

MAŁGORZATA
STAWIAK-OSOSIŃSKA
Uniwersytet Jana
Kochanowskiego w Kielcach
ORCID: 0000-0002-7982-623X

Instytucjonalna opieka położnicza nad kobietą ciężarną i rodzącą w Polsce w okresie PRL-u

Summary

After the end of World War II, Poland began a period of reconstruction of the country, but also of great ideological changes. A new regime was introduced, which set as its goal the nationalization of all branches of the economy. One of the areas of implementation of the new policy was health care. However, the introduction of all intentions was not immediately possible due to the massive destruction of the material base and the shortage of qualified medical staff. One of the demands of the new government was to universalize the health service and provide free care to all citizens. Obstetric care had a special place in these plans. It was considered necessary to create as soon as possible a network of facilities where parturients would be able to give birth in proper sanitary conditions under the care of qualified personnel, and thus limit the practice of the time being reduced to the use of unqualified village midwives for deliveries. In view of the insufficient number of gynecological-obstetrical hospitals, they began to create hitherto unknown institutions, which were intended to be located mainly in villages, so that they would be relatively close to the women giving birth. These institutions were birthing rooms and obstetric units. The text shows the specifics of the functioning of these three institutions providing perinatal assistance – functioning throughout the entire period of the People's Poland – as well as the social perception of the services provided in them.

Słowa kluczowe: Polska, pomoc położnicza, instytucje porodowe, druga połowa XX w.

Keywords: Poland, obstetric assistance, birthing institutions, second half of the 20th century

Okres II wojny światowej był czasem, w którym degradacji zarówno organizacyjnej, jak i społecznej uległo wiele dziedzin życia. Jednym z obszarów, który wówczas bardzo ucierpiał, była ochrona zdrowia. Zniszczenia wojenne dotknęły nie tylko jej zaplecze materialne, ale przede wszystkim odbiły się na liczbie personelu medycznego. W czasie wojny zginęło wielu lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszek, położnych. Szacuje się, że stan liczebny tej grupy zawodowej zmniejszył się o połowę w stosunku do stanu z okresu przedwojennego¹. Zniszczeniu uległ także materialny majątek podległy służbie zdrowia w postaci budynków szpitalnych, sanatoriów, zakładów leczniczych, ośrodków zdrowia, spółdzielni zdrowia czy gabinetów lekarskich i dentystycznych, nie mówiąc już o sprzętach lekarskich, diagnostycznych, lekach i środkach opatrunkowych². Po zakończeniu działań wojennych konieczna zatem stała się odbudowa tego sektora. Była to kwestia o tyle nagląca, że pomocy wymagała ogromna liczba ludzi, których zdrowie ucierpiało z różnych przyczyn w okresie wojny, jak i z uwagi na pojawiające się nowe zagrożenia zdrowotne wynikające z niedostatku żywności, braku odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych oraz braku odporności na choroby zakaźne i społeczne³.

W pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej w zakresie pomocy medycznej obowiązywały przepisy przedwojenne. W myśl ustawy o publicznej służbie zdrowia z 15 czerwca 1939 r.⁴ na służbie zdrowia spoczywały zadania z zakresu „zwalczania i zapobiegania chorobom, prowadzenia zakładów leczniczych i leczniczo-zapobie-

¹ Niezwykle trudno dokładnie oszacować wielkość strat osobowych w obrębie służby zdrowia. Jedną z przyczyn tego stanu jest fakt wcielenia do ZSRR byłych ziem II Rzeczypospolitej, na których pozostała jakaś część polskiego personelu medycznego. Porównanie zatem liczby lekarzy, pielęgniarek, stomatologów, położnych itd., którzy stanowili wykwalifikowaną kadrę medyczną po zakończeniu działań wojennych w nowych granicach Polski ze stanem przedwojennym nie oddaje rzeczywistego stanu liczebowego. Podaje się jedynie, że po wojnie „odliczyło się” 56% lekarzy w stosunku do roku 1938, 42% dentystów, 87% pielęgniarek i 67% położnych, M. Sanecki, M. Rakowski, *Straty opieki zdrowotnej w wyniku II wojny światowej*, [w:] W. Noszczyk (red.), *Dzieje medycyny w Polsce. Opracowania i szkice. Lata 1944–1989*, t. 3, Warszawa 2016, s. 13–14.

² A. Pacho, *Organizacja służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1972, s. 12–13.

³ P. Grata, *Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2017, t. 15, s. 5; U. Kozłowska, *Opieka nad matką i dzieckiem w latach 1944–1948*, „Polityka Społeczna” 2012, nr 7, s. 28–29; E. Szpak, *Warunki sanitarne w powojennej Polsce. Zarys problemów i dynamiki zmian (1945–1970)*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2014, t. 12, s. 277–281.

⁴ Ustawa ta nie weszła w pełni w życie przed wybuchem wojny. Zakładano, że jej zasadnicza część będzie obowiązywała od 1.07.1939 r., a całość od kwietnia 1940 r.

gawczych, uzdrowisk, cmentarzy, opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i dzieckiem, (...) higieny szkolnej, wychowania fizycznego, opieki nad koloniami i półkoloniami, zaopatrywania ludności w wodę i usuwania nieczystości, dozoru sanitarnego nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, higieny bytowania i pracy, kąpielisk, higieny środków lokomocji, nadzoru sanitarnego nad wyrobem i obrotem środków leczniczych i zapobiegawczych, aptek i drogerii, nadzoru nad zawodami czynnymi w zakresie służby zdrowia”⁵.

Realizacja tych zadań rozdzielona była na organy samorządu terytorialnego – Ministra Opieki Społecznej, województwa, powiaty, miasta i gminy. Podstawowymi osobami realizującymi te zadania byli na szczęblu województw lekarze wojewódzcy, w powiatach – lekarze powiatowi, a w gminach i okręgach lekarze gminni lub okręgowi⁶. W pierwszych powojennych latach sprostanie założeniom z tej ustawy było niemożliwe ze względu na ogromne braki kadrowe. W tej trudnej sytuacji za główny cel polityki zdrowotnej przyjęto maksymalne zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w zakresie: „położnictwa i opieki nad dzieckiem, zwalczania chorób zakaźnych i społecznych, udostępnienia ogółowi ludności środków leczniczych i opatrunkowych”, na nieco dalszy plan odsuwając tworzenie szpitali powiatowych i ośrodków zdrowia, racjonalne rozlokowanie lekarzy i innego personelu medycznego, przypisanie kadrom medycznym ściśle określonych obowiązków⁷. Jednym z zadań, jakie postawiła sobie nowa władza, było upaństwowienie służby zdrowia, co w warunkach powojennych było niemożliwe do zrealizowania⁸. Jednak z upływem czasu państwo powoli zaczęło przejmować placówki i instytucje związane z pomocą medyczną prowadzone przez Kościół i różnego rodzaju stowarzyszenia. Drugim zadaniem, jakie postawiła przed sobą nowa władza, było zorganizowanie sprawnej sieci instytucji pomocy medycznej na wsiach. W 1945 r. utworzono Ministerstwo Zdrowia. W tym samym roku ukazał się okólnik, w którym zapewniano, że na wsiach tworzone będą Okręgowe Ośrodki Zdrowia, mające zapewnić całościową opiekę medyczną, w tym także pomoc położniczą. Ówczesny

⁵ Ustawa z dnia 15.06.1939 r. o publicznej służbie zdrowia, Dz.U. z 1939 r. nr 54, poz. 342.

⁶ Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994, s. 204.

⁷ *Ibidem*, s. 207.

⁸ Funkcjonowanie służby zdrowia opierało się z powodu bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej kraju na ubezpieczalniach społecznych oraz na prywatnej praktyce. Dopiero w 1972 r. bezpłatną pomocą medyczną objęto też chłopów.

minister zdrowia dr Franciszek Litwin w 1945 r. w swoim przemówieniu na zjeździe lekarzy z okręgu śląsko-dąbrowskiego w Katowicach dał wyraz temu, jaki kierunek miały przyjąć przeobrażenia w służbie zdrowia w ciągu najbliższych lat, za najważniejsze uznając poprawę zaniedbanego zdrowia robotników i chłopów oraz opiekę państwa nad kobietą ciężarną oraz matką i dzieckiem⁹.

Przeszkodą w realizacji tego zadania nie był brak odpowiednich budynków, bo zaczęto adaptować przejęte przez państwo pałacyki, dworki czy inne ocalałe z pożogi wojennej lokale, tworząc w nich wiejskie ośrodki zdrowia, punkty zdrowia, punkty położnicze, stacje pogotowia ratunkowego, ale przede wszystkim mentalność społeczną¹⁰. Na wsiach bardzo trudno było przekonać ludzi do korzystania z usług wykwalifikowanych kadr medycznych (których także bardzo wówczas brakowało) oraz do udawania się do tworzonych instytucji. Tym bardziej że gwarantowana przez państwo bezpłatna pomoc medyczna obejmowała jedynie pracowników rolnictwa uspołecznionego i państwowego, a rolnicy indywidualni objęci nią zostali dopiero w 1972 r.¹¹ Wyjątek w tym względzie dotyczył jedynie opieki położniczej. 28 sierpnia 1950 r. ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, które wprowadzało ulgi w opłatach za tę pomoc¹².

Jednym z mankamentów w tych pierwszych powojennych latach był również niedobór odpowiednio przygotowanego personelu. Taka sytuacja dotyczyła wielu rejonów powojennej Polski. Witold Ziętkiewicz wspomina np., że kiedy rozpoczynał jako lekarz pracę w szpitalu w Suszu w 1948 r., cały szpital powiatowy z czynnymi oddziałami chirurgicznym, internistycznym, położniczo-ginekologicznym i zakaź-

⁹ M. Sanecki, *Zarys systemu opieki zdrowotnej*, [w:] W. Noszczyk (red.), op. cit., s. 95; A. Lutrzykowski, *Podstawy prawne opieki zdrowotnej w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej*, „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne” 2001, nr 3, s. 263–264.

¹⁰ M. Sanecki, *Zarys systemu opieki zdrowotnej*, op. cit., s. 95.

¹¹ E. Szpak, *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*, Warszawa 2013, s. 214.

¹² „Wysokość opłat ustalono na 45–112 zł zależnie od przychodów z gospodarstwa. Właściciele gospodarstw o przychodzie miesięcznym do 1320 zł i członkowie ich rodzin zostali całkowicie zwolnieni z opłat. Wszystkie kobiety wiejskie nabyły też prawo do bezpłatnego korzystania z poradni K i poradni C. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 4 lutego 1960 r. ustalono jednolity cennik opłat za świadczenia otwartej służby zdrowia. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 16.08.1962 r. przyznano wszystkim niemowlętom w wieku do 1 roku bezpłatne leczenie w klinikach i szpitalach”, B. Tryfan, *Socjalne i prawne środki ochrony macierzyństwa na wsi*, [w:] S. Wiczorek (red.), *Socjalne i prawne środki ochrony macierzyństwa i rodziny*, Warszawa 1976, s. 113.

nym, obsługiwał ordynator chirurg, on jako stażysta i trzy absolventki trzymiesięcznego kursu pielęgniarstwa¹³. Niedobory kadrowe widoczne były jeszcze w latach 70. „W 1970 r. ludność wiejska stanowiła 47,8% ogółu ludności Polski. Tymczasem liczba lekarzy pracujących na wsi stanowiła zaledwie 5%, a liczba pielęgniarek 3,8%. Jeśli weźmie się pod uwagę, że ludność wiejska leczy się w miastach to i tak te wskaźniki nie są zadowalające”¹⁴.

Do innych problemów ówczesnej służby zdrowia należały trudności komunikacyjne, czyli brak bitych dróg oraz karetek. Najczęściej do oddalonego o wiele kilometrów szpitala czy nowo założonego ośrodka zdrowia trzeba było dowozić chorych furmankami czy saniami, a czas transportu wydłużał się do kilku godzin, które mogły zadecydować o życiu¹⁵. Na rozwój i popularyzację lecznictwa instytucjonalnego miało też, zwłaszcza na wsiach, wpływ przywiązanie do tradycyjnych sposobów leczenia stosowanych przez miejscowych znachorów, zamałtuchy czy ziołarzy.

Sytuacja polityczna i ekonomiczna wyniszczona wojną kraju miała ogromny wpływ na kształt pomocy medycznej. Chcąc zapewnić dostęp jak największej liczbie osób do fachowej służby zdrowia, zaczęto tworzyć sieć w miarę równomiernie rozmieszczonych placówek, tak aby każdy szukający pomocy medycznej znalazł ją stosunkowo blisko. Na mocy Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, całkowicie upaństwowiono opiekę zdrowotną. Od tego roku wszystkie zakłady lecznicze utrzymywane miały być przez państwo, związki samorządu terytorialnego i instytucje ubezpieczeń społecznych, co w praktyce przekładało się na bezpłatną pomoc medyczną dla każdego ubezpieczonego pacjenta¹⁶. Na początku lat 50. podporządkowano całą służbę zdrowia administracji państwowej. Wyznaczono też jej zgodnie z obowiązującą ideologią nowe cele – a jednym z nich było

¹³ W. Ziętkiewicz, *Wybrałem medycynę*, [w:] K. Bidakowski, T. Wójcik (red.), *Pamiętniki lekarzy*, Warszawa 1964, s. 742.

¹⁴ B. Tryfan, op. cit., s. 114.

¹⁵ O takiej sytuacji wspomina jedna z autorek pamiętników opublikowanych w zbiorze pt. *Być matką*. Pisze ona następująco: „Nadszedł czas porodu. Mąż w szpitalu (...), a ja muszę jechać na poród. Noc zimna, mroźna, luty. W naszej wsi (...) była izba porodowa (...), pani położna, ale ja sama musiałam tam pojechać pięć kilometrów drogi. Bóle chwytaly mnie coraz silniej. Zaprzęgam konia, aby jechać, ale bóle na chwilę mnie opuściły. (...) Usiadłam na saniach, otuliłam się kocem, lejce w rękach (...). Pojechałam na poród. W drodze coraz szybciej i szybciej musiałam poganiać konia, bo myślałam, że już urodzę (...). Nr 619, [w:] *Być matką*, wybór D. Gałaj, Warszawa 1986, s. 305.

¹⁶ Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1948 r. nr 55, poz. 434.

wpisanie się w ogólnokrajową pracę na rzecz socjalistycznego kraju, przez zapewnienie takiej opieki medycznej głównej sile narodu – czyli robotnikom, aby zapewnić „maksymalną długość wieku produkcyjnego ludzi (...), a w razie potrzeby na skutek choroby lub (...) wypadku przywrócić w jak najkrótszym czasie człowieka pracy ponownie procesom produkcyjnym”¹⁷. W propagandowych przemówieniach kierowanych do personelu medycznego podkreślano zadania służby zdrowia „jako części składowej wielkiego budownictwa socjalistycznego, rolę związku zawodowego w wychowaniu personelu zakładowego oraz czynne występowanie przeciw podszeptom działającego tu i ówdzie wroga klasowego, który stara się podrywać autorytet naszych związków”¹⁸. Wicedyrektor Ochrony Zdrowia Matki i Dziecka Adam Janowski podkreślał, że hasła socjalistyczne kierowane do robotników są aktualne także dla służby zdrowia, mimo że – jak zauważał – są one mniej popularne niż w innych sektorach gospodarki¹⁹. Dla położnych wyznaczono zadania specjalne: „Każda położna na wyznaczonym sobie odcinku pracy ma możliwość brać udział w wykonywaniu Planu 6-letniego i w walce o pokój. Dając dobrą fachową opiekę kobietom, chroniąc ich zdrowie i życie, oświatą sanitarną i pielęgnacją niemowląt przyczynia się do zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności niemowląt. Tym samym każda położna bezpośrednio przyczynia się do wzrostu potęgi Polski na odcinku zdrowotnym: przyrostu naturalnego i tężyzny fizycznej, powiększając jego siły obronne”²⁰. Taka narracja świadczyła o tym, że służbę zdrowia zaczęto utożsamiać z zakładem produkcyjnym, a przed personelem zaczęto stawiać wymagania jak przed robotnikami fabryk, namawiając do współzawodnictwa i osiągnięcia często nierealnych rezultatów, a nawet posuwano się do rozliczania z niewykonanych planów²¹.

Zgodnie z wytycznymi nowej władzy szczególną opieką należało objąć kobietę ciężarną i jej nowo narodzone dziecko, zapewnić im dostęp do odpowiednich instytucji, w których otrzymałyby fachową pomoc okołoporodową. Było to zadanie bardzo trudne do wykonania. W kraju nie było bowiem przedwojennych tradycji rodzenia poza domem,

¹⁷ *Etyka socjalistycznej służby zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 3, s. 1.

¹⁸ E. Gruda, *Demaskujemy wroga*, „Położna” 1953, nr 2, s. 1.

¹⁹ A. Janowski, *Uchwała i realizacja*, „Położna” 1953, nr 9, s. 2.

²⁰ A. Giergielewiczowa, *W 8-mą Rocznicę Wielkiego Manifestu Lipcowego*, „Położna” 1952, nr 7, s. 2.

²¹ A. Wochna-Tymińska, *Zakład produkcji dzieci. Oddział położniczy w Polsce przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku*, [w:] M. Kula (red.), *Kłopoty z seksem w PRL. Rodzenie nie całkiem po ludzku, aborcja, choroby, odmienności*, Warszawa 2012, s. 191–193.

nie było więc i placówek położniczych. Kobiety rodziły najczęściej w domach, zazwyczaj w obecności wykwalifikowanej położnej, a do szpitali trafiały tylko nieliczne z nich. Instytucje medyczne kojarzyły się społeczeństwu z chorobą, z problemami zdrowotnymi, ze śmiercią i cierpieniem. Poród zaś był przeważnie udziałem kobiet zdrowych, był zatem traktowany jako naturalny akt fizjologiczny, w trakcie którego rodzi się nowe życie, w związku z czym nie widziano powodu, by opuszczać „bezpieczne domowe zacisze”. Nie było też powszechnie przyjętej praktyki, aby ciężarne kobiety zgłaszały się do lekarzy na wizyty kontrolne, a świadomość, że może dojść do jakichś nieprawidłowości przyczyniała się jedynie do tego, że wzywano na czas porodu lokalną wykwalifikowaną położną. Pod koniec lat 40. w dalszym ciągu ok. 50% porodów odbywało się w domach i to bez pomocy wykwalifikowanej akuszerki, najczęściej w obecności „babki” lub starszych sąsiadek²². Zmiana mentalności i zrewidowanie podejścia społecznego do tego zagadnienia mogło dokonać się tylko pod wpływem odpowiedniej „propagandy”. Władze socjalistyczne uznały, że taką motywacją i jednocześnie powodem, dla którego kobiety zdecydowałyby się korzystać z nowych rozwiązań, będzie stworzenie sieci instytucji zapewniających odbycie porodu w miejscu niezbyt oddalonym od domu rodzinnego, zapewniającym poczucie bezpieczeństwa i intymność. Każda z takich placówek położniczych w założeniu miała spełniać odpowiednie wymogi sanitarne i być obsadzona wykwalifikowaną kadrą medyczną – lekarzem położnikiem-ginekologiem i położną. Zdawano sobie jednak sprawę, że nie będzie realne od razu zrealizowanie tych szczytnych zamierzeń. Uznano więc, że na początek należy zapewnić minimum niezbędnej pomocy, przy aktywnym udziale społeczności wiejskiej, a później stopniowo wdrażać upowszechnianie profesjonalnej pomocy medycznej²³.

Pomoc okołoporodową mogły uzyskać kobiety w trzech rodzajach instytucji²⁴. Podstawowym miejscem, w którym każda ciężarna lub

²² L. Grabowiecka, *Położna gminna*, „Położna” 1950, nr 1, s. 8.

²³ Z. Jastrzębowski, op. cit., s. 216-217.

²⁴ Wszystkie powstające wówczas instytucje służby zdrowia pogrupowano w trzy typy placówek – pierwszy tworzyły placówki o charakterze zamkniętym, czyli takie, w których chory przebywał na okres leczenia (lecznictwo zamknięte obejmowało wszystkie typy szpitali – obwodowe, powiatowe, miejskie i wojewódzkie oraz sanatoria i pólśanatoria). Drugim typem były placówki otwarte, czyli takie, które udzielały porad i zapewniały proste zabiegi chorym przychodzącym (w ramach lecznictwa zamkniętego funkcjonowały różne typy przychodni, ośrodki zdrowia, stacje pogotowia ratunkowego, sanitarno-epidemiologiczne, krwiodawstwa, pracownie chemiczno-bakteriologiczne, ruchome gabinety dentystyczne, ambulanse lecznictwa otwartego, pro-

mająca schorzenia ginekologiczne kobieta powinna otrzymać wsparcie i opiekę, miał być szpital ginekologiczno-położniczy lub oddział ginekologiczno-położniczy w szpitalu ogólnym (przy wszystkich szpitalach były takie oddziały)²⁵. Uruchomione w pierwszych powojennych latach szpitale z uwagi na ich liczbę i niewystarczające wyposażenie materialne nie były w stanie zapewnić tej pomocy wszystkim kobietom. Wiele z nich mieściło się wówczas w budynkach naprędce zaadaptowanych na cele lecznicze, zazwyczaj małych, niespełniających wymogów sanitarnych. W praktyce ta „tymczasowość” powodowała, że bardzo szybko znaczna część z nich wymagała remontów, modernizacji albo wręcz przeniesienia do innego lokum, a nawet zamknięcia. Często też brakowało kadry, nie było odpowiedniej liczby karettek, nie mówiąc już o drogach, którymi można byłoby transportować pacjentki na czas porodu lub w innych nagłych sytuacjach. Były też problemy z ogrzewaniem, zdarzały się ponadto częste przerwy w dopływie prądu czy zaopatrzeniu w bieżącą wodę, co niezmiernie dezorganizowało pracę codzienną w ówczesnych szpitalach. W kolejnych latach, mimo iż nieustannie przybywało łóżek położniczych i ginekologicznych w szpitalach, w dalszym ciągu było ich zbyt mało, odnotowywano też niewystarczające wyposażenie sprzętowe, a nawet borykano się z ciężkimi warunkami lokalowymi i sanitarnymi. Okoliczności, w jakich odbywał się poród w szpitalu, nie należały więc do komfortowych. Częstą praktyką, wobec braku miejsca na salach, było umieszczanie pacjentek na korytarzach, mniej obłożonych gabinetach (np. EKG) czy nawet na izbach przyjęć albo też – z uwagi na konieczność szybszego „robienia miejsca” dla kolejnych rodzących – wcześniejsze wypisywanie ich do domów²⁶. Nierzadko dochodziło też do takich sytuacji, że karetka dowożąca rodziców krążyła od szpitala do szpitala, albo że ich załoga była zmuszona niejednokrotnie odbierać w nich poród²⁷.

teżownie dentystyczne i izby chorych). Trzecim typem były placówki „do opieki nad matą i dzieckiem”, świadczące pomoc medyczną wyłącznie kobietom w ciąży, matkom i dzieciom (żłobki, domy małego dziecka, domy zdrowia dla dzieci, zakłady leczniczo-wychowawcze dla dzieci, prewentoria, izby porodowe, punkty położnicze, przychodnie i poradnie dla matki i dziecka – część z tych placówek miała charakter otwarty, a część zamknięty). L. Wiszniewski, *Planowanie urzędzeń kulturalnych i socjalnych*, Warszawa 1954, s. 130–131.

²⁵ 37 rocznica Rewolucji Październikowej, „Położna” 1954, nr 10, s. 1.

²⁶ E. Szpak, „Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”. *Spółeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej*, Warszawa 2018, s. 74, 81–84.

²⁷ Taką sytuację opisuje E. Szpak na podstawie wspomnień jednego z lekarzy: „Najczęściej [porody] odbierało się w karetce (...). Z tym, że te samochody były bardzo ciasne (...) to były takie czeskie Skody, ale były niskie, jak się położyło, wstawiło te nosze, z przodu przy kierowcy siedział lekarz, z tyłu siedział sanitariusz, a tu chory. Jak trzeba

Co ciekawe, już w latach 60., mimo tych wszystkich mankamentów, do szpitali zgłaszało się coraz więcej kobiet, także tych pochodzących ze wsi. W tym okresie zagęszczenie pacjentek było ok. 30% wyższe od obowiązujących norm. Dochodziło „do tak paradoksalnych sytuacji, że jedno łóżko położnicze bywa obłożone przez 400 dni w roku. Występuje też nadmierne zagęszczenie na oddziałach noworodków. W wielu placówkach powoduje to stan zagrożenia. W takich sytuacjach występują zakażenia wewnątrzszpitalne, a to w dalszej konsekwencji rzutuje na śmiertelność niemowląt”²⁸. W latach 70. i 80. następowało dalsze upowszechnienie porodów w szpitalach. Było to efektem nie tylko oddawania do użytku nowych budynków, ale także polepszenia stanu dróg, pojawienia się nowoczesniejszych karettek ratunkowych oraz rozwoju sieci telefonicznych. Zmianie uległa także już mentalność społeczeństwa. Świadomość, że w szpitalu w razie jakichś komplikacji uzyska się kompleksową pomoc, przekładała się na to, że rodzące pragnęły zapewnić sobie na ten szczególny, wciąż postrzegany jako niebezpieczny dla zdrowia i życia czas, jak najlepszą opiekę²⁹. Systematycznie na przestrzeni omawianego okresu rosła też liczba łóżek w szpitalach i na oddziałach położniczo-ginekologicznych, co pokazano w tabeli 1.

W latach 70. najwięcej łóżek położniczo-ginekologicznych było w woj.: warszawskim, katowickim, łódzkim, wrocławskim, wałbrzyjskim. Najmniej w woj.: chełmskim, białkopodlaskim, łomżyńskim, ostrołęckim, przemyskim. Z danych statystycznych wynika, że większą liczbą łóżek dysponowały oddziały położniczo-ginekologiczne w zachodniej Polsce³⁰. Brak informacji o tym, jak wyglądało to w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, dlatego obraz ten może być niepełny.

Warunki, w jakich odbywały się porody w szpitalach lub na oddziałach ginekologiczno-położniczych, były różnie postrzegane przez kobiety rodzące. Część z nich uważała, że były to miejsca komfortowe, w których otrzymywało się jedzenie, czystą bieliznę, można było spotkać się z innymi kobietami będącymi w podobnej sytuacji, porozmawiać z nimi, poplotkować, wymienić się doświadczeniami, dowiedzieć

było odebrać poród, to nie było dostępu, w związku z tym z tyłu się drzwi podnosiło i na świeżym powietrzu, że tak powiem. Ciemno, nieciemno, nic nie widać, to latarką pani świecił sanitariusz, żeby pani mogła poród odebrać”. Ibidem, s. 70.

²⁸ B. Tryfan, op. cit., s. 115.

²⁹ A. Wochna, *Szpital totalnie produkcyjny. Polski szpital położniczy na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku*, „Pamięć i Sprawiedliwość” 2008, nr 2, s. 216.

³⁰ *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1976*, Warszawa 1977, s. 125.

Tabela 1. Liczba łóżek w szpitalach i na oddziałach położniczo-ginekologicznych w Polsce w latach 1945–1989

Rok	Liczba		
	łóżek	łóżek na 10 tys. ludności	pacjentek
1946	9 231	3,9	b.d.
1950	13 069	b.d.	b.d.
1955	17 066	b.d.	602 218
1960	20 385	6,8	780 753
1965	22 528	7,2	868 284
1970	24 326	7,5	974 673
1975	27 152	7,9	1 161 767
1980	28 769	8,1	1 267 647
1985	30 663	b. d.	1 306 517
1988	30 981	b. d.	1 208 806

Źródło: *Ochrona zdrowia 1990*, GUS, Warszawa 1990, s. 122; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945–1967*, Warszawa 1969, s. 380, 378; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1976*, Warszawa 1977, s. 125; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1979*, Warszawa 1979, s. 107; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1985*, Warszawa 1985, s. 132–133; *Rocznik statystyczny 1947*, Warszawa 1947, s. 139.

się czegoś ciekawego³¹. Dla wielu kobiet wiejskich sam pobyt w szpitalu i zetknięcie się z higieną, troskliwością, spokojem – było wielkim przeżyciem. Jedna z nich tak pisała o szpitalu: „W szpitalu czyściutko i jasno. Zatkano mnie. Tu nie wyobrażają sobie, jak my żyjemy przy naftowej lampie, utrudzeni żniwami. Zaraz mnie wzięli do wanny. To była rozkosz. Bóle ustały, odżyłam nieco, bo choć robiłam przy żniwach, to na pewno chlebem nie pachniałam. Tam chodziły kobiety czekające, wesoło rozmawiały, czyściutkie, w jedwabnych szlafroczkach, pachnące perfumami. (...) Niektóre już czekały kilka dni i odpoczywały, miały urlopy macierzyńskie. (...) W szpitalu to jest dopiero opieka! Przynoszą dziecko czyste, przewinięte i matkę nakarmią świeżą strawą. A jaka była radość podczas pierwszego karmienia! Wszystkie cztery z naszej sali rodziły pierwszy raz i żadna niewiele wiedziała, więc przyszła pielęgniarka i uczyła nas, jak trzymać dziecko i karmić”³².

Wiele kobiet jednak postrzeżało szpital jako miejsce budzące lęk, w którym były odzierane z godności, poniżane i uprzedmiotowiane. Do takich opinii przyczyniały się sztywne socjalistyczne zasady wprowadzone w szpitalach w latach 50., w myśl których szpitale były trakto-

³¹ E. Szpak, „Chory człowiek jest...”, op. cit., s. 75.

³² Nr 802, [w:] *Być matką*, op. cit., s. 411–412.

wane jako rodzaj „socjalistycznego zakładu pracy, fabryki”, w których rodzące sprowadzane były do roli trybika w socjalistycznej maszynie produkcji nowych obywateli³³. Początkowo nie były widoczne symptomy takiego traktowania kobiet, ale nasiliły się one w latach 70. i 80. O takim traktowaniu szpitala położniczego świadczy wiele wypowiedzi nie tylko rodzących, ale także autorów opracowań o charakterze poradnikowym dla ciężarnych. Przykładem tego może być chociażby tekst Ireneusza Roszkowskiego. Pisał on następująco: „Przekroczywszy próg izby przyjęć ciężarna jest pod opieką szpitala. Od tego momentu musi poddać się rygorom i zasadom szpitalnym i przestrzegać regulaminu, którego ostatecznym celem jest dobro jej i dziecka. Podstawowe elementy każdej organizacji, to dyscyplina i koleżeństwo. Rodząca staje się członkiem tej organizacji. Jej postępowanie i zachowanie muszą być takie, by ułatwiało personelowi pracę. Do personelu, który pracuje z dużym poświęceniem, powinna ustosunkować się życzliwie i z całym zaufaniem wykonywać jego polecenia. Kapryśna i niezdecydowana pacjentka nie tylko utrudnia pracę personelowi, ale swoim zachowaniem może zaszkodzić sobie i dziecku”³⁴. Takie podejście przekładało się na to, że rodzące niemo godziły się na wszystkie niehumanitarne praktyki, które stawały się ich udziałem. Były zatem pozbawiane osobistych rzeczy, ubierane w rozchełstane koszule nocne odsłaniające intymne części ich ciał, robiono im lewatywy i golono okolice łonowe (częstokroć towarzyszyły temu niewybrednie komentarze), mechanicznie badane. Także okoliczności odbywania porodu były powodem dyskomfortu. W wielu placówkach odbywał się on w wieloosobowych salach porodowych, bez zapewnienia atmosfery intymności (choćby parawanem), w towarzystwie krzyków rodzących i ostrych komend personelu. Dzieci po porodzie były zabierane od matek, a one same pozbawione jakiegokolwiek zainteresowania ze strony personelu, a brak informacji o tym, co się z nimi dzieje, powodował frustrację i wywoływał lęk. Utrudniony był także kontakt z mężem i rodziną³⁵. Szpital w ten sposób stawał się „fabryką, w której kobieta była surowcem do produkcji, a produktem końcowym było dziecko (...). Pobyt w szpitalu, kojarzył się z *krwią, potem, łzami, bólem i cierpieniem oraz upokorzeniem*”³⁶.

³³ A. Wochna, *Szpital totalnie produkcyjny...*, op. cit., s. 216.

³⁴ I. Roszkowski, *Poród*, [w:] I. Roszkowski (red.), *Zdrowie kobiety*, Warszawa 1983, s. 253.

³⁵ Szerzej na ten temat zob. A. Wochna, *Szpital totalnie produkcyjny...*, op. cit., s. 217–220; A. Wochna-Tymińska, *Zakład produkcji dzieci...*, op. cit., s. 201–212.

³⁶ A. Wochna, *Szpital totalnie produkcyjny...*, op. cit., s. 221.

Drugim typem instytucji świadczącym pomoc okołoporodową były izby porodowe. Tworzeniu tego typu placówek przyświecała idea uzupełnienia niedostatecznej liczby szpitali położniczych i zapewnienia profesjonalnej opieki okołoporodowej kobietom wiejskim oraz walka z „babkarstwem”. „Zostały one zorganizowane dla zwiększenia liczby łóżek w terenach słabo obsłużonych przez szpitale, na terenach trudno dostępnych na skutek złych dróg albo w górach”³⁷. Ich zadaniem było zapewnienie pomocy położniczej „w zakresie porodów fizjologicznych dla ludności wiejskiej oraz ludności miast i osiedli nieposiadających szpitali”³⁸. Mogły one funkcjonować jako instytucje samodzielne lub wchodzić w skład ośrodków zdrowia. Zgodnie z wytycznymi ich poziom organizacyjny zależny był od miejsca utworzenia, liczby wykwalifikowanego personelu (położnych), zaplecza materialnego. Najmniejsze izby porodowe (określane jako klasa A) tworzone były w okręgach z 5–6 tys. mieszkańców, posiadały sześciuosobowy personel i dysponowały zaledwie pięcioma łózkami dla położnic. Średnie (klasa B) powstawały w okręgach z 10–12 tys. ludności, miały tylko dziesięć łóżek dla położnic i osiem osób personelu. Największe zaś (klasa C) zakładano w okręgach z liczbą mieszkańców od 15 do 18 tys. Posiadały 15 łóżek i obsługiwane były przez dziesięciosobowy personel³⁹. Pierwsze z nich powstały w 1947 r. Według danych Departamentu Matki i Dziecka w 1947 r. były 32 tego typu placówki na terenie całego kraju⁴⁰. Od tego momentu izby porodowe zaczęły wyrastać jak przysłówiowe grzyby po deszczu. Na początku tworzone je w zamożniejszych miejscowościach, bo łatwiej w nich było znaleźć jakiś lokal i sprowadzić położną. Tam gdzie powstawały ośrodki zdrowia dysponujące odpowiednim zapleczem, automatycznie tworzone izbę porodową, bo łatwiej było w takie miejsce „ściągnąć” wykwalifikowaną położną, można było też w razie pojawienia się komplikacji skorzystać z wiedzy i pomocy lekarza⁴¹. Później adaptowano na izby porodowe miejscowe dworki, młyny, a nawet chłopskie izby. Inicjatywa powstania izby w danej miejscowości pochodziła z różnych środowisk, niekiedy byli to lekarze wiejscy, kiedy indziej władze gminne,

³⁷ M. Chilczuk, *Sieć ośrodków więzi społeczno-gospodarczej wsi w Polsce*, Warszawa 1963, s. 110.

³⁸ E. Kaczyński, *Izby porodowe. Ogólne wytyczne projektowania*, b.w., Warszawa 1958, s. 4.

³⁹ Ibidem, s. 6.

⁴⁰ U. Kozłowska, M. Bulsa, *Rozwój położnictwa na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1948*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, nr 1, s. 115.

⁴¹ E. Szpak, „Chory człowiek jest...”, op. cit., s. 37–38.

ale zdarzało się też powołanie tych placówek dzięki przedsiębiorczości kół gospodyń wiejskich czy lokalnych aktywistów. Warunki w nowo utworzonych izbach często odbiegały od wymagań stawianych tego rodzaju placówkom. W założeniu w każdej z nich miało być przynajmniej kilka pomieszczeń – jedno wchodziły w skład tzw. części położniczej (dobrze było, gdy do dyspozycji tej części udało się zapewnić przynajmniej 4 pomieszczenia – izbę przyjęć/pokój przygotowawczy, salę porodową, salę poporodową dla położnic, salę noworodków, boks sterylizacyjny i izolatkę). Drugie do tzw. części gospodarczej (musiała być kuchnia, pralnia, brudownik, ustępy dla pracowników i położnic, prasownia i suszarnia, starano się też zapewnić mieszkania dla personelu). Do pomieszczeń tych miała być doprowadzona elektryczność, miały też mieć zapewniony dostęp do wody, kanalizację i dobre ogrzewanie. Sale miały być pomalowane farbą olejną, by można było łatwo utrzymać czystość, a na podłogach sugerowano położyć linoleum lub płytki lastryko. Wymogiem było też zainstalowanie telefonu, służącego w awaryjnych sytuacjach do wezwania karetki lub lekarza⁴². W praktyce rzadko można było spotkać izbę porodową, która spełniała wszystkie wymogi. Prawdziwym rarytasem był telefon⁴³.

Działalność izb porodowych regulowały rozporządzenia i instrukcje Ministerstwa Zdrowia, m.in. instrukcja Ministerstwa Zdrowia o organizacji i prowadzeniu izby porodowej oraz instrukcja Ministerstwa Zdrowia nr 20/53 z dnia 8 kwietnia 1953 r. w sprawie obowiązku położnych w izbach porodowych⁴⁴. W myśl tych przepisów do izby porodowej można było przyjąć kobiety zamieszkałe na obszarze działalności izby, kobiety z innych rejonów można było przyjąć, jeśli były wolne miejsca. Każda izba porodowa miała obok profesjonalnej pomocy położniczej przy porodzie prawidłowym oraz opieki nad położnicą i noworodkiem zapewnić wszystkim pacjentkom pożywienie, leki, bieliznę (osobiste rzeczy musiały oddać mężowi lub komuś z rodziny na izbie przyjęć, a jeśli nie miał kto tych ubrań zabrać, wówczas oddawane były do depozytu). Na izbie porodowej spoczywał też obowiązek zorganizowania pogrzebu w sytuacjach, gdy nie było osób do tego „zobowiązanych”⁴⁵.

⁴² E. Kaczyński, op. cit., s. 9–11.

⁴³ O sytuacji, kiedy trzeba było wezwać karetkę, pisze w liście do redakcji położna Barbara Wanat, która wysłała w nocy męża rodzącej do odległego o 7 km od izby porodowej posterunku milicji, w którym był najbliższy telefon rejonowy, *Bardzo ważne!*, „Położna” 1952, nr 12, s. 23.

⁴⁴ Załącznik nr 8 do okólnika nr 57/50 z dnia 6 lipca 1950 r., Dz. Urz. Min. Zdr. nr 8 poz. 62.

⁴⁵ *Organizacja i prowadzenie izby porodowej*, „Położna” 1953, nr 8, s. 19.

Personel izby porodowej składał się z lekarza (w praktyce lekarz był osobą dochodzącą w razie potrzeby), położnej, salowej i innych pracowników fizycznych. Liczba położnych i salowych zależna była od wielkości i od potrzeb izby. Obowiązkiem lekarza było wykonywanie zabiegów położniczych (możliwych do wykonania w izbie), stawianie się na każde wezwanie położnej w celu zbadania rodzącej lub wykonania stosownego zabiegu. Był on ponadto odpowiedzialny za prawidłową działalność izby porodowej i pracę personelu. Najwięcej obowiązków spoczywało na położnej. W izbach, w których była tylko jedna położna, w zasadzie nie miała ona w ogóle czasu wolnego. Ze względu na to, że rodząca mogła zgłosić się o każdej porze dnia i nocy, musiała być dyspozycyjna i być stale na miejscu⁴⁶. Pracy, którą musiała codziennie wykonywać, także było bardzo dużo. Podstawowym obowiązkiem było przyjmowanie kobiet rodzących do izby porodowej, odbieranie porodów normalnych, pielęgnowanie położnic i noworodków, wzywanie lekarza do przypadków porodów patologicznych, kierowanie do szpitala przypadków powikłanych, nieprawidłowych i gorączkowych. Musiała ponadto wykonywać wszystkie czynności i zabiegi zlecone przez lekarza izby porodowej, dbać o czystość (nosić w pracy zawsze biały fartuch i czepek, mieć czyste ręce i paznokcie), szerzyć higienę „drogą praktycznego pouczenia matce o karmieniu i pielęgnowaniu niemowląt”. Obok tego miała wykonywać zadania o charakterze administracyjnym, polegające na prowadzeniu dokumentacji w postaci sprawozdań okresowych, bieżącego wydawania zaświadczeń o urodzeniu dziecka, zgłaszania urzędnikom stanu cywilnego faktu urodzenia dziecka, jeśli ojciec był nieznany lub nieobecny, kierowania matek z noworodkami do poradni D, pisemnego zawiadomienia poradni D o każdym przypadku urodzenia żywego dziecka oraz o zgonie noworodka w okresie połoгу, pisemnego zawiadomienia poradni K w przypadku zgonu rodzącej, urodzenia martwego płodu oraz gorączki w okresie połoгу (powyżej 38°C), opracowywać wnioski budżetowe, zaopatrzenia w leki i w sprzęt lekarski, prowadzić księgowość i rachunkowość. Na położnej spoczywał ponadto obowiązek czuwania nad właściwym opalaniem (ogrzewaniem) pomieszczeń należących do izby porodowej, przewietrzaniem jej, właściwym oświetlaniem izby oraz wyżywieniem pacjentek, troski o stan wyposażenia izby, czystość i kompletność narzędzi, zaopatrzenie w leki, materiały, bieliznę. Miała ponadto nadzorować i kierować pracą salowej i innych

⁴⁶ W. Matysiak, *Do Redakcji czasopisma „Położna”*, „Położna” 1953, nr 7, s. 19.

pracownic fizycznych⁴⁷. Nie wolno jej było natomiast odbierać porodów w mieszkaniach rodzących. Tylko w wyjątkowych sytuacjach, kiedy nie była zajęta w izbie porodowej, mogła udać się tam, gdzie ją wzywano, na miejscu zorientować się, na jakim etapie jest poród, i jeśli był jeszcze czas, za wszelką cenę przetransportować rodzącą do izby porodowej. Tylko w sytuacji, gdy poród był w II lub III okresie, odebrać go, a po zakończeniu przetransportować położnicę i noworodka do izby porodowej.

Pozostali pracownicy wykonywali zadania porządkowo-gospodarcze. Salowa miała za zadanie utrzymywać czystość w pomieszczeniach należących do izby, wykonywać czynności zlecone przez położną związane z pielęgnacją i obsługą pacjentek i noworodków. Na terenie izby salowa w odróżnieniu od położnej miała nosić kolorowy fartuch i chustkę na głowie. Do pracownic fizycznych należało natomiast dokonywanie zakupów żywności i opału, sporządzanie posiłków dla pacjentek, utrzymywanie czystości, palenie w piecach, pranie bielizny itp.⁴⁸

Izby porodowe miały być orężem walki nowej władzy z babkarstwem. Zaufanie okazywane babkom trudno było jednak wykorzystać.. „Nierzadko jednak stanowisko władz lokalnych było ambiwalentne. Niewystarczająca liczba wykwalifikowanych położnych, a niekiedy względy towarzyskie powodowały, że działalność babek niedysponujących udokumentowanymi kwalifikacjami, ale odprowadzających wymagany podatek, odbywała się przy cichym wsparciu lokalnych autorytetów”⁴⁹.

Wydawać by się mogło, że uruchomienie wiejskich izb porodowych – bezpłatnych dla wszystkich kobiet – spotka się szybko ze społeczną akceptacją. Tym bardziej że często w tworzenie ich zaangażowana była lokalna społeczność. Niestety, do wielu z nich przez kilka miesięcy od otwarcia nie zgłaszała się żadna kobieta, a nawet kiedy już udało się przełamać niechęć okolicznych mieszkańców, to i tak często kobiety wolały szukać pomocy gdzie indziej⁵⁰. Same władze dostrzegały, że mimo starań nie udaje się zapełnić izb kobietami rodzącymi. Tę niechęć do izb dostrzegano już w 1953 r. A. Janowski grzmiał na łamach „Położnej”, że w wielu izbach są niewykorzystane łóżka, a po-

⁴⁷ *Organizacja i prowadzenie izby...*, op. cit., s. 19; *Wytyczne postępowania leczniczego położnej w izbie porodowej*, „Położna” 1951, nr 2, s. 2-5.

⁴⁸ *Organizacja i prowadzenie izby...*, op. cit., s. 20.

⁴⁹ E. Szpak, „Chory człowiek jest...”, op. cit., s. 64.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 70.

łożne gminne pracują poniżej wyznaczonych norm⁵¹. Chcąc w jakiś sposób przyciągnąć rodzące do nowych instytucji, zaczęto nagradzać te z nich, które jako pierwsze odbyły poród w izbie porodowej wózkami dziecięcymi⁵².

Trudno dziś jednoznacznie odpowiedzieć, co powodowało, że kobiety nie chciały rodzić w izbach porodowych i wołały albo udać się do szpitala, albo wezwać babkę. Być może przyczyna leżała w mentalności ówczesnego społeczeństwa, które krzywym okiem patrzyło na odseparowanie rodzącej od męża i rodziny, konieczność przebywania do ośmiu dni w izbie porodowej, dostosowanie się do niezrozumiałego regulaminu. Zapewne pewne znaczenie miał też chaos informacyjny i opinie rozpowszechniane przez miejscowe akuszerki, widzące w nowo powstających instytucjach konkurencję, ale również odległość od izby, do której trzeba było zgłosić się, kiedy poród już się rozpoczął i jazda na wozie lub saniach przerażała rodzące, które ostatecznie decydowały o wezwaniu do porodu miejscowej babki⁵³.

Ówczesne władze wypowiadały się o izbach w samych superlatywach. Chwaliły czystość, fachowość personelu, wyposażenie. Chłubiły się też tym, że ich liczba rośnie w zaskakująco szybkim tempie⁵⁴. Jednak mimo prowadzonych akcji promocyjnych w dalszym ciągu ok. 12–20% porodów (w zależności od regionu kraju) odbywało się bez obecności wykwalifikowanych kadr medycznych⁵⁵. Nie dziwi zatem fakt, że mimo zagęszczania się sieci izb porodowych jeszcze na początku lat 60. porody domowe były często spotykane. Sytuacja ta zaczęła ulegać zmianie w drugiej połowie lat 60., jednak nie na korzyść izb, a szpitali, gdyż rodzić zaczynały wtedy kobiety urodzone po wojnie, bardziej świadome i pragnące zapewnić sobie jak najlepszą opiekę na czas porodu, a tę ich zdaniem można było otrzymać tylko w szpitalu⁵⁶. Bardzo trudno odnieść się do warunków, w jakich odbywały się porody w izbach porodowych. Z fragmentarycznych danych dotyczących

⁵¹ A. Janowski, *Uchwała i realizacja*, „Położna” 1953, nr 9, s. 2.

⁵² *Wózek – dar dla pierwszego dziecka urodzonego w nowo otwartej izbie porodowej na terenie woj. opolskiego*, „Położna” 1951, nr 2, s. 19.

⁵³ E. Szpak, *Chory człowiek jest...*, op. cit., s. 64–65.

⁵⁴ *Jak wiele można zrobić pracą zespołową*, „Położna” 1954, nr 9, s. 17–18; *Co zrobiono w powiecie kluczborskim (woj. opolskie)*, „Położna” 1954, nr 3, s. 19; *Województwo krakowskie na pierwszym miejscu w organizacji izb porodowych i wiejskiej opieki położniczej*, „Położna” 1952, nr 12, s. 18–21; *Jak pracują położne w województwie opolskim*, „Położna” 1952, nr 9, s. 21–22; *Są rozmaite położne...*, „Położna” 1952, nr 2, s. 21–22; *W izbach porodowych w Cybinie i Rzepinie jest już lepiej*, „Położna” 1952, nr 12, s. 22.

⁵⁵ E. Szpak, *Chory człowiek jest...*, op. cit., s. 68.

⁵⁶ *Ibidem*, s. 71.

tego zagadnienia wynika, że dość często w izbach z powodu ludzkich zaniedbań dochodziło do tragedii⁵⁷.

Już w latach 60. ze względu społeczną niechęć wobec izb zaczęto na spotkaniach władz gminnych i wojewódzkich poruszać kwestię ich przyszłości, a nawet opowiadać się za ich likwidacją. Argumentami, aby w przyszłości zacząć wycofywać się z pomocy w tego rodzaju instytucjach, były m.in. niska frekwencja rodzących, niedostateczna ochrona przed zakażeniem, przepełnienie i niedoinwestowanie wielu izb, brak odpowiednich warunków sanitarnych (brak bieżącej wody, kanalizacji, dymiące piece, brak elektryczności, ciasnota i niedobór pomieszczeń, umieszczanie kobiet na korytarzach albo po dwie w jednym łóżku itp.), niedobór leków (a co za tym szło – konieczność dostarczania ich przez rodziny pacjentek), słabsza opieka położnicza, nieprzestrzeganie obowiązujących przepisów (np. odwiedzin). Od 1961 r. rozpoczął się proces powolnej likwidacji izb lub przekształcania ich w ośrodki zdrowia⁵⁸. Obraz statystyczny funkcjonowania izb porodowych w omawianym okresie pokazano w tabeli 2.

W latach 60. najwięcej izb porodowych funkcjonowało w woj. krakowskim, kieleckim, warszawskim, wrocławskim, koszalińskim, rzeszowskim (po ok. 60 izb), najmniej w: zielonogórskim, opolskim i łódzkim (po ok. 30). Pod koniec lat 80. (w 1988 r.) najwięcej izb (po ok. 10 izb) było w woj. bielskim, częstochowskim, krakowskim i katowickim, natomiast w dwudziestu województwach nie było już w ogóle izb porodowych⁵⁹.

Trzecim rodzajem instytucji świadczących pomoc dla rodzących były punkty położnicze, w których pracowały położne gminne. Ich zadaniem była pomoc przy porodzie w domu rodzącej oraz udzielanie porad kobietom ciężarnym i karmiącym. Tworzone były zazwyczaj przy ośrodkach zdrowia. Starano się, aby w punktach położniczych zatrudniona była jedna położna na 5 tys. mieszkańców (w praktyce był jeden punkt na gminę). Pierwsze punkty położnicze powstały w 1947 r. na mocy okólnika Ministerstwa Zdrowia z dnia 17 lutego 1947 r. (nr 8/47). Zakładano, że w ciągu trzech lat we wszystkich gminach powstaną punkty położnicze⁶⁰. Istniały wówczas dwa typy punktów położniczych. Pierwszy to punkt położniczy bez lokalu, czyli taki, na

⁵⁷ *Gdy izba porodowa jest bez opieki*, „Położna” 1954, nr 9, s. 5–6; *Poród, który nie powinien być znaleźć się w izbie porodowej*, „Położna” 1954, nr 1, s. 7–8.

⁵⁸ E. Szpak, *Chory człowiek jest...*, op. cit., s. 74.

⁵⁹ *Rocznik statystyczny 1962*, Warszawa 1962, s. 374; *Ochrona zdrowia 1990*, Warszawa 1990, s. 126.

⁶⁰ U. Kozłowska, M. Bulsa, op. cit., s. 115.

Tabela 2. Izby porodowe w Polsce na przestrzeni lat 1947–1988

Rok	Liczba				
	izb porodowych	łóżek w izbach	położnych zatrudnionych w izbach	odebranych porodów w izbach	w tym na wsi
1947	16	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
1950	250	1565	b.d.	b.d.	b.d.
1955	755	5122	932	130 925	b.d.
1960	812	6219	1289	136 318	114 969
1965	733	5829	1281	104 082	87 448
1970	561	4488	1029	73 465	59 356
1975	355	3178	903	52 795	41 504
1980	205	1968	589	27 996	20 492
1985	150	1487	b.d.	18 929	13 464
1988	108	1094	b.d.	11 429	7683

Źródło: *Ochrona zdrowia 1990*, Warszawa 1990, s. 126; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945–1967*, Warszawa 1969, s. 386; *Rocznik statystyczny 1949*, Warszawa 1949, s. 237; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1976*, Warszawa 1977, s. 142–143; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1979*, Warszawa 1979, s. 125; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1985*, Warszawa 1985, s. 132–133.

użytek, którego nie oddano w ośrodku zdrowia żadnej sali. W praktyce działalność tego punktu polegała na tym, że położna gminna dostępna była w ośrodku zdrowia, a w razie wezwania udawała się do domu rodzącej i tam odbierała poród. Później przez osiem dni po porodzie pielęgnowała położnicę i noworodka w domu. Drugi typ to punkt położniczy z lokalem, czyli taki, na użytek którego oddane były w ośrodku zdrowia co najmniej dwa pomieszczenia. W praktyce pomoc przy porodzie i po nim odbywała się tak samo w punkcie bez lokalu, ale oprócz tego w salach należących do punktu położna udzielała porad kobietom ciężarnym oraz prowadziła „propagandę higieny kobiety karmiącej i niemowlęcia”⁶¹.

Położne zatrudnione w punktach położniczych służbowo podlegały kierownikom ośrodków zdrowia, którzy mieli z kolei za zadanie wyznaczyć każdej położnej rejon działalności. Ich obowiązki były uregulowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 29 września 1949 r. w sprawie obowiązku pracy położnych w zakładach społecznych

⁶¹ L. Wiszniewski, op. cit., s. 139, 159.

służby zdrowia⁶². W myśl tych zapisów każda położna gminna miała obowiązek przyjęcia sześciu porodów miesięcznie. Za równoznaczne z przyjęciem porodu przez położną gminną rozumiano też dowiezenie rodzącej do szpitala w przypadku, gdy w czasie porodu nastąpiły komplikacje wymagające natychmiastowej pomocy szpitalnej, pod warunkiem że czas świadczenia tej pomocy wraz z transportem przekroczył 5 godzin⁶³. Położna gminna mogła prowadzić tylko normalny poród, a w sytuacji gdy kobiecie rodzącej lub dziecku zagrażało niebezpieczeństwo życia i nie było możliwości natychmiastowego wezwania lekarza – wolno jej było (a nawet miała obowiązek) wykonać takie zabiegi położnicze, jak: udzielenie pomocy ręcznej, ręczne wydobywanie łożyska (w krwotokach w III okresie porodu), obrót wewnętrzny (w położeniach poprzecznych z wyjątkiem położzeń poprzecznych zaniedbanych), tamponowanie pochwy (przy pęknięciu szyjki macicznej) i szereg innych, mniejszych zabiegów⁶⁴.

Od każdej położnej wymagano, aby wcześniej zorientowała się, jaka była liczba kobiet ciężarnych w jej rejonie. Powinny one poznać i wciągnąć do swojej ewidencji wszystkie kobiety ciężarne, po to by opracować sobie kalendarzyk porodów na poszczególne miesiące. Miały one ponadto, zanim nastąpi poród, zapoznać się z warunkami mieszkaniowymi kobiet ciężarnych, doradzić i pouczyć, jak mają przygotować pokój do porodu, w jakie niezbędne przedmioty zaopatrzyć się przed porodem itp. Musiały też poinformować je o tym, że jeśli chciały być obsłużone przez położną w domu, musiały wcześniej udać się do ośrodka zdrowia w celu pobrania stosownego pisemnego zlecenia dla położnej na tę usługę (w przypadkach nagłego porodu musiały obsłużyć także te kobiety, które takiego zaświadczenia nie posiadały, ale musiały natychmiast na piśmie zawiadomić poradnię dla kobiet o odebraniu nagłego porodu bez zlecenia z podaniem danych personalnych rodzącej i daty odebrania porodu). Ich zadaniem było też „udzielanie kobietom ciężarnym porad z zakresu higieny ciąży i przygotowania się do porodu, pouczanie o konieczności zgłaszania się począwszy od drugiego miesiąca ciąży na badania do poradni dla kobiet, regularnego badania moczu, ciśnienia krwi, wczesnego badania krwi na odczyn Wassermanna, prześwietlenia klatki piersiowej

⁶² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 1949 r. w sprawie obowiązków pracy położnych w zakładach społecznych służby zdrowia, Dz.U. z 1949 r. nr 61, poz. 483.

⁶³ *O pomocy położniczej udzielanej przez położną gminną*, „Położna” 1952, nr 10, s. 21.

⁶⁴ L. Grabowiecka, *Położna gminna*, „Położna” 1950, nr 1, s. 9.

i kontroli uzębienia, przygotowania mieszkania do odbycia porodu (odpowiednich sprzętów i bielizny niezbędnej dla noworodka), kierowanie kobiet ciężarnych do poradni dla kobiet, przede wszystkim kobiet ciężarnych, u których podejrzewały nieprawidłową ciążę lub przewidywały nieprawidłowy przebieg porodu, udzielanie pomocy położniczej przy porodzie, kierowanie rodzącej do najbliższego szpitala w razie nieprawidłowości, pielęgnowanie położnic i noworodków przez 8 dni po porodzie oraz pouczanie matek jak należy karmić i pielęgnować niemowlęta, ze szczególnym zwróceniem uwagi na konieczność karmienia piersią⁶⁵. Ponadto musiały powiadamiać poradnię D o każdym urodzeniu żywego noworodka oraz o każdym przypadku zgonu noworodka w okresie 8 dni po porodzie (z podaniem daty i przyczyny oraz personalnych danych matki), poradnię dla kobiet o każdym przypadku śmierci rodzącej lub położnicy, o każdym przypadku urodzenia martwego noworodka i położu gorączkowego (powyżej 38° C) oraz o innych powikłaniach, kierować matki z niemowlętami do poradni D, wykonywać inne zlecone przez kierownika ośrodka zdrowia zadania w zakresie opieki nad matką i dzieckiem (wygłaszanie pogadarek, pobieranie krwi na odczyn Wassermanna, wykonywanie zastrzyków, przystawianie baniek itp.).

Oprócz tego w gestii położnej gminnej pozostawały zadania o charakterze administracyjnym, sprowadzające się do wydawania zaświadczeń stwierdzających, że ciężarna znajduje się w 8–9 miesiącu ciąży, oraz zaświadczeń o urodzeniu dziecka, zgłaszanie urzędnikowi stanu cywilnego urodzenia dziecka, jeśli ojciec był nieznany lub nieobecny, rozliczanie się przed kierownikiem ośrodków zdrowia z pakietów porodowych i leków, składanie kierownikowi w pierwszych dwóch dniach każdego miesiąca sprawozdań o liczbie odebranych porodów z dołączeniem zleceń z ośrodka zdrowia na odebrane porody oraz składanie rocznych sprawozdań ze swojej działalności⁶⁶.

Punkty położnicze istniały do 1982 r. Od 1983 r. zadania te przejęły położne środowiskowe w mieście i na wsi⁶⁷. Nie udało się dotrzeć do informacji obrazujących, jak wyglądały porody przebiegające pod opieką położnych gminnych. Ze wzmianek wynika, że położne były sprawne i odpowiedzialne. Skalę pomocy okołoporodowej udzielanej przez położne gminne na przestrzeni omawianego przedziału czasowego pokazano w tabeli 3.

⁶⁵ *O pomocy położniczej udzielanej...*, op. cit., s. 21.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1985*, Warszawa 1985, s. 136.

Tabela 3. Punkty położnicze i ich działalność w latach 1955–1988

Rok	Liczba					
	położnych zatrudnionych w punktach	w tym na wsiach	porodów odebranych przez położne	w tym u kobiet na wsi	odwiedziny domowe u położnic i niemowląt	w tym u położnic na wsi
1955	1448*	b.d.	97 725*	b.d.	795 301*	b.d.
1960	2880	1597	121 907	75 477	937 877	386 529
1965	2187	1115	31 397	21 241	711 938	205 212
1970	2097	955	7737	5505	1 106 569	343 340
1975	2144	913	1970	1249	1 453 932	439 350
1980	2499	959	353	267	1 611 541	444 525
1985	2679	973	238	174	1 586 653	356 772
1988	3580	1135	78	51	2 197 877	514 635

* Podana liczba dotyczy liczby położnych zatrudnionych w punktach położniczych w miastach, brak danych, ile położnych było zatrudnionych w punktach położniczych na wsi, analogicznie pozostałe dane z roku 1955 dotyczą tylko danych dotyczących miast.

Źródło: *Ochrona zdrowia 1990*, Warszawa 1990, s. 130; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945–67*, Warszawa 1967, s. 395; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1976*, Warszawa 1977, s. 146; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1979*, Warszawa 1979, s. 127; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1985*, Warszawa 1985, s. 136.

Z danych tych wynika, że z roku na rok zwiększała się liczba położnych gminnych, ale zmianie ulegały ich obowiązki. Początkowo ich aktywność koncentrowała się na odbiorze porodów w domach rodzących, później liczba rodzących w domach, a tym samym porodów domowych, systematycznie się zwiększała, natomiast coraz powszechniejsze stawało się odwiedzanie położnic po porodzie.

Na przestrzeni omawianego okresu wraz ze wzrostem liczby szpitali, upowszechnieniem bezpłatnej opieki okołoporodowej i większym uświadomieniem kobiet coraz mniej porodów odbywało się w domach i izbach porodowych. Te tendencje doskonale oddają liczby porodów odbywanych w różnych instytucjach – pokazano to w tabeli 4.

Przez cały omawiany okres wyraźnie odczuwalny był niedobór lekarzy specjalistów – ginekologów i pediatrów. Dysproporcje w obsadzie wykwalifikowanego personelu szczególnie widoczne były między miastem a wsią. Na wsiach lekarzy ginekologów było niewiele. Nie udało się także przekonać kobiet do zgłaszania się do lekarza we

Tabela 4. Porody przyjęte w szpitalach, izbach porodowych oraz przez położne gminne/środowiskowe

Rok	Liczba odebranych porodów w tys.				
	ogółem	pod opieką społecznej służby zdrowia			
		w szpitalach	w izbach porodowych	przez położne punktów położniczych	razem
1960	670,2	353,2	136,3	121,9	611,4
1965	548,0	388,4	104,1	31,4	523,9
1970	548,7	466,1	73,5	7,7	547,3
1975	647,3	592,4	52,8	2,0	647,2
1980	b.d.	649,1	28,0	0,35	677,5
1985	b.d.	647,8	19,0	0,13	666,3
1988	b.d.	568,2	11,4	0,08	579,7

Źródło: *Ochrona zdrowia 1990*, Warszawa 1990, s. 130; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1976*, Warszawa 1977, s. 146; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1979*, Warszawa 1979, s. 127; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1985*, Warszawa 1985, s. 136.

wczesnym stadium ciąży. Jak pisze Barbara Tryfan, w połowie lat 70. „w okresie trzech pierwszych miesięcy ciąży zgłosiło się ich zaledwie 33 tys., w następnych miesiącach ciąży – około 72 tys. Tak więc tylko 105 tys. kobiet na 297 tys. zgłosiło się w czasie ciąży do wiejskiego ośrodka zdrowia. Tylko 59 tys. kobiet zgłosiło się do lekarza w ośrodku więcej niż jeden raz. W wiejskich ośrodkach zdrowia objęto zatem opieką lekarską 31,2% ogółu kobiet ciężarnych, z których aż 68,8% zgłosiło się już po upływie 3 miesięcy. W ciągu zaś całego okresu ciąży 30% kobiet wiejskich nie korzystało w ogóle z opieki lekarskiej”⁶⁸.

Na przestrzeni 40 lat istnienia PRL weryfikacji poddane zostały rozwiązania z zakresu pomocy okołoporodowej stworzone przez nową władzę w pierwszych powojennych latach. Okazało się, że kobiety, same wybierając spośród zaproponowanych im możliwości odbywania porodu, wskazywały te, które ich zdaniem zapewniały im najwyższe poczucie bezpieczeństwa, nawet kosztem odarcia z godności. To w szpitalach chciały rodzić, odrzucając prowizoryczne rozwiązania w postaci izb porodowych. Pokazały też, że doceniają pomoc wykwalifikowanych położnych odwiedzających je po porodzie, bo wreszcie miały do kogo zwrócić się w sytuacji niewiedzy, niepewności i strachu. To te wybory przyczyniły się do tego, że całkowicie wyeliminowano

⁶⁸ B. Tryfan, op. cit., s. 115.

wane zostały ludowe i tradycyjne formy pomocy rodzącym, a postęp medyczny i wzrost liczby wykwalifikowanych kadr sprawiły, że pod koniec lat 80. jedynym miejscem, w którym rodził się nowy człowiek, był szpital.

Jako podsumowanie powyższych rozważań można pokusić się o stwierdzenie, że specyfika aktu narodzin nowej istoty, towarzyszący jej ból i poczucie bezsilności we wszystkich omawianych wyżej instytucjach było takie samo, bo „Porodówka to z pewnością jatka lub jeśli kto woli – sala tortur, przedporodówka – salon karykatur, a pokoje położnic są raz kwaciarniami, to znów przypominają dom wczasowy w godzinach wieczornych. Kobiety leżące na białych metalowych łóżkach nie pamiętają swoich dawnych jęków, rozmyślają tylko o małych smykach poowijanych pieluchami (...), przynoszonych regularnie co trzy godziny do karmienia”⁶⁹.

Bibliografia

Źródła

- 37 rocznica Rewolucji Październikowej, „Położna” 1954, nr 10.
Bardzo ważne!, „Położna” 1952, nr 12.
Chilczuk M., *Sieć ośrodków więzi społeczno-gospodarczej wsi w Polsce*, Warszawa 1963.
Co zrobiono w powiecie kluczborskim (woj. opolskie), „Położna” 1954, nr 3.
Etyka socjalistycznej służby zdrowia, „Służba Zdrowia” 1956, nr 3.
Gdy izba porodowa jest bez opieki, „Położna” 1954, nr 9.
Giergielewiczowa A., *Nasze osiągnięcia i niedomagania w roku 1952*, „Położna” 1953, nr 1.
Giergielewiczowa A., *W 8-mą Rocznicę Wielkiego Manifestu Lipcowego*, „Położna” 1952, nr 7.
Grabowiecka L., *Położna gminna*, „Położna” 1950, nr 1.
Gruda E., *Demaskujemy wroga*, „Położna” 1953, nr 2.
Jak pracują położne w województwie opolskim, „Położna” 1952, nr 9.
Jak wiele można zrobić pracą zespołową, „Położna” 1954, nr 9.
Janowski A., *Uchwata i realizacja*, „Położna” 1953, nr 9.
Kaczyński E., *Izby porodowe. Ogólne wytyczne projektowania*, b.w., Warszawa 1958.

⁶⁹ I. Lipnicka, *Teraz w drogę*, [w:] I. Brzozowska, H. Stefańska, S. Rybicki (red.), *Wspomnienia pielęgniarek*, PZWL, Warszawa 1962, s. 519.

- Lipnicka I., *Teraz w drogę*, [w:] I. Brzozowska, H. Stefańska, S. Rybicki (red.), *Wspomnienia pielęgniarek*, Warszawa 1962.
- Matysiak W., *Do Redakcji czasopisma „Położna”*, „Położna” 1953, nr 7.
- Nr 619, [w:] *Być matką*, wybór D. Gałaj, Warszawa 1986.
- Nr 802, [w:] *Być matką*, wybór D. Gałaj, Warszawa 1986.
- O pomocy położniczej udzielanej przez położną gminną*, „Położna” 1952, nr 10.
- Ochrona zdrowia 1990*, Warszawa 1990.
- Organizacja i prowadzenie izby porodowej*, „Położna” 1953, nr 8.
- Pacho A., *Organizacja służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1972.
- Poród, który nie powinien być znaleźć się w izbie porodowej*, „Położna” 1954, nr 1.
- Rocznik statystyczny 1947*, Warszawa 1947.
- Rocznik statystyczny 1949*, Warszawa 1949
- Rocznik statystyczny 1962*, Warszawa 1962.
- Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945–1967*, Warszawa 1969.
- Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1976*, Warszawa 1977.
- Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1979*, Warszawa 1979.
- Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1985*, Warszawa 1985.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 1949 r. w sprawie obowiązku pracy położnych w zakładach społecznych służby zdrowia, Dz.U. z 1949 r. nr 61, poz. 483.
- Roszkowski I., *Poród*, [w:] I. Roszkowski (red.), *Zdrowie kobiety*, Warszawa 1983.
- Roszkowski I., *Zadania położnej w chwili obecnej*, „Położna” 1951, nr 1.
- Są rozmaite położne...*, „Położna” 1952, nr 2.
- Tryfan B., *Socjalne i prawne środki ochrony macierzyństwa na wsi*, [w:] S. Wiczorek (red.), *Socjalne i prawne środki ochrony macierzyństwa i rodziny*, Warszawa 1976.
- Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, Dz.U. z 1939 r. nr 54, poz. 342.
- Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1948 r. nr 55, poz. 434.
- W izbach porodowych w Cybinie i Rzepinie jest już lepiej*, „Położna” 1952, nr 12.
- Wiszniewski L., *Planowanie urządzeń kulturalnych i socjalnych*, Warszawa 1954.

- Województwo krakowskie na pierwszym miejscu w organizacji izb porodowych i wiejskiej opieki położniczej, „Położna” 1952, nr 12.
- Wózek – dar dla pierwszego dziecka urodzonego w nowo otwartej izbie porodowej na terenie woj. opolskiego, „Położna” 1951, nr 2.
- Wytyczne postępowania leczniczego położnej w izbie porodowej, „Położna” 1951, nr 2.
- Ziętkiewicz W., *Wybrałem medycynę*, [w:] *Pamiętniki lekarzy*, wybór i redakcja K. Bidakowski, T. Wójcik, Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik, Warszawa 1964.

Opracowania

- Grata P., *Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2017, t. 15.
- Jastrzębowski Z., *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994.
- Kozłowska U., *Opieka nad matką i dzieckiem w latach 1944–1948*, „Polityka Społeczna” 2012, nr 7.
- Kozłowska U., Bulsa M., *Rozwój położnictwa na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1948*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, nr 1.
- Lutrzykowski A., *Podstawy prawne opieki zdrowotnej w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej*, „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne” 2001, nr 3.
- Sanecki M., *Zarys systemu opieki zdrowotnej*, [w:] W. Noszczyk (red.), *Dzieje medycyny w Polsce. Opracowania i szkice. Lata 1944–1989*, t. 3, Warszawa 2016.
- Sanecki M., Rakowski M., *Straty opieki zdrowotnej w wyniku II wojny światowej*, [w:] W. Noszczyk (red.), *Dzieje medycyny w Polsce. Opracowania i szkice. Lata 1944–1989*, t. 3, Warszawa 2016.
- Szpak E., „Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”. *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej*, Warszawa 2018.
- Szpak E., *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*, Warszawa 2013.
- Szpak E., *Warunki sanitarne w powojennej Polsce. Zarys problemów i dynamiki zmian (1945–1970)*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2014, t. 12.
- Wochna A., *Szpital totalnie produkcyjny. Polski szpital położniczy na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku*, „Pamięć i Sprawiedliwość” 2008, nr 2.

Wochna-Tymińska A., *Zakład produkcji dzieci. Oddział położniczy w Polsce przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku*, [w:] M. Kula (red.), *Kłopoty z seksem w PRL. Rodzenie nie całkiem po ludzku, aborcja, choroby, odmienności*, Warszawa 2012.