

	N	KM	L	W	RI	PGR
• nadwaga	-	1	-	2	1	2
• choroby zwyrodnieniowe stawów	-	-	5	1	6	3
• żylaki	9	5	4	5	4	1
• nadciśnienie tętnicze	6	8	-	3	2	7
• choroby oczu /krótkowzroczność/	3	6	1	-	-	-
• choroby układu nerwowego	2	3	-	8	9	8
• choroby krwi i narządów krwiotwórczych	4	2	-	11	-	-
• nerwice	1	7	3	6	7	4
• choroby wątroby, woreczka i pęcherzyka żółciowego	5	4	7	5	8	9
• boczne skrzywienie kręgosłupa	7	15	8	10	-	-
• bóle głowy	8	9	2	-	-	-
• niedokrwistość	12	12	-	-	3	5
• choroby tarczycy	10	10	9	9	5	6
• stany zapalne układu moczowego	11	11	10	7	-	-

Oznaczenia: N - nauczycielki, KM - kobiety miejskie, L - lekarki,
W - włóknianki, RI - rolniczki indywidualne,
PGR - pracownice Państwowych Gospodarstw Rolnych

Zachorowalność a także śmiertelność związana z chorobami układu krążenia dotyczy przede wszystkim mężczyzn. U kobiet choroba niedokrwienna serca w postaci zawału serca manifestuje się później niż u mężczyzn - w wieku 60-70 lat i jest dodatkowo związana z przestrojeniem hormonalnym w okresie pre- i postmenopauzalnym. U młodych kobiet ryzyko zawału zwiększają zaburzenia hormonalne, doustne środki antykoncepcyjne, nadciśnienie tętnicze, otyłość i palenie tytoniu. Pielęgniarki np. mają więcej cech "męskich" ryzyka niedokrwiennej choroby serca niż porównywane z

nimi szwaczki.

Na wysokie wartości wskaźników występowania u kobiet chorób układu kostno-mięśniowego "pracują" przede wszystkim robotnice przemysłu włókienniczego - one też w znacznej liczbie przypadków mają wady postawy i inne choroby narządu ruchu. U przeważającej liczby tkaczek stwierdza się wadliwe ustawienie barków, płaskostopie i wady stóp, asymetryczne ustawienie łopatek, skrzywienie kręgosłupa, asymetrię poziomu talerzy biodrowych, zwiększoną lordozę, nieprawidłowy kąt pochylecia miednicy. Stałość działania niekorzystnych warunków pracy przyspiesza proces przechodzenia włókniaerek na renty inwalidzkie.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia 10% populacji w krajach uprzemysłowionych wymaga opieki psychiatrycznej. Polskie kobiety z wielu rejonów kraju dawno przekroczyły już ten próg, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę ilość zaburzeń nerwicowych o wyraźnym podłożu społecznym. Jeśli przeciętnie co dziesiąta Polka ma problemy natury nerwicowej, to w zakładach włókienniczych już co piąta - co czwarta, a w takich zakładach, jak płocka Petrochemia lub w zagłębiu lublińsko-głogowskim, odsetek choruujących na nerwice rośnie do 31-36% ogółu kobiet.

"Piekiło" kobiet - gonitwa między pracą a domem - to jeden z poważniejszych czynników ryzyka w chorobach psychicznych. Wiadomo np., że kobiety zamężne wykazują wyższe współczynniki zachorowalności na choroby psychiczne niż żonaci mężczyźni. Zastanawiać powinno także, dlaczego rozmiary zaburzeń psychicznych wśród pojedynczo żyjących przedstawicieli obu płci /wdowy, wdowcy, kawalerowie, panny/ są wyraźnie mniejsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Kobiety są również częściej niż mężczyźni hospitalizowane w zakładach psychiatrycznych. Co więcej, ich powrotność do zamkniętych placówek leczniczych jest także częstsza - np. wśród kobiet jest dwukrotnie więcej pacjentek mających za sobą sześć i więcej pobytów w placówkach psychiatrycznych. Rozpowszechniona jest opinia /podtrzymywana także przez personel medyczny/, że kobiety częściej poszukują pomocy psychiatrycznej niż mężczyźni, ponieważ mogą one bez większego uszczerbku dla siebie przyznać się do własnej choroby.

Dla jednych nadmierna wrażliwość, dla innych zbyt mała odporność psychiczna mają wyjaśnić istotę tak dużej dysproporcji płci w gronie pacjentów psychiatrycznej opieki medycznej. Ile znajdujących się u kresu ludzkiej wytrzymałości kobiet jest jeszcze nadal poza zasięgiem oddziaływania psychiatry lub psychologa?

Pewnym sygnałem mogą być w tej materii odmiennie kształtujące się ze względu na pięć współczynników samobójstw. Mężczyźni przeważają w samobójstwach dokonanych, zaś kobiety w tzw. usiłowaniach lub próbach samobójczych;

proporcja ta jest jak 1:4. Dramatyczna forma "wołania o pomoc" jest jedną z ostatnich prób zwrócenia najbliższemu i otoczeniu uwagi na siebie i problemy, których samodzielnie nie może rozwiązać.

Kobiety są częstszymi pacjentkami nie-psychoiatrycznych szpitali, ale tę przewagę wypracowują panie w wieku od 15 do 44 lat; obok zaburzeń psychoiatrycznych rejestruje się częstsze leczenie w placówkach szpitalnych z powodu chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego i przemiany materii oraz zaburzeń odżywiania i immunologii, krwi i narządów krwiotwórczych, chorób układu moczowo-płciowego, nowotworów oraz w związku z powikłaniami ciąży, porodu i położu.

Jak już wiemy z wcześniejszych rozważań, kobiety charakteryzuje niższy poziom zgonów w porównaniu z mężczyznami; współczynniki dla kobiet - 82/10 tys. /na wsi 93,4/, zaś dla mężczyzn - 93,2/10 tys. /wieś 113,3/. Od chwili wprowadzenia stanu wojennego spadają w naszym kraju prawie wszystkie współczynniki opisujące stan zdrowia społeczeństwa. Dotyczy to także współczynników zgonów. W latach 1980-81 odnotowano wyraźny spadek zgonów obu płci zarówno w mieście, jak i na wsi, natomiast od 1982 roku liczba zgonów zaczęła szybko wzrastać.

Na koniec warto dodać, że polskie kobiety umierają częściej niż mężczyźni z powodu chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego i przemiany materii, krwi i narządów krwiotwórczych /w tym cukrzycy/, reumatycznej choroby serca i wrodzonych wad rozwojowych.

Kobiety poszukujące pomocy medycznej stanowią, zwłaszcza w wieku 25 - 39 lat, poważny odsetek pacjentów lekarzy praktykujących prywatnie. Leczy się w ten sposób 25 - 44% obywaterek. Ich liczba rośnie proporcjonalnie do poziomu wykształcenia - im wyższe, tym więcej pacjentek w gabinetach prywatnych lekarzy. Niezmiennie od wielu już lat korzysta się ze świadczeń /w kolejności/ pediatry, stomatologa, ginekologa i internistów. Liczba pacjentów w gabinetach prywatnych jest zdecydowanie wyższa w małych i średnich ośrodkach miejskich, co stanowi wystarczającą ilustrację terytorialnego zróżnicowania zasobów tzw. infrastruktury systemu ochrony zdrowia.

W tej sytuacji nie może dziwić, iż codzienne życie polskiej kobiety przyspiesza procesy biologiczne, zbyt szybko wchodzi w okres starzenia się i przedwcześnie następuje u nich przestrojenie hormonalne. Nie dajmy się zatem zwieść młodością i dorodnością najmlodszych pokoleń - wszystko na to wskazuje, że mogą one podzielić los swoich babek i matek.

ZAMIAST PODSUMOWANIA

Jacek Fedorowicz w jednym ze swoich felietonów powiedział swojemu "kierownikowi", że należałoby ponowić 21 punktów gdańskich i powiedzieć rządowi, że teraz to już naprawdę. To co udało się odtworzyć z dostępnych

materiałów, a co w pewnej uproszczonej był może forma krótki portret współrodaczki, widziany przez pryzmat tego wszystkiego, co tworzy warunki zdrowotne, jest niezmiernie innym, jak rozszerzoną listą postulatów sierpniowych. I choćby o to walczyć nie starczy nam aż jednego pokolenia. Wystarczy popatrzeć na region łódzki, tę ziemię obiecaną kobiety polskiej, by uświadomić sobie ogrom pracy, jaka przed nami. To województwo sfeminizowane przez kobiety przemysł ma najgorsze charakterystyki tych wszystkich sfer życia, bez których nie ma zdrowia jednostki i zbiorowości. Ma ono bowiem:

- najgorszą sytuację demograficzną w kraju,
- najgorszy standard mieszkaniowy i komunalny,
- najniższe współczynniki płodności,
- jeden z najwyższych w kraju współczynników zgonów,
- jedno z niższych miejsc pod względem stanu zdrowia obywateli,
- największą, wczesną umieralność niemowląt,
- największą zapadalność na nowotwory złośliwe,
- wysoka zapadalność na gruźlicę,
- wysoka zapadalność na choroby weneryczne,
- od lat najwyższy poziom absencji chorobowej.

Kahn powiedział, że satysfakcjonująca praca musi zawierać szereg komponenty: komfort, warunki dla zdrowego współzawodnictwa, odpowiedni poziom płac, sposobność dla interakcji z innymi ludźmi. Prezentowany materiał dość wyraziście udzielił odpowiedzi na niewzruszono wyjęty luźni, którym dojrzałby dokładnie wynieść w głowach. 2/3 kobiet pracujących chciałyby pójść na wcześniejszą emeryturę!

Natomiast to, co się nam wszystkim, a tym i kobietom, proponuje od czterdziestu lat, doprowadziło do takiego stopnia zniechęcenia, że człowiek traci stopniowo poczucie własnej odpowiedzialności za różne sprawy, w tym również za promocję własnego zdrowia. Usprawiedliwienie własnej gnuśności jest całkowite obciążenie /i nie bez racji/ państwa, jego aparatu, systemu politycznego wreszcie. Z tego, co w tej części opracowania powiedziano na temat zagrożeń zdrowotnych kobiet, wynika jasno, iż dalsza zgoda na nic nie robienie to zbiorowe samobójstwo zbiorowości rozkładane na raty.

E. RODZICIELSTWO A ZDROWIE KOBIECY

1. Rodzicielstwo a macierzyństwo

Zastanawiając się nad tytułem rozdziału, bez którego nie może być książki o kobiecie, usiłowałam określić zakres pojęć macierzyństwo i rodzicielstwo. W Słowniku Języka Polskiego macierzyństwo to "bycie matką", zespół cech właściwych matce. Brak natomiast hasła "rodzicielstwo" - jest jedynie podobne, choć nie tożsame - rodzicielaki czyli właściwy ojcu, matce, rodzicom, należący do nich, związany z nimi, odnoszący się do nich. W Encyklopedii Popularnej PWN i macierzyństwa i rodzicielstwa brak, jest tylko hasło "rodzicielska władza".

Tyle wydawnictwa encyklopedyczne. Właściwie bardzo niewiele. Gdybyśmy zapytali tzw. opinię publiczną o to, z czym kojarzy te dwa pojęcia, to pewnie też nie doszlibyśmy do jednoznacznych ustaleń. Dla jednych macierzyństwo to właśnie bycie matką, dla innych hasła wywoławcze dla obrazu St. Wyspiańskiego pod tym tytułem, dla jeszcze innych to wychowanie dzieci czy miłość do nich.

Jedno jest bezdyskusyjne: rodzicielstwo jest pojęciem szerszym niż macierzyństwo. Rodzicielstwo, obok macierzyństwa, musi zawierać ojcostwo. Z drugiej strony, w pojęciu rodzicielstwa - wydaje się - nawet macierzyństwo nabiera bardziej społecznej charakteru. Macierzyństwo może być i czworo bywa/ samotne, rodzicielstwo dotyczy dwojga osób.

I może właśnie dlatego w tytule znalazło się ostatecznie rodzicielstwo, choć rzecz dotyczyć będzie kobiety. Chodzi mi o podkreślenie, że rodzicielstwo jest złożonym, co najmniej trzyplaszczynowym "zjawiskiem", w gruncie rzeczy niezależnie od tego, czy dotyczy kobiecej czy męskiej strony. Psychiczne, społeczne i medyczne są uwarunkowania i konsekwencje rodzicielstwa; charakter wzajemnych związków jest tu zawsze dwukierunkowy - historycznie i w wymiarze indywidualnym.

W tytule, poza rodzicielstwem, mowa jest także o zdrowiu kobiety. W ten to sposób niezwykle szerokie zagadnienie zostało zawężone do problematyki relacji rodzicielstwa ze zdrowiem kobiety. Relacje te są bardzo konkretne. Można powiedzieć, a później będę próbowała to rozszerzyć i zilustrować, że rodzicielstwo jest wskaźnikiem zdrowia kobiety, że rodzicielstwo, a raczej jego "biomedyczna" jakość, jest wynikiem określonego stanu zdrowia kobiety.

Z drugiej strony, rodzicielstwo wpływa na zdrowie. Oczywiście stwierdzenie takie jest pewnym uproszczeniem, stan rodzicielstwa wynika również

z kultury zdrowotnej, i to nie tylko kobiet, to znacząco swoje bezpośrednie odbicie w problematyce tzw. odpowiedzialnego rodzicielstwa.

Dane statystyczne dotyczące rodzicielstwa pełnią wobec zarówna rolę wkładek. Gdybyśmy za punkt wyjścia przyjęli podział na tzw. cierniki zdrowia negatywne i pozytywne, to płodność, dzietność i urodzenia żywe zaliczylibyśmy do tych pierwszych, urodzenia martwe czy niezdolne do życia, poronienia samistne i przerwania ciąży oraz śmiertelność niemowląt do drugiej grupy. Nie zamierzam wchodzić tu w zagadnienia demografii, choć dane, o których wspominałam wyżej, stanowią i dla niej podstawowe informacje.

2. Zmiane charakteru rodzicielstwa

Przedstawiciele rozmaitych dyscyplin interesujących się rodzicielstwem podkreślają zgodnie, że "zjawisko" to uległo w ostatnich latach zasadniczym przeobrażeniom. Demografowie mówią o tzw. transformacji demograficznej i kumulacji urodzeń w pierwszych latach małżeństwie; medycy zastawiają się nad wpływem wieku rodzącej i kolejności urodzenia na "jakość" potomstwa; socjologowie wreszcie, widząc rodzicielstwo w perspektywie jednej z funkcji rodziny /funkcji prokreacyjnej/, definiują problem jako zmianę charakteru funkcji.

Mówi się bardzo lapidarnie, że dawniej rodzicielstwo było rolą przypisaną, obecnie staje się rodzicielstwem z wyboru. Kierunek tej zmiany jest pozytywny, choć warto się zastanowić, na ile ten wybór jest wymuszony.

O dokonanych przeobrażeniach informują m.in. dane o strukturze rodzin według liczby dzieci i współczynnika dzietności /aneks 2 i 3/.

Nie jest istotna w tym miejscu dokładna analiza przemian dzietności. Problem jest szeroko opracowany, zwłaszcza przez demografów i socjologów. Coraz częściej podchodzi się do zagadnień interdyscyplinarnie, mówiąc o tzw. postawach prokreacyjnych utożsamianych z deklarowaną liczbą dzieci. Deklaracje te silnie determinują określone zachowanie prokreacyjne, czyli rzeczywisty udział w procesie rozrodczości, choć zazwyczaj obserwuje się odchylenia dzietności zrealizowanej od pożądanej.

Do niedawna dzietność rzeczywista była większa od planowanej, obecnie dominować zaczyna przeciwny kierunek odchyłań, /aneks 4/. I to właśnie jest szczególnie interesujące, zwłaszcza w kontekście owego rodzicielstwa z wyboru i coraz większych technicznych możliwości i umiejętności realizacji tego wyboru. Co zatem sprawia, że liczba urodzonych dzieci jest mniejsza od "chciany"?

Demografowie, odpowiadając na to pytanie, odwołują się często do tzw. ekonomicznej teorii dzietności. W teorii tej rozpatruje się miejsce

aspiracji /potrzeb/ rodzicielskich i pozarodzicielskich w hierarchii wartości i stwierdza, że o wyborze decyduje charakter relacji między tymi wartościami, zróżnicowany zgodnie z poziomem rozwoju społeczno-ekonomicznego.

Na najniższym i najwyższym poziomie rozwoju nie ma barier ograniczających dzietność - dzieci są wartością bardzo cenioną, głównie jako "inwestycje" oraz "przedłużenie osobowości" rodziców. Na średnim poziomie rozwoju aspiracje rodzicielskie i pozarodzicielskie są konkurencyjne.

Wybór między aspiracjami jest taki, by otrzymać maksimum korzyści. Różnice w dzietności zrealizowanej od pożądanej obserwowane w ostatnich latach w Polsce wyjaśniane są tą konkurencyjnością na aktualnym poziomie rozwoju społeczno-ekonomicznego. Oczywiście jest to uproszczenie tej koncepcji; nie wdaję się również w jej merytoryczną ocenę.

Chcę zwrócić uwagę na inny problem. Chodzi o to, na ile dzietność rzeczywista jest racjonalnym wyborem zachowania dającego maksimum korzyści, na ile jest ona wynikiem przymusu ekonomicznego lub jakiegokolwiek innego. Kwestia ta wchodzi już, być może, w sferę tego, co nazywamy polityką ludnościową, choć wydaje się, że nie tylko.

Sprawa druga, która wymaga w tym miejscu rozważenia, to pytanie o przyczynę dość dużej liczby małżeństw bezdzietnych. Mówiąc o liczbie małżeństw bezdzietnych, nie możemy brać pod uwagę jedynie danych o strukturze rodzin według liczby dzieci; z danych tych wynika, że co 5 małżeństwo w Polsce jest bezdzietne^{1/}.

Określenie rzeczywistej skali zjawiska wydaje się zabiegiem stosunkowo prostym. Jedną z cech współczesnej prokreacji jest kumulacja urodzeń w czasie; okresem maksymalnej rozrodczości kobiety są lata 20 - 24 r. życia, a praktycznie niemal całkowite jej zakończenie następuje w 30 - 34 r. życia kobiety; toteż dla stwierdzenia faktycznej bezdzietności małżeństw najlepiej ustalić udział małżeństw bezdzietnych w tym wieku, w którym prokreacja z dużym prawdopodobieństwem się zakończyła, a dzieci nie ukończyły jeszcze 24 lat.

W 1974 roku w małżeństwach z tych dwóch grup wiekowych udział bez-

^{1/} Na tak duży udział tej grupy "rodzin" składają się przede wszystkim te, które jeszcze nie rozpoczęły realizacji swoich zamierzeń prokreacyjnych; przy często spotykanych informacjach o strukturze dzietności rodzin z dziećmi do lat 24, procent małżeństw bezdzietnych wzrasta do blisko 40% w 1964r. /w 1974 - 35%/; dochodzą ponadto te rodziny, których dzieci są starsze i rodzina staje się "bezdzietną", niezależnie od liczby urodzonych w niej dzieci.

dzienych był 5,3% /obliczenia własne/. Niestety, tak przygotowane dane nawet w specjalistycznych demograficznych rocznikach nie pojawiają się często; stąd trudno stwierdzić, czy procent ten wzrasta, czy nie; domniemywać można, że tak:

Pojawia się w związku z tym kolejne pytanie, na ile jest to bezdzietność zaplanowana. Badania postaw prokreacyjnych wskazują jednomyślnie, że bezdzietność zamierzona jest rzadkością. Badanie GUS z 1975 roku dotyczące postaw nowożeńców jest tu, choć niestety nie najnowsze, najbardziej reprezentatywne. Z 13499 mężatek w badaniu tym planowaną liczbę dzieci na poziomie "0" wybrało 0,15%. W Ankietach Rodziny GUS z 1972 i 1977 roku zaledwie w kilku przypadkach wybrano ten poziom jako idealny, a 1,4% mężatek udzieliło odpowiedzi, że nie planowało urodzenia dziecka. Podobne dane przyniosła Ankieta Rodziny z 1981 roku.

Nie sądzę, by nowsze badania, aczkolwiek bardzo potrzebne, przyniosły w tym względzie jakiegoś radykalnie inne informacje. Można zatem zasadnie stwierdzić, że bezdzietność w dużym stopniu jest niezamierzona, nie związana z racjonalnym wyborem, a wymuszona. Wymuszenie to może mieć charakter ekonomiczny, /choć jest niemożliwością stwierdzić, w jakim stopniu/; częściej, jak się wydaje, medyczny.

Według Kaszkowskiego niepłodność małżeńska występuje w 15% małżeństw; rozkład przyczyn jest następujący: 40% kobiece, 30% męskie, reszta wspólna bądź niewyjaśniona. Gromadzki podaje 10% niepłodności i 10% niemożności donoszenia ciąży^{1/}.

Wracamy zatem do zasadniczego problemu zdrowia kobiety i rodzicielstwa. Sprawa jest bardzo istotna, bowiem przymusowa bezdzietność staje się dla wielu małżeństw, a w sposób szczególny dla kobiet, prawdziwą tragedią. Nie sposób również pominąć faktu, że duża liczba małżeństw bezdzietnych w demograficznym spojrzeniu na optymalny model dzietności musi być uwzględniona.

Zmiana charakteru rodzicielstwa i związane z tym zmiany modelu dzietności nie muszą oznaczać spadku pozycji dziecka w systemie wartości rodziców. Potoczne obserwacje, a także badania zdają się wskazywać na fakt przeciwny. Ograniczanie liczby dzieci w rodzinie uzasadniane jest często właśnie koniecznością i pragnieniem zapewnienia im lepszych warunków życia i nauki. Jednocześnie jednak narastanie takich problemów, jak narkomania, alkoholizm młodzieży, przestępczość i prostytucja młodej młodzieży, świadczą o tym, że te "lepsze warunki" nie zawsze sprzyjają "lepszeniu"

^{1/} Niepłodność nie jest tożsama z bezdzietnością /czasem problem medyczny rozwiązuje np. adopcja/, w dużej mierze jednak się pokrywają.

3. Realizacja rodzicielstwa z wyboru

Charakteryzując zmianę charakteru rodzicielstwa, stwierdziliśmy, że warunkiem niezbędnym dla dokonania takiej zmiany są techniczne możliwości swobodnej decyzji o liczbie posiadanych dzieci. Te techniczne możliwości obejmują wszystkie metody i środki kontroli lub regulacji urodzeń, a więc zapobiegania /czy może lepiej unikania/ niezamierzonym ciążom lub przerywania już zaistniałych.

Problematyka ta jest niezwykle mocno związana ze zdrowiem kobiety. Związek ten dotyczy w sposób szczególny wszelkich możliwych konsekwencji zdrowotnych stosowania określonych środków antykoncepcyjnych i niszczenia ciąży. Z drugiej strony, i z tego chciałabym rozpocząć tę część refleksji, znajomość metod planowania bądź unikania ciąży i rodzaj stosowanych metod jest z pewnością odzwierciedleniem istotnego fragmentu kultury medycznej społeczeństwa.

Badania nad rozpowszechnieniem znajomości, akceptacji i stosowania metod regulacji urodzeń przeprowadzane były wielokrotnie. Każdorazowo stwierdzano, że wśród najbardziej znanych metod zapobiegania ciąży były w kolejności: kalendarzyk małżeński, przerwy w /w sumie ponad 80% kobiet zna te metody/, stosunek przerywany i metoda termiczna. Znajomość ta wzrasta wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, choć najbardziej znaną metodą niezależnie od wykształcenia jest kalendarzyk małżeński.

Subiektywna ocena przydatności ustawia powyższe metody w zbliżonej kolejności również zdeterminowanej wykształceniem. Wiedza nie prowadzi wprost do pojawienia się określonych form zachowania zachowania - jest ono wyznaczone nie tylko przez znajomość i subiektywną ocenę przydatności różnych metod unikania ciąży, ale również przez ogólne nastawienie do regulacji urodzeń i zamierzenia prokreacyjne pary ludzi.

Ten aspekt zjawiska, a więc akceptacja regulacji urodzeń bądź jej brak, był stosunkowo najczęściej przedmiotem badań, często nie jako temat główny, ale jako jeden ze wskaźników zmian zachodzących w świadomości, obyczajowości, światopoglądzie itp. Według autorów wszystkich badań regulacja urodzeń, rozumiana jako unikanie niezamierzonej ciąży, jest w Polsce powszechnie akceptowana. Opinię taką prezentuje niezmiennie od wielu lat od 70% do ponad 90% dorosłej populacji.

Akceptacja ta zmienia się w zależności od poziomu wykształcenia, statusu małżeńskiego, liczby dzieci planowanych i posiadanych, miejsca zamieszkania, płci itp. Na przekroju lat 70 i 80-tych wyższa była w mieście niż na wsi, wzrastała wraz z wykształceniem, liczbą posiadanych dzieci i sta-

zem małżeńską^{1/}, wyższa była u kobiet niż u mężczyzn.

Można stwierdzić, że kontrola płodności została przez kobiety zaakceptowana. Jak zatem przedstawia się problem stosowania określonych metod kontroli? Według danych Ankiety Rodzinnej 1981 r.: 86,3%^{2/} mężatek stosowało jakieś metody /środki/ unikania ciąży / w 1977 roku - 75,2%/. Stosowanie określonych sposobów czy środków unikania ciąży zależało, podobnie jak ich znajomość, w zależności od wieku, stażu małżeńskiego, dzieciności i wykształcenia, przy czym wiek i wykształcenie szczególnie silnie wpływają na wybór metody. Według danych Ankiety Rodzinnej z 1981 r. wraz ze wzrostem wykształcenia:

1. maleje wśród kobiet zdecydowanie udział stosujących stosunek przerywany /od 58,3% wśród osób z wykształceniem niepełnym podstawowym do 25,5% wśród osób z wykształceniem wyższym/;
2. rośnie liczba osób stosujących kalendarzyk małżeński / z 8,3% do 26,5%/;
3. rośnie liczba stosujących środki doustne i spirale /od 0% do 33,5%/.

Dane te dotyczą trzech najpopularniejszych metod. We wnioskach z poprzedniej Ankiety Rodzinnej /1977/ zwracano również uwagę na wzrost, wraz ze wzrostem wykształcenia, stosowania metody hormonalnej /od 1% do 5,7% oraz pozostałych /w których liczono wtedy również spirale od 3,4% do 8,8%/.

Wyniki Ankiety Rodzinnej z 1981 r. są bardzo zaskakujące i niepokojące. W porównaniu do danych z 1977 roku wśród bardzo stosujących najprymitywniejszą metodę - stosunek przerywany - z 34,4% do 54,6% ogólnie unikających ciąży. W drugiej połowie lat 70-tych małał udział stosujących tę metodę na rzecz metod nowocześniejszych. /aneks 5/.

Związek sposobów realizacji rodzicielstwa z wyboru ze zdrowiem kobiety jest przynajmniej dwójakiego rodzaju. Po pierwsze, należy zwrócić uwagę na występowanie szeregu skutków ubocznych niemal wszystkich środków

1/ Ankiety Rodzinne w 1972 i 1977 r. obejmowały kobiety do 45 r.życia. Według innych badań wśród kobiet wiejskich o najdłuższym stażu małżeńskim /małżeństwo zawarte w latach 1930-39/ - akceptacja regulacji urodzeń była zdecydowanie niższa /21%/ niż wśród kobiet, które zawarły małżeństwo w latach 1970-76.

2/ Dodać tu trzeba, że brak stosowania środków i sposobów unikania ciąży może wiązać się z brakiem współżycia /2%/, niepłodnością /3%/, aktualną ciążą /4%/ lub godzeniem się na ciążę /15,8%/ - powyższe dane dotyczą roku 1977; nie dysponuję niestety nowszymi, sądzę, że rozkład może być analogiczny.

antykoncepcyjnych i przeciwwskazania do ich stosowania określają najbardziej uciążliwe i niezamierzane efekty.

Nie wdając się w szczegółowy wykaz "szkodliwości", stwierdzam jedynie, że niezamierzone oddziaływanie może dotyczyć bądź samej funkcji rozrodczej kobiety, bądź jej gospodarki hormonalnej i innych systemów i funkcji organizmu. Zaburzenia te mogą utrudniać późniejszą realizację zamierzeń prokreacyjnych, oddziałują też niekorzystnie na stan zdrowia kobiety niezależnie od jej planów rodzicielskich.

Zagadnienie negatywnego wpływu środków antykoncepcyjnych na zdrowie kobiety nabiera szczególnie dramatycznej wagi przy uwzględnieniu zrywanego wyżej struktury stosowania przez polskie kobiety środków lub sposobów unikania ciąży. Świadomość tych skutków ubocznych u kobiet nie była, niestety, przedmiotem badań, sądzę jednak, że jest ona niezwykle uboga.

Nieszkodliwe są tzw. naturalne metody regulacji poczęć, w dotychczasowych badaniach reprezentowane przez kalendarzyk małżeński i metodę termiczną /obecnie coraz częściej stosowana jest metoda owulacji Billingsa/. Wymagają one wysokiej kultury seksualnej obojga partnerów i dają się w zasadzie stosować głównie w normalnym małżeńskim współżyciu. Przedstawia się to często jako wady tych metod, co wydaje się jednak sprawą dyskusyjną.

Analiza struktury stosowanych w Polsce środków kontroli urodzeń pozwala na sformułowanie kolejnego, niezbyt pozytywnego wniosku. Zdecydowana większość małżeństw wybiera w dziedzinie kontroli płodności metody jak najprostsze, nie biorąc pod uwagę ich skuteczności. Spostrzeżenie to dotyczy obu nurtów kontroli urodzeń: naturalnej regulacji poczęć, w której wybiera się ponad 70-konta^{1/} częściowo mało skuteczny kalendarzyk małżeński zamiast skutecznych i nowoczesnych metod opartych na obserwacji oraz antykoncepcji, w której zdecydowanie dominuje najbardziej prymitywny, najmniej skuteczny i niewidoczny stosunek przerywany.

Ta struktura wyboru metod regulacji urodzeń nasuwa jeszcze jeden wniosek - wydaje się, że kobiety polskie akceptując kontrolę płodności nie są przekonane do antykoncepcji^{1/}. Antykoncepcję stosują w 1981 roku stosowało zaledwie 20% małżeństw unikających ciąży /w 1977 r. - 27,4%/. Nie można, jak sądzę, uznać, że jest to jedynie efekt oddziaływania Kościoła, bo przecież i stosunek przerywany jest w jego natce traktowany jak grzech na równi z pozostałymi środkami antykoncepcyjnymi /poza peron-

^{1/} Za zakresu tego pojęcia /antykoncepcji/ świadome wyznaczenie metody naturalnej regulacji, o co ich popularyzatorzy usilnie zabiegają i stosunek przerywany, który nie jest wprawdzie "naturalny", ale nie wymaga "sztucznego" przerywania.

niymi, których klasyfikacja wobec Kodeksu Karnego jest już taka, jak przerwania ciąży/.

Nie wydaje się też, by był to wyłącznie efekt słabej podaży środków antykoncepcyjnych. Na pytanie o przyczynę braku akceptacji antykoncepcji trudno o jednoznaczną odpowiedź. Być może, z punktu widzenia zdrowia kobiety, nie trzeba wcale dążyć do przełamania tej niechęci, ale do większej popularyzacji metod ekologicznych /naturalnych/ planowania rodziny.

Wpływ wyboru metody regulacji liczby dzieci w rodzinie na zdrowie kobiety ma jeszcze inny, znacznie groźniejszy wymiar. Otóż wybór metody nieskutecznej powoduje w znacznym stopniu niezamierzone zajście w ciążę; te "niechciane" ciąży są z kolei w dużym stopniu zagrożone zniszczeniem /przerwaniem/. Abstrahując od stycznego aspektu sprawy, ma to katastrofalne skutki dla organizmu kobiety.

Badania opinii publicznej na temat akceptacji sztucznych poronień wnioski powyższy w pełni uzasadniają. Dopuszczalność przerwania ciąży w pewnych okolicznościach akceptuje według różnych autorów od 60,0% do ponad 80,0% kobiet. Przy pytaniach bardziej bezpośrednich, dotyczących decyzji o donoszeniu bądź przerwaniu "niechcianej" ciąży we własnej rodzinie respondenci, odpowiedzi były nieco mniej liberalne. Jednakże co najmniej jedna z małżatek deklaruowała gotowość usunięcia niezamierzonej ciąży. /w 1981 r. - 32,6%, /aneks 6/. Sądzę, że w praktyce decyzje takie mogą być jeszcze częstsze.

Jeżeli zatem 80% kobiet stosuje metody sterowania płodnością mało skuteczne /stosunek przerywany, kalendarzyk małżeński, a także przerywatywa i część środków chemicznych/, to spora część tych kobiet, prędzej czy później, stanie przed faktem niezaplanowanego poczęcia dziecka i w efekcie część z nich zadecyduje o jego sztucznym poronieniu.

Wiadomo, że konsekwencje zdrowotne sztucznego poronienia mogą być bezpośrednie, wczesne, odległe i wewnątrzwydzielnicze. Podkreśla się też wpływ sztucznego poronienia na losy przyszłych ciąż i stan noworodka: 4-krotnie częstsze ogólne powikłania, 2-krotnie częstszy poród przedwczesny, 3-krotnie częstsza ciąża pozamaciczna, 5-krotnie częstsza śmierć dziecka w okresie okołoporodowym i inne.

Zastanawiałam się wcześniej, na ile zamierzona jest bezdzietność części małżeństw w Polsce. Tu, jak się wydaje, znajdujemy częściowo odpowiedź na to pytanie. Według Jordan około 75,0% leczonych na niepłodność wtórną nie może zajść w ciążę z powodu zmian po przerwaniu tej pierwszej ciąży. Szymański podaje, że niepłodność występuje u co 7 kobiety po przerwaniu pierwszej ciąży, a u co 10 po usunięciu jednej z następnych.

"Służba Zdrowia" informuje, że w ciągu roku trafia do szpitali z powodu komplikacji wywołanych przerwaniem ciąży 540 tysięcy kobiet. Mówi się

także o psychicznych następstwach sztucznych poronień. Eekoska u 103 na 105 zbadanych kobiet stwierdził zaburzenia psychogenne głównie w postaci nerwic psychoseksualnych.

Utrzymująca się wysoka liczba sztucznych poronień /zarejestrowano w szpitalach około 130 tysięcy rocznie/ jest negatywnym wskaźnikiem kultury seksualnej i miarą zagrożenia zdrowia kobiety ^{1/}.

Propagowanie określonych sposobów kontroli płodności od szeregu lat sprowadza interesujące nas zagadnienie do kwestii światopoglądowych, co jest absolutnym nonsensem. Środki antykoncepcyjne i "skrobanka" są szkodliwe w takim samym stopniu dla wierzących i niewierzących. Jest faktem, że ideologiczna antynomia między Kościołem a Państwem istnieje i w tej dziedzinie, jednakże walka z Kościołem odbywa się tu kosztem zdrowia kobiety.

Rozwiązanie w 1984 roku powstałego w październiku 1981 roku Towarzystwa Odpowiedzialnego Rodzicielstwa, którego statutowym celem było przeciwdziałanie sztuczny poronieniom poprzez propagandę naturalnej /nieszkodliwej/ regulacji poczęć, potwierdza powyższy wniosek. Dodajmy, że decyzję o rozwiązaniu uzasadniono absurdalnym zarzutem walki z ustawą o dopuszczalności przerywania ciąży.

4. Zdrowie kobiety jako matki

Od początku tego rozdziału próbuję na różnych płaszczyznach wskazać relacje istniejące między rodzicielstwem a zdrowiem kobiety. Sygnalizowałam już, że są one dwukierunkowe i działają na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Statystyki dotyczące rodzicielstwa są specyficznymi i, można powiedzieć, zbiorczymi miarami zdrowia kobiety.

Najbardziej wartościowe wydają się tu dane ilustrujące liczbę poronień samoistnych i poziom wskaźnika umieralności niemowląt /pomijam tu omawianą wcześniej problematykę niepłodności; brak zresztą na ten temat dokładnych informacji liczbowych/.

^{1/} Rzeczywista liczba sztucznych poronień od lat stanowi kwestię sporną; wiadomo, że część przerwanych ciąży wykonywanych jest w gabinetach prywatnych, ocena wielkości tej części jest jednak bardzo różna. Najczęściej spotykane szacunki mieszczą się w granicach 350 tys. do 800 tys. rocznie; osobiście sądzę, że całkowita liczba sztucznych poronień wynosi aktualnie w Polsce około 500 tys., w latach 70-tych była wyższa.

Poronienia samoistne

Udział poronień samoistnych byłby ciekawą informacją; niestety w informacjach statystycznych brak osobnego przedstawienia ich liczby. Ujęte są one w kategorii: "poronienia rozpoczęte poza szpitalami" lub, we wcześniejszych źródłach, w kategorii "inne poronienia". Można przyjąć, że w ogromnej większości kategoria ta obejmuje współcześnie poronienia samoistne 1/.

Rejestrowana liczba poronień samoistnych z pewnością nie wyczerpuje całej liczby naturalnych strat ciąży. Poza statystyką znajduje się wiele wczesnych poronień w sytuacjach, gdy zaistniała ciąża nie została jeszcze potwierdzona przez lekarza, i utraty ciąży starszych niż 16 tygodni /waga płodu od 301 do 600 g/, które w ogóle nie są rejestrowane. Stąd niewiele przynosi analiza stosunku liczby sztucznych poronień do ogólnej ilości urodzeń. /aneks 6/.

W świetle dostępnych danych stwierdzić można, że udział poronień samoistnych w stosunku do urodzeń żywych pozostaje na poziomie niezmiennym około 10%.

Przyczyny występowania poronień samoistnych nie zawsze dają się określić; ich analiza, podobnie jak profilaktyka, jest trudna. Z całą pewnością odwołać się tu trzeba do pogarszającego się stanu środowiska naturalnego i zagrożeń pracy, a także wspomnianych już konsekwencji sztucznych poronień. Prac diagnostycznych usiłujących wiązać warunki pracy z występowaniem poronień samoistnych jest wiele.

Stwierdzają one, że zagrażające poronienia wzrastają wraz ze stażem pracy, związane są też z przymusową pozycją przy pracy, z narażeniem na działanie niekorzystnego mikroklimatu i nadmiernego hałasu. Ryzyko poronienia samoistnego wzrasta przy występowaniu bodźców szkodliwych, wynikających ze zbyt ciężkiej pracy lub jej szkodliwego charakteru - wpływu energii promienistej, soli metali ciężkich i innych.

Wpływ warunków pracy dostrzegalny jest również przy rozpatrywaniu innych powikłań ciąży, a także niskiej wagi ciała noworodków i umiarkowości okołoporodowej. Zagrażające czy zaistniałe poronienie samoistne może być bezpośrednim efektem złych warunków pracy, może być też efektem pośrednim, poprzez destrukcyjny wpływ na ogólny stan zdrowia kobiety jeszcze przed poczęciem dziecka.

1/ Dawniej spory był w tej grupie udział rozpoczętych "domowymi" sposobami sztucznych poronień i powikłań zabiegów rozpoczętych w gabinetach prywatnych; dziś, wydaje się, że obie te grupy są rzadkie.

Butarewicz stwierdza, że od potwierdzenia ciąży kobieta pracująca w przemyśle powinna być przeniesiona z pracy 3-zmianowej do pracy 1-zmianowej, a kobiety narodzone na wyższej wymienione czynniki /głównie hałas i mikroklimat/ powinny być przenieszone do dogodniejszej pracy wcześniej niż przewiduje ustawa.

Umieralność niemowląt^{1/} i wskaźnik urodzeń żywych

W obserwacji poziomu obu sygnalizowanych w tytule wskaźników bardzo ostrożnie trzeba interpretować ich przemiany. Konieczność ta wynika z faktu dokonanych w 1962 r. zmian stosowanych w terminologii, a co za tym idzie w sprawozdawczości. Rzecz znamienna, kierunek tych zmian nie był uzasadniony ani rozwojem medycyny, ani staraniem o zastosowanie pojęć używanych poza Polską.

Zanim przejdę więc do analizy poziomu tych wskaźników, ruszę zarysować charakter zmian terminologicznych, dokonanych na mocy instrukcji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych, Komunikacji oraz Sprawieilności z dnia 5 maja 1962 roku /Monitor Polski nr 48, 16 czerwiec 1962 poz.237/.

Załącznik do tej instrukcji wprowadził nowe, do dziś obowiązujące definicje żywego i martwego urodzenia, noworodka niezdolnego do życia, płodu niezdolnego do życia itp. Należy podkreślić, że zalecenia 4 ministra wprowadziły szereg rozbieżności między definicjami stosowanymi w Polsce i innych krajach. Nowa terminologia pociągnęła za sobą poważne zmiany w sprawozdawczości.

Do 1962 roku noworodki z przynajmniej jedną z oznak życia /bicie serca, oddychanie, tętnienie pępowiny, skurcze mięśni zależnych od woli/ o wadze od 601 do 1001 g, które nie przetrwały 24 godzin, zaliczane były do urodzeń żywych; od 1963 roku stanowią odrębną kategorię urodzeń, a ich zgony nie są ujmowane w statystyce zgonów niemowląt.

Noworodek o tej samej wadze, ale bez oznak życia do 1962 roku nie podlegał rejestracji i nie był ujmowany w sprawozdawczości dotyczącej urodzeń i zgonów; od 1963 roku zaliczany jest do odrębnej kategorii. Płody o wadze 501 g do 601 g nie są w ogóle ujmowane w sprawozdawczości statystycznej urodzeń i zgonów; porozumienia sztućkowe czy samoliste dotyczą natomiast płodów poniżej 501 g. Tak więc po 1963 roku jedną z najważniejszych "cech" noworodka jest określona waga, która do 1962 roku

^{1/} Zgodnie z obowiązującą w sprawozdawczości statystycznej nomenklaturą zamiennie stosuję pojęcia: umieralność niemowląt, śmiertelność niemowląt czy wskaźnik zgonów niemowląt.

nie miała istotnego znaczenia.

W ten sposób sztucznie zaniżono wskaźnik umieralności niemowląt, wyłączając ze sprawozdawczości noworodki niezdolne do życia z oznakami życia. Udział urodzeń żywych i martwych praktycznie się nie zmienił, po uwzględnieniu noworodków niezdolnych do życia bez oznak życia.

Przeliczone według starych, a obowiązujących w innych krajach, zasad współczynników umieralności niemowląt wykazują znaczne niedoszacowanie sięgające około 4% /aneks 7/. Aktualny wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce wynosi 18,4 na 1000 urodzeń żywych według danych oficjalnych, a po doszacowaniu - 22,1. Zauważa się systematyczny spadek umieralności niemowląt, choć jego tempo jest obecnie mniejsze niż w poprzednich dziesięcioleciach.

Postanowienia czterech ministrów wydają się dość zaskakujące w świetle postępu w medycynie, dzięki któremu możliwe staje się obecnie utrzymanie przy życiu coraz młodszego, a więc mniej ważącego, noworodka, nawet poniżej tej granicznej wagi 601 g. Istniejąca nomenklatura stwarza sytuacje bezsensowne w rodzaju "przypadku Kariny" sprzed kilkunastu lat. Karina urodziła się z wagą poniżej 600 g, udało utrzymać się ją przy życiu, wobec czego za datę jej przyjścia na świat uznano dzień, w którym osiągnęła 601 g.

Przez wprowadzenie w klasyfikacji urodzeń różnych kryteriów urodzenia żywego utrudniono bezpośrednio porównania międzynarodowe. Po korekcie uwzględniającej stosowane w innych krajach kryteria pomiaru śmiertelności niemowląt miejsce Polski jest gorsze niż prezentują to rodzime roczniki i propaganda. W latach 1960, 1970 i 1980 wyprzedzały nas jedynie Jugosławia /w 1980 roku 32,8 na 1000 urodzeń żywych/, Portugalia /26,0/ i Rumunia /29,3/. W Polsce w 1980 roku wskaźnik ten wynosił 25,4 /oficjalnie 21,3/. Dla lepszej ilustracji dystansu dzielącego nas od krajów o najniższym wskaźniku dodajmy, że w Japonii w 1980 roku wynosił on 7,4, w USA - 12,6, Anglii - 12,1, Szwecji 6,7. /aneks 8/.

Znamienne jest przy tym, że w latach 80-tych nastąpiło, jak wspominałam, wyraźne zahamowanie spadku umieralności i opóźnienie w stosunku do krajów o wskaźnikach najniższych może się jeszcze powiększyć^{1/}.

^{1/} Rzetelną analizę zmian poziomu wskaźnika umieralności niemowląt znalazłam, już po napisaniu tego rozdziału, w pracy zbiorowej "Polska lat 80-tych - obraz demograficzny". Po raz pierwszy zaznaczono tam trudności w porównaniach międzynarodowych i przeliczono wskaźniki według zasad obowiązujących w innych krajach.

Popularne hasło "zdrowa matka - zdrowe dziecko" wyraźnie wiąże śmiertelność niemowląt ze stanem zdrowia i kulturą medyczną matki. Dziecko słabe, z niską wagą urodzeniową, jest "żywym" świadectwem tego zdrowia:

Umieralność niemowląt związana jest m.in. z faktem donoszenia ciąży. Przyczyny porodów przedwczesnych pokrywają się w dużym stopniu z przyczynami poronień samoistnych. Według Troszczyńskiego, gdyby udało się obniżyć liczbę porodów przedwczesnych o 1/3, to wskaźnik ogólnej umieralności okołoporodowej mógłby zmniejszyć się także o około 1/3.

Interesujące są dane na temat zgonów niemowląt w rozbiću na tzw. umieralność endo- lub egzogenną. Do przyczyn umieralności egzogenicznych zalicza się ogół chorób wynikających z zaniedbań higieniczno-sanitarnych, błędów dietetycznych, czy z powodu złej opieki. Przyczynami umieralności endogenicznej są wady rozwojowe wrodzone i niektóre przyczyny zachorowalności i umieralności okołoporodowej.

Można powiedzieć, że poziom umieralności egzogenicznej jest odbiciem kultury i wiedzy zdrowotnej społeczeństwa, szczególnie matek, tak jak poziom umieralności endogenicznej w sposób bardziej bezpośredni odzwierciedla stan zdrowia kobiety i poziom opieki nad nią w czasie, kiedy spodziewa się ona narodzin dziecka.

W ostatnich latach relacje wzajemne umieralności niemowląt endo- i egzogenicznej uległy znacznej przemianie. Zmniejsza się udział umieralności egzogenicznej, co można traktować jako pozytywny miernik wzrostu kultury zdrowotnej, mimo istniejących jeszcze poważnych różnic wśród matek różniących się poziomem wykształcenia. Zróżnicowanie to dotyczy obu rodzajów przyczyn zgonów niemowląt, ale wyraźniejsze jest w grupie przyczyn egzogennych.

Różnica w liczbie zgonów niemowląt /na 1000 urodzeń żywych/ u matek o najniższym i najwyższym poziomie wykształcenia sięga 300%^{1/}. W grupie matek z wykształceniem niepełnym podstawowym występować mogą dodatkowo czynniki zwiększające ryzyko zgonu noworodka, takie jak warunki socjoekonomiczne, niepełnosprawność, patologia społeczna itp.

Zmniejszającemu się udziałowi przyczyn egzogenicznych umieralności niemowląt towarzyszy wzrost udziału przyczyn endogennych - zwłaszcza liczby zgonów spowodowanych wadami rozwojowymi rodzonymi /aneks 9/. W 1984

^{1/} Pozytywne zmiany są tu bardzo wyraźne; w 1975 roku różnice te były jeszcze większe - przy umieralności egzogenicznej między grupami skrajnego wykształcenia matek sięgały 1000% /przy wykształceniu wyższym 2,9, wśród matek z wykształceniem niepełnym podstawowym 21,1 na 1000 urodzeń żywych/.

roku udział wad wrodzonych wśród przyczyn zgonów niemowląt kształtował się na poziomie roku 1970 /5,0 na 1000 urodzeń żywych/. W 1985 roku nastąpił niewielki spadek /do 4,8/.

Problem wad wrodzonych wykracza poza zagadnienie umieralności niemowląt. Brak na ten temat ogólnie dostępnych danych, ale potoczna obserwacja sygnalizuje wzrost liczby dzieci rodzących się z wadami. Klonowicz i współautorzy wskazują, że do czynników sprawczych wysokiego poziomu umieralności niemowląt zaliczyć trzeba pogarszanie się stanu zdrowia kobiet, szerzenia się wśród nich nałogu palenia tytoniu, pogarszanie się sytuacji ekologicznej, złe warunki pracy pewnej części kobiet.

Zastanawiając się nad przyczynami wysokiej umieralności niemowląt w Polsce i możliwościami profilaktyki, warto również skonfrontować interesujące nas zjawisko ze stanem infrastruktury służby zdrowia - wskaźnika zatrudnienia lekarzy /na 10000 mieszkańców/ i łóżek w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej /na 10000 mieszkańców/ w Polsce i innych krajach /aneks 10/. Porównanie jest dość zaskakujące: wiele krajów dysponujących mniejszą bądź zbliżoną liczbą lekarzy na 10000 mieszkańców ma współczynnik umieralności niemowląt zdecydowanie niższy niż w Polsce. Podobne wnioski nasuwają się również po uwzględnieniu łóżek w szpitalach. Oczywiście nie oznacza to, że Polska dysponuje wystarczającą liczbą lekarzy, a tym bardziej łóżek, zwłaszcza na oddziałach ginekologicznych.

W raporcie o sytuacji demograficznej w Polsce w 1984 r. czytamy: "Jeśli zagrożenie te /czynniki sprawcze wysokiego poziomu zgonów niemowląt/ - dzięki wysiłkom służby zdrowia - nie wywołują obecnie wzrostu umieralności niemowląt, to należy przypuszczać, że ich skutki ujawnią się w przyszłości w pogarszającym się stanie zdrowia dzieci i młodzieży oraz w przedwczesnej umieralności dorosłych.

W świetle zaprezentowanych danych możliwości zmniejszenia poziomu umieralności niemowląt w Polsce w najbliższych latach są niewielkie. Postępujący spadek umieralności egzogenicznej wraz ze wzrostem wykształcenia to wskazanie potencjału umożliwiającego zmniejszenie liczby przyczyn umieralności poprzez szerzenie wiedzy na temat higieny ciąży i pielęgnacji dziecka do pierwszego roku życia. Bardzo istotne byłoby też stylizowanie wzrostu kultury życia seksualnego i budowanie odpowiedzialności za przekazywanie życia. Brak natomiast takich widocznych rezerw sprzyjających zmniejszeniu umieralności endogenicznej.

Ma zagadnienia zdrowia kobiety jako matki znaczenie ma również z pewnością problem zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem, będący, jak się zdaje, częściej wynikiem niedostatecznej opieki lekarskiej niż złego stanu zdrowia. W Polsce wskaźnik tych zgonów kształtuje się na poziomie 0,2 na 100000 ludności /1985 rok/. W 1982 roku było 98

zgonów kobiet - 0,3 na 100000, a na 100000 żywc urodzonych 13,9.

W porównaniu z innymi krajami wskaźniki te kształtują się w granicach niskich. /aneks 11 i 12/. Głównymi przyczynami zgonów z tej grupy są krwotoki, posocznica, uszkodzenie macicy, zatory wodami płodowymi lub powietrzane. Zaznaczyć trzeba, że w grupie tej znajdują się również zgony w następstwie przerwania ciąży, choć nie są one nigdzie osobno przedstawiane i nie wiadomo, jaki jest ich udział wśród zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem.

5. Polityka ludnościowa a rodzicielstwo

Różne są definicje polityki ludnościowej, zwanej też czasem polityką demograficzną. Najogólniej można powiedzieć, że jej celem jest oddziaływanie na liczbę i jakość ludności; bardziej precyzyjnie jest to świadoma działalność zmierzająca do wywołania określonych efektów w sferze stosunków demograficznych. Określa się współcześnie, że długofalowym celem tak rozumianej polityki ludnościowej jest dążenie do możliwie szybkiego osiągnięcia ustabilizowanego modelu reprodukcji ludności na poziomie przekraczającym prostą zastępowalność pokoleń.

Zasady podstawowe polityki ludnościowej to celowość, humanizm, elastyczność, spójność, długofalowość i konsekwencja w działaniu. Wydaje się, że w minionych latach wiele z tych zasad nie było zachowanych, niektóre bardzo słabo rozumiane. Przede wszystkim w działaniach wpływających na strukturę demograficzną w Polsce powojennej brak jasno sprecyzowanego celu.

Ten brak pociągnął za sobą naruszenie zasad długofalowości, konsekwencji i spójności. Wymowa działań pronatalistycznych po wojnie, później wyraźnie antynatalistycznych i ponownie pronatalistycznych pod koniec lat 70-tych spotęgowała istniejące zdeformowania struktury demograficznej. Również zasada humanizmu w kontekście stosowanych głównie instrumentów ekonomicznych polityki ludnościowej i, w sposób szczególny, ustawy o dopuszczalności przerywania ciąży wydają się dość słabo rozumiane.

Ustawa ta stoi w sprzeczności z wiedzą o początkach życia ludzkiego i międzynarodowymi deklaracjami ratyfikowanymi przez Polskę: "Zachowamy najwyższy szacunek dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia" /Deklaracja Genewska uchwalona w 1949 roku, cytowane za: B.Haring "W służbie człowieka", IW PAX Warszawa 1975, s.38/; "Dziecko winno korzystać z dobrodziejstw opieki społecznej. Winno mieć prawo do wzrostu i rozwoju w zdrowiu; w tym celu dziecko i jego matka winny mieć zapewnioną specjalną opiekę i ochronę zarówno w okresie przed urodzeniem jak i po urodzeniu" /Deklaracja Praw Dziecka z 1959 roku, cyt. za: M.Balcerek "Prawa

"Dziecka", PWN, Warszawa 1986, s.520/.

Fakt, że większość krajów świata wprowadziła również podobne ustawy, nie może zmienić ich ogólnej, antyhumanitarnej wymowy. Usunięcie ciąży w zdecydowanej większości następuje z tzw. społeczno-ekonomicznych /mieszkańczych i finansowych/ i psychospołecznych przyczyn. Rozwiązywanie trudnych problemów społecznych przez odwoływanie się do przemocy jest najłatwiejszym sposobem pozbywania się tych problemów w skali społecznej i przerzucenia ich konsekwencji na jednostki /wskazywałam już wcześniej na wpływ sztucznych poronień na zdrowie kobiety i następnych pokoleń/.

Polityka ludnościowa w Polsce wydaje się często lawirować na krawędzi między polityką a manipulacją. Jedną z cech charakterystycznych polskiej polityki - manipulacji - ludnościowej jest niemal wyłączne ograniczanie się do ekonomicznych oddziaływań na indywidualne decyzje prokreacyjne rodzin^{1/}.

Wśród instrumentów pronatalistycznych okresu powojennego i lat 70-tych wymienia się rozwiązania dotyczące płatnych urlopów macierzyńskich. Wydaje się, że powinno się je traktować raczej jako zwykłe, należne kobiecie-matce uprawnienia, jednakże tryb ich wprowadzania przemawia za instrumentalnym podejściem w tej kwestii /wszystkie przepisy dotyczące płatnych urlopów macierzyńskich wprowadzane były w okresie działań natalistycznych, w celu zwiększenia liczby urodzeń/.

Także problematyka zasiłku wychowawczego jest potwierdzeniem tezy, że w Polsce polityka ludnościowa to przede wszystkim manipulacja instrumentami ekonomicznymi. Rzecz znamienna - w kraju o ustroju, którego największym dobrem ma być człowiek, uznanie, że jego wychowanie w najmłodszych latach jest istotną funkcją kobiety w społecznym podziale pracy było tylko chwilowe. Można dziś śmiało powiedzieć, że płatne urlopy wychowawcze umarły śmiercią naturalną zachowując swoje znaczenie niemal wyłącznie w przypadkach samotnego macierzyństwa. Do zaniku zasiłku wychowawczego doprowadziła dysproporcja między średnim dochodem na członka rodziny uprawniającym do jego otrzymania a minimum socjalnym^{2/}.

^{1/} Rzeczywista wartość ekonomiczna tych oddziaływań /efektywność/ była niewielka; stąd niektórzy twierdzą, że rysem głównym polskiej polityki ludnościowej jest oparcie się na propagandzie bez instrumentów ekonomicznych

^{2/} Zasiłek wychowawczy w zależności od dochodu na osobę w rodzinie pracownicy wynosi miesięcznie kwotę równą: 1/ 100% najniższego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego pracowników, jeżeli dochód nie przekracza 2400 zł.; 2/ 75% najniższego miesięcznego wynagrodzenia pracowników, jeżeli dochód przekracza 2400 zł, lecz nie przekracza 3000 zł.; 3/ 50% najniższego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego pracowników, jeżeli dochód przekracza 3000 zł, lecz nie przekracza 3600zł. Zasiłek wychowawczy nie może przekraczać kwoty miesięcznego wynagrodzenia pracowników. Pracownica samotnie wychowująca dziecko otrzymuje zasiłek wychowawczy w podanej wyżej wysokości powiększonej o 100% oraz o dodatkową kwotę 250 zł. Zasiłek wychowawczy bez tej dodatkowej kwoty również

Wreszcie najbardziej drażliwa i kontrowersyjna sprawa wykorzystania ustaleń prawnych dotyczących sztucznych poronień w charakterze instrumentu polityki ludnościowej. Czas wprowadzenia ustawy /1956 rok/ wskazuje na jej cel, jakim było zahamowanie powojennego wyżu demograficznego, który rzeczywiście załamał się ostatecznie na przełomie lat 50-tych i 60-tych^{1/}. Przypomnijmy, że właśnie w 1959 roku wydane zostało drugie rozporządzenie wykonawcze do ustawy z 1956 roku, które w istotnym stopniu znosiło pewne "utrudnienia" dokonania zabiegu przerwania ciąży. Znosiło ono:

- 1/ konieczność pisemnego oświadczenia o warunkach życiowych./ § 1 punkt 2/;
- 2/ obowiązek weryfikacji budzących wątpliwość oświadczeń;
- 3/ zakaz wykonania zabiegu przez lekarza, który wydał orzeczenie o dopuszczalności przerwania ciąży.

Ustawa jako "instrument" polityki ludnościowej, narzucona społeczeństwu o dużej jednorodności światopoglądowej, nosiła ponadto znamiona środka laicyzacji tego społeczeństwa, elementu walki ideologicznej. Niemniłą otoczką tej sprawy były wyraźne oddziaływania propagandowe środków masowego przekazu, mające na celu skojarzenie akceptacji zabiegów przerywania ciąży z postępowością i nowoczesnością. Współwystępowało to zresztą z tak wyraźnym preferowaniem modelu rodziny małodzietnej, że zaoocowało powstaniem postaw, które wielodzietność utożsamiały z niskim poziomem kulturalnym, wręcz z zacofaniem, a postępowość z posiadaniem małej liczby dzieci lub bezdzietnością.

Cechy manipulacji noszą też w pewnym stopniu lansowane modele "samorealizacji człowieczeństwa kobiety" w zależności od potrzeb demograficznych. I tak, najpierw wyjście kobiet z domu było ich wyzwoleniem spod dominacji mężczyzny i czyniło je "kimś" pełnowartościowym i godnym szacunku członkiem społeczeństwa. Później, gdy rynek pracy był w miarę na-

nie może przekraczać kwoty miesięcznego przeciętnego wynagrodzenia pracowników.

Według ustaleń Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych w 1986 r. w czteroosobowym gospodarstwie domowym minimum socjalne wynosiło 8720 zł na osobę.

- 1/ W pierwszym zdaniu ustawy stwierdza się, że jej celem jest ochrona zdrowia kobiety /ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zasadach dopuszczalności przerywania ciąży, Dziennik Ustaw nr 12 poz.61/. W kontekście omówionych następstw zdrowotnych /dopuszczenie tak szerokiej możliwości decyzji o sztucznych poronieniach/ cel ten nie wydaje się najbardziej odpowiadający prawdzie.

syony kobiecą siłą roboczą, dla zmniejszenia aktywizacji zawodowej kobiet, wprowadzono płatny dwuletni urlop wychowawczy, który następnie, gdy brakuje rąk do pracy, "obumiera". Warto tu dodać, że obecne pięciolecie charakteryzuje największy po wojnie przyrost ludności w wieku produkcyjnym - o 325 tys. osób.

Rodzicielstwo nie jest współcześnie jedyną rolą kobiety. Nie jest też rolą jej przypisaną z natury. W coraz większym stopniu staje się zadaniem wybranym, choć wybór ten nie zawsze jest w pełni wolny /wymuszają go rozmaite czynniki ekonomiczne, społeczne, psychiczne i medyczne/. Z drugiej strony rodzicielstwo pozostało istotną potrzebą kobiety i małżeństwa.

Jest też, mimo że często próbuje się je "wrzucić" do kręgu spraw wyłącznie prywatnych, potrzebą ogólnej społeczności /narodu, państwa/. Ten specyficzny prywatno-społeczny charakter rodzicielstwa wymaga, jak się zdaje, dowartościowania. Dla całego społeczeństwa jest też szczególnie istotne zdrowie kobiety, bo "zdrowa matka to zdrowe dziecko".

Zdrowie to jest we współczesnym świecie bardzo zagrożone. Część zagrożeń dotyczy całej ludzkości, choć w naszym kraju są one szczególnie dramatyczne /zatrucie środowiska/. Znaczna część zagrożeń w sposób szczególny dotyka właśnie kobiety, a poprzez nie następne pokolenia. Co więcej, część zagrożeń nie wydaje się abnolutnie koniecznym dodatkiem cywilizacyjnym. Chodzi mi tu np: o kwestię kontroli płodności, która może być ekologiczna, o problem przerywania ciąży, który mógłby być zminimalizowany, gdyby w obu sytuacjach nie sprowadzono zagadnienia do kwestii światopoglądowych:

Oddziaływanie na jakość struktury demograficznej nie może być celem uświęcającym wszystkie środki. W dziedzinie kształtowania własnej rodziny zbyt często czujemy się /jako kobiety, tu i teraz/ przedmiotem oddziaływania, a nie podmiotem. Przecież według słów wielkiego /myślę, że dla wszystkich, niezależnie od światopoglądu/ ożłowieka - Jana Pawła II - "przyszłość idzie przez rodzinę".

MEMORIAL W SPRAWIE PLANOWANIA RODZINY W POLSCE

I. Wstęp

Świadomi szkodliwych następstw legalizacji przerwania ciąży dokonanej przed 25-laty, jesteśmy głęboko zaniepokojeni propozycją utrzymania dopuszczalności przerwania ciąży z powodu "trudnych warunków życiowych kobiety ciężarnej". Taka propozycja jest zawarta w "Wstępnym projekcie ustawy o ochronie zdrowia" /lipiec 1980, art. 133, p.2.1b/. Projekt ten, podobnie jak ustawa sprzed 25 lat, całkowicie pomija problem pomocy kobietom znajdującym się w trudnych warunkach życiowych, w tym także w ochronie macierzyństwa, kobieta w trudnych warunkach życiowych otrzymuje propozycję zniszczenia potomstwa jeszcze przed jego urodzeniem.

Zupełnie lekceważy się obiektywny fakt naukowy, że życie istoty ludzkiej zaczyna się w momencie zapłodnienia. Niewiadnie współczesna genetyka wykazała niezbicie, że od chwili zapłodnienia obecne są w obrębie zygoty wszystkie cechy dziedziczne, a do dalszego rozwoju nowa istota ludzka wymaga tylko pożywienia i czasu. Wiąże się z tym niezgodność zarówno wymienionego powyżej projektu, jak i dotychczas działającej ustawy legalizującej przerwania ciąży z "Faktami praw człowieka", ratyfikowanymi przez PRL. Fakty te mówią, że "każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia" /cz.III, art.6, p.1/. Ponadto prawo cywilne PRL umożliwia dziedziczenie spadku po ojcu zmarłym wkrótce po poczęciu dziecka /art. 927, § 2, KC/, traktując tym samym poczętą istotę ludzką jako osobę prawną.

Projekt ustawy nazywającej się "ustawą o ochronie zdrowia" w art. 133 całkowicie pomija oczywisty fakt potencjalnej szkodliwości każdego przerwania ciąży dla zdrowia psychicznego i fizycznego kobiety. Wiele kobiet zgłaszających się w celu przerwania ciąży nie zdaje sobie sprawy zarówno z istoty tego "zabiegu" jak i jego następstw. Brak ustawowego obowiązku informowania kobiet o tych sprawach, jak również materialne zainteresowanie ginekologów - pracujących w gabinetach prywatnych i w spółdzielniach lekarzy specjalistów w wykonywaniu przerwania ciąży, wainie przyczyniło się do ich rozpowszechnienia. Brakiem konsekwencji ustawodawcy jest umożliwienie wykonywania przerwania ciąży za wysokie opłaty u kobiet pozostających w "trudnych warunkach życiowych".

II. Niektóre skutki legalizacji przerwania ciąży

1/ Po legalizacji przerwania ciąży przed 25-laty ilość ich wybitnie wzrosła przekraczając liczbę porodów. Obecnie szacuje się liczbę przerwania ciąży na 700 000 do 800 000, a nawet milion rocznie.

2/ Niepłodność występuje u co siódmej kobiety po przerwaniu pierwszej

ciąży, a u co dziesiątej kobiety po przerwaniu jednej z następnych ciąż. W związku z powyższym co najmniej 70 000 do 100 000 kobiet polskich jest legalnie ubezpieczanych w każdym roku.

3/ Ciąża pozamaciczna występuje u 3,5% kobiet, u których dokonano przerwania ciąży, a tylko u 0,5% kobiet, u których nie dokonano przerwania ciąży. Oznacza to, że przerwanie ciąży u 700 000 kobiet zwiększa u nich możliwość wystąpienia ciąży pozamacicznej z 3 500 do 24 000 przypadków. To znaczy, że masowe wykonywanie przerwania ciąży w każdym roku powoduje zwiększenie ryzyka wystąpienia ciąży pozamacicznej o 21 000 przypadków - wymagających pilnej interwencji operacyjnej i przetaczania krwi.

4/ Szczególnego podkreślenia wymaga fakt czterokrotnie większej śmiertelności okołoporodowej dzieci urodzonych przez matki, które uprzednio miały przerwania ciąży. Zwiększona śmiertelność tych noworodków jest spowodowana częstszym występowaniem u nich wcześniactwa i choroby hemolitycznej, jak również krwawień u matki spowodowanych łożyskiem przeduradującym. Nasuwa się wniosek, że tzw. chciane dzieci kobiet, które uprzednio miały przerwania ciąży, są słabsze biologicznie.

5/ Ogromnie ważne, chociaż trudne do wyrażenia w cyfrach są skutki psychologiczne i społeczne przerwania ciąży. Współudział kobiety w zniszczeniu życia swojego dziecka jest przyczyną głębokich konfliktów sumienia oraz nerwów i frustracji. Wpływa także niszcząco na związki uczuciowe między małżonkami, prowadząc często do rozwodów. Dziecko, świadome zniszczenia życia rodzeństwa przez rodziców, może odczuwać do nich głęboki żal lub przejawiać agresję. To wszystko zwiększa trudności wychowawcze. Przerwania ciąży są więc plagą społeczną niszczącą więzi społeczne podobnie jak alkoholizm.

6/ Łatwość wykonywania przerwania ciąży stanowiła istotną przeszkodę w upowszechnieniu planowania rodziny, rozumianego jako planowanie ciąży.

7/ Niedopuszczenie informacji o szkodliwości przerwania ciąży do szkolnych programów nauczania, jak również do środków masowego przekazu jest następstwem uznania wykonywania przerwania ciąży za normę postępowania. Spowodowało to upowszechnienie postaw lekkożylnych i nieodpowiedzialnych, a tym samym obniżenie się poziomu moralnego społeczeństwa.

8/ Materialne zainteresowanie niektórych ginekologów w wykonywaniu przerwania ciąży jest przyczyną licznych przypadków nielegalnego przerywania zaawansowanej ciąży /powyżej 12 tygodni/, co jest szczególnie niebezpieczne dla zdrowia i życia kobiety.

9/ Dla równowagi wypowiedzi należy podkreślić, że niektórzy lekarze, zdając sobie sprawę z wagi problemu, informowali kobiety zgłaszające się do przerwania ciąży o istocie i powikłaniach tego "zabiegu". Niestety, presja wywierana na takich lekarzy powodowała eliminowanie ich z pracy

W zakresie ginekologii. Sporadyczne informacje o szkodliwości przerwania ciąży nie mogły zrównoważyć lawiny propagandowych wypowiedzi popartych ustawą legalizującą takie postępowanie. Także praktyka podpisywania przez kobiety żądającej przerwania ciąży oświadczenie zawierające informację o powikłaniach i następstwach przerwania ciąży została wprowadzona tylko do nielicznych oddziałów ginekologicznych i przeważnie była traktowana w sposób formalny.

10/ Negatywne skutki demograficzne masowych przerwania ciąży były szeroko dyskutowane w ostatnich latach. Spowodowały one pogorszenie struktury wiekowej ludności, polegającą na spadku liczebności kolejnych roczników dzieci, a w dalszej kolejności spadek przyrostu ludzi zdolnych do pracy i posiadania potomstwa, z jednoczesnym zwiększeniem odsetka ludzi starych - wymagających alimentacji. Wiąże się to z upowszechnieniem się społecznych postaw przeciwnych posiadaniu potomstwa.

III. Konieczność uchylecia ustawy legalizującej przerwania ciąży

Ustawa legalizująca przerwania ciąży musi być uchylona, ponieważ zniszczenie życia niewinnej istoty ludzkiej podnosi do rangi normy społecznej. Mamy moralny obowiązek żądać, aby przepisy prawne stały na straży dobra, a nie zła, spełniając zadania wychowawcze, a nie deprawujące. Należy zmienić przepisy prawne tak, aby przerwanie ciąży zostało jednoznacznie określone jako czyn karygodny, chociaż nie zawsze musiałby on być czynem karnym. Nie byłyby więc karalne przerwania ciąży wykonywane w szpitalach z powodu bezpośredniego zagrożenia życia matki.

Jednak ostateczna decyzja powinna należeć do matki, która ma prawo do podjęcia bohaterkiej decyzji kierując się miłością do swego dziecka. Należy pamiętać, że przerwania ciąży zawsze obciążają sumienia zarówno rodziców, jak i wykonawców "zabiegu"; nikt i nic nie może zwolnić ich od odpowiedzialności w sumieniu za ten czyn, nawet przy obecności okoliczności łagodzących.

Zaprzestanie przerwania ciąży powinno wiązać się z planowaniem rodziny rozumianym jako planowanie ciąży /planowanie poczęć/. Należy pamiętać, że każde przerwanie ciąży jest końcowym ogniwem długiego łańcucha patologii społecznej i dlatego w pewnym sensie obsiada nas wszystkich. Natomiast kobieta przerywająca ciążę jest nie tylko sprawcą karygodnego czynu, ale także ofiarą ponoszącą liczne szkodliwe następstwa przerwania ciąży. Uważamy, że działanie wymiaru sprawiedliwości, podobnie jak i działanie całego społeczeństwa powinno przede wszystkim skoncentrować się na usuwaniu przyczyn tej patologii społecznej.

Przeciwdziałanie pładze przerwania ciąży podobnie jak każdej innej pladze - jest sprawą nie tylko ważną, ale także bardzo pilną. Z tego powodu -

do czasu uchycenia przez Sejm ustawy legalizującej przerwania ciąży - proponujemy niezwłoczne wprowadzenie przez władze resortowe szeregu przepisów prawnych ograniczających działanie ustawy

1/ Zakaz wykonywania przerwania ciąży w gabinetach prywatnych i w spółdzielniach specjalistów, w celu usunięcia zainteresowania materialnego w wykonywaniu tego proceduru.

2/ Zobowiązanie ginekologów do przeprowadzania rozmowy wyjaśniającej istotę i powikłania przerwania ciąży, wraz z pokazaniem stosownych ilustracji każdej kobiecie ciężarnej zgłaszającej się do przerwania ciąży. Fakt poinformowania kobiety powinien być potwierdzony przez kobietę podpisaniem oświadczenia odpowiedniej treści. Ponadto każda taka kobieta powinna otrzymać broszury omawiające problem przerwania ciąży oraz planowania rodziny.

3/ Wprowadzić karami nakłaniania lub przymuszania do przerwania ciąży także w przypadku, kiedy osobą nakłaniającą jest lekarz lub osoba spokrewniona i spowinowacana.

4/ Wprowadzić zakaz przymuszania lekarzy specjalizujących się w zakresie ginekologii do wykonywania przerwania ciąży, jeżeli jest to sprzeczne z ich sumieniem.

IV. Propozycje dotyczące planowania rodziny

1/ Jedyną szansą szybkiego upowszechnienia planowania rodziny, rozumianego jako planowanie ciąży, jest rozpowszechnienie naturalnych metod planowania rodziny. Należy tu między innymi metoda termiczno-objawowa, oraz metoda owulacyjna Billingsów. Są to metody wysoko oceniane przez Światową Organizację Zdrowia, ponieważ są skuteczne, nieszkodliwe, tanie i łatwe w zastosowaniu. Wymagają jedynie osobistej dyscypliny. Znajomość ich może być przekazywana w sposób właściwy także przez odpowiednio przeszkolonych ludzi, nie mających wykształcenia medycznego. Zastosowanie tych metod nie wymaga żadnych trudno dostępnych środków, ani badań specjalistycznych, ani laboratoryjnych. Postęp w zakresie endokrynologii rozrodu dostarczył głębokich podstaw naukowych dla naturalnego planowania rodziny. Metody naturalnego planowania rodziny znalazły wielu entuzjastycznych zwolenników na całym świecie, oczywiście - także i w naszym kraju.

2/ Konieczne jest rozpowszechnianie drukowanych w dużych nakładach książek i broszur - przystępnie napisanych dla potrzeb poradnictwa rodzinnego.

3/ Należy wprowadzić nauczanie naturalnych metod planowania rodziny do obowiązkowego programu nauczania wszystkich akademii medycznych oraz wszystkich średnich szkół medycznych.

4/ Podobna tematyka powinna być uwzględniona także w obowiązujących

programach nauczania ósmych klas szkół podstawowych oraz wszystkich ponadpodstawowych.

5/ Celowe byłoby utworzenie nowej organizacji społecznej zajmującej się: a/ upowszechnianiem planowania rodziny w oparciu o naturalne metody planowania rodziny; b/ akcją uświadamiającą społeczeństwo o istocie przerwań ciąży oraz o ich szkodliwych następstwach; c/ upowszechnianiem informacji o bieżącej sytuacji demograficznej kraju; d/ pomocą w otaczaniu opieką kobiety ciężarnej, szczególnie samotnej lub znajdującej się w trudnej sytuacji życiowej. Organizacja ta miałaby status organizacji wyższej użyteczności społecznej.

Obecnie istniejące Towarzystwo Rozwoju Rodziny sprofilowało swoje działanie do upowszechniania niektórych sposobów sztucznej antykoncepcji, możliwych do zastosowania wyłącznie przez specjalistów ginekologów, nie angażując się w upowszechnianie naturalnych metod planowania rodziny.

Uważamy, że jest wystarczająco dużo ludzi w Polsce zaangażowanych społecznie w upowszechnienie metod naturalnych planowania rodziny, aby proponowana przez nas organizacja spełniła pokładane nadzieje. Zrzeszeni w tej organizacji instruktorzy planowania rodziny byłiby zobowiązani do stałego podnoszenia i weryfikacji swoich kwalifikacji oraz wdrażania w życie najnowszych osiągnięć wiedzy światowej w tym zakresie.

Osiągnięte kwalifikacje mogłyby wykorzystywać prowadząc co najmniej część lekcji szkolnych z wychowania do życia w rodzinie oraz wykładając podczas kursów organizowanych przez siebie, lub organizowanych przez domy kultury, kluby, Ligę Kobiet, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej i inne. Oczywiście wymienieni instruktorzy udzielaliby także porad indywidualnych zainteresowanym osobom w organizowanych przez siebie punktach konsultacyjnych.

V. Model rodziny

Jednocześnie z upowszechnianiem planowania rodziny, konieczne jest kształtowanie postaw przychylnych posiadaniu potomstwa, co najmniej w ilości zapewniającej zastępowalność pokoleń. Należy pamiętać, że niezależnie od wielkości przyrostu naturalnego ponad 20% kobiet nie pozostawia potomstwa, a znaczny odsetek małżeństw posiada tylko jedno dziecko. Wobec tego małżeństwa zdrowe pod względem biologicznym i społecznym powinny dążyć do posiadania co najmniej 3 lub 4 dzieci.

Jeżeli ten cel osiągnie około 40% małżeństw, / łącznie z kobietami samotnymi posiadającymi potomstwo/, wówczas będzie spełniony postulat zastępowalności pokoleń. To znaczy, że dopiero wówczas osiągnie się średnią statystyczną dwojga dzieci urodzonych przez jedną kobietę. Jest to postulat minimalny, którego osiągnięcie jest konieczne dla zapewnienia

istnienia narodu. Natomiast dla harmonijnego rozwoju społecznego i gospodarczego konieczny jest pewien wzrost liczebności mieszkańców Kraju. W związku z postępowaniem urbanizacji model rodziny w miastach zadecyduje o przyszłości demograficznej Polski.

VI. Problem mieszkaniowy

Wielkość rodziny w miastach jest limitowana małą powierzchnią budowanych mieszkań. Aby uwzględnić potrzeby rodzin posiadających troje lub czworo dzieci oraz rodzin trójpokoleniowych, co najmniej 40-50% budowanych mieszkań powinna mieć metraż należny dla 5 lub 6 osób /dotychczas buduje się takich mieszkań mniej niż 10%/. Oczywiście czas wyczekiwania na mieszkanie musi być wybitnie skrócony.

VII. Świadczenia socjalne

1/ Dodatki rodzinne muszą mieć charakter progresywny i powinny być odpowiednio wysokie, tak aby urodzenie kolejnego dziecka nie spowodowało obniżenia dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny poniżej minimum socjalnego. Oczywiście wysokość dodatku rodzinnego powinna wzrastać w miarę wzrostu cen artykułów pierwszej potrzeby /wzrost wielkości dodatku drożyznianego w zależności od ilości osób pozostających na utrzymaniu pracownika/.

2/ Konieczny jest rozwój świadczeń socjalnych dla kobiet ciężarnych, szczególnie chorych lub samotnych. Między innymi konieczny jest rozwój sieci domów samotnej matki i małego dziecka. Domy te powinny także ułatwiać adopcję dzieci przez małżeństwa, jeżeli uzyska się na to zgodę samotnej matki.

3/ Wydłużenie do roku czasu płatnych urlopów macierzyńskich oraz przyznanie wysokiego dodatku rodzinnego na niepracującą żonę, która wychowuje dzieci w wieku przedszkolnym, ma głębokie społeczne i ekonomiczne uzasadnienie.

VIII. Problem sterylizacji

Proponowana we "Wstępnym projekcie ustawy o ochronie zdrowia" /lipiec 1980, art.134/ sterylizacja "na życzenie osoby zainteresowanej" nie może być wprowadzona w życie, podobnie, jak nie można wykonywać na życzenie żadnego innego zabiegu powodującego ciężkie kalectwo.

Tekst zredegował dr n.med. Zbigniew Szymański

Powyższy memoriał, po uprzednim zapoznaniu się i przedyskutowaniu został przyjęty uchwałą Komisji Zakładowej NSZZ "Solidarność" przy Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie podczas zebrania w dniu 3 lutego 1981 roku celem przekazania niżej wymienionym instytucjom:

1. Cb. Minister Zdrowia;
2. Sejm PRL: Cb. Marszałek Sejmu;
Komisja d/s Służby Zdrowia;
Koło Poselskie "Znak";
3. Komitety Zakładowe NSZZ "Solidarność" wszystkich Akademii Medycznych;
4. Regionalne Międzyzakładowe Komisje Robotnicze NSZZ "Solidarność";
5. Redakcje: "Jedność"
"Solidarność"
"Życie Warszawy"
"Polityka"
"Tygodnik Powszechny";
6. Sekretariat Episkopatu Polski.

Opinia wydana przez przedstawiciela Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego na temat
"Memoriału w sprawie planowania rodziny w Polsce"

"Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie inicjowało przed 25 laty ustawy o depuszczalności przerwy ciąży. Natomiast na naszym piśmie ciąży, służyła wiązki wynikające z tej ustawy. Ogólnie biorąc uważamy, że obowiązująca ustawa jest humanitarna i jest wyrazem postępu życia społecznego. Natomiast wykonawstwo jej zarówno ze strony społeczeństwa naszego kraju, jak i ze strony pionu medycznego dalekie jest od dojrzałości. Wysiłki zastąpienia przerwy ciąży niepożądaną przez dobrą antykoncepcją właściwie nigdy nie zostały zorganizowane.

Dane medyczne i statystyczne zawarte w p. II 1, 2, 3, 4, niewiele mają wspólnego z poważnymi doniesieniami fachowymi. W ogóle w sprawie przerywania ciąży obserwuje się na świecie, a ostatnio w skrajnie nasilonej formie w naszym kraju, manipulacje ogłaszanych pracami naukowymi zależnie od światopoglądu. Wybiera się te, nieraz pojedyncze i niekompetentne doniesienia, które są zgodne z założeniami z góry ustalonymi, wynikającymi ze światopoglądu autora.

Demagogiczne propagowanie tylko tzw. biologicznych sposobów zapobiegania niepożądaną ciąży jest jawnym naruszeniem naukowych ustaleń odnośnie jajczkowania u kobiet. Sympozyja naukowe, także w naszym kraju przed kilku laty w Gdańsku, wyraźnie wskazują, ile jeszcze niejasności pozostaje, jeżeli chodzi o jajczkowanie u kobiet. Zresztą praktyka wykazuje, jak dalece niepewne i niedoskonałe są tzw. biologiczne sposoby zapobiegania ciąży. Uważam, że poza propagowaniem szeroko reklamowanych natural-

nych metod antykoncepcji, równocześnie trzeba rozpowszechniać także sposoby, jak "pigulki antykoncepcyjne", kauczuczki wewnątrzmaciczne, a także globulki plemnikobójcze dopochwowe oraz przerzutywy".

Dr med. Zbigniew Szymeski
Szczecin

Odpowiedź na zarzuty zawarte w opinii ZG PTG
wobec "Memoriału w sprawie planowania rodziny w Polsce"

Zgodnie z decyzją Komisji Zakładowej przy Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie zostałem upoważniony do zajęcia stanowiska wobec zawartych tam zarzutów.

Autor opinii, mimo prośby Ministerstwa o ustosunkowanie się do zawartych w memoriale stwierdzeń fachowych, nie zajął stanowiska wobec wyrażonej we wstępie fundamentalnej prawdy naukowej. Mianowicie, "że życie istoty ludzkiej zaczyna się w momencie zapłodnienia" oraz, że "... współczesna genetyka wykazała niezbicie, że od chwili zapłodnienia obecne są w obrębie zygoty wszystkie cechy dziedziczne, a do dalszego rozwoju nowa istota wymaga tylko pożywienia i czasu".

Widocznie Autor opinii uznał te fakty za zbyt niewygodne, aby o nich mówić, a jednocześnie nie mógł im się przeciwstawić ze względu na ich oczywisty charakter. Tym niemniej Autor opinii narusza pośrednio te stwierdzenia fachowe, wyrażając pogląd, że ustawa legalizująca przerwanie ciąży "jest humanitarna". Jeżeli nie został zakwestionowany moment początku życia istoty ludzkiej, to według Autora opinii jest humanitarnym niszczenie życia niewinnych i bezbronnych istot ludzkich.

Autor opinii poszedł więc znacznie dalej od tych inicjatorów ustawy legalizującej przerwanie ciąży, którzy mówili, że ustawa jest złem koniecznym, które szybko przestanie funkcjonować w związku z upowszechnieniem umiejętności planowania rodziny.

Zainteresowanie materialne ginekologów w wykonywaniu przerwania ciąży oraz nie dopuszczanie do środków społecznego przekazu informacji o ich istocie i szkodliwych konsekwencjach spowodowało, że ani ginekolodzy, ani społeczeństwo nie miało wystarczającej motywacji, żeby zastąpić regulację urodzeń przez regulację poczęć.

Autor opinii z ramienia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego pisze, że wykonawstwo ustawy legalizującej przerwanie ciąży "zarówno ze strony społeczeństwa naszego kraju, jak i ze strony pionu medycznego dalekie jest od dojrzałości. Wysiłki zastąpienia przerwania ciąży niepożądaney przez dobrą antykoncepcję właściwie nigdy nie zostały

„zorganizowane”:

Masowa się pytań, czy jest to przyznanie się do winy, czy szukanie innych tak, gdzie ich nie ma. Przecież stosowanie większości środków antykoncepcyjnych wymaga kwalifikacji i uprzedzeń posiadających wyłącznie przez specjalistów ginekologów. Ponadto jesteśmy świadkami czterdziestoletniego okresu masopolu na propagowanie sztucznej antykoncepcji w środowach społecznego przekazu, szkolnictwie i organizacjach /m.in. w Towarzystwie Rozwoju Rodziny i w Polskim Towarzystwie Ginekologicznym/.

Jednak tym sposobem nie uzyskano istotnego postępu w planowaniu rodziny w Polsce. W świetle tych faktów trudno zrozumieć negatywne nastawienie autora opinii wobec propagowania naturalnych metod planowania rodziny, tym bardziej, że uległy one rozpowszechnieniu mimo braku poparcia oraz niedostatecznej ilości publikacji ukatufających ich poznanie.

Według Okólnika MLIOS z br. "w Polsce największy odsetek kobiet stosuje te metody":

Fakty zawarte w punktach 1,2,3,4 rozdziału II memoriału można streścić następująco: 1. przerwanie ciąży w Polsce są zjawiskiem masowym, 2. są one przyczyną licznych przypadków niepłodności kobiet oraz 3. powodują wybitny wzrost częstotliwości ciąży pozamacicznej, a także 4. dzieci kobiet, które uprzednio przeżywały przerwanie ciąży, wykazują większą śmiertelność okołoporodową, co jest spowodowane nieprawidłowościami w przebiegu następnym ciąży.

Wszystkie te fakty traktuję jako bezsporne, co najwyżej mogłyby być przedmiotem dyskusji dane cyfrowe, które częściowo opierały się na szacunkach, a częściowo na danych zagranicznych. Autor opinii odrzucił w całości wszystkie dane twierdząc, że "... niewiele mają wspólnego z poważnymi doniesieniami fachowymi". Używając tego zwrotu uniknął merytorycznego ustosunkowania się do niepodważalnych faktów.

Kwestionując wiarygodność wszystkich danych liczbowych ilustrujących opisywane zjawiska, nie podał własnych cyfr - uważanych za wiarygodne, ani nie podał źródeł, gdzie takie dane można uzyskać. Sądzę, że owocem dyskusji ma być przybliżenie się do prawdy, a nie zamknięcie osób mających odmienne poglądy.

Przedstawię teraz źródła przedstawianych danych liczbowych.

1. Najwcześniejszym i najpoważniejszym źródłem szacunku ilości przerwani ciąży rocznie jest "Memoriał Episkopatu Polskiego do Rządu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w sprawie zagrożeń biologicznych i moralnych Narodu Polskiego" z dnia 18.VI.1970 r., w którym w p.II.6 podano, że: "Ilość zabiegów przerwani ciąży przekracza liczbę urodzeń, zwłaszcza w dużych miastach. W skali rocznej liczba sztucznych poronień wynosi około miliona, a więc tak się ma do ilości żywych urodzeń, jak 2:11".

Zakładając, że w ostatnim dziesięcioleciu nastąpił pewien wzrost udziału doniesienia społeczeństwa w zakresie planowania rodziny, wydaje się prawdopodobne obniżenie tej liczby do granic podanych w raporcie /700-800 tys. rocznie/. Kształt wśród lekarzy, takich ginekologów, jest powszechny pogląd, że ilość sztucznych poronień przekracza ilość porodów, która w 1979 r. wynosiła 688,3 tysiące /Mocznik Statystyczny, 1980, str.49/.

2: Według doc. dr Barbary Trąbskiej-Kwiatkowskiej "... co 7 kobieta po zabiegu sztucznego przerwania ciąży staje się nieplodna..." /"Zapobieganie czy przerywanie ciąży", PZWL, Warszawa, 1974, str.9, publikacja ta została oceniona na polecenie Towarzystwa Planowania Rodziny/ Natomiast po przerwaniu jakiegokolwiek ciąży współczynnik dodatkowej bezpłodności osiąga dodatkowe 10% /wg Induced Abortion, A Document Report, Hilgers i Shearin, 1971, str.30, cytowana wg J.C. Milke, Handbook on abortion, Hiltz Publishing Co, 1973, Cincinnati, Ohio/. Oznacza to, że u mniej więcej co dziesiątej kobiety występuje bezpłodność w następstwie dokonanego uprzedniego przerwania ciąży.

3. Zwiększenie częstotliwości ciąży pozamajądziej z 0,5% do 3,5% wśród kobiet, które uprzednio przeżyły przerwanie ciąży, podane na podstawie: life or death /Hiltz and Hayes Publishing Co., Cincinnati, Ohio/. Dane te są zbliżone do publikowanych przez Sąd Najwyższy USA /Amicus Curiae Brief U.S. Supreme Court, 1971, Moran et al., cytowane wg J.C.Milke, Handbook on abortion, str.79/, gdzie podane wzrost częstotliwości ciąży pozamajądziej z 0,5% do 3,5% u kobiet po przebytym przerwaniu ciąży.

W.Dziemińska wykazała niższy, bo trzykrotny wzrost częstotliwości ciąży pozamajądziej u kobiet, które przeżyły przerwanie ciąży /Ginekol. Pol., 1973, XLIV, 9, 1003/. Wyniki tej pracy w pełni potwierdzają wybitny wpływ przeżytych przerwania ciąży na zwiększenie częstotliwości ciąży pozamajądziej.

4: Czerokrotny wzrost śmiertelności okołoporodowej dzieci urodzonych przez matki, które uprzednio miały przerwania ciąży, został podany zgodnie z wynikami innej pracy W.Dziemińskiej /Ginekol.Pol., XLIV, 10, 1143/. Wobec zarzutu opierania się na niekompetentnych doniesieniach, chciałbym zaznaczyć, że prace W.Dziemińskiej pochodzą z II Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych IGP AM w Warszawie - kierowanej przez wieloletniego konsultanta krajowego z zakresu położnictwa i ginekologii - prof. dr Ireneusza Roszkowskiego.

x/ Pależało pozakrzyżować się szacunkiem, ponieważ ze względów podatkowych nie jest rejestrowana większość sztucznych poronień wykonywanych w gabinetach prywatnych.

W ostatnio wymienionej pracy ponadto podano, że u noworodków urodzonych przez kobiety, które przeżyły przerwanie ciąży, stan ciężki i groźno-ciężki /oceniany wg Apgar/ występował 1,5 raza częściej a zaburzenia przebiegu okręgu noworodkowego dwa razy częściej. Natomiast porody nie-wczesne występują prawie trzy razy częściej a porody przedwczesne ponad dwa razy częściej u kobiet, które przeżyły sztuczne poronienie. Niekorzystnie na rozwój płodu wpływają krwawienia w czasie ciąży, które występują u tych kobiet prawie 5 razy częściej w I trymestrze ciąży i 7 razy częściej w II i III trymestrze ciąży.

W podsumowaniu można stwierdzić, że tak zwane chciane dzieci kobiet, które uprzednio miały przerwanie ciąży, są słabsze biologicznie od pozostałych dzieci. Wzrost częstości wcześniactwa z 5% do 15% u dzieci kobiet, które uprzednio miały legalnie wykonane przerwanie ciąży podaje Ian Donald z Glasgow /cytowane wg J.C.Willike, Handbook on abortion, str. 81/. Jest to bezpośrednią lub warunkową przyczyną ponad 50% śmierci podczas pierwszego miesiąca życia.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że zarzut Autora opinii z ramienia PTG o manipulowaniu ogłaszanymi pracami naukowymi zależnie od światopoglądu, jak również o wybieraniu pojedynczych i niekompetentnych doniesień, które są zgodne z założeniami z góry ustalonymi wynikającymi ze światopoglądu autora, są po prostu ujawnieniem własnej postawy życiowej. Natomiast odwoływanie się do prawdopodobnie innego światopoglądu autora memoriału jest zabiegiem niegodnym komentowania.

Me wiem, dlaczego ma być demagogiczne propogowanie przez niektórych ludzi tylko naturalnych metod planowania rodziny, gdy inni ograniczają się do propogowania sztucznej antykoncepcji. Wydaje się, że jest to sprawa wyboru i przekonania, a nie demagogii.

W odpowiedzi na zarzut o "jawnym naruszeniu naukowych ustaleń odnośnie jajeczkowania u kobiet", chciałbym zauważyć, że postęp wiedzy nieuchronnie wiąże się z wypieraniem starych poglądów. Dotyczy to nawet jednoznacznych ustaleń, a nie tylko takich "ustaleń" ??!, sprzed kilku lat, które "wyraźnie wskazują, ile jeszcze niejasności pozostaje, jeżeli chodzi o jajeczkowanie u kobiet".

W związku z powoływaniem się Autora opinii na sympozjum w Gdańsku uprzejmie informuję, że w czasopiśmie "Ginekologia Polaka" w czasie ostatniego dziesięciolecia nie znalazłem sprawozdania z sympozjum na temat owulacji /jajeczkowania/ u kobiet. Żadne z dotychczas organizowanych przez Sekcję Płodności i Niepłodności PTG sympozjum nie było poświęcone problemowi jajeczkowania u kobiet.

Oto tematy kolejnych sympozjów i konferencji organizowanych przez tę Sekcję: I. Czynniki męski w niepłodności małżeńskiej /Lublin, 1965 r./,

II: Niepłodność pochodzenia jajowodowego /Gaszak, 1964/, III: Mechanizmy warunkujące zapłodnienie komórki jajowej /Białowieża, 1975 r./, IV: Czynniki enzymowy w niepłodności u kobiet /Białowieża, 1975 r./, V: Czynniki męski w niepłodności /Lublin, 1978 r./, Być może, że wspomniane przez Autora opinie ustalenia dotyczące niejasności na temat jajeczkowania u kobiet zostały wypowiedziane na marginesie jakiegoś sympozjum poświęconego innej tematyce, ale wówczas mają też tylko marginesowe znaczenie.

Jako specjalista z zakresu endokrynologii mogę z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że dokonany w ostatnich latach postęp w zakresie endokrynologii rozrodu pozwala w sposób zadowalający wyjaśnić główne mechanizmy kierujące zjawiskiem jajeczkowania u kobiet. Dzięki temu naturalne metody planowania rodziny mogły osiągnąć wysoką skuteczność.

Najczęściej najwyższą skuteczność uzyskiwała metoda termiczna ściśle, która w przypadku unikania ciąży ogranicza współżycie płciowe do okresu niepłodności poowulacyjnej - wyznaczonej w każdym cyklu za pomocą pomiarów podstawowej temperatury ciała. Współczynnik nieplanowanych ciąży na 100 lat przy stosowaniu tej metody wynosił 0,8 w materiale G.K. Döringa /Deutsche Medizinische Wochenschrift 1967, 92, 23, 1055/, 1,0 w materiale C.Randu /Mittellung auf der Tagung der Wissenschaftlichen Gruppe der Welt - Gesundheits Organisation "Biology of Fertility Control by Periodic Abstinence", Genf, 1966, cytowane wg G.K. Döringa - jw./, oraz 1,2 w materiale J. Marshalla /Lancet, July 6, 1966, 8/. Wymienione wyniki badań trzech ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia wykazały wysoką skuteczność metody termicznej ściśle.

Metoda termiczna kombinowana, przy stosowaniu której jest uwzględnione współżycie płciowe zarówno w okresie niepłodności poowulacyjnej, jak i przedowulacyjnej, wykazuje nieco mniejszą skuteczność. Współczynnik nieplanowanych ciąży na 100 lat spowodowanych błędami metody wynosił w materiale G.K. Döringa 3,1, w materiale C.Randu 3,2, oraz w materiale J. Marshalla 5. Należy zaznaczyć, że Marshall stosował inną odmianę metody termicznej kombinowanej.

Dalszy postęp w rozwoju naturalnych metod planowania rodziny stanowi wprowadzenie metody termiczno-objawowej, w czasie stosowania której oprócz pomiarów podstawowej temperatury ciała stosuje się obserwację objawu śluzu poprzedzającego owulację. Według J. Ritzera współczynnik nieplanowanych ciąży przy stosowaniu tej metody wynosi 0,7 na 100 lat /Archiv für Gynäkologie 1966, 206, 195/.

Metoda owulacji Billingsów polega na umiejętności rozpoznawania okresów płodnych i niepłodnych na podstawie obserwacji jednego tylko objawu, mianowicie objawu śluzu. Podczas stosowania tej metody współczynnik nieplanowanych ciąży wynosi według różnych autorów od 0,5 do 2,9 na 100 lat

/S.Billings, A.Westmore, The Billings method, 1980, Anne O'Donovan, Victoria, Australia, str. 138/. Ma uzasadnienia błędów spowodowanych niewłaściwym przekazywaniem tej metody utworzono Światową Organizację Metody Billingsów.

Wysoka skuteczność szeregu naturalnych metod planowania rodziny dowodzi nieprawidłowości zawartego w opinii PTC stwierdzenia, że "...dalece niepewne i niedoskonałe są tzw. biologiczne sposoby zapobiegania ciąży". Chyba że Autor opinii miał na myśli metodę kalendarzykową, która jest jedyną wymienianą z nazwy metodą biologiczną w "Podręczniku ginekologii dla studentów" /red. prof.dr W.Michałkiewicz, PZWL, Warszawa, 1972 r./.

Metoda kalendarzykowa straciła swoje zastosowanie od co najmniej kilkunastu lat i ma już tylko historyczne znaczenie.

Tendencyjna i nierzetelna opinia wydana w imieniu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego daje jednoznacznie do zrozumienia, że nie podejmie się ono mecenatu nad rozwijaniem i rozprzestrzenieniem naturalnych metod planowania rodziny w Polsce.

Najwyższy już czas, żeby obok Towarzystwa Rozwoju Rodziny propagującego sztuczną antykoncepcję powstało odrębne stowarzyszenie o charakterze naukowo-społecznym, którego celem byłoby rozpowszechnianie naturalnych metod planowania rodziny.

ANEXS 2.

Zmiany w strukturze rodzin, według liczby dzieci

Rok	Liczba rodzin w tys.	Liczba dzieci w rodzinie w odsetkach ogółu rodzin				
		0	1	2	3	4 i więcej
<u>1970</u>						
ogółem	8197	20,5	30,9	27,1	12,6	8,9
miasto	4361	20,2	34,7	29,4	10,6	5,1
wieś	3836	20,9	26,5	24,5	15,0	13,1
<u>1978</u>						
ogółem	9435	22,1	34,8	28,2	9,6	5,3
miasto	5520	21,5	39,0	29,7	7,2	2,6
wieś	3915	23,1	28,8	26,0	13,0	9,1
<u>1984</u>						
ogółem	10087	23,2	34,0	28,7	9,6	4,5
miasto	6160	22,7	37,4	30,3	7,3	2,2
wieś	3927	23,8	28,8	26,2	13,1	8,1

Roczniki Statystyczne GUS

ANEXS 3

Współczynnik dzietności

Lata	Współczynnik		
	ogółem	miasto	wieś
1950	3,71	3,24	4,03
1955	3,61	3,18	4,02
1960	2,98	2,43	3,60
1965	2,52	1,92	3,28
1970	2,20	1,71	2,89
1975	2,27	1,77	3,18
1980	2,28	1,93	2,91
1981	2,24	1,91	2,83
1982	2,34	1,97	3,02
1983	2,42	2,14	2,90
1984	2,37	2,10	2,85
1985	2,33	2,03	2,55

ANEKS 4.

Zmiany w ocenie idealnej liczby dzieci w rodzinie
oraz w planowanej liczbie dzieci we własnej rodzinie

Badania	Przeciętna	
	idealna liczba dzieci w rodzi:	planowana liczba dzieci w rodzi:
Ankieta Rodzinna 1972		
ogółem	2,89	2,4
miasto	2,6	2,2
wieś	3,1	2,6
Ankieta Nowożeńców 1975	-	2,25
Ankieta Rodzinna 1977		
ogółem	2,7	2,2
miasto	2,5	2,0
wieś	3,0	2,5
Badania Krakowskie 1979		
Kraków	2,17	1,96
inne miasta	2,32	2,09
wieś	2,40	2,21

ANEKS 5:

Stosowane metody kontroli płodności
/w odsetkach małżeństw unikających ciąży/

Metody	Ankieta Rodzinna 1972	Ankieta Rodzinna 1977	Kraków 1979	Ankieta Rodzinna 1981
1. Stosunek przerywany	49,0	34,4	21,9	54,6
2. Kalendarzyk małżeński	29,0	35,0	37,1	21,9
3. Metoda termiczna	1,3	3,2	7,9	-
4. Prezerwatywa	12,3	15,1	17,9	-
5. Środki doustne	4,7	6,9	4,5	15,0 ⁺
6. Pozostałe	3,7	5,4	11,4	-

+ - łącznie ze spiralą domaciczną, która w poprzednich badaniach była w grupie "pozostałe".

Dla roku 1981 dane dotyczą tylko trzech najpopularniejszych metod.

ANEKS 6:

Dopuszczalność przerywania ciąży i gotowość usunięcia ciąży
"niechcianej" w własnej rodzinie
/w odsetkach badanych/

Rok	Dopuszczalność w ogóle	Gotowość usunięcia ciąży we własnej rodzinie
Ankieta Rodzinna 1972	58,0	36,8
Badania Krakowskie 1978 kobiety mężczyźni	88,0	39,0
	70,0	48,0
Ankieta Rodzinna 1981	-	32,8

ANEKS 7:

Umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych

Lata	według danych GUS	po korekcie
1960	54,8	54,8
1965	41,4	43,5
1970	33,4	36,4
1975	25,1	28,8
1980	21,3	25,4
1981	20,5	24,9
1982	20,4	24,0
1983	19,3	23,1
1984	19,2	23,0
1985	18,4	22,1

/Roczniki statystyczne i obliczenia własne/

ANEKS 8.

Umieralność niemowląt w wybranych krajach
na 1000 urodzeń żywych

Kraj	Lata		
	1960	1970	1980
CSRS	23,5	22,1	18,4
Dania	21,5	14,2	8,4
Finlandia	21,0	13,2	7,6
Grecja	40,1	29,6	17,9
Holandia	16,5	12,7	8,6
Japonia	30,7	13,1	7,4
Jugosławia	87,7	55,5	32,8
Norwegia	18,9	12,7	8,1
Polska	54,8	36,4 ⁺	25,4 ⁺
Portugalia	77,5	58,0	26,0
Rumunia	74,6	49,4	29,3
Szwajcaria	21,1	15,1	9,1
Szwecja	16,6	11,0	6,7
Węgry	47,6	35,9	23,2

+ - po korekcje

/Roczniki GUS/

ANEKS 9.

Umieralność niemowląt egzogeniczna
i endogeniczna na 1000 urodzeń żywych

	Lata							
	1960	1970	1980	1981	1982	1983	1984	1985
ogółem	54,8	33,4	21,3	20,5	20,4	19,3	19,1	18,4
endogen:	19,1	18,2	14,3	14,6	14,7	14,1	14,2	13,8
wady wrodz.	4,4	5,0	5,1	4,7	4,8	4,8	5,0	4,8
egzogen:	35,7	15,2	7,0	5,9	5,7	5,2	4,9	4,6

/Roczniki GUS/

ANEKS 10.

Umieralność niemowląt, liczba lekarzy i ilość łóżek
w szpitalach w 1980 r.

Kraj	Umieralność niemowląt	Liczba lekarzy na 100 tys. ludn.	Ilość łóżek na 100 tys. ludn.
Australia	11,0	17,8	124
Belgia	11,0	26,0 /81r/	92,5
Dania	8,4	23,6 /82r/	81,3
Finlandia	7,6	20,9 /82r/	155
Francja	10,0	17,2 /77r/	121
Hiszpania	11,1	25,6 /81r/	53,6
Holandia	8,6	19,7 /81r/	101
Japonia	7,4	13,2	138
Jugosławia	32,8	14,9 /81r/	59,7
Kanada	10,4	18,2 /79r/	89,2
Norwegia	8,1	21,0 /82r/	151
NRD	12,1	21,2 /82r/	103
Polska	21,3 25,4 ⁺	18,4	71,6
Portugalia	26,0	21,1 /81r/	52,1
RFN	12,6	22,5 /81r/	113
Rumunia	29,3	16,3 /82r/	90
Szwajcaria	9,1	26,7 /81r/	114
Szwecja	6,7	22,8	148
USA	12,6	20,2	61
ZSRR 1970	24,7	39,5	125

+ - po korekcie

ANEKS 11.

Zgony kobiet w związku z powikłaniami ciąży,
porodu i porożu na 100 tys. ludności

Rok	Liczba zgonów
1970	0,5
1980	0,2
1981	0,3
1982	0,3
1983	0,3
1984	0,3
1985	0,2

ANEXS 12.

Zgony kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem
w niektórych krajach Europy w 1978 r.

Kraj	Liczba zgonów	Współczynnik na 100 tys. ludności	Współczynnik na 100 tys. urodzeń żywych
Austria	13	0,3	15,7
RFN	147	0,5	25,3
Grecja	29	0,6	19,8
Węgry	37	0,7	22,0
Polska	104	0,6	15,6
Holandia	19	0,3	10,8
Rumunia	538	4,9	129,1
Szwecja	8	0,1	11,3
Szwajcaria	13	0,4	18,2
Jugosławia	73	0,7	19,2
Japonia	378	0,7	22,1

Kwartalnik Społecznej Komisji Zdrowia

Cena: 100 zł

/Pismo otrzymuje subwencję od Społecznej Komisji Zdrowia
z pomocą Towarzystwa "Solidarite" France-Pologne"/



Cena zł: 100