

Stan zdrowia ludności w Polsce Zagrożenia, działania*

WSTĘP

Spółeczny i gospodarczy rozwój Polski oraz dynamiczny rozwój służby zdrowia w latach 1950—1970 znajdował odbicie w postępującej poprawie stanu zdrowia ludności. Obniżała się umieralność niemowląt, wydłużał przeciętny okres trwania życia człowieka, zmniejszała się zapadalność i umieralność z powodu chorób zakaźnych, polepszał się stan odżywienia ludności, a nowe pokolenie młodzieży rosło wyższe niż pokolenie rodziców.

Rozwój kadr służby zdrowia, rozbudowa sieci ośrodków zdrowia przychodni i szpitali, rozwój służby sanitarno-epidemiologicznej oraz rehabilitacji i pomocy społecznej, jakkolwiek ciągle niewystarczające dla zaspokojenia potrzeb ludności, stwarzały podstawy dla organizowania wielostronnej ochrony zdrowia, która powinna zapewnić wszystkim obywatelom opiekę profilaktyczną, leczniczą i rehabilitacyjną oraz pomoc społeczną.

W połowie lat siedemdziesiątych zaczął się proces stagnacji i regresu w całej niemal działalności służby zdrowia w kraju. Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej był niedostateczny dla zaspokojenia szybko narastających potrzeb ludności, a pęd do specjalizacji i rozbudowa lecznictwa specjalistycznego stawały na przeszkodzie integracji służby zdrowia. Przerost funkcji administracyjnych w stosunku do merytorycznej działalności czynił służbę zdrowia trudno dostępną dla ogółu obywateli i mało wydajną. Program inwestycyjny i jego realizacja nie nadążały za rosnącymi potrzebami, a w niektórych dziedzinach takich, jak opieka nad matką i dzieckiem lub opieka psychiatryczna, nastąpił spadek przyrostu łóżek szpitalnych w stosunku do rosnących potrzeb. Szybko narastały w tym okresie niedomagania w działalności państwowej inspekcji sanitarnej i służby sanitarno-przeciwepidemicznej, czego wyrazem były z jednej strony niedociągnięcia szczepliń zapobiegawczych oraz osłabienie nadzoru sanitarnego prowadzące do okresowego wzrostu zapadalności na gruźlicę lub odrę, a z drugiej strony odpływ kwalifikowanych kadr ze służby sanitarno-przeciwepidemicznej. Przy wzrastającej liczbie ludzi w podeszłym wieku i zmniejszających się szybko potrzebach zdrowotnych tej grupy ludności ostro zarysował się niedobór miejsc w zakładach dla przewlekle chorych i w domach pomocy społecznej. Szcze-

* Tekst niniejszy stanowi syntezę ekspertyz opracowanych przez określone komitety Polskiej Akademii Nauk, przygotowaną przez Zespół w składzie profesorowie: Stanisław Berger, Krystyna Bożkowska, Janusz Jeliaszewicz, Jan Karol Kostrzewski, Józef Kubica, Mirosław Mossakowski, Maksym Nikonorow. Synteza ta była omówiona na posiedzeniu plenarnym Wydziału VI Nauk Medycznych w dn. 12 stycznia 1983 r.

gólne zagrożenie zdrowia ludności stwarza ponadto postępujące zanieczyszczenie środowiska i niszczenie przyrody.

Ostry kryzys społeczny i gospodarczy w latach 1980—1982 spowodował załamanie się systemu ochrony zdrowia w Polsce we wszystkich podstawowych dziedzinach — profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Podjęte przez rząd nadzwyczajne środki, przyznanie priorytetu programowi ochrony zdrowia w dziedzinie zaopatrzenia w leki, wyposażenia i inwestycji są poczynaniami doraźnymi, które nie wpłyną w sposób zasadniczy na odwrócenie niekorzystnych tendencji w ochronie zdrowia ludności i wypełnienia należącej nam części światowego programu pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Niezbędny jest kompleksowny, ukierunkowany na dziś i dalekie jutro, realny i konsekwentnie realizowany program naprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce i wyjścia z kryzysu, oparty na analizie i ocenie dotychczasowego rozwoju ochrony zdrowia, stanu zdrowia ludności oraz wynikających stąd potrzeb.

Polska Akademia Nauk, w okresie ostatnich dziesięciu lat, opracowała szereg ekspertyz i ocen dotyczących medycyny i ochrony zdrowia w Polsce, niezwłocznie przekazywanych wszystkim zainteresowanym naczelnym organom państwowym, instytucjom i placówkom. Zaktualizowane, posłużyły one również do opracowania niniejszej syntezy. Są to m. in. takie ekspertyzy i opracowania, jak:

1. Aktualne i perspektywiczne problemy zdrowia Polski, 1975 r.;
2. Zdrowie ludności Polski w świetle danych o chorobach i zgonach, 1977 r.;
3. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL, 1978 r.;
4. Choroby cywilizacyjne w Polsce po roku 2000, 1979 r.;
5. Ocena możliwości rozwoju produkcji rolniczej i wyżywienia kraju, 1980 r.;
6. Elementy zjawisk patologii społecznej w Polsce, 1980 r.;
7. Ocena aktualnego stanu środowiska w Polsce, 1981 r.;
8. Aktualne i perspektywiczne problemy zdrowotne populacji polskiej, 1981 r.;
9. Stan diagnostyki klinicznej, 1981 r.

Ekspertyzy te były nastawione na działania dalekosiężne. Kryzys lat 1980—1981 zmusił jednak do aktualizowania ich i wykorzystania dla potrzeb doraźnych. Znalazło to swój wyraz w rozdziale prognozy ostrzegawczej opracowanej w 1981 r. przez Komitet „Polska 2000”, w którym przedstawiono najważniejsze aktualne problemy zdrowia ludności i ochrony zdrowia.

Ponizej zwięzła ogólna ocena poszczególnych dziedzin działalności związanej z ochroną zdrowia ludności, nie obejmująca co prawda całości problematyki zagrożeń zdrowotnych w Polsce, wskazująca jednak na najważniejsze, wymagające pilnych rozwiązań problemy.

PROBLEMY DEMOGRAFICZNE W POLSCE

Oceny procesów demograficznych w Polsce dokonano w tym rozdziale na podstawie *Prognozy ostrzegawczej na najbliższe lata*, opracowanej i opublikowanej w grudniu 1981 r. przez Komitet Badań i Prognoz „Polska 2000”.

Dwie zmienne demograficzne określają dynamikę ludności — płodność i umieralność.

Płodność. Zachodzące w latach siedemdziesiątych przekształcenia w strukturze wieku kobiet sprzyjały wzrostowi liczby urodzeń, które w konsekwencji doprowadziły do wzrostu liczby urodzeń w kolejnych latach. W całym dziesięcioleciu utrzymywały się jednak różnice pomiędzy poziomem reprodukcji ludności wsi i miast. Płodność ludności wiejskiej pozwalała na utrzymanie nieznacznie rozszerzonej reprodukcji demograficznej w całym kraju (**współczynnik reprodukcji ludności** — przeciętna liczba córek urodzonych przez matkę w całym okresie jej aktywności rozrodczej; nie należy mylić z aktualnym przyrostem naturalnym), natomiast płodność mieszkańców miast nie gwarantowała nawet prostej zastępowalności pokoleń. W latach siedemdziesiątych, w wyniku polityki uprzemysłowienia kraju i urbanizacji, obserwowano proces nadmiernego przepływu młodej ludności wsi do miast, pociągając za sobą defeminizację i przyspieszone starzenie się ludności wiejskiej. Wzmógł się napływ ludności do ośrodków przemysłowych powodował pogorszenie się warunków bytowania ludzi miast, potęgując niekorzystne zjawiska wzmózonej urbanizacji, jak wzrastające potrzeby w zakresie budownictwa mieszkaniowego, pogorszenie się infrastruktury miast, narastające zjawiska patologii społecznej i inne.

Umieralność. Charakterystyczną cechą zmian demograficznych w Polsce po II wojnie światowej był spadek umieralności. W miarę upływu lat tempo tego spadku ulegało jednak zmniejszeniu, a od 1967 r. rozpoczęło się stopniowe zwiększanie się ogólnej umieralności. Powodowało to coraz wolniejsze wydłużanie się przeciętnego trwania życia człowieka, a nawet jego regres pod koniec lat siedemdziesiątych.

Przeciętne trwanie życia. W latach pięćdziesiątych przeciętny okres dalszego trwania życia noworodka płci męskiej wzrósł o 6,2 lat (z 58,6 lat w okresie 1952—1953 do 64,8 lat w okresie 1969—1961), a dla noworodka płci żeńskiej o 6,3 lat (z 64,2 do 70,8 lat). Przeciętne dalsze trwanie życia noworodków w latach 1965—1966 uległy dalszemu wydłużeniu i wynosiły dla mężczyzn 66,8, a dla kobiet 72,8 lat. Do końca dekady lat sześćdziesiątych umieralność mężczyzn pozostawała na nie zmienionym poziomie, natomiast nadal nieznacznie obniżała się umieralność kobiet, a przeciętne trwanie życia noworodka w tej subpopulacji wzrosło prawie o 1 rok. W latach 1975—1976 przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wyniosło 67,3, a noworodka płci żeńskiej 75,0 lat. Były to najwyższe wartości w dotychczasowej historii rozwoju demograficznego Polski. W następnym pięcioleciu nastąpił jednak regres i w 1980 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 66 lat, więc było o 1,3 roku krótsze niż w latach 1975—1976, a dla noworodka płci żeńskiej wynosiło 74,4 lata i było o 0,6 roku krótsze niż przed pięciu laty.

Nadumieralność mężczyzn. Stopniowo zwiększały się również różnice przeciętnego trwania życia mężczyzn i kobiet, a mianowicie w latach 1952—1953 mężczyźni żyli o 5,2 lat krócej niż kobiety, w 1965—1966 r. o 6 lat krócej, 1970—1972 r. o 7 lat krócej, a w roku 1980 o 8,4 lat krócej. Wpływ na skrócenie przeciętnego okresu trwania życia mężczyzn w stosunku do kobiet wywierał przede wszystkim wzrost liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego i układu krążenia oraz wypadków zatruc i urazów. W wieku 20—40 lat częstość zgonów wśród mężczyzn jest co najmniej trzy razy wyższa niż wśród kobiet.

Umieralność niemowląt, dzieci i młodzieży. W trzydziestopięcioletnim okresie powojennej historii Polski zmniejszał się stopniowo współczynnik umieralności niemowląt oraz umieralności dzieci i młodzieży w wie-

ku do 20 lat. W pozostałych grupach wieku ludności, po okresie stagnacji umieralności na stosunkowo niskim poziomie, na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, obserwowano wzrost umieralności. Rok 1980 w porównaniu z 1975 r. przyniósł wyraźny wzrost umieralności ludności w wieku powyżej 20 lat. Jednocześnie w latach 1975—1980 zahamowane zostało tempo spadku umieralności niemowląt. Mimo to jednak w 1981 r. umieralność niemowląt — 20,5 na 1000 żywych urodzeń — była najniższa w naszej historii. Jak na kraje europejskie jest to jednak nadal wysoki współczynnik, gdyż dwukrotnie przewyższa umieralność niemowląt w krajach skandynawskich i jest znacznie wyższy od umieralności w większości krajów Europy. Dalsze zmniejszenie umieralności niemowląt w Polsce będzie napotykało na coraz większe trudności i będzie zależało przede wszystkim od obniżenia wczesnej umieralności niemowląt w tym głównie umieralności okołoporodowej.

W zakresie zmian demograficznych należy oczekiwać, że obserwowane w ubiegłej dekadzie niekorzystne tendencje dynamiki demograficznej takie, jak: wzrost umieralności ogólnej, rosnąca nadumieralność mężczyzn w wieku produkcyjnym, zwolnienie tempa spadku umieralności niemowląt — ulegną pogłębieniu w latach 1983—1985. Przyczyny leżą w: trwającym załamaniu się gospodarki i jej niskiej efektywności; niedostatkach żywności i złym stanie wyżywienia ludności; zagrożeniach zdrowia wynikających z zanieczyszczenia i degradacji środowiska naturalnego zarówno w miastach, jak i na wsi; kryzysie utrzymującym się w zakresie ochrony zdrowia, zwłaszcza w zakresie działalności profilaktycznej i leczniczej oraz opieki nad ludźmi w podeszłym wieku; niedostatecznym rozwoju sieci szpitali i zakładów pomocy społecznej oraz ich wyposażeniu i zaopatrzeniu; zaniedbania w dziedzinie warunków pracy prowadzących do wzrostu wypadkowości i zachorowań związanych z pracą zawodową; wzroście zjawisk patologii społecznej, a zwłaszcza palenia tytoniu, alkoholizmu, narkomanii; znacznym wzroście kosztów utrzymania.

Utrzymywanie się tych tendencji grozi zmniejszeniem przyrostu naturalnego ludności, ograniczeniem liczby dzieci, z długotrwałymi tego konsekwencjami. Na pewien spadek liczby urodzeń w latach 1985—1986 wpływ będzie miało również wkroczenie w okres rozrodczy słabych liczebnie roczników kobiet urodzonych w latach sześćdziesiątych.

Na niekorzystne kształtowanie się przyszłej struktury i stanu ludności może wywrzeć wpływ również zjawisko emigracji zarobkowej i wyjazdu za granicę ludzi przeważnie młodych, głównie samotnych mężczyzn, rzutować to może na proces zakładania rodzin i ewolucję płodności.

Z analizy tej wynika konieczność uznania dzietności gwarantującej co najmniej prostą zastępowalność pokoleń za ważny cel strategiczny rozwoju kraju; uznania za cel polityki ludnościowej kraju utrzymanie powolnego wzrostu ilościowego ludności, ze zwróceniem szczególnej uwagi na jakość życia ludności, na jej zdrowie, kulturę, właściwe postawy życiowe; przyjmowanie w planach i prognozach gospodarczych danych demograficznych za wyjściowe w stosunku do podstawowych zadań państwa i gospodarki, a przy formułowaniu kolejnych planów rozwoju społeczno-gospodarczego, przyjęcie demograficznych celów strategicznych za jeden z głównych priorytetów.

AKTUALNY STAN ZANIECZYSZCZENIA ŚRODOWISKA I SKUTKI ZDROWOTNE POPULACJI POLSKIEJ

Stan zdrowia człowieka jest wypadkową czynników genetycznych, środowiskowych i zachowania się ludzi. Głównymi czynnikami zagrożeń środowiskowych są fizyczne, chemiczne i biologiczne zanieczyszczenia powietrza, wody i gleby oraz żywności. Zagrożenia zdrowia ludności Polski ze strony środowiska wynikają przede wszystkim z nieracjonalnego pod względem potrzeb zdrowotnych rozwoju przemysłu oraz niedostatecznie kontrolowanych technologii przemysłowych i rolniczych.

Przyczyny wielu chorób, których częstość wzrasta wraz z uprzemysłowieniem i rozwojem gospodarczym kraju wiąże się z postępującym zanieczyszczeniem środowiska. Nie można oddzielnie rozpatrywać poszczególnych jego elementów, albowiem niejednokrotnie te same zanieczyszczenia występują jednocześnie w powietrzu atmosferycznym, glebie, wodzie i w żywności. Często te same zanieczyszczenia występują ponadto w środowisku pracy, nauki i bytowania oraz odpoczynku. Źródłem szkodliwych czynników chemicznych mogą być również leki, środki kosmetyczne, środki stosowane do mycia i prania, materiały, z którymi styka się człowiek bezpośrednio, np. tkaniny bieliźniane, odzież, meble, wykładziny podłogowe, a nawet materiały budowlane. Szkodliwe substancje wnikają do ustroju drogami oddechowymi i przez skórę, ale głównie przez przewód pokarmowy wraz z żywnością i napojami, a także z wodą.

Kryteria szkodliwości zanieczyszczeń chemicznych są oparte na krótkotrwałych badaniach toksykologicznych wykonywanych głównie dla celów bezpieczeństwa i higieny pracy (toksyczność ostra, podostra, działanie drażniące, uczulające), jak i na badaniach długotrwałych prowadzonych w celu zapewnienia bezpieczeństwa żywności (toksyczność przewlekła, wpływ na płodność, rozrodczość, działanie mutagenne i rakotwórcze).

Każda nowa substancja chemiczna, przed uruchomieniem jej produkcji na skalę przemysłową, powinna być poddana takim badaniom. Wymaga tego ochrona zdrowia ludzi zatrudnionych przy jej wyrobieniu, jak również przed zamierzonym wykorzystaniem jej, zwłaszcza jako nowego, niekonwencjonalnego środka spożywczego, dodatku do żywności lub paszy podczas ich produkcji lub przetwarzania, a także jako pestycydu, dodatku do środków kosmetycznych, opakowań lub innych przedmiotów użytku.

Substancje rakotwórcze dla ludzi, a także potencjalnie rakotwórcze, tzn. wykazujące takie działanie w badaniach na zwierzętach doświadczalnych, nie mogą być dodawane do żywności. Jeżeli występują w niej jako zanieczyszczenia, powinny być eliminowane lub odpowiednio ograniczane. Podobne zasady powinny dotyczyć substancji o stwierdzonym działaniu mutagennym i teratogenym.

W przypadku substancji nie wykazujących działania rakotwórczego, mutagennego lub teratogenego, badania te umożliwiają ustalenie dopuszczalnego dziennego pobrania jej przez człowieka, łącznie z różnych źródeł, np. żywności, wody do picia, powietrza. Są to ilości określone i znane dla niektórych pierwiastków szkodliwych i dla wielu dodatków do żywności. Potencjalne ich pobranie przez człowieka można obliczyć na podstawie znajomości ich poziomu w poszczególnych środkach spożywczych, w wodzie, w powietrzu, a rzeczwiście — np. na podstawie oznaczenia ich zawartości w całodziennym pożywieniu. Do tych celów

służą tzw. badania monitorowe, a potwierdzeniem oddziaływania tych czynników środowiskowych na organizm ludzki mogą być monitorowe badania płynów ustrojowych, tkanek ludzkich, a wreszcie odchylenie od stanu zdrowia.

Wiele chemicznych i biologicznych zanieczyszczeń żywności jest nie do uniknięcia, ale można je ograniczyć do poziomu nieszkodliwego, np. pierwiastki szkodliwe: ołów, kadm, rtęć, związki takie, jak azotyny oraz pestycydy. Niektóre z nich, np. o działaniu rakotwórczym, wymagają eliminacji z żywności.

Ważnym źródłem zanieczyszczeń żywności, wody, gleby i powietrza są surowce i produkty mineralne oraz odpady przemysłowe, ścieki, dymy i pyły przemysłowe, a także gazy spalinowe. Bezpośrednim źródłem zanieczyszczenia żywności i wody są ponadto środki i metody intensyfikacji produkcji roślinnej — nawożenia mineralne i nie oczyszczonymi odpadami przemysłowymi oraz ściekami, jak również środki intensyfikacji produkcji zwierzęcej — np. stosowanie pasz treściwych zanieczyszczonych grzybami toksycznymi, mykotoksynami, pestycydami, pierwiastkami szkodliwymi, stosowanie antybiotyków w paszach dla pobudzenia wzrostu lub jako leki, bez właściwego nadzoru.

Oprócz zanieczyszczeń wnikających do żywności ze środowiska coraz większe zagrożenie dla zdrowia stwarzają substancje wytwarzane w ustroju wskutek dodawania do żywności azotanów lub azotynów (N-nitrozoaminy) lub wskutek nieprzestrzegania zasad czystości podczas przetwarzania, transportu, magazynowania żywności i przygotowywania potraw. Jeżeli nie położą się tamy wzrostowi zanieczyszczeń środowiska i jeżeli nie rozpocznie się procesów uzdrawiania warunków na terenach szczególnie zanieczyszczonych, zagrożenie zdrowia ludności będzie się zwiększać, a stan zdrowia będzie się pogarszać.

Gleba. Oddziaływanie związków chemicznych na gleby wiąże się często z nieodwracalnym wysyceniem jej pojemności chłonnej, która jest silnie zróżnicowana zależnie od rodzaju gruntów. Pełna likwidacja, np. pozostałości pestycydów chloroorganicznych, wymaga często wielu lat. Istotnym źródłem rtęci, kadmu, ołowiu, miedzi, cynku, manganu są odpady stosowane do wapnowania gleb i ścieki komunalne. Wzrost zawartości ołowiu w glebach pozostających w zasięgu niektórych hut był dwudziestopięciokrotny w latach 1966—1970, a czterdziestokrotny do 1978 r. Gleby takie wykazują obniżoną aktywność biologiczną i spadek produktywności, a plony stanowią zagrożenie dla zdrowia ludzi i zwierząt. Roślinność regionów przemysłowych zawiera przeciętnie około 7 razy więcej niektórych metali ciężkich niż rośliny z obszarów rolniczych, ale maksymalne przekroczenia stężeń metali ciężkich w roślinach są znacznie większe, rzędu stukrotnego.

Powietrze atmosferyczne. Najważniejszym źródłem zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego w Polsce są paleniska węglowe. Spalanie węgla powoduje zanieczyszczenie powietrza pyłem, gazami takimi, jak: dwutlenek siarki, tlenek azotu, węglowodory w tym również o rakotwórczym działaniu. Dalszy wzrost zużycia węgla sprawi, że zanieczyszczenia będą wzrastać. W wielu dużych miastach i aglomeracjach miejsko-przemysłowych zanieczyszczenie powietrza przewyższa największe dopuszczalne stężenie. Niepokojąco zwiększa się emisja zanieczyszczeń związanych z transportem samochodowym, a chociaż stanowią one jeszcze małą część w stosunku do przedstawionych wyżej zanieczyszczeń, to są one groźne dla zdrowia ludności, gdyż zawierają węglowodory rakotwórcze, tlenki azotu, ołów, które trwale skażają środowisko.

Zasięg stref izolacyjnych wokół dużych kombinatów przemysłowych jest niewystarczający, zaś program ochrony środowiska otaczającego jest nie dość skutecznie realizowany. Przekroczenia dopuszczalnych stężeń zawartości fluoru występują w dzielnicach Szczecina, w Zagłębiu Siarkowym, w rejonie Konina, gdzie w kościach długich przednich kończyn u bydła stwierdzono dziesięciokrotnie większą zawartość fluoru w stosunku do zawartości występujących u bydła na terenach nie zanieczyszczonych.

Woda. Pod względem zasobów wodnych Polska zajmuje odległe miejsce w Europie w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Przy dużym zużyciu wody na potrzeby produkcji przemysłowej powstają deficyty wody na niektórych obszarach kraju. Obecnie zużycie wody na bytowe potrzeby ludności jest przeciętnie niskie i stanowi około 2/3 zapotrzebowania. W miarę dalszego rozwoju przemysłu grozi pogorszenie obecnej sytuacji, a w szczególności wzrost zanieczyszczenia wód, jeżeli nie podejmiemy się radykalnych środków zapobiegawczych. Na obszarach większych zaopatrzenie ludności w dobrą wodę jest gorsze niż w miastach. Jakość wody do picia zależy od stopnia zanieczyszczenia ujęć wody i zbiorników wód naturalnych oraz skuteczność uzdatniania wody. Wiele zbiorników zawiera wodę o jakości znacznie odbiegającej od stawianych wymagań. Względy zdrowotne dyktują potrzebę kontroli zawartości w wodzie substancji szkodliwych, co wymaga między innymi skrupulatnej kontroli zrzutów odprowadzanych do wód naturalnych. Niestety służba sanitarna została odsunięta od kontroli warunków odprowadzania ścieków do wód i gleby. Wody do picia zawierają rozpuszczalniki organiczne, pestycydy, węglowodory i ich pochodne, związki azotowe, siarkowe, tlenowe, chlorowe i inne. Chlorowanie wody w procesie uzdatniania powoduje powstawanie w wodzie związków chloru szkodliwych dla zdrowia, co skłania do prób zastępowania chlorowania np. ozonowaniem wody. W wodach studziennych często stwierdza się zawartość azotanów powyżej dopuszczalnych granic. Wody przeznaczone do celów rekreacyjnych, jak i wody w basenach i pływalniach często nie odpowiadają wymaganiom sanitarnym pod względem bakteriologicznym.

Zywność. W tym zwięzłym opracowaniu trudno przedstawić cały kompleks zagadnień związanych ze stanem sanitarnym żywności, która jest poniekąd odbiciem stanu zanieczyszczeń powietrza, wody, gleby, a ponadto jakości zdrowotnej pasz i mieszanek paszowych, roślin pastewnych oraz rozmaitych zabiegów zmierzających do podnoszenia produktywności roślin i zwierząt (nawozy, środki ochrony roślin, antybiotyki i inne).

Nawozy mineralne są źródłem azotanów i azotynów w glebie, wodzie i żywności roślinnego pochodzenia. Znane są w kraju ciężkie przypadki methemoglobinemii niemowląt wywołane przez wodę studzienną, jak również wskutek podawania tzw. marchwianki jako leku przeciwbiegunkowego.

Pozostałości pestycydów w żywności wykazały jedynie obniżenie poziomu DDT w żywności pochodzenia roślinnego, natomiast w produktach pochodzenia zwierzęcego nie stwierdzono poprawy. Odsetek próbek z zawartością DDT większą od dopuszczalnej utrzymywał się prawie na jednakowym poziomie w mleku spożywczym. Wzrastał poziom HCH — innego chloroorganicznego pestycydu i odsetek próbek z jego ilością większą od dopuszczalnej. Pozostałości antybiotyków w 1978 r. stwierdzono w ponad 6% próbek mleka. W 1980 r. w kilku próbach mleka i jaj stwierdzono chloramfenikol.

Zarówno w odniesieniu do pozostałości pestycydów w żywności, jak i antybiotyków brak odpowiedniego przepisu w Polsce, mimo że odpowiednie projekty opracowano we wczesnych latach siedemdziesiątych.

Szczególne zagadnienia zdrowotne stanowią zanieczyszczenia biologiczne żywności i pasz bakteriami chorobotwórczymi oraz grzybami toksynotwórczymi i mykotoksynami, które należą do silnie działających związków rakotwórczych (aflatoksyny).

Coraz ważniejsze pod względem szkodliwego wpływu na zdrowie stają się przedmioty użytku codziennego oraz materiały budowlane.

Przykładowo należy tutaj wymienić tworzywa z polichloru winylu, mieszanki gumowe, lateksowe stosowane do wyrobu smoczków, jodofory (środki dezynfekcyjne wprowadzone do szerokiego użytku w mleczarstwie), których niewłaściwe stosowanie spowodowało podwyższenie poziomu jodu w mleku, wreszcie środki kosmetyczne, np. zasyпки dla niemowląt, olejki i inne oraz środki myjące i piorące. Wzrasta udział tych przedmiotów użytku w chorobach alergicznych.

Zagadnienia zdrowotne związane z materiałami budowlanymi wynikają z ulatniania się z nich szkodliwych związków fenolowych, formaldehydu itp.

Jak wynika z powyższej zwięzłej oceny na czoło problematyki zdrowotnej wysuwają się zagrożenia zdrowia wynikające z zanieczyszczenia środowiska, złego stanu sanitarnego kraju i szkodliwych dla zdrowia nawyków ludności. Specjalnej uwagi wymaga populacja dzieci, młodzieży i kobiet w ciąży, bowiem ustrój rosnący jest szczególnie wrażliwy na niekorzystny wpływ środowiska i niedobory żywieniowe, a wywołane przez nie szkody są często nieodwracalne. Pogorszenie się zaś w ostatnich latach zdrowia ludności w wieku produkcyjnym, zwłaszcza mężczyźni wskazuje na ujemne działanie czynników środowiskowych w przemyśle, rolnictwie i innych działach gospodarki.

Analizy środowiskowych zanieczyszczeń fizycznych, chemicznych i biologicznych wskazują na ich wzrost i zależności pomiędzy stopniem zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, gleby, wody, roślin i pasz, a w następstwie tego — również zanieczyszczenia żywności.

Wynika z nich, że wzrosnie częstość chorób układu krążenia, a zwłaszcza niedokrwiennej choroby serca i nadciśnienia tętniczego, nowotworów złośliwych, przewlekłych nieswoistych chorób układu oddechowego, chorób alergicznych, niektórych chorób psychicznych, cukrzycy, marskości wątroby, alkoholizmu, wypadków, zatruc i urazów oraz innych chorób związanych z wpływem czynników środowiskowych. Wzrost zachorowań powodować będzie wzrost potrzeb zdrowotnych ludności.

Warunki rozwoju opieki zdrowotnej powinny więc wynikać z oceny stanu zdrowia społeczeństwa i z oceny warunków środowiskowych oraz powinny tworzyć podstawy programu zapobiegania chorobom i ich zwalczaniu.

Niezbędne jest stałe, permanentne badanie stanu zdrowia ludności i warunków środowiskowych życia i pracy. Wyniki tych badań powinny być przedstawione nie tylko w formie rozpraw i ekspertyz naukowych zrozumiałych dla grona specjalistów w dziedzinie medycyny, ale również opracowań przystępnych specjalistom innych dziedzin i ogółowi ludności, przeznaczonych w szczególności dla świata techniki — projektantów, konstruktorów, technologów oraz dla decydentów różnych szczebli, a ponadto dla organizacji oraz działaczy gospodarczych i spo-

lecznych, wskazuje na zadania i rolę, jakie powinni oni spełniać w kształtowaniu zdrowotnych warunków życia, nauki i pracy.

Poprawa zdrowotnych warunków życia i jakości środowiska wymaga działań natychmiastowych i długofalowych. Największą rolę mają tu do spełnienia resorty gospodarcze przez racjonalizowanie technologii i zastępowanie ich technologiami bezodpadowymi lub o mniejszym ładunku odpadów szkodliwych dla zdrowia, przez racjonalne — z punktu widzenia ochrony zdrowia — wykorzystywanie odpadów, racjonalne stosowanie chemicznych środków ochrony roślin i nawozów mineralnych.

Przeciwdziałanie niekorzystnym zmianom w środowisku wymaga długoletniego działania opartego na długofalowych programach resortów gospodarczych, urzędu ochrony środowiska, oświaty i wychowania, nauki, szkolnictwa wyższego i techniki oraz ścisłego współdziałania z tymi resortami Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Chodzi o przyspieszenie poprawy warunków zdrowotnych środowiska, zmiany postaw, trybu i stylu życia ludności z nastawieniem na zachowanie i umacnianie zdrowia, podnoszenie kultury zdrowotnej społeczeństwa.

ZDROWIE I ŻYCIE LUDNOŚCI W WIEKU ROZWOJOWYM

Rozwój i stan zdrowia dzieci zależy od interakcji czynników endogennych (genetycznych) i egzogennych (środowiskowych). Do tych ostatnich należy przede wszystkim środowisko, w którym człowiek żyje, sytuacja społeczno-bytowa, kultura zdrowotna, zachowanie się ludzi pod względem własnego zdrowia i działalności służby zdrowia. Pogorszenie się sytuacji w zakresie którejkolwiek z grup w/w czynników powodować może określone zagrożenia zdrowia społeczeństwa. Pojawiające się niekorzystne zjawiska mogą stanowić następstwo zmian ekologicznych wynikających z zanieczyszczenia środowiska, chemizacji rolnictwa, ekspozycji na działania czynników mutagennych, teratogennych, karcinogennych itp.

Zagrożenia genetyczne. Postęp nauki pozwala na uratowanie wielu dzieci od głębokiego niedorozwoju umysłowego spowodowanego genetycznie uwarunkowanymi chorobami. Również diagnostyki prenatalnej stwarza nadzieję na skuteczniejszą ochronę rodziny przed rodzeniem się dzieci z niektórymi chorobami genetycznie uwarunkowanymi.

Z punktu widzenia praktycznego choroby uwarunkowane genetycznie podzielić można na 3 grupy.

Do pierwszej należą te choroby genetyczne, które umiemy wcześniej rozpoznawać i wcześniej leczyć. Dlatego podstawowe znaczenie ma w tej grupie program badań ukierunkowany na wczesne rozpoznawanie i leczenie tych chorób. Dzięki tym badaniom uratowano wiele dzieci od głębokiego niedorozwoju umysłowego. Ale narastają trudności w prowadzeniu niektórych badań z powodu braku odpowiednich jakościowo odczynników krajowych, przy ograniczonym ich imporcie. Nie prowadzi się masowego sereeningu celem wczesnego rozpoznania wrodzonej niedoczynności tarczycy, mimo że choroba ta występuje stosunkowo często (1:5000 noworodków), a leczenie jest tanie, proste i skuteczne. Dobrze zorganizowane masowe badania dla wczesnego rozpoznania fenylketonurii są zagrożone z powodu braku odczynników i bibuły.

Do drugiej grupy należą te choroby, które umiemy wcześniej rozpoznać, ale nie potrafimy ich jeszcze leczyć. W grupie tej podstawową rolę odgrywa diagnostyka prenatalna stosowana w rodzinach ryzyka genetycznego. W Polsce ośrodków z pełnym zapleczem diagnostycznym (genetyka, cytogenetyka, biochemia) i ginekologicznym (ultrasongrafia, możliwość wykonania amniopunkcji) jest stanowczo za mało, a istniejące są niedostatecznie wyposażone, co ogranicza zarówno liczbę, jak i jakość badań. Zważywszy, że dzięki diagnostyce prenatalnej, rodzicom ryzyka genetycznego można stworzyć możliwość urodzenia dziecka nie obciążonego daną chorobą genetyczną. Zagadnienie rozbudowy zakładów genetyki mimo kryzysu, wydaje się nie tylko uzasadnione, ale wręcz konieczne.

Do trzeciej grupy należą choroby genetyczne, których nie umiemy ani wcześniej rozpoznawać, ani wcześniej leczyć. Grupa ta jest niestety największa. W tych przypadkach rodzinom ryzyka genetycznego pomocą służyć mogą jedynie poradnie genetyczne.

Środowiskowe zagrożenie zdrowia. Zanieczyszczenie środowiska stwarza również określone zagrożenia w postaci występowania u dzieci methemoglobinemii, zatruc metalami ciężkimi, wzrostu chorób alergicznych, przewlekłych chorób oddechowych itp. Zmienia to niewątpliwie obraz chorobowości, a także ustala priorytety tak w profilaktyce, jak i leczeniu. Technizacja i motoryzacja spowodowały wzrost wypadkowości dzieci, stając się pierwszą przyczyną zgonów u dzieci powyżej pierwszego roku życia oraz ważną przyczyną trwałego niekiedy kalectwa. Ten typ zagrożeń charakterystyczny jest dla wszystkich krajów rozwiniętych.

Dużym zagrożeniem wynikającym z długoletnich zaniedbań, a występującym z większym natężeniem, jest zły stan sanitarny kraju. Woda ze studzien na wsi w wysokim odsetku jest zanieczyszczona w stopniu stanowiącym zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia. Wiele zakażeń jelitowych można łączyć z jakością wody pitnej w studniach. Dlatego też jak najszybszej poprawy wymaga zarówno jakość wody na wsi, jak i zwiększenie na rynku ilości środków czyszczących i dezynfekujących.

Zaspokajanie podstawowych potrzeb zdrowotnych dziecka. Dla zdrowia i rozwoju dzieci niepokojące są również inne zjawiska, które niesie kryzys, a mianowicie brak pokrycia podstawowych potrzeb dziecka. Matki borykają się często bezskutecznie z takimi trudnościami, jak zdobycie dla niemowlaka pieluch (potrzeba minimum 35 szt. na noworodka), bielizny, butów dla dzieci itp.

Dla rozwoju osobowości potrzebne są również książki dla dzieci oraz zabawki. Wygórowane ceny zabawek stają na przeszkodzie ich zakupów. Zaniedbania w zakresie zaspokajania potrzeb dziecka koniecznych dla jego prawidłowego rozwoju zarówno somatycznego, jak i psychicznego mogą rzutować bardzo niekorzystnie na ich przyszłość.

Żywnienie. Szczegółowego omówienia wymaga zagadnienie żywienia. Szczególny niepokój budzi fakt, że trudna sytuacja na rynku żywnościowym spowodowała, iż żywnienie dzieci stało się mniej racjonalne, a często niewystarczające. Wprawdzie w latach 1981 i 1982 zapewniono dzieciom do 4 roku życia mleko z zawartością 3,2% tłuszczu, a także nie ma braków w zakresie mleka w proszku dla niemowląt. Nie może to być jednak powodem do samospokojenia. W najbliższym czasie należy osiągnąć samowystarczalność w produkcji mleka oraz produkcji mieszanek mlecznych upodobnionych do mleka matki, a także przetworów mlecznych wysokiej jakości. Trzeba przy tym podkreślić, że bez dobrej jakości mleka i jego przetworów nie można będzie pokryć zapotrzebo-

wania kobiet w ciąży, dzieci i młodzieży na białko zwierzęce, mimo utrzymania reglamentacji mięsa na obecnym poziomie. Dla rosnącego ustroju pokrycie zapotrzebowania na białko zwierzęce ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju tak fizycznego, jak i psychicznego dzieci. Konieczne jest również zabezpieczenie pełnowartościowych tłuszczów dla dzieci. Margaryna z oleju rzepakowego oraz oleje zawierające kwas erukowy nie nadają się do żywienia dzieci.

Znaczne ograniczenie w przeciętnych jadalospisach warzyw i owoców spowodowane bardzo wysokimi cenami może doprowadzić u dzieci do niedoborów w zakresie witamin i soli mineralnych, w tym pierwiastków śladowych, których znaczenie dla zdrowia coraz bardziej jest podkreślane. Trudności rynkowe, jak i wysokie ceny powodują odejście od tak ważnych dla rozwoju dziecka zasad prawidłowego żywienia.

Przy dłużej trwających zakłóceniach w zabezpieczeniu pełnych potrzeb ustroju rosnącego w pełnowartościowe białko i inne składniki pokarmowe należy się spodziewać pogorszenia się stanu zdrowia najbardziej wrażliwej na niedobory jakościowe i ilościowe populacji, tj. dzieci, młodzieży i kobiet w ciąży. Jest to tym ważniejsze, że ustrój rosnący jest szczególnie wrażliwy na niedobory, a wywołane przez nie szkody są często nieodwracalne.

Uzasadniony niepokój musi również budzić stale jeszcze nie rozwiązana sprawa żywienia dzieci w szkołach. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w dobie kryzysu. Specjalny nacisk należy położyć na zapewnienie posiłku dzieciom uczęszczającym do gminnej szkoły zbiorczej. Warunki życia tych dzieci są szczególnie trudne, uwzględniając daleką drogę do i ze szkoły (przy różnej pogodzie) i często wiele godzin spędzonych poza domem bez posiłku.

Wychowanie zdrowotne. Bardzo ważnym czynnikiem stanowiącym o zdrowiu ludności, a zwłaszcza dzieci, jest wychowanie zdrowotne i kultura zdrowotna społeczeństwa. Pozostawiają one wiele do zrobienia. Brak odpowiednich nawyków higienicznych wiąże się z niewystarczającą rolą wychowawczą rodziców, a także nauczycieli w przedszkolu i szkole i z niewystarczającą aktywnością służby zdrowia w tym zakresie. Przygotowanie ludzi młodych do życia małżeńskiego i roli rodzicielskiej jest niedostateczne. Sytuację pogarsza nieprzygotowanie pedagogów do kształtowania u dzieci i młodzieży odpowiednich nawyków higienicznych i odpowiedzialności za swoje własne zdrowie, a w przyszłości za zdrowie współmałżonka i dzieci. Nie ma również odpowiednich wydawnictw w tej dziedzinie, konieczne jest uzyskanie zdecydowanej poprawy w tym względzie tym bardziej, że nawet w zakresie wiadomości podstawowych dotyczących pielęgnowania i żywienia niemowląt nastąpił wyraźny spadek.

Opieka zdrowotna i lecznictwo. Organizacja opieki zdrowotnej i działalności służby zdrowia należy do najważniejszych czynników decydujących o stanie zdrowia matek, dzieci i młodzieży. Obok braków rzutuujących bezpośrednio na wyniki pracy służby zdrowia (budownictwo dla potrzeb lecznictwa, leki, sprzęt medyczny i aparatura) zasadniczy niepokój budzi niska wciąż ranga lecznictwa podstawowego i obniżenie roli profilaktyki. Zły pod względem jakościowym i ilościowym stan oddziałów położniczych i noworodkowych stanowi zagrożenie zdrowia przebywających w nich matek i dzieci. Oddziały te nie są poddawane odpowiednim remontom i często funkcjonują z niewystarczającym zapleczem sanitarnym, kanalizacyjnym i pralniczym.

W ostatnich latach widoczny jest nieznaczny wzrost, aczkolwiek absolutnie niedostateczny, liczby łóżek położniczo-ginekologicznych, na-

tomiast praktycznie nie stwierdza się przyrostu łóżek dla noworodków i wcześniaków. Spowodowało to nadmierne, niebezpieczne zagęszczenie na oddziałach noworodkowych. Sytuację pogarsza jeszcze wyłączenie z pracy wielu oddziałów położniczych i noworodkowych z powodu przedłużających się ponad wszelką miarę remontów.

Należy zapewnić 6 dni pobytu kobiecie po porodzie fizjologicznym (75% pacjentek oddziałów położniczych) oraz 14 dni pobytu po porodzie zabiegowym i z patologią ciąży (25% pacjentek oddziałów położniczych); niedobór łóżek położniczych w 1980 r. wynosił co najmniej 4725 w stosunku do potrzeb. W obecnych, trudnych warunkach nie można więc dopuścić do dalszego likwidowania istniejących izb porodowych. W latach 1979—1980 zlikwidowano 2520 łóżek w 356 izbach porodowych.

Sprawy zdrowia dzieci i młodzieży. Ocena stanu zdrowia populacji w okresie rozwojowym w świetle takich wskaźników negatywnych, jak umieralność niemowląt mimo znacznej poprawy w ostatnim dziesięcioleciu nie stwarza podstaw do optymizmu. Przyjmując nawet, że w niektórych krajach europejskich system zbierania danych o umieralności niemowląt jest mniej rygorystyczny, co w efekcie poprawia statystyki, to jednak mimo wszystko należy uczynić znacznie więcej, by osiągnąć wynik zbliżony przynajmniej do NRD i Czechosłowacji. Wprawdzie liczba bezwzględna zgonów niemowląt obniżyła się z 14,8 tys. w 1980 r. do 13,8 tys. w 1981 r., podobnie obniżył się współczynnik umieralności niemowląt z 21,3‰ w 1980 r. do 20,5‰ w 1981 r. i jest najniższym, jaki dotychczas uzyskaliśmy, to jednak jest stale zbyt wysoki. Wyższy niż w Szwecji (7,3‰), Danii (9,1‰), Francji (9,8‰), Austrii (14,8‰), Czechosłowacji (15,8‰) i RFN (14,7‰).

Niepokojącym zjawiskiem w naszym kraju są w dalszym ciągu utrzymujące się bardzo duże różnice w umieralności niemowląt między poszczególnymi województwami, np. w 1981 r. w woj. poznańskim umieralność niemowląt wynosiła 17,9‰ (w tym w miastach 17,0‰, na wsi — 19,3‰), a w woj. łódzkim 20,2‰. Przyczyn tego zjawiska upatrywać należy w niedostatecznie efektywnej opiece profilaktycznej nad kobietą ciężarną, złych warunkach na oddziałach położniczych i noworodkowych, a także w niedostatecznie efektywnej opiece zdrowotnej nad noworodkiem i niemowlęciem zwłaszcza na wsi.

Zjawiskiem negatywnym, wiążącym się z wyżej wymienionymi trudnościami i z pogorszeniem się higieny osobistej oraz stanu sanitarnego jest wzrost zaważenia, szerzenie się w skupiskach dziecięcych świerzb, wzrost liczby zatruc pokarmowych, powstania ognisk zakażeń szerszących się drogą pokarmową.

Specjalnej uwagi wymaga również zachorowalność na nowotwory i gruźlicę, zwłaszcza niemowląt i dzieci.

Wśród chorób zakaźnych nadal stwierdza się stosunkowo wysoką zapadalność na odrę, różyczkę, zapalenie przyusznic, zatrucia pokarmowe i wirusowe zapalenie wątroby.

Narastającym w szybkim tempie problemem staje się zespół złego wchłaniania u małych dzieci i przewlekłe biegunki. Są one przynajmniej w dużej części spowodowane zakażeniami wewnątrzszpitalnymi na oddziałach położniczych i noworodkowych, co zmusza do stosowania antybiotyków już w pierwszych dniach życia dziecka. Zaburzenia wchłaniania mogą być również przejściem ostrych biegunek niemowlęcych występujących w Polsce nadal zbyt często (zakażenia szerszące się drogą pokarmową). Fakt ten w połączeniu z małą liczbą dzieci karmionych pier-

się oraz brakiem preparatów do diet eliminacyjnych stwarza dodatkowe problemy.

Szczególnie dramatyczny wydzźwięk ma fakt, że wiele dzieci najmłodszych z wadami serca (corocznie rodzi się ich 5—6 tys.) prawidłowo rozpoznany, umiera z powodu braku oddziałów kardiologii dziecięcej lub niedostatecznego wyposażenia istniejących, posiadających dobrze wyszkoloną kadrę. Sprawa ta wymaga pilnego załatwienia.

Zdrowie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Wśród problemów zdrowotnych dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym (w latach 1976—1980) na pierwszy plan wysuwają się nieprawidłowości w narządzie żucia, próchnica zębów oraz wady zgryzu. Szczególnie zły stan uzębienia wśród dzieci stwierdzono na wsi, gdzie próchnica zębów występuje u 70 do 80% dzieci. Niedostatek opieki stomatologicznej jest tak duży, że w przyszłości należy liczyć się nie tylko ze wzrostem powikłań spowodowanych próchnicą zębów, ale również wzmożonym zapotrzebowaniem na protetykę.

Drugim pod względem ilościowym problemem wśród negatywnych zjawisk zdrowotnych populacji szkolnej są nieprawidłowości w adaptacji psychospołecznej i zaburzenia układu nerwowego. Częstość tych zjawisk sięga zależnie od wieku i środowiska społecznego ok. 5 do 14% uczniów. Wzrasta w dodatku liczba dzieci i młodocianych pijących alkohol i sięgających po narkotyki.

Wzrasta także liczba samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Wśród młodzieży szkolnej z klas starszych obserwuje się zaburzenia w rozwoju osobowości oraz zespoły nerwicowe, będące przyczyną trudności wychowawczych i opóźnień w nauce. Przyczyny tych zjawisk są złożone, a niepokojące staje się ich narastanie.

Trzecim problemem są wady i zaburzenia narządu wzroku (u sześciolatków — 8%, dziesięciolatków około 14% i młodzieży osiemnastoletniej — 21%). Brak wystarczającej opieki okulistycznej prowadzi często do zaniedbanych przypadków zaburzeń narządu wzroku.

Czwartym problemem są zaburzenia w statyce ciała i narządu ruchu. Wyraźne nieprawidłowości w tym zakresie, potwierdzone badaniem specjalistów ortopedów, stwierdzono u 8—9% ogółu badanych w poszczególnych przedziałach wieku. Były to najczęściej płaskie i koślawe oraz boczne skrzywienie kręgosłupa. Jest to niepokojące w świetle braku odpowiedniego postępowania profilaktycznego, do którego jest zobowiązane szkolnictwo i Ministerstwo Oświaty i Wychowania — odpowiednie ławki, gimnastyka korekcyjna, sport dla wszystkich dzieci. Konieczne jest więc umasowienie sportu, zwiększenie sieci sportowych boisk, placów gier do siatkówki, koszykówki, piłki nożnej, pływalni i innych urządzeń sportowych. Konieczne również jest zorganizowanie przez Ministerstwo Oświaty i Wychowania gimnastyki korekcyjnej w szkołach. Brak dobrze zorganizowanej rehabilitacji narządu ruchu i psychospołecznej eliminuje wiele osób z normalnego życia społecznego.

Spśród przewlekłych chorób najczęściej występują choroby układu oddechowego (przewlekłe i nawracające zapalenia oskrzeli, przewlekłe zapalenia migdałków, przewlekłe zapalenie zatok). Częstość tych chorób maleje między 6—14 rokiem życia, a następnie wzrasta u osiemnastoletków. Choroby układu oddechowego częściej występują w mieście niż na wsi. Dotyczy to szczególnie obszarów o wysokim stopniu zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego.

Pierwszym elementem nowoczesnego działania profilaktycznego jest wczesne wykrywanie różnych nieprawidłowości w stanie zdrowia za pomocą masowych badań przeglądowych. Służą temu bilanse zdrowia no-

worodków i dzieci. Bilans osiemnastolatków obok określenia stanu zdrowia tej populacji ma na celu również ocenę stopnia przygotowania jej do życia w społeczeństwie. Badania osiemnastoletniej młodzieży zostały w ten sposób zaprogramowane, by służyć poradnictwu przedmażeńskiemu.

Wszystkie te zadania ujęte zostały w programie działania w zakresie ochrony zdrowia kobiet i populacji w wieku rozwojowym.

Warunkiem jednak wykonania zadań nakreślonych już w istniejącym planie jest stworzenie rzeczywistych priorytetów dla inwestycji i wyposażenia placówek ochrony zdrowia matki i dziecka.

Ta sytuacja zdrowotna nakazuje podjęcie energicznych kompleksowych działań w zakresie ochrony zdrowia matki i dziecka. W szczególności wymaga rozwinięcia nowoczesnych badań, dotyczących biologii reprodukcji oraz wpływu czynników genetycznych i środowiskowych na rozwój fizyczny i psychiczny dziecka, opracowania i wprowadzenia sprawnie działającego systemu informacji o stanie zdrowia dzieci i młodzieży, realizowania rozwiniętego programu w dziedzinie wychowania zdrowotnego i rozwoju kultury fizycznej, położenia szczególnego nacisku na leczenie podstawowe i opiekę ciągłą nad matką, dzieckiem i młodzieżą.

ZDROWIE I ŻYCIE LUDNOŚCI W WIEKU PRODUKCYJNYM

Termin „wiek produkcyjny” jest pojęciem umownym, pod którym rozumie się zazwyczaj okres życia od 20 do 65 lat. Na stan zdrowia pracujących wpływają nie tylko fizyczne warunki pracy, lecz często w decydującym stopniu psychospołeczne środowisko pracy. Wyznaczają je czynniki zarówno obiektywne, wynikające z organizacji pracy, jak i subiektywne, związane z motywacją pracy, postawami wobec pracy, stopniem zadowolenia z osiągniętych rezultatów itp.

Praktycznym negatywnym miernikiem stanu zdrowia ludności jest umieralność. Analizując umieralność (krzywą prawdopodobieństwa zgonu), można zaobserwować wyraźną nadumieralność mężczyzn w stosunku do kobiet w grupie wieku produkcyjnego, szczególnie w przedziale 20—39 lat. Ryzyko zgonu w tym wieku zwiększyło się o 20%, a w przedziale 40—59 o 21%. Cała nadwyżka zgonów w wieku 20—39 lat w 1976 r. w porównaniu z 1960 r. została spowodowana wyłącznie wypadkami, zatruciami i urazami, natomiast w grupie wieku 40—59 lat w 35% jest konsekwencją wypadków, urazów i zatruc, a w 29% — chorób układu krążenia. W latach 1960—1976 notuje się nieco szybszy wzrost z wiekiem umieralności z powodu cukrzycy, chorób krążenia i nowotworów.

Pogorszenie stanu zdrowia ludności w wieku produkcyjnym może sugerować ujemne działanie czynników zawodowych w przemyśle. Przeciwnie przyjęciu tej hipotezy może jednak przemawiać fakt, że jeszcze bardziej pesymistycznie przedstawiają się zmiany prawdopodobieństwa zgonu mężczyzn na wsi, gdzie natężenie czynników szkodliwych jest niższe. Trzeba jednak mieć na uwadze to, że duża część mieszkańców wsi pracuje w dwu zawodach: jako chłopcy—rolnicy i robotnicy.

Styczność z czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy może powodować powstanie chorób zawodowych lub przyczynić się do przyspieszenia rozwoju chorób niezawodowych.

Choroby niezawodowe. Wiele obserwacji z badań w przemyśle w Polsce dowodzi znaczenia roli środowiska pracy w powstawaniu chorób układu krążenia, szczególnie niedokrwiennej choroby serca i nadciśnienia. Zbyt mało wiemy o naturalnej historii nowotworów w populacji w zależności od czynników fizyko-chemicznych środowiska zawodowego, jednak dla 17 substancji chemicznych potwierdzono zawodowy związek z rakiem u ludzi. O wiele więcej substancji uważa się za potencjalnie rakotwórcze, a także wiele stosowanych zarówno w przemyśle, jak i w rolnictwie jest podejrzanych o działanie rakotwórcze.

W naszym kraju udowodniono, że przewlekły nieżyt oskrzeli i dychawica oskrzelowa są chorobami, które występują masowo w niektórych grupach zawodowych. Szczególnie podatnymi na przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego są palacze tytoniu.

Istotnym problemem w wieku produkcyjnym są również choroby zmysłów, szczególnie słuchu.

Analizując wpływ czynników środowiskowych na zdrowie kobiety, uwzględnić należy nie tylko czynniki zawodowe, ale również jej podwójne, a bardzo często jeszcze większe obciążenie pracą w gospodarstwie domowym, opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny.

Osobnym zagadnieniem warunkującym stan zdrowia w wieku produkcyjnym jest olbrzymi wpływ spożycia alkoholu i palenia tytoniu.

Choroby zawodowe. Dla analizy sytuacji w tej dziedzinie niezbędne są dwa rzędy informacji. Jeden, to dane dotyczące rodzaju narażenia zawodowego i jego poziomu oraz dane określające czynniki szkodliwe związane z charakterem i procesem pracy. Drugi dotyczy stanu zdrowia określonych grup zawodowych.

Dość szeroka informacja dotycząca rodzaju zagrożenia zawodowego pracowników przemysłu i budownictwa pochodzi z Przemysłowej Służby Zdrowia oraz Służby Sanitarно-Epidemiologicznej.

Służba Sanitarно-Epidemiologiczna szacuje liczbę osób ekspozowanych na czynniki szkodliwe w wymiarze niemal dwukrotnie większym niż Przemysłowa Służba Zdrowia. Przyczyną różnic mogą być odmienne kryteria oceny w związku z brakiem precyzyjnej definicji bądź też u ich podstaw leżą inne systemy zbierania informacji.

Według danych o zgłaszalności na choroby zawodowe, zapadalność ta ogółem wykazywała w latach 1971—1977 niewielką tendencję spadkową.

W porównaniu do lat ubiegłych obserwowano zmniejszenie udziału młodych grup wieku. Około 73% chorób zawodowych było wynikiem długiego okresu ekspozycji (ponad 10 lat. Wśród ogółu chorób zawodowych 79% dotyczyło mężczyzn, 21% kobiet. Zgłaszalność chorób zawodowych w poszczególnych gałęziach gospodarki narodowej była znacznie zróżnicowana. Najwyższe współczynniki zachorowań występowały w przemyśle metali nieżelaznych, środków transportu oraz w przemyśle węglowym. Największą częstość zatruć zawodowych w okresie 1971—1977 notowano w przemyśle chemicznym i metali nieżelaznych. Oddzielnym problemem stanowią wypadki przy pracy, których liczba stale wzrasta, chociaż stopień ich ciężkości wskazuje tendencję spadkową. Są one jednak nadal główną przyczyną zgonów oraz inwalidztwa powstałego z przyczyn zawodowych.

Choroby zawodowe w rolnictwie nie stwarzały dotychczas dużego problemu. W latach 1971—1977 stwierdzono 1433 przypadki, co stanowiła 3,3% wszystkich zarejestrowanych w tym czasie chorób zawodowych.

Porównanie 484 przypadków chorób zawodowych stwierdzonych w rolnictwie w latach 1976 i 1977 wykazało, że 70,5% dotyczyło chorób zakaźnych i inwazyjnych, głównie brucelozę. Drugie miejsce zajmowały zatrucia, a dalsze kolejno choroby skóry i błon śluzowych, choroba wibracyjna i zawodowe uszkodzenie słuchu, przewlekłe choroby tchawicy, oskrzeli i płuc z niewydolnością układu oddechowego, nieodwracalne choroby układu ruchu oraz pylica płuc.

Podkreślenia wymaga wzrastająca wraz z intensyfikacją procesów produkcyjnych oraz z wprowadzeniem nowoczesnych technik i technologii rola ergonomii i fizjologii pracy. Obciążenie pracą fizyczną ulega zmniejszeniu przy jednoczesnym wzroście obciążenia neuropsychicznego i umysłowego. Ergonomia, której celem jest m.in. dostosowanie maszyn, urządzeń produkcyjnych, narzędzi pracy i materialnego jej środowiska oraz samego procesu pracy do psychofizycznych cech i możliwości człowieka, coraz wyraźniej rozszerza zakres zainteresowań na warunki pracy i czynniki kształtujące samopoczucie pracownika.

Obserwowany wzrost wskaźnika absencji chorobowej z powodu chorób układu nerwowego i psychicznych świadczy o tym, że w nowoczesnym przemyśle obciążenia neuropsychiczne i umysłowe, którym towarzyszą stresy, wpływają w istotnym stopniu na stan zdrowotny populacji przemysłowej.

Aby przeciwdziałać narastającym zagrożeniom niezbędne jest m.in. stałe i systematyczne rozpoznawanie warunków pracy w skali całego kraju, dopracowanie kryteriów ochrony pracy (przygotowanie brakujących norm najwyższych dopuszczalnych stężeń i najwyższych dopuszczalnych nateżeń czynników szkodliwych w środowisku pracy oraz określenie kryteriów uznawania pracy za szczególnie uciążliwą i warunków wykonywania pracy za szkodliwe dla zdrowia (paszportyzacja stanowisk pracy), doprowadzenia do ujednoczenia metod pomiarów zagrożeń (zanieczyszczeń powietrza, hałasu, promieniowania itp.) na stanowiskach pracy, podjęcie opracowań wybranych rozwiązań technicznych w procesie produkcji służących ochronie pracy, doskonalenie systemu i metod zawodowej i społecznej rehabilitacji osób niepełnosprawnych (młodzieży i dorosłych) dotyczących poradnictwa zawodowego, szkolenia, zatrudnienia, zawodowej adaptacji, ochrony pracy oraz usprawnienia zawodowego.

ZAGROŻENIA ZDROWIA I ŻYCIA LUDZI W PODESZŁYM WIEKU I LUDZI NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Problemy zdrowotne ludzi starych mają na ogół swoje źródło w nawykach i stylu życia w wieku wcześniejszym, niektóre są skutkiem chorób przebytych w dzieciństwie lub w wieku produkcyjnym, część z nich jest rezultatem uwarunkowań genetycznych, a część wynika po prostu z procesu starzenia się ustroju.

Liczba chorych wymagających leczenia szpitalnego wzrosła w znacznie większym stopniu wśród osób w wieku podeszłym aniżeli w wieku rozwojowym czy też produkcyjnym. Szacuje się, że odsetek chorych w wieku 60—65 lat wśród osób leczonych w latach dwudziestych naszego stulecia ograniczał się do około 7%, natomiast obecnie wynosi około 30%.

Chociaż starość nie jest chorobą, grupa ludzi w podeszłym wieku stanowi populację wrażliwą na choroby przewlekłe o charakterze zwyrod-

nieniowym, które mają przebieg skryty i powolny. Znaczna ich część kończy się zgonem albo długotrwałym lub trwałym inwalidztwem. Osoby w podeszłym wieku cierpią przy tym często na kilka chorób jednocześnie. Do najczęstszych chorób należą choroby układu krążenia, naczyń mózgu, nowotwory złośliwe, choroby układu ruchu, choroby psychiczne i nerwowe, obniżenia ostrości wzroku i słuchu, wypadki, urazy, zatrucia.

Częstość inwalidztwa w badaniach krajowych wynosiła około 20%. Na podstawie danych z 1974 r. wśród ogółu inwalidów było 45,8% osób w wieku powyżej 60 lat. W mieście zamieszkiwało 45,1%, a na wsi 54,9% inwalidów.

Uwzględniając, że ciężar opieki nad ludźmi starymi spoczywa tradycyjnie na kobietach w średnim wieku, można oczekiwać, że niedostatek opieki rodzinnej będzie ulegał szybkiemu nasileniu. Przykładowo w 1960 r. wskaźnik liczby osób w wieku poprodukcyjnym na 100 kobiet w wieku 20—59 lat wynosił 21, natomiast w roku 1971 — osiągnął wartość 53,6.

Kryzysowa sytuacja w kraju uczyniła zagadnienia osób niepełnosprawnych szczególnie aktualnymi. Wprowadzana w życie reforma gospodarcza powinna uwzględniać specyfikę 25% ludności, która ma zagrożoną sprawność, a wśród której 14% wymaga specjalnej opieki. W związku z powyższym należy powołać międzyresortowy Komitet ds. Osób Niepełnosprawnych, powierzając mu całość zagadnień związanych z koordynacją prac w tym zakresie.

Trzeba też podjąć cały zespół działań mających na celu: zwiększoną pomoc materialną w zakresie usług dla ludzi w podeszłym wieku i ludzi niepełnosprawnych, poprawę sytuacji mieszkaniowej zwłaszcza osób samotnych i pomoc we właściwym urządzeniu mieszkań, wzrost miejsc w domach pomocy społecznej i w domach dla przewlekle chorych, udoskonalenie systemu rehabilitacji, m.in. poprzez organizację rehabilitacji w domu chorego.

ZDROWIE A ZJAWISKA PATOLOGII SPOŁECZNEJ

Alkoholizm. O stopniu szkodliwości społecznej spożycia alkoholu w Polsce nie decydują jedynie jego rozmiary. Wielkość spożycia na 1 mieszkańca kształtuje się u nas na poziomie zbliżonym do krajów sąsiednich. Wśród wielu narodowości jest większe spożycie alkoholu. Tak np. w 1975 r. na 1 statystycznego mieszkańca Francji przypadało 17 l napojów alkoholowych przeliczonych na alkohol 100°, czyli dwa razy więcej niż na 1 mieszkańca naszego kraju. Czynnikiem decydującym o szkodliwości społecznej jest struktura spożywanego alkoholu oraz akceptowane wzory picia. Polska jest obecnie krajem o największym udziale spożycia wysokoprocentowych napojów spirytusowych na świecie.

W 1967 r. liczbę osób nadmiernie pijących w naszym kraju szacowano na 1,5 mln, obliczano, że w tym mamy 400 tys. alkoholików. W oparciu o powyższe wielkości można szacować liczbę samych tylko ludzi cierpiących na alkoholizm przewlekły na 100—150 tys., a chorych na psychozy alkoholowe — 15—30 tys. osób.

W związku z rosnącym alkoholizmem sytuację w leczeniu alkoholików można określić jako dramatyczną i to zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Według stanu na 31 XII 1978 r. odwykową opiekę stacjonarną sprawowało: 7 zakładów leczenia odwykowego,

36 oddziałów odwykowych w szpitalach psychiatrycznych, 7 oddziałów w zespołach opieki zdrowotnej i 3 oddziały odwykowe w sanatoriach przeciwgruźliczych. Łącznie stanowiło to 3217 łóżek. Większość zakładów jest umiejscowiona w województwach zachodnich i północnych, tylko jeden w Polsce centralnej. Województwa południowo-wschodnie w ogóle nie posiadają takich placówek leczniczych. Jest to więc stan nie do utrzymania.

Słabości opieki zdrowotnej w zakresie leczenia alkoholików wynikają ponadto i przede wszystkim z: niedoboru łóżek (zwłaszcza w zakładach leczenia odwykowego) oraz nierównomiernej, rzadkiej sieci zakładów, braku oddziałów dzienne-nocnych (poza jednym w Warszawie) leczenia odwykowego dla kobiet i zakładu leczenia długoterminowego dla alkoholików z daleko posuniętą degradacją psychiczną i społeczną, niedostatecznej kadry medycznej i paramedycznej oraz niedostatecznego przygotowania fachowego personelu, braku powiązania między lecznictwem otwartym i stacjonarnym oraz współpracy między placówkami odwykowej opieki zdrowotnej i rodzinami pacjentów, środowiskiem zawodowym oraz instytucjami zajmującymi się alkoholiem (komisje społeczno-lekarskie, sąd itp.). Dane dotyczące patologii społecznej w zakresie alkoholizmu pochodzą z ekspertyzy opracowanej w roku 1980 (część spraw uległa istotnym zmianom po wprowadzeniu Ustawy z 26 października 1982 r. „O wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi” — Dz.U. nr 35 z 1982 r.).

Palenie tytoniu przyczynia się do rozwoju przeszło 20 chorób. Najbardziej groźne społecznie są: rak, a w szczególności rak płuc u mężczyzn, przewlekłe, nieswoiste nieżyty dróg oddechowych oraz przedwczesne miażdżycze naczyń. Choroby te dają bardzo duży odsetek inwalidztwa. Występują one coraz częściej, powodując dużą i systematycznie nasilającą się absencję chorobową.

Palenie jest szczególnie szkodliwe w okresie rozwoju płodu. Palenie w czasie ciąży zwiększa ryzyko poronienia, a noworodki ważą przeciętnie mniej (o 173 gramy) od noworodków urodzonych przez matki niepalące.

Wskazane jest przeto konsekwentne zwalczanie nałogu wśród studentów, w szczególności studentów studiów lekarskich, stomatologicznych, farmaceutycznych, pielęgnarskich i pedagogicznych, rygorystyczne przestrzeganie niepalenia w placówkach służby zdrowia i propagowanie zrywania z nałogiem przez pracowników służby zdrowia, skoordynowanie działania oświaty i propagandy przeciw paleniu tytoniu na terenie kraju oraz opracowanie metodyki oddziaływania w tym zakresie w stosunku do najważniejszych środowisk pracowników służby zdrowia, nauczycieli i wychowawców, młodzieży szkolnej i studentów, kobiet w wieku rozrodczym, a szczególnie kobiet w ciąży, młodych rodziców, mężczyzn po czterdziestce, osób chorych oraz młodzieży nieprzystosowanej, rozwinięcie sieci poradni odwykowych, zapewnienie pomocy w komisjach odwykowych, m.in. dostosowanie leków przeciwnikotynowych, produkcję substytutów papierosów).

Narkomania. Termin „narkomania” nie odpowiada istocie zjawiska, jakim jest przyjmowanie środków odurzających. Tylko bowiem niewielka część osób, która eksperymentuje ze środkami odurzającymi spełnia kryteria narkomanii, czyli lekozależności, jeśli przyjąć terminologię Światowej Organizacji Zdrowia.

Omawiając narkomanię jako przejaw patologii społecznej, ograniczymy się do problematyki młodzieży z dwu powodów. Po pierwsze, przyjmowanie środków odurzających przez młodzież wzbudziło w Polsce w ciągu ostatnich lat niepokój jako nowy i trudny do zrozumienia spo-

sób zachowania się młodzieży. Po drugie, relatywnie rzadko występuje narkomania wśród dorosłych w naszym kraju.

Dane o rozpowszechnianiu się zjawiska odurzania wśród młodzieży są fragmentaryczne, pozwalają przeto na przybliżony tylko szacunek jego rozmiarów. Całkowitą liczbę osób uzależnionych rejestrowanych przez służbę zdrowia szacowało się w 1974 r. na ok. 3 tysiące. Liczbę młodych osób biorących co jakiś czas narkotyki, jednak jeszcze nie uzależnionych, szacowało się w tym czasie na ok. 30 tysięcy.

Gdyby zastosować kryteria, według których kwalifikuje się przypadki narkomanii w krajach zachodnich, liczba młodocianych odpowiadających takim kryteriom uległaby jeszcze zmniejszeniu. Stwierdzenie to nie jest próbą lekceważenia zjawiska, a jedynie wskazaniem, że nie stanowi ono na razie w naszym kraju problemu tej miary, jaką próbuje mu się niekiedy nadawać i wszystko przemawia za tym, że — w każdym razie przez pewien okres — może on pozostać niewielkim problemem w stosunku do uzależnień od alkoholu. Jednakże konieczna jest czujność w tej dziedzinie.

Głównym zadaniem służby zdrowia powinno być uruchomienie programów profilaktycznych i leczniczych. Dane dotyczące narkomanii pochodzą z ekspertyzy opracowanej w 1980 r. Niestety, stan obecny uległ znacznemu pogorszeniu (wzrosła liczba osób uzależnionych przy braku istotnych postępów w dziedzinie zapobiegania, leczenia i rehabilitacji).

W tej dziedzinie na plan pierwszy wysunąć należy:

1) Profilaktykę w sferze oświaty zdrowotnej, której celem byłoby zmniejszenie zużycia środków nasennych i uspokajających zapisywanych zbyt często przez lekarzy na prośbę pacjentów;

2) Wprowadzenie programów profilaktycznych przez resort oświaty i wychowania wspólnie z resortem zdrowia. Programy te powinny być ukierunkowane na przejawy nieprzystosowania społecznego młodzieży;

3) Uruchomienie programów leczniczo-rehabilitacyjnych w oparciu o współpracę obu resortów zdrowia i opieki społecznej oraz oświaty i wychowania (zapewniające każdemu choremu leczenie przy jednoczesnym umożliwieniu kontynuowania nauki lub pracy zawodowej);

4) Ograniczanie importu niektórych środków nasennych i uspokajających oraz całkowite zaniechanie importu środków odurzających o wątpliwej wartości dla lecznictwa oraz zaprzestanie produkcji tych środków w kraju.

STAN DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ W POLSCE

Zagrożenia zdrowia ludności stwarzają konieczność prowadzenia określonej polityki społecznej i gospodarczej, zmierzającej do ich minimalizowania i eliminowania. Niezbędne jest przeto stałe śledzenie, monitorowanie i eliminowanie potencjalnych zagrożeń. Zapobieganie i leczenie skutków zagrożeń stanowi obszar działalności służby zdrowia. Skuteczność jej działania w tym zakresie uwarunkowana jest w poważnym stopniu stanem pozostającego w jej dyspozycji zaplecza diagnostycznego. Wczesne i prawidłowe rozpoznanie procesu chorobowego jest bowiem czynnikiem decydującym o skutecznym leczeniu. Skłoniło to do włączenia do niniejszego opracowania wybranych elementów ekspertyzy o stanie diagnostyki klinicznej w Polsce, opracowanej przez Komitet Patofizjologii Klinicznej PAN. Ekspertyza ta opracowana w roku 1979,

zachowuje do dziś pełną aktualność i wykazuje jednoznacznie, iż poziom diagnostyki lekarskiej w Polsce znajduje się na znacznie niższym poziomie niż w rozwiniętych krajach socjalistycznych i kapitalistycznych. Składa się na to: niezadowalający przeciętny poziom wykształcenia lekarzy, niedociągnięcia organizacyjne w lecznictwie terenowym, niedostateczne wyposażenie w aparaturę i wady w funkcjonowaniu pracowni.

Z analizy wynikają określone zadania. Przede wszystkim należy:

— podnieść poziom nauczania medycyny (przed-i podyplomowego) nawet kosztem zmniejszenia liczby studentów, a tym samym i lekarzy;

— w szerszym niż dotychczas zakresie objąć lekarzy pracujących w przychodniach terenowych (przychodnie rejonowe, gminne ośrodki zdrowia) różnymi formami szkolenia podyplomowego, a zwłaszcza zapewnić dopływ do nich informacji na temat nowych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych;

— stworzyć motywacje dla lekarzy do poświęcenia się deficytowym dyscyplinom medycznym (radiologia, histopatologia, kardiologia, nefrologia i mikrobiologia);

— możliwie szybko zwiększyć nakłady na sprzęt podstawowy i aparaturę specjalistyczną we wszystkich gałęziach medycyny, a natomiast zakupów za granicą dokonywać w możliwie niewielkiej liczbie firm o ustalonej renomie, zapewniających odpowiedni serwis i części zamienne, poprawić też rozmieszczenie aparatury specjalistycznej, stosownie do możliwości jej wykorzystania i liczby ludności;

— budować duże, wieloprofilowe funkcjonalne szpitale (500—700 łóżek), będące dobrym zapleczem diagnostycznym lecznictwa i zapewniające prawidłowe wykorzystanie dla celów diagnostyki i lecznictwa posiadanej aparatury, w dużych i dobrze wyposażonych pracowniach wprowadzić dwuzmianowy system pracy.

Ochrona zdrowia społeczeństwa kraju jest konstytucyjnym obowiązkiem państwa, którego wyspecjalizowanym organem w tym zakresie jest Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. W kolejnych rozdziałach niniejszego opracowania, nie obejmującego w sposób oczywisty całości zagadnień dotyczących zabezpieczenia zdrowia, lecz koncentrującego się na wybranych, choć wydaje się, najbardziej istotnych jego zagrożeniach wykazano szeroki zespół czynników decydujących o zdrowiu populacji kraju zarówno w chwili obecnej, jak i w bliższej i dalszej przyszłości. Przegląd ten wskazuje, iż czynniki owe przekraczają zakres działań i wpływów jednego, choćby najbardziej wyspecjalizowanego i rozbudowanego resortu. Dotyczą one wszystkich niemal obszarów życia społeczno-gospodarczego i obejmują kompetencje większości ogniw administracji państwa od resortów gospodarczych, poprzez resort administracji terenowej, ochrony środowiska, pracy, płac i spraw socjalnych do resortu oświaty i wychowania, nauki, szkolnictwa wyższego i techniki i Polskiej Akademii Nauk. Zdrowie społeczeństwa zależy w co najmniej równej mierze od sprawnej służby zdrowia, właściwej liczby szpitali, przychodni, sanatoriów, ośrodków rehabilitacyjnych i domów opieki dysponujących niezbędną, ilościowo i jakościowo odpowiednią kadrą, wyposażeniem diagnostycznym i leczniczym oraz środkami leczniczymi, co od nie skażonego, szeroko rozumianego środowiska, właściwych warunków bytowania, pracy i odpoczynku, stosownego żywienia oraz zbiorowej i indywidualnej kultury zdrowotnej społeczeństwa, jego nawyków i wychowania. Stwierdzenie to w żadnej mierze nie zwalnia wyspecjalizowanego resortu państwowego z jego obowiązków. Pokazuje jedynie złożoność czynników decydujących o indywidualnym i zbiorowym zdrowiu społeczeństwa oraz rozszerza obowiązki na cały

niemal obszar społecznej aktywności. Zdrowie rozumiane w myśl definicji Światowej Organizacji Zdrowia, jako pełny fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan, a nie tylko brak choroby lub kalectwa (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Preamble of WHO Constitution) nakłada również indywidualne zobowiązania na wszystkich członków społeczeństwa. Zagrożenia jego tkwią w znacznej mierze w szkodliwych, choć niejednokrotnie nazbyt liberalnie społecznie akceptowanych wzorcach życia, nawykach i przyzwyczajeniach. Pociąga to za sobą konieczność właściwego wychowania zdrowotnego rozpoczynanego w domu rodzinnym, a kontynuowanego dalej w przedszkolu, szkole, zakładzie pracy. Instytucje odpowiedzialne za kształtowanie programów naukowych i ich realizację powinny w większej mierze niż dotychczas ukierunkowywać je na rozeznanie, zapobieganie i zwalczanie zagrożeń zdrowotnych szeroko rozumianego środowiska, a w naukach biomedycznych na opracowywanie metod diagnostycznych, leczniczych i prewencyjnych oraz poznawanie przyczyn i mechanizmów procesów chorobowych związanych z rozwojem cywilizacyjnym i technicznym.

Wykonywanie obowiązków przez instytucje służby zdrowia wymaga zapewnienia im ilościowo i jakościowo właściwych kadr pracowników na różnych szczeblach fachowości, rozbudowy bazy materialnej i wyposażenia w niezbędny sprzęt diagnostyczny i środki lecznicze. Stwarza to zarówno konieczność importu oraz rozwoju krajowej, własnej produkcji tych materiałów i środków. Współczesna zapobiegawcza i usprawniająca działalność lekarska opiera się na dobrze wyszkolonym lekarzu, wspartym licznym i zróżnicowanym personelem paramedycznym i technicznym oraz nowoczesnym i sprawnym jego warsztacie.

Polska Rzeczpospolita Ludowa jest jednym z sygnatariuszy deklaracji Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”, podpisanej w Alma-Acie w roku 1978. Obecny stan zabezpieczenia zdrowia społeczeństwa wskazuje, iż okres 17 lat dzielących od roku 2000 okaże się zbyt krótki dla realizacji przyjętych w deklaracji zobowiązań. Niezbędne jest opracowanie szerokiego, kompleksowego programu ochrony zdrowia ludności, uwzględniającego wszystkie jego aspekty i uwarunkowania, określającego wynikające z nich obowiązki dla wszystkich dziedzin działalności społecznej i jego bezwzględna i konsekwentna realizacja we wszystkich zakresach i na wszystkich szczeblach.