



Ewelina Szpak

„Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”

Spółeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej

Instytut Historii PAN

<http://rcin.org.pl>

„Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”
Społeczno-kulturowa historia
zdrowia i choroby
na wsi w Polsce Ludowej

Ewelina Szpak

„Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”

Spółeczno-kulturowa
historia zdrowia i choroby
na wsi w Polsce Ludowej

Instytut Historii PAN

Warszawa 2018

Recenzenci

dr hab. Marta Kurkowska-Budzan

dr hab. prof. UMCS Mariusz Mazur

Redakcja, korekta i indeks

Ewa Bazyl

Tłumaczenie streszczenia

Grażyna Waluga

Opracowanie graficzne i projekt okładki

Dariusz Górski

Na okładce

Kwiecień 1973. Ośrodek Zdrowia w Trzebiechowie, pow. sulechowski,
woj. zielonogórskie; NAC/CAF – Gawalkiewicz, sygn. 276230/9

© Copyright by Ewelina Szpak

© Copyright by Instytut Historii im. Tadeusza Manteuffla
Polskiej Akademii Nauk

ISBN 978-83-65880-40-6

Badania zostały sfinansowane ze środków Narodowego Centrum Nauki
przyznanych w ramach finansowania stażu po uzyskaniu stopnia naukowego
doktora na podstawie decyzji numer DEC-2012/04/S/HS3/00316

Wydanie II – poprawione, Warszawa 2018

Instytut Historii PAN

Rynek Starego Miasta 29/31

00-272 Warszawa

22 8310261-62, w. 44

www.ihpan.edu.pl

<http://ksiegarnia-ihpan.edu.pl>

wydawnictwo@ihpan.edu.pl

Druk i oprawa: Fabryka Druku

Spis treści

Wstęp	7
I. Zdrowie	23
I.1. Instytucje i przestrzeń ochrony zdrowia	26
1.1. Międzywojenna idea spółdzielni zdrowia	27
1.2. Wiejski ośrodek i punkty zdrowia (felczerskie, lekarские i pielęgnarskie)	36
1.3. Lecznictwo zamknięte: izba porodowa i izba chorych . . .	61
1.4. Szpital powiatowy	75
1.5. „Ambulans jedzie na wieś”	89
1.6. Znachorskie podziemie?	98
1.7. „Punkty apteczne to zło konieczne”	109
1.8. W gąszczu lokalnych relacji: wiejscy przedstawiciele służby zdrowia – swój czy obcy?	116
I.2. Czystość i brud – warunki życia ludności wiejskiej . . .	133
2.1. „Dopóki te głupie porządki nie zostaną ukończone, noga moja w tym domu nie postanie”	136
2.2. „Tonimy w brudach?”	141
2.3. Higiena osobista, czyli „częste mycie skraca życie”	145
2.4. Nawyki	152
2.5. „Nie powodzi mi się tak dobrze żeby myśleć jeszcze o higienie” – o wiejskich łaźniach i kąpieliskach	157
I.3. „Nie dla wszystkich chleba starcza?”	164
3.1. Wiejskie żywienie zbiorowe	169
3.2. „Byłe było dużo i tłusto” – jedzenie i obyczaje	175
I.4. „Objąć oświatą sanitarną znacznie szersze masy społeczeństwa”	179
4.1. „Každy posłucha, popatry i idzie sobie dalej” – powojenna oświata sanitarna	181
4.2. Higienizacja wsi	193

II. Gdzie kończy się zdrowie i zaczyna choroba...? – kondycja zdrowotna mieszkańców wsi	206
II.1. „Sąsiadki radziły jeszcze inny sposób na koklusz”	211
II.2. „I te szczepienia szły”	222
II.3. „Ze względu na brak specjalnych oddziałów [...] problem ten pozostaje nadal nierozwiązany”	230
II.4. „Która baba nie urodzi jest jakby trącona” – czyli o zdrowiu wiejskich kobiet	241
II.5. (Nie)męskie chorowanie?	249
III. Zdrowie i choroba w relacjach na przykładzie wybranych zjawisk	264
III.1. Choroba społeczna: gruźlica, czyli między biedą i wstydem	265
III.2. „Z nawozów sztucznych raki pochodzą”	278
III.3. Chorzy, głupi czy leniwi? Niepełnosprawność chłopskim okiem	290
III.4. Niebezpieczni i ubezwłasnowolnieni (chorzy psychicznie)	303
Zakończenie	319
Abstract	332
Bibliografia	335
Indeks osób	351
Spis ilustracji	356

Wstęp*

„Choroba jest nocną półkulą naszego życia, naszym najbardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależny zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych”.

(S. Sontag, *Choroba jako metafora; AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, Warszawa 1999, s. 7)

„Pojęcie ochrony zdrowia nabrało właściwej treści społecznej w PRL. Zdrowie obywatela przestało być jego «prywatną sprawą» a stało się przedmiotem szczególowej troski ludowego państwa, uznającego ochronę zdrowia całej ludności za jedno ze swych naczelných zadań [...]”.

(AAN, MZiOS, sygn. 10/17, Opieka zdrowotna na wsi, Informacja 1977, k. 1)

Cele i pytania badawcze

Nowa powojenna polityka zdrowotna i społeczna, wsparta hasłami ideologiczno-politycznymi, kwestię zdrowia obywateli czyniła sprawą państwową. Bezpłatna opieka lekarska i higieniczna w szkołach oraz zakładach pracy, a także nowy, odzwierciedlający strukturę władzy i administracji kraju, system opieki zdrowotnej (powiat jako najniższy poziom służby zdrowia) wprowadzać miały zmiany w zakresie zdrowotności i świadomości zdrowotnej, generując nowe wartości, zachowania i obyczaje. Wbrew propagandowym hasłom w pierwszych

* Badania zostały sfinansowane ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych w ramach finansowania stażu po uzyskaniu stopnia naukowego doktora na podstawie decyzji numer DEC-2012/04/S/HS3/00316.

dwóch powojennych dekadach tempo i zakres tych przekształceń nie obejmowały jednak wszystkich w takim samym stopniu. Do końca 1971 r. mieszkańcy wsi, niezatrudnieni w sektorze państwowym lub uspołecznionym (z wyjątkiem kobiet ciężarnych i dzieci do 14. roku życia), pozbawieni byli prawa do większości bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Nie oznaczało to jednak, że państwowa służba zdrowia nie wkraczała w ich przestrzeń życia codziennego.

Ośrodki zdrowia, izby porodowe i izby chorych budowane były na wsi już w pierwszych latach po wojnie. Obszary wiejskie swą działalnością obejmowały też terenowe kolumny sanitarne odpowiedzialne za walkę z chorobami zakaźnymi oraz akcję szczepień. Do najbardziej oddalonych osad docierały zaś ruchome gabinety lekarskie. Czy obecność i działanie tych instytucji oddziaływały jednak na wiejski stosunek do zdrowia? Jak w tym czasie rozumiane było na wsi to pojęcie i co uznawano za wyznaczniki stanu chorobowego? Jak postrzegano osoby chorujące i które schorzenia budziły największy strach? To główne pytania badawcze tworzące oś narracyjną prezentowanych badań.

Zwracając uwagę na warunkowane tradycją i kulturą wiejską postrzeganie zdrowia jako sfery życia codziennego, podejmę jednocześnie próbę umieszczenia opisywanych zjawisk w szerszym społecznym, ekonomicznym i politycznym kontekście. W związku z tym zapytam o to, jak w okresie powojennym kształtowała się świadomość zdrowotna mieszkańców wsi i na ile ujawniały się w niej różnicowania regionalne, a także jakie miejsce w polityce zdrowotnej władz PRL zajmowała wieś, jak realizowane były w praktyce postulowane kierunki zmian, i wreszcie jakie konsekwencje oraz społeczne strategie przystosowawcze generowały?

Na gruncie polskim badania z zakresu społecznej historii medycyny, obejmujące m.in. studia nad powojennymi warunkami sanitarno-higienicznymi, epidemiami chorób zakaźnych czy też coraz częstszymi od lat 70. tzw. chorobami cywilizacyjnymi,

podejmowało stosunkowo niewielu badaczy¹. Pomimo dość dobrze rozwijających się badań z zakresu historii życia codziennego PRL zagadnienia higieny i zdrowotności wciąż pojawiają się jedynie marginalnie². Tymczasem – jak sugerują analizy lekarzy uwzględniających w swych materiałach konteksty historyczne zarówno w przypadku chorób zakaźnych, jak i cywilizacyjnych – nasilały się różnice środowiskowe. Przekładały się one nie tylko na inne wskaźniki zapadalności czy umieralności, ale również – jak dowodzili autorzy publikujący swe badania na łamach „Służby Zdrowia”, „Zdrowia Publicznego” czy „Medycyny Wiejskiej” – generowały inne problemy i zjawiska społeczne, wyrażające się choćby w opisywanym przez lokalnych lekarzy wiejskim stosunku do metod leczenia, diagnostyki i profilaktyki. Tak jak piszący na łamach tych branżowych pism przedstawiciele zawodów medycznych wielu obserwowanych zjawisk nie tłumaczyli kontekstem społeczno-ekonomicznym czy historycznym, tak samo badacze przeszłości pisząc o powojennych warunkach życia i powiązanych ze zdrowiem problemach społecznych, rzadko odwoływali się do ustaleń tych pierwszych.

Antropologiczne i etnograficzne badania medycyny ludowej (w tym m.in. znachorstwa, ziołolecznictwa) skoncentrowane

¹ Wśród historyków dziejów najnowszych warto wskazać Elżbietę Więckowską (E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001) czy Ingę Jaguś (I. Jaguś, *Lecznictwo ludowe w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, Kielce 2002). Ważny wkład w polskie badania mają także czasopismo naukowe pod red. Bożeny Urbanek – „Medycyna Nowożytna” czy też seria prac pod red. Bożeny Płonki-Syroki. Warto wspomnieć o pracach interdyscyplinarnych takich autorów, jak np. Włodzimierz Pessel, Małgorzata Szpakowska, Tomasz Rakowski, Iwona Kurz czy Zdzisław Libera.

² Zob. np.: M. Zaremba, *Wielka trwoga. Polska 1944–1947. Ludowa reakcja na kryzys*, Kraków 2012; D. Jarosz, *Polacy a stalinizm 1948–1956*, Warszawa 2000; B. Brzostek, *Za progiem. Codziennosc w przestrzeni publicznej Warszawy lat 1955–1970*, Warszawa 2007; N. Jarska, *Kobiety z marmuru. Robotnice w Polsce w latach 1945–1960*, Warszawa 2015; B. Klich-Kluczewska, *Przez dziurkę od klucza. Życie prywatne w Krakowie (1945–1989)*, Warszawa 2005; K. Kosiński, *Historia pijaństwa w czasach PRL*, Warszawa 2008.

na ogół były na śledzeniu długiego trwania wielu towarzyszących wiejskiemu chorowaniu zjawisk kulturowych. W znacznie mniejszym stopniu odnosiły się natomiast do problemów nowych, warunkowanych powojenną sytuacją bytową czy epidemiologiczną w kraju i regionie. Kontekst miejsca i czasów w perspektywie historyka jest jednak kluczowy, dlatego też w podejmowanych studiach skupiam się przede wszystkim na śledzeniu tego, jak także te elementy oddziaływały na sfery życia codziennego mieszkańców wsi.

Historia zdrowia i choroby – główne pola i inspiracje badawcze

Historia zdrowia i choroby, funkcjonująca w ramach społecznej historii medycyny, w zachodniej historiografii reprezentowana jest m.in. przez takich badaczy, jak Georges Vigarello, Charles E. Rosenberg czy nieżyjący już Roy Porter³. Choć tylko jedna praca tego ostatniego doczekała się przekładu na język polski (*Szaleństwo. Rys historyczny*, Poznań 2003), to już erudycyjne publikacje G. Vigarello znane są doskonale polskim badaczom historii społecznej i kulturowej⁴.

³ G. Vigarello, *Czystość i brud. Higiena ciała od średniowiecza do XX wieku*, przeł. B. Szwarzman-Czarnota, Warszawa 1996; *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności*, przeł. M. Szymańska, Warszawa 1997; Ch.E. Rosenberg, *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, New York 1992. Warto tu jeszcze wspomnieć o innych ważnych badaczach i ich pracach, np.: K. Ashenburg, *Historia brudu*, przeł. A. Górka, Warszawa 2007; V. Smith, *Clean: a History of Personal Hygiene and Purity*, Oxford 2007; J.N. Hays, *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History*, New Brunswick 2009; M.B.A. Oldstone, *Viruses, Plagues, and History: Past, Present and Future*, New York 2009; *Framing and Imagining Disease in Cultural History*, red. G.S. Rousseau i in., New York 2003; T. Starks, *The Body Soviet: Propaganda, Hygiene, and the Revolutionary State*, New York 2009.

⁴ Z najważniejszych i opublikowanych prac G. Vigarello wymienić należy także: *Historia otyłości. Od średniowiecza do XX wieku*, przeł. A. Leyk, Warszawa 2012; *Historia ciała*, t. 1: *Od renesansu do oświecenia*, red. G. Vigarello, przeł.

Spoleczna historia medycyny jako stosunkowo nowy obszar badań nad przeszłością kształtowała się dwutorowo. Jej początków z jednej strony upatrywać można w niezwykle drobiazgowych analizach historyków nauki i medycyny (*history of science and medicine*), których reprezentantem jest m.in. Ch.E. Rosenberg. Z drugiej zaś strony rozwijające się niezależnie studia nad historią ciała i studia kulturowe, w których ciało stanowiło główny punkt odniesienia do analizy społecznych wyobrażeń i praktyk, przyniosły nową perspektywę patrzenia na historię medycyny⁵. Przykładowo Michel Foucault, jeden z najbardziej wpływowych w tym nurcie badaczy zajmujących się zdrowiem i chorobą w perspektywie historycznej, koncentrując się w swych badaniach na rozwoju medycznych teorii, praktyk i instytucji, zwracał uwagę nie tylko na konteksty społeczne opisywanych zjawisk, lecz dopatrywał się w nich mechanizmów władzy (praktyki dyscyplinujące, wiedza-władza, biowładza)⁶. Inni, jak choćby Susan Sontag odnosząca się w badaniach do zjawisk długiego trwania, koncentrowali się przede wszystkim na bardziej dyskursywnych aspektach, ukazując zjawisko mitologizowania i społecznego konstruowania chorób (gruźlica, rak, AIDS)⁷ lub też śledzili zmieniające się w czasie emocje i doznania towarzyszące procesom chorobowym (Joanna Bourke)⁸. Wskazane wyżej przekrojowe i jednocześnie

T. Stróżyński, Gdańsk 2011, t. 2: *Od Rewolucji do I wojny światowej*, red. A. Corbin, przeł. K. Belaid, T. Stróżyński, Gdańsk 2013, t. 3: *Różne spojrzenia, wiek XX*, red. J.J. Courtine, przeł. K. Belaid, T. Stróżyński, Gdańsk 2014.

⁵ *A Cultural History of the Human Body in the Modern Age*, t. 6, red. I. Crozier, Oxford–Berg 2012, s. 1; zob. też: J. Le Goff, N. Truong, *Historia ciała w średniowieczu*, przeł. I. Kania, Warszawa 2006.

⁶ M. Foucault, *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Warszawa 1995; M. Foucault, *Narodziny biopolityki*, przeł. K.M. Jaksender, Warszawa 2011.

⁷ S. Sontag, *Choroba jako metafora; AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, Warszawa 1999.

⁸ J. Bourke, *The Story of Pain: from Prayer to Painkillers*, Oxford 2014.

erudycyjne badania nad zjawiskami kulturowymi powiązаныmi z postrzeganiem ciała, higieną oraz sposobem doświadczania chorób i wywołanego nimi cierpienia nie wyczerpują całego wachlarza pól badawczych rozwijanych w ramach wspomnianych studiów. Wiele z nich to bowiem znacznie węższe i pogłębiane monograficzne ujęcia historii poszczególnych jednostek chorobowych oraz zjawisk powiązanych z historią medycyny. Wśród nich najczęściej występują m.in.: zwalczanie i profilaktyka chorób zakaźnych (epidemii)⁹, postrzeganie i leczenie chorób psychicznych oraz cywilizacyjnych (historia chorób nowotworowych)¹⁰ lub też zagadnienia z zakresu ochrony zdrowia publicznego¹¹. W tym ostatnim, również niezwykle pojemnym polu badawczym odnaleźć można zarówno problemy związane z organizacją i funkcjonowaniem służby zdrowia, jak i zjawiska dotyczące zdrowia w przestrzeni społecznej i publicznej (praktyki i normy sanitarne, nawyki żywieniowe czy relacja zdrowia publicznego i środowiska naturalnego). Nietrudno zatem zauważyć, iż tak pojemny i złożony obszar badań wymusza skupienie uwagi na wybranych zjawiskach i aspektach. W polskich badaniach nad historią zdrowia i choroby dominują z reguły analizy koncentrujące się na chorobach zakaźnych, higienie oraz instytucjonalnym rozwoju służby zdrowia. Wiele z nich, mimo że inspirujących, zwykle jednak odnosi się do wcześniejszych okresów: nowożytności oraz

⁹ Zob. J.N. Hays, *op. cit.*; M.B.A. Oldstone, *op. cit.*; *Framing and Imagining Disease...*; J. Ruffié, J.Ch. Sournia, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, przeł. B.A. Matusiak, Warszawa 1996.

¹⁰ Zob. np.: J.T. Patterson, *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture*, Cambridge 2009; P. Pinell, *The Fight against Cancer: France, 1890–1940*, trans. D. Madell, London 2016; M. Balshem, *Cancer in the Community: Class and Medical Authority*, Washington DC 1993.

¹¹ Zob. np.: *Public Health in History*, ed. V. Berridge, M. Gorsky, A. Mold, New York 2011; D. Porter, *Health, Civilization and the State: a History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London–New York 1999; *The History of Public Health and the Modern State*, ed. D. Porter, Amsterdam 2006.

przełomu XIX i XX w.¹² Uciążliwy dla prowadzonych i prezentowanych w książce badań brak opracowań historycznych na temat powojennych przemian społecznych rozpatrywanych przez pryzmat stosunku do ciała, zdrowia i choroby nie stanowi zjawiska symptomatycznego wyłącznie dla Polski. Choć historia społeczna oraz historia życia codziennego społeczeństw krajów bloku komunistycznego została już dokładnie zbadana, problematyka społecznego postrzegania i radzenia sobie z problemami zdrowotnymi od lat 40. do 80. wciąż nie doczekała się jeszcze pogłębionej analizy. Nie oznacza to jednak, że badania takie nie znajdują się zupełnie w obszarze historycznych zainteresowań. Dla rejonu Europy Środkowo-Wschodniej podejmują je bowiem w różnych ujęciach m.in. Tricia Starks¹³, Donald Filtzer¹⁴ czy z młodszego pokolenia Monika Baár¹⁵, Dora Vargha¹⁶, Mat

¹² M. Stasiak, *Pomiędzy czystością a immunizacją – zwalczanie choroby Heinego-Medina w Polsce w latach 1951–1960*, w: *Letnia Szkoła Historii Najnowszej 2013. Referaty*, red. A.M. Adamus, Ł. Kamiński, Warszawa 2014, s. 39–52; E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych...*; D. Fleming, *Warszawianka w kąpielni*, Warszawa 2008; B. Tworek, *Kultura zdrowotna ludności wiejskiej w Małopolsce od połowy XIX do końca XX wieku (w świetle literatury pięknej i wspomnieniowej)*, Lublin 2007; *Dzieje medycyny w Polsce*, t. 1: *Od czasów najdawniejszych do roku 1914*, red. W. Noszczyk, Warszawa 2015; M. Winiarz, *Obraz sytuacji sanitarno-higienicznej na ziemiach Królestwa Polskiego w latach 1885–1914 w świetle prac polskich higienistów*, Warszawa 2004; *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Wrocław 2008; *Gra możliwości. Studia z historii medycyny i farmacji XIX i XX wieku*, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2011.

¹³ T. Starks, *op. cit.*

¹⁴ D. Filtzer, *The Hazards of Urban Life in Late Stalinist Russia. Health, Hygiene, and Living Standards, 1943–1953*, Cambridge 2010.

¹⁵ M. Baár, *Disability and Civil Courage under State Socialism: the Scandal about the Hungarian Guide Dog School*, „Past and Present: a journal of scientific history” 2015, no. 227 (1), s. 179–203.

¹⁶ D. Vargha, *Polio Across the Iron Curtain. Hungary’s Cold War with an Epidemic*, Cambridge 2018; *eadem, Socialist Utopia in Practice: Everyday Life and Medical Authority in a Hungarian Polio Hospital*, „Social History of Medicine” 2018, vol. 31, no. 2, s. 373–391.

Savelli¹⁷ oraz Jessica Reinish¹⁸. Zjawiska ściśle łączące się z historią zdrowia i choroby – zarówno tą pojętą instytucjonalnie, czyli historią systemu ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej, a także historią medycyny jako nauki, jak i tą związaną z oddolnym postrzeganiem zagadnień dotyczących higieny, ciała, chorowania i cierpienia – przenikają także dość prężnie rozwijający się w regionie Europy Środkowo-Wschodniej nurt badań poświęconych historii kobiet i macierzyństwa. Warto w tym miejscu przywołać prace takich badaczy polskich, jak Barbara Klich-Kuczevska¹⁹, Sylwia Kuźma-Markowska²⁰, Piotr Perkowski czy Katarzyna Stańczak-Wiślicz²¹. Analogiczne badania w kontekście innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej prowadzi m.in. Ema Hresanova czy Agata Ignaciuk²².

¹⁷ *Psychiatry in Communist Europe*, ed. S. Marks, M. Savelli, Basingstoke 2015; M. Savelli, *Beyond ideological platitudes: socialism and psychiatry in Eastern Europe*, „Palgrave Communication” 2018, vol. 4, no. 45, s. 1–8.

¹⁸ J. Reinish, *The Perils of Peace: the Public Health Crisis in Occupied German*, Oxford 2013.

¹⁹ Zob. np.: B. Klich-Kuczevska, *Rodzina, tabu i komunizm w Polsce 1956–1989*, Kraków 2015; eadem, *Biopolitics and (non-)modernity. Population micro-policy, expert knowledge, and family in late-communist Poland*, „Acta Poloniae Historica” 2017, vol. 115, s. 151–174.

²⁰ Zob. np.: S. Kuźma-Markowska, *Walka z „babkami” o zdrowie kobiet: medykalizacja przerywania ciąży w Polsce w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2017, t. 15, s. 189–215; eadem, *Stan badań nad historią antykoncepcji w XIX i XX wieku*, „Przegląd Historyczny” 2009, nr 3, s. 603–618.

²¹ Zob. np.: K. Stańczak-Wiślicz, *Od neomatriachatu do szpitala-pomnika Matki Polki. Ideologie macierzyństwa w dyskursach władzy i opozycji w Polsce (1945–1989)*, w: *Niebezpieczne związki. Macierzyństwo, ojcostwo i polityka*, red. R.E. Hryciuk, E. Korolczuk, Warszawa 2015, s. 45–74; P. Perkowski, *Ojcostwo w Polsce Ludowej*, w: *Mężczyzna w rodzinie i społeczeństwie. Ewolucja ról w kulturze polskiej i europejskiej*, t. 2: *Wiek XX*, red. E. Głowacka-Sobiech, J. Gulczyńska, Poznań 2010, s. 101–110; P. Perkowski, *Przemoc seksualna i niuanse wrażliwości społecznej względem kobiet w świetle źródeł okresu PRL*, w: *Zapisy cierpienia*, red. K. Stańczak-Wiślicz, Wrocław 2011, s. 283–301.

²² E. Hresanova, M.Y. Bazylevych, *Introduction: Health and Care Work in Post-socialist Eastern Europe and the former Soviet Union*, „Anthropology of East

Rozwój społecznej, a także kulturowej historii medycyny oraz historii zdrowia i choroby nie byłby jednak możliwy bez wkładu i inspiracji wniesionych przez nauki społeczne, w tym socjologię medycyny (*medical sociology*), i podejście amerykańskiego badacza Talcotta Parsonsa. Uznając chorobę za rodzaj dewiacji (odstępstwa od normy), wskazywał on na zmieniające się role społeczne chorujących i ich otoczenia. Zdrowie w jego koncepcji zdefiniowane zostało jako cecha jednostki wypełniającej podstawowe role społeczne, przyczyniając się tym samym do optymalnego działania systemu społecznego²³. Do T. Parsonsa w swoich koncepcjach nawiązuje częściowo Bryan Turner²⁴. Ważny wkład do badań ciała z perspektywy socjohistorycznej wniósł również Norbert Elias. Jego koncepcja ciała i procesu cywilizacyjnego podobnie koncepcje Pierre'a Bourdieu stanowiły ważną inspirację teoretyczną realizowanych przeze mnie badań²⁵.

Historia zdrowia i choroby oraz społeczna historia medycyny w znacznym stopniu bowiem przenikają się z socjologią ciała i przede wszystkim socjologią medycyny. Ta ostatnia zresztą już od swych początków koncentrowała się na dwóch

Europe Review” 2011, vol. 29, no. 1, s. 1–7; *eadem*, *The Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth in Socialist Czechoslovakia: from State Propaganda to Activism of Enthusiasts*, „Medical History” 2016, vol. 60, s. 534–556; A. Ignaciuk, *Clueless about contraception: the introduction and circulation of the contraceptive pill in state-socialist Poland (1960s–1970s)*, „Journal of History of Medicine” 2014, vol. 16, no. 2, s. 509–536. Zob. też: *Children by Choice? Changing Values, Reproduction, and Family Planning in the 20th Century*, ed. A.K. Gembries, T. Theuke, I. Heinemann, Leipzig 2018.

²³ Zob. też: M. Wróblewski, *Wyzwanie biomedycyzacji. Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby „podszyte” Teorią Aktora-Sieci*, „Przegląd Kulturoznawczy” 2013, nr 1, s. 75; Ch. Shilling, *Socjologia ciała*, przeł. M. Skowrońska, Warszawa 2010; E. Bińczyk, *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault. Praktyki medycyzacji jako praktyki władzy*, w: *W stronę socjologii zdrowia*, red. W. Piątkowski, A. Titkow, Lublin 2002, s. 181–193.

²⁴ Ch. Shilling, *op. cit.*, s. 101.

²⁵ *Ibidem*, s. 175.

głównych obszarach dociekań. Pierwszy z nich tworzyły analizy instytucjonalnego wymiaru opieki medycznej, skupiające się na funkcjonowaniu organów zajmujących się zdrowiem publicznym, czynnikami organizacyjnymi determinującymi działania personelu medycznego i wpływającymi na relację pacjent – lekarz. Drugi przenikający się jednak z pierwszym obszar badań stanowiła tzw. socjologia zdrowia i choroby. Skupiona na procesie wyjaśniania pojęć zdrowia i choroby przez pryzmat czynników społecznych i kulturowych, pyta m.in. o to, jak bycie zdrowym bądź chorym wpływa na postrzeganie siebie i otoczenia i jak różni się ono, biorąc pod uwagę przynależność kulturową²⁶. Elementy tego niewątpliwie inspirującego podziału pól badawczych dostrzec można również w praktyce badawczej historyków medycyny²⁷. Trudność jednoznacznego rozdzielenia wielu zjawisk powoduje, że w niniejszym studium podejmę próbę połączenia obu sposobów patrzenia i analizowania minionej rzeczywistości społecznej.

Przestrzeń i cezury

W swoich badaniach koncentruję się na trzech wybranych regionach Polski, tj. obszarze ziem północno-zachodnich (pow. gryficki, goleniowski i kamieńsko-pomorski) oraz na obszarach woj. krakowskiego i lubelskiego (w granicach z lat 1950–1975). Tak przyjęta perspektywa regionalna reprezentuje jednocześnie trzy zróżnicowane kulturowo obszary Polski, w których dostrzeganie odrębności swymi korzeniami sięgają niewątpliwie XIX w. Celem mojej pracy nie jest jednak szczegółowa komparatystyka

²⁶ *Ibidem*, s. 77.

²⁷ Mimo sięgających lat 60. i 70. początków społecznej historii medycyny wciąż jest ona stosunkowo nowym i interdyscyplinarnym nurtem badań. Jej przedstawiciele koncentrują się przede wszystkim wokół Society for the Social History of Medicine wydającego we współpracy z uniwersytetem w Oksfordzie periodyk „Social History of Medicine”.

wybranych terenów. Analizowane zjawiska wielokrotnie ukazują także na przykładzie innych rejonów Polski. Choć – jak sugeruje tytuł opracowania – cezurę czasową prowadzonych przeze mnie analiz wyznacza koniec II wojny światowej, to dla pełniejszego zobrazowania trwałości bądź zmienności wybranych aspektów odwołuję się niekiedy do okresu międzywojennego. Cezurę końcową prowadzonych badań wyznacza II połowa lat 80.

Podstawa źródłowa

Zdrowie i szereg powiązanych z nim zjawisk dotyczących cielesności, np. higiena, brud i ekskrementy, podobnie jak doświadczenie wstydlivej choroby, choć wpływają w bardzo silnym stopniu na sferę życia codziennego, stanowią jednak obszar przynależny sferze prywatności i intymności. Dostępność oryginalnych i będących wytworem badanych społeczności źródeł odnoszących się do tej sfery okazuje się bardzo ograniczona. Ogromnie przydatne są jednak odnajdowane w zasobach archiwalnych (zwłaszcza w Archiwum Akt Nowych oraz w oddziałach terenowych archiwów państwowych w Szczecinie, Lublinie i Krakowie) materiały raportujące powojenne inspekcje terenowe przeprowadzane na terenie całego kraju. Choć co najmniej do 1953 r. dyskusje dotyczące problemów zdrowotnych polskiej wsi pojawiały się na forum Kolegium Ministerstwa Zdrowia tylko sporadycznie, to po tej dacie liczba materiałów znacząco wzrosła. Wyłaniający się z archiwalnych dokumentów obraz, widziany z centrum i znacznego oddalenia, zwykle opiera się na krytycznej ocenie działalności wydziałów zdrowia lub poszczególnych instytucji lokalnych. Pokazuje on jednak ważne oblicze problemów zdrowotnych trawiących prowincję. Znacznie więcej informacji na temat wiejskiego stanu zdrowia i funkcjonowania instytucji zajmujących się jego ochroną pojawia się po 1957 r. i w okresie działania Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (od 1960), co wiąże

się niewątpliwie z prowadzonymi dyskusjami odnoszącymi się do projektu stopniowego obejmowania wsi polskiej bezpłatnymi świadczeniami zdrowotnymi. Na kanwie tych dyskusji wielokrotnie pojawiają się kwestie dotyczące funkcjonowania lokalnych ośrodków zdrowia, izb porodowych czy też przytaczane są najistotniejsze problemy i sytuacje towarzyszące pracy lekarzy wiejskich. W zgromadzonych w zespołach Ministerstwa Zdrowia (i Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej) materiałach znajduje się również fragmentaryczna dokumentacja badań dokonanych przez instytucje państwowe zajmujące się wiejską oświatą zdrowotną. Raporty i wyniki analiz przeprowadzonych przez Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi (IMPiHW) spełniają w tym zbiorze szczególną rolę, pokazując problemy wsi widziane przez pryzmat lekarzy i higienistów zaangażowanych w prace na rzecz poprawy zdrowia i warunków życia.

Na ogół bardziej krytyczne i zdystansowane w treści materiały centralne skonfrontowane zostały z dokumentami wytworzonymi przez lokalne wydziały zdrowia gromadzkich i powiatowych rad narodowych. Choć w tych materiałach perspektywa patrzenia na wieś nadal jest zewnętrzna, to jednak choćby z uwagi na fakt, iż elity lokalne uwikłane zostały w szereg miejscowych relacji towarzyskich, wywodząc się nieraz z terenów, na których pracowały, ich spojrzenie na wieś jest mniej zdystansowane. Niekiedy w materiałach tych widać również większe zrozumienie problemów, z jakimi borykali się zarówno mieszkańcy wsi, jak i pracownicy tamtejszych instytucji ochrony zdrowia. Ważne uzupełnienie tych źródeł stanowią też sprawozdania z zebrań wiejskich.

Perspektywę tak swoiście pojętych makro- i mikroskali łączy analiza listów wysyłanych przez mieszkańców wsi do poszczególnych instytucji, zwykle centralnych. To jak w listach opisywano problemy dotyczące zdrowia, a przede wszystkim kwestie dostępu do państwowej służby zdrowotnej i relacji z jej przedstawicielami, jest bez wątpienia bezcenne, aczkolwiek wymaga

dużej ostrożności interpretacyjnej (niekiedy kontekst listów wiąże się z lokalnymi rozgrywkami, konfliktami i animozjami).

Istotne źródło stanowią także materiały audiowizualne z epoki. W tej grupie znajdują się zarówno fotografie zgromadzone w Narodowym Archiwum Cyfrowym (NAC), jak i materiały filmowe (kroniki filmowe, filmy dokumentalne i fabularne udostępniane m.in. za pośrednictwem serwisu Kronika RP, Repozytorium Cyfrowego Filmoteki Narodowej) oraz archiwalne audycje i reportaże radiowe, zgromadzone w Archiwum Polskiego Radia (APR) w Warszawie.

Materiały te, nierzadko zmontowane bądź wykadrowane w taki sposób, by wyeksponować tezę przyjętą przez ich pomysłodawcę lub twórcę, mają jednak też ogromne walory poznawcze. Przykładowo w przypadku fotografii NAC (PAP) bardzo wymowne okazują się być nie tylko same obrazy, ale również towarzyszące im, nierzadko rozbudowane, opisy. Audycje radiowe wielokrotnie przywołując wypowiedzi specjalistów – lekarzy, socjologów, psychologów, a także oddając głos samym mieszkańcom wsi (zwłaszcza forma reportażu), otwierają często nowe i ważne pola zagadnień, wskazując też na istotne tropy badawcze.

Rzetelna analiza aspektów społecznych i kulturowych niemożliwa byłaby rzecz jasna bez wykorzystania źródeł narracyjnych. Pamiętniki i wspomnienia chłopów, w tym kolekcje zbiorów wydawanych od lat 60. pod red. Józefa Chałasińskiego, Dyzmy Gałaja, Bronisława Gołębiowskiego czy Barbary Tryfan, okazują się tu niezastąpione.

Perspektywę oddolną uzupełniają jeszcze dwie inne kategorie źródeł. Pierwszą stanowią tzw. źródła wywołane. Rozmowy z mieszkańcami wsi nie były jednak łatwe i wymagały dużej elastyczności w formułowaniu pytań. Jak rozmawiać bowiem o tak prywatnych sprawach, jak doświadczenie choroby, bólu czy trudnego porodu? Jak pytać o wykluczenie innych? Jak opowiedzieć o biedzie i fatalnych warunkach sanitarnych lub

zwyczajnie o niegdysiejszym braku przywiązania do nawyków higienicznych? Sfera higieny i profilaktyki nie jest we współczesnym dyskursie sferą neutralną i jako taka podlega nieuchronnemu i niezależnemu od intencji wartościowaniu. Pytania o sferę materialną, konkretne przedmioty i ich zastosowanie częściowo ratowały sytuację. Nabywane informacje zwykle jednak miały charakter uzupełniający. Nieco inaczej wywiady takie wyglądały w przypadku przedstawicieli opieki zdrowotnej – pielęgniarek, lekarzy i felczerów. Choć ich relacje prezentowały na ogół perspektywę bardziej zdystansowanego obserwatora wiejskiej rzeczywistości, to jednak te opowieści wносиły wiele cennych informacji i spostrzeżeń. Drugą kategorię źródeł wywołanych (ale zapośredniczonych) stanowi dokumentacja badań terenowych realizowanych przez etnografów krakowskich, zgromadzona obecnie w Archiwum Instytutu Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Jagiellońskiego (AIEiAK UJ). Prowadzone przez badaczy terenowych wywiady (ankietowe), dotyczące medycyny ludowej, choć z reguły skoncentrowane na opowieściach odnoszących się do I połowy XX w., to jednak wielokrotnie ukazują szereg problemów bądź nawyków charakterystycznych dla badanego okresu (większość przeglądanych przeze mnie materiałów pochodzi z lat 60. i 70.).

Tak skomponowany zestaw źródeł uzupełniają materiały prasowe, znakomicie odzwierciedlające problemy codzienności. Poza analizą wybranych czasopism, tj. „Przyjaciółka”, „Gromada Rolnik Polski” i „Nowa Wieś”, w pracy wykorzystałam również pisma branżowe, takie jak „Służba Zdrowia”, „Zdrowie Publiczne” i przede wszystkim „Medycyna Wiejska”. Pisma te prezentują zwykle wyniki badań nad zagadnieniami zdrowotnymi poszczególnych grup społecznych, wskazując na szereg istotnych problemów, których z trudem poszukiwać można by w archiwach centralnych i materiałach osobistych. W kontekście publicystyki ważną rolę odgrywają również repor-

taże prasowe dotyczące wsi, wychodzące spod pióra tak znakomitych twórców jak Barbara Tryfan, Józef Grabowicz, Jan Bijak, Władysław Machejek, Maciej Gryfin czy Edward Redliński.

Opracowania socjologów medycyny z lat 60. i 70., a także pierwsze prace polskich antropologów medycznych z lat 80. traktuję jako bardzo ważne uzupełnienie analiz *stricte* historycznych. Szczególnie bezcenne są prace Magdaleny Sokołowskiej, Marka Ignara, Barbary Tryfan, a także Antoniny Ostrowskiej i na gruncie antropologii – Jaromira Jeszke i Danuty Penkali-Gawęckiej.

Treść, koncepcja pracy

Opierając się na tak zarysowanej bazie źródłowej, powojenną historię zdrowia i choroby pokazuję przez pryzmat zarówno działających instytucji ochrony zdrowia, jak i relacji zachodzących między ich przedstawicielami i społecznością lokalną. W opisie tym nie pomijam również ewoluujących w czasie roli i znaczenia specjalistów tzw. lecznictwa niemedyckiego. Opowieść zawartą w rozdziale I dopełnia analiza wiejskiego stosunku do higieny, profilaktyki zdrowotnej i codziennego żywienia, a więc zjawisk zachodzących w przestrzeni prywatnej. Drugą część opracowania, skoncentrowaną wokół zjawisk związanych z chorobą – jej postrzeganiem i wpływem na relacje interpersonalne, otwiera rozdział pt. *Gdzie kończy się zdrowie i zaczyna choroba...?*, stanowiący z jednej strony próbę pokazania, jak rozumiano pojęcie choroby, a z drugiej – zarys powojennej zdrowotności wiejskiej i swoisty katalog schorzeń, które najczęściej dokuczały mieszkańcom osad wiejskich. W ostatnim rozdziale na przykładzie wybranych zjawisk i jednostek chorobowych przedstawiam przede wszystkim towarzyszące diagnozie i procesowi chorowania/ leczenia społeczne reakcje i relacje. W tak skomponowanym szkicu nie wyczerpuję zestawu wszystkich istotnych dla omawianej epoki problemów.

Nie podejmuję choćby kwestii wiejskiego starzenia się i ogólnikowo omawiam problematykę nałogów (alkoholizmu). Oba te niezwykle ważne tematy dość szczegółowo opracowane zostały przez badaczy historii społecznej w kontekście całego kraju²⁸.

²⁸ Zob. np.: D. Jarosz, *Emeryci i renciści w polskim systemie ubezpieczeń społecznych lat 1944–1958. Sytuacja materialna i strategie przetrwania*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 2012, t. 72, s. 191–226; *idem*, *Old Age in Communist Poland: Preliminary Research Questions*, „Acta Poloniae Historica” 2014, t. 110, s. 87–110; K. Kosiński, *op. cit.*

ROZDZIAŁ I

Zdrowie

Wizyta w ośrodku zdrowia to tytuł kroniki filmowej z 1950 r., przedstawiającej ośrodek zdrowia w upaństwowionej wsi Krowiarki. W filmie prezentowane są dobrze wyposażone gabinety, stały personel medyczny oraz liczni i zadowoleni pacjenci badani przez pracujących z zapalem dentystę, lekarza i pielęgniarkę. Komentujący kronikę lektor zapewnia widzów, iż oto „skończyły się na wsi polskiej czasy znachorów i babek, a w izbach porodowych matki i niemowlęta otoczone są troskliwą i fachową opieką”¹. Komentator innej kroniki z tego samego roku (*Ambulans jedzie na wieś*) zapewnia zaś, że „jedną z najważniejszych trosk państwa ludowego jest zapewnienie ludności pracującej opieki lekarskiej”².

Obok jednoznacznie pozytywnego wizerunku wspólny dla obu filmów pozostaje fakt, iż opisują one zgodnie z ideologicznymi założeniami socjalizmu wsie upaństwowione (Państwowe Gospodarstwa Rolne – PGR) i uspołecznione (spółdzielnie produkcyjne). Choć w komentarzu lektora mowa jest o wsi polskiej, to ta tradycyjna³, tworzona przez chłopów gospodarujących

¹ W *wiejskim ośrodku zdrowia* (Polska Kronika Filmowa 50/25), <http://www.kronikarp.pl/szukaj,19772,tag-689431,strona-2> [31.12.2014].

² *Ambulans jedzie na wieś*, 1952 (Polska Kronika Filmowa 50/25), <http://www.kronikarp.pl/szukaj,10896,strona-2> [31.12.2014].

³ Realizowana od 1948 r. polityka rolna zasadzała się na idei trójsektorowości rolnictwa, tworzonego przez gospodarstwa państwowe (Państwowe Gospodarstwa

na własnym polu, pojawia się jedynie w domyśle, jako swoiste przeciwieństwo tej prezentowanej w obrazie filmowym.

W pierwszej dekadzie po wojnie propaganda wyjątkowo rzadko ukazywała tzw. wieś indywidualną w jasnych barwach. Zwykle przedstawiano ją jako matecznik wsteczności, zaborców, „pleniących się wśród społeczeństwa praktyk zachor- skich” oraz niskiej świadomości higienicznej przekładającej się m.in. na warunki życia i stan zdrowia mieszkańców wsi.

W praktyce jednak u progu lat 50. wieś (społeczność wiejska), podzielona odgórnie (ideologicznie, a w wielu rejonach również z wykorzystaniem przemocy) na trzy sektory, pod względem świadomości zdrowotnej była bardziej jednorodna. Zaobserwowane w źródłach zróżnicowania w większym stopniu zależały od indywidualnych doświadczeń, zamożności czy stopnia wykształcenia poszczególnych osób niż od ich przynależności do konkretnego sektora gospodarki. Jednak zgodnie z ówczesną polityką społeczną państwa przynależność ta rozstrzygała o dostępie mieszkańców wsi do opieki zdrowotnej.

W 1947 r. podjęto decyzję, iż odbudowywany po wojnie system lecznictwa opierać się będzie na modelu radzieckim⁴. Według niego służba zdrowia miała być państwowa, powszechna, jednolita i kompleksowa⁵. Zgodnie z tym wzorcem obejmować winna całe społeczeństwo, gwarantując wszystkim obywatelom dostępność i bezpłatność świadczeń

Rolne, wzorowane na radzieckich sowchozach), uspołecznione (spółdzielnie produkcyjne, wzorowane na radzieckich kołchozach) i prywatne (tzw. indywidualne, zwykle 5–10 ha, które wraz z postępującą polityką kolektywizacji ulegać miały likwidacji).

⁴ Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do końca 1948 r.)*, Łódź 1994, s. 267.

⁵ B. Fogt, *Poznański Ośrodek Reumatologiczny w kontekście zmian zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952–2005*, rozprawa doktorska, promotor: prof. dr hab. Michał Musielak, źródło: Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa link: <http://www.wbc.poznan.pl/Content/249324/index.pdf> [19.12.2014].

zdrowotnych⁶. W rzeczywistości jednak budowa systemu opieki zdrowotnej przebiegała etapami, a o bezpłatnym i powszechnym dostępie formalnie (niekoniecznie już w praktyce) mówić można było dopiero w latach 70.⁷, gdy bezpłatną opiekę zdrowotną rozciągnięto również na chłopów stanowiących wówczas blisko 50% ówczesnej populacji PRL⁸. Warto podkreślić, że 20 lat wcześniej odsetek ten był jeszcze większy, a tuż po wojnie mieszkańcy wsi stanowili prawie 70% ogółu mieszkańców⁹. Z dostępnych materiałów Ministerstwa Zdrowia wnioskować można, że niepełne objęcie mieszkańców wsi bezpłatną opieką zdrowotną wiązało się przede wszystkim z niewydolnością systemu – brakiem wystarczających nakładów finansowych, infrastruktury i kadr. W propagandzie i oficjalnym dyskursie (zwłaszcza okresu stalinizmu) przywoływano i podkreślano jednak przede wszystkim czynniki ideologiczne. W 1953 r. na łamach „Zdrowia Publicznego” pisano: „w walce o przebudowę socjalistyczną wsi, powinna brać czynny udział i służba zdrowia, otaczając opieką przede wszystkim wieś uspołecznioną [...]”. Stworzenie odpowiednich warunków sanitarnych w gospodarstwie zespołowym ma w obecnej dobie walk o socjalizację wsi nie tylko zdrowotne, ale i polityczne znaczenie¹⁰.

Wyłączenie rolników indywidualnych z zakresu bezpłatnych i ulgowych (w przypadku leków) świadczeń stanowić powinno jedną z form/ praktyk opresyjnych, która miała skłaniać chłopów do kolektywizacji (wstępowania do spółdzielni

⁶ *Ibidem*, s. 21.

⁷ *Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, Warszawa 1984, s. 315.

⁸ Według *Małego Rocznika Statystycznego* w 1970 r. ludność wiejska stanowiła 47,7% populacji w Polsce. *Mały Rocznik Statystyczny 1974*, Warszawa 1975, s. 15.

⁹ W 1946 r. mieszkańcy wsi stanowili 68,2% ogółu mieszkańców kraju. *Ibidem*.

¹⁰ M. Jarosz, S. Kosiński, *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, w: *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce*, t. 2: *Wieś*, red. I. Machaj, J. Styk, Lublin 1995, s. 169.

produkcyjnej lub przechodzenia do pracy w rolnictwie upaństwowionym – PGR)¹¹.

Jak pokazują materiały, tak pojęta strategia państwa przynosiła czasem rezultaty. Zdarzały się bowiem przypadki, że niechętni uprzednio kolektywizacji chłopi, po stwierdzeniu u nich (lub członków ich rodzin) poważnej choroby (np. powszechnej w tym czasie i do 1959 r. nieobjętej bezpłatnym leczeniem gruźlicy), nie mogąc podjąć leczenia na własny koszt, przystępowali do miejscowej spółdzielni produkcyjnej¹². Trudno jednak stwierdzić, jak duża była skala tego zjawiska. W latach 50. w światopoglądzie chłopskim najwyższą wartość nadal jeszcze stanowiła ziemia i oddanie jej nawet za cenę zdrowia lub życia członka rodziny nie wchodziło w grę.

I.1. Instytucje i przestrzeń ochrony zdrowia

Wiejski stosunek do lecznictwa państwowego, zwłaszcza w pierwszej powojennej dekadzie, był dość ambiwalentny. Ulegał on oczywiście zmianom i przeobrażeniom, co ukażą poprzez prezentację najważniejszych instytucji zdrowia wkraczających nie tylko w wiejską przestrzeń materialną, ale również społeczną i kulturową.

¹¹ Kobiety wiejskie miały prawo do bezpłatnych świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w czasie ciąży i porodu (poradnie K, izby porodowe); także wszystkie niemowlęta do 1. roku życia objęte były bezpłatną opieką medyczną (m.in. w poradniach D), a dzieci rolników do ukończenia 14. roku życia mogły korzystać z bezpłatnych świadczeń opieki lekarskiej, dentystrycznej, pielęgniarstwa i rehabilitacyjnej. Poza lekami dla niemowląt rolnikom nie przysługiwały jednak ulgi na środki farmaceutyczne, pełnopłatne było też leczenie powyżej 14. roku życia – wyjątek stanowiło leczenie gruźlicy (od 1959 r.) oraz chorób zakaźnych podlegających przymusowej hospitalizacji. Bezpłatne były także usługi poradni specjalistycznych (przeciwalkoholowej, onkologicznej, zdrowia psychicznego), a także szczepienia. Zob. *Organizacja ochrony zdrowia...*, s. 316.

¹² Wywiad z F.R. – mieszkaniec wsi M., woj. zachodniopomorskie.

Warto podkreślić, iż od samego początku (1945) obok instytucji stałych (stacjonarnych), takich jak wiejski/ gminny ośrodek zdrowia, spółdzielnia zdrowia czy izba porodowa, do lat 80. w wielu rejonach działał szereg „instytucji mobilnych”, ruchomych, realizujących cele doraźne¹³. Taką rolę spełniały w okresie powojennej walki z epidemiami chorób zakaźnych powoływane przez utworzony w 1944 r. Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami (NNK) ruchome kolumny przeciwepidemiczne, później ruchome ambulanse dentystyczne czy radiologiczne. Do tej grupy instytucji zaliczyć można również działające sezonowo „obozy lekarskie (studenckie)” czy też organizowane pod hasłem „białych niedziel” jednodniowe zespoły medyczne docierające do konkretnych osad wiejskich. Swoiście pojętą instytucją były także urządzane w ramach oświaty sanitarnej „szkoły zdrowia” czy wiejskie „szkoły matek”.

To, jak wszystkie wyżej wymienione instytucje funkcjonowały w przestrzeni wiejskiej, co oferowały, jak były postrzegane przez swoich odbiorców i jak oddziaływały na praktykę życia codziennego na przestrzeni omawianego czterdziestolecia, wiele mówi o wiejskim stosunku do zjawisk z zakresu zdrowia i choroby oraz powiązanej z nimi sfery ciała i higieny.

1.1. Międzywojenna idea spółdzielni zdrowia

W okresie międzywojennym instytucjonalna opieka zdrowotna dla ludności rolniczej była mocno ograniczona. Istniejący system, z uwagi na długotrwały brak ujednolicających unormowań prawnych, stanowił kontynuację rozwiązań funkcjonujących

¹³ Instytucje definiowane są jednak przeze mnie w sposób szerszy, uwzględniający również perspektywę socjologiczną. W takim ujęciu instytucją będzie zarówno organizacja powołana konkretnym aktem prawnym w celu prowadzenia określonej działalności, jak i zespół ludzi dysponujący środkami umożliwiającymi uczestnictwo w życiu publicznym w celu zaspokojenia potrzeb jednostkowych i grupowych lub uregulowania zachowań społecznych.

w każdym z zaborów¹⁴. Siłą zwyczaju w Wielkopolsce i na Pomorzu działały zatem stacje sanitarne oraz Kasy Chorych, obejmujące ludność pracującą i korzystającą z systemu ubezpieczeń. W Galicji kontynuowano system gminnej służby zdrowia, zaś na obszarze byłego Królestwa i odzyskanych ziem wschodnich nawiązywano do silnie zakorzenionej tradycji gminno-samorządowej medycyny ziemskiej. Wszystkie te rozwiązania pozostawały jednak najczęściej poza zasięgiem uboższej części chłopów. Wyraźny kierunek zmian, wstrzymany przez wybuch II wojny światowej, przyniosły dopiero lata 30., gdy wprowadzać zaczęto wzorowane na modelu amerykańskim okręgi sanitarne wraz ze zlokalizowanym w nich ośrodkiem zdrowia¹⁵. Projekt ten zaowocował ok. 400 placówkami, z których jednak mniej niż połowa zlokalizowana była w ośrodkach prowincjonalnych. Kryzys ekonomiczny lat 30. w parze z dramatyczną sytuacją zdrowotną i niskim stanem sanitarnym osiedli wiejskich sprawił, że problem opieki zdrowotnej nad polską prowincją stawał się coraz wyraźniejszy. Jako jedna z propozycji rozwiązania tej kwestii pojawił się wówczas wzorowany na modelu jugosłowiańskim pomysł tworzenia wiejskich spółdzielni zdrowia¹⁶. Pierwsza tego typu instytucja powołana została w 1935 r. we wsi Markowa przez inż. Ignacego Solarza. Choć swą działalność rozpoczęła zaledwie trzy lata przed wybuchem II wojny światowej, to efekty jej pracy znacząco odczuwała lokalna społeczność wiejska¹⁷. Jak pokazują jednak materiały, w praktyce wsparcie państwa dla

¹⁴ S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa 1987, s. 18.

¹⁵ *Ibidem*, s. 20–21.

¹⁶ K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia na wsi*, Warszawa 1961, s. 11.

¹⁷ M. Szpytma, *Początki i pierwszy okres działalności Spółdzielni Zdrowia w Markowej (1935–1947)* – niepublikowane materiały konferencyjne z sesji zorganizowanej w 75. rocznicę założenia spółdzielni zdrowia w Markowej, udostępnione dzięki uprzejmości dr. Mateusza Szpytmy.

funkcjonowania tych instytucji było bardzo niewielkie. Spółdzielnie, podobnie jak samorządowe ośrodki zdrowia, świadczyły bezpłatne usługi dla ubogich pacjentów, lecz w przeciwieństwie do ośrodków zdrowia nie zostały zwolnione z płacenia podatków¹⁸. Koszty utrzymania spółdzielni przenosiły się więc niemal wyłącznie na ludność wiejską, co oczywiście nie sprzyjało powszechności tych tworów. Dodatkową trudnością było negatywne nastawienie znacznej części przedwojennego środowiska lekarzy, którym ruch spółdzielczy ograniczał możliwości prowadzenia praktyki prywatnej¹⁹. Komplikacje w zatrudnieniu aktywnego i podzielającego ideę spółdzielczości lekarza, wykazującego jednocześnie umiejętność współpracy ze środowiskiem wiejskim, spowodowały, że w zasadzie do końca II RP w praktyce funkcjonowało zaledwie kilka placówek tego typu²⁰.

Jak pokazał jednak przypadek wsi Markowa, dobrze zorganizowana spółdzielnia zdrowia zdolna była przetrwać największe wojenne trudności. Jako forma działalności silnie angażująca społeczność lokalną doceniona została też w pierwszych latach po wojnie. To właśnie wtedy spółdzielnie zdrowia traktowane były jako istotne wsparcie procesu odbudowy systemu opieki zdrowotnej. W latach 1945–1949 oficjalnie zachęcano do ich tworzenia i częściowo dofinansowywano ze środków publicznych. Szalejące w tym czasie epidemie chorób zakaźnych, niezwykle wysoka umieralność niemowląt i fatalny stan zdrowia obywateli sprawiły, że wiele ze spółdzielni swą działalnością znacznie wykraczało poza wcześniejsze ramy i środowisko społeczne. Przykładowo w Łańcucie obok codziennej doraźnej działalności zatrudnionego w instytucji lekarza mieszkańcom okolic wspólnymi siłami udało się utworzyć

¹⁸ S. Kosiński, S. Tokarski, *op. cit.*, s. 22–23.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Zob. J. Majewski, *Rozwój gospodarki chłopskiej w okresie międzywojennym (1918–1939)*, w: *Historia chłopów polskich*, t. 3: *Okres II Rzeczypospolitej okupacji hitlerowskiej*, red. S. Inglot, Warszawa 1980, s. 119.

spółdzielczy szpital²¹. Swoistym ewenementem była także praca spółdzielni w pow. łowickim, swoim zasięgiem obejmująca nie kilkaset, a co najmniej kilka tysięcy ludzi (spółdzielnia działała w całym powiecie)²².

Wraz z decyzją o wprowadzaniu od 1949 r. systemu ochrony zdrowia wzorowanego na radzieckim rola spółdzielni zdrowia została zdeprecjonowana, a one same zmuszone do rozwiązania i przekazania zgromadzonego majątku na rzecz instytucji państwowych, a więc głównie tworzonych w terenie ośrodków zdrowia oraz punktów lekarskich i (częściej) felcerskich.

Choć nie udało mi się ustalić liczby wiejskich spółdzielni zdrowia istniejących w 1948 i 1949 r., można jednak przypuszczać, że nie funkcjonowało ich zbyt wiele. Świadomość zdrowotna ówczesnych mieszkańców wsi nie była bowiem wysoka i wielu chłopów bardzo nieufnie podchodziło również do tego rodzaju instytucji. Sytuacja ta powtórzyła się zresztą w II połowie lat 50., gdy od lat 1954–1955 w Ministerstwie Zdrowia otwarcie mówiono o konieczności powrotu do idei spółdzielni zdrowia i tworzenia ich jako instytucji terenowych wspierających niezwykle kosztowny proces budowania systemu opieki zdrowotnej²³.

Do powoływania tych instytucji na przełomie 1956 i 1957 r. zachęcały także lokalne wydziały zdrowia upatrujące w nich możliwości przyciągnięcia na wieś wyspecjalizowanej kadry medycznej²⁴. W propagowanie tej formy leczenia zaangażo-

²¹ K. Wyszomirski, *op. cit.*, s. 15.

²² *Ibidem*.

²³ Pomysł ponownego aktywowania spółdzielni pojawił się w Ministerstwie Zdrowia już w 1955 r., jednak dopiero przemiany październikowe 1956 r. przyspieszyły decyzje lokalnych działaczy o powoływaniu nowych spółdzielni zdrowia w ich rejonie, od uchwały Rady Centrali Spółdzielni „Samopomoc Chłopska” z 28 czerwca 1955 r., w której zachęcano do tworzenia spółdzielni zdrowia na wsi. Por. *ibidem*, s. 16–17.

²⁴ Archiwum Akt Nowych w Warszawie [dalej: AAN], Ministerstwo Zdrowia [dalej: MZ], Gabinet Ministra. Wydział Prezydialny [dalej: GMWP], sygn. 1/25,

wały się też ówczesne media (np. „Trybuna Ludu” czy „Polskie Radio”), pokazując przykłady świetnie prosperujących spółdzielni oddziałujących nie tylko na sferę zdrowia okolicznych mieszkańców, ale również sprzyjających modernizacji danego regionu. Jeden z mieszkańców podwarszawskiej wsi Poświętne czteroletni okres działalności miejscowej spółdzielni zdrowia (działała od 1963 r.) podsumowywał następująco: „ale proszę pani, to taka dziura była przedtem, że to nikt nic nie widział, że to jakieś Poświętne. Nie było dojazdu, nie było szosy. No, teraz od roku mamy szosę asfaltową, mamy autobusy. No i ta spółdzielnia ma wielki popyt”²⁵.

Mimo przytaczanych przykładów oraz publikowanych instruktaży upowszechniających i wyjaśniających zasady tworzenia i działania spółdzielni zdrowia, do końca lat 50. nie cieszyły się one zbyt dużą popularnością, a tempo ich powstawania było w praktyce stosunkowo małe (w 1960 r. funkcjonowało ich ok. 80²⁶).

W połowie lat 50., gdy powrócono do idei spółdzielczości, trudności w pozyskaniu lekarzy oraz funduszy na funkcjonowanie instytucji i nieregularne składki członkowskie sprawiały, że placówki te borykały się z dużymi problemami. Wspominał o tym lekarz z Siedliszcz: „co prawda, powstałe spółdzielnie zdrowia też w pewnej mierze umożliwiły napływ i osiedlanie się lekarzy, ale prawie cały ciężar utrzymania tej instytucji spoczywa na chwiejnych, dobrowolnych składkach chłopskich, które nie wszyscy i nie zawsze chcą płacić. Lekarz też nie osiedli

Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 10–15, protokoły, załączniki, 1956 r., Działalność służby zdrowia woj. stalingrodzkiego, k. 75–76.

²⁵ Archiwum Polskiego Radia [dalej: APR], *Abyśmy zdrowi byli*, red. B. Helbrecht (1967).

²⁶ *Mały Rocznik Statystyczny 1974* podaje liczbę 76, zaś K. Wyszomirski stwierdził, iż czynnych spółdzielni zdrowia było w tym czasie 81 plus 26 kolejnych znajdowało się w stadium organizacyjnym. Zob.: *Mały Rocznik Statystyczny 1974...*, s. 261; K. Wyszomirski, *op. cit.*, s. 10.

się na wsi, nawet tam gdzie jest najbardziej potrzebny, jeśli nie ma ośrodka zdrowia, a chłopci nie godzą się na założenie spółdzielni zdrowia”²⁷. O małej atrakcyjności spółdzielni dla samych chłopów mówiono także w Ministerstwie Zdrowia, zwracając uwagę na ważny w praktyce fakt, iż „chłopci nie przystępują do spółdzielni ponieważ sytuacja członków nie stanowi zachęty, musi on bowiem ponosić stałe ciężary, podczas gdy inni ponoszą wprawdzie ciężary większe, ale jedynie w czasie choroby”²⁸.

Warto zwrócić uwagę, że informacja ta pośrednio sporo mówi również o stosunku wiejskich mieszkańców do choroby, postrzeganej jako sytuacja niecodzienna i możliwa do uniknięcia, a więc niewarta nadmiernych inwestycji czy zabezpieczeń. O tym, że takie myślenie mogło być zjawiskiem dość częstym w środowisku wiejskim, świadczyć może też fakt, iż jak wskazywał jeden z głównych, przedwojennych inicjatorów spółdzielni zdrowia w Polsce – Kazimierz Wyszomirski – nierzadko powoływane na fali entuzjazmu nie wytrzymały próby czasu, a więc konieczności uiszczania regularnych składek²⁹. Choć same składki nie były zbyt wysokie, to jednak konieczność ich comiesięcznego odprowadzania, zwłaszcza w latach 50., wiele rodzin odczuwało jako mocno obciążającą budżet domowy³⁰. Warto też pamiętać, że opłacanie składki nie było równoznaczne z „dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym” i w przypadku hospitalizacji koszty leczenia pokrywać należało dodatkowo.

²⁷ A. Bałasz, *Lekarz wiejski*, w: *Pamiętniki lekarzy*, wybór i red. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 845.

²⁸ AAN, MZ, GMWP, Posiedzenie Kolegium Ministerstwa 11–25, protokoły, załączniki 1957, sygn. 1/29, Projekt rozwiązania opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską, k. 211.

²⁹ K. Wyszomirski, *op. cit.*, s. 6–10.

³⁰ Maksymalne stawki za świadczenia lecznicze regulowało w 1960 r. rozporządzenie opublikowane w „Monitorze Polskim” 1960, nr 16, poz. 81; przykładowe stawki podawał także w swoim opracowaniu K. Wyszomirski, *op. cit.*, s. 39, 44–45.

Długoterminowe myślenie o własnej kondycji i sprawności fizycznej, a więc swoiste zabezpieczanie się na wypadek „losowych zdarzeń”, nie wpisywało się w ówczesny system chłopskiego myślenia. Przy wieloletnim, chronicznym niedostatku, trwającym nierzadko całe życie kolejnych pokoleń, nie zastanawiano się nad ewentualnością choroby bądź wypadku, traktując je zwykle jako „dopust Boży”, z którym przyjdzie się zmierzyć, gdy nie będzie już innego wyjścia. Koncentracja chłopskiego myślenia na tym, co „tu i teraz”, a zatem na terażniejszości i jej aktualnych wyzwaniach pociągała najczęściej za sobą pomijanie perspektywy przyszłości. Przemiany następowały stopniowo po 1956 r., gdy własność ziemi stawała się pewniejsza, a akumulacja pozwalała na powolną zmianę sposobu myślenia.

W latach 60. obecność spółdzielni zdrowia stawała się jednak coraz bardziej pożądana. Jeszcze w pierwszych latach tej dekady dość często zdarzało się, że w wielu rejonach odległość do najbliższej placówki opieki zdrowotnej – przychodni, ośrodka zdrowia bądź gabinetu prywatnego przekraczała 20 czy 30 km. W sytuacji poważnego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta dotarcie do tak odległej jednostki zajmowało nierzadko kilka godzin i to przy założeniu, że warunki atmosferyczne i stan dróg były w miarę dobre. Bezpłatna opieka zdrowotna dla dzieci i kobiet w ciąży oraz dość powszechne w tym czasie przekonanie o skuteczności działań placówek ochrony zdrowia powodowały, że bliskie sąsiedztwo ośrodka czy spółdzielni zdrowia uznawano za jeden z symptomów wkraczającej na wieś nowoczesności, co zresztą wyraziła w pamiętniku jedna z kobiet: „ludzie przestali wierzyć w uroki, czary i zamawiania. Jest teraz ośrodek zdrowia, więc wszystkie dawne uroki poszły na rentę. Młodzież jest przygotowana do wszystkiego, zaznajomiona z higieną, nie tak ja najpierw. Gd dostałam pierwszy raz swój okres, to koszulę i majtki wsadziłam na górę za strzechą i płakałam, że będę mieć dziecko, bo gdy widziałam przy porodzie u matki zaplamione prześcieradło, to i myślałam,

że ja też tak będę miała. A nikt mnie o tym nie pouczył. Dawniej wszystko było skryte”³¹.

Oddolnie dostrzegana potrzeba bliskiej obecności placówki ochrony zdrowia w latach 60. uwidoczniła się w tempie powstawania kolejnych spółdzielni wiejskich, których pod koniec 1971 r. było już ok. 300³². To wzmagające się zainteresowanie odzwierciedlało niewątpliwie wyraźną przemianę zachodzącą w wiejskim stosunku do zdrowia i instytucji jego ochrony, co w znacznym stopniu wiązało się też z dokonywaną w tym czasie zmianą pokoleniową i poprawiającą się bazą kadrową.

Odpłatności leczenia części schorzeń do końca lat 60. nie traktowano też raczej na wsi w kategoriach nierówności, tym bardziej że w praktyce wobec zgłaszanych problemów kadrowych i związanych z nimi trudności w dostępie do specjalistów czy miejsc szpitalnych konieczność ponoszenia (często nieformalnych) kosztów dotyczyła również ubezpieczonych obywateli PRL³³. Na marginesie warto dodać, że wieś w tym czasie znacznie wyżej ceniła i wartościowała prywatną opiekę zdrowotną, wyznając często zasadę, iż bezpłatne usługi nie przynoszą korzyści usługodawcom (lekarzom, felczerom) i wykonywane są

³¹ *Być matką*, przedmowa i wybór D. Gałąj, Warszawa 1986, s. 571.

³² Kosiński i Tokarski piszą o ok. 400 spółdzielniach zdrowia w chwili wprowadzania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. S. Kosiński, S. Tokarski, *op. cit.*, s. 47. *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967* (Warszawa 1969) dla 1967 r. podaje liczbę 270.

³³ Przeprowadzone w 1976 r. badania opinii publicznej wykazały, iż w całej Polsce 72% ankietowanych określało łapownictwo w kategoriach zjawiska częstego bądź bardzo częstego. Ponad połowa badanych problem ten dostrzegała przede wszystkim w dwóch sferach życia – w leczeniu i opiece zdrowotnej (52%) oraz nabywaniu mieszkań (51%). Co drugi ankietowany stwierdzał, iż przyjęcie do lepszego szpitala lub przeprowadzenie operacji wiąże się z koniecznością „dodatkowych” kosztów. Zob. *Zjawisko łapownictwa – jego zasięg i ocena w opinii publicznej 1976*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 17/99, s. 2–3.

przez nich gorzej („za pieniądze to to idzie inaczej wszystko”)³⁴. Na wsi – jak pokazywały bowiem wielokrotnie źródła dotyczące praktycznej działalności instytucji państwowych – funkcjonowała zasada, iż za bardzo dobrą pracę (lub wyleczenie z choroby) należy się godziwa zapłata. O tym, jak ważny był to mechanizm wiejskiego działania, przekonał się m.in. jeden z felczerów (później lekarzy) w woj. lubelskim, który choć związany z instytucją państwową, zwracał uwagę na ten dość uniwersalny mechanizm w wiejskim stosunku do lekarzy: „Zostałem skierowany do punktu L. bo kolega coś zachorował i nie mógł przyjmować. I mnie wysłano na dwa tygodnie [...]. Przychodzi człowiek z takim olbrzymim owrzodzeniem podudzia, żylakowatym. Mówi, że już był w szpitalach, gdzie on nie był, tu był, tam. Tak się zastanawiam, jak był tam, tam mu stosowali różne tam leki, a ja co tu mu wymyślę? Wezmę jakąś wodę rozrobię i każę mu polewać to wodą, to spróbujemy. Przyszedł raz, wymyłem mu. Drugi raz to samo. Ale mówię: ma pan tutaj troszkę tych kryształków, sobie w domu pan rozpuści, taką niebieską wodę, i będzie sobie pan robił te przymoczki. Więcej ja tu nic panu nie wymyślę. I moje dwa tygodnie się skończyły [...] wyjechałem stamtąd, upłynęło może z pół roku. Ja w bloku mieszkałem wtedy, rano dzwonek do drzwi, dobija się ktoś. No i otwieram, człowiek jakiś, słucham pana? A [on] mówi, niech pan popatrzy na moją nogę. Pokazuje mi. No, jest ta noga sina, pokryta takim naskórkiem delikatnym, ale w nie ma tych owrzodzeń. Ja sobie wtedy dopiero przypominam, mówię, dobrze, ale proszę pana, co ja panu poradzę na to? A to pan mi poradził, przecież to pan mi doradził, mówi, ja w tych szpitalach byłem i mi nie mogli pomóc. I na to sąsiedzi mówią, «ale co z tą krową?» A on przyszedł z krową. Przywiązał krowę do drzewa przed

³⁴ Archiwum Instytutu Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Jagiellońskiego [dalej: AIEiAK UJ], sygn. 4001, cz. 1: Medycyna ludowa, k. 139.

blokiem, bo on mi chce ją zostawić. No, zabrał, oczywiście, tę krowę z powrotem...³⁵

Czy opisane wyżej mechanizmy leżały jednak u podstaw tworzenia wszystkich spółdzielni – trudno stwierdzić. Niewykluczone bowiem, że w wielu przypadkach istotną rolę odgrywały czynniki indywidualne dla konkretnej placówki bądź miejscowej społeczności. Niebagatelną rolę – jak pokazuje choćby przykład spółdzielni w Markowej – spełniała także osoba inicjatora instytucji bądź zatrudnionego w spółdzielni lekarza i jego – wcale nieczęste w ówczesnym okresie – predyspozycje oraz umiejętność odnalezienia się w pracy w środowisku wiejskim.

Warto w tym miejscu jednak zaznaczyć, iż spółdzielnie zdrowia stanowiły mimo wszystko rodzaj alternatywnego rozwiązywania problemów zdrowotnych na wsi. Instytucją podstawową miał być wiejski ośrodek zdrowia.

1.2. Wiejski ośrodek i punkty zdrowia (felczerskie, lekarskie i pielęgniarskie)

„Jak grzyby po deszczu”

„Wkrótce po wyzwoleniu nastąpił okres «radosnej twórczości». Powstawały ośrodki zdrowia za wszelką cenę i gdzie się dało; rosły one jak grzyby po deszczu³⁶. W takich słowach Aleksander Bałasz, jeden z najbardziej znanych powojennych lekarzy wiejskich, przez lata pracujący we wsi Siedliszcze, opisywał proces powstawania państwowych ośrodków zdrowia. Instytucje te jako podstawowe ogniwa państwowej służby zdrowia swoim zasięgiem obejmować miały obszary kilku gromad. W rejonach bardziej odległych ich uzupełnieniem, a często zastępstwem były zaś punkty zdrowia prowadzone przez najczęściej

³⁵ Anestezjolog, miejscowość L., woj. lubelskie.

³⁶ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 844, 846.

dojeżdżający na kilka godzin³⁷ personel medyczny (lekarz, felczer bądź pielęgniarka).

Okres pierwszego dynamicznego tworzenia ośrodków na wsi przypadł na początek lat 50. (1951/1952). Choć zgodnie z ideologicznymi założeniami powstawać miały one przede wszystkim na obszarze wsi uspołecznionych i wsi pegeerowskich, to w rzeczywistości tworzone były w miejscowościach dość przypadkowych, wyróżniających się przede wszystkim niezbędną – choć często prowizoryczną – przestrzenią lokalową. Problem ten dostrzegano już w 1952 r. w woj. krakowskim, w którym najbiedniejsze i najbardziej zniszczone wsie pozbawione były opieki medycznej: „często, w pierwszym okresie tworzenia placówek służby zdrowia na wsi powstawały one w zamożniejszych miejscowościach, gdzie ludność dopominała się o pomoc lekarską lub gdzie były możliwości lokalowe. Wydział Zdrowia nie bacząc na potrzeby terenu i na politykę klasową tam otwierał swoje placówki, gdzie miał najmniejsze trudności”³⁸ – pisano w sprawozdaniu. Tak pojęta strategia miała jednak swoje uzasadnienie praktyczne. Tworzenie ośrodków zdrowia we wsiach zamożniejszych, większych i dysponujących obszerniejszymi lokalami było nie tylko tańsze i łatwiejsze, ale najczęściej też skutkowało szybszym znalezieniem personelu.

Problemy kadrowe

Problem kadrowy, a zwłaszcza niedobór lekarzy w pierwszych latach po wojnie był bowiem ogromny. Dotyczyło to zresztą nie tylko obszarów wiejskich. Jak podają statystyki, w stosunku do ok. 13 tys. lekarzy aktywnych zawodowo w 1938 r., w 1949 r. było ich ok. 8 tys. (tuż po wojnie liczbę tę szacowano na 6 tys.³⁹).

³⁷ *Organizacja ochrony zdrowia...*, s. 321.

³⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/8, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, Ocena osiągnięć i błędów służby zdrowia woj. krakowskiego, k. 314.

³⁹ *Rocznik Statystyczny 1955*, Warszawa 1956, s. 259.

Strata kolejnych kilku tysięcy dentystów i felczerów dopełniała skalę problemu⁴⁰. Tymczasem powojenna sytuacja zdrowotna społeczeństwa powodowała, że zapotrzebowanie na kadry medyczne było szczególnie wysokie. Oferowane w wiejskich i prowincjonalnych ośrodkach warunki pracy i życia, zwłaszcza w latach 50., ale często i potem, w wielu rejonach trudno uznać za atrakcyjne dla tej grupy zawodowej. Nic więc dziwnego, że w parze z powszechną wśród studentów akademii medycznych wiedzą na temat niskiej świadomości zdrowotnej mieszkańców wsi oraz przeświadczeniem o braku perspektyw rozwoju zawodowego tylko nieliczni, i to też zwykle tymczasowo, decydowali się na pracę w terenie. O tym, że większość młodych lekarzy traktowało pracę na wsi w kategoriach zesłania, pisał także cytowany uprzednio Aleksander Bałasz: „uważałem, że pójście na wieś jest równoznaczne z pogrzebaniem wszelkich ambicji, możliwości doksztalcania się i specjalizacji. Wielu mych przyjaciół narzekało na czarną, niewdzięczną harówkę lekarza wiejskiego zdanego na własne siły, lecz bez możliwości konsultacji i pomocy doświadczonych starszych kolegów. Odstraszał mnie już sam podział na lekarzy wiejskich i miejskich”⁴¹.

Istniały jeszcze inne niż ambicjonalne przyczyny lokalnych problemów kadrowych. Jak pokazują sprawozdania, tuż po zakończeniu działań wojennych problem stanowiła nie tylko uboga infrastruktura lokalowa, brak mieszkań i – co powtarzało się przynajmniej do końca lat 50. – niezbędnych do pracy w terenie środków lokomocji. Narzekano także na „niepewne warunki bezpieczeństwa”⁴² oraz niewspółmiernie wysokie

⁴⁰ Według *Rocznika Statystycznego 1955* przed wojną dentystów było 3,7 tys., w 1949 r. – 1,7 tys., zaś liczbę felczerów w 1938 r. szacowano na 1,4 tys., a 11 lat później – na zaledwie 591.

⁴¹ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 811.

⁴² AAN, MZ, GMWP, sygn. 17, 368/8, Protokoły ze zjazdów lekarzy w terenie (1945 r.), Sprawozdanie i wnioski ze zjazdu lekarzy w Gdyni 1945 r., k. 3.

ceny na leki, uniemożliwiające zakup ich przez chłopów, co też przekładało się na praktykę (niska frekwencja, zbyt późne diagnozowanie itp.)⁴³.

Wyraźnym utrudnieniem w pracy zarówno wiejskich lekarzy, jak i felczerów oraz pielęgniarek było także nastawienie władz lokalnych. Jak pokazywał przykład Siedliszcz, przedstawiciele władz gminnych lub powiatowych mogli niekiedy wspierać pracę lekarzy, częściej jednak – jak sugerują źródła centralne – ich postawy charakteryzowała ambiwalencja lub ignorancja i brak zrozumienia dla kwestii lecznictwa. Już w lutym 1945 r. podczas Zjazdu Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia jeden z lekarzy podkreślał, że problemem jest przede wszystkim to, że „ani wójt, ani burmistrz, ani starosta nie pomoże lekarzowi nowo osiedlającemu się w uzyskaniu mieszkania, światła, opału”⁴⁴. Trudności wynikające z relacji z władzami lokalnymi opisywano również w protokołach pokontrolnych z końca lat 40. W 1948 r. w raporcie z woj. lubelskiego stwierdzano: „lekarze powiatowi są zbyt ściśle uzależnieni od starostów stąd często powstają dysonanse. Oddane do dyspozycji lekarzy powiatowych sanitarki dla potrzeb służby zdrowia, na rozkaz starostów są używane do innych potrzeb powiatu, wbrew rozporządzeniu Min. Zdrowia i pomimo protestów lekarzy. Stąd powstaje częste uszkodzenie wozów i przedwczesne ich zużycie”⁴⁵. W 1949 r. na terenie woj. gdańskiego odnotowywano zaś liczne „nieporozumienia pomiędzy kierownikami ośrodków zdrowia a władzami gminy, które chcą sobie podporządkować ośrodki całkowicie i wymagają od kierownika, aby spełniał szereg czynności nie mających nic wspólnego z działalnością

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ *Ibidem*, sygn. 19, Zjazd Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia (24 i 25 października 1945 r.), Protokoły zjazdu, k. 7.

⁴⁵ *Ibidem*, sygn. 51, Kontrola organizacji lecznictwa w terenie (1948 r.), Sprawozdanie z kontroli, woj. lubelskie, k. 150.

ośrodka”⁴⁶. Pięć lat później sytuacja była wciąż podobna. Pod koniec 1953 r. pisano: „brak współpracy na szczeblu powiatowym tłumaczy się tym, że przewodniczący Pow. Rady Narodowej mało interesowali się zagadnieniem służby zdrowia, często to zagadnienie byłodla nich nieznanne”⁴⁷.

W świetle analizowanych materiałów nasuwa się przypuszczenie, że nieprzychylnie stanowisko władz administracyjnych – powiatowych i gminnych rad narodowych – nie wynikało tylko z nastawienia lokalnych decydentów. W dużym stopniu wiązało się ono z charakterystycznym stosunkiem do kwestii lecznictwa części ówczesnego społeczeństwa polskiego (nie tylko wiejskiego) oraz z brakiem funduszy.

Pozbawieni na ogół wsparcia władz lokalnych i przez cały omawiany okres wciąż stosunkowo nieliczni osiedlający się na wsiach lekarze zwykle pozostawiani byli sami sobie. W 1953 r. kierownik Wydziału Zdrowia w Olsztynie notował: „z ogólnej liczby 269 lekarzy znajdujących się na terenie naszego województwa, około połowy znajduje się w samym Olsztynie, pozostała część w większości zgrupowała się w miastach powiatowych lub w większych miasteczkach. Dosłownie tylko kilka ośrodków zdrowia na wsi jest obsadzona przez

⁴⁶ *Ibidem*, sygn. 56, Akcje kontrolne 1949, k. 150. W latach 1947–1952 istotny problem stanowiła także dwutorowość finansowania kontrolerów zdrowia, lekarzy i służby sanitarnej. Część personelu opłacana była przez Ministerstwo Zdrowia, a część przez samorządy. Kontrolerów sanitarnych zatrudnianych w ośrodkach zdrowia finansowały samorządy, zaś kontrolerzy tzw. państwowi byli odpowiedzialni za pracę na pozostałych terenach nieobjętych działalnością ośrodków zdrowia. Dopiero ustanowienie jednolitych organów władzy ludowej – rad narodowych i ich prezydiów zlikwidowało dwutorowość „służby państwowej i służby samorządowej”. Wtedy też powołano stacje sanitarno-epidemiologiczne podlegające wydziałom Prezydium Rady Narodowej odpowiedniego szczebla – od tego czasu rejestracja przypadków zachorowań stała się też bardziej dokładna. Zob. *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964, s. 61, 64–65.

⁴⁷ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/13, Protokół nr 54/53 Kolegium Ministerstwa Zdrowia z dn. 8 grudnia 1953 r., k. 255.

lekarzy”⁴⁸. W tym samym czasie w innym województwie (opolskim) zaznaczano, że 90% wszystkich lekarzy zamieszkiwało w miastach i osiedlach fabrycznych, zaledwie 10% rozmieszczonych było na wsiach⁴⁹. W 1958 r. o podobnym zjawisku pisano w sprawozdaniu z woj. kieleckiego⁵⁰. W woj. białostockim stwierdzano wprost: „Obecnie [1953 r.] mamy na terenie województwa 2,2 lekarza na 10 000 ludności. Na 209 lekarzy 103 jest zatrudnionych w Białymstoku. Razem na terenie całego województwa jest 49 ośrodków zdrowia [...]. Prawie do wszystkich ośrodków zdrowia lekarze dojeżdżają”. Nie lepiej było na Ziemiach Zachodnich – w woj. szczecińskim czy gdańskim⁵¹. Wobec małej liczby specjalistów w większości przypadków wystarczać musieli felczerzy, których uprawnienia zawodowe i kwalifikacje określała ustawa z 1950 r.⁵²

O ile w latach 1945–1948 większość felczerów skupiona była na obszarze miast, o tyle już w latach 50. dominującą ich liczbę odnotowywano na wsiach, przede wszystkim wschodniej Polski. W 1953 r. na terenie woj. białostockiego w 49 ośrodkach zdrowia zatrudnionych było 15 lekarzy i 36 felczerów⁵³.

⁴⁸ *Ibidem*, sygn. 1/14, Sprawozdanie z działalności służby zdrowia woj. olsztyńskiego za rok 1953, k. 55.

⁴⁹ *Ibidem*, Sprawozdanie z działalności służby zdrowia województwa opolskiego za rok 1953, k. 106 [206].

⁵⁰ *Ibidem*, sygn. 1/36, Załącznik do protokołu 24/58 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 25 czerwca 1958 r. w Kielcach, k. 356.

⁵¹ *Ibidem*, sygn. 1/9, Ocena stanu Służby Zdrowia w woj. białostockim z uwzględnieniem rozwoju służby sanitarno-epidemiologicznej, k. 70.

⁵² Zgodnie z art. 2 ustawy z 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera jego działalność polegała przede wszystkim na badaniu stanu zdrowia; rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im; udzielaniu pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia; wykonywaniu czynności z zakresu medycyny pracy, zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych; sprawowaniu nadzoru nad artykułami żywnościowymi i produktami użytkowymi; stwierdzaniu zgonów; udziale w procesie leczenia pod nadzorem lub przy współpracy z lekarzem.

⁵³ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/9, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, 1953 r., Ocena stanu Służby Zdrowia w woj. białostockim z uwzględnieniem rozwoju służby sanitarno-epidemiologicznej, k. 70.

W 1958 r. w woj. kieleckim wiejskie lecznictwo otwarte opierało się niemal wyłącznie na pracy tych ostatnich⁵⁴.

Warto jednak pamiętać, że co najmniej do końca lat 50. niedobór kadry lekarskiej charakterystyczny był również dla wielu miast. Pod koniec lat 50. problem dysproporcji w liczbie lekarzy wiejskich i miejskich zaczynał być jednak alarmujący. W Ministerstwie Zdrowia pojawił się nawet projekt wprowadzenia specjalnych ulg i dodatków dla lekarzy osiedlających się na obszarach wiejskich⁵⁵. Jego praktyczna realizacja co najmniej do końca lat 60. nie była jednak zbyt istotnym bodźcem dla potencjalnych kandydatów⁵⁶. Najważniejszą rolę do samego końca odgrywały bowiem warunki pracy i przede wszystkim warunki mieszkaniowe.

Warunki pracy

Ignorowanie sytuacji lokalno-bytowej prowincjonalnych lekarzy i personelu medycznego było zjawiskiem powszechnym. Dotyczyło nie tylko władz lokalnych, ale również dyrekcji PGR. Przedsiębiorstwa te jako obszary ideologicznie priorytetowe miały teoretycznie większą szansę na zdobycie niezbędnych funduszy. Jednak jak pokazują materiały, w tym czasie w wielu PGR zarówno wymogi sanitarne, jak i nakazy powoływania miejscowych ośrodków zdrowia czy pracowniczych łaźni traktowano po macoszemu. Już w 1952 r. w woj. rzeszowskim przyznawano, że „duże trudności w organizowaniu wiejskich

⁵⁴ *Ibidem*, sygn. 1/36, Stan służby zdrowia województwa kieleckiego – referat Ziobrowskiego – dyrektora Wydziału Zdrowia PWRN w Kielcach, k. 356.

⁵⁵ O warunkach zatrudnienia lekarzy od 1962 r. mówił podczas otwarcia Zjazdu Medycyny Wiejskiej minister zdrowia Jerzy Sztachelski: *Przemówienie Ministra Zdrowia*, w: *Księga pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej w Lublinie. Z okazji X-lecia Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki 1951–1961*, red. J. Parnas, Warszawa 1964, s. 18.

⁵⁶ Zob. np.: APR, sygn. P-17745, *Służba zdrowia w XX-lecie – mówi minister J. Sztachelski*, red. F. Kidawa (1964).

ośrodków zdrowia i punktów zdrowia są spowodowane tym, że [zwłaszcza] poszczególne zespoły PGR-ów okazują bardzo małe zainteresowanie i nie przydzielają pomieszczeń na zorganizowanie tych placówek⁵⁷. W sprawozdaniu z 1953 r. w woj. lubelskim stwierdzano, że „dyrekcje zespołów PGR uchylają się w ogóle od współpracy ze zdrowiem. Nie dostarczają lokali, światła, opału, nie zapewniają przydziału, sprzętu gospodarczego, utrzymania czystości itp.”⁵⁸, dodając jednocześnie, iż organizowana w województwie narada „w sprawie pomocy dla wsi nie wywołała zupełnie zainteresowania w resortach rolnych zarówno na szczeblu wojewódzkim jak i powiatowym”⁵⁹.

Zarzucany wymienionym instytucjom brak pomocy nie-rzadko przyczyniał się do paraliżu bądź ogromnych utrudnień w wykonywaniu zadań przez pracowników instytucji terenowej. Opisywane przez lekarzy, a jeszcze częściej felczerów warunki ich pracy wyglądały często fatalnie. W poszczególnych placówkach brakować mogło w zasadzie wszystkiego – przykładowo, gdy w jednym ośrodku dysponowano jako takim umeblowaniem, to wykazywano braki fartuchów, igieł do strzykawek, prześcieradeł czy ręczników⁶⁰. W innych lokalach bywało zupełnie na odwrót.

Niedostatki w wyposażeniu ruchomym, choć uciążliwe w codziennej pracy, były jednak najczęściej okresowe lub tymczasowe. Dużo więcej trudności ówczesnym lekarzom, felczerom i pielęgniarkom wiejskim przysparzał brak podstawowych

⁵⁷ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/6, Protokół nr 42/52 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dn. 30 września 1952 r., k. 202.

⁵⁸ *Ibidem*, sygn. 1/12, Protokół nr 40/53 z Kolegium Ministerstwa Zdrowia z dnia 24 września 1953 (dot. stanu zdrowia w woj. lubelskim), k. 86.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ Zob. np.: Archiwum Narodowe w Krakowie, Oddział w Spytkowicach [dalej: ANKrOS], sygn. 697, Sprawozdanie z działalności ośrodków zdrowia i ich problemów w 1954 r.; Archiwum Państwowe w Lublinie [dalej: APL], Prezydium Gromadzkiej Rady Narodowej [dalej: PGRN], pow. lubartowski, sygn. 23, Kontrola placówek lecznictwa otwartego przeprowadzona w dniu 1.07.58 (Leszkowice, Ostrów Lubelski, Kijany, Dratów), k. 19.

instalacji – elektrycznej, gazowej i wodociągowej (ta ostatnia co najmniej do połowy lat 70., jeśli nie dłużej, stanowiła na wsi ogromny luksus). W wielu miejscowościach bardzo długo po wojnie problemem był bowiem nie tyle dostęp do wody bieżącej, co w ogóle wody zdatnej do picia⁶¹. O tym, jak duże znaczenie miały w funkcjonowaniu ośrodka te elementy, opowiadali moi rozmówcy, w tym aktywny do dziś felczer z Widźgowa: „Nie było prądu. To jest bardzo ważne, że nie było prądu. Lokal tego punktu felczerskiego to była tylko jedna izba, która w zimie zamarała, bo nie można było tego dogrzać. W zimie umywalka, w której były słoje z wodą, zamarały przez dwa, trzy miesiące i w tych warunkach trzeba było przez całą zimę pracować. Przydział węgla dostawałem tonę dwieście na ogrzanie ośrodka i swojego mieszkania. [...] nie było prądu, a przecież trzeba było strzykawki, igły sterylizować. To, czym? Trzeba było to sterylizować na kuchni. Później, był taki już moment, że można było kupić denaturat, to na palnikach tych spirytusowych, denaturatowych. Ale to też był problem, bo dostawaliśmy przydział chyba dwa litry tego denaturatu na miesiąc, po który trzeba było jechać do powiatu. Dostawałeś przydział, tak jakby kartkę, ale tego denaturatu w sklepie nie było. I dlatego w większości trzeba było sterylizować po prostu normalnie na płycie kuchennej. Sterylizator i strzykawka. Strzykawki wiadomo, że jednorazowej nikt nawet nie widział, nie słyszał i nawet nie pomyślał, że coś takiego może istnieć. A wtedy było bardzo dużo pracy i zużycie tych igieł było ogromne”⁶².

Brak prądu i urządzeń chłodniczych stwarzał nie tylko problemy w pracy, ale i realne zagrożenia, jak wspominał wyżej cytowany: „szczepionki my mieliśmy, ale nie było lodówek, bo nie było prądu, więc to się trzymało normalnie w temperaturze pokojowej. Taka szczepionka przeciwozpowa po sied-

⁶¹ Więcej o tym piszę w części poświęconej warunkom sanitarnym.

⁶² Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie.

miu dniach, to już właściwie szczepisz, a ona się nie przyjmuje. Dzisiaj się mówi, że nie można temperatury zmienić. A wtedy to wszystko było w temperaturze pokojowej. I te szczepienia szły⁶³.

Co ważne, jednak pod względem wyposażenia w instalacje i sprzęt uwidaczniała się priorytetowość ośrodków lokalizowanych w gospodarstwach państwowych i spółdzielczych, które nierzadko sąsiadowały z wiejskimi⁶⁴.

Sygnalizowane problemy z wyposażeniem stanowiły tylko wierzchołek góry lodowej. Stan budynków adaptowanych na ośrodki zdrowia i punkty felcherskie był różny, często pozostawiając wiele do życzenia. Gdy w jednych miejscowościach ośrodek zajmował jedyny murowany lokal w okolicy, w innych – jak pokazał przykład pow. lubartowskiego – mieścił się w wynajmowanym mieszkaniu „słabo odizolowanym od domu wynajmującego”⁶⁵. W wielu wsiach Ziem Zachodnich placówki otwartego lecznictwa terenowego lokalizowano w izbach poniemieckich dworców i pałaców.

Tylko pozornie wydaje się być to kwestia drugorzędna. Właśnie to, jakim budynkiem dysponowała dana gromada i gdzie on się mieścił, przesądzało bowiem znacząco o kierunkach i zakresie działalności tych instytucji oraz obecności placówek uzupełniających. Tam, gdzie posiadano większy metraż w ramach ośrodka zdrowia, tworzone izby chorych bądź izby porodowe, wydzielano miejsce na większą poczekalnię lub zwyczajnie oferowano zatrudnianemu lekarzowi lepsze warunki mieszkaniowe.

Do połowy lat 50. siedziby ośrodków zdrowia rzadko mieściły się w nowych budynkach. Nawet jeśli udało się władzom lokalnym wygospodarować fundusze na rzecz wybudowania

⁶³ *Ibidem.*

⁶⁴ *Ibidem.*

⁶⁵ APL, PGRN, pow. lubartowskiego, sygn. 23, Kontrola placówek lecznictwa otwartego przeprowadzona w dniu 1.07.58 (Leszkowice, Ostrów Lubelski, Kijany, Dratów), k. 19.

takiej placówki, to jej powierzchnia i rozplanowanie pozostawały w gestii lokalnych inicjatorów⁶⁶. Jak zaznaczano bowiem w Ministerstwie Zdrowia w 1954 r., do tego czasu nie opracowano szczegółowych wytycznych odnośnie do tego, jak wyglądać miał plan typowego ośrodka zdrowia. W samym 1955 r. liczbę nowo wybudowanych placówek w woj. krakowskim określano na zaledwie jedną, jednocześnie zaznaczając: „Oceniając stan lokali lecznictwa otwartego należy stwierdzić, że około 26% lokali jest zupełnie złych i wymaga zmiany lub adaptacji, a około 37% wymaga zwiększenia ilości pomieszczeń”⁶⁷.

„Czas wizyt jest też zależny od drogi i koni”

Budowa nowych obiektów i zaangażowanie w nią społeczności lokalnej nie były jednak niemożliwe, co pokazał choćby przykład wsi Siedliszcze na Lubelszczyźnie. Źródło sukcesu tkwiło najczęściej w osobie sprawnego i przedsiębiorczego organizatora obdarzonego tym, co dziś nazwalibyśmy wysoko rozwiniętymi kompetencjami społecznymi.

Umiejętność „dogadania się” z mieszkańcami wsi, wzbudzenia w nich szacunku i zaufania postrzegana była jako element kluczowy dla właściwej działalności ośrodka wiejskiego. To właśnie w braku tych kompetencji i w słabym przygotowaniu adeptów akademii medycznych do pracy na wsi Ministerstwo Zdrowia upatrywało przyczyn niskiej frekwencji odnotowywanej w wiejskich gabinetach. Ta ostatnia i brak przekonania wielu nieubezpieczonych chłopów do lecznictwa otwartego nie wynikały jednak tylko z relacji personalnych. Wiązały się z jeszcze inną kwestią, a mianowicie nieuregulowanym

⁶⁶ Ciekawie opisywał to jeden z lekarzy lubartowskich, który zaangażował się w latach 60. w starania na rzecz budowy miejscowego szpitala. Anestezjolog, miejscowość L., woj. lubelskie.

⁶⁷ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/23, Posiedzenie Kolegium Ministerstwa 39–43, Protokoły, załączniki 1955, k. 300.

i niekonsekwentnie przestrzegany cennikiem usług dla nieubezpieczonych. Ceny świadczeń różniły się bowiem w zależności od powiatu i nierzadko ustalane były dowolnie⁶⁸. Zdarzały się też miejscowości, gdzie ośrodki zdrowia w ogóle nie przyjmowały osób nieubezpieczonych⁶⁹. Nic dziwnego zatem, że w takiej sytuacji bardziej zamożni chłopi – gdy zachodziła taka konieczność – zwracali się o poradę do lekarza praktykującego prywatnie w najbliższym mieście⁷⁰. O wielkości skali tego zjawiska w 1955 r. alarmowano podczas jednego ze spotkań w Ministerstwie Zdrowia: „stan [wiejskiego] lecznictwa otwartego jest załężkowy. Przyjęcia ludności wiejskiej w mieście stanowią około 52,6% wszystkich przyjęć ludności wiejskiej w kraju”⁷¹. Podczas innego spotkania w napływie ludności wiejskiej do lekarzy miejskich upatrywano również źródeł problemów w dostępie do lekarza wśród pacjentów z miast⁷².

Oczywiście w tym miejscu nasuwa się pytanie, czy wiejska nieufność do instytucji lokalnych mogła stanowić pokłosie ówczesnej polityki władz względem wsi, w tym kolektywizacji. Z pewnością tak i świadectwem tego były prawdopodobnie postawy chłopów, zaskakujące również dla przybyłych na wieś świeżych absolwentów szkół medycznych.

⁶⁸ *Ibidem*, sygn. 1/25, Ocena stanu zdrowia na wsi na podstawie analizy wykonania Uchwały Kolegium dot. wsi w latach 1954–1955, k. 186.

⁶⁹ Zob. np.: *ibidem*, sygn. 1/41, Protokół 14/59 z posiedzenia KMZ w Opolu w dniu 25 marca 1959, k. 385.

⁷⁰ O podobnej sytuacji pisano w woj. warszawskim w 1958 r.: „Lecznictwo wiejskie – w praktyce, z nielicznymi wyjątkami, lecznictwo wiejskie nie istnieje. Leczenie ludności wiejskiej odbywa się w ramach praktyki prywatnej. Cennik opłat albo nie jest podawany do wiadomości ludności. Lokale wiejskich ośrodków zdrowia są nieodpowiednie, a nowych prawie się nie buduje. Od zakończenia wojny wybudowano tylko dwa ośrodki”. *Ibidem*, sygn. 1/34, Protokół nr 15/58 z posiedzenia KMZ w sprawie stanu służby zdrowia w woj. warszawskim z dn. 24.04.58 r., k. 2.

⁷¹ *Ibidem*, sygn. 1/27, Analiza sieci i działalności zakładów służby zdrowia w okresie 1950–1955, k. 274.

⁷² *Ibidem*, k. 269.

Lechosław Majewski, lekarz pediatra ze wsi Orchowo w woj. bydgoskim, tak opisywał reakcje starszego pokolenia na założoną przez niego poradnię dla ludzi po 60. roku życia: „zaczęłem wzywać tak samo te osoby starsze, wyjaśniałem o co mi chodzi w tej poradni, że to nic nie ma wspólnego z jakimś spisywaniem, pobieraniem podatku, broń Boże nie wzywam dlatego, że tam jakimś dziadkowi zdarza się wypić czasem, że broń Boże nie chcę go na ten alkoholizm leczyć”⁷³.

Warto pamiętać, że jeszcze innym, niezwykle ważnym w przypadku niskiej frekwencji, problemem były odległości i związane z nimi trudności komunikacyjne. W 1956 r. na wsi formalnie działać miało 1400 placówek otwartej opieki zdrowotnej, jednak faktyczną pracę wykonywało niespełna tysiąc z nich (950)⁷⁴. W tym czasie liczba gromad składających się z kilku (kilkunastu wsi) wynosiła zaś blisko 9 tys.⁷⁵ W tej sytuacji nierzadko bywało tak, że jeden lekarz bądź felczer przypadał nie na określane jako norma 4–5 tys. mieszkańców, ale – jak w woj. białostockim, rzeszowskim czy pow. brzeskim (woj. krakowskie) – na 30–40 tys.⁷⁶ To – jak twierdzili kierujący placówkami – powodowało często, że nawet przy niskiej frekwencji liczba przyjęć dziennie dochodziła do 300 i więcej. Tak rzadka siatka placówek sprawiała, że wiele z nich było znacznie oddalonych od szeregu mniejszych miejscowości. Dystans ten sięgać mógł nawet do 30 km. Z uwagi zarówno na taką odległość, jak i na płatność większości świadczeń wielu mieszkańców wsi

⁷³ APR, sygn. 6288/1, *Eskalup*, red. K. Melion (1970).

⁷⁴ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/29, *Projekt rozwiązania opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską*, k. 212.

⁷⁵ Gromada w latach 1954–1972 stanowiła najmniejszą jednostkę podziału administracyjnego. W 1954 r. utworzono 8789 gromad obejmujących kilka lub kilkanaście wsi. W 1973 r. gromady przekształcone zostały w znacznie większe gminy.

⁷⁶ *Ibidem*, sygn. 1/41, Protokół z narady aktywu służby zdrowia odbytej dnia 26 marca 1959 r. w sali Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Opolu, k. 393.



1. Błotnista wiejska droga.

odkładało wizytę w ośrodku tak długo, jak było to tylko możliwe. Gdy stan chorego pogarszał się diametralnie, wówczas wybierano nie tyle ośrodek rejonowy (rejonizacja kulała bardzo długo), ale zwyczajnie zlokalizowany możliwie najbliżej lub ten, do którego prowadziła najlepsza z ówczesnych dróg.

Pokonanie dostępnymi na wsi w latach 50. czy 60. środkami lokomocji (wóz) kilkudziesięciokilometrowego dystansu także nie gwarantowało sukcesu. Stan ówczesnych dróg dojazdowych powodował, że nierzadko wyjazd do lekarza stanowił ogromną wyprawę. (Pod tym względem często sytuacja była podobna do opisywanej w latach 30. przez Z. Karasiównę⁷⁷).

Przy niesprzyjających warunkach pogodowych (nieprzejezdne drogi, błoto, roztopy, śnieżne zawieje) podróż taka mogła być też niezwykle ryzykowna dla wielu pacjentów.

⁷⁷ *Pamiętniki lekarzy...*, (Warszawa 1987), s. 52–53.

O tym, że niekiedy nie udawało się zdążyć na czas, pisała jedna z wiejskich pamiętnikarek: „[Ojciec] kiedyś po takich łowach zaziębił się i zapadł na suchoty. W ciągu wiosny gruźlica robiła szybkie postępy, tak, że pewnego majowego poranka postanowiono ojca odwieźć do najbliższego szpitala, odległego o 35 km. Wymoszczono wóz słomą, ułożono na nim chorego, przykryto pierzynami, a brat matki siadł na wóz i pojechali. Po kilku godzinach jazdy piaszczystą, wyboistą drogą, chory dostał krwotoku i zmarł. Do szpitala było już blisko, niestety nie było po co tam jechać. Zawrócono więc konia i powoli, nie śpiesząc się, późnym wieczorem przywieziono matce trupa”⁷⁸.

Niska frekwencja w wiejskich ośrodkach zdrowia stała się przedmiotem rozmów w Ministerstwie Zdrowia już w 1954 r. Realnie zaczęto zdawać sobie sprawę z tego, że dotychczasowa polityka zdrowotna nad wsią okazała się niepowodzeniem. W 1956 r. przyznawano, iż „rozwój służby zdrowia w pierwszym dziesięcioleciu nie nadążał za rozwojem wsi, nie odpowiadał zwłaszcza rozwojowi wsi uspołecznionej – co przejawiało się m.in. w często przypadkowej lokalizacji placówek wiejskich w położeniu zbyt dużego nacisku na ich ilość, przy jednoczesnym zaniedbywaniu jakości świadczonych usług”⁷⁹. Już wcześniej jednak analiza statystyk ujawniła, że wieś do końca 1953 r. pozostawała niejako poza kontrolą zdrowotną i dopiero na przełomie 1954/1955 r. w sprawozdawczości dotyczącej ochrony zdrowia wprowadzono nieistniejący dotąd podział na obszary wiejskie i miejskie⁸⁰.

W 1956 r. projektowano też zagęszczenie siatki wiejskich ośrodków zdrowia, tak by w ciągu 10 lat na jedną placówkę

⁷⁸ *Awans pokolenia*, wstęp. J. Chałasiński, seria: „Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej”, t. 1, Warszawa 1964, s. 240.

⁷⁹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, Ocena stanu zdrowia na wsi na podstawie analizy wykonania Uchwały Kolegium dot. wsi w latach 1954–1955, k. 181.

⁸⁰ *Ibidem*, sygn. 1/27, Analiza sieci i działalności zakładów służby zdrowia w okresie 1950–1955, k. 273.

przypadało 4 tys. mieszkańców. Realizacja tego zamierzenia wymagała – jak pisano – „utworzenia ok. 3 tys. nowych obiektów, tj. blisko 350 rocznie, tak by osiągnąć optymalną liczbę 3900 placówek”⁸¹. To jak bardzo – choćby z przyczyn finansowych – nierealne były te założenia, pokazały kolejne lata. W efekcie bowiem do połowy lat 60. udało się otworzyć nieco ponad 600 ośrodków (w 1965 r. było ich 2022)⁸², jednak większość z nich, tak jak w latach 50., stanowiła konsekwencję adaptacji zabudowań już na wsi istniejących.

Ku zmianom, ośrodek jako miejsce odniesienia?

Przełom lat 50. i 60. w funkcjonowaniu wiejskich ośrodków zdrowia przyniósł jednak sporo zmian. Przede wszystkim, co podkreślano zarówno w materiałach narracyjnych, jak i archiwalnych, zmianie ulegał stosunek mieszkańców wsi do tworzonych w ich osadach instytucji opieki zdrowotnej. Trudno stwierdzić, na ile wpływ na to wywarły zmiany w polityce społecznej państwa, wywołane śmiercią Józefa Stalina i nowymi kierunkami w polityce społecznej i zdrowotnej ZSRR, wprowadzanymi przez Nikitę Chruszczowa⁸³. Niewątpliwie ogromną rolę odegrały zmasowane w tym czasie wysiłki władz na rzecz poprawy sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w kraju, konsekwentnie realizowany program opieki nad matką i dzieckiem (hospitalizacja porodów, poradnie dziecięce) oraz ogólnie zwiększone zainteresowanie obszarami wiejskimi (wyrażające się choćby wzmożoną częstotliwością kontroli), rozwojem opisywanych dalej „instytucji mobilnych” (ambulanse ruchome, „białe niedziele”) oraz

⁸¹ *Ibidem*, sygn. 1/29, Projekt rozwiązania opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską, k. 212.

⁸² *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1967*, Warszawa 1969, s. 310.

⁸³ D. Filtzer, *The Khrushchev Era. De-Stalinization and the Limits of Reform in the USSR, 1953–1964*, London 1993, s. 30–37.

intensywniejszą pracą oświatowo-sanitarną (akcje higienizacyjne, wiejskie szkoły zdrowia itp.). Częste kontrole także przynosiły rezultaty, choć jak pokazują listy lekarzy pisane do władz centralnych, niekiedy ich liczba i częstotliwość budziły jedynie irytację: „[1955 r.] w terenie jest tak, że na brak różnego rodzaju komisji nie możemy narzekać, jednak wszystkie te komisje wykazują nam braki i niedociągnięcia, które należy usunąć, a z których my doskonale zdajemy sobie sprawę. Brak tylko komisji, która by nam wskazywała drogi i sposoby naprawienia tej sytuacji”⁸⁴.

W procesie kształtowania się nowych postaw mieszkańców wsi, jak dowodzą materiały, ogromną rolę odegrała też ogólnopolska akcja szczepień przeciwko chorobie Heinego-Medina (1959). Ciekawie o zjawisku tym opowiadał w raporcie radiowym cytowany wcześniej lekarz z Orchowa, który we współpracy z władzami lokalnymi utworzył w 1957 r. ośrodek zdrowia, a w nim poradnię dla dzieci zdrowych⁸⁵: „zacząłem te matki wzywać. Wpierw do tej wagi, do witamin, itd. To trwało rok. Rok, ja wzywałem. One nie przychodziły. Względnie przychodziły z dużą buzią, że co ja od nich chcę, dlaczego im głowę zawracam, dzieciak zdrowy, i co ja z dzieciakiem zdrowym będę przychodziła. Ta sprawa się poprawiła od momentu wprowadzenia szczepień Heine-Medina. Ponieważ to była sprowadzona szczepionka z Ameryki i kosztowała ona ileś tam dolarów więc tak między sąsiadami rozpowiedziałem, że 5 dolarów na dzieciaka i to by było szkoda żeby to przepadło. I wtedy wszystko mi się zjawilo na tych szczepieniach, potem przychodzili na inne szczepienia, bo nie było wiadomo, czy to też nie za dolary. Przy okazji tych szczepień zacząłem te dzieciaki badać, przepisywać witaminy i tak powoli [matki] stwierdziły, że to jednak warto przyjść, bo te dzieciaki lepiej potem wyglądają, te,

⁸⁴ AAN, Komitet Centralny Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej [dalej: KC PZPR], sygn. 237/XXV-16, Biuletyn 68/104, Listy pracowników służby zdrowia, k. 91.

⁸⁵ APR, sygn. 6288/1, *Eskalup*, red. K. Melion (1970).

które przychodzą to mniej chorują... no i teraz zaczęła się inna sprawa. Jak przedtem byli niezadowoleni, że wzywam, tak teraz jak kogoś nie wezwałem z którejś tam wsi, to matki przychodziły z pretensjami, że jak to, sąsiadki dziecko już wezwałam a jej nie, że jak to jej dziecko gorsze? A ja nie wiedziałem, że się np. urodziło, bo jeszcze nie dostałem zawiadomienia. No i najważniejsza rzecz systematycznie zaczęła spadać śmiertelność⁸⁶.

O tym, że akcja szczepień przeciwko polio, a przede wszystkim skutecznie i umiejętnie przygotowana akcja promująca profilaktykę miała tak dalekie konsekwencje, pisali także inni lekarze, w tym m.in. jedna z lekarek wspominająca na łamach pisma „Medycyna Wiejska”: „[...] uciekam się do kłamstwa. Mówię w zaufaniu pacjentce, którą znam bliżej, że jest szczepionki mało i dla wszystkich nie wystarczy. Niech powie jeszcze siostrze i najbliższej sąsiadce. W efekcie ludzie pchają się do szczepień jak po cytryny w mieście. Przecież każda sąsiadka ma swoją sąsiadkę, której jakże nie zaimponować tajemnicą z ośrodka. Tak było w okresie pierwszych szczepień H-M. [...] tu jesień, prace polne, termin zawiadomienia bardzo krótki, no i epidemia H-M, więc dzieci muszą być szczepione. [...] Mówię im, że jest jedne lekarstwo aby ich dzieci nie paraliżowało, że przyleciał samolot i przywiózł je i jeżeli jutro się nie stawią to my musimy to lekarstwo odesłać, bo pójdzie na inne województwo. Co się wtedy działo to trudno opisać. Szczepiło nas dwoje, każdy w innej wsi. [...] Podawano dzieci oknem, czekano od najwcześniejszego rana. Przywożono dzieci z innych terenów gdzie też było szczepienie ale bez propagandy⁸⁷.”

Szczepienia przeciw polio w wielu rejonach pokazały, że przeprowadzona raz, ale umiejętnie propaganda oddziaływała na społeczność wiejską przez długie lata. Wskazywały również, jakie „metody promocyjne” były wówczas najskuteczniejsze.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ „Medycyna Wiejska” 1966, nr 1, s. 62.

Plotka, pogłoska i jakiś element tajemniczości bądź niezwykłości nadawał organizowanej akcji dodatkową rangę. Tej zwykle brakowało we wcześniejszych akcjach szczepień – zwłaszcza przeciwko gruźlicy i durowi – które jeszcze w II połowie lat 50. przynosiły zbyt małe rezultaty. Trud przeprowadzenia szczepień spadał zwykle na pojedyncze osoby (najczęściej pielęgniarki). Brak zaangażowania lub choćby transportowego wsparcia ze strony władz lokalnych sprawiał, że informacja o szczepieniach docierała zbyt późno lub tylko do nielicznych. „Do innych niedociągnięć i trudności należy zaliczyć stale brak środków lokomocji dla personelu, tak, że pielęgniarki i inny personel służby zdrowia dochodząc pieszo do punktów szczepień tracą sporo czasu niepotrzebnie. Jest to w pewnej mierze wynikiem słabej współpracy służby zdrowia z gromadzkimi radami narodowymi, które niejednokrotnie nie dostarczają powod personelowi służby zdrowia”⁸⁸ – pisano w sprawozdaniu z woj. wrocławskiego.

Przełom lat 50. i 60. przyniósł także wsi kolejne ulgi zdrowotne. Najważniejszą z nich gwarantowała ustawa z 1959 r., w myśl której gospodarująca indywidualnie ludność wiejska objęta została bezpłatnym (także sanatoryjnym) leczeniem gruźlicy. Wysoka (choć porównywalna w statystykach z miejską) zachorowalność, ogromne koszty związane z leczeniem tej choroby oraz jej społeczne konsekwencje powodowały, że bez wątpienia ustawa ta była dla wsi niezwykle ważna. Niebagatelne znaczenie odgrywał też fakt, iż rosła stopniowo dochodowość rolników, którą zapewniały nieco lepszy po 1956 r. system podatkowy oraz wzrastająca na wsi liczba ludności dwuzawodowej. W przypadku rolników indywidualnych procent dochodów przeznaczanych na opiekę zdrowotną wciąż jednak był niski, wynosząc w latach 1963–1964 niecałe 2%⁸⁹.

⁸⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, Stan służby zdrowia woj. wrocławskiego, k. 258.

⁸⁹ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*, Lublin 2008, s. 214.

Oczywiście zmiana w stosunku do istniejącej lub tworzonej placówki zdrowia nie następowała z dnia na dzień, ale nie da się ukryć, że tam, gdzie ośrodki istniały, sytuacja ulegała poprawie. Nie oznaczało to jednak braku kolejnych problemów.

W materiałach kontrolnych i inspekcyjnych dotyczących poszczególnych ośrodków wielokrotnie wskazywano zarówno na bałagan czy sanitarne zaniedbania, jak i na źle funkcjonujące rozwiązania praktyczne: tłok w poczekalniach, nieprzestrzeganie zasad rozdzielania w poradniach pacjentów chorych i zdrowych, problemy z rejestracją, brak informacji o godzinach przyjęć bądź nieobecności, a także spóźnianie się do pracy lekarzy dojeżdżających do ośrodka spoza danej wsi – to zestaw tych najbardziej popularnych⁹⁰. W wielu miejscowościach kontrole Najwyższej Izby Kontroli (NIK) wykazywały niewywiązywanie się przez instytucje z szeregu zadań statutowych (nie wykonywano np. systematycznych badań i przeglądów młodzieży wiejskiej, nie informowano o szczepieniach, pojawiały się błędy w sposobie wystawiania recept)⁹¹. Zdarzały się jednak i takie placówki, które mimo drobnych problemów wypadały podczas kontroli bez zarzutów⁹².

Trudno w tej chwili ustalić, która z opcji przeważała. Bardziej istotnym pytaniem wydaje się jednak to, czy i w jakim stopniu problemy te w rzeczywistości doskwierały chłopom i miejscowej ludności? Materiały pokazują, że chłopską irytację

⁹⁰ Zob. np.: APL, Prezydium Powiatowej Rady Narodowej [dalej: PPRN] w Lubartowie, sygn. 15, Kontrola NIK w zakresie stanu organizacyjnego placówek służby zdrowia pow. lubartowskiego w zakresie opieki zdrowotno-higienicznej nad ludnością wiejską 1963–1964, k. 1–7; sygn. 27, Nadzór nad działalnością placówek służby zdrowia 1963–1964, k. 1–13.

⁹¹ APL, sygn. 15, Kontrola NIK w zakresie stanu organizacyjnego placówek służby zdrowia pow. lubartowskiego w zakresie opieki zdrowotno-higienicznej nad ludnością wiejską, k. 2–3.

⁹² Zob. np.: APL, PGRN, pow. lubartowskiego, sygn. 23, Kontrola placówek lecznictwa otwartego przeprowadzona w dniu 1.07.58 (Leszkowice, Ostrów Lubelski, Kijany, Dratów), k. 28–29.

budziły nie tłok i przepelnienie poczekalni, co przede wszystkim niekonsekwencje organizacyjne. Zwłaszcza niemożność zastania pracownika ośrodka lub pośpieszne badanie przyczyniały się do częstych narzekań⁹³.

Kolejnym źródłem niezadowolenia były ceny świadczeń i „koszty dodatkowe”. Wspominał o nich z nieukrywanym oburzeniem jeden z lekarzy wiejskich podczas Kolegium Ministerstwa Zdrowia w 1956 r., przywołując naganne przykłady kilku kolegów po fachu, „którzy za wszystko żądają opłat. Jeden z lekarzy w sytuacji braku pieniędzy od jednej kobiety wziął franki z okien cierpi na tym dobre imię lekarza. Chorzy wnoszą zażalenia, w nadziei, że będą skuteczne. Do tej pory ta sprawa nie jest załatwiona”⁹⁴.

Również chłopski styl życia i pracy bywał niekiedy przyczyną trudności w relacji z lokalnym lekarzem. Wspominał o tym jeden z nich na łamach „Medycyny Wiejskiej”: „na wsi okres jesienny – to pustki w poczekalni. Są omłoty, wykopki, jest sprzęt buraków i tytoniu, jesienna orka. Wszystkie prace pilne, terminowe. Wtedy do lekarza zgłaszają się jedynie najcięższej chorzy, a ci, czekają długo czy choroba sama nie przeje-

⁹³ APL, PPRN w Lubartowie, sygn. 27, Nadzór nad działalnością placówek służby zdrowia 1963–1964, k. 1–13.

⁹⁴ Podobne narzekania pojawiały się również odnośnie do funkcjonowania szpitali: „Ja pracuje w lecznictwie otwartym na wsi. Mam do czynienia z chłopami. Od czasu do czasu wysłuchuję pewnych zażeń. Przychodzą ludzie i mówią: byłem w szpitalu w Lesznie, a tam żądano poza taksą, od nieubezpieczanych poza przekazem, pieniędzy na zastrzyki. Chodzi tu o takie kwoty jak 5800 zł, 1000 zł, 2000 zł, 3000 zł i więcej. [...] Biorę oczywiście odpowiedzialność za to co mówię, mam 57 lat jestem 33 lata lekarzem. Takie praktyki są niedopuszczalne. Jest taksa szpitalna i takie obchodzenie taksy celem wydobycia pieniędzy uważam za niedopuszczalne. Chodzi o to, że lekarz który w szpitalu żąda pieniędzy na zastrzyki, może być podejrzany że chce zarobić. [...] czy władze o tym wiedzą?, bo ludzie się żalą, żalą się do miejscowych władz, do Komitetu Miejskiego, a jakoś nie mogą tej sprawy uregulować”. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/24, Protokół nr 5/56 z posiedzenia Kolegium Min. Zdrowia w dniu 26 stycznia 1956 w Poznaniu, k. 184.

dzie. Nie ma czasu, nie ma koni [...] czas wizyt jest też zależny od drogi i koni, a nie od rodzaju schorzenia czy wyznaczonego czasu pracy lekarza. Z tym trzeba się pogodzić. W mieście lekarz rozplanuje sobie całodienne zajęcia, pójście do kina, spotkania z przyjaciółmi. Na wsi trzeba wstać od obiadu, trzeba opuścić łóżko, do którego się właśnie weszło i zaczyna się rozgrzewać, trzeba zostawić przyjaciela, który właśnie przyjechał nas odwiedzić”⁹⁵.

Wraz z kolejnym pokoleniem wiejskich mieszkańców i wciąż powiększającą się liczbą ludności chłoporobotniczej (stanowiącą w 1970 r. prawie 43% mieszkańców wsi⁹⁶) poprawiały się statystyki przyjęć i porad udzielonych przez personel wiejskich ośrodków. Do początku lat 70., a więc do momentu objęcia wsi bezpłatną opieką zdrowotną, znaczna część ludności wiejskiej, utrzymująca się wyłącznie z pracy w rolnictwie, pozostawała jednak poza kontrolą lokalnych gabinetów lekarskich. Zdaniem Henryka Rafalskiego – założyciela czasopisma „Medycyna Wiejska” – jeszcze na początku lat 70. nieubezpieczona ludność wiejska korzystała z ośrodka zdrowia dwa razy rzadziej (a trzy razy rzadziej z leczenia szpitalnego) niż chłopi ubezpieczeni⁹⁷. Sprawdza się w tym miejscu trafność metafory używanej przez naukowców z IMPiHW, „którzy stan zdrowotny ludności wiejskiej przyrównują do góry lodowej ukrytej w większej części pod wodą”⁹⁸ – komentował redaktor „Nowej Wsi”, dodając: „Statystyka podaje bardzo mylące

⁹⁵ „Medycyna Wiejska” 1966, nr 1, s. 59.

⁹⁶ Jak wynika z badań Henryka Rafalskiego, od 1946 do 1970 r. odsetek ludności pracującej w rolnictwie obniżył się dwukrotnie i w 1970 r. wynosił on 29,5%. W tymże roku spośród 15,5 mln ludzi mieszkających na wsi 57% utrzymywało się z rolnictwa państwowego lub spółdzielczego, pozostała część zaś z zawodów pozarolniczych. H. Rafalski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL*, Warszawa 1972, s. 47.

⁹⁷ S. Kosiński, *Pielęgniarka w wiejskiej służbie zdrowia*, Warszawa 1977, s. 24.

⁹⁸ „Nowa Wieś” 1972, nr 2, s. 3, 5.

dane na temat chorobowości na wsi. Biorą się one z faktu, że wskaźnik zgłaszalności do lekarza na wsi wynosi około jeden na jednego mieszkańca rocznie, podczas gdy w mieście wskaźnik ten jest czterokrotnie większy. Próbne badania w typowym rejonie wiejskim wykazują, że wśród 5 tys. mieszkańców tylko 2 tys. osób można uznać za zdrowych. Spośród 3 tys. chorych aż 1710 osób nie zgłasza się do lekarza. Czyli poważny odsetek osób chorych nie bywa w ogóle w ośrodku zdrowia!”⁹⁹

Przeprowadzona w 1972 r. reforma nie do końca, a przynajmniej nie od razu zmieniła ten stan rzeczy.

Ośrodki po reformie 1972 r.

Przyzwyczajony od kilkudziesięciu lat do „opłacania chorej kasy” chłop/ rolnik uiszczając opłatę za ratowanie swojego zdrowia, odbierał to jako sytuację naturalną. Jak pokazywał jeden z wiejskich lekarzy i jednocześnie bohater reportażu „Sonda” z 1972 r., ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym rolników indywidualnych, wchodząca na początku tego roku w życie, spotkała się na wsi z ambiwalentnym przyjęciem¹⁰⁰. Gdy dla jednych była ona powodem do radości, a nierzadko i przyczyną pierwszej wizyty w ośrodku, to inni przyjmowali ją z zakłopotaniem, dopytując z troską lekarza, „z czego teraz będzie żył?”¹⁰¹ Byli i tacy, którzy nowe rozporządzenia przyjmowali z dużą rezerwą i nieufnością¹⁰².

Zwolnienie z kosztów poradnictwa i odpłatności za wizytę szczególnie doceniali jednak zarówno najubożsi, jak i najstarsi

⁹⁹ *Ibidem*.

¹⁰⁰ APR, sygn. P-40104, *Sonda*, red. J. Dąbrowski (1972); zob. też: *ibidem*, sygn. 6127, *Lekarzom zdrowia zabraknie*, red. K. Usarek (1972).

¹⁰¹ APR, sygn. P-40104, *Sonda*, red. J. Dąbrowski (1972).

¹⁰² Jeden z lokalnych lekarzy w taki sposób opisywał rezerwę rolników do reformy 1972 r.: „boją się, że i tak zostaną obciążeni za liczbę członków rodziny. Rolnicy twierdzą, że jeśli nie wezmą tego zaświadczenia z GRN to żadnych opłat nie będą ponosić – nie chcą ponosić nawet tych drobnych opłat!” *Ibidem*.

mieszkańcy wsi, których liczba w latach 70. rosła szybko. Niezależnie od dochodów ustawa gwarantowała wszystkim swoim odbiorcom nie tylko bezpłatne świadczenia w zakładach leczenia otwartego i zamkniętego, ale również przydział przedmiotów ortopedycznych, zwrot kosztów przejazdu na leczenie sanatoryjne oraz możliwość korzystania z częściowo odpłatnych leków i środków opatrunkowych pobieranych na receptę z aptek pozaszpitalnych¹⁰³. To właśnie ta ostatnia ulga była największą wartością dla większości świadczeniobiorców, wśród których wraz z rozwojem cywilizacyjnym i wydłużaniem się czasu życia rosła również liczba chorych przewlekle. Zjawisko to jeden z lekarzy tuż po przeprowadzonej reformie systemu zdrowia ujął bardzo dosadnie: „Ci chronicy teraz wyłażą z kątów”¹⁰⁴.

W chwili obejmowania rolników ustawą o powszechnym ubezpieczeniu liczba ośrodków wiejskich wynosiła 2775¹⁰⁵. Średnio zatem na jeden ośrodek przypadało ok. 4–5 tys. mieszkańców. W rozkładzie na poszczególne województwa dane te nie wyglądały już tak optymistycznie. Reforma administracyjna z 1973 r. (likwidacja gromad i wprowadzenie powiatów) sprzyjać miała lepszej rejonizacji placówek zdrowotnych. W 1973 r. utworzony został również Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia (NFOZ), który jako organizacja społeczna wspierał państwową służbę zdrowia¹⁰⁶. Fundusze uzyskiwane ze składek obywateli w oddziałach terenowych przeznaczano na budowę, rozbudowę i wyposażanie gminnych ośrodków zdrowia. Ich powstawanie szczególnie dynamiczne było w latach 80., o czym wielokrotnie donosiły ówczesne media lokalne.

¹⁰³ H. Rafalski, *op. cit.*, s. 42–43.

¹⁰⁴ APR, sygn. P–40104, *Sonda*, red. J. Dąbrowski (1972).

¹⁰⁵ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985*, Warszawa 1986, s. XXI.

¹⁰⁶ Zob. np.: J. Czajkowski, W. Świdrak, *NFOZ Komitet Oddziału w Krośnie. Działalność w latach 1973–2005*, „Biblioteka Krośnieńska” 2006, z. 19.

Badania z początku lat 80. pokazały jednak, że mimo reformy z 1972 r. i rosnącej liczby placówek wiejskich nadal znaczna część mieszkańców wsi leczyła się prywatnie. Wyniki badań Antoniny Ostrowskiej dowodziły też, że rolnicy indywidualni „relatywnie najczęściej korzystali z wizyt u lekarzy prywatnych – zarówno jeśli chodzi o kontakty stałe jak i sporadyczne” (drugą co do liczebności grupę stanowili pracownicy umysłowi)¹⁰⁷.

Przyczyn obserwowanego zjawiska było wiele, co potwierdzają też materiały AIEiAK UJ z obszarów Podkarpacia. Jedną z ważniejszych ról odgrywała kwestia autorytetu lekarza. Mieszkaniec z badanej wsi (woj. bielskie) swój brak przekonania do lecznictwa bezpłatnego argumentował jeszcze inaczej, stwierdzając: „co by to było tak starannie robione to niekoniecznie [...] za pieniądze to to idzie inaczej wszystko”¹⁰⁸.

Bezpłatna opieka zdrowotna nie rozwiązywała zatem problemu niezadowolającej frekwencji w ośrodkach zdrowia. Choć rzeczywiście statystyki udzielonych porad i odbytych wizyt podniosły się znacząco (w wielu miejscach wskazywano na ok. czterokrotny wzrost)¹⁰⁹, to jednak przez sporą część ludności wiejskiej ośrodek zdrowia traktowany był wciąż z rezerwą. Wydaje się, iż w takim podejściu ważną rolę odgrywała świadomość zdrowotna społeczeństwa. Choć za sprawą wielu akcji czy edukacji szkolnej była ona znacznie lepsza niż w pierw-

¹⁰⁷ A. Ostrowska, *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*, Warszawa 1980, s. 76.

¹⁰⁸ AIEiAK UJ, sygn. 4001, cz. 2: *Medycyna ludowa choroby, leczenie, zęby*, s. 139. O większym zaufaniu do lecznictwa prywatnego zarówno mieszkańców wsi, jak i miast mówiły badania sondażowe z 1982 r. Zob. *Prywatna praktyka lekarska w opinii społecznej 1982*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 2/82, s. 2.

¹⁰⁹ AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej [dalej: MZiOS], sygn. 10/17, k. 3–4. Liczba porad lekarskich udzielonych w placówkach wiejskiej służby zdrowia zwiększyła się o 61%. Ze wzrostem dostępności świadczeń rosły wymagania mieszkańców wsi dotyczące poziomu opieki zdrowotnej.

szych latach po wojnie, to nadal pozostawiała wiele do życzenia. Przykładem tego był m.in. stosunek mieszkańców jednego z PGR, traktujących ośrodek jako miejsce pomocy doraźnej, co podkreślano w 1984 r. na łamach „Medycyny Wiejskiej”: „pracownicy PGR zgłaszali się do ośrodka głównie z zaawansowanymi chorobami (dolegliwościami), gdy mogli się spodziewać, że uzyskają zwolnienie z pracy, a jednocześnie z chwilą gdy obserwowane często wśród nich samoleczenie lub wyczekiwanie na samoistne ustąpienie dolegliwości chorobowych okazywało się nieskuteczne lub niewystarczające”¹¹⁰.

Unikanie profilaktycznych badań i traktowanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w kategoriach doraźnych było w tym czasie zjawiskiem szerszym i dotyczyło także miejskich środowisk robotniczych¹¹¹.

1.3. Lecznictwo zamknięte: izba porodowa i izba chorych

Izby porodowe powstające po wojnie w podobny sposób jak opisywane wyżej ośrodki zdrowia stanowić miały jedną z ważniejszych terenowych instytucji opieki zdrowotnej. Tworzone nie tylko na wsiach, ale również w miastach i miasteczkach wspierać winny działania na rzecz walki z wysoką umieralnością niemowląt. Ta, szacowana w 1950 r. na 111,1 (na tysięcy urodzeń żywych), spadała szybko (w 1970 r. osiągając wskaźnik 33,4), jednak do połowy lat 70. nadal była jedną z najwyższych w Europie¹¹². Uznawana za wskaźnik stanu sanitarnego kraju, zmieniając się w tak szybkim tempie, wiele mówiła też o dokonujących się w Polsce przemianach materialnych i mentalnych.

¹¹⁰ „Medycyna Wiejska” 1984, nr 1, s. 13.

¹¹¹ Piszę o tym m.in. w tekście *Lecznictwo i problemy zdrowotne Polaków w latach osiemdziesiątych*, w: *Spółczesność polskie w latach 1980–1989*, red. N. Jarska, J. Olszok, Warszawa 2015, s. 113–129.

¹¹² *Mały Rocznik Statystyczny...*, s. 29.

„Z babką to jakoś weselej”

W kontekście wsi izby porodowe pełniły też rolę oręża w walce z szerzącym się wówczas tzw. babkarstwem. Skala tego problemu była niezwykle duża, a konsekwencje nierzadko poważne. W walkę z babkarstwem angażowały się zarówno władze lokalne, jak i położne, dla których „babki” były nie tylko konkurencją, ale często i kłopotem. Jedna z nich w 1951 r. na łamach „Służby Polsce” pisała: „od 10 sierpnia 1950 r. pracuję w Osiecku jako położna gminna i odbieram 25% porodów, a resztę (tzn. 75%) «babki», które nie przestrzegają elementarnych zasad higieny – jak niejednokrotnie miałam możliwość stwierdzić osobiście – powodując przewlekłe schorzenia położnic i śmiertelność noworodków”¹¹³.

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. O zjawisku tym występującym w woj. rzeszowskim w 1948 r. pisała dr S. Kochańska: „dotychczas pokutuje sprawa babek, praktykujących w gminach «zalegalizowanych» poniekąd przez władze skarbowe na skutek pobierania podatków. Władze dysponują pewną liczbą kwalifikowanych położnych, których nie można osiedlić w gminach ze względu na «konkurencję babek». Sprawa oparła się o sąd, który babkę uwolnił”¹¹⁴.

O efektach działań domorosłych położnych przejmująco pisał również Aleksander Bałasz, który jako młody lekarz na przełomie lat 40. i 50. wielokrotnie stykał się z konsekwencjami ich praktyk: „Większość porodów załatwiały babki i przygodne

¹¹³ „Służba Zdrowia” 1951, nr 7, s. 3.

¹¹⁴ AAN, MZ, sygn. 49, t. 2, Sprawozdanie z podróży inspekcyjnej dr S. Kochańskiej na teren woj. Rzeszowskiego, w dniach 15–20 czerwca 1948, k. 353.

sąsiadki. Skutki pomocy były różne, ale zakażenia połogowe i zgony rodzącej nie należały do rzadkości¹¹⁵. „[...] Pamiętam jak w odległej o 18 km Dorohuczycy zmarła podczas porodu dwudziestosiedmioletnia kobieta osierocając czworo dzieci [...] z akt sądowych wynikało, że babka do porodu nie chciała iść i została zmuszona przez rodzinę pacjentki z braku innej pomocy. Poród odbył się szczęśliwie [...]. Niestety babka miała kłopot z położnicą, wezwała drugą do pomocy wspólnymi siłami wycinowały macicę jak rękaw. Łożysko nadal trzymało się mocno. Babki myślały, że rodzi się drugi syn i wbijając palce we wszystko co zdążyło się na świat pokazać, poszarpały macicę¹¹⁶.”

Z braku statystyk trudno stwierdzić, jakie były częstotliwość analogicznych sytuacji i skala powikłań po niefachowych porodach. Analizując pamiętniki lekarzy z okresu międzywojennego, w tym zwłaszcza relacje Zofii Karasiówny, zauważyć można, iż zjawisko to było bardzo powszechne, a – co pokazywał na przykładzie Siedliszczan Bałasz – konsekwencje babkarskich niekompetencji mieszkańcy wsi przyjmowali z dużą pokorą, godząc się z nimi jak ze złym losem: „Chłopi [...] każdy nieszczęśliwy przypadek przyjmowali jako nieuniknione przeznaczenie, dopust Boży lub karę za grzechy. Nigdy nie przypisywali winy babkom i niefachowej pomocy¹¹⁷.”

Takie podejście mieszkańców nie sprzyjało oczywiście upowszechnianiu się izb porodowych. Niebagatelny wpływ na popularność babek miał także czynnik finansowy, który w prostych słowach wyjaśniała w latach 30. Zofia Karasiówna: „już babka przy niej siedzi. Egzaminowanej akuszerki nie weźmie bo do chorej kasy nie należy. Zażądałaby 10 albo 20 złotych. A babce 5 wystarczy. Ona szóstkę dzieci urodziła, to się na tym zna. Rodzącą troszczy się jak może. Co chwila palcami wchodzi

¹¹⁵ A Bałasz, *op. cit.*, s. 821.

¹¹⁶ *Ibidem.*

¹¹⁷ *Ibidem.*

i coś rusz ażeby otwór się w macicy powiększył. A taka egzaminowana nie chciałyby otworu robić ino by się myła i myła. Raz ma człowieka dotknąć to się tyle czasu do tego myć musi. I mydła szkoda, i izba się zachłapie. A po porodzie egzaminowana akuszerka ręcznik namaczany w zimnej wodzie na brzuchu kładzie. Jeszcze macicę przeziębi. Z babką to jakoś weselej. Swoja, znajoma, na weselu była. Pierwsze dziecko do chrztu trzymała. Jak tylko dowiedziała się że rodzi to od razu przyszła. Prosto od roboty, bo gnój spod bydła wybierała”¹¹⁸.

Choć po wojnie pomoc położnych także w przypadku chłopek nieubezpieczonych była bezpłatna, to jednak biorąc pod uwagę ówczesny chaos informacyjny, siłę plotek i przekonań, a także niezwykle istotny problem komunikacyjny (dojazd położnej lub lekarza zajmował często nawet 2–3 godziny, w związku z koniecznością załatwienia transportu i czasem trwania podróży), wiele kobiet wciąż decydowało się na korzystanie z pomocy znajomej bądź poleconej przez zaufaną sąsiadkę „babki”.

„Dążeniem naszym jest by wszystkie porody były hospitalizowane”

Powstające izby porodowe, choć budziły ciekawość, nie od razu trafiały do przekonania wiejskich kobiet. Tak było zarówno w przypadku przytaczanych wyżej Siedliszcz, jak i w innych miejscowościach. Zbudowana przez dr. Bałusza ogromnym nakładem czasu i energii nowoczesna (jak na 1951 r.) izba porodowa przez pierwsze tygodnie stała pusta, czekając na pierwszą odważną położnicę¹¹⁹. Podobnie było w przypadku porodówki w Istebnej na Śląsku Cieszyńskim. Utworzona w 1950 r., dopiero po trzech miesiącach od otwarcia przyjęła pierwszą pacjentkę.

¹¹⁸ *Pamiętniki lekarzy*, wybór i wstęp J. Borkowski, Kraków 1987, s. 36.

¹¹⁹ A. Bałusz, *op. cit.*, s. 825.

Gdy ta w nagrodę za swą odwagę otrzymała wózek dziecięcy, w kolejnym miesiącu blisko 30% wszystkich miejscowych porodów odbywać się miało pod nadzorem personelu izby. Po następnych trzech miesiącach już niemal wszystkie miejscowe ciężarne widniały w rejestrach nowo otwartej placówki¹²⁰.

Trudno w tej chwili orzec, co było głównym źródłem chłopskiej nieufności względem tych instytucji. Wielokrotnie bowiem placówki te powstawały przy zaangażowaniu społeczności lokalnej (czyny społeczne), a ich otwarcie poprzedzała seria wykładów czy pogadanek. Zdaniem etnologa Leona Czajkowskiego ogromną rolę odgrywała nie tyle racjonalna argumentacja co przyzwyczajenia i tradycja porodu odbywającego się w domu¹²¹. W pierwszych latach po wojnie znaczenie miał również aspekt ekonomiczny. W 1948 r. dr M. Skokowska-Rudolf, jedna z uczestniczek inspekcji po instytucjach dziecięcych woj. krakowskiego, opisywała nie tylko niewystarczającą w terenie liczbę wykwalifikowanych położnych, ale również wciąż częste w tamtym rejonie „żałowanie koni” dla zorganizowania transportu dla porodów odbieranych przez położnych¹²². Pojawiały się też informacje świadczące o chłopskich obawach dotyczących konieczności dokonywania w izbach dodatkowych opłat szpitalnych¹²³.

W latach 50. mieszkańców bardziej odległych miejscowości mógł zniechęcać zupełnie obcy i nie do końca rozumiały lub niekiedy trudny do zaakceptowania regulamin obowiązujący pacjentki porodówek. W myśl ówczesnej nauki i zasad aseptyki położnice separowano od otoczenia zewnętrznego. Kontakt

¹²⁰ AIEiAK UJ, sygn. 669, Leon Czajkowski, *Lecznictwo ludowe w XIX i XX wieku w Beskidzie Śląskim na przykładzie wsi Istebna*, s. 157–158.

¹²¹ *Ibidem*, s. 158.

¹²² AAN, MZ, sygn. 49, t. 2, Sprawozdanie Departamentu Sanitarно-Epidemiologicznego dr Zofii Paszkiewicz z wyjazdu do woj. lubelskiego w dn. 27–30 lipca 1948, k. 31–32.

¹²³ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 825.



2. Czerwiec 1954. Wiejski Ośrodek Zdrowia w Lipnicy Murowanej.

matki i dziecka, określane dziś wyrażeniem „skóra od skóry”, czy też możliwość karmienia noworodka na żądanie w myśl panujących wówczas zasad były zabronione. Także wymagany przez lekarzy kilkudniowy (nawet ośmiodniowy)¹²⁴ pobyt w izbie porodowej przez wielu mógł być traktowany podejrzliwie, tym bardziej że w warunkach domowych, jak opisywały we wspomnieniach wiejskie kobiety, nie było zwykle czasu lub przyzwolenia na poporodową regenerację i wypoczynek¹²⁵.

W przypadku znacznej odległości od izby porodowej pomocą służyć miały tzw. punkty położnicze. Jednak również i wtedy najbardziej problematyczna była kwestia komunikacji i dojazdu. Jak pokazuje przykład Ziemi Zachodnich i Północnych, niekiedy też świeżo przybyli osadnicy zwyczajnie nie dysponowali informacjami na temat miejsca i lokalizacji

¹²⁴ Maria M., miejscowość G., woj. zachodniopomorskie.

¹²⁵ *Ibidem*. Zob. też: *Być matką...*, s. 39.

takiego punktu. „W lipcu [...] rodził się synek. Nie znaliśmy tutejszych zwyczajów i nie wiedzieliśmy, że jest tu dyplomowana położna. Mąż zawołał w nocy sąsiadkę, okropna burza była wtedy i upał. Sąsiadka przyszła i mówi, że ona się na tym nie zna, ale jeśli już koniecznie trzeba pomóc, to zostanie. Urodziłam dosyć lekko. Kiedy mąż przyszedł do gminy zameldować dziecko, odpowiedzieli, że nie zameldują, bo musi być od położnej świadectwo. Mąż musiał więc iść do położnej i przywieźć ją. Koniecznie chciała zobaczyć matkę i dziecko. Przyszła, zwymyślała mnie za te powijaki, ubrała dziecko w koszulkę i powiedziała, że nie wolno mi go krępować. Dowiedziałam się od niej, że krzywe nogi u dziecka są z krzywicy, a nie z tego, że się go nie powija”¹²⁶.

Mimo prowadzonych akcji czy sygnalizowanych wyżej działań promocyjnych liczba porodów przyjmowanych poza lecnictwem zamkniętym i bez fachowej pomocy lekarza bądź położnej wciąż była znaczna i utrzymywała się na ok. 20% poziomie (12–17%)¹²⁷.

Pomimo oficjalnie deklarowanych jeszcze w 1956 r. starań, by „wszystkie porody były hospitalizowane”¹²⁸, na początku lat 60. całkiem spora ich liczba odbywała się na wsi w domach prywatnych. Czasem rzeczywiście pomocą rodzącej służyły sąsiadki czy babki, częściej jednak – zwłaszcza w młodym pokoleniu – wzywano już okoliczne akuszerki i położne. Ich praktyka, jak dowodzi list położnej z 1963 r., była utrudniana niekonsekwencjami organizacyjnymi. Jak twierdziła autorka listu, obowiązujące położne rozporządzenia zimą zupełnie nie uwzględniały ówczesnych realiów życia wiejskiego i związanych z nim trudności komunikacyjnych. Przepisy zobowiązywały

¹²⁶ *Być matką...*, s. 245.

¹²⁷ Zob. np.: AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/29, Protokół z narady aktywu Zdrowia odbytej w dn. 25.05.1957 w Sali konferencyjnej KW PZPR w Lublinie, k. 325.

¹²⁸ *Ibidem*, sygn. 1/33, Sprawozdanie krajowego specjalisty w zakresie położnictwa prof. Roszkowskiego za 1957 r., k. 7.

położne do towarzyszenia rodzącym w drodze do szpitala, ale po dotarciu na miejsce położna nie miała zagwarantowanego środka lokomocji pozwalającego na powrót do domu i tym samym zdana była na samą siebie¹²⁹.

Wraz z rozwojem możliwości komunikacyjnych – powstawaniem kolejnych dróg, zakładaniem sieci telefonicznej oraz nowych terenowych ośrodków zdrowia i ich współpracą z miejscową stacją pogotowia – porody w szpitalu stawały się coraz bardziej powszechne. Jeszcze w latach 70. nowe zwyczaje nie dotyczyły wszystkich. Wciąż zdarzało się, że pogotowie wzywano do rodzącej dopiero w sytuacji, gdy pojawiały się komplikacje i trudności. Niekiedy też z uwagi na stan dróg lub możliwości techniczne karettek dojeżdżały one do rodzących w chwili, gdy przetransportowanie było już niemożliwe. Sytuację taką opisywał jeden z bohaterów radiowego reportażu z 1971 r.¹³⁰ „To był jeden z pierwszych dyżurów. Była zima. Wyjazd do porodu. Wsiadłem do karetki. Jadę, to było jakieś 30 km od Wyszkowa. Żadnej podwoły, czyli sań nie dostarczyli, tylko chłop czekał na skrzyżowaniu dróg. Potem droga nieprzejezdna, ponad km na piechotę. Sanitariusz od niedawna pracował [...] pomylił walizki [...]. Wziął zestaw wypadkowy. Ten kilometr przechodzimy. Wchodzimy i włosy mi na głowie dęba stają. Cała chata to była jedna izba, dwa takie barłogi – na jednym dzieci, tak gdzieś 2–3 latka. Na drugim barłogu kobieta która już rodzi. Nie miała nawet prześcieradła pod sobą. Leżała na gołej słomie. O transporcie tej kobiety do karetki, do szpitala w ogóle mowy być nie mogło bo poród był już w toku. [...] Przynurłem sobie lampę naftową bliżej tak żeby co najmniej widział, przyjmuje poród, zabieram się do odcięcia pępowiny a sanitariusz w dalszym ciągu stał cicho i nie mówił, że pomylił walizki. Grzebię w tej walizce, mówię tasiemki nie

¹²⁹ „Nowa Wieś” 1963, nr 26, s. 2.

¹³⁰ APR, sygn. C–10420, T–11 – *zgroś się*, red. P. Komorowski (1971).

mam do podwiązania tej pępowiny, ja patrzę a tam nie mam i nożyczek, nie mam żadnych narzędzi. To wszystko załatwiam gołymi rękami, a pępowinę czymś trzeba odciąć. Wziąłem nóż taki kuchenny do krajania chleba, zdjąłem osłonę z lampy naftowej, przeciągnąłem w płomieniu, odciąłem pępowinę a tego chłopca wysłałem po zestaw porodowy. Nie było żadnych powikłań. Szczęśliwie poród przebiegł spokojnie”¹³¹.

O tym, że pomoc zespołu pogotowia ratunkowego nie zawsze była możliwa choćby z uwagi na psujące się samochody lub nieprzejezdne, zasypane śniegiem albo podtopione drogi, przekonał się też felczer z Holonek, który zimą 1961 r. zawiadomił lokalną stację pogotowia o rodzącej żonie: „Nie spodziewaliśmy się, że poród będzie taki nagły, wystąpiły bóle wieczorem, no i chciałem dzwonić po karetkę. To był marzec 15, okazało się że są zasypane śniegiem i karetka nie pojedzie, bo nie jest w stanie dojechać. To po rozmowie z dyspozytorką umówiłem się, że wywiozę żonę do Dołubowa, bo tam była droga przejezdna i że karetka przyjedzie do Dołubowa. I w tej drodze, to była godzina już tak pomiędzy jedenastą a dwunastą w nocy, jechaliśmy saniami wzdłuż tej drogi, żona zaczęła rodzić. Ponieważ już wiedziałem, że nie dojedziemy tam do tej karetki, to skręciliśmy do gajówki, do tego gajowego... I odebrałem poród tego syna”¹³².

Choć przyjmowanie porodów nie leżało w zakresie ustawowych obowiązków i kompetencji felczerów, to jednak wielokrotnie bywało tak, że ratując życie matki i dziecka¹³³, w praktyce uczestniczyli w narodzinach znacznej liczby okolicznych dzieci. Jak opowiadał jeden z nich, pracujący w zawodzie od 1959 r.: „Te porody to z konieczności. Człowiek chciał, nie chciał, to musiał. Bo na przykład [...] jak ktoś miał rodzić, no

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie.

¹³³ Taki obowiązek był m.in. w zapisie Ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U., 1950, nr 36, poz. 336).

to przywozili tą rodzącą do mnie i żeby czekać [na pogotowie]. I akurat pamiętam, przywożą i zaczyna rodzić. To, co miałem zrobić? Musiałem ten poród odebrać. Albo sąsiadka, przybiegają, że urodziła i żeby pomóc. No ja pobiegłem, dziecko nie oddycha, sine i nie oddycha. I całe szczęście, że akurat wtedy, pamiętam, byłem przytomny, że potrafiłem się zdobyć na to, że odśluzowałem te drogi oddechowe, bo one były zalane wodą, błonami, wyciągnąłem te błony z tych ust tego dziecka i dziecko zaczęło oddychać. I do dziś, to jestem 100% pewien, że to dziecko już by nie żyło, bo ono nie oddychało, a tylko to odśluzowanie i wyjęcie tych błon z tej jamy ustnej tego dziecka, to dziecko ożyło¹³⁴.

Poród w jadącej do szpitala karetce też nie był w tym czasie rzadkością. Opisał go w takich słowach jeden z moich rozmówców (anestezjolog, ale wcześniej również felczer i lekarz dyżurujący w pogotowiu). „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 było odebrać poród, to nie było dostępu, w związku z tym z tyłu się drzwi podnosiło i na świeżym powietrzu, że tak powiem. Ciemno, nie ciemno, nic nie widać, to latarką pani świecił sanitariusz, żeby pani mogła poród odebrać¹³⁵”.

W skrajnych sytuacjach pogodowych i komunikacyjnych zarówno felczerzy, jak i położne obsługujące wiejskie punkty położnicze lub izby porodowe zdani byli na własne siły. Choć formalnie izba porodowa mogła funkcjonować tylko i wyłącznie w sytuacji, gdy istniała możliwość szybkiego kontaktu i interwencji ze strony miejscowego lekarza, to jednak – jak pokazują materiały – wielokrotnie warunek ten spełniony był

¹³⁴ Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie.

¹³⁵ Anestezjolog, miejscowość L., woj. lubelskie.

tylko formalnie. Tymczasem komplikacje przy dość częstych porodach wiejskich zdarzały tak jak i w miastach, stwarzając osamotnionym pracownikom wiejskich ośrodków czy izb szczególnie wiele trudności. Na ogół nie dysponowali oni przecież ani zaawansowaną wiedzą ginekologiczno-chirurgiczną, ani odpowiednim sprzętem umożliwiającym ratowanie życia dziecku bądź rodzącej matce. O sytuacji takiej opowiadała m.in. felczer z Podlasia: „Pamiętam taki przypadek, kiedyś kobieta przyjechała i zaczyna rodzić. Urodziła się główka, pępowina zakręcona, dalej się nie chce urodzić. Widać, że dziecko zaczyna sinieć, czyli jeszcze trochę i się udusi. W takich przypadkach z teorii wiedziałem, że trzeba nacinać krocze. Nigdy nie widziałem tego nacięcia, nigdy nie robiłem no, ale cóż, jak ja nie zrobię to będę oskarżony, że nic nie zrobiłem. I pamiętam wziąłem nożyczki, takie do zdejmowania gipsu, naciąłem to krocze, dziecko się urodziło zdrowe, bez żadnych powikłań. [...] I to nacięcie było fachowe, jak się okazało, bo później przyjechała karetka [...] oni w szpitalu ją zszyli”¹³⁶. Inna położna wspominała: „W kwietniu 1958 r. wezwano mnie do porodu do gospodni K.Z. Oznajmiłam rodzinie, że ze względu na położenie pośladowe muszę wezwać pogotowie. Rodzina nie zgadzała się, proszono mnie abym sama dała sobie radę”¹³⁷.

Choć obie opisane sytuacje zakończyły się dobrze, to finał wielu innych był niekiedy smutniejszy. O jednej z takich spraw w liście do Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (PZPR) pisał mąż zmarłej z wykrwawienia pacjentki. Przyczyną zgonu było odklejenie się łożyska, jednak faktyczny problem tkwił w innym miejscu. Jak relacjonował wdowiec, gdy podczas porodu pojawiły się komplikacje, „położna natychmiast zadzwoniła do lekarza pełniącego opiekę nad izbą porodową

¹³⁶ Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie.

¹³⁷ *Wspomnienia pielęgniarek*, red. I. Brzozowska, H. Stefańska, S. Rybicki, Warszawa 1962, s. 575.

w zastępstwie ginekologa, który w tym czasie był na kursie w Białymstoku. Lekarza tego nie zastano w domu. Wówczas położna usiłowała ściągnąć lekarza, który pełnił dyżur w Pogotowiu Ratunkowym. Z powodu wyjazdu na wezwanie lekarz ten był nieobecny, zażądała drugiej karetki pogotowia, która również była w terenie¹³⁸.

Trudno oczywiście powiedzieć, jak często zdarzały się sytuacje podobne do opisanych wyżej. Bez wątpienia jednak ich pamięć oddziaływała w jakimś stopniu na miejscową opinię publiczną, dostarczając też, jak pokażę za chwilę, argumentów na rzecz odchodzenia od programu wiejskich porodówek. Jak pokazywały przykłady okolic Krakowa i Lubartowa na początku lat 60., wiele pacjentek spodziewając się porodu, udawało się bowiem bezpośrednio do najbliższego szpitala dysponującego kadrą specjalistyczną. O tym, że nie były to w tych regionach pojedyncze przypadki, mówiono m.in. podczas jednej z narad w lubartowskiej Gromadzkiej Radzie Narodowej (GRN): „izby porodowe dysponują 31 łózkami, które nie są wykorzystywane. Jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że oddział położniczy przy szpitalu powiatowym o 20 łózkach przyjął w ciągu ubiegłego roku tylko 871, w tym 706 ze wsi, to dojdziemy do wniosku że ludność wiejska ma jeszcze uprzedzenia do placówek terenowych¹³⁹”.

W latach 60. projekt likwidacji izb porodowych podnoszono na spotkaniach władz gminnych i wojewódzkich coraz częściej¹⁴⁰. Decyzje o likwidacji izb zwykle argumentowano niską frekwencją i większym niż w lokalnych szpitalach „ryzy-

¹³⁸ AAN, MZiOS, sygn. 1/190, Kontrola sposobu załatwiania skarg i wniosków w terenie i w jednostkach budżetu centralnego przeprowadzona przez przedstawicieli ministerstwa, k. 190.

¹³⁹ APL, Prezydium PRN i Urząd Powiatowy (UP) w Lubartowie, sygn. 67, Referat na sesję PRN w Lubartowie w dniu 19 lutego 1960 r. w sprawie pracy służby zdrowia na terenie pow. lubartowskiego, k. 245.

¹⁴⁰ ANKrOS, PPRN w Krakowie, Wydział Zdrowia, sygn. 1058, Komisja Zdrowia, Zatrudnienia i Pomocy Społecznej 1963, Protokół nr 3, k. 37.

kiem infekcji oraz zakażeń¹⁴¹. W wielu miejscowościach przepełnione i niedoinwestowane placówki, powstające w lokalach zaadaptowanych, podobnie jak ośrodki zdrowia, mierzyć się musiały bowiem z szeregiem problemów materialnych. Ciasnota pomieszczeń powodowała, że w niektórych przypadkach istniała konieczność wykorzystywania korytarzy oraz umieszczania dwóch położnic na jednym łóżku¹⁴². W Michowie w 1958 r., wbrew ówczesnym zaleceniom, z uwagi na ciasnotę pomieszczeń „noworodki z matkami umiejscawiano na tej samej sali, wobec czego matki karmiły dzieci zbyt często narażając je również na infekcje¹⁴³. Nie przestrzegano także zakazu odwiedzin. Brak lub fikcję fachowego nadzoru nad izbami zgłaszano w wielu sprawozdaniach kontrolnych II połowy lat 50.¹⁴⁴ Problemy z zaopatrzeniem w leki – jak donoszono choćby z izby chorych w Limanowej – wymuszały konieczność ich dostarczania przez rodziny pacjentek¹⁴⁵. W jeszcze innych miejscowościach brak ogrzewania lub kanalizacji stwarzać miały realne ryzyko rozwoju infekcji¹⁴⁶.

Wszystkie te zastrzeżenia nieco inaczej odebrane mogły zostać jednak przez społeczność lokalną i pacjentki, które – jak

¹⁴¹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/40, Protokół z narady aktywu służby zdrowia odbytej dnia 26 marca 1959 r. w Sali Prezydium WRN w Opolu, k. 405.

¹⁴² *Ibidem*, sygn. 1/39, Protokół z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w Krakowie odbytego w sali portretowej prezydium Rady Narodowej w Krakowie, w dniu 26 listopada 1958 r., k. 4.

¹⁴³ APL, PPRN w Lubartowie sygn. 67, Referat na sesję PRN w Lubartowie w dniu 19 lutego 1960 r. w sprawie pracy służby zdrowia na terenie pow. lubartowskiego, k. 238.

¹⁴⁴ Zob. np.: AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/39, Protokół nr 39/58 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w Krakowie poświęconego omówieniu stanu służby zdrowia miasta Krakowa i woj. krakowskiego w dniu 26 listopada 1958 r., k. 2.

¹⁴⁵ *Ibidem*, k. 4.

¹⁴⁶ APL, PPRN w Lubartowie, sygn. 67, Referat na sesję PRN w Lubartowie w dniu 19 lutego 1960 r. w sprawie pracy służby zdrowia na terenie pow. lubartowskiego, k. 238.

pokażę w kolejnych rozdziałach – przyzwyczajone były do życia w znacznie gorszych warunkach sanitarnych, i dla których zwłaszcza w latach 50. problem ewentualnej infekcji związanej z przebywaniem w obecności dziecka i innych położnic mógł być niezrozumiały. Warto też podkreślić, że warunki lokalowe i sanitarne wielu powiatowych szpitali jeszcze w latach 60. bywały równie ciężkie.

Stopniowa likwidacja izb porodowych nie oznaczała jednak pozbawienia wsi opieki fachowej w zakresie położnictwa. Izby przekształcano bowiem zwykle w ośrodki zdrowia, a więc placówki przynajmniej teoretycznie wyposażone w kadry lekarskie, zapewniające kontakt telefoniczny z powiatowymi szpitalami i stacją pogotowia. Proces ten nabrał intensywności po objęciu rolników indywidualnych bezpłatnym leczeniem państwowym i po utworzeniu w 1973 r. NFOZ. Malejącą kosztem ośrodków zdrowia liczbę izb porodowych pokazują również statystyki. O ile bowiem w 1960 r. działało 812 izb, to w 1975 r. było ich już tylko 375, a 8 lat później – zaledwie 169¹⁴⁷.

Od II połowy lat 60. miejscem narodzin wiejskich dzieci stawał się zatem szpital powiatowy lub wyposażony w odpowiednie warunki ośrodek zdrowia. Hospitalizacja wiejskich położnic miała jednak swoje konsekwencje. Jak pokazuje przykład pow. lubartowskiego, ale również innych szpitali powiatowych, obłożenie oddziałów położniczych było niezwykle duże, powodując nierzadko konieczność zbyt szybkiego wypisywania pacjentek ze szpitala¹⁴⁸. W latach 60. w przypadku braku miejsc opcję zastępczą stanowiła możliwość skorzystania z istniejącego punktu położniczego. Ich stosunkowo mała popularność wskazywała jednak na wyraźny kierunek dokonujących się przemian i wzrostu zaufania do porodów szpitalnych. W tym

¹⁴⁷ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 222; *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985...*, s. 106.

¹⁴⁸ Zob. np.: AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, Projekt wniosków na Kolegium Ministerstwa Zdrowia w sprawie walki z umieralnością niemowląt, k. 288.

czasie już dla wielu kobiet wiejskich oznaczały one zupełnie inną jakość rodzenia, o czym wprost mówiła jedna z matek: „Do wieczora jeszcze odbierałam żyto, ale byłam już jakaś nieswoja, a w nocy pojechałam rodzić. 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, czyściutki, w jedwabnych szlafrokach, pachnące perfumami. Pierwszy raz zobaczyłam jak w mieście się szanują. Niektóre czekały już kilka dni i odpoczywały, miały urlopy macierzyńskie. A na wsi gdzie kobieta ma urlop? Aby tylko ze szpitala wróciła, to już do roboty, bo tydzień darmo leżała, a tu żniwa. Teściowa nieraz mówiła, że teraz to się baby pieszczą, bo ona w wieczór urodziła, a rano brała sierp i szła do żniw i wytrzymała”¹⁴⁹.

1.4. Szpital powiatowy

Hospitalizacja porodowa niewątpliwie miała znaczny wpływ na zmianę wyobrażeń mieszkańców wsi na temat leczenia zamkniętego. Zdaniem Magdaleny Majewskiej¹⁵⁰ w latach 70. i 80. szpital i oddział położniczy były postrzegane przez wiejskie kobiety jako miejsce komfortowe, w którym mieszkanki wsi i miast miały okazję spotkać się i wymienić opiniami o życiu, dzieciach, kobiecym losie¹⁵¹. O ile – jak pokazuje wcześniejszy cytat – oddziały położnicze czy wiejskie porodówki mogły być odbierane w taki sposób, to jednak szpital jako instytucja wciąż kojarzył się na wsi z lękiem lub budził ambiwalencję odczucia.

¹⁴⁹ *Być matką...*, s. 39.

¹⁵⁰ „Wies i Rolnictwo” 2015, nr 2, s. 10–11.

¹⁵¹ *Ibidem*.

„Do szpitala ludzie szli bardzo niechętnie”

Przed wojną, z uwagi na zbyt późną diagnozę i kontakt ze szpitalem, zwykle miejsce to kojarzyło się na wsi z poważną operacją i niechybnym zgonem, choć – jak pokazywali lekarze przedwojenni – już w tamtym czasie widoczne były zróżnicowania regionalne w myśleniu o instytucji szpitalnej. Zofia Karasiówna opisując swoje doświadczenia z praktyki prowadzonej w dwóch oddalonych od siebie o niespełna kilkanaście kilometrów wsiach, stwierdzała: „Wczoraj byłam w Zembrzycach u chorego. Pytano mnie od razu: może trzeba jechać do szpitala, może się nie da w domu leczyć. Pytanie częste w Zembrzycach – a w Stryszawie zawsze to samo: doktorzy zabijają zastrzykami. Do szpitali jedzie się żeby umrzeć”¹⁵². Tę różnicę nastawienia młoda lekarka łączyła nie tyle z zamożnością, co społeczną mobilnością i lokalizacją obu wsi. „Zembrzyce leżą całe przy głównym gościńcu. Mieszkańcy jeżdżą i handlują. Stryszawa rozrzucana po górach [...]. Odległość ze Stryszawy do Zembrzyc wynosi kilkanaście kilometrów. Różnica o kilka wieków”¹⁵³.

Przedwojenny wiejski strach przed leczeniem szpitalnym, przewijający się dość często w analizowanych źródłach, wiązał się zarówno z kwestiami ekonomicznymi (koszty leczenia i dojazdu), jak i wyobrażeniami oraz doświadczeniami. Nawet zamożni gospodarze darzący lekarzy dużym zaufaniem nie byli niekiedy wolni od takiego myślenia. Przypadek taki opisywała lekarka, która dowiedziawszy się o czterech już wizytach różnych lekarzy u żony jednego z gospodarzy, sugerowała mu odwiezienie jej do szpitala. Reakcja mężczyzny była jednak jednoznaczna: „On do szpitala żony nie odda. Jego stać na to żeby doktora do domu sprowadzić. I sprowadzał coraz to innego aż do śmierci kobiety”¹⁵⁴.

¹⁵² *Pamiętniki lekarzy...*, (Kraków 1987), s. 67.

¹⁵³ *Ibidem*.

¹⁵⁴ *Ibidem*, s. 65.

Trwanie negatywnych uprzedzeń względem lecznictwa zamkniętego w wielu rejonach (zwłaszcza słabiej uprzemysłowionych i oddalonych przestrzennie od placówek szpitalnych) dostrzegano długo po 1945 r. Podobnie jak w przypadku izb porodowych w latach 50., także tam, gdzie w powstawanie miejscowego szpitala bądź izby chorych zaangażowana była społeczność lokalna, tuż po otwarciu tygodniami nowo oddane sale świeciły pustkami. „Zrobiliśmy szpital na 16 łóżek. Do szpitala ludzie szli bardzo niechętnie, nie wierzyli w lekarzy i możliwość wyleczenia z tej malarii, która szalała ogromnie na terenie tej gminy. [...] pierwszy chory zjawił się po trzech tygodniach, jak zaznaczyłem z trudem – dopiero później szpital się zappełnił”¹⁵⁵ – pisał Aleksander Bałasz. O tym, jak bardzo trwałe było takie myślenie, świadczyć mogą również późniejsze opowieści prowincjonalnych lekarzy. Jedną, z początku lat 70., przywoływał lekarz odbywający swój staż w pogotowiu ratunkowym w Wyszku: „To czasem cholery można dostać, my już próbujemy różnych argumentów. Odsyłamy czasem do księdza. Ja miałem taką historię kiedyś, że nie chcieli dziecka do szpitala oddać. To była noc, ciemno, tylko lampa naftowa. Ja tak stanąłem i mówię: «kobieto, to jest małe dziecko. Ono umrze i ta niewinna duszyczka ci łańcuchami pod oknem zadzwoni i zawyje o północy». Na to matka, «Ależ panie doktorze...! tam prawie mnie po rękach całowała. W końcu zgodziła się to dziecko oddać». Ale takie nakłanianie, przekonywanie jest bardzo uciążliwe i trudne, nie każdy po kilkugodzinnym dyżurze jeszcze to robi”¹⁵⁶.

W wielu przypadkach więc, jak wskazywał w dalszej części reportażu lekarz, kończyło się na spisaniu oświadczenia o rezygnacji z sugerowanej hospitalizacji „na własną odpo-

¹⁵⁵ AAN, MZ, GMWP, sygn. 55, Narady aktywu pracowników służby zdrowia w Ministerstwie i terenie, protokoły, stenogramy, korespondencje, 1953 r., k. 247.

¹⁵⁶ APR, sygn. C-10420, T-11 – zgłoś się, red. P. Komorowski (1971).

wiedzialność”¹⁵⁷. Oczywiście, podobnie jak w przywołanych wcześniej sytuacjach, ogromną rolę w utrzymującej się niechęci względem szpitali odgrywały również kwestie ekonomiczne i transportowe. W przypadku rolników indywidualnych, zmagających się z opresyjnym systemem podatkowym lat 50., miało to tym większe znaczenie. Wciąż aktualne pozostawało bowiem stwierdzenie Ignacego Solarza – działacza przedwojennego ruchu ludowego – który tuż przed wojną pisał: „Chłop za przyjazd lekarza i poradę do domu płaci cielęciami, za przyjazd do ciężkiego porodu krową lub koniem, za dłuższe leczenie szpitalne płaci ziemią. Nie starczy gospodarstwa na ratowanie całej rodziny”¹⁵⁸.

Zmianie tych wiejskich uprzedzeń względem szpitali tuż po wojnie nie sprzyjała też sytuacja sanitarno-epidemiologiczna. Wynik materialnych zniszczeń i dramatycznych warunków sanitarnych w całym kraju stanowiły epidemie groźnych chorób zakaźnych. Takie choroby jak błonica, płonica czy dur brzuszny objęte były bowiem przymusową hospitalizacją. Sam ów przymus w połączeniu ze zbyt późnym na ogół diagnozowaniem choroby wzmacniać mógł negatywne chłopskie wyobrażenie o instytucji szpitalnej. Pogłębiała go jednak inna kwestia. Formalnie w myśl zarządzenia z 1946 r. pacjenci oddziałów zakaźnych dotknięci którąś z wymienianych chorób mieli być zwolnieni z kosztów leczenia lub jedynie ponosić opłaty minimalne¹⁵⁹. W praktyce jednak dochodziło do szeregu nieprawidłowości. O skali zjawiska świadczy też bardzo szczegółowy opis odnotowany w „Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia” z 1949 r.: „jak wynika z wiadomości uzyskanych z terenu rodziny chorych zakaźnie podlegających

¹⁵⁷ *Ibidem*.

¹⁵⁸ I. Solarz, *Historia powstania Spółdzielni Zdrowia w Markowy*, Warszawa 1937, s. 18.

¹⁵⁹ *Okólnik Min. Zdrowia nr 19/46 z dn. 12 lutego 1946 r. w sprawie przymusowej hospitalizacji i leczenia chorób*, „Dziennik Zdrowia. Organ Urzędu Ministerstwa Zdrowia” 1946, nr 3, s. 1.

przymusowej hospitalizacji a nieuprawnionych do leczenia w ramach lecznictwa zorganizowanego, nie umieszczają tych chorych w szpitalach, a w poszczególnych przypadkach nawet ich ukrywają. Fakty takie tłumaczone są obawą przez ponoszeniem opłat szpitalnych. W niektórych przypadkach chorzy zakaźnie nie są dostarczani do szpitali ze względu na nieposiadanie przez ich rodziny własnych środków lokomocji ani też funduszy na ich wynajęcie¹⁶⁰. W tym samym dokumencie wskazywano na przypadki żądania przez personel zakładów lecznictwa zamkniętego od nieubezpieczonych pokrycia pełnych kosztów leczenia, odmawiając np. wypisania pacjentów ze szpitala. Również w późniejszym okresie dochodziło do wyraźnych nadużyć. W 1954 r. donoszono: „Niepokojącym jest fakt, że nakłady finansowe na leczenie na 1 osobodzień w szpitalach w poszczególnych województwach za okresy ubiegłe wykazują bardzo znaczne różnice, niejednokrotnie odwrotnie proporcjonalne do przeciętnego poziomu lecznictwa w tych województwach. Np. wg danych za rok 1953 w woj. krakowskim – 3,23 zł na 1 osobodzień, a w woj. olsztyńskim 7,44 zł za jeden osobodzień”¹⁶¹.

Informacje te, rozchodzące się na wsi bardzo szybko (najczęściej drogą wyolbrzymianych z czasem plotek), powodowały, że lecznictwo zamknięte budziło rozmaite obawy, na które w przypadku chorób zakaźnych w pierwszych latach po wojnie nakładał się jeszcze nierzadki w południowej Polsce lęk przed społecznym naznaczeniem. Jak wyglądał ów lęk, opisywała Karasiówna: „Przyprowadza mi ojciec 12-letnią dziewczynkę. Od tygodnia gorączkuje [...]. Pobieram jej krew do badania na tyfus i zalecam zgłosić się za trzy dni, kiedy

¹⁶⁰ *Okólnik w sprawie chorych zakaźnie przymusowo hospitalizowanych*, „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia” 1949, nr 23, s. 157.

¹⁶¹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/17, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 17–25, protokoły, załączniki, Protokół nr 34/54 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 29 lipca 1954 r., k. 2.

nadejście wynik badania. Zalecam zachować środki ostrożności, żeby się reszta rodziny nie zaraziła. Ale ojciec nie zgłosił się ponownie. Obraził się, że jego córkę ośmielałam się posądzić o chorobę zaraźliwą. Zresztą za trzy tygodnie zachorował i umarł. Na tyfus. [...] Chorowali podobno i inni pracownicy tej samej mleczarni. Ale do Ubezpieczalni zgłaszali się niechętnie. Jeszcze by ich posądzono o chorobę zaraźliwą”¹⁶².

Takie myślenie w latach 1945–1949 mogła też utrwalac praktyka oznaczania domów wiejskich objętych daną chorobą, dokonywana przez powiatowe kolumny dezynfekcyjne w ramach kwarantanny, a także sama dezynfekcja narażająca daną rodzinę wiejską na poważne straty. Jak wyglądała, opisała to jedna z odpowiedzialnych za jej przeprowadzenie pielęgniarek epidemicznych: „Staralam się żeby ktoś z rodziny chorej pomógł mi przy dezynfekcji. Takimi pracami jak: zdejmowanie brudnej bielizny i moczenie jej w roztworze dezynfekcyjnym uprzednio przeze mnie przygotowanym, wynoszenie i palenie słomy z sienników – obarczałam kogoś z rodziny chorego. Ja natomiast musiałam przeprowadzić dezynfekcję i odmuszanie wszystkich pomieszczeń, zalać wapnem chlorowanym ustępy i gnojowiska”¹⁶³.

Z uwagi na brak statystyk trudno powiedzieć, jak częste w latach 40. i I połowie lat 50. zjawisko na wsi stanowiła jednak przymusowa hospitalizacja i czy wykorzystywano ją jako element opresyjny. Ponieważ jednak tempo rozprzestrzeniania się chorób w ośrodkach miejskich było znacznie większe, owocując przepełnieniem powiatowych i wojewódzkich szpitali, można wnioskować, iż sytuacja ta nie zdarzała się aż tak często i dotyczyła raczej mieszkańców dużych wsi zlokalizowanych w bliskiej odległości od ośrodków miejskich¹⁶⁴.

¹⁶² *Pamiętniki lekarzy...*, (Kraków 1987), s. 30.

¹⁶³ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 664–665.

¹⁶⁴ O problemach związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych zarówno na polskiej prowincji, jak i w większych miastach pisałam w artykule: *Epidemie*

Wprowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych i działania na rzecz wzmocnienia reżimu sanitarnego, realizowane intensywnie od 1954 r., sprawiały, że zachorowalność na najgroźniejsze choroby zakaźne dość szybko spadała (por. rozdział II). Mimo tego trendu liczba powojennych szpitali, a przede wszystkim liczba oferowanych w nich miejsc do końca lat 80. była niewystarczająca. Gdy w 1950 r. działać miało 516 placówek lecznictwa zamkniętego, gwarantujących ok. 40 łóżek na 10 tys. mieszkańców, to na początku lat 80. w 687 szpitalach dysponowano 65 miejscami na 10 tys. mieszkańców¹⁶⁵.

Warunki szpitalne

Większość z działających szpitali zlokalizowana była w budynkach zaadaptowanych, zwykle zbyt małych wobec lokalnych potrzeb, nierzadko niespełniających podstawowych wymogów sanitarnych. Z tego też powodu wiele placówek już kilka lat po uruchomieniu znajdowało się w bardzo złym stanie technicznym i wymagało albo kapitalnego remontu, albo zamknięcia/ przeniesienia do innego obiektu. Brak miejsc w szpitalach i związane z tym zjawiskiem strategie przystosowawcze powoli stawać się zaczynały „normą” opisywaną w sprawozdaniach wojewódzkich. Przykładowo w samej Wielkopolsce w 1969 r. zagęszczenie chorych w placówkach szpitalnych było 30% wyższe od obowiązujących norm¹⁶⁶. Na wielu oddziałach nikogo

chorób zakaźnych w powojennej Polsce jako problem społeczny, w: Od powietrza, głodu, ognia i wojny... Klęski elementarne na przestrzeni wieków, red. T. Głowiński, E. Kościak, Wrocław 2013, s. 297–307.

¹⁶⁵ Liczba szpitali rosła szybko w latach 50. – z 516 obiektów w 1950 r. do 653 w 1960 r. Od 1960 r. liczba szpitali zwiększała się powoli, przybywało jednak łóżek. W 1950 r. dysponowano 39,6 łózkami na 10 tys. mieszkańców, w 1960 wskaźnik ten wynosił 55,4, zaś w 1983 – 65,5. *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985...*, s. XX.

¹⁶⁶ „Wiek budynków szpitalnych w województwie wynoszący średnio 63 lata znacznie przekracza wiek takich samych obiektów w Polsce, który wynosi

nie dziwiło umieszczanie chorych na korytarzach. Tak było m.in. w Szpitalu Powiatowym w Gryficach w 1965 r., gdzie aby pomieścić pacjentów, wykorzystany został „korytarz, gabinet EKG i izba przyjęć”, i gdzie z konieczności szybszego zwalniania miejsc „chorzy ze szpitala wychodzą niedoleczeni”¹⁶⁷.

Z braku miejsc w okresach największego nasilenia przyjęć w wielu placówkach stosowano również praktykę umieszczenia po dwóch pacjentów na jednym łóżku lub gdy zapełniał się jeden oddział, nowo przyjęci trafiali na oddziały sąsiednie¹⁶⁸. Z jak wielkimi brakami miejsc borykać musiały się niekiedy szpitale powiatowe, pokazywał w latach 60. przykład Lubartowa, w którym „z uwagi na brak miejsc w samym 1959 r. szpital odmówił przyjęcia 810 chorych, natomiast w ciągu roku przebywało w placówce 4248 pacjentów”¹⁶⁹, co sprawiało, że statystycznie co piąty chory odsyłany był do placówki w innym mieście, w którym oczywiście sytuacja mogła się powtórzyć. O zjawisku krążenia chorych między szpitalami w latach 60. wspominali dość często sami lekarze. Zresztą nierzadko był to również problem dla ekip pogotowia ratunkowego¹⁷⁰. Poprawę w stanie i liczbie szpitali oraz dostępnych w nich miejsc przyniosły dopiero lata 70. i 80. Uruchomiony w 1973 r. NFOZ

52 lata. Około 80% łóżek szpitalnych zlokalizowanych jest w budynkach starych lub zaadoptowanych, poważnie zagęszczonych. Zagęszczenie chorych jest około 30% wyższe od obowiązujących norm. Około 20% budynków szpitali ogólnych znajduje się w bardzo złym stanie technicznym i należy je zastąpić nowymi”. AAN, MZiOS, sygn. 1/67, Wnioski do MZiOS – w zakresie bazy leczenia zamkniętego, k. 15.

¹⁶⁷ Archiwum Państwowe w Szczecinie, Oddział w Międzyzdrojach [dalej: APSz], sygn. 231, Komisja Zdrowia, Zatrudnienia i Spraw Socjalnych PRN 1965–67, k. 15, 173.

¹⁶⁸ *Ibidem*.

¹⁶⁹ APL, PPRN w Lubartowie, sygn. 67, Referat na sesję PRN w Lubartowie w dniu 19 lutego 1960 r. w sprawie pracy służby zdrowia na terenie pow. lubartowskiego, k. 246.

¹⁷⁰ APR, sygn. C–10420, T–11 – *zgłoś się*, red. P. Komorowski (1971).

znaczną część zgromadzonych składek społecznych przeznaczał na budowę lub rozbudowę obiektów lecznictwa zamkniętego. W latach 80. proces ten kontynuowano, choć finansowanie szpitali przejął wówczas w całości budżet państwa¹⁷¹.

Funkcjonowanie szpitali nie było również łatwe z uwagi na problemy materialne. Stale przewijające się przez źródła i powszechne, zwłaszcza w placówkach powiatowych, kłopoty z bieżącą wodą, ogrzewaniem, dostawami prądu czy wreszcie sprawnie działającym sprzętem medycznym lub odpowiednią ilością bielizny czy materiałów opatrunkowych oddziaływały oczywiście na przebywających w nich pacjentów¹⁷². Czy doskwierały mieszkańcom wsi, trudno stwierdzić.

„[...] jak w szpitalu nie uratują to nikt nie uratuje”

Sam pobyt w placówce szpitalnej był jednak na ogół dużym przeżyciem. Z badań prowadzonych przez krakowskich etnologów w połowie lat 70. wynika, że czas hospitalizacji wspomniano na wsi raczej dobrze, chociaż pojawiały się zastrzeżenia dotyczące stosunku personelu pomocniczego do pacjentów. Narzekano zwłaszcza na salowe i pielęgniarki, co zresztą pokrywało się z relacjami pacjentów pochodzących z innych środowisk społecznych i przypisywanym tej grupie zawodowej statusem społecznym¹⁷³. Jedną z mieszkanek wsi podkrakowskiej, w 1975 r. opisując swój pobyt na

¹⁷¹ Zob. np.: J. Czajkowski, W. Świdrak, *op. cit.*, s. 3–6.

¹⁷² Więcej o powojennych szpitalach piszę w tekstach: *Epidemie chorób zakaźnych...*, s. 297–307; „Twoje zdrowie w twoich rękach”. *Zdrowie, higiena i warunki życia w PRL*, w: *Szkice o codzienności PRL*, red. M. Kruszyński, T. Osiński, Lublin 2016, s. 147–166; *Warunki sanitarne w powojennej Polsce. Zarys problemów i dynamiki zmian (1945–1970)*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2014, t. 12, s. 277–300.

¹⁷³ Ciekawie relacje o szpitalach opisywali także autorzy pamiętników. Zob.: J. Drażba, *Za parawanem powiek. Wiersze i pamiętnik*, Poznań 1999; J. Godziński, *Poślizg niekontrolowany*, Warszawa 1972.

oddziale chirurgicznym, podkreślała: „Różnic w traktowaniu ludzi ze wsi i z miasta nie zauważyłam. Różnice były tylko [w] traktowaniu tych ludzi, którzy dawali salowym czy pielęgniarce łapówki, a tymi co nie dawali. Pierwsi traktowani byli o wiele lepiej. Lekarze traktowali wszystkich jednakowo, nie robili różnic”¹⁷⁴.

Jeszcze w latach 70. i 80. w wielu chłopskich domach zmagający się z różnymi schorzeniami i bólami mężczyźni i kobiety odkładali jednak leczenie szpitalne tak długo, jak tylko mogli. Podobnie jak przywoływany wcześniej gospodarz, nawet mimo wyraźnie deklarowanego zaufania do lekarzy bądź felczerów, wielu odrzucało myśl o leczeniu szpitalnym kojarzonym jednoznacznie z radykalnymi metodami. Jak stwierdzał jeden z rolników: „szpital to ostateczność, [...] tam najczęściej robią operacje a tego wielu ludzi nie może wytrzymać”¹⁷⁵.

Podejście takie potwierdzał również w latach 70. lekarz z Wyszkowa, który na zjawisko patrzył jednak z drugiej strony: „Tutaj często chorych, w ciężkim stanie zagrożenia życia trzeba nieraz błagać żeby się zgodzili na zabieg operacyjny, który im zdrowie i życie przywrócić może. Jest też tutaj takie powiedzenie które chorzy powtarzają na oddziale chirurgicznym. Chorzy mówią «że się poświęciłem na operację»”¹⁷⁶.

Spostrzeżenia te odzwierciedlenie miały także w wynikach badań prowadzonych na Lubelszczyźnie w latach 1960–1961 przez pracowników IMPiHW oraz Akademii Medycznej w Lublinie. Bazując na kartach szpitalnych oraz wywiadach lekarskich z pacjentami z dziewięciu klinik lubelskiej Akademii Medycznej, stwierdzili oni, iż zbyt późne zgłaszanie się mieszkańców wsi (także uspołecznionej i chłoporobotniczej) do klinik specjalistycznych i odmawianie poddania się zabiegom,

¹⁷⁴ AIEiAK UJ, sygn. 4001, cz. 2: Medycyna ludowa choroby, leczenie, zęby, k. 111–113.

¹⁷⁵ *Ibidem*, sygn. 4012, Medycyna ludowa (1975), k. 122.

¹⁷⁶ APR, sygn. C–10420, T–11 – *zgroś się*, red. P. Komorowski (1971).

w ok. 80% przypadków wiązało się z przyczynami kulturowymi i psychicznymi (lęk, nieświadomość znaczenia choroby)¹⁷⁷. Co ciekawe, jednak te same badania pokazały, iż w przypadku schorzeń chirurgicznych, psychiatrycznych i gruźlicy płuc aż co czwarty wymagający zabiegu bądź terapii specjalistycznej pacjent (25%) nie podejmował leczenia z winy lekarza, który albo pomylił się w diagnozie, albo zaniechał skierowania chorego do specjalisty¹⁷⁸.

Lęk przed szpitalem na ogół utożsamiany był ze strachem przed operacją, ryzykownym zabiegiem lub diagnozą choroby terminalnej. Rosnąca stopniowo liczba przypadków, w których szpitalny zabieg przyniósł zdecydowaną poprawę stanu zdrowia bądź ratował życie, sprawiała, że opisywane obawy choć stale towarzyszyły mieszkańcom wsi, to jednak coraz rzadziej owocowały oporem przed leczeniem zamkniętym.

Prowadzona dość intensywnie od przełomu lat 50. i 60. wiejska oświata sanitarna wraz z indywidualnymi doświadczeniami i zasłyszаныmi historiami dotyczącymi szpitalnej pomocy powodowała, że stopniowo wieś uczyła się też, które schorzenia wymagają niezwłocznej pomocy szpitalnej i natychmiastowego wezwania pogotowia. Zwykle okazywały się to stany ostre. Jak stwierdziła w 1966 r. mieszkanka wsi, „chorobą której najbardziej obawiano się był wyrostek robaczkowy i skręt kiszek”¹⁷⁹. Choć oba te stany doprowadziły na wsi do wielu przypadków śmiertelnych, to nadal niektórzy ludzie próbowali leczyć się samodzielnie. Jednak kobieta ta jednoznacznie stwierdziła, iż jej zdaniem jedynym ratunkiem przy tego typu schorzeniach był szpital¹⁸⁰.

¹⁷⁷ *Przyczyny zaniedbań i opóźnień w leczeniu ludności wiejskiej województwa lubelskiego*, red. A.R. Tuszkiewicz, Lublin 1968, s. 10.

¹⁷⁸ *Ibidem*, s. 10–11.

¹⁷⁹ AIEiAK UJ, sygn. 2328, Lecznictwo wiejskie, Rycerska Góra, pow. Żywiec, 1966, k. 6.

¹⁸⁰ *Ibidem*.

„Prędzej się śmierci można doczekać, niż karetki”

Od lat 50. coraz częściej w stanach ostrych również na wsi wzywano pogotowie ratunkowe¹⁸¹. Zwykle odbywało się to za pośrednictwem wiejskiego lekarza bądź felczera, w którego siedzibie dostępny był jedyny na wsi aparat telefoniczny. To pośrednictwo niewątpliwie stanowiło także ważny element lokalnej kontroli zdrowotnej pełnionej przez kierownika danego ośrodka. Oddziaływało też jako forma pierwszego kontaktu, przeciwdziałając nieuzasadnionym wezwaniom.

W latach 60., a zwłaszcza w dekadzie Gierka w przypadku większych wsi lub małych miasteczek dostęp do telefonu bądź środka komunikacji był już lepszy, co nierzadko powodowało też porzucanie pośrednictwa lokalnego medyka. Na wsi coraz częściej dzwoniło także z telefonu sołtysa, ewentualnie z poczty. Szpitale powiatowe dysponowały też wówczas większą liczbą pojazdów sanitarnych?¹⁸² To właśnie od lat 60. liczba nieadekwatnych wezwań pogotowia (nie tylko ze środowiska wiejskiego) zaczynała być przedmiotem poważnych debat i niepokoju wyrażanego przez lekarzy na zebraniach centralnych. Na łamach „Nowej Wsi” w 1960 r. obnażano nieadekwatność tego rodzaju praktyk, przywołując jednoznaczne opisy ówczesnych lekarzy i stosunek niektórych wiejskich mieszkańców: „Gdy jedzie się do chorego nie ubezpieczonego, wiadomo w 100%, że pomoc Pogotowia jest mu rzeczywiście potrzebna.

¹⁸¹ Po wojnie wznowieniem działalności stacji pogotowia ratunkowego zajmował się Polski Czerwony Krzyż. W 1951 r. liczba stacji pogotowia ratunkowego wzrosła do 218.

¹⁸² Według danych *Rocznika Statystycznego Ochrony Zdrowia* w 1955 r. dysponowano 1149 karetkami sanitarnymi (1 na 24 tys. mieszkańców), zaś 10 lat później liczba tych pojazdów wzrosła prawie trzykrotnie, bo wynosiła 3175 (1 karetka na 9,9 tys. mieszkańców). W 1975 r. liczba pojazdów była podobna (3516) i wzrosła na początku lat 80. do 4550 (1983 r.). *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. XX; *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985...*, s. 94.

Z ubezpieczonym nigdy nic nie wiadomo. Niekiedy chodzi o opatrunek lekko skaleczonego palca, a zdarza się, że wzywają nas nawet do... bolącego zęba¹⁸³ – stwierdzał lekarz, a jeden z bardziej roszczeniowych rolników narzekał: „Prędzej się śmierci można doczekać, niż karetki. Co to za «pogotowie»? Niech sobie sprawią szybsze karetki. Ja jestem ubezpieczony i mam prawo wymagać¹⁸⁴”.

Także w sprawozdaniu z działalności Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Goleniowie zwracano uwagę na ten problem, pokazując jednak jeszcze inne zjawisko: „Na wiele trudności napotykamy ze strony osób wzywających Pogotowie – aby nie spotkać się z odmową przyjęcia wezwania szereg osób podaje powody wezwania błędnie lub wręcz fałszywe, co w konsekwencji sprawia, że duży procent wezwań nie kwalifikuje się do natychmiastowej interwencji Pogotowia¹⁸⁵”.

Spora popularność tych postaw była powodem zaostżenia sankcji karnych wobec osób wzywających karetki w nieuzasadnionych przypadkach. Taka decyzja, choć logiczna, miała jednak swoje negatywne konsekwencje dla mieszkańców wsi bardziej oddalonych i pozbawionych pobliskiego ośrodka zdrowia. Mówili o nich w 1967 r. uczestnicy posiedzenia Komisji Zdrowia, Opieki Społecznej i Zatrudnienia PRN w Gryficach (woj. szczecińskie), stwierdzając, iż „kwestia zaostżenia sankcji karnych za wezwanie karetki powoduje, że wiele matek gorączkujących dzieci nie wie co robić gdyż z jednej strony obawia się lekarzy, a z drugiej strony boi się stanu zagrożenia chorego dziecka¹⁸⁶”.

Kontakt z pogotowiem wielokrotnie był problematyczny, a narzekania na pracę dyspozytorek to jedno z częściej pojawia-

¹⁸³ „Nowa Wieś” 1960, nr 49, s. 2–3.

¹⁸⁴ *Ibidem*, s. 3.

¹⁸⁵ APSz, sygn. 116, Sprawozdanie opisowe z działalności Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Goleniowie 1966, k. 5–6.

¹⁸⁶ APSz, Urząd Miasta i Gminy [dalej: UMiG] Gryfice, Komisja Zdrowia i Opieki Społecznej 1965–1968, sygn. 137, k. 203–204.

jących się skarg wysyłanych do władz centralnych lub pojawiających się w listach publikowanych na łamach prasy lokalnej¹⁸⁷.

Czy reforma zdrowotna z 1972 r. i objęcie wsi bezpłatnym ubezpieczeniem nasiliły częstotliwość wezwań, trudno powiedzieć. Jednak – jak pokazują materiały – pojawiało się w tym czasie sporo wezwań fikcyjnych, tj. takich, w których podawane dyspozytorce przyczyny wezwania miały się nijak do rzeczywistości. Nie oznacza to jednak, że zgłoszenia takie były nieuzasadnione. Bardzo ciekawie o tym zjawisku opowiadała jedna z lekarek, pracująca od lat 80. na oddziale ratunkowym: „Na wsi ludzie wstydziли się, bo dzwonili od softysa, i często zmyślali takie różne rzeczy. No i było wezwanie, jakieś tam bóle serca. Myśmy pojechali, jako erka, do bólów serca. [...] Otworzył nam bramę [starszy pan], myśmy wysiedli, idziemy. Ten starszy pan, który tam chyba był właścicielem tego domu, próbował nam coś powiedzieć ale jakoś nie zdążył [...]. Ja już w tym czasie weszłam. W domu była jakaś kobieta i taki wielki mężczyzna, odwrócony do mnie tyłem. I ja mówię: «Kto z Państwa jest chory?» [...] I odwrócił się ten młody mężczyzna i mówi: «Ja». Wielki taki młody mężczyzna. Ja od razu skontaktowałam, że on po prostu, ma coś z psychiką. No, bo już człowiek ma takie doświadczenie. I ja bardzo grzecznie do niego mówię: «Tak? To proszę do karetki». I on ruszył z nami. I w tym czasie ten ojciec, który nam to próbował powiedzieć, dał mi papiery. Mówi, że: «Syn się gorzej czuje, tutaj, pani doktor są jego papiery z leczenia». Ja patrzę, a tam jest napisane rozpoznanie zespół maniakalny z napadami agresji. On już się czuł gorzej, nie brał leków i sam wiedział. I myśmy jechali kilkanaście, czy ponad dwadzieścia kilometrów. Była pani A., która jeszcze jest niższej postury ode mnie, był taki sanitariusz, też taki drobnej

¹⁸⁷ Zob. np.: AAN, MZiOS, sygn. 10/32, Wycinki prasowe dot. działalności służby zdrowia w mieście i na wsi, 1980, t. 1; *ibidem*, sygn. 10/31, Wycinki prasowe dot. działalności służby zdrowia w mieście i na wsi, 1979, t. 2.

postury i kierowca, który trzyma się kierownicy. I z tym właśnie wielkim takim metr dziewięćdziesiąt, dobrze zbudowanym mężczyzną, który miał po prostu w papierach, że może nas tam wszystkich zabić na miejscu. [...] I ja pamiętam, że siedzieliśmy tam wszyscy tak cichutko [...] ale tak jakoś dojechaliśmy do tej izby przyjęć – od razu w drugą karetkę do Abramowic¹⁸⁸.

Nasuwa się pytanie, czy tego rodzaju zjawiska nie pojawiały się w innych środowiskach społecznych i nie stanowiły konsekwencji wstydu przed ujawnieniem niektórych przypadłości publicznie (liczba abonentów telefonicznych w małych miejscowościach nie była zbyt duża). Niewykluczone jednak, iż przynajmniej w niektórych przypadkach rolę odgrywać mogła też wiedza o ograniczonej liczbie karetek i konieczności „wzmocnienia” przypadłości, by przekonać do wysłania pogotowia w pożądanym kierunku. Czy tak było, trudno z braku bardziej pogłębionych studiów dociec.

1.5. „Ambulans jedzie na wieś”

Prowadzone tuż po wojnie inspekcje terenowe, omawiane podczas Kolegium Ministerstwa Zdrowia, ukazywały zwykle alarmujący stan zdrowia i warunków życia mieszkańców wsi. Wysoka zachorowalność na choroby zakaźne oraz ogromna umieralność niemowląt i dzieci poniżej 1. roku życia uświadamiały konieczność podjęcia szeregu środków doraźnych. Mimo opisywanych akcji i żywiołowego tworzenia wiejskich ośrodków zdrowia, ograniczenia finansowe, organizacyjne i kadrowe nie pozwalały na dotarcie do najdalszych zakątków Polski prowincjonalnej. Tam, gdzie utworzenie stacjonarnych placówek opieki zdrowotnej było niemożliwe, od 1948 r. wysyłano tzw. ruchome ambulanse.

Projekt ich zorganizowania omawiano już w 1945 r. podczas Zjazdu Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia.

¹⁸⁸ E.S., miejscowość Ż., woj. lubelskie.

Wówczas to projektowano zorganizowanie ok. 800 „ambulan- sów lotnych”, z lekarzem, pielęgniarką i apteczką na pokła- dzie. Ciężarówka, jak planowano, wyjeżdżać miały z miasta powiatowego w teren, obsługując najbardziej odległe wsie¹⁸⁹. W praktyce były to najczęściej ambulanse lekarsko-denty- styczne i rentgenowskie. W 1952 r. w raporcie dotyczącym stanu leczenia dentystycznego mówiono o 227 ekipach udzielających bezpłatnej pomocy lekarsko-dentystycznej dzie- ciom i ludności wiejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem pra- cowników PGR, Państwowy Ośrodek Maszynowy (POM), lud- ności wsi biedniackich i uspołdzielczonych¹⁹⁰. Trudno jednak stwierdzić, jak często pojawiały się one w poszczególnych osa- dach i czy ideologiczna trójsektorowość wsi znajdowała swoje odbicie w tych wizytach¹⁹¹. Pewną wskazówką są dane z woj. bydgoskiego, w którym ambulans ruchomy w 1953 r. odbył 602 wyjazdy – w tym do spółdzielni produkcyjnych w mieście – 86, do PGR – 219, do wsi nieuspołecznionych – 87, ponadto do leśniczówek, szkół, obozów – 6, POM – 4¹⁹². Czy taka czę- stotliwość wyjazdów charakteryzowała też inne województwa, z braku materiałów trudno dociec. W kontekście działań mają- cych na celu pomoc zdrowotną wsi bardzo ciekawe jest jednak przytaczane przez Dariusza Jarosza i datowane na 1952 r. upo- mnienie ówczesnego ministra zdrowia Jerzego Sztachelskiego: „Wreszcie trzeba abyśmy sobie wytknęli [...] «apolityczny» czy «ponadklasowy» stosunek do wsi, polegający na tym, że niektó-

¹⁸⁹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 19, Zjazd Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia (24 i 25 1945 r.), Protokoły zjazdu, k. 3.

¹⁹⁰ *Ibidem*, sygn. 1/8, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, 1952 r., Stan leczenia stomatologicznego w 1952 r. osiągnięcia i braki, k. 212.

¹⁹¹ W 1950 r. na terenie Polski było 330 powiatów oraz 2994 gminy wiejskie. *Rocznik Statystyczny 1950*, Warszawa 1951, s. 12. 227 ekip nie oznaczało zapewne, że tyle samo było ambulansów.

¹⁹² AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/15, Ocena stanu służby zdrowia na terenie woj. bydgoskiego ze szczególnym uwzględnieniem leczenia otwartego oraz stanu sanitarno-epidemiologicznego 1954, k. 36.

rzy organizatorzy służby zdrowia nie rozróżniają PGR-ów i wsi spółdzielczej od wsi składających się z gospodarstw indywidualnych i widocznie nie mogą zrozumieć, że całym wysiłkiem służby zdrowia trzeba pomóc przede wszystkim nowej spółdzielczej wsi i włączyć się do budowania socjalistycznego życia na wsi¹⁹³.

Do podobnych wniosków prowadzi także wstępna analiza materiałów ikonograficznych i propagandowych – wśród zgromadzonych w Narodowym Archiwum Cyfrowym (NAC) zdjęć i materiałów ukazujących działalność tych „instytucji mobilnych” nie ma bowiem przewagi obrazów przedstawiających pracę ambulansów na wsiach uspołecznionych i upaństwowionych. Jako ruchome gabinety zwykle pracowały one w danej wsi przez kilka tygodni, a lekarze wykonywali niezbędne badania. Jak pokazują materiały, zarówno PGR, jak i inne przedsiębiorstwa państwowe (np. budowlane) z czasem zaczęły dysponować własnymi pojazdami, które objeżdżały poszczególne placówki. Obok ruchomych gabinetów dentystycznych w latach 50. na polską prowincję docierały także ambulanse rentgenowskie i lekarskie (ogólne). Wyjątkową (i raczej jednorazową) formą tak prowadzonej opieki zdrowotnej był pociąg specjalny, który w 1952 r. z okazji 60. rocznicy urodzin Bolesława Bieruta dojechał do wsi Czachówek w pow. grójeckim. Ekipa lekarska zajmująca skład pięciu odpowiednio wyposażonych i zaadaptowanych wagonów (rentgenowskiego, dentystycznego, internistycznego i propagandowo-filmowego) z tej okazji zbadać miała ok. 500 mieszkańców¹⁹⁴.

Ruchome gabinety nie pełniły jednak tylko funkcji fasadowej czy propagandowej. W ocenie i analizie działalności zakładów służby zdrowia w latach 1950–1955 ambulansom dentystycznym przypisywano znaczącą rolę, zaliczając je do

¹⁹³ D. Jarosz, *Obraz chłopca w krajowej publicystyce czasopiśmienniczej 1944–1959*, Warszawa 1994, s. 97.

¹⁹⁴ Narodowe Archiwum Cyfrowe [dalej: NAC], sygn. 19203–10.



3. Kwiecień 1952. Pociąg specjalny z ekipą lekarską we wsi Czachówek, pow. grójecki.

grupy „poradni stomatologicznych” (ambulanse stanowiły 6% wszystkich poradni)¹⁹⁵. Z materiałów Ministerstwa Zdrowia wywnioskować można jednak, iż ok. 1958 r. instytucje te przeżywały swoisty kryzys związany przede wszystkim z problemami kadrowymi¹⁹⁶. W istocie bowiem praca ekip ambulan-

¹⁹⁵ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/27, Analiza sieci i działalności zakładów służby zdrowia w okresie 1950–1955, k. 282.

¹⁹⁶ Problem taki zgłaszano m.in. w 1958 r. w woj. olsztyńskim, gdzie „na 11 ruchomych ambulansów dentystycznych czynne są tylko 4, podczas gdy godziny

sowych nie należała do najłatwiejszych i wiązała się z częstymi wyjazdami. Jak pokazują materiały, pomimo zagęszczającej się zwłaszcza w latach 70. siatki gminnych ośrodków wiejskich popularność gabinetów ruchomych wcale nie malała. Choć nie udało mi się jak dotąd ustalić, ile ich było w latach 70. i 80. (w 1967 r. – 183), to pojawiały się one nadal w przestrzeni wiejskiej, odgrywając tam rolę „przewoźnych punktów badań masowych”¹⁹⁷. W wielu miejscach ambulanse dentystyczne nadal też pełniły funkcje substytutu poradni stomatologicznej. Tak było m.in. w woj. szczecińskim (w 1967 r.)¹⁹⁸, ale również w woj. lubelskim, gdzie z powodu braku lekarza-dentysty społeczność lokalna sama domagała się choćby zorganizowania przyjazdu takiegoż ambulansu¹⁹⁹.

Na przełomie lat 60. i 70. nadal wykorzystywane były także ambulanse rentgenowskie, którymi dysponowały wojewódzkie przychodnie przeciwgruźlicze.

Jak pokazywano na przykładzie poradni przeciwgruźliczej w woj. olsztyńskim w 1974 r., dysponować miała ona sześcioma ruchomymi gabinetami wykonującymi rocznie ok. 300–400 tys. zdjęć, które następnie wywoływano i opisywano²⁰⁰. „Autobusy

lekarzy dentystów nie są wykonane [...]. W okresie ostatnich dwóch lat nastąpił odpływ lekarzy dentystów z ruchomych ambulansów dentystycznych [...] są duże trudności w obsadzaniu tych ambulansów. Wydział Zdrowia po doprowadzeniu do pełnej obsady skieruje ambulanse wyłącznie do szkół wiejskich”. *Ibidem*, sygn. 1/38, Protokół z posiedzenia Kolegium wyjazdowego MZ, 24.09.1958 w Olsztynie, k. 1. Podobne problemy w tym czasie zgłaszano także w woj. bydgoskim. *Ibidem*, sygn. 1/33, Ocena służby zdrowia woj. bydgoskiego, k. 12.

¹⁹⁷ NAC, 1969 (w 1955 r. było 206 „lotnych ciężarówek”, 10 lat później – w 1965 r. 23 mniej – 183).

¹⁹⁸ APSz, PPRN i UP w Gryficach, sygn. 233, Komisja Zdrowia Zatrudnienia i Spraw Socjalnych PRN 1969–70, k. 1.

¹⁹⁹ APL, PGRN, pow. lubartowskiego, sygn. 23, Stan lecznictwa stomatologicznego na terenie powiatu lubartowskiego, k. 5.

²⁰⁰ NAC, sygn. zdjęcia: 291547–6.



4. Kwiecień 1969. Ruchomy gabinet dentystyczny we wsi Braniewo, woj. olsztyńskie.

z rentgenem”²⁰¹ oraz ambulanse dentystyczne były na ogół oczekiwane przez mieszkańców wsi. W przypadku podejrzenia gruźlicy (po wywołaniu i opisanu zdjęcia) wysyłano mieszkańcom indywidualne zawiadomienia. Wielu jednak, jak pokażę w rozdziale III, z różnych przyczyn nie podejmowało (lub szybko zarzucało) leczenie tej choroby.

Ruchome gabinety, poza możliwościami dokonania jednorazowych badań masowych, stanowiły także ważną formę zbierania informacji o stanie zdrowia ludności wiejskiej danego regionu, pełniąc nierzadko również funkcje oświatowe.

²⁰¹ Takiego określenia użyła jedna z rozmówczyń etnologów: AIEiAK UJ, sygn. 4011, *Medycyna ludowa* (1975), k. 71.



5. Krakowscy studenci AM objęli opieką lekarską załogi trzech PGR-ów: Pruszków, Turowa, Zimnica. Aby nie odrywać ludzi od pilnych prac żniwnych, studenci prowadzą badania i udzielają pomocy wprost na polu. Na zdjęciu traktorzysta Rudolf Bańczyk badany jest na polu przez ekipę studentów.

Kolejną równie istotną sezonową formą opieki zdrowotnej na wsi były tzw. społeczno-naukowe obozy studenckie, czyli *de facto* studenckie praktyki realizowane najczęściej w okresie wakacyjnym. Wyjazdy takie organizowały m.in. Akademie Medyczne w Lublinie, Szczecinie i Łodzi. Zadaniem uczestników obozu były zarówno praca diagnostyczna i pomoc doraźna w terenie, jak i obserwacja zachowań oraz zbieranie materiałów do prac naukowych, zwłaszcza dotyczących stanu sanitarno-higienicznego²⁰². Wielokrotnie grupy studenckie umieszczano

²⁰² Stan zdrowotny i higiena wsi lubelskiej. Materiały z obozów naukowo-społecznych 1954–1960, red. S. Grzycki i in., Lublin 1964.



6. Maj 1970. Badanie stomatologiczne dzieci ze wsi Stawnica, woj. koszalińskie.

też na osiedlach pegeerowskich (Szczecin)²⁰³, ale nie stosowano tu żadnej reguły.

Wyniki badań prowadzonych przez zespół lubelski pokazują, że stosunek mieszkańców wsi do tego rodzaju inicjatyw okazywał się generalnie pozytywny, jednak – jak stwierdził jeden z uczestników badający mieszkańców wsi Gołąb w 1958 r. – „opory ze strony ludności mającej zgłaszać się do badań były duże, szczególnie ze strony mężczyzn zdrowych lub bez dolegliwości”²⁰⁴.

²⁰³ Zob. np.: NAC, sygn. 188253/3, 432945–22.

²⁰⁴ *Stan zdrowia ludności Gołąb*, w: *Stan zdrowotny i higiena...*, s. 82.

Jeszcze inną formę sezonowych, choć jednodniowych, badań masowych prowadzonych na wsi stanowiły tzw. białe niedziele (w latach 80. także tzw. białe soboty), w których uczestniczyły ekipy lekarskie wybranych (lub wytypowanych) placówek szpitalnych. „Biała niedziela” zwykle organizowana była w miejscowej szkole i stanowiła rodzaj lekarskiej obserwacji i kontroli okolicznej ludności (zwłaszcza najmłodszych). Pełniła ważną funkcję propagandową²⁰⁵.

W 1966 r. na łamach czasopisma „Medycyna Wiejska” jedna z prowincjonalnych lekarek, wielokrotnie uczestnicząca w podobnych akcjach, brutalnie obnażała fasadowość tej inicjatywy, określając ją jako marnotrawstwo czasu: „To jedno wielkie zakłamanie – pisała w liście do czasopisma – Jeśli są tereny na których nie ma lekarza, zróbmy tam najprędzej ośrodki zdrowia. A jeśli teren jest mały wszystkie szkoły zbadane, drogi dobre, dostęp do lekarzy dobry, to kogo mamy badać w niedziele? Wszystkie sprawozdania są jednakowe. [...] jeśli musi być badanie na swoim terenie niech akcja ma charakter specjalny, np. mierzenie ciśnienia lub przebadanie wszystkich kobiet ginekologicznie, a nie co łaska, kto łaskaw, bo lekarza czeka. Ale schematy sprawozdań wszędzie jednakowe, żeby było hurra w gazetach”²⁰⁶.

Analiza pokazuje złożoność problemu instytucjonalnej państwowej opieki zdrowotnej na wsi. Wyłączenie w 1948 r. rolników indywidualnych z grona beneficjentów wprowadzanego systemu wykorzystywane było ideologiczne i niekiedy mogło stanowić element opresyjny. W rzeczywistości jednak obejmowanie chłopów bezpłatną opieką zdrowotną z przyczyn kadrowych, infrastrukturalnych i finansowych odbywało się stopniowo (najpierw dotyczyło to opieki nad matką i dzieckiem, cierpiących na wybrane choroby zakaźne, od 1959 także na gruźlicę). Choć projekty przyspieszenia lub nierównoczesnego

²⁰⁵ Zob. np.: *Niedziela medyków*, PKF 60/14A, 1960.

²⁰⁶ „Medycyna Wiejska” 1966, nr 1, s. 69.

rozciągnięcia opieki na poszczególne obszary (po osiągnięciu przez nie granicznej normy 4–5 tys. mieszkańców przypadających na 1 ośrodek) pojawiały się wcześniej, to jednak u progu lat 70. sytuacja infrastrukturalna, kadrowa i demograficzna umożliwiła ich realizację.

Nie oznacza to jednak, że reforma 1972 r. nie skomplikowała funkcjonowania systemu służby zdrowia jako takiego. Objęcie ok. 6–9 mln nowych pacjentów lecnictwem oraz ulgami na zakup leków odczuli nie tylko lekarze czy farmaceuci, którym znacząco wzrosły statystyki udzielonych porad czy wizyt, ale przede wszystkim wszyscy obywatele kraju (kolejki do specjalistów, przepełnienie szpitali, niedobór leków w aptekach itp.).

1.6. Znachorskie podziemie?²⁰⁷

Ograniczony jeszcze w latach 60. dostęp do instytucji opieki zdrowotnej na wsi oraz niska na ogół świadomość sanitarna i zdrowotna jej mieszkańców powodowały, że znaczną część doskwierających schorzeń i dolegliwości najczęściej zwalczano w ramach praktyki samoleczenia²⁰⁸. Przy drobnych lub mniej dokuczliwych przypadłościach radzono sobie, wykorzystując przekazywaną z pokolenia na pokolenie wiedzę opartą na ziołolecznictwie bądź produktach z domowej spiżarni. Jak pokazują badania etnologów, wiedzę taką zwykle posiadały wiejskie kobiety, które niekiedy rozszerzały ją jeszcze, bazując na doświadczeniach i praktykach innych krewnych czy najbliższych sąsiadek²⁰⁹. Z pomocy

²⁰⁷ Fragmenty wykorzystane w rozdziale wcześniej publikowane były w tekście *Kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej w latach 1945–1960*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2013, t. 11, s. 243–276.

²⁰⁸ Zob. np.: S. Kosiński, *op. cit.*, s. 24; AAN, MZ, sygn. 1/41, Protokół z narady aktywu służby zdrowia odbytej dnia 26 marca 1959 r. w Sali Prezydium WRN w Opolu, k. 395.

²⁰⁹ Zob. np.: AIEiAK UJ, sygn. 4018, cz. 1, *Medycyna ludowa* 1975, k. 86–87.

tw. babek, które uchodziły za specjalistki w leczeniu kobiet i dzieci, oraz porad lokalnych znachorów korzystano zwykle w bardziej zaawansowanych stanach chorobowych. W wielu rejonach kraju jeszcze w latach 30. wciąż też można było spotkać całkiem bogatą ofertę „ludowych dochtorów”, a więc rozmaitej maści zielarzy, owczarzy, kowali (zajmowali się leczeniem zębów), składaczy kości czy zamawiaczy²¹⁰.

System lecznictwa międzywojennego uprzywilejowujący zamożnych gospodarzy sprawiał, że pozycja tak rozumianych specjalistów choćby z przyczyn ekonomicznych była bardzo silna. Istotną rolę odgrywały także ich liczba w terenie i łatwiejsza dostępność (niż lekarzy).

Powojenna bieda oraz problemy kadrowe w tworzonych na wsiach ośrodkach zdrowia działały zdecydowanie na korzyść „ludowych uzdrowicieli”. Także ceny i dostępność wypisywanych przez lekarzy leków, nieosiągalne dla wiejskich pacjentów, skazywały ich na poradnictwo lokalnych uzdrowicieli. Dotyczyło to szczególnie okresu tużpowojennego, gdy „niewspółmiernie wysokie ceny na leki, uniemożliwiały ich zakup przez chłopów”, ale jak wskazują źródła, także i w kolejnych dekadach pojawiało się wiele trudności. W 1954 r. pisano: „sprawa leków urasta do problemu. Nasze szpitale zaczęły leczyć ludzi lekami dostarczonymi przez samych ludzi. Takie przykłady mamy ze szpitala w Gdańsku. Przy sprawdzeniu okazało się, że szpital ma leki i może dać do użytku, ale trzymają i chowają te leki, tworząc zapasy, a chorzy szukają leków na mieście”²¹¹. Takie sytuacje niejednokrotnie utwierdzać mogły w przekonaniu o większej skuteczności i opłacalności „konsultacji zdrowotnych” u znachorów, którzy nie wydawali odrębnie płatnych i trudnych do realizacji recept i udzielali porad

²¹⁰ I. Jaguś, *op. cit.*, s. 178.

²¹¹ AAN, MZ, sygn. 1/18, Protokół z narady aktywu służby zdrowia w dniu 27 X 1954 w Gdańsku, k. 57.

darmowo, pobierając przeważnie zapłatę („co łaska”) jedynie za wydawane zioła i „lekarstwa”. Wobec wspomnianej wcześniej dużej liczby chorób dotykających powojenne społeczeństwo i problemów w dostępie do lekarza korzystanie z usług „lokalnych uzdrowicieli” stawało się bardzo powszechne.

Zarówno analiza materiałów Ministerstwa Zdrowia, jak i źródeł pamiętnikarskich pokazuje, że kontekst finansowy nie był jednak najważniejszy. Ważną rolę odgrywała także swoista przynależność kulturowa, uwidaczniająca się przede wszystkim w sferze praktycznych relacji. Wysokie i trwałe zaufanie mieszkańców wsi do znachorów wiązało się z charakterystycznymi metodami stosowanymi przez nich zarówno podczas badania czy diagnozowania, jak i w ramach zalecanych „terapii”. Niebagatelne znaczenie miały respektowanie tradycyjnych dla lecznictwa ludowego „jednostek chorobowych” oraz sposób komunikacji. Choroby wiejskie (chłopskie) od pokoleń opisywano za pomocą zestawu pojęć i znaczeń, w połowie XX w. w praktyce odrzucanego przez medycynę akademicką i jej absolwentów²¹². Niewiele mówiące i niezrozumiałe dla wiejskich pacjentów łacińskie nazwy jednostek chorobowych z pewnością nie wzbudzały zaufania. Sytuację pogarszać mógł zestaw proponowanych przez medyków trudno dostępnych i drogich leków. W lecznictwie ludowym – jak wskazywał choćby Włodzimierz Piątkowski – z uwagi na częste utożsamianie choroby ze złem, karą i siłami zewnętrznymi ważną rolę odgrywały praktyki magiczno-religijne²¹³. Aprobowane

²¹² Chociaż – jak pisała Danuta Penkala-Gawęcka – jeszcze na początku XX w. zestaw chorób uznawanych przez medycynę ludową uwzględniany był przez medycynę akademicką. Ich wzajemne wpływy dostrzegano od najdawniejszych czasów. Zob. D. Penkala-Gawęcka, *Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych*, „Lud” 1995, t. 78, s. 169–191.

²¹³ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne jako sposób interpretacji kultury*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia” 1999, t. 34, z. 7, s. 109–111.

przez chłopów zestawy znachorskich metod najczęściej pozostawały w zgodności z opisywanymi przez antropologów przekonaniami (np. o łączności wszystkiego ze wszystkim, zależności człowieka od sił kosmicznych), opierając się na zasadzie opozycji lub analogii²¹⁴.

Nie oznacza to jednak, że stosunek do znachorów był bezkrytyczny. Pokazywał to m.in. w swoich wspomnieniach Aleksander Bałasz, który jako jeden z regularnych uczestników Kolegium Ministerstwa Zdrowia wielokrotnie wskazywał na trudny do rozwiązania problem wiejskich uzdrowicieli. Jak dowodził, niektórzy z nich, podobnie jak lekarze, traktowani byli także z dystansem, a nieskuteczne bądź absurdalne metody leczenia skazywały ich na infamię. „W Dorohuczycy «ordynował» owczarz. Był to człowiek po sześćdziesiątce, średniego wzrostu, szczupły, o twarzy ascety. Na głowie miał czarny kapelusz o dużym rondzie. Ubrany w owcze skóry wędrował po okolicznych wsiach z czarodziejską różdżką, butelką cudownej wody i scyzorykiem przeznaczonym do «wydłubywania chorób powierzchniowych». Miał [początkowo – E.Sz.] opinię człowieka posiadającego ogromną wiedzę o ludzkich dolegliwościach. Leczył jako osoba wtajemniczona w niedostępne tajniki magii [...]. Długo krążyła nie pisana humorystyczna recepta owczarza przekazywana z ust do ust. Jeśli chcesz pozbyć się kataru, zjedz pół garnca grochu tudzież sporo innych mocno wzdymających środków i wszedłszy pod pierzynę z głową wdychaj wszystko, co organy wydzielają. Jak to przetrzymasz – katar wyleczysz na zawsze. Zapewne leczyłby w tej wsi dłużej, gdyby nie zaczął się bawić w ginekologa i usadowiwszy baby rzędem na ławie badać je kolejno. Znalazł się jakiś zazdrosny o swoją babę i doniósł do wójta. Wówczas owczarz znikł. Z konieczności powędrował do innej gminy»²¹⁵.

²¹⁴ *Ibidem*.

²¹⁵ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 841.

Wątpliwości odnośnie do terapii proponowanej przez lokalnego i uznawanego przez część społeczności znachora wyrażała też jedna z uczestniczek etnologicznych badań, która w 1955 r. choć odwiedziła praktykującą od lat 20. XX w. i uznaną w okolicy „zamawiaczkę chorób”, to jednak kierując się własnym rozsądkiem, nie zastosowała się do jej zaleceń: „Kobieta poradziła jej aby obierający palec z otwartą raną posypała popiołem ze spalonego kierpca. Informatorka nie posłuchała jej ponieważ uważała, że zasypywanie rany popiołem może tylko pogorszyć [stan ręki – E.Sz.]”²¹⁶.

Choć niewątpliwie zapoczątkowana jeszcze w latach 30. praktyka tworzenia ośrodków i spółdzielni zdrowia miała stać się krokiem w kierunku ograniczania zakresów znachorskiej działalności, to – jak pokazują lata 50. i częściowo 60. – „plaga znachorów” była jednym z ważniejszych problemów na wsi. Ustawa o zawodzie lekarza z 1950 r.²¹⁷ wprowadzała możliwość stosowania represji względem podejmujących się leczenia nieprofesjonalistów²¹⁸. Problemem było jednak zwykle ich wykrycie, gdyż informacja o ich siedzibie lub sposobie kontaktu z nimi opierała się wyłącznie na przekazie ustnym. W toczących się zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i na łamach branżowych pism debatach nad taktyką walki z plagą znachorów, obok problemów z ich namierzeniem, podkreślano także konieczność wypracowania skutecznej metody zniechęcenia społeczeństwa do ich praktyk. W 1951 r. na łamach „Służby Zdrowia” radzono lekarzom: „[w kontakcie z wiejskimi pacjentami – E.Sz.] nie tyle ośmieszajmy znachorów, którzy najczęściej są wcale mądrymi (dla dobra swego) ludźmi. Ile wyjaśniamy, na czym polega powodzenie znachorów, ich postępowanie, sposób

²¹⁶ AIEiAK UJ, sygn. 4001, Medycyna ludowa, choroby, leczenie, zęby, k. 115.

²¹⁷ Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza, Dz.U., 1950, nr 50, poz. 458.

²¹⁸ I. Jaguś, *op. cit.*, s. 182.

badania chorych, stawianie diagnozy, a wreszcie przepisywanie leków. Zrozumienie tych spraw na pewno nie jednego wyprowadzi z fatalnego błędu polegającego na przypisywaniu znachorom darów nadprzyrodzonych, specjalnych zdolności oraz jasnowidzenia [...] krótko wyjaśniamy chorym, czego żądamy od przepisanego leku i pouczamy, jakie mogą zjawić się powikłania w ciągu choroby, a także jakie uboczne działania może wywołać przywołany lek”²¹⁹. Pomimo wydawanych Gminnym Radom Narodowym zarządzeń o obowiązkowym zgłaszaniu każdego przypadku działalności „babeł” lub „znachorów” sytuacja wciąż była trudna do opanowania²²⁰. W 1953 r. podczas krajowej narady aktywu służby zdrowia dr Aleksander Bałasz nawoływał: „Musimy jako lekarze zwrócić uwagę na znachorstwo. Wieś obfituje w znachorstwo ale częściowo jesteśmy sami temu winni. Dlaczego? Może niewyczerpująco załatwiamy chorego, może słaba jest propaganda nasza żywym słowem i dlatego zapędzamy tych ludzi do znachora. Może nasza praca dzięki propagandowemu załatwianiu nie przynosi skutków w działaniu, a przynajmniej psychicznie nie przynosi żadnego wpływu. I dlatego ci ludzie trafiają do znachorów [...]. Często leczy i organista, który był sanitariuszem przez 2 miesiące w szpitalu, to również jest znachor, może uprzywilejowany”²²¹. Jak pokazują materiały, dostrzegając zapotrzebowanie społeczne, znachorstwem trudnili się nie tylko nieprofesjonaliści. Zdarzały się również przypadki lekarzy, którzy dostrzegając przyczyny znachorskiej popularności, sami podejmowali się półlegalnej praktyki leczniczej: „Zupełnie inaczej podszedł do ludzi dr Trześniewski. Osiadł w najdalszej wiosce między Lipniakami a Szczuchniami i zaczął udawać znachora.

²¹⁹ „Służba Zdrowia” 1952, nr 1, s. 1.

²²⁰ „Służba Zdrowia” 1951, nr 9, s. 4.

²²¹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 55, Narady aktywu pracowników służby zdrowia w Ministerstwie i terenie, protokoły, stenogramy, korespondencje, 1953 r., k. 251–252.

Do dyplomu lekarskiego nie przyznawał się. Stosował racjonalną terapię, ale w pewnej znachorskiej modyfikacji. Zapisaną miksturkę trzeba było koniecznie mieszać na pół ze święconą wodą i pić trzy razy dziennie drewnianą łyżką. Proszki musiały być rozpuszczone w źródlanej wodzie, pobranej z leśnego źródła przy pełni księżyca. Aby postawić człowieka na nogi, należało zarznąć kurę o północy, cały dzień gotować na glinianym garnku a po zachodzie słońca karmić nią chorego. Szybko rozeszła się sława o dobrym doktorze, a po kilku miesiącach leczyła się u niego połowa województwa. Coś tam się jednak nie podobało milicji, zaczęły się pretensje: znachor się ujawnił, powiedział kim jest i zwinął żagle²²².

O podobnym przypadku wspominał też w 1961 r. w raporcie *Wsi spokojna wsi wesola* z 1961 r. jeden z rozmówców Krystyny Usarek: „historia którą usłyszałem na terenie woj. rzeszowskiego [...]. Zdarzył się lekarz, który po studiach postanowił udawać znachora. I leczył przez parę lat, dopóki go nie wykryli oficjalni lekarze, którzy się zaczęli buntować bo się okazało że on miał więcej pacjentów, w związku z tym większe zarobki²²³”.

Problem „epidemii znachorów” był jednak jeszcze bardziej skomplikowany, gdyż – jak zaznaczano – „wielu z nich prowadzi «praktykę» po kryjomu, a ci z nich, którym udało się w jakikolwiek sposób objąć stanowisko kierownika wiejskiego ośrodka zdrowia – uchodzą za lekarzy, uznanych przez Wydział Zdrowia i znani są ludności jako «doktorzy» a nawet «profesorowie»²²⁴. Niekiedy też – jak pokazywały relacje z woj. kieleckiego – metody pracy wiejskich felczerów upodabniały

²²² *Nowe zawody. Pamiętniki*, wybór, oprac., wstępy B. Gołębiowski, Z. Grzelak, przedm. J. Chałasiński, seria: „Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej”, t. 7, Warszawa 1969, s. 144.

²²³ APR, sygn. C-5040, *Wsi spokojna, wsi wesola. Pan wychodzi panie doktorze?*, red. K. Usarek (1963).

²²⁴ „Służba Zdrowia” 1952, R. 4, nr 10, s. 2.

ich do znachorów²²⁵. Zjawisko to było o tyle niepokojące, że co najmniej do końca lat 50. na większości obszarów w Polsce wiejskie leczenie otwarte – z braku lekarzy – opierało się na felczerach. W 1955 r. w woj. szczecińskim narzekano m.in. na małą przydatność, a niekiedy wręcz fikcyjność ich pracy²²⁶. W woj. kieleckim zaś wielu felczerów – jak podkreślano – pod względem sposobów leczenia upodabniało się do znachorów. Inni pozbawieni formalnie obowiązkowego patronatu wyspecjalizowanych lekarzy „leczyli” dość radykalnie. O problemie tym w 1955 r. mówił m.in. dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Koninie dr Władysław Pałys: „W pewnym okresie Ministerstwo dążyło do rozwiązania trudności na odcinku kadr i powołało szkoły felczerów. Ci młodzi ludzie są ofiarami swego zawodu. Służba zdrowia ponosi tu dużą winę w niewłaściwym ich ustawieniu. Ten felczer jest puszczony samopas. Konsultacje raz w tygodniu to tylko fikcja. Jest duże rozgoryczenie z ich strony. Co dalej? Im przez dwa lata tłumaczono, że będą lekarzami. Słyszeliśmy wczoraj, że każdy katar leczą penicyliną”²²⁷.

Ze względów formalnych kontrola nad felczerami była łatwiejsza i choć gwarantowany ustawowo nadzór nad ich działalnością ze strony ordynatorów lokalnych szpitali w istocie bywał niekiedy fikcyjny, to jednak w wielu przypadkach realizowano go, stwarzając felczerom nie tylko możliwość konsultacji specjalistycznych, ale również dokształcania i utrzymywania

²²⁵ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/36, Protokół narady aktywu służby Zdrowia w Kielcach w dniu 26 VI 1958 r., k. 272.

²²⁶ Doktor Knapik, dyrektor Szpitala Powiatowego w Stargardzie, podczas posiedzenia Kolegium Ministerstwa w 1955 r. stwierdzał: „Wieś jest całkowicie pozbawiona lecznictwa, gdyż rezydujący w ośrodkach wiejskich felczer daje tylko fikcję leczenia”. *Ibidem*, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 25 listopada 1955 r. w Szczecinie, k. 70.

²²⁷ *Ibidem*, sygn. 1/24, Sprawozdanie z narady aktywu województwa poznańskiego, k. 192.

w miarę regularnego kontaktu ze środowiskiem lekarskim²²⁸. Warto też podkreślić, iż w latach 60. (szkoły felczerskie zamknięto pod koniec lat 50.) znaczna część felczerów nie zaprzępaściła dawanej im szansy i korzystając z ulg, ukończyła studia medyczne, zasilając tym samym kadry lekarskie.

Mimo wypowiedzianej przez władze i środowisko lekarskie swoistej wojny ze znachorami i babkami, jako symbolami wsteczności, proces ich znikania z przestrzeni społecznej wsi był bardzo długi. Jeszcze w latach 60. – jak za chwilę pokażę – w wielu rejonach wiejskich cieszący się dobrą opinią „znachorzy” funkcjonowali całkiem dobrze. Przykładem był m.in. prowadzący wielopokoleniową działalność w podlubartowskim Tarle Serwin, którego ojciec, syn (i prawdopodobnie też żona), a obecnie wnuczka zajmowali się stale swą działalnością, specjalizując się przede wszystkim w tzw. nastawianiu/ składaniu kości. O Serwinie, „który na szeroką skalę działa w powiecie”, wspominała również w reportażu K. Usarek, jedna z lekarek z pow. chełmskiego: „w pobliżu mamy akademię medyczną, a bardzo duży procent wieśniaków jednak leczy się u niego. Wszelkiego rodzaju złamania, przeważnie tzw. popularnie składania. Są też przykłady szkodliwej działalności, gdzie złożył niewłaściwie kończynę więc trzeba było przewozić do kliniki i kończyły się fatalnie”²²⁹. Choć jak podkreślała w audycji autorka reportażu, „nie wiadomo dokładnie ilu obecnie w Polsce urzęduje znachorów”, to – jak zaznaczała – „wiadomo jednak na pewno, że przynajmniej paru oficjalnie opłaca podatki. Nazywa się to «rzemieślnik składacz kości» i urząd finansowy jest w pełni zadowolony”²³⁰.

Rodzinną, przechodzącą z pokolenia na pokolenia praktykę znachorską opisywano również w kontekście innych regionów.

²²⁸ Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie.

²²⁹ APR, sygn. C-5040, *Wsi spokojna, wsi wesola. Pan wychodzi panie doktorze?*, red. K. Usarek (1963).

²³⁰ *Ibidem*.

Stanisław Nowak, krakowski etnograf prowadzący swe badania w Czarnym Dunajcu, w 1977 r. przywołał podobny przypadek Suwady, który słynął ze skutecznego składania kości. Gdy zmarł w 1961 r. – jak twierdził informator badacza – „ludzie złamania i zwichnięcia, także powszechnie zaczęli leczyć u lekarza. Pomimo, że do dnia dzisiejszego w Jabłonce naprawiają złamania córka i syn Suwady, nie cieszą się oni taką sławą jak ojciec”²³¹.

Jak wynika z badań etnografów IEiAK UJ, w latach 70. korzystanie z usług znachorów stawało się rzadsze. Choć według Nowaka najczęściej ich porad słuchali najstarsi mieszkańcy w okolicy²³², to jednocześnie też sporo jego rozmówców stwierdzać miało, że „znachorów to już dziś nie ma i, że dziś znachorzy to już nie umieją leczyć”²³³. Takie przekonanie potwierdzały także wywiady przeprowadzone przez innych badaczy z tego instytutu w 1975 r. Podczas jednego z nich pewna gospodyni wyznała: „dziś są znachorzy ale nie tacy jak Śłopek. W Osieku jest znachor, nogi masuje. Sąsiadka chodzi do niego ale jej nic nie pomógł”²³⁴. Zarówno badania etnografów, jak i reportaże z lat 70. pokazują, iż w przypadku praktyk znachorskich pojawiać się zaczął wyraźnie efekt tabuizacji. „Fakt korzystania z pomocy znachora jest dziś utrzymywany w tajemnicy” – pisał w 1977 r. S. Nowak, pokazując jednocześnie niezwykle ciekawy przykład strategii przystosowawczych lokalnych uzdrowicieli: „Kartki od znachora, na których napisane jest nazwisko chorego oraz środki, które ma stosować, pośredniczka przynosi do domu”. „Kartki potem trzeba dać lekarzowi, żeby przepisał na recepty. Pośredniczce trzeba dać 100 zł, kierownikowi ośrodka zdrowia w Czarnym Dunajcu też, bo inaczej

²³¹ AIEiAK UJ, sygn. 158, S. Nowak, *Terapia ludowa w Czarnym Dunajcu ze szczególnym uwzględnieniem osoby leczącego*, 1977, k. 79.

²³² *Ibidem*, k. 77.

²³³ *Ibidem*.

²³⁴ *Ibidem*, sygn. 4009, *Medycyna ludowa 1975*, k. 53.

nie przepisze. Znachor leczy wyłącznie środkami aptecznymi, nie stosuje ziół”²³⁵.

Opis ten przedstawia nie tylko swoistą strategię przystosowawczą rzekomego znachora, ale niewątpliwie również wskazuje na zakres nowych jego relacji ze środowiskiem farmaceutów i lekarzy (o ile oczywiście sam nie był jego częścią).

W latach 70. nielegalną praktykę jednak wielu znachorów rzeczywiście zawieszało. Z reguły – jak wynika z materiałów – powodem był strach przed odpowiedzialnością i konsekwencjami popełnianych błędów. Niewątpliwie też na taką sytuację oddziaływała ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych, podobnie jak opisywany wcześniej proces dalszego zagęszczania siatki gminnych ośrodków zdrowia, realizowany zwłaszcza po 1973 r. Jak wyliczał w swoich badaniach z Czarnego Dunajca Stanisław Nowak: „A.K. już od około 1965 r. nie składa złamań, gdyż boi się odpowiedzialności, nawet jak ktoś bardzo prosi to też nie naprawi, najwyżej zrobi opatrunek i każe jechać do szpitala [...]. Podobnie F.H. «dentysta ludowy» już od kilkunastu lat nie usuwa zębów. [...] jak twierdzą niektórzy informatorzy około 1960 r. usuwając brudnymi rękami zęba kilkunastoletniemu chłopcu, doprowadził do zakażenia i pacjent kilka dni później zmarł [...]. Także kobiety potrafiące masażem leczyć przełamania dziecka dziś obsługują przeważnie wąskie kręgi pacjentów, nie pobierając za swe usługi żadnego wynagrodzenia”²³⁶. Obserwowana tendencja sugerowałaby zatem konsekwentny odwrót mieszkańców wsi od lecznictwa niemedycznego. Prowadzone w 1980 r. na terenie woj. rzeszowskiego badania Antoniny Ostrowskiej potwierdziły fakt utajniania funkcjonowania znachorów i różnego rodzaju uzdrowiaczy, ale jednocześnie pokazywały, że korzystanie z ich usług wciąż deklarowało ok. 15% badanych, z których połowa przyznała

²³⁵ *Ibidem*, sygn. 158, S. Nowak, *op. cit.*, k. 79.

²³⁶ *Ibidem*.

się, iż czyniła to wielokrotnie²³⁷. Nieukrywane zdziwienie socjologii wzbudziła jednak inna kwestia, a mianowicie „fakt, że nie zanotowano żadnych różnic w występowaniu kontaktów z uzdrowiaczami na wsiach i w mieście. Stereotyp odnosiłby to do przestrzeni wsi. Tymczasem odsetki osób korzystających są takie same – stwierdza autorka – i wynoszą 14% (zarówno na wsiach jak i w miastach np. pow. 100 tys. mieszkańców). Najwięcej osób kontaktujących się ze znachorem mieszka jednak w małych miastach” (do 10 tys. – 17%, 10–20 tys. – 20%)²³⁸.

O ogólnopolskiej popularności słynnych w latach 80. uzdrowicieli – Clive’a Harrisa, Zbigniewa Nowaka czy Anatolija Kaszpirowskiego – pisali w latach 90. wielokrotnie socjologowie (Piątkowski, Jaguś)²³⁹, upatrując w ich fenomenie trwanie wiejskiego podejścia do lecznictwa niemedycznego.

1.7. „Punkty apteczne to zło konieczne”

Apteki jako placówki wspomagające lecznictwo otwarte w pierwszej dekadzie powojennej borykały się przede wszystkim z problemem przepustowości. W 1950 r. w całym kraju działały 1962 apteki, co powodowało, że średnio jedna przypadła na ok. 14 tys. mieszkańców. Pięć lat później sytuacja uległa jeszcze pogorszeniu z uwagi na konieczność zamknięcia blisko 120 placówek²⁴⁰, choć – jak podkreślano w Ministerstwie Zdrowia – „związane było to z likwidacją aptek sąsiadujących, które przenoszone były na peryferia lub w związku z komasacją na większe, bardziej przepustowe”²⁴¹. Jak podają statystyki,

²³⁷ A. Ostrowska, *op. cit.*, s. 86.

²³⁸ *Ibidem*, s. 87.

²³⁹ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce...*, s. 281–294; I. Jaguś, *op. cit.*, s. 185.

²⁴⁰ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985...*, s. XX.

²⁴¹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/27, Analiza sieci i działalności zakładów służby zdrowia w okresie 1950–1955, k. 372.

liczba ludności przypadająca na jedną aptekę w tym czasie wynosiła ponad 15 tys., a większość aptek zlokalizowana była w ośrodkach miejskich (dopiero w 1970 liczba ta spadła do 12 tys.)²⁴². Pewną poprawę tej fatalnej z perspektywy mieszkańców wsi sytuacji przyniósł 1952 r., kiedy to na terenach wiejskich zaczęto uruchamiać tzw. punkty apteczne II typu, zaopatrujące okolicznych mieszkańców w podstawowe produkty farmaceutyczne (gotowe leki)²⁴³. Punkty te zlokalizowane były najczęściej przy ośrodkach zdrowia i izbach porodowych. Ich liczba szybko rosła, co wiązało się z faktem, iż ich obsługą nie zajmowali się wykwalifikowani farmaceuci, lecz najczęściej członkowie personelu lokalnego ośrodka zdrowia: felczer, pielęgniarka bądź – w tym czasie niezwykle rzadko spotykany na wsi – lekarz²⁴⁴. O szybkim tempie powstawania wiejskich punktów aptecznych mówiono m.in. w woj. wrocławskim, „gdzie w roku 1953 było ich zaledwie 20, a pod koniec roku 1954 już 143 [i gdzie] stawia się jako zasadę równoległe otwieranie punktu aptecznego z uruchomieniem nowego ośrodka zdrowia”²⁴⁵.

Choć obecność punktów z pewnością ułatwiała pracę lekarzom czy felczerom, pozwalając także okolicznej ludności na nabycie niezbędnych środków opatrunkowych, maści i podobnych specyfików, to jednak – jak pokazywały przeprowadzane kontrole – działanie tych placówek często stwarzało wiele

²⁴² *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985...*, s. XX.

²⁴³ D. Jarosz, *Polityka władz komunistycznych w Polsce w latach 1948–1956 a chłopi*, Warszawa 1998, s. 486.

²⁴⁴ Problem wykwalifikowanych farmaceutów wielokrotnie przewijał się w toczących się w Ministerstwie Zdrowia dyskusjach, w których podkreślano zjawisko selekcji negatywnej i niską atrakcyjność zawodu farmaceutycznego. „Na farmację zgłaszają się ludzie którzy nigdzie indziej nie mogą się dostać” – pisano w 1957 r. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/29, Protokół z narady aktywu Zdrowia odbytej w dn. 25.05.1957 w Sali konferencyjnej KW PZPR w Lublinie, k. 329.

²⁴⁵ *Ibidem*, sygn. 1/20, Stan służby zdrowia woj. wrocławskiego, k. 257.



7. Grudzień 1971. Punkt apteczny w kombinacie PGR Zagaje, pow. braniewski.

problemów. W 1955 r. w sprawozdaniu z tego samego województwa pisano: „sprawne działanie punktów utrudnia ich bardzo skomplikowana rachunkowość i «pisanina» co zniechęca personel średni służby zdrowia do ich prowadzenia. Usprawnienia wymaga też system zaopatrywania punktów w leki tak aby nie powodował podróży obsługujących je pielęgniarek i felczerów do aptek macierzystych po «towar» i nie odrywał ich od pracy w placówce”²⁴⁶.

²⁴⁶ *Ibidem*, k. 287.

W raporcie z woj. lubelskiego dwa lata później skalę narastających problemów ujmowano jeszcze inaczej: „punkty apteczne to zło konieczne na razie, ponieważ stwierdzamy w nich tylko nadużycia, dlatego nie spieszymy się dziś z ich otwieraniem”²⁴⁷.

Leki i środki farmaceutyczne w latach 50. i 60. dla nieubezpieczonych rolników indywidualnych były nie tylko drogie (pełnopłatne), ale i trudno dostępne. Deficyt wielu środków leczniczych doskwierał także pacjentom w mieście. Niewielka liczba aptek w kraju przy wciąż wysokich statystykach zapadalności na choroby zakaźne powodowała, że nie tylko realizujący recepty zderzali się z problemem braków, ale – jak pokazują materiały – wielokrotnie kłopot ten mocno uderzał w samych lekarzy, a na wsi felczerów, dysponujących zbyt niskimi przydziałami konkretnych leków. Szczególnie niepokojąco przedstawiano sytuację w szpitalach. W 1955 r. podczas posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w Szczecinie stwierdzano: „wielką bolączką Wojewódzkiego Szpitala jest sprawa penicyliny, której przydział jest zbyt mały w stosunku do potrzeb. Aby zmieścić się w ramach przydziału skreśla się obecnie z recept wystawionych przez lekarzy szpitalnych poważną ilość penicyliny. Nie przyczynia się to do podniesienia poziomu leczenia. Celem wygospodarowania potrzebnej penicyliny należy ograniczyć użycie w lecznictwie otwartym i wzmóc kontrolę recept na penicylinę wypisywanych przez felczerów, którzy szeroką ręką dają ten lek nawet tam gdzie go nie potrzeba”²⁴⁸.

O brakach tego antybiotyku i innych podstawowych środków wspomniano częściej. Choć rzeczywiście opisywano sytuacje, gdy w wyniku zbyt swobodnego dysponowania silnymi środkami przez słabo przygotowanych felczerów czy

²⁴⁷ *Ibidem*, sygn. 1/29, Protokół z narady aktywu Zdrowia odbytej w dn. 25.05.1957 w Sali konferencyjnej KW PZPR w Lublinie, k. 327.

²⁴⁸ *Ibidem*, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia KMZ w dn. 25 listopada 1955 w Szczecinie, k. 54.

pielęgniarki marnotrawiono deficytowe środki, to jednak warto podkreślić, iż z podobnym problemem niedoborów często mierzyli się również pracownicy wiejskich placówek zdrowotnych. Szczególnie w latach 1952–1956, gdy liczba punktów aptecznych dynamicznie rosła (z 244 w 1952 do 2003 w 1956 r.), problem ten pojawiał się wszędzie: „Sprawa właściwego zaopatrzenia punktów aptecznych napotyka na dużo trudności związanych nie tylko z kosztami pokrywania transportu obcego, i kolosalnymi trudnościami w jego zdobyciu” – pisano w raporcie z 1956 r. „W tym stanie rzeczy w punktach aptecznych często występują braki leków, które znajdują się w aptekach i magazynach hurtowni. Punkty apteczne w swej większości zlokalizowane są w ośrodkach wiejskich, PGR, itp. Położone z daleka od głównych dróg i aptek macierzystych. Należy również podkreślić zadanie w aspekcie politycznym jakie mają do spełniania punkty apteczne w w/w środowiskach”²⁴⁹.

Niewystarczające ilości farmaceutyków zarówno w wiejskich punktach aptecznych, jak i w aptekach, punktach miejskich oraz szpitalach wywoływały szereg patologicznych zjawisk. O jednym z nich w kontekście leczenia szpitalnego pracowników PGR i spółdzielni produkcyjnych w 1954 r. mówił ówczesny minister zdrowia Jerzy Sztachelski, zwracając uwagę na „stosowanie przez niektóre szpitale praktyki kierowania osób leczących się w szpitalach (zwłaszcza pracowników PGR i RSP) do aptek w celu otrzymania na koszt chorych leków, które w zasadzie powinni oni otrzymać ze szpitala”²⁵⁰. Problem pojawiających się na tym tle zadrażnień między pacjentami a personelem szpitala w latach 50. zdawał się być częsty²⁵¹.

²⁴⁹ *Ibidem*, sygn. 1/26, Zaopatrzenie kraju w leki, k. 141.

²⁵⁰ *Ibidem*, sygn. 1/17, Protokół nr 1 z posiedzenia Kol. Min. Zdrowia w dn. 6 lipca 1954, k. 4.

²⁵¹ *Ibidem*, sygn. 1/34, Protokół nr 11/58 z posiedzenia KMZ w Rzeszowie z dn. 24.03.58, k. 4.

Deficyt leków rodził jednak szereg jeszcze innych „praktyk przystosowawczych”, o których wielokrotnie dyskutowano na szczeblu centralnym: „brak aptek sprzedających środki zagraniczne sprzyja szerzeniu się pokątnego handlu lekami i nadużyć. Nasz urzędowy spis leków jest strasznie ubogi bo obejmuje zaledwie ponad 500 pozycji podczas gdy w państwach ościennych jak NRD, Czechosłowacja obejmuje kilka tysięcy”²⁵² – pisano w 1957 r.

Pokątny handel lekami nie dotyczył jednak wyłącznie tych sprowadzanych z zagranicy. Wielokrotnie bowiem również na szczeblu lokalnym dochodziło do szeregu nadużyć i wykroczeń, w których partycypowali zarówno felczerzy, pielęgniarki, jak i lekarze. Co ważne, zjawisko to było jednak ogólnopolskie i dotyczyło w podobnym stopniu punktów aptecznych w miastach i na wsiach. Problemy te zauważano już w 1955 r. Przy wypisywaniu recept za najczęstsze uznawano dwa rodzaje nadużyć: „polegają albo na masowym wypisywaniu recept «grzesnościowych» albo na wypisywaniu recept zwłaszcza drogich na fikcyjne nazwiska lub fikcyjnych chorych, najczęściej emerytów i rencistów. Realizowanie tych recept odbywa się bądź przez samego wypisującego bądź też w porozumieniu z pracownikami apteki. Dość często się zdarza, że lekarz pozostawia podpisane i ostemplowane recepty pielęgniarce, która nimi dysponuje, podczas nieobecności lekarza, co stwarza nowe źródło ewentualnych nadużyć”²⁵³. Ten drugi rodzaj nadużyć polegał na wypisywaniu recept na bardzo drogie leki i wystawianiu ich na fikcyjnych chorych. „Recepty te następnie zamieniano na deficytowe leki, bądź na kosmetykę, bądź też równowartość recepty w gotówce wycofywana z kasy”²⁵⁴.

²⁵² *Ibidem*, sygn. 1/29, Protokół z narady aktywu Zdrowia odbytej w dn. 25.05.1957 w Sali konferencyjnej KW PZPR w Lublinie, k. 328.

²⁵³ *Ibidem*, sygn. 1/32, Zagadnienia walki z nadużyciami przy wystawianiu i realizowaniu recept, k. 157–158.

²⁵⁴ *Ibidem*.

Handel lekami przez lekarzy i felczerów łączono przede wszystkim ze zbyt niskim uposażeniem tych grup zawodowych, zmuszającym ich do „dorabiania”²⁵⁵. Problem deficytowych lekarstw przewijał się również w późniejszym okresie, choć przełom lat 60. i 70. w analizowanych źródłach jawi się jako czas mniejszej intensyfikacji zjawisk. Problem pustych aptecznych półek powrócił pod koniec lat 70. i w latach 80., co potwierdzało blisko 50% uczestników badania sondażowego przeprowadzonego już w 1981 r.²⁵⁶

Przewijający się niemal przez cały okres deficyt wielu leków i – w przypadku rolników do 1972 r. – wysokie koszty ich zakupu powodowały, że na wsi bardzo długo opierano się na samolecznictwie. W połowie lat 70. jedna z rolniczek młodego pokolenia stwierdzała: „Do ośrodka zdrowia mamy 10 km. Korzystamy z jego usług wtedy, gdy choroba jest bardzo zaawansowana. Z początku leczymy się sami nacieraniem, kompresami, bańkami lub lekami, które przynoszą ze swoich domów sąsiedzi”²⁵⁷.

Samoleczenie, ziołolecznictwo, stawianie baniek, a nierzadko też stosowanie na rozmaite dolegliwości związane z bólem czy świądem leków pozostałych lub niewykorzystanych w całości przez innych członków rodziny bądź sąsiadów było zjawiskiem bardzo powszechnym. Dotyczyło to zresztą (zwłaszcza w latach 80.) także innych grup społecznych. O ile – jak twierdziły w wywiadach z lat 70. wiejskie kobiety – obawiano się podawać pozostałe po innych kuracjach leki dzieciom,

²⁵⁵ *Ibidem*, sygn. 1/34, Protokół nr 11/58 z posiedzenia KMZ w Rzeszowie z dn. 24 marca 1958 r., k. 3.

²⁵⁶ Archiwum Raportów Społecznych (online), *Opinie społeczne o zaopatrzeniu aptek i stanie opieki zdrowotnej nad chorymi. Komunikat z badań, 1981*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 11/202, s. 3. O problemie aptek i ich wyposażenia w latach 80. piszę w artykule: *Lecznictwo i problemy zdrowotne...*, s. 113–129.

²⁵⁷ S. Kosiński, *op. cit.*, s. 22.

to jednak w przypadku dorosłych samoleczenie antybiotykami, maściami i tabletkami, dawkowanymi według własnego uznania, było dość częste. Wymiana leków, poszukiwanie ich u sąsiadów i krewnych, gromadzenie swoistych zapasów wpisywały się też w zestaw strategii przystosowawczych, charakterystycznych dla społeczeństwa materialnych niedoborów. Z tego też m.in. powodu drogie i deficytowe lekarstwa, nabywane na wsi, starano się oszczędzać. Wbrew zaleceniom lekarzy czy felczerów wielokrotnie zbyt wcześnie odstawiano dany lek bądź dawkowano go według własnego uznania²⁵⁸.

1.8. W gęszczy lokalnych relacji: wiejscy przedstawiciele służby zdrowia – swój czy obcy?

Na podstawie przywoływanych wcześniej przykładów relacji z lokalnymi uzdrowicielami można wysnuć wniosek, że większość tych najbardziej zaufanych jeszcze w pierwszych latach po wojnie zwykle pochodziła z danego regionu. Siedziba najpopularniejszych i najbardziej zaufanych znachorów była najczęściej stała, a oni sami należeli w mniejszym lub większym stopniu do lokalnej wspólnoty wiejskiej. To właśnie ta przynależność, jak pokazałam na przykładzie „babek”, stanowiła ich silną stronę w toczącej się w latach 50. „rywalizacji” z położnymi czy lekarzami. Wspólnota doświadczeń i przeżyć, ale też języka i sposobu postrzegania (rozumienia) chorób, a także wspólnota przeżywania *sacrum*, a niekiedy też sąsiedzkie konflikty lub wspólni wrogowie powodowały, że miejscowa „babka”, „znachor” czy „kował” stawali się jednocześnie istotnymi aktorami w codziennych relacjach, w których role leczącego i leczonego były tylko jednymi z wielu. Brak anonimowości, tak charakterystyczny dla mikrospołeczności wiejskiej, przekładał się na ogół też na znacznie większe zagęszczenie codziennych relacji.

²⁵⁸ Zob. A. Ostrowska, *op. cit.*, s. 39.

Jak w tak rozumianej przestrzeni społecznej odnajdywali się jednak pracownicy opisywanych wyżej instytucji opieki zdrowotnej, tworzonych tak żywiłowo w latach 50.? W jakie relacje wchodzili? Jakich unikali? Jak różnicowały się ich więzi i stosunki ze społecznością? Czy i ewentualnie w jakim stopniu następowała ich integracja ze środowiskiem wiejskim, czy w związku z tym stawali się oni ludźmi „swoimi” dla lokalnych mieszkańców, i jednocześnie czy sami w identyczny sposób postrzegali swoich podopiecznych? To główne pytania, na które będą się starała odpowiedzieć w poniższej części opracowania.

Nieliczne stosunkowo wspomnienia przedwojennych lekarzy wiejskich sugerują, że pozycja pracowników opieki zdrowotnej w środowisku chłopów była jasno określona. Jako reprezentantów „innego świata, czy też innego kręgu kulturowego” (inteligencja, ziemianie) traktowano ich z oczywistym dystansem. Nie zawsze jednak rezerwa ta równoznaczna była z szacunkiem i autorytetem, a elementem decydującym wydawał się status materialny rodziny chłopskiej. Tak przynajmniej sytuację przedstawiała wykonująca swój zawód w rejonie Podkarpacia Zofia Kurasiówna. Jak sugerowała w przytaczanych historiach, przynależność wiejskiej rodziny do tzw. Chorej Kasy, na którą pozwolić mogli sobie najzamożniejsi, rzutować miała na stosunek do lekarza i w konsekwencji też na jego autorytet. Jako swoisty przykład niech posłuży przytaczana przez nią relacja: „Ząb nadaje się do leczenia, więc chłop dostaje kartkę do dentysty [...]. Ja chcę żeby mi pani tego zęba wyrwała. Ja płacę chorą kasę, mnie się należy [...]. Pani ma to robić co ja chcę, bo ja płacę do Ubezpieczalni. Gdybym chciał, żeby mi pani ten palec ucięła, to pani musi to zrobić”²⁵⁹. Kolejnym, częstym nie tylko w jej przypadku problemem były wezwania do chorych: „O jedenastej przed południem jest jeszcze około trzydziestu ubezpieczonych. Otrzymuję zawiadomienie, że muszę wyjechać

²⁵⁹ *Pamiętniki lekarzy...*, (Kraków 1987), s. 33.

zaraz do Lachowic, do żony ubezpieczonego. Dostała krwotoku. Skąd – nie wiadomo. Z nosa, czy z macicy, nie dowiem się. [...] W łóżku leży młoda kobieta, różowa i uśmiechnięta. A gdzie ten krwotok? – pytam. A no był wczoraj – odpowiada – z nosa się lało. [...] Doktor jest od tego, żeby przyjeżdżał, kiedy się go wzywa, za to pani płacą – słyszę²⁶⁰.

Nie wszyscy prezentowali roszczeniową postawę. W przypadku najuboższych i nieubezpieczonych najczęściej bywało odwrotnie – wezwania przychodziły wtedy, gdy stan chorego był już mocno zaawansowany i – w wielu przypadkach – pomoc okazywała się możliwa tylko w ograniczonym zakresie. Oczywiście te dwie skrajne postawy wyznaczały granice swoistego *continuum* rzeczywistych zachowań. Jak wykazuje analiza materiałów pochodzących z okresu powojennego, jeszcze w latach 60. w środowisku wiejskim dostrzegano trwanie wielu analogicznych postaw, czego przykładem były sytuacje opisywane przeze mnie we wcześniejszym rozdziale (szpital powiatowy).

Także po wojnie stosunek do lekarza (ale niekoniecznie już felczera) wiązał się na ogół początkowo ze sporą nieufnością. Przekonywali się o niej zarówno wielokrotnie już cytowany Aleksander Bałasz, jak i inni lekarze wiejscy podejmujący pracę w nowym dla siebie terenie w pierwszych latach po wojnie. Historię jednego z nich przytoczyli w swoim raporcie Tryfan i Grabowicz: „Dr Krzysztof Hofman przyjechał do Dołhobyczowa w maju 1957 r. przyjęto go tu nieufnie, z rezerwą i pewnego rodzaju ironicznym dziwieniem. Lekarze z powiatu chcieli koniecznie obejrzeć dokumenty, podając w wątpliwość jego studia. Któżby przyjechał dobrowolnie w taki ką na dzikie pola? Mieszkańcy Dołhobyczowa i okolicznych wiosek też nie garnęli się początkowo do ośrodka. Tych z kolei odstraszała działalność oświatowa, jaką rozwinął od pierwszych tygodni. Po wsi poszła fama: «Doktor ma bzika». Bo i cóż za szanujący się

²⁶⁰ *Ibidem*, s. 23.

lekarz będzie wygłaszać prelekcje o zapobieganiu chorobom? W świadomości tych ludzi nie mieści się fakt, że można służyć innym bezinteresownie, z własnej najgłębszej potrzeby”²⁶¹.

Wywodzący się częściej ze środowiska wiejskiego felczerzy byli na ogół w lepszej sytuacji, a znając i rozumiejąc reguły rządzące wiejskim życiem codziennym łatwiej dostosowywali się do lokalnych warunków życia i wymagań społecznych.

Swoista rewolucja społeczna, jaka dokonała się po II wojnie światowej, a której przejawami były rozpad dawnych struktur i hierarchii społecznych (w przypadku wsi stanowiących konsekwencję reformy rolnej i kolektywizacji skutkującej m.in. deprecjacją pozycji zamożnego gospodarza „kułaka”) oraz realizowana w praktyce idea awansu społecznego, w sferze relacji „zdrowotnych” nie przyniosła więc natychmiastowych zmian, choć oczywiście co innego sugerowała ówczesna propaganda i lansowana przez nią wizja wsi upaństwowionych i uspołecznionych²⁶².

Jak wskazują zarówno materiały pamiętnikarskie, jak i sprawozdania z posiedzeń w Ministerstwie Zdrowia, to przede wszystkim osobowość lekarza i umiejętność rozmowy oraz przekonania mieszkańca wsi nie tyle do lekarskiej diagnozy co zasadności zaordynowanej terapii i sposób przeciwdziałania chorobie należały do najważniejszych kompetencji decydujących również o charakterze relacji społecznych. O tym, jak bardzo sposób komunikowania się lekarza z wiejskimi pacjentami wpływał na autorytet i zaufanie do niego i jednocześnie jak trudny do zrozumienia był dla niewywodzących się z kultury wiejskiej, pokazywali często oni sami.

Zofia Karasiówna przed wojną przywoływała jedną ze znamienych historii: „Rodzice nie chcieli zawieźć dziecka do szpitala. Jakżeby on tam leżał? Opieki domowej potrzebuje. Przecież

²⁶¹ J. Grabowicz, B. Tryfan, *Poletko Matki Boskiej*, Warszawa 1964, s. 89.

²⁶² Zob. np.: *Walka o zdrowie. Wyjazdy lekarzy na wieś*, PKF 49/10 (1949); *Ambulans jedzie na wieś*, PKF 50/25 (1950); *W wiejskim ośrodku zdrowia*, PKF 52/12 (1952).

ta noga obiera. A doktor jest od tego, żeby obierzkę przeciął. Bez szpitala się nie obejdzie. Więc tłumaczę jeszcze raz... znowu słuchają w milczeniu. Znowu kiwają głowami. I wreszcie ojciec zdobywa się na odpowiedź: Do szpitala dziecka nie dam, lepiej niech umrze w domu. Świnie jesteście nie ludzie – powiadam – po mordzie was prac a nie mówić z wami. Prędeż wół by zrozumiał i krowa niż taki ojciec i matka. A no to jedziemy do szpitala – mówi chłop – widocznie trzeba”²⁶³.

W 1966 r. jeden z wiejskich lekarzy we wspomnieniach nadesłanych do pisma „Medycyna Wiejska” również przywoływał problem komunikacji, stwierdzając: „Z ludźmi wiejskimi musi się umieć mówić. Są drażliwi, łatwo obrażliwi. Nie można perorować z górnego tonu, trzeba umieć zarówno przyznać im rację jak wykazać błąd myślenia. To jest sztuka życiowa, której, jak każdej sztuki, można się nauczyć. Trzeba tylko szanować człowieka, a nie jego strój czy stanowisko, trzeba starać się go zrozumieć, zrozumieć jego punkt widzenia. Raz zdobywszy zaufanie człowieka wsi, możesz z nim zrobić wiele...”²⁶⁴

Podobne refleksje i doświadczenia uwidaczniały się również w relacjach wiejskich pielęgniarek. Jedna z nich, pracując jako pielęgniarka epidemiczna, na przełomie lat 50. i 60. wielokrotnie stykała się z nieufnością i wynikającymi z niej niechętnymi postawami mieszkańców. Podczas kontroli przeprowadzanej w rejonie wiejskim w okresie największego nasilenia zachorowań na chorobę Heinego-Medina (II połowa lat 50.) jej uwagę zwróciła postawa matki, u której dzieci podejrzewała pierwsze stadium choroby. „Po obejściu całej wsi raz jeszcze poszłam do tego domu – wspominała – Wprawdzie przyjęto mnie oschle i nieufnie, lecz pozwolono wejść. [...] zdecydowałam się wejść do pokoju, gdzie leżały dzieci. I tu nastąpił wybuch: «ja nie pozwałam zbliżyć się do dzieci – krzyknęła matka – one się

²⁶³ *Pamiętniki lekarzy...*, (Kraków 1987), s. 66.

²⁶⁴ „Medycyna Wiejska” 1966, nr 1, s. 61.

pani przestraszyły, ja o tym wiem, bo sprawdziłam to lejąc wosk na wodę przez gałązki miotły i wie pani co zobaczyłam? Panią ulaną z wosku z termometrem w ręku! [...]». Nie wiedziałam co powiedzieć. Zaczęłam udawać zainteresowanie tą sprawą i na ten temat prowadziłam dalszą rozmowę [...] że chciałabym to zobaczyć i nauczyć się jak się to robi. [...] moje rzekomo dobre chęci zostały poważnie przyjęte i [matka] nie tylko wyraziła zgodę na zademonstrowanie odczyniania uroków, ale pozwoliła mi zbliżyć się do chorych dzieci i nawet wezwać karetkę pogotowia. Jak się okazało były to przypadki choroby H-M w okresie przed porażennym”²⁶⁵.

Początkowa rezerwa i dystans, tak jak opisywał to wcześniej cytowany lekarz, wraz z upływem czasu ulegały na ogół rozmyciu, ustępując miejsca zaufaniu. O tym, jak głębokie mogło być ono do sprawdzonego lekarza czy personelu ośrodka zdrowia, przekonująco pisali sami medycy. Zwłaszcza aktywni i otwarci na wiejską społeczność często na długie lata pozostawali w pamięci społeczności lokalnej. Doktor Bałasz, który po kilkumiesięcznym pobycie w Siedliszczach (na przełomie 1947 i 1948 r) wrócił do miasta, długo proszony był przez opuszczonych mieszkańców o ponowny przyjazd: „Z Siedliszcza napływały listy od Gminnej Rady, od wójta, sekretarza, sołtysów i poszczególnych chłopów. Wszyscy prosili gorąco o powrót i pozostanie przynajmniej przez dwa lata. Od kilku miesięcy w ogóle nie mieli lekarza. Wołali o pomoc [...]. Na podstawie listów i poprzedniego pobytu nabrałem przeświadczenia, że w Siedliszczu jestem niezbędny, że tam naprawdę mnie potrzebują. I jeszcze jedno – z listów wójta i sekretarza gminy przebijała niekłamana, wzruszająca troska o Siedliszcze, wieś jakże biedną i nieciekawą. To wszystko ostatecznie zdecydowało”²⁶⁶.

²⁶⁵ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 672.

²⁶⁶ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 818.

Podobne zjawisko ponad 20 lat później opisywał lekarz z mazurskiej wsi Nakomiady, pracujący w niej blisko 12 lat (od 1966 r.). Choć – jak zaznaczał w reportażu – „początki pracy były trudne”, to relacje pacjentów z końca lat 70. mówią niezwykle dużo o efektach jego działań: „Bardzo jest miły lekarz, doktor Pejda. Młody jest lekarz ale dobry, on się bardzo uznał na mojej chorobie, mnie leki tak rozliczył [...] na zapaleczki” – zachwalała lekarza jedna z niepiśmiennych i starszych mieszkanków wsi. „Tak mnie przetłumaczył wszystko. Mówię, Panie Doktorze, Pan od Boga zesłany. Dobry doktor, współczulny. Tak wytłumaczył wszystko”²⁶⁷.

Wspominany wyżej dr Zbigniew Pejda, mimo iż w 1978 r. musiał przenieść się z mazurskiej wsi do oddalonego o 10 km Kętrzyna, przez długie lata traktowany był przez dawnych pacjentów jak „swoj”. Sam zresztą również w ten sposób opisywał dawnych pacjentów: „Człowiek się żył z tymi ludźmi, także z przykrością w zasadzie rozstawałem się [...]. Przyjeżdżają do szpitala, nieraz do domu i wszędzie ich przyjmuje: No, to są moi ludzie, moi pacjenci. Nieraz jest tak, że już kończę dzieci przyjmować, pytam się pielęgniarki «Dużo tam jeszcze na korytarzu?» Ona mówi: Nie, tylko ci pańscy z Nakomiad, siedzą i czekają. Wszyscy którzy przyjdą muszą być przyjęci”²⁶⁸.

Wraz ze zmianami generacyjnymi i rosnącą liczbą absolwentów akademii medycznych zwiększała się też liczba lekarzy wywodzących się ze środowiska wiejskiego. Przybywający na wieś felczerzy, wielokrotnie korzystając z gwarantowanych im ustawowo ułatwień, uzupełniali swoje wykształcenie, kończąc studia medyczne i zasilając środowisko lekarzy medycyny²⁶⁹. Liczba lekarzy zatrudnionych w służbie zdrowia

²⁶⁷ APR, sygn. PR III 77807, *Dr Pejda*, red. A. Maciejowska (1980).

²⁶⁸ Doktor Zbigniew Pejda był pediatrą, a brak lekarzy tej specjalności w kętrzyńskim szpitalu przyczynił się do – jak twierdził – „dobrowolnie przymusowego” przeniesienia go. *Ibidem*.

²⁶⁹ Lekarz, miejscowość L., woj. lubelskie; Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie.

na wsi w 1970 r. wahała się w granicach 1,6 na 10 tys. mieszkańców, w 1978 r. wzrosła zaś do 2,3. Znacznie większe tempo wzrostu widoczne było natomiast w przypadku pielęgniarek. U progu dekady gierkowskiej szacowano, iż na 10 tys. mieszkańców na wsi przypadają ok. 2–3 pielęgniarki (2,6 na 10 tys. ludności), 8 lat później liczba ta wzrosła natomiast do prawie 6 (5,6 na 10 tys. mieszkańców)²⁷⁰. W latach 70. co czwarta pielęgniarka podejmująca pracę w terenie jako czynnik decydujący deklarowała rodziną miejscowość²⁷¹. Jak wynika z ustaleń S. Kosińskiego, w 1977 r. 62% wszystkich zatrudnionych w gminnych ośrodkach zdrowia pielęgniarek wywodziło się ze wsi²⁷².

Wiejskie korzenie w tym czasie jednak mogły mieć dwójakie konsekwencje. Jak dowodzą fragmentaryczne materiały, niektóre „wstydlive przypadłości” łatwiej było niekiedy konsultować z obcym lekarzem nieuwikłanym w sąsiedzkie czy wewnątrzwiejskie relacje. Taka postawa niekoniecznie musiała wiązać się z brakiem zaufania do „swojego” lekarza, a jej przyczyny mogły być bardziej prozaiczne i wynikać z warunków, jakimi dysponowały lokalne ośrodki zdrowia czy poradnie. W 1958 r. jeden z punktów medycznych w pow. lubartowskim, w którym odnotowywano niezwykle niską frekwencję, mieścił się „w lokalu wynajętym i zajmuje dwa pokoje z przeznaczeniem na gabinet i poczekalnię. Od mieszkania właściciela dzielą punkt nieszczelne drzwi [...]”²⁷³. W przypadku opisywanej tu miejscowości niedające gwarancji zachowania prywatności „nieszczelne drzwi” być może nie stanowiły głównego powodu niskiej frekwencji, ale nie można wykluczyć, że nie były czynnikiem zupełnie nieistotnym. Jakie mogły być

²⁷⁰ M. Ignar, *Przemiany warunków życia ludności wiejskiej*, Warszawa 1981, s. 20.

²⁷¹ S. Kosiński, *op. cit.*, s. 55.

²⁷² *Ibidem*.

²⁷³ APL, PGRN, pow. lubartowskiego, sygn. 23, Kontrola placówek lecznictwa otwartego przeprowadzona w dniu 1.07.58 (Leszkowice, Ostrów Lubelski, Kijany, Dratów), k. 19.

bowiem konsekwencje sytuacji, w której wiedza o wstydlivej chorobie, zwłaszcza oznaczonej „kryptonimem W”, przedostawała się m.in. tą drogą do opinii publicznej, przekonała się Marianna – bohaterka reportażu *O chorobach wenerycznych*²⁷⁴. Ta dziewiętnastoletnia mieszkanka małego miasteczka w okolicach Łodzi zarażona została chorobą przez swojego pierwszego partnera i brutalnie doświadczyła odrzucenia ze strony otoczenia: „[W przychodni] ta pielęgniarka powiedziała mojej mamie [o chorobie], a pani doktor strasznie podniosła głos na tę pielęgniarkę, że dlaczego, że jestem przecież pełnoletnia i mama nie powinna wiedzieć. No i może ludzie ciekawi, ucho przyłożyli do drzwi i usłyszeli o co chodzi. [...] Tak, powiedziała mamie wszystko. Chociaż bardzo ją prosiłam by nie mówiła, bo moja mama jest strasznie nerwowa [...]. Nie mogłam mamie tego wytłumaczyć. Strasznie [mnie] mama zabiła, ja mówię, pójdę się zabić. Mama mówi – idź! I mnie wyгнаła. Jeszcze mam znak do dziś na czole, po jej bicu. Dwie szramy. Nie było mnie dwa tygodnie w domu [...]. Do szpitala przychodziła tylko siostra. Ja to przeżywam z dniem każdym. [...] Tak się mówi, wszystko [będzie] dobrze. Każdy krok mój to: «o to idzie weneryczka» [...] każdy mnie wyzywa od najgorszych. Całe moje miasteczko. Jakbym miała ze stu. [...] a miałam tylko jednego [...] teraz trudno tutaj żyć. Czym prędzej żeby tylko się wyprowadzić z tego miasta, czym prędzej żeby tylko wyjechać. Może jak wszystko będzie w porządku, to nikt się nie dowie. Trudno żyć w napięciu, takim, ciągle myśleć o tym samym. Naprawdę, trudno, trudno tutaj żyć”²⁷⁵. Jak zobaczymy w kolejnych rozdziałach, nie tylko choroby weneryczne łączyły się na wsi ze wstydem, społecznym odrzuceniem czy napiętnowaniem.

Wspólnota pochodzenia i doświadczeń oraz współdziałanie tego, co socjologowie nazywają pamięcią jednostkową,

²⁷⁴ APR, sygn. B6762a, *O chorobach wenerycznych*, red. B. Markowska (1968).

²⁷⁵ *Ibidem*.

komunikacyjną i kulturową²⁷⁶, także mogło mieć ambiwalentne znaczenie. Z racji wyraźniejszej ciągłości kulturowej i większej zasiedloności ludności wiejskiej, obserwowanej na terenie tzw. ziem dawnych (czyli wchodzących w skład II RP), zjawiska te łatwiej obserwowane były na obszarze południowej i wschodniej Polski. Ich znaczenie i trwanie pokazują m.in. relacje etnograficzne z prowadzonych w latach 70. badań nad medycyną ludową. Jeden z rozmówców ze wsi w woj. bielskim, w 1975 r. wspominając o dwóch lekarzach pracujących w zlokalizowanych w okolicy instytucjach służby zdrowia, stwierdzał: „Nie ma tak, żeby ludzie się zgodzili. Jedni chwalą S., drudzy M. Ja M. nie poniżam, ale mi przeszkodził... ja miałem inne lekarstwa. Pokazuję, że takich mi potrzeba, a on mówi, co to znaczy, żebym mu narzucił, co ma dawać. Jego ojciec był folksdojczem, a on był pieskiem dla Niemców. Burek przynieś. Ja raz panu doktorowi powiedziałem: to nie 1942 czy 1943 żebym ja się pana doktora bał, to nie niemieckie czasy... wściekł się, nie dał mi zwolnienia, ani skierowania do szpitala. Potem przyszedł do sąsiada i powiedział mu żeby przyszła żona i wzięła zwolnienie, bo mu mnie szkoda, że mam żonę i dzieci”²⁷⁷.

Nasuwa się w tym miejscu oczywiście pytanie, czy w sferze tak pojętych relacji interpersonalnych historyczne i kulturowe zaszczości nie ujawniały się również na obszarach Ziemi Zachodnich i Północnych? Choć nie udało mi się natrafić na konkretne przykłady, to jednak przypuszczam, że zwłaszcza w pierwszych latach po wojnie animozje i napięcia etniczne, religijne i narodowościowe mogły mieć swoje odbicie i w tak pojętych relacjach międzyludzkich.

²⁷⁶ Zob.: J. Assmann, *Pamięć kulturowa. Pismo, zapamiętywanie i polityczna tożsamość w cywilizacjach starożytnych*, przeł. A. Kryczyńska-Pham, Warszawa 2008; M. Saryusz-Wolska, *Pamięć kulturowa Gdańska i Wrocławia. Doświadczenia i ślady*, w: *Pamięć, przestrzeń, tożsamość*, red. nauk. S. Kaprański, Warszawa 2010, s. 24–241.

²⁷⁷ AIEiAK UJ, sygn. 4017, *Medycyna ludowa 1975*, k. 62.

O ile z racji mobilności wiedza wiejskich współmieszkańców o przeszłości rodzin, z których wywodzili się lekarze, mogła być ograniczona, to jednak kolejnym czynnikiem (niezależnym od regionu), w znacznym stopniu oddziałującym na zaufanie do miejscowego personelu medycznego, były bieżące relacje. Uwikłanie lekarzy w lokalne układy towarzyskie bądź konflikty rodziło uprzedzenia lub oburzenie, które swoje odzwierciedlenie nierzadko znajdowało w listach wysyłanych do władz centralnych i lokalnych²⁷⁸.

Znaczna ilość skarg i doniesień obserwowana była zwłaszcza na przełomie lat 70. i 80., gdy – jak twierdzi m.in. Lech Ostrowski – mieszkańcy wsi zdążyli się już przyzwycząić do bezpłatnych świadczeń medycznych, a ich większa dostępność wpływać miała na wzrastające oczekiwania i częściej pojawiającą się krytykę sytuacji zastanej²⁷⁹. Ludność wiejska – pisał socjolog – „nabierając nawyku korzystania z uzyskanych przywilejów bezpłatnego leczenia, coraz bardziej krytycznie oceniała mankamenty lecznictwa wiejskiego, porównując swoją sytuację do ludności miejskiej”²⁸⁰.

Także wcześniejszy, regularny kontakt z miastem i tamtejszą opieką medyczną (a zwłaszcza lekarzami medycyny pracy) wpływał znacząco na stosunek do lekarzy ze strony chłoporobotników. Zmiana oczekiwań i świadomość własnych praw oraz większy (lub dodatkowy, pozarolniczy) dochód i związany z tym wyższy status społeczny, zdaniem jednego z lekarzy ratownictwa medycznego, stanowiły źródło dodatkowych problemów w relacjach wiejskich pacjentów z kadrą medyczną:

²⁷⁸ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXV-60 (1968-70), k. 4.

²⁷⁹ Lech Ostrowski swe ustalenia opierał na wynikach badań ankietowych Instytutu Polityki Rolnej z lat 1977 i 1982, z których wynikało, że w czasie pięciu lat znacznie pogorszyła się opinia ludności rolniczej o pracy wiejskiej służby zdrowia. Zob. L. Ostrowski, *Problemy społeczne wsi polskiej*, Warszawa 1989, s. 168.

²⁸⁰ *Ibidem*.

„Tutaj teren jest dosyć ciężki. Bo to jest takie dziwne połączenie ludzi, którzy już się otarli w dużym mieście ale są po miejsku cwani a ciemni jak za króla Ćwiczka i to połączenie miejskiego cwaniactwa z wiejską ciemnotą to koktajl potworny, [który] nam nastęrcza chyba najwięcej trudności, bo autorytet lekarza jest nie zawsze taki jaki powinien”²⁸¹.

W oczy rzuca się jednak fakt, iż zwykle w gorszej, a przy najmniej trudniejszej sytuacji znajdował się lekarz niemieszka-jący na stałe w miejscu swej pracy. Dojeżdżając codziennie bądź kilka razy w tygodniu, z racji urywanych relacji nie był na ogół w stanie wypracować więzi podobnych do tych opisanych przez lekarzy bardziej zasiedziałych. Techniczne problemy ze środkami transportu podmiejskiego (częste psucie się autobusów, spóźnienia), podobnie jak z transportem prywatnym czy służbowym (fatalne drogi, psujące się samochody) powodowały, że wielokrotnie godziny przyjęć w gorzej skomunikowanych wiejskich/ gminnych ośrodkach zdrowia nie były przestrzegane. To – jak starałam się pokazać we wcześniejszych opisach – stanowiło częsty powód irytacji i narzekań.

Dojeżdżający na kilka godzin lekarz, nierzadko jeszcze pozbawiony dodatku finansowego przysługującego lekarzom wiejskim (należał się on tylko lekarzom zamieszkującym miejscowości do 2 tys. mieszkańców)²⁸², rezygnował z pracy, a na jego miejsce – po krótszym bądź dłuższym okresie – pojawiał się ktoś inny. Charakter tych relacji mógł więc nieco przypominać kontakty z lekarzami pogotowia i instytucji ochrony zdrowia zlokalizowanych w ośrodkach miejskich (szpital powiatowy). Szybsze i na ogół bardziej zanonimizowane dla jednych były bardziej komfortowe (choroby wstydlive),

²⁸¹ APR, sygn. C-10420, T-11 – zgłoś się, red. P. Komorowski (1971).

²⁸² AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, Ocena stanu zdrowia na wsi na podstawie analizy wykonania Uchwały Kolegium dot. wsi w latach 1954–1955, k. 183.

dla innych wiązały się jednak z pewnymi niedogodnościami: „Leczenie w ubezpieczalni tzn. w ośrodku zdrowia nie jest dobrze zorganizowane, trzeba często długo czekać na przyjęcie u lekarza”²⁸³ – narzekał w 1975 r. jeden z mieszkańców wsi w woj. bielskim.

Kontakt z nieznanym lub nowym lekarzem mógł być też na rękę temu ostatniemu. Sytuację taką z lat 60. bardzo ciekawie opisał w jednym ze swoich reportaży z Podlasia Edward Redliński: „Dr Rabo przyjechał do Orli z opinią doskonałego lekarza [...] w latach 60. miał jeszcze lekarz w rejonie kilka okazów kołtuna i nijak nie mógł ich zniszczyć. Delikwenci bali się starego przesądu, że po ścięciu kołtuna «skręci i połamie kości». Trzeba było uciec się do wybiegu. Gdy przy okazji innej dolegliwości właścicielka kołtuna zjawiała się w gabinecie, lekarz zamknął drzwi na klucz i powiedział kategorycznie, że nie wypuści jej, dopóki nie zetnie włosów. Kobieta zaczęła krzyczeć, upadła nawet na kolana. Wtedy lekarz «przyznał się», że jest zamawiaczem kołtunów. Nie od razu uwierzyła. Wreszcie gdy połał nożyce wodą, pomamrotał trochę po niemiecku, a siostra odegrała «magiczną» gestykulację, chora zaufała... Później rozeszła się o doktorze sława mistrzowskiego «zamawiacza», pozostałe kołtuny zdjął w podobny sposób, ale już z mniejszym trudem”²⁸⁴.

Wyłaniające się zarówno z tego, jak i z szeregu innych opisów obrazy wiejskich pacjentów i lekarskich strategii mających na celu wyrugowanie lub minimalizowanie złych (z punktu widzenia nauki o zdrowiu i higienie) nawyków pokazywały z jednej strony obserwowane już przed wojną zderzanie się różnych światopoglądów i mentalności. Z drugiej jednak strony opisy te odzwierciedlają też skalę swoiście pojętej przemocy symbolicznej wobec wiejskich pacjentów, rozumianej za Pierre

²⁸³ AIEiAK UJ, sygn. 4012, *Medycyna ludowa* 1975, k. 118, 121.

²⁸⁴ E. Redliński, *Ja w nerwowej sprawie*, Warszawa 1969, s. 17.

Bourdieu jako forma przemocy, która oddziałuje na podmiot społeczny przy jego współudziale²⁸⁵.

Oczywiście tak postrzegana przemoc wiązała się z szeregiem innych zjawisk społecznych składających się na szeroko pojęte procesy cywilizacyjne, których przyspieszenie w Polsce przypadło na II połowę XX w., i które odnosiły się nie tylko do środowisk chłopskich.

Podczas analizy relacji wiejskich pacjentów z personelem medycznym pojawiają się ważne pytania odnoszące się do roli kobiet. Czy przybywająca na wieś lekarka borykała się z tymi samymi problemami co jej kolega po fachu? Czy status społeczny lekarki był równy lekarzowi? Na te pytania trudno jednoznacznie odpowiedzieć. Nie napotkałam bowiem żadnego przykładu mówiącego o takiej formie dyskryminacji. Jedyne przewijające się zastrzeżenia pojawiały się wobec zbyt młodego, zdaniem pacjentów, wieku kobiet zatrudnianych w instytucjach ochrony zdrowia. Utożsamiany przez niektórych pacjentów (ale też pacjentki) z brakiem doświadczenia niekiedy działał zniechęcająco bądź odstraszająco. O problemie takim pisano m.in. w sprawozdaniu z funkcjonowania ośrodka zdrowia (izby porodowej) w Firleju (pow. lubartowski), gdzie niską frekwencją łączono z młodym wiekiem zatrudnionych tam położnych²⁸⁶.

Co ciekawe, w dostępnych materiałach nie udało mi się jednak odnaleźć informacji mówiących o kobietach-felczerach, ale ustawa o tymże zawodzie nie precyzowała, że funkcje te pełnić może wyłącznie mężczyzna. Podobnie jak felczer, w pierwszych powojennych latach położne i pielęgniarki nierzadko samodzielnie prowadziły otwierane w dalszych wsiach tzw. punkty

²⁸⁵ Zob. np.: P. Bourdieu, *Zmysł praktyczny*, przeł. M. Falski, Kraków 2008; P. Bourdieu, J.C. Passeron, *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, przeł. E. Neyman, Warszawa 2006.

²⁸⁶ APL, PPRN w Lubartowie, sygn. 67, Referat na sesję PRN w Lubartowie w dniu 19 lutego 1960 r. w sprawie pracy służby zdrowia na terenie pow. lubartowskiego, k. 245.

zdrowia. Praca w nich, podobnie jak w punktach felczerskich, wielokrotnie wychodziła też poza zakres obowiązków precyzowanych w ustawach.

Okres przekształcania punktów zdrowia w gminne ośrodki zdrowia (GOZ) lub znalezienie chętnego do pracy w nich lekarza i związana z tym konieczność ograniczenia zakresu decyzyjności w sferze lokalnego leczenia (czyli przymus uznania autorytetu lekarza) były niekiedy źródłem konfliktów bądź napięć z nowymi współpracownikami (współpracownikami). Dotyczyło to również relacji lekarzy z felczerami lub prowadzącymi punkty pielęgniarskie kobietami. Jeden z wiejskich mieszkańców, który po studiach medycznych powrócił do rodzinnej wsi jako lekarz, wspominał: „Nie wszyscy byli tu zadowoleni z mojego przyjazdu, a już najmniej pani Olasowa. Była to pielęgniarka która od czasu wojny pełniła tu obowiązki lekarza i kierownika ośrodka zdrowia. Do mojego przyjazdu miała ona przyznane jej oficjalnie, aczkolwiek z konieczności – prawo wydawania recept. Powitała mnie ze źle ukrywaną niechęcią [...]. Pani Olasowa już od 15 lat przyzwyczaiła się, do roli wiejskiego lekarza. Nikt nie miał prawa inaczej jej tytułować jak tylko «pani dochtorko». Opowiadała, że kiedyś we Lwowie to i nawet profesorem była, takim od medycyny [...]. W gabinecie dentystycznym ordynował Pan Holowczuk, największa na świecie ofiara nałogu pijaństwa [...] pacjenci szukali go rano, póki trzeźwy [...]»²⁸⁷.

Napięcia między starymi i nowymi pracownikami ośrodka i swoista walka o wpływy lub autorytet nie były rzadkością. Oddziaływały one również na stosunek wiejskich pacjentów do lekarzy. Świetnym przykładem takiego swoiście pojętego sporu kompetencyjnego był długoletni, bo trwający co najmniej 10 lat²⁸⁸ konflikt toczący się w pow. gryfickim między

²⁸⁷ *Nowe zawody...*, s. 142.

²⁸⁸ Pierwsze informacje pisane na ten temat znalazłam w materiałach z 1962 r., ostatnie w 1972. Potwierdzeniem długoletniego sporu były także materiały

lekarzem A. i felczerem B.²⁸⁹ Jako że jedno z poważnych źródeł niezgody stanowiła popularność wśród pacjentów – ci ostatni nie pozostawali w tej sprawie całkowicie bierni, opowiadając się po jednej bądź drugiej stronie sporu. Dowodem tego było posiedzenie władz lokalnych w 1962 r., na którym „problem z felczerem” dyskutowano dość szeroko. Istnienie konfliktu ujawniły wysyłane do władz lokalnych na początku lat 70. listy poparcia dla felczera, a także prośby o przywrócenie mu wcześniejszych kompetencji do wystawiania pacjentom lekarskich zwolnień i skierowań do szpitala²⁹⁰. Niechęć do lekarza A. argumentowano w jednym z listów tym, iż jest on niedokładny, nieuprzejmy i nadużywa alkoholu²⁹¹. Choć zarzuty te potwierdza rozmowa z ówczesną pielęgniarką z jednego z uwikłanych w sprawę ośrodków wiejskich²⁹², to trudno je zweryfikować, bazując na materiałach archiwalnych. Lokalne środowisko lekarskie w sporze tym jeszcze w 1962 r. raczej popierało doktora A., domagając się zwolnienia bądź przeniesienia felczera B. jako „podrywającego autorytet lekarza” i „nie umiejącego pracować i współżyć z zatrudnionym personelem”²⁹³. Choć – jak sugerują źródła – sam felczer mógł nie być bez winy (inny lekarz pracujący z nim wcześniej zwolnił się z uwagi na trudną relację z felczerem), to jednak zarówno w 1962 r., jak i później rozwiązanie sporu poprzez usunięcie bądź przeniesienie felczera, z uwagi na brak kadr, było niemożliwe²⁹⁴.

wywołane. APSz, sygn. 229, Protokół 3/61 z posiedzenia KZPiPS z 14 lipca 1961, k. 11.

²⁸⁹ Ponieważ obaj opisywani pracownicy służby zdrowia nadal żyją, celowo zmienne zostały ich inicjały.

²⁹⁰ APSz, sygn. 2482, Analiza skarg i wniosków 1972–73, k. 14.

²⁹¹ *Ibidem*.

²⁹² P.B., miejscowość W., woj. zachodniopomorskie.

²⁹³ APSz, sygn. 229, Protokół nr 4/61 KZPiPS z dnia 16 grudnia 1961, k. 17–18.

²⁹⁴ *Ibidem*, Protokół nr 2/62 z posiedzenia KZPiPS PRN z dnia 29 marca 1962, k. 84.

Pomimo że kwestia stosunku władz miejscowych do personelu medycznego częściowo omówiona została w rozdziale dotyczącym ośrodka zdrowia, tu warto zaznaczyć, iż o ile w latach 50. w wielu PRN i GRN bagatelizowano problem liczby i warunków pracy lekarzy, o tyle w późniejszych dekadach istotną rolę odgrywały mechanizmy powstrzymywania odpływu/ ucieczki medyków z terenów prowincji. Jak pokazują materiały, to właśnie te problemy nierzadko stawały się też powodem przymykania oczu na szereg nieprawidłowości i patologii. Niektóre z nich w jakimś stopniu były też akceptowane przez część społeczności lokalnych. Jedna z lekarek, odbywająca swój staż w podlubelskim ośrodku zdrowia, wspominała: „Właściwie tak było to skonstruowane, że zarobki były bardzo niskie [...] te łapówki były wliczone w system [...] zaczęłam w czerwcu ten staż. Wysyłali nas do ośrodków zdrowia. [...] Tam tydzień chyba byłam. Pana doktora nie było. No i już pierwszego dnia podawał mi jakiś człowiek książeczkę zdrowia, a w książeczce zdrowia – nie pamiętam, jakie to były wtedy pieniądze – i on chce zwolnienie. I to po prostu. Ja te pieniądze oddawałam [z powrotem], pertraktowałam o to zwolnienie. No, bo oni po prostu byli zdrowi, tylko chcieli zwolnienia. Tak to się odbywało”²⁹⁵.

Problem korupcji, znajomości, „załatwiania” szpitalnych miejsc i szereg innych tak pojętych patologii pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym w równie dużym (jeśli nie większym) stopniu dotyczył ośrodków miejskich. O skali problemów wielokrotnie debatowano zwłaszcza w latach 80.²⁹⁶ Problem ten podejmowało zresztą także samo środowisko lekarskie, czego wyrazem były m.in. teksty lekarzy publikujących na łamach wydawanych w drugim obiegu „Zeszytów Niezależnej Myśli Lekarskiej”²⁹⁷.

²⁹⁵ Lekarz, miejscowość Ż., woj. lubelskie.

²⁹⁶ Zob. też: E. Szpak, *Lecznictwo i problemy zdrowotne...*, s. 113–129.

²⁹⁷ Por. *Etyka lekarska – przyczyny upadku*, „Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej” 1984, nr 1, s. 3–10.

I.2. Czystość i brud – warunki życia ludności wiejskiej

Przewijające się w sprawozdaniach pokontrolnych w pierwszych kilkunastu latach po wojnie zarzuty dotyczące skali zaniedbań bądź sanitarnych niedociągnięć i niedoskonałości w instytucjach publicznych, takich jak opisywane wcześniej ośrodki zdrowia i szpitale, trudno było jednak porównywać z warunkami życia mieszkańców wsi. Co najmniej do II połowy lat 50. były one na ogół fatalne. Tuż po wojnie, z oczywistych względów, w najgorszej sytuacji znajdowały się rodziny wiejskie zamieszkujące tzw. tereny przyczółkowe, a więc obszary zlokalizowane w pobliżu toczących się działań wojennych. O tym, w jak dramatycznych warunkach żyli tam ludzie, donosili liczni wówczas terenowi obserwatorzy. W swoim sprawozdaniu z wyjazdu do woj. lubelskiego w lipcu 1948 r. dr Zofia Paszkiewicz opisywała wiejskie mieszkania zlokalizowane w przeciekających ziemiankach, w których podczas deszczu powstaje błoto²⁹⁸. Dariusz Jarosz, analizując obraz chłopów w powojennej prasie, przytaczał podobne opisy. Wśród nich szczególnie przejmujący był m.in. fragment jednego z reportaży, opublikowanego w tygodniku „Chłopi”. Jego autor – Jerzy Tenczyn, po wizycie w zniszczonych wsiach w okolicach Warszawy (Poniatów, Wieliszów, Skrzyszewo, Topolin), pisał: „Zastanawiam się jakby tam wejść, bo daszek jest na pół metra nad ziemią, wreszcie spuszczam nogi i dosłownie wpełzam do wnętrza. Ciemno, ziemianka ta ma z półtora metra wzdłuż i wszerz. Mieszka tam 5 osób: dwoje starszych i troje dzieci. Rodzina Pietrzyńskich. Cóż mam jeszcze powiedzieć? Że brak powietrza, pełno dymu gryzącego, że ludzie ci muszą walczyć ze szczurami, że dzieci

²⁹⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 49, t. 2, Sprawozdanie Departamentu Sanitarno-Epidemiologicznego z wyjazdu do woj. lubelskiego w dn. 27–30 VII 1948, k. 265–266.

są pólne i słabe, o ziemistej twarzy, że tam zaczyna się zapalenie stawów i gruźlica, że zre ich świerzb, do którego zresztą nie chcą się przyznać”²⁹⁹. W woj. kieleckim – jak pokazuje Grzegorz Miernik – w wielu powiatach „ludność [...] wegetowała zagrzebana pod ziemią w bunkrach i wygrzebanych jamach. [...] W 1947 r. w powiecie kozienickim jeszcze 95% osób mieszkało w bunkrach, szałasach i prymitywnych barakach”³⁰⁰.

Oczywiście nie wszyscy żyli w tak skrajnych warunkach. Na wsi w tym czasie przeważały jednak budynki stare, niskie, przedludnione, a w rejonie południowej i wschodniej Polski pokryte były najczęściej strzechą i zawilgocone. Średnio bowiem co trzecie wiejskie zabudowania mieszkalne w Polsce w 1950 pokrywano tym materiałem (37%, w 1960 – 30%). Jednak to przede wszystkim tereny byłego Królestwa Polskiego i zaboru rosyjskiego podnosiły średnią dla całego kraju. W województwach zlokalizowanych na tym obszarze zwykle co drugi dom wiejski w 1950 r. pokryty był jeszcze słomą i trzciną – w woj. lubelskim (67%), warszawskim (59%), kieleckim (58%), łódzkim (53%) i białostockim (49%). Nieco lepiej wyglądała sytuacja na obszarze dawnej Galicji (krakowskie – 29%, rzeszowskie – 40%). Na Ziemiach Zachodnich i Północnych zabudowania takie stanowiły natomiast wyjątek (2–4%)³⁰¹. Wiejskie rodziny były w tym czasie na ogół też bardzo liczne (często wielopokoleniowe), a mieszkania, które zajmowały, składały się z jednej lub dwóch izb.

O tym, jak ciasno bywało niekiedy w domu rodzinnym, w tym czasie pisała jedna z pamiętnikarek, urodzona w 1931 r. pod Łańcutem: „było nas razem 9 osób. Nie bardzo mogę sobie

²⁹⁹ D. Jarosz, *Obraz chłopa...*, s. 28–29.

³⁰⁰ G. Miernik, *O niektórych patologiach życia codziennego mieszkańców obszarów przyczółkowych w drugiej poł. lat 40. XX w. (na przykładzie woj. kieleckiego)*, w: *Bieda w Polsce*, red. G. Miernik, Kielce 2012, s. 199–200.

³⁰¹ Liczba takich budynków w woj. wrocławskim (1%), szczecińskim, zielonogórskim i opolskim (ok. 2%) i koszalińskim (4%). *Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej i Komunalnej 1965*, Warszawa 1967, s. 28–29.



8. 1944/1945. Wiejska uliczka, widoczne drewniane domy kryte strzechą.

wyobrazić jak to się wszystko mieściło, skoro za pomieszczenie mieszkalne służyła jedna izba, z czego sporo zajmował potężny piec do pieczenia chleba i kuchnia. Izba mieszkalna oddzielona była od obory i komórki tak zwaną sienią, która w normalnym, dzisiejszym mieszkaniu powinna nazywać się przedpokojem. [...]”³⁰².

Liczba opisywanych tzw. budynków sprzężonych (czyli takich, w których zabudowania gospodarcze i mieszkalne połączone były wspólnym dachem) już przed wybuchem II wojny światowej ulegała zmniejszeniu³⁰³. Bezpośrednie sąsiedowanie z pomieszczeniami gospodarskimi nie musiało być zatem u progu lat 50. regułą. Tuż po wojnie jednak często, zwłaszcza na obszarach, gdzie odnotowywano przypadki bandytyzmu,

³⁰² *Awans pokolenia...*, s. 184–185.

³⁰³ Zob. też: J. Majewski, *op. cit.*, s. 110–114; J. Burszta, *Kultura wsi okresu międzywojennego*, w: *Historia chłopów polskich...*, t. 3, s. 462–463.

oraz na tzw. Ziemiach Odzyskanych, „nocowanie” zwierząt gospodarskich w domach mieszkalnych nie było niczym dziwnym. Inwentarz żywy stanowił bowiem niezwykle cenny łup zarówno dla lokalnych band, jak i złodziei, dlatego też zamknięcie ich w domu bądź nocowanie w ich pobliżu uważano za rodzaj zabezpieczenia. Jak dowodził też Aleksander Bałasz, stała obecność zwierząt hodowlanych w izbach na przełomie lat 40. i 50. nie była rzadkością, szczególnie w najuboższych gospodarstwach. Wspominając pierwsze dni pobytu na Lubelszczyźnie, pisał: „niestety, schludnych izb w tamtych czasach widziałem niewiele”³⁰⁴. Szczególnie obrazowy jest przytaczany przez niego opis jednego z porodów, przy którym – obok lekarza – „uczestniczył” gospodarski koń: „w małej ciemnej izbie o malutkim okienku wielkości czapki, o podłodze – klepisku z gliny, na pryczy pokrytej słomą leżała rodząca” – wspominał lekarz. „O zabranii jej do szpitala nie było już mowy. Musiałem udzielić pomocy na miejscu. Tymczasem tyłem do pryczy stał uwiązany koń. Jeszcze nigdy nie przyjmowałem porodu w taki bliskim sąsiedztwie konia. Znajdowałem się w niebezpiecznym zasięgu jego kopyt i w każdej chwili byłem narażony na niespodziewane kopnięcie”³⁰⁵. Tak bliskie sąsiedztwo zwierząt pogarszało rzecz jasna i tak na ogół fatalny stan sanitarny domowego wnętrza, sprzyjając rozwijaniu się różnego rodzaju chorób odzwierzęcych.

2.1. „Dopóki te głupie porządki nie zostaną ukończone, noga moja w tym domu nie postanie”

Charakterystyczne dla okresu międzywojennego opisy uboższych mieszkań wiejskich – ciemnych i niemal nigdy niewietrzonych, wyposażonych w małe i nieotwierane okna (co zimą

³⁰⁴ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 817.

³⁰⁵ *Ibidem*, s. 818.

miało chronić przed stratami ciepła, a latem przed muchami i innymi owadami)³⁰⁶, z glinianym – a w przekonaniu wielu także i zamożniejszych gospodyń niebrudzącym się – klepiskiem³⁰⁷, również w pierwszych latach po wojnie stanowiły aktualny obraz wiejskiego domu rodzinnego. Dotyczyło to jednak przede wszystkim obszarów środkowej i południowo-wschodniej Polski. Prowadzone jeszcze przed wojną przez nielicznych higienistów akcje na rzecz porządkowania i oczyszczania wiejskich przestrzeni miały w tym czasie jedynie ograniczony zasięg. Jak pokazywały zmagania zespołu pielęgniarek, realizujących na przełomie lat 20. i 30. pod kierunkiem dr. Marcina Kacprzaka „prohigieniczne” konkursy, głównym problemem w setkach zagród były nie bieda i ograniczenia finansowe, a stan higienicznej świadomości chłopów i ich silne przywiązanie do dotychczasowych nawyków i organizacji domowej oraz przydomowej przestrzeni. Mieszkańcy konkursowych wsi nie wszędzie przyjmowali propagatorów higienicznych ulepszeń, a „w poszczególnych przypadkach przejawiali nawet niechęć wrogo” – raportowały pielęgniarki. „Niejedna gospodyni ociągała się wyraźnie z przystąpieniem do konkursu, kilka odpadło bo inni członkowie rodziny poza gospodynią nieprzyjaźnie do tego udziału byli usposobieni, [i] niekiedy wprost wyszydzały nasze konkursy. W kilku przypadkach wywołało to nawet wyraźne nieporozumienia rodzinne. W jednej miejscowości matka męża oświadczyła, że dopóki te głupie porządki nie zostaną ukończone, noga moja w tym domu nie postanie”³⁰⁸ – dodawały. Bardzo ciekawa jest zwłaszcza ostatnia informacja. Pokazuje, jak ówczesne wiejskie postrzeganie czy też rozumienie pojęć czystości i brudu różniło się

³⁰⁶ Por.: *Pamiętniki lekarzy...*, (Łódź 2011; wyd. I pamiętników pochodzi z 1938 r.); M. Kacprzak, *Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej”*. Sprawozdanie i uwagi krytyczne, Warszawa 1930; B. Tworek, *op. cit.*

³⁰⁷ M. Kacprzak, *Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej”...*, s. 42.

³⁰⁸ *Ibidem*, s. 50.

od tego promowanego przez higienistów. Inny tego przykład stanowiła zakrojona na szeroką skalę akcja instalowania we wsiach (ale również w miastach i miasteczkach) słynnych „sławojek”³⁰⁹. Ponieważ były obowiązkowe, gospodarze stawiali je najczęściej „dla świętego spokoju”. Zdarzało się też, iż na potrzeby ewentualnej kontroli szczelnie zamykano i zabezpieczano wygodki przed ich ewentualnym zanieczyszczeniem³¹⁰. Sytuacje takie opisywał w swoich pamiętnikach sam pomysłodawca „sławojek”, przedwojenny minister spraw wewnętrznych Felicjan Sławoj Składkowski³¹¹. Historie te przewijały się również w przedwojennych relacjach higienistów i pielęgniarzek. Opisuując swoje doświadczenie z pracy we wsiach płockich, stwierdzali: „Najwięcej kłopotów sprawiają ustępy – chybotające się niekiedy kryjówki bez drzwi, bez dachów, postawione pośrodku podwórza, w otoczeniu gnojówki [...] w paru miejscach pokazano nam ustępy czyste to prawda, ale nikt do nich nie chodził, a obejście było zanieczyszczone wydaliniami [...]”. Jedna z kobiet mówiła wprost: teraz proszę pani ustęp mam czysty, bo umyłam uporządkowałam i nikomu tam chodzić nie pozwalam”³¹².

Brak lub niekorzystanie z obowiązkowo stawianych ustępów, podobnie jak źle zabezpieczone i często zbyt płytkie studnie,

³⁰⁹ O ich potrzebie pisał też dr L. Bier, *Choroby zakaźne w Polsce. Ustęp – a obronność państwa. Referat zgłoszony na XI-ty Zjazd Higienistów Polskich w Lubinie w dniu 30 czerwca 1938 r. przez doc. dra L. Biera*, Kraków 1938. O wiejskim pojmowaniu czystości piszę również w artykule: *Pojęcie zdrowia, choroby i cielesności w wiejskim postrzeganiu świata po 1945 r., czyli o zmianach mentalności na wsi polskiej*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012, nr 2, s. 231–250.

³¹⁰ Zob. np.: W.K. Pessel, *Narodziny nowoczesnej higieny publicznej. Perspektywa kulturoznawcza*, „Studia Historica Gedanensia” 2010, t. 1, s. 166; M. Kacprzak, *Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej”...*, s. 35.

³¹¹ A. Leszczyński, *Wychodek premiera Sławoja*, „Ale Historia”, 7 VII 2014, http://wyborcza.pl/alehistoria/1,139245,16278532,Wychodek_premiera_Slawoja.html [12.03.2016].

³¹² M. Kacprzak, *Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej”...*, s. 35.

używanie niewielu naczyń kuchennych, wielokrotne wykorzystywanie tej samej wody do mycia garnków, ciała i prania³¹³, brak mydła, ręczników (wycierano się noszonym przez długi czas ubraniem), oddzielnych łóżek, pożyczanie od sąsiadów przyborów do golenia³¹⁴ stanowiły najtrudniejsze do wyplenia nawyki wiejskie, których istnienie groziło rzecz jasna ciągłym nawracaniem i szybkim rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych.

Podjęmowane w II RP przez ruch higienistów akcje uświadamiające tylko w nieznacznym stopniu przyczyniały się do poprawy sytuacji. Choć dostrzegano pewne zmiany, to jednak proces przeobrażeń był bardzo powolny³¹⁵. Oczywiście nie oznacza to, że mieszkańcy wsi nie wykształcili własnego odpowiednika potocznie rozumianej higieny, czyli systemu działań i praktyk mających na celu swoistą profilaktykę zdrowotną. Funkcję tę spełniał opisywany przez etnologów i antropologów system magiczno-religijnych zabiegów i praktyk ochronnych (tzw. apotropaicznych), często stojących w sprzeczności z elementarnymi zasadami współcześnie rozumianej higieny. W powojennym dyskursie to właśnie one określane były mianem zabobonów i guseł świadczących o wiejskim wstecznictwie.

Stojący w swoistej sprzeczności z wiedzą medyczną wiejski stosunek do higieny potwierdzają często pamiętniki lekarzy zatrudnionych w przedwojennych kasach chorych i późniejszych ubezpieczalniach społecznych. Jak pokazują jednak relacje wiejskich mieszkańców, sposób rozumienia pojęcia czystości i higieny mógł być też bardziej zindywidualizowany i powiązany

³¹³ B. Tworek, *op. cit.*, s. 84.

³¹⁴ O zwyczajach takich pisała np. J. Piotrowska w poradniku dla mieszkańców wsi. Zob. J. Piotrowska, *Choroby skóry na wsi*, Warszawa 1955, s. 41.

³¹⁵ E. Więckowska, *Warunki zdrowotne polskiej wsi w drugiej połowie XIX wieku*, w: *Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2003, s. 73. Świadomi powolności zmian byli też wiejscy higieniści z okresu dwudziestolecia międzywojennego. Por. M. Kacprzak, *Konkursy „Zdrowie w hacie wiejskiej” ...*, *passim*.

nie tylko z wykształceniem, ale również doświadczeniem poszczególnych mieszkańców. Dobrym przykładem jest jedna z moich rozmówczyń – pani Maria (urodzona w 1937 r. w pow. parczewskim), której matka pracowała jako kucharka i pomoc w gabinecie parczewskiej dentystki (Żydówki). Między innymi to doświadczenie sprawiało, że kwestie związane z higieną, a zwłaszcza codziennym żywieniem były w jej rodzinie przedmiotem większej uwagi³¹⁶. O zróżnicowaniu w sposobie postrzegania zagadnień dotyczących higieny świadczą także relacje pamiętnikarskie. Jeden z autorów tuż po wojnie pisał: „w mojej [...] wsi można widzieć popiół, sadze wyrzucone na drogę jako nieużytek, gnojówka spuszczone na drogę, gazet prawie nikt nie prenumeruje, w domach brudastwo, nikt nie ma pojęcia o bakteriach, studnia, (o ile tak ją można nazwać) jedna na kilka domów. Podłogi się w domach rzadko kiedy myje, starsi (mądrzejsi) umią na podłogę smarknąć, plunąć itp., wiadra się potem stawia na podłodze, idzie nabiera się nimi wodę we wspólnej studni, rzeczywiście przy tym dno się opłukuje, a kto inny opłuczyny zjada. Nic też dziwnego, że jak wybuchnie choroba, szerzy się po całej wsi”³¹⁷.

Na ile jednak zróżnicowania takie łączyć można z kwestią regionalną, nie udało mi się ustalić. Pamiętniki lekarzy (np. dr. med. Cz. Piekarskiego z Wielkopolski)³¹⁸ nie potwierdzały zasadniczo lepszej sytuacji higieniczno-zdrowotnej, przynajmniej w kontekście sytuacji najuboższych (robotników rolnych i biedoty wiejskiej). Jak wskazywał jednak Józef Burszta, pod względem cywilizacyjnym wsie wielkopolskie znacznie odróżniały się od wsi w pozostałych częściach II RP. Dostrzegalne to było zwłaszcza w sferze materialnej i wyglądzie wiejskich domów. Kilkuizbowe, z dużymi oknami, osłoniętymi firankami

³¹⁶ M.N., miejscowość Ż., woj. lubelskie.

³¹⁷ *Więś polska 1939–1948. Materiały konkursowe*, t. 2, oprac. K. Kersten, T. Szarota, Warszawa 1968, s. 80.

³¹⁸ *Pamiętniki lekarzy...*, (Kraków 1987), s. 227–263.

i zasłonami, wyposażone w drewnianą podłogę, kuchenną płytę i meble kupione w mieście lub robione na wzór miejski świadczyły o wyższym standardzie życia. Dotyczyły to również wysiedlanej po wojnie ludności niemieckiej zamieszkującej Ziemię Zachodnie i Północne.

2.2. „Toniemy w brudach?”

Mimo iż warunki, które zastawali przybywający na Ziemię Zachodnie i Północne migranci, były z reguły lepsze od tych, do których przywykli w południowej i centralnej Polsce, to jednak właśnie siła nawyków sprawiała, że nie zawsze istniejące rozwiązania przestrzenne i sanitarne potrafią docenić lub wykorzystać. Nie zawsze też pod koniec lat 40. stan tych domów okazywał się dobry: „takie jakieś tutaj było niebogate, ta wioska, ten pruski mur...” – wspominała jedna z obecnych mieszanek pow. gryfickiego, która jako nastolatka pod koniec lat 40. przeniosła się tam wraz z rodziną z woj. łódzkiego. „Tu, tylko glina i ten pruski mur; było tragicznie [...] jak chciałam coś posprzątać, jak białam – to sufit odleciał”³¹⁹. Fatalny stan zajętego przez jej rodzinę mieszkania (po wcześniejszym okresie tymczasowego zamieszkiwania w zaadoptowanym na potrzeby osadników pałacu) wynikał również z momentu ich przybycia na teren ówczesnego woj. szczecińskiego. Domy murowane, lepiej wyposażone i zelektryfikowane, anektowane (lub rozszabrowywane) były raczej przez pierwszą falę migrantów. Późniejszych przybyszów zwykle lokowano w zabudowaniach gorszych, częściowo zniszczonych bądź też zadowalać się musieli pomieszczeniami w budynkach zbiorowych, najczęściej stanowiących uprzednio siedziby miejscowych właścicieli ziemskich.

Zjawisko to dotyczyło zarówno wsi indywidualnych, jak i przede wszystkim uspołecznionych. Zakwaterowywanie

³¹⁹ M.M., miejscowość G., woj. zachodniopomorskie.

pracowników PGR i pionierów częstokroć miało miejsce w takich właśnie zabudowaniach. Z reguły były to jednak mieszkania tymczasowe i oferujące bardzo prowizoryczne warunki życia. Przeludnienie, brak prywatności, wilgoć i chłód takich pomieszczeń generowały zarówno szereg konfliktów, jak i problemów zdrowotnych.

Oczywiście w pierwszych latach po wojnie zawilgocone, przeludnione i pozbawione jakiegokolwiek instalacji mieszkania, w których podstawowymi problemami był chłód i brak dostępu do wody pitnej, znajdowały się nie tylko na wsi. Zniszczone miasta – zarówno te duże jak Warszawa czy Wrocław, ale też i mniejsze jak Jasło czy Wieluń – nie gwarantowały lepszych warunków życia. O ile jednak sytuacja w ośrodkach miejskich ulegała systematycznej poprawie, dostrzeganej wyraźnie pod koniec lat 60., o tyle sytuacja na wsi pod tym względem okazała się znacznie bardziej długotrwała. Mimo obserwowanego w latach 60. rozwoju budownictwa mieszkaniowego standard użytkowanych na wsi mieszkań był znacznie niższy niż w miastach. Gdy w 1970 r. 74% mieszkań miejskich wyposażono już w sieć wodociągową, a blisko 50% posiadało łazienkę i spłukiwany ustęp, to na wsi tym ostatnim udogodnieniem cieszyło się wciąż zaledwie 4–5% mieszkań, zaś niewiele ponad 10% wszystkich wiejskich domów rodzinnych miało dostęp do bieżącej wody³²⁰. Wciąż też tylko kilka (ok. 7) procent wiejskich domostw posiadało ogrzewanie centralne (CO), a jeszcze mniej podłączonych było do sieci gazowej (w 1970 r. – ok. 0,9% mieszkań). Jak pokazywała w swoich badaniach prowadzonych w latach 60. w pow. łowickim Stefania Śliwińska: „Proces zabudowy wsi trwa nadal, nie jest jednak należycie zorganizowany w sensie nadzoru władz powiatowych. W nowych budynkach brak jest urządzeń sanitarnych, nie są one przystosowane do życia codziennego rodziny wiejskiej. Zarówno w nowych jak

³²⁰ M. Ignar, *Warunki życia ludności wiejskiej*, Warszawa 1987, s. 36.

i starych domach życie rodziny koncentruje się w kuchni przy jednym źródle ciepła – płycie kuchennej. Jedynie w B. spotyka się piecyki grzewcze dwupokojowe, ale nie zawsze się w nich pali. Nigdzie nie spotkano codziennego ogrzewania więcej niż jednej izby³²¹.

W tym czasie często również zwracano uwagę na organizację i zagospodarowanie przestrzeni okołodomowej. Brak ustępów lub ich zbyt bliskie położenie przy prywatnych studniach, źle zabezpieczone gnojowniki, brak odpowiednio wydzielonych miejsc na nieczystości i śmieci to najczęstsze problemy, z którymi borykać się musieli lokalni kontrolerzy sanitarni, i które determinował też w pewnym zakresie stan wiejskiej higieny osobistej.

Kwestia wiejskiej gospodarki ściekowej pozostała w zasadzie do końca lat 80. nierozwiązana, podobnie zresztą jak problem narastających wraz z czasem śmieci. Nie oznacza to jednak, że te nieuregulowane kwestie systemowe nie przeszkadzały z biegiem czasu samym mieszkańcom. Analiza protokołów z lokalnych zebrań wiejskich ujawnia bowiem, jak często, zwłaszcza w ostatnich dwóch dekadach PRL, problemy asenizacyjne dyskutowane były na zebraniach z przedstawicielami lokalnych władz gromadzkich lub powiatowych³²².

Mimo że w latach 70. zakończono ostatecznie proces elektryfikacji wsi, to wciąż pod koniec dekady prawie połowa wszystkich rodzin wiejskich mieszkała w domach, w których poza elektrycznością nie było żadnych instalacji³²³. Wynikało to najczęściej z braku funduszy w gminie i trudności logistycznych (rozrzuczona zabudowa wsi utrudniała budowę instalacji).

³²¹ S. Śliwińska, *Zdrowie kobiet – gospodyń wiejskich na tle warunków ekonomiczno-społecznych, odżywiania i pracy zawodowej*, Warszawa 1974, s. 66.

³²² Zob. np.: APSz, Urząd Miasta i Gminy w Płotach, sygn. 78, Protokół nr 18/87 posiedzenia Komisji Zdrowia, Spraw Socjalnych i Ochrony Środowiska odbytego w dniu 22. stycznia 1987, k. 6.

³²³ M. Ignar, *Warunki życia...*, s. 35.

W 1984 r. wciąż wiele wiejskich mieszkań było przeludnionych. Jak szacował Marek Ignar, ok. 100 tys. wiejskich rodzin wieloosobowych (w sumie ok. 360 tys. osób) zajmowało w tym czasie mieszkania jednoizbowe. W najgorszej sytuacji pod względem zagęszczenia mieszkań znajdowała się ludność wiejska z województw południowo-wschodnich, w najlepszej – z województw zachodnich i południowo-zachodnich³²⁴. Wyjątkiem od tej reguły były wsie zlokalizowane w bliskim sąsiedztwie większego ośrodka przemysłowego, którego obecność generowała możliwość napływu ludności wiejskiej wykonującej dwa zawody.

Lata 70. wraz z wyższą dochodowością gospodarstw i nowym pokoleniem gospodarzy zmieniały jednak obraz wielu wiejskich domów. Stawiane w pokojach odbiorniki telewizyjne, wymieniane radia czy meble „na wysoki połysk” modernizowały domową przestrzeń, podnosząc standard życia wiejskiego. W 1978 r. urządzeniem spotykanym w niemal każdym wiejskim domu stawała się pralka (wirnikowa lub elektryczna – 75%). W co drugim domu wiejska gospodyni dysponowała maszyną do szycia (58%), rzadziej odkurzaczem (12%)³²⁵. Coraz częściej też pojawiały się kuchnie węglowe lub gazowe. Standard wiejskiego wyposażenia był odmienny oczywiście w zależności od regionu. Wyraźne różnice dostrzegano także w przynależności gospodarstwa do sektorów rolnictwa uspołecznionego i państwowego. W zestawieniu z gospodarstwami chłopskimi oba te sektory wypadały lepiej – w domach członków spółdzielni produkcyjnych i pracowników PGR zwykle bowiem odnotowywano większą liczbę sprzętów lepszej jakości. Dotyczyło to zwłaszcza telewizorów, samochodów, odkurzaczy, pralek, a w latach 80. – chłodziarko-zamrażarek.

³²⁴ *Ibidem*, s. 37.

³²⁵ *Ibidem*.

2.3. Higiena osobista, czyli „częste mycie skraca życie”

„Higiena wymaga bezwzględного przestrzegania następujących przepisów dotyczących utrzymywania czystości rąk: 1. Dokładne mycie rąk wodą z mydłem z rana, wieczorem i kilkakrotnie w ciągu dnia, w każdym przypadku ich zanieczyszczenia. 2. Przed każdym posiłkiem. 3. Po każdej bytności w ustępie. 4. Po skończonej pracy. 5. Utrzymywanie czystości paznokci i częste ich obcinanie. 5. Noszenie rękawic ochronnych przy pracach ze środkami szkodliwymi, silnie brudzącymi, mycie rąk wskazane jest w bieżącej wodzie (z braku wodociągów – zbiornik z kranem). Jeżeli mycie rąk odbywa się w miednicy, woda po każdym umyciu rąk winna być zmieniana. Nie powinno się tą samą wodą myć twarzy”³²⁶.

Taki instruktaż utrzymywania rąk w czystości odnajdujemy w jednej z broszur adresowanych do mieszkańców wsi, wydanej w 1953 r. Podobnie jak szereg innych, publikowanych w tym czasie rozmaitych poradnikowych zaleceń, również i te niewiele miały wspólnego z realiami ówczesnej codzienności wiejskiej. Stanowiąca bowiem podstawowy warunek realizacji tak pojętej czystości woda była w tym czasie bardzo często „produktem deficytowym”. Co najmniej do końca lat 60. zwykle czerpano ją ze studni publicznych bądź indywidualnych oraz okolicznych strumyków i potoków (wody powierzchniowe). Sieć wodociągowa w przestrzeni wiejskiej pojawiać się zaczęła na szerszą skalę dopiero w latach 70. (ok. 10% gospodarstw w 1970 r. posiadało taką instalację). Istniejące i użytkowane studnie były też w tym czasie najczęściej studniami kopanymi, a tym samym też stosunkowo płytkimi i podatnymi na zanieczyszczenia. O bardzo złym stanie studni wiejskich, różnicującym się w czasie i przestrzeni, mówiono w Ministerstwie Zdrowia i na rozmaitych naradach lekarzy i epidemiologów przez cały niemal

³²⁶ J. Danielski, *O higienie osobistej i ogólnej na wsi*, Warszawa 1953, s. 11.



9. Lipiec 1949. Ekipa lekarska pracowników Ubezpieczeń Społecznych z Żyrardowa pobiera wodę do zbadania.

analizowany tu okres. W 1957 r. na terenie woj. łódzkiego stwierdzano, iż „większość [wiejskich] studni indywidualnych jest w złym stanie. Jeżeli chodzi o wartość wody, to 25% w miastach i 40% na wsi nie nadaje się do spożywania”³²⁷.

Szczególnie fatalnie przedstawiała się pod tym względem sytuacja w województwach południowo-wschodnich. W 1964 r. na wsiach w woj. krakowskim wciąż ok. 19% wszystkich mieszkańców

³²⁷ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/29, Ocena działalności służby zdrowia w woj. łódzkim, k. 134.

(ponad 270 tys.) czerpało wodę z wód powierzchniowych, ok. 3% (42 tys.) korzystało z wodociągów miejskich, zaś 77% (czyli ok. 1,1 mln mieszkańców) – wyłącznie ze studni publicznych i indywidualnych³²⁸. Stan sanitarny tych ostatnich był jednak niezadowolający, w 61% z nich stwierdzano wodę o wątpliwej jakości, zaś w przypadku 28,5% stan wody oceniano jako bardzo zły³²⁹. Dane te zgadzały się mniej więcej z badaniami ogólnokrajowymi, realizowanymi od lat 50. przez IMPiHW w Lublinie. Na początku lat 60. stwierdzano bowiem, iż spośród przebadanych i użytkowanych na „terenie kraju około 18 149 wiejskich studni publicznych, mniej więcej 4,5% odpowiada normom higienicznym”³³⁰. Bardzo źle oceniano w tym czasie także stan studni prywatnych, również tych zlokalizowanych na terenach Ziemi Zachodnich i Północnych. Jak stwierdzano w woj. zielonogórskim: „zły stan techniczny spowodowany był najczęściej ich złą lokalizacją, niskim poziomem uświadczenia ludności wiejskiej i brakiem odpowiednich materiałów do budowy studni i remontu”³³¹.

O ile jednak ludność wiejska nie zwracała uwagi na skład chemiczny używanej na co dzień wody – dopóki nie wpływało to na jej walory smakowe i przejrzystość, o tyle problem dostępności do niej w oczywisty sposób przekładał się na stan higieniczny i zdrowotny mieszkańców. Płytkie, kopane studnie publiczne zwłaszcza w sezonie letnim nierzadko wysychały, stawiając okoliczną ludność przed koniecznością zaopatrywania się w dodatkową wodę z innych źródeł, narażając

³²⁸ Archiwum Narodowe w Krakowie [dalej: ANKr], Komitet Wojewódzki PZPR w Krakowie, Sekretariat, sygn. PZPR KW Kr 379, Protokoły posiedzeń 7.08.–21.12.1967, k. 373.

³²⁹ *Ibidem*.

³³⁰ J. Parnas, *Dziesięć lat działalności Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi*, w: *Księga pamiątkowa...*, s. 53.

³³¹ F. Klimczak, *Zagadnienia zaopatrzenia wsi w wodę na terenie woj. zielonogórskiego*, w: *Księga pamiątkowa...*, s. 91.

też mieszkańców na sąsiedzkie napięcia. O sytuacji takiej bardzo ciekawie opowiadała jedna z rozmówczyń: „To był koszt, bo nawet nie mieliśmy studni na swoim podwórku, tylko była studnia u sąsiadów [...] ja tych pieluch miałam jeszcze i z jednego dziecka, i już z drugiego, to musiałam codziennie prac i codziennie trzeba było ileś tych wiader wody przynieść, nagrzać, prac, później do płukania, także ja dużo tej wody nosiłam. No i ta, taka była starsza pani, taka sąsiadka, no i ona strasznie na mnie tam warczała, bo mówi, że ja się pluszczę w tej wodzie jak kaczka, bo bez przerwy piorę i piorę [...] jak była na przykład taka pogoda, że ciepło, ta woda wysychała, faktycznie, tam tej wody było mało [...]. Dla inwentarza czy coś to jeździli nad jezioro i brali wodę, przywozili, bo już ze studni to by było mało. Także nie było tak wesoło. [...] To nie była taka studnia głębinowa, to była taka studnia na żuraw [...] jak było sucho to ten poziom wody opadał i było mało”³³².

Także w okresach jesienno-zimowych niski stan wód zmuszał do oszczędnego z niej korzystania. Pod koniec lat 50. o jednej z podkrakowskich wsi mówiono: „Tu tradycyjnie są trudności z wodą, jest mało studni, dwie na całą wieś. Nie opłaca jej się dźwigać do mycia, bo potrzebna dla krów czy czegoś jeszcze innego”³³³. Warto też pamiętać, że przestrzenne rozproszenie wiejskich gospodarstw powodowało, iż w takich sytuacjach bardzo uciążliwe i w dłuższej perspektywie odbijające się także na stanie zdrowia było ciągle noszenie kilkilitrowych wiader wody ze studni do domu czy zagrody.

Biorąc zatem pod uwagę tylko te czynniki, nie trudno spostrzec, jak bardzo odrealnione z perspektywy praktycznie myślącego mieszkańca wsi mogły wydawać się wyszczególniane w poradniku wytyczne. Mycie ciała i rąk – w przypadku

³³² G.S., miejscowość S., woj. zachodniopomorskie.

³³³ APR, sygn. C-5142, *Na żądania woda w kranie* – audycja z cyklu kultura pilnie poszukiwana, red. K. Usarek (1964).



10. Raków, 1969. Kobieta nabiera wody w studni.

znacznej części mieszkańców wsi (na pewno w latach 50.) – wiązało się też z innym sposobem rozumienia czystości niż to przebijające ze słów autora poradnika – cenionego w środowisku naukowym higienisty³³⁴. Świetnie tę różnicę w postrzeganiu opisywał Georges Vigarello w kontekście XIX-wiecznej Francji. Odkrycie, którego dokonał Louis Pasteur – pisał

³³⁴ Jan Danielski był pracownikiem Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi, stypendystą Fundacji Rockefellera oraz amerykańskiej szkoły zdrowia publicznego. J. Parnas, *op. cit.*, s. 37.

francuski historyk – „[...] zmienia obraz mycia. Mycie nie jest tylko zmywaniem widocznego brudu ale bakterii [...]. Ten nowy rodzaj czystości zmienia perspektywę [...]. Ciało czarne od brudu i cuchnące, brak komfortu fizycznego nie są jedyne oznakami zmuszającymi do oczyszczania. Najbardziej przejrzysta woda może zawierać rozmaite przecinkowce [...]. Konsekwencje tego są nieuniknione: mycie się jest jak nigdy wcześniej pracą nad tym co niewidzialne”³³⁵.

Praca nad tak pojętym „niewidzialnym brudem” wymagała jednak konkretnej wiedzy i budowanej w jej oparciu wyobraźni. Znaczna część niewykształconego (lub wykształconego w stopniu podstawowym) społeczeństwa wiejskiego wiedzy o drobnoustrojach nie posiadała co najmniej do połowy lat 60., a więc do czasu, gdy opisywane w kolejnej części efekty oświaty sanitarnej zaczęły być widoczne. Miało to zresztą swoje przełożenie na długotrwałe problemy z asenizacją na wsi. Zarysowany we wstępie międzywojenny opór przed budową wychodków istniał przynajmniej w kilku rejonach także po wojnie. Jak stwierdzała jeszcze w 1962 r. w reportażu *Na żądanie woda w kranie* jedna z pracownic IMPiHW: „w kilku wioskach powiatu włodawskiego zaglądaliśmy do takiego obiektu wiejskiego czy jest gdzieś studnia i czy jest gdzieś ustęp. Więc na 185 przebadanych zagród wiejskich 20% posiadało ustęp, z tym, że był to ustęp bardzo prymitywny, drewniany z dołem ziemnym”³³⁶.

Prowadzone mniej więcej w tym samym czasie przez Annę Pawełczyńską badania pokazywały jednak, iż taka sytuacja zdarzała się zdecydowanie częściej w województwach wschodnich³³⁷. Ale także i te „lepsze” województwa nie były całkowicie

³³⁵ G. Vigarello, *Czystość i brud...*, s. 251.

³³⁶ APR, sygn. C-5142, *Na żądania woda w kranie* – audycja z cyklu kultura pilnie poszukiwana, red. K. Usarek (1964).

³³⁷ Wyniki jej badań ponownie potwierdzały sanitarne zróżnicowanie regionalne. Najmniej ustępów znajdowało się w gospodarstwach zlokalizowanych na tere-

wolne od problemów natury sanitarnej. Jak sugerowała jedna z aktywnych społecznie lekarek, uczestnicząca w dyskusji towarzyszącej przywoływanemu wcześniej reportażowi radiowemu na terenie woj. wrocławskiego, dotyczyło to zwłaszcza przestrzeni „wsi nowych”: „rzadko w krajobrazie przestrzennym PGR-ów widoczne były w tym czasie ustępy przy oborach, czy innych zabudowaniach gospodarczych”³³⁸. Pozbawieni jakiegokolwiek toalety w miejscu pracy robotnicy fizyczni swe potrzeby fizjologiczne zmuszeni byli załatwiać na podwórzu.

Nie udało mi się jednak dotrzeć do informacji, czy opisywany przez autorkę relacji program fachowego wsparcia dyrektorów PGR, uświadamianych o wadze i znaczeniu urządzeń asenizacyjnych, miał zasięg ogólnopolski, czy wyłącznie lokalny. Wiadomo jednak, że problemy z dostępnością ustępów, łaźni zgłaszane były przez pracowników, a zwłaszcza kontrolerów sanitarnych PGR w całej Polsce. Wadliwie wykonane lub nieremontowane ustępy, przepełnione doły kloaczne, często zlokalizowane w złym miejscu, pogłębiały dodatkowo opisywane wcześniej problemy z jakością wody na wsi. Jak zauważał w 1962 r. jeden z ówczesnych ekspertów zajmujący się w IMPiHW tymi zagadnieniami: „dopóki nie uporządkujemy stanu asenizacji, dotąd nie będziemy mieć zdrowej wody w studniach a zwłaszcza w studniach kopanych. Zanieczyszczenie przenika bowiem do gleby a zwłaszcza warstw wodonośnych i z nich do studni”³³⁹.

nie woj. lubelskiego, kieleckiego, białostockiego i warszawskiego. Najlepiej zaś pod względem liczby i jakości wychodków wyglądała sytuacja w woj. opolskim, katowickim, gdańskim, wrocławskim, poznańskim i łódzkim. A. Pawelczyńska, *Dynamika przemian kulturowych na wsi. Metoda badania głównych tendencji*, Warszawa 1966, s. 78.

³³⁸ APR, sygn. C-5142, *Na żądania woda w kranie – audycja z cyklu kultura pilnie poszukiwana*, red. K. Usarek (1964).

³³⁹ *Ibidem*.

2.4. Nawyki

Wynikająca z niedostatecznej ilości wody konieczność jej oszczędzania oraz specyficzne rozumienie pojęcia brudu i czystości przekładały się na zestaw wiejskich nawyków higienicznych. Mycie rąk i całego ciała nie było więc czynnością nazbyt częstą. Ciasne pomieszczenia nie zawsze też pozwalały na wygospodarowanie stałej i funkcjonalnej przestrzeni domowej służącej tak pojętej higienie. Także w wielu domach, jak pokazały wyniki badań przeprowadzanych przez zespoły studenckie z Lublina z końca lat 50., nadal spory problem stanowiło wyposażenie w odpowiednią liczbę misek, balii, ręczników czy szczoteczek do zębów³⁴⁰. Brak tych ostatnich skutkowało próchnicą (na ogromną skalę), odnotowywaną już u 2–3-letnich dzieci oraz bezzębnością 30–40-letnich kobiet. W opisie przeprowadzonych na początku lat 60. badań w woj. lubelskim stwierdzano: „większość badanych nie używała nigdy szczoteczki do zębów nie leczyła zębów i nie usuwała korzeni. Karygodne zaniedbanie higieny jamy ustnej u kobiet w wieku 30–40 lat – 6% z nich całkowicie bezzębna!”³⁴¹ Brak dbałości i higienę jamy ustnej nie dotyczył tylko kobiet. W tym samym badaniu odnotowywano bowiem: „bezzębie u ludzi wiejskich stwierdzono w 12% przypadków; braki ponad 10 zębów, w większości trzonowych u 29%; co czwarty badany nie miał od 5 do 10 zębów, zaś 33% straciło minimum 5 z nich”³⁴².

Istniał też szereg przyzwyczajzeń i nawyków, które nie były przez mieszkańców wsi związane z kwestiami higieny. Przykładowo w badanych wsiach pod koniec lat 50. znaczna

³⁴⁰ Zob. np.: J. Danielski, B. Wawrzyszuk, A. Stankiewicz, M. Kowalczyk, *Badania ogniskowe stanu sanitarno-higienicznego wybranych wsi gromady Świeciechów*, w: *Stan zdrowotny i higiena...*, s. 24–27.

³⁴¹ *Oświata sanitarna na wsi. Higienizacja wsi*, red. nauk. J. Tołwińska, Warszawa 1962, s. 20.

³⁴² *Ibidem*.

część kobiet nadal nie nosiła majtek także podczas miesiączki, zadowolając się jedynie wkładkami³⁴³. Prawie co trzecia kobieta nie podmywała się w czasie jej trwania w ogóle (ale 42% wśród pozostałych deklarowało codzienne wykonywanie tej czynności)³⁴⁴. Problem kobiecej higieny intymnej ujawniał również niebagatelną dla innych nawyków higienicznych kwestię rozmaitych uprzedzeń i przesądów. Pisali o nich m.in. autorzy jednego z poradników z 1958 r.: „Trzeba zwalczać niemądry i szkodliwy przesąd, że podmywanie jest grzechem lub że mycie przy miesiączce wpływa na większe krwawienie [...]. Kobieta wiejska ma przeważnie dużo kłopotu z gruntowniejszym myciem się i podmywaniem, bo w domach wiejskich brak jest oddzielnego miejsca do mycia – łazienki z bieżącą wodą, wanną i prysznicem”³⁴⁵.

Wydzielony przestrzennie i osłonięty kotarą, ścianą bądź częścią mebli kącik do mycia nie stanowił, przynajmniej w środkowo-wschodniej Polsce, stałego elementu aranżacji wiejskich wnętrz. Mycie całego ciała wymagało więc wielu dodatkowych i niekiedy trudnych czynności (przyniesienie i nagrzanie wody, przygotowanie balii, wylanie wody itp.). Istniejące uprzedzenia wraz z niedoborami wody sprawiały, iż tylko co czwarta z przepytanych przez lubelskich badaczy kobiet deklarowała, że korzysta z kąpeli (w balii) raz na tydzień, 67% miało zaś nie kąpać się w ogóle, ewentualnie w okresie świąt³⁴⁶. Oczywiście sezon letni i możliwość korzystania z wód powierzchniowych – rzek, jezior czy stawów – powodowały, że w miesiącach wakacyjnych z reguły systematyczność kąpeli i stan czystości ciała były znacznie lepsze, a na pewno łatwiejsze do utrzymania.

³⁴³ *Dalsze badania nad stanem zdrowia kobiet wiejskich – 1960 r.*, w: *Stan zdrowotny i higiena...*, s. 173.

³⁴⁴ *Ibidem*.

³⁴⁵ M. Szczawińska, K. Bacia, *Dbaj o siebie. Praktyczny poradnik zachowania zdrowia i urody dla kobiet żyjących na wsi*, Warszawa 1958, s. 24–25.

³⁴⁶ *Dalsze badania nad stanem zdrowia kobiet wiejskich...*, s. 173.

O tym jednak, że nie zawsze tak musiało być, świadczył komentarz cytowanych uprzednio autorów poradnika, w którym zwracali oni uwagę na jeszcze inne problemy (nie)regularnych ablucji: „Nogi trzeba myć w zimie jak najczęściej, a w lecie codziennie. Do wycierania nóg powinno się mieć ręcznik lub czystą ścierkę. Nie można używać do tego ścierek od garnków czy brudnych gałganów, jak to się zwykle robi w obawie, że od nóg zabrudzi się czysty ręcznik”³⁴⁷.

W tym czasie, jak wynika z materiałów pozyskanych podczas trwania obozów studenckich, wielokrotnie wiejski stan czystości osobistej pozostawiał wiele do życzenia. Brudna bielizna i odzież zmieniana raz na dwa tygodnie bądź rzadziej, pojawiające się tu i ówdzie przypadki kołtunów, nawracające w wielu rejonach świerzb, grzybice i choroby pasożytnicze były nierzadko konsekwencjami warunków sanitarnych w domu. O rozległości występowania tych schorzeń wśród ludności wiejskiej w pierwszych latach po wojnie wielokrotnie wspominali podczas centralnych narad ówcześni lekarze. W 1959 r. jeden z nich mówił: „[...] nie do pomyślenia jest aby nie było łaźni w takich liczących ponad tysiąc mieszkańców wsiach jak np. Biedzychowice, Raclawice, w pow. prudnickim. Istnieją fundusze gromadzkie, które należałoby obrócić na zorganizowanie łaźni. Poza tym nikt nie zajmuje się zagadnieniem jakim jest zagrzybienie. Np. wieś Kazimierz pow. Głubczyce jest zagrzybiona a bytność pacjentów z Raclawic zmusza do otwierania okien tak czuć od nich stęchlizną”³⁴⁸.

Kolejne niezwykle często wspominate i uciążliwe dla samych wiejskich mieszkańców schorzenie stanowił świerzb. Jego rozprzestrzenianie się nie było tylko i wyłącznie wynikiem higienicznych zaniedbań wiejskich rodzin. Źródło zakażenia

³⁴⁷ J. Danielski, *op. cit.*, s. 26.

³⁴⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/41, Protokół z narady aktywu służby zdrowia odbytej dnia 26 marca 1959 r. w Sali Prezydium WRN w Opolu, k. 405–406.



11. Przegorzały, 1937. Kobiety piorące w rzece.

stanowił bowiem wielokrotnie wiejski inwentarz żywy, przede wszystkim konie³⁴⁹. Tuż po wojnie epidemie świerzbu nadal (jak w okresie międzywojennym) wybuchały lokalnie. Z braku środków leczniczych dość często zdarzały się nawroty tej choroby skóry. Rodzinne zmagania ze świerzbem opisywała jedna z mieszkanek podkrakowskiej wsi, w rozmowie z krakowskimi etnografami wspominając: „Matka знаła tylko jeden środek leczniczy a mianowicie mocz koński, którym nacierało się nie tylko miejsce zajęte świerzbem ale i zdrowe ciało. Środek ten ani nie leczył świerzbu ani nie przynosił ulgi. Wręcz odwrotnie powodował zaognienie ciała i swędzenie. Młodsze dzieci tak darły rękami skórę, że matka powrozki wzięła i ręce powięzała, to się z krzykiem po ziemi przewracały. Za czyjąś poradą matka maść zrobiła, starą spyrkę uważyła, do tego piołunu narobiła, jak ostygło to się smarowali, paliło to ale pomogło.

³⁴⁹ J. Danielski, *op. cit.*, s. 8.

Inni ludzie zalecali częste mycie się i kąpiel w ługu z bukowego drewna, czyste spanie (czysta pościel) i czyste ubranie, ale tego nie przestrzegało się bo ani ubrania ani pościeli na zmianę nie było”³⁵⁰.

Oczywiście powszechny skutek niezachowywania odpowiedniego stanu higienicznego na polskiej wsi (ale też i w miastach) stanowiła również wszawica. Co niezwykle symptomatyczne, do lat 90. powszechnie (i formalnie) uznawano ją za jedną z chorób zakaźnych. Stan zawszenia zwykle mierzony był na podstawie stanu dziecięcych (szkolnych) głów, które przynajmniej w teorii (ale zwykle też i w praktyce) sprawdzane miały być regularnie przez nauczycieli i wizytujących szkołę lekarza bądź pielęgniarkę. Choć oczywiście wykrycie wszy u jakiegoś dziecka nie musiało przesądzać o powszechnym w jego domu brudzie i zaniedbaniu, to jednak zawsze – jak twierdzą moi rozmówcy – wiązało się z ogromnym poczuciem wstydu. Dorastająca w II połowie lat 60. w pow. gryfickim jedna z moich rozmówczyń wspominała: „Wszawica to była! Często przyjeżdżali nawet do szkoły i sprawdzali [...]. A to był wstyd, jak tak u kogoś znaleźli! Jezu, to obciach taki był. No ale zdarzało się nieraz. Mama tutaj pilnowała i sprawdzała, a z drugiej głowy ci przelazło. Bo to głowa przy głowie, czy na wuefie, czy gdzieś [...]”³⁵¹.

Dorastająca na podlubelskiej wsi rozmówczyni także wspominała problem wszawicy. Zwracała ona jednak uwagę na jeszcze inny, niezwykle istotny aspekt. Społeczność lokalna zwykle wiedziała, w których domach sąsiedzkich można było się spodziewać problemów z tym pasożytem: „Myśmy mieszkali tutaj z daleka od wsi [...] kilka rodzin było na przykład zawszonych. Trzeba było uważać z tym. Tam w pobliżu szkoły mieszkali B. Ta

³⁵⁰ AIEiAK, sygn. 2328, Lecznictwo wiejskie, Rycerska Góra, pow. Żywiec, 1966, k. 16.

³⁵¹ G.S., miejscowość S., woj. zachodniopomorskie.

pani, ona miała czworo dzieci i jeszcze była macochą chyba dla trojga dzieci starszych. I tam wszawica była straszna. Nie dało się tego wyplenić. Po prostu, tak, jak moja mama mówiła, ona była brudasem. Wtedy na wsi było tak, że jedni byli czyści, tacy, że można było z podłogi jeść, a inni byli brudasami³⁵².

2.5. „Nie powodzi mi się tak dobrze żeby myśleć jeszcze o higienie” – o wiejskich łaźniach i kąpieliskach

Niski stan sanitarny polskiej wsi, ale także i całego kraju swoje odzwierciedlenie miał również w wysokich wskaźnikach umieralności niemowląt. Mimo iż w latach 50. (w 1956 r.), w stosunku do okresu międzywojennego, stwierdzono znaczący spadek wskaźników (w latach 1931–1956 w Polsce zarejestrowana umieralność niemowląt spadła o 50%; w miastach – o 37%, na wsi – o 40%)³⁵³, to do końca lat 80. pod tym względem w Polsce odnotowywano jedne z najwyższych w ówczesnej Europie wskaźników powszechnie uznawanych za barometr stanu sanitarnego w danym kraju. W rozkładzie regionalnym najwyższe wartości, tj. ok. 9 zgonów na 100 urodzeń żywych, stwierdzono w woj. białostockim, szczecińskim, olsztyńskim, warszawskim i kieleckim³⁵⁴.

Oczywiście przyczyny tak wysokiej umieralności niemowląt były złożone i nie wynikały wyłącznie z problemów higienicznych (istotną rolę odgrywała także niepełna w połowie lat 50. immunizacja), jednak kłopoty z wodą – i wynikające z nich rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych, chorób brudnych rąk i schorzeń jelitowych – miały niebagatelne znaczenie. By im przeciwdziałać, już w latach 50. w wielu rejonach podejmowano starania w celu wyposażenia osad wiejskich w publiczne łaźnie bądź kąpieliska. Zgodnie z priorytetami ideologicznymi

³⁵² E.S., miejscowość Ż., woj. lubelskie.

³⁵³ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/30, Stan zdrowotny ludności w latach 1949–1955 (Departament Statystyki Medycznej), k. 268.

³⁵⁴ *Ibidem*, k. 269.

pierwszeństwo tworzenia takich miejsc zarezerwowane było dla wsi uspołecznionych i upaństwowionych. Z materiałów IMPiHW wynika, iż do 1960 r. uzyskano w tym względzie jedynie ograniczone efekty. W wielu bowiem miejscowościach budowa łaźni przebiegała opieszale, w innych miejsca te nie cieszyły się popularnością, a w jeszcze innych ulegały szybkiej dewastacji³⁵⁵. „Ilustracją tego może być los urządzeń kąpielowych, które zainstalowane były przy licznych PGR dla potrzeb młodzieży pełniącej służbę w szeregach organizacji Służba Polsce i przydzielonej do pracy w rolnictwie. [...] nikt z administracji zespołów PGR, których było na terenie naszego województwa około 70, nie troszczył się o pozostawione łaźnie. Ulegały one z roku na rok postępującej dewastacji, tak, że w chwili obecnej pozostało już tylko 27”³⁵⁶ – pisał pod koniec lat 50. Z. Dworak. Tworzenie łaźni także na terenach większych wsi zamieszkałych przez rolników indywidualnych rodziło szereg problemów. Niewykluczone, iż na stosunek do nowego „obektu higienicznego” mogła mieć wpływ jego lokalizacja. Jak pisał bowiem jeden z pamiętnikarzy: „Jedynym świadectwem minionej przeszłości był – dobrze jeszcze zachowany budynek więzienny dla pańszczyźnianych chłopów. Od jesieni przerabiano go na wiejską łaźnię”³⁵⁷.

Jednak – jak sugeruje wypowiedź ówczesnego lekarza wiejskiego – źródła oporu lub swoistego bojkotu tych instytucji tkwiły w innym miejscu. Kulturowa obcość publicznych łaźni i kąpielisk bez wątpienia oddziaływała zniechęcająco, generując szereg rozmaitych lęków. O zjawisku bardzo znamienne mówił jeden z uczestników ministerialnej narady: „U nas jest ciężka sprawa otóż zrobiliśmy kilka łaźni nawet dość

³⁵⁵ Z. Dworak, *Łaźnie wiejskie na terenie w woj. szczecińskiego*, w: *Księga Pamiątkowa...*, s. 95.

³⁵⁶ *Ibidem*.

³⁵⁷ *Nowe zawody...*, s. 138.

wygodne są, może nawet za wygodne, z natryskami, wannami, ale cóż kiedy z tych łazienek nie chcą korzystać. Okazało się, że łatwiej jest zrobić łazienki na wsi aniżeli namówić chłopa do użytkowania jej. Przy tym chłop wdał się w dyskusję – a może się zarazi, a może tam jest świerzb. Trzeba było dużo nachodzić się aby dać tę czystość i profilaktykę «pod strzechę słomianą» jak mówił Mickiewicz w *Panu Tadeuszu*³⁵⁸.

Nie udało mi się dokładnie ustalić, jaka była ostateczna liczba łaźni wiejskich i w ilu wsiach powstały, jednak – jak sugerowała w reportażu Krystyna Usarek – te, które działały, były jedynie kroplą w morzu potrzeb. W tym czasie mówiono bowiem o 100 łaźniach zlokalizowanych we wsiach indywidualnych i ok. 600 we wsiach PGR na terenie całego kraju (łaźnię miało wtedy 890 miast)³⁵⁹.

Wraz z realizowanym od początku lat 60. programem higienizacji (piszę o nim więcej w kolejnym rozdziale) pojawił się projekt tworzenia na obszarach wiejskich tzw. Domów Higieny, tj. kompleksowych placówek higienizacyjnych, w których obok urządzeń kąpielowych – pryszniców i wanien – oferowano m.in. pralnię, usługi fryzjerskie oraz miejsca hotelowe. Otwieraniu tych „kombinatów usług”³⁶⁰ towarzyszyła na ogół spora akcja propagandowa. Przykładem tego była wieś Michów na Lubelszczyźnie, gdzie w 1962 r. powstał pierwszy taki obiekt. O ile samemu otwarciu towarzyszyło duże zainteresowanie, o tyle już kilka miesięcy później instytucja ta borykać się zaczęła z poważnym problemem finansowym. Pracownica Domu Higieny wspominając dzień otwarcia placówki, mówiła: „jedne czekały, drugie odchodziły, do drugiej w nocy

³⁵⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/13, Narady aktywu pracowników służby zdrowia w Ministerstwie i terenie, protokoły, stenogramy, korespondencje, 1953, k. 250.

³⁵⁹ *Rocznik Statystyczny Gosp. Komunalnej 1965*, Warszawa 1965, tab. I.

³⁶⁰ Tak określono je w reportażu: APR, sygn. C-5142, *Na żądania woda w kranie* – audycja z cyklu kultura pilnie poszukiwana, red. K. Usarek (1972).



12. Wrzesień 1964. Dom Higieny Osobistej w osadzie Józefów w powiecie biłgorajskim.

ludzie się myli, to było dzień przed odpustem, 15 sierpnia. Teraz pusto”³⁶¹.

Podobna sytuacja występowała i w innych tego typu placówkach, które – jak podkrakowski Dom Higieny we wsi Kidów – po krótkotrwałej fali entuzjazmu powoli stawały się coraz bardziej nierentowne³⁶². Pytani o częstotliwość korzystania z usług Domu Higieny mieszkańcy wsi zwykle odpowiadali: „ja tam się myć nie chodzę, w domu się obmyje i tak się żyje [...]” lub: „nie powodzi mi się tak dobrze żeby myśleć jeszcze o higienie”³⁶³.

³⁶¹ APR, sygn. C-8278, *Częste mycie skraca życie*, red. K. Usarek (1967).

³⁶² APR, sygn. C-5142, *Na żądania woda w kranie* – audycja z cyklu kultura pilnie poszukiwana, red. K. Usarek (1972).

³⁶³ *Ibidem*.

Jak wynika z analizy dokumentów, powstanie tych obiektów w 50% finansowano ze środków wniesionych przez społeczność lokalną, m.in. w ramach czynów społecznych. Drugą połowę pokrywało państwo. Korzystanie z oferty tych placówek było płatne, zaś koszty usług – z reguły symboliczne. Taka też, jak informowali dziennikarze, okazała się jednak odnotowana w obiektach frekwencja użytkowników. W „woj. krakowskim – relacjonowano w 1962 r. – w jednej ze wsi wybudowano dom higieny ale dopłaca do niego rocznie GRN 15 tys. zł, bo korzysta z niego kilka procent mężczyzn i 0,3% kobiet”³⁶⁴. Urządzeń kąpielowych używać miały również raz w tygodniu dzieci szkolne w ramach zajęć lekcyjnych³⁶⁵.

Oczywiście odrzucanie bądź ignorowanie przez społeczność wiejską oferty Domów Higieny było publicznie piętnowane. Zdawano sobie jednak sprawę z tego, iż zjawisko to stanowiło szerszy problem społeczny, o którym w taki sposób mówił w 1967 r. jeden z obserwatorów ówczesnej rzeczywistości: „ludzie się nie myją, bo nie odczuwają potrzeby. Do dobrego tonu należy kupić wzorzysty krawat, skarpetki, ale sprawa co jest pod tą skarpetką albo pod krawatem to już jest inna sprawa. To nie jest kwestia opłaty. Myślę, że prawie każdy mężczyzna na wsi pali, przecież ta opłata to jest paczka «sportów» i na tę paczkę sportów chyba byłoby zdobyć się nie raz na dwa tygodnie... tymczasem z kąpeli [w Domu Higieny] korzysta się jeszcze rzadziej”³⁶⁶.

³⁶⁴ *Ibidem.*

³⁶⁵ *Ibidem.*

³⁶⁶ Wskazywana przez mówiącego powierzchowność w stosunku do pojęcia czystości nie dotyczyła w tym czasie wyłącznie mieszkańców wsi. Jak kontynuował bowiem bohater reportażu Krystyny Usarek, z podobnym podejściem stykano się w środowisku miejskim. „Nawet w Warszawie w eleganckich hotelach można spotkać nieporządne toalety. Np. wisi sznurek albo drut jakiś, albo nieraz nie ma w ogóle sznurka żeby móc pociągnąć”, konstatując swą wypowiedź o ogólnym podejściu Polaków względem higieny niezwykle pesymi-

Na tym etapie badań trudno stwierdzić, co stanowiło najistotniejsze źródło chłopskiego oporu wobec tych miejsc. Czy problemem były faktycznie brak potrzeb częstego mycia się (a więc sfera świadomości zdrowotnej), konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów, czy może żałowanie czasu na tak pojętą aktywność? Niewykluczone jednak, iż pewną rolę odgrywać mogły też kwestia bardziej generalnego stosunku do ciała i postrzegania granic intymności/ prywatności oraz fakt, iż w środowisku wiejskim każde pozadomowe działanie było na ogół obserwowane i komentowane przez pozostałych, nie zawsze życzliwych danej jednostce sąsiadów i mieszkańców wsi. Domy Higieny jako przestrzenie wkraczającej nowoczesności miały być jednocześnie miejscami kształtowania się nowych zwyczajów i nawyków wzorowanych na wartościowanym w tym czasie jednoznacznie pozytywnie stylu miejskim. O ile dla młodego pokolenia zwykle styl ów był ważnym punktem odniesienia, o tyle starsze pokolenie mieszkańców często stawiało mu opór. Jak sugerują przytoczone wyżej z woj. krakowskiego statystyki użytkowników, frekwencja kobiet była kilkakrotnie mniejsza niż mężczyzn. Mogło to również stanowić pochodną wiejskiej obyczajowości. Pomimo dostrzeganego już w latach 60. (a zwłaszcza 70.) większego partnerstwa w relacjach damsko-męskich, wciąż w sferze czasu wolnego i podejmowanych aktywności większą swobodą cieszyli się jednak mężczyźni³⁶⁷.

Zakończona w latach 70. elektryfikacja wsi, poprawa dochodów rolników, dwuzawodowość znacznej części wiejskiej społeczności oraz przypadający na przełom lat 50. i 60. boom budowlany odcisnęły oczywiście swoje piętno na wyglądzie wewnątrz wiejskich domów. Wyższe dochody, aspiracje i potrzeby skutkowały coraz częstszym nabywaniem sprzętów RTV i AGD.

styczeń: „Niekórtzy mówią, że tego już się po prostu nie da nadrobić”. APR, sygn. C-8278, *Częste mycie skraca życie*, red. K. Usarek (1967).

³⁶⁷ E. Szpak, *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*, Warszawa 2013, s. 159.

Posiadanie telewizora czy aparatu fotograficznego z pewnością podnosiło status społeczny danej rodziny, kształtując nowe formy spędzania czasu wolnego, jednak to lodówka, odkurzacz czy chłodziarko-zamrażarka ułatwiały życie codzienne, sprzyjając zachowaniu większej czystości i generując nowe nawyki i zwyczaje. Coraz częściej, wraz z budownictwem mieszkaniowym lub remontami istniejących już zabudowań, stawiano oddzielne łazienki. Zakupywane wanny wstawiano do kuchni lub innych domowych pomieszczeń, a na kuchennych szafkach kładziono niekiedy zlewy, mimo iż na instalację sieci wodociągowej nierzadko trzeba było czekać kolejnych kilka lub kilkanaście lat. Jak wynika z ustaleń Marka Ignara, w 1979 r. 38% ludności wiejskiej (i 88% ludności miejskiej) korzystało w domu z bieżącej wody. Sieć wodociągową posiadało w tym czasie 7,8 tys. wsi, tj. niecałe 20% wszystkich miejscowości wiejskich³⁶⁸. Sieć kanalizacyjna dostępna była natomiast w 4,5% wsi. Te uśrednione wskaźniki różniły się jednak w ujęciu regionalnym. Gdy bowiem w woj. koszalińskim skanalizowana została co piąta osada wiejska, to w woj. ostrołęckim procent był już śladowy (0,3%)³⁶⁹. Nadal też w blisko jednej trzeciej wsi wciąż aktualnym problemem pozostawał sezonowy bądź ciągły niedobór wody pitnej. Jak dowodził wspomniany badacz, pod koniec lat 70. wodę dowożono przez cały rok do blisko 500 wsi, a w 1984 r. na niedostatek lub brak wody cierpieć miało blisko 7 tys. wiejskich osad (64% takich miejscowości zlokalizowanych było w regionie środkowo-zachodnim)³⁷⁰.

Taki stan rzeczy niewątpliwie nie sprzyjał utrwalaniu się wielu pożądaných nawyków higienicznych, jak również wiejskiej zdrowotności, przekładając się na wciąż wysoką zachorowalność na choroby brudnych rąk, skórne i pasożytnicze.

³⁶⁸ M. Ignar, *Warunki życia...*, s. 87.

³⁶⁹ *Ibidem*.

³⁷⁰ *Ibidem*, s. 86.

I.3. „Nie dla wszystkich chleba starcza?”

W kontekście tak opisanych warunków higienicznych panujących w domach wiejskich nie trudno zgadnąć, iż higiena żywienia również pozostawiać musiała wiele do życzenia. Rolnicza praca, nierzadko ciężka fizycznie, wiążąca się z częstym przebywaniem na powietrzu, ciągłym stykaniem się z ziemią, zwierzętami, paszą i pyłami oraz narzędziami rolniczymi nie sprzyjała zachowaniu czystości ciała i odzieży. Niedobory wody i konieczność oszczędzania tej czerpanej ze studni publicznych utrudniały niewątpliwie upowszechnianie się nawyku częstego mycia rąk. Czyszczenie kuchennych łyżek, sztućców, garnków i innych naczyń – także z uwagi na oszczędzanie wody – wielokrotnie mogło być niedokładne, co sprzyjało różnym i wcale nierzadkim w całym omawianym okresie schorzeniom jelitowym. Nieposiadanie chłodziarek (lodówek), nie wspominając już o zamrażarkach, powodowało, że co najmniej do połowy lat 70. żywność przechowywano w tradycyjnych ziemniakach, budowanych pod podłogą, a niekiedy w lodowniach. Suszenie warzyw, kiszenie kapusty, gromadzenie w piwnicach i ziemniakach ziemniaków, marchwi czy buraków to sposoby przechowywania zapasów przez okres zimowy. Mięso porcjowano, solono, obkładano pokrzywami bądź zalewano mlekiem³⁷¹. Ile mięsa statystycznie spożywano na wsi w pierwszych latach po wojnie, trudno jednak oszacować. W wielu rejonach wiejskie wyżywienie ograniczało się bowiem do produktów roślinnych. Pod koniec lat 40. jeden z mieszkańców wsi Brzozowo (pow. włoszczowski) stwierdzał: „Żywi się tu ludność najwięcej kartoflami, chlebem żytnim, kaszą jęczmienną i z prosa jagłą, także kapustą i innymi. Mięsa wtedy jadamy, gdy się coś z trzody, bydła lub drobiu zniszczy. Resztę sprzedajemy. A gotówka otrzymana za ten towar idzie na różne

³⁷¹ P.L., miejscowość L., woj. zachodniopomorskie.

wydatki domowe, opłacenie różnych podatków i powinności, a często różnych niesłusznie sporządzonych kar, także i na ubrania dla rodziny i siebie³⁷². Inny mieszkaniec wsi ok. 1948 r. pisał: „jedzą przeważnie to co urodzi się w polu, a więc ziemniaki, kapustę, chleb z mlekiem, herbatę czy kawę, mięsa bardzo mało, po pierwsze, że go tutaj w miejscu nie ma gdzie kupić, po drugie więcej wkładają pracy i gotówki w gospodarstwo niż, jak to się na wsi mówi, na dobre jedzenie”³⁷³.

Informacje o rzadkim jedzeniu mięsa i wyrobów z niego, sprzedaży większości zgromadzonych w gospodarstwie jaj czy też przygotowanego masła pojawiają się również w późniejszych dokumentach³⁷⁴. Codzienne wyżywienie było bardzo często jedностajne, opierając się na chlebie, produktach zbożowych, mleku, sezonowych warzywach i owocach. Nie przeczy to jednak wykazywanemu przez badaczy i zaznaczającemu się już od lat 50. zjawisku denaturalizacji wiejskiego żywienia³⁷⁵. Jak pokazywał m.in. Dariusz Jarosz, w tym samym czasie stopniowo zmieniała się kaloryczność spożywanych potraw³⁷⁶. Zwiększała się dostępność artykułów szlacheńskich (mięso, cukier, jaja) i poprawiała się jakość wiejskiego żywienia (jedzono więcej białka), malało zaś dominujące wcześniej spożycie ziemniaków i zbóż³⁷⁷. Jak podkreślał historyk, sytuacja

³⁷² *Wieś polska 1939–1948...*, s. 170.

³⁷³ *Ibidem*, s. 225

³⁷⁴ G.S., miejscowość S., woj. zachodniopomorskie.

³⁷⁵ Potwierdzały go zresztą analizy domowych budżetów wiejskich z lat 1952–1956, w których ok. 60% wydatków przeznaczana była na żywność. D. Jarosz, *Polityka władz...*, s. 477. Jak pokazywały też badania K. Gutkowskiej, oszczędzanie na jedzeniu stanowiło jedną z pierwszych strategii przyjmowanych na wsi w sytuacji pogorszenia się dochodowości gospodarstwa rolnego. Zob. K. Gutkowska, *Diagnoza funkcjonowania wiejskich gospodarstw domowych na przełomie wieków*, Warszawa 2003. Zob. też: W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce...*, s. 232.

³⁷⁶ D. Jarosz, *Polityka władz...*, s. 481.

³⁷⁷ *Ibidem*.

ta zdecydowanie wyraźnie zarysowywała się od 1952 r. Sami chłopcy także coraz częściej stwierdzali w pamiętnikach, iż zniknąć zaczęło widmo głodu, a chleba razowego – swoistego wiejskiego symbolu przedwojennej biedy – nikt nie jadł, jak przed wojną³⁷⁸. Oczywiście taka poprawa stanowiła rodzaj obserwowanej w makroskali tendencji i nie od razu dotyczyła każdej wsi, różnicując się też regionalnie. We wsiach bardziej odległych lub uboższych w latach 50. wciąż spożywano ciemny chleb razowy, pochodzący z własnego wypieku, zaś codzienna dieta opierała się na najłatwiej dostępnych i własnych produktach żywnościowych. Taka praktyka wymuszona była często nieregularnymi i niewystarczającymi w stosunku do zapotrzebowania dostawami żywności do lokalnych sklepów wiejskich. Także asortyment spożywczy sklepów z okolicznych miast i miasteczek okazywał się wybrakowany. W 1955 r. w jednym z listów adresowanych do władz centralnych anonimowy autor pytał: „co się dzieje, że w Polsce brakuje chleba?”³⁷⁹ W tym samym roku inny korespondent relacjonował: „chłopcy przyjeżdżają do miasta z okolicznych wsi po chleb i stają pod sklepami w kolejce już o 4–5 rano. Nie dla wszystkich jednak chleba starcza. Wszyscy chłopcy odgrają się, że teraz nie oddadzą państwu ani ziarnka zboża. Mówią, że tych ludzi, którzy przyjdą skupować zboże pobiją kijami”³⁸⁰.

Tak zarysowane problemy wiejskiego zaopatrzenia opisywała również w swoich badaniach A. Adamus analizująca wiejskie skargi i zażalenia wysyłane do władz centralnych po 1956 r. Jak wskazywała, problemy aprowizacyjne i braki produktów żywnościowych stanowiły bardzo częsty temat narzekań. W 1959 r., w anonimowym liście z woj. lubelskiego do Polskiego Radia,

³⁷⁸ *Ibidem*, s. 482.

³⁷⁹ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXV–14, Biuletyn 55/71, Problemy z żywnością w kraju, k. 128.

³⁸⁰ *Ibidem*, Biuletyn 38/74, O niedostatecznym zaopatrzeniu w pieczywo, k. 159–160.

skarżono się: „Do naszej wioski, odległej o 12 km od naszego miasteczka, w którym jest sklep GS, gmina i szkoła chleb przywożony jest tu parę razy na miesiąc, albo nawet i rzadziej [...] Mamy już 15 lat po wojnie, a nie rozwiązaliśmy głupiego problemu żywności dla ludzi bezrolnych na wsiach polskich”³⁸¹. W 1963 r. inny mieszkaniec wsi zauważał: „Piszecie i mówicie, że w Polsce Ludowej wszyscy mają chleb. Proszę bardzo – wyślijcie swego sprawozdawcę i sprawdźcie. Jest taka rodzina, która nie ma chleba i mało brakuje, żeby dzieci nie poumierły z głodu na oczach ludzi i Gromadzkiej Rady Narodowej”³⁸².

Co ciekawe – jak dowodziła Adamus – liczba tak sformułowanych listów, poruszających niekiedy bardzo dramatyczne kwestie aprowizacyjne, rosła wraz z kolejnymi latami, skupiając się przede wszystkim na skargach dotyczących funkcjonowania lokalnego sklepu. „W latach siedemdziesiątych problemy handlu wiejskiego nie tylko nie znalazły rozwiązania, lecz wręcz każdego roku coraz większa liczba korespondentów zwracała uwagę na rosnącą liczbę niepokojących zjawisk – pisała badaczka – w pierwszym półroczu 1973 r. listy dotyczące handlu wiejskiego stanowiły 2,7% wszystkich wpływających listów [...], a w 1975 r. – 6%”³⁸³.

Narastające napięcie towarzyszące zaopatrzeniu wiejskiemu było bez wątpienia jedną z konsekwencji opisywanej wcześniej i postępującej w czasie denaturalizacji żywienia. Jak dowodził M. Ignar, w swoich badaniach wskazywał, że w latach 1960–1976 udział zakupionych produktów żywnościowych w ogólnym spożyciu na wsi wzrósł z ponad 20 do 37%³⁸⁴. Zaopatrywanie się w produkty żywnościowe w sklepach detalicznych w większym

³⁸¹ A. Adamus, *Problemy wsi w Polsce w latach 1956–1980 w świetle listów do władz centralnych*, Instytut Historii Polskiej Akademii Nauk, 2015, mps pracy doktorskiej, s. 260.

³⁸² *Ibidem*.

³⁸³ *Ibidem*, s. 299.

³⁸⁴ M. Ignar, *Warunki życia...*, s. 49.

stopniu dotyczyło gospodarstw dwuzawodowych oraz małych, których areał nie przekraczał 2 ha. W przypadku tych ostatnich, jak pokazywał socjolog, 46% nabywanego mięsa (część wyrobów z niego) pochodziło ze sklepów detalicznych³⁸⁵. Zwiększanie się spożycia mięsa na wsi wraz ze zmniejszającą się odległością wsi do miasta potwierdzały także badania Andrzeja Świąckiego³⁸⁶. Jak wynika z kolei z badań Instytutu Ekonomiki Rolnictwa, spożycie mięsa i tłuszczów na wsi stabilizowało się w latach 70., ale co ciekawe, w 1977 r. jego średnie roczne spożycie było o 16 kg niższe niż ówczesna średnia krajowa (obliczono, iż w gospodarstwach indywidualnych rocznie na jedną osobę przypadało 52,9 kg mięsa, przy średniej krajowej 69 kg/os.)³⁸⁷. Na podstawie wyników badań socjologicznych z końca lat 70. można zaś wysnuć wniosek, że najgorzej odżywiali się w kraju starsi ludzie, rolnicy, niewykwalifikowani robotnicy oraz mieszkańcy wsi i małych miast³⁸⁸.

Te dane w nieco innym świetle stawiają choćby wyrażoną w jednym z listów do KC PZPR opinię mieszkańca Nowego Dworu Mazowieckiego z 1979 r.: „Dobrze żyje obecnie polska wieś. Nie było jeszcze tak korzystnych dla rozwoju rolnictwa warunków, jakie stworzono obecnie mieszkańcom wsi. Przed wojną chłop jadł kurę gdy był chory, albo kura chora, natomiast dziś wieś – użyję ordynarnego wyrażenia – nie je ale żre”³⁸⁹.

Ilość spożywanego mięsa i wyrobów z niego, produktów zbożowych i skrobiowych różnicowała się oczywiście regionalnie i społecznie. O ile w przypadku różnic regionalnych istotną rolę odgrywała, obok tradycji, dominująca w danym regionie

³⁸⁵ *Ibidem*, s. 52.

³⁸⁶ A. Świącki, *Struktura jakościowa wyżywienia w Polsce 1962*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej, Warszawa 1964, s. 21 [raport online – dostęp: 30.03.2016].

³⁸⁷ *Ibidem*.

³⁸⁸ *Problemy wyżywienia narodu w badaniach OBOPiSP 1979*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 11/79, s. 7.

³⁸⁹ AAN, Biuro Listów i Inspekcji KC PZPR, sygn. XXVII-43, 1979, s. 3.

kultura rolna (dominacja upraw bądź hodowli), o tyle już zróżnicowania społeczne bardziej wiązały się z dochodowością gospodarstw i ich możliwościami dostępu do produktów żywnościowych³⁹⁰. Z badań socjologicznych wynika, iż w latach 50. rocznie najwięcej mięsa i tłuszczów spożywano w gospodarstwach uspołecznionych (SP), potem w gospodarstwach indywidualnych. W najgorszej sytuacji znajdowali się zaś członkowie rodzin z gospodarstw chłoporobotniczych i PGR³⁹¹. Proporcje te zmieniły się w latach 70., gdy najwyższe wskaźniki spożycia odnotowywano we wsiach podmiejskich, a często też chłoporobotniczych (62 kg) i znacznie mniejsze w gospodarstwach indywidualnych (52,9 kg). W przytaczanych przez socjologów zestawieniach wciąż w najgorszej sytuacji pod względem żywienia znajdowali się mieszkańcy osiedli PGR, co być może wiązało się z faktem, iż ich codzienny jadłospis w sporej części opierał się na ofercie miejscowych stołówek zakładowych.

3.1. Wiejskie żywienie zbiorowe

Pomimo wydanego w 1950 r. okólnika zobowiązującego lekarzy powiatowych do sprawdzania (przynajmniej raz na kwartał i za pośrednictwem kontrolerów sanitarnych) stanu sanitarnego pegeerowskich i spółdzielczych stołówek oraz mleczarni, ich stan wciąż pozostawiał wiele do życzenia³⁹². W 1955 r. w Ministerstwie Zdrowia podczas analizy skali występujących w Polsce zatruć pokarmowych środowisko PGR uznane zostało

³⁹⁰ M. Ignar, *Warunki życia...*, s. 51. Zob. też: Cz. Kos, M. Świętochowska, *Dochody i spożycie żywności w rodzinach chłopskich i robotniczo-chłopskich w przekroju terytorialnym w roku 1973*, Warszawa 1976.

³⁹¹ M. Ignar, *Warunki życia...*, s. 50.

³⁹² Okólnik nr 8 Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 lutego 1950 r. w sprawie pomocy lekarskiej dla członków RSP oraz pracowników PGR (Dz.Urz. MZ, nr 4, poz. 29), s. 313.

za obszar o szczególnie dużej częstotliwości tych schorzeń³⁹³. Gorzej sytuacja przedstawiała się jedynie w większych instytucjach zbiorowego żywienia, działających przy szkołach, internatach i ośrodkach pracy więźniów³⁹⁴. Brudne kuchnie, niemyte lub źle przechowywane produkty, brak higienicznych nawyków zatrudnionego personelu lub też nieprzestrzeganie obowiązku wcześniejszych badań były najczęściej wymienianymi problemami w funkcjonowaniu tego rodzaju miejsc, przekładającymi się na jakość produktów. O warunkach stołówek PGR w woj. szczecińskim w 1955 r. pisano: „Personel kuchenny [jest] zupełnie nieprzeszkolony i nadzwyczaj płynny. Skutkiem tego notujemy wiele zatruc pokarmowych. W okresie ostatnich dwóch lat w PGR-ach wybuchło osiem masowych zatruc pokarmowych, z których dwa szczególnie liczne. Dochodzenie wykazało, że bezpośrednią przyczyną zatrucia było zakażenie produktów na skutek niechlujstwa i brudów. Usiłowania w kierunku zwrócenia uwagi Zjednoczenia PGR na anty-sanitarne warunki panujące w PGR-ach nie odnoszą skutku. Aparat sanitarny za mało jednak korzysta w tych wypadkach ze środków karnych”³⁹⁵.

Kontrola przeprowadzona w tym samym roku w PGR Otok w woj. szczecińskim wykazała bardzo liczne zaniedbania: „kuchnia brudna, pełno much, brak zlewu i wody bieżącej, a podczas kontroli znaleziono na brudnej posadzce bez żadnego posłania zabitego wieprza a na nim masę much”³⁹⁶.

O tym, że stan stołówek poprawiał się bardzo powoli, świadczą materiały z lat 60. i 70. Bardzo istotnym problemem zarówno w kontekście stołówek pracowniczych, jak i produktów

³⁹³ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, Ocena stanu epidemiologicznego kraju za rok 1955, k. 247.

³⁹⁴ *Ibidem*.

³⁹⁵ *Ibidem*, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dn. 25 listopada 1955, w Szczecinie, k. 133.

³⁹⁶ APSz, PPRN i Urząd Powiatowy [dalej: UP] w Gryficach, sygn. 225, Kontrola warunków w PGR Węgorzyn i Otok, k. 23.

trafiających do domów rolników był stan higieniczny żywności, obserwowany tak w zakładach produkcji, jak i podczas sprzedaży. W 1955 r. przyznawano, iż wiejskie przetwórnice i sklepy pozostawały w zasadzie poza kontrolą sanitarno-epidemiologiczną. Ta bowiem – pisano w 1956 r. – obejmowała głównie miasta (skontrolowano blisko 50 tys. zakładów) i nie dotyczyła Polski lokalnej, bo „tylko 87 stacji powiatowych posiadało w tym okresie urządzenia laboratoryjne, na skutek czego praca sanitarna nad żywnością i żywnością nie dotarła na teren wszystkich powiatów, a przede wszystkim na wies”³⁹⁷.

Obserwowane w pegeerowskich osiedlach i zakładach zbiorowego żywienia zaniedbania higieniczne wynikające – tak jak w przypadku wielu ówczesnych gospodarstw wiejskich – najczęściej z braku higienicznych nawyków i ograniczeń w dostępie do (bieżącej) wody, nie były również obce miejskiemu środowisku robotniczemu. Jak wskazują dokumenty, co najmniej do lat 70. duży problem stanowiło zwłaszcza działanie mleczarni. W 1956 r. pisano: „z ogólnej liczby skontrolowanych [w 1954 r. zakładów – E.Sz.] w 50% mleczarni stwierdzono zły stan sanitarny. Również niepokojący jest stan sanitarny w rzeźniach, gdzie ilość zakładów o złym stanie sanitarnym dochodziła w roku 1954 do 40%”³⁹⁸. Także trafiające do punktów skupu i zlewni mleko nierzadko narażone było na szereg zanieczyszczających je czynników. W 1953 r. pisano: „Jeśli chodzi o zlewnie mleka, to stan sanitarny tych jest katastrofalny. Zasadniczo zlewnie jako takie nie posiadają odpowiednich pomieszczeń. Odbiór mleka w gromadach odbywa się w przedsiionkach mieszkalnych gospodarzy wiejskich nie posiadających ku temu żadnych warunków sanitarno-higienicznych natomiast

³⁹⁷ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/27, Analiza sieci i działalności zakładów służby zdrowia w okresie 1950–1955, k. 257.

³⁹⁸ *Ibidem*, sygn. 1/24, Stan zdrowotny ludności oraz stan organizacyjny a działalność zakładów służby zdrowia w świetle statystyki medycznej, k. 446.

w porze zimowej czynność tę dokonuje się w izbach mieszkalnych. Podobny stan istnieje w przemyśle mięsnym, gdzie budynki rzeźni nie nadają się do tego celu, jak: w Sandomierzu, w Koźmierzycach, w Busku, Starachowicach, w Skarżysku³⁹⁹.

Dużym problemem przynajmniej do lat 60. był także stan zdrowotny krów mlecznych, przekładający się na jakość samego mleka. Jak pokazywały analizy IMPiHW, na początku lat 60. jedna czwarta bydła w kraju zarażona była gruźlicą, z tego prawie połowa w PGR (40%)⁴⁰⁰. W gospodarstwach wiejskich choroba ta dotykała co piątą krowę⁴⁰¹. Oczywiście barierą ochronną pracujących przy bydle ludzi w jakimś stopniu stanowiła immunizacja (w tym czasie obowiązkowe były już szczepienia BCG). W przetwórnictwie mleka działały również, a przynajmniej powinny, urządzenia do pasteryzacji mleka. Mimo tego problemy wciąż się jednak pojawiały. W 1962 r. pisano: „Niedostateczne oczyszczanie i dezynfekcja aparatury powodują zakażenie mleka i przetworów mlecznych w toku produkcji, pomimo zewnętrznych pozorów dobrego stanu sanitarnego. Brak kontroli działania aparatury (np. pasteryzatorów, wyparzaczy konwi) bywa niekiedy przyczyną otrzymywania produktów nieodpowiadających wymogom higienicznym⁴⁰²”.

³⁹⁹ *Ibidem*, sygn. 1/13, Stan służby zdrowia na terenie woj. kieleckiego (materiał na Kolegium), k. 20.

⁴⁰⁰ Największe zagrążenie bydła stwierdzano w woj. poznańskim i bydgoskim, najmniejsze w białostockim, lubelski, rzeszowski (6–7%). Zob. E. Czarnecki, *Choroby odzwierzęce jako zawodowe w środowisku wiejskim*, w: *Księga pamiątkowa...*, s. 149.

⁴⁰¹ *Ibidem*.

⁴⁰² AAN, KC PZPR, sygn. 237/XIV–211, Ocena stanu higieniczno-san. zakładów przetwórstwa i obrotu produktami spożywczymi oraz zakładów żywienia zbiorowego, k. 335. W sprawozdaniu zauważano m.in., że „powszechne opinie o złej jakości przetworów mięsnych potwierdza się badaniami Państwowego Instytut Higieny stwierdzającymi, że 53,3% prób nie odpowiada normom”. *Ibidem*.

Produkty mleczarskie raczej rzadko trafiały do wiejskich domów. Jednak stan mleka odstawianego do punktów skupu i zlewni miał już dość duże znaczenie dla wiejskiego żywienia i stanu zdrowotnego. Mleko „prosto od krowy” – ciepłe, z dodatkiem żółtka bądź miodu – uznawano bardzo długo na wsi za lekarstwo w stanach osłabienia, przeziębienia, anemii itp.⁴⁰³ W I połowie lat 50. szczepienia BCG spotykały się niekiedy z oporem społeczności lokalnych, co skutkowało dalszym rozprzestrzenianiem się gruźlicy i innych przenoszących się taką drogą chorób (np. brucelozy).

Problem gruźlicy jako choroby odzwierzęcej z czasem i postępującą immunizacją stopniowo malał. Wciąż jednak na wsi – podobnie jak w całej Polsce – dochodziło do dość częstych infekcji pokarmowych, w tym stanowiącego poważny problem od lat 60. nagminnego zapalenia wątroby (WZW typu A), czyli tzw. żółtaczkę pokarmową⁴⁰⁴. W okresie tużpowojennym (a potem również w latach 80.) lokalnie, w związku z nielegalnym ubojem zwierząt, pojawiały się też ogniska epidemii włośnicy⁴⁰⁵.

Jeśli wierzyć statystykom, epidemie włośnicy nie były jednak zjawiskiem zbyt częstym. Zatrucia pokarmowe i inne choroby brudnych rąk – stale występujące problemy zdrowotne polskiego społeczeństwa – nie omijały zatem środowiska wiejskiego. Denaturalizacja spożycia żywności przez chłopów w tej kwestii nie działała na korzyść. Jak wynika bowiem z szeregu listów i skarg dotyczących funkcjonowania wiejskich sklepów spożywczych, zarówno ich stan sanitarny, jak i stan przywożonych

⁴⁰³ Zob. np.: AIEiAK UJ, sygn. 2328, Lecznictwo wiejskie, Rycerska Góra, pow. Żywiec, 1966, s. 4.

⁴⁰⁴ AAN, MZiOS, sygn. 19/579, Stan zdrowia ludności w Polsce – materiały Rady ds. Rodziny 1979, k. 18–22.

⁴⁰⁵ Zob. np.: AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/9, Protokół nr 6 z posiedzenia Kolegium Min. Zdrowia odbytego w dniu 10.02.1953 r., k. 66; J. Umiński, S. Toś-Luty, M. Stroczyńska, *Aktualne choroby pasożytnicze ludności wiejskiej*, w: *Księga pamiątkowa...*, s. 156.

do nich produktów żywnościowych wielokrotnie urągał higienicznych zasadom. W latach 60., jak dowodziła przywoływana wcześniej A. Adamus, „brud oraz gryzienie niszczące i zanieczyszczające żywność były stałym elementem opisu przestrzeni wiejskich punktów sprzedaży”⁴⁰⁶. Często też narzekano na personel sklepowy, dość ostentacyjnie ignorujący podstawowe zasady higieny osobistej. W jednej z przytaczanych przez historyczkę skarg czytamy: „Sklepowy K.T. pójdzie wyręczyć ojca w oborze, obornik wyrzuca z obory, to świniom jeść daje, to krowy poi, to karmi. Wyjdzie z obory, buty na nogach zbrudzone obornikiem, ręce do łokci zbrudzone świńskim żarciem, fartucha nie założy, idzie do sklepu przy którym ludzie czekają aż oporządzi w oborze. Przychodzi taki zbrudzony, wchodzi do sklepu nie myjąc rąk, ani w ogóle się nie oczyści, dopiero bierze się za załatwianie ludzi; waży smalec, wędlinę, słoninę”⁴⁰⁷.

Oczywiście natychmiast pojawiają się tu pytania, kto zgłaszał tak sformułowane skargi, na ile odpowiadały realiom i ilu wiejskim klientom w rzeczywistości przeszkadzały. Leżące na nieumytych ladach bochenki chleba, podawane gołą ręką mięso, ważone na niezabezpieczonej czy nieprzecieranej regularnie wadze spożywczej, nie musiały budzić zgorszenia wśród wszystkich kupujących⁴⁰⁸. Inną kwestią były jednak widoczne gołym

⁴⁰⁶ A. Adamus, *op. cit.*, s. 296.

⁴⁰⁷ *Ibidem*, s. 297.

⁴⁰⁸ O tym, jak powszechne musiało być to zjawisko, świadczył m.in. apel jednego z uczestników narady Komisji Oświaty, Zdrowia, Spraw Socjalnych i Ochrony Środowiska RN Miasta i Gminy w Gryficach 20 marca 1986 r.: „W sklepach prowadzących sprzedaż pieczywa w widocznym miejscu a odpowiednim uchwycie winny znajdować się kartki papieru do sprawdzania świeżości pieczywa. Należy bezwzględnie skończyć z praktyką nabierania mielonego mięsa gołą ręką przez ekspedientki sklepów mięsnych w Gryficach”. APSz, UMiG Gryfice, sygn. 106, Protokół nr 3/86 posiedzenia Komisji Oświaty, Zdrowia, Spraw Socjalnych i Ochrony Środowiska RN Miasta i Gminy w Gryficach w dniu 20 marca 1986 r., s. 3.

okiem zniszczenia lub zanieczyszczenia kupowanych produktów, tym bardziej jeśli przekładały się na ich walory smakowe.

Nałożone na chłopów na początku lat 50. obowiązkowe dostawy płodów rolnych (zbóż, ziemniaków, mleka i zwierząt rzeźnych), mocno obciążając gospodarstwa, powodowały, że stawały się one coraz mniej samowystarczalne. Nasilające się wraz z migracjami i „awansem społecznym” kontakty z miastem skutkowały z jednej strony (zwłaszcza w przypadku chłoporobotników) coraz większym „importem” produktów miejskich do gospodarstw rolnych. Z drugiej strony charakterystyczna zwłaszcza dla obszarów lepiej uprzemysłowionych lepsza infrastruktura komunikacyjna lub niedalekie sąsiedztwo miasta owocowały też „eksportem” wybranych towarów wiejskich, które sprzedawano na okolicznych targach i rynkach. Dochód ze sprzedaży jaj, mleka, a często też masła, i od czasu do czasu mięsa (świnioobicie niekoniecznie legalne), w latach 60. i 70. wciąż jeszcze traktowany był przez wiejskie gospodynie jako sposób pozyskiwania pieniędzy na dodatkowe i mniej istotne z punktu widzenia gospodarstwa potrzeby (np. zakup ładniejszej odzieży dla dziecka, opłacenie szkolnej wycieczki, nabycie leków)⁴⁰⁹.

3.2. „Byle było dużo i tłusto” – jedzenie i obyczaje

W latach 60. i 70. wraz z pojawieniem się opisywanych wyżej nowych źródeł zaopatrzenia postępowały też zmiany zwyczajów związanych z codziennym spożywaniem pokarmów. Już w dwudziestoleciu międzywojennym w większości gospodarstw odchodzono od wspólnego jedzenia z jednej misy. W latach 60. – jak twierdzili pamiętnikarze i moi rozmówcy – wciąż jeszcze zwyczaj ten dostrzec można było w niektórych rodzinach

⁴⁰⁹ Zob. np.: G.S., miejscowość S., woj. zachodniopomorskie; APR, sygn. C-13818, *Zgłaszam sprawę*, red. J. Jankowska (1976).

wiejskich⁴¹⁰. Stanowiło to jednak rodzaj lokalnej ciekawostki i wyjątku, o których chętnie wspominali dorastający w tamtych czasach mieszkańcy. Zmiany zwyczajów dotyczyły także konsumpcji. W latach 70. – jak pokazały wyniki badań przeprowadzonych przez Bogusława Gałęskiego – w woj. łódzkim zanikła widoczna jeszcze w latach 50. hierarchia⁴¹¹ spożywania posiłków. Ten zwyczaj rezerwowania dla gospodarza domu lepszych, tj. bogatszych w tłuszcz i treściwszych posiłków przenosił się też wraz z migrantami w różne rejony Polski, w tym m.in. na Ziemię Zachodnie. O trwaniu takich praktyk jeszcze w latach 60. opowiadała jedna z moich rozmówczyń, której rodzice pochodzili ze wsi w pow. tomaszowskim⁴¹². Zanikanie zwyczaju w latach 70. wiązało się niewątpliwie z wchodzeniem w wiek produkcyjny kolejnego pokolenia wiejskiego i wpisywało się w szerszy proces demokratyzacji wiejskich relacji wewnątrzrodzinnych⁴¹³.

Nowe zwyczaje żywieniowe, zwłaszcza w przypadku opisywanego pokolenia powojennego, stanowiły też w sporej części efekt wzorów napływających wraz z mediami oraz nową, bardziej skuteczną oświatą zdrowotną. Ważnym elementem realizowanego bowiem od lat 60. programu higienizacji były wykłady, pogadanki i praktyczne kursy dotyczące nie tylko karmienia dzieci i niemowląt, ale również żywienia dorosłych mieszkańców wsi⁴¹⁴. W najbardziej aktywnych województwach organizowane przy zaangażowaniu lokalnych organizacji młodzieżowych i kobiecych zajęcia i kursy odgrywały szczególnie

⁴¹⁰ E.S., miejscowość Ż., woj. lubelskie; *Być matką...*, s. 425.

⁴¹¹ M. Ignar, *Warunki życia...*, s. 51. Zob. też: B. Gałęski, *Gospodarstwa domowe. Zaopatrzenie i żywienie*, „Wiś Współczesna” 1975, nr 4, s. 73–82.

⁴¹² G.S., miejscowość S., woj. zachodniopomorskie.

⁴¹³ O procesie tym więcej piszę w książce: *Mentalność ludności wiejskiej...*, *passim*.

⁴¹⁴ Jedna z rozmówczyń wspominała, że właśnie wtedy po raz pierwszy usłyszała o cholesterolu i jego znaczeniu dla zdrowia. M.N., miejscowość L., Ż., woj. lubelskie.



13. 1974. Koło Gospodyń Wiejskich w Miłęczynie. Kobiety przy stolnicy wyrabiają faworki.

istotną rolę. Przykładowo przygotowywane pod auspicjami Kół Gospodyń Wiejskich (KGW) kursy obejmowały nie tylko wykłady i pogadanki, ale również wspólne pieczenie ciast i przygotowywanie różnych dań.

Uczestnictwo w kursach, przejmowanie i utrwalanie nowych nawyków żywieniowych, podobnie jak i cały program higienizacji, nie objęły z takim samym nasileniem wszystkich obszarów. W praktyce więc wiejskie nawyki jeszcze w latach 70. w wielu miejscowościach pozostawały wiele do życzenia, a masowe badania realizowane w ramach rozmaitych akcji prozdrowotnych, tj. „białe niedziele”, „białe soboty” czy obozy naukowo-

-studenckie, pokazywały, jak bardzo jednostajne było nadal wiejskie odżywianie. Mimo realizowanych kursów gotowania, szczególnie atrakcyjnych dla młodszego pokolenia wiejskich mieszkańców (mieszkanek), w latach 70. wciąż w wielu wiejskich rodzinach praktykowane były nawyki opisywane jeszcze przez Seweryna Udzię w kontekście wsi krakowskich: „Nawet najbogatszy gospodarz w Krakowskim, który ma własną mąkę, ma pod dostatkiem nabiału, ma drób, wykarmia wieprze, nie brak mu owoców, je codziennie ziemniaki, kasze, groch, kapustę, je to samo, co ubogi wyrobnik, tylko tem różniąc się od niego, że sobie nie żałuje omasty [...]. Nie pochodzi to ze skąpstwa, bo wieśniak zamożny nie żałuje sobie niczego, ale z tego powodu, że baba nie potrafi nic innego, nic lepszego uwarzyć. A nawet jeśli gospodyni służyła niegdyś we dworze, na plebani[i] lub w innym mieście przy kuchni i nauczyła się lepiej gotować, to na własnym gospodarstwie nie chce się jej chodzić koło kuchni, bo dla kogoż kiedy domownicy przywykli do prostych potraw, nie wymagają niczego więcej, byle tylko było dużo i tłusto”⁴¹⁵.

Nieregularne oraz zbyt szybkie spożywanie posiłków, jedzenie zimnych i nieświeżych potraw, picie po posiłku zimnej wody, jednostajność diety ubogiej w warzywa i owoce potwierdzały także badania socjologiczne⁴¹⁶. Złe nawyki żywieniowe odbijały się przede wszystkim na stanie zdrowia najmłodszych dzieci na wsi, przyczyniając się do niedoborów wzrostu, małej wagi ciała, krzywicy, próchnicy, a także skutkując zmniejszoną odpornością organizmu i cięższym przebiegiem chorób⁴¹⁷.

W badaniach przeprowadzonych w 1962 r. na terenie kilku wsi w pow. olkuskim zauważono między innymi, że wiejskie „dzieci jedzą bardzo mało nabiału – jaj, mleka”⁴¹⁸, są zdecydowanie częściej niż ich miejscy rówieśnicy „niedożywieni

⁴¹⁵ S. Udzięła, *Krakowiacy*, Kraków 2012, s. 38.

⁴¹⁶ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce...*, s. 231–232.

⁴¹⁷ *Ibidem*, s. 232.

⁴¹⁸ APR, sygn. PR III 35566, *Przyjechali doktorzy*, red. A. Semkowicz (1972).

i pochyli⁴¹⁹. Występujące na wsi nierówności biologiczne i społeczne potwierdzały w pewnym stopniu badania antropologiczne wskazujące m.in. na późniejsze dojrzewanie dzieci wiejskich, ich niższy wzrost i wagę względem rówieśników z miast. Podobne wyniki przyniosły także realizowane w tym samym czasie badania w sześciu wsiach w woj. lubelskim. Zauważono, iż niewłaściwie odżywiane były dzieci ze wszystkich grup wiejskich, wszędzie też stwierdzono niewystarczającą ilość białka, jarzyn i owoców, jak również niedobory witaminy D. W badanych wsiach zanotowano także „znaczny odsetek przypadków z opóźnionym rozwojem fizycznym; w grupie 0–3 lat stwierdzono niedobór wagi u 40%, wzrostu u 35%; opóźnione funkcje statyczne i ząbkowanie w 5%⁴²⁰. Objawy krzywicy zauważano u 6% niemowląt, u 16% dzieci poniżej 3. roku życia i u 5% – w wieku przedszkolnym i szkolnym⁴²¹.

Niedożywienie nie dotyczyło jednak tylko najmłodszych. Jak stwierdzał bowiem bohater reportażu *Ludzkie losy*, z wykształcenia lekarz, „Chłopi na wsi są niedożywieni” – w ich codziennym „jadłospisie” jest „za dużo papierosów, za mało jedzenia”⁴²².

I.4. „Objąć oświatą sanitarną znacznie szersze masy społeczeństwa”

Przeprowadzane w pierwszych latach po wojnie terenowe inspekcje i kontrole ukazywały ogromne rozmiary materialnych zniszczeń i zaniedbań sanitarnych⁴²³. Pomimo względnej stabilizacji sytuacji epidemiologicznej (ok. 1948 r. wskaźniki

⁴¹⁹ *Ibidem*.

⁴²⁰ J. Danielski, B. Wawrzyszuk, A. Stankiewicz, M. Kowalczyk, *op. cit.*, s. 35.

⁴²¹ *Ibidem*.

⁴²² APR, sygn. PR I 19839, *Ludzkie losy*, red. A. Najmrodzki (1989).

⁴²³ Zob. np.: AAN, MZ, 1945–1960, sygn. 49, t. 1–3, Sprawozdania z podróży inspekcyjnych (różne województwa 1949).

zachorowalności na choroby zakaźne były zbliżone do tych z lat 1938–1939)⁴²⁴ doraźne działania dotychczasowych kolumn sanitarno-epidemiologicznych, wspomagających walkę z chorobami zakaźnymi i odpowiedzialnych za kontrolę, dezynfekcję i lokalizację ognisk epidemicznych, kontynuowano. Formalnie nad pracownikami kolumn – pielęgniarką, inspektorem sanitarnym i dezynfektorem – kontrolę sprawował lekarz powiatowy. Praktyczna działalność tych struktur była często jednak mało skuteczna. Wynikało to z charakteru pracy, narzucającego konieczność przekraczania prywatnej przestrzeni domu i gospodarstw kontrolowanych oraz polegającego na zwracaniu uwagi gospodarzom, krytykowaniu zastanego porządku i pouczaniu. Trudności w egzekwowaniu zaleceń i nakazów, a także „niewdzięczność” profesji przekładały się również na dużą płynność pracowników kolumn sanitarnych.

Kierowanie lokalnym ośrodkiem zdrowia wymagało od lekarza nadzoru nad pracą komórek odpowiedzialnych za sytuację sanitarną, zaś te placówki, określane niekiedy w źródłach mianem „regionalnych ośrodków kultury zdrowia na wsi”⁴²⁵, stanowić miały przestrzeń upowszechniania podstawowej wiedzy z zakresu higieny i profilaktyki zdrowotnej. Także docierające na wieś od 1948 r. ambulanse lekarskie (dentystryczne, rentgenowskie) poprzez badanie i rozmowę z lekarzem oraz rozdawnictwo leków, środków opatrunkowych, grzebieni, szczoteczek, proszku i pasty do zębów⁴²⁶ przyczyniać się miały do edukowania społeczności lokalnych w sprawach dotyczących higieny i zdrowia.

Czy instytucje te, reprezentujące *de facto* świat zewnętrzny, w swych działaniach były przekonujące dla mieszkańców wsi?

⁴²⁴ H. Wiór, *Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w latach 1939–1944*, w: *Choroby zakaźne w Polsce...*, t. 1, s. 61.

⁴²⁵ AAN, MZ, GMWP, sygn. 368/2, Memoriał dr Szumowskiego/ akcja leczenia zapobiegawczego higieny życia codziennego na wsi, k. 5.

⁴²⁶ D. Jarosz, *Polityka władz...*, s. 485.

Na ile docierająca ich kanałami wiedza dotycząca higieny i profilaktyki zdrowotnej oddziaływała na wiejską mentalność i codzienne praktyki? Wokół tych pytań koncentrować się będzie poniższy podrozdział. Prowadzone w nim rozważania stanowią również próbę odpowiedzi na pytanie, czy mieszkańcy wsi byli tylko biernymi „odbiorcami” treści wytwarzanych przez wkraczające na wieś instytucje i grupy społeczne reprezentujące sferę oświaty sanitarnej, czy też uczestniczyli w ich dystrybuowaniu – i jeśli tak, to w jaki sposób. I wreszcie, czy oświata sanitarna rzeczywiście zmieniała wiejskie wyobrażenia na temat zdrowia i choroby, higieny, czystości i brudu? Jak sugerowała bowiem ówczesna propaganda, działalności oświatowej realizowanej za pośrednictwem obrazu oraz słowa mówionego przypisywano ogromną rolę w kształtowaniu nowego sposobu myślenia.

4.1. „Każdy posłucha, popatrzy i idzie sobie dalej” – powojenna oświata sanitarna

Jak pokazywał w swych wspomnieniach Aleksander Bałasz, po 1948 r. najczęstsze i jednocześnie najprostsze formy propagandy zdrowotnej, docierające na wieś, tj. broszury, plakaty czy pogadanki, w praktyce w niewielkim stopniu spełniały swe funkcje. Opisuując doświadczenia z pracy w Siedliszczach, zauważał: „Ludzie nie odczuwający potrzeby poznania treści broszur, nie czytali ich w ogóle i przeznaczali na makulaturę, za którą uzyskiwali prawo kupna niektórych materiałów przydziałowych, lub też używali ich jako opakowania. Inni znowu brali broszury celem dokładnego zorientowania się w takiej jednostce chorobowej, na którą najłatwiej się powołać, by uzyskać zwolnienie z pracy”⁴²⁷.

Zdarzały się też wcale nierzadkie – zdaniem lekarza – przypadki ludzi, którzy po przeczytaniu dostępnych broszur i plakatów

⁴²⁷ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 838.

dopatrywali się symptomów opisywanej choroby we własnym ciele: „nasza propaganda w kierunku zwalczania chorób zakaźnych na wsi nie idzie po drodze racjonalnej [...] opieraliśmy się dotąd na propagandzie broszurowej i plakatowej. Żywe słowo było u nas właściwe na trzecim planie. Co się okazało? Co powiedziały na to głosy z terenu? Otóż szereg ludzi nie jest zupełnie przygotowany do zrozumienia chorób a po przeczytaniu broszury wyszukuje choroby u siebie. Tak było. Kilkudziesięciu pacjentów przychodziło do lekarza i męczyli go, aby byli leczeni od chorób wenerycznych i mimo wszelkich tłumaczeń lekarza – pacjenci nie wierzyli w to. Każdy student na IV roku medycyny przeżywa to samo więc co mówić o chłopach”⁴²⁸. Na obniżenie skuteczności oddziaływania broszur i plakatów wpływał również charakterystyczny dla pierwszej powojennej dekady wysoki wskaźnik wiejskiego analfabetyzmu.

Pogadanki i kursy oświaty sanitarnej, organizowane na początku lat 50., które siłą rzeczy opierając się na słowie mówionym, łatwiej przyswajalne mogły być dla większej liczby wiejskich mieszkańców, przynosiły fatalne wyniki⁴²⁹. W okresie intensywnej kolektywizacji i wynikającego z niej ogromnego wiejskiego dystansu wobec instytucji państwowych wszelkie organizowane odgórnie zebrania spotykały się z dużą podejrzliwością.

Bardziej energiczni i nastawieni na społeczne działanie lekarze, trafiając na wieś, wielokrotnie napotykali opór społeczności lokalnych. W pierwszych tygodniach, a niekiedy miesiącach działalności organizowane przez nich wykłady i pogadanki zwykle nie przyciągały zbyt wielu uczestników⁴³⁰. Bywały jednakże sytuacje przeciwne. W 1955 r. w woj. koszalińskim

⁴²⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 55, Narady aktywu pracowników służby zdrowia w Ministerstwie i terenie, protokoły, stenogramy, korespondencje, 1953 r., Stenogram krajowej narady aktywu służby zdrowia z dnia 19 grudnia 1953 r., k. 250.

⁴²⁹ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 839.

⁴³⁰ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 572.

stwierdzano: „Niektórzy uważają, że praca w zakresie oświaty sanitarnej nie jest dostatecznie ważna. Spotkania lekarzy ze społeczeństwem dają dobre wyniki lecz zdarzają się wypadki, że lekarze nie przybywają na te spotkania”⁴³¹.

W tych miejscowościach, gdzie udawało się przybyć zarówno wykładowcy, jak i większemu audytorium, efekty pogadanki też mogły być wątpliwe. Potwierdzała to w 1958 r. Maria Szczawińska, autorka poradników higieny osobistej: „Przeważnie jest tak, że każdy posłucha, popatrzy i idzie sobie dalej tak jak szedł dotąd. A tlejące w niektórych okruchy zapału sanitarnego, nie podniecane przez nikogo nie wystarczą do pokonywania różnorodnych trudności napotykanych przy realizowaniu wskazań sanitarnych”⁴³². Takimi trudnościami były choćby opisywane wcześniej braki podstawowych artykułów w pobliskich sklepach Gminnej Spółdzielni „Samopomoc Chłopska”⁴³³. Michał Ilcyszyn – lekarz z wiejskiego Ośrodka Zdrowia w Skulsku w pow. konińskim – zwracał także uwagę na istotny dla postawy i edukacji zdrowotnej brak światła, a więc elektryfikacji wiejskich domów, wpływający jego zdaniem na brak większej dbałości o wnętrze mieszkalne, możliwości spędzania czasu itp.⁴³⁴

Znacznie lepszą formą agitacyjno-oświatową – zdaniem niektórych działaczy wiejskich – były zarówno w latach 50., jak i później materiały filmowe. Wspominał o tym m.in. dr Bałasz, pisząc: „Największym powodzeniem w krzewieniu oświaty sanitarnej na tych terenach cieszyły się odpowiednio dobrane

⁴³¹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/21, Protokół z posiedzenia Kol. Min. Zdrowia w Koszalinie, k. 7.

⁴³² M. Szczawińska, *Jak upowszechnić higienę osobistą na wsi*, w: *Higiena osobista w oświacie sanitarnej*, Warszawa 1958, s. 66.

⁴³³ *Ibidem*.

⁴³⁴ W braku elektryfikacji upatrywał on przede wszystkim jednego z powodów poszerzającego się alkoholizmu na wsi. Zob. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/24, Sprawozdanie z narady aktywu województwa poznańskiego, Załącznik do protokołu nr 5/56 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia, 26 lutego 1956 r., k. 197–198.



14. Kwiecień 1957. Elektryfikacja wsi Radzanów, pow. białobrzegi.



15. 1956. Elektryfikacja wsi Golina Wielka, pow. rawicki.

filmy dźwiękowe. Niestety te rzadko jednak docierały nawet do Siedliszcza, gdzie stałe kino mogło być skutecznie wykorzystane do tego celu⁴³⁵. O atrakcyjności przekazów filmowych bardzo ciekawie opowiadała też jedna z wiejskich nauczycielek, która w 1960 r. zorganizowała przybycie kina objazdowego. Podczas spotkania wyświetlono dwa filmy – fabularny i oświatowy. Po skończonej projekcji nastąpiła cisza i operator sądził, że wszyscy zasnęli, gdyż nikt się nie ruszał. Gdy głośno powiedział, że film się skończył, reakcja wiejskiej publiczności była zaskakująca, gdyż zachwycona pokazem widowiska, odmawiając opuszczenia sali, zażądała ponownej projekcji obu filmów⁴³⁶.

Siłę oddziaływania audiowizualnego przekazu potwierdził w 1957 r. kierownik Wydziału Zdrowia w Białymstoku: „W roku bieżącym utworzono Ruchomą Kolumnę Oświaty Sanitarnej wyposażoną w aparaturę projekcyjną i dźwiękową, która systematycznie odwiedza wszystkie osiedla naszego województwa. Wyświetlane filmy poprzedzane są pogadankami wygłaszanymi przez kierownika tej Kolumny, studenta medycyny [...]. Praca kolumny cieszy się dużym uznaniem i wywołuje żywy oddźwięk wśród ludności. Np. mieszkańcy pow. hajnowskiego po obejrzeniu filmu i wysłuchaniu pogadanki o higienie jamy ustnej domagają się od Prezydium PRN utworzenia w ich miejscowości gabinetów dentystycznych⁴³⁷.”

Czy takie reakcje widowni były częstsze i czy żądania mieszkańców spełniano, trudno stwierdzić. Niewątpliwie duże znaczenie dla przebiegu akcji miał indywidualny charakter każdej z osad odwiedzanych przez ekipę filmową. To, że nie docierały one wszędzie, podkreślał wcześniej słynny lekarz z Siedliszcz⁴³⁸.

⁴³⁵ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 840.

⁴³⁶ APR, sygn. 5607/3, *Dla przyszłych pokoleń*, red. M. Krzyżanowska, E. Ziegler (1964).

⁴³⁷ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/31, Analiza działalności służby zdrowia województwa białostockiego, k. 388.

⁴³⁸ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 840.

Opisywana w kontekście woj. białostockiego ruchoma kolumna oświaty sanitarnej stanowiła element kolejnego etapu w podnoszeniu ogólnej wiedzy polskiego społeczeństwa na temat higieny i zdrowia. Kluczową rolę odgrywał tu bowiem rok 1954, kiedy to w Ministerstwie Zdrowia utworzono Wydział Oświaty Sanitarnej, „powierając mu organizację pracy w zakresie oświaty sanitarnej, wychodząc z założenia, że aktywacja personelu fachowego służby zdrowia w tej dziedzinie stanowi zasadniczą drogę do podniesienia kultury sanitarnej ludności”⁴³⁹. Wydział wspomagała praca Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS), powołana do życia dekretem z 14 sierpnia 1954 r.⁴⁴⁰ Działalność centralnej inspekcji opierała się na jedno-, dwu- lub trzyosobowych inspektoratach tworzonych w wojewódzkich stacjach sanitarnych oraz na pracy inspektorów w stacjach powiatowych i dzielnicowych⁴⁴¹. Zakres obowiązków inspektorów powiatowych (terenowych) był oczywiście podobny do tego, jaki posiadali opisywani wcześniej pracownicy kolumn sanitarnych, jednak dekret o PIS gwarantował im możliwość narzucania sankcji karnych i tym samym skuteczniejsze egzekwowanie wymaganych zmian⁴⁴².

⁴³⁹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/29, Posiedzenie Kolegium Ministerstwa 11–25. Protokoły, załączniki 1957, k. 133.

⁴⁴⁰ Dekret z dnia 14 sierpnia 1954 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U., 1954, nr 37, poz. 160.

⁴⁴¹ *Ibidem*.

⁴⁴² O znaczeniu dekretu w 1963 r. pisała Halina Wiór: „Dekret o Państwowej Inspekcji Sanitarnej [Dz.U., 1954, nr 37, poz. 60] jest jednym z ważniejszych aktów legislacyjnych dotyczących ochrony zdrowia człowieka. Dekret powoduje PIS której zadaniem obok zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych jest wpływanie na zmianę i likwidowanie warunków sprzyjających powstawaniu chorób. Dekret wprowadza pojęcie «nadzoru zapobiegawczego», którego celem jest kształtowanie warunków bytu i pracy, gwarantujących prawidłowe oddziaływanie na zdrowie człowieka. Nadzór zapobiegawczy obejmuje następujące zagadnienia: opiniowanie pod względem sanitarno-higienicznym planów zagospodarowania przestrzennego, projektów budowy, odbudowy

Wyrażana przez kontrolerów groźba kar i grzywien za nierepektowanie zaleceń sanitarnych w małych społecznościach wiązała się z pewnym ryzykiem, silnie oddziałującym przede wszystkim na relacje społeczne. „Tutaj była komisja sanitarno-porządkowa, ale rychło zaprzestała swej działalności” – donoszono na łamach „Gromady Rolnika Polskiego” w 1958 r. – „Dlaczego? Odpowiedzi daje przewodniczący GRN, Paweł P. «to niewdzięczna praca. Trzeba się chłopom narażać. Warunki anty-sanitarne są prawie u każdego. Każdemu więc należałoby się sypnąć karę. Gdyby mnie tak kazano chodzić do ludzi i zwracać uwagę, że gnojownik jest za blisko studni, gdzie indziej ustęp niehigienicznie utrzymany, zaraz bym się rzekł urzędowania»⁴⁴³.

„Niewdzięczność” pracy powodowała, że w praktyce w wielu rejonach obsadzenie stanowisk inspektorów było problematyczne. Funkcje te pełnili też często mieszkańcy miast, dojeżdżający do okolicznych wsi i rekrutujący się ze średniego personelu medycznego bądź absolwenci kursów sanitarnych i członkowie działających na wsiach kół Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK)⁴⁴⁴.

i przebudowy różnych obiektów łącznie z zakładami przemysłowymi, współdziałanie przy opracowywaniu normatywów w budownictwie, opracowywanie norm higieniczno-sanitarnych dotyczących ochrony powietrza, wody i gleby przed zanieczyszczeniem, współdziałanie przy opracowywaniu norm art. żywnościowych oraz opracowywanie wniosków dotyczących warunków sanitarnych, w jakich powinien odbywać się obrót i przechowywanie artykułów żywności itp. Organa PIS sprawują równocześnie nadzór bieżący, jak również posiadają uprawnienia stosowania kar celem przymuszania. Istota nadzoru bieżącego polega na kontroli przez organa PIS przestrzegania przez obywateli, organa administracji, zakłady i instytucje obowiązujących przepisów i zaleceń sanitarnych, jak i na podejmowaniu środków w celu usunięcia stwierdzonych uchybień”. H. Wiór, *op. cit.*, s. 53–54.

⁴⁴³ „Gromada Rolnik Polski” 1958, nr 31, s. 7.

⁴⁴⁴ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, Ocena stanu zdrowia na wsi na podstawie analizy wykonania Uchwały Kolegium dot. wsi w latach 1954–1955, k. 181–189.

Obserwowane na szczeblu centralnym krótkotrwałe ożywienie w zakresie działań na rzecz oświaty sanitarnej uległo załamaniu w 1957 r., gdy powołany trzy lata wcześniej wydział został zlikwidowany, a w jego miejsce utworzono jednoosobowe stanowisko w Departamencie Sanitarno-Epidemiologicznym⁴⁴⁵. Ta sytuacja, jak pisał w 1962 r. prof. Jan Kostrzewski, od 1961 r. główny inspektor sanitarny kraju, „wytworzyła w terenie [przekonanie], że oświata sanitarna jest sprawą marginesową⁴⁴⁶. Wyrażone tą decyzją Ministerstwa Zdrowia bagatelizowanie problemu przekładało się zdaniem epidemiologa na nastawienie lekarzy, które „[...] odbija się w pracy terenowej, w postaci zbyt małego zainteresowania lekarzy tą pracą. W środowisku lekarskim wytworzyło się mniemanie, że organizatorami oświaty sanitarnej w terenie powinni być tylko pracownicy ze średnim wykształceniem medycznym. Co gorsza w wielu placówkach służby zdrowia panuje nadal przekonanie, że poza organizatorem oświaty sanitarnej nikt więcej nie ma obowiązku zajmować się tą problematyką [...] oświata sanitarna w naszym kraju prowadzona jest przez amatorów⁴⁴⁷ – dodawał profesor.

W rzeczywistości faktycznie do końca lat 50. w wielu rejonach działania na rzecz profilaktyki i krzewienia oświaty sanitarnej były albo spychane na pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, albo bagatelizowane. W przypadku lekarzy nie zawsze wynikało to z ignorancji, a najczęściej spowodowane było nadmiernie obciążającą pracą w terenie (szczególnie pochłaniały czas wizyty domowe, dojazdy) i – zwłaszcza w przypadku średniego personelu medycznego – niskim uposażeniem. W 1956 r. w raporcie oceniającym stan zdrowia na

⁴⁴⁵ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XIV-212, Protokół z posiedzenia Komisji Socjalnej, odbytego w dniu 30.06.1963 poświęconego podniesieniu stanu oświaty sanitarnej w kraju, k. 131.

⁴⁴⁶ *Ibidem.*

⁴⁴⁷ *Ibidem.*

wsie w latach 1954–1956 pisano: „W powiatach nie posiadających stacji sanitarno-epidemiologicznych (a np. w woj. białostockim jest ich tylko 4), gdzie brak jest pracownika stacji zajmującego się oświatą sanitarną – rozprawianie materiałów oświatowych idzie bardzo źle. [...] Hamująco wpływa również bierny często stosunek personelu służby zdrowia (zwłaszcza średniego) do spraw oświaty sanitarnej – spowodowany m.in. ogólną bierną postawą tego personelu w związku z niskim uposażeniem”⁴⁴⁸. Rok później zaś stwierdzano: „Bardzo ważną przyczyną złych wyników pracy w terenie jest fakt, że kierownicy wojewódzkich wydziałów zdrowia nie interesują się w dostatecznym stopniu sprawami oświaty sanitarnej, aczkolwiek są formalnie za ten odcinek pracy odpowiedzialni jako zwierzchnicy stacji san-epid., w których jest umiejscowione to zagadnienie”⁴⁴⁹.

Źródła podkreślanej w przytaczanych materiałach ignorancji, która w podobnym stopniu dotyczyła środowisk miejskich, tkwiły też w sposobie myślenia dorastającego w dwudziestoleciu międzywojennym pokolenia lekarzy. Jak pisał bowiem M. Kacprzak: „Na pracę higieniczną ogół lekarzy patrzy lekceważąco i z punktu widzenia fachowości, i z punktu widzenia wyników, i z punktu widzenia metod stosowanych, które przeciętemu lekarzowi wydają się zupełnie obce [...]. Lekarz-praktyk higieny nie lubi. Jemu nie tylko obce są zupełnie czynności administracyjne higienisty, ale każdy lekarz leczący chce widzieć przed sobą pacjenta, jednostkę chorą konkretnie na jakąś określoną chorobę. W ten sposób ćwiczy się umysł lekarza w okresie studiów uniwersyteckich, w ten sposób następnie utrwała się droga praktyki. Tymczasem w pracy higieniczno-społecznej niezbędne jest zupełnie odwrotne nastawienie

⁴⁴⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, Ocena stanu zdrowia na wsi na podstawie analizy wykonania Uchwały Kolegium dot. wsi w latach 1954–1955, k. 185.

⁴⁴⁹ *Ibidem*, sygn. 1/32, Protokół nr 46/57 z posiedzenia KMZ w dn. 11.11.1957.

myślowe, trzeba myśleć więcej abstrakcyjnie, trzeba oceniać zjawiska na podstawie liczb i z nich wyprowadzać wnioski. Jak pogodzić te dwa światopoglądy?”⁴⁵⁰

Powojenne pokolenie zmniejszonej kadry lekarskiej wielokrotnie tkwiło w tym schemacie myślenia. Jak wynika z materiałów archiwalnych, co najmniej do połowy lat 50. bardzo często profilaktyka chorób (również zakaźnych) bagatelizowana była przez wielu lekarzy i personel medyczny⁴⁵¹. Nie pomagali zresztą w tej kwestii pracownikom wiejskich ośrodków zdrowia sami pacjenci, którzy – jak pokazałam we wcześniejszych rozdziałach – do gabinetów lekarskich zwykle udawali się w stanach ostrych lub mocno zaawansowanych⁴⁵². Pouczenie o profilaktyce bądź zasadach higieny w takich sytuacjach nie miało raczej znaczenia.

Oczywiście ważnym miejscem kreowania nawyków higienicznych, wyobraźni i sposobu rozumienia pojęć czystości i brudu była szkoła wiejska. Kształtowanie postaw higienicznych młodego pokolenia wiejskiego miało bez wątpienia ogromne znaczenie, jednak – jak pokazują materiały – praca ta nierzadko obarczona była wieloma trudnościami. Nie zawsze bowiem wiejscy wychowawcy poświęcali tym zagadnieniom wiele uwagi. Wiązać się to mogło z wieloma przyczynami. Jedną z nich była ograniczona infrastruktura. Opisywane we wcześniejszym rozdziale problemy z dostępem do wody nie omijały przecież także szkół wiejskich.

W 1955 r. w badaniach przeprowadzanych na terenie całego kraju (i omawianych łącznie) stwierdzano, iż śmietników brakowało w połowie wszystkich szkół (wiejskich i miejskich), zaś ustępów – w 45% placówek. Ponadto zauważano, iż „niedostatecznie lub źle przedstawia się sprawa zaopatrzenia szkół

⁴⁵⁰ M. Kacprzak, *Higiena i lekarz*, w: *idem, Pisma wybrane. W osiemdziesięciolecie urodzin autora*, Warszawa 1968, s. 97.

⁴⁵¹ Dotyczyło to zwłaszcza przypadków WZW, ale też i innych chorób.

⁴⁵² Zob. np.: *Skalna ziemia*, reż. Włodzimierz Borowik (1956).

w dostateczną ilość ręczników i mydła, około 60% szkół nie posiada ich w dostatecznej ilości. Wydziały Oświaty tłumaczą to brakiem odpowiednich kredytów przewidzianych na ten cel⁴⁵³.

Oczywiście nie można też wykluczyć, iż repertuar nawyków higienicznych kadry nauczycielskiej również był ograniczony⁴⁵⁴. Z reguły jednak to nauczyciele stali na straży stanu higieny swych podopiecznych. Powszechna po wojnie wsza-wica sprawiała, że pracowników szkół obligowano do regularnego sprawdzania głów dzieci. Również i ta zapośredniczona dziecięcą głową forma dyscyplinowania wiejskich rodziców obarczona była trudnościami. Klasowa kontrola czystości, jak wspominał po latach jeden z podlaskich uczniów, „odbywała się w klasie, ławka po ławce, na oczach wszystkich”⁴⁵⁵. Stwierdzenie występowania gnid bądź wszy u któregoś z dzieci nie wiązało się tylko z poczuciem wstydu przed klasą. Jak wynika z dokumentów, wielokrotnie rodzic to mogło poważne zatargi na linii szkoła – rodzice. Zjawisko takie ukazała w swoich badaniach Anna Adamus, przytaczając historię kierowniczki szkoły w Jakuszowej (woj. wrocławskie), oskarżonej o szereg nieprawidłowości i alkoholizm. Jak wykazało jednak szczegółowe dochodzenie, zarzuty były bezpodstawne, a u podłoża stosunku piszących do tej sprawy leżał lokalny konflikt wynikający m.in. z faktu, że „zdaniem kilku gospodarzy [nauczycielka wtrącała się – E.Sz.] do nie swoich spraw. Chodzi tu o higienę osobistą uczniów. Matki czują się obrażone, jeżeli nauczycielka zwróci uwagę uczniom za brudne głowy lub okrycia”⁴⁵⁶. O bardzo podobnej sytuacji opowiadano w woj. krakowskim⁴⁵⁷.

⁴⁵³ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, Zagadnienie opieki lekarsko-higienicznej i higieniczno-sanitarnej w zakładach nauczania i wychowania, k. 194.

⁴⁵⁴ Zob. np.: *ibidem*, Działalność służby zdrowia woj. olsztyńskie, k. 90.

⁴⁵⁵ „Polityka” 2013, nr z 22 I.

⁴⁵⁶ A. Adamus, *op. cit.*, s. 347.

⁴⁵⁷ APR, sygn. C-5040, *Wsi spokojna, wsi wesola. Pan wychodzi panie doktorze?*, red. K. Usarek (1963).

Pojawienie się w szkołach wiejskich higienistki i regularne wizyty pielęgniarki lub lekarza to elementy rzeczywistości lat 60. i 70., gdy stopniowo powiększał się personel wiejskich ośrodków zdrowia. Warto jednak pamiętać, że często nie dotyczyło to bardziej odległych bądź zaniedbanych rejonów. W 1971 r. podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, Zatrudnienia i Spraw Socjalnych w Gryficach (woj. szczecińskie) w dyskusji na temat higieny dzieci wiejskich twierdzono, iż tam, gdzie nie ma lekarzy, „dzieci nie są badane od kilku lat”⁴⁵⁸. Choć trudno powiedzieć, jak w wielu wsiach lub rejonach na przełomie lat 60. i 70. występowały tak skrajne zaniedbania, nie da się ukryć, iż lata 60. w perspektywie ogólnopolskiej przyniosły jednak sporo pozytywnych zmian w kontekście upowszechniania wiedzy sanitarnej.

4.2. Higienizacja wsi

Obok zmiany pokoleniowej i po części też mentalnej (wynikającej z roli powszechnego szkolnictwa, wpływu mediów i rosnącej mobilności wiejskiej oraz nasycania przestrzeni wiejskiej ludnością chłoporobotniczą) ogromne znaczenie miał realizowany od końca lat 50. program higienizacji wsi.

Projekt ten zapoczątkowany został w 1958 r. w woj. poznańskim, gdzie zaangażowani w sprawy społeczne lekarze i higieniści, współpracując z władzami wojewódzkimi i Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną (WSSE), zaczęli powoływać komitety higienizacji wsi. Inicjatywę tę szybko podchwyciło środowisko higienistów skupionych wokół utworzonego w 1951 r. IMPiHW w Lublinie i stopniowo rozszerzała się na cały kraj⁴⁵⁹.

⁴⁵⁸ APSz, PPRN i UP w Gryficach, sygn. 236, Protokół nr 1/71 z posiedzenia KZZiSS przy PRN w Gryficach odbytego w dn. 29 I 1971 r., k. 6.

⁴⁵⁹ S. Kosiński, S. Tokarski, *op. cit.*, s. 71.

Jako ruch społeczny higienizacja rozwijała się jednak nierównomiernie. Do 1962 r. pod względem higienizacji przodowały woj. poznańskie, krakowskie, lubelskie i olsztyńskie⁴⁶⁰. Różnice w tempie i intensyfikacji prac były nie tylko regionalne, ale również często dostrzegano je w ramach jednego województwa bądź powiatu⁴⁶¹. Istotną rolę odgrywał bowiem szereg czynników, tj. nastawienie społeczności lokalnej, dostępna infrastruktura, ale także obecność animatorów, liderów i sympatyków programu. Niebagatelne znaczenie miało też nastawienie władz lokalnych. Tu wsparciem okazała się ustawa z 22 kwietnia 1959 r. o utrzymaniu porządku i czystości w miastach i osiedlach⁴⁶², popierająca ideę powoływania na szczeblu wojewódzkim i powiatowym Społecznych Komitetów Higienizacji Wsi. W prace komitetów angażowały się zwykle lokalne organizacje wiejskie, w tym zwłaszcza KGW i Związek Młodzieży Wiejskiej (ZMW).

Najbardziej popularne formy oświaty sanitarnej realizowanej w ramach programu to przede wszystkim organizacja tzw. szkół zdrowia oraz powrót do propagowanej w latach 30. idei konkursów i wspieranie tworzenia – budowy lub przebudowy – spółdzielczych i państwowych ośrodków zdrowia oraz innych instytucji wspomagających oświatę sanitarną (w tym m.in. opisywanych wcześniej Domów Higieny, łaźni, kąpielisk itp.). Program higienizacji wsi, choć w materiałach centralnych zwykle oceniany bardzo pozytywnie, nie zawsze spotykał się z takim samym nastawieniem pracujących w terenie lekarzy i pielęgniarek. Przede wszystkim jako ruch społeczny zależał od zaangażowania ich bądź innego lokalnego działacza. Szczególnie szkoły zdrowia, uczące „nawyków, przyzwyczajajeń

⁴⁶⁰ APR, sygn. C–5040, *Wsi spokojna, wsi wesola. Pan wychodzi panie doktorze?*, red. K. Usarek (1963).

⁴⁶¹ S. Kosiński, S. Tokarski, *op. cit.*, s. 71.

⁴⁶² Dz.U., 1959, nr 27, poz. 167.

i zachowań z zakresu medycyny i higieny oraz podejmujące zagadnienia z zakresu higieny osobistej, higieny żywienia, dojrzewania fizycznego i psychicznego, planowania rodziny, udzielania pierwszej pomocy, zasad higieny komunalnej, bezpieczeństwa i higieny pracy⁴⁶³, nastrożać mogły sporo zniechęcającego rozczarowania. Ich działalność polegała najczęściej na organizowaniu w okresie jesienno-zimowym spotkań: wykładów, pogadanek, szkoleń, przeprowadzanych przez specjalistów reprezentujących różne zawody medyczne i okołomedyczne (lekarze, dentyści, pielęgniarki, instruktorzy higieny, felczerzy).

Jedna z pielęgniarek (położna), która rozpoczęła pracę we wsi zlokalizowanej w niewielkiej odległości od domu rodzinnego, tak wspominała pierwsze dni pracy w nowym miejscu: „Dni schodziły jeden za drugim, a do mnie nikt nie przyjeżdżał. Martwiłam się strasznie a jednocześnie było mi wstyd. Zdecydowałam się zrobić zebranie kobiet i założyć «szkołę zdrowia». Liczyłam że to mnie wybawi z kłopotu. Rozesłałam ogłoszenia po wsiach. Przygotowałam pogadankę. Ze straszną treścią poszłam do szkoły, gdzie miało się odbyć zebranie. Nie było nikogo. Czekałam pół godziny, nikt nie przyszedł. Strasznie mnie to załamało. Zwątpiłam teraz we wszystko⁴⁶⁴. Położnej tej po kilku tygodniach udało się pozyskać pierwszych pacjentów, a z czasem zdobyć zaufanie i autorytet u społeczności lokalnej. Korzystając z tych zasobów oraz przyłączając się do realizowanego w całym kraju programu higienizacji i szerzenia oświaty sanitarnej, postanowiła zorganizować kolejne spotkanie kobiet, tym razem poświęcone kwestii antykoncepcji: „Miałam m.in. taką pogadankę o świadomym macierzyństwie. Pokazywałam wszystkie środki antykoncepcyjne i objaśniałam ich praktyczne zastosowanie. Owszem [uczestniczki] wysłuchały

⁴⁶³ „Medycyna Wiejska” 1969, nr 4, s. 285.

⁴⁶⁴ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 572.

tego co mówiłam, a kiedy zapytałam czy będą umiały to stosować i czy będą stosowały, odpowiedziały: Pani, takie rzeczy to nie na wieś! Kalendarzyka małżeńskiego tu się nie zastosuje, bo jak się chłopu chce, to jakże mu nie dać? Na używanie innych środków nie ma czasu⁴⁶⁵.

Inna wykładowczyni poruszająca podobny temat usłyszeć miała od uczestniczek z pow. lubartowskiego: „ach proszę pani to było bardzo ciekawe, szkoda że nie wiedziałyśmy o tym 50 lat wcześniej⁴⁶⁶”. Stwierdzana przez słuchaczki wykładów bezużyteczność wiedzy sugeruje jednak kolejny problem, bardzo istotny w kontekście przynajmniej tak sprofilowanych tematycznie wykładów i pogadań. Kim były bowiem uczestniczki tego rodzaju spotkań? Czy uczestniczyły w nich dorastające dziewczęta, dla których kwestia antykoncepcji i wiedza na temat zmieniającego w czasie dojrzewania ciała mogły być szczególnie interesujące? Jak pokazuje wypowiedź jednej z pielęgniarek, uczestnictwo dziewcząt w organizowanych kursach i pogadankach nie zawsze było mile widziane: „starsze kobiety są niestety zgorzzone że już te młode co mają po 16 lat przychodzą i słuchają czy o rozwoju człowieka czy o budowie. [Bywało, że] groźnie spoglądały na te młode, żeby je zbić z tropu jak one śmiały przyjść na ten kurs. Wydaje im się, że taka młodzież to powinna wszystkiego dowiedzieć się dopiero po zamążpójściu⁴⁶⁷”. Jak podkreślano dalej, to jednak głównie te młode kobiety najbardziej garnęły się do udziału w kursach.

Już tylko ten przykład dobitnie pokazuje, iż docierająca na wieś nowa wiedza różnie odbierana była przez współżyjące ze sobą pokolenia, generując u jednych opór lub odrzucenie, u innych zaś rodząc dalszą potrzebę zgłębiania interesującego

⁴⁶⁵ *Ibidem*, s. 274.

⁴⁶⁶ APR, sygn. 5607/3, *Dla przyszłych pokoleń*, red. M. Krzyżanowska, E. Ziegler (1964).

⁴⁶⁷ *Ibidem*, sygn. C-5040, *Wsi spokojna, wsi wesola. Pan wychodzi panie doktorze?*, red. K. Usarek (1963).

zagadnienia. Co ciekawe jednak, niezależnie od problematyki wykładów głównymi uczestnikami kursów i pogadanek były kobiety⁴⁶⁸. Czy wiedzę zdobytą w ramach cyklicznych bądź jednorazowych spotkań udawało im się zawsze wprowadzać w życie, tego nie sposób stwierdzić, choć wciąż jeszcze w latach 70. ważnym elementem hamującym były nie opinia czy nastawienie najbliższych, a oporna rzeczywistość materialna (problemy z wodą) i trudności aprowizacyjne.

Oczywiście pojawia się pytanie, czy pogadanki, wykłady lub towarzyszące im projekcje filmowe traktowano na wsi rzeczywiście jako rodzaj szkolenia i zdobywania nowej wiedzy. Z relacji angażujących się w akcje lekarzy, felczerów i społeczników wyłania się obraz dość sporej frekwencji podczas tego rodzaju wydarzeń. Koordynator (wówczas felczer) tzw. eksperymentu lubartowskiego, zainicjowanego pod koniec lat 50., wspominając wyjazdy na wieś, mówił: „pełne sale, za każdym razem. To było jeden czy dwa razy w tygodniu, wykłady takie, ale za każdym razem były pełne sale [...]. Od samego początku, ludzie byli bardzo ciekawi, przychodzili, częstowali zawsze jakąś herbatą [...] czy jakimiś owocami, coś tam przynosili, jakieś ciasto. Takie wykłady trwały różnie, dwie, trzy godziny, w zależności od dojazdu. Mieliśmy tam, z Lublina, z Towarzystwa Wiedzy Powszechnej przysłali nam samochód, ale trzeba było objechać część powiatu, to różnie, a ludzie nie mieli samochodów wtedy [...] także okazjami się jeździło, różnie, ciężko to było, ale wszyscy z przyjemnością jechali. Bo jak człowiek pojechał raz i zobaczył, że ludzie go słuchają z ciekawością, to on drugi raz, mimo tych ciężkich warunków, jechał”⁴⁶⁹.

Z relacji lekarza (tuż po zorganizowaniu akcji kulturalno-oświatowej rozpoczął studia medyczne) wynika również, że uczestnictwo w wykładach nie było tylko traktowane w kategoriach

⁴⁶⁸ „Nowa Wieś” 1963 nr 5, s. 3.

⁴⁶⁹ Anestezjolog, miejscowość L., woj. lubelskie.

wydarzenia kulturalnego urozmaicającego monotonię codzienności wiejskiej. Po kilku latach już jako anestezjolog lubartowskiego szpitala wielokrotnie stykał się on z wciąż pozytywnymi reakcjami wiejskich pacjentów pamiętających jego wcześniejsze wykłady i pogadanki. Zdarzało się bowiem, że niektórzy rozpoznawali go, mówiąc: „A to pan był na wykładach! A to myśmy słyszeli, jak pan to mówił, tamto czy to!”⁴⁷⁰ [...] moim zdaniem coś ludziom pozostawało. Myśmy dużo mówili o higienie. Bo, niestety, z tą higieną było bardzo różnie. Jak poszedł, w zimnej wodzie twarz umył, to było duże osiągnięcie, a resztę ciała to już nie”⁴⁷¹.

Działalność szkół zdrowia wspierały na wsi ZMW, a także KGW i koła PCK. Pomoc, jak sugerował cytowany już lekarz, niekiedy też deklarowały inne organizacje oraz władze lokalne, zwłaszcza powiatowe rady narodowe (PRN). Z reguły jednak angażujących się w wykłady, pogadanki i szkolenia społeczników nie wynagradzano dodatkowo. „Lekarzom nie jest wypłacane honorarium. Jedynie nagrody otrzymują lekarze wykonujący swe prace najlepiej”⁴⁷² – przypominała w 1961 r. autorka reportażu *Wsi spokojna wsi wesola*. Nic dziwnego więc, iż – jak mówiła dalej – istniało „wiele szkół zdrowia, gdzie jeszcze nikt nie przejechał z wykładem oraz takich gdzie na wykład przychodziło sto i więcej osób z danej wsi i okolic (okolice Mrągowa)”⁴⁷³.

Efektywność tej formy higienizacji była więc niejednorodna. Wykładowca musiał posiadać talent i charyzmę. Jak pokazują dokumenty, największą popularnością wśród odbiorców cieszyły się jednak materiały filmowe. Gdy zwiększała się także na wsi dostępność do coraz lepszych jakościowo aparatów radiowych oraz odbiorników telewizyjnych, to właśnie ta forma

⁴⁷⁰ *Ibidem*.

⁴⁷¹ *Ibidem*.

⁴⁷² APR, sygn. C-5040, *Wsi spokojna, wsi wesola. Pan wychodzi panie doktorze?*, red. K. Usarek (1963).

⁴⁷³ *Ibidem*.



16. Luty 1964. Szkoła Zdrowia we wsi Turka, pow. lubelski. Lekcja poglądowa o pielęgnacji niemowlęcia.

krzewienia wiedzy na temat zdrowia i higieny była najbardziej atrakcyjna i przekonująca. W 1974 r. w liście do czasopisma „Medycyna Wiejska” jeden z lekarzy pisał: „Szkoły zdrowia na wsi nie zdają już egzaminu, są przeżytkiem; ludzie korzystają z telewizji, radia, prasy. Ludzie nie przychodzą już na wykłady – lekarz traci niepotrzebnie czas. W oświacie zdrowotnej najwięcej efektów dają wykłady dla młodzieży szkolnej”⁴⁷⁴.

⁴⁷⁴ „Medycyna Wiejska” 1974, nr 4, s. 263–264.

O ile idea bezpośrednich kontaktów z edukatorem poprzez serię wykładów i pogadanek stawała się więc coraz mniej skuteczna, to w dalszym ciągu obserwować można było powszechność dwóch pozostałych form higienizacji wsi, tj. organizowanie konkursów na najczystsza wieś, gospodarstwo, najpiękniejszy ogródek oraz wspieranie budowy i remontów lokalnych ośrodków zdrowia. Obydwie te formy często zresztą były ze sobą sprzęgnięte, gdyż wyniki współzawodnictwa konkursowego wpływały na utrzymanie bądź remont urządzeń i obiektów sanitarnych. O sytuacji takiej pisała w 1962 r. w kontekście woj. lubelskiego Joanna Tołwińska: „W 1962 r. Komitet Higienizacji Wsi zainicjował wspólnie z prasą wielki konkurs mający na celu dalsze popularyzowanie ruchu higienizacji wsi oraz współzawodnictwa między wsiami i powiatami w zakresie prac związanych z poprawą ich stanu sanitarnego. Nagrody – przeznaczono na pobudowanie, dokończenie lub wyremontowanie urządzeń komunalnych związanych ze stanem sanitarno-higienicznym danej wsi. Do konkursu przystąpiło 242 wsi, w tym 29 zlokalizowanych przy głównych szlakach komunikacyjnych”⁴⁷⁵.

Decyzje o przystępowaniu do konkursów i rywalizacji z osadami sąsiadującymi podejmowane były zwykle podczas wiejskich zebrań, stanowiąc rodzaj inicjatywy oddolnej. O tym, z jak dużym wysiłkiem wiązały się działania konkursowe, świadczą niektóre protokoły. W 1964 r. podczas zebrania w jednej ze wsi w pow. gryfickim zapisano: „Aby uzyskać nagrodę należy już od dziś przystąpić do uporządkowania własnych zagród gospodarskich oraz napraw budynków i płotów jak również złożenia brakujących szyb w budynkach, przeprowadzenia elewacji budynków mieszkalnych, uporządkowanie obornika w przyzmy i oczyścić zieleńce w Pniewie”⁴⁷⁶.

⁴⁷⁵ J. Tołwińska, *Organizacja oświaty sanitarnej na wsi*, w: *Oświata sanitarna na wsi...*, s. 51.

⁴⁷⁶ APSz, Prezydium GRN w Wicimicach, sygn. 42, Zebrania wiejskie, sołtysi 1955–1971, k. 128–129.

Jak czytamy w reportażu z tego samego roku z pow. lubartowskiego, współzawodnictwo konkursowe nie zawsze stanowiło element działania oddolnego, wiążąc się z szeregiem nakazów⁴⁷⁷. Skąd płynęły te ostatnie i kto był ich egzekutorem, tego jednak nie udało mi się ustalić. Jak sugerował reportaż, dopiero połączenie idei konkursowej z wykładami i skuteczniejszą oświatą sanitarną przynosić miało wyraźną zmianę wiejskiego nastawienia. „Firlej – podkreślano w reportażu – już od kilku lat przygotowuje się do konkursu czystości – wcześniej – wysyłane były nakazy; ludność czekała kiedy te konkursy się skończą; ale odkąd jest uniwersytet powszechny i wykłady lekarzy częściej ludność sama podejmuje się sprzątanía, świadoma jakie to ma znaczenie”⁴⁷⁸.

W zakresie działań na rzecz poprawy wiedzy sanitarnej na wsi szkolono także tzw. przodownice zdrowia (w ramach PCK). Poza udzielaniem mieszkańcom pomocy przedlekarskiej nauczały one, jak postępować z chorymi w domu i jak pielęgnować niemowlęta. Brały także udział w organizowaniu konkursów czystości i akcjach oświatowo-sanitarnych, takich jak „Dni przeciwgruźlicze”, „Tydzień zdrowia”, „Tydzień Higieny Jamy Ustnej”, „akcja porządków wiosennych” itp.⁴⁷⁹

Skala realizowanych rocznie działań była różna i w dużym stopniu uzależniona od rozwoju służby zdrowia w danym rejonie. W całej Polsce jednak, jak wskazuje sprawozdanie za rok 1962, sytuacja nie wyglądała najlepiej: ogłoszono 48 798 pogadanek, zorganizowano 5045 różnego rodzaju konkursów czystości, a trójki kontrolne przeprowadziły 23 417 kontroli sanitarnych. Wyświetlono 5352 filmy o tematyce oświatowo-

⁴⁷⁷ APR, sygn. 5607/3, *Dla przyszłych pokoleń*, red. M. Krzyżanowska, E. Ziegler (1964).

⁴⁷⁸ *Ibidem*.

⁴⁷⁹ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XIV–212, Protokół z posiedzenia Komisji Socjalnej, odbytego w dniu 30.06.1963 poświęconego podniesieniu stanu oświaty sanitarnej w kraju. Analiza sytuacji w oświacie sanitarnej w Polsce, k. 148.

-sanitarnej, wydrukowano 18 950 plakatów i przeszkolono ponad 2700 przodownic zdrowia. Ponadto zorganizowano 161 konkursów na najczystsza wieś, w których wzięło udział 240 wsi, a w nich 5168 gospodarstw. W ramach prowadzonych podczas wyżej wymienionych akcji prac wybudowano lub wyremontowano 749 studni, 365 budynków, 255 ustępów i 919 gnojowników, naprawiono 624 dachy, wybielono 766 obór, założono 90 kącików do mycia naczyń oraz 76 ogródków warzywnych i kwiatowych⁴⁸⁰.

Jeśli uświadomimy sobie, iż w tym czasie (1962 r.) było 5225 gromad (a jedną gromadę tworzyło od kilku do kilkunastu wsi)⁴⁸¹, to bez trudu zauważymy, że mimo ewidentnego wysiłku podejmowane działania stanowiły wciąż zaledwie kroplę w morzu potrzeb. Co ważne, bardzo często również i ten wysiłek zaprzeczali swą postawą przedstawiciele władz lokalnych: albo nie dysponowali oni lub nie zabiegali o środki finansowe na regularne kontynuowanie zapoczątkowanych prac sanitarnych, albo ignorowali w swych decyzjach zagadnienia zdrowia i higieny. Przykładem tego była budowa i późniejsze losy kąpieliska w Siedliszczach, w których za sprawą dr. Aleksandra Bałasza przy wsparciu lokalnych decydentów udało się co prawda zbudować basen (kąpielisko), jednak prawdziwe problemy pojawiły się w pierwszych kilku latach funkcjonowania obiektu wymagającego ciągłej i ogromnie kosztownej konserwacji, przekraczającej gminne możliwości budżetowe⁴⁸².

Pomimo propagandy i oficjalnego kursu w polityce społeczno-zdrowotnej państwa, lokalni działacze wiejscy w dalszym ciągu napotykali wiele trudności. Mimo że zmieniało się

⁴⁸⁰ *Ibidem*, k. 150. Warto podkreślić, że w 1960 r. liczba wszystkich gmin w Polsce wynosiła 6331. W skład każdej gminy wchodziło od kilku do kilkadziesiąt gromad wiejskich. W jednej wsi było zaś niekiedy nawet kilkaset gospodarstw.

⁴⁸¹ Zob. np.: *Rocznik Statystyczny 1962*, Warszawa 1962, s. 12.

⁴⁸² A. Bałasz, *op. cit.*, s. 832–836.

nastawienie samych mieszkańców wsi, coraz częściej domagających się od władz zorganizowania w pobliżu ich miejscowości ośrodka zdrowia lub przynajmniej zapewnienia dogodnej drogi lub środka komunikacji do istniejącej placówki, to więcej czasu (co najmniej do końca lat 60.) na zmianę podejścia potrzebowali reprezentanci władz lokalnych (gminnej lub gromadzkiej rady narodowej). Znacznym utrudnieniem był także brak opieki i regularnej współpracy ze strony powiatowych oddziałów PCK i najbliższego ośrodka zdrowia⁴⁸³. W takiej sytuacji nie dziwi, że w praktyce tylko połowa ze wspomnianych przodownic zdrowia mogła pracować w terenie.

Nowe budownictwo w związku z szeregiem narzuconych zobowiązań zwykle uwzględniało normy sanitarne (wielkość okien, wentylacja, odległość od zabudowań gospodarczych, podpiwniczenie itp.). Realizowana coraz szybciej elektryfikacja wsi również miała ogromne znaczenie⁴⁸⁴. Jak zaznaczał jednak jeden z mieszkańców wsi, poprawa warunków życia najczęściej szła w parze z faktem, iż dana rodzina obok dochodów z gospodarstwa rolnego dysponowała również dodatkowym dochodem uzyskiwanym przez jednego z członków rodziny w pobliskiej fabryce czy przedsiębiorstwie państwowym. To właśnie te tzw. chłoporobotnicze gospodarstwa, na przełomie lat 60. i 70. w niektórych rejonach stanowiące nawet połowę wszystkich gospodarstw rolnych, bez wątplenia kreowały na wsi nowe nawyki i zwyczaje. Chłoporobotnicy, a często również chłopourzędnicy (zatrudnieni w urzędach, administracji) jako bogatsi, bardziej mobilni i „obyci”, zwykle też jako pierwsi we wsi nabywali nowe sprzęty (motocykle, samochody, ale także sprzęty AGD), aspirując do miejskiego stylu życia. To również

⁴⁸³ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XIV-212, Sprawozdanie z pracy oświatowo-sanitarnej PCK za rok 1962, k. 160.

⁴⁸⁴ M. Gorczyca, *Regionalne zróżnicowanie warunków mieszkaniowych w Polsce w latach 1950-1988*, Warszawa 1992, s. 86.

oni, korzystając z miejskich lub zakładowych łaźni, częściej uznali konieczność posiadania domowej łaźienki i zwykle szybciej instalowali urządzenia sanitarne we własnym domu. Oczywiście nabywane przez nich przedmioty oraz przejawiane postawy higieniczne spotykały się z różnymi reakcjami pozostałej części społeczności wiejskiej. Bardzo ciekawie o tym zjawisku opowiadała jedna z moich rozmówczyń: „[Mąż] przyszedł do domu i mówi tak: [...] «ja tylko tu będę najgorszym dziadem? Bo pół gminy zakłada wodę» [...]. I dopiero wtedy założyliśmy”⁴⁸⁵.

Aspekt „nie bycia gorszym od reszty” w małej, nieanonimowej społeczności wiejskiej, okazywał się bardzo istotny. Trudno mi jednak na tym etapie badań stwierdzić, na ile deklarowane nawyki, nabywane sprzęty i remontowane budynki w rzeczywistości przekładały się na poprawę higieny osobistej mieszkańców wsi. Niewątpliwie ważną rolę odgrywała jednak opisywana wyżej oświata sanitarna, a także wiedza nabywana w szkołach, internatach oraz pracy pozarolniczej. Badania kontrolne w zakładach pracy z pewnością również oddziaływały na ludność chłoporobotniczą. Kolejnym czynnikiem spełniającym istotną rolę były ówczesne media jednoznacznie pozytywnie wartościujące czystość ciała i otoczenia. Kina objazdowe i nabywane powszechnie na wsi radia, a potem także telewizory ułatwiały transmisję obrazów propagowanych. Młodzież wiejską, aspirującą do życia w mieście, do zmiany nawyków higienicznych motywował też doskonale znany jej stereotyp, funkcjonujący wśród mieszkańców miast, brudnych i śmierdzących wieśniaków⁴⁸⁶. Ubieranie się i czesanie według

⁴⁸⁵ P.G., miejscowość Ż., woj. lubelskie, 2008.

⁴⁸⁶ Dla zobrazowania zjawiska warto w tym miejscu przytoczyć jedną z opisywanych w latach 60. sytuacji: „Kiedyś w kinie «Sybilla» był występ zespołu, nie pamiętam już jakiego, a na sali znajdowała się kobieta ze wsi w butach, tzw. oficerkach. Siedziała na ławce, obok niej było dużo miejsca. Przyszło towarzystwo z Puław, jedna z pań powiedziała do kobiety ze wsi: «niech się pani

aktualnych trendów, spędzanie czasu wolnego na wzór miejski oraz przejmowanie wielu innych (także higienicznych) nawyków ułatwiać miało im często wtapianie się w miejski tłum i unikanie ciężącego oraz wiążącego się z pochodzeniem społecznym stygmatu.

posunie, przyszła ze wsi i gnój jej śmierdzi z butów»”. Cyt. za: *Pamiętniki z rejonu puławskiego i plockiego*, wybór i oprac. E. Jagiełło-Łysiowa, F. Jakubczak, seria: „Zeszyty Badań Rejonów Uprzemysławianych”, nr 21 (specjalny), Warszawa 1967, s. 331.

ROZDZIAŁ II

Gdzie kończy się zdrowie i zaczyna choroba...? – kondycja zdrowotna mieszkańców wsi

Patrząc na sposób funkcjonowania i znaczenie przypisywane wiejskim instytucjom ochrony zdrowia, odtwarzając warunki życia i stosunek mieszkańców wsi do higieny oraz rekonstruując podejmowane odgórnie próby kreowania wiejskiej świadomości zdrowotnej, faktyczny stan zdrowia polskiej wsi wymyka się bardziej szczegółowemu opisowi. Odpowiedź na pytanie, jakie choroby i schorzenia najbardziej doskwierały mieszkańcom wiejskiej prowincji, wbrew pozorom nie jest prosta. Sygnalizowana już wcześniej lakoniczność lub niepełność danych, zwłaszcza dotyczących I połowy lat 50., to tylko niektóre utrudnienia. Choć statystyczne zestawienia przypadłości, na które mieszkańcy wsi chorowali i umierali, najczęściej stanowią ważne, obiektywne wyznaczniki ich stanu zdrowia, to jednak o stopniu uciążliwości konkretnych jednostek chorobowych więcej mówi analiza postrzegania i doświadczenia poszczególnych schorzeń i znaczeń im przypisywanych.

Mimo że – jak pokażę poniżej – obserwowany przez absolwentów akademii medycznych stan zdrowia wiejskich dzieci czy kobiet wielokrotnie wykazywał daleko idące zaniedbania, wyrażające się rozmaitymi zmianami i stanami zapalnymi będącymi skutkiem bagatelizowania szeregu schorzeń i objawów, to jednak przyczyny tak pojętej „ignorancji” nie wynikały tylko z ograniczeń w dostępie do lekarza, felczera czy specjalisty albo intencjonalnego odrzucania ich pomocy. W znacznym

stopniu wiązały się bowiem z tym, jak rozumiane było zdrowie i co uznawano za wyznaczniki stanu chorobowego.

„Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”

Zdaniem Ingi Jaguś, badającej leczenie wiejskie na przełomie XIX i XX w., w I połowie XX w. takie problemy jak zmiany skórne czy schorzenia powodujące dyskomfort fizyczny, choć leczone we własnym zakresie, niekoniecznie uznawane musiały być za stany chorobowe. To bowiem nie dyskomfort, a wyraźnie odczuwany ból stanowił najistotniejszy wyznacznik nieprawidłowego funkcjonowania organizmu. „[...] chorobę utożsamiano wprost z bólem, a kiedy ów nie występował, człowieka zwykle uznawano za zdrowego i zdolnego do pracy”¹ – stwierdzała historyczka. Jej tezy odnajdują częściowe potwierdzenie w materiałach etnologicznych z II połowy XX w. W 1975 r. jeden z mieszkańców Nowosądeckizny (urodzony w 1920 r.) mówił wprost: „Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”². Osłabienie organizmu, brak ostrego czy przewlekłego bólu i innych wyrazistych symptomów fizycznych – czego przykładem mogą być opisywani w jednym z ostatnich rozdziałów mieszkańcy zmagający się np. ze stwardnieniem rozsianym – nie były postrzegane przez otoczenie w kategoriach choroby. Brak bólu, wyraźnych symptomów i reakcji wysyłanych przez organizm zaprzeczał obecności choroby. W wiejskim sposobie kategoryzowania nie istniała przez długi czas przewlekła choroba³. Jak pokazywała m.in. Jaguś, choroba była czymś zewnętrznym, co przychodziło i odchodziło⁴. Występowały oczywiście choroby, które określić można jako terminalne. Za takie uchodziły m.in. suchoty, które „jak kto

¹ I. Jaguś, *op. cit.*, s. 177.

² AIEiAK UJ, sygn. 11302, Magiczne leczenie chorób (1978 r.), k. 1.

³ Wyjątkiem może być epilepsja – np. *Niepełnosprawni na wsi*, red. W. Piątkowski, A. Ostrowska, Warszawa 1994, s. 19.

⁴ I. Jaguś, *op. cit.*, s. 177.

miał, to musiał umrzeć, nic nie pomogło”⁵, jednak rozpoznanie i przede wszystkim leczenie przewlekłych lub chronicznych chorób pojawiło się dopiero ok. lat 60. oraz w latach 70. i wiązało się z intensywniejszym przenikaniem wiedzy medycznej, częstszym kontaktem z lekarzem i bezpłatnym dostępem do służby zdrowia. Choć tendencja była zauważalna – zwłaszcza w rosnącej liczbie pacjentów leczonych na nadciśnienie tętnicze bądź cukrzycę, to jednak nie dotyczyła wszystkich przewlekłych schorzeń w takim samym stopniu. W 1977 r. Stanisław Kosiński, jeden z ważniejszych działaczy na rzecz poprawy wiejskiej higieny i zdrowia, prowadząc badania nad problemem zatruc na terenie woj. lubelskiego, pisał: „poziom wiedzy chłopów na temat szkodliwość pestycydów jest niski. Powszechnie uznają oni tylko formy ostre zatruc. Postacie zatruc przewlekłych są lekceważone”⁶.

Sam ból jako objaw stanu chorobowego także stanowił kwestię niezwykle delikatną i subiektywną. Zmienne jego natężenie niekiedy powodowało, że powoli przyzwyczajano się do jego obecności, tolerując okresowe intensyfikowanie się. O stopniu tego przyzwyczajenia przekonał się m.in. jeden z białostockich lekarzy – Edward Radziwon, bohater niezwykle interesującego reportażu Jerzego Janickiego z 1956 r., pt. *Kożuchy przychodzą się leczyć*⁷. Podejmując pracę w Grabowie, w taki sposób wspominał spotkanie z jednym z pierwszych pacjentów:

- „– Co panu dolega?
- Noga panie doktorze.
- Dawno?
- Będzie z 20 lat.

Patrzę jak chłop ściąga wreszcie walonki, odwija brudną onucę, jakiś zeschnięty na papier bandaż-szmatę i oczom

⁵ AIEiAK UJ, sygn. 2328, Lecznictwo wiejskie, Rycerska Góra, pow. Żywiec, 1966, k. 5.

⁶ S. Kosiński, *op. cit.*, s. 22.

⁷ APR, sygn PR III 79857, *Kożuchy przychodzą się leczyć*, red. J. Janicki, oprac. H. Mozer-Ciechanowska (1980).

naszym ukazuje się straszliwie gnijąca goleń, sino-czerwona, ropiejąca i lepka.

– Czemu pan do doktora nie chodził?

– A bo to panie doktorze taka boleść nieduża, ja niestrachliwy, z byle czym nie będę laźł. Raz lepiej poboli, raz mniej. To tylko jak w te porę co ja zleciał, mnie to tak swędziało.

– Zaraz wypisze skierowanie, musi pan z tym natychmiast jechać do szpitala w Białymstoku.

– Panie doktor, moja córka leżała w szpitalu i umarła ona w szpitalu. To ja wiem, mnie Pan doktor jakieś zastrzyki da i będzie dobrze”⁸.

Częste i długie odwlekanie wizyty u lekarza nie wynikało zatem tylko i wyłącznie z przyczyn ekonomicznych. Dotyczyło to zwłaszcza tych przypadków, gdy chorobę lub objawy schorzeń, tak jak u wyżej cytowanego, uznawano za niezagrażające życiu. Wspominana przez cytowanego chłopca „niestrachliwość” i „niełażenie z byle czym” po doktorach, a więc swoista hardość i fizyczna wytrzymałość stanowiły wątki wielokrotnie przewijające się w materiałach narracyjnych dotyczących wiejskiego chorowania.

Gdy zniknął lub tępiał wcześniej odczuwany ból lub gdy nie były widoczne gołym okiem objawy choroby – rany, owrzodzenia itp., zwykle mieszkańcy uznawali się za wyleczonych. W takiej sytuacji – jak w 1962 r. pisał Bronisław Wawrzyszuk – „przeprowadzenie tzw. leczenia podtrzymującego natrafia u chłopów na duże trudności chłopci przerywają leczenie, jeśli tylko ustępują ostrzejsze dolegliwości i nie przeprowadzają mimo wszelkich przestróg leczenia podtrzymującego, np., przy cukrzycy, przewlekłej niewydolności serca lub niedokrwistości Biermera. Twarde warunki życia przyzwyczyły [ich] do niezwracania uwagi na drobne dolegliwości”⁹.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Oświata sanitarna na wsi...*, s. 25.

Według danych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS) z 1973 r. ok. 20–30% dorosłych mieszkańców wsi miało negatywny stosunek do jakichkolwiek badań¹⁰. W tym miejscu warto jednak zauważyć, że – jak sugerowały badania Antoniny Ostrowskiej nad kulturą zdrowotną Polaków w latach 80. – w tym czasie rygorystyczne stosowanie się pacjentów do zaordynowanej przez lekarza terapii deklarowała nieco ponad połowa mieszkańców wsi (58%)¹¹. Podobne wskaźniki uzyskiwano, badając robotników wykwalifikowanych (59%), niewiele wyższe stwierdzając też u pracowników umysłowych i inteligencji (64–67%)¹². Takie dane sugerować mogły, iż w przypadku wsi blisko 40% mieszkańców nie przestrzegało konsekwentnie lekarskich zaleceń: „Najczęściej pojawiały się decyzje pacjentów polegające na skracaniu i niekończeniu zaordynowanej terapii na miarę poprawy stanu zdrowia, ponadto co czwarty, piąty respondent stwierdzał, że zdarza mu się zmniejszać dawkę przepisanych leków bądź przyjmować dodatkowo, nie przepisane tym razem przez lekarza”¹³.

U progu ostatniej dekady PRL średnio co druga bądź trzecia osoba stosowała się selektywnie do zaleceń lekarskich lub nie czyniła tego w ogóle¹⁴. W kontekście środowiska wiejskiego miało to niewątpliwie swoje uwarunkowanie historyczno-kulturowe wiążące się zarówno z długoletnim brakiem dostępu do lekarza, wysokimi kosztami wizyt i leczenia farmaceutycznego, jak i wynikające z przekazywanych w bagażu kulturowym praktycznie rozumianego pojęcia zdrowia i choroby oraz dużego przywiązania do medycyny ludowej.

¹⁰ AAN, MZiOS, sygn. 10/12, Rola i zadania gminnego ośrodka zdrowia, k. 17.

¹¹ A. Ostrowska, *op. cit.*, s. 39.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Ibidem*.

II.1. „Sąsiadki radziły jeszcze inny sposób na koklusz”

Ignorowane „drobne dolegliwości”, do których zaliczano także silny kaszel, wysypkę, wymioty czy kilkudniową biegunkę, mogły być symptomami poważniejszych schorzeń, szczególnie niebezpiecznych w przypadku dzieci. Jak pokazują relacje starszych mieszkańców małopolskich wsi, w latach 50. czy 60. także do wielu chorób dziecięcych podchodzono podobnie jak do schorzeń dorosłych. Jedna z matek stwierdzała wprost: „zawsze byłam taka twarda i z byle czym nie latałam po lekarzach, chyba żeby [syn] dłużej chorował”¹⁵. Opowiadając o tym, jak jej trzyletnie dziecko przechodziło w 1954 r. odrę, mówiła: „Nie byłam u lekarza z chorym synem. Termometru też wcześniej nie miałam bo to było niedawno po wojnie i nie takich rzeczy brakowało. Wiedziałam, że jak dziecku oczka się szklą to coś z nim jest złego”¹⁶. Chorego syna leczyła domowymi sposobami: „dziecko musiało leżeć ciepło okryte, trzeba go wygrzać, żeby mu wszystko wyrzuciło na wierzch. Jak wysypka wyszła na całe ciało, to potem już było dobrze. To nie jest poważna choroba” – dodawała. Jak pokazują statystyki, odra, choć była zakaźną chorobą dającą spore powikłania zwłaszcza w przypadku dzieci niedożywionych i z obniżoną odpornością, nie powodowała tak dużej umieralności¹⁷, jak choćby błonica (zwana dyfterytem) i krztusiec (koklusz), zbierające w latach 50. ogromne żniwo. Liczba rocznie odnotowywanych zgonów spowodowanych odrą nie była jednak mała – w 1951 r. szacowano je na 552, zaś w 1957 r. – na 300 przypadków¹⁸.

¹⁵ AIEiAK UJ, sygn. 4018, cz. 1, Medycyna ludowa 1975, k. 85.

¹⁶ *Ibidem*, k. 86.

¹⁷ Masowe szczepienia na odrę rozpoczęły się dopiero na przełomie lat 60. i 70., doprowadzając do stopniowego spadku zachorowania.

¹⁸ M. Sanecki, *Odra (Morbilli)*, w: *Choroby zakaźne w Polsce...*, t. 1, s. 75–76.

Jak zaznaczał prof. Kostrzewski, mimo poprawiającej się wiarygodności statystyk (widocznej zwłaszcza po powołaniu stacji sanitarno-epidemiologicznych, czyli po 1952 r.) liczby zarówno zachorowań, jak i zgonów wciąż były mocno niedoszacowane. Prowadzone przez niego badania pokazywały, iż w latach 1953–1957 rejestracji podlegać mogło zaledwie 12–15% wszystkich przypadków. „Istnieje bowiem wśród rodziców przekonanie, że odra jest nieszkodliwą «obowiązkową» chorobą zakaźną wieku dziecięcego – tłumaczył epidemiolog. Drugim powodem niedostatecznej zgłaszalności jest podejście lekarzy do odry, jako do choroby najczęściej nie wymagającej hospitalizacji, dochodzeń epidemiologicznych, dezynfekcji, itp. Wielokrotnie zdarza się, że lekarze nie dopełniają obowiązku zgłaszania choroby do placówek sanitarnych”¹⁹.

Zatem ignorowanie znaczenia odry nie dotyczyło tylko obszarów wiejskich. Jednak to właśnie tam statystyczna liczba zgonów spowodowanych tą chorobą była najwyższa. W 1957 r. z 300 przypadków śmiertelnych aż 210 przypadało na obszary wiejskie²⁰. Najgorzej pod względem zachorowalności i umieralności wyglądała sytuacja w województwach zachodnich – przede wszystkim w woj. wrocławskim i katowickim.

Krztusiec, stanowiący ostrą chorobę zakaźną układu oddechowego, charakteryzującą się przede wszystkim nawracającymi napadami silnego kaszlu i przedłużającą się dusznością, w latach 50. obok gruźlicy i błonicy był jedną z najniebezpieczniejszych chorób wieku dziecięcego, która jednak – podobnie jak odra – do 1953 r. bywała rzadko rejestrowana. W 1953 r. liczba stwierdzonych w całym kraju przypadków wynosić miała 67 500, powodując 1244 zgony (wskaźnik umieralności wynosił więc 4,7 na 100 tys.)²¹. Rozpoczęta

¹⁹ *Ibidem*, s. 68.

²⁰ *Ibidem*, s. 76.

²¹ D. Naruszewicz-Lesiuk, *Krztusiec (Pertussis)*, w: *Choroby zakaźne w Polsce...*, t. 1, s. 90.

w 1960 r. masowa akcja szczepień profilaktycznych spowodowała, że wskaźnik umieralności spadł znacząco, dochodząc już w 1962 r. do 0,4/100 tys.)²². Wraz z upływem czasu liczebność zgonów malała. Gdy w miastach, począwszy od Krakowa (w 1963 r.), coraz częściej nie odnotowywano już przypadków śmiertelnych, to na wsiach, mimo niższej niż w miastach zapaadalności, zgony dzieci spowodowane tą chorobą zdarzały się jeszcze w 1970 r. Zjawisko to wynikało – tak jak w przypadku odrzy w latach 50. i niekiedy w 60. – z niezgłaszania w wiejskich ośrodkach zdrowia dzieci chorych. Jedną z matek, której córka w 1965 r. zapadła na koklusz, 10 lat później przyznawała, że nie poszła z chorującym dzieckiem do miejscowej instytucji ochrony zdrowia. Mimo ciężkich i trwających około dwóch tygodni objawów (męczący kaszel doprowadzający do duszenia się i sinienia dziecka) stosowała jedynie domowe leczenie, tj. sok z cebuli czy jajko z cukrem²³. Korzystała także z porady sąsiadek, które jako środek leczniczy polecały zmianę powietrza (poszła z dzieckiem do lasu)²⁴. „Sąsiadki radziły jeszcze inny sposób na koklusz [...] należało dziecko wprowadzić do stajni, żeby buchnął na nie koński zapach. Miało to według owych sąsiadek bardzo pomagać na tę chorobę” – dodawała, choć być może sama nie dowierzała tej metodzie, skoro z niej nie korzystała. Kobieta ta, podobnie jak wiele innych matek w tym rejonie, „nie słyszała żeby jakieś dziecko na koklusz lub odrę umarło. Gdyby tak, to by je leczyła u lekarza” – dodawał w komentarzu autor relacji²⁵. Czy w rzeczywistości wiedza o dość wysokiej umieralności na koklusz była tam nieobecna, trudno w tej chwili dociekać, aczkolwiek, jak wskazują przytoczone wyżej dane statystyczne, przypadki

²² *Ibidem*.

²³ AIEiAK UJ, sygn. 4018, cz. 1, Medycyna ludowa, 1975, k. 86.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ *Ibidem*.

śmiertelne zwłaszcza w środowisku wiejskim nie należały do rzadkości.

Lokalne epidemie krztuśca oraz innych ostrych chorób zakaźnych nie były oczywiście zjawiskiem wyłącznie powojennym, a wiele obserwowanych w tym czasie postaw stanowiło prostą kontynuację zachowań powszechnych w okresie międzywojennym. Jak dowodzą badania epidemiologów, w Polsce przedwojennej statystyki zachorowań na krztusiec były dość niskie, co jednak bardziej wiązało się ze słabą rejestracją i niską zgłaszalnością przypadków²⁶.

Wspominana przez wcześniej cytowaną matkę wiedza o przypadkach zgonów powodowanych daną chorobą stanowiła niewątpliwie ważny czynnik zmiany w postawach względem leczenia chorujących dzieci. Przykład taki opisywała także jedna z kobiet: „Pamiętam jak okropnie zachorowałam. Potem mama opowiadała, że tak samo zachorował starszy ode mnie brat, a miał wtedy dwa i pół roku. Nie pojechali do doktora i dziecko zmarło. Matka zawsze to wspominała, dokąd żyła, tak cierpiała i nie mogła przeboleć tego dziecka, że go nie ratowali. Mówiła później, że miałam 3 miesiące jak synek zmarł. Kiedy zachorowałam, już nie czekali aż umrę, tylko czym prędzej jechali do doktora, który przepisał lekarstwa. W nocy

²⁶ D. Naruszewicz-Lesiuk, *op. cit.*, s. 89–90. Krztusiec na początku XX w. był w całej Europie jedną z powszechniejszych chorób zakaźnych, powodującą ogromną umieralność dzieci. Jak pisał Kostrzewski: „Jeszcze w początku XX wieku niemal w każdej rodzinie przeżywano tragedię związaną ze śmiercią dziecka z powodu krztuśca. Wraz z poprawą stanu sanitarno-higienicznego oraz wprowadzeniem nowych, bardziej skutecznych metod leczenia choroby i jej powikłań uwidaczniał się stały spadek umieralności. [...] W latach 40tych i 50tych odnotowywano w większości krajów kilkukrotny spadek umieralności, pomimo utrzymującej się wysokiej zapadalności. Umieralność w Anglii obniżyła się w tym okresie 11-krotnie, we Włoszech 9-krotnie, we Francji 3-krotnie”. Cyt. za: *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, Warszawa 2001, s. 259.

ogromna gorączka, opowiadałam niestworzone rzeczy. Mama z ojcem strasznie płakali, że już będzie ze mną koniec. Nad ranem gorączka spadła”²⁷.

Choć w oparciu o taki opis trudno stwierdzić, na co chorowała autorka pamiętnika, to analogiczny mechanizm po wojnie często pojawiał się w przypadku odnotowywanych w rejonie zachorowań na błonicę (dyfteryt). Dotyczyło to jednak głównie połowy lat 50. Okres ten zbiegał się w Polsce z intensyfikacją działań w zakresie zwalczania tej choroby (leczenie jej, jak i innych ostrych chorób zakaźnych było bezpłatne). Zachorowalność na dyfteryt (a także umieralność) rosła w zastraszającym tempie. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 1951 r. wśród 36,3 tys. zachorowań odnotowywano 3,14 tys. przypadków śmiertelnych²⁸. Mimo realizowanej zwłaszcza na przełomie lat 1954/1955 masowej akcji szczepień, dopiero od 1957/1958 sytuacja ulegać zaczynała stopniowej poprawie, doprowadzając w ciągu kilkunastu lat do niemal całkowitego zaniku tej choroby (w 1970 r. w całym kraju odnotowano już tylko 22 przypadki zachorowań)²⁹.

Błonica, nierzadko też znana jako sipka lub krup³⁰, objawiała się początkowo niegroźnie – umiarkowaną gorączką, blednością twarzy, niewielkim bólem gardła, przez co łatwo było ją pomylić z grypą, bagatelizowaną na wsi przez niemal cały omawiany przeze mnie okres³¹. Nienaturalna chrypka, bezgłos i „szczekający” kaszel oraz coraz większe trudności z oddychaniem i połykaniem postępowały jednak bardzo szybko. Zaraz

²⁷ *Być matką...*, s. 235.

²⁸ J. Kostrzewski, *Błonica (Diphtheria)*, w: *Choroby zakaźne w Polsce...*, t. 1, s. 103.

²⁹ W 1958 r. liczba zachorowań szacowana była na nieco ponad 11 tys., zaś w 1962 r. spadła do 3 tys. *Ibidem*.

³⁰ AIEiAK UJ, sygn. 4012, *Medycyna ludowa* 1975, k. 49.

³¹ O chorowaniu na grypę jedna z mieszkanek wiejskich w 1975 r. mówiła wprost: „nie ma czasu się ze sobą pieścić, za dużo pracy”. *Ibidem*, sygn. 4001, cz. 1, *Medycyna ludowa* 1975, k. 31.

potem dochodziło do porażenia nerwów (obwodowych i czaszkowych), uszkodzenia wątroby i nerek, znacznego wzrostu temperatury. W ostatnim stadium choroby, jeśli dziecko nie zapadało w śpiączkę, umierało dusząc się. Ta zakaźna choroba, dotykająca głównie dzieci w pierwszych latach życia, podobnie jak przed wojną powodowała ogromną umieralność w całej Europie. W II RP mieszkańcy wsi nieopłacający „chorej kasy” musieli pokrywać koszty leczenia błonicy. W biedniejszych rodzinach, gdzie dzieci było dużo, a środków na ich utrzymanie mało, rzadko udawano się do lekarza. Chore dziecko starano się niekiedy ratować, ale jak wspominali ówczesni lekarze, nie zawsze pozwalały na to finansowe możliwości rodziców. W latach 30. XX w. Zofia Karasiówna pisała: „Przynosi matka kilkuletnie dziecko późno w nocy. Przez podwójne drzwi słychać świszczący oddech. Dziecko się dusi. Służąca rozpoznaje: dyfteria, krup. [...] jeżeli dziecko teraz nie otrzyma surowicy to za kilka lub kilkanaście godzin umrze. W tym stanie przynosi się zwykle dzieci. Oczywiście dzieci nieubezpieczone. Bo każdemu żal pieniędzy. Może choroba sama przejdzie a pieniądze zostaną. A choroba trwa trzy dni. Chodzi dziecko, bawi się i tylko trochę sucho kaszle. Czasem krew z nosa się leje. A potem głos się zmienia, jest chrypka. Na trzeci dzień zaczyna się dziecko dusić. Prywatna pacjentka. W węzłku ma 5 złotych. Rzadko więcej. A dziecku trzeba wstrzyknąć surowicy za 20 złotych. Za piętnaście złotych musi dostać z innego źródła. Mam dwa takie źródła do dyspozycji; moja prywatna kieszka i apteczkę dla ubezpieczonych. Z apteczki Ubezpieczalni pożyczę i wstrzyknę dziecku dożylnie. Z własnej kieszeni oddam. Bo matka surowicy nie odkupi”³².

Nie tylko brak możliwości finansowych był powodem omijania placówki opieki zdrowotnej. Także opisywany przez przedwojennych lekarzy i przewijający się też w późniejszym

³² *Pamiętniki lekarzy...*, (Kraków 1987), s. 18.

okresie chłopski fatalizm, wyrażający się m.in. w stwierdzeniu: „jak Pan Bóg da, to dziecko żyło będzie – a jak nie da to umrze”³³, powodował, że w leczeniu ograniczano się do repertuaru zwyczajowych środków i metod. W przypadku błonicy jednym z nich było – jak mówiono – „wlewanie chorującemu dziecku kilku kropel nafty do gardła”³⁴. O takiej praktyce wspominała jedna z matek, której córka zmagająca się z chorobą w 1958 r. Z jej relacji wynika jednak, iż już w tym czasie takie metody leczenia spotykały się z nieufnością bądź odrzuceniem. Także i ta kobieta bała się sama podać naftę, „by nie pogorszyć stanu dziecka a następnego dnia rano pogotowie zabrało je do szpitala”³⁵. Dzieci, które udawało się uratować przed okrutną śmiercią, często jednak zmagaly się z powstałymi wskutek choroby uszkodzeniami układu nerwowego i chorobami serca³⁶. Tak też było i w tym wypadku³⁷.

Inną chorobę zakaźną, dziesiątkującą nie tylko najmłodszych mieszkańców wsi, ale będącą zmorą powojennego społeczeństwa polskiego, stanowiła gruźlica. Nazywana „chorobą biedaków” wiązała się w znacznym stopniu z warunkami życia. Mimo iż te ostatnie w miastach poprawiały się znacznie szybciej niż w przestrzeni wiejskiej, badania prowadzone na obu obszarach w 1955 r. pokazywały, iż liczba dzieci ze zmianami w płucach była w tym czasie w obu środowiskach społecznych podobna³⁸.

³³ *Ibidem*.

³⁴ AIEiAK UJ, sygn. 4012, Medycyna ludowa 1975, k. 49.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ibidem*, sygn. 4009, Medycyna ludowa 1975, k. 22.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ Przykładowo w 1955 r. w woj. warszawskim „analiza 100 przypadków gruźlicy otwartej wykazała, że na 100 dzieci – 41 pochodziło ze środowiska miejskiego, 53 ze środowiska wiejskiego i 6 z domów dziecka”. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, Zagadnienie opieki lekarsko-higienicznej i higieniczno-sanitarnej w zakładach nauczania i wychowania, k. 200.

Choć gruźlicy poświęcam w dalszej części opracowania osobny fragment, w tym miejscu warto zaznaczyć, że jej pierwsze objawy na wsi – zarówno u dzieci, jak i dorosłych – były na ogół mylone z przeziębieniem lub grypą. Bardzo często – jak pokazują materiały zgromadzone w AIEiAK UJ – leczono gruźlicę metodami domowymi, walcząc z jej uciążliwymi objawami (kaszel). Gdy jednak pojawiała się już ostateczna diagnoza, postawy mogły być różne. Wielu odtwarzało opisywany ówczesnie przez psychologów schemat reakcji na chorobę terminalną – począwszy od negacji i kwestionowania bądź odrzucania (wypierania) diagnozy po rezygnację z jakiegokolwiek leczenia, inni zadłużali całe gospodarstwo, poświęcając wszystko, by ratować zdrowie bliskich. Do 1959 r., a więc do czasu, gdy leczenie gruźlicy w przypadku rolników indywidualnych było pełnopłatne, na to ostatnie działanie nie wszyscy mogli sobie pozwolić. Co ciekawe, także jednak i później nie zawsze korzystano z gwarantowanej ustawą możliwości bezpłatnego leczenia sanatoryjnego.

Wczesne objawy gruźlicy zwykle bagatelizowano, a spadek wagi, ciągłe zmęczenie i senność dzieci dla otoczenia niekoniecznie musiały być sygnałem alarmowym. Słabość fizyczna – także, gdy dotyczyła kilku- bądź kilkunastoletnich dzieci – wartościowana była negatywnie, utożsamiana z lenistwem lub niską przydatnością w gospodarstwie. Jak wspominała pracująca w latach 50. w terenie jedna z pielęgniarek, takie myślenie sprawiało, że również los chorych na gruźlicę dzieci bywał niezwykle okrutny. Przykładem tego jest przytaczana przez nią historia dziewczynki: „Helenka pochodzi ze wsi. [...] była dzieckiem słabowitym, męczyła się po każdym, nawet małym wysiłku. Pociła się i spała ze zmęczenia. Jej ojciec nieraz mówił, że złością: ty to powinnaś być urodzić się lokomotywą nie moją córką [...] chora Helenka całe życie była w domu popychadłem, a we wsi pośmiewiskiem. Dzisiaj wiadomo, że Helenka od najmłodszych lat miała gruźlicę. Aż dziw bierze, iż przez

tyle lat chora dziewczyna wyżyła! Może sprawiło to wiejskie powietrze a może jakaś właściwość jej organizmu. Gdy pół roku temu do jej wsi zajechał rentgen i ekipa lekarska, stwierdzono u Helenki dwie potężne jamy w płucach. Od pół roku leczy się w naszym sanatorium aby po dojściu do jakiejś formy pójść na operację. Kto wie jakie byłyby losy Helenki, gdyby nie ten wędrowny rentgen”³⁹.

Choć gruźlica, którą na wsi często określano jako suchoty, zbierała tam już wcześniej znaczne żniwo, to w oparciu o materiały pamiętnikarskie i relacje etnologów trudno stwierdzić, na ile tuż po wojnie ludzie świadomi byli tego, w jaki sposób dochodziło do zarażenia się nią. W tych domach, gdzie na gruźlicę chorował któryś z dorosłych mieszkańców, nie zawsze izolowano go od zdrowych członków rodziny. Jedna z pamiętnikarek pisała: „Mama już nie chodzi, leży w łóżku, ciężko chora na gruźlicę. Dziecko mama bawiła w łóżku, bo strasznie się wnuczkiem cieszy, a ja nie mogłam jej odmówić tej przyjemności, chociaż wiedziałam, co grozi dziecku w tej strasznej chorobie”⁴⁰.

Choroba ta najczęściej atakowała płuca, jednak w przypadku dzieci dość często wspomniano także inne powodowane nią schorzenia, wśród których najpowszechniejsza była gruźlica kości i stawów. Jak pokazują statystyki, umieralność niemowląt w pierwszych latach po wojnie w znacznym stopniu wiązała się z chorobami układu oddechowego – jeszcze w 1950 r., jak podają *Roczniki Statystyczne Ochrony Zdrowia*, choroby układu oddechowego były przyczyną co czwartego zgonu⁴¹. O skali problemu mówiły także sprawozdania z inspekcji terenowych pracowników Ministerstwa Zdrowia z przełomu 1948 i 1949 r.

³⁹ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 689.

⁴⁰ *Być matką...*, s. 247.

⁴¹ W 1950 r. liczba zgonów niemowląt w miastach na 1000 urodzeń żywych wynosiła 102,6, zaś 25,9 niemowląt na 1000 urodzonych umierało wyłącznie z powodu chorób układu oddechowego. Zob. *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 198.

W jednym z nich podkreślano: „Okres okupacji, brak dostatecznego żywienia, ciężka atmosfera moralna odbiła się najmocniej na zdrowiu i rozwoju młodego pokolenia. [...] gruźlica zaatakowała prawie 70% dziatwy, krzywica objawiła się w niespotykanym do tej pory nasileniu, ilość zachorowań na gościec, anemię, niedomogę w krążeniu bardzo wzrosła, tak, że akcja profilaktyczna stała się nakazem chwili”⁴². Jednak w ramach wspomianej przez raportującego akcji szczepień (którą zresztą już wcześniej realizowano w Polsce w zakresie pomocy międzynarodowej) skuteczność działań wciąż była niewystarczająca. Dopiero wprowadzone w 1955 r. obowiązkowe szczepienie wszystkich noworodków oraz dzieci w 2,6 i 12. roku życia stopniowo zaczęło zmieniać sytuację.

Katalog najpowszechniejszych po wojnie chorób zakaźnych dotyczących w szczególności najmłodszych uzupełnia niemal nieobecna już w Europie choroba Heinego-Medina (polio)⁴³. Ta ostra choroba zakaźna, choć często przebiegała bezobjawowo (ok. 90% przypadków), u średnio co dziesiątej osoby przyjmowała postać porażenną, objawiającą się częściowym bądź całkowitym paralizem kończyn dolnych, mięśni tułowia lub mięśni oddechowych, co w przypadku braku specjalistycznej aparatury (tzw. żelazne płuco) zwykle kończyło się śmiercią⁴⁴. W 1951 r., uznawanym za pierwszy rok epidemii, odnotowano ponad 3 tys. zachorowań na polio. Z uwagi na nieodwracalne upośledzenie fizyczne choroba ta (i każda inna skutkująca niepełnosprawnością fizyczną) budziła na wsi szczególną trwogę. Sprawność fizyczna – jak wspominałam już na

⁴² AAN, MZ, GMWP, sygn. 49, Lecznictwo dziecięce w Ciechocinku w świetle potrzeb świata demokratycznego, k. 92.

⁴³ W 2015 r. stwierdzono nowe przypadki polio na Ukrainie.

⁴⁴ Około 90% zarejestrowanych chorych stanowiły przypadki porażenne, z tego ok. 30–40% pozostawiające trwałe kalectwo. Szacunkowo dawało to ok. 800 kalek rocznie. Zob. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/28, Sytuacja epidemiologiczna Polski w 1956 r., k. 179.

przykładzie gruźlicy – w wiejskim sposobie myślenia i funkcjonowania była warunkiem *sine qua non* gospodarskiej przydatności. Echa takiego podejścia wielokrotnie zauważyć można podczas analizy wiejskich pamiętników. W jednym z nich chorująca prawdopodobnie na polio dziewczynka, mimo bardzo młodego wieku, silnej gorączki i osłabienia zapamiętała: „Kiedy ja już przemęczona przymknęłam oczy, a one myślały, że śpię, tak mówią do mojej mamy: ona i tak już nie wyzdrowieje, a kaleką zostanie, tak jak ten Stach od fornala, ze dworu, noga go bolała i wyszła. I wszystkie orzekły, że tu nic nie pomoże, tylko prosić Pana Boga, aby nieboraczka umarła i przestała się męczyć. Matka zapłakała, ale też uważała, że jak mam być kaleką, to lepiej byłoby abym umarła. A ja, chociaż ból był nie do zniesienia, umierać się bałam”⁴⁵.

Odmienność fizyczna, jak pokażę poniżej, spotykała się na wsi z bardzo częstym odrzuceniem lub społecznym naznaczeniem. Choć na wsi było ono szczególnie widoczne, to jednak – jak sugerują także materiały centralne – deprecjacja osób dotkniętych fizyczną niepełnosprawnością wpisywała się w szerszy dyskurs dotyczący znaczenia zdrowia. Jego elementy dostrzec można również w informacjach odnoszących się do chorób reumatoidalnych powszechnych wśród dzieci w pierwszych latach po wojnie. W jednym ze sprawozdań przygotowanych dla Ministerstwa Zdrowia (w 1949 r.), dotyczących stanu zdrowia dzieci w Polsce, pisano: „jest jeszcze jedna choroba, którą zaliczyć musimy do klęsk społecznych, jest nią gościec. Powstające poradnie przeciwreumatyczne nie objęły jeszcze wszystkich dzieci objętych tym schorzeniem, więc tylko na podstawie jednego opracowanego wycinka możemy określić w przybliżeniu, że w Polsce dzieci z zespołem gościcowym jest około 2%, to jest około 160 000. Obserwacja w Anglii, we Francji wykazała, że zespół gościcowy daje 7% śmiertelności do

⁴⁵ B. Tryfan, *O równy start*, Warszawa 1974, s. 30.

30% niezdolności do pracy. Opierając się na danych statystycznych, wynikałoby że w Polsce zespół gośćcowy pociąga za sobą rocznie stratę około 12.200 dzieci, a pozostawia uszkodzenia ruchu i niedomogę serca u 48 000 dzieci, powodując w ten sposób na przyszłość armię całą ludzi, będących w dużej mierze ciężarem społeczeństwa [podkreślenie oryginalne]⁴⁶.

Oczywiście opisywana w sprawozdaniu choroba reumatyczna nie zaliczała się do chorób zakaźnych. Tak jak polio czy szereg innych jednostek chorobowych powodować mogła jednak trwałą niepełnosprawność fizyczną utrudniającą pracę na roli i funkcjonowanie w społeczności wiejskiej.

O tym, jak silny był strach przed polio i konsekwencjami tej choroby, świadczy skala zainteresowania organizowaną od 1959 r. akcją szczepień. W przeciwieństwie choćby do szczepień przeciw błonicy czy gruźlicy, już tylko w wyjątkowych przypadkach spotykała się z ignorancją lub oporem. Niewykluczone jednak, iż to właśnie te wcześniejsze i z oporami trafiające do przekonania wielu akcje szczepień były swoistym treningiem dla społeczności lokalnych, przecierającym służbom epidemiologicznym oraz lekarzom ośrodków zdrowia „ścieżkę” dotarcia z tak pojętą profilaktyką do wiejskiej umysłowości.

II.2. „I te szczepienia szły”⁴⁷

Tuż po wojnie w realizacji szczepień ochronnych ogromne znaczenie miały ich rodzaj i forma⁴⁸. O ile przy szczepieniach przeciwospowych, które jako przymusowe rozpoczęły się jesz-

⁴⁶ AAN, MZ, GMWP, sygn. 49, t. 2, Sprawozdania z podróży inspekcyjnych /różne woj./ (1949), k. 92.

⁴⁷ Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie.

⁴⁸ Więcej na temat szczepień oraz społecznych aspektów walki z chorobami zakaźnymi w latach 50. i 60. piszę w tekście: *Epidemie chorób zakaźnych...*, s. 297–307.

cze przed wojną, na wsi nie odnotowywano niemal żadnego sprzeciwu (szczepienność niezależnie od regionu wynosiła co najmniej 90%), o tyle od początku lat 50. w przypadku dzieci dużym problemem były szczepienia BCG. Opór przed nimi wynikał bez wątpienia z częstych w pierwszych latach po wojnie powikłań poszczepiennych. O tym, jak silny i nieuzasadniony był to strach, świadczy fakt, iż niektóre lokalne autorytety (w tym również lekarze i nauczyciele) swoim krytycznym stosunkiem do akcji szczepień wspierały społeczny opór przeciwko poddawaniu się tym zabiegom. Przykładowo w 1955 r. w woj. wrocławskim stwierdzano, „iż zdarzają się jeszcze opory ze strony społeczeństwa i nieprzestrzeganie stawiennictwa się do szczepienia, nawet przypadki antypropagandy, jak, np. w jednej miejscowości powiatu bystrzyckiego [gdzie] nauczycielka występowała sama i namawiała innych przeciwko szczepieniu”⁴⁹. Podobne zjawisko odnotowano także w woj. szczecińskim: „Nierzadko spotykamy nawet u pracowników służby zdrowia niechętny stosunek do szczepień BCG, co wynika prawdopodobnie z okresu kiedy szczepionki u zaszczepionych dzieci powodowały powikłania. Obecnie stosowana jest szczepionka o znacznie łagodniejszym działaniu, przy czym powikłań prawie, że nie notujemy”⁵⁰ – dodawano w sprawozdaniu.

Niski procent (w niektórych rejonach zaledwie 20% czy 40%⁵¹) noworodków i dzieci szczepionych przeciwko gruźlicy

⁴⁹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, Stan służby zdrowia woj. wrocławskiego, k. 258.

⁵⁰ *Ibidem*, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia KMZ w dn. 25 listopada 1955 w Szczecinie, k. 87.

⁵¹ Problem ten, dotyczący przede wszystkim prowincji, zgłaszano m.in. na posiedzeniu Kolegium Ministerstwa Zdrowia w Poznaniu w 1956 r.: „obok wyróżniających się powiatów jak: Gniezno, Leszno i Wolsztyn z ilością szczepionych ponad 90%, są takie powiaty jak: Kalisz, Koło, Kępno, Międzychód, które szczepienia wykonały tylko w 25–40%”. *Ibidem*, sygn. 1/25, Ocena stanu zdrowia na wsi na podstawie analizy wykonania Uchwały Kolegium dot. wsi w latach 1954–1955, k. 184; sygn. 1/24, Protokół nr 5/56 z posiedzenia Kolegium Min. Zdrowia w dniu 26 stycznia 1956 w Poznaniu, k. 279.



17. 1972. Ośrodek zdrowia w Brańszczyku. Pielęgniarka przygotowuje zastrzyk. Na stoliku widoczne strzykawki oraz wyjaławiacze (sterylizatory).

wynikał nie tyle z oporu rodziców, co przede wszystkim organizacji samej akcji szczepień. W 1955 r. podczas posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia, poświęconego woj. koszalińskiemu, zwracano uwagę na częste zarówno tam, jak i w innych rejonach kraju niezrozumienie dla idei organizacji szczepień na szczeblu administracji lokalnej⁵².

⁵² *Ibidem*, sygn. 1/21, Posiedzenie Kol. Min. 21–30. Protokoły, załączniki, 1955, k. 15.

O ignorancji władz lokalnych i terenowych pisano wielokrotnie, ale najczęściej do sytuacji takich dochodziło w rejonach pozbawionych sprawnie działającej placówki ochrony zdrowia. Istotne znaczenie miał też stan świadomości reprezentantów władzy w terenie. Niekiedy – jak wspominała jedna z pielęgniarek uczestnicząca w terenowej akcji szczepień – na tym tle dochodzić mogło do szeregu nieporozumień: „Zdarzyło się raz, gdy przyjechałam do jednej wsi i zgłosiłam się do sołtysa, ażeby pokazał mi lokal, w którym będą odbywały się w jutrzejszym dniu szczepienia, że zaprowadził mnie do kurnika. Nie rozumiał o co mi chodziło. A w tym samym czasie spodziewał się sanitariusza weterynarii, który miał szczepić kury”⁵³.

Opisywana przez pielęgniarkę reakcja sołtysa nie była oczywiście oderwana od szerszego kontekstu społecznego. Także stan świadomości zdrowotnej innych mieszkańców wsi często okazywał się podobny. Wiejski stosunek do szczepień świetnie ukazywali w jednym ze swoich reportaży Tryfan i Grabowicz, opisując perypetie lekarza, który swą pracę w pow. hrubieszowskim rozpoczął w 1957 r.: „mnóstwo było początkowo kłopotów ze szczepieniami. Ludzie nie wierzyli, że to rzeczywiście zabezpiecza przed chorobą. Nie wystarczały plakaty rozwieszane po płotach. Trzeba było niemal u każdego zjawiać się osobiście. Zdarzało się czasem, że przemierzwszy kilka kilometrów ze szczepionkami w torbie zastawało się szkołę zamkniętą i trzeba było szczepić w ruinach lub w szopie gdzie deszcz zaciekał”⁵⁴.

Brak ośrodka zdrowia, punktu lekarskiego bądź pielęgniarskiego powodował, że szczepienia organizowano w wyznaczonym i podanym do publicznej wiadomości miejscu i czasie. Niedostarczanie przez sołtysów pełnych spisów osób podlegających szczepieniom oraz nieinformowanie okolicznej ludności o dniu i miejscu planowanego zabiegu zdarzały się w takich

⁵³ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 668.

⁵⁴ J. Grabowicz, B. Tryfan, *op. cit.*, s. 97.

rejonach często. Nawet jeśli w wyznaczonym przez gminę miejscu zgromadziło się wielu mieszkańców, nie zawsze gwarantowało to też sukces akcji. Kolejny problem dla osób odpowiedzialnych za prowadzenie szczepień stanowiło przemieszczanie się. Brak środków lokomocji, ich awarie oraz wynikające z tego spóźnienia zarówno na mieszkańców, jak i personel medyczny działały zniechęcająco: „przy szczepieniach najczęściej korzystałam z furmanek PGR – pisała jedna z pielęgniarek – a to dlatego, że dosyć często po odmowie sołtysa w sprawie podwoły udawałam się do kierownika gospodarstwa i tak wypraszałam podwoję”⁵⁵. Ale nie wszystkie pielęgniarki i pracownicy kolumn sanitarnych mieli tyle samo szczęścia. Niekiedy jedynym możliwym środkiem transportu pozostawał rower, zaś w latach 70. – motorower.

Jak sugerują dokumenty, w wielu przypadkach także i takie środki transportu były często poza zasięgiem, powodując, że „pielęgniarki i inny personel służby zdrowia dochodząc pieszo do punktów szczepień tracą sporo czasu niepotrzebnie”⁵⁶.

Choć na trudności komunikacyjne terenowego personelu medycznego narzekano niemal cały czas, a wędrowniki szczepiących pielęgniarek czy lekarzy trwały nadal, to jednak istotną zmianę przyniósł rok 1955. Wprowadzone wówczas obowiązkowe szczepienie (według kalendarza szczepień) w przypadku gruźlicy realizowano zwykle kilka dni po narodzinach dziecka, gdy wraz z matką przebywało ono jeszcze w miejscowym szpitalu bądź izbie porodowej. Zgodnie z ustanowionym prawem szczepienia osesków miały być przeprowadzane także „bez względu na zgodę rodziców”⁵⁷. Choć w połowie lat 50. liczba izb porodowych wciąż jeszcze rosła (w 1955 było ich 700)⁵⁸,

⁵⁵ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 670.

⁵⁶ AAN MZ, GMWP, sygn. 1/20, Stan służby zdrowia woj. wrocławskiego, k. 258.

⁵⁷ *Ibidem*, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia KMZ w dn. 25 listopada 1955 w Szczecinie, k. 146.

⁵⁸ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 222.



18. 1972. Ośrodek zdrowia w Brańszczyku. Pielęgniarka na motorowerze Komar model 2320.

to jednak w niektórych rejonach wciąż 20–30%⁵⁹ wiejskich porodów nie odbywało się pod opieką fachową w warunkach szpitalnych. Choć oczywiście także przychodzące na świat w rodzinnych domach dzieci objęto obowiązkiem szczepień,

⁵⁹ APL, PPRN w Lubartowie, sygn. 67, Referat na sesję PRN w Lubartowie w dniu 19 lutego 1960 r. w sprawie pracy służby zdrowia na terenie pow. lubartowskiego, k. 244. Szacowano, że w 1959 r. porodów bez pomocy fachowej odbyło się ok. 29%, ale dwa lata wcześniej w całym woj. lubelskim wskaźnik ten szacowano na 21%. Zob. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/29, Protokół z narady aktywu

to jednak trudno było niekiedy wyegzekwować go od odpowiedzialnych za jego wypełnienie wiejskich matek⁶⁰. One same zresztą, jak wskazują pamiętniki, niekiedy rozdarte były w tej kwestii między doświadczeniem i poradami „wspierających je w tradycyjnej opiece nad dzieckiem” własnych teściowych, matek i babek a docierającą do nich różnymi kanałami najnowszą wiedzą o zasadności szczepień.

Maria Bajorkowa, prowadząca Ośrodek Zdrowia w Wodzisławiu (pow. jędrzejowski), w 1966 r. pisała: „Trzeba tłumaczyć i wyjaśniać stale, bo coraz nowe kobiety zostają matkami. Wprawdzie te młode wiedzą więcej niż ich matki, ale są w domu rozmaite babcie, teściowe, które mają nieodparty argument: «ja urodziłam siedmioro, ty masz dopiero pierwsze, więc co ty możesz wiedzieć»”⁶¹.

Zgodnie z prawem za uchylenie się od obowiązku szczepień formalnie groziły sankcje karne. Powołana w 1954 r. PIS, której ustawa gwarantowała prawo nakładania grzywien i kar, w praktyce jednak często pozostawała bezradna. Jak pisała cytowana już Bajorkowa, konsekwentnie uchylających się od obowiązkowych szczepień ochronnych „[...] czasami trzeba też ukarać. Tu nasze San-Epidy wykazują dużą tolerancję. Lekarz nie wykaże nigdy do ukarania matki dziecka nieszczepionego, jeśli nie zna dokładnie przyczyn niezgłoszenia się do szczepień. Robi to w wypadkach beznadziejnych, w wypadkach złej woli rodziców. A co wtedy San-Epid? Wysyła nakaz egzekucyjny na 100 zł, rodzice albo się zgłoszą albo nie, znowu ośrodek pisze pismo do San-Epidu, który teraz przekazuje do ukarania na

zdrowia odbytej w dn. 25.05.1957 w sali konferencyjnej KW PZPR w Lublinie, k. 325–326.

⁶⁰ O takich przykładach mówiły same kobiety wiejskie podczas spotkania z lekarzem pogotowia ratunkowego. Zob. APR, sygn. C–10420, T–11 – zgłoś się, red. P. Komorowski (1971).

⁶¹ M. Bajorkowa, *Konfrontacje. W oczach lekarza wiejskiego*, „Medycyna Wiejska” 1966, nr 1, s. 62.

kolegium. W kolegium często siedzi kuzyn lub sąsiad karanego, sam niewiele wiedzący o szczepieniach. A kiedy kara zostaje zasądzona następuje cała procedura jej ściągnięcia, bo chłop pisze odwołania i tak trwa kołomyjka. Nikt sobie w zasadzie nic nie robi z nakazu”⁶².

Mimo uruchamianych poradni przeciwgruźliczych, objęzających tereny wiejskie ambulansów rentgenologicznych, problem walki z kolejnymi zachorowaniami na gruźlicę wciąż trwał i jak pokazują statystyki – w znacznym stopniu dotykał najmłodszych. W I połowie lat 50. szacowano, iż rocznie na gruźlicę zapadało ponad 100 tys. osób (w 1953 ogółem zarejestrowano 127,5 tys. nowych przypadków), z tego ok. 20% stanowiły dzieci do 14. roku życia (ok. 45% to osoby między 20–45. rokiem życia)⁶³. W II połowie lat 50. liczba ta znacznie spadła (1957 r. – 80 tys.), jednak statystyki nadal nie napawały optymizmem.

W tym samym czasie coraz więcej dzieci chorowało i umierało na błonicę. Choć szczepienia przeciwbłonicze rozpoczęto niedługo po wojnie, to jednak z uwagi na niesystematyczne i niedokładne ich prowadzenie do 1954 r. procent zaszczepionych dzieci był zbyt niski, co z kolei wynikało z braku systematyczności sporządzania niezbędnej dokumentacji i ograniczania się do jednego wstrzyknięcia (konieczne było trzykrotne). Wymuszona wysoką zachorowalnością i liczbą zgonów mobilizacja działań spowodowała m.in., że w wielu rejonach odpowiedzialność za szczepienia przeciwko błonicy przejęły ośrodki zdrowia⁶⁴. Mimo że problemy występowały nadal, to – jak zwracano uwagę w 1956 r. w prezentowanej w Ministerstwie Zdrowia *Ocenie stanu zdrowia na wsi na podstawie analizy wykonania Uchwały Kolegium dot. wsi w latach 1954–1955* –

⁶² *Ibidem*, s. 63.

⁶³ J. Leowski, M. Miller, *Gruźlica*, w: *Choroby zakaźne i ich zwalczanie...*, t. 2, s. 228. W pierwszych latach po wojnie (do 1950 r.) szacowano, że rocznie na gruźlicę chorować miało od 150 do 200 tys. ludzi.

⁶⁴ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 669.

jednak widoczna była znaczna poprawa sytuacji: „Szczepienia przeciw błonicy przebiegały w roku 1954 z bardzo dużymi oporami ludności wiejskiej – niedostatecznie objętej oświatą sanitarną. Zaszczepiono tylko 600 tys. dzieci tj. 20%. W roku 1955 gdy wprowadzono ściślejszy przymus szczepień drogą specjalnej instrukcji i szczególnych wysiłków służby zdrowia – zaszczepiono już 1,200 tys. dzieci, tj. 40%. Szczepienia przeciw durowi brzuszemu objęły na wsi 5 mln osób, tj. wykonano je w 60%”⁶⁵.

W 1959 r. rozpoczęto masowe szczepienia przeciwko chorobie Heinego-Medina, czemu towarzyszyła sygnalizowana we wcześniejszych rozdziałach akcja propagandowa. Jej znaczenie w przypadku wsi było ogromne, choć – co należy podkreślić – niezwykle dyscyplinująco działał też strach przed konsekwencjami tej choroby. Efektywność szczepień przeciw polio była niemal błyskawiczna – bowiem już w 1961 r. liczba zachorowań spadła do 96 (a jeszcze w latach 1956–1960 wynosiła średnio 1163), zaś w 1970 – do 20. Do 1975 r. szybko malał także wskaźnik nowych zachorowań na gruźlicę⁶⁶.

II.3. „Ze względu na brak specjalnych oddziałów [...] problem ten pozostaje nadal nierozwiązany”⁶⁷

Obok chorób zakaźnych kolejnym bardzo często podkreślanym w materiałach statystycznych problemem w przypadku dzieci

⁶⁵ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, Ocena stanu zdrowia na wsi na podstawie analizy wykonania Uchwały Kolegium dot. wsi w latach 1954–1955, k. 184.

⁶⁶ *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962...*, t. 1, s. 273; *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985...*, s. XX–XXI.

⁶⁷ Informacja ta pochodzi z raportu dotyczącego działalności służby zdrowia w woj. olsztyńskim za rok 1954. W tym roku, jak podawano, łączna liczba zgłoszeń ostrzejszych schorzeń jelitowych u dzieci do 2. roku życia wynosiła 2588 przypadków. Zob. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, Działalność służby zdrowia woj. olsztyńskie, k. 88.

najmłodszych (do dwóch lat) były biegunki i schorzenia jelitowe. Do lat 70. nauka medyczna nie wiązała ich genezy z infekcjami wirusowymi, pozostając w wielu przypadkach bezradna⁶⁸.

Na wsi południowo-wschodniej – jak wynika z relacji etnografów – tzw. lakserka, „katar kiszek” i biegunka zdarzały się u małych dzieci często i zwykle towarzyszyły im gorączka, wymioty, brak łaknienia. Choć bez wątplenia istotną rolę w ich pojawianiu się – i generowaniu wysokiej umieralności – odgrywały warunki sanitarne i brak przestrzegania higieny, to nie bez znaczenia było również nieodpowiednie odżywianie dzieci, a w przypadku wystąpienia schorzenia – niewłaściwa dieta i nieumiejętne nawadnianie. Już w latach 50. utrzymujące się przez dłuższy czas niemowlęce „jelitówki” niekiedy starano się leczyć według wskazań lekarzy, jednak – jak dowodził Kostrzewski – także oni niejednokrotnie zmuszeni byli do działania „na oślep”, gdyż stosowane ówczesnie środki – sulfonamidy bądź antybiotyki – nie zawsze dawały wynik pozytywny⁶⁹. Niekiedy też podejmowane przez lekarzy leczenie było długotrwałe, co z kolei mogło być też opacznie rozumiane przez wiejskich mieszkańców. Echa takiej sytuacji widać w opowieści jednej z podkrakowskich matek, której półroczna córka zmagająca się z przeciągającą się chorobą jelitową. Najpierw próbowała ją leczyć matka, gotując kleiki z płatków owsianych, ale przynosiło to słabe rezultaty. „Dziecko dalej czyściło, zaniosiła wtedy chorą córkę do lekarza z Jeleśni, który dość długo leczyć, stosował proszki, lekarstwa, ale też nie pomagało [...]. Jak to wszystko nie pomagało to przyszła stara kobieta i doradziła «Espeler» coś w rodzaju spirytusu do rozgrzewania, nosili to handlarze po wsi. Ona przyniosła tego, wlała do tłuszczu (roztopionego) wysmarowała całe dziecko. [Kazała] wysmarować

⁶⁸ H. Stypułkowska-Misurewicz, W. Mazurowska, *Biegunki u dzieci do 2 lat*, w: *Choroby zakaźne i ich zwalczanie...*, s. 138–139.

⁶⁹ *Ibidem*, s. 141.

i zawinąć do ciepłej flanelki, ażeby się dziecko wypociło. Pomogło na drugi dzień”⁷⁰.

Opisywane przez cytowaną kobietę sposoby na dziecięce schorzenia jelitowe przewijały się także w innych materiałach. Babka dwulatka opowiadała: „choroba trwała 7 dni, dziecko najpierw dużo płakało, potem zaczęło je czyścić i dostało wysokiej temperatury. Z początku leczyła wnuczka sama, robiąc okłady na brzuch z tłuszczu zwierzęcego (smalec, masło) i przykładając na to szmatkę flanelową skropioną spirytusem [...]. Szmatę tę zawiązywała na plecach. Następnego dnia córka informatorki poszła z synkiem do lekarza, [który przepisał] tabletki i dietę. Zabronił karmienia dziecka mlekiem krowim nakazał tylko mleko w proszku”⁷¹. Co ciekawe, wspomniane przez mieszkańców kilkudniowe głodówki, diety wodno-kleikowe i obowiązkowe wygrzewanie chorujących dzieci były metodami, które na początku XX w. stosowali także lekarze nieznający w tym czasie etiopatogenezy biegunek⁷².

Stanowiące przyczynę licznych zgonów niemowlęce schorzenia jelitowe, podobnie jak płonica czy odra, na skalę epidemiczną pojawiały się jednak głównie w środowisku małomiasteczkowym oraz tam, gdzie skupiska dzieci były największe, a więc w żłobkach i domach dziecka⁷³.

W tym miejscu nasuwają się jednak pytania: na ile w latach 50. stan zdrowia dzieci wiejskich różnił się od ich miejskich rówieśników? Czy wychowujący się na wsi indywidualnej kilkuletni chłopczyk pod względem budowy ciała – masy i wzrostu – był inny od tego, któremu przyszło dorastać w rodzinie

⁷⁰ AIEiAK UJ, sygn. 414, *Medycyna ludowa* 1975, k. 49.

⁷¹ *Ibidem*, sygn. 4009, *Medycyna ludowa* 1975, k. 38–39.

⁷² H. Stypułkowska-Misurewicz, W. Mazurowska, *op. cit.*, s. 140.

⁷³ Najwyższą zapadalność, jak również największe epidemie stwierdzano w małych miastach. Najwięcej chorowało dzieci do 2. roku życia – w żłobkach i domach dziecka. Szczególny wzrost odnotowano w roku 1953. Zob. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/28, *Sytuacja epidemiologiczna Polski w 1956 r.*, k. 175.

robotników rolnych (PGR), robotników fabrycznych lub w rodzinach inteligentnych? Czy dorastająca na wsi kilkulatnia dziewczynka częściej zmagająca się z chorobami brudnych rąk czy też schorzeniami wywoływanymi przez pasożyty niż jej miejska „koleżanka”? Oczywiście dokładna odpowiedź na tak postawione pytania nie jest prosta, gdyż brak szczegółowych studiów porównawczych nie pozwala na tak daleko idące uogólnienia, jednak dostępne w Ministerstwie Zdrowia fragmentaryczne badania stanu zdrowia dzieci wiejskich i miejskich umożliwiają zarysowanie kilku tendencji. Także prowadzone przez zespół antropologów badania na terenie Rzeszowszczyzny pokazywały, że do lat 80. znacznie lepszy stan zdrowia, wyrażający się wyższym wzrostem, większą wagą, szybszym dojrzewaniem i lepszymi wynikami krwi, spotykany był w środowisku miejskim. Jak wskazywali antropolodzy, na wsi, zwłaszcza w pokoleniu urodzonym w latach 1940–1953, dokonywała się też swoista selekcja wśród migrujących do miast młodych wiejskich mieszkańców – wieś opuszczali bowiem najczęściej lepiej wykształceni, zdrowsi, wyżsi, szczuplejsi i szybciej dojrzewający płciowo przedstawiciele młodego pokolenia, a więc i biologicznie lepiej rozwinięci⁷⁴.

Dane dotyczące umieralności niemowląt również w znacznie lepszym świetle przedstawiały obszary miejskie. Choć dla lat 50. nie udało mi się odnaleźć bardziej szczegółowych statystyk, to jednak dane z kolejnej dekady pokazują, że zakres dysproporcji miejsko-wiejskich choć wciąż duży, do końca lat 70. stale wykazywał tendencję malejącą. Jak dowodzi prof. Krystyna Bożkowska, pediatra z Instytut Matki i Dziecka, tempo przemian różnicowane było regionalnie, a w skali całego kraju wyhamowywało od lat 80.

⁷⁴ S. Panek, M. Chrzanowska, Z. Bocheńska, *Biologiczne i społeczno-ekonomiczne aspekty selektywnej migracji ze wsi do miast*, „Materiały i Prace Antropologiczne” 1988, nr 109, s. 23–49.

Przykładowo, choć średni współczynnik umieralności na wsi wynosił w 1983 r. 21,1, to w woj. szczecińskim okazał się znacznie wyższy, osiągając aż 28,4, „a były takie kwartały, że wynosił ponad 30”⁷⁵. Także przytaczane przez prof. Bożkową wyniki badań porównawczych dzieci wiejskich i miejskich, uwzględniające zarówno tzw. wskaźniki pozytywne (rozwój psychiczny i fizyczny), jak i wskaźniki negatywne (tj. rozwój zachorowalności, umieralności), potwierdzały lepszy stan zdrowia dzieci miejskich. Jak podkreślała lekarz pediatra, od lat 80. niepokojący był fakt coraz szybciej narastającej dysproporcji między obydwoma wskaźnikami umieralności na niekorzyść wsi⁷⁶.

Zróznicowania regionalne stanowiły trwałe zjawisko. Już w latach 50. w raportach z woj. szczecińskiego zaznaczano ponadprzeciętną umieralność niemowląt, szczególnie wysoką w przypadku środowisk PGR i tegoż województwa. W raporcie z 1956 r. pisano: „57% dzieci umiera niehospitalizowanych i często lekarz nie widzi dziecka przed zgonem. W woj. szczecińskim jest wprawdzie najwyższy przyrost naturalny, lecz poważna część dzieci bytuje w warunkach złych, dużo dzieci pochodzi z małżeństw nieślubnych albo też z małżeństw samotnych i pracujących, gdzie trudności wychowawcze są bardzo duże [...]. Przyczynę wielu zgonów [lokalny pediatra – E.Sz.] widzi w przewlekłych zaburzeniach odżywiania, gdyż na Klinikę (Pediatryczną PAM) trafia ca 90% dzieci w stanie ciężkiego lub średniego niedożywienia”⁷⁷.

Zdaniem badaczy odnotowywana zwłaszcza w Polsce powiatowej wysoka umieralność niemowląt wiązała się nie tylko z gorszymi warunkami życia mieszkańców, ale również z trudnym dostępem do opieki zdrowotnej, szczególnie

⁷⁵ APR, sygn. F-28076, *Punkty za pochodzenie*, red. E. Baranowska (1983).

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia KMZ w dn. 25 listopada 1955 w Szczecinie, k. 58.



19. Ośrodek zdrowia w Brańszczyku. Pielęgniarka waży dziecko.

w przypadku samotnych kobiet. „W walce ze śmiertelnością niemowląt dużą rolę gra sprawa transportu. Kierownicy PGR i spółdzielni Produkcyjnych niechętnie dają środki transportowe na przewiezienie dziecka do lekarza. Matka nie ma siły nieść dziecko kilka, a nawet kilkanaście kilometrów, felczer zaś na wezwanie telefoniczne nie może również przyjechać, gdyż nie ma środka transportu. Z braku dostatecznej ilości środków transportu nie wszystkie wizyty domowe u dzieci mogą być załatwione we właściwym czasie szczególnie w powiatach”⁷⁸.

⁷⁸ *Ibidem*.

Samotne matki lub „kobiety po przejściach”, które pracując w szczecińskich PGR, obciążone cięższą i dłuższą pracą jako jedyne żywicielki rodziny nie zawsze dobrze radziły sobie z wychowaniem dziecka/ dzieci. W ich przypadku też częściej zdarzało się niedonoszenie ciąż (naturalne poronienie) lub z uwagi na brak pomocy przy opiece nad dzieckiem częściej dochodziło do wypadków. O jednym z nich w 1966 r. w Gryficach mówiła p. Mirosława Joachimiak – miejska radna i lekarka. „W swych wypowiedziach podkreśliła, że poszczególne gromadzkie rady narodowe i ich komisje systematycznie nie analizują i nie troszczą się o sprawy bytowe szczególnie robotników rolnych w PGR. Jedyne gdy powstaje w skutkach tragiczna śmierć lub kalectwo itp. Tak jak miało miejsce ostatnio uduszenie się dziecka z powodu niewłaściwej pielęgnacji matki (owinięte w pierzynę) to wówczas wzbudza zainteresowanie wśród miejscowego otoczenia i rad narodowych. Przyczyn tu można dopatrywać się wiele jak nieodpowiednie przygotowanie kwater odpowiadających jakimkolwiek skromnym wymaganiom jak również niezaradność niektórych rodzin w wychowaniu dzieci”⁷⁹.

Także na wsiach opieka nad małymi dziećmi przysparzała wielu problemów, zwłaszcza gdy trwały intensywne prace sezonowe, a dzieci były zbyt małe, by ich pozostawienie nie wiązało się z potencjalnym zagrożeniem. „Starałam się jak mogłam. Brałam dwoje dzieci i szłam na zarobek do obróbki buraków, robiłam od hektara, a nie na dniówkę, bo wiadomo, do dzieci trzeba się co raz oderwać. To małe siedziało w wózku, a to większe to narobiło więcej szkody niż pożytku. Ani to bić ani prosić, kazałam młodszego kołysać, to tak kołysał, że wysypał

⁷⁹ APSz, UMiG Gryfice, sygn. 137, Protokół nr 1/66 ze wspólnego posiedzenia Komisji Zdrowia, Opieki Społecznej i Zatrudnienia Powiatowej i Miejskiej Rady Narodowej odbytego w dniu 13 stycznia 1966 r. pod przewodnictwem radnej Konstancji Turowskiej, przewodniczącej. Komisji PRN, k. 51.

dziecko razem z pościelą. Płakałam razem z nimi”⁸⁰ – czytamy we wspomnieniach.

Towarzyszące przy pracach polowych kilkulatki – wraz z postępującą mechanizacją prac – coraz częściej ulegały wypadkom, które nierzadko kończyły się śmiercią bądź trwałym kalectwem. O rosnącej skali wypadkowości wśród najmłodszych mieszkańców wsi w 1983 r. mówiła również prof. Bożkova: „Wypadkowość jest w Polsce bardzo wysoka, jest nadmiernie wysoka w stosunku do stopnia motoryzacji i bije wszelkie rekordy na wsi. To jest statystyka bardzo dramatyczna. I dopóki nie zorganizujemy jakiś ognisk przedszkolnych lub dopóki nie zorganizujemy jakiejś opieki na okres żniw tak długo będzie ta wypadkowość bardzo wysoka”⁸¹.

Dość powszechną praktyką w takiej sytuacji było zamykanie niemowląt lub kilkulatków w domach nas czas pracy w polu bądź obojczy. „Dawniej gdy się szło w pole to dzieci same zostawały w domu”⁸² – wspominała jedna z kobiet, dodając, iż najczęściej spały one na podłodze, głodne, spragnione. Nie oznacza to jednak, iż myśl o płaczącym bądź godzinami leżącym z niezmienną pieluchą dziecku, nierzadko głodnym, nie towarzyszyła stale pracującej poza domem matce. Choć – w przypadku nieco starszych i zwykle bardziej ruchliwych dzieci – starano się zabezpieczać wszelkimi możliwymi środkami przestrzeń domu, to i tak niekiedy dochodzić mogło do rozmaitych wypadków, stłuczeń czy poparzeń⁸³.

Masowe badania prowadzone wśród dzieci w ramach obozów studenckich oraz tzw. białych sobót i niedziel pokazywały, że ich stan często zdradzał symptomy dużego zaniedbania higieniczno-zdrowotnego. W połowie lat 50. ok. 70% przebadanych

⁸⁰ *Być matką...*, s. 40.

⁸¹ APR, sygn. F-28076, *Punkty za pochodzenie*, red. E. Baranowska (1983).

⁸² AIEiAK UJ, sygn. 4008, *Medycyna ludowa 1975*, k. 112.

⁸³ M.M., miejscowość G., woj. zachodniopomorskie.

w wybranych rejonach Lubelszczyzny dzieci w wieku 1–3 lat było żywionych nieprawidłowo (stwierdzano w diecie braki białka, jarzyn, soków, witamin), ponad 80% z nich wykazywała niedobór wzrostu, zaś u prawie połowy stwierdzono opóźnione ząbkowanie, krzywicę, choroby oskrzeli lub problemy z funkcjonowaniem przewodu pokarmowego⁸⁴. Wśród starszych dzieci zauważono przede wszystkim niedobór wagi i wzrostu. Analogiczne badania prowadzone były w trzech powiatach woj. łódzkiego, wśród ok. 800 dzieci w wieku 3–14 lat. U 9% z nich stwierdzono chorobę reumatyczną, co piąte dziecko posiadało różnego rodzaju dolegliwości stawowe i sercowe⁸⁵. W badaniach tych potwierdzano także późniejsze (niż u dzieci miejskich) ząbkowanie i stawianie pierwszych kroków, co – jak uznano – miało związek z dużym odsetkiem krzywicy u dzieci do lat 3⁸⁶. W raportach z późniejszego okresu sygnalizowano także wysoki wskaźnik schorzeń pasożytniczych dotyczących dzieci wiejskie oraz nawracający problem świerzbu i wszawicy⁸⁷. Co ciekawe, szczegółowe analizy stanu zdrowia mieszkańców poszczególnych wsi wskazują także na rosnące u dzieci szkolnych problemy ze wzrokiem. Czy ich źródła tkwiły w opisywanym wyżej niedożywieniu i tym samym braku witamin,

⁸⁴ J. Danielski, B. Wawrzyszuk, A. Stankiewicz, M. Kowalczyk, *op. cit.*, s. 24.

⁸⁵ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, Niektóre dane o stanie zdrowia ludności i warunkach san-higien. Gmin Burzenin, Sędziejowice, Żelechlinek w woj. łódzkim w latach 1953–55, k. 155.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ Zob. np.: APSz, PPRN i UP w Kamieniu Pomorskim, sygn. 138, Informacja z działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kamieniu Pomorskim za rok 1969, k. 3. „W roku 1969 przeprowadzono dwukrotnie akcję p/świerzbową i p/wszawi[c]zą na terenie całego powiatu. W akcji brała udział służba zdrowia tj. lekarze, pielęgniarki i aktywny społeczny. W wyniku akcji stwierdzono 244 przypadki świerzbu i 528 przypadków wszawicy. W tych przypadkach na miejscu przeprowadzano dezynfekcję a do rodzin zaniedbanych dojeżdżano na miejsce zostawiając mydło, grzebień, deortyl. Akcja przyniosła bardzo duże efekty”. *Ibidem*.

czy może istotną rolę odgrywało też nieodpowiednie na ogół na wsiach oświetlenie izb (istotne w kontekście obowiązku szkolnego), trudno stwierdzać opierającemu się na źródłach statystycznych badaczowi historii społecznej⁸⁸. O tym jednak, jak słabe było jeszcze w latach 80. oświetlenie wiejskich wnętrz, wspominała jedna z pracujących na oddziale ratowniczym lekarzek: „Pamiętam, że, jak się jeździło zimą to charakterystyczne na wsi były słabe żarówki – dla nas to było ważne, bo my oglądaliśmy pacjentów, badaliśmy ich – często nie można było zbadać, bo oszczędzali ludzie na świetle. Nie wiem, słabe żarówki były, takie oświetlenie słabe. I kiepsko z ogrzewaniem”⁸⁹.

W późniejszych badaniach często przywoływano również kwestię występowania rozmaitych pasożytów – owsików, glisty ludzkiej, tasiemca, jak też ogromny przez cały okres PRL problem próchnicy zębów. Przykładowo w woj. lubelskim w połowie lat 50. próchnicę zdiagnozowano u 49% dzieci w wieku 3–7 lat, u których też „na ogół nie zauważono zębów leczonych”⁹⁰.

Wykazane zaniedbania co najmniej do końca lat 50. nie były jednak tylko problemem środowisk wiejskich. Jak wynikało z raportu sporządzonego w połowie lat 50., w miastach obserwowano podobne zjawiska: wadę wzroku (krótkowzroczność) stwierdzono u 23% dzieci, 39% badanych w wieku 7–11 lat borykało się z próchnicą, 30% było zarobaczonych (z tego na terenie Warszawy: 25% dzieci w żłobkach, 58,9% – w przedszkolach, 74% dzieci szkolnych)⁹¹. Różne pasożyty dominowały w poszczególnych środowiskach. W 1957 r. na wsi najczęściej organizm dziecięcy zasiedlały glista ludzka, włosogłówka

⁸⁸ Zob. np.: AAN, MZiOS, sygn. 19/579, Stan zdrowia ludności w Polsce – materiały Rady ds. Rodziny 1979, k. 18–20.

⁸⁹ E.S., miejscowość Ż., woj. lubelskie.

⁹⁰ B. Wawrzyszuk, *Stan zdrowotny wsi na podstawie badań obozów zorganizowanych w 6 wsiach woj. lubelskiego*, w: *Oświata sanitarna na wsi...*, s. 16.

⁹¹ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, Zagadnienie opieki lekarsko-higienicznej i higieniczno-sanitarnej w zakładach nauczania i wychowania, k. 199.

i owsiki, w miastach zaś dominowały w tym czasie tasiemce i wielkocieńce jelitowy (*lamblia*)⁹². Skala zarobaczenia dzieci i dorosłych znana była w Ministerstwie Zdrowia. W obliczu wcześniej opisanych chorób zakaźnych i dziesiątkującej społeczeństwo gruźlicy czy błonicy problem zarobaczenia wydawał się jednak mało istotny. Jak stwierdzano w 1957 r.: „Zagadnienie zarobaczenia jest bezpośrednio związane ze stanem sanitarnym kraju, stanem kultury, oświaty i nawykami higienicznymi ludności, rozwojem urządzeń komunalnych i sanitarnych, ogólnie biorąc warunkami bytowymi. Dlatego postawienie obecnie dezyderatu masowej likwidacji robaczyc w naszym kraju nie wydaje się uzasadnionym, gdyż nawet przy bardzo dużym wysiłku służby zdrowia i olbrzymich wkładach finansowych nie osiągniemy zamierzonych rezultatów”⁹³.

W latach 80. inwazje pasożytnicze, powodujące najczęściej przewlekłe dolegliwości ze strony układu pokarmowego oraz niekiedy przekładające się na opóźniony rozwój fizyczny i umysłowy, wciąż stanowiły problem⁹⁴. Jednak ich skala (poza powszechną w środowiskach zamkniętych owsicą) była jednak znacznie mniejsza. Z uwagi na poprawę stanu higienicznego wiejskich domów i znacznie lepszą wiedzę z zakresu pielęgnacji i odżywiania dzieci zmniejszyła się procent małych pacjentów, u których diagnozowano krzywicę. Jak stwierdzała w latach 70. jedna z mieszkanek wsi: „krzywicę przedtem miało wiele dzieci, a teraz nie mają a jak jest to ją wyleczą lekarze”⁹⁵.

⁹² *Ibidem*, sygn. 1/32, Ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie robaczyc i plan ich zwalczania, k. 88.

⁹³ *Ibidem*.

⁹⁴ Zob. np.: *Stan zdrowia społeczeństwa w latach 80-tych*, „Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej” 1985, nr 4, s. 20.

⁹⁵ AIEiAK UJ, sygn. 4001, Medycyna ludowa choroby, leczenie, cz. 2, k. 154.

II.4. „Która baba nie urodzi jest jakby trącona” – czyli o zdrowiu wiejskich kobiet

„Bezdzietne kobiety na starość wszystkie takie. Które nie rodziły popadają w macierzyński obłąd, bo na mój rozum, rodzenie jest pierwszym powołaniem baby. Która baba nie urodzi jest jakby trącona”⁹⁶. W takich słowach jeden z bohaterów reportaży J. Grabowicza określał faktyczną przyczynę toczącego się w jego wsi dramatu rodzinnego. Niezależnie od niej komentarz sąsiada pośrednio zwracał uwagę na dwie interesujące z punktu widzenia historii zdrowia i choroby kwestie: z jednej strony w słowach autora widać ogromny ładunek kulturowej i jednocześnie biologicznej presji, jaka spoczywać musiała na wiejskich kobietach w związku z rozrodznością. Z drugiej zaś jego wypowiedź sugerowała jakąś wyjątkowość opisywanej przez niego sytuacji. W woj. lubelskim w II połowie lat 50. liczbę kobiet bezdzietnych (bezpłodnych) szacowano na ok. 4–6%, co – jak dowodzili badacze – świadczyło o tym, iż „wbrew ogólnie panującemu mniemaniu niepłodność była chorobą nierzadko spotykaną u kobiet wiejskich”⁹⁷. Jak wynika z badań, na przełomie lat 50 i 60. co dziesiąta młoda mężatka wiejska nie zachodziła w ciążę w ciągu pierwszych sześciu lat po ślubie⁹⁸. Generalnie jednak mieszkanki wsi rodziły często, choć – jak pokazują te same badania – aż u 9% stwierdzano jedno lub wielokrotne poronienie naturalne⁹⁹. Dla powojennego środowiska wiejskiego, co potwierdziły badania ogniskowe zrealizowane w 1961 r. we wsiach blisko Józefowa (woj. lubelskie), znamienne było wczesne i częste zachodzenie w ciążę – prawie co trzecia kobieta stawała się brzemienna

⁹⁶ J. Grabowicz, *Pożądanie w cieniu wierzb*, Warszawa 1979, s. 150.

⁹⁷ *Dalsze badania nad stanem zdrowia kobiet wiejskich...*, s. 166.

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ *Ibidem*.

przed ukończeniem 20. roku życia, zaś co czwarta ankietowana mieszkanka wsi rodziła minimum cztery razy¹⁰⁰.

Kwestia antykoncepcji i świadomego macierzyństwa teoretycznie docierać miała na wieś za sprawą pogadank i organizowanych w ramach szkół dla matek oraz późniejszych szkół zdrowia i kursów. Jak pokazałam we wcześniejszych rozdziałach, w praktyce bywało z tym różnie, a nierzadko wiele młodych matek po odchowaniu kilkumiesięcznego dziecka spodziewało się już kolejnego: „Biegam pędem po największych miedzach, nosze czubate kosze kartofli, worki nawet, próbuję różnych zasłyszanych sposobów, aby osiągnąć zamierzony skutek. Wszystko na próżno. Ono żyje i rośnie i nic sobie z tego nie robi, że zalewam się łzami. Przecież jedno ma dopiero parę miesięcy. Do tego chowam go jak znajdkę. Mąż złotówki nie daje bo nie ma, choć ciężko pracuje”¹⁰¹. Inna kobieta wspominała: „Piersi mi powykręcało z bólu, aż guzy pod pachami nagrzało, a ja musiałam drugie dziecko odłączyć od karmienia, bo czułam już ruchy następnego. Nieraz wzdycham: Boże mój, kiedy ja z tego wyrosnę. Wtedy zrozumiałam skąd się biorą niechciane dzieci. [...] W tę noc pierwszy raz pognałam chłopca. Było mi wszystko jedno – ja będę cierpieć na wszystkie strony, a on szuka amorów. Śpij do jasnej cholery, zabierz te ręce!”¹⁰²

Choć środki antykoncepcyjne były w tym czasie na wsi znane, zwykle jednak – z uwagi choćby na wykładnię Kościoła katolickiego – większość kobiet odrzucała je. W przywołanych wcześniej badaniach z 1961 r. wskazywano, że „na 521 przebadanych mężatek tylko pięć używało globulki Z, trzy posługiwało się kalendarzykiem małżeństwa, a u 1 środki zapobiegawcze stosowali mężowie. W olbrzymiej większości

¹⁰⁰ R. Sikorski, *Przemieszczenia narządu rodnoego kobiet wiejskich jako powikłanie poporodowe*, w: *Pamiętnik Zjazdu...*, s. 200.

¹⁰¹ *Być matką...*, s. 404.

¹⁰² *Ibidem*, s. 40.

przypadków małżeństwa uprawiają stosunki przerywane” – pisał badacz, zaznaczając jednocześnie, iż na wielodzietność wpływały nie tylko brak znajomości zasad świadomego macierzyństwa, ale „w dużej mierze fałszywe poglądy na życie płciowe, zapłodnienie”¹⁰³.

Brak tak pojętej wiedzy nie oznaczał jednak, iż niektóre z kobiet – tak jak opisywana wcześniej zdesperowana matka kilkumiesięcznego dziecka, biegająca po „największych miedzach” – nie próbowały „na własną rękę” zabezpieczać się przed niechcianą ciążą bądź za pomocą rozmaitych praktyk wywoływać poronienia. By dokonać tego ostatniego, stosowały niekiedy różne mieszanki ziołowe i zwracały się „o pomoc” do działających pokątnie „babeł”¹⁰⁴. Sztuczne poronienia zarówno przed, jak i po ustawie z 1956 r. były na wsi zjawiskiem tabuizowanym¹⁰⁵. Jak pokazuje wypowiedź jednej z moich rozmówczyń, która jako nastolatka przeniosła się na Ziemię Zachodnie, w pewnych kręgach wiedzano jednak, jak „rozwiązać” problem kolejnych ciąż i najczęściej też domyślano się, kto z sąsiedztwa z niego skorzystał: „Jak już byłam [starsza] to już trochę rozumiałam, że, jak [kobieta] nie chciała dziecka, była w ciąży, to pojechała do nas, w tamte strony i tam coś zrobiła, tak że dzieci nie miała. Tu u nas były takie trzy mężatki, nawet się zdarzyło, że moja bratowa tak zrobiła. I dzieci później nie miała”¹⁰⁶.

Niektóre kobiety, jak relacjonowały w pamiętnikach, zwracały się niekiedy do lekarzy z prośbą „o poradę” lub odpowiednie środki, jednak nie zawsze spotykały się ze zrozumieniem: „Po urodzeniu piątego pojechałam do Gniewu do bardzo

¹⁰³ R. Sikorski, *op. cit.*, s. 201.

¹⁰⁴ Zob. np.: J. Radzicki, *Znachorstwo w aspekcie medyczno-sądowym, prawnym i społecznym*, Warszawa 1961; B. Klich-Kluczewska, *Przypadek Marii spod Bochni. Próba analizy mikrohistorycznej procesu o aborcję z 1949 r.*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012, nr 2, s. 195–209.

¹⁰⁵ O zмовie milczenia zob. J. Radzicki, *op. cit.*, s. 236–237.

¹⁰⁶ M.M., miejscowość G., woj. zachodniopomorskie.

znanego lekarza, wybitnego specjalisty ginekologa, aby uzyskać poradę jak postępować by więcej dzieci nie było. Zbadał mnie, popatrzył z góry przez okulary i powiedział ostro: «Jesteś młoda i zdrowa jak koń, możesz drugie pięcioro urodzić, a jak nie, to nie śpij z chłopem». I nic więcej. No i widocznie po to tylko zostałam stworzona aby ciężko pracować i rodzić dzieci¹⁰⁷.

Z braku źródeł trudno ustalić, na ile stanowisko przywoływanego lekarza (ale też i jego pacjentki) było wyjątkowe. Jak czytamy w dokumentach, jeszcze w latach 70. profilaktyczne wizyty kobiet wiejskich u ginekologów należały raczej do rzadkości, ale także same kobiety nawet na wsiach podmiejskich (najszybciej modernizujących się i wzorujących na trendach miejskich) nie chciały przekonać się do antykoncepcji. Z badań przeprowadzonych pod koniec lat 60. przez J. Mariańskiego wynika, że na wsiach płockich prawie 59% kobiet wiejskich wyrażało dezaprobatę wobec stosowania dostępnych wówczas środków antykoncepcyjnych, zaś 30% aprobowало takie stanowisko¹⁰⁸. Nierzadko jednak gotowość akceptacji „świadomej regulacji macierzyństwa” była tylko deklaratywna¹⁰⁹.

Mentalna ambiwalencja i tkwienie kobiet między realnymi możliwościami lub potrzebami a zewnętrznymi oczekiwaniami, wiarą i pobożnością powodowały, że niejedna z nich z trudem odnajdywała się w takiej sytuacji: „Jeden mówi, że zapobieganie to grzech, lekarz mówi, że mam anemię i na razie nie mogę więcej rodzić, a chłop w domu nie daje za wygraną. Ciężko żyć i umrzeć szkoda – księdza się bój, doktora się bój, chłopą się bój, dzieci się bój. I tak człowiek żyje jak pod miedzą – nie wiadomo, w którą stronę uciekać¹¹⁰”.

¹⁰⁷ *Być matką...*, s. 228–229.

¹⁰⁸ J. Mariański, *Dynamika przemian postaw moralnych ludności wiejskiej*, „Kultura i Społeczeństwo” 1979, nr 4, s. 285. O tym zjawisku piszę także w książce *Mentalność ludności wiejskiej...*, *passim*.

¹⁰⁹ J. Mariański, *op. cit.*, s. 285.

¹¹⁰ *Być matką...*, s. 417.

Jak pokazywali w swoich pracach lekarze badający stan zdrowia mieszkańców wsi, najbardziej obciążająco na kobiece organizmy nie oddziaływały wcale kolejne porody lub ewentualne aborcje. Choć towarzyszące ich przebiegowi i niezależne urazy także miały swoje następstwa¹¹¹, to jednak najbardziej degradującym kobiece zdrowie czynnikiem była wykonywana zarówno przez ciężarne kobiety, jak i poporodowe rekonwalescentki zbyt ciężka praca fizyczna. Na początku lat 60. w woj. lubelskim większość kobiet wiejskich (79,5%) odpoczywała nie dłużej niż 7 dni. Co piąta matka (18%) wracała do pracy fizycznej po 2–3 dniach, zaś niecały 1% już następnego dnia po rozwiązaniu¹¹².

„Teściowa nieraz mówiła, że teraz to się baby pieszczą, bo ona w wieczór urodziła, a rano brała sierp i szła do żniw i wytrzymała”¹¹³ – wspominała w latach 60. jedna z pamiętnikarek. Konsekwencje zdrowotne takiego podejścia dawały jednak szybko o sobie znać. Zbyt duży i zbyt szybko podejmowany po porodzie lub ciężkich chorobach wysiłek fizyczny często prowadził do poważnych komplikacji. Stany zapalne, przesunięcia, a w skrajnych przypadkach wypadnięcia narządów rodnych na przełomie lat 50. i 60 mogły dotyczyć nawet co czwartej wiejskiej matki (i ok. 70% kobiet powyżej 40. roku życia), choć oczywiście nie bez znaczenia była „osobnicza predyspozycja” do tego rodzaju schorzeń¹¹⁴. W tym czasie rolniczki takie przypadłości rzadko leczyły w ośrodku zdrowia lub u ginekologa. Najczęściej – jak opowiadały mieszkanki małopolskich wsi – przeprowadzano odpowiednie masaże oraz tzw. nastawianie macicy. Zabiegi te wykonywały zwykle babki bądź „kobiety

¹¹¹ O sytuacji takiej przejmująco i nieco drastycznie pisała jedna z międzywojennych lekarek.

¹¹² *Dalsze badania nad stanem zdrowia kobiet wiejskich...*, s. 166.

¹¹³ *Być matką...*, s. 39.

¹¹⁴ *Dalsze badania nad stanem zdrowia kobiet wiejskich...*, s. 104. Zob. też: R. Sikorski, *op. cit.*, s. 204.

znające się na dolegliwościach kobiecych”. Najczęściej były to domorośle położne asystujące przy porodach¹¹⁵. „Jeżeli macica tylko nieznacznie się obsunęła to masowano brzuch ku górze rozartym macicznym ziele, a gdy stwierdzono, że macica jest już na «swoim miejscu» obwiązywano go ciasno pasami płótna, aby z powrotem nie usunęła się”¹¹⁶ – opowiadała krakowskiemu etnografowi jedna z kobiet. „Po takim zabiegu należało przez kilka przynajmniej godzin poleżeć spokojnie, a potem uważać na siebie i nie wykonywać ciężkich prac; zwłaszcza dźwiganie i podnoszenie ciężarów było szkodliwe i mogło spowodować ponownie wypadnięcie macicy. Dlatego wtedy na brzuchu chorej stawiano tak jak bańkę garnek pojemność 1 l, który miał ostatecznie wyciągnąć macice na swoje miejsce, ustawić ją. Po takim zabiegu obowiązywało przynajmniej jednodniowe leżenie, a kobieta winna była bardzo «oszczędzać się i uważać na siebie». Innym sposobem było natrząsanie i wstrząsanie. Zabieg ten był kłopotliwy i bardzo nieprzyjemny dlatego kobiety niechętnie go stosowały, chociaż był skuteczniejszy od podanych wyżej. Polegał na tym, że chorą brało się za nogi i potrząsało silnie aby macica «wpadła na miejsce». Do tego zabiegu potrzebnymi byli dwaj silni mężczyźni, korzy stojąc na stole potrząsali chorą. Po każdym wstrząśnięciu «babka» masowała brzuch chorej. Zabieg powtarzano kilkanaście razy. Potem ciasno obwiązywano brzuch a chora musiała przez kilkanaście godzin spokojnie leżeć”¹¹⁷ – relacjonował wypowiedź swej informatorce badacz. Wnioskować można zatem, iż przyczyna występowania tak pojętych schorzeń była kobietom na ogół znana, jednak styl i higiena rolniczej pracy nie sprzyjały profilaktyce. O tym, jak bardzo przypadłość ta mogła być dla

¹¹⁵ AIEiAK UJ, sygn. 2328, Lecznictwo wiejskie, Rycerska Góra, pow. Żywiec, 1966, k. 19–20.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ *Ibidem*.

niektórych kobiet bolesna, pisała w swoim pamiętniku (naturalistycznie) Zofia Karasiówna¹¹⁸.

Kontakt z ginekologiem i konsultowanie tego rodzaju problemów zdrowotnych dla wielu kobiet były niezwykle krępujące. Jedna z moich rozmówczyń, w 1950 r. kilkunastoletnia dziewczyna, stwierdzała: „pójdzie, obnażenie się przed ginekologiem, było dla kobiety bardzo wstydlive. [...] kobiety się zwierzały same pomiędzy sobą. Jeżeli kobieta miała krwotoki częste piły przeważnie pokrzywę, nasiadówki robiły, podmywały się. Natomiast do ginekologa się z takimi rzeczami nie chodziło”¹¹⁹.

O kobiecym lęku i zawstydzeniu związanym z wizytą u ginekologa opowiadał również jeden z pamiętnikarzy, który gdy po upływie roku od ślubu wciąż nie doczekał się potomka, zasugerował kobiecie wizytę u specjalisty: „Pewnego dnia mówię żonie «Wiesz co kochana, może byś ty pojechała do lekarza na zbadanie». «Ależ ja się wstydzę, żeby to kobieta była, to może». Ja na to «To nie chodź do lekarza, jedź tam, gdzie jest kobieta lekarz». Żona mnie zrozumiała i postanowiła jechać. Wybrała się pewnego dnia. Po powrocie mi opowiedziała żona: «Ja, gdybym wiedziała, że tak będzie, to bym wcale nie pojechała. Kazała mi się rozebrać, że ja się tak nawet nie rozbierałam przy obcych ludziach, ale jak krzykła na mnie: »Męża się pani nie wstydziła!«. Ja dopiero się rozebrałam i wiesz, był duży feler, zrobiła sprostowanie szyjki, tak mi

¹¹⁸ „Upłynęło chyba dwanaście lat od porodu podczas którego nastąpiło pęknięcie krocza. Kobieta urodziła jeszcze siedmioro dzieci. Ma trzydzieści dwa lata. Wygląda na pięćdziesiąt. Chodzi i pracuje, kopie w polu. Nosi konewki, dźwiga snopki. A pomiędzy nogami płąta się worek wielkości głowy dziecka, pokryty ropiejącymi ranami. Straciły wewnątrzności oparcie od dołu. Macica zsuwała się coraz niżej. Wreszcie opadła całkiem. Pochwa wyrwała się na lewa stronę jak rękaw. Wisi to wszystko i ociera się o nogi. Zawadza przy pracy. Boli”.

Pamiętniki lekarzy..., (Kraków 1987), s. 48.

¹¹⁹ M.N., miejscowość L., Ż., woj. lubelskie.

mówiła i przeznaczyła coś do picia. Po tym ma być wszystko, jak się należy»¹²⁰.

Niechęć do kontaktu z ginekologiem powszechna była nie tylko w latach 50. Także w kolejnych dwóch dekadach wizyta u takiego lekarza w wielu wypadkach wymagała sporego wysiłku. Na początku lat 60. podczas prowadzonych we wsiach lubelskich badań specjalistyczno-ginekologicznych ok. 60% kobiet zgłosiło się na takie badanie po raz pierwszy w życiu¹²¹, a wiele z nich zrobiła to tylko dzięki namowie zaufanych sąsiadek. Także materiały z lat 70. pokazują, że kontakt z tym specjalistą wiązał się z odczuwaniem wstydu, nie tylko przez chłopki. W 1974 r. jedna z mieszanek małego miasta pisała w liście do „Przyjaciółki”: „od dwóch lat nieregularnie miesiączkuję, od kilku tygodni odczuwam bóle w dole brzucha. Pracuję i skończyłam już 23 lata, ale mimo to nie mam odwagi pójść do ginekologa, bo w naszym miasteczku, nie śmie zrobić tego żadna dziewczyna. Stanie się ofiarą plotek i oszczerstw”¹²². O podobnych obawach i konieczności przekonywania wiejskich kobiet do pierwszej wizyty u ginekologa pisano również rok wcześniej na łamach „Zdrowia Publicznego”, opierając się na przykładzie wsi w woj. łódzkim¹²³.

Bagatelizowanie przez kobiety wielu (nie tylko ginekologicznych) schorzeń lub też ich samoleczenie i odkładanie wizyty u lekarza wpisywało się we wcześniej zarysowany przeze mnie system wiejskiego leczenia, w którym do 1972 r. tylko kobiety ciężarne i położnice objęto bezpłatnymi świadczeniami zdrowotnymi. Leczenie kobiecych przypadłości niezwiązanych z ciążą było pełnopłatne, co niewątpliwie w jakimś stopniu

¹²⁰ *Gospodarstwo i rodzina. Pamiętniki*, wstęp. J. Chałasiński, wybór i oprac. D. Gałaj, F. Jakubczak, seria: „Młode Pokolenie Wsi Polskiej Ludowej”, t. 5, Warszawa 1968, s. 4.

¹²¹ B. Wawrzyszuk, *op. cit.*, s. 14.

¹²² „Przyjaciółka” 1974, nr 41, s. 13.

¹²³ „Zdrowie Publiczne” 1973, t. 84, nr 2, s. 141.

tłumaczyć mogło nawyki rolniczek. Bezpłatne, lecz wymagające wizyty u ginekologa było jednak leczenie chorób wenerycznych, co niewątpliwie również odstraszało obawiające się plotek i pomówień kobiety. Częstotliwość zasięgania porad lekarskich ograniczały też kobiety zakres obowiązków domowych i czas pracy (zwykle kilka godzin dłuższy niż w przypadku mężczyzn) oraz możliwości komunikacyjne i odległości.

Opisane praktyki i stosunek wiejskich kobiet do własnego zdrowia stały się niewątpliwie zauważalną tendencją. Jak pokazują jednak źródła, zdarzały się też sytuacje, gdy już przy kilku pierwszych niepokojących objawach świadczących o chorobie wiejskiej gospodyni (krwawienia, silne bóle itp.) szukano pomocy lekarza, a jeśli diagnoza potwierdzała chorobę szczególnie niebezpieczną, nierzadko pogrążając lub zadłużając całą gospodarkę, podejmowano leczenie specjalistyczne¹²⁴.

Stanowisko wobec chorującej (i jej choroby) uzależnione było jednak od szeregu czynników – wiele bowiem zależało od dochodowości danego gospodarstwa, panujących między małżonkami relacji oraz wyznawanych przez nich wartości i charakteryzującej ich świadomości zdrowotnej.

II.5. (Nie)męskie chorowanie?

Oczywiście choroby ginekologiczne nie były jedynymi schorzeniami, z którymi borykać musiały się na co dzień wiejskie gospodynie oraz ich matki bądź córki. Podobnie jak mężowie, synowie czy ojcowie, także i one chorowały na dziesiątkujące całe polskie społeczeństwo choroby zakaźne – w tym tzw. choroby społeczne, tj. gruźlicę i choroby weneryczne. Te ostatnie, mimo charakterystycznego dla zamkniętych społeczności systemu społecznej

¹²⁴ G.S., miejscowość S., woj. zachodniopomorskie; M.M., miejscowość G., woj. zachodniopomorskie.

kontroli, również w okresie tużpowojennym nie stanowiły na wsi rzadkości. Faktem jest jednak, iż znacznie częściej spotykano je wśród mieszkańców wsi uspołecznionych i upaństwowionych, zaś częściej diagnozowano je u przedstawicieli płci męskiej.

W materiałach obejmujących lata 60. znajdują się tylko zbiorcze statystyki zachorowań na choroby weneryczne, dlatego trudno oszacować, jaka była zachorowalność na kiłę i rzeżączkę w środowisku wiejskim. Najwyższe dla całej Polski wskaźniki odnotowywano jednak zasadniczo w dwóch województwach – szczecińskim i gdańskim¹²⁵. O tym, że choroby te nie omijały również rolników (a tym bardziej robotników rolnych i chłoporobotników), świadczą materiały z narad członków Kolegium Ministerstwa Zdrowia. W 1955 r. mówiono o wyjątkowo złej pod tym względem sytuacji na terenie woj. szczecińskiego, w którym brakowało obsady specjalistycznej. Poza Szczecinem „teren województwa nie posiada ani jednego lekarza specjalisty w tej dziedzinie, bazując na obsadzie felczerskiej, w niektórych przypadkach na lekarzach innej specjalności zatrudnionych na kilka godzin dziennie. Wobec braku fachowych kadr praca Wojewódzkiej Przychodni Skórno-Wenerolog. nie jest konsultacyjną. Wykonuje ona pracę usługową. Na skutek tego na 28 tysięcy 600 zarejestrowanych chorych na kiłę – tylko 3 tys. zostało przebadanych ze wskazaniem do dalszego postępowania, reszta chorych czeka na badania”¹²⁶.

Jak wskazywano dalej, także działania na rzecz wykrywania i leczenia tych chorób wciąż nastroczały wielu problemów: „Z uwagi na dużą zachorowalność na choroby weneryczne w PGR-ach – ekipa złożona z 2 pielęgniarek i 1 lekarza dojeżdżała do PGR, z małym jednak rezultatem, z uwagi na niewłaściwe

¹²⁵ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 49; AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/23, Protokół nr 43/55 z posiedzenia KMZ w Krakowie w dn. 19 grudnia 1955, k. 25.

¹²⁶ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia KMZ w dn. 25 listopada 1955 w Szczecinie, k. 49.

podejście do tej akcji kierownictwa PGR. Wobec dużej zachorowalności na rzeżączkę przeprowadzono masowe leczenie kobiet w Świnoujściu pod pozorem dokonywania szczepień ochronnych. Akcja ta dała dobre rezultaty¹²⁷. Problem niezgłaszania także przez niektórych lekarzy i felczerów wykrytych bądź podejrzewanych przypadków kiły i rzeżączki nie był zjawiskiem wyjątkowym, tym bardziej że wielu pacjentom, leczącym się odpłatnie (prywatnie), bardzo zależało na dyskrecji. O powszechności tej praktyki i zjawisku leczenia chorób „na własną rękę” u zaprzyjaźnionych felczerów lub pielęgniarek informowano m.in. podczas omawiania sytuacji w woj. koszalińskim w 1955 r.¹²⁸

To jak ważną rolę – zarówno w kontekście chorób wenerycznych, jak i innych chorób uznawanych za wstydlive (np. gruźlicy) – odgrywała w małych środowiskach dyskrecja, wspominałam już wcześniej, przywołując historię dziewiętnastoletniej dziewczyny zarażonej chorobą przez niewiele od niej starszego (i jedyne) partnera. Społeczne konsekwencje upublicznionej różnymi drogami diagnozy były dla niej druzgocące. Pobita przez matkę, wyrzucona z domu i napiętnowana przez najbliższe otoczenie, zmagająca się z osamotnieniem w trakcie leczenia szpitalnego (nieodwiedzana przez najbliższych). Po skończonej terapii, mimo upływu czasu, przebywając w miejscach publicznych, wciąż jeszcze słyszała nieprzyjemne komentarze i uwagi otoczenia na swój temat¹²⁹.

Trudno oczywiście stwierdzić, jak często taki mechanizm napiętnowania miał miejsce oraz czy w rzeczywistości informacja o chorobie wenerycznej przedostawała się do wiedzy publicznej¹³⁰. W przypadku społeczności i załóg PGR, charak-

¹²⁷ *Ibidem*.

¹²⁸ *Ibidem*, sygn. 1/21, Działalność służby zdrowia woj. koszalińskiego, k. nlb.

¹²⁹ APR, sygn. B-6762a, *Popołudnie z młodością – o chorobach wenerycznych*, red. B. Markowska (1968).

¹³⁰ Trudno powiedzieć, czy w przypadku chorób wenerycznych na wsi dostrzegane były zjawiska ogólnopolskie, w tym najważniejsze z nich związane

teryzujących się dużą mobilnością i płynnością, zachowanie anonimowości z pewnością było łatwiejsze. Jak sugerują wypowiedzi niektórych wiejskich mieszkańców, często jednak bez „przecieku” z ośrodka zdrowia wiedziano bądź podejrzewano, kto boryka się z tego rodzaju chorobą, tym bardziej gdy nieleczona (lub leczona zbyt późno) dawała już wyraźne objawy skórne: „Kiła to bardzo brzydko choroba, jak jeden ma to zaraz cała rodzina dostanie – mówił jeden z chłopów – rodziny z kiłą izolowane były na wsi, ludzie bali się ich – dodawał, puentując: widno było, że chory bo śmierdział i pryszczami był osuty”¹³¹.

Gdy leczenie podejmowano stosunkowo wcześniej – zwłaszcza w przypadku kiły – mogło to pomóc w ukryciu schorzenia przed wiejską opinią publiczną. Ważne było jednak zachowanie dużej ostrożności. Jej echa widać m.in. w relacji jednej z młodych kobiet, która będąc dzieckiem, zachorowała na pogłębiającą się z czasem grzybicę głowy. Jako dorosła (i pracująca w PGR) kobieta rozpoczęła leczenie na Oddziale Skórno-Wenerologicznym. Przychodząca ze szpitala na jej domowy adres korespondencja stała się jednak przyczyną dużego popłochu w gronie domowników: „Siostra gdy odjeżdżała ode mnie powiedziała, jak jeszcze będziesz pisać list do domu, to nie podawaj adresu nadawcy. Blok, w którym leżałam był skórno-weneryczny i gdyby ktoś z sąsiadów, a może listonosz, przeczytał ten adres – to przynosiłoby rodzinie ujmę. Dała mi do zrozumienia że wstydzi się tego, że ja leżę w szpitalu. Dla mnie

z obserwowanym w latach 50. spadkiem zachorowań i ich nagłym wzrostem w II połowie lat 60. (ok. lat 1965–1967). Dokładniejsze w latach 70. statystyki pokazują, że w tym czasie choroby te dominowały już jednak nie tyle na Ziemiach Zachodnich, ale przede wszystkim w środowisku miejskim. W tym czasie także zdecydowanemu spadkowi na wsi uległa liczba przypadków kiły wrodzonej, co – jak podkreślano – stanowiło bezpośrednią konsekwencję obowiązkowych badań kobiet w ciąży i położnic.

¹³¹ AIEiAK UJ, sygn. 2327, Lecznictwo wiejskie, k. 15.

nieważny był adres. Ważne było to, że jestem zdrowa. Adresu się nie wstydziałam”¹³².

List z Oddziału Wenerycznego, niezależnie od swej treści, gdyby wpadł w niepowołane ręce (lub oczy), mógł w znacznym stopniu zaszkodzić pozycji rodziny. Niewykluczone, iż to właśnie połączenie obu oddziałów sprawiało, że tak częste na wsi choroby skórne (zazwyczaj związane z chorobami odzwierzęcymi) były zarówno przez rolników, jak i pracowników PGR leczone niechętnie. Być może jednak nie istniał tu żaden związek, a niechęć do leczenia chorób skórnych wynikała z innych przyczyn. O tym jednak, że połączenie siedziby Poradni Skórno-Wenerologicznej z innymi poradniami budziło u niektórych opór, pokazują pośrednio materiały z Lubartowa, w którym poradnia skórno-wenerologiczna funkcjonowała w tym samym lokalu co poradnia K. W wytycznych Wydziału Zdrowia Wojewódzkiej Rady Narodowej, przesłanych do poradni w 1956 r. po uprzedniej kontroli placówki, stwierdzano bowiem kategorycznie, by „przenieść poradnię K do innego pomieszczeni gdyż konieczna jest izolacja od Poradni Skórno-Wenerologicznej”¹³³. Niezależnie od tego, czy ów nakaz wynikał z problemów związanych z frekwencją, czy też trudności organizacyjnych, wiadomo, iż choroby skórne, w tym grzybice odzwierzęce, stanowiły dość powszechny rodzaj schorzeń u wiejskich kobiet i mężczyzn. Grzybice – obok dolegliwości oddechowych – już w II połowie lat 50. uznawać zaczęto bowiem za rodzaj rolniczych chorób zawodowych. Dotyczyły one zwłaszcza osób zajmujących się hodowlą zwierząt, czyli najczęściej kobiet (dojarek) w PGR.

¹³² *Czyste wody moich uczuć*, wybór, oprac., wstęp B. Tryfan, Warszawa 1975, s. 265.

¹³³ APL, PGRN, pow. lubartowskiego, sygn. 23, Nadzór nad działalnością placówek służby zdrowia 1955–58, k. 12.

Zawód: rolnik

Charakter pracy rolniczej – związanej z produkcją zarówno rolną, jak i hodowlaną – powodował, że ciągle stykanie się ze zwierzętami, paszami, nawozem, glebą czy maszynami rolniczymi generowało szereg specyficznych zagrożeń zdrowia. I chociaż chorobami zawodowymi występującymi w wiejskim/rolniczym środowisku pracy zajmowali się od początku lat 50. lubelscy badacze, to dopiero Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników z 20 grudnia 1990 r., powołująca do życia Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), wprowadziła do polskiego prawa pojęcie rolniczych chorób zawodowych, a od 1992 r. zaczęto dokonywać bardziej rzetelnej statystyki tychże chorób. Nie oznacza to jednak, że również wcześniej nie prowadzono badań nad konsekwencjami zdrowotnymi pracy rolniczej. Choć z uwagi na system ubezpieczeń prawo do jakichkolwiek świadczeń i odszkodowań z tytułu chorób wynikłych na skutek pracy mieli wyłącznie pracownicy sektora państwowego, to jednak analizy lubelskich badaczy skupionych w IMPiHW odnosiły się nie tylko do rolnictwa państwowego¹³⁴. Prowadzone w pierwszym dziesięcioleciu istnienia instytucji prace przyczyniły się niewątpliwie do rozbudowy nieformalnego spisu rolniczych chorób zawodowych. Szerzenie się, zwłaszcza w państwowych przedsiębiorstwach rolnych w latach 50., odzwierzęcych chorób zakaźnych wiązało się nie tylko z brakiem nawyków higienicznych panujących wśród personelu, ale również z fatalnymi warunkami sanitarnymi w tych przedsiębiorstwach i tzw. wielkostadnej gospodarce hodowlanej. Przypadki gruźlicy i brucelozy w pegeerowskich, spółdzielczych i wiejskich oborach nie były rzadkością, mimo iż w 1948 r. rozpoczęła się akcja zwalczania chorób bydła zwierzęcego. Zdaniem niektórych epidemiolo-

¹³⁴ Zob. *Księga pamiątkowa...*, *passim*.

gów w 1951 r. akcja przybrała na sile¹³⁵, jednak – jak dowodził Czarnecki – wciąż co najmniej do 1962/1963 r. zwierzęta hodowlane w Polsce nie były wolne od tych jednostek chorobowych, a liczba zainfekowanych pracowników ich obsługi nie malała. Najgorzej sytuacja wyglądała w gospodarstwach państwowych, w których – jak szacował badacz – blisko 40% bydła miało być nosicielami chorób potencjalnie niebezpiecznych dla oborowych, dojarek, owczarzy, mleczarzy i weterynarzy. Choć w spółdzielniach produkcyjnych liczba zainfekowanych zwierząt była niższa (ok. 25%), zaś jeszcze mniejsza miała być w gospodarstwach indywidualnych, to łącznie w całym kraju mniej więcej co czwarta krowa rzeźna bądź mleczna mogła chorować¹³⁶. Najwięcej zainfekowanego bydła było w woj. poznańskim i bydgoskim, jako obszary o najmniejszym zagruzłiczeniu typowano zaś woj. białostockie, lubelskie i rzeszowskie (6–7%)¹³⁷.

Bruceloza, ale też toksoplazmoza, objawiając się bólem głowy, stawów czy gorączką, mogły być często ignorowane i traktowane jako schorzenia mniej istotne i przemijające. Jak pokazywały bowiem relacje z lat 70., na wsi przynajmniej jakaś część mieszkańców nie wiązała dotyczących ich chorób z obecnością zwierząt, twierdząc m.in., iż „ze zwierząt nie przechodzą choroby, bo zwierzę ma inny organizm niż człowiek”¹³⁸. Przekonania tego nie podzielali jednak wszyscy, gdyż w rozmowach chłopów z etnografami wielokrotnie ujawniała się wiedza o niektórych schorzeniach odzwierzęcych. „[...] od owiec można dostać świerzbicy, parchów [...] przez mleko chorej krowy można dostać gruźlicy”¹³⁹ – stwierdzał jeden z pytanych.

¹³⁵ D. Seroka, A. Przybylska, *Bruceloza*, w: *Choroby zakaźne i ich zwalczanie...*, s. 161.

¹³⁶ E. Czarnecki, *Choroby odzwierzęce...*, s. 149.

¹³⁷ *Ibidem*.

¹³⁸ AIEiAK UJ, sygn. 4001, cz. 2, *Medycyna ludowa choroby, leczenie, zęby*, k. 147.

¹³⁹ *Ibidem*.

Rzadko jednak hodowlę zwierząt lub kontakt z inwentarzem żywym (zwłaszcza w przypadku dzieci) traktowano w kategoriach jakiegś formy zagrożenia zdrowia. Grzybice odzwierzęce, jak pokazywał przykład Pomorza Zachodniego, były zjawiskiem dość częstym na przełomie lat 50. i 60. i dotyczyły także środowisk miejskich (ok. 10–20% przypadków na 70–80% obserwowanych na wsi), występując jako zjawisko endemiczne¹⁴⁰. Także grzybica strzygąca (grzybica głowy), skutkująca łysieniem i bliznowaceniem skóry głowy, w latach 50. pojawiała się często¹⁴¹. Jak widać w badaniach z Pomorza Zachodniego, przeważnie chorowali „pracownicy spółdzielni produkcyjnych, rolnicy indywidualni zatrudnieni jako oborowi, pastuchy, stajenni lub traktorzyści” lub też – jak w woj. lubelskim – ponad połowę zarejestrowanych przypadków stwierdzono u kilkuletnich dzieci. Dane te jednak były mocno niedoszacowane, gdyż chorzy często lekceważyli doskwierające im schorzenie bądź też leczyli je „bez właściwego rozpoznania”¹⁴². Wiele rzecz jasna zależało od stopnia zaawansowania choroby. Choć na temat schorzeń skórnych (nie tylko odzwierzęcych) nie udało mi się odnaleźć zbyt wielu wspomnień, to – jak sugeruje zapis w pamiętniku jednej z wiejskich kobiet, od dzieciństwa zmagającej się z silną grzybicą głowy – sytuacja społeczna i stosunek najbliższego otoczenia mogły być brutalne: „Odkąd zaczynam pamiętać chorowałam na grzybicę skóry. Grzybica atakowała mi głowę. Początkowo była to mała ranka, z której wydzielala się ciecz o nieprzyjemnym zapachu [...]. Po jakimś czasie zaczęły wypadać mi włosy. Z tego powodu miałam duże przykrości w szkole [...]. W domu siostra z mamą też wolały przebywać z daleka. Jedynym moim przyjacielem był ojciec

¹⁴⁰ H. Prochacki, A. Drojecki, S. Bieluńska, *Grzybice odzwierzęce występujące u ludzi na terenie woj. szczecińskiego*, w: *Księga pamiątkowa...*, s. 106.

¹⁴¹ Według danych rocznie na grzybicę głowy chorowało ok. 2–3 tys. ludzi (tyle zgłoszeń rejestrowano). *Ibidem*.

¹⁴² *Ibidem*.

i wierny wilczur Morus [...]. Już jako 16-letni podłotek prosiłam mamę żeby poszła ze mną do lekarza [...] wymawiała się chorobą (ojciec wówczas chorował na gruźlicę). W domu zaczęto mnie uważać za parszywą owcę, zwłaszcza starsza siostra i mama. Do obiadu dla brata i siostry nakrycie było na stole, dla mnie i dla ojca matka podawała na małym stoliczku stojącym w rogu kuchni¹⁴³.

Chociaż relacja jest niezwykle poruszająca, to jednak pokazuje istniejący mechanizm separowania osób dotkniętych chorobami zakaźnymi od reszty domowników. Takie środki ostrożności – jak zobaczymy w kolejnym rozdziale, dotyczącym gruźlicy – nie zawsze były jednak stosowane. Także stadium choroby miało znaczenie. W przypadku rzucających się w oczy i zaawansowanych owrzodzeń, krost i blizn unikanie kontaktu zdarzało się zdecydowanie częściej. Niepodejmowanie leczenia schorzeń skórnych nie zawsze jednak było spowodowane brakiem środków finansowych i ograniczeniami w dostępie do państwowej służby zdrowia. Jak pokazały bowiem badania J. Schwanna, w wielu PGR, w których w latach 50. i 60. pojawiały się ogniska epidemiczne tzw. guzków krowich (wywołanych wirusem z grupy ospy), zainfekowani nimi pracownicy i pracownice nie zgadzali się na przyjęcie ich do kliniki dermatologicznej, mimo iż ich dłonie pokrywały twarde guzy uniemożliwiające pracę przez kilka tygodni¹⁴⁴. Trudno jednak stwierdzić, czy wiedza o samoistnym ustępowaniu tego rodzaju schorzenia (podobnie jak w przypadku tzw. niesztowicy zakaźnej wywoływanej przez wirus ospy owczej) była pracownikom obsługi bydła znana, czy też zadziałał efekt przypadku.

Rolnicze choroby zawodowe nie sprowadzały się jednak wyłącznie do chorób odzwierzęcych. Na przełomie lat 50. i 60.

¹⁴³ *O równy start...*, s. 33 czy *Czyste wody moich uczuć...*, s. 260.

¹⁴⁴ J. Schwann, *Guzki dojarek jako choroba zawodowa pracowników zatrudnionych przy hodowli bydła*, w: *Księga pamiątkowa...*, s. 125.

wielokrotnie w analizowanych materiałach reumatoidalne zapalenie stawów (gościec stawowy) określane było mianem schorzenia zawodowego tej grupy społecznej¹⁴⁵. Gościec, stanowiący przewlekłą chorobę atakującą różne stawy i narządy, objawiał się postępującym bólem, sztywnością i obrzękiem stawów, a nieleczony prowadzić mógł do poważnej niesprawności. Współcześnie choroba ta nie jest kojarzona z pracą w rolnictwie, a jej przyczyn upatruje się w czynnikach genetycznych.

Kolejną grupę schorzeń, które doskwierały rolnikom przez cały analizowany okres, stanowiły choroby układu oddechowego. Podczas prowadzonych w II połowie lat 50. badań we wsiach w woj. lubelskim stwierdzano, iż schorzenia układu oddechowego dotyczyć miały prawie jednej trzeciej przebadanych mieszkańców, z tego u ponad połowy zdiagnozowano rozedmę płuc (60%)¹⁴⁶. Dane te tłumaczono przede wszystkim warunkami pracy: „działaniem czynników atmosferycznych przy pracach polnych, pracą w kurzu, niedostateczną odzież w warunkach narażających na przeziębienie”¹⁴⁷.

Problem schorzeń oddechowych narastał wraz z czasem. O tym, jak powszechny musiał być w latach 70., świadczy fakt, iż w 1976 r na posiedzeniu Rady Naukowej IMPiHW postulowano wprowadzenie nazwy „płuca rolnika” jako określenia jednostki chorobowej, stwierdzając, „iż rok lub dwa będzie możliwe zgłoszenie tego schorzenia jako odrębnej jednostki chorobowej w wykazie chorób zawodowych”¹⁴⁸. Inne określenie pojawiające się w materiałach to „płuco hodowcy ptaków”, używane w kontekście pracowników zakładów drobiarskich¹⁴⁹.

¹⁴⁵ E. Czarnecki, *Zagadnienia higieny sanitarnej w PGR i POM*, w: *Księga pamiątkowa...*, s. 67.

¹⁴⁶ *Badania stanu higieny wsi Gołęb*, w: *Stan zdrowotny i higiena...*, s. 83.

¹⁴⁷ *Ibidem*.

¹⁴⁸ AAN, MZiOŚ, sygn. 10/13, Posiedzenie Rady Naukowej IMPiHW, protokół z posiedzenia 1976, k. 6.

¹⁴⁹ *Ibidem*, sygn. 10/28, Sprawozdanie z działalności IMPiHW w roku 1973, k. 71.

Co ciekawe, w oficjalnych statystykach uwzględniających roczną liczbę przypadków chorób zawodowych w sektorze rolniczym (upaństwowionym), w 1966 r. na 92 zarejestrowane schorzenia ok. 60 stanowiły zatrucia, zaś pozostałe dotyczyły głównie chorób zakaźnych i inwazyjnych (27)¹⁵⁰. W latach 70. ogólna liczba przypadków rosła (osiągając ok. 200 rocznie), jednak pod względem rodzaju schorzeń nie odnotowywano większej zmiany, a opisywane przez lubelskich badaczy choroby płuc i układu oddechowego nie znajdowały w oficjalnych statystykach odzwierciedlenia¹⁵¹. Z jednej strony wynikało to z niskiej zgłaszalności przez chłopów, rolników czy robotników rolnych tego rodzaju schorzeń w ośrodkach zdrowia, z drugiej zaś powiązane mogło być z innym ich diagnozowaniem, tj. niełączeniem występowania tych przypadłości ze sferą pracy. To samo dotyczyło również schorzeń skórnych, które – jak udowodnił w oparciu o badania z lat 90. Radosław Śpiewak – były albo na wsi bagatelizowane, albo leczone we własnym zakresie i nietraktowane jako choroby zawodowe¹⁵².

Wskazywana w oficjalnych statystykach wysoka liczba zatruc w rolnictwie wiązała się ze zjawiskiem chemizacji – powszechniejącym stosowaniem środków owadobójczych, nawozów, pestycydów. Środki te, ułatwiając i przyspieszając rolniczą (zwykle roślinną) produkcję, często jednak szkodziły zdrowiu. Jak pokazują materiały, dostrzegana wielokrotnie w przypadku rolników indywidualnych (ale nie tylko) nieznajomość zasad prawidłowego ich dozowania czy stosowania (np. konieczność dokonywania oprysków „z wiatrem”), brak odzieży ochronnej oraz nieodpowiednie zabezpieczanie nieużytych pozostałości nierzadko powodowały, że zatrucia chemiczne zdarzały się nie tylko gospodarzom, ale i całym rodzinom. „[...] preparaty

¹⁵⁰ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 82–83.

¹⁵¹ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1976*, Warszawa 1977, s. 24–25.

¹⁵² R. Śpiewak, *Dermatozy zawodowe u rolników*, Lublin 2002, s. 11–12.

chemiczne często bardzo toksyczne są rozsiewane bez należytego zabezpieczenia, z pominięciem stosowania odzieży ochronnej, rękawic, okularów. Opakowania po nawozach sztucznych i pestycydach używa się do różnych innych celów w gospodarstwie co powoduje nieraz zatrucia i choroby u rolnika lub jego rodziny¹⁵³ – pisano w 1977 r. Lżejsze (niekiedy tylko pozornie) zatrucia zwykle też bagatelizowano. O sytuacjach takich wspomniano m.in. na łamach „Gromady Rolnik Polski”: „Z przyczyn niedyspozycji czy choroby nie zdają sobie często sprawy sami poszkodowani. Ot zwykły ból głowy i mdłości. Poleżeć, nierzadko zakropić i przejdzie. W taki właśnie sposób leczył się po wysianiu amoniaku rolnik m. z gromady Troszyn. Skutek – nagły zgon”¹⁵⁴. Stosowanie nawozów i środków chemicznych nie zawsze jednak musiało prowadzić do tragedii. Jak zaznaczała bowiem już w 1955 r. w poradniku adresowanym do przodowników zdrowia, mieszkańców wsi i tamtejszych aktywistów J. Piotrowska: „Nawozy sztuczne, obecnie używane w coraz szerszym zakresie w rolnictwie, często wywołują podrażnienia skóry i wypryski u wysiewających je rolników. Powstaniu tych zmian sprzyja wzmoczona potliwość, drobne skaleczenia skóry, spożywanie alkoholu. Zauważono bowiem szczególną wrażliwość na sztuczne nawozy u osób spożywających często alkohol. Zmianom skórnyemu powstałym z tego powodu można zapobiec poprzez unikanie alkoholu, noszenie czystych, suchych ubrań oraz odpowiedni sposób wysiewania nawozów sztucznych. Nawozy powinny być wysiewane z wiatrem (nie pod wiatr); w ten sposób wysiewający pracuje w powietrzu czystym, wolnym od pyłu nawozów. Należy wyziewać nawozy łopata, nigdy gołymi rękami!”¹⁵⁵

Obok zatruć środkami chemicznymi, również wkraczająca na wieś nowoczesność, przejawiająca się elektryfikacją domów

¹⁵³ AAN, MZIOS, sygn. 10/17, Opieka zdrowotna na wsi, informacja 1977, k. 8.

¹⁵⁴ „Gromada Rolnik Polski” 1964, nr 13, s. 6.

¹⁵⁵ J. Piotrowska, *op. cit.*, s. 25.

i gospodarstw oraz mechanizacją prac polowych, skutkowałą rosnącą liczbą wypadków i urazów. W ich zwiększającej się częstotliwości niewątpliwie „pomagało” także nadużywanie alkoholu¹⁵⁶.

Do wypadków przyczyniała się również rosnąca liczba ludności chłoporobotniczej. Gospodarze łączący pracę w gospodarstwie z pracą w zlokalizowanych w kilkudziesięciokilometrowej odległości od rodzinnej wsi fabrykach i przetwórnich, zwykle cały przysługujący im urlop wypoczynkowy bądź zdrowotny wykorzystywali na pilne prace żniwne i wiosenno-jesienne (siewy, wykopki itp.). Jeden z nich pod koniec lat 60. pisał: „cały urlop spędziłem przy burakach. Tyle miałem wolnego, co dwa razy sobie popiłem [...] ja jak mam urlop na wiosnę, to na jesieni choruję, albo odwrotnie. Wypoczywa się tylko wtedy, kiedy jest się naprawdę chorym albo pijanym [...]”¹⁵⁷.

Ciężka, fizyczna praca rolnicza, a nierzadko też równie wymagająca i wyczerpująca praca w fabryce, wywołując skrajne przemęczenie, łatwo doprowadzały do błędów skutkujących urazami, a niekiedy i trwałym kalectwem. Warto jednak podkreślić, iż chłopska dwuzawodowość niosła ze sobą jeszcze jedną konsekwencję zdrowotną. Pracujący na różnych stanowiskach w zakładach przemysłowych mieszkańcy wsi często byli narażeni na nabawienie się chorób zawodowych. Także i dwuzawodowcy zatrudniając się w miastach, zapadali na pylicę i inne choroby płuc (w tym m.in. wywołane pyłem azbestu czy astmę oskrzelową), chorobę wibracyjną czy też różnego rodzaju schorzenia słuchu lub wzroku. Podobnie jak ich miejscy współpracownicy, również ulegać mogli podobnym urazom i wypadkom, i tak jak oni równie długo (a niekiedy

¹⁵⁶ Zob. np.: AIEiAK UJ, sygn. 4012, *Medycyna ludowa*, k. 82–97.

¹⁵⁷ B. Gołębiowski, *Chłoporobotnicy o sobie. Studium autobiografii*, Warszawa 1974, s. 175.

nieskutecznie) walczyli o należne im odszkodowania¹⁵⁸. O tym, jak było to trudne, mówiły zwłaszcza wysyłane do władz centralnych listy¹⁵⁹.

Czasami jednak – jak pokazywał choćby D. Jarosz – by uzyskać niezbędny dla realizacji zaplanowanych sianokosów czy żniw urlop, sami chłoporobotnicy prowokowali szereg uprawniających do zwolnienia chorobowego schorzeń: „lekarz zakładowy opowiadał mi, że chłopci zatrudnieni w cementowni sypią sobie cement w oczy, aby dostać zwolnienie na zapalenie spojówek, a potem z ropiejącymi, chorymi oczami pracują w polu przy żniwach i wykopkach”¹⁶⁰ – relacjonowała w 1959 r. przywoływana przez historyka reporterka „Nowej Kultury”. Problem absencji chorobowej w państwowych zakładach pracy i tzw. agrawacji pojawiał się w materiałach Ministerstwa Zdrowia szczególnie często i nie dotyczył wyłącznie chłopo-

¹⁵⁸ O problemach zdrowotnych robotników i chłoporobotników piszę m.in. w tekście *Zdrowie ludzi pracy – między propagandą a rzeczywistością (1945–1970)*, który wygłoszony został na konferencji, a następnie złożony do druku.

¹⁵⁹ Mechanizmy te w 1959 r. bardzo dosadnie opisał w pełnym goryczy liście do KC PZPR prawnik z Chorzowa: „[...] na porządku dziennym jest, iż przepisy BHP są wydawane nie w celu zapobieżenia wypadkom przy pracy, lecz w celu usunięcia odpowiedzialności cywilnej i karnej zawinionej przez przedsiębiorstwo i tak też interpretowane. To samo można powiedzieć o referatach i pracownikach komórek BHP: zamiast rozwijać działalność mającą na celu zmniejszenie i usunięcie wypadków w pracy, są z reguły używani przez dyrekcję do takiego przedstawiania spraw wypadków jaka wygodna jest dla dyrekcji, a nawet wprost fałszowania sprawy dochodzeń. Na porządku dziennym [jest] słuchanie zaraz po wypadku ludzi na wpół przytomnych i takiego fabrykowania protokołów, który by usuwał odpowiedzialność nadzoru i przedsiębiorstwa. Często nawet są wypadki nacisków na świadków aby nie zeznawali prawdy, zatajali niewygodne szczegóły, itp. Wobec zupełnej zależności BHP od dyrekcji, wprost wyobrazić sobie niepodobna aby ludzie ci mogli oprócz się naciskom w dochodzeniach i ujawniali prawdę”. AAN, Biuro Listów i Inspekcji KC PZPR, sygn. 237/XXV–28, Biuletyn 6/295, k. 22.

¹⁶⁰ B. Seidler, *Niedaleko Warszawy*, „Nowa Kultura” 1959, nr 2, cyt. za: D. Jarosz, *Polacy a stalinizm...*, s. 96.

robotników. W kontekście tych ostatnich wiele jednak mówił o mocno przedmiotowym stosunku względem ciała, traktowanego przede wszystkim w kategoriach narzędzia pracy, jak również o stosunku do zdrowia, które w ówczesnej wiejskiej (chłopskiej) hierarchii wartości najczęściej przegrywało wyścig z cenionymi i wartościowanymi najbardziej – ziemią i pracą.

ROZDZIAŁ III

Zdrowie i choroba w relacjach na przykładzie wybranych zjawisk

Postrzeganie siebie bądź bliskiej osoby z otoczenia (członków rodziny lub sąsiadów) jako osoby chorej uwarunkowane było zestawem konkretnych symptomów. Wysoka gorączka, krwawienie, wyraziste lub postępujące zmiany zewnętrzne i przede wszystkim silnie odczuwany ból, uniemożliwiający codzienne funkcjonowanie i wykonywanie pracy, stanowiły najważniejsze wyznaczniki stanu chorobowego. Objawy mniej uciążliwe, choć nierzadko przewlekłe, zmiany skórne bądź też schorzenia objawiające się świądem, mrowieniem czy innymi pomniejszych dolegliwościami (bładością skóry, brakiem apetytu, zawrotami głowy), nie były zwykle przedmiotem większej uwagi znacznej części wiejskiego społeczeństwa powojennego. Zmagania z powojenną biedą, a od 1948 r. kolektywizacją, jak również rozpoczęcia nowego życia na terenach przyłączonych powodowały, że pojawiające się problemy zdrowotne rozwiązywano doraźnie i w chwili, gdy sytuacja stanowiła bezpośrednie zagrożenie życia. W tym czasie trudno też odnaleźć przykłady opisywanych przez międzywojennych lekarzy postaw zdrowotnych lepiej sytuowanych rolników, którzy korzystając przed wojną z ubezpieczenia zdrowotnego, potem domagali się przysługujących im praw¹.

¹ O roszczeniowych wobec lekarzy wiejskich postawach pisała Z. Kurasiówna. Zob. *Pamiętniki lekarzy...*, (Kraków 1987), s. 33.

Prowadzone od przełomu lat 40. i 50. na wsi różnego rodzaju badania ogniskowe – będące częścią terenowych prac studentów akademii medycznych, wizyt ambulansów lekarskich, dentystrycznych i rentgenowskich, „białych niedziel” czy też badań realizowanych w ramach akcji łączności miast i wsi – ujawniały skalę zdrowotnych zaniedbań. Na ile jednak diagnozując kolejne przypadki gruźlicy, chorób wenerycznych czy nowotworowych, wzywając pisemnie do podjęcia dalszego leczenia, zmieniały one życie poszczególnych jednostek? Na ile też diagnoza lekarska przeczytana w listownym zawiadomieniu bądź usłyszana w gminnym ośrodku zdrowia zmieniała wiejskie postrzeganie siebie i czy docierająca z zewnątrz informacja o chorobie „tworzyła” chorego? Jak osoby chorujące lub zmagające się z różnymi schorzeniami były postrzegane przez otoczenie? Czy stosunek do nich, relacje osób chorujących i zdrowych zmieniały się w czasie, i jeśli tak, to co warunkowało ową zmianę? Wokół tych pytań ogniskować się będą rozważania w niniejszym rozdziale. Z uwagi na rozległość tematów tutaj koncentruję się tylko na wybranych chorobach i schorzeniach, które w moim przekonaniu najsilniej odzwierciedlają wiejskie sposoby myślenia o tej sferze życia codziennego.

III.1. Choroba społeczna: gruźlica, czyli między biedą i wstydem

„Gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki rodzaju *Mycobacterium* (prątki Kocha) [...] człowiek zakaża się gruźlicą głównie drogą oddechową (tzw. zakażenie kropelkowe lub pyłowe) i pokarmową [...] w odróżnieniu od wielu ostrych chorób zakaźnych, zakażenie gruźlicą stwarza jedynie potencjalne ryzyko zachorowania dla osoby zakażonej, przy czym zachorowanie może nastąpić w dowolnym czasie od momentu zakażenia. Praktyczne zakażenie trwa przez całe życie człowieka.

Charakterystyczną cechą gruźlicy jest to, że do rozwoju choroby nie wystarcza samo zakażenie prątkami gruźlicy. Poza ilością i zjadliwością prątków istotne znaczenie mają siły obronne organizmu, uwarunkowane zarówno naturalną opornością jak i nabytą odpornością swoistą. Z faktu tego wynika m.in. powiązanie gruźlicy z warunkami społeczno-bytowymi, stanowiącymi czynnik decydujący o oporności naturalnej. W odróżnieniu od większości chorób zakaźnych gruźlica w swym naturalnym przebiegu jest chorobą przewlekłą o łagodnym okresie początkowym [...] osoba raz zakażona może być przez całe życie nosicielem żywych zjadliwych prątków, co może spowodować rozwój choroby w każdym czasie, gdy nastąpi osłabienie sił obronnych ustroju”².

„Chore płuca – suchoty należą do najzłośliwszych sił nieczystych, które wcielają się w organizm ludzki. Leczy się je picciem psiego smalcu, jednocześnie obkłada się piersi skórą ściągniętą z psa, pies posiada siłę wielką, która zdolna jest wygnać chorobę”³.

Tuż po wojnie w całej Polsce liczba stwierdzanych każdego roku nowych przypadków gruźlicy przekraczała 100 tys. Mimo aktywnie prowadzonej od 1947 r. akcji walki z gruźlicą, 10 lat później wskaźniki zapadalności wciąż były bardzo wysokie, a samą chorobę, podobnie jak choroby weneryczne, określano mianem choroby społecznej, a więc takiej, która obejmując znaczną część populacji, stanowi jeden z istotniejszych problemów realizowanej przez państwo polityki społecznej.

W 1957 r. średnio w całym kraju na 82,2 tys. nowych przypadków gruźlicy co piąty dotyczył dzieci poniżej 14. roku życia, a połowę nowo diagnozowanych chorych stanowili mężczyźni i kobiety w wieku 20–44 lat⁴. Jak sugerują dane Ministerstwa

² J. Leowski, M. Miller, *op. cit.*, s. 326.

³ AIEiAK UJ, sygn. 845, Wieś Olcza, pow. Nowy Targ 1949 r., k. 2.

⁴ J. Leowski, M. Miller, *op. cit.*, s. 228.

Zdrowia prezentowane w „Roczniku Statystycznym Ochrony Zdrowia”, nieco większą liczbę zachorowań odnotowywano w środowisku miejskim (46,5 tys. przypadków w 1957 r.) niż wiejskim (35,6 tys. w 1957 r.)⁵, jednak wyrównanie tych danych, zauważone na przełomie 1964 i 1965 r., gdy ujednolicone zostały kryteria diagnozowania⁶, wskazuje, iż także wcześniej skala zachorowań na tuberkulozę mogła być w obu środowiskach podobna.

Poprawiającą się od lat 60. statystykę z obszarów wiejskich należy też wiązać z faktem, iż od 1959 r. wchodziła w życie ustawa gwarantująca również rolnikom indywidualnym bezpłatnie (w tym sanatoryjne) leczenie gruźlicy i dostęp do darmowych leków (w 1964 r. w obu środowiskach liczba nowych przypadków wynosiła ok. 40,5 tys., a dwa lata później spadła do 21–23 tys.). Te uśrednione dane w tym czasie wyższe były jedynie w kilku województwach, tj. lubelskim, rzeszowskim, krakowskim i kieleckim, gdzie dochodziły do 25–30 tys. rocznych zachorowań⁷. Największe liczby nowych przypadków, sięgające w 1966 r. 40–50 tys. rocznie, odnotowywano w woj. katowickim i warszawskim⁸. Trwanie tej regionalnej tendencji potwierdzają także badania epidemiologów z lat 90.⁹ Zróżnicowanie regionalne znajduje swoje odzwierciedlenie w materiałach osobistych i relacjach mówionych. Gdy pracujący na przełomie lat 40. i 50. w woj. łódzkim lekarz stwierdzał, iż rzadko spotykał na tamtejszych wsiach czynną postać choroby, to w 1955 r. w woj. olsztyńskim raportowano: „o ile nasze miasta są pod względem gruźliczym rozpoznane względnie dobrze, o tyle wieś stanowi jeszcze w pewnym sensie białą plamę. A wśród ludności wiejskiej spotyka się bardzo często przypadki ostrej gruźlicy.

⁵ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 29.

⁶ J. Leowski, M. Miller, *op. cit.*, s. 227.

⁷ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 19–22.

⁸ *Ibidem*.

⁹ J. Leowski, M. Miller, *op. cit.*, s. 230.

W roku bieżącym podjęta została akcja masowych badań ludności wiejskiej szczególnie zatrudnionej w PGR-ach i spółdzielniach produkcyjnych. W związku z tym zwiększyła się już ilość skierowań do sanatoriów pracowników PGR i rolników¹⁰.

Jak wynika jednak z innych relacji, informacja o zdiagnozowanej na podstawie zdjęć małoobrazkowych gruźlicy nie zawsze owocowała kierowaniem na leczenie specjalistyczne bądź sanatoryjne. Wysokie do końca lat 50. koszty chłopskiej, indywidualnej walki z gruźlicą powodowały, że niekiedy – jak pokazywał przykład jednego z rolników Ziem Zachodnich – walcząc o życie, rezygnowano z oporu wobec kolektywizacji, wstępując do spółdzielni produkcyjnej w celu uzyskania ulg w świadczeniach zdrowotnych: „on nie był ubezpieczony a zachorował na gruźlicę – wspominał kilka lat temu jeden z moich rozmówców – nie było się za co wyleczyć, a był tak ciężko chory. Żał tego sąsiada [było], bo to sąsiad. Żona pożyczyła mu pieniądze [...] a myśmy go przyjęli do spółdzielni”¹¹.

Czy z tego samego powodu podejmowano pracę w PGR – trudno stwierdzić. Jednak, jak pokażę za chwilę, z uwagi na społeczne konsekwencje choroby – poza wyjątkowymi sytuacjami – nie była ona intencjonalnie ujawniana przez pracowników. Także w wielu spółdzielniach produkcyjnych, chorzy (nie tylko na gruźlicę) i mniej sprawni członkowie spotykali się nierzadko ze swoistym społecznym ostracyzmem i odrzuceniem¹².

Podejmowanie natychmiastowego leczenia gruźlicy wiązało się zresztą z szeregiem problemów natury organizacyjnej. Tuż po wojnie, z uwagi na skalę problemu i liczbę wydawanych rocznie skierowań na leczenie szpitalne bądź sanatoryjne, borykano się z brakiem miejsc w zakładach leczniczych. Nawet

¹⁰ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, Działalność służby zdrowia w woj. olsztyńskim, k. 75–100.

¹¹ J.R., miejscowość M., woj. zachodniopomorskie.

¹² Zob. np.: AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXV–3 (1953), k. 16.

jeśli było ono dostępne, nie zawsze mieszkańcy wsi chcieli poddać się takiemu leczeniu. Teoretycznie bowiem nieubezpieczeni rolnicy, udokumentowując bardzo złe warunki życia (ubóstwo), mogli bezpłatnie skorzystać z leczenia zamkniętego, jednak warunkiem było otrzymanie stosownego zaświadczenia z gminy. Z tym w okresie ogromnego chaosu organizacyjnego bywały często kłopoty. „Umieszczenie w sanatorium zgłoszonego przez poradnię chorego wymaga długiego nieraz czasu” – pisano w sprawozdaniu z 1948 r. „Ponadto dłuższej procedury wymaga formalność wystarania się o świadectwo ubóstwa. W szczególności zachodzą trudności w skierowaniu do sanatoriów na koszt Skarbu Państwa małoprolnych, którzy nie są w stanie płacić za leczenie, a którym gminy nie chcą wydać świadectw ubóstwa, obawiając się, że będą zmuszone za nich płacić. Dlatego też w wypadkach wymagających szybkiego umieszczenia chorego w zakładzie leczniczym, należałoby skierować chorego do zakładu, nie czekając na przeprowadzenie formalności wyrobienia świadectwa ubóstwa”¹³.

Niezgłaszanie się chłopów do placówek lecznictwa zamkniętego nie wiązało się tylko i wyłącznie z kwestiami ekonomicznymi i lękiem przed koniecznością opłacania wysokich kosztów leczenia z własnej kieszeni. Przypomnijmy, że bardzo długo na wsi leczenie szpitalne (zamknięte) utożsamiano z niechybną śmiercią, co niewątpliwie mogło być jednym z istotnych czynników demotywujących do takiego leczenia. W 1948 r. w sprawozdaniu kontrolnym z akcji walki z gruźlicą z woj. warszawskiego pisano: „Osoby, będące źródłem zakażenia dla otoczenia (własnej rodziny) często nie chcą się poddać leczeniu sanatoryjnemu, względnie szpitalnemu, nawet bezpłatnemu, stając

¹³ AAN, MZ, sygn. 50, Sprawozdanie z kontroli akcji walki z gruźlicą na terenie woj. warszawskiego, przeprowadzonej w dniach 5–16 lipca 1948 r. na podstawie delegacji Nr K.I–27026/48 z dnia 3 lipca 1948 przez Zespół Kontrolny Ministerstwa Zdrowia w składzie: Dr. J. Kawiński, jako przewodniczący, Dr Zosel Teofil, insp. St. Reichert, k. 140.

się stałym źródłem zakażenia. Nie ma przymusu eliminowania takich wypadków¹⁴.

Nie bez znaczenia – jak pokażę za chwilę – w tak opisywanych postawach był wpływ zdiagnozowanej choroby na postrzeganie danej osoby przez jej otoczenie. W okresie powojennym, gdy terenową walkę z gruźlicą, podobnie jak z chorobami wenerycznymi, prowadzono za pośrednictwem kolumn przeciwgruźliczych oraz ruchomych ambulansów rentgenowskich, proces diagnozowania był bardzo długi. Zanalizowanie i opisanie tysięcy zdjęć wykonanych podczas prac objazdowych wymagało czasu. Nierzadko więc zawiadomienie o zauważonych na zdjęciach zmianach w płucach docierało do danego pacjenta po upływie kilku, a niekiedy i kilkunastu miesięcy.

O tym, jak istotną rolę w diagnostyce gruźlicy odgrywały ambulanse, wspominało wielokrotnie¹⁵. Co ciekawe, w niektórych rejonach jeszcze w latach 70. autobusy zaopatrzone w aparat rentgenowski i objeżdżające wiejskie miejscowości były najważniejszym sposobem „wyłapywania” chorujących na gruźlicę. Jedna z kobiet, w rozmowie z zespołem etnologów realizujących w Żywcu w połowie lat 70. badania dotyczące medycyny ludowej, wspominała: „Gruźlica [zięcia – E.Sz.] – zaczęła się w 1970 r. – ale chory mimo kaszlu pocenia się i osłabienia nie podejrzewał co to może być. [...] Choroba została wykryta gdy autobus z rentgenem przyjechał z Żywca prześwietlać ludzi. Za rok przysłano wiadomość, że zięć ma się leczyć, że jest chory na gruźlicę”¹⁶.

Opowiadająca o swym zięciu kobieta nie wspominała, w jaki sposób informacja o chorobie została przyjęta przez chorego i jego otoczenie. Dodawała jedynie, że jej bliski podjął kilkumiesięczne leczenie sanatoryjne, które przyniosło

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Wspomnienia pielęgniarek...*, s. 689. Zob. też: M. Kacprzak, *Gruźlica na wsi*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1938, nr 45–47, s. 20–21.

¹⁶ AIEiAK UJ, sygn. 4011, *Medycyna ludowa* 1975, k. 74.

pozytywne rezultaty, „jednak potem zaczął ciężko pracować bo jego córka wychodziła za mąż”, co spowodowało nawrót choroby¹⁷. Ta pozornie mało istotna informacja pokazuje jednak niezwykle dużo. Po pierwsze, co potwierdza także wcześniej cytowana, wiele mówi o tym, co uznawano za przyczynę gruźlicy (w tym wypadku upatrywano jej w złym odżywianiu i przepracowaniu), a po drugie, pokazuje, iż ciężka praca wartościowana była wyżej niż zabiegi na rzecz ratowania własnego zdrowia. Gruźlica dla wiejskiego pokolenia urodzonego przed wojną stanowiła bowiem chorobę nieuleczalną i stygmatyzującą. Jak stwierdzała jedna z podkrakowskich mieszkanek: „jak suchoty kto miał, to musiał umrzeć, nic nie pomogło”¹⁸.

Zdiagnozowanie gruźlicy dla znacznej części wiejskiego społeczeństwa, zwłaszcza w latach 50. i 60., równoznaczne było zatem z odroczonej w czasie wyrokiem śmierci. Ale to nie samego zgonu wiejscy chorzy obawiali się najbardziej. Postępująca choroba odbierała przede wszystkim siłę do pracy i tym samym dyskwalifikowała chorych w opinii publicznej jako pełnowartościowych gospodarzy. Naznaczenie chorobą było niezwykle mocno odczuwane. Przejmująco o zjawisku tym pisał w 1968 r. Józef Grabowicz, autor reportażu *Pożegnanie z zaściankiem*: „Suchotnicy to byli ludzie skazani z góry na wymarcie. Suchotnik w rodzinie rzucał cień na całą rodzinę. Gruźlica była cierpieniem, które niejednokrotnie skazywało ludzi na ostateczne wyizolowanie ze społeczności i osamotnienie. Życie chorych z piętnem suchotnika było częstokroć o wiele okrutniejsze niż sama śmierć. Dramat suchotników grzebanych za życia przez otoczenie rozumie tylko ten, kto sam chorował na gruźlicę...”¹⁹

Grabowicz w dalszej części reportażu przytacza historię starożytnego Ambrożego (wykształconego i odczytanego syna zamożnego

¹⁷ *Ibidem*, k. 71.

¹⁸ *Ibidem*, sygn. 2328, Lecznictwo wiejskie, Rycerska Góra, pow. Żywiec, 1966, k. 5.

¹⁹ J. Grabowicz, *Pożegnanie z zaściankiem*, Warszawa 1968, s. 160.

chłopa), który krótko po czterdziestce i dwa lata po zakończeniu wojny dowiedział się o niszczącej go chorobie: „Stary Ambroży żył przez lata z kompleksem człowieka, którym ludzie się brzydzą. Leczył się wprawdzie w Poradni Przeciwgruźliczej i w szpitalu, przebywał nawet jakiś czas w sanatorium ale kiedy wracał na wieś obserwował jak najbliżsi stronią od niego i unikają kontaktów”²⁰. Mimo podejmowanego leczenia i zauważalnej poprawy, choroba wciąż nie ustępowała, zmieniając w życiu chorego niemal wszystko. Z uprzednio silnego i poważanego we wsi dziedzica 22 ha gospodarstwa, stawał się jednostką w praktyce zbędną: „przestał w zasadzie pomagać w gospodarstwie, mieszkał w osobnej izbie ale pozostawał «na utrzymaniu» brata i jego żony Weroniki”²¹. Konflikt między braćmi o ziemię i zasady podziału dochodów był tylko kwestią czasu, a gdy już się pojawił, z roku na rok przybierał na sile. „W 1960 Stefan wydzielił Ambrożemu 10 morgów ziemi, ale chory nie był w stanie zagospodarować wydzielanego gruntu. Wkrótce na wiosek GRN 10 morgowa działka znalazła się z powrotem w posiadaniu Stefana [...]. Lekarze psychiatrzy, którzy badali stan Ambrożego po tamtym tragicznym wypadku [usiłował zabić żonę brata, po czym targnął się na własne życie – E.Sz.] napisali m.in.: «bolało go to zawsze, czuł się zbędny, poza nawiasem rodziny i społeczeństwa... wyżej wymienione schorzenie wywarło niekorzystne piętno na jego osobowość. Stał się drażliwy, pretensjonalny... zrodziło się u niego poczucie krzywdy, narastające w miarę trwania choroby płuc i piętrzących się trudności życiowych»”²².

Jak wynika z pobocznych informacji, rosnące wokół choroby napięcie między braćmi wzmagają postawy otoczenia. Podczas toczącego się procesu bratanica Ambrożego zeznawała:

²⁰ *Ibidem*, s. 162.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*.

„czuł się obrażony nawet o to, że mówiliśmy do sąsiadów o jego chorobie płuc. On po prostu wstydził się tego i zaprzeczał, że na płuca nie choruje, a tylko odczuwa dolegliwości sercowe”²³, zaś jeden z sąsiadów stwierdzał: „Ambroży bardzo często przychodził do mego domu i opowiadał, że Stefan i jego żona Weronika dokuczają mu. Mówił o tym, że nie dają mu jeść, że wyzywają go od suchotników, gwizdzą za nim na palcach. Ponadto opowiadał, że bardzo często kłócą się z nim o to, że on chce zabrać należne mu 10 morgów ziemi”²⁴.

Historia Ambrożego ukazuje szereg zjawisk, które często opisywane były w kontekście wkraczającej w wiejskie życie codzienne choroby społecznej. Pokazuje przede wszystkim, jak bardzo ograniczając sprawność fizyczną mężczyzny, uzależniała go od członków rodziny, oraz jak wiedza o chorobie ze sfery prywatnej przedostawała się do publicznej, wpływając *de facto* na pozycję i funkcjonowanie jednostki we wspólnocie.

Sposób przeżywania diagnozy – wyroku, a także stosunek do procesu leczenia (czy też samej decyzji o jego podjęciu) mogły być niewątpliwie bardziej zróżnicowane i uzależnione od kondycji psychicznej i relacji rodzinnych. Choroba nieżonatego rolnika (Ambroży „kilka razy chciał się żenić, ale narzeczeństwo rozpadało się albo z powodów majątkowych bądź po dowiedzeniu się przez rodzinę narzeczonej o krytycznym stanie jego płuc”²⁵) była na ogół nieco inaczej postrzegana niż choroba obarczonego dziećmi gospodarza lub jego żony. Wsparcie partnera bądź partnerki biorących na siebie podwójną pracę w gospodarstwie okazywało się podczas leczenia często kluczowe. Przede wszystkim nie podważało majątkowego *status quo*. Ale nie oznacza to, iż w sferze emocji, przeżywania i doświadczenia gruźlicy bycie żoną lub mężem, matką lub

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*, s. 163.

²⁵ *Ibidem*.

ojcem cokolwiek ułatwiało. Trudne, długotrwałe, a do 1959 r. też kosztowne leczenie i niemożność samodzielnego odpracowania wydatków na nie powodowały, że nierzadko wielu nie wytrzymywało psychicznego napięcia i – tak jak wcześniej wspomniany zięć jednej z kobiet – po krótkim zaleceniu choroby wbrew zaleceniom, ale już nie wbrew opinii otoczenia wracało do ciężkiej pracy skutkującej szybkim nawrotem choroby.

Inni ucieczkę od zmartwień znajdowali w alkoholu. Jak pokazują badania Krystyny Gutkowskiej, która w latach 80. szukając przyczyn wiejskiego alkoholizmu, przeanalizowała zarówno dokumentację medyczną ośrodków leczenia odwykowego, jak i treść listów dotyczących wiejskiego alkoholizmu, nadsyłanych do „Gromady Rolnika Polskiego”, zmagania z gruźlicą często prowadziły do dewastującego psychicznie i fizycznie nałogu. „W kilku przypadkach znajdujemy sformułowania traktujące o współwystępowaniu zespołu zależności od alkoholu i zachorowania na gruźlicę” – pisała autorka, przytaczając przykład jednego z pacjentów, który leczył się w zakładzie po raz piąty, i u którego głównym „powodem alkoholizowania się były niepowodzenia w leczeniu gruźlicy [...]”²⁶. Jak podkreślała badaczka, analizowane przez nią przypadki alkoholizmu ukazywały bowiem wiele aspektów życia wiejskiego, wpływających na pogrążanie się w uzależnieniu. Wśród tych najczęstszych jeszcze w latach 80. była tzw. gruźlicofobia, która deprecjonowała poczucie własnej wartości i sensu życia²⁷.

Nasuwa się w tym miejscu pytanie, czy dotykając przecież w podobnym stopniu wszystkie wiejskie warstwy społeczne gruźlicę odbierano tak samo? Rosnąca liczebnie już od lat 50. ludność dwuzawodowa była przecież formalnie w innej sytuacji społeczno-ekonomicznej, a zdiagnozowana u głównego

²⁶ K. Gutkowska, *Przyczyny i rozmiar alkoholizmu w środowisku wiejskim*, Warszawa 1988, s. 72.

²⁷ *Ibidem*, s. 71.

żywiciela rodziny lub któregoś z jego bliskich gruźlica leczona mogła być na koszt państwa. Dodatkowy dochód z pracy poza-rolniczej, a w sytuacji choroby – urlop na poratowanie zdrowia, bezpłatne leczenie i gwarantowany kodeksem pracy powrót na dawne stanowisko lub przeniesienie ozdrowieńca do mniej obciążających obowiązków, stanowić miały przejaw opieki państwa nad losem zmagających się z chorobami społecznymi robotników. Teoria i litera prawa były jednak często dalekie od praktyki. Jak pisano bowiem w 1957 r.: „Ustawowo przedłużony okres chorobowy dla gruźlicy do 6-u miesięcy rozszerza możliwości leczenia się, ale nie chroni, po wygaśnięciu tego terminu, przed zwolnieniem z pracy, ani też nie gwarantuje choremu ulgowego, poadaptacyjnego okresu pracy. Przejście od leczenia sanatoryjnego bezpośrednio do przepisowego wymiaru godzin pracy prowadzi do załamania uzyskanej przez leczenie stabilizacji procesu gruźliczego a więc do zmarnowania kosztownego dla Państwa leczenia, w wyniku ostatecznym do ciągłego wzrostu absencji chorobowej z powodu gruźlicy”²⁸.

Chorujący na gruźlicę chłoporobotnicy i – jak pokazywał w swoim przejmującym filmie dokumentalnym w 1974 r. Krzysztof Kieślowski – przedstawiciele innych zawodów, konfrontując się z dotykającą ich chorobą, świadomi byli zwykle tego, iż nie tylko zmienia ona ich dalsze życie, ale również na trwałe stygmatyzuje w najbliższym otoczeniu. Zwolnienia z pracy i trudności w znalezieniu jakiegokolwiek zatrudnienia stanowiły stały motyw lęków opisywanych przez chorujących. Podobnie jak w przypadku mieszkańców wsi, również i dla zmagających się z chorobą mieszkańców miast to nie fizyczny ból, osłabienie czy inne nieprzyjemne objawy były najtrudniejsze do zniesienia. Najwięcej wysiłku kosztowało bowiem codzienne przewyciężanie wciąż pojawiającego się na nowo

²⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/28, Problem rehabilitacji chorych (ozdrowieńców w gruźlicy), k. 422.

poczucia bezużyteczności. „Jest taki żal do życia, że nas upośledziło że nie jesteśmy czynni w życiu” – mówił jeden z bohaterów filmu Kieślowskiego, inny zaś stwierdzał: „[...] jestem absolutnie niepotrzebną jednostką [...]. Tęsknię tylko do pracy. *Bezczynność mężczyźni*”²⁹.

Zatem nie tylko wiejscy ozdrowieńcy z trudem odnajdowali się w ówczesnej rzeczywistości społecznej. Także ich pracujący poza wsią sąsiedzi lub krewni zmagali się z szeregiem analogicznych problemów, wobec których obojętne pozostawało często kierownictwo zakładu pracy: „Władze zakładów pracy uchylają się od zatrudniania tych osób głównie z obawy o obniżanie produkcji i pewnym stopniu uzasadnionej obawy przez niebezpieczeństwem dla otoczenia (względy epidemiologiczne)” – relacjonowano podczas jednego ze spotkań w Ministerstwie Zdrowia. „Lekarze przemysłowi za mało dbają o właściwe ustosunkowanie się do pracowników chorych na gruźlicę Rad Zakładowych i kierownictwa zakładów. Wynikiem tego błędnego ustosunkowania się jest powszechnie znane zjawisko ukrywania przez pracowników swego stanu zdrowia, unikanie masowych badań radiologicznych przeprowadzanych w zakładach pracy, zatajanie przez nich faktów leczenia się w poradniach przeciwgruźliczych, opuszczanie sanatoriów wbrew wskazaniom lekarskim”³⁰.

Już tylko tak zarysowany stosunek do gruźlicy i gruźlików w pewien sposób tłumaczy, dlaczego choroba ta była tak często skrzętnie skrywana przed otoczeniem. Poprawiające się z czasem metody jej leczenia, a także migracje ze wsi powodowały, że niekiedy udawało się ją zupełnie zataić przed najbliższym otoczeniem. O sytuacji takiej opowiadał m.in. jeden z pamiętnikarzy: „O fakcie mojej choroby rodzina moja dowiedziała się

²⁹ *Prześwietlenie*, reż. K. Kieślowski (1974).

³⁰ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/28, Problem rehabilitacji chorych ozdrowieńców w gruźlicy, k. 422.

dopiero kilka lat później i to przypadkowo. Pamiętam, że dla zmylenia podejrzeń matki pisałem do niej listy z Zakopanego jako miejsca mojej uczelnianej praktyki. Na kopercie podawałem tylko Zakopane i ulice oraz numer domu bez nazwy. Za nic w świecie nie powiedziałbym prawdy rodzinie. Byłem przekonany, że odczuwaliby coś na kształt żalostnej satysfakcji, dlatego, że ich nie słuchałem i dałem się pociągnąć na tory zgubnej – w ich pojęciu – pracy społecznej³¹.

Niewykluczone jednak, iż to także z tego powodu podejrzewana u siebie lub bliskich choroba przez wielu mieszkańców wsi była na swój sposób wypierana ze świadomości i leczona objawowo za pomocą domowych metod bądź konsultowana u lokalnych uzdrowicieli. Dostrzegana w tak pojętych strategiach tabuizacja choroby uwidaczniała się jeszcze w latach 80. W tym czasie jednak za sprawą prowadzonych szczepień BCG oraz prześwietleń realizowanych w terenie za pośrednictwem rejonowych poradni przeciwgruźliczych liczba nowych przypadków gruźlicy była już zdecydowanie mniejsza³².

Za sprawą realizowanej z dużym rozmachem (choć nie bez trudności) powojennej akcji „walki z gruźlicą” – przeprowadzanych w miastach, miasteczkach i wsiach badań (prześwietleń) masowych – tuberkulozę coraz częściej wykrywano w stadiach możliwych do wyleczenia. Bezpłatne w latach 60. dla wszystkich leczenie i darmowe leki skutkowały wydłużającym się okresem przeżywalności. Na tę nową sytuację, szybciej dostrzeganą w środowisku miejskim, zwracano uwagę w Ministerstwie Zdrowia, podkreślając już w 1955 r., iż za sprawą stosowanych

³¹ *Nowe zawody...*, s. 124.

³² Liczba nowych przypadków gruźlicy w miastach zaczęła spadać ok. 1957 r., na wsi to zjawisko zaobserwowane zostało z kilkuletnim opóźnieniem (ustawa z 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy), a spadek – ok. 1964 r. Gdy w miastach w 1957 r. zapadalność na gruźlicę dochodziła do 36,3 na 10 tys., a na wsiach 23/10 tys., to 10 lat później wskaźniki te wynosiły odpowiednio w 1966: 13,3 i 14,9. *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985...*, s. 29.

farmaceutyków (hydrazynu kwasu izonikotynowego) następowo wydłużanie się życia osób chorych na gruźlicę. Skutkowało to z jednej strony wzrostem ogólnej liczby chorych, z drugiej zaś powodowało, że gruźlica prowadziła do inwalidztwa, a nie śmierci³³.

III.2. „Z nawozów sztucznych raki pochodzą”

Chociaż gruźlica do końca omawianego przeze mnie okresu pozostawała jednym z ważniejszych problemów społecznych i zdrowotnych, to jednak co najmniej od połowy lat 70. pod względem liczby nowych zachorowań ustępować zaczęła miejsca – tak na wsi, jak i w mieście – chorobom nowotworowym i tzw. cywilizacyjnym. Już ok. 1972 r. ogólna liczba nowych przypadków gruźlicy była mniejsza niż stwierdzonych zachorowań na raka.

Susan Sontag w swej głośnej książce z 1978 r., zestawiając obydwie choroby, wskazywała z jednej strony na szereg odmiennych znaczeń przypisywanych kulturowo tym jednostkom chorobowym, zwracając jednocześnie uwagę na wyraźne analogie w traktowaniu osób zmagających się z jedną bądź drugą chorobą³⁴. Opisywana przez nią swoista mitologia raka i gruźlicy i sposób funkcjonowania obu chorób w tekstach kultury czy dyskursach, choć częściowo znajdowały swoje odzwierciedlenie w praktyce życia codziennego powojennego społeczeństwa polskiego (lęk przed rakiem jako chorobą zakaźną), to jednak głównie odnosiło się to do środowiska wielkomiejskiego. Dostępne materiały sugerują bowiem tezę, iż rak w kulturze wsi

³³ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/32, Synteza i wnioski do opracowania „Stan zdrowia ludności w latach 1949–55”, k. 456.

³⁴ S. Sontag, *Illnes as Metaphor*, New York 1978; *eadem*, *AIDS and Its Metaphors*, New York 1988, wydane w Polsce jako: *Choroba jako metafora; AIDS i jego metafory*, Warszawa 1999.

polskiej przynależał do innego niż gruźlica porządku, a choroby na choroby nowotworowe nie wywoływali tak skrajnych postaw i emocji, jak te opisywane w kontekście gruźlicy.

Z uwagi na brak statystyk trudno stwierdzić, jak wyglądała zapadalność na choroby nowotworowe na wsi tuż po wojnie. Jedną z charakterystycznych cech raka, polegającą na długotrwałym braku wyrazistych objawów i stosunkowo nagłym pojawieniu się szeregu bolesnych symptomów w okresie znacznego zaawansowania choroby oraz nasilającym się cierpieniem poprzedzającym zwykle zgon, sprawiała, iż wiele przypadków umykało oficjalnym statystykom. Warto w tym miejscu także przypomnieć, iż co najmniej do końca lat 50. borykano się z trudnościami w określaniu przyczyn wiejskich zgonów. I nie chodziło tylko i wyłącznie o problem komunikacji, diagnostyki czy kwalifikacji przez kadry lokalnych ośrodków zdrowia, lecz przede wszystkim o fakt, iż znaczna liczba zgonów wiejskich stwierdzana była nie przez lekarzy, felczerów czy innych specjalistów, ale przez tzw. oglądaczy zwłok, którymi – jak pisano – mógł być w zasadzie każdy. „Przeważnie chorzy umierają i do lekarza nikt się nie zgłasza. Sądząc po formularzu karty zgonu, opinię o jego przyczynie wydają jacyś «ogładacze zwłok»” – wspominał w latach 60. jeden z lekarzy, dodając: „Kto to jest? Sołtys? Przewodniczący Gromadzkiej Rady Narodowej? Woźny Gromadzkiej Rady Narodowej? Nie wiem. W każdym razie «ogładacze zwłok» jakoś nie mają tych obiekcji, jakie nasuwałyby się lekarzowi. Pod tym względem administracja nasza jest mało wymagająca”³⁵. W połowie lat 50. problem orzeczeń o zgonach na wsi (i ich przyczynach) podejmowany był również podczas posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia. Z przytaczanych danych wynikało, że tylko w 1953 r. 59% zgonów stwierdził lekarz, 0,9% – felczer, 9,2% – tzw. oglądacze zwłok, a aż 30,9% – inne, prawdopodobnie całkowicie

³⁵ *Pamiętniki lekarzy...*, (Warszawa 1968), s. 737.

przypadkowe osoby³⁶. „[...] oglądaczami zwłok” byli „ludzie bez żadnego lub prawie żadnego przygotowania fachowego (ustawowo po kursie 20 godzinnym), przeważnie po kilku zaledwie klasach szkoły podstawowej”³⁷ oraz jak wynikało z ankiety GUS z 1949 r., zgon stwierdzały takie osoby, jak urzędnik gminny, ksiądz, grabarz, rodzina zmarłego lub „nikt”. Dlatego trudno wywnioskować, jaka w rzeczywistości była śmiertelność spowodowana nie tylko nowotworami, ale również epidemiami chorób zakaźnych, gruźlicą czy chorobami serca.

Opisywana wcześniej opieszałość chłopów w zgłaszaniu się do lekarza, bagatelizowanie mniej dokuczliwych objawów również miały znaczenie. Choć co najmniej do połowy lat 50. wieś, z uwagi na kwestie ideologiczne, ale również problemy kadrowe i infrastrukturalne, pozostawała niejako poza głównym nurtem badań epidemiologicznych i medycznych, to fragmentaryczne analizy i badania ogniskowe pokazywały, iż w tym czasie skala zachorowań na nowotwory była raczej nieduża. Dane z woj. lubelskiego z II połowy lat 50. wskazywały na zachorowalność rzędu 2–3 osób na tysiąc mieszkańców³⁸.

Pierwsze bardziej dokładne i ogólnopolskie statystyki umieralności na nowotwory złośliwe pochodzą z lat 60.³⁹ Pokazują one, że liczba stwierdzanych rocznie zgonów na raka zależała od rodzaju atakowanego przez komórki nowotworowe narządu, a dominującym w Polsce typem nowotworu zarówno

³⁶ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/27, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 28–33, protokoły, załączniki, 1956 r., Analiza sieci i działalności zakładów służby zdrowia w okresie lat 1950–1955. [Załącznik do Protokołu 31/56 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 4 grudnia 1956 r.], k. 359.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Zdrowie mieszkańców polskiej wsi (wyniki badania reprezentacyjnego 1990)*, red. B. Skrętowicz, t. 1, Lublin 1994, s. 137.

³⁹ H. Gadomska, T. Koszarowski, Z. Karewicz, *Ocena umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1963–1967*, „Zdrowie Publiczne” 1971, nr 2, s. 113–125.

w przypadku kobiet, jak i mężczyzn był rak żołądka (w 1963 wskaźnik umieralności na 100 tys. wynosił w przypadku mężczyzn 44,9, zaś w przypadku kobiet – 21,8)⁴⁰. Od ok. 1970 r. liczba zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi żołądka stopniowo malała, jednak ich miejsce szybko zajmował rak płuc, na który umierało zwłaszcza dużo mężczyzn (wskaźnik umieralności w 1975 r. wynosił 45,4/100 tys.)⁴¹.

Co ciekawe jednak i co podkreślał w swoich badaniach prof. Zatoński, tendencja ta początkowo omijała wieś, gdzie w dalszym ciągu przeważały nowotwory żołądka i przewodu pokarmowego, i gdzie dopiero w II połowie lat 70. rak płuc wysunął się na prowadzenie⁴². O rosnącej powszechności nowotworów na wsi w połowie lat 70. mówili także sami wiejscy mieszkańcy. Jedna z kobiet w 1975 r. stwierdzała: „Przedtem ludzie raka nie znali a teraz tyle ludzi umiera na tę chorobę”⁴³. Podobnie jak w mieście, także na wsi rak jako chorobę nową i tajemniczą łączono z różnymi przyczynami. W wywiadach etnologów jako jego źródła wspomniane są nawozy sztuczne, papierosy, alkohol lub jak sugerowała jedna z kobiet – zalegalizowane zabiegi abortyjne: „Przedtem kobiety nie przerywały ciąży a teraz to robią i przez to też chorują na raka”⁴⁴. Ktoś jeszcze inny zauważał: „Dawniej ludzie żyli dłużej, ponieważ nie używali tabletek i wódki nie pili. Teraz tabletki na jedno pomagają a na drugie szkodzą. Poza tym wszystko jest na nawozach a to bardzo szkodzi na zdrowie, ludzie po tym chorują na raka i umierają młodo”⁴⁵. Mimo stwierdzonej przez cytowanych coraz większej częstotliwości choroby

⁴⁰ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1981*, Warszawa 1980, s. 92, 94; H. Gadomska, T. Koszarowski, Z. Karewicz, *op. cit.*, s. 114.

⁴¹ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1981...*, s. 92, 94.

⁴² Zob np.: W.A. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Warszawa 1993, s. 147.

⁴³ AIEiAK UJ, sygn. 4001, cz. 2, *Medycyna ludowa choroby, leczenie*, k. 119.

⁴⁴ *Ibidem*, k. 121.

⁴⁵ *Ibidem*, k. 144.

nowotworowej, ona sama rzadko opisywana była przez pamiętnikarzy. Mogło to rzecz jasna wynikać ze stosunkowo niskiej przeżywalności zapadających na nią osób, tym bardziej iż w środowisku wiejskim nowotwory złośliwe często wykrywano w fazie końcowej – mocno zaawansowanej i tym samym słabo rokującej. Jak sugerowały realizowane w woj. lubelskim badania dotyczące przyczyn zaniedbań i opóźnień w leczeniu ludności wiejskiej⁴⁶, stanowiło to konsekwencję niskiej kultury zdrowotnej tego środowiska, wyrażającej się w nieświadomości znaczenia choroby i bagatelizowaniu mniej dokuczliwych jej objawów zaleczanych metodami tradycyjnymi. Narośle, guzy, zmiany skórne, choć szpecące, zwykle leczone były we własnym zakresie poprzez stosowanie maści czy też różnego rodzaju okładów.

Przedłużające się i coraz bardziej uciążliwe objawy ze strony układu pokarmowego, oddechowego czy wydalniczego niekiedy jednak – mimo wiążących się z tym kosztów – konsultowano z lekarzami. Leczenie i diagnostyka nowotworów w latach 50. i 60. nie były jednak łatwe. Brak odpowiedniego sprzętu, a także częsta w terenie niekompetencja lekarzy powodowały, że wiele schorzeń nowotworowych leczono lub diagnozowano w tym czasie niewłaściwie. Z lubelskich badań wynika, iż prawie co czwarty leczony w klinice chirurgicznej przypadek nowotworu wiejskiego zdiagnozowany był zbyt późno z winy służby zdrowia⁴⁷. Problem ten nie dotyczył w tym czasie wyłącznie środowiska prowincjonalnego. Jak zaznaczano bowiem na jednym z posiedzeń Ministerstwa Zdrowia w 1958 r.: „Jest rzeczą niezrozumiałą, że najważniejsze w tej chwili zagadnienie lecznicze jest przypadkowo i niesystematycznie wykładane przyszłym lekarzom, z których znaczna większość – jak wykazały nasze ankiety – nie zapoznaje się z kliniką nowotworów. Nie ma

⁴⁶ *Przyczyny zaniedbań i opóźnień...*, s. 7.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 11.

mowy o systematycznej walce z rakiem bez masowego, systematycznego szkolenia lekarzy już w czasie studiów. [...]”⁴⁸.

Nieskuteczne i tym bardziej przedłużające się leczenie zwykle budziło na wsi rosnącą nieufność, powodując albo jego zarzucanie, albo poszukiwanie innych specjalistów, niekoniecznie w środowisku absolwentów akademii medycznych. Korzystanie z pomocy znachorów i przedstawicieli tzw. medycyny alternatywnej nie było rzadkością. W latach 70. i 80. porady tych ostatnich stosowano zresztą często niezależnie od leczenia w klinice onkologicznej⁴⁹.

Jak pokazują wyniki lubelskich badań, w porę zdiagnozowana choroba i znaczne szanse na całkowite wyzdrowienie przy zastosowaniu częstego w tym czasie „leczenia radykalnego” spotykały się także z odrzuceniem przez wiejskich pacjentów. Przypadek taki opisywali autorzy opracowania z 1960 r.: „Choroba rozpoczęła się przed 4 laty biegunkami. Chory przy oddawaniu stolca obserwował domieszkę kału krwi. Utrzymujące się dolegliwości spowodowały, że zgłosił się do tutejszej kliniki. Po przeprowadzeniu badań stwierdzono *carcinoma recti*. Zaproponowano choremu zabieg operacyjny, na który chory nie wyraził zgody. Został wypisany do domu. Po roku zgłosił się do Instytutu Onkologii w Warszawie, gdzie ponownie nie wyraził zgody na proponowane radykalne leczenie choroby, mimo, że w obu przypadkach informowano go o wszelkich następstwach związanych z odmową operacji. W ciągu następnych dwóch lat leczył się zachowawczo u różnych lekarzy i znachora. W lipcu 1960 r. ponownie przybył do tutejszej kliniki w złym stanie, z objawami narastającej szybko niedrożności. Wykonano zabieg operacyjny w trakcie którego stwierdzono rozległy naciek miednicy małej, licznie powiększone węzły chłonne przykręgosłupowe oraz przerzuty

⁴⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/38, Tezy na kolegium MZ w dn. 23 X 58 r., k. 4.

⁴⁹ Zob. np.: J. Drażba, *op. cit.*, s. 83–84; „Przekrój” 1982, nr 1934, s. 4.

do wątroby. Ze wskazań życiowych założono choremu odbył sztuczny. W 24 godziny po zabiegu chory zmarł”⁵⁰.

Wspominany wielokrotnie na łamach książki chłopski łąk przed leczeniem zamkniętym zwykle bowiem pojawiał się przed zabiegami inwazyjnymi kojarzącymi się z nieuchronną śmiercią lub trwałym kalectwem. Jak silny był to strach, opisywali także lekarze badający postawy wiejskich pacjentów leczonych na raka krtani w krakowskim szpitalu⁵¹. Jak zauważali, jednym z najsilniejszych przeżyć podczas całego pobytu była konieczność podjęcia decyzji w sprawie proponowanego zabiegu operacyjnego. Tylko co trzeci pacjent zmagający się z nowotworem krtani akceptował operację jako „ochronę przed śmiercią głodową, uduszeniem, z uwagi na uciążliwe objawy”. Co szósty (17%) wyrażał jednak jawnie negatywną postawę wobec zabiegu, przyjmując taktykę odwlekania. Co ciekawe – jak zauważyli autorzy badania – taka postawa dotyczyła głównie ludzi młodych (do 45. roku życia), którzy odrzucając radykalną terapię, próbowali na własną rękę szukać innych środków zaradczych⁵².

W tym miejscu nasuwa się oczywiście pytanie, czy zdiagnozowana choroba nowotworowa wywoływała na wsi podobne reakcje jak te obserwowane w przypadku gruźlicy? Odpowiedź na to pytanie jest niestety bardzo trudna, gdyż – jak pokazują materiały – do lat 80. zwykle nie mówiono pacjentom o raku, podając informację o diagnozie jedynie do wiadomości najbliższych. Jak relacjonował w latach 80. jeden z warszawskich onkologów: „Jestem przeciw mówieniu prawdy pacjentom. Mam bardzo złe doświadczenia. Ach, my kłamiemy w sposób cudowny, my jesteśmy chyba największymi kłamcami na świecie

⁵⁰ *Przyczyny zaniedbań i opóźnień...*, s. 21.

⁵¹ W. Kwaśniewicz, B. Tobiasz, *Determinanty kształtowania się postaw wobec choroby w środowisku szpitalnym u chorych na raka krtani*, „Zdrowie Publiczne” 1973, nr 7, s. 659–663.

⁵² *Ibidem*.

bo kłamiemy codziennie i nie raz, kłamiemy za każdym razem gdy zbliżamy się do łóżka pacjenta. Nie ma wyjścia, trzeba kłamać, żeby ten chory mógł żyć dalej, mógł żyć ze świadomością, że nie umrze, że wychowa dzieci, że się z nim żona nie rozwiedzie. [...] Ale rodzinom mówimy prawdę «tak, to jest nasz obowiązek»⁵³.

Taka strategia miała też swoje negatywne konsekwencje, o których coraz częściej pisano w latach 80., gdy zjawisko swoistej rakofobii – szczególnie widoczne w miastach – przybierało zdecydowanie na sile. Słaba oświata zdrowotna z zakresu nowotworów powodowała, iż w społeczeństwie funkcjonowało w tym czasie wiele mitów na temat chorób i dość powszechnie utożsamiano raka z chorobami zakaźnymi⁵⁴. Ukrywanie diagnozy przed chorymi sprawiało zaś, że wielu z nich po wyzdrowieniu nie było świadomych, iż chorowało na nowotwór. Wiedza o ozdrowieńcach, mająca szansę wpływać na potoczne wyobrażenia na temat raka, wskutek takich praktyk pozostawała jednak często niedostępna.

Jak pokazują badania społecznych zachowań, w środowisku miejskim osoby leczące się w szpitalach onkologicznych spotykały się niekiedy z marginalizacją, odrzuceniem lub jakąś formą stygmatyzacji. Na takie sytuacje na łamach „Przekroju” w 1984 r. wskazywała m.in. Teresa Toruk-Nowakowa, psycholog z Instytutu Onkologii w Krakowie: „niektórzy chorzy już po chorobie, po wyleczeniu zamykają się w sobie, czują się inni. Oni sami mówią, że są naznaczeni piętnem raka. Tak właśnie

⁵³ APR, sygn. C-16937, *Sprawy ostateczne*, red. E. Bobocińska (1981).

⁵⁴ Według badań M. Jokiel w 1976 r. przekonanie o zakaźności raka wyrażało ok. 11% badanych, ale ponad 35% było w tej kwestii niezdecydowane, co sugerować mogło w pewnych warunkach podatność na takie myślenie. Wśród mieszkańców wsi takie przekonanie wyrazić miało ok. 26% mieszkańców. Zob. M. Jokiel, *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 155, Warszawa 1980, s. 18–21.

mówią. Boją się że mogą przekazywać chorobę, bo ciągle jeszcze pokutuje przesąd, że nowotwory są zakaźne”⁵⁵.

Skuteczna terapia czy też tzw. leczenie radykalne, kończące się remisją i powrotem do zdrowia, w latach 80. nie zawsze i nie dla wszystkich oznaczały powrót do dawnego życia. Zdarzało się też niekiedy, że powrót do zakładu pracy był niemożliwy już nie ze względów zdrowotnych, a społecznych. Jak stwierdzał bowiem jeden z krakowskich lekarzy: „Rak jest chorobą, o której nie należy mówić. Podobnie jak przed wiekami trędowatego, obecnie chorego na raka omija się z daleka. Rodzina się odsuwa, w pracy zastanawiają się jak ogłędnie pozbyć się pracownika. Lekarze (medycyny pracy) wiedzą, że pacjent przyzna się do wrzodu żołądka, do zawału, nawet do choroby wenerycznej, ale za nic w świecie do tego, że kiedykolwiek miał coś wspólnego z Instytutem Onkologii”⁵⁶.

Analiza dostępnych mi i mocno fragmentarycznych źródeł dotyczących środowiska wiejskiego nie wykazała jednak istnienia tego rodzaju zjawisk, ale trudno stwierdzić, czy jakieś formy marginalizacji bądź strachu przed onkologicznym ozdrowieńcami rzeczywiście nie miały miejsca. Osoba chora na raka w ostatnich stadiach choroby niezależnie od środowiska, w którym przebywała, wymagała niewątpliwie wiele uwagi. Rosnące cierpienie musiało być też trudne do zniesienia nie tylko dla rodziny, ale i najbliższego otoczenia, tym bardziej że – jak wspominał jeden z felczerów – powszechny w przeszłości problem dotyczył braku dostępu do leków przeciwbólowych: „nowotwory niektóre to były takie straszne i zaniedbane. Pamiętam nowotwór taki, że zanim mnie wpuszczono do izby, do tego chorego, to próbowali kadzić ziołami, żeby ten zapach przykry [zmniejszyć], bo nie dało się wejść. Do tego stopnia było gnijące ciało. Albo pamiętam takiego człowieka, młodego

⁵⁵ „Przekrój” 1984, nr 2024, s. 5.

⁵⁶ „Przekrój” 1982, nr 1934, s. 4.

chłopaka, maturzystę, który zamiast zdawać maturę to umierał. To, kiedy ja jechałem do niego komarem, bo to wtedy takie były te motorowery, to jeszcze z odległości kilkuset metrów słyszałem jego krzyk bólu. To były rzeczy potworne... Te nowotwory były i są, tylko dziś szerszy jest dostęp do leków przeciwbólowych, bo wtedy tylko morfina...”⁵⁷

W tym miejscu nasuwa się pytanie o to, w jaki sposób postrzegano osoby chorujące na raka na wsi. Nie udało mi się niestety dotrzeć do jakiegokolwiek relacji osoby, która żyjąc na peerelowskiej wsi, zmagająca się z rakiem. Dostępne mi materiały pokazują zwykle zachowania wspierające chorych terminalnie: „Choroba matki szybko postępowała. Tworzący się na obojczyku guz powiększał się już do rozmiarów ludzkiej pięści. Bezsenne noce i okropne bóle przy wykonywaniu pracy stały się dla niej prawie powszednimi. I tu wyłania się najsmutniejsza i najbardziej ujemna strona zawodu rolnika. Stale brak czasu, stale nawał pilnej roboty. Nie można myśleć o lekarzach i kuracjach, bo lekarz daleko i «jeszcze się nie umiera», a robotę trzeba zrobić. [...] Tak było i z moją matką. Gdy jej stan stawał się naprawdę groźny uparłem się iść z nią do lekarza. Badanie w szpitalu w Tarnowie nie dało rozpoznania. Dostaliśmy skierowanie do kliniki onkologicznej w Krakowie. Tam zbadali, pobrali krew do analizy i odesłali do domu za miesiąc przyszło orzeczenie: rak w stadium nieuleczalnym. Pozostało już tylko czekać na śmierć. On[a] jednak nie czekała. Z powrotem wzięła się do roboty, według swoich sił i możliwości. Dziś patrząc na tamten przykład mogę zapytać siebie, gdzie u mnie ta wytrzymałość, ten nadzwyczajny hart i mrówcza po prostu pracowitość – mimo klęsk i niepowodzeń. Chciałbym jednocześnie wiedzieć skąd się u niej to brało? Czy z tej niezwyklej wiary w Boga i Opatrzność, jaką

⁵⁷ Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie.

przejawiła? Czy z wyrobienia życiowego? To tylko wiem, że nigdy do niej nie dorosnę”⁵⁸.

Poza opisywanym wsparciem, troską i podziwem dla fizycznej wytrzymałości chorych, w otoczeniu ich najbliższych rodziły się jednak i inne emocje oraz reakcje. O tych mniej pozytywnych w jednym z pamiętników pisał syn chorego na raka żołądka gospodarza: „Ojciec zaczął chorować, chodził i narzekał, w końcu położył się do łóżka. Chciałem przywieźć doktora, nie chciał, później sam przyniosłem. Doktor uznał zakażenie wewnątrzności, przeznaczył jakieś pigułki ojcu, ale to nie pomogło. [...] Ojciec chory leżał, doglądałem ojca i żał mi go było. Pewnego dnia mówię do siostr. «Może ojca do szpitala odesłać». Z początku się godziły ale my nie mamy czasu, to jedź ty. No dobrze. Ojciec się przysłuchiwał tej rozmowie. Pojechałem do lekarza po skierowanie i zaraz zadzwoniłem po karetkę. Przyjechałem do domu, to siostry się zaczęły ze mną przekomarzać. Po co dzwoniłem, przecież ojciec już jest lichy, my ci tam zwracać pieniędzy nie będziemy [...]. Ojciec słysząc to wszystko rozpląkał się i powiada do mnie. «Staraj się, sam ratuj mnie». Nie odwołałem karetki pogotowia. Odesłałem ojca do szpitala, ale uratować się nie dało. Lekarze odesłali ojca z powrotem do domu, tak, że za parę dni ojciec zmarł z powodu raka na żołądku”⁵⁹.

Z powyższych relacji wnioskować można, iż cierpienie, jakie towarzyszyło umierającym w domowym otoczeniu chorym, nie wywoływało na wsi odrzucenia czy obrzydzenia, a z trwogą jeszcze w latach 80. myślano o samotnej śmierci w murach oddziału szpitalnego. Nie można jednak wykluczyć, iż taki wydźwięk relacji jest zapośredniczony ze wspólnego dyskursu o chorobach nowotworowych i nie oddaje rzeczywistego obrazu. Wątpliwość tę potwierdza także fakt,

⁵⁸ *Gospodarstwo i rodzina...*, s. 107–108.

⁵⁹ *Ibidem*, s. 83.

iż – jak zobaczymy za chwilę – chorujący obłożnie i niepełnosprawni mieszkańcy wsi (także zniedołężniali starcy) spotykali się często z bardzo surowym traktowaniem. Odbiciem tego stosunku mogły być choćby przytaczane przez etnologów wypowiedzi. Jedna z rozmówczyń (ur. 1929) stwierdzała w 1975 r.: „lepiej dla starców i niedołączonych leżących stale w łóżku aby umarli, bo dzieci im dokuczają. Obleży się tylko, to go boli”⁶⁰.

Choroby nowotworowe wysuwające się w II połowie lat 70. na jedno z czołowych miejsc w rankingu przyczyn zgonów, w parze z chorobami układu krążenia i tzw. przyczynami zewnętrznymi (urazami, wypadkami), leżały też u podstaw zjawiska określanego jako przedwczesna umieralność młodych mężczyzn (w wieku 20–65 lat). Zjawisko to obserwowane zarówno na wsi, jak i w miastach, narastając od lat 60., charakterystyczne było przede wszystkim dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej⁶¹. Przez blisko 30 lat pozostawało nie tylko poza zainteresowaniem badaczy, ale również nie pojawiało się w oficjalnych dyskursach na temat problemów społecznych i zdrowotnych społeczeństwa⁶².

Poza nowotworami zaliczanymi niekiedy do grupy tzw. chorób cywilizacyjnych coraz częściej od lat 70. (po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia) diagnozowano na wsi szereg chorób przewlekłych, tj. cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, choroby miażdżycowe i wrzodowe. Rosnąca obecność wielu z nich wiązała się niewątpliwie z wydłużającym się także na wsi trwaniem życia i jednocześnie rosnącym w skali – i tylko pozornie stojącym w sprzeczności z opisywaną przedwczesną umieralnością mężczyzn – zjawiskiem starzenia się

⁶⁰ AIEiAK UJ, sygn. 4008, *Medycyna ludowa* 1975, k. 113.

⁶¹ W.A. Zatoński, *Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce na tle innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej*, Warszawa 2001, s. 23–27.

⁶² Na jego związki z nawykami żywieniowymi i powszechnym w PRL nałogiem nikotynowym zwracał uwagę m.in. Zatoński. Zob. *ibidem*, s. 27, 33.

społeczeństwa⁶³. Zwiększające się liczby przypadków chorób przewlekłych były też świadectwem dokonujących się na wsi przemian. Wcześniej, tak charakterystyczne dla lat 50. czy 60., zniecierpliwienie chłopów długoterminową i często kosztowną terapią, w latach 70. i 80. akceptowane było znacznie łatwiej, choć – jak wskazywałam we wcześniejszych rozdziałach – nie zawsze oznaczało rygorystyczne przestrzeganie lekarskich wskazań. Większa troska o stan zdrowia na wsi wiązała się także ze zmianą pokoleniową. Wyrazem tego były też częste komentarze starszego pokolenia na wsi. W latach 70. jeden z chłopów stwierdzał: „Teraz ludzie może więcej chorują, ponieważ mają więcej czasu, chodzą więcej do lekarzy [...] dawniej chociaż coś bolało to nie chodzili bo mieli za dużo roboty; dziś ludzie mają się dobrze, są rozkapryszeni więc się wydaje, że więcej chorują”⁶⁴.

III.3. Chorzy, głupi czy leniwi? Niepełnosprawność chłopskim okiem

W 1958 r. podczas posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia liczbę osób z urazami ortopedycznymi szacowano na ok. 1,2 mln, wskazując, iż „na tę ilość składają się w około 30% wrodzone wady narządu ruchu, w około 25% gruźlica kostno-stawowa, w około 20% porażenia wiotkie i spastyczne oraz dystrofie mięśniowe, w 10–15% urazy i ich skutki, na resztę wady statyki i skutki zapaleń ostrych”⁶⁵.

⁶³ Na wsi w 1952/1953 r. średnia długość życia mężczyzn wynosiła 58,3 lat, kobiet – 63,4. 30 lat później w 1983 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio: 67,32 dla mężczyzn i 75,5 dla kobiet. *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985...*, s. 71–72.

⁶⁴ AIEiAK UJ, sygn. 4012, Medycyna ludowa, k. 133.

⁶⁵ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/35, Protokół nr 16/58 z posiedzenia KMZ w dniu 30. kwietnia 1958, k. 24.

Jeśli przyjmiemy, iż w danym roku liczba ludności w kraju wynosiła ok. 30 mln⁶⁶, to można założyć, iż średnio w grupie przypadkowych stu osób znalazły się 3–4 osoby mające problemy ze sprawnością fizyczną. Tak liczna grupa zmagających się z czasową lub trwałą niepełnosprawnością budziła zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej coraz większy niepokój, tym bardziej że jak wskazywały statystyki – pod względem urazowości zaczęto mówić o swoistej epidemii. „Stoimy u progu epidemii urazów” – pisano w 1958 r., dodając: „w roku 1956 wskaźnik urazów w niektórych województwach przekracza wskaźnik zapadalności na grypę”⁶⁷.

Choć bez wątpienia te niepokojące dane odnosiły się przede wszystkim do środowiska miejskiego, to jednak konsekwencje wypadków i urazów nie omijały także mieszkańców wsi. Postępująca od II połowy lat 50. mechanizacja rolnictwa w pierwszej kolejności obejmowała gospodarstwa państwowe i uspołecznione. Rosnąca dwuzawodowość mieszkańców wsi sprawiała z kolei, iż zdarzające się w fabrycznych halach wypadki swoimi konsekwencjami oddziaływały także na środowisko wiejskie. Rosnąca liczba kalek w pierwszym powojennym piętnastoleciu nie wynikała jednak tylko i wyłącznie z ludzkich błędów lub awarii sprzętowych. Wspominana wcześniej skala chorób reumatycznych (gościec), atakujących zwłaszcza dzieci i młodzież, konsekwencje nieleczonej krzywicy, gruźlicy oraz polio również wpływały na powiększającą się zarówno w miastach, jak i na wsiach liczbę osób niepełnosprawnych. Jak zwracano uwagę pod koniec lat 50., osiągnięcia ówczesnej medycyny odegrały w tej sferze dwuznaczną

⁶⁶ Według *Małego Rocznika Statystycznego* w 1960 r. liczba ludności w kraju wynosiła 29,7 mln. *Mały Rocznik Statystyczny 1974...*, s. 15.

⁶⁷ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/35, Lecznictwo usprawniające w dysfunkcjach narządów ruchu, k. 12.

rolę: „Antybiotyki (np. przeciwko gruźliczym zapaleniom opon mózgowych) wydzierają dzieci i dorosłych śmierci, lecz nie usuwają uszkodzeń narządów, nie usuwają kalectwa [...]”. Na ostrym oddziale poliomyelitycznym ratuje się życie dziecka z porażeniem mięśni oddechowych dzięki nowoczesnym respiratorom. Uratowane dziecko jest jednak kaleką, gdyż ma przeważnie dodatkowo rozległe porażenie kończyn i tułowia. Podobne przykłady ze wszystkich dziedzin medycyny można mnożyć dowolnie. Wynika z nich jeden fakt, że zmniejszenie śmiertelności zwiększa liczbę kalectw i to przeważnie ciężkich kalectw⁶⁸ – podkreślano w 1958 r., wskazując jednocześnie na swoistą bezradność władz centralnych wobec szybko rosnącej grupy ludzi niezdolnych do pracy. Ten niewątpliwie niewygodny pod względem ideologicznym temat długo jednak nie znajdował oddźwięku w dyskursie prasowym czy opiniotwórczym lat 50. i 60. W gremiach decydenckich również spychany był na boczny tor, czego wyraz stanowiło przerzucanie się odpowiedzialnością za rehabilitację osób fizycznie niepełnosprawnych między Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej. „Były okresy gdy Ministerstwo Zdrowia jeśli chodzi o dorosłych zajmowało wręcz wrogie i negatywne stanowisko w stosunku do zagadnienia i uważało, że rehabilitacja należy do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej⁶⁹ – przypominano na posiedzeniu w 1958 r. W przypadku niepełnosprawności dziecięcej – traktowanej nieco odrębnie – odpowiedzialność za rehabilitację i ewentualne leczenie ponosił najczęściej pion opieki nad matką i dzieckiem.

Toczące się na szczeblu centralnym dyskusje w praktyce w niewielkim stopniu oddziaływały na sytuację w terenie. Jednak obserwowana w Ministerstwie Zdrowia swoista

⁶⁸ *Ibidem*.

⁶⁹ *Ibidem*, sygn. 1/28, Stan lecznictwa usprawniającego /rehabilitacji/ w Polsce w odniesieniu do schorzeń i uszkodzeń nadrzędów ruchu, k. 437.

„psychologia” i marginalizacja problemu stanowiły ważny kontekst dla zrozumienia tego, jak niepełnosprawność fizyczna postrzegana była na powojennej prowincji. Obserwowany „na górze” dość ambiwalentny stosunek do problemu kalectwa wpisywał się bowiem w ogólnospołeczne ramy myślenia o tym zjawisku.

„Ludzie woleli żeby kalekie dziecko umarło”

Formalnie leczenie dziecięcych wad postawy i fizycznych deformacji wynikających z krzywicy, gruźlicy czy porażeń mięśniowych należało do zakresu gwarantowanych również dzieciom rolników nieubezpieczonych (do 14. roku życia) bezpłatnych świadczeń opieki lekarskiej, dentystrycznej, pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej⁷⁰. Opisywane w poprzednich częściach problemy infrastrukturalne i kadrowe, znaczne odległości i trudności transportowe, a także nierzadko brak zaufania do lecznictwa państwowego sprawiały, że nawet jeśli działania takie podejmowano, to stosunkowo szybko je zarzucano. Koszty oraz dostępność leków lub specjalistycznego sprzętu ortopedycznego czy rehabilitacyjnego stanowiły niewątpliwie kolejną przeszkodę w ewentualnym kontynuowaniu terapii.

Sprawność fizyczna, będąca fundamentalnym warunkiem rolniczej pracy i stylu życia, w wiejskim systemie wartości zajmowała najwyższą pozycję. Wyraźnie widoczne kalectwo – niewładne lub amputowane kończyny górne lub dolne, paraliż ciała – pozbawiało jednostkę teźże wartości, determinując często jej postrzeżenie i pozycję w społeczeństwie.

Długotrwałe, przewlekłe leczenie, a tym bardziej usprawnianie ciała (rehabilitacja) na wsi nie znajdowały zwykle zrozumienia, tym bardziej iż z reguły nie kończyły się powrotem do pełnego funkcjonowania. Mówiąc prościej, niezależnie

⁷⁰ *Organizacja ochrony zdrowia...*, s. 316.

od podejmowanych działań i wysiłku na rzecz usprawnienia, nawet dobrze radzący sobie z ruchowymi ograniczeniami chłopiec lub dziewczynka, u których wciąż widoczna była fizyczna niepełnosprawność, według wiejskiego otoczenia wciąż pozostawali kaleką. Brak nogi lub ręki, niedowład, bezwład lub paraliż kończyn często niemożliwy był do całkowitego zniwelowania. W takiej sytuacji dalsze ponoszenie kosztów leczenia (czy choćby transportu) na wsi postrzegano jako bezcelowe. Podejście takie wielokrotnie jeszcze w latach 70. wyrażali mieszkańcy wsi małopolskich, choć w ich relacji dostrzec można wyraźne symptomy zachodzących zmian: „nie należy leczyć dziecka jeżeli wiadomo, że zostanie ono na całe życie kaleką – twierdziła jedna z kobiet – Dziecko takie, gdy wyrośnie, będzie obciążeniem dla rodziny i dla państwa. Poza tym, samo nie będzie miało życia. Człowiek który jest kaleką sam się męczy i innych męczy, dlatego też lepiej żeby takie dziecko umarło [...]. Obecnie nie ma tylu kalek a jeśli są to się ich leczy. Przedtem nie leczono, ludzie woleli żeby kalekie dziecko umarło”⁷¹.

Inna z kobiet, sama borykająca się w przeszłości z wychowaniem niepełnosprawnego syna, któremu po przebytych w niemowlęctwie zapaleniu opon mózgowych pozostały niedowład nóg i bardzo niewyraźna wymowa, generalnie zgadzała się ze swą przedmówczynią: „Jeśli wiadomo jest, że dziecko ma być przez całe życie kalekie i słabe to nie należy go leczyć” – stwierdzała. Choć jej dorosły już syn poradził sobie w życiu, podejmując pracę w jednej z okolicznych fabryk, to – jak mówiła – „całe życie jest popychadłem zdrowych ludzi”. Do szkoły kobieta wozila go na rowerze. „Koledzy często wyśmiewali kalekie dziecko”. Według matki „chory nigdy nie będzie żył normalnie. Sam syn zdaje sobie sprawę ze swego kalectwa mówi, że wolałby 10 lat służyć w ruskim wojsku żeby tylko być

⁷¹ AIEiAK UJ, sygn. 4001, cz. 2, Medycyna ludowa 1975, k. 129.

zdrowy jak inni. Człowiek kaleki i chory nie ma poważania u ludzi, ma on niewiele z życia”⁷².

Wspominane przez pierwszą kobietę coraz częściej spotykane również na wsi leczenie kalek, od lat 60. teoretycznie wspierały ośrodki rehabilitacyjne. Trafiało do nich jednak raczej niewiele dzieci wiejskich. Te, którym udało się tam dostać, rehabilitowane przez lata w ośrodkach zamkniętych, po powrocie do rodzinnego domu (gospodarstwa), nie mając możliwości podtrzymywania wyuczonych strategii i nie znajdując zrozumienia, zaprzepaszczały nierzadko wyniki długoletniej i ciężkiej pracy, choć – co warto podkreślić – nie zawsze było to regułą⁷³. Niezrozumienie dla idei rehabilitacji nie odnosiło się wyłącznie do środowiska wiejskiego⁷⁴. Jak pokazywały badania Marii Szczygielskiej-Majewskiej oraz Anny Paneckiej z Akademii Medycznej w Lublinie, jeszcze w latach 80. problem ten nie dotyczył też wyłącznie dzieci: „u wielu respondentów usprawnione kończyny w ośrodku rehabilitacyjnym po powrocie do domu traciły uzyskaną sprawność, ponadto pojawiły się odleżyny i infekcja układu moczowego. Przyczyną takiego stanu jest zarówno brak fachowej opieki w domu jak i nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, sanitarne, higieniczne”⁷⁵.

Dla większości wiejskich mieszkańców ośrodki rehabilitacyjne pozostawały jednak niedostępne, a obciążone paraliżem lub niedowładem kończyn dzieci przyuczane były do pracy

⁷² *Ibidem*, sygn. 4012, *Medycyna ludowa* 1975, k. 133, 135.

⁷³ APR, sygn. 14162, *Dialogi i zbliżenia*, red. M. Najgrodzka (1980). W audycji przedstawiona jest historia młodej dziewczyny, która urodziła się na podlubelskiej wsi w latach 60. Jako trzyletnie dziecko zachorowała na postać porażenną choroby Heinego-Medina, której efektem był paraliż kończyn dolnych. Przez kilka lat przebywała w ośrodku rehabilitacyjnym w Goczałkowicach, a jako dorosła osoba ukończyła studia psychologiczne i szukała pracy w zawodzie.

⁷⁴ Zob. np.: APR, sygn. 772/6, *Na przekór nieszczęściu – aby pokonać zły los* (1959).

⁷⁵ M. Szczygielska-Majewska, A. Panecka, *Adaptacja społeczna inwalidów w środowisku wiejskim*, „*Medycyna Wiejska*” 1984, nr 3, s. 209.

gospodarskiej. Niekiedy niektórym z dorastających nastolatków udawało się zakwalifikować do szkolenia inwalidzkiego, przyuczającego do podjęcia pracy zawodowej. O sytuacji takiej pisano m.in. w ekspertyzie z lat 80., przytaczając przykład urodzonego w 1940 r. mężczyzny: „Inwalida I grupy z niedowładem kończyn dolnych po złamaniu kręgosłupa lędźwiowego. Chodzący o 2 laskach łokciowych praktycznie cały dzień, tylko mycie się i jedzenie w pozycji siedzącej w wózku inwalidzkim. Do szkolenia inwalidzkiego zgłoszony w 1961 r. (ZSI-Wrocław). Szkołę ukończył w 1967 r., zdobywając zawód mechanika maszyn biurowych. Pracy nie otrzymał, ani w wyuczonym zawodzie, ani chałupniczej. Przyczyna prawdopodobnie ta, że odległość ze wsi do najbliższego miasta wynosi około 20 km. W domu zajmuje się majsterkowaniem, naprawą aparatów radiowych, rowerów, motorów itp. [...] Marnotrawstwem społecznym i ekonomicznym (nie mówiąc o tragedii osobistej) jest 4-letnie uczenie zawodu mechanika maszyn biurowych chłopca, który mieszka na głuchej wsi”⁷⁶ – dodawano w raporcie, odnosząc się do problemu praktycznej niedostępności miejsc pracy dla wiejskich osób niepełnosprawnych fizycznie.

Fizyczna odmienność nie była pretekstem do taryfy ulgowej, a ciężka praca fizyczna niekiedy przyczyniała się do pogłębienia problemu. Widoczna niepełnosprawność wpływała nie tylko na postawę otoczenia, ale zwykle też determinowała przyszły los. Jedna z wiejskich kobiet, która w latach 50. chorowała na polio, wspominała: „Rodzice zdecydowali, że jestem kaleką, więc jak skończę szkołę podstawową, to przydam się w domu paść krowy, bo gdzie to taka między ludzi”⁷⁷.

Niekontynuowanie nauki i brak intelektualnego treningu pogarszały dodatkowo położenie dorastających dzieci, które z pogłębiającym się z czasem zaniedbaniem często traciły szansę

⁷⁶ A. Cynkar, J. Stępień, *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL. Ekspertyza*, Wrocław-Kraków 1984, s. 233.

⁷⁷ B. Tryfan, *op. cit.*, s. 38.

na jakąkolwiek samodzielność życiową. Choć już w latach 60. działały w terenie spółdzielnie inwalidów, umożliwiające zatrudnienie lub pracę nakładczą, to jednak – jak stwierdzano w 1973 r. na łamach „Gromady Rolnika Polskiego” – „w praktyce niemal zupełnie niedostępne były one dla ludności wiejskiej”⁷⁸.

Nawet lekka niepełnosprawność skazywała zatem mieszkańca wsi na całkowitą zależność od swych żywicieli. Stanowiące niezbędny warunek względnej adaptacji do życia i znacznej samodzielności – odpowiednio dostosowane mieszkanie czy też dostępny sprzęt ortopedyczny (wózek inwalidzki) jeszcze w latach 80. sprawiały sporo kłopotów. W 1984 r. na wsi lubelskiej tylko niecałe 6% mieszkań wiejskich było w pełni przystosowane do zmniejszonej sprawności fizycznej jednego z lokatorów, zaś ponad 70% nie zostało przygotowanych w ogóle⁷⁹. Problem stanowiło także zdobycie wózka inwalidzkiego (zwłaszcza motorowego). Wózek ręczny w latach 80., choć może nie był na wsi rzadkością (na Lubelszczyźnie posiadało go 82% niepełnosprawnych), to dla wielu osób nie oznaczał on pełnej samodzielności. Jak wskazywały badające wsie lubelskie pracownice Akademii Medycznej, sprzęt ten często psuł się, nie mieścił w ciasnych mieszkaniach bądź zwyczajnie jego obsługa wymagała od użytkownika zbyt wiele wysiłku: „mimo, iż wózek był przerabiany, w dalszym ciągu nie korzystam z niego, trzeba mieć dużo siły, żeby taki wózek poruszać, ja mam niesprawne ręce”⁸⁰ – stwierdzała jedna z niepełnosprawnych kobiet. Inny mieszkaniec wsi dodawał: „Mieszkam na wsi, drogi są piaszczyste, muszę zawsze kogoś prosić, żeby pchał wózek”⁸¹.

O materialnych trudach dorastania na wsi w parze z fizyczną niesprawnością pisała jedna z kobiet cierpiących na niedowład kończyn i porażenie nerwu wzrokowego po przebytej chorobie

⁷⁸ „Gromada Rolnik Polski” 1973, nr 94, s. 5.

⁷⁹ M. Szczygielska-Majewska, A. Panecka, *op. cit.*, s. 209.

⁸⁰ *Ibidem*, s. 211.

⁸¹ *Ibidem*.

Little'a: „Urodziłam się w nieodpowiednim miejscu, mieszkam całe życie na wsi. Tu jest specyficzne środowisko przyporządkowujące swą egzystencję wymogom ziemi, gospodarstwu, pracy. Zaś wszelkie odmienności ludzie albo zwalczają albo traktują obojętnie”⁸².

„Mój mąż nie był już tym samym człowiekiem”

Lata 60. i 70. to czas nie tylko rosnącej wskutek mechanizacji i motoryzacji liczby urazów i fizycznych konsekwencji szalejących w latach 50. chorób zakaźnych, ale również pojawianie się szeregu nowych, nieznanych bądź rzadko diagnozowanych wcześniej jednostek chorobowych. Paraplegia, stwardnienie rozsiane, choroba Bürgera⁸³ to pojawiające się również na wsi choroby, których konsekwencją było często znaczne lub postępujące ograniczenie sprawności. Pojawienie się którejś z nich stosunkowo nagle w wiejskim życiu rodzinnym wywoływać mogło traumatyczną pod względem emocjonalnym sytuację, która udzielała się wszystkim członkom rodziny: „gdy odwieziono mnie do domu ze szpitala, mój mąż nie był już tym samym człowiekiem jak wówczas gdy byłam zdrowa” – wspominała jedna z niepełnosprawnych kobiet. „W jego oczach traçałam przez kalectwo wszystko, nawet imię. Np. do córki mówił: daj «temu cos zjeść». Zostawiał mi przy łóżku słoik z mlekiem i kromkę chleba i szedł na cały dzień do roboty w pole”⁸⁴. Tak skrajna postawa nie odnajduje jednak potwierdzenia w innych relacjach, choć jak przyznają rozmówcy, poczucie bolesnego osamotnienia i niezrozumienia było stałe.

O trudnym odnajdowaniu się otoczenia (także rodzinnego) w sytuacji wolno postępującej, lecz nieuchronnej niepełno-

⁸² M. Chodkowska, *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw*, Lublin 1993, s. 29.

⁸³ APR, sygn. C-11275, *Nasz świat jest inny*, red. A. Wojterzanka (1972).

⁸⁴ *Niepełnosprawni na wsi...*, s. 29.

sprawności jednego z bliskich, przejmująco opowiadały dwie nieznające się młode wiejskie kobiety zmagające się w ostatnich dwóch dekadach PRL ze stwardnieniem rozsianym (*sclerosis multiplex*), zwanym wówczas „chorobą młodych”: „To się zaczęło dokładnie 27. października 1979 r. byłam na polu, zbierałam ziemniaki, w chłodny, dżdżysty dzień [...] i w pewnym momencie zauważyłam, że nie panuję nad ręką, że po prostu ręka panuje nade mną [...] zbaczała w prawą stronę. Jakoś to było dla mnie dziwnie, ale dalej robiłam [...] każdy mi zwracał tylko uwagę, dlaczego tak zostaję na końcu. Ja tylko spojrzałam i powiedziałam, nie wiem co się robi, nie mam w prawej ręce panowania. Że był bardzo zimny dzień, przyjechała mama i zarządziła, że jedziemy do domu. [...] ja miałam pojechać pierwsza do domu i przygotować mini obiad. Wsiadłam na konia ale już na tym koniu słabo mi się siedziało, bałam się że zlecę z niego. [...] nie mogłam zejść o własnej sile z niego. Wieczorem [...] w ogóle nie miałam czucia w rękach”⁸⁵.

Zbagatelizowany problem kontroli nad ciałem powrócił jednak następnego dnia, pogłębiając objawy i skutkując całkowitym niedowładem palców. „To minęło po leczeniu klinicznym w Katowicach-Ligocie – relacjonowała w rozmowie z reporterką Polskiego Radia nauczycielka – Przeważnie u innych od oczu się zaczynało, a oczy u mnie zaatakowało po miesiącu. W ogóle nie widziałam na oczy. I teraz jak mi zaczyna atakować te oczy to rzuca się z prawego na lewe, albo na obydwie. [...] nikt mi nie chce uwierzyć, że jestem chora [...]. To boli, że traktują mnie jak osobę, która uchyla się od pracy [...] może to byłoby inaczej gdyby to moje kalectwo było bardziej widać. Bo ja chodzę dosyć sprawnie, tego się nie zauważa, a tym bardziej w środowisku wiejskim.

⁸⁵ APR, sygn. 19191/5, *Człowiek nie chce być sam – ludzie uwierzcie nam*, red. T. Łozińska (1989).

Ja mogę nie czuć się darmozjadem, ale mam takie wrażenie że ja jestem dla nich udręką – kontynuowała kobieta – [...] chciałabym się usamodzielnic, bo kiedyś nie chcę być pod opieką tej bliskiej osoby, bo jeżeli będę w takim stanie jak dzisiaj jestem to będę stale mogła słyszeć to: pójdź na pole, zrób to, zrób tamto. A wiadomo, że będą takie okresy, że nie będę mogła, bo organizm z biegiem lat się osłabia w tej chorobie. Bo chociaż ja będę chodząca to nie będę miała siły do pracy⁸⁶.

Ta młoda kobieta świadoma tego, jak rozwija się jej choroba i że ciężka praca tylko przyspieszy ten proces, doprowadzając do paraliżu mięśni, wiedziała też, że jej najbliższe otoczenie nie zaakceptuje jej dramatu: „Ja zauważyłam, że zrozumie to ktoś kto przechodził coś trudnego” – stwierdzała w rozmowie z reporterką, dodając: „Ludzie uwierzcie nam, bądźcie dla nas bardziej tolerancyjni i ludzcy⁸⁷”.

Historia drugiej chorej zaczęła się nieco wcześniej, bo pod koniec lat 60. Dwudziestokilkuletnią wiejską dentystkę, matkę dwójki dzieci i żonę chłoporobotnika, choroba również zaskoczyła w najmniej spodziewanej chwili. W 1976 r., gdy powstawał reportaż, kobieta znajdowała się w gorszym stanie niż wcześniejsza bohaterka. Przykuta do wózka inwalidzkiego, a najczęściej zwykłego łóżka, całkowicie uzależniona od pracującego męża, kilkuletnich dzieci i pomocy starych, schorowanych rodziców, z ogromnym uporem walczyła o skrawki samodzielności: „Jak lekarz przyjeżdża to muszę płacić [...] bo to jest specjalista neurolog. On dużo nie bierze, 100 zł. [...] tylko bierze za taksówkę, ale nam ciężko i to dać [...] żeby ja chociaż jakieś swoje pieniądze miała. To co Pan doktor przyjeżdża do mnie, ja też po kryjomu płacę. Mąż nie chce dawać pieniędzy na lekarza [i lekarstwa – E.Sz.] bo jego nie stać. A ja nie mam skąd. Ja jajka nie zjem, tylko tak sobie ciułam bo

⁸⁶ *Ibidem.*

⁸⁷ *Ibidem.*

na lekarza trzeba. Codziennie jestem na lekarstwach [...] ale czasami bardzo dużo się uciula, bo jedne leki są tańsze a drugie droższe. Teraz wykupiłam za 110 złotych to opakowanie zastrzyków. Nawet warzyw nie mam zasianych, bo nie ma komu tego zrobić⁸⁸.

Mimo starań, pozbawiona prawa do wcześniejszej renty, w codziennych potrzebach nie mogła również liczyć na pomoc sąsiedztwa. Choć okoliczni sąsiedzi pytani przez reporterkę o tę kobietę, dostrzegali dramat jej i rodziny, podkreślając, iż trudno im patrzeć na cierpienie młodej matki, to jednak zdobycie się na bardziej konkretne formy pomocy było dla nich niezwykle trudne: „Ja nie mogę tam przychodzić proszę panią, bo sama mam nerwicę serca [...] jak ja na nią spojrzę to sama jestem chora, bo mi strasznie żal jest tej kobiety. Nie mogę na nią patrzeć. Jak ona tak leży malutka taka, jak trup proszę panią, tylko ją w trumnę włożyć. Jak ją rano ubiorą to ona tak leży w tym ubraniu cały dzień.

Chłop jej pracuje, ją utrzymuje. Ona teraz to w wózku ale wcześniej i wózka nie miała [...] on jak przyjeżdżał z tej pracy to wszystko musiał robić: i prac i gotować. Panie to jest chłop w ogromnym nieszczęściu⁸⁹.

Niemożność udzielenia nawet drobnej pomocy sąsiedzkiej (choćby przy zasianiu warzyw) zwykle tłumaczono brakiem czasu: „Mój ojciec i jego matka [męża chorej – E.Sz.] to byli brat i siostra [...]. On sam pracuje i ma na utrzymaniu dziadka, teściów, dwoje dzieci i ją. [...] A kto pomoże? No ja pomogę? Jak? Ja dziś wróciłem z pracy i na noc idę do pracy [...] drugi sąsiad do pracy, no a ktoś dalszy przyjdzie? [...] No ale kiedy sąsiadka może pomóc? Ona to się musi kręcić żeby swoje zrobiła, a nie czyjeś⁹⁰ – stwierdzał mieszkający tuż

⁸⁸ APR, sygn. C-13818, *Zgłaszam sprawę*, red. J. Jankowska (1976).

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ *Ibidem*.

za rogiem krewny. Inny sąsiad dodawał zaś: „Moim zdaniem to wstyd żeby państwo nie pomogło [...] każdy z sąsiadów to ma swoje kłopoty [...]. Trzeba nająć, zapłacić [...]. W ogóle o pomocy nie ma mowy”⁹¹.

Dramatyczny los kobiety i jej rodziny był pogłębiany również przez działanie lokalnej opiekunki społecznej, która w rozmowie z reporterką co prawda stwierdziła iż: „ja to jak pójdę tam to się zawsze rozplaczę”⁹², jednak sprawy o pomoc nie zgłosiła w urzędzie gminy.

Ten jawnie niekonsekwentny czy też ambiwalentny stosunek otoczenia i pozostawienie rodziny zmagającej się z problemem niepełnosprawności i biedy samej sobie nie był na wsi rzadkością. Mimo iż wspólnota lokalna zawsze wiedziała (lub domyślała się), co dzieje się w domu i na podwórzu sąsiada, to jednak często pozostawała obojętna bądź też obserwowała rodzinę z dystansu. Większe zaangażowanie bądź interwencja pojawiały się niekiedy w sytuacji jawnej bądź skrajnej niesprawiedliwości lub przemocy, choć również i w takich wypadkach przyjmowano nierzadko strategię „niewidzialności problemu”.

Warto podkreślić, iż stosunek do osób niepełnosprawnych na wsi – zwłaszcza w sferze prywatnej, za zamkniętymi drzwiami – nie zawsze był tylko chłodny czy nasycony negatywnymi emocjami. Jak pokazują też inne relacje, niekiedy borykające się z fizycznymi ułomnościami dorastające dzieci mogły liczyć na ogromne wsparcie i poświęcenie rodziców. Dwudziestokilkuletni chłopak o bardzo żywiołowym usposobieniu, zmagający się także z pogłębiającym się stwardnieniem rozsianym, z ogromną wdzięcznością i zrozumieniem dla postawy coraz słabszej, bo starzejącej się rodzicielki mówił: „Matka otrzymuje rentę 380 zł. Ale musi być ze mną, bo musi

⁹¹ *Ibidem.*

⁹² *Ibidem.*

mi pomóc, wyjść, wejść. Praca przy takim chorym, to jest krępująca, ciężką ma pracę ze mną”⁹³.

Wiele zatem zależało od relacji rodzinnych i indywidualnych postaw. W latach 80. najbliższa rodzina była bardziej empatyczna. Jak zaznaczały M. Szczygielska-Majewska i A. Panecka, kalectwo najdotkliwiej odczuwano „w miejscach, gdzie inwalidzi wystawieni są na ludzkie spojrzenia, woła więc unikać tych kontaktów. Dla większości azylem, otoczeniem, gdzie można się schronić z kalectwem jest dom, najbliższa rodzina”⁹⁴. O tym, jak deprymująco działać mogło niekiedy otoczenie, opowiadał jeden z cytowanych przez badaczki mężczyzn: „Gdy już jako tako mogłem poruszać się samodzielnie, zacząłem szukać celu życia i snuć plany życiowe, wtedy zdrowe otoczenie dało mi po głowie, niejednokrotnie słyszałem takie powiedzenia: «to nie dla ciebie takie marzenia»”⁹⁵.

III.4. Niebezpieczni i ubezwłasnowolnieni (chorzy psychicznie)

„Piętno wariata”

Niepełnosprawność fizyczna traktowana była inaczej niż upośledzenia psychofizyczne czy choroby psychiczne. Jak pokazują materiały, niekiedy nawet nieznaczne upośledzenie zmysłów – głuchota czy niemota – niezależnie od swych (na ogół na wsi nieznanymi) przyczyn również mogło dawać pretekst do swoistego wykluczenia. Jedną z rozmówczyń Marii Chodkowskiej na początku lat 90. stwierdzała: „Pogodzić się z tym nie mogłam, że tracąc słuch, zastałam też odrzucona

⁹³ APR, sygn. 981/4, *O człowieku, który pokonał cierpienie*. Zdzisław Kubicki – sparaliżowany korespondent, red. H. Brzóska (1964).

⁹⁴ M. Szczygielska-Majewska, A. Panecka, *op. cit.*, s. 212.

⁹⁵ *Ibidem*.

przez mamę, jak zepsuta zabawka. Mama uważała, że utrata słuchu jest równoznaczna z utratą rozumu. Zamykała mnie izolując od ludzi. Często w zdenerwowaniu mówiła, że byłoby lepiej, żebym umarła [...] w domu nikt nie traktował mnie ulgowo, pracowałam ciężko. Dźwigałam ogromne kosze trawy dla inwentarza, którego mama trzymała sporo. Mając 10–11 lat wyrzucałam obornik⁹⁶.

Czy niedosłyszający, niedowidzący lub głuchoniemy postrzegany był częściej jako „pozbawiony rozumu”, trudno stwierdzić. Niewątpliwie jednak ogromną rolę odgrywał moment pojawienia się dysfunkcji. O ile przyczyny fizycznej niepełnosprawności – urazy, wypadki, ciężkie choroby były zwykle konkretnymi i najczęściej rejestrowanymi nie tylko przez samego chorego, ale i jego otoczenie momentami w życiu, o tyle pojawienie się poważnych zaburzeń słuchu czy wzroku nie zawsze musiało być dostrzeżone od razu. Dotyczyło to również chorób psychicznych, w przypadku których moment pojawienia się często trudny był do uchwycenia. Choć jak wspominali wiejscy mieszkańcy w wywiadach z etnologami, większość chorób psychicznych powstawać miała „z przemęczenia, kłopotów, staropanieństwa, niepowodzeń seksualnych, wielkiej miłości, dziedzicznej choroby, uroku, powołania do wojska, lub nadmiernego myślenia”⁹⁷, to z reguły dostrzegano je dopiero w momencie nasilenia się objawów lub gdy chora osoba zachowując się agresywnie (bądź autoagresywnie), targnęła się na życie własne bądź innych. W przeciwieństwie do wcześniejszych schorzeń choroby psychiczne znacznie częściej jeszcze w latach 70. utożsamiane były z karą boską za grzechy bądź przenikaniem się sfer *sacrum* i *profanum*. Bardzo ciekawie o postrzeganiu chorego, określanego na podkarpaczkiej wsi „wariotem”, a w badaniach naukowych „dewiantem”,

⁹⁶ M. Chodkowska, *op. cit.*, s. 39.

⁹⁷ AIEiAK UJ, sygn. 240, I. Kozioł, *Kulturowa interpretacja dewiacji*, 1982.

pisała Iwona Koziół⁹⁸. Prowadząc swoje badania w latach 80. na terenie Witowa (pod Zakopanem), wskazywała na szereg zachodzących w tej sferze zmian. Przede wszystkim większość osób ze zdiagnozowaną chorobą była w tym czasie już hospitalizowana, a rozmówcy Koziół potwierdzali zjawisko częstszego i chętniejszego umieszczania chorych w państwowych instytucjach zamkniętych. Trudno jednak stwierdzić, na ile hospitalizacja traktowana była w kategoriach leczenia, a na ile w kategoriach izolacji. Jak zauważali bowiem często rolnicy, „choroba psychiczna zawsze pozostawia ślad w psychice (nawet po leczeniu szpitalnym)”⁹⁹. Wielu też wciąż w latach 80. przekonanych było, iż najlepsze leczenie dotkniętych chorobą zapewniają modlitwa i msza lub pielgrzymka¹⁰⁰. Ambiwalentny stosunek do powracających ze zlokalizowanego nieopodal ośrodka w Zakopanem, Kobierzynie lub Nowym Targu jeden z mieszkańców Witowa wyraził dosadnie: „jak się tu z Kobierzynem dogadasz?”¹⁰¹ Powszechność takiego myślenia w 1958 r. stwierdzał także jeden z reporterów „Gromady Rolnika Polskiego”, ukazując je z perspektywy pacjenta: „Wielu chorych po wyleczeniu nie chce wracać do domu. Szczególnie pacjenci ze wsi. Boją się, że ludzie nie pozwolą im zapomnieć o przebytej chorobie, a kto wie czy znów nie zapędzą w kolejną”¹⁰². O tym samym problemie pisała w 1964 r. Barbra Tryfan: „Szczególnie tu, na głębokiej prowincji fakt poddawania się badaniom psychiatrycznym dyskredytuje i poniża w opinii publicznej. Wokół

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ *Ibidem*. Opowiadanie się większości mieszkańców wsi za pełnym odosobnieniem chorych psychicznie potwierdzały także wyniki badań opinii publicznej z 1976 r. *Choroby psychiczne w opinii społecznej. Komunikat z badań 1976*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 10/51, s. 4.

¹⁰⁰ AIEiAK UJ, sygn. 240, I. Koziół, *op. cit.*

¹⁰¹ *Ibidem*, s. 40.

¹⁰² „Gromada Rolnik Polski” 1958, nr 124, s. 7.

takiego człowieka pozostaje na długi czas klimat niezdrowej sensacji, wlecze się za nim «piętno wariata»¹⁰³.

Warto podkreślić, że umieszczenie chorującego członka rodziny w placówce zamkniętej na dłużej nie zawsze okazywało się proste. Liczba miejsc w szpitalach i zakładach psychiatrycznych była bowiem ograniczona, zaś nowych przypadków – głównie miejskich – wraz z rosnącą liczbą ludności oraz problemami społecznymi stale przybywało.

W 1957 r. twierdzono, iż w szpitalach psychiatrycznych dominowała schizofrenia¹⁰⁴. W zestawieniach statystycznych z lat 50. dość dużą liczbę stanowiły również przypadki zaburzeń psychoneurwicznych, niedorozwój i upośledzenie umysłowe, epilepsja (padaczka)¹⁰⁵. Liczba osób trafiających do zakładów psychiatrycznych zwiększała się z roku na rok, zmieniała się również specyfika schorzeń. O ile w 1960 r. przyjęto do zakładów psychiatrycznych ponad 58 tys. chorych, to 9 lat później liczba ta wynosiła niemal dwa razy tyle (94,4 tys.)¹⁰⁶. W zestawieniu schorzeń psychicznych psychozy dominowały przez cały PRL, jednak od lat 50. zdecydowanie rósł odsetek łżejszych zaburzeń psychicznych – nerwic, psychopatii, charakteropatii i uzależnień (alkoholowych i lekowych). Tę tendencję wyłapywali również pracownicy poradni zdrowia psychicznego, do których zgłaszała się coraz większa liczba pacjentów. W 1954 r. poradnie zarejestrowały 63 tys. chorych, 14 lat później zgłoszeń było już ponad 130 tys.¹⁰⁷

Warto jednak pamiętać, że te dane nie odzwierciedlają realnej sytuacji. Liczba zakładów i szpitali psychiatrycznych przez cały okres PRL była zbyt mała. Wielu chorych, a tym bardziej

¹⁰³ J. Grabowicz, B. Tryfan, *op. cit.*, s. 68.

¹⁰⁴ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/28, Tezy w sprawie rehabilitacji chorych psychicznie, k. 411.

¹⁰⁵ Zob. np.: *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 70.

¹⁰⁶ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1971*, Warszawa 1971, s. 73.

¹⁰⁷ *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967...*, s. 70–71.

tych pochodzących ze wsi, nigdy też nie korzystało z ich usług. Mimo tego w 1955 r. zaznaczano, iż „brak odpowiednich zakładów opieki społecznej dla chronicznie chorych i niedorozwiniętych, tak dzieci jak i dorosłych”, jednocześnie dodając, iż przepełnienie istniejących zakładów sprawiało, że średni termin oczekiwania na miejsce w tego typu placówkach wynosił ok. 2 lat „bez gwarancji realizacji tego terminu”¹⁰⁸.

O tym, jak ciężko było nie tylko znaleźć miejsce w zakładzie, ale również spełnić kryteria przyjęć przekonała się jedna z pamiętnikarek wiejskich, której ojciec zapadł na chorobę upośledzającą funkcje umysłowe: „Po półtorarocznej chorobie tatusia nastąpiło coś strasznego: pomieszenie zmysłów [...]. Staralam się o umieszczenie go w zakładzie. Niestety, lekarz stwierdził zanik pamięci, sklerozę. Takich nie przyjmują. I co miałam począć?”¹⁰⁹

Mimo iż choroba psychiczna wciąż w latach 80. stanowiła wstydliwą sprawę, to jednak najstarsi rozmówcy wspomnianej wcześniej etnologki (badającej wieś podkarpacką) potwierdzali, iż po wojnie sytuacja wiejskich „wariotów” uległa znacznej poprawie. I choć do tych, którzy nie stwarzali niebezpieczeństwa (nie byli agresywni), odnoszono się na wsi z pewnym dystansem, niekiedy obojętnością lub pobłażliwością, to do przeszłości należał niegdysiejszy stosunek do nich: „[Dawniej] w domu traktowało się ich gorzej niż pozostałych członków rodziny: gdzieś spał na ławie pod oknem lub na podłodze pod łóżkiem. Jadał to samo co reszta rodziny jak dali. Jak nie dbali i chcieli go wykończyć, to dawali dozej/ (mniej)”¹¹⁰.

¹⁰⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dn. 25 listopada 1955 w Szczecinie, k. 181. Piszę o tym również w artykule „*Twoje zdrowie w twoich rękach*” – *zdrowie, higiena i warunki życia w PRL...*

¹⁰⁹ *Czyste wody moich uczuć...*, s. 266.

¹¹⁰ AIEiAK UJ, sygn. 240, I. Koziół, *op. cit.*, s. 40.

Postrzeganie chorych psychicznie z pewnością inaczej wyglądało w sytuacji, gdy choroba dotykała osobę fizycznie silną i sprawną (zwykle rosły mężczyzna) i u której objawiała się dużą agresją. Lęk przed niepoczytalnością chorego zdolnego do podpalenia domu i gospodarstwa lub gotowego w amoku do wyrządzenia krzywdy bądź popełnienia zbrodni powodowały, że gdy instytucjonalna izolacja była poza zasięgiem, uciekano się do bardziej prymitywnych form: „zamykali ich do stajni i tam umierali [...] gdy był groźny to go wiązali i zamykali do szopki”¹¹¹. Stosowanie takich praktyk w latach 50. potwierdzali także moi rozmówcy¹¹². Jak wskazują jednak materiały publicystyczne, takie sytuacje zdarzały się również w latach 80. Czy zarówno wcześniej, jak i później dotyczyły jednak wyłącznie osobników agresywnych i niebezpiecznych, można wątpić. W reportażu z 1981 r. ukazana została historia 54-letniego mężczyzny, który jedną nogą przykuty był przez lata łańcuchem do podłogi w pokoju: to „taka obroża była, taka obręcz, z blachy, jak do motoru tłumik” – opisywał jeden z sąsiadów¹¹³.

Jak stwierdzał w materiale radiowym ordynator Szpitala Psychiatrycznego w Pruszkowie, mężczyzna od lat chorował na przewlekłą schizofrenię, był „głęboko zaburzony” i kilkakrotnie przebywał w zakładach psychiatrycznych. Był jednak typem spokojnym, nie miał objawów agresji czynnej. Matka zaś dodawała, że „od wojny przestraszony na serce” nie był groźny, jednak „przeszkadzał otoczeniu”. Nie wiadomo jednak, czy powód jego niehumanitarnej izolacji stanowiły całkowita niezaradność i szereg „nietypowych zachowań” (zebranie, nachalne proszenie o papierosy, całowanie po rękach)¹¹⁴. Jak pokazują bowiem materiały ze wcześniejszych lat, izolacja dotykała nie tyle

¹¹¹ *Ibidem*, s. 41.

¹¹² M.N., miejscowość Ż., L., woj. lubelskie.

¹¹³ APR, sygn. C-16483, *Łańcuch*, red. J. Rybczyński (1981).

¹¹⁴ *Ibidem*.

jednostki agresywne, ale również te, które budziły niechęć otoczenia lub emocjonalnie odrzucane były przez najbliższych. O takim przypadku pisała jedna z czytelniczek „Gromady Rolnika Polskiego” w 1973 r.: „W naszej wsi jest nieszczęśliwa, głuchoniema dziewczyna, ma około 30 lat, jest zaniedbana, opuszczona, głodna. Mieszka tylko ze swoim ojcem. Ojciec nie gotuje więc Irena nigdy nie ma ciepłego posiłku, a czasem nic do jedzenia nie dostaje 9...) jest osłabiona, od kilku miesięcy nie wstaje z łóżka. Do ubiegłego roku, dopóki żyła matka dziewczyny, Irena miała opiekę. A teraz szkoda mówić”¹¹⁵.

Oba przykłady wewnątrzrodzinnych strategii radzenia sobie z chorym ujawniają zatem dwie różne reakcje otoczenia. Gdy jedni, tak jak sąsiad opisywanej głuchoniemej dziewczyny, zasłaniali się poszanowaniem prywatności („co tam u nich jest, to jest. Każdy ma swoje sprawy, ja też bym nie chciał żeby mi ktoś do domu zaglądał”¹¹⁶), inni przyjmowali bardziej aktywną postawę, zwracając się do władz lokalnych lub mediów z prośbami o interwencję. Bardzo ciekawym w tym kontekście przypadkiem jest opisywana przez J. Grabowicza i B. Tryfan sprawa kolejnej młodej, ok. dwudziestoletniej dziewczyny, której rzekoma choroba psychiczna (insynuowana przez rywalizującą o gospodarstwo siostrę i jej męża) stanowiła ważny element prowadzonej walki o pozostawione przez ojca (bez testamentu) pięciohektarowe gospodarstwo¹¹⁷. Zbiorowa interwencja wsi na czele z kierownikiem miejscowej szkoły uratowała przerażoną dziewczynę przed zakładem psychiatrycznym, jednak – jak pisali reporterzy – swoista infamia była dla młodej kobiety niezwykle trudna i to właśnie „sprawa podejrzenia o nienormalność dokuczyła Małgorzacie najbardziej”¹¹⁸.

¹¹⁵ „Gromada Rolnik Polski” 1973, nr 51, s. 3.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ J. Grabowicz, B. Tryfan, *op. cit.*, s. 68.

¹¹⁸ *Ibidem*.

Oczywiście należy podkreślić, iż wraz z postępującym również na wsi zjawiskiem demokratyzacji życia rodzinnego i wyraźnie dostrzeganym coraz większym inwestowaniem wysiłku rodzin w sferę emocjonalną i uczuciową stosunek do chorych psychicznie bądź upośledzonych umysłowo dzieci (również dorosłych) ulegał zmianie. Niewątpliwie istotną rolę odgrywały też poprawiająca się sytuacja ekonomiczna i bytowa wsi oraz podkreślane w pamiętnikach wiejskich kobiet pojawianie się małżeństw partnerskich. Większą empatię do upośledzonego psychicznie dziecka w 1986 r. w liście do „Przyjaciółki” wyrażała jedna z czytelniczek, ale i w jej opisie widać, iż stosunek do chorych i upośledzonych dzielić mógł członków rodziny: „Ludzie nie mają racji, kiedy mówią, że kaleki chłopiec niczego nie rozumie, że nic do niego nie dociera. Przecież on potrafi wyrazić radość, złość i strach. Zdenerwowanie okazuje najczęściej wtedy gdy ktoś w jego obecności powie głośno, że kalekę należy oddać do zakładu dla nieuleczalnie chorych. Nie wszyscy są w domu zgodni, że nie ma mowy o żadnym zakładzie. Czy by go tam ktoś wyniósł w słoneczny dzień do ogrodu?”¹¹⁹ Również i wcześniej rodzicielski stosunek do chorego dziecka mógł być bardziej empatyczny, czego przykładem jest wypowiedź jednej z pamiętnikarek, stwierdzającej, że „mamusia więcej kochała brata, gdyż był kaleką”¹²⁰.

Troska o przyszłość kalekiego, chorego psychicznie lub upośledzonego dziecka powodowała, że niekiedy „rodzice chcąc zapewnić warunki bytowe dziecku z odchyleniami psychicznymi zapisywali mu największą ilość gruntu, którą po ich śmierci miał dysponować wyznaczony z góry opiekun. Najczęściej był to ktoś z rodzeństwa, dalszej rodziny, sporadycznie ktoś obcy. Po śmierci «bezrozumnego» właściciela,

¹¹⁹ „Przyjaciółka” 1986, nr 43, s. 2.

¹²⁰ *Być matką...*, s. 141.

ziemia przechodziła na własność w ręce opiekuna”¹²¹. Jak zauważała jednak w 1980 r. etnografka: „Przy takim sposobie dziedziczenia gruntu mogło, a nawet musiało występować zjawisko niehumanitarne go traktowania dewianta”¹²².

„Ona miała depresję, po prostu”

Problem wiejskich chorób i upośledzeń psychicznych przynależąc w znacznej mierze do sfery tabu, jest niezwykle trudny do zbadania. Jeszcze większe wyzwanie stanowi próba odpowiedzi na pytanie o przypadki zaburzeń depresyjnych i samobójstw. Choć w skali kraju, jak pokazują statystyki, liczby nowych przypadków w obu tych kategoriach rosły, to w kontekście wsi bardzo fragmentaryczne źródła nie pozwalają na głębszą analizę zjawisk. O tym jednak, że zaburzenia depresyjne występowały, świadczą niektóre relacje, szczególnie z lat 80. Dużą liczbę wezwań do pacjentów z chorobami psychicznymi oraz sporą liczbę wiejskich samobójstw potwierdzała w tym czasie jedna z moich rozmówczyń, pracująca w latach 80. na oddziale ratunkowym w szpitalu powiatowym na Lubelszczyźnie: „takich sytuacji było bardzo dużo [...]. Na przykład był taki okres, że jeździłam ciągle do psychicznie chorych. Erką, więc to inne są przypadki, takie cięższe”¹²³. Zdarzało się, że na wsi spotykała również zaburzenia depresyjne i samobójstwa: „To była kobieta młoda. Zostawiła trzymiesięczne dziecko. A z kolei, pod koniec ciąży utopił się w tym [jeziorze – E.Sz.] jej mąż. Normalnie, w łódce, na rybach, wyrócili się. I ona urodziła to dziecko, ale tak, jak potem powiedziała rodzina, to cały czas jej pilnowali, bo ona cały czas się szła topić do tego męża. Ona miała depresję po prostu. Nikt tego nie wiedział. Ona urodziła dziecko i to

¹²¹ AIEiAK UJ, sygn. 240, I. Kozioł, *op. cit.*, s. 41.

¹²² *Ibidem.*

¹²³ E.S., miejscowość Ż., woj. lubelskie.

jeszcze nasiliło te objawy depresji, i kiedyś nie dopilnowali jej i po prostu się utopiła”¹²⁴.

O tym, że problem depresji występował także wcześniej, pośrednio mówią również relacje pamiętnikarskie. Podobnie jak w przytaczanym wyżej przypadku, wzmianki o tego rodzaju stanach zwykle pojawiały się w kontekście podejmowanych prób samobójczych: „Ojciec od dawna miał skłonności samobójcze. Zapowiadał, że odbierze sobie życie. Ostatnio stał się jakiś bardzo przygnębiony i osowiały. Pisał kartki, takie niby listy pośmiertne, które odnaleźliśmy przy nim po wypadku [...]”¹²⁵.

Inny przypadek ukazywała B. Tryfan: „Tymczasem mąż od utarczek słownych przechodził niekiedy do rękoczynów. Nauczycielka przychodziła do szkoły z obwiązaną głową. Stawała się coraz bardziej zamknięta i milcząca. Harówka w gospodarstwie, mężowskie pięści nad głową, krzyk własnych dzieci w domu i hałas cudzych w klasie – wszystko to zwałało się na nią ciężarem trudnym do zniesienia. Pewnej listopadowej nocy w 1959 r. poszła do pobliskiej rzeki Narwi. Dzięki przypadkowi wyciągnięto ją z wody półżywą. Zawieziono ją do szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych, gdzie lekarze stwierdzili psychozę reaktywną. Wróciła po roku wyleczona. Do inspektoratu znów płyną skargi: prosimy o przeniesienie nauczycielki M.L. do innej szkoły, ponieważ pacjenci szpitala psychiatrycznego nigdy nie zdobędą u nas autorytetu”¹²⁶.

Niedoszli samobójcy traktowani byli na ogół podobnie jak chorzy psychicznie. Przypadki samobójstw bardzo długo też na wsi obciążały całe rodziny, a niekiedy i pokolenia. Jak stwierdzali m.in. rozmawiający z etnologami mieszkańcy Witowa: „[...] gdy członek rodziny nie umierał normalną śmiercią – np. powiesił się, to do dziewiątego pokolenia [było] źle: bo albo

¹²⁴ *Ibidem*.

¹²⁵ J. Grabowicz, *Pożegnanie z zaściankiem...*, s. 168.

¹²⁶ J. Grabowicz, B. Tryfan, *op. cit.*, s. 47.

wariat albo chory”. Rodzinę obarczoną chorobą psychiczną lub samobójstwem postrzegano bowiem jako ukaraną przez Boga¹²⁷.

„Nie pomagają prośby ani groźby. Bez wódki nie może żyć”

Statystyki pokazują, że od lat 50. w całym kraju rosły nie tylko liczby zachorowań na ciężkie choroby psychiczne czy różnego rodzaju upośledzenia. Coraz większym problemem były także zaburzenia psychosomatyczne, nerwicowe i różnorodne uzależnienia (w tym alkoholowe i lekowe).

Alkoholizm jako zjawisko niezwykle szerokie i dotyczące od pierwszych lat powojennych ogromną rzeszę Polaków także na wsi do końca lat 80. pozostawał problemem nierozwiązanym. Mimo powstających poradni przeciwalkoholowych, tworzonych szpitali czy realizowanych akcji społecznych i oświatowych spożycie alkoholu nie tylko rosło, ale również zmieniało swój charakter. Jak wykazał w pracy poświęconej peerelowskiemu pijaństwu Krzysztof Kosiński, w latach 50. w sposobie picia dostrzegano różnice regionalne i środowiskowe¹²⁸. W latach 60. ulegały one zatarciu, a w oficjalnych raportach stwierdzano także wyrównywanie się ilości spożycia napojów alkoholowych w środowisku miejskim i wiejskim¹²⁹.

W coraz większym stopniu picie alkoholu dotyczyć zaczęła też wiejskich młodocianych i kobiet, choć w przypadku tych ostatnich w latach 80., jak zaznaczała K. Gutkowska, w dalszym ciągu na wsi „zataczająca się i nadużywająca alkoholu kobieta budzi zgorzienie”¹³⁰. Działające w bliskim otoczeniu

¹²⁷ AIEiAK UJ, sygn. 240, I. Kozioł, *op. cit.*, s. 38.

¹²⁸ „Na ziemiach dawnej Kongresówki i Galicji dominowała wódka; na Śląsku i w Wielkopolsce popularność zachowało piwo; najwięcej bimbrowo produkowano w Kongresówce, na Białostoczczyźnie, Lubelszczyźnie”. Zob. K. Kosiński, *op. cit.*, s. 243.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ K. Gutkowska, *Przyczyny i rozmiar alkoholizmu...*, s. 45.

wsi bary, gospody i sklepy zwykle dobrze zaopatrzone były w produkty alkoholowe. Ewentualne braki w tej sferze lokalni gospodarze – mimo grożących im sankcji karnych – szybko nadrabiali własnymi wyrobami. Nielegalną produkcję samogonu, często przewijającą się w kronikach filmowych z lat 50., w późniejszym okresie również praktykowano.

Jaka jednak była skala wiejskiego alkoholizmu, trudno jednoznacznie stwierdzić. Statystyka okazuje się bowiem bardziej szacunkowa, gdyż w poradniach na wsi rzadko zgłaszano uzależnienia alkoholowe. Choć lektura pamiętników pisanych przez kobiety wiejskie sugerować może, iż problem ten dotyczył znacznej części wiejskich rodzin, to – co warto podkreślić – nie wszędzie alkoholizm traktowano w kategoriach wymagającej leczenia choroby. Jak dowodzą badania K. Gutkowskiej z połowy lat 80., takiego przekonania nie podzielało w tym okresie blisko 13% wiejskich mężczyzn (i tylko 2,1% kobiet)¹³¹. Wśród ankietowanych z wykształceniem najniższym (niepełnym podstawowym) najczęstsze było też argumentowanie, iż picie stanowi swoistą konieczność uwarunkowaną fizjologicznie, zaś wszelkie sposoby leczenia tej potrzeby są nieskuteczne. Wśród tej grupy – jak zauważała badaczka – najczęściej też stwierdzano bezcelowość ratowania najbliższych, sąsiadów i innych, gdyż niezależnie od leczenia „pijak pijakiem pozostanie”¹³².

Mimo iż już od 1956 r. Ustawa o zwalczaniu alkoholizmu (rozszerzona w 1959 r.) nakazywała przymusowy odwyk dla nałogowych alkoholików¹³³, liczba pacjentów poddawanych leczeniu była niewysoka. Jak dowodził K. Kosiński, wiązało się to w znacznym stopniu z niewystarczającą liczbą miejsc w szpitalach. Leczenie odwykowe odbywało się w tym czasie wyłącznie

¹³¹ *Ibidem*, s. 37.

¹³² *Ibidem*, s. 38.

¹³³ Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz.U., 1956, nr 12, poz. 62).

w szpitalach psychiatrycznych i specjalistycznych ośrodkach¹³⁴. Pod koniec lat 60. na oddziałach odwykowych znajdowało się 655 łóżek, szpitale psychiatryczne dysponowały kolejnymi 916 miejscami przeznaczonymi dla uzależnionych od alkoholu, a powoływane od 1958 r. powiatowe poradnie przeciwalkoholowe działały nierzadko wyłącznie na papierze¹³⁵. Tymczasem rocznie liczba orzeczeń o leczeniu odwykowym szacowana była na ok. 4 tys. W 1971 r. – jak podawał historyk – leczeniu odwykowemu poddawało się zaledwie 10% wszystkich uzależnionych¹³⁶. Według danych Instytutu Psychoneurologicznego we wszystkich zakładach i oddziałach lecznictwa odwykowego pacjenci ze środowiska wiejskiego stanowili w tym czasie ok. 25% przypadków (w 1974 – 26%, w 1979 – 24%, w 1981 – 21%)¹³⁷.

Niewątpliwie duży wpływ na tak niskie statystyki, obok problemów infrastrukturalnych samego lecznictwa odwykowego, miała widoczna na wsi duża społeczna akceptacja nadużywania alkoholu przez mężczyzn¹³⁸. Przekładała się ona również na postawę żon i matek, odrzucających pomysł leczenia zamkniętego pogrążającego się w nałogu męża, mimo że w praktyce same zmagać musiały się z konsekwencjami męzowskiego lub synowskiego uzależnienia. Choć wielokrotnie – zarówno w listach, jak i pamiętnikach – żaliły się na swój los, to jednak bardzo często, podobnie jak mężowie, z ogromnym dystansem podchodziły do idei leczenia odwykowego. O takim stosunku kobiet przekonała się m.in. jedna z reportererek „Gromady Rolnika Polskiego”, która w 1976 r. z nieukrywanym zaskoczeniem pisała: „Każdej z [...] żon proponowałam konieczność skierowania męża na leczenie odwykowe, obydwie zareagowały niemal identycznie: «Wszystko, tylko nie to,

¹³⁴ K. Kosiński, *op. cit.*, s. 298.

¹³⁵ *Ibidem*, s. 300.

¹³⁶ *Ibidem*.

¹³⁷ K. Gutkowska, *Przyczyny i rozmiar alkoholizmu...*, s. 59.

¹³⁸ Więcej o tym piszę w książce *Mentalność ludności wiejskiej...*, *passim*.

co ludzie powiedzą? Że własnego męża zaskarżyłam? Pomóżcie, ale jakoś inaczej...»¹³⁹

Alkoholizm męża trudny był do ukrycia, ale konsekwencje choroby alkoholowej, objawiające się zwłaszcza przemocą domową, zwykle – w ramach możliwości – tuszowano. „Nie pomagają prośby ani groźby. Bez wódki nie może żyć” – pisała jedna z pamiętnikarek wiejskich, która wraz z mężem przeniosła się w latach 50. na Ziemię Zachodnie. „W domu zaczyna się piekło. Po pijanemu tłucze co popadnie. Ja tymczasem tłumaczę, proszę i płaczę. Jest dobry jak jest trzeźwy, ale jak wypije – od nowa to samo. Nieraz z dziećmi nocuję w stogu albo w chlewie. Nikomu jednak nic nie mówię. Mam przecież dorosłe dzieci, nie chcę żeby ludzie widzieli co dzieje się u nas w domu. Starsza córka ma już 17 lat, staje w mojej obronie. Nie daje mnie bić, wrywa ojcu krzesło z ręki, przewraca go na ziemię i mówi: jeśli jeszcze raz podniesiesz rękę na mamę, to wszyscy będziemy bili Ciebie. Od tej pory mąż pił ale awantur nie robił”¹⁴⁰.

Niektóre wiejskie kobiety, kierując się instynktem samozachowawczym, decydowały się na zakończenie związku lub „zaskarżenie” męża, jednak sytuacje takie należały do rzadkości. Czasami pojawiały się też przypadki swoiście pojętej kobiecej solidarności w walce z męskim alkoholizmem, przejawiające się m.in. w pisanych do władz prośbach o zamknięcie lokalnych barów czy gospód: „My kobiety, ze wsi Piotrowice, zwracamy się z gorącą prośbą do redakcji wierząc, że list nasz zostanie przeczytany. Przyjedźcie do naszej wioski i pomóżcie nam zlikwidować bar. Wiele kobiet przez ten przeklęty bar popadło w chorobę. Jedna z matek tak ciężko zaniemogła, że grozi jej zawał [...]”¹⁴¹.

¹³⁹ „Gromada Rolnik Polski” 1976, nr 85, s. 7–8.

¹⁴⁰ *Być matką...*, s. 190.

¹⁴¹ „Gromada Rolnik Polski” 1984, nr 43, s. 6.

Niekiedy też – jak pokazywała Gutkowska – dochodzić mogło do prób obarczania winą za mężowski alkoholizm prowadzących wyżej wymieniony punkt usługowy sklepowych: „Sprzeda wszystko żeby tylko mieć pieniądze na wódkę – pisze jedna czytelniczka GRP – 10 tys. za mleko nawet ich nie widziałam a dzieciom trzeba buciki na zimę. Nawet nie mam kiedy z nim porozmawiać, wciąż pijany albo gdzieś się włóczy. W domu bieda w każdym kącie, dzieci niedopatrzone, a tamta w dostatek opływa, bo tysiące ma na tym, że sprzedaje o każdej porze wódkę i w ten sposób krzywdę dzieciom robi”¹⁴². Takie postawy świadczyły przede wszystkim o niskiej skuteczności prowadzonej w terenie oświaty w zakresie walki z alkoholizmem.

O jej nieskuteczności wypowiadał się również w rozmowie z socjologiem jeden z ordynatorów Oddziału Psychiatrycznego: „przy takiej organizacji instytucjonalnej każdy oddział lecznictwa odwykowego jest potrzebny nie służbie zdrowia, nie pacjentom, którzy rzeczywiście wymagają leczenia, lecz innym czynnikom, po to jedynie by nikt nie mógł im zarzucić że na ich terenie nie realizuje się walki z patologią społeczną... każdy wojewoda chce mieć taki szpital lub oddział, każdy lekarz wojewódzki chciałby mieć, ponieważ mają oni w tym swój interes, wykazanie się w sprawozdawczości osiągnięciami w ramach walki z alkoholizmem. Na przestrzeni 10 lat raz jeden zwróciła się szkoła z prośbą o prelekcję na temat różnych aspektów alkoholizmu, a poza tym nikt się nie zgłasza by wyjść z działalnością profilaktyczną na zewnątrz do konkretnych środowisk”¹⁴³.

Ambiwalentne postawy wiejskich kobiet z lat 80., gdy z jednej strony postrzegały już alkoholizm w kategoriach choroby, a z drugiej wzbraniały się przed umieszczeniem partnerów w zakładach zamkniętych, można przypisać trwałości pewnych dziedziczonych pokoleniowo wzorców zachowań. Jednak warto

¹⁴² Cyt. za: K. Gutkowska, *Przyczyny i rozmiar alkoholizmu...*, s. 29.

¹⁴³ *Ibidem*, s. 93–94.

także zwrócić uwagę na jeszcze inny, niezwykle istotny aspekt, który również ujawniała Gutkowska, i który w jakimś stopniu wiązał się kierunkiem polityki społecznej (zdrowotnej) państwa względem wsi: „Leczenie odwykowe kojarzy się z czasową, konieczną nieobecnością w domu, a więc z brakiem głównej siły roboczej, co stanowić może poważny problem dla egzystencji rodziny, wobec czego nie zawsze decyduje się ona na zgłoszenie członka rodziny nadużywającego alkoholu do komisji społeczno-lekarskiej w celu umieszczenia w szpitalu leczenia odwykowego. Drugą prawdopodobną przyczyną może być to, że tradycyjna rodzina chłopska rzadko decyduje się na wzięcie na siebie piętna rodziny alkoholika, które to bardzo przeszkadza w utrzymywaniu normalnych kontaktów interpersonalnych. Wydaje się również, że kolejnej przyczyny należy szukać w nieodpowiednim systemie świadczeń dla rodzin osób leczących się. Jeśli leczy się osoba zatrudniona w sektorze społecznym, rodzina otrzymuje jej uposażenie w normalnej wysokości, tak jakby ojciec rodziny przebywał na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby. Natomiast w przypadku rolnika indywidualnego rodzina nie otrzymuje żadnego ekwiwalentu pieniężnego, co najwyżej dzieci mogą liczyć na pomoc społeczną, zgodnie z pismem okólnym Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 1970 r. W takiej sytuacji łatwo zrozumieć postępowanie żon. Żony pracowników najemnych pozostających na leczeniu, które otrzymują wynagrodzenie miesięczne męża i jednocześnie są wolne od «pijaka i awanturnika» są zainteresowane tym, by pozostał on w szpitalu jak najdłużej»¹⁴⁴.

¹⁴⁴ *Ibidem*, s. 83.

Zakończenie

Realizowane przeze mnie badania koncentrowały się na sferze wiejskiego zdrowia i stosunku mieszkańców wsi do zjawisk społecznych związanych z chorobą i funkcjonowaniem lokalnych instytucji odpowiedzialnych za profilaktykę i leczenie. W dostępnych źródłach starałam się z jednej strony obserwować zakres i możliwości działania placówek ochrony zdrowia oraz sposób, w jaki realizowały one wytyczne polityki społecznej i zdrowotnej państwa, z drugiej zaś strony analizowałam relacje interpersonalne zachodzące zarówno w ramach ośrodków zdrowia, jak i w przestrzeni społecznej wspólnot lokalnych. Poprzez te analizy poszukiwałam odpowiedzi na pytanie, jak instytucje ochrony zdrowia, ich personel i pacjenci byli postrzegani przez wiejskie społeczności i jak w tym obrazie odbijał się wiejski sposób myślenia o zdrowiu i chorobie.

Zanim przejdę jednak do pełniejszego podsumowania najważniejszych wniosków wyłaniających się z badań, niezbędne jest zaznaczenie, iż w prowadzonych analizach ważny, choć z braku miejsca pobieżnie tylko zarysowany kontekst stanowiła także sytuacja zdrowotna w powojennych miastach i miasteczkach polskich. Zachodzące w przestrzeni miejskiej zmiany jako pierwsze torowały ścieżkę przeobrażeń dostrzeganych również na wsi, tworząc ważną ramę dla ich zakresu i możliwości.

Skala PRL-owskiej biedy i (także) sanitarnego zaniedbania, pomimo podejmowanych wysiłków modernizacyjnych, była

bowiem ważnym elementem ograniczającym możliwości tak odgórnego, jak i oddolnego działania.

Dynamika zmian, czyli modernizacja i jej różne prędkości

Warto przypomnieć, że po 1945 r. zarówno pod względem sanitarnym, jak i epidemicznym niemal wszystkie polskie miasta borykały się z ogromnymi trudnościami. Choć szalejące tuż po wojnie epidemie tyfusu udało się opanować pod koniec lat 40., to jeszcze co najmniej przez kolejną dekadę społeczności miejskie w znacznie większym stopniu niż wiejskie zmagwały się z epidemicznymi ogniskami szeregu chorób zakaźnych, w tym płonicy, błonicy czy polio. Wciąż też, podobnie jak na wsi, pojawiały się zachorowania na gruźlicę oraz choroby weneryczne. Skala zatruc pokarmowych i tzw. chorób brudnych rąk jeszcze w latach 60. była bardzo duża i wyraźnie wzrastały też wskaźniki zagrażającej życiu zachorowalności na biegunkę u dzieci w wieku do 2 lat¹⁴⁵. Te niepokojące dane dotyczące stanu zdrowotnego mieszkańców miast nie wynikały jednak wyłącznie z mało higienicznych nawyków Polaków. Tak jak i na wsi – nie były one też wyłącznie odzwierciedleniem kultury czy świadomości zdrowotnej. W obu przypadkach bowiem stanowiły one w znacznym stopniu konsekwencję panujących warunków sanitarnych. Braki wody i podstawowych środków czystości utrudniały utrzymywanie higieny. Szczególnie odnosiło się to do lat 50., kiedy w prawie 300 miastach polskich (na 729) nadal nie uruchomiono sieci wodociągowej, w ponad połowie osiedli miejskich notowano poważny deficyt wody zdanej do picia i wciąż opieszale rozwiązywano problem odprowadzania ścieków płynnych i kanalizacji, a także zbyt małej liczby ustępów¹⁴⁶.

¹⁴⁵ Zob. E. Szpak, *Warunki sanitarne w powojennej Polsce...*, s. 277–300.

¹⁴⁶ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/30, *Stan zdrowotny ludności w latach 1949–1955* (Departament Statystyki Medycznej), k. 227.

Istotne zmiany w przestrzeni sanitarnej polskich miast nastąpiły w latach 1954–1957, gdy wprowadzono szereg zarządzeń administracyjnych regulujących stan sanitarny¹⁴⁷. Wtedy też na szczeblu centralnym bardzo intensywnie dyskutowano nad sposobami zaradzenia alarmującej sytuacji w kraju. W 1957 r. podczas jednego z posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia stwierdzano wprost: „Tonimy w brudach. Wystarczy przejść się po ulicy, zajrzeć na jakiegokolwiek podwórko albo do jakiegokolwiek sklepu czy urzędu. Wszędzie lub prawie wszędzie panuje niepodzielny brud. Nowe piękne osiedla i domy wkrótce porastają brudem. Nie trzeba chyba udowadniać związku złego stanu sanitarnego obiektów z możliwością rozwoju chorób zakaźnych. Jeżeli mimo tego nie mamy w tej chwili (poza grypą i niektórymi chorobami dziecięcymi) poważniejszych epidemii, to jest to chyba w dużym stopniu zasługa służby zdrowia (szczepienia ochronne)”¹⁴⁸.

O postępujących w latach 60. i 70. przemianach świadczyły malejące z roku na rok wskaźniki zgonów niemowląt, przyjmowane powszechnie za swoisty barometr stanu sanitarnego kraju. Jak pokazują statystyki, liczba zgonów niemowląt na tysiąc urodzeń żywych zmniejszyła się ze 111,1 (w 1950 r.) do 33,4 w 1970 r.¹⁴⁹ Mimo tak wyraźnego spadku nadal jednak współczynnik ten należał do najwyższych w Europie, a Polskę wyprzedzały jedynie Portugalia, Jugosławia i Rumunia¹⁵⁰.

I choć pod względem sanitarnym i zdrowotnym sytuacja w miastach do końca PRL pozostawiała wiele do życzenia, to jednak znacznie bardziej zintensyfikowane zarówno w szko-

¹⁴⁷ *Ibidem*. O analogicznych zjawiskach zachodzących w Związku Sowieckim po dojściu do władzy N. Chruszczowa pisał Donald Filtzer. Zob. D. Filtzer, *The Hazards of Urban Life...*; *idem*, *The Khrushchev Era: De-Stalinization and the Limits of Reform in the USSR 1953–64*, London 1993.

¹⁴⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/30, *Stan zdrowotny ludności...*, k. 231.

¹⁴⁹ *Mały Rocznik Statystyczny 1974...*, s. 29.

¹⁵⁰ AAN, MZiOs, GMWP, sygn. 1/20, *Stan zdrowotny ludności Polski*, s. 35.

łach, jak i ówczesnych mediach oświata sanitarna i nowe budownictwo mieszkaniowe przyczyniały się do poprawy standardu życia i świadomości zdrowotnej mieszkańców polskich miast. Podobnie jak na wsi duże znaczenie miały skuteczna (i obowiązkowa) immunizacja (szczepienia) oraz coraz częściej egzekwowane w zakładach pracy badania kontrolne. Choć rosła frekwencja pacjentów w ośrodkach zdrowia, a także rozbudowywana była systematycznie infrastruktura systemu służby zdrowia, to jednak – co warto podkreślić – tak na wsi, jak i w miastach wciąż nieufnie odnoszono się do zaleceń lekarskich, stosując samoleczenie czy samowolne zażywanie i dawkowanie leków, niekiedy wbrew wskazówkom lekarza. Gromadzenie w prywatnych apteczkach deficytowych leków i udostępnianie ich później znajomym opisywane były jeszcze w latach 80.¹⁵¹ Podobnie jak na wsi, także w miastach – zwłaszcza w przypadku chorób cywilizacyjnych – pokątnie korzystano z usług różnego rodzaju uzdrowicieli i znachorów¹⁵². W obu środowiskach odczuwano również lęk przed operacyjnym leczeniem chorób serca czy nowotworów. To on sprawiał, że w wielu przypadkach zbyt późno była stawiana diagnoza.

Choć zaznaczone wyżej zjawiska występowały w przestrzeni miejskiej, to bez wątpienia od przestrzeni wiejskiej odróżniały je odwrotnie proporcjonalna do liczby ludności skala i intensywność zjawisk.

Rozpatrując zatem higienizację i zmieniający się stosunek Polaków do ciała i choroby w kategoriach modernizacji, podkreślić należy nasilenie zachodzących przemian. Szybsze po wojnie tempo obserwowane w miastach wynikało nie tylko z intensyfikacji inwestycji i działań oświatowych, ale również łatwiejszego przepływu informacji, znacznie większego różnicowania społecznego i innego punktu wyjścia. Wiś, o wiele

¹⁵¹ Zob. E. Szpak, *Lecznictwo i problemy zdrowotne Polaków...*, s. 113–129.

¹⁵² Zob. rozdział I, podrozdział 1.6.

bardziej zaniedbana w zakresie infrastruktury, na przełomie lat 40. i 50. pod wpływem polityki kolektywizacyjnej, a także charakterystycznego dla starszego pokolenia silniejszego przywiązania do własnych tradycji, pozostawała też bardzo nieufna względem obecności i działań przedstawicieli państwowej służby zdrowia oraz implementowanych w obszarze wiejskim projektów modernizacyjnych.

Starając się uchwycić dynamikę zachodzących na wsi polskiej zmian, trudno o jednoznaczne wnioski. Przeprowadzając opisywane wyżej badania, wielokrotnie spotykałam się bowiem z problemem zróżnicowanego tempa przemian, na który wpływ wywierały regionalna lokalizacja badań bądź czynniki indywidualne. Tak charakterystyczna dla badań społecznych i kulturowych (jakościowych) niepełna reprezentatywność dostępnych źródeł sprawiała, iż niekiedy trudno było jednoznacznie stwierdzić, kiedy dokładnie pojawiały się wyraźne przemiany i na ile ich ewentualne przykłady stanowiły w danym okresie dominującą tendencję, a na ile odzwierciedlały wyjątkowe sytuacje.

Niezależnie od skali i tempa zmian ich pojawianie się dostrzegane było w wiejskiej codzienności. Spoglądając choćby na statystyki, bez trudu zauważymy, że liczba ośrodków zdrowia i różnego rodzaju terenowych placówek opieki zdrowotnej uległa nie tylko zwiększeniu, ale w dominującej liczbie wsi pojawiły się one po wojnie jako instytucje nowe, kulturowo obce. Nic dziwnego zatem, że początkowo budziły dość skrajne lub ambiwalentne reakcje. Dla wielu odwiedzających go po raz pierwszy pacjentów – co najjaskrawiej pokazywały opisywane historie leczenia kołtuna – ośrodek zdrowia był miejscem spotkania ludzi reprezentujących zupełnie inny sposób myślenia (nie tylko zresztą o ciele i chorobie). Kulturowa i światopoglądowa obcość generowała zarówno w pacjentach, jak i w pracownikach placówek opieki zdrowotnej nierzadko opór, lęk, irytację czy odrzucenie. Choć te międzykulturowe spotkania

mogą być postrzegane w kategoriach nierównego dialogu między ich aktorami, to jednak niezależnie od swej intensywności (konflikt, sprzeczką, bierność) stanowiły one ważny motor dokonującej się zmiany. Żyjąc na ogół w małej i nieanonimowej społeczności, obie strony tak pojętego konfliktu zmuszone były prędzej czy później dojść do jakiegoś porozumienia lub kompromisu. W przypadku lekarzy i pielęgniarek – jak pokazywałam w pierwszej części książki choćby na przykładzie akcji szczepień – sprowadzało się to najczęściej do konieczności wypracowania przekonującej wiejskie środowisko strategii działania. W konsekwencji dokonująca się zmiana zataczała znacznie szerszy krąg osób, oddziałując również na inne dziedziny życia powiązane ze sferą ciała, a placówki państwowej opieki zdrowotnej z czasem stawały się ważną częścią wiejskiej przestrzeni społecznej. Choć problem deficytowości i dużej mobilności kadr pracujących w wiejskich instytucjach opieki zdrowotnej był w wielu rejonach aktualny jeszcze w latach 70. (zwłaszcza po reformie 1972 r.), to jednak w tym okresie coraz częściej personel ośrodków zdrowia – w tym przede wszystkim lekarze i pielęgniarki – wywodził się z okolicznych wsi bądź też innych rejonów wiejskich. Wspólnota pochodzenia niewątpliwie przekładała się na poprawiającą się komunikację między pacjentami i pracownikami ośrodka zdrowia. W tym czasie też za sprawą rozwijającej się na wsi motoryzacji (zarówno indywidualnej, prywatnej, jak i zawodowej lekarzy, coraz częściej dysponujących służbowym samochodem) zmieniał się również mentalny horyzont geograficzny mieszkańców. Za sprawą samochodów, a także instalowanych w ośrodku zdrowia lub siedzibie sołtysa telefonów pozwalających na wezwanie karetki pogotowia, dystans dzielący wieś od miejscowego ośrodka bądź szpitala, sięgający 20 czy 30 km, stawał się zdecydowanie „mniejszy” niż w okresie tużpowojennym, choć – co warto zaznaczyć – stan większości wiejskich dróg do końca PRL pozostawiał wiele do życzenia.

Także zauważane przez socjologów i ekonomistów zmiany w wiejskim żywieniu odzwierciedlały kierunki zachodzących przemian. I choć w latach 80. nadal, jak pokazywali choćby prof. Bożkowa i przywoływani lekarze, wiele wiejskich dzieci było niedożywionych lub źle odżywianych, co skutkowało m.in. ich niższym wzrostem i masą ciała względem rówieśników miejskich i świadczyło o wciąż wyraźnych biologicznych wiejsko-miejskich nierównościach, to jednak porównując sytuację z punktem wyjścia, a więc latami 50., widać wyraźnie zachodzącą zmianę. Denaturalizacja spożycia żywności, rosnąca ilość białka, ale również warzyw i owoców w codziennej diecie wiązały się również z efektami intensywniejszej i znacznie skuteczniejszej od połowy lat 60. higienizacji wsi. Kursy gotowania czy opieki nad niemowlętami, szkoły zdrowia, ale również edukacja szkolna, która za pośrednictwem szkolnej higienistki lub pojawiających się choćby raz na jakiś czas ekip lekarskich, wprowadzała elementy higieny, zmieniały powoli wiejski stosunek do tych kwestii. Oświata sanitarna realizowana za pośrednictwem mediów, a także szczególnie istotne dla wkraczającego w dojrzałość w latach 60. i 70. młodego i nierzadko bardziej mobilnego pokolenia wiejskiego wzory miejskie również oddziaływały na stosunek wobec ciała i higieny. Jak zauważali jednak odwiedzający wsie badacze i lekarze, wielokrotnie ta ostatnia była wciąż powierzchowna. Częściowo wynikało to z opisywanych w pracy problemów z dostępem do wody czy zbyt płytkimi studniami wiejskimi, częściowo jednak nadal uwarunkowane było sferą potrzeb i wartości. Łaźnie, kąpielniska i budowane w latach 60. na wsi Domy Higieny pokazywały, iż elementy kulturowe i obyczajowe wciąż oddziaływały na wiejski stosunek do higieny traktowanej tam jako swoisty luksus i zbytek.

Na poprawę standardu życia na wsi wpływała również dochodowość gospodarstw. Odejście od programu forsownej kolektywizacji oraz rosnąca od lat 60. wiejska dwuzawodo-

wość owocowały większym i lepszym jakościowo budownictwem mieszkaniowym. Stan zaopatrzenia wiejskich mieszkań w instalacje: wodną, kanalizacyjną czy gazową był mocno zróżnicowany regionalnie, a w ujęciu ogólnopolskim jeszcze w latach 80., w porównaniu z wyposażeniem mieszkań miejskich, wypadł zdecydowanie gorzej. Jak pokazywały jednak przytaczane badania socjologów, w latach 1970–1983 dysproporcje w warunkach i standardzie między miastem a wsią uległy jednak wyraźnemu zmniejszeniu.

Za sprawą obowiązkowej immunizacji (szczepień ochronnych) oraz polepszającego się powoli stanu sanitarnego poprawiał się również wiejski stan zdrowia. Spadające wskaźniki umieralności niemowląt do końca omawianego przeze mnie okresu były nieco wyższe niż w miastach. Odzwierciedlały jednak analogiczną tendencję. Choć z uwagi na warunki sanitarne i stosunek do higieny nadal obserwowano dość dużą zachorowalność na choroby brudnych rąk, to jednak warto podkreślić, że podobne zjawisko występowało też w miastach, gdzie łączono je nie tylko z kwestiami higieny osobistej i kultury zdrowotnej, ale również z warunkami produkcji, transportu i sprzedaży artykułów żywnościowych.

Podobnie jak w środowisku miejskim również na wsi w latach 70. malała liczba nowych przypadków gruźlicy, a za sprawą możliwości jej leczenia (bezpłatnego dla wsi od 1959 r.) wydłużeniu ulegał czas życia osób nią dotkniętych. To pozytywne z medycznego punktu widzenia zjawisko miało jednak swoje konsekwencje społeczne. Dłuższa przeżywalność wiejskich gruźlików nie zmieniała bowiem społecznego ich odbioru. Strach przed gruźlicą powodował, że chorzy jeszcze w latach 70. (również w miastach) spotykali się ze społecznym odrzuceniem i stygmatyzacją. I choć w środowisku miejskim analogiczny strach przed chorym i trawiącą go chorobą pojawiał się w kontekście nowotworów, to zjawiska tego nie dostrzegłam w środowisku wiejskim. Zapadalność i umieralność na raka

na wsi statystycznie również rosła, ale począwszy od II połowy lat 60., dotknięci chorobą chorzy nie budzili w wiejskim otoczeniu lęku tożsamego z tym, jaki generowała gruźlica. Być może wynikało to z charakteru choroby, którą często diagnozowano bardzo późno (gdy stan chorego był mocno zaawansowany). Jeżeli nie towarzyszyły jej widoczne objawy, nie wpływała znacząco na produktywność chorego, nie dewaluowała jego statusu w taki sposób jak odbierająca na długo możliwość wykonywania cięższej pracy gruźlica. Wydłużanie się życia wiązało się oczywiście ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa. Choć temu problemowi nie poświęcam zbyt wiele uwagi, to jego konsekwencje społeczne na wsi na pewno dostrzegano, a los zniechędzających starych ludzi często był dramatyczny.

Jak pokazały analizy, w wiejskim postrzeganiu osoby chorej nadal w latach 70. i 80. ogromne znaczenie odgrywała „wizualność” choroby i sposób, w jaki wpływała ona na możliwości wykonywania pracy. To powodowało, że wielokrotnie stosunek do chorych był ambiwalentny. Z jednej strony – jak choćby w przypadku niepełnosprawnych dzieci, ale też i dorosłych ze stwardnieniem rozsianym – podejmowano ich leczenie lub rehabilitowanie, ale z drugiej strony nadal w wielu przypadkach w codziennym stosunku do nich pojawiały się odrzucenie, obojętność lub wyrażane mniej lub bardziej wprost rozczarowanie. Wciąż też, jak sugerowały wyniki badań etnologicznych, ważną rolę w postrzeganiu chorób odgrywał czynnik religijny, a ciężka przypadłość (choroba psychiczna, niepełnosprawność) przez starsze pokolenia interpretowana była nierzadko w kategoriach boskiej kary lub woli. Zmiany, zwłaszcza w stosunku do chorujących czy niepełnosprawnych dzieci, zaczynały być jednak widoczne, lecz należy podkreślić, że często wiązały się z indywidualnym charakterem rodzinnych więzi, relacji czy modelem wychowania. W tej kwestii ogromną rolę odgrywały też przemiany generacyjne. Ich wpływ szczególnie ujawniał się w sferze diagnostyki tzw. chorób ludowych. I choć jeszcze w latach 70.

w relacjach starszych mieszkańców wsi wymieniane były takie choroby jak omięcie, trzaska, kołtun czy przełamanie, to ich dorastające i usamodzielniające się dzieci (urodzone w latach 50.) na ogół operowały już innym zestawem nazw jednostek chorobowych. To widoczne rozchodzenie się pojęć związanych z chorowaniem nie przeczyło jednak zjawisku swoistej współegzystencji metod leczenia. Łączono zatem korzystanie z metod opartych na wiedzy przekazywanej z pokolenia na pokolenie ze stosowaniem medykamentów przepisywanych przez lekarzy czy felczerów lub przechowywanych w rodzinnej apteczce gotowych środków farmaceutycznych.

Współistnienie wiedzy tradycyjnej (ludowej), opierającej się na międzypokoleniowym przekazie kulturowym, z tą wynoszoną ze szkoły, prasy, kursów czy wizyt w ośrodkach zdrowia było zjawiskiem powszechnym. Wciąż bowiem w wielu rodzinach w latach 70. czy 80. spotykano przypadki leczenia sadłem, tłuszczem, moczem czy końskim nawozem – czasem, jak w przypadku chorób nowotworowych, wynikało to z bezradności, czasem z zaufania do metod tradycyjnych. W tym czasie wyraźnie dostrzegane były jednak różnice generacyjne.

Wielu moich rozmówców urodzonych na przełomie lat 50. i 60., mimo iż pamiętało rozmaite metody leczenia stosowane przez ich matki czy babki, zwykle nie kontynuowało tych praktyk, ograniczając się do coraz bardziej okrojonego, wskutek kontaktów z lekarzem i nabywanych w punktach aptecznych i aptekach maści i leków, repertuaru praktyk leczniczych (okłady na bolącą głowę, bańki, ale już niekoniecznie ziołolecznictwo czy leczenie końskim moczem).

Biopolityka?

Organizowane na wsi po wojnie, dość chaotycznie, państwowe instytucje ochrony zdrowia poza swą oczywistą funkcją wspierać miały także cele polityczno-ideologiczne. Postulowana

priorytetowość w lokalizowaniu placówek w spółdzielniach produkcyjnych i PGR w praktyce wielokrotnie nie była jednak realizowana. Sama tendencja do ideologizowania ochrony zdrowia, w parze z likwidowaniem odradzających się samorzutnie spółdzielni zdrowia, wskazuje jednak na realizowaną po wojnie formę biopolityki rozumianej jako roztaczanie medycznie pojętej kontroli nad społeczeństwem i oddziaływanie na poszczególne jego grupy poprzez celowe ułatwianie bądź utrudnianie dostępu do świadczeń służby zdrowia¹. W oparciu o zebrane materiały trudno jednak stwierdzić, na ile formalne do końca 1971 r. wykluczenie rolników indywidualnych z pełnego dostępu do bezpłatnych świadczeń medycznych było związane w ideologią i długofalową polityką rolną (mającą na celu nacjonalizację, a w dalszej perspektywie likwidację własności prywatnej), a na ile wynikało po prostu z ograniczeń finansowych i organizacyjnych powojennego państwa. Braki odpowiedniej infrastruktury i kadr w połączeniu z fatalnymi warunkami życia na wsi i niską świadomością zdrowotną jej mieszkańców oraz wysokimi kosztami efektywnej oświaty sanitarnej powodowały, że zwłaszcza tuż po wojnie objęcie ludności rolniczej, stanowiącej w 1946 r. prawie 70% społeczeństwa, pełnym zakresem świadczeń było poza możliwościami finansowymi państwa. Potwierdzają to choćby wzmiankowane w niniejszej pracy opisy problemów, z jakimi borykały się w latach 50. i 60. nie tylko wiejskie i gminne ośrodki zdrowia, ale również powiatowe szpitale czy przychodnie.

Częściowe wykluczenie rolników z systemu opieki zdrowotnej, nawet jeśli argumentowane ideologicznie, pod wieloma względami nie było jednak władzy na rękę. Jak pokazywały materiały z lat 50., utrudniony dostęp do państwowej opieki zdrowotnej, wysokie koszty leczenia i niska kultura zdrowotna wsi, przekładające się na słabą frekwencję

¹ Zob. też: Th. Lemke, *Biopolityka*, przeł. T. Dominiak, Warszawa 2010.

w ośrodkach zdrowia, powodowały, że tak naprawdę wieś (nie tylko indywidualna) wymykała się kontroli państwowej, czego dowodem była dość znaczna jeszcze w 1952/1953 r. niekompletność szczegółowych informacji dotyczących problemów zdrowotnych, rzetelnych statystyk odnoszących się do umieralności czy zachorowalności na choroby zakaźne, jak również niemożność określenia np. najczęstszych przyczyn zgonów na wsi. Tak pojęty brak pełnej kontroli nad ludnością wiejską przejawiał się także w ogromnym i kłopotliwym dla państwa zjawisku babkarstwa, jak również problemie trudnych do wyegzekwowania szczepień ochronnych stanowiących w tym czasie jedno najważniejszych narzędzi walki z chorobami zakaźnymi, szczególnie istotnym w obliczu rosnącej mobilności przestrzennej chłopów (awans społeczny w miastach, chłoporobotnicy).

Choć na politykę zdrowotną państwa wobec wsi można patrzeć przez pryzmat nierówności, to zarazem warto podkreślić, iż wieś przynajmniej w tej sferze przez długi czas zdawała się takich nierówności nie zauważać. W wiejskim światopoglądzie zdrowie i choroba postrzegane były inaczej. Charakterystyczna dla mieszkańców wsi w latach 50. nieufność do instytucji państwowych znajdowała swoje odbicie w stosunku do tworzonych na wsi ośrodków zdrowia, izb porodowych.

Na ile jednak dystans wobec państwowej opieki zdrowotnej, narzucanych przez nią nakazów (szczepienia obowiązkowe, przymusowa hospitalizacja ostrych chorób zakaźnych, dezynfekcja, hospitalizacja porodów itp.), mógł być rozumiany jako forma obrony prywatności, a na ile wynikał on z ówczesnego systemu wiejskiej wiedzy i przywiązania do tradycji, trudno jednoznacznie stwierdzić. Ośrodki zdrowia w latach 60. zwykle nie budziły już takich emocji jak dekadę wcześniej, a w relacjach mieszkańców, mimo że wciąż dostęp do świadczeń zdrowotnych był pełnopłatny, coraz częściej jawiły się jako symbol modernizacji i nowoczesności. Jak pokazywała praktyka dnia

codziennego, wchodząca w życie w 1972 r. reforma u niektórych rolników, niemających zaufania do darmowych usług, nie budziła entuzjazmu. Dla zdecydowanej większości, zwłaszcza tych uboższych, stanowiła jednak ważny moment potwierdzający dokonujący się w PRL awans społeczny i cywilizacyjny wsi polskiej.

“A Man is Sick when He is in Pain”.

A Socio-Cultural History of Health and Illness in the Polish Countryside after 1945

Abstract

The book presented to the readers is a history of this aspect of the rural everyday life and mentality which has often eluded scholars. The sphere of rural health, hygiene, attitude to the body and illness, and also the relationship between rural population and staffs of local delivery rooms and health centres have not been subjected to a thorough historical analysis. And equally seldom have analyses of the history of rural everyday life paid attention to the problem of how people living in rural areas handled their ailments and illnesses, how they perceived the sick, and whether the type of disease influenced their everyday relations and social standing of a sick person. All these problems are dealt with in the presented book. When analysing a long, forty-year period, I also pay attention to all changes in rural perception of health and sickness, to the pace of those changes and what has caused them.

As it has been suggested by an analysis of archival materials (including these of the Ministry of Health) and narrative ones, some important transformations were influenced by the social and health policy of the state only to a degree. Apart of a chaotic building of rural health centres, at least to the end of 1952 and early 1953 problems of individual farmers were marginalised in an official discourse (which was being justified on ideological grounds), and the countryside itself was presented as the stronghold of backwardness and superstition (a problem of female quack doctors). The exclusion of individual farmers from a full package of the free health service was to inscribe into the contemporary Stalinist policy of the state (class conflict). In actual fact, as the sources reveal, it was impossible for the Polish state to include into the free health system another several million of Poles so soon after the war if only for the lack of money, staff and buildings. To provide rural pregnant women and children of individual farmers (up to 14 years of age) with

free health service negated, to a large degree, a planned and ideologised bio-policy towards the countryside.

The state healthcare system introduced to the Polish countryside in the form of health centres and delivery rooms was to provide the germ of change in the sphere of rural health culture (awareness), and at the same time a place to gather information on the state of health of people living in rural areas. A thin network of those health facilities combined with transportation problems, but also with rural people's mental distance and distrust of the state institutions made the beginnings of those healthcare centres very difficult, which was mirrored in the low attendance as well as a still strong position of local healers and traditional forms of treatments. Some important changes were noticed as soon as the 1960s, but their scale and pace were regionally and socially differentiated (a faster pace was observed for peasant-workers and a younger generation of rural population).

And although the changing attitude of rural people to hygiene, preventive health care measures (vaccinations) or nutrition was influenced to a large degree by the state policy (a gradual broadening of free medical services and universal free health care for peasants from 1972; a growing numbers of health centres, sanitary supervisors, a hygienisation programme), still an important role was played by a number of other, overlapping factors, such as a generation change, universal public education, the role of mass media, spatial mobility of rural people, or urban behaviour models. Thus, the perceived changes were, on the one hand, caused by a broadening state control over the sphere of public health, while on the other a consequence of independent civilisation processes. The changes can be illustrated by statistics revealing steadily falling rates of infant mortality, rates of death from infectious (and social) diseases, and decreasing disparities between rural and urban living conditions. An important symptom of transformations taking place in the Polish country was also a different, as compared to that of the first half of the 19th century, attitude towards the sick. More and more often sick people were looking for help in their local health centres (also for a fee), and not at home, and less frequently they were taken ill with the so-called "traditional ailments".

But a gradual change in the lists of disease entities (and their names) did not mean that in practice some of the "folk" diseases totally disappeared in the rural everyday life. But in the 1970s and 1980s they were troubling almost exclusively only the older generation of rural population. Moreover, in the 1970s sanitary conditions of rural areas much improved, and this further decreased disparities between rural living conditions and state of health and urban ones. And despite the fact that sociological and anthropological

analyses of the 1980s still revealed some persistent differences and biological inequalities between the country and the town, at that time they were less and less seen by the rural people themselves, who regarded a universal health care – symbolised by the existence of health facility buildings – in the categories of modernisation and advancement of the countryside.

Bibliografia

Archiwalia

Archiwum Akt Nowych w Warszawie

Ministerstwo Zdrowia 1944–1960

sygn.: 14, 17, 19, 49–51, 55, 56, 1/1–1/45, 368/2, 368/4, 368/8

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

sygn.: 1/52, 1/65, 1/67, 1/88, 1/92, 1/143, 1/190, 10/5 10/13, 10/17, 10/20,
10/23, 10/28, 10/31, 10/32, 10/64, 19/182, 19/475, 19/579

Komitet Centralny Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (KC PZPR)
(Biuro Listów i Inspekcji KC PZPR)

sygn.: 237/XXV–3 – 237/XXV–7, 237/XXV–11, 237/XXV–17, 237/XXV–20,
237/XXV–26, 237/XXV–27, 237/XXV–28, 237/XXV–29, 237/XXV–30,
237/XXV–31, 237/XXV–38, 237/XXV–60, XXVII/9, XXVII/15, XXVII/18,
XXVII/41, XXVII–42, XXVII–43, XXVII–44, 237/XXV–68

Archiwum Instytutu Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Jagiellońskiego

sygn.: 798, 845, 1791, 1793, 2327, 2328, 3468, 3469, 3471, 3868, 4001 – cz. 1–2,
4008, 4009, 4012, 4014, 4017–4018, 11302, 12177

Prace magisterskie obronione w IEiAK UJ:

Czajkowski L., *Lecznictwo ludowe w XIX i XX wieku w Beskidzie Śląskim na przykładzie wsi Istebna*, sygn. 669.

Jagła B., *Tradycyjne pożywienie oraz związany z nim sprzęt i działania w kulturze dawnego i współczesnego Podhala* (2003), sygn. 605.

Kozioł I., *Kulturowa interpretacja dewiacji* (1982), sygn. 240.

Nowak S., *Terapia ludowa w Czarnym Dunajcu ze szczególnym uwzględnieniem osoby leczącego* (1977), sygn. 158.

Archiwum Narodowe w Krakowie

Wojewódzka Rada Narodowa (WRN)

Prezydium WRN Kraków, Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej

Archiwum Narodowe w Krakowie, Oddział w Spytkowicach

Prezydium Powiatowej Rady Narodowej (PRN), Wydział Zdrowia

Archiwum Państwowe w Lublinie

Prezydium PRN i Urząd Powiatowy (UP) w Lubartowie, Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej

Archiwum Państwowe w Szczecinie, Oddział w Międzyzdrojach

Prezydium Gromadzkiej Rady Narodowej (GRN) w Wicimicach

Prezydium PRN i UP w Goleniowie

Prezydium PRN i UP w Gryficach

Prezydium PRN i UP w Kamieniu Pomorskim

Starostwo Powiatowe Kamieńskie

Starostwo Powiatowe w Gryficach

Urząd Miasta i Gminy w Gryficach

Urząd Miasta i Gminy w Płotach

Archiwum Polskiego Radia (reportaże, audycje)*A jednak lekarz*, red. P. Komorowski, 1969*Abyśmy zdrowi byli*, red. B. Helbrecht, 1967*Częste mycie skraca życie*, red. K. Usarek, 1967*Człowiek nie chce być sam – ludzie uwierzcie nam*, red. T. Łozińska, 1989*Dar*, red. A. Wielowieyski, 1981*Dialogi i zbliżenia*, red. M. Najgrodzka, 1980*Dla przyszłych pokoleń*, red. M. Krzyżanowska, E. Ziegler, 1964*Dr Pejda*, red. A. Maciejowska, 1980*Dzieci warszawskiej ulicy*, 1957*Dzień dzisiejszy pewnego uzdrowiska*, autor P. Jasienica, 1952*Eskałup*, red. K. Melion, 1970*Kożuchy przychodzą się leczyć*, J. Janicki, oprac. H. Mozer-Ciechanowska, 1980*Lekarzom zdrowia zabraknie*, red. K. Usarek, 1972*Ludzie z marginesu*, red. K. Melion, 1967*Ludzkie losy*, red. A. Najmrodzki, 1989*Łańcuch*, red. J. Rybczyński, 1981*My 80*, red. W. Turant, 1980*Na marginesie jednego tematu*, red. A. Maciejowska, 1980

- Na przekór nieszczęściu – aby pokonać zły los*, 1959
- Na wózku*, red. E. Neska, 1989
- Na żądanie woda w kranie – audycja z cyklu kultura pilnie poszukiwana*, red. K. Usarek, 1964
- Nasz świat jest inny*, red. A. Wojterzanka, 1972
- O człowieku, który pokonał cierpienie. Zdzisław Kubicki – sparaliżowany korespondent*, red. H. Brzóska, 1964
- Olbrysiowej żywot niełatwy*, red. A. Maciejowska, B. Sałuda, 1980
- Popołudnie z młodością – o chorobach wenerycznych*, red. B. Markowska, 1968
- Portret rodziny Nowakowskich*, red. D. Starzec, 1979
- Przyjechali doktorzy*, red. A. Semkowicz, 1972
- Punkty za pochodzenie*, red. E. Baranowska, 1983
- Reportaż z domu, gdzie dorosli uczą się chodzić*, red. W. Zadrowski, 1960
- Rolniczy Kwadrans*, red. H. Dabrowska, 1989
- Rozmowa z Judymem*, red. B. Justynowicz, 1967
- Służba zdrowia w XX-leciu PRL – mówi minister Sztachelski*, red. F. Kidawa, 1964
- Sonda*, red. J. Dąbrowski, 1972
- Sprawy ostateczne*, red. E. Bobocińska, 1981
- T-11 – zgłoś się*, red. P. Komorowski, 1971
- Tu się widzi tylko ziemię*, red. A. Bartosz, 1981
- Wsi spokojna, wsi wesoła. Pan wychodzi panie doktorze?*, red. K. Usarek, 1963
- Z lubienia pożytek niewielki*, red. A. Maciejowska, B. Sałuda, 1980
- Zdrowie za 5 zł*, red. A. Sroga, 1960
- Zgłaszam sprawę*, red. J. Jankowska, 1976
- Życie można przeżyć różnie*, P. Komorowski, 1973
- Życie po babsku*, red. K. Usarek, 1977
- Żyją obok nas*, red. B. Haintze, E. Ratyńska, Warszawa 1981

Narodowe Archiwum Cyfrowe

sygn.: 2804/2, 10205/4, 118865/4, 118868/8, 120548/2, 132481/9, 133006/1, 138213/2, 138213/5, 138214/11, 148806/5, 152766/6, 152766/8, 165677/3, 16783/6, 168586/7, 168589/6, 173710/4, 187008/5, 188253/3, 18816/7, 19203/10, 19204/1, 19206/6, 193721/12, 193773/2, 193774/7, 196520/7, 201476/6, 201478/3, 201547/2, 201549/5, 201549/11, 202386/11, 202389/7, 203980/2, 206684/8, 21210/11, 217341/10, 217342/10, 226832/8, 232722/6, 23706/6, 23707/7, 238688/4, 249456/12, 250492/1, 253116/8, 253548/1, 253598/8, 255668/5, 256661/7, 257471/9, 262130/8, 26572/10, 268417/4, 268417/11, 273788/10, 273789/11, 276230/9, 277349/9, 277350/12, 28588/5, 291547/6, 297056-11, 325301/9, 33151/11, 33673/5, 341247/3,

36572/5, 368178/1, 37924/1, 38525/1, 39990/8, 400645/14, 401207/1, 405772/3, 40610/5, 407213/1, 411706/1, 416839–25, 424475–34, 432945–22, 434048/30, 446363/8, 449489–13, 449999–17, 449999/23, 462990/27, 48584/3, 54460/4, 7545/7, 73616/6, 8246/7, 87482/8

Pamiętniki, wspomnienia, reportaże

- Awans pokolenia*, wstęp. J. Chałasiński, seria: „Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej”, t. 1, Warszawa 1964.
- Być matką*, przedmowa i wybór D. Gałaj, Warszawa 1986.
- Czyste wody moich uczuć*, wybór, oprac., wstęp B. Tryfan, Warszawa 1975.
- Drażba J., *Za parawanem powiek. Wiersze i pamiętnik*, Poznań 1999.
- Godziński J., *Poślizg niekontrolowany*, Warszawa 1972.
- Gospodarstwo i rodzina. Pamiętniki*, wstęp. J. Chałasiński, wybór i oprac. D. Gałaj, F. Jakubczak, seria: „Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej”, t. 5, Warszawa 1968.
- Grabowicz J., *Pożądanie w cieniu wiersz*, Warszawa 1979.
- Grabowicz J., *Pożegnanie z zaściankiem*, Warszawa 1968.
- Grabowicz J., Tryfan B., *Poletko Matki Boskiej*, Warszawa 1964.
- Koteja A., *Nagietki Taty*, Kraków 2008.
- Koteja J., *1981 – Rok Niepełnosprawnych*, Kraków 2008.
- Niczyporowicz J., *Czyściec*, Kraków 1986.
- Nowe zawody. Pamiętniki*, wybór, oprac., wstępy B. Gołębiowski, Z. Grzelak, przedm. J. Chałasiński, seria: „Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej”, t. 7, Warszawa 1969.
- Pamiętniki lekarzy*, wybór i red. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968.
- Pamiętniki lekarzy*, wybór i wstęp J. Borkowski, Kraków 1987.
- Redliński E., *Ja w nerwowej sprawie*, Warszawa 1969.
- Tryfan B., *O równy start*, Warszawa 1974.
- Więć polska 1939–1948. Materiały konkursowe*, t. 2, oprac. K. Kersten, T. Szarota, Warszawa 1968.
- Wspomnienia pielęgniarek*, red. I. Brzozowska, H. Stefańska, S. Rybicki, Warszawa 1962.

Archiwum Raportów Społecznych (online)

- Choroby psychiczne w opinii społecznej. Komunikat z badań 1976*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 10/51.
- Jokiel M., *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 155, Warszawa 1980.

- Maslińska H., Solarz J., *Wstępne opracowanie wyników ankiety Praca i życie lekarza*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych 1969, nr 14/151.
- Nierówności i niesprawiedliwości społeczne w świadomości społeczeństwa polskiego 1980*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 27/189.
- Opinia społeczna o zaopatrzeniu aptek 1978*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 12/78.
- Opinie o poinformowaniu społeczeństwa a problematyka zwalczania złośliwych chorób nowotworowych 1976*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 466.
- Opinie społeczne o zaopatrzeniu aptek i stanie opieki zdrowotnej nad chorymi. Komunikat z badań*, 1981, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 11/202.
- Problemy żywienia narodu w badaniach OBOPiSP 1979*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 11/79.
- Problemy zdrowia ludności i korzystania z opieki zdrowotnej 1976*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 14/96.
- Prywatna praktyka lekarska w opinii społecznej 1982*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 2/82.
- Święcicki A., *Struktura jakościowa żywienia w Polsce*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej, Warszawa 1964.
- Zjawisko łapownictwa – jego zasięg i ocena w opinii publicznej 1976*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, nr 17/99.

Prasa

- „Dziennik Zdrowia. Organ Urzędu Ministerstwa Zdrowia” 1945–1954
- „Gromada Rolnik Polski” 1958, 1973, 1976, 1984
- „Medycyna Wiejska” 1966, 1969, 1974, 1984
- „Nowa Wieś” 1952, 1954, 1958, 1960, 1963, 1970, 1972, 1984
- „Przekrój” 1982, 1984
- „Przyjaciółka” 1953, 1956, 1974, 1978, 1986
- „Służba Zdrowia” 1951, 1952, 1955, 1968, 1969
- „Wieś i Rolnictwo” 2015
- „Zdrowie Publiczne” 1973
- „Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej” 1984–1989

Poradniki i publikacje popularnonaukowe

- Danielski J., *O higienie osobistej i ogólnej na wsi*, Warszawa 1953.
 Piotrowska J., *Choroby skóry na wsi*, Warszawa 1955.
 Szczawińska M., Bacia K., *Dbaj o siebie. Praktyczny poradnik zachowania zdrowia i urody dla kobiet żyjących na wsi*, Warszawa 1958.
 Wyszymirski K., *Spółdzielnie zdrowia na wsi*, Warszawa 1961.

Roczniki statystyczne

- Mały Rocznik Statystyczny 1974*, Warszawa 1975.
Rocznik Statystyczny 1950, Warszawa 1951.
Rocznik Statystyczny 1955, Warszawa 1956.
Rocznik Statystyczny Gospodarki Komunalnej 1965, Warszawa 1965.
Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej i Komunalnej 1965, Warszawa 1967.
Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej i Komunalnej, Warszawa 1972.
Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945–1967, Warszawa 1969.
Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1967, Warszawa 1969.
Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1971, Warszawa 1971.
Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1976, Warszawa 1977.
Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1985, Warszawa 1986.

Materiały filmowe

- Ambulans jedzie na wieś*, PKF 50/25 (1950)
Dr Ewa, reż. H. Kluba, 1970, odc. 1–9
Niedziela medyków, PKF 60/14A (1960)
Prześwietlenie, reż. K. Kiesłowski, 1974
Skalna ziemia, reż. Włodzimierz Borowik, 1956
Szpital, reż. K. Kiesłowski, 1977
W wiejskim ośrodku zdrowia, PKF 52/12 (1952)
Walka o zdrowie. Wyjazdy lekarzy na wieś, PKF 49/10 (1949)

Wywiady audio

- Anestezjolog, miejscowość L., woj. lubelskie
 E.S., miejscowość Ż., woj. lubelskie

F.R., mieszkaniec wsi M., woj. zachodniopomorskie
 Felczer, miejscowość W., woj. podlaskie
 G.S., miejscowość S., woj. zachodniopomorskie
 J.R., miejscowość M., woj. zachodniopomorskie
 Lekarz, miejscowość L., woj. lubelskie
 M.M., miejscowość G., woj. zachodniopomorskie
 M.N., miejscowość L., Ż., woj. lubelskie
 P.B., miejscowość W., woj. zachodniopomorskie
 P.L., miejscowość L., woj. zachodniopomorskie

Opracowania

- A Cultural History of the Human Body in the Modern Age*, t. 6, red. I. Crozier, Oxford–Berg 2012.
- Adamus A., *Problemy wsi w Polsce w latach 1956–1980 w świetle listów do władz centralnych*, Warszawa 2017.
- Ashenburg K., *Historia brudu*, przeł. A. Górską, Warszawa 2010.
- Assmann J., *Pamięć kulturowa. Pismo, zapamiętywanie i polityczna tożsamość w cywilizacjach starożytnych*, przeł. A. Kryczyńska-Pham, Warszawa 2008.
- Baár M., *Disability and Civil Courage under State Socialism: the Scandal about the Hungarian Guide Dog School*, „Past and Present: a journal of scientific history” 2015, no. 227 (1), s. 179–203.
- Bajorkowa M., *Konfrontacje. W oczach lekarza wiejskiego*, „Medycyna Wiejska” 1966, nr 1, s. 59–70.
- Balshem M., *Cancer in the Community: Class and Medical Authority*, Washington DC 1993.
- Bałasz A., *Służba zdrowia w Siedliszczach (na 10-lecie PRL)*, „Zdrowie Publiczne” 1954, nr 4, s. 325.
- Bier L., *Choroby zakaźne w Polsce. Ustęp – a obronność państwa. Referat zgłoszony na XI-ty Zjazd Higienistów Polskich w Lublinie w dniu 30 czerwca 1938 r. przez doc. dra L. Biera*, Kraków 1938.
- Bourdieu P., Passeron J.C., *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, przeł. E. Neyman, Warszawa 2006.
- Bourdieu P., Wacquant L.J.D., *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, przeł. A. Sawisz, Warszawa 2001.
- Bourdieu P., *Zmysł praktyczny*, przeł. M. Falski, Kraków 2008.
- Bourke J., *Fear: a Cultural History*, Londyn 2005.
- Bourke J., *The Story of Pain: from Prayer to Painkillers*, Oxford 2014.
- Brzostek B., *Za progiem. Codziennosc w przestrzeni publicznej Warszawy lat 1955–1970*, Warszawa 2007.

- Burszta J., *Kultura wsi okresu międzywojennego*, w: *Historia chłopów polskich*, t. 3: *Okres II Rzeczypospolitej okupacji hitlerowskiej*, red. S. Inglot, Warszawa 1980, s. 462–463.
- Bury B., *Ocena jakości pracy lekarza rejonowego na wsi*, „*Medycyna Wiejska*” 1984, nr 2, s. 85–92.
- Children by Choice? Changing Values, Reproduction, and Family Planning in the 20th Century*, ed. A.K. Gembrics, T. Theuke, I. Heinemann, Leipzig 2018.
- Chodkowska M., *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw*, Lublin 1993.
- Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, Warszawa 2001.
- Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, t. 1–2, Warszawa 1964.
- Cynkar A., Stepień J., *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL. Ekspertyza*, Wrocław–Kraków 1984.
- Czajkowski J., Świdrak W., *NFOZ Komitet Oddziału w Krośnie. Działalność w latach 1973–2005*, „*Biblioteka Krośnieńska*” 2006, z. 19.
- Czechowski H., *Rozwój służby zdrowia w Lubartowie w latach 1944–1984*, „*Lubartów i Ziemia Lubartowska*” 1986, s. 144–174.
- Dobrzyński A., *Kto zawinił?*, Warszawa 1973.
- Duber P., Chmura R., Krajewski-Siuda K., *Polski plakat w kampaniach zdrowia publicznego w latach 1945–1956*, „*Zdrowie Publiczne*” 2010, nr 2, s. 177–182.
- Dym. Powszechna historia palenia*, red. S.L. Gilman, Zhou Xun, przeł. J. Sochoń-Jasnorzewska, Kraków 2009.
- Dzieje medycyny w Polsce*, t. 1: *Od czasów najdawniejszych do roku 1914*, red. W. Noszczyk, Warszawa 2015.
- Etyka lekarska – przyczyna upadku*, „*Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej*” 1984, nr 1, s. 3–10.
- Filtzer D., *The Hazards of Urban Life in Late Stalinist Russia: Health, Hygiene, and Living Standards, 1943–1953*, Cambridge 2010.
- Filtzer D., *The Khrushchev Era: De-Stalinization and the Limits of Reform in the USSR 1953–64*, London 1993.
- Fleming D., *Warszawianka w kąpieli*, Warszawa 2008.
- Foucault M., *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Warszawa 1995.
- Foucault M., *Narodziny biopolityki*, przeł. K.M. Jaksender, Warszawa 2011.
- Framing and Imagining Disease in Cultural History*, red. G.S. Rousseau i in., New York 2003.

- Gadomska H., Koszarowski T., Karewicz Z., *Ocena umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1963–1967*, „Zdrowie Publiczne” 1971, nr 2, s. 113–125.
- Gałęski B., *Gospodarstwa domowe. Zaopatrzenie i żywienie*, „Wieś Współczesna” 1975, nr 4, s. 73–82.
- Gołębiowski B., *Chłoporobotnicy o sobie. Studium autobiografii*, Warszawa 1974.
- Gorczyca M., *Regionalne zróżnicowanie warunków mieszkaniowych w Polsce w latach 1950–1988*, Warszawa 1992.
- Gorsky M., Krajewski K., Dutka W., Berridge V., *Anti-achol Posters in Poland, 1945–1989. Diverse Meanings, Uncertain Effects*, „American Journal of Public Health” 2010, t. 100, nr 11, s. 2059–2069.
- Gra możliwości. Studia z historii medycyny i farmacji XIX i XX wieku*, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2011.
- Gutkowska K., *Diagnoza funkcjonowania wiejskich gospodarstw domowych na przełomie wieków*, Warszawa 2003.
- Gutkowska K., *Przyczyny i rozmiar alkoholizmu w środowisku wiejskim*, Warszawa 1988.
- Hays J.N., *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History*, New Brunswick 2009.
- Higiena otoczenia na wsi*, Warszawa 1957.
- Historia ciała*, t. 1: *Od renesansu do oświecenia*, red. G. Vigarello, przeł. T. Stróżyński, Gdańsk 2011, t. 2: *Od rewolucji do I wojny światowej*, red. A. Corbin, przeł. K. Belaid, T. Stróżyński, Gdańsk 2013, t. 3: *Różne spojrzenia. Wiek XX*, red. J.J. Courtine, przeł. K. Belaid, T. Stróżyński, Gdańsk 2014.
- Hresanova E., Bazylevych M.Y., *Introduction: Health and Care Work in Post-socialist Eastern Europe and the former Soviet Union*, „Anthropology of East Europe Review” 2011, vol. 29, no. 1, s. 1–7.
- Hresanova E., *The Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth in Socialist Czechoslovakia: from State Propaganda to Activism of Enthusiasts*, „Medical History” 2016, vol. 60, s. 534–556.
- Ignaciuk A., *Clueless about contraception: the introduction and circulation of the contraceptive pill in state-socialist Poland (1960s–1970s)*, „Journal of History of Medicine” 2014, vol. 16, no. 2, s. 509–536.
- Ignar M., *Przemiany warunków życia ludności wiejskiej*, Warszawa 1981.
- Ignar M., *Warunki życia ludności wiejskiej*, Warszawa 1987.
- Iwaniak S., *Służba zdrowia w województwie kieleckim (1944–1974)*, Kielce 2003.
- Jaguś I., *Lecznictwo ludowe w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, Kielce 2002.

- Jarosz D., *Emeryci i renciści w polskim systemie ubezpieczeń społecznych lat 1944–1958. Sytuacja materialna i strategie przetrwania*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 2012, t. 72, s. 191–226.
- Jarosz D., *Obraz chłopca w krajowej publicystyce czasopiśmienniczej 1944–1959*, Warszawa 1994.
- Jarosz D., *Old Age in Communist Poland: Preliminary Research Questions*, „Acta Poloniae Historica” 2014, t. 110, s. 87–110.
- Jarosz D., *Polacy a stalinizm 1948–1956*, Warszawa 2000.
- Jarosz D., *Polityka władz komunistycznych w Polsce w latach 1948–1956 a chłopcy*, Warszawa 1998.
- Jarosz M., Kosiński S., *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, w: *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce*, t. 2: *Wieś*, red. I. Machaj, J. Styk, Lublin 1995, s. 169–175.
- Jarska N., *Kobiety z marmuru. Robotnice w Polsce w latach 1945–1960*, Warszawa 2015.
- Jastrzębowski Z., *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do końca 1948 roku)*, Łódź 1994.
- Kacprzak M., *Gruźlica na wsi*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1938, nr 45–47, s. 1–29.
- Kacprzak M., *Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej”. Sprawozdanie i uwagi krytyczne*, Warszawa 1930.
- Kacprzak M., *Pisma wybrane. W osiemdziesięciolecie urodzin autora*, Warszawa 1968.
- Kaczmarek A., *Zdrowie i choroba w świadomości społeczności wiejskiej*, „Medycyna Wiejska” 1969, nr 4, s. 277–283.
- Klich-Kluczevska B., *Biopolitics and (non-)modernity. Population micro-policy, expert knowledge, and family in late-communist Poland*, „Acta Poloniae Historica” 2017, vol. 115, s. 151–174.
- Klich-Kluczevska B., *Przez dziurkę od klucza. Życie prywatne w Krakowie (1945–1989)*, Warszawa 2005.
- Klich-Kluczevska B., *Przypadek Marii spod Bochni. Próba analizy mikrohistorycznej procesu o aborcję z 1949 r.*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012, nr 2, s. 195–209.
- Klich-Kluczevska B., *Rodzina, tabu i komunizm w Polsce 1956–1989*, Kraków 2015.
- Klonowicz S., *Wpływ legalizacji poronień sztucznych na rozwój demograficzny Polski w latach 1956–1972*, w: *Polityka społeczna a zdrowie*, red. M. Sokołowska, J. Hołówka, Warszawa 1978, s. 261–274.
- Kos Cz., Świętochowska M., *Dochody i spożycie żywności w rodzinach chłopskich i robotniczo-chłopskich w przekroju terytorialnym w roku 1973*, Warszawa 1976.

- Kosiński K., *Historia pijaństwa w czasach PRL*, Warszawa 2008.
- Kosiński S., *Pielęgniarka w wiejskiej służbie zdrowia*, Warszawa 1977.
- Kosiński S., Tokarski S., *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa 1987.
- Kozłowski Sz., *Organizacja szpitali w Polsce*, Warszawa 1964.
- Księga pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej w Lublinie. Z okazji X-lecia Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki 1951–1961*, red. J. Parnas, Warszawa 1964.
- Kuźma-Markowska S., *Stan badań nad historią antykoncepcji w XIX i XX wieku*, „Przegląd Historyczny” 2009, nr 3, s. 603–618.
- Kuźma-Markowska S., *Walka z „bawkami” o zdrowie kobiet: medykalizacja przerywania ciąży w Polsce w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2017, t. 15, s. 189–215.
- Kwaśniewicz W., Tobiasz B., *Determinanty kształtowania się postaw wobec choroby w środowisku szpitalnym u chorych na raka krtani*, „Zdrowie Publiczne” 1973, nr 7, s. 659–663.
- Labuda G., *Walka o Plan – walką o czystość. Kwestia brudu na terenach kolejowych w dobie Planu Sześcioletniego w świetle „Dziennika Bałtyckiego”*, „Studia Historica Gedanensia” 2010, t. 1, s. 129–143.
- Le Goff J., Truong N., *Historia ciała w średniowieczu*, przeł. I. Kania, Warszawa 2006.
- Lemke Th., *Biopolityka*, przeł. T. Dominiak, Warszawa 2010.
- Ligarski S., *W zwierciadle ogłoszeń drobnych. Życie codzienne na Śląsku w latach 1945–1949*, Wrocław 2007.
- Majewski J., *Rozwój gospodarki chłopskiej w okresie międzywojennym (1918–1939)*, w: *Historia chłopów polskich*, t. 3: *Okres II Rzeczypospolitej okupacji hitlerowskiej*, red. S. Inglot, Warszawa 1980.
- Marcinkowski J.T., *Podstawowa opieka zdrowotna nad pracownikami Państwowych Gospodarstw Rolnych w świetle dokumentacji lekarskiej ośrodków zdrowia*, „Medycyna Wiejska” 1984, nr 1, s. 9–13.
- Mariański J., *Dynamika przemian postaw moralnych ludności wiejskiej*, „Kultura i Społeczeństwo” 1979, nr 4, s. 285.
- Miernik G., *O niektórych patologiach życia codziennego mieszkańców obszarów przyczółkowych w drugiej poł. lat 40. XX w. (na przykładzie woj. kieleckiego)*, w: *Bieda w Polsce*, red. G. Miernik, Kielce 2012, s. 199–200.
- Niektóre aspekty badań ginekologicznych kobiet zamieszkałych na wsi*, „Zdrowie Publiczne” 1973, nr 2, s. 141–143.
- Niepełnosprawni na wsi*, red. W. Piątkowski, A. Ostrowska, Warszawa 1994.
- Nowakowski M., *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Lublin 2015.

- Oldstone M.B.A., *Viruses, Plagues, and History: Past, Present and Future*, New York 2009.
- Organizacja ochrony zdrowia, red. J. Indulski, Warszawa 1984.
- Ostrowska A., *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*, Warszawa 1980.
- Ostrowska A., *Nierówności w sferze zdrowia*, „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2, s. 149–162.
- Ostrowska A., *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*, Wrocław 1975.
- Ostrowski L., *Problemy społeczne wsi polskiej*, Warszawa 1989.
- Oświata sanitarna na wsi. Higienizacja wsi, red. nauk. J. Tołwińska, Warszawa 1962.
- Pamiętniki z rejonu puławskiego i plockiego*, wybór i oprac. E. Jagiełło-Łysiowa, F. Jakubczak, seria: „Zeszyty Badań Rejonów Uprzemysławianych”, nr 21 (specjalny), Warszawa 1967.
- Panek S., Chrzanowska M., Bocheńska Z., *Biologiczne i społeczno-ekonomiczne aspekty selektywnej migracji ze wsi do miast*, „Materiały i Prace Antropologiczne” 1988, nr 109, s. 23–49.
- Patterson J.T., *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture*, Cambridge 2009.
- Pawelczyńska A., *Dynamika przemian kulturowych na wsi. Metoda badania głównych tendencji*, Warszawa 1966.
- Penkala-Gawęcka D., *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna Nowożytna” 1994, t. 1, z. 2, s. 5–16.
- Penkala-Gawęcka D., *Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych*, „Lud” 1995, t. 78, s. 169–191.
- Perkowski P., *Ojcostwo w Polsce Ludowej*, w: *Mężczyzna w rodzinie i społeczeństwie. Ewolucja ról w kulturze polskiej i europejskiej*, t. 2: *Wiek XX*, red. E. Głowacka-Sobiech, J. Gulczyńska, Poznań 2010, s. 101–110.
- Perkowski P., *Przemoc seksualna i niuanse wrażliwości społecznej względem kobiet w świetle źródeł okresu PRL*, w: *Zapisy cierpienia*, red. K. Stańczak-Wiślicz, Wrocław 2011, s. 283–301.
- Pessel W.K., *Narodziny nowoczesnej higieny publicznej. Perspektywa kulturoznawcza*, „Studia Historica Gedanensia” 2010, t. 1, s. 155–170.
- Piątkowski W., *Lecznictwo niemedyce jako sposób interpretacji kultury*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia” 1999, t. 34, z. 7, s. 109–111.
- Piątkowski W., *Lecznictwo niemedyce w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*, Lublin 2008.

- Pinell P., *The Fight against Cancer: France, 1890–1940*, trans. D. Madell, London 2016.
- Piotrowska J., *Choroby skóry na wsi*, Warszawa 1955.
- Porter D., *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London–New York 1999.
- Przyczyny zaniedbań i opóźnień w leczeniu ludności wiejskiej województwa lubelskiego*, red. A.R. Tuskiewicz, Lublin 1968.
- Psychiatry in Communist Europe*, ed. S. Marks, M. Savelli, Basingstoke 2015.
- Public Health in History*, ed. V. Berridge, M. Gorsky, A. Mold, New York 2011.
- Radzicki J., *Znachorstwo w aspekcie medyczno-sądowym, prawnym i społecznym*, Warszawa 1961.
- Rafalski H., *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL*, Warszawa 1972.
- Reinish J., *The Perils of Peace: The Public Health Crisis in Occupied German*, Oxford 2013.
- Ruffié J., Sournia J.Ch., *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, przeł. B.A. Matusiak, Warszawa 1996.
- Saryusz-Wolska M., *Pamięć kulturowa Gdańska i Wrocławia. Doświadczenia i ślady*, w: *Pamięć, przestrzeń, tożsamość*, red. nauk. S. Kaprański, Warszawa 2010.
- Savelli M., *Beyond ideological platitudes: socialism and psychiatry in Eastern Europe*, „Palgrave Communication” 2018, vol. 4, no. 45, s. 1–8.
- Skretowicz B., Rotter A., Majczakowa W., *Zgłaszalność i chorobowość ludności wybranego rejonu po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia*, „Medycyna Wiejska” 1975, nr 3, s. 121–131.
- Słabek H., *O społecznej historii Polski 1945–1989*, Warszawa 2009.
- Słabek H., *Warunki bytowania chłopskiej ludności w latach 1945–1965. Przegląd problematyki*, „Dzieje Najnowsze” 1984, nr 2, s. 83–92.
- Smith V., *Clean: a History of Personal Hygiene and Purity*, Oxford 2007.
- Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Wrocław 2008.
- Sokołowska M., *Kobieta pracująca. Socjomedyczna charakterystyka pracy kobiet*, Warszawa 1963.
- Solarz I., *Historia powstania Spółdzielni Zdrowia w Markowy*, Warszawa 1937.
- Sontag S., *Choroba jako metafora; AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, Warszawa 1999.
- Sprawozdanie z działalności Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za lata 1944–1945*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, nr 1, s. 5–72.
- Stan zdrowotny i higiena wsi lubelskiej. Materiały z obozów naukowo-społecznych 1954–1960*, red. S. Grzycki i in., Lublin 1964.

- Stańczak-Wiślicz K., *Od neomatriachatu do szpitala-pomnika Matki Polki. Ideologie macierzyństwa w dyskursach władzy i opozycji w Polsce (1945–1989)*, w: *Niebezpieczne związki. Macierzyństwo, ojcostwo i polityka*, red. R.E. Hryciuk, E. Korolczuk, Warszawa 2015, s. 45–74.
- Starks T., *The Body Soviet: Propaganda, Hygiene, and the Revolutionary State*, Madison 2009.
- Stasiak A., *Przemiany sytuacji mieszkaniowej wsi polskiej w latach 1921–2002*, w: *Przeszłość i przyszłość polskiej polityki mieszkaniowej*, red. L. Frąckiewicz, Warszawa 2005, s. 197–203.
- Stasiak M., *Pomiędzy czystością a immunizacją – zwalczanie choroby Heinego-Medina w Polsce w latach 1951–1960*, w: *Letnia Szkoła Historii Najnowszej 2013. Referaty*, red. A.M. Adamus, Ł. Kamiński, Warszawa 2014, s. 39–52.
- Szczawińska M., *Jak upowszechnić higienę osobistą na wsi*, w: *Higiena osobista w oświacie sanitarnej*, Warszawa 1958, s. 65–71.
- Szpak E., *Epidemie chorób zakaźnych w powojennej Polsce jako problem społeczny*, w: *Od powietrza, głodu, ognia i wojny... Klęski elementarne na przestrzeni wieków*, red. T. Głowiński, E. Kościak, Wrocław 2013, s. 297–307.
- Szpak E., *Kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej w latach 1945–1960*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2013, t. 11, s. 243–276.
- Szpak E., *Lecznictwo i problemy zdrowotne Polaków w latach osiemdziesiątych*, w: *Społeczeństwo polskie w latach 1980–1989*, red. N. Jarska, J. Olszerek, Warszawa 2015, s. 113–129.
- Szpak E., *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*, Warszawa 2013.
- Szpak E., *Pojęcie zdrowia, choroby i cielesności w wiejskim postrzeganiu świata po 1945 r., czyli o zmianach mentalności na wsi polskiej*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012, nr 2, s. 231–250.
- Szpak E., „Twoje zdrowie w twoich rękach”. *Zdrowie, higiena i warunki życia w PRL*, w: *Szkice o codzienności PRL*, red. M. Kruszyński, T. Osiński, Lublin 2016, s. 147–166.
- Szpak E., *Warunki sanitarne w powojennej Polsce. Zarys problemów i dynamiki zmian (1945–1970)*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2014, t. 12, s. 277–300.
- Śliwińska S., *Zdrowie kobiet – gospodyń wiejskich na tle warunków ekonomiczno-społecznych, odżywiania i pracy zawodowej*, Warszawa 1974.
- Śpiewak R., *Dermatozy zawodowe u rolników*, Lublin 2002.
- Świat o raku, red. A. Bernard, Warszawa 1988.
- Tereszkiewicz H., Łapecka-Klusek C., Bokinić M., *Opieka profilaktyczna w ocenie kobiet ze środowiska wiejskiego (badania własne)*, „Medycyna Wiejska” 1984, nr 3, s. 153–157.

- The History of Public Health and the Modern State*, ed. D. Porter, Amsterdam 2006.
- Tworek B., *Kultura zdrowotna ludności wiejskiej w Małopolsce od połowy XIX do końca XX wieku (w świetle literatury pięknej i wspomnieniowej)*, Lublin 2007.
- Udziela S., *Krakowiacy*, Kraków 2012.
- Vargha D., *Polio Across the Iron Curtain: Hungary's Cold War with an Epidemic*, Cambridge 2018.
- Vargha D., *Socialist Utopia in Practice: Everyday Life and Medical Authority in a Hungarian Polio Hospital*, „Social History of Medicine” 2018, vol. 31, no. 2, s. 373–391.
- Vigarello G., *Czystość i brud. Higiena ciała od średniowiecza do XX wieku*, przeł. B. Szwarzman-Czarnota, Warszawa 1996.
- Vigarello G., *Historia otyłości. Od średniowiecza do XX wieku*, przeł. A. Leyk, Warszawa 2012.
- Vigarello G., *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności*, przeł. M. Szymańska, Warszawa 1997.
- Wież – oświata zdrowotna*, red. nauk. H. Wentlandtowa, Warszawa 1971.
- Więckowska E., *Warunki zdrowotne polskiej wsi w drugiej połowie XIX wieku, w: Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2003, s. 73–79.
- Więckowska E., *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001.
- Winiarz M., *Obraz sytuacji sanitarno-higienicznej na ziemiach Królestwa Polskiego w latach 1885–1914 w świetle prac polskich higienistów*, Warszawa 2004.
- Wohl A.S., *Endangered Lives: Public Health in Victorian Britain*, Cambridge 1983.
- Wojciechowski A., *Działalność ośrodka zdrowia w opiece nad matką i dzieckiem*, „Medycyna Wiejska” 1975, nr 4, s. 205–209.
- Wojdyła Z., *Rady zdrowia a postęp na wsi. O programie szkoły zdrowia II stopnia*, „Medycyna Wiejska” 1969, nr 4, s. 285–289.
- Wróblewski M., *Wyzwanie biomedycyzacji. Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby „podszyte” Teorią Aktora-Sieci*, „Przegląd Kulturoznawczy” 2013, nr 1, s. 75.
- Zaremba M., *Wielka trwoga. Polska 1944–1947. Ludowa reakcja na kryzys*, Kraków 2012.
- Zatoński W.A., *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Warszawa 1993.
- Zatoński W.A., *Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce na tle innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej*, Warszawa 2001.

Zdatny S., *The French Hygiene Offensive of the 1950s: a Critical Moment in the History of Manners*, „The Journal of Modern History” 2012, no. 4, s. 897–932.

Zdrowie i pogoda ducha, red. Z. Łyko, Warszawa 1981.

Zdrowie mieszkańców polskiej wsi (wyniki badania reprezentacyjnego 1990), red. B. Skrętowicz, t. 1, Lublin 1994.

Zdrowie szesnastu milionów, red. J. Horodecka, Warszawa 1969.

Materiały niepublikowane

Szpytma M., *Początki i pierwszy okres działalności Spółdzielni Zdrowia w Markowej (1935–1947)* – niepublikowane materiały konferencyjne z sesji zorganizowanej w 75. rocznicę założenia Spółdzielni Zdrowia w Markowej, udostępnione dzięki uprzejmości dr. Mateusza Szpytmy.

Netografia

Fogt B., *Poznański Ośrodek Reumatologiczny w kontekście zmian zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952–2005*, rozprawa doktorska, promotor: prof. dr hab. Michał Musielak, źródło: Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/249324/index.pdf> [19.12.2014].

Leszczyński A., *Wyhodek premiera Sławoja*, „Ale Historia”, 7 VII 2014, http://wyborcza.pl/alehistoria/1,139245,16278532,Wychodek_premiera_Slawoja.html [12.01.2015].

Indeks osób

- Adamus Anna Maria* 13, 166, 167, 174, 192
Anders Jarosław 7, 11
Ashenburg Katherine 10
Assmann Jan 125
- Baár Monika* 13
Bacia Kazimierz 153
Bajorkowa Maria 228
Balshem Martha 12
Bałasz Aleksander 32, 36, 38, 62–65, 77, 101, 103, 118, 121, 136, 181–183, 186, 202
Banasiak Bogdan 11
Bańczyk Rudolf 95
Baranowska Ewa 234, 237
Belaid Krystyna 11
Berridge Virginia 12
Bidakowski Kazimierz 32
Bieluńska S. 256
Bier Ludwik 138
Bierut Bolesław 91
Bijak Jan 21
Bińczyk Ewa 15
Bobocińska Ewa 285
Bocheńska Zofia 233
Borkowski Jan 64
Borowik Włodzimierz 191
Bourdieu Pierre 15, 128–129
- Bourke Joanna* 11
Bożkowa Krystyna 233, 234, 237, 325
Brzostek Błażej 9
Brzozowska Irena 71
Brzósko Halina 303
Burszta Józef 135, 140
- Chałasiński Józef* 19, 50, 104, 248
Chodkowska Maria 298, 303, 304
Chruszczow Nikita 51, 321
Chrzanowska Maria 233
Corbin Alain 11
Crozier Ivan 11
Cynkar Andrzej 296
Czajkowski Jan 59, 83
Czajkowski Leon 65
Czarnecki E. 172, 255, 258
- Danielski Jan* 145, 149, 152, 154, 155, 179, 238
Dąbrowski J. 58, 59
Dominiak Tomasz 329
Drażba Joanna 83, 283
Drojecki A. 256
Dworak Z. 158
- Elias Norbert* 15

- Filtzer Donald* 13, 51, 321
Fleming Dagmara 13
Fogt Barbara 24
Foucault Michel 11
- Gadomska Halina* 280, 281
Gałaż Dyzma 19, 34, 248
Gałęski Bogusław 176
Gembries Ann-Katrin 15
Gierek Edward 86
Głowacka-Sobiech Edyta 14
Głowiński Tomasz 81
Godziński Jerzy 83
Gołębiowski Bronisław 19, 104, 261
Gorczyca Mirosław 203
Gorsky Martin 12
Górska Aleksandra 10
Grabowicz Józef 21, 118, 119, 225, 241, 271, 306, 309, 312
Gryfin Maciej 21
Grzelak Zbigniew 104
Grzycki Stanisław 95
Gulczyńska Justyna 14
Gutkowska Krystyna 165, 274, 313–315, 317, 318
- Harris Clive* 109
Hays J.N. 10, 12
Heinemann Isabel 15
Helbrecht Bożena 31
Hofman Krzysztof 118
Hresanova Ema 14
Hryciuk Renata E. 14
- Ignaciuk Agata* 14, 15
Ignar Marek 21, 123, 142–144, 163, 167, 169, 176
Ilczyszyn Michał 183
Indulski Janusz 25
Ingłot Stefan 29
- Jagiello-Lysiowa Eugenia* 205
Jaguś Inga 9, 99, 102, 109, 207
Jaksender Kajetan Maria 11
Jakubczak Franciszek 205, 248
Janicki Jerzy 208
Jankowska Janina 175, 301
Jarosż Dariusz 9, 22, 90, 91, 110, 133, 134, 165, 180, 262
Jarosż Maria 25
Jarska Natalia 9, 61
Jastrzębowski Zbigniew 24
Jeszke Jaromir 21
Joachimiaż Mirosława 236
Jokiel Maria 285
- Kacprzak Marcin* 137–139, 190, 191, 270
Kamiński Łukasz 13
Kania Ireneusz 11
Kapralski Sławomir 125
Karasiówna Zofia 49, 63, 76, 79, 119, 216, 247
Karewicz Z. 280, 281
Kaszipiowski Anatolij Michajłowicz 109
Kawiński J. 269
Kersten Krystyna 140
Kidawa Feliks 42
Kieślowski Krzysztof 275, 276
Klich-Kluczevska Barbara 9, 14, 243
Klimczak F. 147
Kochańska Sabina 62
Komendant Tadeusz 11
Komorowski Piotr 68, 77, 82, 84, 127, 228
Korolczuk Elżbieta 14
Kos Czesław 169
Kosiński Krzysztof 9, 22, 313–315
Kosiński Stanisław 25, 28, 29, 34, 57, 98, 115, 123, 193, 194, 208

- Kostrzewski Jan* 40, 189, 212, 214, 215, 231
Koszarowski Tadeusz 280, 281
Kościk Elżbieta 81
Kowalczyk M. 152, 179, 238
Kozioł Iwona 304, 305, 307, 311, 313
Kruszyński Marcin 83
Kryczyńska-Pham Anna 125
Krzyżanowska Maria 186, 196, 201
Kurz Iwona 9
Kuźma-Markowska Sylwia 14
Kwaśniewicz W. 284
- Le Goff Jacques* 11
Lemke Thomas 329
Leowski J 229, 266, 267
Leszczyński Adam 138
Leyk Anna 10
Libera Zdzisław 9
- Łozińska Teresa* 299
- Machaj Irena* 25
Machejek Władysław 21
Maciejowska Alina 122
Madell David 12
Magdzik Wiesław 214
Majewska Magdalena 75
Majewski Jan 29, 135
Majewski Lechosław 48
Mariański Janusz 244
Markowska Bożena 124, 251
Marks Sarah 14
Matusiak Bożena Anna 12
Matuszewski Krzysztof 11
Mazurowska W. 231, 232
Melion Krystyna 48, 52
Mickiewicz Adam 159
Miernik Grzegorz 134
Miller M. 229, 266, 267
- Mold Alex* 12
Mozer-Ciechanowska Hanna 208
Musielak Michał 24
- Najgrodzka Małgorzata* 295
Najmrodzki Andrzej 179
Naruszewicz-Lesiuk Danuta 212, 214
Neyman Elżbieta 129
Noszczyk Wojciech 13
Nowak Stanisław 107, 108
Nowak Zbigniew 109
- Olaszek Jan* 61
Oldstone Michael B.A. 10, 12
Osiński Tomasz 83
Ostrowska Antonina 21, 60, 108, 109, 116, 207, 210
Ostrowski Lech 126
- Pałys Władysław* 105
Panecka Anna 295, 297, 303
Panek Stanisław 233
Parnas Józef 42, 147, 149
Parsons Talcott 15
Passeron Jean-Claude 129
Pasteur Louis 149
Paszkievicz Zofia 65, 133
Patterson James T. 12
Pawełczyńska Anna 150, 151
Pejda Zbigniew 122
Penkala-Gawęcka Danuta 21, 100
Perkowski Piotr 14
Pessel Włodzimierz Karol 9, 138
Piątkowski Włodzimierz 13, 15, 54, 100, 109, 165, 178, 207
Piekarski Czesław 140
Pinell Patrice 12
Piotrowska J. 139, 260
Płonka-Syroka Bożena 9, 13, 139
Porter Dorothy 12

- Porter Roy 10
 Prochacki Henryk 256
 Przybylska A. 255

 Radzicki Józef 243
 Radziwon Edward 208
 Rafalski Henryk 57, 59
 Rakowski Tomasz 9
 Redliński Edward 21, 128
 Reichert Stanisław 269
 Reinish Jessica 14
 Rosenberg Charles E. 10, 11
 Roszkowski Ireneusz 67
 Rousseau George S. 10
 Ruffié Jacques 12
 Rybczyński Jerzy 308
 Rybicki Stanisław 71

 Sanecki M. 211
 Saryusz-Wolska Magdalena 125
 Savelli Mat 13–14
 Schwann J. 257
 Seidler Barbara 262
 Semkowicz Anna 178
 Seroka D. 255
 Shilling Chris 15
 Sikorski Ryszard 242, 243, 245
 Składkowski Felicjan Sławoj 138
 Skokowska-Rudolf Maria 65
 Skowrońska Marta 15
 Skrętowicz Biruta 280
 Smith Virginia 10
 Sokołowska Magdalena 21
 Solarz Ignacy 28, 78
 Sontag Susan 7, 11, 278
 Sournia Jean Charles 12
 Stalin Józef 51
 Stankiewicz Anna 152, 179, 238
 Stańczak-Wislicz Katarzyna 14
 Starks Tricia 10, 13

 Stasiak Marcin 13
 Stefańska Halina 71
 Stępień Józef 296
 Stroczyńska Maria 173
 Stróżyński Tomasz 11
 Styk Józef 25
 Stypułkowska-Misurewicz H. 231, 232
 Syroka Andrzej 139
 Szarota Tomasz 140
 Szczawińska Maria 153, 183
 Szczygielska-Majewska Maria 295, 297, 303
 Szpak Ewelina 61, 83, 98, 115, 132, 138, 162, 176, 222, 244, 307, 315, 320, 322
 Szpakowska Małgorzata 9
 Szpytma Mateusz 28
 Sztachelski Jerzy 42, 90, 113
 Szwarzman-Czarnota Bella 10
 Szymańska Małgorzata 10

 Śliwińska Stefania 142, 143
 Śpiewak Radosław 259
 Świdrak Witold 59, 83
 Święcicki Andrzej 168
 Świętochowska Maria 169

 Tenczyn Jerzy 133
 Theuke Theresia 15
 Titkow Anna 15
 Tobiasz Beata 284
 Tokarski Stanisław 28, 29, 34, 193, 194
 Tołwińska Joanna 152, 200
 Toruk-Nowakowa Teresa 285
 Toś-Luty Sabina 173
 Truong Nicolas 11
 Tryfan Barbara 19, 21, 118, 119, 221, 225, 253, 296, 305, 306, 309, 312

- Turner Bryan* 15
Turowska Konstancja 236
Tuszkiewicz Alfred R. 85
Tworek Beata 13, 137, 139
- Udziela Seweryn* 178
Umiński J. 173
Urbanek Bożena 9
Usarek Krystyna 58, 104, 106, 148,
150, 151, 159–162, 192, 194, 196,
198
- Vargha Dora* 13
Vigarello Georges 10, 149, 150
- Wawrzyszuk Bronisław* 152, 179,
209, 238, 239, 248
Więckowska Elżbieta 9, 13, 139
Winiarz Marcin 13
Wiór Halina 180, 187, 188
Wojterzanka Agata 298
Wójcik Tadeusz 32
Wróblewski Michał 15
Wyszomirski Kazimierz 28, 30–32
- Zaremba Marcin* 9
Zatoński Witold A. 281, 289
Ziegler Ewa 186, 196, 201

Spis ilustracji

1. Błotnista wiejska droga; NAC (autor nieznany), sygn. II-7608.
2. Czerwiec 1954. Wiejski Ośrodek Zdrowia w Lipnicy Murowanej; NAC/CAF – Kondracki, sygn. 39990/8.
3. Kwiecień 1952. Pociąg specjalny z ekipą lekarską we wsi Czachówek, pow. grójecki; NAC/CAF – Mottl, sygn. 19203/10.
4. Kwiecień 1969. Ruchomy gabinet dentystyczny we wsi Braniewo, woj. olsztyńskie; CAF – Moroz, sygn. 196520/7.
5. Krakowscy studenci AM objęli opieką lekarską załogi trzech PGR-ów: Pruszków, Turowa, Zimnica. Aby nie odrywać ludzi od pilnych prac żniwnych, studenci prowadzą badania i udzielają pomocy wprost na polu. Na zdjęciu traktorzysta Rudolf Bańczyk badany jest na polu przez ekipę studentów; NAC/CAF – Okoński, sygn. 187008/5.
6. Maj 1970. Badanie stomatologiczne dzieci ze wsi Stawnica, woj. koszalińskie; NAC/CAF – Kraszewski, sygn. 226832/8.
7. Grudzień 1971. Punkt apteczny w kombinacie PGR Zagaje, pow. braniewski; NAC/CAF – Moroz, sygn. 253116/8.
8. 1944/1945. Wiejska uliczka, widoczne drewniane domy kryte strzechą; NAC/CAF – Andraschko, sygn. II-7609.
9. Lipiec 1949. Ekipa lekarska pracowników Ubezpieczeń Społecznych z Żyrardowa pobiera wodę do zbadania; CAF – brak informacji o autorze, sygn. AR 2804/2.
10. Raków, 1969. Kobieta nabiera wody w studni; NAC – G. Rutowska, sygn. 40-G-184-10.
11. Przegorzały, 1937. Kobiety piorące w rzece; NAC – brak informacji o autorze, sygn. 1-U-5183-1.
12. Wrzesień 1964. Dom Higieny Osobistej w osadzie Józefów w powiecie biłgorajskim; NAC/CAF – Uchymiak, sygn. 144092/3.
13. 1974. Koło Gospodyń Wiejskich w Miłęczynie. Kobiety przy stolnicy wyrabiają faworki; NAC – G. Rutowska, sygn. 40-2-302-5.

14. Kwiecień 1957. Elektryfikacja wsi Radzanów, pow. białobrzegi; NAC/CAF – Szyperko, sygn. 67347/2.
15. 1956. Elektryfikacja wsi Golina Wielka, pow. rawicki; NAC/CAF – Pieńkowski, sygn. 60733/5.
16. Luty 1964. Szkoła Zdrowia we wsi Turka, pow. lubelski. Lekcja pogładowa o pielęgnacji niemowlęcia; NAC/CAF – Uchymiak, sygn. 138214/11.
17. 1972. Ośrodek zdrowia w Brańszczyku. Pielęgniarka przygotowuje zastrzyk. Na stoliku widoczne strzykawki oraz wyjaławiacze (sterylizatory); NAC – G. Rutowska, sygn. 40-L-19-14.
18. 1972. Ośrodek zdrowia w Brańszczyku. Pielęgniarka na motorowerze Komar model 2320; NAC – G. Rutowska, sygn. 40-L-19-25.
19. Ośrodek zdrowia w Brańszczyku. Pielęgniarka waży dziecko; NAC – G. Rutowska, sygn. 40-L-19-6.

Ewelina Szpak – doktor nauk historycznych, absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego, od 2012 adiunkt w Instytucie Historii PAN. Zajmuje się historią społeczną i kulturą, ze szczególnym uwzględnieniem wsi i obszarów Polski prowincjonalnej.

Jest autorką książek: *Między osiedlem i zagrodą. Życie codzienne mieszkańców PGR-ów* (Warszawa 2005), *Mentalność ludności*

wiejskiej w PRL (Warszawa 2013) oraz współautorką minipodręcznika *Historia mówiona. Elementarz* (Warszawa 2008).



„Praca reprezentuje to, co w historii społecznej najbardziej wartościowe – daje solidnie udokumentowany wgląd w rzeczywistość społeczną, pokazuje szersze zjawiska nie rezygnując przy tym z perspektywy bliskiej, głęboko humanistycznej”.

(z recenzji dr hab. Marty Kurkowskiej-Budzan)

Oddawana do rąk czytelników książka jest historią tego aspektu wiejskiej codzienności i mentalności, który często umykał badaczom przeszłości. Sfera wiejskiego zdrowia, higieny, stosunku do ciała i choroby, a także zakres relacji mieszkańców wsi z pracownikami lokalnych izb porodowych i ośrodków zdrowia nie były dotąd przedmiotem bardziej szczegółowych historycznych dociekań. Rzadko też w analizach historii wiejskiego życia codziennego zwracano uwagę na to, jak mieszkańcy wsi radzili sobie z dotykającymi ich schorzeniami i chorobami oraz jak postrzegali osoby chorujące w ich otoczeniu i czy rodzaj choroby wpływał na relacje codzienne i status społeczny chorego. Wszystkie te wymienione problemy znajdują odzwierciedlenie w prezentowanej publikacji. Autorka omawiając długi, bo ponad czterdziestoletni okres, zwraca jednocześnie uwagę na to, co w wiejskim postrzeganiu zdrowia i choroby ulegało zmianie, jakie było tempo dostrzeganych przeobrażeń i co je powodowało.

