

*Ewelina Szpak*

## KULTUROWA HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY NA WSI POLSKIEJ W LATACH 1945–1960

Historia zdrowia i choroby, funkcjonująca w nurcie badań nad historią ciała oraz w ramach społecznej historii medycyny, w zachodniej historiografii reprezentowana jest przede wszystkim przez takich badaczy, jak Jacques Le Goff, George Vignarello czy nieżyjący już Roy Porter<sup>1</sup>. Choć tylko jedna praca tego ostatniego doczekała się przekładu na język polski (*Szaleństwo. Rys historyczny*, Poznań 2003), to już erudycyjne publikacje historyków francuskich znane są doskonale polskim badaczom historii społecznej i kulturowej<sup>2</sup>. Na gruncie polskim badaniami z zakresu społeczno-kulturowych dziejów medycyny, jak dotąd, zajmowało się stosunkowo niewielu historyków<sup>3</sup>. Z reguły umieszczali oni też swoje studia nie tylko w obszarze historii, ale także na pograniczu takich nauk, jak socjologia i antropologia<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Warto tu jeszcze wspomnieć o innych ważnych badaczach i ich pracach, np.: Katherine Ashenburg, *Historia brudu*, Warszawa 2007; Virginia 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, N.J. 2009; Michael B.A. Oldstone, *Viruses, Plagues, and History: Past, Present and Future*, New York 2009; *Framing and Imagining Disease in Cultural History*, ed. by George S. Rousseau, Miranda Gill, David B. Haycock, Malte Herwig, New York 2003; Tricia Starks, *Body Soviet: Propaganda, Hygiene, and the Revolutionary State*, Madison, Wis. 2009.

<sup>2</sup> J. Le Goff, *Historia ciała w średniowieczu*, Warszawa 2006. Z najważniejszych i opublikowanych prac George'a Vignarello wymienić należy przede wszystkim: *Czystość i brud: higiena ciała od średniowiecza do XX wieku*, Warszawa 1996; *Historia zdrowia i choroby: od średniowiecza do współczesności*, Warszawa 1997; *Historia otyłości: od średniowiecza do XX wieku*, Warszawa 2012; *Historia ciała*, t. 1: *Od renesansu do oświecenia*, red. G. Vignarello, Gdańsk 2011.

<sup>3</sup> Wśród historyków dziejów najnowszych warto wymienić takich badaczy, jak Elżbieta Więckowska, Magdalena Paciorek czy Inga Jaguś. Ważny wkład w polskie badania ma także czasopiśmo naukowe pod red. Bożeny Urbanek „Medycyna Nowożytna”, czy też seria prac pod redakcją Bożeny Syroki-Płonki.

<sup>4</sup> Warto wspomnieć o pracach interdyscyplinarnych takich autorów, jak np. Włodzimierz Pessel, Małgorzata Szpakowska, Tomasz Rakowski, Iwona Kurz czy Zdzisław Libera.

Celem artykułu jest próba udzielenia odpowiedzi na kilka podstawowych pytań: – czy (i jeśli tak, to w jaki sposób) zmieniało się znaczenie pojęcia zdrowia i choroby (a także higieny, brudu i czystości) w wiejskim kategoryzowaniu świata? Jakie miejsce w polityce zdrowotnej władz PRL zajmowały problemy wsi i jak realizowane były w praktyce postulowane kierunki zmian (akcje sanitarno-profilaktyczne, przeciwepidemiczne, uświadamiające, polityka ubezpieczeń społecznych)? Jakie konsekwencje oraz społeczne strategie przystosowawcze generowały? W jakim zakresie i jak długo „medycyna ludowa” oraz wynikające z niej nawyki i praktyki lecznicze przenikały się z opartymi na medycynie naukowej metodami? Jaka była temporalna dynamika zmian podstawowych parametrów i wskaźników zdrowotności wsi w stosunku do miasta oraz wewnątrz wsi, w zależności od kategorii społeczno-zawodowej, pozycji społecznej i in.

Niniejszy tekst to studium powojennego piętnastolecia, a więc okresu niewystarczającego, w moim przekonaniu, do ukazania wielu (a może większości) procesów zachodzących w sferze wiejskiej świadomości i polityki zdrowotnej państwa. Artykuł nie wyczerpuje więc zagadnienia i jedynie wskazuje na główne problemy związane z lecnictwem, jakie pojawiły się na polskiej wsi po II wojnie światowej. Choć ramy czasowe poniższych analiz wyznacza przełom lat 1944 i 1945 i 1960 r., to jednak wielokrotnie odwołuję się również do czasów przedwojennych, stanowiących tu ważne tło, pozwalające na pełniejsze zrozumienie zachodzących zjawisk.

### **„Toniemy w brudach”<sup>5</sup> – powojenne warunki życia a zwyczaje higieniczne**

Marcin Zaremba w pracy *„Wielka Trwoga. Polska 1944–1947. Ludowa reakcja na kryzys”* zarysował dramatyczny obraz warunków życiowych, na jakie skazani byli mieszkańcy polskich miast po zakończeniu II wojny światowej – zniszczone domy, ulice, zdewastowany system kanalizacji, zanieczyszczone rzeki, problemy z dostępem do czystej wody, plaga szczurów, insektów... W tym samym czasie stan wielu wsi również był bardzo zły, co w największym stopniu dotyczyło osad zlokalizowanych na linii przechodzącego frontu. Dariusz Jarosz,

---

<sup>5</sup> Podczas jednego z posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia, w 1957 r. stwierdzono: „ogólny stan sanitarny jest zły. Toniemy 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”. Archiwum Akt Nowych (dalej – AAN), Ministerstwo Zdrowia 1944–1960 (dalej – MZ), Gabinet Ministra Wydział Prezydyalny (dalej – GMWP), sygn. 1/30. k. 231–232, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 26–36, protokoły, załączniki, 1957 r.

analizując obraz chłopów w powojennej prasie wskazywał, m.in. na opis jednego z reporterów ówczesnego tygodnika „Chłopi” – Jerzego Tenczyna, który odwiedzając zniszczone wsie w okolicach Warszawy (Poniatów, Wieliszów, Skrzyszewo, Topolin), pisał: „Zastanawiam się jakby tam wejść, bo daszek jest na pół metra nad ziemią, wreszcie spuszczałam nogi o 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 są półnagie i słabe, o ziemistej twarzy, że tam zaczyna się zapalenie stawów i gruźlica, że zre ich świerzb, do którego zresztą nie chcą się przyznać”<sup>6</sup>.

Opisane warunki życia, choć dramatyczne w świetle materiałów wcześniejszych – z przełomu lat dwudziestych i trzydziestych nie budzą już jednak takiej grozy. Może nie mieszkało w ziemiankach, ale zatłoczone, ciemne, duszne, a w niektórych małopolskich wsiach również zadymione wiejskie domy, o zabitych szczelnie małych oknach (które zimą miały chronić przed stratami ciepła, a latem przed muchami)<sup>7</sup>, z glinianym – a w przekonaniu gospodyń niebrudzącym się – klepiskiem<sup>8</sup> stanowiły przed 1939 r. dość częste zjawisko. Okres wojny prawdopodobnie w ogóle, lub w nieznacznym stopniu zmienił ten stan, często zaś dodatkowo go pogorszył. Warto też pamiętać, że jeden z charakterystycznych elementów wiejskich zabudowań stanowiły pomieszczenia gospodarcze, które jeszcze w latach trzydziestych nierzadko oddzielone były od części mieszkalnej jedynie niewielkim przedsionkiem. Bliska obecność zwierząt tym bardziej nie sprzyjała zachowaniu czystości. Jedną z pamiętnikarek, urodzoną w 1931 r. pod Łańcutem pisała: „było nas razem 9 osób. Nie bardzo mogę sobie 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. [...]”<sup>9</sup>.

Stała obecność zwierząt gospodarskich nie była jednak na wsi traktowana w kategoriach zagrażających zdrowiu i warunkom życia. Wiejskie postrzeganie czy też rozumienie pojęć czystości i brudu różniło się bowiem od tych promowanych

---

<sup>6</sup> D. Jarosz, *Obraz chłopów w krajowej publicystyce czasopiśmienniczej 1944–1959*, Warszawa 1994, s. 28–29.

<sup>7</sup> Por. *Pamiętniki lekarzy*, oprac. J. Borkowski, Łódź 2011 (pierwsze wydanie pamiętników pochodzi z 1938 r.); M. Kacprzak, *Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej”. Sprawozdanie i uwagi krytyczne*, Warszawa 1930; B. Tworek, *Kultura zdrowotna ludności wiejskiej w Małopolsce od połowy XIX do końca XX wieku (w świetle literatury pięknej i wspomnieniowej)*, Lublin 2007.

<sup>8</sup> M. Kacprzak, *Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej”...*, s. 42.

<sup>9</sup> *Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej*, t. 1: *Awans pokolenia*, red. J. Chałasiński, Warszawa 1964, s. 184–185.

przez przedwojennych higienistów. Najlepszym tego przykładem była zakrojona na szeroką skalę akcja instalowania na wsiach (ale również w miastach i miasteczkach) słynnych sławojek<sup>10</sup>, które często stawiano, po czym szczelnie zamykano i zabezpieczano na wypadek urzędniczej kontroli<sup>11</sup>. Brak ustępów, podobnie jak źle zabezpieczone studnie, korzystanie z niewielkiej ilości naczyń kuchennych, wielokrotne wykorzystywanie tej samej wody do mycia garnków, ciała i prania<sup>12</sup>, brak mydła, ręczników (wycierano się noszonym przez długi czas ubraniem), oddzielnych łóżek, pożyczanie od sąsiadów przyborów do golenia<sup>13</sup> stwarzały warunki, w których pojawienie się choroby zakaźnej lub pasożytniczej powodowało, że niemal natychmiast rozprzestrzeniały się na całą rodzinę lub sąsiedztwo.

Podejmowane w Drugiej Rzeczypospolitej przez ruch higienistów akcje uświadamiające tylko w nieznacznym stopniu przyczyniały się do poprawy sytuacji. Choć dostrzegano pewne zmiany, to jednak proces przeobrażeń był bardzo powolny<sup>14</sup>. 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. apotropiecznych), 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 wsteczniectwie. Tużpowojenne warunki wiejskiego życia i zwyczaje higieniczne w niewielkim tylko stopniu uległy poprawie. O tym jednak, że wiejska świadomość zdrowotna była już bardziej zróżnicowana świadczy wypowiedź jednego z pamiętnikarzy: „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

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> Zob. np. W.K. Pessel, *Narodziny nowoczesnej higieny publicznej. Perspektywa kulturoznawcza*, w: „Studia Historica Gedanensia”, t. I, 2010, s. 166, M. Kacprzak, *op.cit.*, s. 35.

<sup>12</sup> B. Tworek, *op.cit.*, s. 84.

<sup>13</sup> O zwyczajach takich pisała np. J. Piotrowska w poradniku dla mieszkańców wsi – zob. też, *Choroby skóry na wsi*, Warszawa 1955, s. 41.

<sup>14</sup> 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. Syroka-Płonka, Wrocław 2003, s. 73. Świadomi powolności zmian byli też wiejscy higieniści z okresu dwudziestolecia międzywojennego – por. M. Kacprzak, *op.cit.*

smarknąć, pluć 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. [...]”<sup>15</sup>.

Z braku wystarczających materiałów trudno stwierdzić, jak liczna po wojnie była ludność wiejska cechująca się analogicznym do pamiętnikarza stosunkiem do higieny. Zdaniem najsłynniejszego wiejskiego lekarza lat pięćdziesiątych – dr Aleksandra Bałasa – większą świadomością zdrowotną wykazywali się jedynie najzamożniejsi<sup>16</sup>. Z materiałów Ministerstwa Zdrowia z lat 1945–1960 wyłania się również dość ponury obraz powojennej codzienności polskiej wsi, który odzwierciedlać próbowano m.in. w ówczesnym dokumencie filmowym oraz artykułach prasowych<sup>17</sup>. O fatalnych pod względem higieny ówczesnych warunkach mieszkaniowych pisali też wiejscy lekarze. Około 1947 r. jeden z nich pisał: „Warunki, w jakich odbywały się porody były różne, w zależności od stanu majątkowego i chęci stosowania higieny. Niestety, schludnych izb w tamtych czasach widziałem niewiele [...] w małej ciemnej izbie o malutkim okienku wielkości czapki, o podłodze – klepisku z gliny, na pryczy pokrytej słomą leżała rodząca. O zabraniu 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”<sup>18</sup>.

Informacje o złych warunkach sanitarno bytowych przewijają się przez cały analizowany okres lat pięćdziesiątych. Szczególnie często dotyczyły osiedli zamieszkałych przez pracowników rolnictwa uspołecznionego i upaństwowionego. W ich wypadku uwagę zwracał zwykle brak przestrzegania podstaw higieny w miejscach zbiorowego żywienia, zlewniach mleka, rzeźniach oraz robotniczych barakach i mieszkaniach. W 1952 r. w protokole z kontroli sanitarno-epidemiologicznej przeprowadzonej w województwie rzeszowskim (w państwowych i uspołecznionych zakładach usług, przedszkolach, żłobkach,

<sup>15</sup> *Więść polska 1939–1948: materiały konkursowe*. t. 2, oprac. K. Kersten, T. Szarota, Warszawa 1968, s. 80.

<sup>16</sup> Na przykład *Pamiętniki lekarzy*, red. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1964, s. 811–854. Potwierdzają to też liczne materiały archiwalne z np. województwa lubelskiego/krakowskiego, w których pojawiały się informacje o korzystaniu ze szpitali przede wszystkim przez chłopów zamożnych (kułaków) – zob. np. AAN, MZ GMWP, sygn. 1/25, k. 152, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 10–15, protokoły, załączniki, 1956 r., Niektóre dane o stanie zdrowia ludności i warunkach sanitarno-higienicznych gmin Burzenin, Sędziejowice i Zelechlinek w województwie łódzkim w latach 1953–1955.

<sup>17</sup> Na przykład „Siedliszcze” (1960), reż. K. Gryczelowska; „Skalna ziemia” (1956), reż. W. Borowik.

<sup>18</sup> *Pamiętniki lekarzy*, red. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 818.

szpitalach, stołówkach) podkreślano, że na „specjalną uwagę zasługują zaniedbania stwierdzone w PGR-ach i Spółdzielniach Produkcyjnych”, w których kuchnie, pomieszczenia mieszkalne i magazynowe utrzymywane są w brudzie, oraz gdzie „nie przestrzega się higieny przy dojeniu krów, nie bada personelu przeprowadzającego ubój, zaniedbuje i nie zabezpiecza studzien, gnojowników”<sup>19</sup>. Uwagę zwracał także brak mydła, ręczników oraz brudne ustępy i „przepełnione doły kloaczne, [których] zawartość wylewa się zanieczyszczając okoliczny teren”<sup>20</sup>.

Problem źle funkcjonujących lub brakujących ustępów, tak bardzo zagrażający rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, wskazywany był wielokrotnie i nie dotyczył wyłącznie Państwowych Gospodarstw Rolnych (PGR) i Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych (RSP). Był to także problem gospodarstw indywidualnych i wielu, nie tylko wiejskich szkół, domów dziecka. W 1948 r. pisano: „[W szkołach wiejskich są] ustępy nader prymitywne, nie zabezpieczające przed wpływami atmosferycznymi, szczególnie na wsiach w budynkach wynajętych. Nieprzystosowane do koedukacji. W 180 szkołach na wsi brak zupełnie ustępów. W 471 szkołach niewystarczające, w 485 szkołach wystarczające. Typowym przykładem może być szkoła powszechna nr 2 i 3 w Ełku, gdzie od dwóch miesięcy nie ma czynnych ustępów, około tysiąc dzieci załatwia swe naturalne potrzeby w okolicach szkoły. Inny przykład: ustęp w szkole w Turośni Dolnej, pow. białostockiego jest nieczyszczony od okresu wojny”<sup>21</sup>.

Dom dziecka w Kozłówce (pow. lubartowski): „pokoje duże, zimne, o kamiennej podłodze. W umywalni dzieci myją się w miednicach. Ręczniki brudne, porzucane w nieładzie, szczotek do zębów dzieci nie mają wcale. Ustęp mały o jednym sedesie na podwórku, przepełniony ekskrementami, utrzymany bardzo brudno: na sedesie i podłodze leżą fekalia tak gęsto, że nie można znaleźć miejsca czystego dla postawienia nogi. Nic dziwnego, że dzieci niechętnie wchodzi i używają ustępu, wolą załatwiać swe fizjologiczne czynności na podwórku za domem, toteż na każdym kroku są cuchnące ślady ich pobytu. Na noc dzieciom do sypialni podają wiadra. Wiadra te w ciągu dnia leżą brudne, wysmarowane ekskrementami na podwórku, niby wietrząc się”<sup>22</sup>.

Choć w latach pięćdziesiątych podobne opisy zdarzały się dużo rzadziej, to jednak problem ustępów do końca lat pięćdziesiątych był dość istotny. Kolejnym, bardzo poważnym i przewijającym się stale w latach pięćdziesiątych zagadnieniem był stan wody pitnej. O tym, że był on fatalny nie tylko na wsi informuje

---

<sup>19</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/6, k. 205, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, Protokół nr 42/52 z posiedzenia Kol. Min. Zdrowia w dn. 30 września 1952 r.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

<sup>21</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 51, k. 257, Kontrola organizacji lecznictwa w terenie [1948 r.] – województwo białostockie.

<sup>22</sup> *Ibidem*, k. 189, Kontrola organizacji lecznictwa w terenie [1948 r.], Sprawozdanie z kontroli w woj. lubelskim.

wiele materiałów<sup>23</sup>. Z badań Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi wynika, że do końca lat pięćdziesiątych w wypadku wsi pozostał on w zasadzie nierozwiązany. We wstępie do *Księgi Pamiątkowej Zjazdu Medycyny Wiejskiej w Lublinie*, wydanej w 1964 r. alarmowano, że „na terenie kraju z około 18 149 studzien wiejskich publicznych, mniej więcej 4,5% odpowiada normom higienicznym!”<sup>24</sup>.

W takich warunkach intensywne rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych było bardzo łatwe – dotyczyło to zwłaszcza duru brzuszego i rzekomego, czerwonki, błonicy, a potem również polio oraz różnego rodzaju zatruc pokarmowych, biegunek, chorób jelitowych. Spis najczęstszych jednostek chorobowych uzupełniały jeszcze choroby weneryczne i gruźlica, a także zoonozy (choroby odzwierzęce), spotykane głównie na obszarach wiejskich. W celu minimalizowania zachorowań i kontrolowania lokalnych ognisk i pandemii już od 1944 r. podejmowane były odgórne działania władz państwowych za pośrednictwem specjalnie powoływanych instytucji. Pierwszą z nich był utworzony 20 listopada 1944 r. w Lublinie Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami (NNK), któremu nadano specjalne uprawnienia dotyczące zabezpieczania sanitarno-epidemiologicznego wyzwalanych ziem<sup>25</sup>. Początkowo NNK prowadził pracę za pośrednictwem komisariatów terenowych, które do dyspozycji miały kolumny wojewódzkie i powiatowe – ich zadaniem było wykrywanie chorych i podejrzanych o choroby zakaźne, hospitalizowanie ich oraz, w razie potrzeby, zakładanie prowizorycznych izolatorów. Kolumny, podlegające lekarzom powiatowym i obwodowym pobierały także materiał do badań diagnostycznych i na nosicielstwo oraz próbki wody. Zajmowały się również prowadzeniem niezbędnych szczepień ochronnych oraz dezynfekcją i dezynsekcją<sup>26</sup>. Działalność kolumn w 1945 r. uzupełniały szpitale zakaźne (127), oddziały zakaźne (394) izolatoria (8). Po ostatecznym ukształtowaniu się Ministerstwa Zdrowia w 1947 r. zlikwidowano NNK, wprowadzając nową, rozszerzoną strukturę organizacyjną<sup>27</sup>.

<sup>23</sup> Na przykład AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/13, k. 2–7, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki (1953 r.); *ibidem*, sygn. 1/18, k. 64, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 40–51, protokoły załączniki, 1954 r.

<sup>24</sup> *Księga Pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej w Lublinie. Z okazji X-lecia Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki (1951–1961)*, Warszawa 1964, s. 52.

<sup>25</sup> Do jego zadań należało m.in. organizowanie kolumn przeciwepidemicznych, prowadzenie szczepień ochronnych, organizowanie, przeprowadzanie i nadzorowanie dezynfekcji i dezynsekcji, organizowanie i prowadzenie szpitalnictwa zakaźnego, działalności sanitarno-porządkowej, prowadzenie oświaty zdrowotnej. Zob. E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 194–1950*, Wrocław 2001, s. 33.

<sup>26</sup> *Ibidem*, s. 27, 33.

<sup>27</sup> NNK został rozwiązany w 1947 r. Jego zadania przejął Departament Sanitarno-Epidemiologiczny Ministerstwa Zdrowia. Wojewódzkie nadzwyczajne komisariaty przekształcono w oddziały sanitarno-epidemiologiczne wojewódzkich wydziałów zdrowia (w nich dwa referaty: sanitarny i epidemiczny). Zmieniono zadania podstawowych ogniw, powołując powiatowe kolumny

Działalność terenowych kolumn w latach czterdziestych napotykała wiele przeszkód, z których najpoważniejszą bolączką były braki kadrowe, sprzętowe (niezbędny w terenie środek transportu) i lokalowe<sup>28</sup>. Z brakami pracowników i wykwalifikowanego personelu borykały się również późniejsze jednostki administracji sanitarnej, w tym również powstałe w 1952 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne, przekształcone dwa lata później w Państwowe Inspektoraty Sanitarne (PIS)<sup>29</sup>. Te ostatnie, działając przy jednostkach administracji lokalnej (GRN), miały nadzorować proces odgórnej poprawy stanu sanitarnego wiejskich przestrzeni, dysponując jednocześnie gwarantowanym im w dekrete prawem do sankcji karnych (w tym. m.in. nakładania kar pieniężnych, przymusowego transportowania chorych przy wsparciu milicji, i in.). Podobnie jak w wypadku wcześniejszych kolumn i stacji, nie zawsze jednak programowa działalność inspektoratów przebiegała pomyślnie: „Tutaj była komisja sanitarno-porządkowa, ale rychło zaprzestała swej działalności. 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 sygnąć 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 zrzekł urzędowania«<sup>30</sup>.

Niedobory kadrowe sięgały jednak dalej. Od samego początku odczuwany był również brak specjalistów (lekarzy, dentystów, położnych) i odpowiednich pomieszczeń możliwych do zaadaptowania na rzecz wiejskich ośrodków zdrowia, poradni, izb chorych, itp. To właśnie tym zagadnieniom i problemom najczęściej też poświęcano uwagę, jeśli kwestia leczenia wiejskiego i wiejskich warunków życia pojawiała się podczas posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych. Zgromadzona w Archiwum Akt Nowych dokumentacja do około 1952/1953 r. problemy sanitarno-zdrowotne wsi ujmuje bardzo ogólnikowo. Dopiero początek lat pięćdziesiątych

---

sanitarno-epidemiologiczne. Decyzja ta była wstępem do powołania w 1954 r. Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zob. A. Gładysz, J. Kos, *Założenia organizacyjne zapobiegania, zwalczania i leczenia ostrych chorób zakaźnych na ziemiach polskich w XX wieku*, w: *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, pod red. J. Kostrzewskiego, W. Magdziaka, D. Naruszewicz-Lesiuk, Warszawa 2001, s. 24.

<sup>28</sup> P. Barański, *Walka z chorobami wenerycznymi w Polsce w latach 1948–1949*, w: *Kłopoty z seksem w PRL. Rodzenie nie całkiem po ludzku, aborcja, choroby, odmienności*, pod red. M. Kuli, Warszawa 2012, s. 61–62.

<sup>29</sup> Państwowe Inspektoraty Sanitarne (PIS) powołane zostały dekretem z 14 sierpnia 1954 r. („Dziennik Ustaw” [dalej – Dz.U.] 1954, nr 37, poz. 160); zob. też Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 1954 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania oraz zasad i trybu postępowania państwowych inspektorów sanitarnych (Dz.U. 1954, nr 37, poz. 161): <http://isip.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19540370161>.

<sup>30</sup> „Gromada Rolnik Polski” 1958, nr 31, s. 7.



wprowadza wyraźną zmianę jakościową, co można tłumaczyć z jednej strony powołaniem w 1952 r. wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (dokonujących dokładniejszych rejestracji), a z drugiej rosnącą liczbą wiejskich ośrodków zdrowia. Nie można również zapominać, że w tym czasie w znacznym stopniu udawało się na terenie miast opanować rozprzestrzenianie się durów, czerwonki czy zimnicy (malarii). Pytanie też, o ile istotna mogła być rosnąca z roku na rok skala migracji ze wsi do miast? Pomimo widocznej poprawy w ogólnej sytuacji epidemiologicznej, lata pięćdziesiąte wciąż jednak stanowiły okres nasilonych zachorowań na takie choroby, jak gruźlica, błonica czy polio (choroba Heinego-Medina), a w niektórych rejonach również choroby weneryczne<sup>31</sup> oraz szczególnie częste bo związane w stanem sanitarnym oraz jakością wody i żywności – choroby przewodu pokarmowego. W wypadku wsi dotyczyło to szczególnie rolniczych obszarów o silnej mobilności mieszkańców – a więc głównie PGR. To przede wszystkim im, oraz w mniejszym stopniu – Rolniczym Spółdzielniom Produkcyjnym – najwcześniej poświęcano najwięcej uwagi. W wydanym w 1950 r. okólniku Ministerstwa Zdrowia w sprawie pomocy lekarskiej dla członków spółdzielni rolniczo-produkcyjnych oraz pracowników państwowych gospodarstw rolnych zapewniano im leczenie chorób zakaźnych w całości na koszt Skarbu Państwa oraz pierwszeństwo w „planowaniu działań kolumn ruchomych – dentystycznych, przeciwwenerycznych oraz przy rozbudowie ośrodków zdrowia i izb porodowych”<sup>32</sup>. Wbrew normom deontologicznym zawodów medycznych, już od końca lat czterdziestych opieka lekarska miała się stawać narzędziem polityki kolektywizacyjnej. Wprost pisał o tym w 1953 r. na łamach „Zdrowia Publicznego” M. Heybowicz: „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 znaczenie”<sup>33</sup>.

<sup>31</sup> W początkach lat pięćdziesiątych wskutek działań akcji W liczba zachorowań na choroby weneryczne zdecydowanie zmalała, ale – jak pokazują materiały archiwalne – w niektórych rejonach szczególnie silnych migracji liczba zachorowań na kiłę (a zwłaszcza na rzeżączkę) dość szybko rosła. Niewykluczone, że wzrost zachorowań był też konsekwencją aktywniejszej działalności poradni w wykrywaniu chorób lub prowadzeniu badań. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/21, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 21–30, k. npag. [k. 32] protokoły, załączniki, 1955 r., Działalność służby zdrowia woj. koszalińskiego; por też sytuację odmienną – AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, k. 248, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 12–20, protokoły, załączniki, 1955 r., Stan służby zdrowia woj. Wrocławskiego.

<sup>32</sup> „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia” 1950, nr 4, s. 28.

<sup>33</sup> M. Jarosz, S. Kosiński, *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, w: *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce*, t. 2: *Wieś*, Lublin 1995, s. 169. 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

W okresie intensywnej walki z zagrożeniem epidemiami chorób zakaźnych rolnicy indywidualni i ich rodziny nie byli jednak całkowicie pozbawieni bezpłatnej pomocy – obowiązkowe szczepienia ochronne (ospa, dur brzuszny, BCG) były bezpłatne, podobnie również przymusowa hospitalizacja przypadków chorych (gorączkujących) obciążona była – przynajmniej w teorii – minimalnymi kosztami pokrywanymi przez nieubezpieczonych lub refundowanymi przez samorządy<sup>34</sup>. O tym, że praktyka często jednak rozmięła się z zapisanymi w rozporządzeniach założeniami piszę w kolejnych częściach tekstu.

### Instytucjonalne formy opieki zdrowotnej na wsi

Od samego początku, tj. od 1945 r. lekarze na ogół nie chcieli osiedlać się na wsi, niezależnie od posiadanego przez nią statusu. Jak pokazują sprawozdania tuż po zakończeniu działań wojennych problemem była nie tylko zniszczona infrastruktura lokalowa, brak mieszkań i niezbędnych do pracy w terenie środków lokomocji, ale również „niepewne warunki bezpieczeństwa”<sup>35</sup> oraz niewspółmiernie wysokie ceny na leki, uniemożliwiające zakup ich przez chłopów<sup>36</sup>. Poza znanym na ogół lekarzom problemem wiejskiej świadomości zdrowotnej (opisywanym w ostatniej części), ważną rolę odgrywało też stanowisko lokalnych władz, które bardzo często wykazywały brak zrozumienia dla kwestii lecznictwa wiejskiego. 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”<sup>37</sup>. Trudności wynikające z relacji z władzami lokalnymi opisywane były również w protokołach pokontrolnych z końca lat czterdziestych. W 1948 r. w raporcie z województwa lubelskiego stwierdzano: „lekarze powiatowi są zbyt ściśle

---

medyczną (m.in. w poradniach D), a dzieci rolników do ukończenia 14 roku życia mogły korzystać z bezpłatnych świadczeń opieki lekarskiej, dentystrycznej, pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej. Poza lekami dla niemowląt rolnikom nie przysługiwały jednak ulgi na środki farmaceutyczne, pełnopłatne było też leczenie powyżej 14 roku życia – wyjątkiem było 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*, pod red. J. Indulskiego, Warszawa 1984, s. 316.

<sup>34</sup> Okólnik Min. Zdrowia nr 19/46 z dn. 12 lutego 1946 r. w sprawie przymusowej hospitalizacji i leczenia chorób, „Dziennik Zdrowia. Organ Urzędowy Ministerstwa Zdrowia” 1946, nr 3, s. 1.

<sup>35</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 17, 368/8, k. 3, Protokoły ze zjazdów lekarzy w terenie (1945 r.), Sprawozdanie i wnioski ze zjazdu lekarzy w Gdyni 1945 r.

<sup>36</sup> *Ibidem*.

<sup>37</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 19, s. 7, Zjazd Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia (24 i 25 1945 r.), Protokoły zjazdu.

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<sup>38</sup>. W 1949 r. na terenie województwa 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 ośrodka”<sup>39</sup>.

W świetle analizowanych materiałów nasuwa się przypuszczenie, że nieprzychylnie stanowisko władz administracyjnych – Powiatowych i Gminnych Rad Narodowych, sołtysów – przewijające się w zasadzie przez cały analizowany tu okres (do końca lat pięćdziesiątych) nie wynikało tylko 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. Pod koniec 1953 r. pisano wprost: „brak współpracy na szczeblu powiatowym tłumaczy się tym, że przewodniczący Pow. Rady Narodowej mało interesowali się zagadnieniem służby zdrowia, często to zagadnienie było dla nich nieznanie”<sup>40</sup>.

Ignorowanie spraw sanitarno-zdrowotnych uwidaczniało się bardzo często także w stanowisku kierownictwa i dyrekcji Państwowych Gospodarstw Rolnych, zwykle po macoszemu traktujących nakaz powoływania miejscowych ośrodków zdrowia, pracowniczych łaźni, itp. Świadczą o tym następujące wzmianki w materiałach Ministerstwa Zdrowia:

– województwo rzeszowskie 1952 r.: „Duże trudności w organizowaniu wiejskich ośrodków zdrowia i punktów zdrowia zwłaszcza w PGR są spowodowane tym, że poszczególne zespoły PGR-ów okazują bardzo małe zainteresowanie

---

<sup>38</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 51, k. 150, Kontrola organizacji lecznictwa w terenie (1948 r.), Sprawozdanie z kontroli w woj. lubelskim.

<sup>39</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 56, k. 150, Akcje kontrolne 1949. W latach 1947–1952 istotnym problemem była także dwutorowość finansowania kontrolerów zdrowia, lekarzy i służby sanitarnej. Część personelu opłacana była przez Ministerstwo Zdrowia, a część przez samorządy. Kontrolerzy sanitarni zatrudnieni w ośrodkach zdrowia byli opłacani przez 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 prezydium zlikwidowało dwutorowość „służby państwowej i służby samorządowej”. Wtedy też powołano stacje sanitarno-epidemiologiczne podlegające wydziałom prezydium rady narodowej odpowiedniego szczebla – od czasu ich powołania rejestracja przypadków zachorowań stała się też bardziej dokładna. Zob. *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1960*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964, s. 61, 64–65.

<sup>40</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/13, k. 255, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, Protokół nr 54/53 Kolegium Ministerstwa Zdrowia z dn. 8 grudnia 1953 r.

i nie przydzielają pomieszczeń na zorganizowanie tych placówek. Dowodem tego może być fakt, że na wyznaczone powiatowe konferencje w sprawie ustalenia punktów pielęgniarskich i felczerskich na wsi, tylko w czterech powiatach wzięły udział delegacje poszczególnych zespołów PGR<sup>41</sup>.

– województwo lubelskie 1953 r.: „Dyrekcje zespołów PGR uchylają się w ogóle od współpracy ze zdrowiem. Nie dostarczają lokalów, światła, opału, nie zapewniają przydziału, sprzętu gospodarczego, utrzymania czystości itp. Narada wojewódzka w sprawie pomocy dla wsi nie wywołała zupełnie zainteresowania w resortach rolnych zarówno na szczeblu wojewódzkim jak i powiatowym<sup>42</sup>”.

Przypadające na początek lat pięćdziesiątych nasilenie akcji tworzenia wiejskich ośrodków i izb porodowych przebiegało chaotycznie: „wkrótce po wyzwoleniu nastąpił okres »radosnej twórczości«. Powstawały ośrodki zdrowia za wszelką cenę i gdzie się dało; rosły one jak grzyby po deszczu” – wspominał lubelski lekarz<sup>43</sup>. Co ciekawe, wiele z nich, wbrew ideologicznym założeniom, nie było w pierwszej kolejności tworzone w wsiach upaństwowionych i uspołdzielonych, lecz tam gdzie było to najprostsze. Zaznaczano to m.in. w sprawozdaniu z województwa krakowskiego z 1952 r., podkreślając, że wciąż najbiedniejsze i najbardziej zniszczone wsie pozbawione są ośrodków opieki medycznej: „często, w pierwszym okresie tworzenia placówek służby zdrowia na wsi postawały 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<sup>44</sup>”.

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 lekarzy<sup>45</sup>”.

<sup>41</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/6, k. 202, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, Protokół nr 42/52 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dn. 30 września 1952 r.

<sup>42</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/12, k. 86, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, Protokół nr 40/53 z Kolegium Ministerstwa Zdrowia z dnia 24 września 1953 (dot. stanu zdrowia w woj. lubelskim).

<sup>43</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 844, 846.

<sup>44</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/8, k. 314, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, Ocena osiągnięć i błędów służby zdrowia woj. krakowskiego.

<sup>45</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/14, k. 55, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 1–16, protokoły, załączniki, 1954 r., Sprawozdanie z działalności służby zdrowia woj. olsztyńskiego za rok 1953.

W tym samym czasie w innym województwie (opolskim) zaznaczano, że 90% wszystkich lekarzy zamieszkiwało w miastach i osiedlach fabrycznych, zaledwie 10% rozmieszczonych było na wsiach<sup>46</sup>. W 1958 r. o podobnym zjawisku można było przeczytać w sprawozdaniu w województwa kieleckiego<sup>47</sup>. W województwie białostockim pisano 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 woj. jest 49 ośrodków zdrowia [...]. Prawie do wszystkich ośrodków zdrowia lekarz dojeżdżają”. Nie lepiej było na ziemiach zachodnich – w województwie szczecińskim, czy gdańskim<sup>48</sup>.

Niechęć lekarzy do osiedlania się na wsi wiązała się jednak nie tylko ze wspomnianymi wcześniej problemami lokalowymi, czy administracyjnymi. Przyczyną lęku medyków doskonale ujmował Aleksander Bałasz: „uważałem, że pójście na wieś jest równoznaczne z pogrzebaniem wszelkiej ambicji, możliwości doksztalcenia 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”<sup>49</sup>.

Warto jednak pamiętać, że co najmniej do końca lat pięćdziesiątych niedobór kadry lekarskiej charakterystyczny był również dla wielu miast. Pod koniec lat pięćdziesiątych problem dysproporcji w liczbie lekarzy wiejskich i miejskich zaczynał być coraz bardziej dostrzegalny. W Ministerstwie Zdrowia pojawił się nawet projekt wprowadzenia specjalnych ulg i dodatków dla lekarzy osiedlających się na wsi<sup>50</sup>. Wobec za małej liczby specjalistów w wielu wypadkach wystarczać musiał felczer lub wyłącznie pielęgniarka. Urzędowali oni w powstających punktach felczerskich i pielęgniarskich, do których dojeżdżali na maksymalnie 5 godzin<sup>51</sup>. Tuż po wojnie bardzo często zdarzało się, że felczerzy stanowili jedyną fachową pomoc<sup>52</sup>. Ich uprawnienia zawodowe i kwalifikacje

<sup>46</sup> *Ibidem*, k. 106 [206], Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 1–16, protokoły, załączniki, 1954 r., Sprawozdanie z działalności służby zdrowia województwa opolskiego za rok 1953.

<sup>47</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/36, k. 356, Załącznik do protokołu 24/58 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 25 czerwca 1958 r. w Kielcach.

<sup>48</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/9, k. 70, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, Ocena stanu Służby Zdrowia w woj. białostockim z uwzględnieniem rozwoju służby sanitarno-epidemiologicznej.

<sup>49</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 811.

<sup>50</sup> 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...*, s. 18.

<sup>51</sup> *Organizacja ochrony zdrowia...*, s. 321.

<sup>52</sup> Felczerzy wykonywali swoje praktyki na terenie całego kraju w myśl dekretu z 8 października 1946 r. (Dz.U. 1946, nr 65, poz. 312); por. też. S. Ligarski, *W zwierciadle ogłoszeń drobnych. Życie codzienne na Śląsku w latach 1945–1949*, Wrocław 2007, s. 205–206.

określiła jednak dopiero ustawa z 1950 r.<sup>53</sup> O ile w latach 1945–1948 większość felczerów skupiona była na obszarze miast, o tyle już w latach pięćdziesiątych dominującą ich liczbę odnotowywano na wsiach, przede wszystkim wschodniej Polski. W 1953 r. na terenie województwa białostockiego w 49 ośrodkach zdrowia zatrudnionych było 15 lekarzy i 36 felczerów<sup>54</sup>. W 1958 r. w województwie kieleckim wiejskie lecznictwo otwarte opierało się niemal wyłącznie na pracy felczerów<sup>55</sup>. Sytuacja ta nie byłaby może niepokojąca gdyby nie fakt, że kwalifikacje wielu z nich były niekiedy dyskusyjne. W województwie szczecińskim narzekano m.in. na małą przydatność, a niekiedy wręcz fikcyjność ich pracy<sup>56</sup>. W województwie kieleckim zaś, wielu felczerów – jak podkreślano – pod względem sposobów leczenia upodabniało się do znachorów<sup>57</sup>. Inni pozbawieni formalnie obowiązkowego patronatu wyspecjalizowanych lekarzy „leczyli” dość radykalnie. O problemie tym w 1955 r. mówił m.in. dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-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 puszczonej 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”<sup>58</sup>.

Drugim, w pewnym sensie zastępczym względem instytucji stacjonarnej, środkiem zapewniania opieki medycznej ludności wiejskiej były ruchome

---

<sup>53</sup> Zgodnie z art. 2 ustawy z 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera działalność zawodowa felczera 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.

<sup>54</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/9, k. 70, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, 1953 r., Ocena stanu Służby Zdrowia w woj. białostockim z uwzględnieniem rozwoju służby sanitarno-epidemiologicznej.

<sup>55</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/36, k. 356, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 21–24, protokoły, załączniki, 1958 r., Stan służby zdrowia województwa kieleckiego – referat Ziobrowskiego – dyrektora Wydziału Zdrowia PWRN w Kielcach.

<sup>56</sup> Dr 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”. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/23, k. 70, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 39–43, protokoły załączniki, 1955 r., Protokół z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 25 listopada 1955 r. w Szczecinie.

<sup>57</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/36, k. 272, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 21–24, protokoły, załączniki, 1958 r., Protokół narady aktywu służby Zdrowia w Kielcach w dniu 26 VI 1958 r.

<sup>58</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/24, k. 192, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 1–9, protokoły załączniki, 1956 r., Sprawozdanie z narady aktywu województwa poznańskiego.

ambulanse. Projekt ich utworzenia omawiany były już w 1945 r. podczas Zjazdu Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia. Wówczas to projektowano zorganizowanie około 800 „ambulansów lotnych”, z lekarzem, pielęgniarką i apteczką na pokładzie. Ciężarówka, jak planowano, wyjeżdżać miały z miasta powiatowego w teren, obsługując najbardziej odległe wsie<sup>59</sup>. W praktyce były to najczęściej ambulanse lekarsko-dentystyczne. W 1952 r. w raporcie dotyczącym stanu lecznictwa dentystycznego mówiono o 227 ekipach, udzielających bezpłatnej pomocy lekarsko-dentystycznej dzieciom i ludności wiejskiej ze szczególnym uwzględnieniem pracowników PGR, POM, SOM, ludności wsi biedniackiej i wsi spółdzielczonych<sup>60</sup>. Trudno jednak stwierdzić, jak często pojawiały się one w poszczególnych osadach i czy ideologiczna trójsektorowość wsi znajdowała swoje odbicie w tych wizytach<sup>61</sup>. Pewną wskazówką są dane z województwa bydgoskiego, w którym ambulans ruchomy ogólny, w 1953 r. odbył 602 wyjazdy – w tym do spółdzielni produkcyjnych w mieście – 86, do PGR-ów 219, do wsi nieuspołeczniczonych 87, ponadto do leśniczówek, szkół, obozów – 6, POM-ów – 4<sup>62</sup>. Czy taka częstotliwość wyjazdów charakteryzowała też inne województwa, z braku materiałów trudno dociec. W kontekście działań mających na celu pomoc zdrowotną wsi bardzo ciekawe jest jednak przytaczane przez D. Jarosza, datowane na 1952 r. upomnienie ówczesnego ministra zdrowia Jerzego Sztachelskiego:

„Wreszcie trzeba abyśmy sobie wytknęli [...] »apolityczny« czy »ponadklasowy« stosunek do wsi, polegający na tym, że niektórzy 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 wsi”<sup>63</sup>.

Zmuszeni najczęściej do pełnopłatnego leczenia nieubezpieczeni rolnicy indywidualni, tuż po wojnie liczyć mogli niekiedy jeszcze na działające w ich rejonie spółdzielnie zdrowia. Niektóre z nich, jak ta ze wsi Markowa, powstały jeszcze w latach trzydziestych i przetrwały okres okupacji niemieckiej. Rozwiązane zostały jednak w większości w 1949 r. Ponowna idea ich aktywowania pojawiła

---

<sup>59</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 19, k. 3, Zjazd Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia (24 i 25 1945 r.), Protokoły zjazdu.

<sup>60</sup> AAN, MZ GMWP, sygn. 1/8, k. 212, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, 1952 r., Stan lecznictwa stomatologicznego w 1952 r. osiągnięcia i braki.

<sup>61</sup> W 1950 r. na terenie Polski było 330 powiatów oraz 2994 gmin wiejskich (*Rocznik Statystyczny 1950*, Warszawa 1951, s. 12). 227 ekip nie oznaczało zapewne, że tyle samo było ambulansów.

<sup>62</sup> AAN, MZ GMWP, sygn. 1/15, k. 36, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 17–25, protokoły, załączniki, Ocena stanu służby zdrowia na terenie woj. bydgoskiego ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa otwartego oraz stanu sanitarno-epidemiologicznego 1954.

<sup>63</sup> D. Jarosz, *Obraz chłopa w krajowej publicystyce...*, s. 97.

się w 1955 r.<sup>64</sup>, jednak dopiero przemiany październikowe 1956 r. przyspieszyły decyzje lokalnych działaczy o powoływaniu nowych spółdzielni zdrowia w ich rejonie. Do tworzenia tych instytucji na przełomie 1956 i 1957 r. zachęcały także wydziały zdrowia, upatrujące w nich możliwości przyciągnięcia na wieś wyspecjalizowanej kadry medycznej<sup>65</sup>. Inicjatywa ta nie cieszyła się jednak zbyt dużą popularnością, a tempo tworzenia spółdzielni było stosunkowo małe (w 1960 r. było ich 76<sup>66</sup>). Trudności w pozyskaniu lekarzy oraz funduszy na funkcjonowanie spółdzielni i nieregularne składki członkowskie sprawiały, że organizacje te borykały się często 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 osiedlił się na wsi, nawet tam gdzie jest najbardziej potrzebny, jeśli nie ma ośrodka zdrowia, a chłopci nie godzą się na założenie spółdzielni zdrowia”<sup>67</sup>.

Jak wskazywał główny, przedwojenny inicjator spółdzielni zdrowia w Polsce – Kazimierz Wyszomirski – nierzadko powoływane na fali entuzjazmu spółdzielnie nie wytrzymały próby czasu<sup>68</sup>.

### **„Objąć oświatą sanitarną znacznie szersze masy społeczeństwa”**

Ambulanse, podobnie jak ośrodki zdrowia obok przeprowadzanych badań lekarskich i zabiegów miały być również formą krzewienia oświaty zdrowotnej wśród ludności wiejskiej. Problemy kadrowe tych instytucji oraz częste rezygnacje z pracy lekarzy wiejskich wiązały się nierzadko z trudną do przezwyciężenia mentalnością wiejską i charakterystycznym dla niej podejściem do zdrowia i choroby, wymagającym od lekarza, jak podkreślano, „specjalnego przygotowania” (piszę o nim w tym w dalszej części artykułu). Najczęstsze, i jak podkreślał dr Bałasz najprostsze do wykonania formy oświaty zdrowotnej, tj. broszury, plakaty czy pogadanki w praktyce w niewielkim stopniu spełniały swe funkcje: „Ludzie nie odczuwający potrzeby poznania treści broszur, nie czytali ich w ogóle i przeznaczali na makulaturę, za którą uzyskiwali prawo kupna

---

<sup>64</sup> Od uchwały Rady Centrali Spółdzielni „Samopomoc Chłopska” z 28 czerwca 1955 r., w której zachęcano do tworzenia spółdzielni zdrowia na wsi – por. K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia na wsi*, Warszawa 1961, s. 16–17.

<sup>65</sup> MZ, GMWP, sygn. 1/25, k. 75–76, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 10–15, protokoły, załączniki, 1956 r., Działalność służby zdrowia woj. stalinogrodzkiego.

<sup>66</sup> *Mały Rocznik Statystyczny 1974*, Warszawa 1974, s. 261.

<sup>67</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 845.

<sup>68</sup> K. Wyszomirski, *op.cit.*, s. 6–10.



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<sup>69</sup>.

Zdarzały się, też wcale nie rzadkie zdaniem lekarza, przypadki ludzi, którzy po przeczytaniu dostępnych broszur i plakatów 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”<sup>70</sup>.

Również zdaniem tego samego lekarza, pogadanki i kursy oświaty sanitarnej przynosiły mizerne wyniki<sup>71</sup>. 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 okrucy zapału sanitarnego, nie podniecane przez nikogo nie wystarczą do pokonywania rozlicznych trudności napotykanych przy realizowaniu wskazań sanitarnych”<sup>72</sup>. Takimi trudnościami były choćby braki podstawowych artykułów higienicznych w pobliskich sklepach GS<sup>73</sup>. Michał Ilczyszyn – lekarz wiejskiego Ośrodka Zdrowia Skulsk w powiecie 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.<sup>74</sup>

Najsukuteczniejszą formą agitacyjno-oświatową, zdaniem niektórych działaczy wiejskich, były materiały filmowe. Wspominał o tym m.in. dr A. Bałasz, pisząc: „Największym powodzeniem w krzewieniu oświaty sanitarnej na tych terenach

<sup>69</sup> *Ibidem*, s. 838.

<sup>70</sup> AAN, MZGW, sygn. 55, k. 250, 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.

<sup>71</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 839.

<sup>72</sup> M. Szczawińska, *Jak upowszechnić higienę osobistą na wsi*, w: *Higiena osobista w oświacie sanitarnej*, Warszawa 1958, s. 66.

<sup>73</sup> *Ibidem*.

<sup>74</sup> W braku elektryfikacji upatrywał on przede wszystkim jeden z powodów poszerzającego się alkoholizmu wiejskiego. Zob. AAN, MZGW, sygn. 1/24, k. 197–198, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 1–9, protokoły załączniki, 1956 r., Sprawozdanie z narady aktywu województwa poznańskiego, Załącznik do protokołu nr 5/56 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia, 26 lutego 1956 r.

cieszyły się odpowiednio dobrane filmy dźwiękowe. Niestety te rzadko jednak docierały nawet do Siedliszcza, gdzie stałe kino mogło być skutecznie wykorzystane do tego celu<sup>75</sup>. Siłę oddziaływania audiowizualnego przekazu potwierdzał 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 dentystycznych<sup>76</sup>.”

Czy takie reakcje widowni były częstsze i czy żądania mieszkańców były spełniane, trudno stwierdzić. Niewątpliwie, duże znaczenie dla przebiegu akcji miał indywidualny charakter każdej z osad odwiedzanych przez ekipę filmową. A że nie docierały one wszędzie, podkreślał wcześniej słynny lekarz z Siedliszcz<sup>77</sup>.

W kontekście odgórných działań mających na celu przeobrażenia wiejskiej świadomości zdrowotnej nasuwa się też pytanie, w jakim stopniu dostęp do bezpłatnej opieki medycznej rodzin pracowników PGR, Spółdzielni Produkcyjnych, czy POM ułatwiał powodzenie akcji? Niestety, zgromadzone dotąd materiały nie dają odpowiedzi na to pytanie. Wobec nieszczegółowych danych statystycznych z lat pięćdziesiątych, trudno też jednoznacznie stwierdzić, czy trójsektorowość rolnictwa znajdowała swoje odzwierciedlenie w stanie zdrowia wiejskich mieszkańców lat pięćdziesiątych. Czy w obliczu zdiagnozowanej gruźlicy (wymagającej do 1959 r. od rolników kosztownego leczenia), czy choćby choroby nowotworowej rolnicy indywidualni rozważali akces do masowo i agresywnie tworzonych spółdzielni produkcyjnych lub też wyrażali chęć zatrudnienia w PGR? Na to pytanie również trudno jest odpowiedzieć, choć jak wskazuje jeden z mieszkańców wsi zachodniopomorskiej zdarzały się i takie sytuacje: „on nie był ubezpieczony a zachorował na gruźlicę, nie było się za co wyleczyć, a był tak ciężko chory. [...] żał tego sąsiada, bo to sąsiad, no i żona pożyczyła mu pieniądze [...] a myśmy go przyjęli do spółdzielni<sup>78</sup>.” Czy takie przypadki były jednak częstsze – tego nie udało się jak dotąd ustalić.

<sup>75</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 840.

<sup>76</sup> AAN, MZGW, sygn. 1/31, k. 388, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 37–43, protokoły, załączniki, 1957 r., Analiza działalności służby zdrowia województwa białostockiego.

<sup>77</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 840.

<sup>78</sup> J. R. – miejscowość M. [województwo zachodniopomorskie].

### Stan zdrowia mieszkańców wsi

W statystykach dotyczących zachorowań oraz liczby odnotowanych w latach czterdziestych i pięćdziesiątych zgonów i ich przyczyn, trudno odnaleźć informacje dotyczące ludności wiejskiej. Dane te, podawane przez *Roczniki Statystyczne*, obejmowały przede wszystkim ludność miast<sup>79</sup>.

Przyczyn takiego stanu mogło być wiele – w wiejskich ośrodkach zdrowia oraz nielicznych Spółdzielniach Zdrowia – statystyki na ogół prowadzone były źle, dane z terenu docierały zbyt późno, a często były też niekompletne<sup>80</sup>. Dużo ważniejszą przyczyną był jednak fakt, że na wsi do końca lat pięćdziesiątych w sytuacji śmierci do orzeczenia zgonu rzadko kiedy wzywany był lekarz. A nawet, jeśli przybył, w wypadku gdy denat nie był leczony medycznie, orzeczenie przyczyny zgonu było sprawą skomplikowaną. Jak podkreślał pracujący w pogotowiu województwa łódzkiego (1952–1959) Witold Ziętkiewicz: „to, że o przebiegu choroby opowiada rodzina, nie zawsze dowodzi prawdy. Wiemy, jak często na wsiach dochodzi do porachunków w rodzinie. Jaka gwarancja, że chory nie został otruty? Widzę przecież nieraz, jak nieludzki jest stosunek rodziny do chorych niedołącznych. Z drugiej strony, czy każdy wypadek zgonu chorego poprzednio nie leczonego, kierować należy na medycynę sądową? Na szczęście problemy te są nieczęste. Przeważnie chorzy umierają i do lekarza nikt się nie zgłasza. Sądząc po formularzu karty zgonu, opinię o jego przyczynie wydają jacyś »ogłądacze zwłok«. Kto to jest? Sołtys? Przewodniczący Gromadzkiej Rady Narodowej? Woźny Gromadzkiej Rady Narodowej? Nie wiem. W każdym razie »ogłądacze zwłok« jakoś nie mają tych obiekcji, jakie nasuwałyby się lekarzowi. Pod tym względem administracja nasza jest mało wymagająca”<sup>81</sup>.

W połowie lat pięćdziesiątych 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. ogłądacze zwłok, a aż 30,9%

<sup>79</sup> Por. *Rocznik Statystyczny 1949, 1955, 1974*.

<sup>80</sup> Także w wypadku miast dane o przyczynach zgonów są niezbyt niepewne, np. w 1951 r. aż 67% określono jako „pozostałe” – zob. *Organizacja ochrony zdrowia...*, s. 95. Nasuwa się jednak przypuszczenie, że w dużym stopniu dotyczyło to również statystyk z okresu Drugiej Rzeczypospolitej. Jedną z lekarek z dwudziestolecia międzywojennego pisała: „Spadła kobieta ze strychu – zabiła się na miejscu. Prawdopodobnie złamanie podstawy czaszki. [...] Nie wiem gdzie ją umieścić. [...] Mamy siedemdziesiąt osiem chorób na kartkach statystycznych: choroby serca i naczyń, choroby żołądka, choroby oka. Nic dla niej. Aż wreszcie znalazłam! Choroby narządów ruchu. Umarła, więc się nie rusza, to jasne. Statystyce stało się zadość. Każdy musi gdzieś być wpisany, żeby mógł ktoś napisać poważną pracę na podstawie tej statystyki”. *Pamiętniki lekarzy*, red. J. Borowski, Łódź 2011, s. 71.

<sup>81</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 737.

inne, prawdopodobnie całkowicie przypadkowe osoby<sup>82</sup>. Zważywszy na fakt, że „ogładaczami zwłok” byli „ludzie bez żadnego lub prawie żadnego przygotowania fachowego (ustawowo po kursie 20 godzinnym), przeważnie po kilku zaledwie klasach szkoły podstawowej”<sup>83</sup> oraz jak wynikało z ankiety GUS z 1949 r., orzeczenie śmierci stwierdzały takie osoby, jak urzędnik gminny, ksiądz, grabarz, rodzina zmarłego lub „nikt”, trudno stwierdzić, jaka w rzeczywistości była śmiertelność spowodowana epidemiami chorób zakaźnych, gruźlicą, nowotworami czy też chorobami serca. Otwarte jest też pytanie, z jakich przyczyn na wsi ludzie umierali najczęściej? Fragmentaryczne dane odnajdywane są niekiedy w sprawozdaniach wojewódzkich – o ile one jednak mogą być miarodajne, to również trudno stwierdzić? W takiej sytuacji pozostaje jedynie próba naszkicowania głównych problemów zdrowotnych opartych na dostępnych, choć rozproszonych statystykach wiejskich zachorowań oraz niezwykle cennych dla prowadzonych przeze mnie badań raportach z analiz przeprowadzonych przez Zespół współpracowników epidemiologa Jana Kostrzewskiego czy lubelski Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi.

Szalejące w okresie 1945–1947 epidemie chorób zakaźnych (przede wszystkim czerwonki, duru brzuszego i rzekomego, zimnicy) według J. Kostrzewskiego najsilniej dotykały mieszkańców małych miast, korzystających ze wspólnych i uszkodzonych wodociągów oraz sieci kanalizacyjnej, a także pozostającej jeszcze na ziemiach zachodnich i północnych ludności niemieckiej<sup>84</sup>. Ponieważ najgroźniejsze ówczesne choroby zakaźne roznosiły się głównie za sprawą brudnej wody, żywności, kału i brudnych rąk, zły stan sanitarny na wsiach również sprzyjać powinien ich rozprzestrzenianiu się. Tym, co chroniło od masowych zachorowań była wielość indywidualnych studni wiejskich sprawiająca, że pojawiające się choroby zakaźne najczęściej dotykały rodzin i najbliższego sąsiedztwa. Gorzej było jednak we wsiach skolektywizowanych.

Dane statystyczne przytaczane przez polskiego epidemiologa, oparte na danych szpitalnych i materiałach stacji sanitarno-epidemiologicznych (od 1953/1954 r.), dowodzą, że liczba zachorowań zwykle była podobna zarówno w miastach, jak

---

<sup>82</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/27, s. 359, 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.].

<sup>83</sup> *Ibidem*.

<sup>84</sup> Zła sytuacja ludności niemieckiej spowodowana była również powojennymi napięciami narodowościowymi, o których szerzej pisał m.in. M. Zaremba – zob. tenże, *Wielka Trwoga. Polska 1944–1947. Ludowa reakcja na kryzys*, Kraków 2012. Jak pokazują materiały dotyczące akcji szczepień przeciw jaglicy z 1945 r., „ludności niemieckiej się nie szczepi, gdyż albo nie ma na to środków, albo personel odmawia szczepienia Niemców”. Niewykluczone, że i w tym wypadku miały miejsce podobne sytuacje. Por. AAN, MZ, GMWP, sygn. 19, k. 16, Zjazd Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia (24 i 25 1945 r.), Protokoły zjazdu.

i na wsi, z przewagą ośrodków miejskich<sup>85</sup>. Podobnie jak w wypadku miast również i na wsiach występowało jednak zróżnicowanie regionalne. I tak np. Witold Ziętkiewicz, lekarz z województwa łódzkiego, w latach 1952–1959 nie zetknął się na wsi z chorobami zakaźnymi: „nie licząc łagodnie przebiegającej grypy, odry oraz biegunki latowej niemowląt (bez zgonów) przez okres 7 lat zetknąłem się jedynie z kilkunastoma przypadkami starej gruźlicy, z kilkoma przypadkami nowej gruźlicy i z kilkoma przypadkami żółtaczk. Nigdy nie zetknąłem się z błonicą, kiłą, rzeżączką, dudem”<sup>86</sup>. Trudno powiedzieć, w jakim stopniu było to spowodowane rzeczywistym brakiem występowania ostrych chorób zakaźnych, a w jakim wynikało z niezgłaszania ich do pogotowia przez rolników województwa łódzkiego, oraz czy obserwacje lekarza były zwyczajnie dziełem przypadku.

Z uwagi na charakter wykonywanej pracy i miejsce życia, mieszkańców wsi lat pięćdziesiątych w największym stopniu dotykały choroby pasożytnicze i przenoszone przez zwierzęta, w tym również gruźlica odzwierzęca<sup>87</sup>. Z przeprowadzanych regionalnie badań wynika, że najgorzej sytuacja wyglądała w gospodarstwach kolektywnych, w których poza dużym odsetkiem zwierząt chorych, zoonozom sprzyjał także niski poziom higieny i bardzo złe warunki życia i pracy (m.in. brakowało łaźni, zmiennych ubrań roboczych, brak lekarskich badań kontrolnych, bardzo zły stan wody, ustępów, itp.) a także sprzyjające rozprzestrzenianiu chorób epidemicznych i pasożytniczych zbiorowe żywienie oraz zakwaterowanie. Prowadzone w latach pięćdziesiątych badania parazytologiczne wskazywały m.in. na występujące lokalnie we wsiach społecznych i indywidualnych (np. w województwie lubelskim i szczecińskim) epidemie grzybic. Bardzo ważnym problemem były także w tym czasie tasiemczyce i włośnica<sup>88</sup>. Do 1949 r. zagrożeniem była też wścieklizna zwierząt<sup>89</sup>, jaglica (nieleczona, skutkowała utratą wzroku) i przede wszystkim gościec, czyli reumatoidalne zapalenie stawów. To ostatnie, choć nie należało do grupy chorób zakaźnych, uznawane było obok gruźlicy za jedno z największych zagrożeń (choroba

<sup>85</sup> *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1960...*, s. 274, 277.

<sup>86</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 736.

<sup>87</sup> Jak podaje E. Czarnecki, w kraju przeciętne zarażenie bydła gruźlicą w początkach lat sześćdziesiątych wynosiło 25%, z tego w PGR-ach 40%, w spółdzielniach produkcyjnych 25%, w gospodarstwach chłopskich około 17%. Największe zagrążenie bydła występowało w województwie poznańskim i bydgoskim, najmniejsze w białostockim, lubelskim, rzeszowskim (6–7%). E. Czarnecki, *Choroby odzwierzęce jako zawodowe w środowisku wiejskim*, w: *Księga pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej w Lublinie. Z okazji X-lecia Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki...*, s. 148–149.

<sup>88</sup> J. Umiński, S. Toś-Luty, M. Stroczyńska, *Aktualne choroby pasożytnicze ludności wiejskiej*, w: *Księga pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej w Lublinie. Z okazji X-lecia Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki...*, s. 156.

<sup>89</sup> W 1949 r. zarządzono zostało profilaktyczne szczepienie psów. Od tamtego czasu nie rejestrowano zachorowań, ale z badań Kostrzewskiego wynikało, że były one sporadyczne.

skutkowała ograniczeniem możliwości poruszania, zniszczeniem stawów, chorobą serca, a nawet zanikiem mięśni). W 1949 r. pisano: „Okres okupacji, brak dostatecznego żywienia, ciężka atmosfera moralna odbiła się najmocniej na zdrowiu i rozwoju młodego pokolenia. Nic też dziwnego, że gruźlica zaatakowała prawie 70% dziatwy, krzywica objawiła się w niespotykanym do tej pory nasileniu, ilość zachorowań na gościec, anemię, niedomogę w krążeniu bardzo wzrosła – ale, jak podkreślano – chorobą, którą zaliczyć musimy do klęsk społecznych, jest gościec [...] 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. Choroba ta dotyka najczęściej dzieci będących w złych warunkach mieszkaniowych, ze sfer ubogich, dzieci robotników, chłopów”.

Stan zdrowia najmłodszych mieszkańców wsi w połowie lat pięćdziesiątych rzeczywiście był bardzo zły. Jak pokazywał raport z badań przeprowadzonych w latach 1953–1955 w gminie Zelechlinek w województwie łódzkim<sup>90</sup> u 83% przebadanych dzieci w wieku 0–3 lat stwierdzono krzywicę, a co czwarte z nich chorowało na jej ciężką postać. Co trzecie dziecko w wieku 1–7 lat było zarobaczone (owsica, glista ludzka, tasiemczyce). 94% dzieci do 14 roku życia chorowało na próchnicę zębów, z czego u połowy stwierdzono już występowanie resztek korzeni zębowych i daleko posunięte zniszczenie uzębienia. 10% dzieci posiadało ropne migdały i przewlekłe nieżyty nosa, zaś u 38% stwierdzono „przerośnięty układ chłonny noso-gardzieli”<sup>91</sup>. W tym samym raporcie stwierdzano, że najczęstszymi chorobami, na które zapadały dzieci wiejskie były: odra, koklusz, zapalenie płuc, błonica a także szkarlatyna i świnka. Najczęstszą zaś przyczyną zgonów w gminie Zelechlinek miały być powikłania koklusza, zapalenie płuc, urazy i wypadki oraz błonica. Ta ostatnia zresztą w latach 1950–1955 zbierała w Polsce szczególnie żniwo<sup>92</sup>. Podobne dane dotyczące stanu zdrowia najmłodszych przytaczał D. Jarosz, opierając się na materiałach prasowych<sup>93</sup>. W 1958 r. co jedenaste urodzone na wsi żywe niemowlę umierać miało nie przekroczywszy pierwszego roku życia, w co dwudziestym domu na wsi istniało dla dziecka poważne ryzyko zakażenia gruźliczego (ze strony najstarszych członków rodziny), co dwunastemu dziecku wiejskiemu zagrażała wada serca z choroby reumatycznej (gościca), a co dziesiąty młodociany na wsi wykazywać miał zaś poważny niedorozwój fizyczny<sup>94</sup>. Warto jednak podkreślić, że w tym

<sup>90</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/25, k. 152, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 10–15, protokoły, załączniki, 1956 r., Niektóre dane o stanie zdrowia ludności i warunkach sanitarno-higienicznych gmin Burzenin, Sędziejowice i Zelechlinek w województwie łódzkim w latach 1953–1955.

<sup>91</sup> *Ibidem*, k. 152–164.

<sup>92</sup> Zapadalność na błonicę w Polsce była w tym okresie najwyższa w całej Europie.

<sup>93</sup> D. Jarosz, *Obraz chłopca w krajowej publicystyce...*, s. 165.

<sup>94</sup> *Ibidem*.

samym czasie stan zdrowia dzieci i młodzieży miast również nie był dobry<sup>95</sup>. Przyczynami większości ze stwierdzonych na wsi schorzeń były złe warunki bytowe, brak urozmaiconego pożywienia (niedobory tłuszczów i witamin) oraz niski stan sanitarny mieszkań i higieny osobistej ludności. Z tych samych przyczyn, jak stwierdzano, bardzo zły był również stan zdrowia dorosłych. Dotyczyło to zwłaszcza kobiet – informacje o ich schorzeniach, liczbie poronień i zgonów poporodowych najczęściej pojawiały się też w kontekście funkcjonujących lub tworzonych izb porodowych i poradni K i D oraz zapotrzebowania na pracę położnych w terenie. Choć liczby różniły się w zależności od czasu i regionu, którego dotyczyły, to w istocie wskazywały one na duży problem<sup>96</sup>.

W świetle badań zdrowotnych przeprowadzonych we wspomnianej wcześniej gminie Zelechlinek w 1953 r. 23% ciąż kończyła się zgonem noworodka. Wśród przyczyn ważną rolę odgrywać mogły działania niewykwalifikowanych akuserek wiejskich, czyli tzw. babek oraz choroby weneryczne, z którymi walka na niektórych terenach przebiegała bardzo powoli (dotyczyło to zwłaszcza ziem zachodnich i północnych). W okresie intensywnej akcji W (do końca lat czterdziestych) walkę z epidemią chorób wenerycznych osłabiał opór mieszkańców (zdarzała się konieczność interwencji milicyjnych<sup>97</sup>), a także fakt, że sami lekarze powiatowych przychodni wenerycznych obciążeni dodatkową nierzadko pracą w innych ośrodkach zdrowia nie poświęcali tzw. profilaktyce, diagnozowaniu

---

<sup>95</sup> W 1955 r. analizując zagadnienie opieki lekarsko-higienicznej i higieniczno-sanitarnej w zakładach nauczania i wychowania stwierdzano niekiedy aż 70% zaważenia dzieci (województwo Stalinogród, Koszalin, Kielce), u co 4 dziecka wykrywano wady postawy, u 23% wady wzroku. Bardzo zły był również stan uzębienia – tylko 7% z przebadanych dzieci miało zęby zdrowe, próchnicę stwierdzano u 39% dzieci w wieku 5–11 lat i 13% dzieci w wieku 11–16 lat, w tym 20% z nich posiadało już zęby zgorzelinowe. 30% dzieci było zarobaczonych – w niektórych obszarach, np. w województwie poznańskim liczby te wzrastały do 100%, na terenie Warszawy – do 25%. Na stwierdzonych 100 przypadków gruźlicy otwartej 41 dzieci pochodziło ze środowiska miejskiego, 53 ze środowiska wiejskiego i 6 z domów dziecka – por. AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/20, k. 188–200, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 12–20, protokoły, załączniki, 1955 r., Zagadnienie opieki lekarsko-higienicznej i higieniczno-sanitarnej w zakładach nauczania i wychowania.

<sup>96</sup> Duża liczba sztucznych poronień w latach tużpowojennych notowana była m.in. na Lubelszczyźnie (AAN, MZ, GMWP, sygn. 51, k. 173, Kontrola organizacji lecznictwa w terenie, Sprawozdanie z kontroli – woj. lubelskie), liczba zgonów poporodowych wiązała się także z brakiem położnych oraz zwyczajami wiejskimi. W niektórych regionach Polski, pomoc tzw. babek była powszechna mimo obecności położnych. Na łamach „Służby Zdrowia” w 1951 r. jedna z położnych gminnych 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 – przewlekłe schorzenia położnic i śmiertelność noworodków”. „Służba Zdrowia” 1951, nr 7, s. 3.

<sup>97</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 56, k. 82, Akcje kontrolne (wyrwykowe), 1949 r., Zwalczenie chorób wenerycznych na terenie woj. szczecińskiego.

i leczeniu chorób wenerycznych odpowiednio dużo czasu<sup>98</sup>. W 1949 r. w wielu ośrodkach zdrowia nie wykonywano wciąż badań krwi kobiet ciężarnych na obecność krętka bladego (kiła)<sup>99</sup>, a badania innych osób podejrzanych o nosicielstwo często przeprowadzane były niewłaściwie<sup>100</sup>. W połowie lat pięćdziesiątych badania te były dużo bardziej powszechne (poprawiło się też zaopatrzenie w odpowiedni sprzęt, odczynniki) jednak problem kiły, a zwłaszcza rzeżączki był wciąż obecny. Jak można wnioskować z poradnika dla mieszkańców wsi, „przodowników zdrowia” i innych aktywistów, także kiła wrodzona, przynajmniej na początku lat pięćdziesiątych u dzieci wiejskich nie była zjawiskiem rzadkim, co owocowało kalectwem lub zgonem najmłodszych<sup>101</sup>. Niepełnosprawność ruchową oraz zgony dzieci w latach pięćdziesiątych wywoływała również epidemia polio (choroba Heinego-Medina). Jak pokazują pamiętniki wiejskie, kalectwo dla wielu mieszkańców stanowiło niekiedy gorszą alternatywę niż śmierć:

„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 wyschła. 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”<sup>102</sup>.

Oczywiście w dalszym ciągu, zwłaszcza we wsiach południowej i wschodniej Polski mieszkańcy wsi „chorowali” na „własne” i nierejestrowane przez żadne instytucje medyczne schorzenia, jak: kołtun, przestrach czy „boleśnica”. Ich obecność i niekiedy „epidemiczność” wynikała z charakterystycznego światopoglądu i sytemu przekonań/wierzeń, które zmieniały się bardzo powoli. W codziennych reakcjach i postawach wobec chorób (i chorych) uwiadczał się jednak zmieniający powoli sposób definiowania pojęć zdrowia i choroby.

---

<sup>98</sup> *Ibidem*; por. też P. Barański, *Walka z chorobami wenerycznymi w Polsce w latach 1948–1949*, w: *Kłopoty z seksem w PRL. Rodzenie nie całkiem po ludzku, aborcja, choroby, odmienności*, pod red. M. Kuli, Warszawa 2012, s. 11–99.

<sup>99</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 56, k. 82, Akcje kontrolne (wyrzykowe), 1949 r., Zwalczenie chorób wenerycznych na ternie woj. szczecińskiego.

<sup>100</sup> P. Barański, *op.cit.*

<sup>101</sup> J. Piotrowska, *op.cit.* O problemie chorób wenerycznych na wsi ciekawie pisali również lekarze przedwojenni – por. *Pamiętniki lekarzy*, oprac. J. Borkowski, Łódź 2011.

<sup>102</sup> B. Tryfan, *O równy start*, Warszawa 1974, s. 30.



### Zachowania i postawy w chorobie – czyli praktyka życia codziennego

„Zrobiliśmy szpital na 16 łózek. 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 zapełnił”<sup>103</sup>. W taki sposób Aleksander Bałasz opisywał początki swojej pracy w podlubelskich Siedliszczach w 1953 r. Wiejski lęk przed szpitalem, jako miejscem, z którego się nie powraca, wielokrotnie zaznaczali również wcześniejsi, przedwojenni medycy<sup>104</sup>. Chłop, zwłaszcza nieubezpieczony, na leczenie szpitalne decydował się bowiem w ostateczności – najczęściej, gdy już żadne praktyki magiczne ani leki znachorskie nie pomagały. Nie wynikało to jednak tylko i wyłącznie z zespołu przekonań czy wierzeń. Zarówno przed wojną, jak i po, nieobjętego ubezpieczeniem mieszkańca wsi leczenie szpitalne kosztowało bardzo dużo. Ignacy Solarz – działacz przedwojennego ruchu ludowego, 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”. Po II wojnie światowej takie nastawienie było nadal obecne. Sprzyjały mu zresztą ówczesne ceny leków, brak lekarzy i zdarzające się nieprawidłowości. W 1949 r. w okólniku w sprawie chorych zakaźnie przymusowo hospitalizowanych, którzy w myśl zarządzenia z 1946 r. nie mieli ponosić kosztów leczenia (lub jedynie koszty minimalne) pisano: „jak wynika z wiadomości uzyskanych z terenu rodziny chorych zakaźnie podlegających 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 funduszków na ich wynajęcie”<sup>105</sup>. W tym samym dokumencie wskazywano na praktyki żądania przez personel szpitali od nieubezpieczonych pokrycia pełnych kosztów leczenia, odmawiając na przykład wypisania pacjentów ze szpitala. Również w okresie późniejszym dochodziło do wyraźnych nieprawidłowości: (1954) „Niepokojącym jest fakt, że nakłady finansowe na leczenie na 1 osobodzień w szpitalach w poszczególnych

<sup>103</sup> AAN, MZ. GMWP, sygn. 55, k. 247, Narady aktywu pracowników służby zdrowia w Ministerstwie i terenie, protokoły, stenogramy, korespondencje, 1953 r.

<sup>104</sup> I. Solarz, *Historia powstania Spółdzielni Zdrowia w Markowej*, Warszawa 1937, s. 18, *Pamiętniki lekarzy*, oprac. J. Borkowski, Łódź 2011, s. 67.

<sup>105</sup> *Okólnik w sprawie chorych zakaźnie przymusowo hospitalizowanych*, „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia” 1949, nr 23, s. 157.

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<sup>106</sup>.

Negatywne wyobrażenie o instytucji szpitalnej wzmacniał także sam przymus hospitalizacji oraz – w wypadku dobrowolności – zbyt późne na ogół zgłaszanie się chorego. Dotyczyło to zresztą nie tylko instytucji szpitalnej, ale również kontaktu z najbliższym lekarzem czy choćby felczerem. Jeden z lekarzy wspominał: „Do pokoju wpadł wysoki, potężnie zbudowany chłop z rozwichrzoną czupryną i zaczął lamentować. [...] Panie... żona umiera. Dowiedziałem się później, że chodzi o rodzącą, ze Zbitka. Konie już stały przed szpitalem. [...] wóz zapadał się po osie w lepkiem błocie. Furman poganiał szkapiny, nie szczczędząc batogów, a one szły coraz wolniej. [...] Wysiadłem i pobiegłem co tchu. [...] W rogu pod oknem leżała nieruchomo kobieta, blada, bez tętna. Na łóżku nie było prześcieradła. Leżała na gołej słomie, a pod nią widniały kałuże krwi. Obok kręciła się gromadka dzieci, mało różniących się od siebie wiekiem. [...] Zapytałem z goryczą »Dlaczego tak późno przyjeżdżacie po pomoc?« Uważali, że skoro pięcioro dzieci urodziła bez doktora, to i szóste urodzi. Byli przekonani, że łożysko po córce może odejść samo i za dwa dni...<sup>107</sup>.

Późne zgłaszanie się do lekarza nie zawsze podyktowane było wyłącznie oszczędnością pieniędzy, ale również wynikało z przyczyn bardziej prozaicznych. Jak wskazywał cytowany wcześniej ókólnik z 1949 r. szpitale, podobnie jak co najmniej do końca lat pięćdziesiątych ośrodki zdrowia, oddalone były niekiedy od wiejskiej osady kilka, kilkanaście, a w niektórych wypadkach kilkadziesiąt kilometrów<sup>108</sup>. Dotarcie do instytucji – zważywszy na stan ówczesnych dróg oraz środka transportu, jakimi dysponowali chłopci, wymagało czasu. Wcale nie rzadkie były też wypadki, gdy przewożony wozem chory pacjent nie zdołał przetrwać samej podróży: „[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.

<sup>106</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/17, k. 2, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 17–25, protokoły, załączniki, Protokół nr 34/54 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dniu 29 lipca 1954 r.

<sup>107</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 822. Motyw zbyt późnego przybycia lekarza pojawia się również w filmie „Skalna ziemia” (1956), reż. W. Borowik.

<sup>108</sup> Na przykład S. Kosiński, *Pielęgniarka w wiejskiej służbie zdrowia*, Warszawa 1977, s. 24.

Zawrócono wiec konia i powoli, nie śpiesząc się, późnym wieczorem przywieziono matce trupa”<sup>109</sup>.

Zachowania te z mogą wskazywać na sposób definiowania przez chłopów pojęcia choroby, za którą prawdopodobnie uznawano dopiero bardzo poważną niedyspozycję ciała, uniemożliwiającą samodzielną pracę, poruszanie się, itp. Schorzenia, które powodowały drobne trudności, jak choćby opisywane wcześniej choroby pasożytnicze, łagodnie przebiegająca grypa, pierwsze i na ogół łagodne stadia zapalenia stawów, gruźlicy, grzybic, zakażeń czy też krwotoków itp., pozwalające na pracę, nie były traktowane w kategoriach zagrożenia i na ogół nie poświęcano im zbyt wiele uwagi<sup>110</sup>. Ewentualnie leczono je domowymi sposobami, nie zgłaszając ich ani do lokalnego znachora, ani lekarza. To dopiero uporczywość i narastający ból kierował najczęściej do któregoś z leczących. O tym, że wybór, jeszcze w latach pięćdziesiątych, nie zawsze był łatwy pisał jeden z pamiętnikarzy, również późniejszy medyk: „gdy siostra zachorowała »matka zawyrokowała«, że dziecko jest chore na »przestrach« i trzeba je zawieźć do Serwina. Ojciec – zwolennik rzetelnej wiedzy – zdecydował żeby dziecko zawieźć do prawdziwego lekarza w powiecie. Rodzice pokłócili się siarczyście. Wola matki zawsze była silniejsza...”<sup>111</sup>.

Opisanemu wyżej rozumieniu stanu chorobowego i wiejskich zachowań w chorobie przeczą jednak wspomnienia niektórych przedwojennych i powojennych lekarzy. W latach dwudziestych i trzydziestych z porad i usług lekarza wiejskiego korzystali najczęściej najbogatsi i ubezpieczeni gospodarze<sup>112</sup>. Jak pokazywała choćby Zofia Karasiówna, nie zawsze ich świadomość zdrowotna była wyższa od tej, jaką cechowali się opisywani wcześniej chłopci niemajątni. Fakt opłacania ubezpieczenia zdrowotnego zmieniał jednak dość drastycznie stosunek do lekarzy:

„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”<sup>113</sup>.

„O jedenastej przed południem jest jeszcze około trzydziestu ubezpieczonych. Otrzymuję zawiadomienie, że muszę wyjechać 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

<sup>109</sup> *Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej*, t. 1, s. 240.

<sup>110</sup> Na przykład J. Piotrowska, *op.cit.*

<sup>111</sup> *Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej*, t. 7: *Nowe zawody*, red. J. Chałasiński, Warszawa 1969, s. 138.

<sup>112</sup> I. Jaguś, *Lecznictwo ludowe w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX w.*, Kielce 2002, s. 109. Potwierdzają to także powojenne sprawozdania wojewódzkie.

<sup>113</sup> *Ibidem*, s. 33.

krwotok? – pytam. A no był wczoraj – odpowiada – z nosa się łało. [...] Doktor jest od tego, żeby przyjeżdżał, kiedy się go wzywa, za to pani płacą – słyszę”<sup>114</sup>.

O podobnym zjawisku przeczytać można również w 1960 r. na łamach „Nowej Wsi”:

„Gdy jedzie się do chorego nie ubezpieczonego, wiadomo w 100%, że pomoc Pogotowia jest mu rzeczywiście potrzebna. Z ubezpieczonym nigdy nic nie wiadomo. Niekiedy chodzi o opatrunek lekko skaleczonego palca, a zdarza się, że wzywają nas nawet do... bolącego zęba.

Prędzej się śmierci można doczekać, niż karetki. Co to za »pogotowie«? Niech sobie sprawią szybsze karetki. Ja jestem ubezpieczony i mam prawo wymagać”<sup>115</sup>.

Jak częste w PRL były to zachowania, na tym etapie badań nie udało się ustalić. Zaufanie do lekarza i publicznych instytucji medycznych w latach pięćdziesiątych rzadkie było także wśród pracowników wielu gospodarstwach państwowych czy uspołecznionych, rekrutujących się przeciw z najuboższych najczęściej społeczności wiejskich. Przykładem tego były choćby akcje szczepień ochronnych (przymusowych): „Np. traktorzyści w Machnowie odmówili poddania się szczepieniom przeciwko durowi brzuszemu mówiąc, że wolą zapłacić karę grzywny. Władze administracyjne na szczeblu miejskim i gminnym nie wykazują dostatecznego zainteresowania tym zagadnieniem i nie współpracują ze służbą zdrowia, przez co plany szczepień realizowane są w 75%”<sup>116</sup>.

Duże opory na wsi budziły zwłaszcza szczepienia BCG (przeciw gruźlicy). Niewykluczone jednak, że lęk przed zastrzykiem wynikać mógł co najmniej z dwóch przyczyn. Jedną z nich mogło być wspomniane w badaniach antropologicznych, sięgające dalekiej przeszłości wiejskie przekonanie o szkodliwości zastrzyków<sup>117</sup>, niektórych leków i tzw. proszków aplikowanych przez lekarzy (jeszcze w latach pięćdziesiątych adekwatność przepisywanych przez medyków lekarstw, jak sugeruje bohater filmu dokumentalnego „Skalna ziemia”, konsultowano u lokalnych znachorów)<sup>118</sup>. Drugi powód oporu przed szczepieniem wynikać mógł z bardziej współczesnej wiedzy o powikłaniach poszczepiennych, o czym

<sup>114</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. J. Borkowski, Łódź 2011, s. 23.

<sup>115</sup> „Nowa Wieś” 1960, nr 49, s. 2–3.

<sup>116</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/12, k. 118, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 34–47, protokoły, załączniki, 1953 r., Ocena Służby Zdrowia na terenie woj. lubelskiego. Zarządzenie o przymusowych szczepieniach przeciw durowi brzuszemu osób w wieku od 5–60 lat na terenach corocznie wyznaczanych do szczepień w zależności od sytuacji epidemicznej obowiązywało od 1947 r. – por. *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1960...*, s. 194.

<sup>117</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. J. Borkowski, Łódź 2011, s. 71.

<sup>118</sup> „Skalna ziemia”, reż. W. Borowik (1956). Film zaliczany do tzw. czarnej serii to fabularyzowany dokument o wiejskim lekarzu z Gorców, zmagającym się z ludzką nieufnością i zacofaniem. Film wydany został przez Narodowy Instytut Audiowizualny w ramach serii DVD: Polska Szkoła Dokumentu.

informowały niekiedy materiały prasowe. Potwierdzał to członek Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Międzyrzeczu w 1958 r.: „W akcji szczepień, która przebiega i tak dość trudno stwierdza się, że prasa podaje artykuły o szkodliwości szczepień, które zniechęcają jeszcze bardziej społeczeństwo”<sup>119</sup>.

Choć pisma branżowe nie musiały docierać do ludności wiejskiej, to jednak – jak pokazują choćby badania Dariusza Jarosza i Marii Pasztor – siła plotki była w tym czasie na wsi znacząca<sup>120</sup>. Lęk przed szczepionką BCG nie był zresztą wyjątkowy<sup>121</sup>. O tym, jak często zdarzały się na wsi w latach pięćdziesiątych komplikacje poszczepienne, źródła informują tylko zdawkowo. Niewykluczone, że co jakiś czas mogło dochodzić do takich komplikacji, zważywszy na opisywany sposób organizacji akcji szczepiennych: „Niepowodzenia w pracy szczepiennej na wsi były wywołane brakiem zainteresowania tą sprawą Gromadzkich Rad Narodowych, które nie dostarczały pielęgniarkom jadącym na wieś środków lokomocji, nie zawiadamiały ludności o terminie szczepienia, nie przygotowywały lokalu do szczepień. Zdarzały się wypadki, że pielęgniarka zmuszona była wędrować kilka lub kilkanaście kilometrów piechotą do odległej wsi wraz z całym wyposażeniem do szczepień i kartoteką. Czasem musiała na własną rękę starać się o przygotowanie lokalu, opał, nocleg itp. (np. w woj. kieleckim, łódzkim, gdańskim, olsztyńskim, rzeszowskim, bydgoskim) lub szczepiła część dzieci w domu. To też, aby uniknąć tego w przyszłości, pielęgniarki wołały zwać ludność z odległych wsi do stałych punktów szczepień, czasem z odległości do 15 i więcej km [...]. Zrozumiałym jest, że frekwencja do szczepień z tych miejscowości była bardzo niska”<sup>122</sup>.

Także niesystematyczność w podawaniu surowic mogła mieć znaczenie<sup>123</sup>, tym bardziej że, jak np. w wypadku błonicy, skutecznie przed zachorowaniem zabezpieczało dopiero trzykrotne powtórzenie szczepienia w określonych odstępach czasu. W zachowaniach związanych ze szczepieniami i poradami lekarskimi dostrzec można również ślady wciąż obecnego na wsi powojennej charakterystycznego stosunku do zalecanych przez lekarzy terapii i medykamentów. W przekonaniu chłopów o ich skuteczności świadczyć miało natychmiastowe działanie<sup>124</sup>.

---

<sup>119</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/33, k. 2, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 1–10, protokoły, załączniki, 1958 r.

<sup>120</sup> Por. D. Jarosz, M. Pasztor, *W krzywym zwierciadle: polityka władz komunistycznych w Polsce w świetle plotek i pogłosek z lat 1949–1956*, Warszawa 1995.

<sup>121</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/3, k. 29, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa, protokoły, załączniki, 1951 r., Protokół nr 20/51 z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia, 25 czerwca 1951 r.

<sup>122</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/24, k. 314–315, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 1–9, protokoły załączniki, 1956 r.

<sup>123</sup> *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1960...*, s. 114.

<sup>124</sup> O takim podejściu na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych pisał m.in. jeden z najsłynniejszych przedwojennych lekarzy Marcin Kacprzak: „często zdarza się, że jeśli po przyjęciu lekar-

Wielokrotne ich zażywanie bez widocznej potrzeby (choroby) lub przy braku natychmiastowego efektu budziło opór lub rodziło zjawisko samoleczenia i dowolnego dawkowania przepisanych leków<sup>125</sup>. Brakowi zaufania do medycznych środków sprzyjały trudności w ich dostępie oraz wysokie ceny<sup>126</sup>. Dotyczyło to szczególnie okresu tuż powojennego, gdy „niewspółmiernie wysokie ceny na leki, uniemożliwiały ich zakup przez chłopów”<sup>127</sup>, 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”<sup>128</sup>. 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 darmowo, pobierając przeważnie zapłatę („co łaska”) jedynie za wydawane zioła i „lekarstwa”<sup>129</sup>. Wobec wspomnianej wcześniej, dużej liczby chorób dotyczących powojenne społeczeństwo i problemów w dostępie do lekarza, korzystanie z usług „lokalnych uzdrowicieli” było bardzo rozpowszechnione. W latach pięćdziesiątych walka ze znachorami stanowiła też jedną z częściej pojawiających się informacji w prasie medycznej. Zastanawiano się nie tylko nad tym, jak ich wykryć<sup>130</sup>, ale również jak skutecznie zniechęcić do nich społeczeństwo. W 1951 r. na łamach „Służby Zdrowia” czytamy: „nie tyle ośmieszajmy znachorów, którzy najczęściej są wcale mądrymi (dla dobra swego) ludźmi. ile wyjaśnijmy, na czym polega powodzenie znachorów, ich postępowanie, sposób badania chorych, stawianie diagnozy, a wreszcie przepisywanie leków. Zrozumienie

---

stwa chory natychmiast nie czuje ulgi w cierpieniu, powiadają, że lekarstwo było złe i rodzina albo lekarstwo wprost wyrzuca i leczy po swojemu, albo posyła po innego lekarza”. Zob. tenże, *op.cit.*, s. 9–10. Takie postawy potwierdzają również badania prowadzone w latach sześćdziesiątych na wsi lubelskiej przez Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi – zob. S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa–Łódź 1987.

<sup>125</sup> O samoleczeniu mieszkańców wsi lubelskiej chorych na chorobę wrzodową w latach 1951–1960, wybiórczym stosowaniu przepisanych leków pisali m.in. T. Jacyna-Onyszkiewicz, A. Panecka, A. Józwiakowski, *Choroba wrzodowa u rolników w świetle badań własnych*, w: *Księga pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej w Lublinie. Z okazji X-lecia Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki...*, s. 185.

<sup>126</sup> Por. S. Ligarski, *op.cit.*, s. 215.

<sup>127</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 17, 368/8, k. 3, Protokoły ze zjazdów lekarzy w terenie (1945 r.).

<sup>128</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/18, k. 57, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 40–51, protokoły, załączniki, 1954 r.

<sup>129</sup> S. Kosiński, S. Tokarski, *op.cit.*, s. 15.

<sup>130</sup> Tajne ankiety, donosy?

tych spraw na pewno nie jednego wyprowadzi z fatalnego błędu polegającego na przypisywaniu znachorom darów nadprzyrodzonych, specjalnych zdolności oraz jasnowidzenia [...] krótko wyjaśniamy chorem, czego żądamy od przepisanego leku i pouczamy, jakie mogą zjawić się powikłania w ciągu choroby, a także jakie uboczne działania może wywołać przywołany lek”<sup>131</sup>.

Pomimo wydawanych Gminnym Radom Narodowym zarządzeń o obowiązkowym zgłaszaniu każdego przypadku działalności „babeł” lub „znachorów” sytuacja wciąż była trudna do opanowania<sup>132</sup>. 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”<sup>133</sup>.

Poza aspektem finansowym, zaufanie mieszkańców wsi do znachorów wiązało się także z charakterystycznymi metodami stosowanymi przez nich podczas „terapii” oraz słownikiem znanych na wsi od dawna „jednostek chorobowych”. Zdarzali się jednak i lekarze, którzy dostrzegając przyczyny znachorskiej popularności sami podejmowali się na półlegalnej praktyki leczniczej: „Zupełnie inaczej podszedł do ludzi dr Trześniewski. Osiadł w najdalszej wiosce między Lipniakami a Szczuchniami i zaczął udawać znachora. 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 żagle”<sup>134</sup>.

Problem „epidemii znachorów” był jednak jeszcze bardziej skomplikowany, gdyż, jak zaznaczano: „wielu z nich prowadzi »praktykę« po kryjomu, a ci z nich,

<sup>131</sup> „Służba Zdrowia” 1952, nr 1, s. 1.

<sup>132</sup> „Służba Zdrowia” 1951, nr 9, s. 4.

<sup>133</sup> AAN, MZ, GMWP, sygn. 55, k. 251–252, Narady aktywu pracowników służby zdrowia w Ministerstwie i terenie, protokoły, stenogramy, korespondencje, 1953 r.

<sup>134</sup> *Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej*, t. 7, s. 144.

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«<sup>135</sup>.

Aresztowania, grzywny i procesy sądowe oskarżanych o nielegalny proceder i nierzadko spowodowanie śmierci – w latach pięćdziesiątych pojawiały się bardzo często. Pozew zwykle wnoszony był przez innych lekarzy. Co ciekawe, pomimo zgonu lub okaleczenia pacjenta, jego rodzina rzadko żywiła urazę lub pretensje do wiejskiego uzdrowiacza. Z niemałym zdziwieniem pisał o tym wielokrotnie już przywoływany dr Bałasz: „chłopi godzili się z losem i każdy nieszczęśliwy przypadek przyjmowali jako nieuniknione przeznaczenie, dopust Boży lub kare za grzechy. Nigdy nie przypisywali winy babkom i niefachowej pomocy”<sup>136</sup>.

Mimo podejmowanej odgórnie akcji zwalczania nielegalnego lecznictwa do końca omawianego okresu wezwania do okołoporodowych zakażeń i komplikacji stanowiły jedną z najczęstszych interwencji w ramach wiejskiego „ostrego dyżuru”. Kolejną były urazy i rany mnożące się zwłaszcza po odpustowych i weselnych zabawach. W latach pięćdziesiątych coraz częściej uzupełniały je także skutki motoryzacji i mechanizacji rolnictwa.

### Uwagi końcowe

Aleksander Bałasz – najbardziej znany i aktywny w latach pięćdziesiątych lekarz wiejski, drugą połowę tej dekady, pod względem świadomości zdrowotnej społeczeństwa wsi, określił mianem „świata kontrastów”. Był to – jego zdaniem – czas, w którym za sprawą wprowadzanej na wieś mechanizacji i elektryfikacji oraz rugowanego analfabetyzmu, a także powstających fabryk i zakładów przemysłowych (gwarantujących ubezpieczenie zdrowotne) rozpoczynał się proces długotrwałych przeobrażeń, wpływających także na wzrost higieny, w najodleglejszych nawet zakątkach wiejskich<sup>137</sup>. W świetle przeanalizowanych materiałów trudno jeszcze jednoznacznie potwierdzić jego opinie, tym bardziej że – jak dowodzą źródła – do końca lat pięćdziesiątych wiejska infrastruktura medyczna wciąż była nie do końca ukształtowana. Widoczne były jednak silne zróżnicowania regionalne (wojewódzkie, powiatowe, a nawet gminne), uzależnione z jednej strony od sprawności organizacyjnej administracji państwowej (sanitarnej), z drugiej zaś – od odmienności mentalnych i kulturowych (pochodzeniowych) oraz społeczno-zawodowych poszczególnych wsi (PGR, RSP). Choć do końca lat pięćdziesiątych sytuacja sanitarna i zdrowotna ludności wiejskiej

<sup>135</sup> „Służba Zdrowia”, R. 4, 1952, nr 10, s. 2.

<sup>136</sup> *Pamiętniki lekarzy*, oprac. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 821.

<sup>137</sup> *Ibidem*, s. 840.



przedstawiała się raczej fatalnie, to jednak z braku dokładnych danych trudno też stwierdzić, jak bardzo pod względem stanu zdrowia odróżniała się ona od pozostałej części społeczeństwa polskiego. Akcja W i przymusowe szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, choć wiązały się z wieloma trudnościami, to jednak stopniowo przynosiły pozytywne rezultaty. Także objęcie bezpłatną opieką medyczną ciężarnych kobiet i małych dzieci, owocowało wyraźnie obserwowaną około przełomu lat 1955 i 1956 zmniejszającą się śmiertelnością niemowląt wiejskich<sup>138</sup>, zaś rozciągnięcie w 1959 r. na rolników indywidualnych prawa do bezpłatnego leczenia gruźlicy również sprzyjało poprawie sytuacji. Oczywiście zmiany przebiegały z różną intensywnością w różnych regionach, jednak były zauważalne. Zdecydowana różnica dostrzegana była natomiast w stanie świadomości zdrowotnej ludności wiejskiej, u której lęk przed hospitalizacją i leczeniem zamkniętym czy też szczepieniami i medycznymi terapiami wynikał z charakterystycznego i wciąż w wielu wsiach silnego zespołu wierzeń i przekonań, utrwalanych przez kontakt z dominującą w omawianym czasie niewykwalifikowaną (znachorzy) lub słabo wykwalifikowaną (felczerzy) „kadrą leczniczą”. Przymusowe leczenie i praktyki kolumn do walki z epidemiami oraz późniejszych inspektoratów sanitarnych (nakładanie grzywn, transportowanie do szpitali przy udziale milicji, oznaczanie specjalnymi napisami domostw „zakażonych” chorobami epidemicznymi, przeprowadzana dezynfekcja mieszkań, a w wypadku większych ognisk epidemicznych – wydawanie zakazów zgromadzeń – zamykanie szkół, kościołów) w okresie intensywnej kolektywizacji także oddziaływać mogło negatywnie. Nie można oczywiście bagatelizować też aspektu ekonomicznego oraz komunikacyjnego, który w wypadku członków rodzin rolników indywidualnych do 1972 r. odgrywał rolę szczególnie istotną (pełnopłatne ceny leków, problemy z dostępnością, itp.).

**Cultural history of health and illness in the polish countryside in 1945–1960  
(Abstract)**

The article attempts to outline the main problems of medical care and health consciousness of the inhabitants of the countryside in post-war Poland (till 1960). When analysing the state system of health care reconstructed after the war on the local level and its main difficulties, I point out sanitary conditions and the most important epidemic threats of the first fifteen years after the war. Realising main postulations of the history of health and illness (called also social history of medicine) developed on the basis of the Western European humanities, the author attempts to answer the question about the place of health problems of rural population within the national health policy and how the postulated changes were implemented. On the basis of narrative sources and archival material, the article presents predominant health behaviours of the post-war country inhabitants,

---

<sup>138</sup> J. Kostrzewski, *Zdrowie ludności Polski w świetle danych o chorobach i zgonach*, Warszawa 1977, s. 44.

emphasising the clearly visible in the analysed time friction between practices and customs of folk medicine and academic medicine increasingly present in the country (through such institutions as health centres, consulting rooms, nursing stations, dispensaries, delivery rooms, visiting dental ambulances). The article, apart from describing the living conditions and state of health of rural population, analyses their everyday relations with representatives of the health care system as well as their attitudes towards the most frequent diseases and health risks in the analysed period.