



Lubelszczyźnie nad sprawą higieny i poprawy stanu zdrowotnego ludności wiejskiej pracował w okresie przedwojennym i aż do r. 1959 — J. Danielski. Zawdzięczamy mu szereg publikacji (2, 3).

Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie już od początków swojego istnienia (r. 1951) uznał zagadnienie badań nad zachorowalnością ludności wiejskiej za jeden ze swych problemów wiodących. Badania Instytutu poszły w następujących zasadniczych kierunkach, a mianowicie:

1. Badania kompleksowe o charakterze klinicznym w wybranych rejonach wiejskich woj. lubelskiego. Badania te prowadzone były na corocznych obozach naukowo-społecznych, organizowanych przez Akademię Medyczną w Lublinie oraz Instytut w miesiącach letnich. Należy przede wszystkim wymienić prace Tuszkiewicza, Szewczykowskiego i współpracowników (9, 10, 12).

2. Gromadzenie danych statystycznych dotyczących zapadalności, drogą ankiet rozsyłanych corocznie lekarzom wiejskim, współpracującym z Instytutem. Badania objęły wszystkie województwa. W oparciu o te materiały pracowali Stawecki, Modrzewska i Kawecki (5, 7).

Należy stwierdzić, że dotychczasowe badania, prowadzone na rozmaitych co do pochodzenia i liczebności materiałach oraz przy zastosowaniu różnych metod, jakkolwiek w nauce zdobyły sobie godne miejsce, nie zdołały jednak dać pełnego obrazu badanego problemu.

#### MATERIAŁ I METODYKA

Celem pracy było przeprowadzenie analizy zachorowalności ludności wiejskiej województwa lubelskiego w oparciu o zebrane materiały dotyczące roku 1959, pochodzące z wybranych zakładów lecznictwa otwartego i zamkniętego. Przy doborze metodyki badań wzięto również pod uwagę doświadczenia autorów zagranicznych jak Batkis, Karczawa, Stritesky, Vacek (1, 4, 8).

Materiały, które służyły za podstawę do badań były dwojakiego rodzaju. Jedna część dotyczyła lecznictwa otwartego na wsi i opierała się na danych zacierpniętych z dokumentacji 32 wybranych wiejskich ośrodków zdrowia, druga — dotyczyła zachorowalności szpitalnej, według danych z 9 szpitali powiatowych oraz 2 rejonowych.

Przy doborze wspomnianych wyżej ośrodków zdrowia kierowano się dwoma względami. W pierwszym rzędzie wydawało się istotne, aby wszystkie powiaty województwa lubelskiego były reprezentowane. Następnie wybierano ośrodki, które były kierowane przez tego samego lekarza w czasokresie przynajmniej trzech lat. Ścisłejsze związanie lekarza wiejskiego z terenem jego pracy podnosi wiarygodność jego informacji, tak więc staz pracy lekarza w badanych ośrodkach wahał się od 3 do 21 lat, przy czym w największej liczbie ośrodków trwał od 4—6 lat.

Wybrane ośrodki zdrowia otrzymały na początku roku 1959 ankietę w której zawarte były pozycje: specjalizacja lekarza, staż pracy, promień działalności, liczba podopiecznych oraz schorzenia uszeregowane w następujących grupach chorobowych: choroby układu oddechowego, choroby układu trawiennego, choroby układu krążenia, choroby układu moczowego, gościec, urazy, choroby skóry, choroby zakaźne, choroby kobiece. Materiały szpitalne zbierane również dla roku 1959 dostarczyły danych z kart historii choroby. Poszczególne jednostki chorobowe

włączono do następujących grup schorzeń: choroby układu oddechowego, trawiennego, krążenia, nerwowego, moczowego, gościec, urazy oraz choroby skóry i zakaźne.

Materiał podzielono na pięć kategorii wieku począwszy od 15-go roku życia, przyjmując jako przedział klasowy — 10 lat. Ogółem zebrano 74 130 obserwacji dotyczących zgłaszalności w wiejskich placówkach lecznictwa otwartego oraz 30 984 spostrzeżeń dotyczących chorych hospitalizowanych. Materiały uporządkowano według wydzielonych kategorii chorób oraz płci. Wskaźniki zachorowalności obliczono w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców. W dalszym etapie pracy obliczono strukturę zachorowalności na wybranych terenach. Badano następnie związek pomiędzy ogólną zachorowalnością a jej strukturą. Zagadnienie, na które początkowo zwrócono mniejszą uwagę — w toku badań okazało się jednak sprawą o doniosłym znaczeniu — to związek pomiędzy liczbą podopiecznych a zgłaszalnością. Związek ten analizowano przy zastosowaniu metod statystycznych, badając współczynniki korelacji oraz ich istotność.

#### ANALIZA MATERIAŁÓW I WYNIKI BADAŃ

Zgromadzone materiały odnoszą się do dwóch typów lecznictwa, a tym samym reprezentują dwa odmienne rodzaje zachorowalności. Wydaje się więc wskazane przeanalizowanie ich oddzielnie. Większy nacisk położono przy tym na zachorowalność zarejestrowaną przez wiejskie ośrodki zdrowia, jako bliższą rzeczywistej zachorowalności ogólnej danej populacji. Zachorowalność szpitalna zachowa bowiem zawsze cechy zjawiska podlegającego różnorodnym czynnikom selekcyjnym, a jako taka nie reprezentuje całości obrazu.

Materiały zebrane drogą ankiet ujęto w zbiorczej tabeli uwzględniającej, obok ogólnej liczby podopiecznych danego ośrodka zdrowia, teoretycznie obliczoną liczbę podopiecznych dorosłych (powyżej 14 roku życia), przybliżony promień terytorialnego zasięgu działalności ośrodka oraz rodzaj specjalizacji i staż pracy lekarza kierującego tym ośrodkiem.

W pierwszym rzędzie stwierdzamy duże wahania liczby podopiecznych w poszczególnych ośrodkach zdrowia. Liczby te wahały się od 3 900 w Sosnowicy pow. Parczew do 16 000 w Piaskach pow. lubelski, przy czym w 12 na 32 badane ośrodki zdrowia liczba mieszkańców rejonu przekraczała 10 000. Obliczona wartość średnia ( $\bar{X}$ ) liczby ludności wiejskiej przypadającej na ośrodek zdrowia w woj. lubelskim wynosiła 8 663 natomiast wartość mediany ( $Me$ ) — 8 250. Duże wahania wykazuje również teoretyczny promień zasięgu działalności poszczególnych ośrodków zdrowia. I tak promień ten waha się od 3,5 km w Końskowoli pow. puławski, co niewątpliwie uważać należy za sytuację bardzo korzystną, do 17 km w Janowie Podlaskim. Spośród 32 ośrodków zdrowia 12 obsługuje terytorium o promieniu 10 i więcej kilometrów. Średni promień terytorialnego zasięgu wiejskiego ośrodka zdrowia wynosi według obliczeń 8,7 km.

Sprawa ewentualnego związku pomiędzy liczbą podopiecznych a specjalizacją lekarza ordynującego w danym ośrodku jest zagadnieniem dalszym. Aby wykryć istnienie takiej współzależności podzielono wszystkie ośrodki zdrowia według liczby podopiecznych na dwie grupy, przy czym jako kryterium podziału przyjęto wartość mediany, a więc liczbę 8 250. Uzyskano następującą zależność: w grupie 21 ośrodków zdrowia kierowanych przez lekarzy o specjalizacji ogólnej liczba ośrodków zdrowia o liczbie podopiecznych wyższej od wartości medialnej wynosiła 38 %. Natomiast spośród 9 ośrodków zdrowia kierowanych przez lekarza-internistę, aż 78 % miało wyższą liczbę podopiecznych. Stwierdzamy więc istotną zależność pomiędzy specjalizacją lekarza danego ośrodka zdrowia a liczbą jego podopiecznych, z ryzykiem błędu mniejszym niż 5 %. Interpretacja tego zjawiska wydaje się dość prosta: lekarzy o wyższym poziomie kwalifikacji zawodowych przyciągają większe skupiska ludzkie, gwarantujące im korzystniejsze warunki bytowe. Tak np. w grupie tych 9 ośrodków zdrowia widzimy takie miejscowości jak Izbica, Rejowiec, Piaski, Kazimierz n/Wisłą — miejscowości zapewniające lekarzowi lepsze warunki mieszkaniowe, łatwiejszą komunikację z ośrodkami miejskimi niż Baranów, Sosnowica czy Tyszowce.

Dane ujęte w tabeli zbiorczej stały się podstawą do obliczenia wskaźników zachorowalności na 10 000 dorosłych mieszkańców zarejestrowanych w poszczególnych ośrodkach zdrowia. Ogółem zachorowalność ta waha się od 1 349 w Piaskach do 15 712 w Rejowcu. Spośród 32 badanych ośrodków zdrowia — w 10 zachorowalność ogólna przekroczyła 5 000 na 10 000 dorosłych mieszkańców. Przeciętna zachorowalność w wybranych ośrodkach zdrowia woj. lubelskiego wynosiła 4 217 na 10 000 mieszkańców w wieku powyżej 14 lat.

Stwierdzono następujące różnice średniej zachorowalności pomiędzy ośrodkami o profilu ogólnolekarskim, a tymi, w których pracują lekarze-interniści. I tak, w pierwszej grupie ośrodków liczba ta wynosiła 4 145, w drugiej zaś — 4 955. Nie można tu jednak pominąć faktu, iż na wyniku tym zaciążyć mogły dane z Rejowca, wykazujące niezwykle wysoką zgłaszalność do tego ośrodka. Ponadto należy wyrazić przypuszczenie, iż tak wysoka liczba zgłaszających się chorych stanowić musi bezpośrednią konsekwencję postępującego uprzemysłowienia się terenu i co jest z tym związane, objęcia znacznej masy ludności świadczeniami uspołecznionej służby zdrowia.

Następnym zagadnieniem, które rozpatrywano, była sprawa ewentualnej współzależności pomiędzy liczbą podopiecznych a ich zgłaszalnością do danego ośrodka zdrowia. Z badanych 32 ośrodków zdrowia nie umieszczono na ryc. 1 ośrodka zdrowia w Rejowcu, w którym, jak to

już wspomniano, zachorowalność znacznie odbiega od pozostałych ośrodków zdrowia. Zależność między liczbą podopiecznych o zachorowalnością na 10 000, zbadano za pomocą współczynnika korelacji

$$\left( r = \frac{S_{xy}}{\sqrt{S^2_x \cdot S^2_y}}, \quad v = n - 2 \right) \quad \text{gdzie:}$$

$$S_{xy} = \sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x})(y - \bar{y})}{n}} \quad n - \text{liczba badanych ośrodków zdr.}$$

$$S^2_x = \frac{\sum(x - \bar{x})^2}{n} \quad x - \text{liczba podopiecznych w ośr. zdr.}$$

$$S^2_y = \frac{\sum(y - \bar{y})^2}{n} \quad y - \text{zachorowalność w danym ośr. zdr.}$$

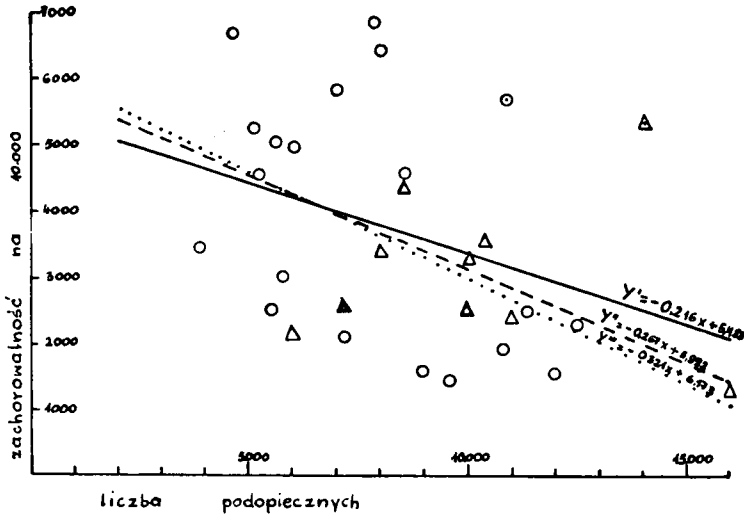
Dla wszystkich 32 ośrodków zdrowia zbadana zależność między  $x$  a  $y$  mierzona za pomocą  $r$  wynosiła — 0,122. Zależność jest ujemna, ale dość niska, przy czym przeprowadzony test ( $t$  — Studenta) nie wskazuje na istotność tej zależności ( $p > 0,10$ ). Jednakże, jak wspomniano wyżej, jeden z ośrodków zdrowia, a mianowicie Rejowiec, znacznie odbiega od pozostałych. Usunięcie z badań tego ośrodka zdrowia podniosło wartość  $r$  do —0,374, przy czym zależność ta nie ma już charakteru przypadkowego ( $p = 0,05$ ). Obliczona regresja ( $Y = \bar{y} + by_x(x - \bar{x})$ )

(gdzie  $by_x = \frac{S_{xy}}{S^2_x}$ ), wskazuje, że przy wzroście liczby podopiecznych o 1 000, zachorowalność zmniejsza się o 216 na 10 000. Z ryciny 1 wynika jednakże, że inne ośrodki zdrowia również mniej lub bardziej odbiegają od wykreślonej przez linię regresji. Tak więc stosunkowo znacznie odbiega ośrodek zdrowia w Izbicy. Zachorowalność (na 10 000) jest w nim znacznie większa od przewidywanej.

Należy postawić sobie pytanie, jakie mogą być przyczyny tego zjawiska. Dla częściowego bodaj wyjaśnienia sprawy postąpiono w sposób następujący: po usunięciu dodatkowo Izbicy (na rycinie 1 oznaczono trójkątem z kropką w środku), wartość  $r$  zwiększa się do —0,475. Ta ujemna współzależność jest już statystycznie wysoce istotna ( $P < 0,01$ ), a współczynnik regresji wskazuje na pogłębienie ujemnej zależności zachorowalności od liczby podopiecznych. Dalsze usunięcie jeszcze jednego ośrodka zdrowia — Adamowa (kółko z kropką), powoduje dalsze pogłębienie tej zależności — ( $r = -0,539$ , współczynnik regresji zaś —  $by_x = -0,321$ ) czyli ze wzrostem liczby podopiecznych o 1 000 zachorowalność spada o 321 na 10 000.

Usuwając Adamów, brano pod uwagę fakt, iż należy on do kilku ośrodków odbiegających od ogólnej średniej, co wyraźnie uwidacznia

rycina 1. Z powyższego wynika, że wraz ze wzrostem liczby podopiecznych wyraźnie zaznacza się spadek zachorowalności. Można więc stwierdzić w pewnym przybliżeniu, że przy spotykanej w woj. lubelskim rozpiętości liczby podopiecznych od około 4 000 do 16 000, każde zwiększenie



Ryc. 1. Zależność pomiędzy liczbą podopiecznych a ich zachorowalnością wyrażona przy pomocy linii regresji

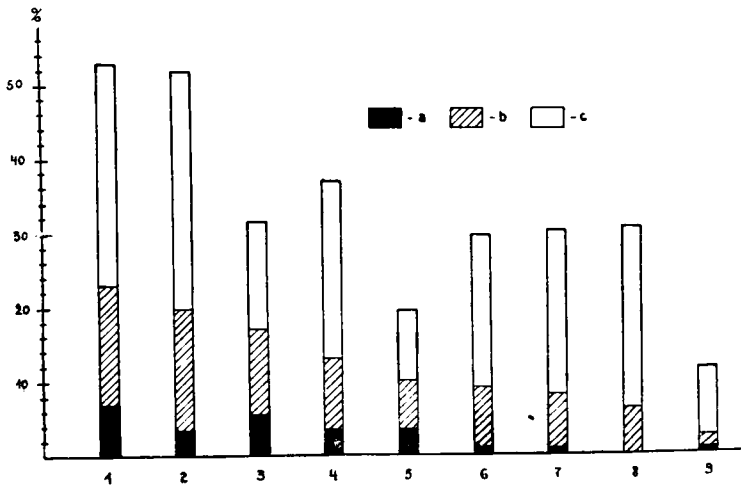
Interdependence of patients and their morbidity, expressed in regression lines

szczeniu liczby podopiecznych o 1 000, powoduje spadek zachorowalności o około 300 na 10 000. Oczywiście nie oznacza to zmniejszonej liczby rzeczywistych zachorowań, ale zmniejszoną zgłaszalność chorych do ośrodków zdrowia. Fakt ten, który wydaje się godny szczególnego rozpatrzenia wynikać może z bardzo różnorodnych przyczyn. Tak więc z większą liczbą podopiecznych wiąże się zazwyczaj duża rozległość terytorium rejonu danego ośrodka zdrowia, co utrudnia mieszkańcom bardziej odległych wsi korzystanie z tej placówki leczniczej, a skłania ich do zasięgania porad w bliżej położonych ośrodkach zdrowia, w innych rejonach, a nawet do korzystania z doraźnej pomocy Pogotowia Ratunkowego. Z innej znowu strony w ośrodkach zdrowia o dużej liczbie podopiecznych przeciążony pracą lekarz nie może poświęcać dość czasu pojedynczym pacjentom, co niejednokrotnie zniechęca ich i skłania do szukania porady u prywatnie praktykującego lekarza w bliższym czy dalszym ośrodku miejskim. Stwierdzony tu fakt może stanowić jeszcze dodatkowy argument, przemawiający przeciw utrzymywaniu dużych rejonów wiejskich ośrodków zdrowia. Jasne staje się bowiem, że im większą liczbę ludności winien on objąć swoją opieką, tym bardziej opieka ta okazuje się niewydolna. Następnie obliczono strukturę

zachorowalności w poszczególnych ośrodkach zdrowia woj. lubelskiego, przyjmując w każdym wypadku ogólną zgłaszalność jako 100 %.

Doszliśmy do przekonania, iż w ogólnej strukturze zachorowalności zarówno mężczyzn, jak i kobiet na pierwsze miejsce wysunęły się choroby układu oddechowego. Na drugim miejscu widzimy u mężczyzn choroby układu trawiennego, u kobiet zaś choroby zakaźne. Choroby układu krążenia zajęły dalsze miejsce, wynosząc u mężczyzn — 12,7%, u kobiet zaś — 15,4 % ogólnej zachorowalności. Najmniej liczne, nie sięgające 3 % u obu płci okazały się choroby układu moczowego.

Zachorowalność w poszczególnych ośrodkach zdrowia odchyła się od tej ogólnej struktury w mniejszym lub większym stopniu oraz w różnych kierunkach. I tak udział chorób układu oddechowego w struk-



Ryc. 2. Struktura zachorowalności ludności wiejskiej województwa lubelskiego na podstawie danych z 32 wiejskich ośrodków zdrowia. Liczba podopiecznych powyżej 14 lat 181 290; ogólna liczba zachorowań 74 130, w tym mężczyźni 35 914. Objaśnienia: 1 — choroby układu oddechowego, 2 — choroby zakaźne, 3 — choroby układu trawiennego, 4 — choroby układu krążenia, 5 — gościec, 6 — urazy, 7 — choroby skóry, 8 — choroby kobiece, 9 — choroby układu moczowego, a — najniższa struktura zachorowalności spośród 32 badanych wiejskich ośrodków zdrowia, b — średnia struktura zachorowalności, c — najwyższa struktura zachorowalności spośród 32 badanych wiejskich ośrodków zdrowia.

Morbidity structure of the rural population for the Lublin District. Data collected from 32 rural Health Centres. Patients over 14 years — 181,290; total number of diseases 74,130 — including 35,914 men.

Explanations: 1 — diseases of the respiratory system, 2 — diseases caused by infections, 3 — diseases of the gastrointestinal tract, 4 — diseases of the circulatory system, 5 — rheumatism, 6 — traumas, 7 — skin diseases, 8 — gynaecological diseases, 9 — diseases of the urinary tract, a — the lowest morbidity structure of 32 studied rural Health Centres, b — medium morbidity structure, c — highest morbidity structure of 32 studied rural Health Centres

turze zachorowalności poszczególnych rejonów wahał się od 8,6 % w Wysokiem do 52,8 % w Kurowie u mężczyzn, oraz od 7,6 % w Ostrowie Lubelskim do 49,1% w Kurowie u kobiet (ryc. 2). Zaznaczyć tu wypada, iż tak wysokie odsetki chorób układu oddechowego, jak to zarejestrowano w ośrodku zdrowia w Kurowie, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet stoją prawdopodobnie w ścisłym związku z obecnością na tym terenie fabryki futer i przerobu skór. W tym wypadku zaznacza się wyraźny wpływ środowiska pracy na zachorowalność na choroby układu oddechowego. Procentowy udział chorób układu trawienego w strukturze zachorowalności wahał się w poszczególnych ośrodkach zdrowia od 6,1 % w Kurowie do 31,0 % w Józefowie u mężczyzn oraz 5,5 % w Izbicy do 29,9 % w Wołkowianach u kobiet.

Wyraźne różnice zmuszające do ostrożności w wysuwaniu wniosków wykazały odsetki rozpoznanych chorób układu krążenia. Odsetki te wahają się od 3,9 % w Rejowcu do 33,3 % w Ostrowie Lubelskim u mężczyzn i od 5,1 % w Rejowcu do 36,6 % w Ostrowie Lubelskim u kobiet. Tak duże różnice domagały się jakichś wyjaśnień i uzasadnień. Należy przypuszczać, iż ciężą na nich dość znaczne błędy diagnostyczne, zniekształcające uzyskany obraz.

W ogólnej strukturze zachorowalności ważną rolę odgrywają również choroby zakaźne. Odsetki ich wahały się od 3,7 % w Komarówce do 45,2 % w Izbicy u mężczyzn oraz 7,6 % w Werbkowicach do 50,0 % w Kazimierzu u kobiet. I w tym wypadku, w oparciu zarówno o dostępną literaturę przedmiotu, jak i o własne doświadczenie lekarza wiejskiego, trudno jest wyjaśnić fakt, iż połowa zgłaszających się do wiejskiego ośrodka zdrowia chorych cierpiała na choroby zakaźne. Można tu wyrazić przypuszczenie, iż na uzyskanie tak wysokich odsetek chorób zakaźnych złożyły się obok licznych rozpoznań zapalenia migdałków podniebiennych, masowe rozpoznania grypy, rozpoznania stawiane obficie w różnego rodzaju schorzeniach dróg oddechowych nieraz o trudnej do ustalenia etiologii. Interesująco przedstawiają się choroby gośćcowe, których rozpoznanie w warunkach ośrodka zdrowia na wsi niejednokrotnie nastęrcza poważne trudności. Odsetki tych schorzeń wahały się od 3,3 % w Kazimierzu do 15,8 % w Tomaszowicach u mężczyzn oraz od 3,2 % również w Kazimierzu do 18,5 % w Urzędowie u kobiet. Pozostałe grupy chorób, jak choroby układu moczowego, choroby skóry i tkanki podskórnej oraz urazy uplasowały się na dalszych miejscach.

Zupełny brak rozpoznanych chorób kobiecych w 6 ośrodkach zdrowia przemawia za niewystarczającym opanowaniem przez lekarzy ogólnie praktykujących tej, tak ważnej dziedziny wiedzy lekarskiej.



W wybranych szpitalach województwa lubelskiego, najwyższy odsetek chorych hospitalizowano z powodu chorób układu krążenia — 17 %. Na drugim miejscu znalazły się choroby układu oddechowego — 16 %. Trzecie z kolei miejsce, co do liczebności stwierdzonych chorób zajmują choroby układu nerwowego — 12,4 %. Wystąpiły one liczniej u kobiet (14,7 %) niż u mężczyzn (10,3 %). Dalsze miejsce, równorzędne co do liczebności występowania zajmują choroby układu trawiennego oraz choroby gośćcowe, zakaźne oraz urazy (9,5 %). Wyniki badań przedstawiono również w formie graficznej, dla większego ich uplastycznienia.

### Wnioski

1) Zgłaszalność chorych do placówek lecznictwa zamkniętego jest mniej miarodajna dla ogólnego obrazu zachorowalności danej populacji niż zgłaszalność do ośrodków zdrowia.

2) Wykryto współzależność pomiędzy kwalifikacjami zawodowymi lekarza a liczbą podopiecznych.

3) Stwierdzono statystycznie istotną współzależność pomiędzy liczbą podopiecznych a ich zgłaszalnością do danego ośrodka zdrowia. Współzależność ta przedstawia się w ten sposób, że każde zwiększenie liczby podopiecznych o 1 000 — powoduje spadek zachorowalności (liczby zgłoszeń) o około 300 na 10 000 mieszkańców.

4) Ujawniono związek pomiędzy liczebnością urazów a specyfiką danego terenu.

5) W sześciu spośród trzydziestu dwóch badanych wiejskich ośrodków zdrowia nie rozpoznano w ogóle chorób kobiecych, co przemawia za niewystarczającym opanowaniem przez lekarzy ogólnie praktykujących tak ważnej, szczególnie w środowisku wiejskim, dziedziny wiedzy lekarskiej.

### PIŚMIENNICTWO

1. Batkis G. A.: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. 237—282, 1959.
2. Danielski J.: *Zdrow. Publ.* 6, 27—36, 1953.
3. Danielski J.: *Zdrow. Publ.* 3, 207—215, 1959.
4. Karczawa A. I.: *Sowiet. Zdrav.* 5, 32—38, 1955.
5. Modrzewska K.: *Veb Verlag Volk und Gesundheit. Berlin* 1960, 121—131.
6. Rutkowski L.: *Zdrowie.* 3, 12—20, 1910.
7. Stawecki J.: *Zdrow. Publ.* 4, 314—320, 1957.
8. Stritesky J., Vacek M.: *Československa Hygiena.* 2/3, 89—102, 1957.
9. Szewczykowski W., Bryc Z., Żochowska H., Zbroja W., Łuj A., Pomykańska D.: *Biuletyn Naukowy IMPiHW, im. W. Chodźki.* 3, 260—268, 1957.
10. Szewczykowski W., Ujda J., Buczyńska S.: *Biuletyn Naukowy IMPiHW im. W. Chodźki.* 7/8, 563—583, 1958.
11. Tołwiński W.: *Zdrowie.* 6, 14—21, 1899.
12. Tuskiewicz A.: *Zdrow. Publ.* 5, 340—348, 1954.

## РЕЗЮМЕ

Основной целью работы был анализ заболеваемости сельского населения Люблинского воеводства на основе собранных материалов, относящихся к 1959 году. Материалы были взяты из избранных всбольничных лечебных учреждений — 32 сельских поликлиник, 9 уездных и 2 районных больниц.

В результате наблюдений получен ряд инструктивных результатов и заключений.

Можно полагать, что явка больных в больничные пункты является менее авторитативной для общей картины заболеваемости данной популяции, нежели явка в поликлиники.

Рис. 1. Зависимость между численностью принадлежащего к поликлиникам населения и заболеваемостью, выраженная с помощью кривой регрессии.

Рис. 2. Структура заболеваемости сельского населения Люблинского воеводства. На основании данных, полученных в 32 сельских поликлиниках. Численность принадлежащего к поликлиникам населения возрастом свыше 14 лет — 181 290. Общее число заболеваний — 74 130, в том числе мужчины — 35 914.

Объяснения обозначений: 1 — болезни дыхательной системы, 2 — инфекционные болезни, 3 — болезни пищеварительной системы, 4 — болезни системы кровообращения, 5 — ревматизм, 6 — травмы, 7 — кожные заболевания, 8 — женские болезни, 9 — болезни мочевой системы.

a — самая низкая структура заболеваемости среди 32 исследованных сельских поликлиник,

b — средняя структура заболеваемости,

c — самая высокая структура заболеваемости среди 32 исследованных сельских поликлиник.

## SUMMARY

The aim of this study was to analyse the population of the Lublin district with regard to their morbidity. The paper is based on materials collected in the year 1959. The data were obtained from 32 Public Health Centres, 9 District Hospitals, and 2 Regional Hospitals. The analysis resulted in a series of instructive conclusions. It may be assumed that the number of patients recorded in hospitals is less reliable for a general picture of morbidity than the number of patients recorded in Public Health Centres.

Pracę otrzymano 10 IV 1964.