

DAWNA MEDYCYNA I WETERYNARIA

Środowisko a człowiek

Praca zbiorowa pod redakcją:

Mariusza Z. Felsmanna
Józefa Szarka
Mirosławy Felsmann



Chełmno 2013

Recenzenci:

Prof. dr hab. Andrzej Felchner
Prof. dr hab. Józef Szarek
Dr hab. Walentyna Korpalska
Dr hab. Marek Zieliński, prof. nadzw.

Projekt okładki:

Mariusz Z. Felsmann
Józef Szarek

Skład i łamanie:

Mariusz Z. Felsmann
Józef Szarek

ISBN 83-919037-3-7

Wydawca: Muzeum Ziemi Chełmińskiej w Chełmnie

***Monografia dofinansowana przez
Starostwo Powiatowe w Chełmnie***

Spis treści

Wstęp	7
ZMIANA OBUWIA NA PRZESTRZENI WIEKÓW JAKO JEDEN Z CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA PALUCHA KOŚŁAWEGO.....9 <i>Krzysztof Bryłka, Paweł Kołodziejcki, Łukasz Czarnocki, Katarzyna Bażant, Paulina Marzec</i>	
HISTORIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I OPIEKUŃCZEJ SIÓSTR ZAKONNYCH W JABŁONKOWIE (JABLUNKOVĚ).....33 <i>Martina Cichá</i>	
PRZEMIANY W ŚRODOWISKU A STAN ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA PO 1945 R. NA PRZYKŁADZIE PIOTRKOWA TRYBUNALSKIEGO 53 <i>Andrzej Felchner</i>	
„DIE AERZTIN IM HAUSE VON DR. MED. JENNY SPRINGER. PRAKT. AERZTIN” - WIEDZA O ZDROWIU POŻĄDANA NIE TYLKO W ŚRODOWISKU DOMOWYCH.....73 <i>Mirosława Felsmann, Mariusz Felsmann, Paulina Turkiewicz</i>	
AKTUALNOŚĆ KANONÓW PIELEGNIARSTWA FLORENCE NIGHTINGALE. DOM I SZPITAL - ŚRODOWISKO ŻYCIA CZŁOWIEKA WCZORAJ I DZISIAJ.....109 <i>Mirosława Felsmann, Alicja Knysak, Agata Kosobucka, Paulina Turkiewicz</i>	
WIELOWIEKOWA ZAGADKA DŻUMY.....133 <i>Karolina Gizelbach-Żochowska, Blanka Hermann, Jacek Gulczyński, Ewa Iżycka-Świeszewska</i>	
ANDREAS VESALIUS - WPŁYW ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO NA JEGO ŻYCIE.....151 <i>Jacek Gulczyński, Karolina Gizelbach-Żochowska, Blanka Hermann, Ewa Iżycka- Świeszewska</i>	
PRZEKRÓJ DZIAŁAŃ NA RZECZ ROZWOJU ONKOLOGII – PRZESZŁOŚĆ I TERAŻNIEJSZOŚĆ.....167 <i>Aleksandra Harat, Maciej Harat, Dorota Rogala, Żaneta Skinder, Oliwia Beck</i>	
UZNAWIE CZYNNIKÓW ŚRODOWISKOWYCH JAKO DETERMINANT ZDROWIA I CHOROBY.....183 <i>Aleksandra Harat, Dorota Rogala, Oliwia Beck, Żaneta Skinder, Maciej Harat</i>	

CZY HISTORYCZNE KONCEPCJE LECZENIA PALUCHA KOŚŁAWEGO SĄ AKTUALNE DO DZIŚ?.....	199
Paweł Kołodziejski, Krzysztof Bryłka, Paulina Marzec, Katarzyna Bażant, Łukasz Czarnocki	
KLIMAT I KRAJOBRAZ. TRADYCJE LECZENIA UZDROWISKOWEGO W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM (na przełomie XIX i XX wieku).....	217
Walentyna Krystyna Korpalska	
PRACUJESZ PO TO ŻEBY ŻYĆ, ALE ŻYĆ ZDROWO.....	237
Agata Kosobucka, Mirosława Felsmann	
SZKOŁA ŚRODOWISKIEM PROMUJĄCYM ZDROWIE W OKRESIE TRANSFORMACJI USTROJOWEJ, PO 1998 ROKU	263
Joanna Majchrzyk-Mikuła	
WYKORZYSTANIE NATURALNYCH SUROWCÓW ROŚLINNYCH W LECZENIU I PROFILAKTYCE W DAWNYCH WIEKACH.....	283
Mirosław Mariusz Michalski	
ZOOTERAPIA JAKO METODA WSPOMAGAJĄCA EFEKTYWNOŚĆ LECZENIA I REHABILITACJI W MEDYCYNIE KONWENCJONALNEJ.....	299
Dorota Rogala, Żaneta Skinder, Aleksandra Harat	
EWOLUCJA WIZERUNKU I POSTAW WOBEC LUDZI W PODESZŁYM WIEKU W STAROŻYTNOŚCI. ASPEKTY HISTORYCZNE I WYCHOWAWCZE.....	331
Żaneta Skinder, Dorota Rogala, Aleksandra Harat	
WÓZEK INWALIDZKI W LOKOMOCJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO.....	365
Anna Srokowska, Grzegorz Srokowski, Andrzej Lewandowski, Justyna Stępkowska, Jan Remplewicz, Tomasz Kowalik	
SPORT SZERMIERCZY W REHABILITACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ.....	391
Anna Srokowska, Grzegorz Srokowski, Andrzej Lewandowski, Mirosława Śmiglewska, Jan Remplewicz, Jadwiga Sarwińska	
ŚRODOWISKO NIEMIECKICH APTEKARZY NA KUJAWACH I POMORZU GDAŃSKIM W LATACH 1939 – 1945.....	417
Wojciech Ślusarczyk	
W POGONI ZA RACJONALNYM JĄDREM. REFLEKSJE NAD POCZĄTKAMI POLSKICH BADAŃ ETNOMEDYCZNYCH (1800-1939).....	451
Lilianna Wdowiak	

»ABY PIJAKOWI WÓDKĘ OBRZYDZIĆ...« - MEDYCYNĄ LUDOWĄ A PIJAŃSTWO NA ZIEMIACH POLSKICH W XIX I XX STULECIU.....	485
<i>Lilianna Wdowiak</i>	
PIORUNOWE STRZAŁKI, GRZMOTY I GROMY W MEDYCYNIE LUDOWEJ NA ZIEMIACH POLSKICH W OKRESIE ZABORÓW	519
<i>Lilianna Wdowiak, Paweł Wysokiński</i>	
Spis autorów	547

Wstęp

„Hominibus natura prodesse iubet”

Sama natura każe ludziom być użytecznymi

Seneka

Człowiek pojawił się na planecie Ziemia w wyniku ewolucji. Przodkowie człowieka wyrosli i rozwinęli się w środowisku umożliwiającym powstanie i rozwój życia.

Przedstawiciele *Homo sapiens* na początku swojego istnienia żyli wykorzystując możliwości otaczającego świata. Z czasem człowiek zaczął przekształcać ekosystemy swego otoczenia. Dzisiaj natomiast środowisko ulega globalnym zmianom. Żyjemy w czasach wielopłaszczyznowych zależności, krzyżujących się wpływów wielu czynników determinujących nasze życie.

Zdrowie i życie poszczególnych ludzi zależne jest dzisiaj od zmian warunków środowiskowych w odległych rejonach świata. Jednocześnie działalność każdego z nas wpływa na kształtowanie się warunków życia na krańcach świata

W zamyśle pomysłodawców niniejszej monografii jest przybliżenie zależności człowieka od szeroko pojętego środowiska, w aspekcie historycznym.

Mariusz Z. Felsmann i Józef Szarek

ZMIANA OBUWIA NA PRZESTRZENI WIEKÓW JAKO JEDEN Z CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA PALUCHA KOŚŁAWEGO

Krzysztof Bryłka^{*}, Paweł Kołodziejcki^{*,**},
Łukasz Czarnocki^{**},
Katarzyna Bażant^{*,**}, Paulina Marzec^{*}

^{*}Poradnia Chorób Stopy, Warszawa
^{**}Klinika Ortopedii i Rehabilitacji,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
k.brylka@poradniastopy.pl

Paluch koślawy (hallux valgus)

Stopa to niezwykle ważny anatomiczno-funkcjonalny element ciała człowieka, który zapewnia mu sprawne poruszanie się. Dzięki skomplikowanym właściwościom biomechanicznym przenosi ona obciążania ciała i pozwala na sprawny dwunożny chód po różnych powierzchniach. Silny aparat złożony z więzadeł, torebek stawowych i mięśni utrzymuje charakterystyczny wysklepiony kształt stopy, a paluch stanowi jeden z głównych punktów podparcia.

Termin „paluch koślawy” został wprowadzony w 1870 roku przez Carla Hueter’a (18). Paluch koślawy (*pot. halluks, bunion*) jest złożoną, z reguły dynamiczną deformacją przodostopia. Choć w początkowej fazie może występować jako zmiana izolowana, w późniejszych stadiach na ogół jest powiązana z innymi zaburzenia-

mi w obrębie przodostopia a czasami również tylostopia. Jest to najczęściej występująca deformacja przodostopia (90%) (11, 9). Obraz choroby charakteryzuje się szpotawym ustawieniem I kości śródstopia w stosunku do pozostałych kości śródstopia oraz koślawym odchyleniem palucha. Dochodzi również do podwichnięcia w stawie śródstopno-trzeszczkowym gdyż trzeszczki pozostają na swoim miejscu przytrzymywane przez więzadło poprzeczne śródstopne a głowa I kości śródstopia przemieszcza się przyśrodkowo. Obserwujemy również pronację palucha.

Paluch koślawy stanowi niejednokrotnie poważny problem zdrowotny, zwłaszcza wśród kobiet. Deformacja ta jest źródłem bólu w obrębie stopy, utrudnia sprawne poruszanie się, dobór obuwia oraz stanowi defekt kosmetyczny. Deformacja doprowadza do tworzenia się zgrubienia (*bunion*) po stronie przyśrodkowej w okolicy głowy I kości śródstopia. Często dochodzi też do zapalenia kaletki I stawu śródstopno-paliczkowego (MTP). Chorzy z paluchem koślawym najczęściej zgłaszają ból okolicy wyniosłości przyśrodkowej. Powstaje ona na skutek stopniowego odsłaniania powierzchni stawowej I kości śródstopia w miarę koślawienia palucha. Przyczyną bólu tej okolicy jest drażnienie przez ucisk i ocieranie przez obuwie gałązek nerwów skórnych. Często dochodzi do zapalenia kaletki tej okolicy (*bunionitis*), czego efektem jest tkliwość i obrzęk.

Koślawość z czasem narasta wskutek zaburzenia równowagi mięśniowej, dochodzi do przykurczu mięśnia przywodziciela palucha oraz osłabienia funkcji mięśnia odwodziciela palucha. Ściągnę mię-

śnia prostownika długiego palucha ulega przemieszczeniu względem osi stawu i jego funkcja również pogłębia deformację (27, 28). Paluch koślawy rzadko jest wadą izolowaną. I kość śródstopia odchyła się nie tylko szpotawo, ale również grzbietowo. Konsekwencją tego jest obniżenie łuku poprzecznego stopy i powstanie płaskostopia poprzecznego. Przemieszczenie I kości śródstopia doprowadza również do zaburzenia czynności rozciągna podeszwowego a poprzez to do obniżenia łuku podłużnego stopy (8). Funkcja palucha jako punktu podparcia ulega ograniczeniu na rzecz pozostałych promieni stopy. Dochodzi do przeciążenia II-IV stawu MTP (staw śródstopno-palcowy) i rozwoju metatarsalgii tzn. bólu występującego przy obciążaniu stopy, zlokalizowanego pod głowami kości śródstopia, a częstym objawem jest pojawienie się skórno-mięśniowego modzela po podeszwowej stronie przodostopia. Wskutek przeciążenia stawów MTP II-IV oraz bezpośredniego napięcia palucha na pozostałe palce często dochodzi do młotkowatej deformacji tych palców – zwykle drugiego i trzeciego. Z upływem czasu może dojść do skrzyżowania II palca z paluchem z powstaniem tzw. deformacji cross-over. Mogą również pojawić się dolegliwości w obrębie aparatu trzeszczkowego. Wraz z postępem palucha koślawego dochodzi do powstawania zmian zwyrodnieniowych w obrębie stawu MTP I które mogą być dodatkowym źródłem bólu.

W celu określenia stopnia zaawansowania deformacji stawu śródstopno-paliczkowego dokonuje się pomiarów kąta palucha koślawego oraz kąta międzyśródstopnego (rozwarcia) pomiędzy I a II kością śródstopia na radiogramach stopy w obciążeniu w projekcji AP.

Prawidłowy kąt dla palca I (HVA) wynosi poniżej 15°, zaś norma dla kąta międzyśródstopnego (IMA) wynosi poniżej 9° (5, 16). Na zdjęciach Rtg ocenia się także położenie trzeszczek, kształt i zmiany zwyrodnieniowe stawu MTP I, długość pozostałych kości śródstopia, podwichnięcie oraz deformacje palców II-V oraz odchylenia koślawe stawu międzypaliczkowego palucha. Nie istnieje jednolita klasyfikacja stopnia zniekształcenia palucha koślawego, dlatego najczęściej wyróżnia się 3 typy deformacji w zależności od stopnia zaawansowania.

Stopień zaawansowania koślawego palucha	
Zniekształcenie łagodne	kąt HVA < 30 kąt IMA < 13
Zniekształcenie umiarkowane	kąt HVA 30-40 kąt IMA 13-20
Zniekształcenie znaczne	kąt HVA > 40 kąt IMA > 20

Czynniki predysponujące do wystąpienia palucha koślawego

Brakuje badań szacujących częstość występowania palucha koślawego w populacji Polski. Wyniki badań statystycznych wykonanych w innych krajach wśród rasy białej znacznie różnią się od siebie. Podawane liczby wahają się o od 2-4% (31) do nawet 10% (10) czy 15%. (15) Częściej dotyczy ona populacji kobiet – około 90% przypad-

ków. Etiologia palucha koślawego nie jest jednorodna i wśród czynników związanych z jego rozwojem należy wymienić zarówno predyspozycje genetyczne jak i inne przyczyny (9, 11, 15).

Występowanie palucha koślawego często ma związek rodzinny, a wskaźnik dziedziczenia od strony matki wynosi 72% (7). Deformacja ta może pojawić się już u dzieci, jednak częściej spotyka się ją u nastolatek w wieku dojrzewania. Johnston (20) w swojej pracy sugeruje istnienie dziedziczenia autosomalnego dominującego z niecałkowitą penetracją.

Na rozwój palucha koślawego mają także wpływ stosunki długości palców stopy. Wyróżnia się 3 zasadnicze typy stopy: egipską (w której paluch jest najdłuższym palcem), kwadratową (palec I i II o równej długości) oraz grecką (II palec jest najdłuższy). Największą skłonność do koślawienia palucha występuje w stopie egipskiej, gdyż zbyt długi paluch nie mieszcząc się w obuwiu zachodzi na pozostałe palce.

Inną przyczyną o wrodzonym charakterze może być hypermobilność I promienia. Pojęcie to zostało po raz pierwszy wprowadzone przez Mortona w 1928 roku (30). Dotyczy ona głównie stawu klinowato-śródstopnego I. Istnieje jednak również koncepcja, że hypermobilność I promienia nie jest przyczyną, lecz skutkiem palucha koślawego wskutek utraty napięcia rozciągniętego podszewowego (8).

Hypermobilność I promienia a co za tym idzie skłonność do wystąpienia palucha koślawego może być powiązana z uogólnioną wiotkością stawową, ona zaś może wynikać z wrodzonych nieprawidłowo-

ści budowy torebek stawowych i więzadeł np. w zespole Marfana lub Ehlers-Danlosa.

Kolejną przyczyną może być płaskostopie podłużne lub przykurcz ścięgna piętowego wskutek zmiany biomechaniki stopy. Koślawość palucha może być skutkiem zmian zapalnych w obrębie narządu ruchu np. w reumatoidalnym zapaleniu stawów czy w dnie moczanej. Rzadziej występującymi przyczynami jest wycięcie trzeszczki bocznej lub amputacja II palca.

Jednym z najczęściej podawanych czynników jest noszenie nieprawidłowego obuwia tzn. na wysokim obcasie i z wąskimi noskami. Chodzenie w tak niewłaściwie skonstruowanym obuwiu powoduje przeciążenie i poszerzenie przodostopia, czego następstwem jest obniżenie łuku poprzecznego stopy. Z kolei wąski kształt noska butów bezpośrednio powoduje spychanie palucha do boku. Wysokie obuwie negatywnie wpływa na pierwszy promień stopy, dochodzi do zgięcia grzbietowego i inwersji I stawu śródstopno-paliczkowego oraz podwichnięcia głowy I kości śródstopia względem trzeszczek. Mają być one poza wrodzoną większą wiotkością stawową przyczyną tak znacznej przewagi kobiet w grupie dotkniętej chorobą. Wielu badaczy nie podtrzymuje tej tezy twierdząc, że wielu pacjentów z paluchem koślawym nigdy nie nosiło takich butów i odwrotnie u wielu osób noszących często buty na wysokim obcasie nie doszło do powstania deformacji (6).

Historia obuwia

Prawdopodobnie od początku istnienia gatunku homo sapiens człowiek próbował chronić stopy przed skaleczeniem, chłodem i wilgocią. Antropolodzy na podstawie badań kości stóp wysnuli przypuszczenia, że już 30000 lat temu człowiek używał jakiegoś rodzaju ochrony stóp. Skalne rysunki odkryte w Hiszpanii pokazujące ochronne okrycie stóp są datowane na 15000 lat temu. Sławny „Oetzie” – Człowiek Lodu znaleziony w Alpach, miał na sobie nieprzemakalne buty wykonane z jeleniej skóry na niedźwiedziej podeszwie. Dla komfortu w buty wkładał słomę z traw. Jego szczątki są datowane na około 3300 r. p.n.e.

W swojej pierwotnej formie but składał się z prostego kawałka splecionych traw lub niegarbowanej skóry przywiązanej do stopy. Łodygi papirusu i odpowiednio preparowane liście palmowe były typowym surowcem stosowanym do produkcji sandałów w starożytnym Egipcie. Surowce roślinne były przygotowywane do wyplatania sandałów przez kolejne moczenia i suszenia. W starożytnej Grecji istniała długa tradycja wyrabiania sandałów. W V w. p.n.e. zamiast pętli ze skóry służącej do mocowania sandała, wprowadzono wygodniejszą ażurową wycinankę wykonaną ze skóry. Chłopi greccy chodzili w prostym obuwiu wykonanym z kawałka skóry krowiej uformowanej na mokro. Produkcja sandałów ma też ogromną tradycję w krajach Dalekiego Wschodu. W Japonii sandały były najczęściej stosowanym obuwiem aż do lat 60-70 tych XX wieku. W Babilonie około 1600 roku p.n.e. noszono mokasyny. W tym też czasie zostały wprowadzone bu-

ty o ciężkich podeszwach i rzemieniach oplatających łydki. Takich butów przez wiele wieków używali rzymscy legionieści.

Klimat śródziemnomorski był gorący i pozwalał na popularność prostego, odkrytego obuwia. Inaczej rzecz się miała w północnej Europie. Z racji chłodniejszego i wilgotniejszego klimatu noszono tutaj buty zakryte, z wyprawionej skóry pokrytej sierścią. Były one dłuższe, sięgające połowy łydki. W cieplejszych okresach roku również stosowano sandały, a wśród biedniejszej części społeczeństwa popularne były chodaki.

W średniowiecznej Europie poza zwykłym płytkim obuwiem noszonym na co dzień dużą popularnością cieszyły się buty z przesadnie wydłużonymi czubkami tzw. „poulain” lub zwane ciżemkami. Pierwsze wzmianki o takim obuwiu pochodzą z Anglii z roku 1100. W kolejnych latach buty te były piętnowane przez duchowieństwo jako przejaw próżności i pychy. Szeroką popularność zdobyły sobie w drugiej połowie XIV wieku. Z czasem czuby były coraz dłuższe aż do absurdalnych rozmiarów. W końcu określono prawnie maksymalną długość szpiców. Ludzie z gminu mogli mieć buty z maksymalną długością szpica na 6 cali zaś szlachta nawet na 24 cale. Buty te były wąskie i z punktu widzenia naszych rozważań nefizjologiczne i mogące powodować koślawienie palucha.

Po przemianach mody na ciżemki mężczyźni zaczęli używać butów szerokich tzw. kaczyczych dziobów. W tym czasie (XIV w) modne również zaczęło być nakładanie na buty specjalnych nakładek – kołturnów. Ich wysokość sięgała nawet 30 cm. W XVI wieku rozpoczęła

się również historia butów na obcasie. W tym czasie do obuwia dorobiono specjalne słupki mające służyć lepszemu utrzymaniu stopy w strzemionach. Z początku przeznaczone było ono dla mężczyzn. Pierwszą kobietą, która rozslawiła obcasy wśród kobiet była Katarzyna Medycejska. Chcąc zrobić wrażenie na królu Francji, Henryku II, w 1533 roku założyła na bal pantofle z wysokim obcasem wzbudzając ogólny podziw. Osobą, która spopularyzowała buty na obcasie był paradoksalnie mężczyzna – Ludwik XIV, który ze względu na niski wzrost nosił taki typ obuwia. Aby wyglądać bardziej wytwornie kazał obcasy obszywać czerwonym materiałem, co było następnie naśladowane przez cały dwór. W XVIII wieku stosowane obuwie to wśród chłopstwa głównie drewniaki, czasami ze skórzaną wkładką dla poprawienia komfortu. Wśród szlachcianek królowały wtedy tzw. mules – buty bez napiętków na wysokich obcasach. Panowie w tym czasie nosili buty o formie trzewika dochodzącego do kostki z nieco wydłużonym przodem, ściętym na końcu prawie prostokątnie. Po Wielkiej Rewolucji Francuskiej w 1792 roku obcasy zostały znacznie obniżone. Drogocenne jedwabie na grzbietowej części buta były coraz częściej zastępowane skórą.

W I połowie XX wieku w modzie damskiej ponownie zaczęły być popularne wyższe obcasy oraz węższe czuby. W latach 50-tych XX wieku we Włoszech oraz Francji powstały pierwsze tzw. szpilki – buty na bardzo wysokich i wąskich obcasach a noski tych butów zostały znacznie zwężone dla dodatkowego podkreślenia smukłości i elegancji (1, 14, 25, 34).

Wpływ obuwia na powstawanie palucha koślawego

Chociaż pierwsze wzmianki o paluchu koślawym sięgają starożytności to jednak większa uwaga na tą chorobę została zwrócona dopiero w XIX wieku. Nie ma żadnych danych historycznych dotyczących częstości występowania palucha koślawego w wiekach poprzednich.

Światło na tę kwestię rzuciły badania antropologiczne szczątków kostnych. S.A. Mays w 2005 roku opublikował wyniki swoich badań przeprowadzonych na szkieletach ludzkich z wykopalisk w Ipswich, w Anglii (29). Wykopaliska dotyczyły dwóch odrębnych lokalizacji ze szczątkami pochodzącymi z dwóch różnych okresów – grupa I obejmowała materiał z wczesnego średniowiecza (IX-XI w.), grupa II materiał z późnego średniowiecza (XIII-XVI w.). Materiał datowany z wcześniejszego okresu obejmował ogólny przekrój lokalnej ludności. Materiał datowany na okres późniejszy obejmował głównie klasę wyższą okolicznej ludności. W materiale kostnym oceniano ślady wskazujące na boczne podwichnięcie paliczka proksymalnego palucha, boczne odchylenie powierzchni stawowej I kości śródstopia, ślady wskazujące na obecność podwichnięcia trzeszczek (zmiany zwyrodnieniowe na powierzchni trzeszczek), zmiany na przyśrodkowej części głowy I kości śródstopia. Do celów badania zostały zakwalifikowane szczątki osób dorosłych, zostały również określone płeć oraz przybliżony wiek w momencie śmierci.

Materiał z wcześniejszego okresu objął szczątki 49 osób (21 kobiet, 21 mężczyzn oraz 5 o niezidentyfikowanej płci). Materiał za-

kwalifikowany do badania z okresu późniejszego objął 192 szkieletów (58 kobiet, 125 mężczyzn i 9 o niezidentyfikowanej płci). W obrębie materiału z okresu wcześniejszego żadne szczątki nie wykazały zmian wskazujących na obecność palucha koślawego. W materiale z okresu późniejszego w 14 szkieletach znaleziono cechy deformacji – 5 wykazały zmiany dwustronne, 7 przypadków obejmowały zmiany tylko w jednej kończynie, w 2 przypadkach nie dało się określić tej cechy z powodu niekompletnego szkieletu. Daje to częstość występowania deformacji na poziomie około 7% w populacji osób dorosłych.

Autor zauważa, że wyniki pracy potwierdzają wpływ obuwia na powstawanie deformacji. Obuwie z Anglii z okresu obejmującego X-XI wiek było z reguły o szerokim, zaokrąglonym przodostopiu, niewpływającym na ustawienie palców. W późniejszym okresie modne stały się ciżemki o wąskich, bardzo długich noskach. Dodatkowo w odnalezionym obuwiu datowanym na od XII wieku wzwyż, zdarzają się okazy z wybrzuszeniami w okolicy głowy I kości śródstopia, charakterystyczne dla butów noszonych przez osoby z obecnością palucha koślawego. S.A. Mays zwraca również uwagę na jednakowy rozkład ze względu na płeć, co różni się w rażącym stopniu od tego występującego w obecnym społeczeństwie. Według autora przeczy to tezie o wrodzonych skłonnościach kobiet do wystąpienia deformacji a udowadnia zasadniczy wpływ noszonego obuwia.

Podobna praca została opublikowana przez Bertranda Mafarta w 2007 roku (26). Autor przebadiał 605 pierwszych kości śródstopia pochodzących ze szczątków wykopanych z cmentarza w miejscowo-

ści Digne, w południowej Francji. Materiał został podzielony na dwie grupy – wcześniejsza z XI-XIII wieku (208 kości) oraz późniejsza z XVI-XVII wieku (280 kości). Metody użyte do określenia występowania palucha koślawego były podobne do opisanych w poprzedniej pracy.

W materiale z wcześniejszego okresu 15% kości wykazało cechy obecności palucha koślawego, u mężczyzn odsetek wyniósł 14,9%, u kobiet 16,2%. Materiał z późniejszego okresu wykazał częstość występowania deformacji w 28% szczątków, u mężczyzn aż w 40% przypadków, u kobiet w 20%. Autor zwraca uwagę, że w okresie od XVI do XVII wieku buty typu ciżemki nie były już używane, jednak w tym okresie nastąpił znamieny wzrost występowania deformacji, szczególnie u mężczyzn. Mafart wiąże to z używaniem w tym okresie przez mężczyzn specyficznych butów do jazdy konnej. Były to buty o dość wysokim obcasie, dość wąskich noskach, co miało ułatwiać wkładanie stóp w strzemiona. Ponieważ buty te posiadały wysokie, obcisłe cholewy i były dosyć trudne do zakładania i zdejmowania, często chodzono w nich cały dzień.

Dodatkowo w pracy wykazano ścisły związek rozwoju deformacji z wiekiem w momencie śmierci – żadne szczątki ocenione na śmierć przed 30 rokiem życia nie wykazują istnienia palucha koślawego, chociaż uważam, że należy raczej łączyć to z powolnym rozwojem zmian kostnych ocenianych w pracy. Budzi również wątpliwość wysoki odsetek obecności palucha koślawego wśród zbadanych szczątków

męskich, 40% wydaje się być mało prawdopodobne, co może wynikać z niedoskonałości metod wykorzystanych do badania.

Dobrym źródłem wiedzy na temat wpływu obuwia na powstawanie palucha koślawego są badania przeprowadzone w społecznościach chodzących boso. N.A. Barnicot i R.H. Hardy (3) w latach 50-tych XX wieku przeprowadzili badanie wśród mieszkańców Nigerii. Kąt koślawości palucha określali na podstawie odcisku stopy wykonanym na pedobarografie Scholla. Większość przebadanej populacji Nigerii należała do plemienia Yoruba i zamieszkiwała okolice Lagos. Większość z nich nigdy nie nosiła butów, wyjątkiem była grupa żołnierzy noszących wojskowe obuwie oraz grupa 53 uczennic noszących lekkie, skórzane sandały. Grupę kontrolną stanowiła grupa 134 Europejczyków w wieku do 29 lat, bez cech palucha koślawego. Średni kąt koślawości palucha wśród mężczyzn Europejczyków wyniósł $6,9^{\circ}$, zaś wśród Nigeryjczyków $1,88^{\circ}$. Różnica koślawości wśród kobiet była jeszcze większa, u Europejerek wyniósł $11,0^{\circ}$, natomiast u Nigeryjek $0,24^{\circ}$. Dodatkowo u Nigeryjczyków wykazano brak wzrostu koślawości palucha wraz z wiekiem, co jest charakterystyczne dla populacji noszących obuwie. Wykazano również dość częste występowanie palucha szpotawego u mieszkańców Nigerii, co jest praktycznie niespotykane wśród Europejczyków. Wśród 3% Nigeryjczyków nigdy niechodzących w butach stwierdzili obecność nadmiernej koślawości palucha, co potwierdza przypuszczenia o wieloczynnikowej etiologii deformacji. Na uwagę zasługuje również występowanie znamienne

większego kąta koślawości palucha wśród Europejsek niż u Europejczyków. Wśród mieszkańców Nigerii nie wykazano takiej zależności.

Podobne badanie było przeprowadzone na wyspie Św. Heleny przez I.B. Shine'a (32) w latach 1960-1962. W tych latach populacja wyspy wynosiła 4642 osoby i składała się z potomków osadników z Europy, chińskich robotników i niewolników z Afryki. Autor przebadał 3515 osób, z których 54% nie używało w ogóle obuwia lub jedynie bardzo sporadycznie. Obuwie noszone przez pozostałą część mieszkańców było głównie z płaską podeszwą, o szerokim zaokrąglonym czubie. Damskie buty z wyższym obcasem i zwężonym przodostopiu dopiero wchodziły do użytku. Autor zauważył liniowy wzrost występowania deformacji wraz z czasem używania obuwia. Badanie wykazało boczną dewiację palucha powyżej 15° u 2% mieszkańców chodzących boso oraz u 16% mężczyzn i 48% kobiet noszących obuwie dłużej niż 60 lat. Badanie zaprzeczyło wzrostowi koślawości palucha wraz z wiekiem u kobiet nienoszących butów, u kobiet czwartej dekadzie życia wynosił on 1° , zaś w piątej dekadzie $1,2^\circ$. Podobnie jak w poprzedniej pracy 2% populacji nieużywających obuwia wykazywało obecność deformacji.

Z kolei obserwacje Sim-Fook'a i Hodgson'a (33) z 1958 roku przeprowadzone na chińskiej populacji wykazały, że deformacja pod postacią palucha koślawego występuje ponad 15 razy częściej u osób noszących obuwie (33%) w porównaniu z ludźmi chodzącymi boso (1,9%). Badania Kato i Watanabe (22) wykazały, że w populacji Japończyków problem palucha koślawego praktycznie nie istniał do

momentu wprowadzenia na ich rynek w latach 70. XX wieku zachodniego obuwia, które wyparło tradycyjne chodaki (*geta* oraz *zori*). Jeszcze do czasów II wojny światowej niemal wszyscy mieszkańcy Japonii, Chin czy Korei nosili obuwie wykonane z naturalnych materiałów (drewna i słomy), w których przodostopie nie ulegało przeciążeniom ani uciskowi. Rozwój snych i eleganckich butów na obcasie, zaś klasie robotniczej ciężkie i niewygodne obuwie ochronne.

Dane o bardzo rzadkim występowaniu choroby wśród ludów nieużywających obuwia były podane w licznych innych opracowaniach: Engle i Morton (1931) (13) – Kongo, James (1939 rok) (19) – wyspy Salomona, Kalcev (1963) (21) - Madagaskar, Hoffmann (17) – Filipiny. Autorzy tych prac zauważają, że osobnicy tych społeczności dotknięci deformacją zazwyczaj nie uskarżają się na żadne dolegliwości.

Oczywiście powstaje pytanie na ile wyniki tych badań można przenosić na populację Europejczyków. Odpowiedź nie jest łatwa ze względu na niemożność znalezicywilizacyjny i technologiczny wymusił na kobietach noszenie nowoczeenia w Europie populacji w ogóle nieużywających obuwia. Jedną z nielicznych prac jest badanie Emslie (12) z 1939 roku wykonane wśród małych (1-3 lat) londyńskich dzieci, w której wykazał bardziej koślawe ustawienie paliczka dystalnego palucha w grupie dzieci używających butów. Wyniki tej pracy są jednak dość wątpliwe ze względu na bardzo młody wiek badanych dzieci. Dużo bardziej przekonująca jest prospektywna praca Barnett'a z 1962 roku (2). Badane osoby podzielił na 2 grupy, w grupie A znalazło się

9 osób (7 kobiet i 2 mężczyzn) w wieku 21-37 lat, w grupie B 8 osób (6 kobiet i 2 mężczyzn) w wieku 20-37 lat. Osoby z grupy A w przedziale czasowym 2-3,5 roku nosiły specjalnie zaprojektowane obuwie z bardzo szerokim przodostopiem oraz niewielkim obcasem. Osoby z grupy B używały normalnego obuwia w przedziale czasowym 2,25-2,5 roku. U wszystkich biorących udział w badaniu zbadano kąt koślawości palucha na początku i pod koniec czasu trwania eksperymentu. W grupie B u wszystkich poza jednym mężczyzną doszło do zwiększenia koślawości palucha w obu stopach. W grupie A 7 stóp wykazało zwiększenie kąta koślawości palucha, lecz w pozostałych 11 stopach kąt ten zmniejszył się – największa zmiana wyniosła aż 10°. Praca wykazała, że wbrew powszechnej opinii możliwe jest samoistne zmniejszenie koślawości palucha. Autor eksperymentu wiąże tą poprawę z pobudzeniem czynności mięśnia odwodziciela palucha.

Również inni autorzy podobnych eksperymentów podają redukcję koślawości palucha w wyniku zastosowania specjalnego obuwia z szerokimi czubami (4, 23, 24).

Wnioski

Jak wspomniałem w części dotyczącej historii obuwia, na początku lat 50-tych XX wieku zaczęły być modne buty na bardzo wysokim obcasie tzw. szpilki. Pierwsze prace naukowe dotyczące statystyki występowania palucha koślawego w krajach Europy pochodzą z lat 60 i 70. Stąd w naszej świadomości deformacja typu paluch koślawy jest zjawiskiem nowym i dotyczącym naszej cywilizacji. Powszechnie

uważamy obuwie jako jeden z podstawowych czynników wpływających na powstawanie deformacji, ale rozumiemy przez to tzw. szpilki czyli buty na bardzo wysokim obcasie i bardzo zwężonym przodostopiu. Często w praktyce chirurga stopy słyszymy od naszych pacjentek „panie doktorze, ale przecież ja nigdy nie chodziłam w szpilkach”. Powszeczność takich opinii potwierdzona jest również w pracach naukowych, np. Coughlin i Jones (6) podają, że zaledwie 35% operowanych przez nich pacjentów (USA) wiąże obecność deformacji z typem noszonego przez nich obuwia.

Dopiero ostatnie badania paleoantropologiczne udowodniły, że w niektórych kręgach ludności paluch koślawy był często spotykany już w średniowieczu. Badania te wykazują również związek występowania schorzenia z obowiązującą modą na obuwie. Należy zaznaczyć, że w tym okresie stosowane obcasy były niskie w naszym rozumieniu. Musimy zwrócić większą uwagę na postępujące zwężanie czubów. Dodatkowo nasze zdumienie budzi brak specjalnych różnic pod względem występowania deformacji zależnie od płci. Przeczy to opiniom o wrodzonych skłonnościach występujących u kobiet.

Z tymi badaniami korelują wyniki badań ludów nieużywających obuwia –deformacja typu paluch koślawy jest tam spotykana rzadko – na poziomie 2-3%. Są to przypuszczalnie przypadki z innych przyczynami wystąpienia choroby – skłonnościami genetycznymi, wiotkością stawową i innymi. Często natomiast widziana jest tam obecność szpotawości palucha. Jest to praktycznie niespotykane zjawisko w naszym społeczeństwie, jedyną taką sytuację stanowią powikłania po opera-

cyjach palucha koślawego oraz stopy małych dzieci. Wydaje się, że noszone od dzieciństwa przez nas obuwie zapobiega powstawaniu szpotawości palucha, jednocześnie zwiększając skłonność do jego koślawienia.

Na poniższych fotografiach ze zbiorów własnych przedstawione są prześwietlenia rentgenowskie całkowicie zdrowej stopy, boso oraz w 4 różnych typach obuwia.



Ryc. 1. Typy obuwia zastosowane w pracy.



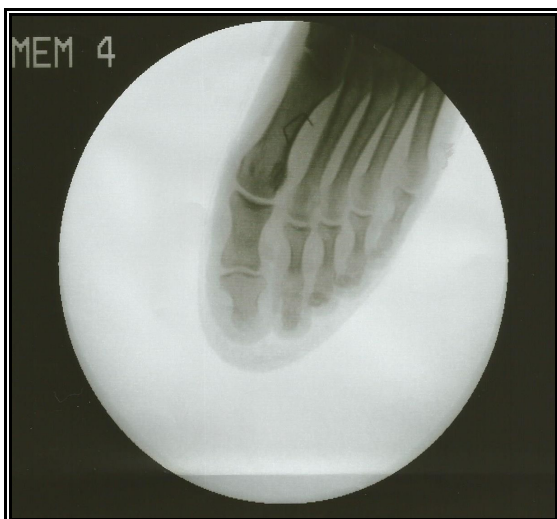
Ryc. 2. Rtg stopy bosy – kąt HV 12°.



Ryc. 3. Rtg stopy w klapku – kąt HV 12°.



Ryc. 4. Rtg stopy w bucie sportowym – kąt HV 16°.



Ryc. 5. Rtg stopy w półbucie – kąt HV 19°.



Ryc. 6. Rtg stopy w tzw. szpilce – kąt HV 25°.

Na przedstawionych prześwietleniach widać, że tylko szeroki kłapek nie powoduje spychania palucha do boku. Jest on najbardziej zbliżonym typem obuwia do tego stosowanego w starożytności. Następne zdjęcie przedstawia stopę w bucie typu sportowego, czyli w obuwiu powszechnie uważanym jako zdrowe dla stopy. Na kolejnych zdjęciach widzimy stopę w kolejnych butach z coraz bardziej zwężającym się czubem.

Według mnie, prawie każdy typ obuwia używany przez nas powoduje spychanie palucha do boku. U osób predysponowanych może to prowadzić do powstawania deformacji stopy o typie paluch kośła-

wy. Być może znaczna przewaga występowania schorzenia u kobiet wynika między innymi z używania obuwia o bardziej zwężonych czubkach, niekoniecznie chodzenia w butach na wysokim obcasie. Ponieważ niemożliwy jest powrót do powszechnego używania obuwia typu drewniak czy sandał, nie należy się spodziewać zmniejszenia częstości występowania tej deformacji w przyszłości.

Streszczenie

W trakcie życia stopa może ulegać zniekształceniom, a przyczyn należy poszukiwać w różnych czynnikach. Jednym z nich jest nieprawidłowe obuwie. Ostatnie badania wykazały, że paluch koślawy nie jest zjawiskiem nowym, a jego powstawanie można wiązać ze zmianami stosowanego obuwia w historii.

Piśmiennictwo

1. *Akiko Fukai*: Moda. Historia mody od XVIII do XX wieku. Włochy. Taschen. 2002.
2. *Barnett C.H.*: The normal orientation of the human hallux and the effect of footwear. J. Anat. Lond. 1962; 96,4: 489-494.
3. *Barnicot N.A., Hardy R.H.*: The position of the hallux in west Africans. 1955.
4. *Burry H.S.*: Effect of shoes on hallux valgus: a significant case study. 1957.
5. *Coughlin M., Saltzman C.L., Nunley J.A.*: Angular measurements in the evaluation of hallux valgus deformities. Foot Ankle Int 2002; 23:68-74.
6. *Coughlin M.J., Jones C.P.*: Hallux valgus: Demographics, radiographic assessment and clinical outcomes. A prospective study. Meeting of American Orthopaedic Foot and Ankle Society. 2005.
7. *Coughlin M.J., Roger A.*: Juvenile hallux valgus: Etiology and treatment. Foot Ankle Int 1996; 16:682-697.
8. *Coughlin M., Jones C.P., Viladot R.*: Hallux valgus and first ray mobility. A cadaveric study. Foot and Ankle Society. July 2005.
9. *Coughlin M., Mann R., Saltzman Ch.*: Surgery of the Foot and Ankle. 8. ed. Mosby Elsevier 2007, chapter 6.
10. *Craigmile D.A.*: Results of a surgery of children's feet in the borough of Baling. Med Officer 1950; 83:229.

11. *Di Giovanni C.W, Greisberg J.*: Stopa i staw skokowo-goleniowy: Core Knowledge In Orthopaedics, wyd. I, Elsevier Urban&Partner. Wrocław 2010.
12. *Emslie M.*: Lancet 2, 1939.
13. *Engle E.T., Morton D.J.*: Notes on foot disorders among natives of the Belgian Congo. J Bone Joint Surg 1931; 13.
14. *Boucher F.*: Historia mody. Dzieje ubiorów od czasów prehistorycznych do końca XX wieku. Arkady. Warszawa 2003.
15. *Gould N., Schneider W., Ashikaka T.*: Epidemiological surgery of foot problems in the continental United States 1978-1979. Foot Ankle. 1980.
16. *Hardy R.H., Clapham J.C.*: Observations on hallux valgus based on a controlled series. J Bone Joint Surg Br 1951; 33:376-391.
17. *Hoffman P.*: Conclusion drawn from a comparative study of the feet of bare-footed and shoe-wearing peoples. Amer J Orthop Surg 1905; 3.
18. *Hueter C.*: Klinik der Gelenkkrankheiten mit Einschluss der Orthopadie. Leipzig Germany. Vogel. 1870-1871.
19. *James C.*: Footprints and feet of natives of Solomon Islands. Lancet 1939.
20. *Johnston O.*: Further studies of the inheritance of hand and foot anomalies. Clin Orthop 1956.
21. *Kalcev B.*: East Africa Med J 1963.
22. *Kato T., Watanabe S.*: The etiology of hallux valgus in Japan. Clin Orthop 1981; 157.
23. *Kieser-Nielsen H.*: Sko og skaeve taeer. Ugeskr. Laeg. 1958; 115.
24. *Knowles F.W.*: Effects of shoes on foot form: an anatomical experiment. Med J Aust 1953.
25. *Gurkowska-Rychlewska M.*: Historia ubiorów. Zakład Narodowy im Ossolińskich 1968.
26. *Mafart B.*: Hallux valgus in a historical French population: Paleopathological study od 605 first metatarsal bone. Joint Bone Spine 2007; 74.
27. *Mann R., Coughlin M.*: Hallux valgus – etiology, anatomy, treatment and surgical considerations. Clin Orthop 1981; 157:31-41.
28. *Mann R., Rudicel S., Graves S.C.*: Repair of hallux valgus with a distal soft tissue procedure and proximal metatarsal osteotomy. A long term follow-up. J Bone Joint Surg Am 1992.
29. *Mays S.A.*: Paleopathological study of hallux valgus. Am J of Physical Anthropology 205; 126.
30. *Morton D.J.*: Hypermobility of the first metatarsal bone. The interlinking factor between metatarsalgia and longitudinal arch strains. J Bone Joint Surg 1928.
31. *Myerson M.S.*: Hallux valgus. Foot and Ankle Disorders, W.B. Sanders 2000.
32. *Shine I.B.*: Incidence od hallux valgus in a partially shoe-wearing community. British Medical Journal 1965.
33. *Sim-Fook L., Hodgson A.R.*: A comparison of foot forms among the non-shoe and shoe-wearing Chinese population. J Bone Joint Surg Am 1958; 40.
34. *Toussaint-Samat M.*: Historia stroju., Wydawnictwo W.A.B. Warszawa 1998.

Praca zawiera 30 570 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

HISTORIA DZIAŁALNOŚCI SIÓSTR ZAKONNYCH W JABLONKOWIE (JABLUNKOVĚ)

Martina Cichá

Ústav aplikovaných společenských věd
Institut zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií
UTB ve Zlíně
Katedra sociologie a andragogiky, Filozofická fakulta
UP v Olomouci;
Republika Czeska
cicha@fhs.utb.cz martina.cicha@post.cz

***„Człowiek jest stworzony
w celu wzajemnej pomocy.“***

Seneca

Następny tekst zajmuje się historią pielęgniarstwa zakonnego, które w okolicach Jabłonkowa (Jablunkova) stosunkowo przez długi okres czasu sprawowały siostry Elżbietanki. Tekst ma charakter teoretyczny, powstał na podstawie studiów literatury i źródeł historycznych, które w tym celu udało się uzyskać. Uzyskane informacje uzupełnia rozmową ze starszą siostrą Elżbietanką z konwentu jabłonkowskiego.

Elżbietanki (*Sorores hospitalariare s. Elisabethae*) są kobiecym zakonem katolickim, którego patronką jest św. Elżbieta Duryńska na-

zwana też Węgierska (1207–1231)¹, która wzorując się na św. Franciszku z Asyżu, zdecydowała się naśladować Jezusa Chrystusa. Celem jej życia stała się pomoc chorym i biednym.

Założycielką zgromadzenia sióstr św. Elżbiety stała się na przełomie XVI i XVII wieku Apolonia Radermecherowa (1571-1626) z Aachen. Jej celem było podniesienie poziomu opieki nad chorymi przez poprawę służebnej roli sióstr zakonnych². Utrzymywała, że służyć chorym mamy zawsze z miłością a nie za wynagrodzenie lub nagrodę. Tym moralnym akcentem podniosła służbę pielęgniarскую do roli powołania. Pierwszy konwent sióstr Elżbietanek powstał z inicjatywy Apolonii Rademacherowej w roku 1622 w Aachen³.

Apolonia Radermecherowa przyczyniła się do rozśławienia imienia św. Elżbiety, bowiem siostry, które działały w Aachen, w szpitalu św. Elżbiety nosiły jej wizerunek na sztandarze. W roku 1626 Apolonia Radermecherowa nazwała siebie i swoje siostry „szpitalnymi pielęgniarkami św. Elżbiety“ a później wspólnie z nimi założyła zakon Franciszkanek-Tercjarek⁴. Po jej śmierci domy zakonne powstawały

¹ Elżbieta Duryńska była córką króla węgierskiego Andrzeja II i jego pierwszej żony Gertrudy z Andechs – Meranu. Od roku 1211 żyła na dworze swojego narzeczonego w Duryonii. W roku 1221 wyszła za mąż za lanthrabiego Ludwika IV. Pod wpływem swego zpowiednika Konrada z Marburgu żyła od roku 1226 asketycznym życiem, opiekowała się chorymi i biednymi. Po śmierci męża, który zginął na wyprawie krzyżowej, nie przyznano jej części spadku jako wdowie, więc udała się do Marburgu. W roku 1235 była przez papieża Grzegorza IX. uznana za świętą. (*Univerzum I. A-B. Všeobecná encyklopedie*, 2000, s. 144).

² Kutnohorská, Jana: *Historie ošetřovatelství*. Praha 2010, s. 22.

³ Kolebką Konwentu Sióstr Elżbietanek stał się Kościół Opatrzności Bożej i szpital miejski zwany „Szpital przy Rademarktu”, później „Szpital Św. Elżbiety”.

⁴ Duroňová, Barbora: *Duchovní inspirace a charisma Apolonie Radermecherové, zakladatelky Řádu sv. Alžběty*. Olomouc 2005, s. 28.

głównie w Niemczech i Austrii, ale też i w innych krajach.

Do dzisiaj siostry Elżbietanki znane na całym świecie dzięki Apolonii Radermecherowej, działając w wielu krajach. W Niemczech mają swoje zgromadzenia w Aachen, Bad Kissingen, Straubingu i Neuburgu nad Dunajem; w Austrii w Wiedniu, Grazu, Linzu i Klagenfurcie; w Luksemburgu jest to miasto Luksemburg i Schengen; w Holandii w Kerkrade; na Węgrzech w Budapeszt; w Polsce w Cieszynie; na Słowacji w Bratysławie; w Kanadzie w Saskatoon, a w Czechach w Pradze i Brnie oraz właśnie Jabłonkowie.

Elżbietanki żyją pobożnym życiem według ustaleń reguł zakonnych. Wkrótce po przyjęciu do klasztoru, kandydatka na przyszłą Elżbietankę przystępuje do postulatu na okres najmniej sześciu miesięcy. Postulantka chodzi w czarnym odzieniu z białą pelerynką i kołnierzykiem. Aktywnie uczestniczy w ćwiczeniach duchownych i innych zajęciach, którymi się siostry Elżbietanki zajmują, i jest stopniowo wdrażana do życia zakonnego. Po upływie tego próbnego okresu dochodzi do obrzędu obłuczynowego, przy którym przychodzi do ołtarza w białym odzieniu z welonem jako niewiasta Jezusowa. Przyjmuje szaty zakonne i nowe imię. W ten sposób wstępuje do tzw. Nowicjatu, który trwa jeden rok. Od reszty sióstr odróżnia się białym welonem.

Nowicjat jest najważniejszym okresem formacji zakonnej. Nowicjatką zapoznaje się ze swoim nowym powołaniem i przygotowuje się do życia poświęconego Bogu, poprzez złożenie trzech ślubów - ubóstwa, czystości i posłuszeństwa. Na końcu nowicjatu składa pierwsze śluby zakonne na okres trzech lat. Nosi welon czarnego koloru. Junio-

rat jest przygotowaniem na pełne oddanie się Chrystusowi formą dożywnego ślubu. Po ukończeniu junioratu siostra składa śluby wieczne, a w ten sposób swoje życie poświęca służbie Bożej, kościołowi i bliźnim. Podczas uroczystego obrzędu przyjmuje pierścień na znak pełnego oddania się Jezusowi. Chrystusowi.

Konwent Sióstr Elżbietanek w Jabłonkowie (na terenie Republiki Czeskiej), historia pielęgniarstwa zakonnego.⁵

Historia sióstr Elżbietanek w Jabłonkowie rozpoczyna się w roku 1851. Z założeniem konwentu w Jabłonkowie jest związane z imieniem księdza Wawrzyńca Piontka (1762-1855), który przy okazji 50-tej rocznicy święceń kapłańskich obiecał swoim parafianom, że zrobi wszystko, by w Jabłonkowie założyć klasztor razem ze szpitalem. Dom, który razem z parafianami wybudował stał się klasztorem w roku 1851, a jego pierwszą zakonnicą była siostra Maria Bonawentura, wcześniej Katarzyna Sobotkowa (1800-1877). Do Jabłonkowa przybyła z Brna. Do niej dołączyły dalsze dwie kandydatki z Jabłonkowa. W roku 1851 klasztor był wyświęcony i przygotowany do przyjęcia pierwszych chorych. Z powodu narastającej liczby chorych, szybko zaistniała potrzeba powiększenia obiektu, dlatego w roku 1853 doszło do budowy klasztoru z szpitalem.

⁵ Przy braku pisemnych materiałów dotyczących świadczenia opieki pielęgniarstwiej w tym obiekcie, odpowiednio o historii Konwentu Sióstr Elżbietańskich w Jabłonkowie w ogóle, przy przetwarzaniu tej części pracy czerpaliśmy głównie z katalogu, który został przygotowany z okazji 150 lat Sióstr Elżbietańskich w Jabłonkowie (*150 lat Sióstr Elżbietańskich w Jabłonkowie. 1851 - 2001*. Jablunkov 2001, s. 2-24).

Elżbietanki z Jabłonkowa początkowo należały do zarządu cieszyńskiego klasztoru (dzisiejszy Cieszyn w Polsce). Tam też były wysłane w roku 1858 dalsze kandydatki na nowicjat – Maria Elżbieta Pindurowa, Maria Franciszka Miczkowska i Maria Klara Körnerowa. Po wykonaniu ślubów czystości wróciły do Jabłonkowa. W roku 1863 doszło do usamodzielnienia się klasztoru jabłonkowskiego, a jego matką przełożoną została siostra Maria Bonawentura. W tym samym roku odbył się tutaj pierwszy obrzęd obłuczynowy. Nowicjatkami zostały siostry Maria, Hyacinta Batikowa, oraz Maria Józefa Teschnerowa. Od roku 1868 siostry mogły już zachowywać ścisłą klauzurę, bowiem zaczął tutaj działać ksiądz zakonny i siostry nie musiały już dochodzić na nabożeństwa do kościoła parafialnego. Po śmierci matki przełożonej jej pozycję objęły siostry Maria Elżbieta Pindurowa, Maria Franciszka Miczkowska i Maria Terezja Rzepowa. Siostry w tym okresie poświęcały się przede wszystkim opiece nad chorymi.

Na początku XX wieku było w jabłonkowskim konwencie ogółem 15 sióstr. Pierwotnie klasztor stał nad brzegiem Olzy. Częste powodzie, dochodziło do powtarzających się wylewów rzeki, a poziom wody dochodził często do wysokości pierwszego piętra, miały negatywny wpływ na stan zdrowia chorych i sióstr. Wiele sióstr umierało w młodym wieku na gruźlicę płuc. Dlatego w roku 1920 powzięto decyzję o budowie nowego klasztoru i szpitala na innym miejscu. Budowę rozpoczęto sześć lat później, pracowano przede wszystkim ręcznie. Obok sióstr i kilku robotników na budowie pracowało też dużo ochotników. Byli to przede wszystkim rodzice i dalsi krewni sióstr za-

konnych. Budowa była finansowana ze zbiorów parafian oraz z jałmużny, którą siostry wyprosiły w okolicy. Budowa klasztornej szpitala została ukończona w roku 1928. Zaraz po poświęceniu zaczęto przyjmować pierwszych chorych.

Później zaczęto budować klauzurę – mieszkalną część dla zakonnic, również kościół klasztorny a w końcu i zabudowania gospodarcze. Do klasztoru należało około 10 ha roli uprawnej, które pomagały w utrzymaniu szpitala. Na początku lat czterdziestych 20. wieku w klasztorze przebywało 16 sióstr zakonnych i jedna kandydatka. Matką przełożoną w tym okresie była Maria Ludwika Paszkowa. Siostry nadal zajmowały się przede wszystkim pielęgnacją chorych w szpitalu klasztornej, który w tym czasie niósł nazwę „Lecznica św. Elżbiety“.

W okresie okupacji niemieckiej istniała groźba, że siostry będą wywiezione do obozu koncentracyjnego w Auschwitz. Do deportacji ostatecznie nie doszło dzięki interwencji niemieckiego majora, który w tym czasie kierował szpitalem. Major Rückmann, widząc wzorowy stosunek sióstr do pacjentów, załatwił możliwość pozostania sióstr przy chorych. W tym okresie utworzono w szpitalu klasztornej oddział dla leczenia najcięższych form gruźlicy płucnej. Szpital przy klasztorze św. Elżbiety w Jabłonkowie miał w czasie okupacji, jak również po roku 1945, łóżka dla chorych na gruźlicę aż do roku 1949, kiedy zakład upaństwowiono i otwarto tutaj wojewódzką lecznicę, leczenia tej choroby, dla kobiet.

Po wojnie szpitalem nadal kierowały siostry. W roku 1946 roz-

poczęto budowę werandy – przestrzeni z otwartą boczną ścianą, bowiem w tym czasie jedną z form leczenia było leżakowanie na świeżym powietrzu.

W latach 1945-1951 do klasztoru wstąpiło pięć nowych sióstr. Z jedną z nich, która w czasie rozmowy miała 88 lat, przeprowadziliśmy rozmowę, której zapis prezentujemy poniżej.

Podstawowe dane respondentki

Siostra Maria Elekta rozpoczęła pracę w klasztorze św. Elżbiety jako nowicjanka zakonu w roku 1947. Pracowała jako pielęgniarka bez prawa wykonywania zawodu. Od roku 1951 pracowała jako laborantka, badając ślinę pacjentów chorych na TBC. W tym samym roku ukończyła półroczny kurs dla laborantów i pracowników oddziału RTG. W szpitalu przy klasztorze pracowała cały czas swojej kariery zawodowej. Siostra Maria Elekta powiedziała, że kiedy zaczynała pracę lecznica miała dwa oddziały.

Dalej są przytoczone **autentyczne odpowiedzi na stawiane pytania**.

Jak kształtowały się początki siostry w szpitalu przy Klasztorze św. Elżbiety w Jabłonkowie?

Razem, na obu oddziałach, pracowały trzy siostry zakonnice (jedna pielęgniarka zdrowotna i dwie pielęgniarki). W roku 1955 zaczęła na oddziale pracować pielęgniarka cywilna, którą pozytywnie oceniały siostry do czasu, kiedy wyszła za mąż. Potem bywała często na cho-

robotowym, a również czasami zabierała ze szpitala jedzenie do domu, na co siostronom zwracali uwagę pacjenci. Siostronom pomagały dwie cywilne sprzątaczkі, z którymi miały dobre stosunki. Siostry i sprzątaczkі pracowały od rana do wieczora z wyjątkiem pory obiadowej od 11.30 do 14.00 godziny. W tym czasie jedna siostra zostawała na oddziale, dalsze szły na obiad, modlitwę. Potem się zmieniały. Kiedy zaistniała taka potrzeba, siostry zastępowały sprzątaczkі. Opiekowano się 74-77 osobami. Połowa z tych osób chorowała na gruźlicę (tzw. Oddział izolacyjny dla ciężkich zachorowań na TBC był utworzony już w czasie II. wojny światowej). Drugą połowę osób były starsze kobiety z okolicy Jabłonkowa, którymi siostry opiekowały się jeszcze przed wojną. W związku z utworzeniem oddziału szpitalnego, zmieniły się również charakter wymagań w stosunku do sióstr, które obok bieżącej opieki musiały opanować bardziej specjalistyczne zadania pielęgnacyjne. Przy oddziale była utworzona przychodnia TBC, gdzie w godzinach popołudniowych przyjmowano około 50 osób. Urządzono też nowe laboratorium TBC oraz RTG. W szpitalu pracował jeden ordynator i trzech lekarze. Jeden z lekarzy, obok pracy na oddziale, dojeżdżał do przychodni w Czeskim Cieszynie. Lekarze bardzo sobie cenili pracę sióstr zakonnych. Oceniali przede wszystkim pracowitość, sumienność, dyskrekcję i punktualność. Nacisk kładli na spokój na oddziale, zwłaszcza w czasie popołudniowej ciszy od godziny 13⁰⁰ do godziny 15⁰⁰.

Jak w czasie pracy siostry był zorganizowany szpital?

Oddział był dwupiętrowy (siedem i dziewięć pokoi). Na pierwszym pię-

trze był jeden pokój dla 12 osób - starsze kobiety, dwa pokoje dla sześciu osób, dalsze pokoje dla dwóch i czterech osób. Duże pokoje miały umywalkę z zimną wodą (centralne ogrzewanie wraz z ciepłą wodą zainstalowano w 1954 roku). W pokojach było zawsze więcej osób aniżeli było ustalone. Dalej była tutaj jedna wspólna łazienka, dwie ubikacje, kuchenka i duża jadalnia. Na drugim piętrze był jeden 10-osobowy pokój, trzy złączone pokoje (dla pięciu, czterech i dwóch osób), dwa pokoje sześćoosobowe, reszta dla dwóch i czterech osób. Dalej był tutaj pokój zabiegowy, pomieszczenie dla lekarzy i siostr jednocześnie, wspólna łazienka, dwie toalety, kuchenka, laboratorium i magazyn. Całość była dopełniona o otwarte pomieszczenie (weranda) do leżakowania, gdzie pacjenci byli leczeni pobylem na świeżym powietrzu i odpoczywali na leżakach.

Jakie były stosunki między siostrami i chorymi?

Pacjenci bardzo sobie cenili siostry i ich pracę. Obdarzali siostry szacunkiem pomimo, że były bardzo młode. Oceniali ich postępowanie i zachowanie. Ewentualne prowokacje ze strony pacjentów (np. obełgi, wyzwiska, zgorzkniałość itp.) siostry „załatwiały” z wyrozumieniem. Siostry zawsze starały się dogodzić pacjentom w opiece, obsłudze (np. podaniem więcej rodzajów potraw, kiedy pacjent nie miał apetytu), nigdy się na pacjentów nie skarżyły, raczej milczały, uśmiechały się z nimi, aby jakąś obrazę odwzajemniły. Pacjenci cenili sobie, że siostry potrafiły wykonywać różne potrzebne czynności, od fachowych prac zdrowotnych aż po prace sprzątaczek lub szycie (w godzinach

popołudniowych). Również ceniono sobie, że siostry nie czuły wstrętu do pacjentów i nie bały się zarażenia gruźlicą. Obserwowali czy siostra podarowany cukierek zjadła w obecności pacjenta czy nie. Ludzie z zewnątrz bali się zarazy. Przypominam sobie sytuację, kiedy kole-dzy pacjenta z pracy postawili w drzwiach, potem jeden odważył się wejść do pokoju, położył podarunek dla chorego na stoliku i szybko zniknął się z innymi.

***Jak zachowywały się siostry w stosunku do pacjentów w prze-
szłości, a jak zachowują się dzisiaj? Zmieniło się coś?***

Dzisiaj już nie pracuję, dlatego trudno mi porównywać. Dla siostr był najważniejszy każdy człowiek, który potrzebował opieki. Nie robiły żadnych różnic, do wszystkich przystępowały jednakowo, bez względu na ich pochodzenie, religię i polityczną orientację.

***Jaki był w przeszłości stosunek lekarzy do chorych i jak zacho-
wują się dzisiaj? Zmieniło się coś?***

Za moich czasów lekarze mieli do chorych szacunek, ale wymagali pewną dyscyplinę. Na atmosferę na oddziale miała wpływ sytuacja – rzeczywistość jaka tutaj istniała. Pacjentami byli często ludzie młodzi, którzy umierali (do czasu wprowadzenia leczenia Streptomycyną) w stosunkowo młodym wieku. W ciągu tygodnia umierało przeciętnie dwóch pacjentów.

Co by siostra zmieniła w stosunku do swojego zawodu po do-

świadczeniach życiowych?

Dostosowałabym się do dzisiejszych wymagań fachowych i praktycznych. Natomiast chciałabym przebywać z chorymi całą dobę. Oni tego potrzebują. Naszym zadaniem jest nieustannie i na nowo uczyć się ich kochać. Nasze zatrudnienie traktowaliśmy jako powołanie. Powołanie ma być wykonywane z miłością. Nauczyłam się również, że ze złością się daleko nie dojdzie, z dobrocią odwrotnie. Słowa są często niepotrzebne, wystarczy pogłaskać. Pacjenci również z uwagą śledzili, czy słowa i czyny się zgadzają.

Co ze swojej praktyki siostra wspomina najmilej, a na co mniej i dlaczego?

Najchętniej wspominam chwile, kiedy pacjenci opuszczali nas wróciwszy do zdrowia, kiedy byliśmy świadkami zmian na lepsze, dzięki cierpliwości, łaskawemu stosunkowi do nich, nieustannemu powtarzaniu i tłumaczeniu, jakie czynności personel dla dobra pacjentów wykonywał, na „szczęśliwą“ śmierć, kiedy widziałam ludzi umierających, pogodzonych ze śmiercią. Niechętnie wspominam na złe słowa skierowane do pacjenta. Ludzie chorzy mają podwyższoną wrażliwość. Przy opiece nad chorymi potrzebna jest stanowczość, ale nie złość. Obrazić pacjenta, to nie należy do zawodu pielęgniarstwa. Takie sytuacje wymagają zawsze przeprosin.

Czego życzyłaby siostra dzisiejszym pielęgniarkom, pracującym w służbie zdrowia?

Aby swoją pracę wykonywały jako powołanie. Zawsze z miłością i z humorem, który jest dla tej profesji bardzo ważny.

Jaki ma siostra stosunek do ludzi chorych, inwalidów, potrzebujących opiekę zdrowotnej i socjalnej?

Każdy człowiek stworzony jest na obrazu Boży, chcę go kochać jak swoją rodzinę.

Jaki jest duchowy wymiar waszej pracy?

Nasza praca jest powołaniem. Staralam się ją wykonywać według woli Bożej. Tam gdzie mnie wysłano, tam byłam do dyspozycji z miłością i radością. Na swoją pracę starałam się patrzeć zawsze z lepszego punktu widzenia niż z gorszego. Kiedy było ciężko, pomagała modlitwa i świadomość, że Bóg pomaga tym, którzy coś usiłują. Człowiek znowu otrzymywał siłę wracać do chorych, uśmiechać się i pracować dalej. Dlatego bym chciała wyrazić swój podziw pielęgniarkom niewierzącym, które pomimo tego mają bardzo dobry stosunek do pacjentów. Świadomość, że każdy jest stworzony na obraz Boży, pomagało mi nie czuć wstrętu do człowieka w sytuacjach związanych z chorobą (wykaszano krew, plwocina, wychudzenie itd.).

Będę wdzięczna za wspomnienia, poglądy, spostrzeżenia, dotyczące pracy pielęgniarki, wynikające z bogatego i długoletniego doświadczenia, co siostra uważa za ważne, ciekawe w porównaniu z teraźniejszością?

Na koniec opiszę jedno zdarzenie. Jednego razu na oddział była przyjęta młoda dziewczyna. Była cicha, bardzo grzeczna, mało mówna i chętnie obserwowała pielęgniarki przy pracy. Była bardzo wdzięczna za jakiegokolwiek usługi. Po paru miesiącach było wiadomo, że jej życie schyla się ku końcowi. Nam siostrom zakonnym było żal, że z nią nigdy nie rozmawialiśmy o sprawach duchowych, tego tematu sama nie poruszała. W tych czasach takie rozmowy były surowo zabronione. Pomyślałyśmy kilka razy, czy sama nie chciałaby tego tematu poruszyć. Kiedy widziałyśmy, że jej dni są policzone, dodałyśmy sobie odwagi i zapytałyśmy się: „Marketko, nie chciałabyś się dać ochrzcić?” Dziewczyna z ulgą odpowiedziała: „Siostrzyczko, na to pytanie czekam pół roku. Byłam wychowywana w rodzinie komunistycznej i nie wiedziałam że mogłam o to poprosić”. Umówiliśmy się z księdzem na konkretny dzień i przygotowaliśmy wszystko potrzebne. Przy obrzędzie chrztu uczestniczył cały personel w pokoju pacjentki. Po obrzędzie zauważyliśmy że dziewczyna umiera. Żegnała się słowami: „Dziękuję Wam za staranną opiekę. Pomóżcie mi się modlić Ona się z nami modliła ... a potem zmarła. Dla nas najtrudniejsze było poinformowanie o chrzcie rodziców dziewczyny. Obawialiśmy się bardzo ojca, ale powiedział że jest zadowolony. Nie wiemy jaki miała pogrzeb, gdzieś daleko w Czechach. Za pół roku otrzymaliśmy od ojca list, w którym dziękował za troskliwą opiekę nad Marketką.

Po roku 1948 nastał dla sióstr zakonnych bardzo trudny okres. Na podstawie pisemnego zawiadomienia powiatowych władz w Cze-

skim Cieszynie zakład pomimo protestów był upaństwowiony na podstawie ustawy Nr. 185/1948 Sb., O upaństwowieniu zakładów zdrowotnych i opieki społecznej“. Kierownictwo spisało z siostrami umowę o pracach pielęgnacyjnych i pomocniczych pracach gospodarczych, jak również o zabezpieczeniu wyżywienia dla chorych i pracowników. Siostry miały się z obiektu wyprowadzić. W klasztorach dochodziło do przymusowej eksmisji, podobnie jak sióstr z innych klasztorów. Często te wydarzenia miały dramatyczny przebieg. W nocy do klasztorów podstawiano samochody, do których siostry były przymusowo wprowadzane. Ze sobą mogły zabrać tylko najpotrzebniejsze rzeczy, niestety często i tego im odmawiano. Pomimo szykan Elżbietanki w klasztorze pozostały.

W tym okresie klasztory nie mogły przyjmować nowych członków, a jeżeli tak, to tylko tajnie. Tak było również przypadek siostry Marii Benigny Niedobowej, która zaraz po tajnym obrzędzie obłuczynym nosiła czarny welon zamiast białego, jak bywa w zwyczaju u nowicjuszek.

W roku 1960 siostry klasztorne otrzymały decyzję o rozwiązaniu umowy pracowniczej. Podjęto decyzję, że będą zastąpione świeckimi pielęgniarkami. To rozwiązanie było bolesne, dla sióstr, ale przede wszystkim dla chorych. Nowemu użytkownikowi oddały wszelki majątek, inwentarz i zapasy. Pozostawiono im tylko ¼ klauzury, tj. siedem mniejszych pokoi. Prowizoryczną kuchnię urządziły sobie na strychu. Na podstawie decyzji Czeskiej Katolickiej Charity w Pradze, siostry miały się przenieść do charytatywnego domu dla zakonnic w Białej

Wodzie (Bílé vodě). Siostry jednak wołały zostać w Jabłonkowie. Bardzo im w tym pomagali mieszkańcy Jabłonkowa. Dzięki poparciu byłego przewodniczącego Miejskiej Rady Narodowej, pana Jana Turoňa, siostry w Jabłonkowie pozostały. Zastępczym zatrudnieniem dla sióstr stała się praca w państwowych spółdzielniach rolniczych. Siostry zaczęły pracować na upaństwowionych polach klasztornych i opiekowały się bydłem. I w tej pracy osiągały sukcesy, ale starania o ich wywiezienie z Jabłonkowa trwały nadal. W roku 1963 zmarła matka przełożona siostra Maria Ludwika Paszkowa. Jej miejsce zajęła siostra Maria Rafaela Brožková. W roku 1967 była tajnie do klasztoru przyjęta nowa kandydatka. W następnych dwóch latach mogły do klasztoru wstąpić już legalnie dalsze kandydatki. Razem było ich pięć. Po okupacji naszego kraju przez wojska sowieckie nastał dla zakonnic dalszy okres braku wolności. Siostry były przesłuchiwane na policji i śledzone przez służby tajne. Kolejne kandydatki wstępowały do klasztoru w tajemnicy.

W roku 1973 siostry znowu miały być przemieszczone do zakładu charytatywnego w Broumowie (Broumově). Do aktu usunięcia sióstr z Jabłonkowa tym razem, jak również w roku 1988, nie doszło. Z inicjatywy komunistycznej partii i powiatowego kierownictwa służby zdrowia sprawdzano warunki mieszkalne w klasztorze z zamiarem zwiększenia ilości łóżek w lecznicy chronicznie chorych, które w tym okresie były umieszczone w szpitalnej części klasztoru. Powiatowe kierownictwo służby zdrowia siostry poparło i znowu mogły pozostać w Jabłonkowie.

W roku 1983 do klasztoru jabłonkowskiego wstąpiła nowa kandydatka Anna Bojkowa. Jej obłuczyny odbyły się w tajemnicy, nie wiedzieli o tym nawet najbliżsi krewni, aby ich uchronić przed represjami ze strony tajnej policji. Siostra Marie Imelda ubierała się jak zakonnica dopiero po czterech latach.

Okres aksamitnej rewolucji spowodował zmiany, które również dotyczyły jabłonkowskiego klasztoru. Zmarłą siostrę Marię Rafaelę Brożkową w funkcji matki przełożonej zastąpiła siostra Maria Bonawentura Wacławkowa.

W roku 1990 do nowicjatu przyjęto sześć kandydatek, w rok później następną. Po zmianach ustrojowych, siostry chciały powrócić do dawnej pracy – do pielęgnowania chorych, starych i opuszczonych. Nie było to jeszcze możliwe z powodu nieuregulowanych spraw majątkowych. Nowicjatki zatem stopniowo zaczęły pracować w roli sanitariuszek. Trzy tutaj pracujące sanitariuszki rozpoczęły studia pomaturnalne w Średniej Szkole Medycznej w Karwinie (Karviné).

W roku 1991 zwrócono część upaństwowionego majątku – część obiektu klasztoru ze szpitalem, kościołem, zabudowaniami gospodarczymi, ogrodem i parkiem. W tym okresie lecznica dla przewlekłe chorych podlegała organizacyjnie pod Szpital z Polikliniką w Trzyńcu (Třinci), którego kierownictwo miało pozytywny stosunek do klasztoru jabłonkowskiego. W tym samym roku przeniesiono oddział dla przewlekłe chorych do sanatorium w Jabłonkowie i do szpitala w Trzyńcu. W klasztorze założono dom dla seniorów, a pierwsi seniorzy zamieszkali w nim tego samego roku. Według głównej patronki

zakonu Elżbietanek dom seniorów nazwano Domem św. Elżbiety. Ta nazwa pozostała do dnia dzisiejszego.

Miejsce w tym zakładzie było i jest nadal wielce pożądane. Dziś ta placówka ma status ośrodka socjalnego. Jest przeznaczona dla osób niepełnosprawnych, potrzebujących pomocy drugiej osoby. Są tutaj seniorzy leżący, potrzebujący stałej opieki. Opieki socjalnej, wraz z zakwaterowaniem, wyżywieniem, opieką i pielęgnacją według indywidualnych potrzeb udzielają Elżbietanki 70-ciu seniorom w części klasztornej obiektu. Siostry zapewniają: *„Staramy się, aby każdy u nas znalazł swój dom, gdzie może prowadzić godne życie w atmosferze zaufania, radości i pokoju”*⁶. Prowadzenie domu opieki zabezpiecza 30 zakonnic (sióstr), które zatrudnione są w roli pielęgniarek albo sanitariuszek, pracują też w kuchni i prowadzą kancelarię. Pracują tutaj również pracownicy cywilni do prac konserwatorskich i sprzątnia, pomagają w pralni, kuchni i w gospodarstwie.

W przytoczonym opracowaniu nie staraliśmy się o pełne informacje o pielęgniarstwie zakonnym oraz opiece pielęgnacyjnej udzielanej przez siostry Elżbietanki w Jabłonkowie, to w końcu nie byłoby nawet możliwe. Naszym celem było przekazać najbardziej zasadnicze i najciekawsze informacje, przypomnieć drogę, którą musiały przejść, aby dotrzeć tam gdzie dzisiaj jesteśmy, przypomnieć udział sióstr Elżbietanek w opiece pielęgnacyjnej i socjalnej w regionie jabłonkowskim.

⁶ *Konvent sester alžbětinek*, on-line, 2011.

Podziękowanie

Moje podziękowanie kieruję siostrze Elekcie, która zgodziła się na rozmowę. Jej celem było zdobycie autentycznych wspomnień dotyczące opieki pielęgniarskiej udzielanej przez siostry Elżbietanki w regionie Jabłonkova w przeszłości. Wielkie dzięki należą się również czcigodnej Matce przełożonej - siostrze Marii Judicie z Konwentu sióstr Elżbietanek w Jabłonkowie, która mi przeprowadzenie rozmowy umożliwiła, a sama również udzieliła mi ważnych informacji oraz wypożyczyła cenne pisemne materiały. Również chcę serdecznie podziękować panu Bolesławowi Recmanowi, który pożyczył mi niektóre źródła historyczne, a równocześnie udzielił mi informacji, bez których wypracowanie tego przyczynku nie było by możliwe. Bardzo dziękuje też szanownym lekarzom dr Radosławowi Goldmannowi, dr Sztefanowi Unuckowi, ing. Rudolfowi Feberowi, i również małżonkom Mirosławie i Mariuszowi Felsmannom, którzy pomagali mi w tłumaczeniu, korekcie i transkrypcji tego tekstu na język polski.

Streszczenie

Przedstawiony przyczynek reflektuje zasadnicze i najciekawsze fakty rozwoju pielęgniarstwa zakonnego od jego początków w 18. stuleciu aż do czasów dzisiejszych w regionie Jabłonkova (Jablunkova). Na podstawie studiów historycznych źródeł o tamtejszej działalności sióstr Elżbietanek, jak również osobistej wypowiedzi świadka, autorka usiłuje o wiarygodny pogląd na historię pielęgniarstwa zakonnego (opieki zdrowotnej), którą zabezpieczały siostry Elżbietanki.

Piśmiennictwo

1. *Brosch J.*: Apolónia Radermecherová. Zakladatelka rehole sv. Alžbety. Bratislava 1997.
2. *Duroňová B.*: Duchovní inspirace a charisma Apolonie Radermecherové, zakladatelky Řádu sv. Alžběty. Bakalářská práce. Olomouc 2005.
3. *Cichá M.*: Z historie medicíny, ošetřovatelství a porodní asistence v těšínském Slezsku. [w] Ošetřovatelství – morální umění. Kapitoly z dějin ošetřovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry. *Krátká, A. - Kutnohorská, J. - Cichá, M. (red)*. Praha 2011, s. 46-81.
4. *Kutnohorská J.*: Historie ošetřovatelství. Praha 2010, s. 22.
5. Universum 1. A - B. Všeobecná encyklopedie. Praha, 2000, s. 144.
5. 150 let působení sester alžbětinek v Jablunkově. 1851-2001. Jablunkov 2001, s. 2-24.
6. Konvent sester alžbětinek v Jablunkově [online]. Dostupné z: <http://alzbetinky.jablunkov.cz/>. [cyt. 26.2.2013].

Praca zawiera 26 124 znaki (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PRZEMIANY W ŚRODOWISKU A STAN ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA PO 1945 R. NA PRZYKŁADZIE PIOTRKOWA TRYBUNALSKIEGO

Andrzej Felchner

Instytut Nauk Pedagogicznych, Wydział Nauk Społecznych
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
felchner@piotrkow.net.pl

Okres po II wojnie światowej w dziejach Polski - aż do przemian demokratycznych zapoczątkowanych wyborami 4 czerwca 1989 r. - jest różnie definiowany. Nazwę najbardziej znaną - Polska Rzeczpospolita Ludowa - w skrócie PRL - wprowadziła dopiero stalinowska konstytucja z 1952 r., nie jest więc adekwatna do tego całego niemal półwiecza. Dodanie przymiotnika „Ludowa” też może być mylące, bo przecież z władzą „ludu” - czyli ogółu społeczeństwa - już od pierwszych dni rządów władz narzuconych nam przez wschodniego sąsiada - nie można mówić. Były to tylko pozory - w niektórych latach bardzo nikłe - prawdziwej demokracji. Ponadto słowa „Polska Ludowa” czy „Ludowa Ojczyzna” były nadużywane przez propagandę przed czerwcem 1989 r. Podobnie jest w wypadku słowa „Rzeczypospolita”, które jest raczej kojarzone z okresem międzywojennym lub latami demokratycznych przemian od lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Można więc pozostać właściwie jedynie przy słowie „Polska”, bez bliż-

szego określenia, najwyżej dodawać w razie potrzeby ramy chronologiczne.

Podobnie jest z ocenami tych lat. Być może dopiero następne pokolenia będą mogły dokonać właściwego rozrachunku. Związani z ówczesną władzą, ale też i osoby, którym umożliwiono awans społeczny, często dokonujący się wraz ze znacznym polepszeniem sytuacji życiowej, będą apologetami tamtych powojennych wydarzeń. W ostatnich dwudziestu kilku latach dominują jednak oceny krytyczne, nieraz nawet bardzo skrajne, negujące wszelkie pozytywne dokonania. Zwiększający się coraz bardziej dystans, konieczny do obiektywnej oceny, powoduje, iż stopniowo zaczyna się postrzegać obraz powojennej Polski w drugiej połowie ubiegłego wieku nie w tonacji czarno-białej, ale z wieloma odcieniami. Również zresztą i całe ówczesne społeczeństwo było niejednolite w swych działaniach, w różny sposób współpracowało z władzami. Wybitny badacz tego okresu Andrzej Friszke pisał [...] *rozwijały się różnorodne postawy i zachowania, od gotowości do heroicznego oporu do zupełnego konformizmu, od pełnego poświęcenia na rzecz odbudowy kraju po skrajny egoizm i chęć dorobienia się kosztem innych [...] Polacy uczyli się rozdzielania opinii prywatnych od wyrażanych publicznie, poruszania się w narzuconych z zewnątrz ramach zachowań, kalkulowania strat i zysków przy podejmowaniu ryzykownych moralnie decyzji [...]* (7). Mówiąc o kwestiach zdrowia, oceniając zmiany w środowisku, pisząc o powiązaniu tych spraw ze społeczeństwem, należy brać pod uwagę wspomniane powyżej zastrzeżenia i ogólne uwagi.

Sprawą, która w bardzo dużym stopniu wpływała na zdrowie mieszkańców i jednocześnie niewątpliwie jednoczyła ogół ówczesnego społeczeństwa, było odbudowanie kraju z olbrzymich zniszczeń, które przyniosła II wojna światowa, przywrócenie *normalnego życia*, wyprowadzenia ludzi z ruin i tymczasowych siedzib, zapewnienie między innymi odpowiednich warunków higieny. Mówiąc o postawach ówczesnych Polaków można tutaj przytoczyć przykład Eugeniusza Kwiatkowskiego, ostatniego przedwojennego wicepremiera, bliskiego wieloletniego współpracownika prezydenta Ignacego Mościckiego. Zgodził się on zostać w 1945 r. Delegatem Rządu do Spraw Wybrzeża (5). Taka postawa nie była odosobniona, mimo różnych zastrzeżeń politycznych starano się jak najszybciej usuwać powojenne zniszczenia, zacierać ślady wojennego koszmaru. Działalność E. Kwiatkowskiego spotykała się jednak wówczas też z krańcowo krytycznymi ocenami, w tym pochodzącymi od jego dawnych politycznych kolegów. Charakterystyczną była wypowiedź (po latach) Jana Nowaka-Jeziorańskiego, odnotowana przez M. M. Drozdowskiego: [...] *Była to decyzja, być może najbardziej heroiczna w jego życiu [...]* Nie wahano się oskarżyć go o zdradę [...] (5). Podobne dylematy miało też wielu innych Polaków, będących jednocześnie świadkami w pierwszych dziesięciu powojennych latach coraz większego terroru stalinowskiego. Mimo wszystko, często bez akceptowania narzuconego porządku politycznego, większość społeczeństwa podnosiła z ruin domy, porządkowała, naprawiała, usuwała zniszczenia. Można jedynie przypuszczać, iż w innej sytuacji, przy możliwości swobodnego rozwijania

obywatelskiej inicjatywy, ten proces odbudowy przebiegałby daleko szybciej. Względy polityczne i uzależnienie od sąsiada spowodowało też odrzucenie pomocy z zachodu, w tym w ramach tak zwanego planu Marshalla (2, 7, 16). Jednocześnie rozpoczęto forsowny rozwój przemysłu ciężkiego, nastawionego w dużym stopniu na produkcję wojskową. O rozwoju i dalszych przemianach społeczno-gospodarczych w dużym stopniu zdecydował *6-letni plan rozwoju gospodarczego i budowy podstaw socjalizmu na lata 1950-1955* (17). Były też i inne niekorzystne zmiany społeczno-gospodarcze, jak przejmowanie przez państwo całego sektora handlu i usług. Zrywano tym samym odwieczne więzi gospodarcze w relacjach miasto-wieś, czyli: drobni wytwórcy-chłopi. Jednym z ostatnich akordów tego procesu było upaństwowienie aptek na początku 1951 r. Nieufność, wrogość do państw o odmiennym ustroju (uosobieniem wszelkiego zła były Stany Zjednoczone Ameryki Północnej), do rozwiązań przyjętych przez państwa zza *żelaznej kurtyny* doprowadziła nawet do takiego absurdu, jak wystąpienie Polski 15 sierpnia 1950 r. ze Światowej Organizacji Zdrowia (2, 7, 9, 10, 12, 16, 18).

Jak te zmiany polityczne, społeczne, gospodarcze, rzutujące bezpośrednio na środowisko społeczne, odbijały się na kwestiach zdrowotności mieszkańców? Trudno to przedstawić na konkretnych przykładach. Niewątpliwie dzięki działalności zdecydowanej większości ówczesnego społeczeństwa środowisko, w jakim przyszło żyć w pierwszych powojennych latach ówczesnym mieszkańcom Polski dość szybko zaczęło się korzystnie zmieniać. Widać to też jeśli chodzi

o zmiany demograficzne. Liczba ludności również wzrastała, ale o osiągnięcie przedwojennego stanu zaludnienia dla przykładu w Piotrkowie Trybunalskim (niewiele ponad 50 tysięcy w 1939 r.) nastąpiło dopiero po piętnastu latach, około roku 1960. Jeszcze wolniej wyrównywano straty demograficzne w małych miasteczkach - głównie z powodu wyżej wspomnianych przyczyn polityczno-gospodarczo-społecznych – w pobliskim Sulejowie nastąpiło to o około dziesięć lat później. W tym też czasie usunięto ostatecznie zniszczenia wojenne (nasilenie tych działań to głównie pierwsze powojenne pięciolecie), a także rozpoczęto rozbudowę i budowę nowych domów. Właśnie zmiany w zaludnieniu doskonale pokazują, gdzie lepiej, łatwiej się żyło, a środowisko było bardziej przyjazne dla ludzi (6, 8, 9, 11).

Korzystne zmiany zachodzące po II wojnie światowej w środowisku Piotrkowa Trybunalskiego można rozpatrywać w różnych aspektach. Przed wszystkim, po usunięciu zniszczeń, zaczęto wznosić i rozwijać wielorodzinne budownictwo mieszkaniowe, popularnie zwane *blokami*. Dziś na ówczesne osiągnięcia patrzy się nieraz krytycznie, tak zwane *blokowiska* stwarzają różnorodne problemy, są często wylęgarnią wielu patologii społecznych, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Ponadto w pamięci obecnego starszego pokolenia zapisały się wieloletnie kolejki po wymarzone *M-3* czy *M-5*, a także różnorodne kłopoty biurokratyczne stwarzane przez nieudolne władze. Te problemy stawały się zresztą często tematem doskonałych komedii filmowych, czy seriali telewizyjnych. Patrząc jednak na te osiedla pod kątem higieny, zdrowotności, zachorowalności należy podkreślić, iż

stanowiły one jednak w latach pięćdziesiątych, a także następnych dekadach, olbrzymi postęp, a warunki tam panujące (choćby użytkowanie zdrowej wody z wodociągów) przyczyniły się w znacznym stopniu do znacznej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, pozytywnie wpłynęły na środowisko.

Pierwsze tego typu budynki wzniesiono w Piotrkowie Trybunalskim już w okresie międzywojennym, pod koniec lat dwudziestych XX wieku. Były one jednak stosunkowo nieliczne (6). Po usunięciu największych zniszczeń, około pięć lat po wojnie, rozpoczęto budowę kolejnych, tworząc jednocześnie z nich całe osiedla. Wszystkie nowe wielorodzinne domy posiadały już bieżącą wodę i kanalizację. Miały łazienki wraz z ubikacjami i były oczywiście zelektryfikowane. Dla ludzi, którzy się do nich przeprowadzali, był to niewątpliwie duży prześkok cywilizacyjny. Nawet mieszkańcy miasta często nie mieli poprzednio podstawowych *wygód*. Większość starych, budowanych w XIX w. lub na początku XX w. piotrkowskich kamienic nie było bowiem wtedy nawet podłączonych do kanalizacji, czy sieci wodociągowej. Z dobrodziejstw cywilizacji, takich, jak elektryczność, nie korzystało w przedwojennym Piotrkowie Trybunalskim przed wybuchem wojny szacunkowo aż około 20% mieszkańców. Zrozumiałe, że ci, mieszkający głównie na peryferiach, obywatele trybunalskiego grodu nie mieli też dostępu do sieci wodociągowej czy kanalizacyjnej, czyli żyli jak w poprzednich wiekach. Tam też najczęściej występowały zachorowania na groźne choroby - zwłaszcza przewodu pokarmowego, w tym duru brzuszego. Do samych wodociągów i kanalizacji nie było

zresztą podłączonych daleko więcej domów. Sieci te obejmowały przed 1939 r. właściwie tylko centrum, bez wielu domów nawet na starym mieście. Można więc stwierdzić w oparciu o oficjalne dane, iż ponad połowa ludności miasta nie korzystała wówczas z dobrodziejstw cywilizacji i była narażona w daleko większym stopniu niż pozostali na różne choroby wynikające z braku dostępu do czystej wody, żyło w bardzo niehigienicznym, niezdrowym środowisku (6). Tak więc nawet dla rodowitych piotrkowian taka przeprowadzka *do bloku* oznaczała pozytywne zmiany.

Jeszcze większa przepaść cywilizacyjna istniała w odniesieniu do ludności napływającej z wiosek. Nie miała ona zupełnie urządzeń sanitarno-higienicznych, a ich poziom życia był w przeważającej mierze o wiele gorszy niż nawet w nie skanalizowanych miastach. W tym wypadku był to przeskok o wiele większy - często z drewnianego domu, przeważnie krytego strzechą, gdzie w kuchni zdarzało się, że obok domowników przebywał drób, a za ścianą żywicielka całej rodziny - krowa, do murowanego mieszkania z dużymi oknami, ze wszystkimi udogodnieniami higienicznymi (6, 8, 9, 11).

Pozytywna na ogół zmiany nastąpiły też, jeśli chodzi o ilość mieszkań, izb, w tym na przeliczeniowego jednego mieszkańca, a także powierzchni mieszkania na statystyczną osobę. W roku 1950 w Piotrkowie Trybunalskim żyło ponad 42 tysiące osób, dysponujących niespełna 12 tysiącami lokali o ogółem prawie 24 tysiącach izb - jedna przypadła statystycznie na 1,77 osób w przeciętnym mieszkaniu. Dziesięć lat później liczba mieszkańców przekroczyła 53 tysiące,

lokali było ponad 13,5 tysiąca (wzrost o niecałe 15%), izb prawie 29 tysięcy (+ 21%), a jedna przypadała na 1,85 statystyczne osoby. Przy wzroście - nieznacznym - ilości mieszkań nastąpiło więc pewne pogorszenie warunków - wzrost zagęszczenia przeciętnego mieszkania. Ponadto w 1960 r. (a właściwie w 1956 r.) pierwszy raz obliczono powierzchnię przypadającą na jedną osobę - było to 6, 3 m². W 1970 r. Piotrków Trybunalski miał już prawie 60 tysięcy obywateli, mieszkań ponad 16,6 tysiąca (więcej o 41% w stosunku do 1950 r.), a w nich niewiele ponad 40 tysięcy izb (+68% w odniesieniu do 1950 r.) - jedna przypadała na 1,46 osoby, a więc nastąpiła pewna poprawa. Wzrósł również statystyczny wskaźnik powierzchni przypadającej na osobę - do 11,5 m². W końcu tak zwanej "dekady Gierka" miasto liczyło już ponad 72 tysiące ludności, mieszkających w niemal 23 tysiącach mieszkań (prawie podwojenie w stosunku do 1950 r.). Izb było niepełna 67 tysięcy (+ o 180% w odniesieniu do 1950 r.), a na jednego lokatora przypadała właściwie jedna izba (dokładnie 1,08). Zwiększyła się też powierzchnia przypadająca na mieszkańca - do 14,5 m² (8, 9, 11). Widać więc, że w latach siedemdziesiątych nastąpiła największa poprawa warunków mieszkaniowych, środowisko został najbardziej zmienione na korzyść mieszkańców. Miało to znaczenie, zwłaszcza przy pojawianiu się chorób infekcyjnych. Dysponując większą powierzchnią łatwo było chorego izolować w odrębnym pomieszczeniu.

Można dodać, iż w następnych kilkudziesięciu latach odnotowano kolejny wzrost ilości nowych lokali i poprawę sytuacji. W 2002 r. w Piotrkowie Trybunalskim było już ponad 27,5 tysiąca mieszkań, ma-

jących łącznie ponad 94 tysiące izb, a na jednego statystycznego mieszkańca przypadało prawie 20 m². W tym czasie domy wzniesione przed 1918 r. stanowiły już tylko niewiele ponad 10% ogólnej zabudowy, z lat 1918-1945 - poniżej 10%, z okresu 1945-1970 - ponad 22%, z lat 1971-1988 - ponad 42%, a resztę - wzniesiono w latach 90-tych XX wieku i pierwszych XXI (do 2002 r.). W ostatnich kilkudziesięciu latach nastąpiła więc znacząca poprawa warunków mieszkaniowych, środowiska, w których żyją współcześni obywatele Piotrkowa Trybunalskiego, gdyż nowe domy posiadały już wszelkie udogodnienia, a przede wszystkim bieżącą wodę, przeważnie też ciepłą i centralne ogrzewanie oraz oczywiście łazienki wraz z ubikacjami (9, 13).

Interesująco wygląda, jeśli dodatkowo popatrzymy na rozwój wyposażenia poszczególnych mieszkań. W 1960 r. podłączone było do sieci wodociągowej niewiele ponad 41% mieszkań, do gazowej 22%, a jeszcze mniej - 20% miało ubikacje spłukiwane wodą (prawdopodobnie chodzi tu o znajdujące się w mieszkaniach, a nie na przykład w podwórzu). Należy podkreślić, iż w czasie wojny, szczególnie we wrześniu 1939 r., zniszczeniu uległo szereg dużych kamienic w centrum, między innymi przy obecnej głównej ulicy Juliusza Słowackiego. Były one podłączone do sieci wodno-kanalizacyjnej, a więc ilość mieszkań dysponujących takimi wygodami bezpośrednio po wojnie znacząco spadła. Dziesięć lat później wodociągi miało już prawie 63% mieszkań, gaz z sieci - 44%, spłukiwane ustępy - 37%, wcześniej nie ujęte - łazienki - niemal 33% i centralne ogrzewanie - 16%. Pod koniec "dekady Gierka" - w 1978 r. dostęp do wodociągów miało już

77% mieszkań, właściwe ubikacje - 60%, łazienki - ponad połowa mieszkań (53%), jeszcze więcej gaz z sieci - blisko 57%, centralne ogrzewanie - prawie 38%, a ciepłą wodę doprowadzono do niemal połowy mieszkań (blisko 49%). Również i w tym wypadku znaczący postęp dokonał się w latach następnych. Na początku XXI wieku – w 2002 r., bieżącą wodę miało już około 97% mieszkań, a ustępy 92% (niewielka część z nich - niespełna 5% korzystała z lokalnych szamb). Charakterystycznym jest, że o ile domy wznoszone po II wojnie światowej w 98-99% podłączone były do sieci wodociągowej, to starsze jedynie w około 92% - ale i tu dokonał się znaczący postęp - starą zabudowę jak widać też systematycznie modernizowano, wystarczy porównać z przytoczonymi powyżej danymi. Daleko większe pozytywne zmiany obserwujemy w innych kwestiach. Łazienkę na początku XXI posiadało już 87% mieszkań, ciepłą bieżącą wodę - 80%, a instalacje gazowe - ponad 76% i dalsze 17% korzystało z gazu z butli. Inaczej wyglądało, jeśli się uwzględni wiek budynku. W najstarszych - wzniesionych przed 1918 r. łazienki już były w niemal 50% (zapewne, gdy je wznoszono, nie było ich wcale) , a w nieco młodszych, z lat 1918-1945 - w 54% lokali. Ciepła bieżąca woda była praktycznie w jednej trzeciej najstarszych mieszkań i w około 54% wzniesionych w okresie międzywojennym. Dopiero mieszkania oddane do użytku po II wojnie światowej posiadały to udogodnienie w ponad 90%, a najnowsze, w niemal 100% (6, 9, 13).

Patrząc na te dane nie dziwi więc fakt, że sieć wodociągowa w Piotrkowie Trybunalskim, licząca rok po II wojnie światowej 33,3 ki-

lometra, w 1960 r. miała 34,9 kilometra, w 1970- 41,4, a w 1980 nastąpiło niemal podwojenie w stosunku do stanu z 1946 r., - do 60,8 kilometra. Można tu dodać, iż w 1961 r. zaczęto budować sieć wodociagową na terenie powiatu, w tym w Sulejowie. Już w 1965 r. liczyła ona 18 kilometrów i ponad 100 źródeł ulicznych, w tym we wspomnianym miasteczku - 4,2 kilometra i 27 ujęć publicznych. Sieć kanalizacyjna w Piotrkowie Trybunalskim wzrastała z 29 kilometrów po wojnie do 35,9 w 1960 r., 38,2 w 1970 r. i wreszcie do 72,2 kilometra w 1980 r. Źródeł ulicznych, a więc ujęć czystej, zdrowej wody, było w 1960 r. 8, a w 1980 - 36. Charakterystyczne jest też zużycie wody. Tuż po II wojnie światowej wynosiło ono w przeliczeniu na jednego mieszkańca w metrach sześciennych - 7,6, w 1960 r. - 28,1, 1970 r. - 75,2, a w 1980 r. - już 169 metrów sześciennych rocznie. O rozwoju i modernizacji gospodarstw domowych świadczy też fakt wielkiego wzrostu zużycia energii elektrycznej na jednego mieszkańca - z 98,5 kWh w 1960 r. do 361,4 kWh w 1980 r. (9). Dane te pokazują, iż pierwszy okres, to stosunkowo powolny rozwój, jak można przypuszczać, główną uwagę zwracano wówczas na usunięcie wojennych zniszczeń, ale też warto przypomnieć, iż był to okres najbardziej totalitarnej dyktatury lat 1944/1945-1989, czasy największego ograniczania samorządności, swobód i obywatelskich inicjatyw. Przyspieszenie nastąpiło stopniowo, od lat siedemdziesiątych. Można więc stwierdzić, iż drugie półrocze XX wieku, to dla Piotrkowa Trybunalskiego okres wielkich przemian w środowisku, modernizacji i unowocześniania. Znowu wraca tu jednak pytanie, czy w warunkach swobód demokra-

tycznych i gospodarki innej niż narzucona - nakazowo-rozdzielcza, z dominacją państwa i dyktatem sąsiada - nie następowałaby daleko szybciej.

Poza warunkami mieszkaniowymi ważną rolę w zmianach w stanie zdrowia społeczeństwa, w środowisku średniej wielkości polskiego miasta, jakim jest Piotrków Trybunalski, odgrywa profilaktyka. Można tu przypomnieć jeden z jej aspektów - szczepienia ochronne, a także i inne medyczne działania zapobiegawcze. Wprowadzano je systematycznie od chwili odzyskania niepodległości w 1918 r. Jako pierwsze rozpoczęto w całym kraju - od 1919 r. - szczepienie przeciwko ospie prawdziwej. Dzięki temu udało się już w latach dwudziestych wyeliminować tę chorobę. Należy jednak pamiętać, iż ostatnie, stosunkowo niewielkie, lecz groźne i wzbudzające panikę epidemie tej choroby pojawiły się w Polsce jeszcze w pierwszej połowie lat sześćdziesiątych XX wieku. Po wojnie kontynuowano te działania, wprowadzając przymus szczepień przeciwko kolejnym chorobom lub podejmując inne akcje zapobiegawcze. Już 17 kwietnia 1945 r. ówczesny Minister Zdrowia wydał rozporządzenie wprowadzające przymusowe, obowiązkowe, bezpłatne szczepienia przeciwko durowi brzuszemu dla osób urodzonych między rokiem 1885 a 1940. Była to kontynuacja akcji podjętej jeszcze przed wojną. Wtedy jednak nie zdecydowano się na tak masowe działania, ograniczając się do szczepień niektórych grup szczególnie zagrożonych (np. dzieci wyjeżdżających na kolonie na tereny, gdzie ta choroba występowała endemicznie). Pod koniec II wojny światowej, gdy zagrożenie ze strony duru brzuszego było po-

wszechne, w znacznej mierze spowodowane dużymi zniszczeniami infrastruktury w miastach, zdecydowano się na radykalne rozwiązanie problemu. Innym ważnym dokumentem był dekret z 16 kwietnia 1946 r. *o zwalczaniu chorób wenerycznych*, czyli: kiły, rzeżączki i wrzodu wenerycznego. Wojna bowiem spowodowała nie tylko spustoszenia materiale, ale i moralne. Tak zwana *Akcja W* była prowadzona przez wszystkie władze i instytucje administracji państwa, a w razie ewentualnego oporu chorych można było zastosować przymusowe leczenie. Trzeci akt normatywny warty przypomnienia opublikowano kilkanaście lat później - 22 kwietnia 1959 r. Była to ustawa o zwalczaniu gruźlicy. Na jej podstawie nie tylko można było rozwinąć leczenie, ale przede wszystkim prowadzić systematyczne, obowiązkowe profilaktyczne badania lekarskie, a także wykonywać masowe szczepienia przeciwgruźlicze. Tutaj również należy pamiętać, iż walka z gruźlicą była intensywnie prowadzona już przed wojną, między innymi rozpoczęto akcję szczepień. Nie było jednak wówczas skutecznych leków, a głównie z powodu olbrzymich kosztów nie zdecydowano się na masowe powszechne badania profilaktyczne. Dopiero w okresie po II wojnie, dzięki postępom w diagnostyce, terapii i profilaktyce przeciwgruźliczej można było tę chorobę skutecznie zwalczać. Wcielenie wspomnianych dokumentów w życie, a także innych, podobnych, spowodowało olbrzymie zmiany w środowisku piotrkowskim, wpłynęło na wyeliminowanie wielu zagrożeń (4, 6, 15, 19).

Zmiany w środowisku Piotrkowa Trybunalskiego spowodowały też istotne zmiany w stanie zdrowia ogółu społeczeństwa. Przez

pierwsze powojenne dziesięciolecie zarówno w całym kraju, jak i w samym mieście i na terenie powiatu piotrkowskiego stwierdzano zachorowania na ostre choroby zakaźne przewodu pokarmowego, takie, jak: dur brzuszny i czerwotka, a także na dur osutkowy, błonicę i płonicę. W pierwszych powojennych latach w całym kraju najczęściej występował dur brzuszny (w 1945 r. ponad 81 tysięcy, wobec niecałych 16 tysięcy w 1938 r.), błonica (po ponad dwadzieścia tysięcy zachorowań w latach 1945-1946 - poziom podobny do roku 1938) i dur osutkowy (ponad 15 tysięcy w 1945 r., tuż przed II wojną światową - niecałe 4 tysiące). Dur brzuszny i osutkowy zaczęły zanikać dopiero w latach siedemdziesiątych, błonica nieco wcześniej, na początku tego dziesięciolecia, podobnie jak nie wymieniona wcześniej Poliomyelitis (choroba Hainego-Medina). Spadała też śmiertelność spowodowana tymi chorobami (szczepienia przeciwko niej zapoczątkowano przed 1939 r.). Niewątpliwie najbardziej masową chorobą drugiego półwiecza ubiegłego wieku, a właściwie całego tego stulecia, pozostała grypa, na którą na przykład w całej Polsce zachorowało w roku 1970 ponad 3,8 miliona osób, a pięć lat później - 3, 7 miliona. Przez wiele powojennych lat spustoszenie szerzyła też gruźlica. W Polsce w 1955 r. było prawie 125 tysięcy chorych na tę chorobę, dwadzieścia lat później - jeszcze ponad 25 tysięcy. Zgony z powodu tej choroby były bardzo liczne - w 1950 r. - ponad 26 tysięcy, pięć lat później - prawie 14 tysięcy, w 1970 - nieco ponad 8 tysięcy, a w 1975 - już, czy raczej jeszcze około połowa tej liczby. Podobnie było w Piotrkowie Trybunalskim i powiecie piotrkowskim. W latach czterdziestych występowały

wszystkie wymienione choroby i w na tym terenie najczęściej stwierdzano z ostrych chorób zakaźnych dur brzuszny - w pierwszych powojennych latach po kilkaset przypadków na całym wspomnianym obszarze. Nieco mniej, poniżej 100 zachorowań było z powodu duru osutkowego, błonicy, czy płonicy. Na gruźlicę zapadało wtedy po 200-300 osób rocznie, a umierało kilkadziesiąt (3, 6).

Dzięki badaniom przeprowadzonym na początku lat sześćdziesiątych wiadomo, że w Piotrkowie Trybunalskim w porównaniu do całego kraju stan zdrowia nie był najlepszy. O ile w Polsce w 1961 r. chorobowość (na jeden tysiąc ludności) wynosiła 605,6, to w Piotrkowie Trybunalskim 867,3. Najliczniej występowały choroby układu oddechowego - w całym kraju 145,8 na tysiąc potencjalnych pacjentów, w trybunalskim grodzie - 252,5. Choroby zakaźne stanowiły już mniejsze zagrożenie - w Polsce 62,1 zachorowań na tysiąc, a Piotrkowie Trybunalskim - 74,9, w tym na gruźlicę odpowiednio - 21,8 i 28,6. W omawianym mieście podobnie chorobowość wyglądała jeśli chodzi o choroby układu trawiennego - i tu daleko mniejsza była zachorowalność w skali całego kraju. W Piotrkowie Trybunalskim w latach sześćdziesiątych przestał występować dur brzuszny i błonica, były tylko pojedyncze przypadki czerwonki, nie notowano już duru plamistego. Najwięcej zachorowań stwierdzano na grypę, na przykład w 1965 r. 1616 przypadków na 10 tysięcy mieszkańców. Wśród dzieci groźna była też odra - po kilkaset przypadków rocznie we wspomnianym czasie. Już na daleko mniejszą skalę, ale nadal w 1965 r. groźna była gruźlica, zmarło z jej powodu wtedy 19 osób, a z powodu chorób za-

każnych - tylko jedna. Największa śmiertelność spowodowana była wtedy chorobami serca, dużo było też zgonów z powodu uszkodzeń naczyń ośrodkowych układu nerwowego, zapalenia płuc i nowotworów (1, 3, 6).

Analizując powyższe dane epidemiologiczne można stwierdzić, iż w środowisku piotrkowskim obserwujemy podobne zmiany, jak w całym kraju. Stopniowo były eliminowane niektóre choroby zakaźne, dzięki rozwojowi nowoczesnej medycyny lepiej, dokładniej poznawano przyczyny zachorowań i zgonów. Należy jednak podkreślić, iż stan zdrowia społeczeństwa piotrkowskiego był nieco gorszy, niż przeciętna krajowa. Trudno dociec, dlaczego tak było, być może i tutaj środowisko odgrywało pewną rolę, a zmiany zachodziły wolniej. Inna, to fakt przenosin młodych ludzi, studiujących i pragnących zrobić zawodową karierę, do dużych miast. Zostawiali w mieście starsi, bardziej podatni na choroby, czasami potocznie Piotrków Trybunalski był nawet nazywany, chyba nie w pełni słusznie, *miastem emerytów*.

Czy omówione poprzednio przeobrażenia w środowisku wpływały na przynajmniej niektóre korzystne zmiany w obrazie stanu zdrowia społeczeństwa. W kilku przypadkach należy stwierdzić, że zmiana warunków bytowania, pozytywne przekształcenia środowiska, niewątpliwie przyczyniało się do poprawy stanu zdrowia. Dur osutkowy rozprzestrzenia się poprzez wszy - łazienki w coraz większej ilości mieszkań, bieżąca woda do mycia niewątpliwie w znacznym stopniu spowodowały zanik tej choroby. Podobnie było w przypadku ostrych chorób przewodu pokarmowego. Zarówno dur brzuszny, jak i czer-

wonka występują w środowiskach, w których nie przestrzega się podstawowych norm i przepisów sanitarnych, gdzie nie dba się o czystość i higienę. Brudne ręce, woda w studni zanieczyszczona fekaliami, przedostającymi się ze źle wykonanego szamba, czy z pomieszczeń dla zwierząt, nie zachowywanie higieny żywienia, to wszystko niewątpliwie bardzo wpływało na liczne wcześniejsze zachorowania. Stopniowe eliminowanie takich sytuacji, poprawa środowiska w znaczący sposób pozytywnie zmieniło sytuację. Stopniowe rozbudowywanie sieci wodociągowej i kanalizacyjnej spowodowało korzystne zmiany.

Warto przy okazji zwrócić uwagę na jeszcze jeden czynnik, wcześniej nie poruszony - zmiany w żywieniu. W okresie przedwojennym wprawdzie nie było kłopotów z zaopatrzeniem, ale w wielu wypadkach występowały duże obszary biedy i niedożywienia a na wsi istniał termin *przednówek*. Lata powojenne, to znane wszystkim, którzy żyli w tych latach *przejściowe* trudności z zaopatrzeniem, liczne braki w sklepach, mała podaż towarów, wątkła sieć handlu (po jego masowym upaństwowieniu w 1947 r.), ale z drugiej strony nastąpiła jednak istotna pozytywna zmiana - niedożywienie przestało być problemem na dość dużą skalę. Wzrastało spożycie takich produktów jak mleko i jego przetwory, cukier, mięso, ryby (te ostatnie do dziś zdaniem dietetyków zajmują zbyt mało miejsca w polskiej diecie). Stopniowo spadało za to spożycie ziemniaków i przetworów zbożowych. Według oficjalnych danych roczne spożycie tłuszczów przez statystycznego Polaka do lat pięćdziesiątych XX wieku to około ośmiu kilogramów, w 1958 r. już ponad 14, a w końcu lat sześćdziesiątych po-

nad 21 kg; mięsa i ryb odpowiednio 24-26 kg, ponad 44 w końcu lat pięćdziesiątych i ponad 52 kilogramy dziesięć lat później. Niewątpliwie te kwestie wpływały też na kondycje społeczeństwa, przyczyniały się do poprawy stanu zdrowia (2, 6, 7, 10, 14, 16).

Podsumowując powyższe rozważania widać wyraźnie, jak różne czynniki wpływały na zmiany środowiska, a to z kolei powodowało przekształcenia w sferze zdrowotności społeczeństwa polskiego w drugiej połowie ubiegłego wieku. Piotrków Trybunalski, średniej wielkości miasto w centrum naszego kraju może służyć jako dobry przykład zmian zachodzących w tamtych latach.

Streszczenie

Lata po II wojnie światowej, to okres wielkich zmian w Polsce. Z jednej strony to brak demokracji, sprawowanie władzy przez narzucone przez wschodniego sąsiada osoby i system polityczno-gospodarczy, czasy mniej lub więcej totalitarnych rządów. Z drugiej strony następuje zarówno odbudowa po wojennych zniszczeniach, jak i modernizacja, unowocześnienie. Zmiany w środowisku w pozytywny sposób wpłynęły na stan zdrowia społeczeństwa. W tym okresie przestały występować niektóre groźne niegdyś choroby infekcyjne, poprawiły się warunki bytowe, mimo trudności powodowanych przez coraz bardziej anachroniczny system polityczno-gospodarczy.

Piśmiennictwo

1. *Branowitzer Z., Gajda M.*: Chorobowość i zachorowalność ludności Piotrkowa Trybunalskiego w r. 1961 (Na podstawie danych z zakładów leczenia otwartego). *Zdrowie Publiczne*. 1964 r.; nr 4.
2. *Brzoza C., Sowa A. L.*: Wielka historia Polski, T. 5, Cz. I, Polska w czasach niepodległości i drugiej wojny światowej (1918-1945). Cz. II Od drugiej do Trzeciej Rzeczypospolitej (1945-2001). Kraków 2003.
3. Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919-1962, praca zbiorowa pod redakcją *J. Kostrzewskiego*. Warszawa 1964.
4. Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych. (Dz. U. z 1946 r. nr 18 poz. 119).
5. *Drozdowski M. M.*: Eugeniusz Kwiatkowski. Wrocław Warszawa Kraków 2001.
6. *Felchner A.*: Zdrowie i zdrowotność piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku lat 70-tych XX wieku). Wrocław 2006.
7. *Friszke A.*: Polska. Losy państwa i narodu 1939-1989. Warszawa 2003.
8. *Góral J.*: Ludność miasta w latach 1945-1981 [w] *Dzieje Piotrkowa Trybunalskiego*. *Baranowski B. (red.)*. Łódź 1989.
9. *Góral J.*: Przemiany gospodarcze w latach 1945-1981 [w] *Dzieje Piotrkowa Trybunalskiego*. *Baranowski B. (red.)*. Łódź 1989.
10. *Kaliński J.*: Przemiany strukturalne w gospodarce polskiej w latach 1944-1970. Warszawa 1993.
11. *Łaszek M.*: Układ przestrzenny w latach 1945-1980 [w] *Dzieje Piotrkowa Trybunalskiego*. *Baranowski B. (red.)*. Łódź 1989.
12. Oświadczenie rządowe z dnia 30 sierpnia 1950 r. w sprawie wystąpienia Polski ze Światowej Organizacji Zdrowia. (Dz. U. z 1950 r. nr 41 poz. 373).
13. Podstawowe informacje z narodowego spisu powszechnego ludności i mieszkań oraz powszechnego spisu rolnego 2002. Gmina miejska Piotrków Trybunalski. Łódź 2003.
14. *Przelaskowski W.*: Spożycie żywności w Polsce Ludowej. Warszawa 1960.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 1945 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Administracji Publicznej w sprawie przeprowadzenia przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzuszemu. (Dz. U. z 1945 r. nr 15 poz. 88).
16. *Skodlarski J.*: Zarys historii gospodarczej Polski. Warszawa Łódź 2000.
17. Ustawa z dnia 21 lipca 1950 r. o 6-letnim planie rozwoju gospodarczego i budowy podstaw socjalizmu na lata 1950-1955. (Dz. U. z 1950 r. nr 37 poz. 344).
18. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o przejęciu aptek na własność Państwa. (Dz. U. z 1951 r. nr 1 poz. 1).
19. Ustawa z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy. (Dz. U. z 1959 r. nr 27 poz. 170).

Praca zawiera 30 757 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

**„DIE AERZTIN IM HAUSE VON DR. MED.
JENNY SPRINGER. PRAKT. AERZTIN”
- WIEDZA O ZDROWIU POŻĄDANA
NIE TYLKO W ŚRODOWISKU DOMOWYM –**

Mirosława Felsmann*, Mariusz Felsmann**,
Paulina Turkiewicz***

*Zakład Teorii Pielęgniarstwa Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Katedra Patofizjologii, Weterynarii Sądowej i Administracji
Wydział Medycyny Weterynaryjnej
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

***Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.
emzetef@wp.pl

Nie tylko w naszych czasach dużym powodzeniem cieszą się wszelkiego rodzaju poradniki, w tym te traktujące o zdrowiu i urodzie.

Nasze zdrowie, jako stan bezpośrednio wpływający na życie, zawsze było przedmiotem powszechnego zainteresowania.

W latach minionych jedynie brak środków technicznych uniemożliwiał szerzenie wiedzy medycznej wśród ogółu społeczeństwa. Publikacje związane z promocją zdrowia, nawet w dzisiejszym rozumieniu znaczenia tego terminu, istniały praktycznie od czasów powstania sztuki pisania, a upowszechniać się zaczęły wraz z popularyzacją wynalazku Gutenberga.



Ryc. 1. Portret dr Jenny Springer

Rozwój nowoczesnej medycyny, związany bezpośrednio z rozwojem gospodarczym i postępem technicznym, przyczynił się do co-

raz szerszego rozwoju oświaty prozdrowotnej, wypierającej zabobon oraz poczynania wszelkiej maści znachorów i uzdrowiaczy.

Przykładem bardzo nowoczesnej, nie tylko w momencie wydania, publikacji szerzącej wiedzę o zdrowiu człowieka, wraz z profilaktyką oraz sposobami leczenia i likwidowania skutków wypadków, jest poradnik „Lekarka domowa” autorstwa Jenny Springer. Książka wydana po raz pierwszy w Dreźnie w 1910 – tytuł oryginalny „Die Aerztin im Hause” – doczekała się licznych wznowień. Dr. med. Jenny Springer, autorka „Lekarki domowej”, mogła wykonywać zawód lekarza na terenie ówczesnych Niemiec i Szwajcarii. Dr Springer musiała być bardzo wykształconą i światłą osobą, skoro na kartach swojej książki (w przypadku tej publikacji słowo poradnik jest wielce nieestosowne) obok prostych metod domowego leczenia omawia także, raczkującą wtedy, elektro i rentgenoterapię. Jako lekarz ginekolog i kobieta, dr Jenny Springer bardzo dużo miejsca, na kartach „Lekarki”, poświęca kobietom i ich chorobom. Z drugiej strony jest to zrozumiałe, biorąc pod uwagę rolę w rodzinie ówczesnej męża i ojca, która nie zakładała opiekowania się chorymi w domu rodzinnym. Rola opiekunki, piastunki i organizatorki życia domowego przyspadała kobiecie.

Na uwagę zasługuje oprawa edytorska liczącego 1160 stron wydawnictwa. Twarda oprawa, szyte kartki, około tysiąca ilustracji (też barwnych), rysunków i tabel wraz z wklejkami i pergaminowymi przekładkami, sprawia, że książka nie była tania, tym samym nie docierała do szerokiego grona odbiorców. Nie zmienia to faktu, że była wydawnictwem bardzo nowoczesnym i na owe czasy nowatorskim, a rozle-

gła wiedza przekazywana za jej pośrednictwem wymagała od odbiorcy stosownego przygotowania w postaci wykształcenia i gotowości przyjęcia nowych treści. Z tego chociażby względu nie była przeznaczona dla przypadkowego odbiorcy, chociaż w zamyśle autorki miała trafić do jak najszerzego kręgu odbiorców.



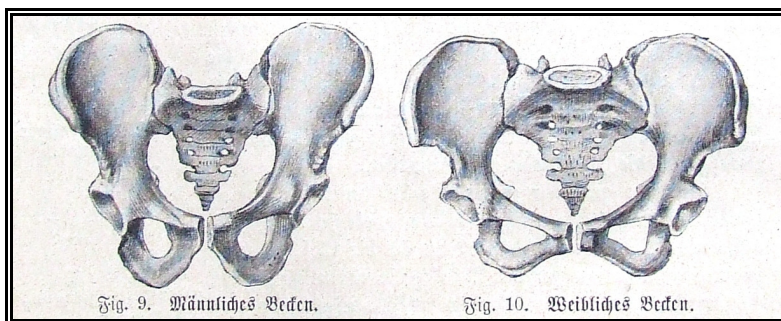
Ryc. 2. Przykłady dbałości o formę edytorską. Secesyjne w formie strony tytułowe wybranych działów „poradnika”.

Książka, jak pisze autorka pod tytułem, służy wyjaśnianiu i instruowaniu o zdrowiu i chorobach poprzez odpowiedzi na najważniejsze pytania dotyczące zdrowego trybu życia i wiedzy medycznej.

Pierwsza część publikacji pod niemieckim tytułem *Der Mensch* – Człowiek odnosi się do anatomii i fizjologii, podstaw patologii, oraz higieny i nauki o chorobach.

Podobnie jak w klasycznych podręcznikach anatomii, na początku omówiono układ kostny człowieka. Czytelnik uzyskuje podstawowe informacje o budowie kości, ich rozwoju oraz znaczeniu. Poszczególne kości przedstawione są począwszy do czaszki, która jest zaprezentowana z podziałem na część mózgową (jako zasadniczą) oraz szczęki. Zwraca się tutaj uwagę na znaczenie poszczególnych kości czaszkowych oraz podaje nazwy okolic puszek mózgowych. Niejako uspokajającym dla odbiorcy jest stwierdzenie o normalności występowaniu na kości czołowej „wystających tworów”, zwanych obecnie wałami nadoczodołowymi. Opis kręgosłupa szyjnego i piersiowego połączony jest z podaniem nazw i roli kości ręki. W opisie podano możliwości ruchowe stawów wraz z elementami anatomicznymi umożliwiającymi określone ruchy. Omawiając kończyny dolne podkreślono połączenie ich z kręgosłupem poprzez miednicę. Wspomniane wcześniej doskonałe ilustracje w przypadku miednicy pozwalają na wzrokowe uchwycenie różnic w budowie miednicy u kobiet i mężczyzn. Zwrócono też uwagę na rolę kości miednicy w podtrzymywaniu narządów jamy brzusznej. Podobnie jak w przypadku ręki, kończyna dolna została opisana wraz z rolą stawów i zakresem ich ruchomości. Uwzględniono też opis elementów poszczególnych kości mających znaczenie dla zdolności ruchowych kończyny dolnej człowieka. Charakterystyka

stawów zawiera informacje o mazi i torebce stawowej oraz o roli więzadeł i mięśni dla ich stabilizacji.

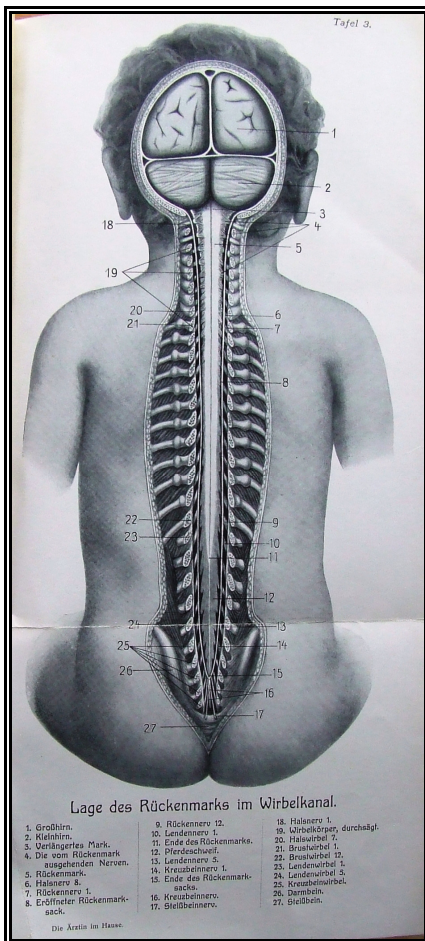


Ryc. 3. Różnice w budowie miednicy mężczyzny i kobiety.

Mięśnie opisano z podziałem na gładkie i poprzecznie prążkowane, zaznaczając, że te drugie podlegają woli człowieka. Opisując budowę mięśni zaznaczono, że składają się z bardzo licznych włókien połączonych na końcach ścięgnami. Podając rolę mięśni w sposób prosty i sugestywny zaznaczono, że generalnie zbliżają do siebie dwie różne kości z którymi są połączone. Jednakże zwrócono uwagę na rolę mięśni mimicznych oraz mięśni wewnętrznych tułowia, w tym przepony. W miarę szczegółowo opisano mięśnie kończyn. Co ciekawe opisano też stężenie pośmiertne, podając przyczynę „wydłużania się” ciała człowieka po śmierci.

Omawiając układ nerwowy dużą rolę przywiązano do opisu roli centralnego układu nerwowego, zarówno w funkcjonowaniu organizmu człowieka, jak też w procesach myślowych. Zwrócono uwagę na zaburzenia psychiczne będące następstwem uszkodzenia CUN. God-

nym podkreślenia jest polemika z przypisywaniem, przez duchownych, zaburzeń psychicznych opętaniu przez diabła. Czytając opis budowy rdzenia kręgowego czytelnik dowiadywał się o istnieniu płynu

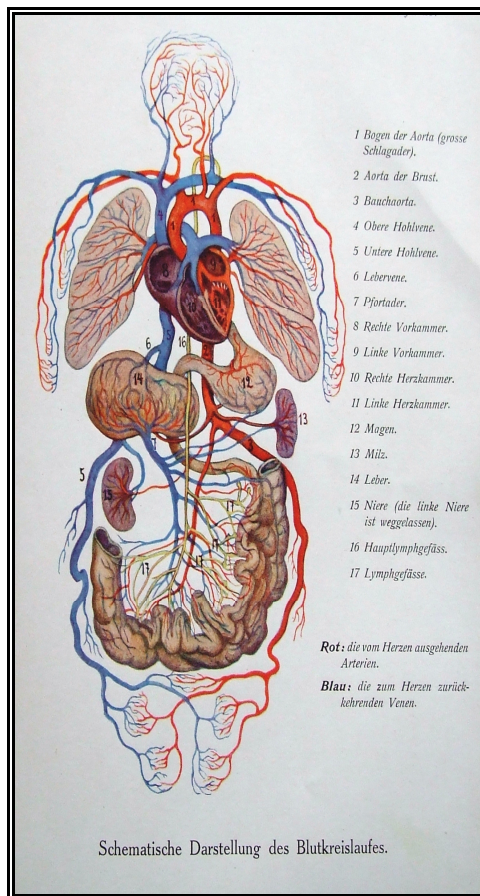


Ryc. 4. Umiejscowienie rdzenia kręgowego w kanale kręgowym.

mózgowo-rdzeniowego oraz o symetrycznym układzie nerwów obwodowych odchodzących od rdzenia między poszczególnymi kręgami. W tej części książki opisano też połączenie wszystkich tkanek i narządów z mózgiem, podkreślając rolę nerwów obwodowych jako łącznika. Jako przykład wpływu mózgu na narządy wewnętrzne podano biegunkę, występującą nagle w następstwie różnych stanów psychicznych (np. strachu) prowadzących do pobudzenia, poprzez połączenia nerwowe, perystaltyki jelit.

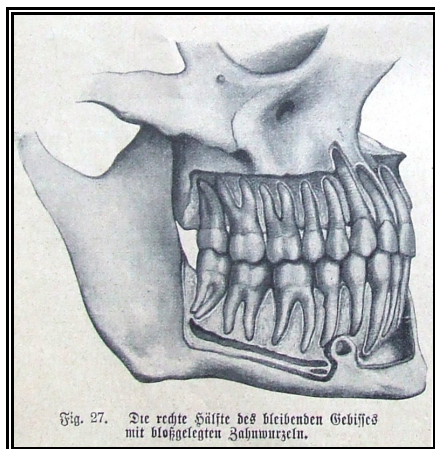
Układ krwionośny został opisany poczynając od roli i składu krwi, uznanej za płyn odżywiający ciało. Czytelnik dowiadywał się czym różnią się żyły i tętnice, jaka jest rola serca. Z ilustracji można było zapoznać się z kształtem krwinki czerwonej, a z opisu dowiedzieć się o roli hemoglobiny zawartej w tych krwinkach. Autorka podała umiejscowienie serca w klatce piersiowej, wraz z informacją o worku osierdziowym. Scharakteryzowała różnice w budowie ścian tętnic i żył oraz rolę zastawek sercowych.

Krótki opis układu oddechowego zawierał informacje o poszczególnych strukturach anatomicznych tworzących ten układ. Dokładnie, wykorzystując ilustracje, opisano krtani (również w aspekcie wytwarzania dźwięku) i tchawicę. We wzmiance o płucach zwrócono uwagę na rolę poszczególnych elementów tworzących płuca, w tym na pierwszoplanową, dla utrzymania życia, wymianę gazową. Czytelnik poznawał mechanizm oddychania oraz fizjologiczną częstość oddechu u dorosłych i dzieci.



Ryc. 5. Układ krwionośny – schemat.

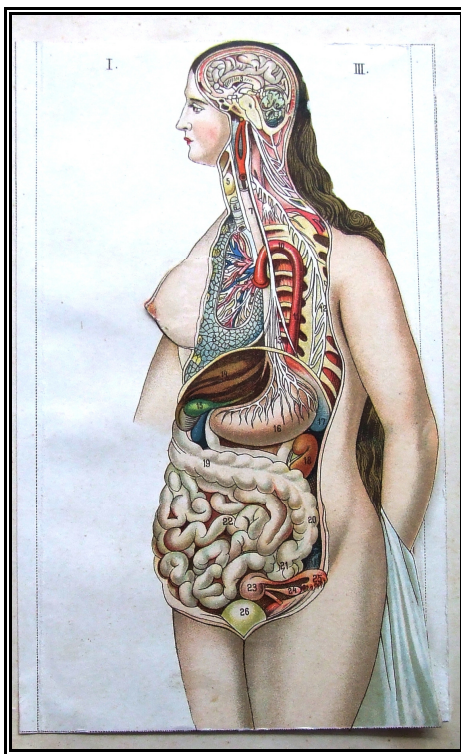
Układ trawienia określono jako przewód (po niemiecku *Schlauch*) ciągnący się od ust do odbytu. Dużo miejsca poświęcono zębom, ich budowie i funkcji. Na uwagę zasługują rysunki ilustrujące budowę zęba oraz umiejscowienie zębów w żuchwie i szczęcie.



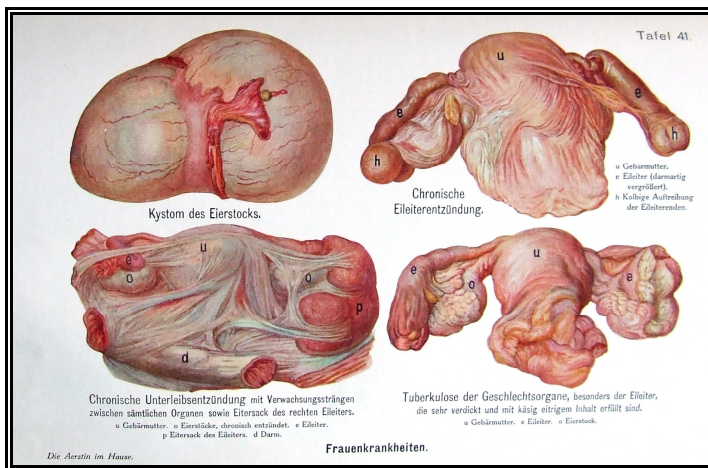
Ryc. 6. Umieszczenie zębów w szczęce i żuchwie.

Zainteresowany dowiadywał się o liczbie poszczególnych typów zębów i czasie wymiany zębów mlecznych na stałe. Bardzo precyzyjne są też opisy jamy ustnej, w tym roli języka i ślinianek. Podaną rolę nagłośni w ochronie przed zakrztuszeniem. W opisie żołądka i jelit zwrócono uwagę na odmienności budowy i funkcji poszczególnych odcinków jelit. Czytelnik był informowany też dlaczego tak często dochodzi do zapaleń wyrostka robaczkowego. W opisie trzustki i wątroby na uwagę zasługują także rysunki doskonale odzwierciedlające elementy morfologiczne tych narządów. w tym miejscu książki autorstwa dr Springer, różnic między mężczyzną i kobietą. Różnice te, co podkreślono, nie dotyczą jedynie budowy narządów płciowych, ale również sfery duchowej. Autorka, jak wcześniej wspomniano, dokładnie opisuje anatomię narządów płciowych, podając informacje o roli

ukrwienia i unerwienia w ich funkcjonowaniu. Co ciekawe, nawiązując do rozmiarów mniejszych warg sromowych u niektórych ludów afrykańskich, twierdzi, że właśnie zbyt duże ich rozmiary są przyczyną konieczności dokonywania obrzezania.



Ryc. 7. Znajdujący się na końcu książki wklejka umożliwia zagłębienie w głąb organizmu ludzkiego



Ryc. 8. Zmiany anatomopatologiczne występujące w narządach wewnętrznych kobiety w następstwie różnych chorób.

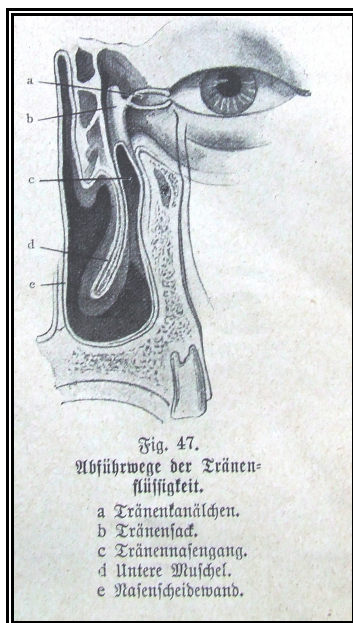
Osobno opisywana jest skóra wraz z jej wytworami – paznokciami i włosami.

Dużo miejsca poświęcono w „Lekarce” narządom zmysłów. Opisując narząd wzroku i słuchu posłużono się bardzo precyzyjnymi ilustracjami. Na uwagę zasługuje opisanie chociażby przewodów nosowo-łzowych oraz kosteczek słuchowych. Na przekrojach uwidocznione elementy anatomiczne jamy nosowej.

Szczegóły anatomiczne, oprócz opisów i schematów, zobrazowano również ilustracjami barwnymi zachowującymi aktualność do dzisiaj.

Wiele kwestii fizjologii organizmu ludzkiego poruszono w dziale anatomicznym. W części dotyczącej fizjologii zawarto rolę najważniejszych składników pokarmowych w powiązaniu z ich wpływem na

funkcjonowanie poszczególnych narządów i tkanek. W tej części książki omówiono rolę moczu w organizmie człowieka, podobnie jak wydzielin skóry. Co warto podkreślenia opisy te podkreślają rolę układu nerwowego w funkcjonowaniu innych narządów i układów.



Ryc. 9. Umiejscowienie przewodu nosowo-lzowego.

Przedstawione powyżej dzieła publikacji autorstwa Jenny Springer są jedynie wstępem, podstawą umożliwiającą czytelnikowi na zrozumienie opisów stanów chorobowych i szeroko pojętej prewencji i profilaktyki chorób.



Ryc. 10. Prawidłowy i nieodpowiedni sposób mierzenia temperatury ciała.

Autorka wyjaśnia działanie ekstremalnych temperatur na organizm ludzki, w tym oparzeń, również słonecznych, i odmrożeń. Podaje też zmiany temperatury ciała człowieka w zależności od stanów fizjologicznych oraz w stanach patologicznych. Na wykresach podano charakterystyczny przebieg „gorączki” w wybranych zakażeniach (chorobach zakaźnych).

Obszerna część „poradnika” dotyczy higieny i zachowań prozdrowotnych. Omówione zostały składniki pokarmowe i sposoby odżywiania się. Zaskoczeniem może wydać się podanie składu (z podziałem na wodę białko i tłuszcz) wybranych środków spożywczych pochodzenia zwierzęcego. Autorka nie jest zwolenniczką wegetarianizmu, czemu daje wyraz w polemice z tym sposobem odżywiania się. Jednocześnie szeroko opisuje niebezpieczeństwa wynikające ze spożywania mięsa niewłaściwej jakości. Wiele miejsca poświęca choro-

bom pasożytniczym, w tym trychinozie i tasiemczycy. Opisuje związki zakażenia gruźlicą ze spożywaniem określonych pokarmów. Podkreśla dużą wartość odżywczą mleka i jego przetworów oraz jaj (w tym ikry). Mimo niechęci do wegetarianizmu Jenny Springer dokładnie opisuje surowce roślinne stanowiące pożywienie człowieka. Podkreśla znaczenie mąki z pełnego przemiału dla należytego funkcjonowania przewodu pokarmowego. Wskazuje na znaczenie chleba i ziemniaków w codziennej diecie. Przytacza też pożytek płynący ze spożywania warzyw i owoców, podając procentowo szczegółowy skład niektórych z nich. Nie przecenia znaczenia grzybów w diecie, podkreślając niebezpieczeństwa płynące ze spożywania gatunków trujących. Co ważne, już wtedy dokładnie zna wpływ soli na organizm człowieka, zalecając ostrożność w jej stosowaniu. Omawiając przyprawy, nazywane przez autorkę prezentowanej książki korzeniami, podaje miejsce ich pochodzenia oraz sposób preparowania, oczywiście również zastosowanie w kuchni.

Bardzo ważnym spostrzeżeniem dr Springer jest zwrócenie uwagi na fałszowanie środków spożywczych, szczególnie tych przygotowywanych przemysłowo. Troska lekarki, potęgowana jest faktem fałszowania żywności oferowanej przede wszystkim biedniejszym warstwom społecznym. Informacje o używkach do dzisiaj nie straciły nic na naukowym i rzeczowym przekazie.

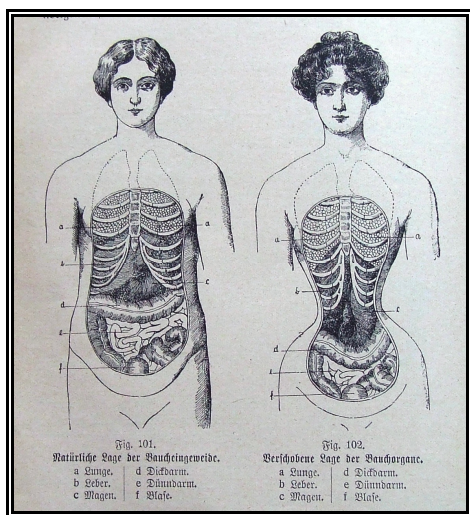


Ryc. 11. Elementy roślinne opisywane w poradniku (zioła, warzywa i grzyby).

Prozdrowotne działanie powietrza i światła jeszcze dzisiaj nie jest uświadamiane przez wielu ludzi, tym samym podkreślanie pozytywnego charakteru tych czynników na początku XX w. uznać należy za bardzo nowoczesne.

Uświadomienie sobie przez ówczesnych lekarzy i fizjologów roli warunków życia ludzi na zdrowie, sprawiło, że inaczej spoglądano na odzież i obuwie noszone przez poszczególne osoby. Dr Springer uważała modę za „tyrana” panującego nad kobietami. Ilustrując deformacje organizmu kobiety noszącej gorset, szczególnie ukazując przemieszanie się narządów wewnętrznych. Te ilustracje były podstawą do omówienia zmian chorobowych wywoływanych za sprawą noszenia gorsetu. Autorka podkreślała konieczność noszenia odzieży nie powodującej ucisków szczególnie przez dziewczęta i młode kobiety.

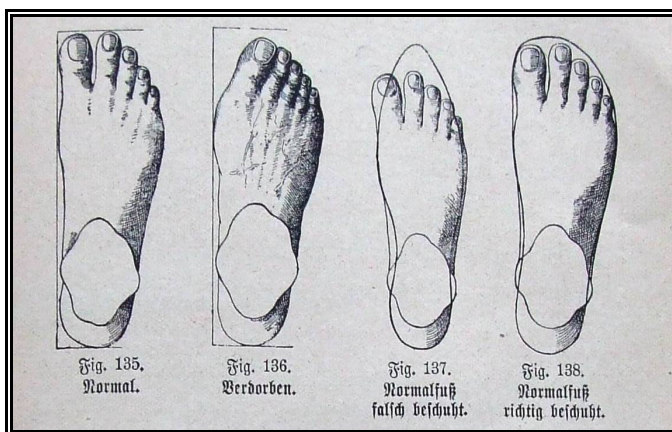
ty. Proponowała, nie tylko noszenie określonych form poszczególnych części garderoby, ale również szycie ich ze wskazanych materiałów. Co warte podkreślenia, mimo dostępności jedynie surowców naturalnych, uważała, że do poszczególnych części garderoby należy stosować wybrane materiały, uzasadniając to ich właściwościami. Nie tylko modna odzież spotykała się z krytyką autorki książki. Noszenie modnych butów o wąskich przodach, uważała za maltretowanie ciała.



Ryc. 12. Deformacja ciała kobiety noszącej gorset

Uwagi Jenny Springer dotyczące urządzania mieszkania i dzisiaj możemy uznać za rewolucyjne, chociaż rzadko się do nich stosujemy, szczególnie posiadając małe mieszkania. Za nieracjonalne uznano na łamach poradnika przeznaczanie największego pokoju na salon wykorzystywany najrzadziej, podczas gdy na sypialnie najmniej-

szy. Autorka zalecała przeznaczanie dla dzieci pomieszczeń w miarę dużych, jasnych i dających się wietrzyć. Już wtedy, na początku XX w., zwrócono uwagę na znaczenie kurzu w powstawaniu niektórych chorób, dlatego zalecano pozbywanie się wszelkich elementów ułatwiających się jego gromadzenie. Za ważny element umożliwiający utrzymanie zdrowia uważano wygodne łóżko z odpowiednim materacem.



Ryc. 13. Prawidłowe dobieranie butów.

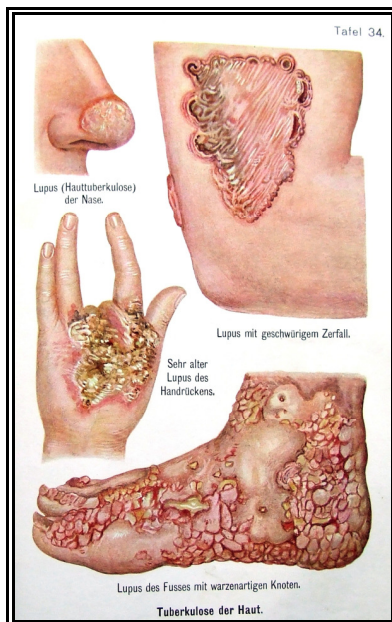
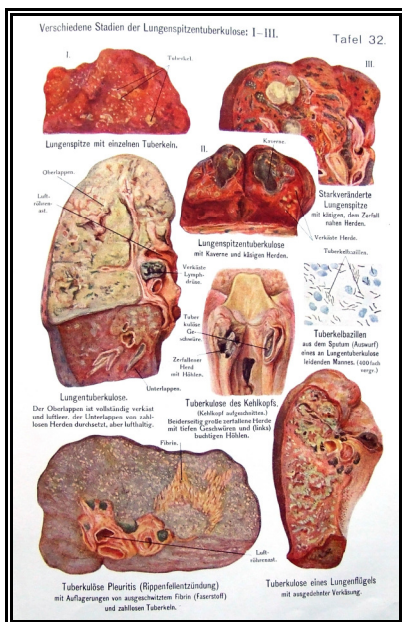
Podobnie jak dzisiaj, dużą rolę w utrzymaniu zdrowia, przypisywano uprawianiu sportu i aktywności fizycznej oraz pielęgnowaniu ciała. Zalecano szczotkowanie zębów, częste kąpiele (również w zimnej wodzie), gimnastykę, pływanie, a także biegi, jazdę na rowerze i jazdę konną.

Podane zalecenia w niczym nie ustępują dzisiejszym normom zdrowego trybu życia.



Ryc. 14. Przykłady form odzieży zalecanej przez dr Springer.

Największa część „poradnika” jest poświęcona chorobom będącym, w okresie wydania książki, najczęstszym zagrożeniem dla zdrowia i życia ludzi. Na uwagę zasługuje dokładność i prostota przekazu, w jaki autorka zaznajamia z objawami poszczególnych jednostek chorobowych. Opisy te, w szczególności w stosunku do chorób dzisiaj nie występujących w Europie, bądź występujących rzadko, mogą być źródłem wiedzy o nich nawet dla współczesnych pracowników opieki zdrowotnej, z lekarzami włącznie. Szczególne cenne są barwne ilustracje zmian anatomopatologicznych występujących w przebiegu chorób zakaźnych.



Ryc. 15. Zmiany charakterystyczne dla gruźlicy.

Szeroki opis poświęcono, dzisiaj niezmiernie rzadkiej odrze i tyfusowi plamistemu, a także płonicy, krztuścowi i grypie. Zdecydowanie najczęściej miejsca dr Springer poświęciła gruźlicy, stanowiącej w jej czasach wyzwanie dla lekarzy. Sugestywne są rysunki przedstawiające osoby dotknięte skórą formą gruźlicy, nazywaną wtedy wilkiem (Lupus), jak również opis trądu wraz z ilustracjami przedstawiającymi chorych ze zmianami charakterystycznymi dla tej choroby. Należy też podkreślić znaczenie leczenia wściekliczny metodą Pasteura, co podkreślała niemiecka lekarka. Opisując przy tym sposób przygotowywa-

nia szczepionki i jej stosowanie. Podkreślała też brak ratunku dla osób pokąsanych, u których wystąpiły objawy tej śmiertelnej do dzisiaj choroby. Przedstawienie symptomów wścieklizny wiąże się z okazaniem empatii dla chorych, nie pierwszy i nie jedynym w tej publikacji.



Ryc. 16. Zmiany charakterystyczne dla gruźlicy skóry twarzy, tzw. wilk (Lupus).

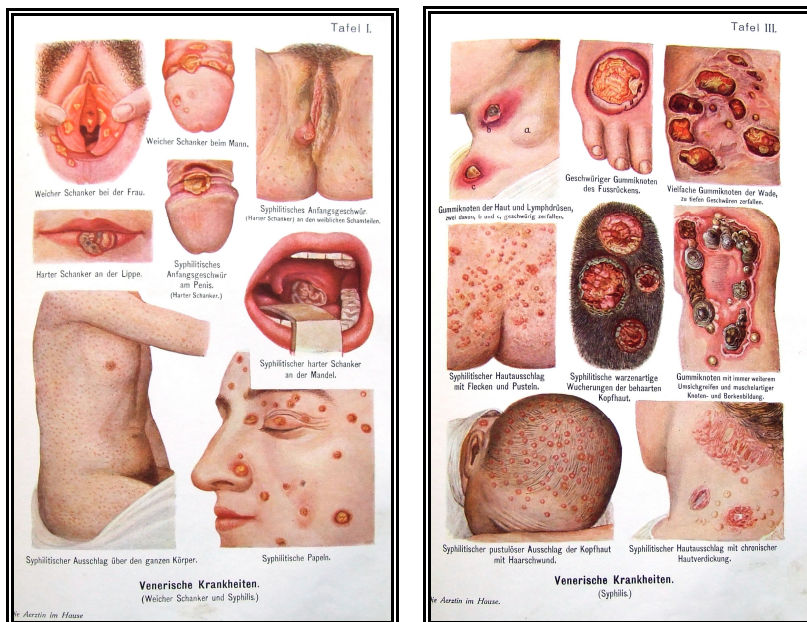
Równie sugestywne i precyzyjne są opisy chorób niezakaźnych, w tym chorób przemiany materii. Wymienić tu można artretyzm, cukrzycę, czy otyłość. Jako, że autorka książki była ginekologiem skupiała się w swojej książce na chorobach kobiecych i dziecięcych, nic więc dziwnego, że bardzo wiele miejsca poświęciła krzywicy, nazywanej też chorobą angielską. Jako przyczynę uznawała błędy dietetyczne prowadzące do zaburzeń kostnienia w okresie wczesno dziecięcym. Trafnie spostrzegła niedbalstwo matek, jako powód utrwalania się objawów chorobowych. Zalecała szczegółowe oglądanie dzieci

podczas kąpieli i udawanie się po specjalistyczną pomoc w przypadku zauważenia najmniejszych nawet symptomów krzywicy. Jako element profilaktyczny wskazywała zażywanie tranu, bowiem już wtedy wiadano, że krzywicę powoduje niewłaściwe wchłanianie wapnia, a nie jego niedobór. Fragment poświęcony krzywicy jest bogato ilustrowany.

Specjalizacja autorki „poradnika” znalazła odzwierciedlenie w opisie chorób wenerycznych, będących ówczesną plagą, wobec braku skutecznych leków. Podkreślała ogólnoustrojowy charakter chorób przenoszonych drogą płciową, nie ograniczając się do opisu objawów skórnych. Wspomnianą wcześniej empatię wobec chorych prezentowała chociażby opisując objawy kiły, wyrażając troskę szczególnie o ludzi dotkniętych kiłą wrodzoną. Podkreślała wielofazowość tej choroby oraz łatwość przeoczenia objawów pierwotnych. Wskazywała cechy patognomoniczne mające ułatwić chorym rozpoznanie we własnym zakresie. Jako lekarz i jednocześnie naukowiec zwracała uwagę na zmiany w kośćcu, gardle, czy w sercu, co zapewne miało też działać odstrasżająco. W końcowy rozdział swojej książki dr Springer poświęciła problemowi prostytucji, również w aspekcie szerzenia chorób wenerycznych.

Omawiając choroby skóry zwróciła uwagę na stosowanie rentgenoterapii w przypadku strupienia woszczynowego - grzybicy woszczynowej. Jak sama podkreśliła, barbarzyńska metoda polegająca na pokrywaniu chorego obszaru smołą i następnie zrywaniem zaschniętej substancji wraz z włosami, zastąpiono metodą nowoczesną, polegają-

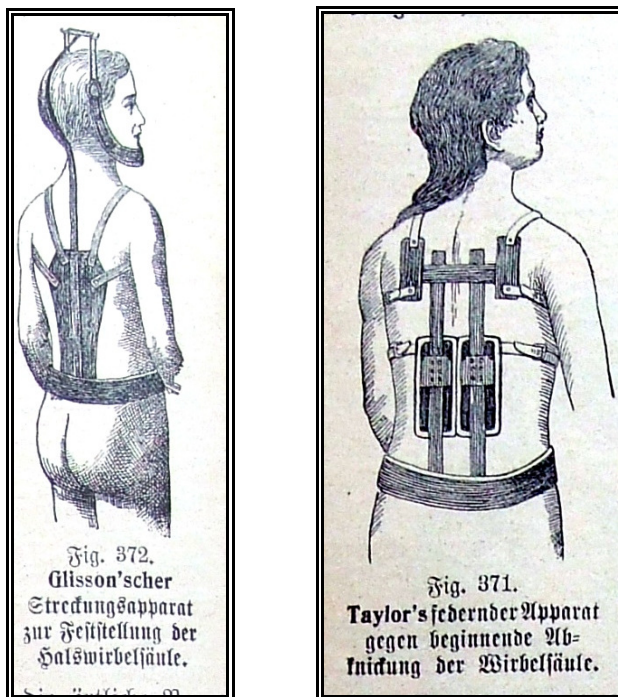
cą na naświetlaniu promieniami rentgena, w następstwie czego włosy wypadały same.



Ryc. 17. Zmiany skórne występujące w chorobach wenerycznych.

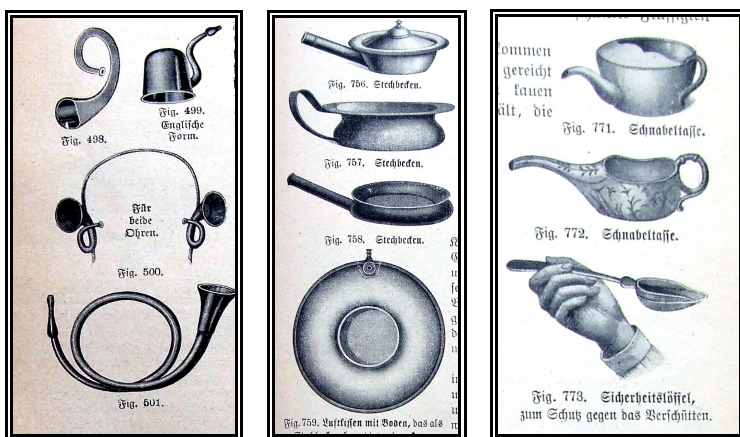
O dużej wiedzy ówczesnych lekarzy niemieckich świadczy Znamość chorób będących następstwem zaburzeń funkcjonowania nerwów obwodowych, w tym porażeń i nerwobóli. Odzwierciedleniem postępów ówczesnej neurologii są opisy zaburzeń w funkcjonowaniu mózgu i chorób CUN.

Dział poświęcony chorobom kości i zaburzeniom kostnienia oraz deformacjom stawów, przedstawia urządzenia służące do leczenia i rehabilitacji osób dotkniętych tymi chorobami.



Ryc. 18. Urządzenia do leczenia wad kręgosłupa.

Wiele miejsca poświęcono w „Lekarce domowej” chorobom oczu, podając ich przyczyny i ucząc jak zapobiegać, przynajmniej niektórym z nich. Czytelnik mógł też poznać przyczyny wad wzroku, zapoznając się z zasadami akomodacji.



Ryc. 19. Słuchawki dla osób niedosłyszących, podsuwacze, poidelka i łyżka do karmienia chorych.

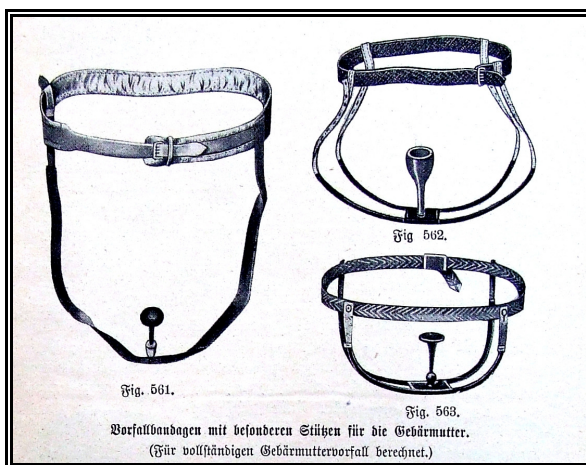
Podobnie opisano narząd słuchu, ilustrując go dodatkowo schematami. Na osobnych rycinach zaprezentowano stosowane ówczśnie urządzenie dla osób niedosłyszących.

Nie tylko dzisiaj próchnica zębów i choroby przyzębia stanowią problem, w „poradniku” poświęcono temu problemowi znaczne miejsce.

Omawiając choroby i dysfunkcje autorka podała szereg praktycznych rad i cennych uwag wpływających na możliwość uniknięcia zachorowań i rad pozwalających na podjęcie leczenia chorób.

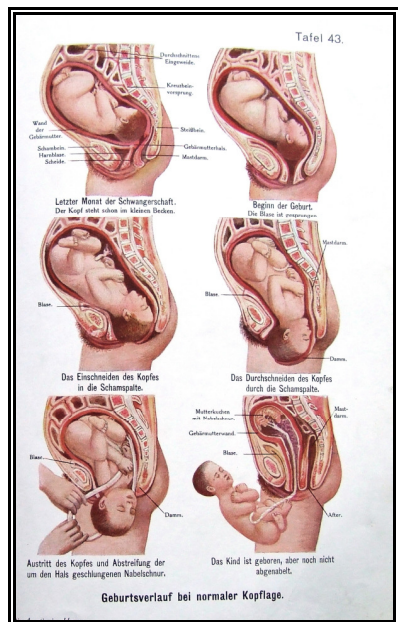
Cały dział swojej książki dr Jenny Springer poświęciła kobiecie i jej chorobom. Na wstępie podkreśliła konieczność krzewienia edukacji seksualnej, twierdząc, że kobiety powinny znać same siebie. Podkreśliła też, że jedynie strach przed uznaniem za „nieobyčajne” nie pozwala im na interesowanie się wiedzą o własnej anatomii i fizjologii.

Mając na uwadze mentalność ówczesnych kobiet nie jest niczym dziwnym, że ta światła lekarka bardzo wiele miejsca w swym poradniku poświęciła zdrowiu kobiety. Opisała zabiegi higieny intymnej szczególnie w okresie menstruacji, zwracając uwagę na błędy popełniane podczas zabiegów higienicznych i noszeniu bielizny. Bardzo dokładnie, również za pomocą barwnych rycin, opisała budowę ciała kobiety,



Ryc. 20. Urządzenia do leczenia wypadania macicy.

ze szczególnym uwzględnieniem narządów płciowych i gruczołu piersiowego. Opisała poszczególne okresy ciąży oraz fazy porodu. Wysszczególniając wady rozwojowe i schorzenia narządów płciowych kobiety, podała, w formie graficznej, przykłady środków i urządzeń leczniczych i rehabilitacyjnych.

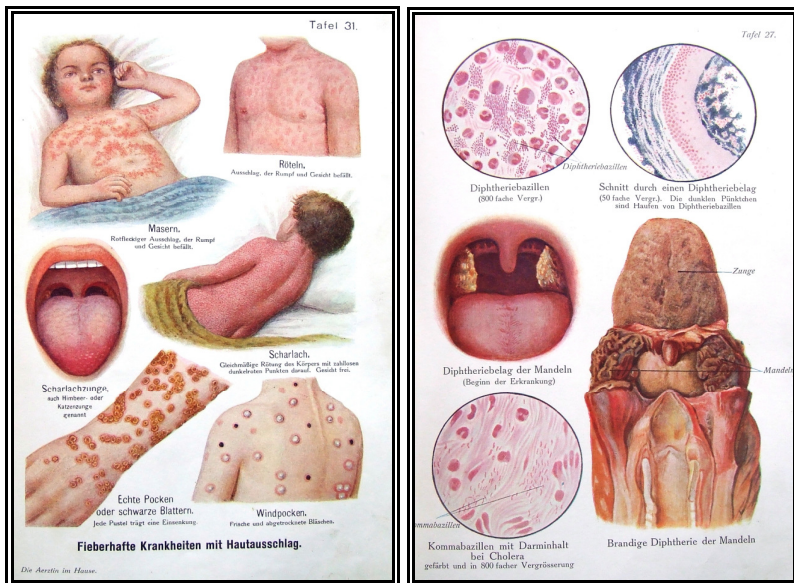


Na zakończenie działu o kobiecie warto zwrócić uwagę na kilka wskazań poczynionych przez autorkę w kwestiach pożycia płciowego. Uważa ona za dopuszczalne zapobieganie ciąży, podając kilka metod antykoncepcji. Jedną z nich są różnego rodzaju krążki dopochwowe! Autorka przeciwstawia się dyktatowi mężów w kwestiach częstości i sposobu pożycia płciowego. Uważa, że kobieta powinna mieć w tej kwestii swoje zdanie, szczególnie wobec problemów natury higienicznej i etycznej. Podkreśla, że te zagadnienia powinna omawiać z córką matką przed zamążpójściem.

Podobnie jak kobiecie, jeden dział książki autorka poświęciła dziecku. Swoje uwagi zaczyna od postępowania z dziećmi w pierwszych chwilach po urodzeniu. Podaje też możliwość podtrzymywania życia wcześniaków poprzez umieszczanie ich w cieplarkach! Oczywiście na kartach książki znajduje się stosowna ilustracja. Zwraca uwagę na znaczenie krzyku w pierwszych dniach życia dziecka. Zaleca uczyć się jego modulacji, a nakazuje reagowanie w każdej sytuacji. W dalszej części działu następują instrukcje dotyczące pielęgnacji dziecka, w tym prawidłowej kąpieli i karmienia. W poradniku zaprezentowano cały zestaw butelek i akcesoriów służących do sztucznego karmienia noworodka. Autorka jest przeciwniczką, stosowanych już wtedy, smoczków, uważając je za siedlisko bakterii i przyczynę chorób przewodu pokarmowego. Prezentuje też higieniczne ubiory dla noworodków i małych dzieci, oraz podaje sposoby dbałości o higienę dzieci.

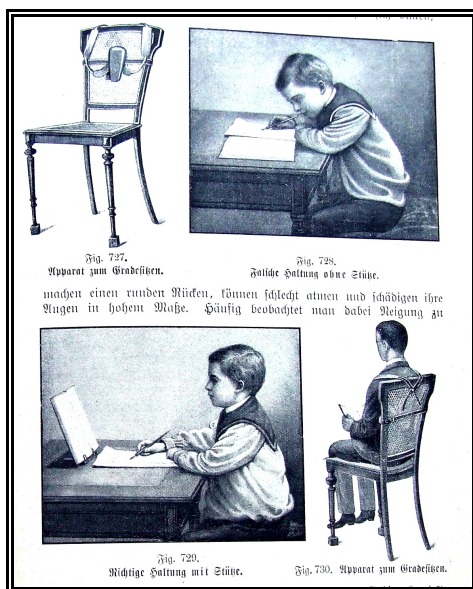
Podaje objawy chorób okresu niemowlęcego wraz ze sposobami leczenia możliwymi do zastosowania również w warunkach domowych.

Jenny Springer odnosi się również do późniejszych okresów rozwoju dziecka instruując jak powinny przebiegać procesy wychowawcze i edukacja. Ciekawym i do dzisiaj nieuwzględnianym przez nauczycieli, jest spostrzeżenie autorki o funkcjonowaniu mózgu dzieci. Twierdzi ona, że mózg dziecka nie jest w stanie skupiać się dłużej na jednym



Ryc. 22. Zmiany skórne charakterystyczne dla chorób zakaźnych dzieci (z lewej)
Zmiany w gardle i na języku charakterystyczne dla błonicy (z prawej).

zagadnieniu z przyczyn fizjologicznych, co jest odbierane jako nieuwaga. Zauważa też, że nauczyciele brak skupienia odbierają, jako osobistą zniewagę i karzą uczniów, za, jak twierdzi, „klapę bezpieczeństwa”. Poucza też rodziców, aby nie obciążali dzieci nadmierną ilością zajęć edukacyjnych, a pozwalają im na rozrywki i uprawianie sportu według własnego uznania. Namawia do dbałości o postawę uczniów podczas czytania i odrabiania lekcji, w celu zapobieganiu wad postawy, podobnie jak do prawidłowego sposobu noszenia podręczników szkolnych. Określa nawet sposób leżenia dzieci w łóżku podczas snu.



Ryc. 23. Zalecanie utrzymywania prawidłowej postawy

W części książki autorstwa dr Springer dotyczącej pielęgnowania chorych opisano sposoby postępowania z chorymi w domu. Co ciekawe, sposobów opieki nad chorym leżącym, w tym zmianę bielizny i wykonywanie zabiegów higienicznych według sposobów podanych w poradniku, współautorka opracowania uczyła się w liceum medycznym jeszcze latach 70-tych XX w.



Ryc. 24. Wykorzystanie sprzętów domowych do ułożenia osoby leżącej.

Podobnie jak innych metod i sposobów postępowania z chorym leżącym. Na uwagę zasługuje też fakt niezmienności większości urządzeń i sprzętów pielęgnacyjnych dla chorych leżących. Podsuwacze, kaczki, termofory, irygatory, czy poidelka szpitalne, pozostają niezmienne co do kształtu i funkcjonalności, zmieniają się jedynie materiały do ich wykonania. Tak powszechny do niedawna rtęciowy termometr do pomiaru ciepłoty wewnętrznej ciała, jako ważne narzędzie

diagnostyczne został opisany w „poradniku”, wraz z instrukcją sposobu stosowania, aby nie uzyskiwać błędnych odczytów.

Ta część książki zawiera też przykłady zabiegów leczniczych z użyciem wody (kąpiele, polewania), pary wodnej oraz ciepłego powietrza. W warunkach domowych można było stosować też masaże, co opisano również.

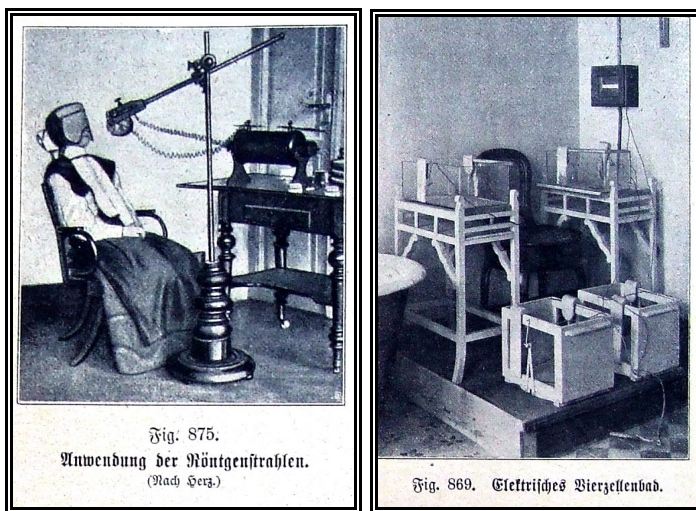


Ryc. 25. Ścielenie łóżka osoby obłożnie chorej.

W poradniku uwzględniono opisy, bardzo nowoczesnych jak na owe czasy, zabiegów leczniczych z wykorzystaniem prądów o wysokiej częstotliwości, kąpeli elektrycznych, światłoterapii oraz rentgeno-terapii.

Poradnik kończy dział poświęcony pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i krótki opis ziół leczniczych.

Zwraca uwagę zastosowanie przedmiotów domowych i codziennego użytku do udzielania pierwszej pomocy, co jest zrozumiałe bowiem są to zdarzenia nieprzewidziane i nagłe. Niestety w wielu współczesnych podręcznikach pierwszej pomocy dominują szyny, krępulce, bandaże i inne elementy wyposażenia pomocy przedlekarskiej. Niejako osobno pokazano zastosowanie chusty trójkątnej do wykonania określonych opatrunków.



Ryc. 26. Przykłady nowoczesnych terapii – rentgeno i elektroterapia.

W całym podręczniku rzuca się w oczy przedstawianie postaci męskich jedynie na ilustracjach obrazujących nagłe nieszczęśliwe wypadki, podczas gdy na całej reszcie innych ilustracji występują kobiety i dzieci.

Podsumowanie

Podręcznik, poradnik, książka, jakkolwiek nazwiemy publikację autorstwa dr Jenny Springer, jeszcze dzisiaj, po stu latach, może służyć z powodzeniem celom przyświecającym autorce. W czasie powstawania była to publikacja na wskroś nowoczesna i wyróżniająca się pod tym względem nie tylko w Europie. Treści w nim przekazane świadczą o poziomie nauk medycznych w ówczesnych Niemczech, co jest dowodem na rozwój cywilizacyjny tego państwa. Walorem książki są liczne i bardzo sugestywne ilustracje, w szczególności te barwne.

Wydany w Polsce w 1930 roku „Lekarz ratujący życie”, będący tłumaczeniem z języka niemieckiego, praktycznie jest powtórzeniem treści zawartych w „Lekarce domowej”, chociaż polskie wydanie „Lekarza” wymienia aż pięciu niemieckich autorów, a dr Springer znajduje się na ostatnim miejscu. Miejsce polskiej opieki zdrowotnej w okresie międzywojennym najlepiej ilustruje cytata z przedmowy do polskiego wydania „Lekarza ratującego życie” z 1930 r.

„Rozwój Polski, od czasu jej zmartwychwstania, postępuje naprzód krokami olbrzymimi. Przed ojczyzną naszą otwierają się wspaniałe perspektywy. [...] Przemysł nasz potężnieje [...] Gęsta sieć telefonów pokrywa cały nasz kraj. Radjo przeniknęło nawet do głuchej wsi [...] ... zaczynamy dorównywać naszym sąsiadom zachodnim.

Istnieje jednak pewna dziedzina, co do której pozostajemy jeszcze w tyle za zachodem: jest to zdrowotność.”

Przypominając publikację dr Jenny Springer autorzy przytoczyli jedynie wybrane, charakterystyczne i uznane za godne podkreślenia, elementy znajdujące się w wydanej przed stu laty książce. To przypomnienie ma zachęcić do zapoznania się z tą zachowującą do dzisiaj świeżość pozycją, szczególnie, że zarówno oryginał, jak też polskie tłumaczenia, są dostępne na aukcjach antykwarycznych.

Streszczenie

Wydany w 1910 roku podręcznik – poradnik „Die Aerztin im Hause” autorstwa dr med. Jenny Springer był w momencie wydania bardzo nowoczesnym i nowatorskim wydawnictwem. W wielu aspektach nie stracił do dzisiaj swoich wartości poznawczych i przesłania społecznego.

Piśmiennictwo

1. *Springer J.*: Die Aerztin im Hause von Dr. med. Jenny Springer. Prakt. Aerztin. Dresdener Verlagshandlung M.O.Groh. Dresden 1910.
2. *Winternitz i inni*: Lekarz ratujący Życie. Opracowanie polskie Sokołowski i inni. Polski Instytut Wydawniczy w Katowicach. Katowice 1930.

Praca zawiera 29 484 znaki (> 0,5 arkusza wydawniczego)

AKTUALNOŚĆ KANONÓW PIELĘGNIARSTWA FLORENCE NIGHTINGALE. DOM I SZPITAL – ŚRODOWISKO ŻYCIA CZŁOWIEKA W CZORAJ I DZISIAJ.

Mirosława Felsmann*, Alicja Knysak**,
Agata Kosobucka*, Paulina Turkiewicz***

*Zakład Teorii Pielęgniarstwa Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wessex Neurological Centre Southampton University Hospital
Southampton. Wielka Brytania

***Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.
mirosława.felsmann@cm.umk.pl

*„O ludzi trzeba dbać zarówno jak są zdrowi
i wtedy gdy są chorzy.”*

Florence Nightingale, angielska pielęgniarka prekursorka pielęgniarstwa zawodowego i naukowego urodziła się 12 maja 1820 roku. Biografowie podkreślają, że cechowała ją wielka wnikliwość umysłu, krytycyzm oraz zdolność podejmowania sądów (26, 14, 19).

W 1854 roku Nightingale wyjechała z grupą wybranych przez siebie pielęgniarek na Krym, aby zaopiekować się żołnierzami w szpitalach na froncie, w których to traciło życie wielu żołnierzy

z powodu przerażających warunków zdrowotnych jakie tam panowały. W przepelnionym szpitalu w Scutarii Nightingale zastała chaos organizacyjny, brud, epidemie tyfusu i dyzenterii oraz szkorbut. Brakowało łóżek, koców, pościeli, talerzy, sztućców a co gorsza sprzętu medycznego. Ranni żołnierze leżeli w brudnych, zakrwawionych mundurach obok zakaźnie chorych, a ich rany nie były opatrywane przez wiele dni. Śmiertelność wśród rannych i chorych żołnierzy szpitala w Scutarii wynosiła ponad 42%. Swoje działania Nightingale skoncentrowała głównie wokół zmian sanitarnych, które dotyczyły nie tylko higieny osobistej żołnierzy, ale również warunków i organizacji szpitala a także najbliższego otoczenia. Szybko wprowadzone zmiany już po 2 miesiącach dały pierwsze rezultaty (15).

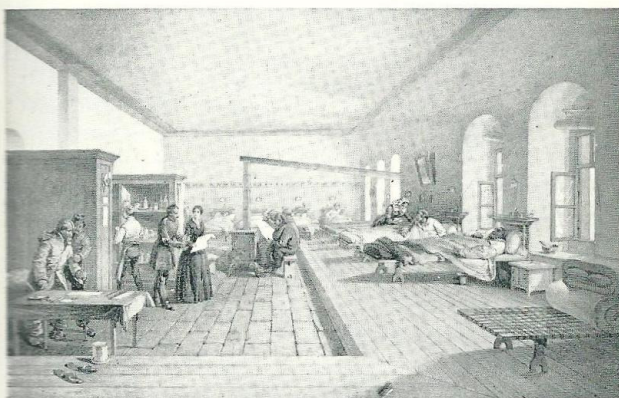
W wielu doniesieniach z tamtego okresu pisano, że to działania podjęte, między innymi, przez Nightingale spowodowały, iż śmiertelność wśród pacjentów szpitala w Scutarii zmniejszyła się w ciągu kilku miesięcy do 2%. Dziś w niektórych publikacjach znajdujemy informacje, które zaprzeczają temu, iż to działania Florencji Nightingale odniosły taki skutek. Autorzy tych publikacji wręcz sądzą, że pewnymi swoimi działaniami, nadmierną dbałością o higienę, szczególnie w okresie zimowym, przyczyniała się do wzrostu owej śmiertelności. Zdaniem niektórych badaczy, dokonujących analizy różnych raportów oraz dzienników prowadzonych przez administrację wojskową, lekarzy, a także samą F. Nightingale, można wywnioskować, iż główną przyczyną dużej śmiertelności żołnierzy w Scutarii były ścieki płynące pod szpitalem, a których wyziewy wraz z zarazkami przedostawały się

do pomieszczeń szpitalnych. Nightingale natomiast zarzucano, że z przesadną nadgorliwością kazała codziennie kąpać chorych, czym przynosiła wyrządzała im szkodę. Warto w tym miejscu odnieść się do, zarówno dawnych intuicyjnych wskazań, jak i dzisiejszych potwierdzonych wynikami badań, że nieodpowiednie, z użyciem detergentów, i nadmierne usuwanie zewnętrznej ochronnej warstwy z naszej skóry, może zmniejszyć jej właściwości jako bariery ochronnej. Badacze skupiają się głównie nad integralnością komórek odpornościowych i mikroorganizmów komensali dla zdrowia oraz prawidłowej funkcji skóry (28, 10). Czy należy zatem obniżyć zasługi Nightingale – nie sadzę. Dzisiejszy świat nauki nie zaprzecza, że higiena i pielęgnacja ciała mają fundamentalne znaczenie dla utrzymania dobrego zdrowia i odgrywają istotną rolę w zapobieganiu chorobom. Mimo, że dziś o zarazkach i chorobach wiemy znacznie więcej, definicja zdrowia, którą sformułowała Nightingale nie traci na aktualności (3).

„Zdrowie to nie tylko brak choroby, ale również zdolność do racjonalnego wykorzystywania tych wszystkich sił, którymi człowiek może dysponować w celu własnego rozwoju i bycia szczęśliwym. Zdrowie możliwe jest do osiągnięcia głównie poprzez wprowadzanie zmian w środowisku – w zakresie czystości otoczenia, czystości wody, prawidłowości odżywiania, wilgotności i ruchu powietrza, usuwania nieczystości. Natomiast choroba jest wywołana przez różnorodne braki środowiska.”(Nightingale F. 1885)



3. Florence Nightingale and her nurses at Scutari



4. Florence Nightingale in the hospital at Scutari

Ryc. 1. Florence Nightingale w szpitalu w Scutari.
 Źródło: Seymer L.: *Florence Nightingale*. London

Do najbardziej spektakularnych działań Nightingale należą te dotyczące reform w zakresie szpitalnictwa. Przez 13 lat studiowała struktury i funkcjonowanie szpitali w różnych krajach. Poznawała zarówno te małe, jak i te w dużych miastach Europy, cywilne i wojskowe. Przygotowała i opracowała szereg materiałów analizujących środowiska szpitalne pod kątem jego znaczących i złożonych czynników mających wpływ na zdrowienie chorych. Opracowany, bardzo skrupulatnie, przez Nightingale materiał został opublikowany w 1859 roku pod tytułem *Uwagi o szpitalnictwie* (Notes on Hospitals). We wszystkich swoich opracowaniach i działaniach na pierwszy plan wysuwała sprawę środowiska człowieka. Interesowała się zagadnieniami zdrowia klasy robotniczej i mieszkańców wsi. Jako podstawowe warunki związane ze zdrowym środowiskiem, zdrowym domem, wskazywała: czyste powietrze, czystą wodę, dobrze zorganizowane systemy ściekowe, czystość i porządek oraz właściwe oświetlenie. Przygotowując zasady kształcenia pielęgniarek, które opisała w publikacji pt *Notes on Nursing – what it is and what it is not*, przedstawiła trzynaście kanonów pielęgniarstwa:

1. Wentylacja i ogrzewanie
2. Zdrowie domu (mieszkania, szpitala)
3. Światło
4. Hałas
5. Różnorodność
6. Łóżko – jego wyposażenie, utrzymanie w czystości i zapewnienie wygody

7. Czystość pokoju i ścian
8. Czystość osobista
9. Żywnienie
10. Podawanie posiłków
11. „Głupie” budzenie nadziei i doradzanie
12. Obserwacja
13. Zarządzanie (6).

Florence Nightingale uważała, że środowisko człowieka tworzą te wszystkie czynniki jego otoczenia fizycznego, które mają istotne znaczenie, zarówno w zapobieganiu chorobie, jak i w procesie zdrowienia. Według niej, właśnie poprzez poznanie warunków w jakich żyje człowiek, oraz stylu życia jakie prowadzi, możliwe było przewidywanie problemów zdrowotnych człowieka i społeczeństwa. Pielęgniarka zdaniem Nightingale powinna to środowisko badać, oceniać, kontrolować i ulepszać (16).

W opisach poszczególnych kanonów zdrowego środowiska zaskakują jakże trafne przypuszczenia i wskazówki przedstawiane w publikacjach F. Nightingale, tym bardziej, że według różnych źródeł autorka zdecydowanie odrzucała ówczesne odkrycia stwierdzające istnienie mikroorganizmów wywołujących choroby. Zatem warto w tym miejscu dokonać analizy wymienianych przez autorkę czynników środowiska szpitalnego i domowego, które jej zdaniem warunkują zdrowie a chorym ułatwiają powrót do zdrowia.

Nie bez przyczyny jako pierwszym i najważniejszym kanonem

pielęgniarstwa według Florence Nightingale jest stałe utrzymywanie czystego powietrza poprzez wietrzenie i jednocześnie utrzymywanie jego odpowiedniej temperatury w pomieszczeniach gdzie przebywają chorzy. Twierdziła, że świeże powietrze zapobiega rozprzestrzenianiu się chorób i zapobiega zakażeniom. Tak jak w naturze, warunki wewnętrzne powinny być najbliższe warunkom zewnętrznym. Jej zdaniem sala szpitalna jak i pomieszczenia mieszkalne powinny posiadać dostęp do świeżego powietrza przez otwarte okna. Była przeciwnikiem mechanicznych wentylacji, mówiła iż żaden system mechaniczny nie pozwoli na dostarczenie naprawdę świeżego powietrza, na dodatek nie ma pewności, że doprowadzone mechanicznie powietrze nie zmiesza się z tym zanieczyszczonym. Jako źródła zanieczyszczeń powietrza wskazywała; gazy, dym, wilgoć, wapory, effluwia, miazmaty. Jej niepokój budziły warunki, w których mieszkają szczególnie biedni ludzie z klasy robotniczej i chłopi. W tych warunkach upatrywała przyczyny chorób. Powtarzała, że podczas wietrzenia domu powinno dostawać się tylko czyste, świeże powietrze, a nie to zanieczyszczone odpadami, czy zapachami ze ścieków bądź stajni zwierząt. Uważała, że bez zadbania o czystość, zarówno wewnątrz domu jak i na zewnątrz, wentylacja jest bezużyteczna. Zwracała uwagę na to, że ludzie na ogół boją się nocnego powietrza i zamykają szczelnie okna wybierając tym samym zanieczyszczone powietrze wewnętrzne. Tłumaczyła na przykładzie Londynu, że w nocy powietrze w tym dużym mieście jest zdrowsze bo pozbawione dymów. Uważała, że dla uzyskania stałego dostępu czystego powietrza domy powinny być budo-

wane odpowiednio, tak aby powietrze z zewnątrz z łatwością penetrowało każdy nawet najmniejszy kąt mieszkania.

Jej argumentacja, dotycząca pozytywnego wpływu czystego powietrza na zdrowie, była poparta stosowaną z dobrym skutkiem terapią na świeżym powietrzu w sanatoriach gruźliczych. Pacjentom zalecano około 5 godzin leżakowania w ogrodzie lub na tarasie oraz 2 godziny spaceru. Dla każdego pacjenta przypadało 75m^3 powietrza i 5m^3 powierzchni światła (13).

Badania ostatnich lat potwierdzają występowanie znacznie mniejszego ryzyka zakażeń przenoszonych drogą powietrza w pomieszczeniach dobrze przewietrzanych w sposób naturalny (24). Co raz częściej naukowcy, zainteresowani budową zdrowych domów, zastanawiają się nad skutkami uszczelnianych budynków tzw. energooszczędnych. Nie znajdujemy w literaturze naukowej odpowiedzi na pytanie czy szczelnie, dobrze izolowany budynek zapewnia zdrowe środowisko życia, w tym jakość powietrza, ogrzewania i oświetlenia. Oszczędzanie energii poprzez bardziej szczelne budynki może przyczyniać się do koncentracji wilgoci i wszelkich potencjalnie toksycznych gazów wysyłanych przez materiały budowlane. Przeciętny człowiek spędza teraz 22 na każde 24 godziny w pomieszczeniu, co wydłuża jego ekspozycję na tzw "zupę chemiczną" z będących w pomieszczeniach zanieczyszczeń. Stężenie niektórych zanieczyszczeń może być w pomieszczeniach wielokrotnie wyższe niż na zewnątrz. Taki stan może w sposób dramatyczny przyczyniać się do wzrostu występowania astmy, egzemy, kataru i innych chorób alergicznych.

Według Florence Nightingale również temperatura pomieszczenia i sposób ogrzewania mają zasadnicze znaczenie dla zdrowia człowieka. Przede wszystkim przestrzegała przed nadmiernym przegrzewaniem- jakże często narażając się lekarzom. Również jak w sprawach wietrzenia pomieszczeń kierowała się zasadą, że środowisko wewnętrzne budynku powinno być jak najbardziej zbliżone do warunków zewnętrznych. Przedstawiła tę zasadę podobnie jak fizjolog Hill:

„ połączenie zimnej bryzy w obrębie głowy, radiacyjnego ciepła słonecznego oraz ciepła ziemi na której stoisz”.

Profesor Hill w swoich pracach pisał,

„ Idealny sposób ocieplania i wentylacji pomieszczeń dałoby promieniujące ciepło, ciepła podłoga i przyjemny przepływ chłodnego powietrza – warunki jak w słoneczny wiosenny dzień na świeżym powietrzu” (27).

Badania Hilla prowadzone w latach 20-tych XIX wieku wykazały, że ciepły wilgotny klimat zmniejsza zdolność organizmów do wytwarzania ciepła. W konsekwencji zmniejsza się apetyt, głębokość oddechu, napięcie mięśniowe, ulega upośledzeniu funkcjonowanie układu krążenia powodując tym samym znużenie i senność. Naukowiec dokonał ważnego rozróżnienia pomiędzy pojęciami komfortu i zdrowia. Przekonywał, że celem ogrzewania pomieszczeń nie powinno być rozpieszczanie, poprzez zapewnienie komfortowych warunków wewnętrznych, ale takich, by organizm stał się silny i dopasowywał się. Wychodził z założenia, że ludzie mają wrodzoną potrzebę stawiania czoła wyzwaniom oraz trenują system termoregulacji. Ludzkie ciało

jest wyposażone w sympatyczny, autonomiczny układ nerwowy kontrolujący zarówno krążenie jak i systemem termoregulacji. Wzrost aktywności układu sercowo- naczyniowego podnosi metaboliczny wydatek ciepły, który z kolei, musi być zrównoważony przez system termoregulacji. Powszechnie uznano, że układ krążenia wymaga ćwiczeń dla zachowania zdrowia. Badania profesora Hilla sugerują, że system termoregulacji również może tego potrzebować. Hill stwierdził, że przeciętna wentylacja i stagnacja ogrzewania, w połączeniu z przejedzeniem i małą aktywnością fizyczną, stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia (8).

Dzisiaj, ogrzewanie nie jest uwzględnione w zakresie standardów i kodeksów promocji zdrowia. Mało jest miarodajnych wytycznych w tej sprawie. Jednakże, istnieją obawy dotyczące skutków zdrowotnych konwekcyjnego ciepłego powietrza. Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie zdrowych warunków mieszkaniowych, zakładają, że systemy konwekcyjnego ogrzewania muszą być zaprojektowane i utrzymywane tak, aby nie powodować uciążliwości hałasu a także nie powinny rozpowszechniać kurzu i bakterii w obrębie budynku. Wytyczne wskazują również, że preferowane jest ogrzewanie radiacyjne i powinno być zastosowane tam, gdzie to możliwe. Ciepło konwekcyjne działa głównie na skórę, natomiast radiacyjna energia ma znaczący wpływ biochemiczny. Działa również na powierzchni ciała, pobudza jednak także głębiej położone tkanki. Ten wpływ rozciąga się do narządów wewnętrznych, centralnego układu nerwowego i wpływa na procesy enzymatyczne. Ponadto z zastosowaniem źródła

ciepła radiacyjnego, temperatura powietrza może być mniejsza niż w przypadku systemów konwekcyjnych. Radiacyjne źródło ogrzewa powierzchnie wewnętrzne tym samym zapewnia komfortowe warunki przy chłodniejszym powietrzu zewnętrznym (17).

Dwa tysiące lat temu Rzymianie szeroko wykorzystywali energię promieniowania w budynkach. Zaprojektowali budynki tak, by uchwycić ciepło słońca, energia słoneczna była tak ważna, że stworzyli poprawki do prawodawstwa w jej zakresie - czego my obecnie nie robimy (*dostęp każdego budynku do słońca*) (7).

Florence Nightingale również zwróciła uwagę na życiodajną i zdrowotną rolę energii słonecznej i światła słonecznego.

„...*tym, co najbardziej szkodzi chorym po zamkniętym pokoju, jest ciemny pokój*” (12).

Podkreślała, że naturalne światło słoneczne ma pozytywny wpływ zarówno na ciało jak i na duszę i jest konieczne do szybkiej poprawy zdrowia gdyż ma znaczenie higieniczne i terapeutyczne. Mówiła, że słońce jest nie tylko malarzem ale również rzeźbiarzem. A stęchlizna ciemnych pokojów i kątów naprawdę nie jest tylko przysłowiowa. Słoneczny pokój przynosi radość i pozwala wyzdrowieć. Wystawmy błądą wysychającą roślinę i człowieka do słońca a każdy odzyska zdrowie. W swoich uwagach o szpitalnictwie wskazywała na przestrzeganie zasady – jedno duże okno dla dwóch łóżek- by każdy chory miał dostęp do światła dziennego od rana do świtu.

W 1877 roku dwaj brytyjscy naukowcy potwierdzili to, co przypuszczała Florence Nightingale, że promienie słoneczne mają bakte-

riobójące działanie, nawet wówczas gdy przechodzą przez szkło (4). Poza tym promieniowanie słoneczne, szczególnie to niewidzialne ultrafioletowe, poprawia ukrwienie skóry, zwiększa liczbę białych krwinek, wzmacnia ilość reakcji oksydo – redukcyjnych hormonów, enzymów i witamin. Naświetlanie UV indukuje wytwarzanie substancji przeciwkrzywiczych (22).

O tym, że światło ma wpływ na zdrowie i powinno być brane pod uwagę w lokalizacji miast i domów głosił w IV wieku p.n.e. grecki lekarz Hippokrates. Zauważył, że wśród mieszkańców miast o tzw. wschodnim aspekcie, było znacznie mniej chorób, były to miasta najzdrowsze. Później, w I wieku p.n.e. Marcus Witruwiusz Pollio, rzymski inżynier wojskowy i architekt, napisał swoje słynne dziesięć ksiąg o architekturze. Witruwiusz mawiał, że jednym z niezbędnych umiejętności architektów była praktyczna znajomość medycyny. Bez tej wiedzy sądził, że nie będą oni w stanie wybrać zdrowych miejsc zarówno dla miast jak i budynków w obrębie murów miejskich. Witruwiusz uważał, że staranne projektowanie budynków, takich jak teatry, świątynie, mogą zapobiegać chorobom i że odpowiednie zaplanowanie ulic może być pomocne w leczeniu przewlekłych chorób, takich jak gruźlica. Opisał również, jak budynki powinny być rozmieszczone w zakresie ekspozycji na słońce i nastawione na komfort i oszczędność energii. Architektura słoneczna mieszkań musiała być dostosowana do różnych klimatów Imperium Rzymskiego (9).

Światło słoneczne aż do momentu odkrycia antybiotyków stanowiło ważną broń z bakteriami. Przez wiele lat projektowano szpitale

z dużymi oknami skierowanymi na południe i dużymi tarasami, na które można było wywozić pacjentów.

W obecnych czasach nasza wiedza na temat światła słonecznego, zakresu i rodzaju promieniowania i tym samym znaczenia dla organizmu jest znacznie większa. Używamy np. światła słonecznego jako terapii, zwanej helioterapią. Ma ona zastosowanie w gruźlicy kostno – stawowej, dróg moczowych, węzłów chłonnych, przewlekłych stanach zapalnych stawów, przewlekłych nieżytach dróg oddechowych, łuszczycy, czyraczności, w trądziku pospolitym oraz zaburzeniach wzrostu kości u dzieci. Doskonale znamy korzystny wpływ światła na organizm jak i to, że w przypadku niewłaściwego dawkowania światło słoneczne może wywołać niekorzystne odczyny. Objawiają się one nadmiernym rumieniem fotochemicznym, uczuciem ogólnego rozbicia, bólami głowy a nawet poparzeniem.

Drugi aspekt dotyczący pozytywnego wpływu światła dziennego, o którym pisała Nightingale, czyli działania na duszę, zaczęto badać dopiero na początku lat 90-tych.

Przez wiele lat kwestia ta była zaniedbywana podczas projektowania budynków. Dziś badania udowadniają, że ludzie którzy w trakcie pracy otrzymują zbyt małą dawkę światła dziennego, często skarżą się na zaburzenia samopoczucia. Opisywane są sezonowe depresje, zaburzenia hormonalne ze względu na brak naturalnego cyklu dobowego. Niestety, przebywanie w pomieszczeniach nawet bardzo dobrze oświetlonych lampami, nie zrekompensuje nam braku światła słonecznego. W licznych badaniach stwierdzono występowanie zaburzeń

psychoruchowych u dzieci przebywających codziennie w szkołach w klasach oświetlonych sztucznym światłem (18, 23, 2).

Kolejnym czynnikiem środowiskowym mającym znaczenie dla zdrowia, na który zwróciła uwagę bohaterka tego artykułu jest hałas, który jej zdaniem powoduje cierpienie pacjentów. Uważała, że;

„...zbędny hałas jest najbardziej okrutną formą opieki, która jest wymierzona zarówno w chorych jak i zdrowych”.

Florence Nightingale podkreśla szczególnie istotę snu, to jak ważny jest on dla pacjenta. Pacjent obudzony zaledwie po kilku minutach traci nie tylko sen ale również siłę, aby ponownie zasnąć. Hałas powinien być eliminowany i ograniczony do minimum tak, by umożliwić pacjentowi spokój i harmonię.

Większość z nas doznała w swoim życiu dyskomfortu z powodu przebywania w hałasie i zdaje sobie sprawę z jego negatywnego wpływu na nasze samopoczucie. Człowiek chory i cierpiący jest o wiele bardziej wrażliwy na niepotrzebne i nadmierne dźwięki. Potęgują one doznania bólowe i pogarszają ogólne samopoczucie. Niestety, dziś hałas obecny jest niemal w każdym szpitalu i powodowany przez różne czynniki. Załoczone i ruchliwe oddziały, w których przewija się mnóstwo ludzi, tj. lekarzy, studentów, pracowników kuchni, sprzętaczek czy odwiedzających - niejednokrotnie są źródłem traumatycznego hałasu. Typowa placówka medyczna pełna jest różnych niepożądanych dźwięków pochodzących ze sprzętu medycznego, alarmów, telefonów czy głośnych rozmów. A hałas, który można określić jako "niepożądane dźwięki" dotyka, zarówno fizycznie jak i psychicznie pa-

cientów oraz personel. Obecnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 roku w sprawie wartości progowych poziomów hałasu. Za wartość dopuszczalną hałasu w miejskich szpitalach w godzinach dziennych uznaje się 55 dB, a w godzinach nocnych 50 dB. W 2005 roku opublikowane badania inżynierów z John Hopkins University ujawniły, że poziom hałasu w szpitalach w ostatnich 50 latach stale rośnie, w warunkach dnia od 57 dB (poziom hałasu normalnej rozmowy) do 72 dB (poziom hałasu na autostradzie). Znacznie przekracza to zalecane obecnie normy (29).

Badania wskazują, że stały, uciążliwy hałas powoduje zmęczenie fizyczne i psychiczne, przeszkadza we śnie, uniemożliwia odpoczynek, osłabia koncentrację, wzmacnia napięcie nerwowe i niejednokrotnie wywołuje agresję. Przebywanie w środowisku hałaśliwym przez dłuższy czas prowadzi do chorób zawodowych, również głuchoty. Co więcej u osoby narażonej na nagły nieoczekiwany hałas wzrasta bicie serca, natomiast stałe przebywanie w hałaśliwym miejscu przyczynia się do wzrostu ciśnienia tętniczego a jedna i druga sytuacja konsekwentnie prowadzi do chorób serca i opóźnia procesy zdrowienia (30).

W tym miejscu warto wspomnieć o dźwiękach pożądanych. Wrażliwość naszego słuchu może być również wykorzystana w sposób pozytywny i to nie tylko w sensie poznawczym czy komunikatywnym. Już w starożytnej Grecji słuchanie muzyki wiązano z terapią. Mawiano, iż muzyka uzdrawia poprzez duchowe oczyszczenie. Arystoteles pisał, że niektórzy ludzie pod wpływem melodii wprawiających

duszę w stan zachwyty znajdują ukojenie, jakby zażyli lekarstwo lub środek uśmierzający.

Dwieście lat temu Novalis pisał;

„ *każda choroba jest problemem muzycznym, każde leczenie muzycznym rozwiązaniem*” (20). Zapewne to zbyt daleko idące wnioskowanie jednakże współczesne badania pediatrów amerykańskich, oparte na czułych zapisach czynności mózgu, wskazują, iż czteromiesięczne niemowlęta przekładają konsonanse – czyli dźwięki interwałowe brzmiące przyjemnie nad dysonansami. Natomiast próby zastosowania terapii muzyką pozwoliły z satysfakcją stwierdzić, że muzykoterapia u wcześniaków leczonych w oddziałach intensywnej terapii miała korzystny wpływ na nastrój, percepcję bólu, częstość uderzeń serca, ciśnienie krwi, przyrost masy ciała a nawet nasycenie krwi tlenem (25). Obecnie muzykoterapia staje się coraz bardziej powszechna, a odpowiednio dobrane dźwięki zawsze uspokajają, relaksują i pozytywnie wpływają na proces leczenia.

W prowadzonych systematycznie obserwacjach F. Nightingale zauważyła, iż większość stanów depresyjnych występuje u pacjentów, którzy przebywają przez dłuższy czas w tym samym pomieszczeniu i narażeni są na monotonię otaczających ich przedmiotów. Dlatego też uważała za istotne świadome wprowadzanie zmian w otoczeniu pacjenta. Wskazywała na bardzo proste sposoby takie jak elementy dekoracyjne, kolory, kwiaty. Zmiany jej zdaniem powinny też dotyczyć samego pacjenta, dlatego proponowała czynności takie jak chodzenie na spacer, czytanie, pisanie, prace ręczne itp.

Stymulacja bodźcami pochodząca z środowiska zewnętrznego czy wewnętrznego jest warunkiem prawidłowego rozwoju człowieka. Jakość i poziom stymulacji zależy od wieku i cech indywidualnych osoby. Zarówno niedostateczna stymulacja jak i nadmierna ma niekorzystny wpływ dla procesów zdrowienia. Nie zawsze jednak zdajemy sobie sprawę z wartości różnorodnych bodźców. Na przykład barwy naszego otoczenia w warunkach normalnych rzadko są przedmiotem uwagi. Jednakże w warunkach nadmiaru czasu, nudy, cierpienia mogą mieć istotne znaczenie, wpływają na samopoczucie, nastrój i reakcje psychomotoryczne. Wiadomo, że barwy np. czerwona pobudzają funkcjonowanie układu nerwowego, zielona zaś tonizuje jego działanie i uspokaja. Obecnie w szpitalach zauważalna jest znacznie większa dbałość o estetykę, wygodę, przytulność nie tylko sal chorych, ale również pokoiów dziennych, łazienek, korytarzy. Widoczne jest to zwłaszcza na oddziałach pediatrycznych, gdzie ciepła, domowa atmosfera i kolorowy, dostosowany do dziecka wygląd oddziału ma na celu zapewnić mu przyjazne środowisko i tym samym pomóc zwalczać chorobę. Nightingale aktywizowała pacjentów aby zapobiegać nudzie ale obserwowała również wpływ tych działań na poprawę stanu zdrowia pacjentów. Dziś tego typu działania nazywamy terapiami jak np. terapia ruchem, terapia zajęciowa czy terapia dotykiem. Wprowadzamy i stosujemy różne bodźce stymulując organizm do odnowy. Nawet dotyk stosowany w odpowiedni sposób podczas mycia pacjenta działa leczniczo, usprawnia i pobudza układ nerwowy do tworzenia nowych połączeń by tymi nowymi drogami skutecznie

przewodzić bodźce sensoryczne (5).

Szpital i pobyt w szpitalu zawsze łączy się ze szpitalnym łóżkiem. Dbałość o posłanie pacjenta stanowi bardzo ważny element pracy pielęgniarki. Florence Nightingale podkreśla istotę częstej zmiany pościeli, jej wietrzenia, gdyż jest ona źródłem zarazków i wszystkiego tego, co chory wydala przez skórę i płuca ze swego organizmu. Wskazywała by pościel pacjenta była zawsze świeża, czysta i wypraszowana. Dodatkowo łóżko pacjenta powinno być tak usytuowane, aby pielęgniarka miała swobodny dostęp do chorego z każdej strony. Nie wskazane są jej zdaniem łóżka szerokie i zbyt wysokie. Ustawienie łóżek powinno być w najbardziej oświetlonym miejscu na sali, najlepiej blisko okna. Jedną z najczęstszych konsekwencji nieprawidłowego dbania o posłania chorego są odleżyny. Pościel powinna być pozbawiona wszelkich zanieczyszczeń, okruszków, nakrycie powinno być lekkie, a prześcieradło tak zasłane, aby nie było na nim żadnych zagięć.

Dziś wszyscy wiemy, że od naszego łóżka i posłania zależy to, czy się wyśpimy i następnego dnia będziemy wypoczęci. Niestety nie wszyscy dbają o wygodę spania. Badania przeprowadzone w Anglii i opublikowane w Daily Mail ujawniły, iż prawie 1/5 Brytyjczyków nie zmienia pościeli co najmniej raz w miesiącu. Prowadzi to do szeregu chorób alergicznych tj., astmy, egzemy czy przewlekłego kataru (31). W kolejnych uwagach na temat zasad utrzymania zdrowia Nightingale poddaje krytyce niedokładne sprzątanie i zwraca szczególną uwagę na czystość ścian, podłóg i mebli. Stwierdza, że dużym problemem są

dywany na podłogach i tapety na ścianach, które według autorki są skupiskiem bakterii trudnym do usunięcia w codziennym sprzątaniu.

Pisząc o czystości osobistej zwraca uwagę na funkcje skóry człowieka, zwłaszcza tę eliminacyjną, wydzielniczą. Upomina ona pielęgniarki, które zaniedbują pacjentów i pozostawiają ich nie umytych, że takim działaniem „*zatruwają one pacjentów*”. Uwagi Nightingale związane z higieną dotyczyły zarówno pacjentów jak i osób opiekujących się nimi.

Jednym z poważnych problemów dzisiejszych szpitali jest gronkowiec złocisty - *Staphylococcus aureus* odporny na metycyklinę - MRSA. Bakteria może kolonizować nosie, gardło i miejsca wilgotne, jak pachy i pachwiny. Dostają się do organizmu od chorych u których je wyizolowano, lub z ich bezpośredniego otoczenia np. z pościeli. Mogą być także przenoszone przez dłonie personelu medycznego. Zatem dbałość o czystość pacjenta i jego otoczenie stosowanie standardów epidemiologicznych jest jednym z priorytetów dla działań pielęgniarki tej z czasów Nightingale i współczesnej.

Odżywianie pełniło i nadal pełni istotną rolę w procesie zdrowienia, dlatego tak ważne jest przyjmowanie wartościowych posiłków. W sprawie żywienia Florence Nightingale wypowiadała się obszernie i krytycznie zwracając szczególną uwagę na to by pacjent otrzymywał odpowiednią dietę. Ilość, jakość i forma posiłku powinna być dostosowana do możliwości pacjenta. Uważała, iż pacjentom z brakiem apetytu powinno poświęcić się więcej czasu i oferować im małe porcje w krótkich odstępach czasu niż na siłę podawać jednorazowo cały po-

silek. Nie tolerowała również jak pacjentom przeszkadzano podczas konsumpcji. Mówiła też o tym, iż pacjent posiłek powinien dostać w dogodnym dla siebie czasie (21).

Jakże często dziś pacjent znajduje się w sytuacji, w której posiłek został odstawiony na bok tylko ze względu na to, iż na salę wszedł lekarz, który chce zbadać chorego. Taki pacjent później zazwyczaj nie ma ochoty na dokończenie posiłku, chociażby ze względu na to, że jest już on po prostu zimny. Co więcej, w salach chorych spożywających posiłek widzi się również sprzątaczkę zmywającą podłogi czy pielęgniarkę wykonującą zabiegi. Często stan pacjenta uniemożliwia choremu samodzielne przyjęcie posiłku a szpitale borykają się z brakiem pielęgniarek, które w odpowiednim momencie mogłyby pomóc pacjentom.

W 1859 r. Nightingale pisała o wojnie Krymskiej i o niedożywionych żołnierzach podczas gdy jedzenia w zasadzie było pod dostatkiem. Czy problem niedożywienia w szpitalach jest już zupełnie obcy? 100 lat później od czasów Nightingale liczni autorzy w swych publikacjach ogłosili, iż 35% pacjentów przebywających w szpitalach jest niedożywionych. Badania opublikowane w 2007 r. wskazały na różnorodne przyczyny niedożywienia dotkliwie chorych osób. Przyczyny podzielono na dwie grupy: osobiste i organizacyjne. Do tych pierwszych zaliczono m.in. takie czynniki jak wiek, różne choroby szczególnie nowotworowe, choroby serca, cukrzycę oraz takie zaburzenia jak brak zdolności połykania, żucia, utrata zmysłów smaku, węchu, czy terapia lekowa. Do grupy przyczyn organizacyjnych zaliczono niepo-

wodzenia w rozpoznawaniu niedożywienia, brak odpowiednich badań przesiewowych, szkoleń dla pracowników, niedostatecznie prowadzona dokumentacja w tym brak wskaźników wagi i wzrostu chorego czy ilości przyjmowanych przez pacjentów posiłków, a wreszcie brak odpowiedniej ilości osób pomagających przy spożywaniu posiłków (1).

W przeciągu ostatnich 30 lat nastąpił pewnego rodzaju postęp w zakresie wczesnego wykrywania niedożywienia, jednak procent niedożywionych pacjentów wciąż pozostaje wysoki. W szpitalach ogólnych w Anglii wynosi on ok. 20%. Należy jednak w tym miejscu wskazać na różne pozytywne zmiany w zakresie żywienia chorych. Pielęgniarki są przeszkolone w zakresie żywienia dojelitowego czy pozajelitowego, ich wiedza na temat zdrowego żywienia jest pogłębiania i przekazywana pacjentom i ich opiekunom. W zależności od specyfiki oddziału pielęgniarka np. chirurgiczna wie jak zmniejszyć dyskomfort wynikający z braku możliwości przyjmowania posiłku u pacjentów po operacji żołądka. Pielęgniarki w oddziałach onkologii wiedzą jak zapobiec kacheksji oraz skutkom ubocznym cytotoksycznego leczenia (11). W szpitalach zatrudnieni są dietetycy, którzy dbają o prawidłowe żywienie pacjentów. Posiłki podawane pacjentom są coraz bardziej zróżnicowane, W wielu zachodnich szpitalach stosuje się nawet kartę dań menu, gdzie pacjent samodzielnie dokonuje wyboru posiłków w ciągu dnia. Menu zawiera odpowiednie opcje dla diabetyków, chorych na celiakię jak również dla pacjentów o odmiennych preferencjach żywieniowych, np. wegetarian czy muzułmanów.

Na szczególną uwagę zasługuje podejście Florence Nightingale

do jednej z podstawowych jej zdaniem metod pracy pielęgniarki, jaką jest obserwacja.

„Najważniejszą praktyczną lekcją dla pielęgniarek jest nauczanie ich co należy obserwować-jak to obserwować- jakie objawy wskazują na poprawę i wprost przeciwnie – które są ważne a które nie – które są dowodem zaniedbania- i jakiego zaniedbania”.

Obserwacja to proces zbierania konkretnych, rzeczowych i precyzyjnych informacji co do potrzeb pacjentów i ich sytuacji. Nightingale uważała, że jeśli ktoś nie posiada umiejętności wnikliwego obserwowania nie powinien opiekować się chorymi. Wymagała od pielęgniarek spostrzegawczości, koncentracji i umiejętności dokonywania selekcji.

Dziś dysponujemy wieloma metodami pracy, jednakże służą one często potwierdzeniu wcześniej zaobserwowanych zmian i reakcji. Obserwacja środowiska i jego wpływu na zdrowie człowieka zawsze będzie stanowiła podstawową metodę prowadzącą do postawienia trafnej diagnozy.

Streszczenie

Zdrowie możliwe jest do osiągnięcia głównie poprzez wprowadzanie zmian w środowisku – w zakresie czystości otoczenia, czystości wody, prawidłowości odżywiania, wilgotności i ruchu powietrza, usuwania nieczystości – tak czyniła Florence Nightingale ponad 150 lat temu opiekując się żołnierzami w szpitalu w Scutarii i tak pisała o pielęgniarstwie i szpitalach oraz zasadach zdrowia w swoich publikacjach.

Umiejętność korzystania z tych wzorów, które opierały się na kształtowaniu środowiska życia w powiązaniu z naturą, czerpanie doświadczeń z lekcji historii mogą dziś stanowić jeden z elementów działań na rzecz powrotu do realizacji idei jedności człowieka z przyrodą.

Piśmiennictwo

1. *Barker L., Gout B.S., Growe T.C.*: Hospital malnutrition: Prevelence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *Int J Environ Public Health* 2011; Febr.8(2):514-527.
2. *Beauchemin K.M., Hayes P.*: Sunny rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of Affective Disorders* 1996; 40:49-51.
3. *Cohen I.B.*: Florence Nightingale. *Scientific American* 1984, s. 250.
4. *Downes A., Blunt T.P.*: Researches on the effect of light upon bacteria and other organisms. *Proceedings of the Royal Society of London*, 1877; 26: 488-500.
5. *Felsmann M.*: Od dotyku do ruchu. Terapia dotykiem w pielęgniarstwie. REKPOL. Bydgoszcz 2010.
6. *Fitzpatrick J., Whall A.L.*: Conceptual Models of Nursing. Analysis and application. Appleton & Lange. Stamford 1996.
7. *Goromosov, M.S.*: The Physiological Basis of Health Standards for Dwellings. (Public Health Papers, 33) World Health Organization. Geneva 1968.
http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_33.pdf
8. *Hill L.E.*: Sunshine and Open-Air: Theier Influcnce on Health with Special Reference to Alpine Climates. Edward Arnold and Co. 2. ed. London 1925, 37.
9. *Hippocrates*, 400 B.C. *Airs, waters, places*. In: Jones, W. H. S. ed. and trans., 1923. *Hippocrates, Volume 1*. (Loeb Classical Library). Cambridge: Harvard University Press.
10. *Larson E.*: Hygiene of the skin: when is clean too clean?. *Emerg Infect Dis* 2001; 7:225-230.
11. *Lean M., Wiseman M.*: Malnutrition in hospitals. *BMJ* 2008; 336:290.
12. *Nightingale F.*: Notes on hospitals. 3. ed. Longman, Green, Longman, Roberts and Green. London 1863.
13. *Nightingale F.*: Notes on Nursing – wath It is and what it is not. Harrison. London 1859.
14. *Nuttal P.*: The passionate statistician. *Nursing Times* 1983, s. 79.
15. *Poznańska S.*: Istota wielkiej teorii koncepcyjnego modelu pielęgniarstwa F. Nightingale. [w] *Filozofia i teoria pielęgniarstwa. Górajek-Jóźwik J. (red.)*. Czelej. Lublin 2007, s. 276.
16. *Poznańska S.*: Florencja Nightingale.: U podstaw pielęgniarstwa. [w] *Wybrane modele pielęgniarstwa Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (red.)*. Wydawnictwo UJ.

- Kraków 2001, s. 42.
17. *Ranson, R.*: Healthy Housing: a Practical Guide. Published by E&FN Spon on behalf of the WHO Regional Office for Europe, Chapman & Hall. London 1991.
 18. *Roenneberg T, Kumar C.J., Merow M.*: The human circadian clock entrains to sun time. *Current Biology*. 2007; 17(2):44-45.
 19. *Rogers B.*: Florence Nightingale and research. *AAOHN Jurnal* 1989; 37(6):238-239.
 20. *Sacks O.*: Stańć na nogi, Wydawnictwo Zysk i S-ka. Poznań 1996, s. 100.
 21. *Skeet M.*: Notes on Nursing. The Science and The Art. Churchill Livingstone. Edinburgh 1980.
 22. *Sokołowski K, Stanik D, Latosiewicz R.*: Korzystny wpływ promieniowania ultrafioletowego na organizm, *Balneologia Polska* 2008; 50:294-300.
 23. *Stevens R.G, Rea M.S.*: Light in the built environment: potential role of circadian disruption in endocrine disruption and breast cancer. *Cancer Causes and Control* 2001; 12(3):279-287.
 24. *Supady J.*: Leczenie gruźlicy w Polsce na przełomie XIX i XX wieku (do 1914 r.) *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2007; 117(9): 431-434.
 25. *Szczeklik A.* Katharsis.: O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki. Wydawnictwo Znak. Kraków 2003, s. 88.
 26. *Thomson J.D.*: The professional humanist: From Nightingale to the new nurse. *Nursing Outlook* 1980, s. 28.
 27. *Watt J.*: The ventilation heating and lighting of hospital wards. *Proceeding of the Royal Society of Medicine* 1933; 26(11):1411-1426.
 28. www.sciencedaily.com/news/health_medicine/skin_care/
 29. www.jhu.edu/news_info/news/home05/nov05/noise.html
 30. www.hermanmiller.com/content/dam/hermanmiller/documents/research_summaries/wp_Sound_Practices.pdf
 31. www.dailymail.co.uk/health/article-2258583/A-fifth-dont-change-bed-sheets-month--causing-asthma-eczema-sniffles-result.html

Praca zawiera 35 559 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

WIELOWIEKOWA ZAGADKA DŻUMY

Karolina Gizelbach-Żochowska*, Blanka Hermann**,
Jacek Gulczyński**, Ewa Iżycka-Świeszewska**

*Katedra Patomorfologii

Wydział Nauk Medycznych

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

**Zakład Patologii i Neuropatologii, Wydział Nauk o Zdrowiu

Gdański Uniwersytet Medyczny

karolina.giz@onet.eu

Wstęp

Dżuma była jedną z najważniejszych chorób wpływających na kształtowanie losów środowiska ludzkiego na przestrzeni historii. Podczas swej największej aktywności doprowadziła do śmierci 25-35% populacji (5, 17, 18). Obecna była także na ziemiach polskich kilkakrotnie, ale na znacznie mniejszą skalę, niż w Europie Zachodniej (3, 15, 24). Jednakże nawet w polskim piśmiennictwie używano wielu określeń zarazy: „*Mór, Powietrze, Powietrze Morowe, Łożnica, Pomarlica, Przymorek, Choroba łożna, Lues, Epidemia, Febris maligna et pestilentialis, Pestis, Aër pestiferus, Aura pestifera, Pestis bubonum, Mortalitas, Morbus inguinarius*” (3, 15). W związku z tym, mówiąc o przyczynach historycznych epidemii, należy mieć na uwadze stan wiedzy ówczesnych ludzi na temat chorób zakaźnych. Dawniej stawiano diagnozę tylko na podstawie pewnych ogólnych objawów klinicznych (gorączka, wymioty, owrzodzenia skóry itp.) zaliczając do

jednej choroby (np. dżuma) różnorodne jednostki chorobowe. Dlatego trudno jest nam obecnie stwierdzić, czy podawane ówczesnie nazwy chorób zakaźnych odpowiadają współcześnie stosowanym (3).

Historycy epidemiologii przyjmują, że dżuma atakowała ludzkość z największą siłą podczas trzech pandemii. Pierwszą pandemią był mór lub plaga Justyniana (531-558r.) - wybuchła za panowania Justyniana Wielkiego, swym zasięgiem objęła Europę, Chiny, Afrykę północną, Syrię. Ocenia się, że populacja Europy uległa w tym czasie zmniejszeniu o połowę (7, 13, 16).

Drugą, najbardziej znaną i jednocześnie najbardziej dewastującą pandemią, była średniowieczna Czarna Śmierć, która szalała w Europie, Azji i Afryce w latach 1346-1353, zabijając około 60 milionów ludzi w Chinach i około 25 milionów w Europie (7, 17, 24) i zapoczątkowała wybuchy kolejnych epidemii w Europie i Afryce w ciągu następnych stuleci (6, 8). Wywarły one ogromny wpływ na ekonomię, demografię, politykę i praktyki religijne ówczesnych społeczeństw. Miasta pustoszały, zamierał handel i działalność administracyjna. Bezrobocie, głód, lęk nasilały podziały społeczne między bogatymi a biednymi, większością, a obwinianymi o tragedię mniejszościami. Dochodziło do prześladowań i pogromów Żydów i Cyganów. Ratunku szukano w pokucie, umartwieniach, mszach wotywnych, procesjach (2, 6, 11, 18). Izolacja, wyludnienie miast i upadek administracji przyczyniły się do ekonomicznego schyłku krajów śródziemnomorskich na rzecz regionów północnych i atlantyckich (7, 10, 11, 18).

Ostatnia pandemia – bezimienna, w latach 1894-1920 objęła swym zasięgiem Chiny i Indie powodując śmierć ponad 10 milionów ludzi i w ciągu dziesięciu lat rozprzestrzeniając się na cały świat (6, 7). To właśnie ta pandemia przyczyniła się do odkrycia wywołującego ją patogenu. Po jej wybuchu w Hong-Kongu w 1894 r. dwóch naukowców rozpoczęło rywalizację o wykrycie czynnika sprawczego choroby: student R. Kocha – Shibasaburo Kitasato z Tokyo i student L. Pasteura - Aleksander Yersin. Ostatecznie bakteria otrzymała nazwę *Yersinia pestis*. Inny naukowiec, prowadzący badania w Bombaju Paul - Lous Simond w 1898 r. odkrył związek między pałeczką dżumy a pchłami i szczurami (6, 25).

Między pandemiemi wybuchały wielokrotnie mniejsze w swym zasięgu epidemie, np. w Londynie (1665-1666), Hiszpanii (1678-1680), Mediolanie i Wenecji (1656-1657). Dla upamiętnienia ofiar tej ostatniej, gondole w Wenecji do dziś pomalowane są na czarno (5, 18).

Obecnie dżuma jest jedną z trzech chorób, o których wystąpieniu należy obowiązkowo informować Światową Organizację Zdrowia. Takich raportów w ciągu ostatnich 20 lat napływało od 1000-5000 rocznie, w tym rejestrowano od 100-200 przypadków śmiertelnych (14). Dżuma występuje na wszystkich kontynentach, z wyjątkiem Australii (6, 8), głównie we wschodniej Azji i na Madagaskarze - w jego centralnej części. Odnotowano również przypadki powrotu choroby w rejonach, w których nie występowała od kilkudziesięciu lat-Algerii, Libii, Zambii, Jordanie. Pojedyncze przypadki pojawiły się w Chinach

i Peru. W Europie ogniska naturalne występują w rejonie Niziny Nadkaspjskiej i na wschodnich zboczach Kaukazu (7, 23).

Epidemiologia i obraz kliniczny

W epidemiologii dżumy rolę głównego rezerwuaru zarazka odgrywał szczur śniady (*Rattus rattus*), obecnie w Europie Zachodniej wypierany przez szczura wędrownego (*Rattus norvegicus*) - odporne na dżumę. Szczur zakaża się od dzikich gryzoni. Następnie choroba przenoszona jest między szczurami - w obu przypadkach przenosicielem zarazka jest pchła szczurza (*Xenopsylla cheopis*). Pchły same nie chorują, jednak bardzo długo przechowują w sobie pałeczki dżumy. W wyjątkowych sytuacjach (po śmierci gospodarza) - pchła kłuje człowieka, przenosząc infekcję. Dżuma jest chorobą endemiczną wielu gryzoni, ale człowiek może zarazić się również przez spożycie chorych zwierząt: świnek morskich (Peru, Ekwador), wielbłądów (centralna Azja, Bliski Wschód), bądź przez kontakt z zarażonym kotem (Afryka, USA) (7, 14, 16, 21).

Diagnostyka laboratoryjna dżumy opiera się na mikrobiologicznej izolacji i identyfikacji bakterii (materiałem do badań są rozmazy pełnej krwi, aspiraty z podejrzanych węzłów chłonnych, wymazy z gardła, rozmazy płwociny) lub na badaniach serologicznych dynamiki zmian miana przeciwciał (6, 7, 14).

Dżuma może przebiegać u ludzi w trzech postaciach (14):

1. Dymienicznej, zwanej gruczołową (*pestis bubonica*) – Okres wylegania wynosi 2-8dni (20) choroba rozpoczyna nagle dreszczami, bólami mięśniowymi i zajęciem węzłów chłonnych (6). Lekarze XVIII-wieczni opisywali je jako bolesne zmiany węzłów chłonnych, czasem osiągające wielkość pięści. Pojawiały się trzeciego dnia choroby, czwartego miękkie i pękały. Mogły utrzymywać się długo, głęboko w ciele, wtedy ulegały resorpcji bądź zropieniu. Okres gojenia mógł trwać kilka miesięcy, pozostawiając przetoki, przez które wydostawała się z węzłów treść ropna (dymienice) (6, 20). Śmiertelność tej postaci, przy braku właściwego leczenia, wynosi 40-70% (6, 10).

2. Septycznej (*pestis septicaemica*) - przeważnie rozwijająca się z postaci dymienicznej (rzadziej jako postać pierwotna). W związku z namnażaniem się bakterii we krwi przebieg jest piorunujący z powstaniem uogólnionych ognisk martwiczych węzłów chłonnych, wątroby, śledziony, z towarzyszącym rozsiałym wykrzepianiem wewnątrznaczyniowym. Zmiany zakrzepowo-krwotoczne widoczne są na skórze w postaci zlewających się czarnych plam, od czego pochodzi określenie „czarna śmierć” (1, 10). W tej postaci bakteria może przenosić się między ludźmi za pośrednictwem pchły ludzkiej (*Pulex irritans*).

3. Płucnej (*pestis pneumonica*) – najrzadsza postać, ale najbardziej zakaźna, przenoszona drogą kropelkową. Okres wylegania wynosi 1-3 dni, początek choroby jest nagły, z dreszczami, gorączką,

bólami głowy, osłabieniem i kłopotami z oddychaniem. Objawy szybko się nasilają, bez leczenia śmierć następuje w ciągu 18-24 godzin (6). W postaci płucnej i septycznej śmiertelność wynosi 100% (20).

Według współczesnej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wyróżnia się jeszcze następujące postaci dżumy: dżumę skóry i tkanki podskórnej, dżumowe zapalenie opon mózgowych, inne postaci dżumy, dżuma - nieokreślona (26).

Dyskusja dotycząca czarnej śmierci

Analiza środowiska współczesnego epidemiom doprowadziła do rozłamu wśród naukowców na zwolenników i przeciwników *Y. pestis* jako czynnika etiologicznego niektórych historycznych epidemii, zwłaszcza zaś pandemii średniowiecznej Czarnej Śmierci.

Jako zoonoza, dżuma jest wrażliwa na kształtowanie przez czynniki środowiskowe wpływające na zwierzęce rezerwuary zarazka, przenosicieli i samą bakterię (14, 16). Klimat od dawna był rozważany jako kluczowy czynnik wpływający na aktywność bądź okresy uśpienia epidemii. W Indiach sezonowe zmiany temperatur i wilgotności powietrza mogą być odpowiedzialne za sezonowość występowania dżumy. W krajach afrykańskich wybuchy zachorowań są rzadsze jeśli jest zbyt gorąco (powyżej 27°C) bądź zbyt zimno (poniżej 15°C).

Obfitość szczerzych pcheł jest także zależna od temperatury i wilgotności otoczenia, gdyż czynnikami sprzyjającymi są ciepło i wilgotność (5). Larwy są wrażliwe na wysychanie – wodę czerpią z wydaliny osobników dorosłych. Przeżycie form niedojrzałych pcheł w no-

rach gryzoni zależy od wilgotności gleby. Zbyt duża wilgotność jednak w połączeniu z obfitością składników organicznych może przyczynić się do rozwoju grzybów destrukcyjnych dla larw i jaj. Optymalne dla cyklu rozwojowego pchły szczurzej temperatury to 21- 29 stopni (2, 16).



Ryc.1 Masowy grób z Martigues, 1720-21.
Badania molekularne szczątków potwierdziły obecność *Y. pestis*.
Fot. S. Tzortzis.,
źródło: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/13/2/06-0197-f1.htm>

Również przeżycie i dynamika populacyjna szczurów zależą od czynników środowiskowych. Wpływ bezpośredni występuje gdy intensywne opady zalewają nory gryzoni, pośredni - gdy niskie temperatury zmniejszają liczebność populacji szczurów poprzez niedostatek żyw-

ności. Z drugiej strony, warunki niekorzystne dla utrzymania i rozwoju rezerwuarów i przenosicieli zarazka, mogą paradoksalnie wpłynąć na podtrzymanie, uśpionego w tym przypadku, ogniska dżumy. Przyпуска się bowiem, że pałeczki mogą przetrwać w organizmach pcheł żerujących np. na hibernujących zimą susłach syberyjskich (2, 7).

Środowisko ludzkie nie pozostaje bez wpływu na powstanie i rozwój epidemii - człowiek wkracza w rejony naturalnego występowania zarazka wśród populacji zwierzęcej - w takim przypadku czynniki klimatyczne stają się drugorzędne. Zauważono np., że w Lushoto - endemicznym dla dżumy rejonie Tanzanii - szczyt zachorowań występuje w okresach najmniejszej rolniczej aktywności - wtedy właśnie ludzie przebywają w domach, w większych skupiskach (2, 23).

Jednym z pierwszych badaczy dyskutujących etiologię średniowiecznej Czarnej Śmierci był Graham Twigg, zoolog, zajmujący się głównie biologią gryzoni jako roznosicieli chorób. Zwrócił uwagę na fakt, że istnieje co prawda forma dżumy mogąca przenosić się między ludźmi za pomocą pchły ludzkiej, bez udziału szczurów (postać septyczna), jednak po pierwsze należy do rzadkości, po drugie bakterie przebywają we krwi chorego stosunkowo krótko - śmierć następuje w ciągu 24 godzin - jest to więc mało efektywny sposób infekowania wielu ofiar (23). Jedyną formą choroby przenoszoną w bezpośrednich kontaktach międzyludzkich, bez udziału przenosiiciela jest postać płucna. Twigg przytoczył założenie, że forma ta występuje naprzemiennie z formą dymieniczną - w zależności od pory roku - zimą 1349

roku, wg Zieglera - wystąpiła dżuma płucna, latem i wiosną dymieni-
cza (9, 23). Należy jednak pamiętać, że forma płucna, podobnie jak
septyczna, należy do rzadkości, a większość pacjentów umiera w cią-
gu 48 godzin. Rozwój tej formy choroby do rozmiarów epidemii zależy
od szybkości przemieszczania się osób zakażonych. Znane są tylko
dwie takie epidemie, a w obu przypadkach mandżurscy traperzy prze-
nieśli chorobę z ogniska pierwotnego podróżując koleją. W latach
1910-11 umarło 60 tysięcy zakażonych, w 1920-21 ponad dziewięć
tysięcy osób. Twigg uważa, że w warunkach średniowiecznej Europy
centralną rolę w przenoszeniu pałeczek dżumy musiały odgrywać
szczury i ich pchły. Jednak dominujący wówczas szczur śniady,
w przeciwieństwie do pochodzącego z Azji szczura wędrownego za-
adaptowanego do otwartego środowiska chłodnego, nie potrafi utrzy-
mać się przy życiu z dala od domostw ludzkich (23). Szczury te więc,
nie miały w zwyczaju swobodnego przemieszczania się na dłuższe
dystanse. Twigg przytacza dwa dowody. Drapieżniki, takie jak sowa,
żywiące się ssakami, łącznie ze szczurem, nie trawia kości ani futra,
a na podstawie wydaliny można ustalić ich dietę. Na obszarach wiej-
skich, w wykopaliskach z XIV wieku, niestrawionych resztek pocho-
dzących od szczurów nie znaleziono. Drugim argumentem w polemice
jest zmiana sposobu budowy gołębników. Dopiero po przybyciu do
portów brytyjskich w 1748 roku szczura wędrownego i jego migracji
właściciele gołębników zmuszeni byli do ich przebudowy, by uniemoż-
liwić szczurom zjadanie ptaków i ich jaj. Szczur śniady, lepiej wspina-
jący się po drzewach, gdyby był w tych rejonach obecny - musiałby

być podobnym zagrożeniem (23). Obserwacja i analiza środowiska, a zwłaszcza klimatu i jego wpływu na populację szczura i na cykl rozwojowy pchły szczurzej, stwarzają podstawy do kwestionowania pałeczek dżumy jako czynnika sprawczego epidemii Czarnej Śmierci (10, 12, 23).

Twigg przytacza jeszcze jeden poważny argument. Podczas epidemii zauważono, że wybuchały one po przybyciu podróżnych, po jakimś czasie zaczynali oni chorować i umierali. Od czasu zachorowania członka rodziny, w której się zatrzymali, a infekcją następnych osób mijало ok. 37 dni. Jest to potwierdzone faktem wprowadzenia po raz pierwszy podczas epidemii dżumy zasad kwarantanny (23). W 1377 roku w dzisiejszym Dubrowniku statki przybywające z podejrzanych o zarazę miejsc musiały stać 30 dni na kotwicy przed wpuszczeniem ich do portu. Dla podróżujących lądem, okres odosobnienia wynosił 40 dni (wł. *quaranta*- czterdzieści). Było to podyktowane względami zdrowotnymi i ekonomicznymi. Chronienie się przed Czarłą Śmiercią było niezbędne dla utrzymania jakości i ciągłości handlu. W 1423 roku Wenecja utworzyła pierwsze „*lazaretto*” (miejsce odbywania kwarantanny) na jednej z sąsiednich wysp. System wenecki stał się wzorem dla innych państw europejskich (10, 12). Współcześni zdawali więc sobie sprawę z długiego okresu wylęgania choroby. Należy jednak podkreślić, że wówczas wierzono, że zaraza może nie tylko bezpośrednio przenieść się z chorego na zdrowego, lecz nawet przez spożycie, a zwłaszcza, gdy było ono połączone z obawą zachorowania (3). Dziś wiemy, że dla dżumy wynosi on 2-8 dni (20).

Według Twigga więc, choroba przenoszona z człowieka na człowieka, o długim okresie inkubacji, rozprzestrzeniająca się szybko na znaczne odległości - nie mogła być dżumą (23).

Tego samego zdania byli inni badacze. Duncan i Scott w swojej książce zauważają, że podczas XVII-wiecznej epidemii dżumy w Anglii, niektóre osoby były na chorobę odporne (10). Autorów zaskanawia także fakt wystąpienia mutacji delta-32 receptora CCR5 wśród Euroazjatów, której nie wykryto u rodowitych Afrykanów, Indian z Ameryki Północnej i grup etnicznych ze wschodniej Azji. Przez receptor ten m.in. wirus HIV wnika przez błonę leukocytów do wnętrza komórki, a mutacja ma wpływ ochronny przed zarażeniem (10). Biolodzy molekularni szacują, że przy obecnym poziomie występowania mutacji (5 do 20%) musiała ona być wywołana chorobą zakaźną sprzed 700 lat, a czynnikiem sprawczym był wirus. Ponadto rozmieszczenie występowania mutacji pokrywało się z dystrybucją występowania epidemii Czarnej Śmierci. Duncan i Scott powołują się również na opisy z autopsji ofiar epidemii w Rzymie i Neapolu z lat 1656-57: „zewnątrzna część ciała pokryta była plamami [...], sieć w stanie rozkładu, wnętrze całe czarne, otrzewna zasiniąta [...]. Płuca nieprawidłowej konsystencji i koloru, pokryte czarnymi plamami...”. Według autorów nie mogły to być objawy dżumy dymienicznej. Uważają, że chorobę powodował wirus, prawdopodobnie dziś nie istniejący, podobny do współczesnych wirusów odpowiedzialnych za występowanie gorączek krwotocznych (10, 16).

Zwolennicy dżumy jako przyczyny Czarnej Śmierci powołują się na historyczne opisy przebiegu choroby - wielkie opuchlizny zwane dymienicami, delirium, szalony niepokój chorych (5, 10). Opieranie się wyłącznie na takich danych pozostawia ustalenie przyczyn większości infekcji znanych z historii w sferze hipotez i przypuszczeń. Dokładniejszych i wydawałoby się niezbitych argumentów dostarczają analizy molekularne DNA pozyskane ze szkieletów ofiar epidemii. W 1998 roku Drancourt ze współpracownikami opublikowali wyniki swoich badań nad sekwencjonowaniem DNA z miazg zębów wydobytych na południu Francji z XVI i XVIII-wiecznych masowych grobów ofiar zmarłych z powodu epidemii, opisywanej jako wywołanej prawdopodobnie przez pałeczki dżumy. (Ryc.1)

Dotąd nie wykonywano jeszcze potwierdzenia za pomocą badań genetycznych dawnych epidemii chorób, nie manifestujących się zmianami w układzie kostnym chorych. Dlatego też proponowane są różne wyjaśnienia antycznych plag (np. w Atenach w 5 w .p.n.e.) - od wirusa Ebola przez wąglik po dżumę (3, 9). Autorzy wykorzystali do pozyskania DNA miazgi zębów zatrzymanych jako tkanki naturalnie chronionej od wpływów środowiska. W badanych próbkach potwierdzili obecność specyficznego dla *Y. pestis* DNA. Wyniki te podważyli badacze Gilbert i współpracownicy (22), którzy zauważyli, że mimo zewnętrznej dekontaminacji miazga zębowa badanych przez nich próbek, uległa zanieczyszczeniu. Materiały pobrano z pięciu masowych grobów z terenów północno-zachodniej Europy, w tym z dwóch, jako dobrze udokumentowanych miejsc pochówku ofiar epidemii dżumy.

Nie wykryto śladów DNA *Y. pestis*, a zanieczyszczenia pochodziły, zdaniem autorów, ze śladów bakterii znajdujących się w glebie współcześnie. Fakt niewykrycia zanieczyszczeń innymi bakteriami w badaniach Drancourta i współpracowników, Gilbert tłumaczy warunkami środowiskowymi miejsca pobrania próbek. Autorzy zwracają uwagę jednak, że istnieje odwrotna korelacja między temperaturą i wilgotnością miejsca archeologicznego, a możliwością pozyskania DNA do badań z tego miejsca. Dziwi więc fakt pozyskania materiału z cieplejszych rejonów poprzednich badań. Ponadto, nieprawdopodobnym jest, by środowiska dwóch, nie tak od siebie oddalonych geograficznie rejonów badań obu grup, różniły się znacząco w kwestii zamieszkujących je mikroorganizmów (22). W odpowiedzi Drancourt opublikował w 2011 roku podsumowanie wyników prac międzynarodowej grupy badawczej, która wyizolowała kompletny genom *Y. pestis* ze szkieletów ofiar pochowanych podczas epidemii w Londynie w 1348 roku, potwierdzając tym samym wcześniejsze wyniki prac swoich i kolegów (8, 9). Badacze ci stwierdzili, że epidemia Czarnej Śmierci w średnio-wiecznej Europie spowodowana była przez wariant *Y. pestis*, dotąd nie opisywany i już nie istniejący (19). Nie wykryto natomiast specyficznego czynnika zjadliwości bakterii. Możliwe więc, że takiego czynnika nie było, a bakteria przystosowała się do dodatkowego przenosi-ciela - wszy ludzkiej. Drancourt, podsumował toczącą się od 13 lat dyskusję dotyczącą genomu *Y. pestis*: „ostatecznie, dżuma jest dżumą” (8).

Pałeczka dżumy przez wiele lat powodowała zamieszanie również w środowisku mikrobiologów. Stwierdzili oni, że w porównaniu z innymi gatunkami z rodzaju *Yersinia*, jest ona bakterią okaleczoną, utraciła bowiem w toku ewolucji pewne geny zjadliwości. Jednocześnie jednak nabyła od bakterii z nią nie spokrewnionych plazmid z genami kodującymi enzym trawiący białka. Uczyniło ją to milion razy bardziej zjadliwą niż bakterie takiego plazmidu nie posiadające (25).

Podsumowanie

Mówiąc o przyczynach epidemii, które miały miejsce w historii, należy mieć na uwadze stan wiedzy ówczesnych ludzi na temat chorób zakaźnych. Dlatego trudno jest nam obecnie stwierdzić, czy podawane ówczesznie nazwy chorób zakaźnych odpowiadają współczesnym. Większość ówczesnych medyków wyobrażała sobie istotę „zarazy” w postaci jakiejś nieuchwytniej, gęstej mgły, „*zaduchu, jadowitej pary lub waporu*” (3). Badanie epidemii sprzed kilku wieków jest zadaniem trudnym, wymagającym, opierającym się na współpracy specjalistów z wielu dziedzin nauki: historyków, socjologów, ekonomistów, epidemiologów, biologów, mikrobiologów i lekarzy. Powstają też nowe dyscypliny - jak paleoepidemiologia, scalająca różne dziedziny w celu badania chorób sprzed wieków (1, 7). Etiologia epidemii Czarnej Śmierci nie jest jednoznaczna, cytując Alberta Camus „zaraza nie jest na miarę człowieka, więc powiada się sobie, że zaraza jest nierzeczywista, to zły sen, który minie” (4). Część badaczy uważa, że wywołała ją pałeczka dżumy. Inni twierdzą, że musiał to być inny zarazek,

być może wirus przypominający współczesne wirusy powodujące gorączki krwotoczne. Być może jednak oba obozy po części mają rację - może była to dżuma, ale nie taka, jaką znamy obecnie - może *Y. pestis* zaskoczyła wszystkich swoją niezwykłą zdolnością przystosowania się do warunków otaczającego środowiska. Należy także uwzględnić potencjalną odmienność przebiegu epidemii, która wybuchła w danym obszarze geograficznym po raz pierwszy od kilkuset lat, w populacji dość zagęszczonej, o zupełnie innej odporności i stanie odżywienia, niż w czasach nam bliższych.

Wszelkie ślady biologiczne, a zwłaszcza szczątki ofiar wielkich epidemii, w trosce o losy przyszłych pokoleń nadal będą przedmiotem wnikliwych badań. Wielowiekowa zagadka dżumy wymaga wolnego od utartych schematów spojrzenia na to, co ukryły stulecia. Celem obiektywizacji konieczne jest łączenie przesłanek natury historycznej z wynikami nowoczesnych badań w zakresie biologii i genetyki.

Streszczenie

Badacze epidemii przyjmują, że w historii miały miejsce trzy pandemie dżumy: plaga Justyniana (541 rok), średniowieczna Czarna Śmierć, oraz rozpoczęta w połowie XIX wieku plaga bezimienna, która przyczyniła się do odkrycia wywołującego ją zarazka. Między pandemią wybuchły mniejsze epidemie, jednocześnie w niektórych rejonach dżuma utrzymywała się jako postać endemiczna wśród populacji gryzoni. Obserwacje i analizy środowiska przyczyniły się do rozłamu

wśród naukowców dotyczącego faktycznej etiologii części epidemii, zwłaszcza średniowiecznej Czarnej Śmierci.

Piśmiennictwo

1. *Antoine D.*: The archaeology of "plague". *Med Hist Suppl.* 2008; 27:101-114.
2. Ben Ari T., et al.: Plague and Climate: Scales Matter. *PLoS Pathog.* 2011; September 7(9): e1002160.
3. *Burchardt J., Burchard D.*: Morowe powietrze- krótki szkic do historii zarazy na ziemiach polskich w pierwszej połowie XVIII wieku. *Nowiny Lekarskie* 2008; 77(4):334–338.
4. *Camus A.*: Dżuma., PIW. 2010.
5. *Cohn S.K .Jr.*: Epidemiology of the Black Death and successive waves of plague. *Med Hist Suppl.* 2008; 27:74-100.
6. *Dennis D.T., Gage K.L.*: Plague Manual Epidemiology. Distribution, Surveillance and Control. 1999; s. 9-15, 41-45.
7. *Devaux C.A.*: Small oversights that led to the Great Plague of Marseille (1720-1723): lessons from the past. *Infection. Genetics and Evolution* 2013; 14:169-185.
8. *Drancourt M.*: Finally, plague is plague. *Clin Microbiol Infect.* 2012; Feb18 (2):105-106.
9. Drancourt M., et al.: Detection of 400-year-old *Yersinia pestis* DNA in human dental pulp: an approach to the diagnosis of ancient septicemia. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998; 95 (21):12637-12640.
10. *Duncan C., Scott S.*: Czarna Śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do czasów współczesnych. 2008. s. 160-180.
11. *Dyer A.*: The Influence of bubonic plague in England 1500-1667. *Medical History* 1978; 22:308-326.
12. *Gensini G.F., Yacouba M.Y., Conti A.A.*: The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *J Infect* 2004; 49: . 257–261.
13. *Iwańska J.*: Przyczyny, zapobieganie i leczenie chorób epidemicznych w starożytnej Grecji i Rzymie". „Seminare. Poszukiwania naukowe", Kraków 2010, s. 223-229.
14. *Januszkiewicz J., Kassur B.*: Choroby zakaźne i inwazyjne. PZWL. Warszawa 1988.
15. *Jaszczuk M.*: Dżuma w polskim piśmiennictwie w XVIII wieku. *Med. Nowożytn.* 1994; t.1 nr 2:31-60.
16. *Kausrud K.L., et al.*: Modeling the epidemiological history of plague in Central Asia: Paleoclimatic forcing on a disease system over the past millennium. *BMC Biol.* 2010; Aug 27,8:112.
17. *Raoult D., et a.*: Plague - history and contemporary analysis. *J Infect.* 2013, 66:18-26.
18. *Ruffié J., Sournia J.C.*: Historia epidemii od dżumy do AIDS. 1996. s. 94-95.
19. *Schuenemann V.J., et al.*: Targeted enrichment of ancient pathogens yielding the pPCP1 plasmid of *Yersinia pestis* from victims of the Black Death. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011; 108(38):E746-52.
20. *Stachura J., Domagała W.*: Patologia znaczy słowo o chorobie. 2003, s. 254-256.

21. Stenseth N.C., et al.: Past, Present, and Future. PLoS Medicine 2008; January, 5:9-10.
22. Thomas M., et al.: Absence of *Yersinia pestis*-specific DNA in human teeth from five European excavations of putative plague victims. Microbiology 2004; 150:341–354.
23. Twigg G.: The black death: A problem of population-wide infection. Local Popul Stud. 2003; Autumn 71:40-49.
24. Wasilewski A.: Prace Aleksandra Wasilewskiego., Nowiny Lekarskie. Poznań 1927.
25. Wills C.: Żółta Febra, Czarna Bogini. Koewolucja ludzi i mikrobów. 2001, s. 65-104.
26. Wydawnictwo Vesalius. ICD – 10. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Kraków 2010.

Praca zawiera 24 776 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

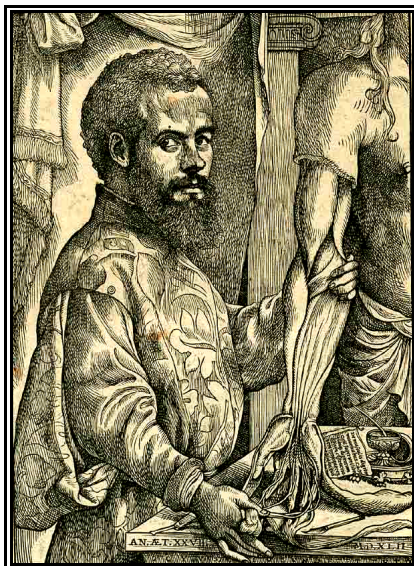
ANDREAS VESALIUS

- WPŁYW ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO NA JEGO ŻYCIE

Jacek Gulczyński*, Karolina Gizelbach-Żochowska**,
Blanka Hermann *, Ewa Iżycka-Świeszewska *

*Zakład Patologii i Neuropatologii
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Gdański Uniwersytet Medyczny

**Katedra Patomorfologii, Wydział Nauk Medycznych,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie,
jgulczynski@gumed.edu.pl



Ryc. 1. Andreas Vesalius

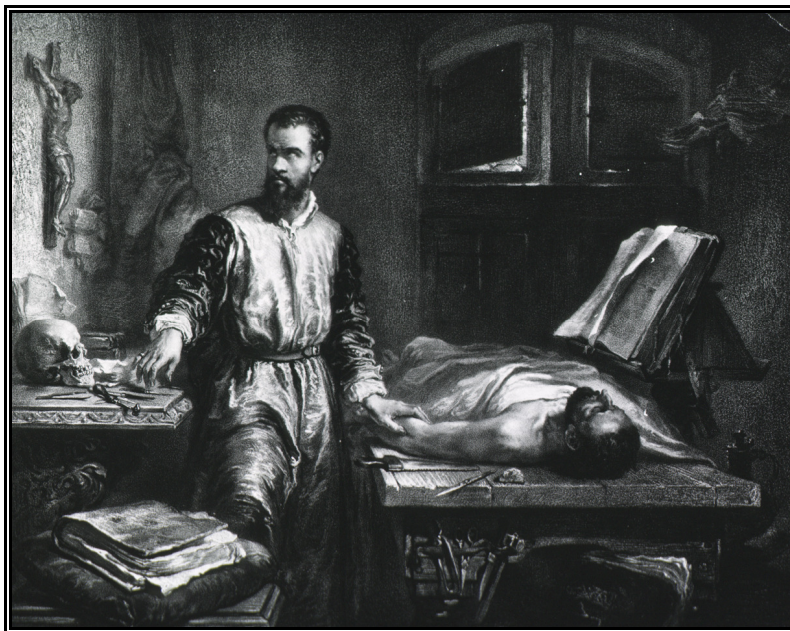
Andreas Vesalius (1514-1564) urodził się w Brukseli, w rodzinie z tradycjami naukowymi i lekarskimi. Początkowo wysłany na studia w Louvain (Leuven) (lata 1529-1533), przeniósł się następnie do Paryża (1533-36), gdzie zaczął studiować medycynę pod kierunkiem Jacquesa Dubois (*Jacobus Sylvius*) (1478-1555) oraz Jeana François Fernela (1497-1558). Jako zaangażowany student i manualnie zdolny człowiek szybko opanował technikę i zaczął wykonywać sekcje zwierząt, początkowo zwierząt, potem także człowieka. Sylvius był wielkim zwolennikiem teorii i poglądów Galena na anatomię i zaszczepił je także młodemu adeptowi (22). Zwłoki ludzkie stanowiły wówczas znacznie rzadszy materiał badawczy, Vesalius szczegółowo zajmował się więc także osteologią, gdyż ze względu na liczne cmentarze, elementy kostne były zdecydowanie łatwiej osiągalne (2). Gdy w roku 1536 doszło do otwartego sporu pomiędzy Cesarstwem Rzymskim, a królestwem Francji, powrócił do Louvain, gdzie wprowadził autopsje do programu nauczania studentów medycyny. Studia ukończył i dyplom uzyskał na podstawie pracy *Paraphrasis in nonum librum Rhazae medici Arabis clariss. ad Regem Almansorum de affectuum singularum corporis partium curatione*, (*Parafraza do IX księgi Rhaziego wybitnego lekarza arabskiego dedykowana sułtanowi al -Mansur "O leczeniu chorób poszczególnych części ciała"*). W pracy tej wyraźnie jeszcze bronił poglądów Galena, porównując je do zdobyczy medycyny arabskiej. Po bardzo prawdopodobnym sporze ze swoim nauczycielem i profesorem, dość szybko udał się do Padwy. Tam w grudniu 1537 roku po dwóch dniach egzaminów uzyskał dyplom doktora medycyny

magna cum laude. Jeszcze w tym samym roku zaproponowano mu stanowisko wykładowcy w zakresie chirurgii oraz osoby odpowiedzialnej za demonstracje anatomiczne (*explicator chirurgiae*). Gościnnie wykładał również te przedmioty na uniwersytetach w niedalekiej Bolonii i Pizie (8, 16).

Choć sekcje miały już w Europie historię ponad dwustuletnią i pomimo faktu, że choćby Berengario da Carpi (1460–1530) od dłuższego czasu postulował zmianę zwyczajów, w wielu ośrodkach, nawet akademickich, autopsję ciągle wykonywał cyrulik (zajmujący się także zabiegami chirurgicznymi) (7, 12, 19). W tym czasie lekarz (jako lektor) odczytywał z książki (najczęściej dzieł Galena, jako obowiązujących i niepodważalnych), to co podczas sekcji należało znaleźć i pokazać. Vesalius wielokrotnie osobiście wykonywał pokazowe sekcje pokazując swym studentom, że jedynie bezpośrednia obserwacja może być źródłem wiedzy anatomicznej, a w konsekwencji wiedzy o funkcjonowaniu ciała ludzkiego. W sytuacji, gdy brakowało mu zwłok nie wahał się i wykradał powieszonych skazańców, bądź płacił za informacje o niedawnych pogrzebach i wykradał ciała zmarłych, by wykonywać autopsje w zaciszu własnego mieszkania (1).

Anatom wykonywał własnoręcznie dość szczegółowe szkice topograficzne i szczegółowe. Bardzo szybko zaczęły one być kopiowane i cytowane w innych dziełach współczesnych mu i późniejszych autorów. Wówczas to w roku 1538 wydał swe rysunki i szkice pod postacią tablic *Tabulae Anatomicae Sex*. Zostały wydrukowane w Wenecji. W tym samym roku Vesalius wydał przetłumaczoną na nowo i popra-

wioną przez siebie wersję *Institutionum anatomicarum secundum Galeni sententiam ad candidatos medicinae Libri quatuor, per Joannem Guinterium Andernacum medicum. Ab Andrea Wesalio Bruxellensi, auctiores et emendatores redditi. Venetiis in officina D. Bernardini, 1538*. Kiedy publikacja ta dotarła do Paryża, jego tamtejsi profesoria publicznie zaatakowali zarówno autora, jak i jego dzieło.



Ryc. 2. Andreas Vesalius podczas sekcji

Pomimo tego ataku, Vesalius opublikował jeszcze w tym samym roku dwie prace dotyczące wenesekcji oraz upuszczania krwi,

gdzie zgadzał się z pewnymi anatomicznymi sugestiami Galena (15, 17).

W 1539 roku sędzia miasta Padwy uznał zasadność pracy Vesaliusa jako anatoma i w wyrazie poparcia zdecydował o oficjalnym przekazywaniu zwłok skazańców w jego ręce, do celów naukowo-szkoleniowych. W ten sposób archiwum szkiców, tym razem wykonywanych już przez artystów, szybko powiększało się. Nie bez znaczenia był także fakt, iż rysunki nie będąc wykonywanymi przez samego anatoma, a przez wykształconych artystów, znacznie zyskały na jakości, a także dokładności.

W 1541 podczas krótkiego pobytu w Bolonii Vesalius, najprawdopodobniej podczas sekcji małpy, zauważył ogromne zbieżności z opisami Galena. Na tej podstawie oraz na podstawie wcześniejszych swoich obserwacji wysnuł wniosek, iż anatom z Pergamonu nigdy nie wykonał sekcji człowieka (5, 18). Uznając jego wiedzę dotyczącą np. układu mięśniowego (Galen był lekarzem gladiatorów i wielokrotnie udzielał pomocy rannym), udowodnił zarazem, że wiele opisów, w tym narządów wewnętrznych, były przeniesieniem zależności anatomicznych zwierząt na ciała ludzkie. Zresztą sam Galen pisał w swych dziełach "*De anatomici administrationibus*": "Wybierzcie te małpy, które człowieka najbardziej przypominają, z krótką żuchwą i małymi kłami. Zobaczycie, że i inne ich części przypominać będą ludzkie... ". Andreas Vesalius od dłuższego czasu zdobywał coraz większą pewność, iż ówczesny (do tej pory niepodważany), starożytny

autorytet Galen, w zbyt wielu szczegółach mijał się z rzeczywistością (7, 18).

W 1543 roku został poproszony o autopsję notorycznego przestępcy z Bazylei, niejakiego Jakoba Karrera von Gebweilera. Z pomocą Franza Jekelmana zebrał następnie i złożył szkielet skazańca i przekazał do Uniwersytetu w Bazylei. Pozostaje on tam do dziś, jako jedyny trwały dowód pracy anatomicznej Vesaliusa oraz prawdopodobnie jeden z najstarszych preparatów anatomicznych.



Ryc 3. Szkielet z Bazylei

W tym samym roku wykorzystując wszystkie osiągalne wówczas nowinki techniczne, wśród nich wynalazek druku, zmiennej czcionki, oraz dzięki drzeworytom wykonanym przez najlepszych arty-

stów, złożył dzieło swego życia - rewolucyjną na ówczesne czasy księgę "*De humani corporis fabrica libri septem*". Co ciekawe nie wydał jej w Wenecji (gdzie drukował pomniejszych prace), lecz w Bazylei. Tam pracował Johannes Opporinus, wykładowca i wydawca. To jemu i tylko jemu Vesalius zgodził się oddać swe drogocenne ryciny (oraz miedzioryty), a także nadzór nad drukiem. Przez siedem miesięcy pozostawał tam nadzorując każdy etap, by w końcu ujrzeć efekt końcowy - swoje *Opus Magnum* - zarówno w wymiarze merytorycznym, jak i artystycznym (12, 18, 19). We wstępie wyraźnie określił jaką drogę pokonywali medycy i anatomowie w czasach przeszłych, oraz jak powinno się to zmieniać i zmieniać się z duchem czasu i postępu w nauce (6, 20). Jasno głosił tezę, iż jedyną drogą do poznania anatomii jest autopsja wykonywana osobiście (11, 15).

Ten jedyny w swoim rodzaju podręcznik zadedykował swemu patronowi, Karolowi V - władcy Imperium Rzymskiego. Cesarski egzemplarz został oprawiony w jedwab o barwie imperialnej purpury, a ilustracje były ręcznie kolorowane. Księga ta zawierała szczegółowe ilustracje - ok. 300 (zazwyczaj uważa się, że są autorstwa Joannesa Stephanusa Calcarensis, ur. ok. 1499–1510 w Kalkar, w Neapolu, ucznia Tycjana) opisujące poszczególne fragmenty ciała ludzkiego. Ciekawostką jest to, że poza przekazem merytorycznym, wiele z rycin było metaforycznych bądź alegorycznych, bogato zdobionych inicjałami. W pracy Vesalius wytknął ponadto ok. 200 błędów w obowiązującej doktrynie Galena. Lecz dotyczyły one tylko i wyłącznie anatomii. Nie zaprzeczył żadnej teorii dotyczącej fizjologii, ani medycyny i po-

dejscia do niej jako całości (18). Kilka tygodni później została także wydana skrócona wersja dla studentów *Andrea Vesalii suorum de humani corporis fabrica librorum epitome* (w skrócie nazywaną "*Epitome*"; tę pracę zadedykował Filipowi II Hiszpańskiemu, synowi Karola V). W niej to większy nacisk położył na część graficzną, jako łatwiejszą



Ryc 4. Frontispis "*De humani corporis fabrica libri septem*"

i szybszą do przyswojenia. Obie praca, a zwłaszcza "*Fabrica*" stała się "bestsellerem" ówczesnych czasów i na dużą skalę była kopiowana, najczęściej bez zgody autora, nawet przez znamienitych anatómów (9).

Rozpętała się burza. Zaledwie niespełna 30-letni anatom podważał doktrynę Galena z Pergamonu, a ponadto udowydniał, że mężczyzna posiada po obu stronach tę samą liczbę żeber, co jawnie stało w sprzeczności z odwieczną doktryną Kościoła mówiącą o braku jednego z nich. Ataki były przypuszczane z każdej możliwej strony. Wielu profesorów z innych uczelni, także jego byłych nauczycieli, nazywała go wprost chirurgiem, cyrulikiem, czyli fryzjerem. W potocznym, bowiem, rozumieniu to oni zajmowali się rękoczynami, podczas gdy do lekarzy należała część wiedzy "przekazywana ustnie", nie rękoczynem. Jacobus Sylvius nazwał go wprost "szaleńcem" i stwierdzał, że więcej niż Galen nie można odkryć. A jeśli odkrycia anatomiczne nie zgadzają się z nauką mistrza z Pergamonu, to nie jego nauka była błędna ... , lecz najprawdopodobniej zmieniło się ciało ludzkie i jego budowa. Bartolomeo Eustachii (1500 lub 1514-1574) poszedł dalej w swej opinii głosząc, że wolałby się mylić razem z Galenem, niż poprzeć Vesaliusa (23). Na szczęście, gdy postanowił empirycznie udowodnić, że Flamand się myli, jego poglądy zmieniły się diametralnie i zamiast walczyć, zaczął go gorąco popierać.

Krótko potem Andreas Vesalius zrezygnował z funkcji wykładowcy w Padwie. Porzucił karierę naukową, a większość swoich książek, w tym dzieła Galena wraz ze swoimi uwagami na marginesach, spalił w ogniu. Jednak pomimo zarzucenia pracy akademickiej, kilkakrotnie występował jako anatom m.in. na uniwersytecie w Padwie i Pizie. Wówczas to Cosimo di Medici z Florencji zaproponował mu takie samo stanowisko jakie miał w Padwie, czyli profesora anatomii i pro-

wadzącego tę katedrę. Flamand jednak nie przyjął tej propozycji i zajął na dworze stanowisko lekarza cesarza Karola V, by po jego abdykacji w 1555 roku kontynuować tę pracę na dworze jego syna, Filipa II. Nowy władca zapewnił mu dożywotnią pensję i pozycja ta gwarantowała mu bardzo dostatnie i w miarę spokojne życie. Jednak Vesalius pomimo stałej posady, podczas wielu podróży z dworem, nigdy nie odmawiał wizyt w pobliskich szkołach medycznych, gdzie dzielił się swoim doświadczeniem oraz wiedzą, częstokroć wykonując pokazowe autopsje (15, 16).

W tym okresie Vesalius głównie zajmował się leczeniem członków rodziny królewskiej i dworu. Jednakże jego znajomość anatomii oraz chirurgii większe miała zastosowanie przy zaopatrywaniu ran powstałych czy to w szrankach turniejowych, czy też na polu bitwy. Swoje doświadczenie szeroko wykorzystywał przy leczeniu rannych, nie stroniąc jednak od nauki od innych. Od Bartolomeo Maggi (1477-1552), włoskiego chirurga nauczył się na przykład opatrywać rany postrzałowe. Opracował metodę opróżniania ropni, na tyle według niego skuteczną, że szeroko dzielił się tą wiedzą z innymi chirurgami. Jego umiejętności rozślawiły na tyle jego imię, że gdy król Francji Henryk II uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, gdy podczas turnieju w 1559 roku doznał ciężkiego urazu głowy (drzazga kopii poprzez oczodół weszła do jamy czaszki), poproszono Flamandczyka o przyjazd do Paryża (pomimo trwającego konfliktu pomiędzy Francją i Cesarstwem Rzymskim oraz obecności na miejscu Ambroise Pare) (14). Także wiosną 1562 roku na polecenie Filipa II dołączył do grona lekarzy opiekują-

cych się po wypadku Don Carlosem, królewskim synem i następcą tronu (4, 10).

Jednocześnie ciągle bronił swej pracy i pozycji w środowisku jako anatom. Kolejna fala ataków, m.in. jego poprzedniego profesora Sylwiusa, doprowadziła do przeprowadzenia dyskusji naukowej na uniwersytecie w Salamance w roku 1551. Proces ten został wszczęty na polecenie cesarza i miał rozważyć ewentualne implikacje religijne odkryć anatomicznych Vesaliusa. Wynik dyskusji wyraźnie oczyścił zarówno dzieło, jak i imię naukowca, co jednak nie powstrzymało kolejnych ataków (11, 16).

W miarę upływu czasu rosło doświadczenie i wiedza, oraz świadomość błędów bądź nieścisłości, które pojawiły się w pierwszym wydaniu podręcznika. Najprawdopodobniej dopiero podczas przymusowego przedłużonego pobytu w Augsburgu w latach 1550-51 Vesalius znalazł wystarczająco dużo czasu, by zrewidować pierwsze wydanie "*Fabriki*" i przygotować poprawki. I choć propozycja drugiego wydania była złożona w 1547, to ukazała się dopiero w roku 1555, również w Bazylei (15, 16).

W roku 1560 uczeń Vesaliusa, a zarazem jego następca na uniwersytecie w Padwie, Gabriel Fallopius (1523-1562) wysłał do niego polemikę dotyczącą podręcznika, na którą to Flamand odpowiedział dopiero w roku następnym, a publikując ją w Wenecji w roku 1564 pod tytułem *Anatomicarum Gabrielis Falloppii observationum examen*, gdzie część uwag akceptuje, a częściowo broni swoich opinii. W pisemnej odpowiedzi wyraził wolę ewentualnego powrotu na

uniwersytet w Padwie. W tym samym roku Andreas Vesalius udał się w podróż do Ziemi Świętej (dokładnego powodu nie znamy), prawdopodobnie za aprobatą władcy. Natomiast czy zamierzał powrócić do Hiszpanii pozostaje tajemnicą. Po drodze zatrzymał się w Wenecji, gdzie prawdopodobnie zaproponowano mu posadę po zmarłym niedawno Fallopiusie. W marcu wyruszył z Wenecji i z postojem na Cyprze dotarł do Ziemi Świętej. Pozostaje niewiadomą kiedy wyruszył w drogę powrotną. Faktem jednak jest, że podróż ta odbyła się w wyjątkowo nieprzyjaznych warunkach atmosferycznych. Statek z trudnością dotarł do greckiej wyspy Zakynthos (Zante), gdzie Vesaliusa, najprawdopodobniej już chorego, pozostawiono. Tam zmarł i został pochowany (16).

Przez wiele lat głoszono pogląd, że pielgrzymka ta była wymuszona przez Inkwizycję (21). Miało to być skutkiem zarzutu, że podczas publicznej sekcji pewnego arystokraty, jeden z oponentów Vesaliusa zaświadczył, że serce sekcjonowanego jeszcze biło. Historię tę podał niejaki Hubert Languet, dyplomata z czasów Karola V i jego następcy. Wg tej opowieści Filip II zamienił wyrok śmierci na przymusową pielgrzymkę do Jerozolimy (10). Wg współczesnych autorów historia ta nie ma żadnych podstaw (16).

Podsumowanie

Andreas Vesalius, człowiek, urodzony w rodzinie z tradycjami lekarskimi. Jego wkład w rozwój medycyny, a zwłaszcza anatomii jest tak ogromny, że piśmiennictwo na jego temat sięga bardzo wielu

opracowań, poczynając od czasów jemu współczesnych po dzień dzisiejszy (4). Lecz tak jak ogromny był jego wpływ na środowisko medyczne ówczesnych czasów, tak środowisko wokół niego wpływało również na jego życie. A najbardziej zawodowe. Naukowiec, który pomimo swego młodego wieku, nie bał się przeciwstawić największym autorytetom stawiając na pierwszym miejscu prawdę i wiedzę, czasami nawet naginając granice prawa bądź obyczajów (1), w miarę upływu czasu zmuszony został do zaprzestania walki (choć cały czas utrzymywał kontakt z ośrodkami uniwersyteckimi, a później próbował do akademickiego życia powrócić). Początkowo ówczesne czasy takiemu rozwojowi sprzyjały. W tym samym, 1543 roku, kiedy Vesalius opublikował swoją pracę, Mikołaj Kopernik ogłosił swoje, równie obrazoburcze dzieło "*De revolutionibus orbium coelestium*" (11). Na przykładzie korespondencji Vesaliusa oraz przygotowań do trzeciej edycji swego *Opus magnum* wiemy, że nie obstawał bezrefleksyjnie przy swoim zdaniu, o ile sam lub ktoś inny przekonał go do jego zmiany. Rewolucyjny pogląd, że nie można poznać anatomii i budowy i funkcjonowania ciała ludzkiego bez osobistej obserwacji, także w trakcie autopsji wykonywanej własnymi rękoma, doprowadził do rozwoju teatrów anatomicznych, rozwoju anatomii jako dziedziny niezależnej, w konsekwencji także anatomii patologicznej, a przykład w jaki sposób można i powinno prowadzić się zajęcia z anatomii pozostaje (choć czasami niestety zarzucany) wzorem po dzień dzisiejszy (3, 13, 20).

Streszczenie

Andreas Vesalius (1514-1564). Studiował w Louvain, Paryżu i Padwie. Początkowo zwolennik nauki Galena, szybko zorientował się, że obowiązująca doktryna daleka jest od rzeczywistości. Poszerzał swe doświadczenie, a wyniki opublikował w 1543 w *"De humani corporis fabrica libri septem"*. Pomimo ataków, udało mu się obronić dobre imię i wyniki pracy. Zrezygnował z kariery akademickiej i przyjął posadę cesarskiego lekarza. W 1564r. udał się do Ziemi Świętej, powrót do Europy został przerwany sztormem, chorobą i śmiercią na Zakynthos.

Piśmiennictwo

1. Arango D., Greiffenstein P., O'Leary J.P.: Selected anatomists: at the boundary of contemporary ethics. JAMA Surg. 2013; Jan148(1):94-8.
2. Biesbrouck M, Steeno O.: Leuven: birthplace of modern skeletology, thanks to Andreas Vesalius, with the help of Gemma Frisius, his friend and fellow-physician. Acta Chir Belg. 2012 Jan; 112(1):89-105.
3. Cassirer E.A.: The Place of Vesalius in the Culture of the Renaissance. Yale J Biol Med 1943 Dec; 16(2):109-20.
4. Cushing H. W.: 1986. A Bio-Bibliography of Andreas Vesalius, 2. ed. Hamden, CT: Archon Books. Re-issued with new introduction Winchester: St. Paul's Bibliographies. 1962.
5. Encyclopaedia Britannica, Inc.. Britannica Guide to 100 Most Influential Scientists
6. Farrington B.: The Preface of Andreas Vesalius to De Fabrica Corporis Humani 1543. Proc R Soc Med. 1932 Jul;25(9):1357-66.
7. Gulczyński J, Iżycka-Świeszewska E, Grzybiak M.: Short history of autopsy. Part I. From prehistory to middle of 16th century. Pol J Pathol 2009; 60:109-114.
8. Holomanova A. et al.: Andreas Vesalius - the reformer of anatomy. Bratisl Lek Listy 2001; 102(1):48-54.
9. Lanska DJ, Lanska JR. Juan Valverde de Hamusco's unauthorized reproduction of a brain dissection by Andreas Vesalius. Neurology. 2013 Feb 26; 80(9):852-6.
10. Lasky I.I. The martyrdom of Doctor Andreas Vesalius Clin Orthop Relat Res 1990 Oct; (259):304-11.
11. Malomo A. O., Idowu O. E., Osuagwu F. C. Lessons from History: Human Anatomy, from the Origin to the Renaissance. Int. J. Morphol., 2006; 24(1):99-104

12. *Mandressi R.*: Metamorphoses of commentary. Editorial projects and formation of anatomical knowledge in the 16th century. *Gesnerus* 2005; 62(3-4):165-85.
13. Metcalf NF, Metcalf WK, Moffatt DJ. Back to Vesalius, 1970. *Br Med J.* 1971 Aug 26; 3(5773):529.
14. Norwich I. A consultation between Andreas Vesalius and Ambroise Paré at the deathbed of Henri II, King of France, 15 July 1559. *S. Afr Med J.* 1991 Sep 7; 80(5):245-7.
15. Nutton V. Vesalius Revised. His Annotations to the 1555 *Fabrica Med Hist* 2012 October; 56(4): 415–443.
16. *O'Malley D.C.*: Andreas Vesalius of Brussels, 1514–1564. Berkeley University of California Press 1964.
17. Organ, J. (2010). Review: Andreas Vesalius, The Making, The Madman, and the Myth by Stephen N. Joffe. *JAMA* , 304 (2), 215-216
18. Pagel W., Pyrali Rattansi. Vesalius and Paracelsus. *Med Hist.* 1964 October; 8(4): 309–328.
19. *Rath, G.*: Charles Estienne: Contemporary of Vesalius. *Medical History* 1964; 8(4):354-359.
20. De Schaepdryver AF. Knowledge of the human body. At the 450th anniversary of the first edition of Andreas Vesalius' life work. "De Humani Corporis Fabrica Libri Septem". *Verh K Acad Geneeskde Belg.* 1993;55(6):485-502.
21. Sherzoi, Hellai, Andreas Vesalius (1514-1567). *Investigative Surgery*, (J Invest Surg) 1999 May-Jun Vol. 12 Issue 3 Pg. 131-2
22. *Toledo-Pereyra L. H.*: De Humani Corporis Fabrica Surgical Revolution. *Journal of Investigative Surgery* 2008; 21:232–236
23. Źródło internet - Catholic Encyclopaedia. www.newadvent.org/cathen/15378c.htm

Ryc. 1. Źródło

[http://www.artchive.com/web_gallery/J/Jan-Steven-van-Calcar/Portrait-of-Andreas-Vesalius-\(1514-64\)-from-his-book-'De-Humani-Corporis-Fabrica',-1543,-illustration-from-'Science-and-Literature-in-the-Middle-Ages-and-the-Renaissance',-1878.html](http://www.artchive.com/web_gallery/J/Jan-Steven-van-Calcar/Portrait-of-Andreas-Vesalius-(1514-64)-from-his-book-'De-Humani-Corporis-Fabrica',-1543,-illustration-from-'Science-and-Literature-in-the-Middle-Ages-and-the-Renaissance',-1878.html)

Ryc. 2 źródło

<http://ihm.nlm.nih.gov/luna/servlet/detail/NLMNLM~1~1~101431149~191084:-Andreas-Vesalius--Eduard-Hamman>.

Ryc. 3 źródło

<http://www.anatomie.unibas.ch/museum/en/sammlung/his2.html>

Ryc. 4. źródło.

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ee/Vesalius_Fabrica_fronticepiece.jpg

Dodatkowo ciekawe miejsce - <http://www.vesaliusfabrica.com/en/vesalius.html>

Praca zawiera 20 297 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PRZEKRÓJ DZIAŁAŃ NA RZECZ ROZWOJU ONKOLOGII – PRZESZŁOŚĆ I TERAŹNIEJSZOŚĆ.

Aleksandra Harat^{*}, Maciej Harat^{**}, Dorota Rogala^{***},
Żaneta Skinder^{***}, Oliwia Beck^{****}

^{*} Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego,
Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Collegium Medicum im L. Rydygiera

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
^{**} Katedra i Klinika Onkologii i Brachyterapii,
Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka,

^{***} Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im L. Rydygiera

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
^{****} Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego
Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ola.harat@cm.umk.pl.

Ponad sto lat temu William Halsted zrewolucjonizował chirurgię onkologiczną, przeprowadzając zabiegi usunięcia raka gruczołu piersiowego w Szpitalu Johna Hopkina w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Wiek później, w latach 1975 – 2007, amerykański chirurg dr Bernard Fischer opublikował jedenaście prac w New England Journal of Medicine z zakresu chirurgii onkologicznej piersi. Stosowane przez niego i opisywane w tych publikacjach metody wykorzystywały zdoby-

cze onkologii XX w., czyli nowe techniki chirurgiczne, chemioterapię, radioterapię, hormonoterapię i ostatecznie poprawiły skuteczność leczenia raka piersi w oparciu o metodę Halsteda. Jest to wspaniały przykład postępu, który dokonał się w rozumieniu i leczeniu choroby nowotworowej, a na który złożył się przede wszystkim postęp w fizyce i biologii. Dzięki zdobyczom onkologii nowotwór jest wyleczalny, a choroba nowotworowa coraz bardziej przypomina nie chorobę śmiertelną, a przewlekłą (16).

Rozwój radioterapii

Odkrycia, które położyły podwaliny pod współczesną radioterapię miały miejsce już w starożytności. W V w.p.n.e. Leucyp - a na podstawie jego nauk - Demokryt z Abdery, opisali atomistyczną teorię budowy wszechświata. Zakładano, że ciało człowieka składa się z atomów, które krążą w porach. Przedstawiciele teorii solidarnej uważali, że zdrowie ludzkie jest uwarunkowane stosunkiem między porami a atomami, umożliwiającym ich swobodny przepływ (6).

Ugruntowanie rzetelnych podstaw radioterapii rozpoczął jednak ciąg wydarzeń w drugiej połowie XIX w. W 1869 r. Dmitrij Mendelejew opublikował swoją klasyfikację pierwiastków. Faktem rzadko przytaczanym jest niemalże równoczesne opublikowanie przez L. Mayera w 1870 r. niezależnego, ale bardzo podobnego zestawienia. Mimo wszystko w szerokim zakresie przyjęła się praca rosyjskiego uczonego, a było to w dużej mierze spowodowane przewidzeniem istnienia pierwiastków wtedy jeszcze nieznanych (w momencie powstania tabli-

cy Mendelejewa znano 63 pierwiastki). Nadanie sensu i wyjaśnienie podstaw pracy Mendelejewa mogło mieć jednak ostatecznie miejsce dopiero za sprawą kolejnych kamieni milowych w nauce (4).

Odkrycie promieni X przez Wilhelma Conrada Roentgena z 1895 roku zalicza się do przypadkowych, co absolutnie nie umniejsza zasług uczonego, bowiem cytując Ludwika Pasteura: „w dziedzinie odkryć naukowych, przypadek sprzyja umysłom przygotowanym”. Odkrycie bardzo szybko wdrożono do praktyki. Po siedmioletnich gorączkowych badaniach w laboratorium badacz opublikował referat, w którym starał się wytłumaczyć zaobserwowane zjawisko, po kolejnych dwóch tygodniach dostarczono pierwszych zdjęć wykonanych tą metodą, a w maju 1896 roku wykonano prześwietlenie ciała (6).

Z kolei Antoine Henri Becquerel w tym samym czasie prowadził badania nad solami uranowymi i wykazał, że niewidzialne promienie wysyłane przez ten pierwiastek m.in. działają na kliszę fotograficzną, odkrywając tym samym promieniotwórczość (27).

Aspekt ten został wybrany przez Marię Curie – Skłodowską, jako temat rozprawy doktorskiej. Badaczka m.in. udoskonaliła metodę pomiaru aktywności materiału oraz poszerzyła i zweryfikowała badania Becquerela. Odkrył on promieniotwórczość, jednak dopiero badania małżonków Curie i odkrycie radu dały możliwość stworzenia nauki o promieniotwórczości (27).

Wspólne badania Marii Curie – Skłodowskiej, Piotra Curie oraz Antoine Becquerela dały początek „curioterapii” – stosowaniu pier-

wiastków promieniotwórczych w leczeniu nowotworów. Stosowanie frakcjonowanej radioterapii zmniejszyło ilość odczynów popromiennych. W 1932 roku w Amerykańskim Czasopiśmie Rentgenologicznym opublikowano pracę potwierdzającą skuteczność rentgenoterapii w leczeniu guzów nabłonkowych regionu głowy i szyi (11).

Metoda ta zaczęła zdobywać uznanie na świecie. W 1932 r. Prezydent Ignacy Mościcki otworzył zbudowany ze składek społecznych Instytut Radowy w Warszawie (obecnie Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie). Podstawą działalności Instytutu był gram radu – ofiarowany przez noblistkę. Instytut był intensywnie działającym ośrodkiem leczniczym i naukowym, średnio zatrudniał 96 osób, a pacjenci oczekiwali na leczenie około trzech tygodni. Pracownicy w okresie okupacji dzielnie podtrzymywali działalność Instytutu, lecząc pacjentów ukrytym przed gestapo radem. W 1944 roku pacjenci oraz lekarze Instytutu zostali wymordowani w czasie Powstania Warszawskiego przez żołnierzy Rosyjskiej Wyzwoleńczej Armii Ludowej, a budynek w dużym stopniu zniszczony (27, 28).

W 1951 r. zainstalowano w Kanadzie pierwsze urządzenie do terapii kobaltowej. Terapia ta pozwalała uniknąć ostrych odczynów skórnych i kolejno rozprzestrzeniła się na wiele krajów. Dekadę później wprowadzono na Uniwersytecie w Stanford akceleratory liniowe. Obie te technologie oparte na technologii megawoltowej pozwoliły na podanie wysokiej dawki nawet w nowotworach położonych w głębokich strukturach ciała, co było niedostępne dla rentgenoterapii opartej na niższej energii promieniowania (18).

Kolejny kamień milowy w rozwoju technik radioterapii został położony w Szwecji, gdzie chirurg Lars Leksell w późnych latach 60tych XX w. zaprojektował prototyp „gamma knife”, czyli urządzenia, które do dnia dzisiejszego stosowane jest w leczeniu zmian śródczaszkowych i pozwala na precyzyjne napromienienie małych guzów, np. pojedynczych przerzutów do mózgu (20).

Od 1995 roku rozwija się współczesna radioterapia, w której wykorzystuje się komputerowe systemy planowania radioterapii w trzech wymiarach, a wiązkę moduluje w celu jeszcze większej ochrony narządów zdrowych (18).

Wiele doniesień pokazało kluczową rolę radioterapii w terapii przeciwnowotworowej. Radioterapię stosuje się samodzielnie lub w sposób skojarzony z chemioterapią. Główny cel wszystkich badań skupia się na poprawie korzyści klinicznych określanych poprzez zmniejszenie ilości wznów miejscowych, czasu do wznowy procesu nowotworowego, przeżycia całkowitego oraz zmniejszeniu wczesnych i późnych powikłań związanych z ochroną tkanek zdrowych. W ostatnich latach poprawa tych parametrów w radioterapii jest możliwa dzięki zwiększeniu czułości i swoistości badań obrazowych wykorzystywanych do planowania leczenia oraz dzięki lepszemu zrozumieniu radiobiologii, głównie na poziomie komórkowym. Różnice w budowie guza i tkanek zdrowych przekładają się na wrażliwość tych struktur na napromienianie i obecnie wdrażana jest ta wiedza w praktykę codzienną.

Centralnymi i głównymi kierunkami badań w radioterapii są: wy-

korzystanie nowych technologii w obrazowaniu oraz dostarczaniu promieniowania, indywidualizacja radioterapii oraz połączenie radioterapii z osiągnięciami biologii molekularnej zwłaszcza w kwestii hipoksji guza, co ma przełamać dobrze udokumentowaną oporność komórek niedotlenowanych na radioterapię i poprawić wyniki tej metody leczenia (19, 33).

Rozwój chemioterapii

Obok napromieniania i zabiegów chirurgicznych - chemioterapia, jako metoda leczenia schorzeń nowotworowych za pomocą cytotatyków rozwinęła się najpóźniej. Jeśli jednak weźmie się pod uwagę stosowanie miejscowe trucizn (np. szaleju, metali, arsenu, kwasów) – doniesień o jej stosowaniu można doszukać się już w starożytności (23).

W czasach bliższych współczesności – próby stosowania tej metody odnotowane są w roku 1865 – 66, kiedy Abraham Lissauer stosował u chorych na białaczkę szpikową arsenian potasu, obserwując regresję objawów (6, 23).

W 1897 William B. Coley opisał przypadek pacjenta cierpiącego na mięsaka policzka, u którego objawy choroby ustąpiły po zakażeniu pooperacyjnym różą. Badacz opisał kilkadziesiąt podobnych przypadków, a u kilkunastu pacjentów onkologicznych sam sprowokował zakażenie (23).

Koniec XIX w. to także zainicjowanie działań na polu hormonoterapii. Pracujący w Glasgow chirurg Thomas Beatson usunął jajniki

pacjentce chorującej na raka piersi i opisał regresję objawów. Rola hormonów nie była wtedy znana, jednak ta metoda często była stosowana w leczeniu pacjentek onkologicznych. Zależność pomiędzy hormonami a rakiem prostaty została z kolei opisana w 1940 roku przez Charlesa Hugginsa (23).

Kolejne lata przyniosły liczne odkrycia chemioterapii, m.in. 1951 r. metotreksat w leczeniu guzów litych, 1953 chlorambucyl, 1962 taksany, 1971 tamoksyfen i paklitaksel. W latach 90' XX w. wdrożono do leczenia m.in. gemcytabinę, kladrybinę czy kapecytabinę (22, 23).

Chemioterapia nowotworów święci swoją sześćdziesiąt rocznicę urodzin. W 1945 podczas wojny badania nad wykorzystaniem gazów musztardowych ujawniły ich potencjał w leczeniu białaczek. Obecnie ponad sześćdziesiąt chemioterapeutyków jest zarejestrowanych w USA w terapii raka, a historia 5-fluorouracylu - leku, który był bezskutecznie badany przez wiele lat w monoterapii, gdzie nie udało udowodnić się jego wpływu na przeżycie pokazuje jak tak ważne jest wykorzystanie wiedzy o biologii nowotworów i łączenie tradycyjnych cytostatyków z nowymi terapiami celowanymi (10).

Rozwój technik wykrywania nowotworów

Z uwagi na to, że medycyna często pozostaje bezsilna wobec zaawansowanych postaci nowotworu, jednym z najważniejszych wyzwań pozostaje rozwój metod skринingowych. Skринing to wykrywanie choroby w stadium bezobjawowym poprzez względnie prosty test.

W 1907 roku odkryto wirusa Human Papilloma Virus (HPV),

a następnie Peyton Rous zauważył, że guz jest przenoszony między kurczętami podobnie jak choroby zakaźne rolę. Jednak dopiero w 1976 połączono te fakty i na ich podstawie ustalono HPV jako czynnik etiologiczny raka szyjki macicy. Obecnie nowotwór raka szyjki macicy, nowotwory jamy ustnej i gardła to znane nam lokalizacje raka, które są powodowane przez wirusy. Odkrycie etiopatogenezy wirusowej w raku szyjki macicy pozwoliło na większą kontrolę zachorowań i wzrost świadomości społeczeństwa. W celu profilaktyki raka szyjki macicy Amerykańska Agencja FDA w roku 2000 zatwierdziła szczepionki, aktualnie w wielu krajach wysokorozwiniętych stosowane, a nawet refundowane (15, 16).

Na Trzynastym Międzynarodowym Sympozjum Fundacji Promującej Badania w Chorobach Nowotworowych poświęconemu metodą wczesnego wykrywania chorób nowotworowych przedstawiono ponad 30 różnych potencjalnych metod skринingu i chociaż wiele z nich jest szeroko stosowanych obecnie w onkologii, nadal jedynie trzy spośród nich mają potwierdzony wpływ na przeżywalność chorych (13). Są to: badanie cytologiczne w raku szyjki macicy, mammografia w raku piersi, badania endoskopowe i krwi utajonej w kale w raku jelita grubego (22).

Duże nadzieje pokładane w częstych badaniach markera PSA w skринingu raka prostaty pozostają praktycznie bez wpływu na śmiertelność z powodu tej jednostki chorobowej (2, 26). Nowatorskie badania wykorzystujące analizę DNA pobieranego z próbek krwi lub śliny mogą zrewolucjonizować przyszłość badań skринingowych w raku

piersi, prostaty i jajnika (7).

Współczesną onkologię od onkologii z początku XX w. różni to, że wiemy jak istotne jest wykrycie nowotworu już na poziomie komórkowym. W 1920 roku laureat nagrody Nobla Otto Warburg odkrył, że duża część komórek nowotworowych prezentuje specyficzne zaburzenia metaboliczne tj. utrzymują wysoki poziom glikolizy nawet w warunkach normalnego utlenowania. Ten fenomen nazywany także efektem Warburga okazał się mieć implikację i stanowić podstawy obecnie stosowanej metody diagnostycznej z użyciem (18F)-fluoro-2-deoksyglukozylu pozytronowej tomografii emisyjnej (FDG- PET). Jednakże do chwili obecnej ani efekt Warburga ani inne poznane zaburzenia metaboliczne samodzielnie nie stanowią wytłumaczenia kancerogenezy (21).

Rozwój terapii molekularnych

Obecnie doskonale już wiemy i rozumiemy, że pod ogólną nazwą nowotworu kryje się około 250 różnych jednostek chorobowych. Wiemy także, że każdą z nich może cechować odrębny schemat zmian molekularnych wiodących do powstania fenotypu nowotworowego. W rozwoju wiedzy o biologii nowotworów pionierskie były badania Rudolfa Virchowa przeprowadzone już ponad 100 lat temu. Ten naukowiec, który urodził się na obecnym terenie Polski w Świdwinie, w swoich badaniach z 1863r. zauważył pochodzenie komórkowe nowotworu. Wykonał on też pierwsze opisy obrazu mikroskopowego niektórych guzów np. glejaka wielopostaciowego w 1869 roku (6, 14, 31).

„Kiedy opublikowałem wyniki moich eksperymentów nad komórkami rozrodczymi podwójnie zapłodnionych jeźowców w 1902 roku, zasugerowałem, że komórki nowotworowe mogą powstawać na skutek pewnych zmian chromosomowych, które powstają w wyniku wielobiegunowych mitoz. więc kolejne lata poświęciłem eksperymentom, które miały to udowodnić i pomimo tego, że nie udało mi się tego dowieść, moje przekonanie pozostało niezmaćone”. Theodor Boveri (1862-1915) – niemiecki biolog, w 1914 r. został autorem jednej z teorii nowotworzenia w oparciu o mutacje chromosomowe (32).

Następnie Avery z MacLeodem i McCartym stwierdzili, że nie białka a DNA jest nośnikiem informacji genetycznej (3). Konsekwencją tych badań był opis struktury DNA dokonany przez Watsona i Cricka w 1953. Złamanie genomu dokonane parę lat później oraz odkrycie enzymów restrykcyjnych i odwrotnej transkryptazy w 1970 roku, później nagrodzone nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny, stanowiły dogmaty biologii molekularnej i dalszy rozwój badań genetycznych (25).

Powstają kolejne teorie kancerogenezy tłumacząc ją mutacjami w protoonkogenach i genach supresorowych, kodujących białka ważne głównie w prawidłowej regulacji podziałów komórkowych. Rozwija się proteomika. Nauka poświęcona wzajemnym oddziaływaniom białek budujących ludzki organizm. Obecnie ilość białek w organizmie szacowana jest na ok. 400.000 przy zaledwie 20.000 genów (12, 17).

W związku z tym pojawiają się nowe cele terapii, takie jak onkogeny, regulatory cyklu komórkowego, czynniki wpływające na two-

zenie się naczyń w guzie nowotworowym. Działanie tych leków ma wpływać na strukturę komórki nowotworowej oraz funkcje poszczególnych białek i w ten sposób doprowadzać do apoptozy (śmierci komórki). Pierwszym z leków w terapii molekularnej stało się przeciwciało monoklonalne - rituksymab, wprowadzone do praktyki klinicznej w roku 1997 (22).

Nowe wybrane kierunki badań w onkologii

Poszukując nowych leków i terapii, badania nad biologią komórek kierują się w stronę badań nad czynnikami, które powodują, że dany nowotwór jest mniej lub bardziej agresywny lub np. wrażliwy na dany lek. To właśnie we współczesnej onkologii nazywamy czynnikami (biomarkerami) predykcyjnymi. Biomarkery predykcyjne są ważną drogą w przyszłość onkologii, mogą być używane w identyfikacji populacji pacjentów, którzy mogą odnosić korzyści z terapii, podnosić wartość samych leków przeciwnowotworowych oraz zmniejszać rozmiary i koszty badań klinicznych zwiększając ich szansę na powodzenie (5).

W 2002 roku w laboratorium prowadzonym przez Croce odkryto, że dwa geny RNA niekodujące białek - miR-15a i miR-16-1 ulegają delecji i nie występują w 70% przypadków przewlekłej białaczki limfoblastycznej. Były to pierwsze prace poświęcone szerokiej i wieloznaczej roli microRNA w nowotworach. Obecnie uważa się, że zbyt niski bądź wysoki poziom ekspresji danego miRNA może mieć istotne znaczenie w kancerogenezie, a różne typy nowotworów charakteryzują się odmiennym wzorem ekspresji cząsteczek miRNA. Ten następny

ważny krok naprzód w onkologii molekularnej obecnie spotyka się z kolejnymi wyzwaniami. Oczekujemy potwierdzenia pokładanych nadziei w miRNA, jako czynnika prognostycznego i predykcyjnego w dużych badaniach klinicznych oraz czy te biomarkery będą mogły być stosowane jako specyficzne i bezpieczne w terapii celowanej in vivo (12, 17).

Stało się także jasne, na przykładzie ostatnich badań nad patogenetą szlaków molekularnych, że stosowanie terapii wielolekowej jest obiecującą strategią w terapii np. raka piersi (8).

W ostatniej dekadzie olbrzymie osiągnięcia takie jak rozwój technologii sekwencjonowania i w konsekwencji projekt Atlas Genomu Nowotworu zapewniły dokładny obraz profilu mutacji charakterystycznych dla poszczególnych typów nowotworów (9, 29).

Glioblastoma multiforme (glejak wielopostaciowy) - najczęstszy oraz najgorzej rokujący spośród pierwotnych nowotworów OUN u dorosłych jest pierwszym nowotworem, dla którego opracowano atlas genomu. W ten sposób zidentyfikowano mutacje typowe dla glioblastomy w genach ERBB2, NF1 i TP53 czy PIK3R1. Są to informacje niezbędne do opracowania w przyszłości nowych metod terapeutycznych (29).

Badania kliniczne cetuksymabu w niedrobnokomórkowym raku płuca i bevacizumabu w raku żołądka wykazały, że środki te są aktywne tylko u rasy kaukaskiej. Z kolei w badaniu sorafenibu po przetętnicznej chemoembolizacji u chorych koreańskich i japońskich z zaawansowanym rakiem wątroby, zgodność i intensywności dawki leku

były bardzo niskie w porównaniu z wynikami badań w innych populacjach. Zwróciło to uwagę na nowy trend w badaniach onkologicznych tzn. na farmakogenomikę. Nie tylko różnice w farmakogenomice leków, ale także różnice w środowisku społecznym i regionalnej organizacji opieki medycznej, mające wpływ na farmakoekonomikę silnie warunkują etniczne różnice w odpowiedzi na leczenie. Dalsza identyfikacja i zrozumienie farmakogenomiki i podkreślania różnic etnicznych będzie niezbędne do niezawodnego globalnego rozwoju nowych leków przeciwnowotworowym (30).

Podsumowanie

Zarówno obecnie, jak i na początku rozwoju onkologii najczęstszą przyczyną śmierci w przebiegu choroby nowotworowej pozostaje występowanie przerzutów. Kaskada przerzutowania to złożony, nadal niedostatecznie poznany proces, który dopiero zaczęliśmy poznawać i wykorzystywać w opracowywaniu nowych strategii terapeutycznych. Podwaliny dla teorii przerzutowania opisał Stephan Paget już w roku 1889 stawiając hipotezę ziarna i gleby (24, 32).

Aktualnie większość z początkowych zmian w procesie tworzenia przerzutów jest nadal nieodpowiednia dla rozwoju strategii terapeutycznych, a wcześniejsze strategie rozwojowe terapii nie rozróżniały mikroprzerzutów i przerzutów jawnych. Ten brak zrozumienia jest widoczny w terapii, które zostały opracowane dla pacjentów z przerzutami, a które nie są skuteczne u pacjentów z chorobą w stadium mikroprzerzutów, to jest w terapii uzupełniającej. Ponadto, leki,

które zwalczają przerzuty odległe często nie działają w leczeniu uzupełniającym (24).

Światowa Organizacja Zdrowia w 1950 roku - powołała "Podkomisję ds. Rejestracji Nowotworów i Analizy Statystycznej". Od tego czasu dokonał się ogromny przełom w rozumieniu choroby nowotworowej oraz jej terapii. Tylko od 1990 śmiertelność na nowotwory w Stanach Zjednoczonych zmniejszyła się o 15%. Dzisiaj 2/3 pacjentów przeżywa przynajmniej 5 lat od diagnozy, 40 lat temu ten czas przeżywała jedynie połowa. Wzrosła również jakość życia pacjentów oraz zmniejszyła ilość działań niepożądanych leczenia, a dzięki postępom w badaniach podstawowych wkroczyliśmy w erę spersonalizowanej terapii celowanej przygotowanej dla jednostki z coraz większym zrozumieniem biologii nowotworu (1).

Streszczenie

W pracy przedstawione zostały istotne wydarzenia, które wpłynęły na kształt współczesnej onkologii - radioterapii, chemioterapii, wykrywania nowotworów i biologii molekularnej oraz wybrane aspekty dalszego rozwoju nauk w zakresie leczenia nowotworów.

Piśmiennictwo

1. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2009. Atlanta, GA, American Cancer Society 2009.
2. *Andriole G.L. et al.*: Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 2009; 360:1310–1319.
3. *Avery O.T., Macleod C.M., McCarty M.*: Studies of the chemical nature of the substance inducing transformation of pneumococcal types: induction of transformation

- by a desoxyribonucleic acid fraction isolated from pneumococcus type III. *J Exp Med* 1944; 79:137-158.
4. *Becker B.*: Układ okresowy pierwiastków - historia i kilka kontrowersji. XXVII Ogólnopolska Szkoła Chemii. Gdańsk 7-11 listopada 2012.
 5. *Beckman R.A., Chen C.*: New evidence-based adaptive clinical trial methods for optimally integrating predictive biomarkers into oncology clinical development programs. *Chin J Cancer* 2013 mar 15.
 6. *Brzeziński T.(red.)*: Historia medycyny. PZWL. Warszawa 2004.
 7. *Burton H. et al.*: Public health implications from COGS and potential for risk stratification and screening. *Nature Genetics* 2013; 45,9:349-351.
 8. *Carrick S. et al.*: Single agent versus combination chemotherapy for metastatic breast cancer. *Cochrane. Database of Systematic Reviews*. Chichester. UK: John Wiley & Sons, Ltd. 1996.
 9. *Chap C., Patel J.*: A decade of progress in cancer research, *BMC Cancer* 2011; 11:498.
 10. *Connors T.*: Anticancer Drug Development: The Way Forward. *Oncologist* 1996; 1(3):180-181.
 11. *Coutard H.*: Roentgen therapy of epitheliomas of the tonsillar region, hypopharynx, and larynx from 1920 to 1926. *AJR Am J Roentgenol* 1932; 28:313-331.
 12. *Croce C. M.*: Causes and consequences of microRNA dysregulation in cancer. *Nat. Rev Genet* 2009; 10:704-714.
 13. *Davis P. et al.*: Report of the Thirteenth International Symposium of the Foundation for Promotion of Cancer Research: cancer screening-past, present and future. *Jpn J Clin Oncol* 2000 Jul; 30(7):322-31.
 14. *DeAngelis L.M., Mellinghoff I.K.*: Virchow 2011 or how to ID(H) human glioblastoma. *J Clin Oncol* 2011 Dec 1; 29(34):4473-4.
 15. *Delgado-Enciso I. et al.*: Viruses: an important cause of human cancer. *Rev Invest Clin* 2004 Jul-Aug; 56(4):495-506.
 16. *DeVita V.T. Jr., Rosenberg S.A.*: Two hundred years of cancer research. *N Engl J Med* 2012; 366:2207-2214.
 17. *Galluzzi L., Vitale I., Kroemer G.*: Past, Present, and Future of Molecular and Cellular Oncology. *Front Oncol* 2011; 1:1.
 18. *Gérard JP. et al.*: Past, present and near future of techniques in radiation oncology. *Bull Cancer* 2010 Jul; 97(7):743-51.
 19. *Greco O., Patterson A.V., Dachs G.U.*: Can gene therapy overcome the problem of hypoxia in radiotherapy? *J Radiat Res* 2000; 41:201-212.
 20. *Harat M., i inni*: Radioterapia zmian śródczaszkowych. *Onkologia Info* 2011,VIII,3:168-174.
 21. *Kroemer G., Pouyssegur J.*: Tumor cell metabolism: cancer's Achilles' heel. *Cancer Cell* 2008; 13: 472-482.
 22. *Krzakowski M.*: Onkologia Kliniczna. Wydawnictwo Medyczne BORGIS. Warszawa 2006.
 23. *Łyskawa W.*: Chemioterapia w leczeniu choroby nowotworowej i jej neurotoksyczność. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2009; 3:80-87.
 24. *Mina L.A., Sledge G.W.*: Rethinking the metastatic cascade as therapeutic target. *Nat Rev Clin Oncol* 2011, Jun; 8(6):325- 32.

25. *Nirenberg M.W., Matthaei J.H.*: The dependence of cell-free protein synthesis in *E. coli* upon naturally occurring or synthetic polyribonucleotides. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1961; 47:1588-1602.
26. *Schröder F.H. et al.*: Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009; 360:1320–1328.
27. *Swarzec B.*: Maria Skłodowska – Curie (1867-1934) – jej życie i odkrycia naukowe. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2011, tom 5, nr 3:323-337.
28. *Tarłowska L., Towpik E.*: Instytut Radowy w Warszawie podczas okupacji i Powstania Warszawskiego. *Nowotwory, Journal of Oncology* 2003, Volume 53,1:74-86.
29. The Cancer Genome Atlas Research Network: Comprehensive genomic characterization defines human glioblastoma genes and core pathways. *Nature* 2008; 455:1061–1068.
30. *Tsaijo N.*: The role of pharmacoethnicity in the development of cytotoxic and molecular targeted drugs in oncology. *Yonsei Medical Journal* 2013; Jan 1 Vol.54(1):1-14.
31. *Virchow R.*: Cellular pathology as based upon physiological and pathological histology. J.B. Lippincott. Philadelphia 1863.
32. *Weinberg R.*: The biology of cancer. Garland Science. New York 2007.
33. *Wouters B.G. et al.*: Hypoxia as a target for combined modality treatments. *Eur J Cancer* 2002;38:240–257.

Praca zawiera 24 187 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

UZNAWIE CZYNNIKÓW ŚRODOWISKOWYCH JAKO DETERMINANT ZDROWIA I CHOROBY

Aleksandra Harat^{*}, Dorota Rogala^{**}, Oliwia Beck^{***},
Żaneta Skinder^{**}, Maciej Harat^{****}

^{*}Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego
Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

^{**}Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

^{***}Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego
Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

^{****}Katedra i Klinika Onkologii i Brachyterapii,
Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka,
ola.harat@cm.umk.pl.

Historia rozróżniania czynników środowiskowych, jako determinant zdrowia.

Czynniki środowiskowe jako determinanty zdrowia i choroby winny być rozpatrywane w szerokim kontekście. Poczynając od składowych środowiska naturalnego, przez oddziaływanie zjawisk fizycznych i dźwięków, po środowisko ekonomiczne, pracy, zamieszkania i wypoczynku. Dodatkowo analizując aspekty środowiskowe należy wziąć pod uwagę kontakty międzyludzkie i związane z nimi stres. Nie-

którzy autorzy wskazują także na poszczególne patogeny, których działanie może być modyfikowane przez czynniki środowiskowe (21, 8).

Rozumienie zdrowia i choroby, a także czynników je determinujących znacznie różniło się na przestrzeni wieków. W czasach starożytnych odnoszono zdrowie bądź chorobę głównie do aspektów religijnych. Kultury asyryjska i babilońska w pozostawionych pismach w dużej mierze wskazują na chorobotwórcze działanie duchów zmarłych, demonów czy czarów. Jednak w późniejszych tekstach z Mezopotamii można znaleźć także wzmianki o naturalnych przyczynach zgonów – takich jak upały, pył czy susza (17).

W Starym Testamencie silnie podkreślany jest związek przyczynowy między chorobą a grzechem, np. w Księdze Wyjścia: „Jeśli będziesz dawał posłuch moim przykazaniom i strzegł wszystkich moich praw, to nie ukarzę cię żadną z tych plag, jakie zesłałem na Egipt, bo ja, Pan, chcę być twoim lekarzem” (17). To właśnie przewinienie człowieka, a nie naturalne uwarunkowania czy czynniki osobnicze były uznawane za przyczynę choroby – do tego stopnia, że wrodzoną ułomność tłumaczono grzechem w łonie matki, bądź grzechem rodziców lub przodków. Jednak w Biblii również wskazuje się naturalne przyczyny choroby, chociażby w Księdze Judyty – w opisie śmierci męża Judyty, spowodowanej udarem słonecznym podczas żniw (17). Interesujące podejście do choroby przejawiała także polska medycyna ludowa. Uważano, że człowiek nosi w sobie chorobę, jednak ujawnia się ona w określonych okolicznościach. Jako czynniki mogące ją wy-

wołać wskazywano magię (złe spojrzenie, złe postępowanie przodków, rzucenie uroku). Wśród „realnych” przyczyn choroby medycyna ludowa wyróżniała między innymi wiatr (szczególnie zachodni lub północny) czy wodę, którą obmywano ciało nieboszczyka (16).

Na pierwszą niereligijną wizję powstawania oraz rozpowszechniania chorób trafiamy w okresie grecko – rzymskim. Jej autor – Hipokrates (460 p.n.e.-370 p.n.e.) – twierdził, że choroby są powodowane przez miazmaty- unoszone z wód stojących, powodziowych, wyziewów bagiennych a także rozkładu ludzkich zwłok. W swoim dziele „O powietrzu, wodach i okolicach” zwracał uwagę na pojęcie wpływu czynników środowiskowych, jako podstawę kunsztu lekarskiego. Warto zaznaczyć, że w Starożytnej Grecji lekarz miał również pełnić funkcję strażnika zdrowia – a nie tylko jego ratownika, tym samym nadając mu także rolę edukacyjną (11, 14, 15).

Republika Rzymska miała z kolei szeroki wachlarz przedsięwzięć zdrowotno – sanitarnych – od dostarczających świeżej wody (akwedukty), przez usuwające nieczystości (rzymska cloaca maxima), po zapewniające higienę (łaźnie) czy kondycję fizyczną (4, 14, 15).

W średniowieczu instytucje zdrowotne (wprowadzone wcześniej przez starożytnych Rzymian i Greków i do początków nowych wieków powoli zarzucane) na nowo zyskiwały na znaczeniu z powodu toczących Europę epidemii. Obok przytułków kościelnych czy leprozoriów powstały także instytucje lekarza miejskiego, a w oświeceniu również stosowne urzędy. Szybko odkryto zaraźliwość chorób epidemicznych, więc podjęto się izolacji chorych oraz wdrożono kwarantanny. Rozwój

samorządów miejskich istotnie wpłynął na polepszenie warunków bytowania, a tym samym polepszenie zdrowotności populacji. Wdrożono zadania w zakresie nadzoru nad sprzedażą żywności, zaopatrzenia w wodę oraz usuwania nieczystości (brukowane ulice, kanalizacja) (4, 14, 15).

Przełom XV i XVI wieku przyniósł rozumowanie oparte na obserwacji i naukowej analizie. Na skutek znoszenia zakazów uniemożliwiających zgłębianie wiedzy o budowie ludzkiego ciała, rozwinęła się anatomia – w dużej mierze dzięki dziełom Leonardo da Vinci oraz Andreeasa Vesaliusa. Oddalono się od hipokratejskiej wizji zdrowia, wdrażając kartezjańską - mechanistyczną. W tym modelu, nazwanym modelem biomedycznym, pojmowano organizm ludzki, jako układ składający się z części – które u zdrowego człowieka działają prawidłowo. Specjaliści zwracali uwagę w głównej mierze na objaw biologiczny uważając, że choroba może być zwalczona poprzez zniwelowanie czynnika przyczynowego. Mimo rozwoju nauk analitycznych ten okres przyniósł oddalenie od niemalże holistycznego ujęcia zdrowia wprowadzonego przez uczonego z Kos (4, 11, 14).

Szczęśliwie dla rozumienia determinant zdrowia i choroby – w tym także czynników środowiskowych, w wieku XVIII i XIX horyzonty wiedzy poszerzyły się. Zgodnie z zasadą oświeconego absolutyzmu, państwa zaczęły brać na siebie pieczę nad zdrowiem obywateli. W dużej mierze opierano się na teorii miazmatycznej, jednak poczęto szerzej rozumieć różnorodność determinant zdrowia i choroby. Wyraz temu dały prace, m.in. Johana Petera Franka „Pełny system admini-

stracji ochrony zdrowia”, w której poruszono tematykę edukacji zdrowotnej w szkołach, aspektów prokreacyjnych, macierzyńskich; opieki społecznej w chorobie, zwalczaniu alkoholizmu czy zarządzaniu miast z punktu widzenia higieny. Podobnymi poglądami cechował się Rudolf Virchow, którego idee ogłoszone w czasopiśmie „Die Medizinische Reform” proklamowały m.in. znaczenie zdrowia jednostki dla ogółu, istotę oddziaływania warunków środowiskowych na stan zdrowia oraz konieczność podejmowania także działań pozamedycznych w ochronie zdrowia (4, 14, 15).

Koniec XIX w. dużej mierze nacechowany był badaniami nad przyczynami chorób zakaźnych. Poparta odkryciami Ludwika Pasteura i Roberta Kocha – rozwinęła się teoria drobnoustrojowej przyczyny choroby. Nastąpiła zmiana w podejściu do zdrowia publicznego: z działań na rzecz kontrolowania środowiskowych oraz społecznych determinantów zdrowia przeniesiono wagę na zwalczanie bakterii i analizowanie ścieżek ich rozpowszechnienia. Nieśmiało poczęły pojawiać się doniesienia naukowe dotyczące właściwości powietrza, wody i gleby - jako pierwszy aspekty fizyczne, chemiczne i bakteriologiczne środowiska naturalnego zaczął badać Maks Pettenkofer (4, 5, 10, 15).

Problematyka chorób społecznych, szczególnie nowotworów, na szeroką skalę została podjęta w XX w., co było spowodowane przedłużeniem przeciętnego trwania życia, narażeniem na większą ilość karcinogenów – a tym samym rosnącą zapadalnością. Rozumienie przyczyn choroby przestało zatem opierać się na teorii bakteriolo-

gicznej, a jej ciężkość przeniesiono na teorię trójkąta epidemiologicznego – jasno wskazującą, że oprócz czynnika chorobotwórczego do rozwinięcia choroby niezbędne są także: podatny gospodarz oraz ekspozycja na odpowiednie środowisko (5, 14).

Po drugiej wojnie światowej – na skutek której zawiesiły swoją działalność organizacje zajmujące się zdrowiem w szerokiej perspektywie - powołano do życia Światową Organizację Zdrowia (WHO). W preambule do konstytucji tej instytucji o zasięgu globalnym określono zdrowie, jako: kompletny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny – a nie tylko brak choroby lub ułomności”. Definicja ta budzi do dziś wiele kontrowersji, zarzuca się jej utopijność i brak odniesień do interakcji ze środowiskiem, (co nastąpi w latach 80’XX w.), jednak jest pierwszym nomenklaturowym holistycznym ujęciem zdrowia (10, 20).

Mimo dobrych podstaw teoretycznych - w praktycznych działaniach na rzecz zdrowia w drugiej połowie XX w. wciąż skupiano się na medycynie naprawczej. Nastąpił rozwój wiedzy i technologii medycznych, zwiększył się dostęp do opieki zdrowotnej - a kraje zamożniejsze odnotowywały coraz lepsze wyniki zwalczania chorób. Wysłunięto więc hipotezę, że zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną i badania naukowe w dziedzinach medycznych to gwarant sukcesu dla poprawy zdrowotności populacji. Szybko ujawniła się błędność tej myśli – progres w poprawie wskaźników zdrowotnych uległ zahamowaniu – wystąpił tzw. efekt plateau. Struktura zgonów uległa zmianie – i jako główne przyczyny dominowały choroby układu krążenia, nowotwory i wypadki i urazy. Rozwój cywilizacyjny podyktował wystąpienie na

szeroką skalę chorób o przyczynie wieloczynnikowej (5, 11, 13, 15).

W 1974 r. podjęto rozważania o zdrowiu, które miały zmienić podejście do polityki zdrowotnej. Mimo wdrażania holistycznej definicji zdrowia WHO, nadal opierano się w dużej mierze na modelu biomedycznym. Kanadyjskie Ministerstwo Zdrowia opublikowało raport wskazujący, że to nie medycyna naprawcza, ale styl życia głównie determinuje zdrowie i chorobę. Wśród „pól zdrowia Lalonde’a” – od nazwiska kanadyjskiego ministra zdrowia – wyróżniono także czynniki biologiczne oraz czynniki środowiskowe. „II rewolucja zdrowotna” sugerowała przeniesienie wagi na kształtowanie zdrowego stylu życia – wspomagane przez profesjonalistów (8, 5, 10, 13). Nowe podejście otrzymało niebawem miano promocji zdrowia.

Jako rozszerzenie modelu pól zdrowia wprowadzono Mandalę Zdrowia. Ukazuje ona zależności między człowiekiem a otoczeniem, a także możliwość ich modyfikowania, cechuje się również interakcyjnością – opisuje możliwość współoddziaływania poszczególnych czynników, co może znosić lub wzmacniać działanie determinantów zdrowia. Człowiek (sfera fizyczna, intelektualna, duchowa) otoczony jest kręgami obrazującymi: środowisko psychospołeczne bądź ekonomiczne, pracę, środowisko fizyczne, biologię człowieka, system opieki zdrowotnej oraz zwyczaje osobnicze. Mandala obrazuje relacje między człowiekiem a otoczeniem – wskazując dynamikę procesu dążącego do równowagi (11).

W 1984 roku Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała uzupełnioną o treści Mandali definicję zdrowia. Zdrowie ma być całkowi-

tym dobrostanem w trzech sferach – fizycznej, psychicznej i społecznej, jako wynik interakcji pomiędzy jednostką a środowiskiem (8). Jest to wyraz podejścia społeczno-środowiskowego, w którym środowisko społeczne, ekonomiczne i przyrodnicze jest ściśle skorelowane z polityką – stąd do ochrony zdrowia niezbędne są decyzje polityczne (5). Funkcje zdrowia publicznego – wcześniej w dużej mierze odnoszące się do walki z chorobami zakaźnymi czy higieny środowiska, zostały znacznie poszerzone. Działania podzielono na związane ze zbiorowością (np. monitoring, identyfikacja środowiska pod kątem zagrożeń, kwestie wypadków i urazów, kształcenie kadr medycznych, czy angażowanie społeczeństwa w aktywność na rzecz umacniania zdrowia) oraz działania na rzecz jednostek (kwestie zapobiegania chorobom zakaźnym, zrównanie dostępu do usług medycznych czy zapewnienie bezpłatnego dostępu do leczenia chorób o znaczeniu społecznym) (20).

Wspomniano już wcześniej o wieloaspektowym rozumieniu czynników środowiskowych. Ich mnogość, a także przytoczona już w Mandali Zdrowia kwestia interakcyjności między czynnikami, ukazują ich wagę w determinowaniu zdrowia i wymagają odpowiedniego podejścia w celu jego ochrony i przywracania.

Z jednej strony na straży zdrowia stoją profesjonalista i system – którzy poprzez działania zdrowia publicznego, promocję zdrowia i profilaktykę tworzą ramy do działań prozdrowotnych jednostki, natomiast drugiej strony sama jednostka, korzystając z tych ramach ma kierować swoim potencjałem zdrowotnym. Interakcja czynników biologicz-

nych, szeroko rozumianych czynników środowiskowych a także stylu życia i systemu opieki zdrowotnej (nie tylko rozumianej jako aspekt medycyny naprawczej, ale także promocji zdrowia) – da wyraz w zdrowotności populacji.

Zgodnie z Kartą Ottawską promocję zdrowia uznaje się za proces umożliwiający populacji zwiększenie kontroli nad zdrowiem – a tym samym jego poprawę. W działaniach obiera się kilka głównych kierunków, w tym kreowanie prozdrowotnych rozwiązań politycznych, kształtowanie wspierającego środowiska czy kształtowanie zachowań indywidualnych. Istotą sukcesu działań promujących zdrowie jest więc koordynacja wielu polityk (m.in. dotyczących mieszkalnictwa, dochodów, rolnictwa, technologii, transportu czy edukacji). Rozważania Legera i Catforda na temat promocji zdrowia doprowadziły do ustalenia priorytetów w działaniu. Badacze wyróżnili siedem środowisk: środowisko rodziny, miejsca zamieszkania, pracy, rynku, starzenia, przemocy oraz porozumiewania się. Środowiska te często nazywane są także siedliskami (settings) – podkreślając wagę dynamiki systemów oraz zbiorowego odbiorcę działań będącego jednocześnie uczestnikiem inicjatyw. Zgodnie z teorią siedliskową tworzone są m.in. projekty Zdrowych Miast, Gmin Promujących Zdrowie, Szpitali Promujących Zdrowie czy Szkół Promujących Zdrowie (5, 9, 10, 13, 20).

Poruszając tematykę czynników środowiskowych jako determinant zdrowia należy również wyjaśnić pojęcie profilaktyki, bowiem jest ona często niesłusznie zawężana jedynie do pojęcia badań przesiewowych. Tymczasem działania prewencyjne są o wiele szersze i sta-

nowią integralną część działań w zdrowiu publicznym. Profilaktyka pierwszego stopnia polega na kontroli czynników ryzyka a jej celem jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia stanu niepożądanego – na przykład poprzez szczepienia, programy namawiające do rzucenia palenia, kreowanie odpowiedniego środowiska pracy czy kontrolowanie środowiska naturalnego. Profilaktyka wtórna – inaczej zwana profilaktyką drugorzędową, ma na celu wykrycie wczesnych stadiów choroby bądź odchyłeń od normy. Działania w obrębie profilaktyki drugiego stopnia to m.in. badania przesiewowe, bilanse zdrowia dzieci czy badania okresowe w medycynie pracy. Z kolei w profilaktyce trzeciorzędowej działania są skierowane na zapobieganie następstwom choroby bądź jej nawrotowi, a są to głównie rehabilitacja czy edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny w obliczu choroby lub niepełnosprawności (18, 20).

Środowisko pracy

Istotną determinantą zdrowia jest środowisko pracy. Już w starożytności korelowano wykonywanie pracy zawodowej z negatywnym wpływem na zdrowie. W dziełach Hipokratesa opisane zostało zatrucie ołowiem górników rud metali, a Pliniusza Starszego pylice wśród pracowników rzemieślniczych (14).

Także w pracach Paracelsusa z 1567 r. „Von Bergsucht Und Andersen Krankheiten” odnaleźć można opisy chorób zawodowych – i przez niektórych historyków właśnie on jest uznawany za prekursora medycyny pracy. Jednak dopiero w dziele Ramazziniego „De mor-

bis artificium diatriba” z 1700 r. wskazano kompleksowo zależność między stanem zdrowia a warunkami pracy (14).

Początki instytucjonalizacji oraz działań w polityce zdrowotnej w obszarze środowiska pracy sięgają końca XIX i początku XX w. I Międzynarodowy Kongres Chorób Zawodowych odbył się w 1906 r. w Mediolanie, z inicjatywy prof. Luigi Devoto. Dał on początek Stałej Międzynarodowej Komisji Medycyny Pracy oraz pierwszej na świecie Klinice Chorób Zawodowych w Mediolanie. Na gruncie polskim w 1919 r. powołana została pierwsza inspekcja pracy, a pod koniec lat 30' XX w. przy Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego utworzono Ośrodek Badawczo–Leczniczy Wewnętrznych Chorób Zawodowych, głównie zajmujący się tematyką pylic płuc. Obowiązkowa zgłaszalność chorób zawodowych została wniesiona aktem prawnym z 25 lipca 1919, a wykaz 49 chorób zawodowych ogłoszono w rozporządzeniu z 17 grudnia 1928 r. (17).

Oprócz działań legislacyjnych w Polsce podjęto także starania zmierzające uznania czynników środowiska pracy, jako ważnych determinant zdrowia i choroby populacji. Tym samym w 1926 r. powołano przy Państwowym Zakładzie Higieny - Oddział Higieny Pracy, którego zadaniem było m.in. przygotowanie kompetentnej kadry dla lecznictwa przemysłowego (17).

Społeczeństwo niechętnie przyjmowało wspomniane zmiany: pracodawcy obawiali się wzrostu kosztów, a robotnicy utraty pracy. Jednak współpraca związków zawodowych, lekarzy oraz instytucji działających na rzecz pracowników umocniła działania dążące do po-

prawy warunków pracy, rozwoju badań nad szkodliwymi czynnikami zawodowymi oraz rozwojowi idei bezpieczeństwa i higieny pracy (17).

System ochrony zdrowia pracujących w Polsce przeszedł gruntowną restrukturyzację po 1989 r. Gospodarka wolnorynkowa wymusiła zmiany legislacyjne oraz zmiany w podejściu do ochrony zdrowia tej grupy. Zdefiniowano nowe obowiązki pracodawcy, a wśród nich m.in. pomiary czynników szkodliwych na stanowisku pracy, informowanie o ryzyku zawodowym czy opłacanie kosztów badań medycyny pracy (9).

Aktualnie wpływ środowiska pracy na zdrowotność jednostki jest przedmiotem szerokich badań. Oprócz aspektów szkodliwości czynników biologicznych, chemicznych i fizycznych w miejscu pracy, poruszane są także wątki czasu pracy, wypalenia zawodowego oraz stresu (8).

Natężenie badań dotyczących aspektu stresu w miejscu pracy odnotowano w latach 90tych XX w. Badania Karaska i Theorella z 1996 r. wskazują na związek pomiędzy nieodpowiednim wynagrodzeniem za pracę a wzrostem ryzyka chorób układu krążenia. Bosma i wsp. w 1997 skorelowali mały wpływ na sposób wykonywanej pracy ze zwiększonym ryzykiem chorób układu krążenia i absencji chorobowej (10).

Lata 60 XX w. przyniosły zainteresowanie wpływem czynników chemicznych, fizycznych i środowiskowych na zdrowie pracujących. Odnaleziono m.in. wpływ disiarczku węgla, rozpuszczalników, tlenu węgla czy ołowiu na zwiększone ryzyko chorób układu krążenia. Nie-

które badania sugerują także większe zagrożenie tą grupą chorób u osób pracujących w systemie zmianowym, a liczne doniesienia wskazują na stres w środowisku pracy, jako ważną determinantę zdrowotności populacji pracującej (2).

Środowisko a nowotwory

Czynniki środowiskowe kreują także w dużej mierze zapadalność na choroby nowotworowe. Badania wskazują, że ludność zamieszkująca tereny, w których powietrze jest zanieczyszczone zwłaszcza cząstkami stałymi (particulate matter, PM) ma większe ryzyko zapadalności na nowotwór płuc (ryzyko względne wynosi ok. 1,5). Z kolei narażenie na pole elektromagnetyczne – szczególnie o niskiej częstotliwości – może być skorelowane z białaczką u dzieci. IARC zakwalifikował do karcinogenów także arszenik – należy kontrolować jego zawartość w wodach gruntowych i wodzie pitnej, gdyż istnieją dowody na podwyższoną zawartość tego składnika i nowotwory skóry, pęcherza i płuca. Dokładnie przebadane zostało również narażenie na azbest w miejscu pracy i miejscu zamieszkania, które wpływa na skrajnie wyższe ryzyko zapadalności na międzybłoniaka opłucnej oraz raka płuca (1, 3, 7, 18, 19).

Środowisko ekonomiczne

Środowisko ekonomiczne także poddano wnikliwej analizie z punktu widzenia zdrowotności populacji. Odnotowano wpływ ubóstwa – zmniejszenie się dochodów i zatrudnienia, na zwiększenie za-

padalności na gruźlicę. Długotrwałe bezrobocie wpływa na rozwinięcie chorób układu krążenia, układu pokarmowego czy zaburzeń psychicznych (6,12).

Podsumowanie

Czynniki środowiskowe od czasów starożytnych były uznanymi determinantami zdrowia i choroby. W czasach starożytnych w pełni przyjęta była koncepcja oddziaływania środowiska naturalnego i stosunków międzyludzkich na zdrowie i chorobę. Teoria ta zapomniana została w czasach kartezjańskich, kiedy skupiono się na poznawaniu budowy ciała i zrozumiano schematy jego funkcjonowania, a za przyczynę choroby uznawano „uszkodzenie części” tej precyzyjnie działającej maszyny. Przełom wieku XVIII i XIX ugruntował podwaliny zdrowia publicznego - poszerzono aspekty determinant zdrowia o wpływ czynników środowiskowych czy konieczności podejmowania działań pozamedycznych w celu ochrony zdrowia. Odkrycia bakteriologiczne odsunęły tę ideę i skupiono się głównie na poszukiwaniu dróg szerzenia drobnoustrojów, jednak już teoria epidemiologicznej triady zbliżyła nas do aktualnego rozumienia zdrowia i choroby. Następnie pojawiły się pojęcia pól zdrowia oraz mandali zdrowia, ugruntowała się pozycja promocji zdrowia i działań prewencyjnych na kilku poziomach. Aktualnie znana jest różnorodność determinant zdrowia – wśród nich istotne znaczenie czynników środowiskowych, a także konieczność podejmowania interdyscyplinarnych działań w zdrowiu publicznym w celu utrzymywania odpowiednio wysokiej zdrowotności populacji.

Streszczenie

Celem pracy było przeanalizowanie pojęcia zdrowia i choroby od czasów starożytnych do współczesności, szczególnie w aspekcie szeroko pojętych czynników środowiskowych determinujących zdrowotność jednostki i populacji.

Piśmiennictwo

1. *Boffetta P.*: Human cancer from environmental pollutants: the epidemiological evidence. *Mutat Res* 2006; 608:157-162.
2. *Bortkiewicz A.*: Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy. Łódź 2011.
3. *Bourdes V., Boffetta P., Pisani P.*: Environmental exposure to asbestos and risk of pleuralmesothelioma: review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2000; 16:411-417.
4. *Brzeziński T.*: Historia medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
5. *Cianciara D.*: Zarys współczesnej promocji zdrowia. PZWL. Warszawa 2010.
6. *Golinowska S., Sowa A.*: Health status and living conditions In Poland, background report for the Social Situation Observatory Report Health Status and Living Conditions. 2005. http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/sso_reports_en.htm.
7. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk To Humans. Lyon: IARC Press. 2006.
8. *Jacennik B.*: Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych przez środowisko. Vizja Press&IT. Warszawa 2008.
9. *Karski J. (red.)*: Promocja zdrowia. Ignis. Warszawa 1999.
10. *Karski J.*: Promocja zdrowia. Praktyka i teoria. Cedetu. Warszawa 2008.
11. *Kowalski M., Gawel A.*: Zdrowie, wartość, edukacja. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2006.
12. *Latański M. i inni*: Wpływ bezrobocia na stan zdrowia i kształtowanie zachowań zdrowotnych wśród osób pozostających bez pracy. *Zdr Publ* 2003; 113(1/2):174-177.
13. *Lwow F., Milewicz A.*: Promocja zdrowia. Podręcznik dla studentów i lekarzy rodzinnych. Urban & Partner. Wrocław 2004.
14. *Nosko J.*: Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno – kulturowe. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2005.
15. *Opolski J., Sanecki M., Grudziądz – Sękowska J.*: Podstawy teorii zdrowia publicznego [w] *Zdrowie publiczne. Zarys problematyki*, *Opolski J. (red.)* Warszawa 2009.
16. *Pierścińska – Maruszewska A.*: Ludowe pojmowanie choroby utrwalone w wybranych tekstach folklorystycznych [w] *Wybrane zagadnienia z zakresu nauk o zdrowiu*. *Zboina B. (red.)*. WBiP. Ostrowiec Świętokrzyski 2012.
17. *Plonka – Syroka B. (red.)*: Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne. Arbore-

- tum. Wrocław 2001.
18. *Schrijvens D. (red.):* Podręcznik profilaktyki chorób nowotworowych. Medipage. Warszawa 2009.
 19. *Schuz J.,...:* Nighttime exposure to electromagnetic Fields and childhood leukemia: an extender pooled analysis. *Am J Epidemiol* 2007; 166:263-269.
 20. *Sygit M.:* Zdrowie publiczne. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o. Warszawa 2010.
 21. *Zieliński A.:* Człowiek i jego środowisko z perspektywy epidemiologa. *Przegląd Epidemiologiczny* 2011; 65:393-399.

Praca zawiera 23 568 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

CZY HISTORYCZNE KONCEPCJE LECZENIA PALUCHA KOŚŁAWEGO SĄ AKTUALNE DO DZIŚ?

Paweł Kołodziejski^{*,**}, Krzysztof Bryłka^{**},
Paulina Marzec^{**}, Katarzyna Bażant^{*,**}, Łukasz Czarnocki^{*}

^{*}Poradnia Chorób Stopy, Warszawa

^{**}Klinika Ortopedii i Rehabilitacji,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
p.kolodziejski@poradniastopy.pl

Paluch koślawy (*hallux valgus*) jest złożoną deformacją przodostopia. Głównymi jej elementami jest: szpotawe odchylenie I kości śródstopia, koślawe ustawienie paliczka podstawnego palucha w stawie śródstopno-paliczkowym pierwszym (ang. *first metatarsophalangeal joint*, MTP I) (4), pronacja palucha oraz utrata kongruencji stawu trzeszczkowo-śródstopnego (głowa pierwszej kości śródstopia ulega przyśrodkowemu przemieszczeniu w stosunku do trzeszczek). Dodatkowo deformacji tej często towarzyszy zapalenie kaletki w okolicy przyśrodkowej głowy I kości śródstopia, płaskostopie poprzeczne, metatarsalgia oraz występowanie palców młotkowatych (6, 8).

Paluch koślawy w literaturze anglosaskiej określany jest niekiedy terminem „bunion”, który pochodzi od łacińskiego słowa. *bunio*, znaczącego bolący guz związany ze zmianami chorobowymi w pierwszym stawie śródstopno-paliczkowym (MTP I). Słowa tego używano, aby zaznaczyć zmiany w wyglądzie okolicy MTP I, a nie do zdefinio-

wania konkretnego stanu chorobowego. Pojęcie to, historycznie dotyczyło m.in. takich schorzeń jak: powiększenie kaletki, występowanie ganglionu, czy zmiany w przebiegu dny moczanowej. Problem palucha koślawego uważa się obecnie za jedną z najczęstszych deformacji przodostopia. Częstość występowania wynosi około 2-4% (24), przy czym deformacja to w 90% dotyczy kobiet (5), a w 80% jest obustronna.

Pojęcie palucha koślawego wprowadził Carl Hueter w 1871 roku (12). Deformację tą opisał jako statyczne podwichnięcie pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego z charakterystycznym bocznym odchyleniem palucha i przyśrodkowym odchyleniem pierwszej kości śródstopia. Deformacja może być również związana z nieprawidłową budową stopy np. skróconym ścięgnem Achillesa, płaskostopiem podłużnym, wrodzonymi i nabytymi deformacjami stępu, zwiększona wiotkością łącznotkankową, uogólnionymi zaburzeniami neurologicznymi (mózgowe porażenie dziecięce, stany poudarowe), amputacją drugiego palca stopy, jak również chorobami reumatycznymi np. reumatoidalnym zapalenie stawów.

Etiologia palucha koślawego jest wieloczynnikowa. Nie ma jednej konkretnej przyczyny powstawania tej deformacji, natomiast jej wystąpienie jest związane przede wszystkim z kumulacją pewnych składowych. Najwięcej kontrowersji budzi teoria wpływu obuwia na powstawanie deformacji palucha. Sądzi się, że wzrost zachorowalności wśród populacji nastąpił, kiedy zaczęto nosić twarde dopasowane w okolicy przodostopia obuwie. Natomiast znaczny odsetek kobiet

z paluchem koślawym zwiększył się, kiedy do sprzedaży weszły buty na bardzo wysokich obcasach, dodatkowo ze zwężanym czubem, aż do kształtu szpicu.

Uznano również, że występowanie związane jest z dziedzicznością i deformacja ta może mieć charakter wrodzony - odnotowywano już noworodki, które rodziły z deformacją palucha. Również o taką etiologię można podejrzewać pacjentów, u których problemy pojawiają się przed ukończeniem 20 roku życia. Johnston (15) po badaniach genealogicznych pewnej rodziny doszedł do wniosku, że może być możliwe dziedziczenie autosomalne dominujące z niecałkowitą penetracją.

W literaturze opisanych zostało ponad 150 procedur operacyjnych dotyczących leczenia palucha koślawego. Znaczną część z nich stanowią operacje o znaczeniu historycznym oraz różne modyfikacje stosowanych technik. W klasyfikacji ogólnej leczenie palucha koślawego możemy podzielić na: zachowawcze, operacyjne dotyczące zmian w obrębie tkanek miękkich, przede wszystkim okolicy MTP I oraz obejmujące ingerencję w części kostne (osteotomie, artrodezy). Należy jednak zaznaczyć, że głównym celem terapii jest przede wszystkim zmniejszenie bólu, poprawa funkcji palucha a przez to całej stopy, przywrócenie kongruencji powierzchni stawowych, jak również uzyskanie poprawy biomechaniki stawów śródstopno-paliczkowego I oraz międzypaliczkowego palucha (ang. *interphalangeal joint*, IP). W nowoczesnym leczeniu tej patologii nie mniejszą uwagę przywiązuję się do jednoczesowej korekcji pozostałych, towarzyszących palu-

chowi koślawemu deformacji. Z punktu widzenia pacjenta nie mniej ważnym celem leczenia jest korzystny efekt wizualny, poprawa kształtu stopy oraz możliwość doboru modnego obuwia.

Leczenie zachowawczo-paliatywne

Występowanie a zatem i leczenie palucha koślawego z całą pewnością miało miejsce już w czasach starożytnych, a prawdopodobnie dużo wcześniej. W 1267 Theodorice (32) nauczał, że należy wycinać zmiany na skórze dokoła razem z jej korzeniami, a następnie przypalić. W latach późniejszych było wielu, którzy opisywali w jaki sposób można pozbyć się narastających zmian na powierzchni stopy. Do końca XVIII wieku uważano, że problem palucha koślawego dotyczy tylko ludzi biednych o niskim statusie społecznym. Dlatego lekarze nie poświęcali swojej uwagi problematyce tej choroby, a tym bardziej jej efektywnemu leczeniu. Każdy, u kogo pojawiły się bolesne dolegliwości związane z występowaniem deformacji, był odsyłany do brzytwarzy w celu wycięcia narastających odcisków lub szweców, aby dostosować buty do wyglądu stopy. „Średniowieczne” podejście do tematu palucha koślawego i sposobów jego leczenia jest w dalszym ciągu dość popularne w obiegowych opiniach i literaturze pseudonaukowej. Dla części pacjentów istotą problemu nie jest trójplaszczyznowa deformacja stopy ale wystający „guz” w okolicy przyśrodkowej stawu MTP I. Z tego powodu czasem również leczenie takich pacjentów nie jest ukierunkowane przyczynowo na poprawę wadliwych stosunków anatomicznych w stopie lecz sprowadza się do objawowego

ścięcia nadmiaru tkanki kostnej okolicy przyśrodkowej głowy I kości śródstopia.

Dopiero w 1845 Durlacher (7) podszedł do problemu bardziej racjonalnie i elementy jego postępowania stosowane są do dnia dzisiejszego. Uważał on, że najlepszą metodą leczenia jest zmniejszenie zapalenia, poprzez odpoczynek i stosowanie zimnych okładów. Następnie, po opanowaniu procesu zapalnego, można było starannie usunąć odcisk i wystający fragment głowy I kości śródstopia zabezpieczyć za pomocą masy zrobionej z mydła i kleju. Jeżeli doszło już do przechylenia palucha w stronę boczną, zalecano włożenie w pierwszą przestrzeń międzypalcową (między paluch a drugi palec) kawałka gąbki, wacika wykonanego z taśmy lub lnu o dostatecznej grubości, tak aby palce ułożone były względem siebie równoległe. Dzięki zastosowaniu takiego separatora oraz posiadaniu dobrego obuwia, kuracja trwała krócej i była bardziej efektywna. Poszczególne składowe terapii Durlachera stosowane są często również obecnie: opanowanie procesu zapalnego kaletki okolicy przyśrodkowej głowy I kości śródstopia, odciążenie bolesnego miejsca poprzez stosowanie wygodnego obuwia o szerokim nosku, czy popularnych na rynku osłonek silikonowych znajduje zastosowanie nawet w XXI wieku. Choć niewielu chirurgów wierzy w skuteczność separatorów międzypalcowych (najczęściej powodują nie korektę ustawienia palucha ale zepchnięcie boczne pozostałych palców lub rotując się w bucie przyspieszają tempo progresji młotkowatej deformacji palca II) w dalszym ciągu stosowane są one przez liczne grupy pacjentów.

W XIX wieku wzrosło zainteresowanie leczeniem palucha koślawego. W 1871 Peck (27) na podstawie pracy Meyera (23) z 1863 stwierdził, że można wyprostować zniekształcony paluch za pomocą sprężyn, ochronnych podkładek, szyn oraz słupków palcowych w butach. Ta koncepcja aktualna jest do dnia dzisiejszego pod postacią różnego rodzaju ortez, aparatów odwodzących paluch, stosowanych do obuwia lub na noc. W połowie XX wieku zaczęto wdrażać również fizykoterapię i kinezyterapię. Thomsen (33) uważał, że wyczerpujące ćwiczenia w celu zwiększenia mobilności palców, są w stanie skorygować deformację. Zauważył również, że dobór odpowiedniego obuwia oraz dodatkowych akcesoriów do stóp, wpływa pozytywnie na zmniejszenie dolegliwości związanych z patologicznym ustawieniem palucha.

Zabiegi w obrębie tkanek miękkich palucha koślawego

W historii korekcji palucha koślawego zabiegami na tkankach miękkich za najważniejsze uważa się trzy metody: Silvera, Hissa oraz McBride'a.

Zanim w 1923, jako jeden z przełomowych zabiegów wykonał Silver, swoich sił próbowało również kilku innych operatorów. Pod koniec XIX wieku przypadkiem palucha koślawego zajmowali się Lothrop (1873), Fowler (1887), Syms (1897). Natomiast na początku XX wieku Schede (1904) i Porter (1909). Ich koncepcje operacji nie zapisały się w kartach historii z wielu nieistotnych dla tej pracy powodów.

Metoda Silvera (31) polegała na usunięciu egzostozy okolicy przyśrodkowej części głowy I kości śródstopia (za punkt referencyjny autor przyjmował przyśrodkowy brzeg warstwy korowej trzonu I kości śródstopia), bocznej kapsulotomii, uwolnieniu przywodziciela palucha oraz wzmocnienia torebki po stronie przyśrodkowej za pomocą kapsulotomii V-Y. Leczenie to, nie mogłoby być jednak stosowane, gdy wystąpiły zmiany zwyrodnieniowe stawu MTP I.

W 1931 Hiss (11) definiuje paluch koślawy jako „staw kłamrowy”, w którym dochodzi do niestabilności na poziomie mięśniowym. Jako podstawowe przyczyny takiego stanu rzeczy uważał występowanie zmniejszonego działania mięśnia odwodziciela palucha oraz wzrost przewagi mięśnia przywodziciela palucha. Do osiągnięcia głównego celu zabiegu, czyli uzyskania równowagi mięśniowej, należało usunąć przyśrodkową wyniosłość, przeciąć ścięgno mięśnia przywodziciela palucha, wykonać przyśrodkowo eliptyczną kapsulotomię i przemieścić odwodzień palucha bardziej grzbietowo w stosunku do jego uprzedniego położenia. W razie konieczności dodatkowo wycinano trzeszczkę po stronie strzałkowej.

Przełomu w postępowaniu palucha koślawego dokonuje, jednak trochę wcześniej, bo w 1928 roku, McBride (20). Autor ten uważał paluch koślawy za deformację wyjątkowo oporną na leczenie. W swojej pracy opisuje resekcję nadmiaru tkanki kostnej po stronie przyśrodkowej głowy I kości śródstopia, uwolnienie i przemieszczenie przywodziciela do strony bocznej głowy pierwszej kości śródstopia oraz usunięcie trzeszczki strzałkowej w przypadku występowania de-

formacji. Dokonywał tego jedynie za pomocą dwóch cięć: jednego grzbietowo-przyśrodkowego i kolejnego w pierwszej przestrzeni międzypalcowej.

Ćwierćwiecze później McBride (21) rewolucjonizuje swoją metodę uzależniając ją od stopnia deformacji palucha koślawego. W początkowym stadium, gdy nie ma jeszcze zmian w strukturach kostnych okolicy stawu MTP I wykonywał tylko zamknięte przecięcie ścięgna przywodziciela palucha. W stadium 2., które cechowało się występowaniem dość dużej przyśrodkowej wyniosłości z ubytkami w części przyśrodkowej torebki, usuwał egzostozę z przyśrodkowej części głowy I kości śródstopia, wycinał część przyśrodkową torebki stawowej oraz przecinał przywodziciel palucha. W stadium 3., które utożsamiał z wystąpieniem ciężkich deformacji, przede wszystkim ubytkiem chrząstki stawowej stawu MTP I, usuwał trzeszczkę boczną, przesywał przywodziciel palucha do bocznej części pierwszej kości śródstopia oraz wykonywał zmniejszenie przestrzeni pomiędzy pierwszą, a drugą kością śródstopia zszywając ich torebki stawowe. W przypadku bardzo zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych, również w okolicznych stawach, czyli w stadium 4 deformacji, proponował postępowanie jak w stadium 3, tylko z usunięciem obu trzeszczek.

Istnieje jeszcze jedna grupa metod związana z ingerencją przede wszystkim w tkanki miękkie przodostopia. Są to zabiegi z użyciem różnego rodzaju „cerclage”, polegające na opierścienianiu, opasaniu razem okolicy trzonu lub głowy pierwszej kości śródstopia oraz któregoś z elementów anatomicznych leżących do boku od niej. Wy-

różnić można 2 rodzaje procedur. Pierwsza metoda opracowana przez Lexera (17) w 1919 polegała na zbliżeniu do siebie pierwszej i drugiej kości śródstopia dokoła oraz przez Lenggenhagera (16) (1935) przez kości śródstopia. Druga natomiast wykonana przez Goeballa (9) (1927) zakładała wykształcenie podwieszenia pomiędzy pierwszą, a piątą kością śródstopia, w celach ochronnych za pomocą powięzi oraz przez Joplina (13) (1950) za pomocą ścięgna prostownika piątego palca i przywodziciela palucha. Wspomnieć należy również o Botterim i Castellanim (3) (1961) oraz Pagellim i Pierleonim (25) (1971), którzy wykonali zabieg dystalnej osteodezy dwóch pierwszych kości śródstopia.

Zastosowanie korekcji na tkankach miękkich (zwłaszcza sposobem Silvera lub Mc Bride'a) ma obecnie ogromne znaczenie w leczeniu operacyjnym palucha koślawego. Wymienione sposoby stosowane są bardzo rzadko jako samodzielne operacje (bez jednoczesowego wykonania innych procedur). Można je z powodzeniem zastosować w przypadku palucha koślawego niewielkiego stopnia, czasem w niektórych deformacjach u dzieci i młodzieży. Ich popularność wynika natomiast stąd, że wchodzi w skład większości sposobów korekcji (osteotomii, artrodez) palucha koślawego i stanowią niejako uzupełnienie tych metod, niejednokrotnie decydując o ostatecznym wyniku operacji. Zabiegi osteodezy natomiast, nie przyjęły się tak dobrze we współczesnej ortopedii jak procedury Silvera i Mc Bride'a.

Osteotomia paliczka proksymalnego palucha

W 1925 roku O.F. Akin (1) opisał swoją metodę, która polegała na resekcji części przyśrodkowej głowy pierwszej kości śródstopia oraz fragmentu podstawy paliczka proksymalnego palucha. Zaletą tego zabiegu była jego mała inwazyjność oraz dobre efekty lecznicze pod warunkiem zastosowania w małych deformacjach. Dzięki temu uzyskiwało się mniejszy kąt odchylenia palucha w stronę boczną. Obecnie metoda ta najczęściej stosowana jest jako dodatkowy zabieg obok osteotomii I kości śródstopia i korekcji na tkankach miękkich.

Osteotomie podgłowe pierwszej kości śródstopia

W 1881 roku Reverdin (28) opisał osteotomię boczną klinową głowy pierwszej kości śródstopia wraz z usunięciem fragmentu kostnego oraz egzostozy z przyśrodkowej części głowy I kości śródstopia. Głównym celem zabiegu było uzyskanie wyrównania odwiedzonego palucha i niwelacja wybrzuszenia po stronie przyśrodkowej stawu MTP I. Dzięki temu możliwa była redukcja kąta palucha koślawego (HVA, ang. *hallux valgus angle*), ale nie dotyczyło to bezpośrednio kąta międzyśródstopnego (IM ang. *intermetatarsal angle*). Swoich modyfikacji na podstawie pracy Reverdina dokonało wielu innych operatorów m.in. Roux (29) (1920), Peadbody (26) (1931), Reverdin-Green (22), które polegały przede wszystkim na zmianie kształtów, rozmiarów cięć w obrębie głowy pierwszej kości śródstopia oraz innej transpozycji. Pozwalały w przeciwieństwie do pierwotnej metody na zmianę kąta międzyśródstopnego.

W 1974 Suppan (30) zaproponował procedurę CAPP, która pozwalała skorygować kąt międzyśródstopny i proksymalny kąt powierzchni stawowej (PASA, ang. proximal articular set angle) oraz zrepozycjonować chrząstkę stawową poprzez rotację podstawy paliczka proksymalnego.

W tym samym roku Johnson i Smith (14) zauważyli, że żywotność chrząstki stawowej MTP I jest ważna w ocenie stopnia deformacji palucha koślawego. Na tej podstawie wykonali osteotomię DRATO, czyli derotacyjną, kątową, transpozycyjną osteotomię. W jej skład wchodziło usunięcie przyśrodkowej egzostozy z zastosowaniem poprzecznej osteotomii od szyjki kości śródstopia poprzez trzon. Główny fragment jest odwracany lub nawracany w zależności od stopnia rotacji palucha. Następnie wykonuje się równoległą drugą osteotomię w stosunku do linii, która przechodzi przez głowę kości śródstopia. Obie osteotomie łączą się w bocznej korze. W razie potrzeby można wykonać trzecią osteotomię.

W 1945 i 1958, Mitchell (10) przeprowadził osteotomię niepełną prostopadle do długiej osi pierwszej kości śródstopia. Została ona przesunięta bardziej podeszwowo, aby zapobiec skróceniu śródstopia i wystąpieniu metatarsalgii. Natomiast kątowe ustawienie dystalnej części I kości śródstopia pozwalało na korektę PASA.

W 1963, Wilson (34) opisał osteotomię skośną, której zaletą były: brak wewnętrznej stabilizacji, duże powierzchnie styku kości, które zmniejszały ryzyko braku zrostu, czy jałowej martwicy. W skład zabiegu wchodziła osteotomia skośna dystalnej 1/3 pierwszej kości śród-

stopia, połączonej z resekcją przyśrodkowej egzostozy. W późniejszych latach wykonane były różne modyfikacje tej metody przez takich autorów jak: Helal (1974), Davis i Litman (1976), Allen i wsp. (1981), Pittman i Burns (1984), Telfer (1985), Klareskov i wsp. (1988).

Ostatnią osteotomią podgłową jest, opublikowana przez Austina (2) w 1981, osteotomia w kształcie litery V skierowanej poziomo, z przemieszczeniem dystalnej części głowy I kości śródstopia bocznie w celu zmniejszenia kąta między śródstopnego. Sposób przeprowadzenia osteotomii wpływa korzystnie na jej stabilność, a właściwe poprowadzenie linii cięcia pozwala na trójpłaszczyznową korekcję palucha koślawego. W literaturze osteotomia ta funkcjonuje również pod nazwą Chevron.

Osteotomie trzonu I kości śródstopia

Po raz pierwszy osteotomia trzonu I kości śródstopia została opisana przez Ludloffa (18) w 1918, jako osteotomia biegnąca od grzbietowo proksymalnej części do podeszwowo dystalnego fragmentu, co pozwalało na rotację lub przesunięcie boczne w płaszczyźnie poprzecznej. Niestety ze względu na trudności natury technicznej (brak implantów zapewniających stabilne zespolenie) bardzo często notowane były zaburzenia zrostu kostnego, szczególnie w przypadkach zbyt szybkiego wprowadzenia obciążania operowanej stopy.

Osteotomia trzonu według Mau (19) (1926) wyglądała podobnie do tej przeprowadzonej przez Ludloffa. Modyfikacja zawierała tylko zmianę kierunku cięcia, od grzbietowo dystalnego do podeszwowo

proksymalnego, niestety bez użycia śrub AO nadal występowała znaczna niestabilność. Obie metody stanowią, jednak dobry fundament do osteotomii śródtrzonowych.

Podtypem osteotomii trzonu I kości śródstopia jest osteotomia Z. Po raz pierwszy została opisana w 1926 przez Meyera, jednak w latach 30-tych nie znalazła swoich zwolenników. Po ponad pół wieku metodę rozpropagował Gudas (35) w 1983, jako osteotomię SCARF stosując dodatkowo zespolenie wkrętami AO. Od tamtego czasu, osteotomia ta została zmodyfikowana, co do jej długości, sposobu prowadzenia cięć składowych, techniki mocowania przez Clickmana, Pollacka i Gilla. Kolejnej modyfikacji dokonali Schwartz i Groves używając do zespalania jej gwintowanych drutów Kirschnera.

Osteotomie proksymalne I kości śródstopia

Na przestrzeni czasu tym typem zabiegu zajmowało się wielu operatorów. Zapoczątkowali je na początku XX wieku Loison i Balasescu wykonując cięcie w linii horyzontalnej podstawy pierwszej kości śródstopia. W 1919 Juvara postanowił zrobić cięcie skośne, a odcięta część kości miała kształt trapezu. Niestety metoda nie przyjęła się ze względu na wynikającą z niej niestabilność stopy. Innymi, którzy również interesowali się tym typem zabiegu byli: Mercado, Patton i Zeli-chowski, Trethowan (1923), którego metoda jest jedną z najlepiej opisanych. Po wykonaniu osteotomii dokonano jej rozsunięcia, a w miejsce powstałego ubytku wprowadzano przeszczep kostny z resekowanej wcześniej egzostozy okolicy przyśrodkowej głowy I kości śródsto-

pia. Należy również wspomnieć o podwójnej osteotomii Logroscino z 1948, która była kombinacją osteotomii proksymalnej i dystalnej przeprowadzonych jednocześnie oraz o alternatywnej osteotomii Golden z 1961, którą stosowano w przypadku bardzo wysokiej wartości kąta IM, niestety obecnie nie jest stosowana ze względu na powodowanie niestabilności.

Osteotomie I kości śródstopia są obecnie najczęstszymi typami operacji w leczeniu palucha koślawego. Typ, miejsce osteotomii oraz sposób jej stabilizacji zależy od wielu czynników takich jak: zaawansowanie deformacji, preferencje i doświadczenie operatora, wiek pacjenta, możliwości techniczne i sprzętowe, itd. Ogólnie ujmując do korekcji niewielkich deformacji stosuje się osteotomie podgłowe, podczas gdy osteotomie trzonu i proksymalne zarezerwowane są do leczenia deformacji średniego stopnia oraz zaawansowanych.

Artradeza pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego

Artradeza, czyli usztywnienie, była rozważana przez wielu chirurgów, jednak nie od samego początku, były jasne jej wskazania. Tym typem zabiegu interesowali się m.in. Keller, którego próby zakończyły się fiaskiem, Stroh i Yee (1990), którzy jako jedni z pierwszy określili, kogo dotyczy ta procedura, jak również: McKeever(1952), Marin (1960), Harrison (1963), Ginsburg (1979), Mann (1980) oraz wielu innych. Zabieg wykonuje się w wypadku zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu MTP I oraz w deformacji powstałej w wyniku choroby o podłożu reumatologicznym lub neurologicznym.

W czasie usztywniania usuwa się powierzchnie stawowe, a paluch ustawia się w zgięciu grzbietowym i lekko koślawo, następnie stabilizuje się artrodezę za pomocą różnych implantów (płytek, wkrętów, pinów, klamer, itp.). Dość częstym powikłaniem tego zabiegu jest bolesność w miejscu operowanym, czasem brak zrost. Część autorów podaje, że nawet 10% chorych wymaga późniejszego usunięcia zespolenia. Usztywnienie stawu MTP I jest do dzisiaj uznanym i przewidywalnym sposobem leczenia palucha koślawego ze współistniejącą artrozą stawu MTP I.

Artrodeza pierwszego stawu śródstopno-klinowatego

Zabieg ten jest wykonywany ze względu na wtórne zmiany, jakie powoduje deformacją palucha. Za pioniera tej metody uważa się Lapidusa, który w 1934 roku wykonał zespolenie pierwszej i drugiej kości śródstopia z pierwszą kością klinowatą. Niestety do zespolenia wykorzystywał tylko szwy, co prowadziło do destabilizacji artrodezy. Obecnie stosuje się zmodyfikowaną wersję techniki Lapidusa, która polega na uzyskaniu korekcji w pierwszym stawie śródstopno-klinowatym (ang. *metatarsocuneiform joint*, MTC). Jej istota leży w korekcji osi pierwszej kości śródstopia i zespoleniu jej z pierwszą kością klinowatą (przyśrodkową). W przypadkach dużej niestabilności wskazane jest dodatkowe zespolenie podstaw pierwszej i drugiej kości śródstopia. W bardzo rzadkich przypadkach zespala się przyśrodkową i pośrednią kość klinowatą. Technikę tą można stosować w każdym rodzaju zniekształcenia, jednak wymóg nie obciążania stopy przez

dłuższy czas oraz wydłużenie czas rekonwalescencji, powoduje, że metoda ta nie jest wskazana przy mniejszych deformacjach. W dzisiejszych czasach metoda ta jest zwłaszcza popularna w przypadkach palucha koślawego nawrotowego lub przy współistnieniu uogólnionej wiotkości łącznotkankowej.

Zabiegi destrukcyjne stawów/Artroplastyka resekcyjna

Ten rodzaj procedury jest zarezerwowany dla tych typów palucha koślawego, którym towarzyszy tkliwość, bolesność, zapalenie kości z ubytkiem chrząstki stawowej oraz ograniczeniem ruchu, zapalenie stawów, ciężkie zakażenia lub uszkodzenia innego pochodzenia. W celu pozbycia się bólu i odzyskania ruchomości palucha możliwe są trzy procedury: resekcja powierzchni stawowych kości lub resekcja z użyciem implantu lub artrodeza. We wszystkich zabiegach nie usuwa się całej głowy kości śródstopia, lecz tylko środkową wyniosłość. Na przestrzeni czasu różni chirurdzy usuwali różne części składowe palucha koślawego. Usunięcie całej głowy kości śródstopia wykonywali: Fricke (1836), Clayton (1960) (w tym przypadku była jeszcze usuwana podstawa paliczka), Kramer (1826), Roux (1829), Hueter (1871), metoda ta nie jest obecnie stosowana ze względu na wtórne występowanie metatarsalgii. Natomiast na właściwe usunięcie tylko wyniosłości przyśrodkowej głowy kości śródstopia oraz podstawy paliczka zdecydował się Riedel (1866), Keller (1904) oraz Brandes (1927). Technika ta umożliwia dekompresję stawu MTP. Kolejną zale-

tą jest możliwość na szybki powrót do sprawności, nie ma również restrykcji co do niemożności obciążania stopy.

Obecnie zabiegi tego typu znacznie utraciły na popularności i wg większości autorów powinny być wykonywane tylko w przypadku osób starszych z niewielkimi oczekiwaniami co do funkcji stawu MTP I.

Piśmiennictwo

1. *Akin O.F.*: The treatment of hallux valgus—a new operative procedure and its results. Med Sentinel 1925.
2. *Austin D.W., Leventon E.O.*: A new osteotomy for hallux valgus: A horizontally directed "V" displacement osteotomy of the metatarsal head for hallux valgus and primus varus. Clin Orthop Relat Res 1981; 157:25.
3. *Botteri G., Castellana A.*: L'Osteodesi distale dei due primi INTERNATIONAL PERSPECTIVES 551 metatarsi nella cula dell'alluce valgo. La Clinica Orthopedica 1961.
4. *Coughlin M.J.*: Hallux valgus. J Bone Joint Surg Am 1996; 78:932-966.
5. *Coughlin M.J., Jones C.P.*: Hallux valgus: demographics, etiology, and radiographic assessment. Foot Ankle Int 2007; 28:759-77.
6. *Creer W.S., Sayle W.*: Common foot ailments. Br Med J 1938.
7. *Durlacher L.*: A Treatise on Corns, Bunions, the Diseases of Nails, and the General Management of the Feet. Simpkin Marshall. London 1845.
8. *Dykes R.M., Grundy F., Lee H.B.*: Foot ailments in the general population. Med Officer 1952.
9. *Goebell R.*: Uber Arthroplastische Freie Fascien und Apo-Aneurostransplantation Nach Martin Kirschner. Arch Klin Chir. 1927.
10. *Hawkins F.B., Mitchell C.C., Hedrick D.W.*: Correction of hallux valgus by metatarsal osteotomy. J Bone Joint Surg. 1945.
11. *Hiss J.M.*: Hallux valgus. Am J Surg 1931.
12. *Hueter C.*: Klinik der Gelenkkrankheiten mit Einschluss der Orthopadie. Leipzig Germany. Vogel 1870-1871.
13. *Joplin R.J.*: Sling procedure for correction of splay foot, metatarsus primus varus and hallux valgus. J Bone Joint Surg Am 1950.
14. *Johnson J.B., Smith S.B.*: Preliminary report on derotational angulational, transpositional osteotomy: a new approach to hallux abducto valgus surgery. J Am Podiatry Assoc 1974.
15. *Johnston O.*: Further studies of the inheritance of hand and foot anomalies. Clin Orthop 1956.

16. *Lenggenhager K.*: Eine Neue Operations Methode Zur Behandlung Des Hallux Valgus. Chr Z 1935; 7:689.
17. *Lexer E.*: Die Freien Transplantationen. Neue Deutsche Chirurgie. Stuttgart 1919.
18. *Ludloff K.*: Die besetigung des Hallux Valgus durch die schraege planto-dorsale osteotomie des metatarsus 1 (Erfahrungen und Erfolge). Arch Klin Chir 1918.
19. *Mau C., Lauber H.T.*: Die operative behandlung des hallux valgus (Nachuntersuchungen). Dtsch Z Chir 1926.
20. *McBride E.D.*: A conservative operation for bunions. J Bone Joint Surg 1928.
21. *McBride E.D.*: Hallux valgus, bunion deformity: its treatment in mild, moderate and severe stages. J Int Coll Surg 1954.
22. *McGlamry E.D., Banks A.S., Downey M.S.*: Comprehensive Textbook of Foot Surgery. 2nd Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1992.
23. *Meyer G.H.*: Why the Shoe Pinches. RT Trail. New York 1863.
24. *Myerson M.*: Foot and ankle disorders, hallux valgus. WB Sanders Co. Philadelphia 1999; 213–289.
25. *Pagella P., Pierleoni G.P.*: Hallux valgus and its correction. LO Scalpello 1971.
26. *Peabody C.*: The surgical cure of hallux valgus. J Bone Jt Surg., 1931.
27. *Peck J.L.*: Dress and Care of the Feet. SR Wells, New York 1871.
28. *Reverdin J.*: Antatomie et operation de l'hallux valgus. Int Med Congr 1881.
29. *Roux C.*: Aux pieds sensibles. Rev Med Suisse Romande 1920.
30. *Suppan R.J.*: The cartilaginous articulation preservation principle and its surgical implementation for hallux abducto valgus. J Am Podiatry Assoc 1974.
31. *Silver D.*: The operative treatment of hallux valgus. J Bone Joint Surg 1923.
32. *Theodorice B.* (Bishop of Cervia): The Surgery of Theodorice (translated from Latin by Campbell E, Colton J), Vol. II, p. 110. Appelton-Century-Crofts, New York 1955-1960 (original published in 1267)
33. *Thomsen W.*: Kampf der Fusschwaeche. JF Lehmanns, Munich 1944
34. *Wilson J.N.*: Oblique displacement osteotomy for hallux valgus. J Bone Joint Surg 1963.
35. *Zygmunt K.H., Gudas C.J., Laros G.S.*: Z-Bunionectomy with internal screw fixation. J Am Podiatr Med Assoc 1989.

Praca zawiera 37 864 znaki (> 0,5 arkusza wydawniczego)

KLIMAT I KRAJOBRAZ. TRADYCJE LECZENIA ZDROWISKOWEGO W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM (na przełomie XIX i XX wieku)

Walentyna Krystyna Korpalska

Zakład Historii Medycyny i Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Od wieków doceniano znaczenie lecznictwa uzdrowiskowego i jego wpływ na zdrowie człowieka. Ludzie od dawna odbywali wędrówki do miejscowości, w których występowały wody lecznicze, różniące się od zwykłej wody zapachem, smakiem, a czasem też inną temperaturą. Od najdawniejszych czasów kąpiel, jako zabieg leczniczy, należy do najbardziej rozpowszechnionych metod terapeutycznych. Klasyczne, antyczne ujęcie zawarte zostało w piśmiennictwie szkoły lekarskiej Hipokratesa, a zwłaszcza w dziele *O klimatach, wodach i miejscach*¹.

Szukanie zdrowego powietrza, lżejszej diety, ruchu oraz kąpieli dla lepszego funkcjonowania organizmu, przemiany materii, a nawet

¹ W tłumaczeniu J. Oettingera: „*O powietrzu, wodach i miejscach*”, „Przegląd Lekarski” 1880.

odchudzania towarzyszyło także zaleceniom terapeutycznym lekarzy odrodzenia i oświecenia.

W wieku XIX, który możemy określić jako przełomowy dla rozwoju nauk biomedycznych, nastąpił renesans naturalnych metod leczniczych, a zwłaszcza balneoterapii i klimatoterapii. Stało się to głównie za sprawą rozwoju medycyny klinicznej. W pierwszej połowie XIX w., w wielu krajach europejskich, zwłaszcza w Austrii i Niemczech, upowszechnił się tak zwany sceptycyzm terapeutyczny. Obecny był on w poglądach przedstawicieli tzw. młodszej wiedeńskiej szkoły klinicznej, zwanej też anatomopatologiczną. W praktyce klinicznej wciąż jeszcze królowały krwiopusty, środki przeczyszczające i napotne. W szkole wiedeńskiej lekarze dostrzegali jednak ich nieskuteczność i szkodliwość. Początkowy sceptycyzm z czasem przekształcił się w nihilizm terapeutyczny. W szkole wiedeńskiej lekarze stwierdzali, że są bezsilni wobec choroby. Nie odrzucali oni jednak leczenia w ogóle, ale te jego formy, które obowiązywały w konwencjonalnej medycynie. Pogardzano więc nauką o lekach jako nie mającą naukowego uzasadnienia i pozbawioną sensu. Triumfy zaczęło święcić leczenie oparte na naturalnych metodach leczenia.

Jednym z prominentnych przedstawicieli szkoły nihilizmu terapeutycznego był polski lekarz, dr Józef Dietl, który początkowo praktykował w Wiedniu i tu ogłosił pracę *Praktische Wahrnehmungen*, zawierającą programowy pogląd na medycynę, nazwaną manifestem wiedeńskiej szkoły klinicznej. W połowie XIX wieku został powołany na stanowisko profesora i kierownika Katedry Medycyny Wewnętrznej,

i Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego². Upowszechnił tu poglądy charakterystyczne dla szkoły wiedeńskiej. Prowadzone przez Dietla badania utwierdziły go w przekonaniu, że dawne metody lecznicze są bez wartości, wyleczyć chorobę może jedynie sama natura, lekarz zaś nie powinien jej przeszkadzać. To skierowało jego uwagę na lecznicze właściwości środków naturalnych. Dzięki jego działalności rozpoczął się przełomowy okres rozwoju polskiej balneologii i zdrojowisk. Starano się nadać tej działalności ramy organizacyjne, które pozwoliłyby spopularyzować rodzime zdrojowiska i naturalne środki lecznicze dostępne na ziemiach polskich. Tak doszło do powołania w 1858 roku przy Krakowskim Towarzystwie Naukowym Komisji Balneologicznej, która odegrała ogromną rolę w rozwoju uzdrowisk³.

W rezultacie głównym ośrodkiem propagowania wartości leczniczych uzdrowisk w XIX wieku stał się Kraków. Leczenie uzdrowiskowe znalazło zastosowanie przy słabo jeszcze rozwiniętej farmacji i postulowanym w pierwszej połowie XIX wieku nihilizmie terapeutycznym z jego niewiarą w lecznicze działanie akademickiej terapii.

Po raz pierwszy określono właściwości lecznicze wód mineralnych, które poddano badaniom chemicznym⁴. Pojawiło się bogate piśmiennictwo naukowe, które spowodowało prawdziwy przełom w myśleniu o tworzywach naturalnych. W terapii wprowadzono metody

² *Historia medycyny* pod red. T. Brzezińskiego, Warszawa 2000, s. 240; zob. też: „Archiwum Historii Medycyny”, T. 41, 1978, nr 2 (zestyt poświęcony w całości J. Dietlowi).

³ Zob. szerzej: M. Bieńkowska, *Michał Zieleniewski, wybitny balneolog*, „Archiwum Historii Medycyny”, T. 26, z. 3-4, ss. 191-224.

⁴ Zob.: H. Lichočka, *Badania leczniczych wód mineralnych w Polsce (1800-1858) z perspektywy rozwoju chemii*, Warszawa 1989.

oparte na naukowych przesłankach. Badania właściwości leczniczych surowców naturalnych prowadzono w klinikach. Wyniki badań klinicznych korygowały popełniane wcześniej błędy i kształtowały podwaliny rozwoju balneologii. Wyłaniał się model lecznictwa uzdrowiskowego.

Rozwój balneologii oznaczał nie tylko powstanie nowego działu nauki, ale także nowej gałęzi przemysłu. Okazało się, że rozwinięte zdrojownictwo może przynieść gospodarce narodowej realne korzyści. Problematyka ta żywo interesowała towarzystwa lekarskie, powstawały spółki i związki przemysłowe. Ówczesne zdrojowiska były w zasadzie własnością prywatną, organizacyjnie przybierały postać spółek, a ich rozwój zależał od przedsiębiorczości właścicieli, czego przykłady mieliśmy na obszarach dzisiejszej ziemi kujawsko-pomorskiej. Do potencjalnych pacjentów skierowano obszerną ofertę pielęgnacyjną i profilaktyczną.

Wydaje się, że właśnie na wiek XIX przypadł szczyt połączenia elementów racjonalnych, zdrowotnych leczenia uzdrowiskowego z wypoczynkowym, towarzyskim i kulturalnym charakterem. Uzdrowiska stały się placówkami nastawionymi nie tylko na doraźnie przeprowadzone leczenie, ale także połączenie terapii ze zmianą miejsca zamieszkania pacjenta, jego trybu życia, nawyków higienicznych i żywieniowych, sposobu ubierania się oraz spędzania wolnego czasu. Zauważono, iż sama zmiana otoczenia, krajobrazu, środowiska wpływa korzystnie na psychikę chorego. Natomiast, jak podkreślają specjaliści, lepsza kondycja psychiczna pozwala na angażowanie się pa-

cjenta w terapię i rehabilitację uzdrowiskową, a to z kolei daje lepsze wyniki leczenia⁵.

Zmiany w funkcjonowaniu uzdrowisk nastąpiły po zakończeniu I wojny światowej. Zdrowotne następstwa wojny, ogromna liczba upośledzonych przez wojnę, przyjęte ustawy i zarządzenia dotyczące tych osób dają początek nowoczesnej rehabilitacji. Rozwój przemysłu w końcu XIX i na początku XX wieku spowodował wzrost wypadkowości w pracy i konieczność opieki nad inwalidami. Dało to asumpt do wprowadzenia ubezpieczeń społecznych., które objęły także możliwość korzystania z uzdrowisk i sanatoriów.

Po latach niewoli, władze Polski Odrodzonej zajęły się uregulowaniami prawnymi także w lecznictwie uzdrowiskowym. Pierwszą ustawą zawierającą uregulowania prawne związane z tą dziedziną była ustawa z dnia 23 marca 1922 roku⁶. Na potrzeby rozwijających się miejscowości uzdrowiskowych zmieniona została regulacją z 1928 roku⁷. Zgodnie z tą ustawą za uzdrowiska uznano miejscowości posiadające cieplice, lub źródła lecznicze (źródła, studnie, lub otwory wiertnicze zawierające wodę o właściwościach leczniczych), stacje klimatyczne, kąpieliska morskie. Uzdrowiska, którym przyznano status użyteczności publicznej powinny posiadać własny statut oraz plan zabu-

⁵ I. Ponikowska, *Lecznictwo uzdrowiskowe. Poradnik dla chorych*, Bydgoszcz 1996, s. 79-80.

⁶ Dziennik Ustaw RP nr 31, Ustawa z dnia 23 marca 1922 o uzdrowiskach (dalej: Dz. U.)

⁷ *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, T.II, pod red. A. Czupryny, S. Poździocha i in., Kraków 2001, s. 310. Rozstrzygnięcia ustawy miały charakter na tyle uniwersalny, że obowiązywały do 1966 roku.

dowania. Ustawa określała także skład komisji uzdrowiskowej, która miała zasadniczy wpływ na funkcjonowanie uzdrowiska.

Ustawa z dnia 22 marca 1922 roku została uzupełniona szczegółowymi rozporządzeniami. Było to rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z 1923 roku zawierające szczegółowe przepisy sanitarne dla uzdrowisk⁸, rozporządzenie w sprawie ulg za przejazdy kolejowe dla osób powracających z uzdrowisk⁹ oraz rozporządzenie w sprawie powołania Państwowej Rady do Spraw Uzdrowisk, jako organu doradczego ministra¹⁰. Rada ta miała prawo opiniować i kontrolować przestrzeganie przepisów prawnych w zakresie uzdrowisk oraz nadawała statuty miejscowościom, które ubiegały się o rangę uzdrowiska.

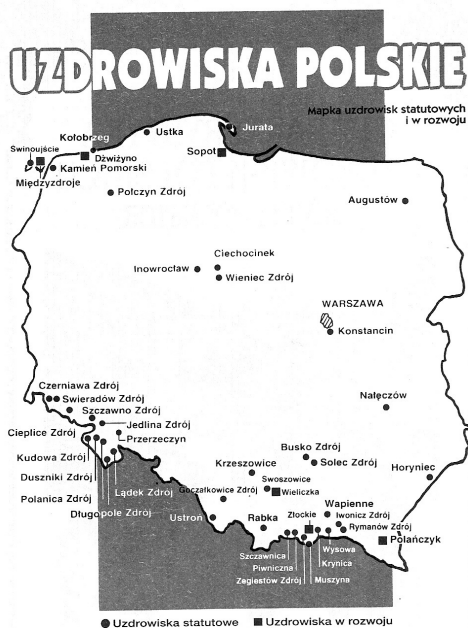
Na ziemiach wchodzących obecnie w skład województwa kujawsko –pomorskiego nie było i nie ma walorów typowych dla okolic podgórskich, górskich, czy nadmorskich. Stąd też już okresie rozbiorowym zaczęto szukać miejsc, w których klimat, krajobraz i surowce naturalne sprzyjałyby regeneracji zdrowia mieszkańców. Charakterystyczne dla tego regionu są więc uzdrowiska na nizinach, położone do wysokości 200 m. nad poziomem morza. Preferowane kierunki działalności leczniczej w tych uzdrowiskach to klimatoterapia i balneoterapia.

⁸ Dz. U. RP nr 125, poz. 106, Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 19 listopada 1923 roku, s. 1511-1515.

⁹ Dz. U. RP nr 59, poz. 421, Rozporządzenie Ministra Komunikacji z dnia 5 maja 1927 roku, s. 539-540.

¹⁰ Dz. U. RP. Nr 33, poz. 304, Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 15 marca 1934 roku, s. 559-560.

Klimatoterapia, jak sama nazwa wskazuje, polega na wykorzystaniu środowiska naturalnego dla celów leczniczych. W zakres klimatoterapii w uzdrowiskach nizinnych wchodzi: kąpiele słoneczne, powietrzne, powietrzno-ruchowe, rzeczne, jeziorne oraz inhalacje naturalnego aerozolu tężniowego. **Balneoterapia** obejmuje lecznicze wykorzystanie naturalnych tworzyw leczniczych: wód, peloidów i gazów. Stosuje się tu także leczenie naturalną papką borowinową. Poza kąpielami leczniczymi balneoterapia obejmuje krenoterapię, czyli picie wody leczniczej oraz inhalacje.



Źródło: I. Ponikowska, *op. cit.*, s. 111.

Jak wskazuje mapka, największe skupiska uzdrowisk występują na południu i północnym zachodzie Polski. W Polsce centralnej miejscowości uzdrowiskowe to: Ciechocinek, Inowrocław i Wieniec – Zdrój.

Ciechocinek jest miastem wchodzącym administracyjnie w skład powiatu aleksandrowskiego i województwa kujawsko-pomorskiego. Położony jest na lewym brzegu Wisły, w południowo-wschodniej części Kotliny Toruńsko-Bydgoskiej. Jest to klasyczne uzdrowisko nizinne, jedno z najstarszych uzdrowisk na nizinach. Ten charakter miasta podkreśla bogata zieleń, skwery, kwiatowe dywany i parki. Nie ma tu przemysłu, co tworzy korzystny mikroklimat. Źródła solanki, które do dziś określają uzdrowiskowy charakter miasta odkryto w drugiej połowie XVIII wieku. Rozwój uzdrowiska datuje się od rozpoczęcia budowy warzelni soli wraz z tężniami, to jest od roku 1824. Eksploatacją źródeł na skalę przemysłową i budową warzelni zainteresował się Stanisław Staszic, z którego inicjatywy wybudowano i warzelnię, i największe w Europie tężnie, kładąc tym samym podwaliny pod rozwój uzdrowiska¹¹.

Projekt budowlany i technologiczny sporządził inż. Jakub Graf, profesor Akademii Górniczej w Kielcach. Trzy segmenty tężni zostały wykonane z żywiczego drewna świerkowego, a całość podtrzymują wsporniki z pali dębowych. Ściany tężni wyłożone są tarniną, po której

¹¹ J. Umiński, *Ciechocinek i okolice*, Warszawa 1978, s. 16; W. Gerko, S. Kubiak, *Krótki zarys dziejów Ciechocinka do lat dwudziestych XX wieku*, „Jantarowe Szlaki”, Gdańsk 1986, s. 4.

splywa solanka¹². W ten sposób wokół tężni powstaje strefa z charakterystycznym mikroklimatem o cechach morskich. W latach trzydziestych i czterdziestych XIX wieku nastąpił dynamiczny rozwój Ciechocinka. Solanki zaczęto wykorzystywać dla celów leczniczych. Od 1936 roku w ciechocińskiej karczmie, w czterech miedzianych wannach zaczęto stosowanie zabiegów leczniczych z użyciem solanki. Następował systematyczny rozwój bazy leczniczej. W 1842 roku oddano do użytku łaźienki tzw. „bankowe”, a w 1845 tzw. „komitetowe” których budowę nadzorował *Komitet Główny do Obmyślenia Środków Wzniesienia Zakładu Wód Mineralnych w Ciechocinku* – z siedzibą w Warszawie¹³. Powołana została dyrekcja Zakładu Zdrojowego, której przewodniczącym został dr Roman Ignatowski.

Opiekę medyczną w uzdrowisku ciechocińskim przez 50 lat sprawował właśnie doktor Roman Ignatowski. Ten niezwykle zasłużony dla rozwoju medycyny uzdrowiskowej lekarz nazwany został „księciem na Ciechocinku”. Prowadził on wielokierunkowe badania nad skutecznością stosowania solanek ciechocińskich. Opublikował wiele prac badawczych, wśród których najbardziej znane jest doniesienie z 1854 roku: „O wodach słonych w Ciechocinku, jej działaniu i zastosowaniu lekarskim”¹⁴.

Działalność lecznicza w tym czasie opierała się przede wszystkim na kąpielach solankowych. Stosowano kąpiele zimne, letnie i cie-

¹² B. R. Korzeniewski, *Tężnie w Ciechocinku*, Toruń 1997, s. 8-11.

¹³ M. Raczyński, *Materiały do historii Ciechocinka od zapoczątkowania budowy warzelników soli do wybuchu wielkiej wojny*, Warszawa 1935, s. 205.

¹⁴ Tekst publikacji zob.: www.torun.ap.gov.pl.

płe, kąpiele parowe słone, inhalacje pod tężniami, bądź ciepłe w postaci pary nasyconej solanką w łaźni, lub suche. Oprócz kąpeli ogólnych stosowano miejscowe okłady, oblewania lub natryski. Kąpiele błotne – borowinowe, jako nową ofertę leczniczą, wprowadzono w 1870 roku¹⁵.

Istotny wpływ na rozwój i wzrost popularności uzdrowiska miało uruchomienie w 1867 roku linii kolejowej do Aleksandrowa (wówczas Trojanowa) oraz oddanie do użytku dworca kolejowego (1869)¹⁶. Tak zaczął się czas wyjazdów „do ciechocińskich wód”. Na początku XX wieku Ciechocinek był już nie tylko kurortem, w którym korzystano z zabiegów leczniczych. Uprawiano tu sporty wodne, szermierkę, organizowano zloty wioślarskie, konkursy hipiczne,. Była też kręgielnia i kort tenisowy. W 1909 roku wybudowano muszlę koncertową w stylu charakterystycznym dla drewnianej zabudowy Ciechocinka. Pod koniec XIX powstał Park Zdrojowy, a na początku XX wieku Park Sosnowy i Tężniowy, zagospodarowano przestrzeń między tężniami¹⁷. W 1909 roku Ciechocinek uzyskał prawa osady, a reskryptem z 1916 roku został podniesiony do rangi miast¹⁸.

Okres międzywojenny przyczynił się do wzmocnienia pozycji miasta jako uzdrowiska nizinnego. Władze Polski Odrodzonej zadecydowały o jego rozwoju i osiągnięciu wysokiej rangi w polskim lecznic-

¹⁵ A. Nocna, *Roman Ignatowski (1805-1889) „Księżę na Ciechocinku”*, „Zdrój Ciechociński” lipiec 2005, www.ciechocinek.pl.

¹⁶ S. Kubiak, *Ciechocinek. Dzieje uzdrowiska*, Włocławek 2001, s. 33.

¹⁷ *Tamże*, s. 39-40.

¹⁸ S. Paczkowski, *Kształtowanie się polskiej oświaty i osadnictwa na Kujawach wschodnich w okresie I wojny światowej*, „Zapiski Kujawsko-Dobrzyńskie” 1993, T. 8, s.121.

twie uzdrowiskowym¹⁹. Uzdrowisko zostało przejęte przez rząd i podporządkowane Ministerstwu Zdrowia, z czasem Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w Warszawie. Wykonano wiele kapitalnych remontów urządzeń leczniczych, zakładów kąpielowych, powstało wiele nowych inwestycji leczniczych i socjalnych²⁰. Dzięki wzrastającej liczbie kuracjuszy, a więc i zwiększeniu dochodów uzdrowiska, a także zwiększonej dotacji ze strony skarbu państwa w latach 1929 – 1939 powstało wiele nowych inwestycji leczniczych. Wszystkie te inwestycje zmieniły dotychczasowy prowincjonalny charakter uzdrowiska, wprowadzając go na drogi nowego rozwoju. W latach trzydziestych XX wieku Ciechocinek zaczął się przeobrażać w miasto - ogród.

Inowrocław jest miastem wchodzącym administracyjnie w skład województwa kujawsko – pomorskiego. To średniej wielkości uzdrowisko nizinne położone na Kujawach Czarnych, na równinie Inowrocławskiej. Ze względu na występowanie licznych złóż solnych (tzw. wysad solny) mówi się, że Inowrocław jest miastem na soli. Panuje tu klimat nizinny, słabo bodźcowy, zaś w części uzdrowiskowej swoisty mikroklimat determinowany terenami solankowymi.

Powstanie uzdrowiska związane było z okryciem i eksploatacją złóż soli w XIX wieku przez rząd pruski. W 1873 roku powstało przedsiębiorstwo państwowe trudniące się produkcją soli jadalnej, zakład

¹⁹ *Uzdrowisko Ciechocinek – zarys monograficzny*, pod red. D. Iwanowskiej – Jeske, Warszawa 1983, s. 63-68.

²⁰ *Tamże*, s. 69-71.

przetwórstwa solanki – warzelnia „Saline”²¹. Udoskonalano sposób wydobywania i produkcji soli. Ze względu na dużą głębokość pokładów solnych zdecydowano się w 1884 roku na budowę kopalni głębinowej. Pokłady solne były podstawowym surowcem do produkcji sody, toteż wybudowano w Inowrocławiu fabrykę sody²².

Działalność uzdrowiskowa została zapoczątkowana w drugiej połowie XIX wieku. O możliwości wykorzystania solanki nie tylko dla celów przemysłowych, ale także leczniczych pomyślał polski ziemianin, właściciel gospodarstwa Rąbin – doktor praw Zygmunt Wilkoński. W swoim ogrodzie odkrył on przypadkowo źródło słonej wody. Zachęcany tym odkryciem podjął starania dotyczące zbudowania w Inowrocławiu zakładu kąpielowego z łazienkami solnymi. Choć doktor Wilkoński był tzw. „człowiekiem interesu” i z sukcesem prowadził własne inwestycje²³, to jednak uruchomienie prywatnego uzdrowiska wymagało sporych nakładów finansowych. Z jego inicjatywy powołana więc została dnia 4 maja 1875 roku spółka pod nazwą „Towarzystwo Akcyjne Solanki Inowrocławskie”²⁴. Jej głównymi udziałowcami byli oprócz doktora Wilkońskiego jeszcze dwaj inowrocławscy prawnicy, adwokaci Oskar Triepke i Samuel Hoeniger. Podstawowym celem spółki było założenie w sąsiedztwie miasta uzdrowiska.

²¹ Cz. Sikorski, *Świadkowie 800-lecia – encyklopedia wiedzy o zabytkach Inowrocławia*, Inowrocław 2002, s. 469.

²² Tamże, s. 467.

²³ Cz. Sikorski, *Założyciel solanek. Inowrocław Nasze miasto*, Inowrocław 1985, s. 5.

²⁴ Cz. Sikorski, *Miasto na soli – zarys historii Inowrocławia do roku 1919*, Warszawa 1988, s. 130.

Założycielem inowrocławskiego uzdrowiska, podobnie jak w Ciechocinku i Wieńcu-Zdroju, była więc też spółka, która przyczyniła się do powstania i rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego na Kujawach. Budowę zakładu kąpielowego nadzorował doktor Wilkoński. Pierwszy pawilon zbudowano bardzo szybko i już wiosną 1876 roku przyjęto pierwszych gości. Był to parterowy budynek z żółtych cegieł. Przeznaczony był do kąpieli solankowych. W budynku znajdował się duży hol oraz 14 kabin do kąpieli²⁵. Można tu było leczyć m.in. reumatyzm, skrofulozę, choroby skóry i kobiece. 26 lipca 1876 roku wykupiono kolejną parcelę, na której zbudowano pawilon kąpielowy na 15 wanien. Przeznaczony on był dla chorych dzieci. Solankę do kąpieli doprowadzano z warzelni soli bezpośrednio do zakładu kąpielowego.

Po śmierci doktora Zygmunta Wilkońskiego solanki inowrocławskie utraciły samodzielność, by w 1885 roku, wraz z otaczającym je parkiem, przejść pod stały zarząd magistratu miasta Inowrocław²⁶. W 1915 roku w centrum parku wybudowano pijalnię wód mineralnych. Na bazie inowrocławskiej solanki produkowano cieszącą się dużym popytem wodę „Kujawiankę”. Obok pijalni znajdował się deptak spacerowy²⁷.

Podstawowymi tworzywami w inowrocławskim uzdrowisku były i są solanki i borowiny. Najważniejszym z nich była solanka. Wyko-

²⁵ Cz. Sikorski, *Świadkowie...*, s. 169

²⁶ E. Gawlak (red), *100 lat uzdrowiska Inowrocław*, Inowrocław 1975, s. 11.

²⁷ Tamże, s. 483.

rzystywano ją do kąpieli, natrysków, inhalacji oraz do picia. Prócz solanki stosowano do kąpieli ług krystaliczny zawierający więcej składników mineralnych. Zawierał on również duże ilości soli potasowych, magnezowych, siarczanych, skutecznych w leczeniu chorób przemiany materii i układu kostnego²⁸. Dla celów leczniczych wykorzystywano również solankę gorzką. Solanka gorzka była i jest do dziś najbardziej specyficznym wyłącznie inowrocławskim, naturalnie występującym tworzywem leczniczym²⁹.

Kolejnym środkiem leczniczym była borowina. Złoża jej położone były wśród torfowisk w dolinie Noteci, w okolicach Pakości. Borowinę w uzdrowisku stosowano od 1923 roku. Jest ona specyficznym rodzajem torfu, powstałym z rozkładu obumarłych szczątków roślin. Przed zastosowaniem borowina była odpowiednio przygotowywana. Poddawano ją procesom wietrzenia, oczyszczania, mieleńia, ogrzewania parą i rozcieńczania solanką. Stosowana była do kąpieli całkowitych, nasiadowych, okładów miejscowych. Poza wymienionymi stosowano również szereg innych zabiegów przyrodoleczniczych z zakresu wodolecznictwa, ciepłolecznictwa, elektrolecznictwa, światłolecznictwa³⁰.

Osobą, która przyczyniła się do sławy i świetności zdroju w Polsce Odrodzonej był doktor Józef Krzymiński. W 1885 roku osiadł w Inowrocławiu. Tu dał się poznać nie tylko jako lekarz, ale

²⁸ J. Brodziński, *110 lat inowrocławskiego zdrojowiska. Inowrocław nasze miasto*, Inowrocław 1985, s. 23.

²⁹ Cz. Sikorski, *Świadkowie...*, s. 491-492.

³⁰ J. Sikorska, *Inowrocław, dzieje, zabytki, okolice, legendy*, Inowrocław 1997. s. 29-31.

także polityk i działacz społeczny. W latach 1893-1896 i 1901-1905 był radnym miejskim, a w latach 1894-1906 posłem do parlamentu Rzeszy Niemieckiej. Był również aktywnym posłem Koła Polskiego w Berlinie³¹. Od 24 listopada 1918 roku przewodniczył Radzie Ludowej miasta i powiatu³². 15 kwietnia 1919 roku wybrany został burmistrzem Inowrocławia, a w 1926 roku został pierwszym prezydentem miasta. Jako prezydent zasłużył się dla rozwoju gospodarczego miasta i uzdrowiska. Przyczynił się do uzyskania oficjalnej nazwy Zdrojowisko – Inowrocław w 1922 roku. Za jego prezydentury rozbudowano główny budynek kąpielowy, wzniesiono zakład borowinowy i podjęto przygotowania do budowy zakładu przyrodoleczniczego i sanatorium Zakładu Ubezpieczalni Krajowej. Dzięki jego działalności Inowrocław znalazł się w czołówce krajowych uzdrowisk³³.

Ludźmi, którzy przyczynili się do popularności inowrocławskiego uzdrowiska byli lekarze. W okresie międzywojennym było ich trzydziestu. Większość z nich zrzeszona była w Stowarzyszeniu Lekarzy Zdrojowych³⁴. Do rozwoju tego uzdrowiska przyczynił się też doktor Julian Grabski, bliski współpracownik i przyjaciel Wilkońskiego³⁵. W jego obszarze zainteresowań był także wygląd i rozwój parku solankowego. Usytuowane są w nim wszystkie obiekty uzdrowiskowe. Park, który stanowi oazę ciszy i spokoju jest także znakomi-

³¹ B. Grabarek, *Pierwszy prezydent*, Inowrocław 1985, s. 17.

³² Cz. Sikorski, *Świadkowie...*, s. 482.

³³ J. Hasik, E. Gawlak (red.), *Dzieje Uzdrowiska Inowrocław*, Inowrocław 1996, s. 27.

³⁴ S. Waszak, *Przewodnik po Inowrocławiu i Kujawach*, Inowrocław 1933, s. 72-73.

³⁵ Cz. Sikorski, *Lucjan Grabski. Inowrocław nasze miasto*, s. 18.

tym miejscem spacerowym, nasyconym zielenią i wszechobecnym solnym aerozolem.

Lekarze zatrudnieni w Uzdrowisku Inowrocław oprócz leczenia kuracjuszy i rozwiązywania wielu problemów administracyjnych, prowadzili także badania naukowe. W owym czasie brakowało specjalistów w dziedzinie balneologii. Pomimo trudności udało się sprowadzić do Inowrocławia lekarzy obeznanych z tą dziedziną medycyny. Kończyli oni studia za granicą i praktykowali w innych uzdrowiskach. Prowadzili badania nad możliwością leczenia poszczególnych jednostek chorobowych z wykorzystaniem istniejących w uzdrowisku warunków. W Inowrocławiu stosowali nowoczesne metody leczenia, wykorzystując znakomite wyposażenie sanatoriów³⁶. Uzdrowisko zawdzięczało sławę swoim założycielom, bogactwom naturalnym oraz ludziom, którzy w nim pracowali. Do późniejszego rozgłosu uzdrowiska przyczynili się także goście odwiedzający kurort, ich stanowiska, status społeczny, popularność jaką cieszyli się w kraju.

O kierunkach rozwoju zdroju decydowała Rada Miejska. Zależał on od sytuacji finansowej miasta. Na wniosek prezydenta Inowrocławia Józefa Krzymińskiego, uchwałą z dnia 25 lipca 1922 roku wprowadzono oficjalnie nazwę „Zdrojowisko Inowrocław”. Podstawę uchwały stanowiła ustawa z 1922 roku o uzdrowiskach, na mocy której przyznano Inowrocławowi status miasta użyteczności publicznej. Miasto rozpoczęło modernizację i rozbudowę Solanek. Dzięki tym

³⁶ M. Biskup, (red.) *Dzieje Inowrocławia*, Poznań 1978, s. 46.

wszystkim działaniom Inowrocław znalazł się w czołówce krajowych uzdrowisk.

Wieniec Zdrój to właściwie wieś uzdrowiskowa, wchodząca administracyjnie w skład gminy Brześć Kujawski, powiatu włocławskiego, położona około 4 km od Włocławka. Charakterystyczny jest dla tych okolic krajobraz leśny, otoczenie zwartych kompleksów drzew sosnowych stwarza dobre warunki środowiskowe³⁷. Klimat łagodnie bodźcowy powoduje wielokierunkowe oddziaływanie na zmysły: zapach drzew, żywicy, kwiatów leśnych, szum drzew, śpiew ptaków, smak owoców leśnych, zwiększają ogólną odporność³⁸. Powstanie uzdrowiska wiąże się bezpośrednio z przeprowadzonymi na przełomie XIX i XX wieku badaniami geologicznymi. Potwierdziły one występowanie na tym terenie wody siarczanowej, w nieco później czasie dużych złóż borowinowych.

Uzdrowisko rozpoczynało działalność na terenie dawnych dóbr barona Leopolda Kronenberga, ziemianina, finansisty i kompozytora. Nie był on jednak zainteresowany rozwojem zdrojowiska. Po zakończeniu I wojny światowej sprawą utworzenia sanatorium zajęli się osiadli w tych stronach major Stanisław Smolka³⁹. Przeprowadzone dzięki jego uporowi odwierty potwierdziły istnienie w okolicy bogatych wód siarczano-siarczkowych oraz złóż borowinowych typu niskiego.

³⁷ I. Ponikowska, *op. cit.*, s. 296-297.

³⁸ S. Kunikowski [red.] *Włocławek i okolice*, Włocławek 2000, s. 245.

³⁹ J. Arentowicz, *Z przeszłości uzdrowiska „Wieniec”*, „Ziemia Kujawska, T.2, 1968, s. 140-143.

Z inicjatywy majora Smolki i grupy włocławian zawiązano w 1928 roku spółkę, zarządzającą uzdrowiskiem Wieniec. Pobudowano przewoźnicze łaźienki, uruchomiono połączenie kolejowe z Włocławkiem⁴⁰. Wraz z coraz liczniej udokumentowanymi przypadkami skutecznej kuracji oraz napływem pacjentów, uzdrowisko zaczęło się rozwijać. Ten pomyślny rozwój przerwał wybuch II wojny światowej.

Przedstawione wyżej uzdrowiska nizinne na obszarze województwa kujawsko – pomorskiego położone są na terenach pięknych krajobrazowo, gdzie wykorzystuje się warunki środowiska naturalnego: rzeźbę terenu, szatę roślinną, wody powierzchniowe. Na pojęcie krajobrazu składają się nie tylko przyroda, ale także wszelkie przejawy działalności ludzkiej: architektura, układ komunikacyjny, pomniki itp. Wprawdzie wraz z oszałamiającym postępem medycyny w innych specjalnościach, czas uzdrowisk jakby zaczął przemijać, pozostaje jednak nadal dla nich miejsce w szeroko pojętej profilaktyce i rehabilitacji. Wspaniały klimat, źródła i krajobraz powodują, że przyjeżdżali i przyjeżdżają do uzdrowisk nizinnych w celach leczniczych kuracjusze z całego kraju.

Streszczenie

W artykule zawarta została charakterystyka walorów naturalnych uzdrowisk nizinnych, które położone są na obszarze dzisiejszego

⁴⁰ *Tamże*, s. 133-138.

województwa kujawsko-pomorskiego. Renesans balneoterapii i klimatoterapii w XIX wieku związany był umacnianiem poglądów wiedzeńskich szkół klinicznych, w których dominował nihilizm terapeutyczny. Ówczesne zdrojowiska na omawianym obszarze, podobnie jak w innych regionach ziem polskich, były w zasadzie własnością prywatną, organizacyjnie przybierały postać spółek, a ich rozwój zależał od przedsiębiorczości właścicieli,

Praca zawiera 23 251 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PRACUJESZ PO TO ŻEBY ŻYĆ, ALE ŻYĆ ZDROWO

Agata Kosobucka, Mirosława Felsmann

Zakład Teorii Pielęgniarstwa Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
akosobucka@wp.pl

Środowisko, w którym żyjemy ma ogromny wpływ na funkcjonowanie organizmu człowieka, jego zdrowie i jakość życia. W 1974 roku Marc Lalonde wysunął tezę, iż zdrowie determinują cztery podstawowe czynniki takie jak styl życia, geny, opieka medyczna oraz środowisko, którego udział szacuje się na 20%. Niniejsza koncepcja znajduje potwierdzenie w zorganizowanym w 1948 roku w miasteczku Framingham (Massachusetts, USA), czterdziestoletnim, prospektywnym programie badań nad czynnikami ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wyniki niniejszego badania pozwoliły również uszeregować pola zdrowotne Lalonde'a według wielkości ich wpływu na stan zdrowia. W środowisku na organizm człowieka działa jednocześnie wiele czynników szkodliwych, które występują w stosunkowo niskich stężeniach w powietrzu, wodzie, glebie oraz żywności. Zwykle ich działanie ma charakter przewlekły, trwający często przez całe lub większość naszego życia. Skumulowane w organizmie działają na różne układy i narządy człowieka, stanowią zagrożenie dla naszego

zdrowia, i zdrowia kolejnych pokoleń. Skutki zdrowotne narażenia środowiskowego są różnorodne i objawiają się w postaci przejściowych lub trwałych zaburzeń funkcjonalnych, a rzadziej w postaci ewidentnych chorób. Dlatego tak ważna wydaje się dbałość o zapewnienie bezpiecznych warunków zdrowotnych w miejscach w których najczęściej przebywa człowiek, czyli w domu, szkole, zakładzie pracy. Wymaga to jednak świadomości, że około 30%, jak wynika z badań WHO, wszystkich chorób na świecie spowodowanych jest szkodliwym wpływem czynników środowiskowych. Niestety prawie 30% Polaków nie potrafi określić zagrożeń występujących w środowisku najbliższym ich miejsca zamieszkania, 60% jest przekonanych, że w domu i miejscu pracy nie występują środowiskowe czynniki zagrażające zdrowiu (9).

Sytuacja ekonomiczna współczesnego świata jest bezlitosna i nie pozostawia wyboru: pracujemy więcej, intensywniej i dłużej niż nasi dziadowie. Dotyczy to także grup zawodów medycznych, w tym pielęgniarek i lekarzy. Wydaje się, że w obliczu obecnego poziomu wiedzy wyeliminowanie wszelkich potencjalnie niebezpiecznych czynników, bądź zapewnienie środków ochrony osobistej, z którymi te grupy spotykają się codziennie w pracy nie powinno stanowić kwestii dyskusyjnych, jednak czy aby na pewno? Postaramy się znaleźć odpowiedź na pytania w jaki sposób medycy odkrywali podstawowe zagrożenia własnego życia i zdrowia w pracy zawodowej, jakie konsekwencje zdrowotne może przynieść brak świadomości, bądź lekceważenie ustalonych reguł.

Już Hippokrates radził w swoich pismach: *„Istnieje wiele zawodów związanych z niebezpieczeństwem powstania chorób, dlatego: ważne jest to, aby lekarz pytał chorego o zawód.”* Zagadnienia bezpieczeństwa i higieny pracy posiadają długą i ciekawą historię. Cofnijmy się w przeszłość - znalezione w duńskich torfowiskach drewniane łuki z czasów epoki kamiennej miały wymodelowane uchwyty doskonale dopasowane do ręki łucznika - ludzie w epoce neolitu stosowali zasady ergonomii chociaż nazwę tę wprowadzono dopiero wiele tysięcy lat później. Najstarsze znalezione narzędzia pracy człowieka pochodzą z plejstocenu, lecz mimo że były to narzędzia kamienne, trudne w wykonaniu, ich ukształtowanie świadczy o tym, że pierwotny człowiek intuicyjnie przykładął dużą wagę właśnie do ich ergonomiczności, aby narzędzia którymi się posługiwał były poręczne, wygodne i bezpieczne w użytkowaniu. Już siedem tysięcy lat temu Egipcjanie wytapiali i wykorzystywali miedź, następnie brąz. Znaleźiska na terenie Mezopotamii wskazują, że około 4000 lat temu do użytku wprowadzono tam żelazo. Zapewne już wtedy, poza tajemnicami technologii, znano i stosowano metody ochrony przed oparzeniami i innymi zagrożeniami związanymi z hutnictwem. Średniowiecze przyniosło bujny rozkwit rzemiosła - zwłaszcza architektury i sztuki użytkowej - do dziś budzącej podziw i uznanie. Przy wznoszeniu budowli tamtych czasów bez wątpienia zdarzały się wypadki i ginęli ludzie, ale przecież giną i dziś - lecz wiemy, że zarówno przed tysiącami czy setkami lat, jak i obecnie, człowiek stara się uchronić przed nieszczęściem. Każdy wypadek wzbogaca go o wiedzę dotyczącą przyczyn nieszczęścia

i zachęca do unikania błędów. W ten sposób uświadomił sobie potrzeby i celowość kodyfikowania nie tylko tajników techniki wytwarzania, ale i zasad bezpiecznej pracy. Początki higieny pracy na ziemiach polskich należy odnieść do panującej wówczas sytuacji społeczno-politycznej w całej Europie. Postęp w tej dziedzinie łączył w sobie sprzeczne interesy pracowników i pracodawców, co tłumaczy ogromne trudności jakie napotkano u podstaw. Era nowoczesnego przemysłu fabrycznego była następstwem rewolucji przemysłowej, która dokonała się w Anglii w XVIII w. Zjawiskiem powszechnym było zatrudnianie kobiet i dzieci, jako taniej siły roboczej. Wyczerpanie i złe warunki bytowe były przyczynami szerzenia się chorób i epidemii, w Manchesterze ponad 57 % dzieci robotników umierało przed piątym rokiem życia. Świadomość swojego położenia posiadali robotnicy domagający się poprawy warunków życia i pracy, co przyczyniło się do ingerencji rządu w sprawy warunków pracy w przemyśle. Pociągnęło to za sobą wydanie pierwszej ustawy z zakresu higieny pracy w 1802 r., a następnie w 1833 r. powołanie królewskich inspektorów pracy. Nastąpiło także ustanowienie stanowiska pierwszego głównego lekarskiego inspektora pracy oraz lekarskich inspektorów pracy. Z początku pracodawcy odnosili się raczej wrogo do idei zapobiegania wypadkom. Najlepszym tego przykładem było powołanie około 1840 r. stowarzyszenia przemysłowców pod nazwą National Safety of Factory Occupiers, którego celem było zwalczanie ustawodawstwa państwowego z zakresu bezpieczeństwa pracy. Trzeba było blisko trzydziestu lat, aby zmienić nastawienie pracodawców do tych zagadnień. Gwał-

towny rozwój przemysłu, który nastąpił w połowie XIX w. oraz związanych z nim niebezpiecznych urządzeń budził coraz większe zaniepokojenie. Codziennie zdarzały się wybuchy kotłów parowych, zrywały się liny dźwigów. Wszystkie te zdarzenia przyczyniały się do powstawania znacznych strat w przemyśle. Rosła liczba ofiar wypadków przy pracy. Należy również pamiętać, że prawo cywilne coraz wyraźniej zaczęło kształtować pojęcie odpowiedzialności cywilnej. Około roku 1840 w Anglii wprowadzono obowiązek zwrotu przez pracodawcę kosztów leczenia osobom okaleczonym przez wypadki przy pracy oraz zapewnienia im renty. Nic dziwnego, że taka sytuacja nie zadowalała ani pracodawców, ani pracowników (6, 11, 17).

Na ziemiach polskich higiena i medycyna pracy zaczęła się rozwijać dopiero na przełomie XIX i XX wieku. Było to spowodowane przemianami, które dokonywały się w systemie produkcji, w rozwoju przemysłu i świadomości robotników, domagających się poprawy warunków pracy. Do rozwoju przyczyniły się także osoby lekarzy Józefa Polaka i Włodzimierza Świątłowskiego, organizujących wystawy zwracające uwagę na konieczność profilaktyki zawodowej. Wiele ułatwił także system ubezpieczeń społecznych wprowadzony przez Spółkę Brack, na podstawie decyzji rządów pruskich, który wprowadzał obowiązek odprowadzania składek i gwarantował bezpłatną opiekę lekarską, zasiłek chorobowy, renty. Ogromny wkład zawdzięczamy Włochom, którzy w 1906 r. powołali Stałą Międzynarodową Komisję Medycyny Pracy i utworzyli Klinikę Chorób Zawodowych w Mediolanie. W Polsce w 1938 r. na Uniwersytecie Warszawskim utworzono Ośro-

dek Badawczo-Lecznicy Wewnętrznych Chorób Zawodowych. Rozwój higieny i medycyny w dużej mierze uwarunkowany był ogólnym postępem w naukach przyrodniczych. Od 1919 r. Polska została członkiem Międzynarodowej Organizacji Pracy w Genewie, co obligeowało do przyjęcia konwencji i ratyfikacji przepisów określonych przez ten organ (6, 11).

Początki zawodów medycznych sięgają czasów antycznych. Przez stulecia nie znano pojęć zakażeń, ochrony przed nimi, nie dostrzegano niebezpieczeństw, na których ekspozycje narażeni byli zarówno sami pacjenci, jak i osoby sprawujące nad nimi opiekę. Jurgen Thorwald w książce „Stulecie chirurgów” opowiada jak prowincjonalny lekarz z Kentucky McDowell, który ulega błaganiom umierającej pacjentki, wycina jej na żywo ogromną torbiel jajnika. Pod oknem gromadzi się tłum, który grozi „mordercy” pętlą, odstępuje dopiero gdy okazuje się, że pacjentka przeżyła. Z perspektywy dnia dzisiejszego podobne zagrożenie w pracy medyka wydaje się odrealnione. Jednak wielu naukowców i praktyków wprowadzających innowacje, bądź przekraczających wcześniej określone granice było narażonych na lincz, ewentualnie drwiny i wykluczenie społeczne, co niejednokrotnie prowadziło do załamania psychicznego, a nawet śmierci samobójczej. Pierwszy opisany wypadek przy pracy, kończący się śmiercią lekarza to przypadek profesora Kolletschka (1847), który został zraniony podczas sekcji zwłok brudnym narzędziem przez jednego ze studentów. Lekkie draśnięcie zlekceważone przez lekarza, powoduje w dzień po zdarzeniu gorączkę, dreszcze, a następnie prowadzi do zgonu. Nie

spowodowało to jednak drastycznych zmian w sposobie pracy, ochrony personelu, stało się jedynie tłem do kolejnych wydarzeń dających podwaliny aseptyki. Nie posiadamy danych, ilu pracowników umierało bądź chorowało na schorzenia związane z wykonywanym zawodem. Możemy jednak spekulować, iż tak wysoka śmiertelność pacjentów z powodu chorób zakaźnych miała wpływ także na stan zdrowia medyków, którzy wykonywali swoje obowiązki bez jakiegokolwiek ochrony, przez lata nie myjąc nawet rąk. Nie to jest jednak główną tematyką rozważań. Chcielibyśmy skupić się, na zagrożeniach mniej oczywistych niż zakażenia wynikające z braku higieny, mianowicie przybliżyć zaniedbania, których dopuszczano się w środowisku pracy osób zatrudnionych w obrębia stanowiska do znieczulenia, leczenia nowotworów: przy podawaniu leków cytostatycznych, diagnostyki radiologicznej i szeroko stosowanych naświetlaniach radioterapeutycznych (18).

Radioterapia i chemioterapia przynoszą szansę wyleczenia, bądź przedłużenia życia pacjentom nowotworowym. Wszystkie dostępne dowody wskazują na to, że nowotwory nie są schorzeniem nowożytnym. Wyciski pozostawione na kościach dinozaurów wykazują podobieństwo do spotykanych obecnie zmian wywoływanych przez nowotwory. Wczesne rysunki i literatura pozostawiona przez wiele starożytnych cywilizacji we wielu regionach świata dostarcza opisy różnorodnych nowotworów. Nowotwory kości i pęcherza moczowego zidentyfikowano w mumiach egipskich. Dzieła Hippokratesa zawierają opisy i zalecenia terapeutyczne znajdujące zastosowanie w leczeniu raka. Starożytni lekarze mieli więc świadomość przestrzennej i czasowej

progresji nowotworu, ostatecznie prowadzącej do śmierci. W wieku XIX wraz z ogólnym postępem wiedzy medycznej nastąpił wzrost zainteresowania problemami onkologii. Poza cytoredukcją guza, stosowano metody chemiczne. Nadzieje pokładano między innymi w substancjach nieorganicznych, przeważnie związkach żrących, bądź trujących. W postaci maści, proszków, past stosowano między innymi trójtlenek arsenu, chlorkiem cynku obstrzykiwano masę guza, smarowało rany. Próbowano nawet terapii przy pomocy chorób zakaźnych, w 1901 r. Loffer, opierając się na niesłusznym poglądzie o rzekomo rzadszym występowaniu raka w okolicach malarycznych, zaproponował leczenie przy pomocy zakażenia zarodźcem malarii. Czy stosowano jakiekolwiek zabezpieczenia osób aplikujących owe nowatorskie formy terapii? Nie posiadamy na ten temat danych (13).

Nową erę terapii onkologicznej wyznaczyły odkrycia w dziedzinie promieniotwórczości w końcu XIX i na początku XX wieku. Jako pierwszy energię promienistą w leczeniu raka zastosował Thayer, który w 1879 r. naświetlił zmiany rakowe wiązką skupionych promieni świetlnych. Energię promienistą łuku Volty wykorzystywał Finsen. Odkryte w 1895 r. promienie X, zastosował rok później w leczeniu nowotworów Dispaingnes, a w 1902 r. Tremolier - rad. Wprowadzenie do onkologii aktioterapii, czyli leczenia promieniami X i pierwiastkami promieniotwórczymi umożliwiło lekarzom skuteczniejsze działanie. Zastosowanie naturalnej promieniotwórczości w medycynie stało się możliwe dzięki odkryciom Marii Skłodowskiej-Curie. W radioterapii wprowadzono promieniowanie jonizujące. Wśród najczęściej wykorzy-

stywanych należy przede wszystkim promieniowanie rentgenowskie, promienie substancji radioaktywnych (leczenie izotopami), oraz terapia elektronami możliwa dzięki specjalnym akceleratorom cząstek, próby leczenia „promieniami protonowymi”. Pod pojęciem radioterapii, w szerszym ujęciu, można też rozumieć stosowanie drgań elektromagnetycznych o właściwościach promieniotwórczych, które posiadają mniejszą częstotliwość od promieni rentgenowskich, jak fale elektryczne, promienie ciepłe (promienie podczerwone), światło słoneczne i promieniowanie ultrafioletowe. Na początku XX wieku radioterapia przeżyła okres rozkwitu, dzięki wprowadzeniu radu. Preparaty radowe stosowano do leczenia miejscowego w dermatologii, ginekologii i chirurgii. Szczególnie wprowadzano je do jam ciała oraz tkanek nowotworowych, zwłaszcza złośliwych. Entuzjastycznie stosowano także rad do inhalacji, kąpieli, jako modny lek na przewlekłe schorzenia zwyrodnieniowe i zapalne. Uszkodzenia popromienne znacząco wpłynęły jednak na jego szerokie stosowanie. Przełomowym wydarzeniem było ogłoszenie przez chirurga Roberta Abbe w 1905 r. pierwszego wyleczenia pacjentki radem. Dzięki promieniowaniu kontaktowym radem udało się wyleczyć histologicznie potwierdzonego raka szyjki macicy. Terapia bezoperacyjna promieniowaniem przyjęła się także w Szwecji i Francji. Rozczarowaniem był natomiast fakt, że rzadko następowało trwale wyleczenie, zaczęto więc łączyć leczenie radem z promieniowaniem rentgenowskim, co pomagało wnikać w głębsze struktury tkanek. Powyższe doświadczenia przyczyniły się do intensywnego rozwoju medycyny nuklearnej, stosowanej następnie do celów diagno-

stycznych i terapeutycznych. W 1951 r. Amerykanie Cassen, Curtis, Reed i Libby wprowadzili scyntyografię do diagnostyki, opisali scyntyografię tarczycy z wykorzystaniem jodu. Pozwoliło to na przestrzenne przedstawienie funkcji tarczycy i np. z regionalnego zmagazynowania jodu wysnuć wniosków odnośnie zaburzeń funkcjonowania. Tak substancje radioaktywne ułatwiły badanie narządów lub obszarów organizmu i ich zmian chorobowych pod kątem położenia i funkcji. Zaznaczało się rozmieszczenie radioaktywnego izotopu zgromadzonego w danym obszarze organizmu, mierząc występujące na powierzchni ciała promienie gamma za pomocą kamery scyntylicyjnej. W samej radioterapii zaczęto wprowadzać izotopy radioaktywne mające za zadanie gromadzić się w tkance guza i przyczyniać się do jego zmniejszenia, lub nawet zaniku. Niezastąpione były metody scyntyigrafii mózgu, żołądka, tarczycy, ślinianek i nerek. Obecnie w radioterapii wykorzystuje się naturalne pierwiastki promieniotwórcze, takie jak rad czy kobalt, lub sztucznie uzyskane izotopy. Terapia może mieć różne cele, zależne od stanu chorego. W uproszczeniu: jeżeli dążymy do całkowitego zniszczenia guza, stosujemy terapię radykalną. Radioterapię paliatywną stosujemy do poprawy komfortu życia osób chorych nieuleczalnie, zastosować można także formę objawową jednorazowo, w celu złagodzenia bólu wywołanego przerzutami nowotworowymi. Stosuje się również różne formy naświetlań. Teleterapia polega na napromieniowaniu chorego z dużej odległości. Alternatywną techniką jest brachyterapia, podczas której źródło promieniowania jest w postaci np. specjalnych igieł czy kulek wprowadzane do guza lub pobli-

skich tkanek. Dzięki temu promieniowanie nie musi przechodzić przez zdrowe tkanki i jest bardziej precyzyjne. Możliwe jest także podanie izotopów promieniotwórczych dożylnie lub doustnie. Przeglądając dawne publikacje dotyczące leczenia promieniami natrafiamy na zdjęcia osób pracujących przy dozowaniu dawek leczniczych. Ubranych w codzienną odzież roboczą- fartuchy medyczne, bądź ubiór prywatny, bez rękawiczek, lub jakichkolwiek środków ochronnych. Doniesienia o powikłaniach stosowania np. radu znajdujemy szczególnie w prasie amerykańskiej. Jedną z pierwszych tragicznych ofiar radowego szaleństwa był przemysłowiec i sportowiec Eben Byers. Wracając z meczu piłki nożnej, stwierdził, że nabawił się kontuzji ramienia. Fizjoterapeuta zalecił mu spożywanie "Radithoru". Byers każdego ranka przez cztery lata do 1932 roku wypijał butelkę tego płynu. Stężenie trującej substancji, która spustoszyła mu organizm, było ogromne. Dziennikarz magazynu "Times", który widział Byersa tuż przed śmiercią, był przerażony jego wyglądem. Sportowiec umarł w męczarniach, rozleciały mu się kości szczęk, miał dziury w czaszce. Jego śmierć wywołała skandal. Byers najwyraźniej nie słyszał o sprawie malarek tarcz zegarowych, które pracowały w zakładach U.S. Radium Corporation. Już w roku 1925 pracująca tam Margaret Carlough, pozwała firmę do sądu za utratę zdrowia. Fosforyzującą farbą z radem malowała tarcze zegarków. W trakcie procesu wyszło na jaw, że prawdopodobnie z powodu zatrucia radem zmarło wcześniej już 9 kobiet, a kilka kolejnych jest ciężko chorych. Maria Skłodowska-Curie zdawała sobie sprawę z niebezpieczeństwa związanego z promienio-

waniem, jednak twierdziła, że jest to tylko kwestia dawki – przecież promieniowanie jonizujące pozwalało zwalczać raka. Naukowcom trudno było ocenić, że rad może być bardzo niebezpieczny: wywoływał rozmaite choroby, niszcząc organizm przez wiele lat. Maria i Piotr Curie nie potrafili patrzeć na swoje odkrycie bez emocji. Maria nazywała rad "swoim dzieckiem", a przy łóżku trzymała fiolkę z solami radu, żeby jeszcze przed zaśnięciem podziwiać jego błękitny blask. Z pewnością nawet przekonanie o śmiertelnych skutkach prowadzonych badań nie odciągnęłoby naukowców od laboratorium. Maria Skłodowska-Curie zmarła na "anemię złośliwą aplastyczną" jak głosił oficjalny komunikat. "Brak odpowiedzi szpiku kostnego, prawdopodobnie spowodowany przewlekłym narażeniem na promieniowanie". Jeszcze sto lat po odkryciu radu w jej ubraniach utrzymywało się skażenie promieniotwórcze.

Najlepiej udokumentowana historia prawodawstwa dotyczącego ochrony przed energią atomową i promieniowaniem pochodzi z Niemiec. Rozpoczyna się zarządzeniem z dnia 12 maja 1925 r., które uznało choroby popromienne za choroby zawodowe. Niemieckie Towarzystwo Rentgenowskie i organizacje lekarskie opracowały spis przepisów ochronnych. 1 marca 1973 r. w oparciu o prawo dotyczące energii atomowej wydano zarządzenie o ochronie przed szkodami wywoływanymi przez promieniowanie rentgenowskie, unieważniając wcześniejsze wytyczne z 24 marca 1964 r. Po raz pierwszy uregulowano w ten sposób środki ochrony przeciwko promieniowaniu. Obecnie w Polsce podstawowe wymagania dotyczące ochrony radiologicz-

nej i bezpieczeństwa jądrowego, które powinny być przestrzegane w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, reguluje ustawa „Prawo atomowe” oraz akty wykonawcze w postaci Rozporządzeń Rady Ministrów. Określają min: dawki graniczne, sposoby zabezpieczeń i warunki pracy, postępowania z odpadami promieniotwórczymi, wymagania dawek indywidualnych i posiadania przez personel dozymetrów. Pracownicy oddziałów zajmujących się leczeniem sposobami radioterapii wyposażeni są obowiązkowo w dozymetry, odczytywane po określonym upływie czasu i w przypadku przekroczenia dawek przesuwani na inne stanowiska. Posiadamy także środki ochronne. Stosuje się osłony przed promieniowaniem, są to konstrukcje mające na celu zmniejszenie natężenia promieniowania przenikliwego docierającego do danego miejsca, zazwyczaj do wartości mniejszej niż maksymalna dopuszczalna. Wykonywane są z odpowiednio dobranego i ukształtowanego materiału osłonnego, w postaci osłony stałej (jak np. ściana z betonu czy okno ze szkła ołowiowego) lub nadającej się do przenoszenia lub przewożenia. Wyróżniamy także osłony biologiczne, chroniące personel obsługujący źródła promieniotwórcze, ich zadaniem jest zmniejszenie mocy dawki promieniowania w miejscu pracy personelu na tyle, aby otrzymywane przezeń dawki nie przekroczyły dawek granicznych. Oprócz osłon stałych i ruchomych stosowane są również osłony osobiste w formie fartuchów, płaszczy, rękawic i okularów ochronnych. Kontrowersyjnym i budzącym niepokój przedsięwzięciem jest obecnie coraz szerzej stosowana radioterapia śródoperacyjna, pozwalająca bezpośrednio po chirurgicznej cytoredukcji

guza nowotworowego napromienienie łoży po chorej tkance dużą dawką promieni. W otwartej jamie ciała pacjenta umieszcza się odpowiednio przygotowaną osłonę ołowiano- aluminiową i pokrytą warstwą polimerową ochraniającą np. serce, płuca. Jako standard przed uruchomieniem promieniowania cały personel opuszcza salę operacyjną, na której dodatkowo używana jest chroniąca przed promieniowaniem opuszczana osłona ołowiana. Problematiczne pozostają jednak kwestie opieki i monitoringu anestezjologicznego, które odbywa się zza ołowianej szyby przy pomocy odpowiednio wyprowadzonych z sali zabiegowej monitorów. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji nagłych, gdy w razie pogarszającego się stanu zdrowia chorego interwencja zespołu powinna być natychmiastowa (3, 10, 14, 19).

Kolejną nowością w terapii raka, dotąd opartej na zasadzie „stał i promień” (chirurgia i radioterapia) było wprowadzenie chemioterapii. Jej początki szacuje się na ok. 1950 r. Wywodzi się z pomysłu zastosowania trucizn, względnie inhibitorów komórek nowotworowych. W latach pięćdziesiątych syntetyzowano cytostatyki, substancje hamujące rozwój komórek i antymetabolity, syntetyczne substancje hamujące przemianę materii, początkowo zalecane głównie w terapii białaczki. Największym problemem okazał się jednak fakt, iż mimo swojego działania antyrakowego chemioterapeutyki uszkadzały również zdrowe komórki, co zresztą ma miejsce do dnia dzisiejszego. Podobnie jak przy stosowaniu radioterapii długo nie brano pod uwagę, dziś już potwierdzonych, destrukcyjnych wpływów tej metody na personel pracujący przy przygotowaniu i podawaniu chemioterapii, oraz spr-

wujących opiekę nad chorymi poddawanych leczeniu. W praktyce oznaczało to ciągłą ekspozycję zespołu pielęgniarstwa (13).

Celem chemioterapii jest systemowe leczenie choroby. Już starożytni Grecy i Rzymianie stosowali, z minimalną korzyścią dla chorych, mieszaniny zasad i silnych kwasów, alkaloidów roślinnych, soli. Początki chemioterapii wiążą się z zastosowaniem iperytu siarkowego i azotowego jako gazu bojowego podczas I wojny światowej, gdzie zaobserwowano silne działanie uszkodzające szpik kostny. Warto wspomnieć także przypadkowe zdarzenie, ekspozycja amerykańskiego statku przewożącego iperyt azotowy, który zatonął w Bari w 1942 r. w następstwie niemieckiego nalotu, gdzie wielu marynarzy, rozbitków, zachorowało na pancytopenię. Obserwacja ta przyczyniła się do odkrycia pierwszego cytotoksycznego leku przeciwnowotworowego: chlorowodoru chlormetyny. Dane te zostały jednak początkowo utajnione przez instytucje wojskowe. W 1950 r. Elza Greenspanem wraz z zespołem zaprezentowała grupy trzech leków przeciwnowotworowych: leki alkilujące: nitrogranulogen, antymetabolity aminopterynę i ametopterynę, oraz peltatynę. W 1951 r. opisano pierwsze remisje u chorych na nowotwory łagodne. Od tego czasu zaczął się intensywny rozwój chemioterapii. Obecnie stosuje się polichemioterapię, czyli łączenie leków o odmiennym punkcie uchwytu i zróżnicowanym profilu toksyczności. Odstępy czasowe dają szansę zadziałania mechanizmów naprawczych organizmu w stosunku do tkanek zdrowych. Od 1977 w ramach Polskiego Towarzystwa Onkologicznego utworzono Sekcję Chemioterapii (8, 12).

Toksyczność leków cytostatycznych względem komórek zdrowych osoby chorej na nowotwór znano od początków stosowania tej metody. Natomiast pierwsze doniesienia o potencjalnej szkodliwości dla osób uczestniczących w ich przygotowaniu i podawaniu pojawiły się w latach 70 ubiegłego wieku. Spowodowało to zrozumiały niepokój i wzbudziło wiele emocji, zaczęto publikować artykuły ostrzegające, w niektórych krajach wydano instrukcje dotyczące postępowania z cytostatykami, firmy farmaceutyczne objęto obowiązkiem umieszczania ostrzeżeń w ulotkach informacyjnych. Każdy lek chemioterapeutyczny jest środkiem toksycznym i mutagennym. Podczas pierwszych terapii nitrogranulogenem stosowano zabezpieczenia podobne do tych przy użyciu środków silnie trujących (maski, rękawiczki). Wraz z rozpowszechnieniem tej metody zaniechano ich użytku. Poczyniono obserwacje, zwłaszcza w oddziałach o profilu chemioterapii, iż personel cierpi na objawy podobne do pacjentów leczonych tą metodą (łamliwość i wypadanie włosów, zmiany na skórze i paznokciach, osłabienie). Wiele badań udowodniło, że nieodpowiednie warunki przygotowania leków cytostatycznych powodują zwiększenie stężenia substancji mutagennych w moczu. Zaczęto podejrzewać, że w skutek zawodowej ekspozycji dochodzi do uszkodzeń wątroby, zmian chromosomowych i zwiększonej liczby poronień w pierwszym trymestrze ciąży. Dane te nie były jednak ostatecznie potwierdzone ze względu na zróżnicowany stopień rzeczywistego ryzyka, ocenę nielicznych grup. Obecnie wyniki badań dowodzą, że leki cytostatyczne w dawkach terapeutycznych mogą powodować powstawanie nowotworów wtór-

nych. Badania na zwierzętach potwierdzają również działanie rakotwórcze i toksyczne dla płodów. Najbardziej niebezpieczny moment w pracy z chemioterapią, to przygotowanie roztworów. Leki fabrycznie przygotowywane są najczęściej w postaci proszków, wymagają więc rozcieńczenia. Podczas wprowadzania rozpuszczalnika do ampułki część leku zawarta w powietrzu z niej uchodzącym może przechodzić do otoczenia, a skażone powietrze jest wdychane, połykane lub osiada na skórze i błonach śluzowych. Skażenie lekiem rozpuszczonym może nastąpić z powodu nieszczelności strzykawek, igieł i zestawów do przetoczeń, lub podczas wypuszczania powietrza ze strzykawki. Mniejsze zagrożenie wynika z kontaktu z chorymi w czasie leczenia i ich pielęgnacji, w związku z wydalaniem metabolitów przez mocz, pot, wymiociny. Warto jednak zaznaczyć, że większość chemioterapeutyków znajduje się w wydzielinach i wydalinach jeszcze przez siedem dni po ich podaniu. Według zaleceń przygotowanie leków powinno odbywać się w specjalnie wyznaczonym do tego miejscu, wyposażonym w wyciąg lub szafę z laminarnym przepływem powietrza, blaty i ściany wykonane z gładkiej, obojętnie chemicznie powierzchni. Wszelkie manipulacje workami, ampułkami powinny odbywać się w fartuchu, rękawiczkach, czapce i masce. Wskazuje się na konieczność otwierania ampułek i przestrzykiwania leków przy użyciu jałowego gazika nasączonego spirytusem, tak by mikrocząsteczki osadzały się właśnie na nim. Nowoczesne i duże ośrodki onkologiczne zapewniają obecnie centralne przygotowywanie roztworów cytostatycznych w obrębie aptek szpitalnych, nie jest to jednak złotą regułą. Niezmier-

nie długo funkcjonowały oddziały, gdzie pielęgniarki przygotowywały chemię w nieprzystosowanym do tego pomieszczeniu bez jakiegokolwiek zabezpieczenia w najlepszym razie ubrane w fartuchy ochronne czapki okrywające włosy i rękawiczki. Obecnie ustawa z dnia 6 września 2001 roku o prawie farmaceutycznych wskazuje na konieczność przygotowania leków cytostatycznych w dawkach dziennych przez apteki szpitalne, co wpływa zasadniczo na bezpieczeństwo personelu. W ośrodkach światowych istnieje tendencja do podziału opieki nad chorym leczonym metodą chemioterapii. Farmaceuta w aptece przygotowuje roztwór, inna pielęgniarka lub lekarz odpowiada za jego podłączenie, a personel oddziału odpowiada za opiekę nad chorym po podaniu leków. W Polsce często jeszcze narażenie dotyczy jednej osoby, która przygotowuje, podłącza specyfik i sprawuje opiekę nad pacjentem. Zatrważające dane dotyczą badań przeprowadzonych w jednym z amerykańskich ośrodków: według przeprowadzonej ankiety w 1982r. tylko 63% pielęgniarek używało rękawiczek, 12% masek, 5% okularów, żadna nie stosowała fartucha. Argumentowano, że istotnym utrudnieniem pracy był problem natury psychologicznej, zwłaszcza reakcji chorego na powyższe środki ostrożności. W 1991 r. już 98,5 % zakładało rękawiczki podczas ich przygotowania i 80% podczas podawania, 72% stosowało fartuchy. Obecnie ten odsetek ma tendencje wzrostową, do prawie 100% stosowania środków ochronnych. Ewentualne zaniedbania nie wynikają z braku wiedzy, bądź sprzętu, a jedynie lekceważenia własnego zdrowia przez poszczególnych pracowników. Wysuwane kiedyś argumenty o cudow-

nym mechanizmach naprawczych organizmu ludzkiego i braku konieczności zabezpieczeń nie mają już racji bytu (2, 13, 16).

Zbierając materiały do powyższej pracy podejmowałyśmy rozmowy z koleżankami pracującymi ośrodkach onkologicznych. Prawie 100% z nich pamięta niedawne czasy: lat 70-80-tych, a nawet 90-tych w których w Polsce nie znano tak powszechnie środków ochronnych. Leki cytostatyczne przygotowywano w gabinecie zabiegowym, na blacie obok leków nasercowych i przeciwwymiotnych, jak zwykle wlewy kroplowe. Nie wspomniano o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, a wszelkie dolegliwości tłumaczono brakiem odpowiedniej diety, bądź przemęczeniem- tak przecież powszechnym u pielęgniarek. Podobne zaniedbania dotyczyły podaży leków cytostatycznych w postaci tabletek. Dzielono je na ogólnym blacie pokoju zabiegowego, często nawet bez rękawiczek. Rzadkością były również zwolnienia lekarskie kobiet w ciąży, które do rozwiązywania uczęszczały do pracy. Zadziwiającą praktyką jest także brak dodatków finansowych i skróconego czasu pracy za pracę na oddziale chemioterapii, której nie traktuje się jako oddziału potencjalnie szkodliwego- gdyż leki obecnie przygotowuje apteka. Starsze statystyki pokazują natomiast, że najwyższe stężenie leków cytostatycznych osiągnęto podczas analiz włosów i paznokci pielęgniarek zatrudnionych właśnie na oddziałach chemioterapii. Obecnie wskazane jest odsunięcie od pracy z lekami cytostatycznymi kobiet planujących w najbliższym czasie zajście w ciążę lub będących już w ciąży. Czemu przeczy średnia wieku osób zatrudnianych, gdzie grupą dominującą są kobiety między 25-35 rokiem życia. Do niedaw-

na typową praktyką było przenoszenie pielęgniarek w ciąży z oddziałów radioterapii na chemioterapię, co w świetle ówczesnej wiedzy wydaje się absurdałne (11).

Nowością w zakresie leczenia chemioterapeutycznego jest stosowanie chemioterapii śródoperacyjnej, która jest z dobrymi wynikami stosowana w wielu ośrodkach światowych i niektórych polskich. HIPEC czyli Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (pol. Do-otrzewnowa Chemioterapia Perfuzyjna w Hipertermii) - jest metodą wspomagającą leczenie zaawansowanych nowotworów. HIPEC to podawanie w sposób ciągły podgrzanego do 42°C płynu z cytostatykiem bezpośrednio do jamy brzusznej i obmyciu wszystkich miejsc, gdzie mogą znajdować się komórki nowotworowe. Czas samej perfuzji wynosi około 60-90 minut. Warunkiem koniecznym do przeprowadzenia zabiegu jest wycięcie wszystkich ognisk nowotworowych w obrębie jamy otrzewnej. Chemioterapia systemowa podawana dożylnie nie skutkuje przy przerzutach do otrzewnej, dzięki istnieniu bariery krew/otrzewna. Dlatego HIPEC umożliwia zastosowanie podobnych ilości leków jak w chemioterapii systemowej, ale bezpośrednio na otrzewną i narządy jamy brzusznej. Pozwala to uzyskać stężenie leku 75-1000 krotnie większe niż w przypadku podania tych leków dożylnie. HIPEC może być wykonywany przy otwartej jamie brzusznej (technika „Coliseum”, metoda otwarta) lub po zamknięciu powłok (technika zamknięta). W pierwszym przypadku możliwa jest manualna ingerencja w celu poprawy przepływu we wszystkich częściach jamy otrzewnej. Po wykonaniu zabiegu cytoredukcji tkanki nowotworowej

wykonuje się HIPEC, zaś wszystkie zespolenia w obrębie przewodu pokarmowego dokonuje się po zastosowaniu chemioterapii dootrzewnowej. W przypadku metody zamkniętej, HIPEC wykonuje się po zakończeniu całego postępowania chirurgicznego. Do jamy otrzewnej zakładane są dreny: dwa podające płyn perfuzyjny i dwa odbierające. Po założeniu drenów przy użyciu specjalnego urządzenia podawany jest płyn perfuzyjny. Objętość podawanego płynu to 2-4 litrów. Temperatura wyjściowa wynosi 43-45°C. Podwyższona temperatura płynu perfuzyjnego sama w sobie ma działanie uszkodzające komórki nowotworowe. Poza tym zwiększa penetrację leków przeciwnowotworowych w obręb tkanki nowotworowej oraz nasila działanie przeciwnowotworowe cytostatyków. Po podaniu leku czas perfuzji wynosi 30-90 minut. Po tym okresie płyn z cytostatykiem jest usuwany, następnie podaje się około 3 litrów czystego płynu do przepłukania jamy otrzewnej, który także jest usuwany. Czas zabiegu cytoredukcyjnego wraz z HIPEC wynosi około 5-10 godzin. Tematem dyskusji przy zastosowaniu tej nowatorskiej techniki pozostaje bezpieczeństwo osób pozostających na sali operacyjnej. W polskich ośrodkach stosuje się metodę zamkniętą, która teoretycznie ogranicza ekspozycje osób postronnych na chemioterapeutyk pozostający w jamie otrzewnej. Zabezpieczenie personelu ogranicza się do klasycznych czapek i masek, jedyłą innowacją są grubsze, mniej przepuszczalne rękawiczki i obmywanie dłoni alkoholem etylowym po zakończeniu zabiegu. Wątpliwości personelu budzą jednak kwestie niewidocznych oparów unoszących się w środowisku sali operacyjnej, a po samym zabiegu elementy

opieki nad chorym w Oddziale Intensywnej Terapii (gdyż każdy pacjent poddany metodzie HIPEC obowiązkowo spędza tam pierwsze doby). Kwestie pielęgnacji rany pooperacyjnej, kontroli diurezy godzinowej, treści drenów pooperacyjnych odbarczających przecież metabolity cytostatyku. Widocznie powinny wystarczyć nam jednak argumenty, że ewentualne opary usuwane są przez świetną wentylację bloku operacyjnego, a metoda funkcjonuje przecież w takiej formie nie tylko w Polsce. Poza doniesieniami amerykańskimi mówiącymi, że jak w przypadku każdej chemioterapii należy zachować możliwie najwyższe środki ochronne brakuje wytycznych i dowodów naukowych. Także na to, że jest to w pełni bezpieczna metoda (20, 21).

Wprowadzenie znieczulenia jest jednym z przełomowych momentów dziejów medycyny. Dzięki anestezji chirurgia mogła poczynić większe postępy w czasie jednego stulecia niż uprzednio w ciągu tysiąclecia. W 1800 roku Anglik Davy odkrył gaz rozwesalający, podtlenek azotu, którego działanie znieczulające i rozwesalające wypróbował sam na sobie. W 1831 r. chemicy odkryli chloroform. Gaz rozwesalający był stosowany przez amerykańskich dentystów. Pierwszy zabieg w znieczuleniu miał miejsce 17 stycznia 1845 r., od tego wydarzenia techniki znieczulenia zaczęły rozwijać się bardzo intensywnie. Wprowadzenie pochłaniacza dwutlenku węgla, przepływomierzy i parowników umożliwiło konstrukcje aparatów do znieczulenia. Nie zawsze wiązało się to jednak z użyciem tak precyzyjnej i bezpiecznej techniki i aparatury, jak w dniu dzisiejszym. Z perspektywy personelu zatrudnionego w obrębie sali operacyjnej ogromnym krokiem w przód

było wprowadzenie odciągów gazów anestetycznych. Obecnie odpowiedni odciąg musi obowiązkowo znajdować się w pokoju anestetycznym, w celu zapobiegania zanieczyszczeniu gazami anestezyjologicznymi. Pomimo, że nie przeprowadzono badań dowodzących niekorzystnego wpływu przewlekłej ekspozycji na niskie stężenia gazów i par anestetycznych, przypuszcza się, iż wpływają one na zwiększoną liczbę samoistnych poronień, inaktywację witaminy B12 przez podtlenek azotu prowadzącą do zaburzeń neurologicznych, zmniejszenie płodności u kobiet narażonych na ekspozycje na podtlenek azotu, zwiększenie częstości występowania wad wrodzonych, oraz zwiększoną zachorowalność na białaczki i chłonnaki, u kobiet narażonych na ekspozycje. Powyższe powikłania opisano w warunkach sal operacyjnych niewyposażonych w systemy odprowadzania zużytych gazów. U ciężarnych kobiet zatrudnionych w tych warunkach, ryzyko samoistnego poronienia wzrasta o 30%, a o 20% zwiększa się ryzyko wystąpienia wad wrodzonych u płodu. Wątpliwości dotyczące omawianych danych i argumenty osób negujących ich prawidłowość opierają się o stwierdzenie, że brakuje kontroli uwzględniającej ekspozycje na inne zagrożenia, np. w przypadku pielęgniarek anestezyjologicznych pracujących także w warunkach oddziałów intensywnej opieki medycznej. I w ten sposób spowodować przecenienie tych wyników. Należałoby jednak zastanowić się jakiego odsetka osób pracujących przy znieczuleniu przed erą odciągów gazów dotyczyły opisane problemy zdrowotne (4, 7, 15).

Udowodniono, że podtlenek azotu stosowany w stężeniu przekraczającym 50% przez okres dłuższy niż 24 h, zwiększa odsetek zmian szkieletowych u ciężarnych samic szczurów. Podejrzewa się, że mechanizm ten jest powiązany z hamowaniem syntezy metioniny, koniecznej do syntezy DNA, lub wtórnie wynikiem zmian fizjologicznych związanych z pogorszeniem ukrwienia macicy. Nie potwierdzono podobnego działania na organizmy ludzkie, obecnie zaleca się jednak by ograniczyć stosowanie tego gazu przy znieczuleniach kobiet ciężarnych. Metodą dedukcji dochodzimy do wniosku, że tak powszechne obecnie zwolnienia lekarskie personelu bloku operacyjnego zachodzącego w ciążę są w pełni uzasadnione, zwłaszcza w przypadku nieszczelności i nieprofesjonalnego serwisu urządzeń, z którym niestety jednostkowo mamy do czynienia. Sytuację regulują przepisy prawne zawarte w kodeksie postępowania Komisji Zdrowia i Bezpieczeństwa nakazujące kontrolę poziomu ekspozycji na wiele substancji zanieczyszczających środowisko, w tym gazy anestetyczne. Normy Kontroli Substancji Szkodliwych dla Zdrowia określają maksymalne poziomy narażenia, uśrednione w czasie 8 godzin ekspozycji. Używane odciągi gazów zostały zaprojektowane tak, by gromadzić zużyte gazy i pary z aparatu do znieczulania i usuwać je w sposób, który nie wpływa na oddychanie lub wentylację pacjenta, oraz bezpieczeństwo funkcjonowania aparatu do znieczulenia. Są to odciągi bierne, aktywne i pochłaniacze. Polskie prawo reguluje także obowiązek pomiarów stężenia gazów anestetycznych w określonych odstępach czasu, celem

maksymalnego zabezpieczenia osób przebywających codziennie w otoczeniu sali operacyjnej (1, 5).

Zagrożenia w miejscu pracy towarzyszą nam od początku historii ludzkiej działalności zarobkowej. Warto poza zaufaniem do osób zarządzających poszczególnymi komórkami szpitalnymi uczulić się na podstawowe zagrożenia i stosować możliwie najlepsze zabezpieczenia bez konieczności wskazywania przez osoby trzecie. To nasza świadomość i przestrzeganie zasad- tak powszechnie już dziś znanych- może uczynić nasze codzienne życie zawodowe nie tylko prostszym, ale i bezpieczniejszym, czego życzymy zarówno sobie jak i koleżankom i kolegom: pielęgniarkom i lekarzom.

Streszczenie.

Człowiek pracuje po to aby zapewnić sobie i swojej rodzinie byt na poziomie odpowiadającym jego przyzwyczajeniom i aspiracjom, zdobyć określone miejsce w społeczeństwie, mieć odpowiednie bezpieczne warunki w pracy, współdecydować o sprawach własnej pracy.

Niestety analiza przedstawionego w artykule materiału historycznego i doświadczenia ostatnich lat wskazują, że miejsca pracy są często środowiskiem toksycznym a świadomość pracujących i pracodawców dotycząca wpływu tego środowiska na dobrostan niewielka.

Piśmiennictwo

1. *Andres J., Nestorowicz A.*: Zarys historii anestezjologii i jej przyszłość. Warszawa 2002.
2. *Brzeziński T.*: Historia medycyny. Warszawa 2004.
3. *Cavanaugh B.M.*: Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek. Warszawa 2006.
4. *Duke J.*: Sekrety anestezjologii. Wrocław 2006.
5. *Dyk D.*: Anestezjologia i intensywna opieka. Warszawa 2007.
6. *Dzierżanowski R.*: Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji. Warszawa 1983.
7. *Evans F.T.*: Anestezja ogólna. Warszawa 1970.
8. *Jeziorski A.*: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Warszawa 2009.
9. *Karski J. B.*: Promocja zdrowia dziś i perspektywy jej rozwoju w Europie. Warszawa 2009.
10. *Krzakowski M.*: Onkologia kliniczna. Warszawa 2006.
11. *Leszczyński Z.*: Zagrożenia zawodowe a medycyna fabryczna na ziemiach polskich na przełomie XIX/XX wieku. Warszawa 1986.
12. *Orzechowska K.*: Chemioterapia nowotworów. Warszawa 1990.
13. *Pawłęga J.*: Podręcznik onkologii klinicznej. Kraków 2001.
14. *Schott H.*: Kronika medycyny. Warszawa 2002.
15. *Smith T.*: Podstawy anestezjologii tom 3. Warszawa 2012.
16. *Stychlerz A.*: Uregulowania prawne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarstwa i położnej. Warszawa 2009.
17. *Szumowski W.*: Historia medycyny filozoficznie ujęta. Warszawa 1994.
18. *Thorwald J.*: Stulecie Chirurgów. Kraków 2010.
19. [www.termedia.pl/Czasopismo/Współczesna Onkologia-3](http://www.termedia.pl/Czasopismo/Współczesna_Onkologia-3)
20. www.peritonealworkshop2008.com/docs/8_sayag_beaujard.pdf
21. www.hipectreatment.com/about-the-hipec-procedure/

Praca zawiera 40 807 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

SZKOŁA ŚRODOWISKIEM PROMUJĄCYM ZDROWIE W OKRESIE TRANSFORMACJI USTROJOWEJ, PO 1998 ROKU

Joanna Majchrzyk-Mikuła

Zakład Historii i Teorii Kształcenia,
Instytut Nauk Pedagogicznych Wydział Nauk Społecznych
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
drasma@wp.pl

Na przełomie lat 80-tych i 90-tych XX wieku w Europie środkowo-wschodniej doszło do obalenia systemu komunistycznego, rozpoczął się proces budowy państw demokratycznych. Zjawisko to nie ominęło społeczeństwa polskiego, w którym doszło do wielu poważnych zmian zarówno tych pozytywnych jak i negatywnych. Za moment rozpoczynający cykl przeobrażeń uznać można pierwsze częściowo wolne wybory przeprowadzone 4 czerwca 1989 roku. Doprowadziły one do sformułowania nowego składu parlamentu i wyłonienia rządu z pominięciem partii dotychczas rządzącej. Na jego czele stanął premier wywodzący się z antykomunistycznej opozycji (3).

Inny niż dotychczas kierunek rozwoju państwa wywołał poważne następstwa, które wyraźnie dały o sobie znać w sferze politycznej, ekonomicznej i społecznej. Wśród osiągnięć tej pierwszej za najistot-

niejsze uznać należy uformowanie się i rozwój demokratycznej formy rządu państwem. W sferze ekonomicznej nastąpiło przejście od gospodarki centralnie sterowanej, nakazowo-rozdziałowej, do gospodarki rynkowej, co przyczyniło się do znacznego zróżnicowania społecznego. Stabilne do tej pory i stosunkowo jednolite społeczeństwo uległo rozwarstwieniu. Proces stratyfikacji sprawił, że wiele jednostek i grup zmieniło swój status materialny oraz społeczny. Społeczeństwo zaczęło borykać się z wieloma problemami, która zapoczątkowała transformacja ustrojowa. Liczne przedsiębiorstwa państwowe, które kiedyś zapewniały spokojną pracę i wynagrodzenie przestawało istnieć lub przeszło w ręce prywatne, musiało poddać się zmianom, w tym redukcji zatrudnienia. Wielu pracowników musiało szukać w tej sytuacji ekonomicznej nowego miejsca pracy dla siebie. Radykalnie pogorszyło się położenie materialne znacznej części społeczeństwa, a w konsekwencji nastąpił wzrost zasięgu ubóstwa. Nagły spadek dochodów i utrata pracy stały się udziałem wielu polskich rodzin (4).

Trudne warunki mieszkaniowe, wzrost bezrobocia i problemy ze znalezieniem pracy były jednym z czynników, które wpływały na ogólny stan zdrowia społeczeństwa, a zwłaszcza jego najmłodszych obywateli. Wzrastała liczba zagrożeń wywołana negatywnymi zjawiskami i procesami społecznymi, które nie były obojętne dla życia i rozwoju młodego pokolenia. Należy pamiętać, że prawidłowy rozwój i dobre zdrowie fizyczne, psychiczne oraz społeczne w dzieciństwie i młodości oraz ukształtowane w tym okresie umiejętności i zachowa-

nia zdrowotne stanowią zasoby dla zdrowia człowieka w dalszych latach jego życia.

Zwłaszcza w okresie transformacji ustrojowej społeczeństwo polskie, które przeżywało w owym czasie kolejny kryzys, musiało zrozumieć, że zdrowy styl życia jest sprawą wielkiej wagi dla każdego człowieka. Były to czasy znacznie różniącej się jakości życia wielu obywateli. Problemy, które ich dotyczyły były ściśle związane ze zdrowiem, takie jak uzależnienie od alkoholu, środków odurzających, czy nikotynizmu (9).

Podczas I Krajowej Konferencji Sieci Zdrowych Miast Polski zorganizowanej w 1992 r. został przedstawiony przez doktor Irenę Celejową raport o stanie zdrowia Polaków. Autorka stwierdziła w nim, że [...] *Sytuacja zdrowotna polskiego społeczeństwa jest alarmująca. W Polsce 5 milionów osób pije alkohol wysokoprocentowy, w tym 1 milion jest uzależnionych. Negatywne skutki choroby alkoholowej obejmują średnio 4 osoby z najbliższego otoczenia alkoholika. Z tego połowa to dzieci. Łatwo obliczyć, że problem podkultury alkoholowej jest problemem 20 milionów Polaków, a więc co najmniej 10 milionów dzieci [...]* (1). Niepokojące nieprawidłowości w stylu życia młodzieży w wieku 11-15 lat, w ówczesnym okresie, zauważyła również B. Woynarowska, zwracając uwagę, że [...] *ponad 70% ogląda TV co najmniej 2 godz. Dziennie, 70% nie spożywa codziennie surowych warzyw i owoców, 13% przychodzi do szkoły bez śniadania, a 22% nie zjada w szkole żadnego posiłku. 67% chłopców i 7% dziewcząt zbyt rzadko czyści zęby. Pali papierosy 19 % chłopców, 7% dziewcząt*

cząt; w stanie upojenia alkoholowego było co najmniej 1 raz 28% chłopców i 11 % dziewcząt [...] (19). Wiele tych nieprawidłowości zostało wyniesionych z domu rodzinnego. Zwłaszcza w środowiskach dotkniętych bezrobociem i ubóstwem na niskim poziomie znajduje się kultura zdrowotna, wyrażająca się w postawach i zachowaniach zdrowotnych. Często praktykowany przez rodziców styl życia oraz nawyki i przyzwyczajenia zdrowotne są przez dziecko dziedziczone i nieświadomie wyznaczają kierunek jego zachowań zdrowotnych lub też antyzdrowotnych. W celu poprawy takiej sytuacji należało stworzyć przychylne zdrowiu środowisko fizyczne, społeczne, ekonomiczne i polityczne, inaczej mówiąc - tworzyć środowisko wpierające zdrowie.

Ogromną rolę w tym procesie miała do spełnienia szkoła jako część szerszego systemu społeczności lokalnej. Mając na uwadze jej statutową działalność, w którą wpisana jest troska o wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży, oczekiwano, że będzie pełnić wiodącą rolę w zapewnieniu ciągłości pewnych postaw i wartości. Stanowiła najlepsze miejsce do podjęcia wielukierunkowych i wieloaspektowych działań w zakresie promocji zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Należało jednak przyjąć nowy model edukowania na rzecz zdrowia. Dotychczas w tych działaniach dominowały dwie koncepcje edukacji zdrowotnej. Pierwsza z nich zorientowana na chorobę, przyjmowała za swój główny cel zapobieganie konkretnym schorzeniom, czyli uświadamianie związku między czynnikami wywołującymi chorobę, a możliwością jej wystąpienia. Druga zorientowana na czynniki ryzyka, polegała na uświadamianiu konsekwencji zdrowot-

nych związanych z jego występowaniem. W obu modelach przyjęto założenie, zresztą bardzo mylne, że człowiek posiadający wiedzę o szkodliwości danego zachowania, porzuci je, albo nigdy nie podejmie niewłaściwych decyzji. Ówczesna edukacja zdrowotna nie uwzględniała konieczności ukierunkowania działań edukacyjnych na społeczne i środowiskowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych.

Zaproponowano nowy model edukacji zdrowotnej, skoncentrowany przede wszystkim na ludziach i miejscach w których *tworzone jest zdrowie*. Polegał na budowaniu kompleksowych programów edukacji zdrowotnej i wdrażaniu ich w środowiskach ważnych dla kształtowania zdrowia danej społeczności. Szkoła miała być jednym z tych środowisk, na którym spoczywałaby odpowiedzialność za przekazywanie uczniom rzetelnej informacji o zdrowiu. Bardzo ważne było odejście od edukacji zdrowotnej, rozumianej tylko jako uczenie dzieci odpowiedzialności za własne zdrowie, na rzecz szerzej rozumianej jego promocji. Ideą szkoły promującej zdrowie było [...] *Tworzenie zintegrowanej edukacji dla środowiska mu sprzyjającego. Wychowywanie nowego pokolenia, które powinno zrozumieć zależność między zdrowiem i środowiskiem oraz, że każdy z nas ponosi odpowiedzialność za środowisko* [...] (14). Nie było to zadanie łatwe, gdyż wymagało ono zaangażowania bardzo wielu środowisk, nie tylko nauczycieli, ale też rodziców i społeczności lokalnej. Istotną rzeczą było, by pojęcie szkoły promującej zdrowie rozumieli jako idee, której nie można zrealizować, ale wytrwale dążyć do niej, podejmując wciąż nowe działania dla rozwiązania problemów danej społeczności (6, 18).

Koncepcja szkoły promującej zdrowie narodziła się w Europie w połowie lat 80-tych ubiegłego wieku. Opierała się na ogólnych założeniach promocji zdrowia sformułowanych między innymi w Karcie Ottawskiej jako [...] *proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz doskonalenie swego zdrowia* [...] (22). Człowiek musi nie tylko przestrzegać prozdrowotnego stylu życia, ale także dążyć do osiągnięcia dobrostanu, czyli w pełni dobrego samopoczucia. Przez całe życie powinien podejmować działania na rzecz zdrowia, troszczyć się o nie i wzmacniać.

W wielu dokumentach dotyczących promocji zdrowia podkreślano, że nie jest ona tylko zadaniem służby zdrowia, ale jest przede wszystkim przedsięwzięciem społecznym i politycznym. Wśród kilku obszarów jej działania zwrócono uwagę między innymi na koncepcję, że zdrowie odnosi się nie tylko do ciała i umysłu człowieka, ale również rozpatrywane jest w kontekście życia społecznego. Jest ono ściśle związane z procesem socjalizacji, polegającym na uspołecznieniu jednostki między innymi na drodze przekazywania dziedzictwa kulturowego z pokolenia na pokolenie oraz procesów wychowania. Zatem istotą promocji zdrowia jest tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu. Z tym obszarem wiąże się siedliskowe podejście do zdrowia, umożliwiające społeczeństwu identyfikację z własnym otoczeniem, czyli miejscem gdzie ludzie żyją, pracują i korzystają z różnych świadczeń. W myśl tej koncepcji, szkoła powinna być środowiskiem wspierającym zdrowie, a jednym z jej nadrzędnych celów jest promowanie zdrowego stylu życia całej społeczności szkolnej. Obejmowało ono nie

tylko przekazywanie wiedzy o tym co jest korzystne lub szkodliwe dla zdrowia lecz także rozwijało umiejętności, które pomogą młodemu człowiekowi skutecznie wykorzystywać tę wiedzę. Cała działalność szkoły, a przede wszystkim jej nieformalny program świadczyć powinien o tym, że zdrowie jest bardzo ważnym i rzeczywistym problemem (20).

W Polsce prace nad projektem *Szkoła Promująca Zdrowie* rozpoczęte zostały we wrześniu 1991 r. Było to możliwe dzięki porozumieniu podpisanym 30 grudnia tego samego roku między Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej. Oba resorty zapewniły środki na realizację tego projektu. Uzyskało także wsparcie finansowe ze Światowej Organizacji Zdrowia (21). Strukturę i działalność Krajowej Sieci Szkół, Promujących Zdrowie w Polsce przedstawia schemat 1.

Na szczeblu centralnym Minister Edukacji Narodowej w porozumieniu Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Głównego Koordynatora. Funkcję tę pełniła doc. dr hab. med. Barbara Woynarowska, ówczesny kierownik Zakładu Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka. Do głównych jej zadań obok kierowania i odpowiedzialności za realizację projektu w Polsce, należało bezpośrednie współdziałanie ze szkolnymi koordynatorami szkół biorących udział w projekcie.

Schemat 1. Struktura Krajowej Sieci Szkół Promujących Zdrowie



Źródło: (22)

Ważną rolę jako ośrodka wspierającego Głównego Koordynatora, odgrywał Krajowy Zespół Wspierający, działający przy Instytucie Matki i Dziecka. W skład jego wchodził członkowie reprezentujący różne dyscypliny naukowe, w tym dwóch pedagogów, dwóch lekarzy oraz jeden psycholog. Zadaniem zespołu było opracowanie założeń projektu realizowanego w Polsce. Przyjęta strategia opierała się głównie na popularyzowaniu koncepcji szkoły promującej zdrowie, poprzez przygotowanie odpowiedniej infrastruktury umożliwiającej realizację projektu. Najważniejszym przedsięwzięciem było opracowanie programu wychowania zdrowotnego, przygotowanie systemu kształcenia

nauczycieli w zakresie promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej oraz wdrażanie tego systemu w szkołach projektowych. Wiodącą rolę w tworzeniu szkoły promującej zdrowie odgrywał szkolny koordynator oraz współpracujący z nim zespół promocji zdrowia. W skład, którego wchodził przedstawiciel danej społeczności szkolnej w tym 60- 70% stanowili nauczyciele danej szkoły. W każdym zespole uczestniczył nauczyciel w-f i pielęgniarka szkolna. W większości nich obecni byli rodzice, a w niektórych szkołach również społeczność lokalna. Osoby z zewnątrz, w tym również Krajowy Zespół, mogły jedynie wspierać ich wysiłki. Polegało to na dostarczaniu informacji i materiałów metodycznych, organizacji spotkań, udzielania konsultacji. Wszystkie te działania miały pomagać nauczycielowi, wychowawcy w zachęcaniu uczniów do podejmowania odpowiedzialnych decyzji i zadań na rzecz promocji zdrowia. Zatem szkoły stanowiły *kluczowe ogniwo-laboratorium projektu* w środowisku (4, 24).

Realizację tego projektu zaplanowano na 3 lata, zaś patronat nad nim objęło Ministerstwo Edukacji Narodowej. Polska jako jeden z czterech pierwszych krajów w Europie, obok Czech, Słowacji i Węgier podjęła próbę realizacji tego przedsięwzięcia (21). Ocena zaś jego przydatności, dokonana po upływie 3 lat stanowić miała podstawę do upowszechnienia jego w pozostałych placówkach oświatowych.

Do uczestnictwa w projekcie zgłosiło się 382 szkoły, ostatecznie po przeprowadzonej selekcji wytypowano 15 szkół podstawowych, rozlokowanych w różnych miejscowościach czternastu województw. Były to typowe placówki, w których liczba uczniów wahała się w grani-

cach od 100 do 1800 uczniów (27). Od początku projektu pilotażowego przyjęto zasadę, że przedsięwzięcie to nie jest konkursem szkół, dlatego nie można było porównywać ich między sobą ani tym bardziej tworzyć rankingu. Należało wziąć pod uwagę, że każda z nich pracowała w odmiennych warunkach, startowała z innego poziomu i wybierała inne problemy priorytetowe. Jedynym wspólnym mianownikiem tych szkół było to, że [...] *pracowali w nich ludzie, mówiący o sobie; nie chcemy narzekać czy czekać na „lepsze czasy”, ale sami chcemy je tworzyć [...]* (15).

We wrześniu 1992 r. wspomniany związek szkół polskich przystąpił oficjalnie do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie i rozpoczął formalnie prace nad projektem, które trwały do końca roku szkolnego 1994/95. Niestety nie wszystkie placówki biorące udział w projekcie, dotrwały do ostatniego etapu. Już w pierwszym roku zawieszono współpracę ze szkołą w Warszawie, a na jej miejsce zaproszono inną warszawską placówkę, która po 1,5 roku projektu również zrezygnowała z uczestnictwa (22).

Zgodnie z koncepcją projektu, szkoła by stać się szkołą promującą zdrowie, musiała otoczyć szczególną troską uczniów i nauczycieli, stworzyć dla nich bezpieczne, ale i stymulujące środowisko. Wymagało to przeorganizowania dotychczasowej pracy placówki chcącej uczestniczyć w projekcie. Musiała ona określić własne cele priorytetowe w zależności od potrzeb i możliwości ich zaspakajania oraz szczegółowo rozplanować zadania dla ich osiągnięcia. W ten sposób szkoła promującą zdrowie stawiała się środowiskiem skutecznego

działania (17). By móc sprostać tym oczekiwaniom, zaproponowano wszystkim placówkom biorącym udział w tym projekcie uczestniczenie w różnorodnych formach szkoleń i warsztatów. Oferta skierowana była przede wszystkim do nauczycieli, pracowników administracji szkolnej, rodziców, jak również pielęgniarek szkolnych. Dodatkowo dla tych pierwszych zorganizowano wspólnie z Zakładem Psychologii Socjalizacji przy UAM w Poznaniu, dwuletnie studium podyplomowe „Szkoła promująca zdrowie”. Dla edukatorów zdrowia i edukacji zdrowotnej w szkole, przewidziano jednoroczny kurs prowadzony przez Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli (16).

Doświadczenia i przebieg prac szkół biorących udział w projekcie pilotażowym, były systematycznie dokumentowane w poradnikach i publikacjach, zwłaszcza w czasopiśmie „Lider”, który pierwszy udostępnił swoje łamy realizatorom projektu. Nauczyciele na łamach tego miesięcznika chętnie dzielili się swoimi doświadczeniami i dorobkiem, udostępniając innym materiały oraz pomysły rozwiązań (5).

W 1995 r. dokonano oceny wyników projektu, koncentrując się głównie na pierwszych obszarach działań 14 szkół projektowych. Dotyczyły one wielu sfer organizacji i życia szkoły. Zaproponowana strategia i model działań dla stworzenia szkoły promującej zdrowie doprowadziły do wielu korzystnych, sprzyjających zdrowiu zmian w organizacji, polityce i pracy szkół projektowych. W okresie tym zaobserwować można było dużą aktywność szkół, polegającą na wykonywaniu przez społeczność szkolną wielu prac, które dotychczas nie zostały podjęte. Wiele inwestycji było możliwych do przeprowadzenia dzięki

przedsiębiorczości placówek w poszukiwaniu funduszy, zaangażowaniu rodziców i władz lokalnych. We wszystkich szkołach biorących udział w projekcie podjęto prace w zakresie remontów i adaptacji pomieszczeń np. do gimnastyki korekcyjnej czy sal komputerowych, wyposażając je w odpowiedni sprzęt. Zwrócono uwagę na stan sanitariatów, dbając o to by zawsze było mydło i papier toaletowy. Zmieniło się otoczenie zewnętrzne szkoły. Budynki otrzymały nową elewację, ogrodzenie, wokół placówek zainstalowano oznakowania dróg. Dopelnieniem tych zmian było ukwiecenie szkół zarówno wewnątrz jak i wokół budynków. Dzięki temu jak podkreślono podczas ewaluacji [...] *w odczuciu 60-70% nauczycieli, uczniów i rodziców poprawiła się czystość i estetyka szkoły, bardziej kolorowo, więcej zieleni oraz zmniejszyła się liczba zniszczeń [...] (24).*

W szkołach biorących udział w projekcie zmieniła się dotychczasowa organizacja pracy i życie placówki. Szczególną wagę zwrócono na organizację posiłków dla uczniów, traktując to jak jeden z głównych priorytetów wychowania zdrowotnego (25). W większości tych placówek wprowadzono drugie śniadanie, spożywane wspólnie z nauczycielami. Dla poprawy jakości żywienia, podjęto starania zmiany asortymentu produktów w sklepikach szkolnych, z możliwością zakupu w nich jabłek, surówek czy kanapek z warzywami. Zwiększono aktywność fizyczną uczniów jak i nauczycieli. Zwłaszcza podczas przerw mieli oni możliwość brania udziału we wspólnych zabawach np. w grze w tenisa stołowego, czy uczestniczenie razem joggingu przed lekcjami. Co prawda 3 letni okres był zbyt krótki, aby można by-

ło zauważyć istotne zmiany w stanie zdrowia osób biorących udział w tym projekcie, ale w subiektywnej ocenie nauczycieli i uczniów zaistniały korzystne zmiany (24).

Należy podkreślić, że polski projekt *Szkoła Promująca Zdrowie* został bardzo wysoko oceniony podczas pierwszych konsultacji z narodowymi koordynatorami, zorganizowanych w dniach 21-22 maja 1992 r. w Strasburgu. Doświadczenia z jego realizacji przedstawiono na spotkaniu zorganizowanym przez Światową Organizację Zdrowia, Komisję EWG i Radę Europy innym krajom europejskim, które zostały zaproszone do włączenia się do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (6).

Ruch ten w ciągu trzech lat, od momentu przystąpienia Polski do projektu, spotkał się z ogromnym zainteresowaniem w środowisku społecznym. B. Wojnarowska wspomina że już pod koniec jego realizacji w grudniu 1995 r. [...] *W Polsce, w 23 województwach powstały lub tworzą się wojewódzkie sieci szkół promujących zdrowie (ok. 350 szkół) [...] ten oddolny ruch, świadczy o nośności i atrakcyjności idei szkoły promującej zdrowie. Optymizm budzi zaangażowanie i entuzjazm tysięcy ludzi. Nie chcą oni dłużej czekać na lepsze czasy i próbują tworzyć dla siebie miejsce (siedlisko), w którym będą lepiej (zdrowiej) żyć, pracować i uczyć się oraz działać na rzecz zwiększenia potencjału swego zdrowia [...]* (26). Jednak w miarę upływu czasu entuzjazm i motywacja, która towarzyszyła wszystkim podczas realizacji pilotażowego projektu, powoli wygasła. Zwłaszcza po wprowadzeniu reform administracji państwowej, zdrowia i oświaty, rozwój sieci szkół

promujących zdrowie uległy zahamowaniu. Prawdopodobnie przyczyną był brak zrozumienia i nie docenienia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia przez ówczesnych polityków zajmujących się edukacją i zdrowiem na różnych poziomach (23). Mimo, że ruch *Szkoła Promująca Zdrowie* przetrwał do dnia dzisiejszego, to pierwotne jego założenia nie są przez szkoły w pełni realizowane. Wiele z tych placówek zdaniem B. Woynarowskiej [...] *często nie zna lub nie rozumie w pełni koncepcji i strategii SzPZ i utożsamia je z realizacją wielu programów edukacyjnych i działań akcyjnych bez sprawdzenia ich efektów* [...] (23).

Ponadto idea szkoły promującej zdrowie miała istotny wpływ na wdrażanie w Polsce w 1992 r., z inicjatywy B. Woynarowskiej, nowego modelu opieki medycznej nad uczniami. Dotychczasowa opieka profilaktyczno-lecznicza, sprawowana przez lekarza i pielęgniarkę, została zredukowana do promocji zdrowia, a zadania do realizacji z tego zakresu powierzono w szkole higienistce szkolnej, natomiast realizację świadczeń będących w kompetencji lekarza szkolnego umieszczono w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym lekarzowi rodzinnemu (11). W konsekwencji przyczyniło się do zlikwidowania w szkołach po około 100 latach istnienia, stanowiska lekarza szkolnego (8).

Zaproponowana koncepcja nie została jednogłośnie przyjęta i spotkała się z wieloma krytycznymi uwagami. Zwłaszcza środowisko lekarzy pediatrów wyrażało dość istotne zastrzeżenia do nowego modelu opieki zdrowotnej nad najmłodszymi, stwierdzając między innymi, że przeprowadzona w ostatnich latach w naszym kraju reforma ochro-

ny zdrowia, poprzez wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego, doprowadziła do degradacji systemu fachowej, medycznej opieki nad populacją dzieci i młodzieży szkolnej. Dyskusje prowadzono na łamach nie tylko czasopism naukowych, ale również był to temat wielu konferencji i dyskusji politycznych (12). Bardzo krytycznie do nowej koncepcji opieki lekarskiej, a jednocześnie wyrażając własny pogląd odniósł się jeden z ówczesnych lekarzy J. Schejbal. Zdaniem jego [...] *Lekarz pediatra jest i powinien być lekarzem opieki środowiskowej, podobnie jak pielęgniarka szkolna. Oboje powinni znać środowisko pracy dziecka. Dziecko spełniając obowiązek szkolny musi mieć zagwarantowane właściwe i odpowiednie miejsce pracy, nad którym powinien sprawować pieczę lekarz i pielęgniarka szkolna [...]* (13).

Sądząc po wielu krytycznych uwagach, nowy model systemu opieki zdrowotnej nad uczniami zaproponowany przez B. Woynarowską, zapewne wymagał szerszego przedyskutowania zarówno w środowisku pediatrycznym jak i z rodzicami uczniów, a także z nauczycielami. Jednak z punktu widzenia wychowawczego, zamysł tej reformy był słuszny. U jej podstaw znalazło się aktywne włączenie się w opiekę zdrowotną, obok służby zdrowia i szkoły, samego ucznia i jego rodziców, którzy ponosili całkowitą odpowiedzialność za zdrowie swoich dzieci. W myśli tej koncepcji opieka zdrowotna miała stanowić nieodłączny element wychowania zdrowotnego i była ściśle powiązana z całą działalnością szkoły (7).

Zwłaszcza w okresie zmian, kiedy pojawiła się szansa na poszukiwanie nowych, lepszych rozwiązań, docenianie związków między

zdrowem, a edukacją było szczególnie potrzebne. Należy jednak zdać sobie sprawę, że zmiany te dokonywały się w trudnych dla społeczeństwa polskiego okresie transformacji. Być może zamysł pierwotny tej reformy był słuszny, ale przeprowadzono ją bez przygotowania do jej realizacji zarówno lekarzy rodzinnych, którym zlecono pełnienie całościowej opieki zdrowotnej nad uczniami, jak i pracowników szkoły, zwłaszcza pielęgniarek szkolnych i nauczycieli. Przede wszystkim na tych dwóch ostatnich ogniwach spoczywał cały ciężar odpowiedzialności za realizację edukacji prozdrowotnej w szkole.

Niewątpliwie realizacja pilotażowego projektu *Szkoła Promująca Zdrowie*, zaowocowała wprowadzeniem do obowiązkowych programów kształcenia treści z zakresu promocji zdrowia. Tym faktem, który przypieczętował obligatoryjny charakter edukacji zdrowotnej w polskich szkołach było uchwalenie w 1999 roku Podstawy Programowej Kształcenia Ogólnego dla Szkół Podstawowych i Gimnazjów, w której zaistniał zapis o obowiązku realizacji przez wszystkich nauczycieli ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” w szkole (10). Można zatem uznać, że [...] *Realizacja programu SzPZ otworzyła dla zdrowia drzwi do systemu edukacji, zwłaszcza szkół i przedszkoli* [...] (23).

Oceniając jednak realizację jego założeń, nie należy koncentrować się na tym, ile i jakie działania podjęto, ale przede wszystkim na tym, jak były one skuteczne? Jest to o tyle trudne, że rzeczywiste efekty tej edukacji są odroczone w czasie. Sprawdzać je można nie w szkole, a w codziennych sytuacjach życiowych i to tylko w odniesieniu do wielu innych czynników, które mają wpływ na zachowanie i po-

stawy uczniów, już jako ludzi dorosłych. Miarą tej skuteczności jest stosowanie przez nich nabytej wiedzy, a przede wszystkim wykorzystywania jej w codziennym życiu. Musimy jednak pamiętać, że jeśli to, czego dziecko nauczy się w klasie, nie jest zbliżone do tego co widzi i stosuje w szkole, w domu i swym otoczeniu, to cała wiedza jest niewiarygodna i nie ma żadnego wpływu na młodego człowieka.

Streszczenie

Okres transformacji ustrojowej przyniósł nie tylko Polsce, ale też całej Europie szerokie zainteresowanie poszczególnych osób, polityków i rządów promocją zdrowia. Edukacja zdrowotna przybrała nowy kierunek. Z jednej strony była skierowana na ludzi, ich zachowania wspierające i zagrażające zdrowiu. Z drugiej strony dotyczyła organizacji, grup społecznych odpowiedzialnych za podejmowanie decyzji umożliwiających wspieranie zdrowia w różnych środowiskach. Polegało to na budowaniu kompleksowych programów edukacji zdrowotnej i wdrażaniu ich w środowiskach kluczowych dla kształtowania zdrowia danej społeczności. Jednym z nich był pilotażowy projekt *Szkoła Promująca Zdrowie*, realizowany w Polsce, w latach 1992-1995, z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Edukacji Narodowej. Kluczową zasadą programu było całościowe podejście do zdrowia w szkole, oparte przede wszystkim na tworzeniu sprzyjającego zdrowiu środowiska całej społeczności szkolnej.

Piśmiennictwo

1. Celejowa I.: W sprawie powszechnego wychowania zdrowotnego w Polsce. Lider. 1992, nr 9.
2. Charzyńska-Gula M.: *Szkolna edukacja zdrowotna jako element strategii działań na rzecz zdrowia publicznego*. Lublin 2001.
3. Kruk M.: Transformacja ustrojowa w Polsce 1989-2009. Warszawa 2011.
4. Krzemiński I.: Wielka transformacja. Zmiany ustroju w Polsce po 1989. Warszawa 2010.
5. Leśnikowska-Ścigalska W.: Higiena i medycyna szkolna w Polsce wczoraj dziś jutro. Mysłowice 2004.
6. Macdonald H., Przesłanie do polskich szkół. Lider. 1992, nr 9.
7. Majchrzyk-Mikuła J., Felchner A.: Zdrowotność i profilaktyka uczniów wczoraj i dziś [w] Wczesna edukacja dziecka-perspektywy i zagrożenia. Woch. S. (red.). Opole 2009.
8. Majchrzyk-Mikuła J.: Początki opieki zdrowotnej w szkolnictwie polskim [w] Myśli praktyka pedagogiczna. Studia ofiarowane Profesorowi Lucjanowi Olszewskiemu w siedemdziesiątą rocznicę urodzin i pięćdziesiątą pracy zawodowej. Chmielewski W., Starzyńska W. (red.). Piotrków Trybunalski 2008.
9. Ostrowska K.: Zdrowie, wychowanie, osobowość. Warszawa 1998.
3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego. (Dz. U. z 1999 . nr 14 poz. 129).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. w sprawie zakresu, organizacji i form opieki zdrowotnej nad uczniami. (Dz. U. z 1992 r. nr 87 poz. 441).
11. Schejbal J.: Trudności związane z wdrażaniem najnowszego modelu opieki zdrowotnej nad uczniami [w] Kronika higieny szkolnej i medycyny szkolnej. Rzepka J. (red.). Katowice 1994.
13. Schejbal J.: W dyskusji nad aktualnym stanem i perspektywami medycyny szkolnej. Pediatria Polska. 1995, nr 6.
14. Sito A.: Wpisać zdrowie do programu szkoły. Lider. 1992, nr 3.
15. Sokołowska M.: 15 lat szkoły promującej zdrowie-kilka osobistych refleksji. Lider. 2007 nr 10.
16. Sokołowska M.: Edukacja do zdrowia w szkole. Lider. 1994, nr 6.
17. Sokołowska M.: Skuteczność działania w szkole promującej zdrowie. Lider. 1992, nr 3.
18. Williams T.: Szkoła promująca zdrowie – rzeczywistość czy mit. Wychowanie Fizyczne i Zdrowie. 1989, nr 37.
19. Woynarowska B.: Dzieci nie mogą czekać. Lider. 1993, nr 7.
20. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Warszawa 2008.
21. Woynarowska B.: Projekt „Zdrowa Szkoła” w Polsce. Lider. 1991, nr 5.
22. Woynarowska B., Sokołowska M.: Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia dwóch lat projektu „Szkoła promująca zdrowie”. Warszawa 1993.
23. Woynarowska B.: Szkoła promująca zdrowie po 20 latach. Dorobek, bariery, perspektywy. Remedium. 2012, nr 12.

24. *Wojnarowska B.* i inni: Projekt szkoła promująca zdrowie 1992-1995. Raport z ewaluacji wyników. Warszawa 1995.
25. *Wojnarowska B.*: Uczniowie są głodni. *Lider*. 1991, nr 7-8.
26. *Wojnarowska B.*: Wstęp [w] Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” w latach 1992-1995. Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających. *Wojnarowska B. (red.)*. Warszawa 1995.
27. *Wojnarowska B.*: Zaczęliśmy pracę. *Lider*. 1992, nr 3.

Praca zawiera 28 418 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

WYKORZYSTANIE NATURALNYCH SUROWCÓW ROŚLINNYCH W LECZENIU I PROFILAKTYCE W DAWNYCH WIEKACH

Mirosław Mariusz Michalski,

Katedra Parazytologii i Chorób Inwazyjnych
Wydział Medycyny Weterynaryjnej
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
michmm@uwm.edu.pl

Historia naszej cywilizacji wiąże się ze światem roślin, jako pokarmem, lekiem i czynnikiem magicznym. Nie potrafimy określić, kiedy człowiek pierwotny przekonał się o leczniczych właściwościach roślin i czy wykorzystując rośliny lecznicze kierował się instynktem, czy też wyostrzoną spostrzegawczością. W każdym bądź razie, musiał dokładnie obserwować swoje środowisko życia i skutki użycia pewnych roślin i ich wyciągów dla swojego zdrowia oraz w dalszej kolejności do leczenia i zapobiegania niektórym chorobom i schorzeniom utrzymywanych przez siebie zwierząt. Organizując wypadki i kampanie wojenne, musiano również posiadać pewną wiedzę dotyczącą opatrywania i zabezpieczania ran oraz pewnego rodzaju profilaktyki wobec niektórych schorzeń pojawiających się w dużych skupiskach ludzi. Już Herodot opisywał, że rzeszom robotników budujących piramidy wydawano rzodkiew, cebulę i czosnek. Dzisiaj już wiemy dokładnie, że posiadają one właściwości antybiotyczne przeciwko różnym drobnoustro-

jom, jak ziarenkowce i pałeczka okrężnicy i w mniejszym lub większym stopniu działają dodatnio przy czerwonce, tyfusie czy cholerze. W pismach staroindyjskich jest mowa o mędrcach z kieszenią pełną ziół leczniczych, towarzyszących koczowniczym plemionom aryjskim. Opatrywali oni rannych, wyjmowali strzały i oszczepy z ich ciał, usuwali zranione oczy (5). W starożytności (Mezopotamia, Egipt, Indie, Chiny, Grecja, Rzym) znano około 500 gatunków roślin leczniczych (dziś znamy ich ponad 15 000). Fragment starożytnej „Pieśni nad pieśniami” głosi: „Pan sprawia, że lekarstwo wyrasta z ziemi, a mądry człowiek nie pogardza nim”.

W X w.n.e. ukazała się w Konstantynopolu „*Hippiatrica*” zawierająca listy weterynarzy greckich, m.in. Apsyrtusa, który brał udział w wojnach prowadzonych przez Konstantyna Wielkiego w latach 332-334 przeciw Sarmatom i Gotom. Apsyrtus podaje, że Słowianie w przypadku zatrzymania moczu u koni stosowali okadzanie podbrzusza za pomocą palonego bobrowego gonu, w odbytu zaś kładli czopek złożony z miodu i soli wielkości jaja kurzego (6).

Współczesna nauka oznaczyła i opisała większość substancji czynnych znajdujących się w roślinach. Zwykle w roślinie znajduje się cały zespół składników, różniących się budową i składem chemicznym. Do najważniejszych substancji czynnych należą glikozydy (a wśród nich antrachinony i kardenolidy), alkaloidy (tropanowe, sporyszowe i alkaloidy opium), garbniki, olejki eteryczne, śluz i pektyny (3, 4).

Obecnie wiemy z wielu źródeł, że w czasach antycznych leczeniem ludzi i zwierząt zajmowały się te same osoby, a „medycyna zwierząt” była uważana za szczególną biegłość w lecznictwie. W kodeksie babilońskim istniał podział na medycynę bydła i osłów oraz podział na lekarzy ludzi i zwierząt. W Indiach zwierzęta były podzielone na kasty. Jedne z nich należały do kasty uprzywilejowanej i były leczone przez lekarzy wyższej rangi, a pozostałe były oddawane na leczenie i pod opiekę medyków ludowych – lekarzom niższej rangi, wywodzącym się z niższych warstw społecznych. W czasach Imperium Rzymskiego ośrodkiem kształcącym adeptów sztuki medycznej, było Salerno, leżące na południe od Neapolu, które od X w. znane było jako *Collegium Hippocraticum* lub *Civitas Hippocratica*. Powstała tam pierwsza farmakopea, w której podano miary i wagi środków leczniczych, to tam po raz pierwszy lekarz został nazwany „doktorem”. Dokonywano też tam sekcji zwierząt i badano ich wnętrzności celem poznania budowy anatomicznej (5, 6).

W epoce średniowiecza w Europie Środkowej istniał zawód tzw. laborantów – zbieraczy i preparatorów ziół leczniczych, przede wszystkim górskich. Na terenach dzisiejszej Polski działali m.in. karakonoscy „laboranci z Karpacza”. Bogata wiedza w pewnych rodzinach przekazywana była z ojca na syna, ugruntowana w doświadczeniu dziesiątków czy nawet setek lat, a swymi korzeniami sięgała nieraz greckiej starożytności. Na tabliczkach z zapisem klinowym w asyryjskiej bibliotece Asurbanipala w Niniwie, z około 700 roku p.n.e. figurują 64 gatunki roślin leczniczych. Babilon i Asyria znały setki roślin

leczniczych, wiele z nich uprawiały i wyrabiano z nich ziółka i maście. Znano wówczas także zasady zbioru surowców leczniczych, odpowiadające metodom dzisiejszym, np. zbiór psiankowatych w nocy (maksymalna zawartość alkaloidów), suszenie ziół w cieniu itp. Homer z kolei, wymienia około 60 gatunków roślin leczniczych, a znajomość roślin leczniczych, narkotycznych i trujących wykorzystywana była w Grecji do celów najrozmaitszych. Trującym bieluniem odurzała się delficka Pytia, wywaru ze szczwołu zmieszanego z opium, używano do eutanazji starców i do wykonywania na skazańcach wyroków śmierci (tak m.in. otruto w Atenach Sokratesa).

W państwach świata starożytnego dużą rolę, jako lekarze, odgrywali kapłani. W Grecji istniał też specjalny zawód „rhizotomików” (krajaczy korzeni), czyli zielarzy-fitoterapeutów. Ostatnim z wielkich przyrodników świata starożytnego był grecko-rzymski lekarz-przyrodnik Galenos, czyli Claudius Galenus z Pergamonu (II wiek n.e.). Od niego wzięła swą nazwę „farmacja galenowa”. W swych dziełach opisał on około 450 roślin leczniczych. Dzieła pisarzy antycznych przekazała nam w spadku mrówcza praca średniowiecznych zakonów z benedyktynami na czele, czyli wiedzę przyrodniczą i medyczną (2, 3, 4, 5).

Do przetrwania wiedzy dawnych Hellenów i Rzymian w niemałej mierze przyczynili się również Arabowie, którzy w pewnym sensie stali się kontynuatorami dziedziny nauki Imperium Romanum. Do najwybitniejszych należeli lekarze-przyrodniczy-filozofowie Awicenna z Bucharzy oraz Averrhoes z Kordoby w Hiszpanii. Skomplikowane recepty

arabskie stały się podstawą późniejszego słownictwa aptek europejskich, a ich dzieła przekładano na łacinę. Paracelsus z kolei, zapoczątkował nowy okres mistyczny w dziejach nauki o lekach roślinnych, polegający na tak zwanej nauce o znakach zewnętrznych czyli sygnaturach. Miało to oznaczać, że same rośliny, poprzez swoje kształty, mają wskazywać, jakie siły i zdolności lecznicze w nich się ukrywają. Jednakże, już lekarze indyjscy przed 5 tysiącami lat stosowali przy żółtaczce i chorobach wątroby żółto kwitnące rośliny, przy chorobach serca i naczyń krwionośnych zioła kwitnące czerwono, itp. Zdaniem Paracelsusa istotę leczniczą „*quinta essentia*” należało wyizolować z rośliny drogą chemicznej analizy. W ten sposób powstała nowa epoka w dziejach wiedzy o lekach roślinnych. Paracelsus poszukując substancji biologicznie czynnych, znajdujących się w roślinach, był jednak przede wszystkim twórcą jatrochemii, wprowadzając proste substancje chemiczne jako leki: siarkę, rtęć, ołów. W XVI wieku badanie składników roślin następowało drogą pirochemiczną (spalania) – otrzymywania popiołów oraz za pomocą tak zwanej suchej destylacji i sublimacji. Metoda suchej destylacji doprowadziła do izolowania składników chemicznych z roślin w postaci dziegciu i smoły. Drogą sublimacji otrzymano kwas cynamonowy, kwas benzoesowy, kofeinę z herbaty i kawy, z bursztynu sporządzano ekstrakty za pomocą alkoholu. Metody te pozwoliły w przyszłości rozwinąć fitochemię i racjonalną fitoterapię (6).

Do końca średniowiecza botanika nie była nauką w ścisłym tego słowa znaczeniu, ale raczej praktyczną wiedzą, opartą na znajo-

mości roślin, przede wszystkim użytkowych. Stanowiły one podstawę odwiecznego lecznictwa i ówczesnej farmacji. Apteczny charakter miały z kolei średniowieczne wirydarze klasztorne i ogrody zamkowe. Aż po koniec XVII wieku w wielu państwach europejskich istniał obowiązek utrzymywania produkcyjnych ogrodów zielarskich, nałożony przez władze na apteki. W tym czasie aptekarze, olejkarze, zbieracze ziół leczniczych i handlarze nimi położyli duże zasługi dla rozwoju podstaw botaniki, zwłaszcza farmaceutycznej i farmakognozji. W XIV wieku w krajach Europy Środkowej i Zachodniej zaznaczyła się działalność lekarzy-botaników, znanych pod nazwą „zielarzy”. W swych księgach, często zwanych „zielnikami” („*herbaria*”), opisali oni setki gatunków krajowych i obcych roślin leczniczych, zielnych i drzewiastych, wraz z przepisami lekarskimi. Wiek XVI nazwano złotym wiekiem „ziołopisów”, ponieważ dzięki odkryciom geograficznym sprowadzone zostają do Europy rośliny egzotyczne i surowce, jak kora chinowa, wymiotnica, guarana i wiele innych. Wśród polskich późnośredniowiecznych i renesansowych ziellarzy-botaników, autorów „zielników”, czyli „herbarzy” wymienić należy m.in. Jana Stanko, Szymona z Łowicza, Marcina z Urzędowa, Szymona Syreńskiego, czyli Syreniusza. Ziołami leczył także nasz wielki uczyony Mikołaj Kopernik, stosował je nie tylko w medycynie ludzkiej, lecz także w leczeniu zwierząt. Ważną pozycją w literaturze botaniczno-lekarskiej XVIII w. są dzieła Krzysztofa Kluka, które ukazały się w latach 1777 - 1788. „Dykcyonarz roślinny” zawiera wiadomości o roślinach użytecznych dla ludzi i zwierząt, np. podaje, że na krwawy mocz u bydła i owiec stosuje

się „nosek szpaczy” – bodziszek miękkiej (*Geranium molle*), a przeciw zatrzymaniu moczu – wilżynę (*Ononis arvensis*) (2, 3, 5, 6).

Wysoko rozwinięte lecnicstwo, oparte głównie na fitoterapii istniało także w Ameryce przedkolumbijskiej. Wyróżniali się zwłaszcza Aztekowie. Ich medycyna była kombinacją wyników empirycznych badań i obserwacji, wierzeń religijnych i magii. Ich dzieła wymieniają kilkadziesiąt gatunków roślin leczniczych, z których około 25 udało się rozpoznać jako rośliny i dzisiaj cenione oraz stosowane we współczesnym lecnicstwie. W drugiej połowie wieku XIX i w początkach wieku XX doszło do chwilowego załamania się ziołolecnicstwa, z powodu wspaniałego rozkwitu chemii, wytwarzającej mnóstwo nowych leków syntetycznych. Szybko jednak okazało się, że rośliny lecznicze w większości przypadków są w lecnicstwie nie do zastąpienia. Wartość fizjologiczna wielu leczniczych syntetyków okazała się krótkotrwała, poważna ich liczba po pewnym czasie wykazała nieoczekiwane, a szkodliwe skutki uboczne. Poza tym, ujemne skutki uboczne leków chemicznych ujawniają się niejednokrotnie dopiero po wielu latach gromadzenia się w organizmie, w postaci resztek tych chemikaliów lub produktów ich przemian chemicznych (3, 5).

Spośród wielu roślin używanych przez ludzi przez wieki do leczenia we własnym zakresie lub poprzez osoby „wtajemniczone” oraz służące praktycznie w codziennym życiu, czy też mające zastosowanie wojskowe, wymienię niektóre bardziej znane przykłady.

Babka zwyczajna (*Plantago maior*) – znana już powszechnie w starożytności, zalecana m.in. na ukąszenia węży i ukłucia skorpio-

nów. Szekspir pisze o babce, jako o środku przeciw obrażeniom skóry. Jej liśćmi wyścielano obuwie, uważając ją za środek przeciw zmęczeniu i bezsenności. Zewnętrznie stosowano na trudno gojące się i zakażone rany, czyraki, oparzenia, zapalenie skóry, wewnętrznie w nieżytach przewodu pokarmowego, uszkodzeniach błon śluzowych żołądka i jelit.

Bagno zwyczajne (*Ledum palustre*) – jego liście, ziele i młode pędy stosowane były do kąpieli przeciwreumatycznych oraz do spalania i kadzenia w przebiegu chorób płuc. Surowiec stosowany był również zewnętrznie przy świerzbie i liszajach, ukłuciach przez owady oraz bólach pięt.

Bylica piołun (*Artemisia absinthium*) – roślinę tą wymienia już papirus Ebersa. Według Pliniusza włożona między bieliznę ma odpędzać mole, pchły, wszy i pluskwy. Według Dioskorydesa dodatek piołunu do atramentu chroni zapisane nim księgi przed myszami i robactwem. Sadzono go też w pasiekach, gdzie przeciwdziałać miał chorobom pszczoł. Zewnętrznie stosowano do okładów na trudno gojące się rany i owrzodzenia, wewnętrznie w przewlekłych nieżytach żołądka i jelit. Jako przyprawa, w mieszance wraz z innymi ziołami (anyż, fenkuł, melisa itp.) piołun używany jest do wyrobu korzennego wina – wermutu oraz alkoholowego „absyntu”. Sam wermut znany był już w starożytnej Tracji.

Dziurawiec zwyczajny (*Hypericum perforatum*) – jako lek znany już w starożytności. Dioskorydes zalecał jego owoce z miodem, pisali o nim Hipokrates, Pliniusz, Paracelsus. Działa pobudzająco na trawie-

nie, żółciopędnie, kojąco, ściągająco i odkażająco. Zewnętrznie stosowano na trudno gojące się rany miażdżone, wrzody, odmrożenia, owrzodzenia i oparzenia oraz w zapaleniu dziąseł, gardła, jamy ustnej.

Koper ogrodowy (*Anethum graveolens*) – odwieczna roślina lecznicza i przyprawowa, wymieniona już w papirusie Ebersa, wspomniana w Nowym Testamencie, u Dioskorydesa, Celsusa, Galenosa. Stosowany był m.in. w zaburzeniach trawiennych, przy niestrawności, w skurczach jelit.

Kora wierzbowia (*Cortex salicis*) – zawiera glikozydy - salicynę, popelinę, flawonoidy, garbniki, kwasy organiczne. Z salicyny w organizmie powstaje kwas salicylowy, działający przeciwgorączkowo, odkażająco, przeciwbólowo i przeciwreumatycznie. Dzięki pochodnym salicylowym i flawonoidom kora działa też rozkurczająco, moczopędnie i uspokajająco, a garbniki, ściągająco. Egipcjanie i Asyryjczycy do łagodzenia bólów reumatycznych używali kory wierzby. Ludzkość cierpiała z powodu zmian artretycznych od początku swej historii, dokumentują to np. mumie egipskie. Świadczenia choroby reumatycznej można znaleźć na obrazach wielkich europejskich malarzy XVII i XVIII wieku. Prawdopodobnie sam Rubens i Renoir sami chorowali na reumatyzm. W XIX wieku z kory wyizolowano aktywny składnik – kwas salicylowy, który był prekursorem kwasu acetylosalicylowego, znanego jako aspiryna (jeden z najstarszych, ale i najlepszych leków).

Kozieradka grecka (pospolita) (*Trigonella foenum-graecum*) – bardzo stara roślina uprawna w Indiach oraz w Egipcie. Wymienia ją także papirus Ebersa, ceniona była przez Arabów i Chińczyków,

a także w dawnej Grecji i Rzymie. Zewnętrznie stosowano jej nasiona w postaci kataplazmów lub odwarów do okładów w ropnym zapaleniu skóry, zapaleniu naczyń chłonnych, zapaleniu tkanki łącznej, ropniach i czyrakach.

Krwawnik pospolity (*Achillea millefolium*) – wśród roślin leczniczych jedna ze znanych najdawniej i cenionych już w starożytności i średniowieczu. Już Achilles używać miał krwawnika na rany (stąd nazwa grecko-łacińska). W wielu krajach należał do zioła święconego – np. w Polsce w dniu 15 sierpnia (na święto Matki Boskiej Zielnej). Był stosowany w stanach nieżytowych przewodu pokarmowego, w chorobach żołądka i jelit, w przewlekłych zaburzeniach trawiennych, a zewnętrznie w niektórych schorzeniach skórnych, odmrożeniach, skaleczeniach.

Krwiściąg lekarski (*Sanguisorba officinalis*) – dawniej był lekiem używanym do tamowania krwi – z powodu krwistej barwy kwiatów (zasada „*similia similibus*”). Wykazuje działanie ściągające, przeciwobrzękowe i przeciwwysiękowe (w jego kłęczu i korzeniu znajduje się do 17% garbników). Według podań kował Karola Wielkiego, po raz pierwszy kłęcz i korzeń krwiściągu zastosował jako lek przeciw robakom końskim. O tej roślinie wspominają średniowieczne księgi zielarskie, wymienia tę roślinę także chińska Materia Medica (Peu Tsao Kang Mu) z lat 1552-1578. W opisach występował pod nazwą korzenia pimperneli z zaleceniem stosowania do tamowania krwi przy nieżytach przewodu pokarmowego, a także przy biegunkach, leczeniu otwartych ran i wrzodów, krwawieniach z nosa i dziąseł.

Lukrecja gładka (*Glycyrrhiza glabra*) – znana jako lek m.in. jako składnik herbatek leczniczych, w Chinach i Japonii – do wyrobu tuszu i atramentu. Lukrecja znana była już w Helladzie i Rzymie, a w Indiach znana od starożytności. Stosowana m.in. w niezżytach jamy ustnej, gardła i oskrzeli, jako składnik maści przeciwzapalnych w schorzeniach skóry.

Lulek czarny (*Hyoscyamus niger*) – znany już w starożytności: w Egipcie, Babilonie, Indiach, Persji, Arabii, Grecji i Rzymie. Jedna z najstarszych roślin trujących i leczniczych. Pliniusz radził wdychać jej dym w razie bólu zębów. W średniowiecznych Niemczech używano lulka do znieczuleń. Obok bielunia i pokrzyku wilczej jagody – wchodził w skład „maści czarownic”. Olejek z lulka stosowany był zewnętrznie do wcierań w bóle stawowych i mięśniowych, w nerwobólach, w niezycie oskrzeli.

Mak lekarski (*Papaver somniferum*) – w jego soku mlecznym, tężejącym na powietrzu i użytkowanym jako opium (*Laudanum*) znajduje się łącznie ponad 40 alkaloidów, m.in. papaweryna, narkotyna, kodeina, tebaina, a dzięki morfinie ma właściwości uśmierzające ból.

Marzanna barwierska (*Rubia tinctorum*) – bylina zawierająca glikozydy odszczepiające jako aglikony barwniki alizarynę, purpurynę itp. Znana już w starożytności jako roślina barwierska. W wieku XIX i początkach XX alizaryną barwione były spodnie i kepi żołnierzy francuskich, a także spodnie jazdy w wielu armiach świata oraz fezy muzułmańskie. Stosowana była w zapaleniu jelit, nerek i dróg żółciowych oraz jako środek zwiększający diurezę.

Oszloch morski („cebula morska”) (*Urginea maritima*) – jako roślina lecznicza i obrzędowa znana była już w starożytnym Egipcie pod nazwą „oko Tyfona”. Ceniono ją tak wysoko, zwłaszcza jako środek przeciwtyfusowy, że w Pelusium postawiono jej świątynię. Pisano o niej w starożytnej Grecji, używano jej m.in. przeciw szkorbutowi.

Pięciornik kurze ziele (*Potentilla erecta*) – jako lek znany od wczesnego średniowiecza. Termin „*Tormentilla*” spotyka się w aptekach już w IX wieku (*tormentum* = kolka jelitowa). Działa ściągająco, przeciwkrwotocznie, przeciwbiegunkowo, zapierająco. Wyciąg z jego kłączy stosowano w bieguncie, nieżycie przewodu pokarmowego, zakażeniach bakteryjnych, zatruciach pokarmowych, pomocniczo – w czerwonce i durze brzuszynym. Zewnętrznie stosowano do płukania w stanach zapalnych i ropniach jamy ustnej oraz gardła, a także w formie okładów na owrzodzenia, oparzenia, obrażenia skóry i tkanki podskórnej oraz czyraki.

Rącznik pospolity (*Ricinus communis*) – w jego nasionach występuje 36 - 70% tłuszczu o wysokim punkcie wrzenia, używanego jako popularny leczniczy olej rycynowy (*Ol. Ricini*), ale też do celów technicznych, do oświetlania, w przemyśle barwierskim. Pod nazwą „kiki” wymienia go papirus Ebersa, wspomina go Herodot. Oleju rącznikowego używano wtedy głównie do świecenia i jako lek. Od XVIII wieku jest używany jako środek przeczyszczający. Stosowano go również w zatruciach pokarmowych, zewnętrznie przy zapaleniach skóry, oparzeniach, do usuwania drażniących substancji z oka.

Rdest ptasi (*Polygonum aviculare*) – używany był jako jeden ze składników leku przeciw cholerze. Zalecany także w niezżytach dróg moczowych, w chorobie reumatycznej, gruźlicy płuc, w niektórych dermatozach, ubytkach tkanki łącznej i skóry spowodowanych ranami, ropniami, wrzodami, oparzeniami, w stanach zapalnych błon śluzowych przewodu pokarmowego.

Rozchodnik ostry (*Sedum acre*) – znany od starożytności. Nazwa pochodzi od ludowego określenia działania rośliny – „rozchodzą się bóle”. Stosowano go przy leczeniu nadciśnienia, padaczce, zimnicy, puchlinie wodnej, zewnętrznie -do leczenia egzemy, zranień, ukąszeń, wrzodach i innych schorzeniach skóry.

Ruta zwyczajna (*Ruta graveolens*) – roślina znana już w starożytności jako lecznicza i przyprawowa – wspomina ją Nowy Testament, a także m.in. Teofrast, Galenos, Pliniusz. Według tego ostatniego, lecznicze właściwości ruty odkryć miał głośny Mitrydat, władca Pontu. Szczególnie cenili ją Rzymianie, jako składnik „*moretum*”, potrawy wiejskiej z sera, cebuli, czosnku, ruty i pietruszki, zaprawiali nią też wino. Znana była też w średniowiecznej Europie, również dzięki klasztorom. Sławę ruty głosiła lekarska szkoła w Salerno w XIII wieku. Maksymą jej było – „*Salvia cum ruta faciunt tibi pocula tuta*”. Stosowana była m.in. w stanach skurczowych dróg żółciowych i moczowych, w zaburzeniach w krążeniu obwodowym.

Rzepik pospolity (*Agrimonia eupatoria*) – jego lecznicze właściwości odkryć miał słynny Mitrydates, król Pontu. W starożytności roślina poświęcona była Pallas-Atenie, jako lek („*Lappula hepatica*”) ce-

niony był wysoko aż po XVIII wiek. Stosowany był w niezycie żołądka i jelit, wzdęciach, zastoju żółci, zewnętrznie na drobne uszkodzenia skóry, wypryski, owrzodzenia żyłkowe, w zapaleniu jamy ustnej i gardła.

Warzucha lekarska (*Cochlearia officinalis*) – stanowiła dawniej skuteczne lekarstwo na szkorbut (duża zawartość witaminy C). Stosowaną ją do hamowania krwawienia z nosa lub krwawiących ran (właściwości antyseptyczne), w leczeniu obrzęków i kamieni moczowych (właściwości moczopędne), w postaci płukanki przy owrzodzeniach jamy ustnej.

Werbena lekarska (*Verbena officinalis*) – już w starożytności była ceniona bardzo wysoko. W Egipcie zwano werbenę „Łzami Irydy” i uważano ją za najlepszy środek na rany zadane żelazem. Hipokrates traktował ją jako środek na bezpłodność. Pliniusz nazywa ją najszlachetniejszą zielarską rośliną rzymskiej flory („*Herba Sacra*”). Była stosowana przy schorzeniach związanych z kamicą moczową i żółciową, przy biegunkach, malarii. Wykazuje również działanie uspokajające, wzmacniające i rozkurczowe. Zewnętrznie lek ten stosowano przy ukąszeniach, potłuczeniach, zranieniach i zwichnięciach (2, 3, 4, 5, 6).

Streszczenie

W publikacji przedstawiono wybrane aspekty i przykłady zastosowania w leczeniu i profilaktyce substancji czynnych zawartych w roślinach uprawnych i leczniczych na przestrzeni wieków oraz wysoki kunszt i wiedzę osób parających się tego rodzaju leczeniem.

Piśmiennictwo

1. <http://www.naukadlazedrowia.pl>. *Wawer I.*: Kora wierzy i/czy aspiryna. 2011.
2. *Nowiński M.*: Dzieje upraw i roślin leczniczych, wyd. II. PWRiL, , Warszawa 1983.
3. *Ożarowski A. (red.)*: Ziołolecznictwo. Poradnik dla lekarzy. PZWL. Warszawa 1982.
4. *Polakowska M.*: Leśne rośliny zielarskie, wyd. IV. PWRiL. Warszawa 1987.
5. *Thorwald J.*: Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga. Ossolineum. 1990.
6. *Tuluk-Kulczycki R.B.*: Rozwój stosowania leków ziołowych w schorzeniach układu moczowo-płciowego u zwierząt domowych. Studium porównawczo-krytyczne. Rozprawa doktorska. Dębica-Olsztyn 1989.

Praca zawiera 21 986 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

ZOOTERAPIA JAKO METODA WSPOMAGAJĄCA EFEKTYWNOŚĆ LECZENIA I REHABILITACJI W MEDYCYNIE KONWENCJONALNEJ

Dorota Rogala^{*}, Żaneta Skinder^{*}
Aleksandra Harat^{**}

^{*} Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia

^{**} Zakład Medycyny Zapobiegawczej
i Zdrowia Środowiskowego

Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu

Collegium Medicum im L. Rydygiera

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

drogala@cm.umk.pl

Obserwacja świata zwierzęcego nasuwa przypuszczenia, że pewne, praktykowane przez zwierzęta, zabiegi mają charakter leczniczy. Wiedzione instynktem zwierzęta wygrzewają się na słońcu, liżą rany, próbują pozbyć się pasożytów, kąpią się, drapią, usuwają ciała obce ze skóry.

Pisarz rzymski, Pliniusz, sugerował wręcz, że ludzie nauczyli się od zwierząt niektórych zabiegów. Jako przykład podawał nosorożca, który wyszukiwał ostro zakończone żdźbło trzciny, na które „na-dziewał” nogę i upuszczał sobie krew. Ibis zaś nabierając wody wykonywał sobie płukankę na podobieństwo dzisiejszej enemy (egipski bóg Toot przedstawiany jest najczęściej z głową ibisa). Grecy leka-

rze zauważyli, że kozy skubiąc ciemierzycę białą wywołują u siebie biegunkę. Miało to być wskazówką do wykorzystania tej rośliny w celach przeczyszczających u ludzi.

We francuskich uzdrowiskach do dziś podaje się, że konkretne źródło lecznicze było wykorzystywane przez cierpiące na dolegliwości skórne zwierzęta np. pokrytego parchami konia, czy chorego osła. Również lecznicze właściwości wód w polskim uzdrowisku Cieplice odkrył ranny jeleń, który kąpał się w ciepłym źródle. Uważany za ojca współczesnego wodolecznictwa Priessnitz w XIX wieku podawał, że wykorzystanie wód w celach leczniczych nasunęła mu obserwacja sarny, która każdego ranka chodziła moczyć postrzeloną nogę w strumieniu (26).

Symbolika zwierząt w aspekcie ich uzdrawiającej mocy pojawia się już w najstarszych cywilizacjach. W starożytnym Egipcie Anubis – bóg zmarłych, ale również aptekarzy i lekarzy miał głowę psa (5, 15). W hieroglifach egipskich członek ibisa oznacza koper, jego łzy – werbenę, a serce sępa-piołun (26). Gula, bogini mitologii sumeryjskiej, uważana za znawczynię chorób i uzdrawiania, najczęściej przedstawiana była jako postać u stóp której leżał pies (24). Bogini Bastet posiadała dwa oblicza - jako opiekunka płodności i strażniczka ogniska domowego przedstawiana była w kociej postaci; istnieją także jej wizerunki z głową lwicy. Patrzenie w jej błękitne oczy miało uleczyć duszę i ciało człowieka (15).

W starożytnym Rzymie powstała nauka astrozoologia, obok astrobotaniki czy astrominerologii, jako odmiana astrologii. Każde

zwierzę, roślina czy minerał znajdowały się pod znakiem jakieś konstelacji i miały swoją symbolikę.

Podobnie jak w średniowieczu symbolem lekarza w malarstwie było naczynie do moczu, które trzymał w ręku, oglądając pod światło mocz, tak w starożytności symbolem takim była laska z wężem (26).

Od dawna zastanawiano się nad leczniczym wpływem zwierząt na ludzi i możliwościami ich wykorzystania do leczenia różnych schorzeń.

W medycynie najstarszych cywilizacji napotkać można przykłady zastosowania leków pochodzenia zwierzęcego. Egipcjanie wykorzystywali miód, mleko, tłuszcze, żółć, krew, mięso, skóry, włosy, kopyta, rogi, a nawet kał przeróżnych zwierząt. Empirycy starożytni, w tym w szczególności Serapion, zalecali stosowanie w padaczkę mózgu wielbłąda, zajęczego serca, krwi żółwia, jąder kiernoz, kału krokodyla. W lecznictwie hinduskim wykorzystywano krew, żółć, mleko, masło, serwatkę, miód, tłuszcz, szpik, mięso, skórę, nasienie, zęby słonia, rogi, kopyta, włosy, kamienie żółciowe wołu, mocz krowy i gnój przykładany w zapaleniach, trądzie. W medycynie rzymskiej Galen zalecał mleko, serwatkę, masło, różne tłuszcze, jądra, jajniki, mięso, szpik, jaja, ślinę pochodzenia zwierzęcego.

W średniowieczu sporządzano różne esencje i tynktury m.in. z jaszczurek i jąder bobra. Za środek ostrzegający przed trucizną uważano róg jednorożca (który zastępowano w praktyce zębem narwala), ząb żmii lub bezoar tzw. kamień z żołądka antylopy, lamy czy kozy. W Indiach starano się przy użyciu zaklęć przenieść chorobę na

inną żywą istotę np. febrę na żabę, a żółtaczkę na papugę (26).

W chirurgii pierwotnych operatorów w Afryce Środkowej używano szczęk termitów jako „klamerek” do połączenia brzegów rany przeciętego żołądka. Rzymska szkoła metodyków, kierując się poglądami lekarza greckiego Asklepiadesa, zalecała stosowanie upustów krwi przy pomocy pijawek. Metodę tę nazwaną „wampiryzmem” upowszechnił w XIX wieku we Francji Franciszek Broussais (26).

Przez wiele wieków uważano, że polizanie przez psa przyspiesza gojenie się ran. W starożytnej Grecji nawet hodowano i szkolono psy do tego by lizały ludzi i aby często znajdowały się w pobliżu nich. Wierzano bowiem, że zwierzęta te są wysłannikami boga Asklepiosa, a ich języki mają zdolność leczenia chorób. Swoistymi „dowodami” na ozdrowienia wywołane kontaktem z tamtejszymi psami są tabliczki z inskrypcjami dokumentującymi uleczenie po kontakcie ze „świętymi” psami (23).

Pogląd na leczniczą moc psiej śliny przetrwał aż do okresu średniowiecza, kiedy to zaprzestano tej praktyki w obawie przed oskarżeniem o uprawianie magii. Chociaż była ona zakazana, to wielu ówczesnych świętych było podstawianych właśnie w towarzystwie psa. Wg legendy lizanie psa uleczyło świętego Rocha - patrona aptekarzy i lekarzy - z dymienic, dlatego też wiele z podobizn przedstawia świętego w towarzystwie psa trzymającego w pysku chleb. Święty Bernard z Menton patron alpinistów, pierwszy ratownik górski, również przedstawiany jest często w towarzystwie psa bernardyna - tak nazwanego od imienia świętego (3).

Obecnie wiadomo, że to nie tajemne moce tkwiące w ciele zwierzęcia miały działanie lecznicze. Uwaga współczesnych naukowców skupia się raczej na psychologicznym aspekcie kontaktu ze zwierzętami.

Historia zooterapii

Historia zooterapii (animaloterapii) sięga tysiące lat wstecz, oczywiście nie w takiej formie, jaką znamy obecnie. Jej najpopularniejszą postać – hipoterapię, propagował już Hipokrates, który uważał jazdę konną za wartościową formę gimnastyki, pobudzającą funkcje organizmu i łagodzącą schorzenia (7).

Jedną z pierwszych historycznych wzmianek traktujących o terapii z udziałem zwierząt, takiej jak w czasach obecnych, pochodzi z IX wieku i dotyczy ośrodka w Gheel w Belgii, gdzie zwierzęta były częścią programu „terapii naturalnych” dla osób niepełnosprawnych. Innym ośrodkiem, w którym wykorzystywano zwierzęta w terapii, był ośrodek York Retreat w Anglii, który powstał około roku 1790. Było to miejsce, gdzie osoby psychicznie chore, opiekowały się królikami oraz zwierzętami gospodarskimi po to, by nauczyć się samokontroli poprzez opiekę nad zależnymi od nich zwierzętami. Kolejnym ośrodkiem, którego zwierzęta były integralną częścią, był ośrodek dla epileptyków Bethel w Niemczech. Ośrodek ten nazywano „instytucją bez ścian”, gdyż jego pensjonariusze, początkowo epileptycy, a potem osoby psychicznie chore, zajmowały się zwierzętami na farmie, która była jego częścią. XX wiek to intensywny rozwój terapii z udziałem

zwierząt. W roku 1903 W. Fowler Bucke opublikował zbiór 1200 opowiadań na temat psów napisanych przez dzieci. Wypracowania te zostały dokładnie przeanalizowane, co w efekcie pozwoliło wysnuć rewolucyjną jak na owe czasy hipotezę, że zwierzę może odgrywać szczególną rolę w życiu dziecka samotnego i cierpiącego (5).

Jednym z ważniejszych momentów w animaloterapii był rok 1937 roku, kiedy Anna Freud zauważyła, że dzięki procesowi identyfikacji emocje zwierzęcia mogą się przenieść na człowieka. Kilkanaście lat później Kris i Bellac skonstruowali „Children Apperception Test”, opierający się na założeniu, że dziecko łatwiej identyfikuje się z małym zwierzątkiem niż z dorosłym człowiekiem (22).

W 1944 roku psychiatra James H.S. Bossard opublikował w magazynie „Mental Hygiene” artykuł dotyczący terapeutycznego wpływu zwierząt na ludzkie zdrowie pt. „Zdrowie psychiczne właścicieli psów”. W artykule pisał, że pies może odgrywać w życiu dzieci wiele ról. Przede wszystkim jest źródłem nieograniczonej miłości, pozwala przelać na siebie uczucie ludzi i wyrazić je, jest też dla dziecka „nauczycielem” w tematach takich jak utrzymanie czystości i odpowiedzialność (10).

Dopiero w 1962 roku amerykański psychiatra dziecięcy Boris Levinson poszerzył koncepcję James H.S. Bossarda dotyczącą wpływu zwierząt na zdrowie człowieka. B. Levinson uważany obecnie za ojca dogoterapii był pierwszym naukowcem, który zastosował w 1964 roku zwrot „terapia z udziałem zwierząt” (pet therapy). W artykule pod tytułem „Pies jako współterapeuta” Levinson opublikował obserwacje

jakich dokonał, gdy zaczął używać swojego psa o imieniu Jingles w sesjach terapeutycznych z kilkorgiem dotkniętych autyzmem dzieci. Psychiatra zauważył, że dzieci akceptują towarzystwo psa, a nawet zaprzyjaźniają się nim. Nasunęło mu to myśl, że właśnie pies może być kluczem do nawiązania kontaktu z chorym dzieckiem (22).

W 1968 roku we Francji Ange Condoret, lekarz weterynarii i twórca SEPMRAE (Towarzystwo Studiów Psychosocjologicznych i Medyczno-Pedagogicznych nad Relacjami Dzieci Zdrowych i Nieprzystosowanych ze Zwierzętami Domowymi), rozpoczął specjalną terapię z udziałem zwierząt. Od tego czasu w wielu krajach zaczęły powstawać organizacje, których głównym celem było propagowanie zoo-terapii.

Największą i najbardziej uznaną jest amerykańska organizacja Delta Society, która powstała w roku 1977 w Portland w USA, a jej założycielem był lekarz Michael J. Mc Culloch. Jest ona do dziś wiodącą międzynarodową organizacją zajmującą się badaniem więzi pomiędzy ludźmi a zwierzętami. Sprawuje nadzór nad wszystkimi ośrodkami zajmującymi się terapią z udziałem zwierząt, a zwłaszcza dogoterapią w USA. Prowadzi również działalność badawczą i szkoli terapeutów, również w Europie.

Dziś można przedstawić szereg przykładów ukazujących udział zwierząt w szeroko rozumianym procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych: od psów - przewodników niewidomych, poprzez farmy terapeutyczne, do udziału delfinów w rehabilitacji dzieci autystycznych i dzieci z zespołem Downa.

Prowadzony na terenie USA program Pet Partners wykorzystuje różne zwierzęta: psy, koty, świnki morskie, króliki, papugi, kury, gęsi, konie, lamy, osły i wiele innych. Ponad 2500 zespołów Pet Partners działa w 45 stanach USA i w 4 innych krajach, pomagając łącznie ponad 350.000 ludziom (7).

Zooterapia w Polsce

Tradycje zooterapii w Polsce sięgają lat 80. ubiegłego wieku. Opiera się ona głównie na działaniach edukacyjnych; w zakresie działań medycznych ogranicza się jedynie do kilku wyspecjalizowanych ośrodków prowadzących hipoterapię.

Pierwsze polskie doświadczenia z zooterapią sięgają roku 1988 i wiążą się z osobą Marii Należyty, która wprowadziła konie do rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Na terenie SGGW w Warszawie powstał Ośrodek Hipoterapii, którego zespół tworzyli specjaliści różnych dziedzin w tym medycyny, rehabilitacji, pedagogiki, psychologii, logopedii i jeździectwa. W czerwcu 1992 roku odbyła się w Krakowie pierwsza ogólnopolska konferencja pod hasłem „Hipoterapia – teoria, praktyka, możliwości”. Organizatorem konferencji była Fundacja Hipoterapia Na Rzecz Rozwoju Rehabilitacji Konnej Dzieci Niepełnosprawnych. Konferencja stała się jednocześnie zjazdem założycielskim Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego (PTHip). W 2007 roku Towarzystwo poprawiło i uzupełniło tzw. Kanony Polskiej Hipoterapii przyjęte przez PTHip w 2002 roku (10, 35).

Historia polskiej dogoterapii jest jeszcze krótsza, gdyż rozwinę-

ła się dopiero po 1996 roku. Wszystko zaczęło się w 1987 roku od filmu dokumentalnego pt. „Widzę” w reżyserii Bogdana Dziwowskiego, poświęconego dzieciom niewidomym przebywającym w ośrodku Laskach i obserwacji relacji między psami i ociemniałymi dziećmi przez pracującą na planie filmowym Marię Czerwińską. Po prawie 10 latach obserwacji wystąpiła ona ze swoim referatem podczas Targów Zoologicznych i Światowego Dnia Zwierząt, gdzie po raz pierwszy zostało użyte określenie „dogoterapia” stworzone na potrzeby mediów. W 2005 roku zarejestrowano Polski Związek Dogoterapii, a w 2006 roku powołane zostało Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne. Efektem działań Towarzystwa jest określony system wymogów obejmujący: Kanon Kynoterapii, Kodeks Etyczny Kynoterapeuty, wzory dokumentacji, system egzaminowania psów terapeutycznych, polska terminologia oraz wpisanie w 2010 roku nowego zawodu „kynoterapeuta/dogoterapeuta”. W Polsce ciągle brak jest jednak uregulowań prawnych, które porządkowałyby i precyzowały wymagania, jakie spełniać powinni kynoterapeuci oraz psy terapeutyczne (5, 32).

Od 2006 roku obserwuje się w Polsce rozwój mniej znanych form zooterapii, które stosowane są na świecie takich jak onoterapia (osły), felinoterapia (koty), caviterapia (świnki morskie), delfinoterapia.

Formy zajęć w zooterapii

Istnieją trzy formy zajęć, które zostały zdefiniowane przez pionierskie stowarzyszenia zasięgu międzynarodowym i nieustannie wiodące prym w dziedzinie terapii z udziałem zwierząt - Amerykańskie

Delta Society oraz Europejskie Assistance Dogs Europe.

Formy zajęć zdefiniowane przez Towarzystwo Delta Society (31).

AAA - Aktywne spotkania z udziałem zwierząt (Animal Assisted Activities)

Zajęcia z udziałem zwierząt stwarzają możliwości edukacyjne, motywacyjne, rekreacyjne z możliwymi korzyściami terapeutycznymi. Mają one na celu podniesienie jakości życia. Mogą być przeprowadzane w ośrodkach, świetlicach, w zaaranżowanych w tym celu warunkach przez wyszkolonych profesjonalistów lub wolontariuszy, z udziałem spełniających określone kryteria zwierząt. Zajęcia te nie posiadają wytyczonych celów terapeutycznych, zazwyczaj zawierają elementy zabaw, swobodnych rozmów, aktywności, ich przebieg jest spontaniczny. Nie ma określonego czasu ich trwania oraz obowiązku prowadzenia dokumentacji opisującej przeprowadzone spotkanie. Najczęściej przybierają formę zajęć grupowych.

AAT - Terapia z udziałem zwierząt (Animal Assisted Therapy)

Terapia z udziałem zwierząt to działanie mające ściśle określone cele. Zwierzę spełniające określone kryteria jest integralną częścią całego procesu terapeutycznego. Do terapii z udziałem zwierząt kieruje specjalista zajmujący się leczeniem i/ lub przebiegiem terapii danej osoby. Wyspecjalizowany profesjonalista prowadzi zajęcia, określa ich cele i zadania dla każdego uczestnika. Przebieg i rezultaty terapii są obserwowane, weryfikowane i/lub mierzone.

Europejskie stowarzyszenie Assistance Dogs Europe wprowadza

dziło dodatkową formę zajęć (30).

AAE - Edukacja z udziałem zwierząt (Animal Assisted Education)

Ta forma zajęć ma za zadanie polepszać sprawność funkcji poznawczych człowieka. Jest działaniem celowym, kierowanym i/lub prowadzonym przez profesjonalistę z zakresu danej specjalności. Zajęcia odbywają się z udziałem odpowiednio wyszkolonych zwierząt, w miejscach do tego wytyczonych. Dla każdego uczestnika wyznaczone są odpowiednie cele, które powinny być obserwowane i mierzone. Cały proces powinien być dokumentowany i służyć kolejnym etapom pracy z danym człowiekiem.

Cele terapii z wykorzystaniem zwierząt zostały pogrupowane w kategoriach:

- zdrowie fizyczne: rozwijanie funkcji motorycznych, umiejętności poruszania się na wózku, poczucia równowagi,
- zdrowie psychiczne: rozwijanie werbalnego porozumiewania się członków grupy, umiejętności skupiania uwagi, umiejętności wypoczynku/rekreacji, podnoszenie poziomu pewności siebie, obniżanie lęku, poczucia samotności,
- edukacyjne: rozwijanie słownictwa, polepszanie pamięci krótko i długoterminowej, rozwijanie pojęć takich jak wielkość, kolor,
- motywacyjne: rozwijanie chęci brania udziału w zajęciach z grupą, interakcji z innymi uczestnikami zajęć, interakcji z personelem, motywacja do ćwiczeń.

Oczekiwane korzyści z wzajemnego oddziaływania na siebie człowieka i zwierzęcia w grupie dorosłych i dzieci to:

- rozwijanie zdolności empatii (wczuwanie się w uczucia, sposób rozumowania i motywacji postępowania innych osób),
- skupienie się na świecie zewnętrznym, nie na swoich problemach,
- wychowywanie innej istoty (opiekowanie się kimś słabszym), rozwinięcie poczucia odpowiedzialności za innych,
- relacja wzajemnego zaufania lub poczucia związku z inną istotą,
- akceptacja (zwierzęta akceptują bez wartościowania),
- rozrywka,
- socjalizacja (szukanie lub cieszenie się towarzystwem innych, umiejętność współdziałania z innymi),
- stymulacja psychiczna - zmniejszenie poczucia izolacji i wyobcowania,
- kontakt fizyczny (w programach przeznaczonych dla ludzi, którzy byli wykorzystani fizycznie lub seksualnie, gdzie dotyk niesie złe skojarzenia; w takich przypadkach możliwość dotknięcia i uściskania zwierzęcia staje się elementem terapii) (7).

Odmiany/typy zooterapii

Hipoterapia

Zgodnie z definicją hipoterapia jest ukierunkowanym działaniem terapeutycznym mającym służyć poprawie funkcjonowania człowieka w różnych sferach życia, podczas którego specjalnie przygotowany koń, stanowi integralną część procesu terapeutycznego. Realizowana

jest przez wykwalifikowanego hipoterapeutę zgodnie z zaleceniami lekarza kierującego na hipoterapię i we współpracy z innymi specjalistami prowadzącymi danego pacjenta (12, 29).

Oddziaływanie hipoterapii obejmuje sfery:

1. fizyczną – poprzez podnoszenie ogólnej sprawności, normalizację napięcia mięśniowego, wykształcanie prawidłowego wzorca chodu, poprawę koordynacji motorycznej, głównie równowagi i poczucia rytmu, poprawę orientacji w przestrzeni i schemacie własnego ciała, stymulację i normalizację czucia głębokiego i powierzchniowego;
2. emocjonalno-motywacyjną – poprzez wzrost motywacji i akceptacji procesu terapeutycznego, zwiększenie poczucia własnej wartości, zmniejszenie zaburzeń emocjonalnych;
3. poznawczą – poprzez stymulację odbioru wrażeń zmysłowych, poprawę percepcji wzrokowej i słuchowej, stymulację uwagi, pamięci, myślenia, mowy, nabywanie i rozwijanie nowych umiejętności;
4. społeczną – poprzez aktywizację psychospołeczną i rozwijanie pozytywnych relacji społecznych (11, 12, 21, 25).

Hipoterapia występuje w kilku formach:

1. fizjoterapia na koniu – jako gimnastyka lecznicza na koniu poruszającym się stępem, mająca na celu usprawnienie ruchowe, prowadzona jest przez fizjoterapeutę lub pod jego kierunkiem;
2. psychopedagogiczna jazda konna i woltyżerka – jako zespół działań jeździeckich, pedagogicznych i psychologicznych podejmowanych

w celu usprawnienia intelektualnego, poznawczego, emocjonalnego i fizycznego; prowadzona jest przez psychologa, pedagoga, terapeutę zajęciowego lub pod ich kierunkiem;

3. terapia poprzez kontaktem z koniem - celem terapii jest nawiązanie kontaktu pacjenta ze zwierzęciem, z otaczającym środowiskiem, z innymi ludźmi, jej istotą jest kontakt pacjenta z koniem i stworzenie sytuacji terapeutycznej, a nie samo dosiadanie konia; prowadzona jest przez psychologa, pedagoga, lekarza psychiatrę lub pod ich kierunkiem;

4. jazda konna dla osób niepełnosprawnych (rekreacyjna i sportowa), która nie stanowi części hipoterapii, ale jest z nią ściśle związana i może mieć aspekt terapeutyczny (12).

Hipoterapii poddawane są najczęściej osoby z następującymi schorzeniami i zaburzeniami rozwoju: 1. dzieci - niedowidzące i niewidome, z zespołami neurologicznymi (mózgowe porażenie dziecięce, stany po urazach czaszkowo-mózgowych, choroby mięśni, choroby i zaburzenia psychiczne); z zespołami ortopedycznymi (wady postawy, skoliozy, stany po amputacji i wady rozwojowe kończyn); z zespołami genetycznymi, np. zespołem Downa, przepukliną oponowo-rdzeniową, z zespołami psychologicznymi (zaburzenia emocjonalne, upośledzenia umysłowe, niedostosowanie społeczne); z opóźnieniem psychoruchowym o nieustalonej etiologii;

2. dorośli – ze stwardnieniem rozsianym, po udarze, po urazach czaszkowo – mózgowych, innych chorobach narządu ruchu na tle neurologicznym i ortopedycznym, chorobach i zaburzeniach psychicznych,

w uzależnieniach, w przypadku patologii społecznych (11, 12, 21, 25). Zespół hipoterapeutyczny tworzą lekarz prowadzący lub konsultujący zespół oraz wykwalifikowany hipnoterapeuta; do współpracy włączeni zostają fizjoterapeuta, psycholog, pedagog, pedagog specjalny, neurolog, ortopeda lub inni specjaliści w zależności od specyfiki problemu pacjenta.

Czas trwania zajęć wynosi średnio 30 minut, a ćwiczenia i pozycje powinny być dobierane w zależności od potrzeb terapeutycznych i wydolności pacjenta, najlepiej po konsultacji z innymi specjalistami prowadzącymi pacjenta.

Za optymalne cechy konia przeznaczonego do hipoterapii uznaje się: koń - wałach, w wieku powyżej 5 lat, przygotowany do pracy w hipoterapii, o rytmicznym, elastycznym, sprężystym chodzie. Koń powinien być zrównoważony, inteligentny, spokojny, przyjazny, ufny, łagodny, cierpliwy, chętny do pracy, posłuszny, tolerancyjny, bez odruchów obronnych na nagłe i niespodziewane bodźce wzrokowe, słuchowe i dotykowe.

Choć nie ma podziału ras koni na hipo i niehipoterapeutyczne, to w Polsce uważa się konie huculski za rasę skupiające najwięcej pożądanых cech (12).

Dogoterapia/kynoterapia

Dogoterapia, znana ostatnio również pod takimi nazwami jak canisterapia oraz kynoterapia, jest formą wspomagającą rehabilitację, psychoterapię oraz edukację z udziałem odpowiednio wyszkolonych

psów. W Polsce dla terapii z udziałem psów używane są nazwy kynoterapia oraz dogoterapia.

Zespół terapeutyczny stanowią wyselekcjonowany, sprawdzony i odpowiednio wyszkolony czworonóg razem ze swoim przewodnikiem.

Celem dogoterapii jest:

1. ujawnienie i odreagowanie negatywnych emocji, poprawa samopoczucia, podniesienie poczucia własnej wartości, identyfikowanie i wyrażanie emocji (wyzwolenie naturalnej potrzeby ekspresji w działaniach, obniżenie poziomu lęku i wzmożonego napięcia mięśniowego);
2. uzyskanie postawy korespondencyjnej w relacjach „człowiek - zwierzę” oraz „człowiek- człowiek” (poprawa komunikacji, integracja grupy, rodziny, zdrowych i chorych);
3. stymulacja rozwoju psychoruchowego;
4. zmiana nieprawidłowych zachowań psychofizycznych (poprawa samopoczucia, zaspokojenie potrzeb emocjonalnych, redukcja zmęczenia);
5. usprawnianie fizyczne (w przypadkach osłabienia, niedowładu mięśni, ograniczenia ruchu w stawach, amputacji kończyn, niewydolności i schorzeń układu krążenia);
6. usprawnianie psychiczne (ułatwienie akceptacji kalectwa lub choroby, dowartościowanie, wiara we własne siły);
7. pomoc w potwierdzeniu lub korekcie diagnozy;
8. trening społeczny – nauka poprawności interakcji społecznych (30).

Główny nacisk w programach zajęć dogoterapeutycznych kła-

dziony jest na aktywizację naturalnych możliwości i predyspozycji każdego człowieka. Zadanie to możliwe jest, przede wszystkim, dzięki ścisłej współpracy zespołu terapeutycznego z lekarzami, psychologami, pedagogami i terapeutami, którzy współtworzą przebieg zajęć, odpowiednio ustalają, klasyfikują priorytetowe cele i weryfikują postępy podopiecznego. Jest to nieodłączna i nieoceniona praca zespołowa z indywidualnym podejściem do każdego uczestnika zajęć.

Dogoterapia może być stosowana do współpracy z osobami niepełnoprawnymi umysłowo i/lub fizycznie, chorymi oraz z ludźmi zdrowymi niezależnie od wieku. Terapia najbardziej efektywna jest w rehabilitacji dzieci, ze względu na "ukrycie" ćwiczeń rehabilitacyjnych w formie zabawy z psem. Daje również efekty w terapii osób chorych, samotnych i starszych. Działanie w tym przypadku przede wszystkim polega na nawiązaniu psychicznej więzi ze zwierzęciem, co przyspiesza leczenie lub ułatwia przejście choroby (14, 18, 28, 30, 32).

Spośród ras psów stosowanych w dogoterapii do najczęściej wykorzystywanych należą Golden Retriever, Labrador oraz Nowofundland. Używane w początkowym etapie doświadczeń z terapią rasy psów północy Alaskan Malamute i Siberian Husky wymagają od przewodnika dużego doświadczenia i konsekwencji w prowadzeniu, gdyż rasy te charakteryzują się dużą niezależnością i związanym z tym zwiększonym ryzykiem zachowań niebezpiecznych, stąd nie są proponowanymi rasami dla nowicjuszy w terapii. Ponadto polecane są również psy rasy Cavalier z uwagi na swój przyjazny charakter oraz

niewielkie rozmiary, które umożliwiają branie na kolana przez dzieci jeżdżące na wózkach inwalidzkich.

Obserwuje się rosnące zainteresowanie dogoterapią ze strony pedagogów, natomiast brak jest wyraźnej inicjatywy ze strony środowiska medycznego w Polsce. Wyjątkiem jest tu Oddział Rehabilitacji dzieci w wieku od 3 do 18 lat będący częścią Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie. Prowadzi on dogoterapię w której uczestniczy pies – owczarek podhalański, obecny na oddziale od pierwszego dnia jego działalności. Pies przebywa na terenie szpitala 24 godziny na dobę - w godzinach nocnych w kojcu zbudowanym na terenie parku. W ciągu dnia, poza okresem, kiedy „wykorzystywany” jest na sali rehabilitacyjnej, chodzi wolno po terenie oddziału.

Dogoterapia w oddziale polega na ułatwieniu kontaktu dzieci (szczególnie tych z głębszymi niepełnosprawnościami) z psem - pomocy przy głaskaniu, układaniu przy i na psie, pobudzaniu do wołania go itp. Zaobserwowano korzystny wpływ na zmniejszenie się napięcia mięśniowego u dzieci. U wszystkich małych pacjentów został przełamany lęk przed kontaktem z psem. Bardzo pozytywne są również opinie rodziców, nawet tych początkowo sceptycznie nastawionych (7).

Obecny rozwój technologii daje możliwość zastąpienia w niektórych przypadkach terapii dziecięcej żywego psa zaawansowanym technologicznie psem robotem (9, 20).

Podczas gdy na świecie dyskutuje się o wadach i zaletach

obecności ojca dziecka przy porodzie, w ostatnich dniach świat obie-gła wiadomość, że władze szpitala w Bristolu zezwoliły na obecność na sali porodowej psa terapeuty – labradora o imieniu Barney, który „wspierał” swoją panią w czasie porodu. Opinie środowiska medycz-nego i społeczeństwa są tu podzielone (46).

Felinoterapia

Felinoterapia jest metodą terapii z udziałem kota. Jest ona przydatna w terapii dzieci niepełnosprawnych (zarówno umysłowo, jak i ruchowo) oraz osób starszych. Ma zastosowanie w przypadku takich chorób jak: nadpobudliwość, ADHD, autyzm, zespół Aspergera, ze-spół Downa, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia lękowe, nieśmiałość i zahamowania społecznie, depresja, choroba Alzheim-e-ra, różne inne choroby psychiczne, uszkodzenia słuchu, uszkodzenia wzroku, dystrofia mięśniowa, artretyzm itp. Zaobserwowano, że kot potrafi w pewien sposób wnikać do izolowanego świata dziecka z autyzmem. Dzieci uspokajają się, rozluźniają i wydają się bardziej otwarte. Kontakt z kotem pomaga im radzić sobie z lękiem, stresem i zdobywać ufność w stosunku do otaczającego je świata. Ma też ko-rzystny wpływ na nawiązywanie łączności z innymi ludźmi, w tym te-rapeutami. Pomaga im okazywać uczucia. Kot staje się w pewnym sensie pomostem między światem dziecka a światem jego rodzica czy innego człowieka. Fizyczny kontakt z kotem (głaskanie, drapanie, przytulanie) stymuluje organizm człowieka do wytwarzania endorfin (hormonów szczęścia). Podobnie dobre efekty daje terapia z dziećmi

wykorzystywanymi seksualnie.

Felinoterapia bywa skuteczna w przypadkach kiedy dogoterapia nie dała pozytywnych rezultatów. Pies dla niektórych jest zbyt głośny, bezpośredni, ruchliwy. Kot zyskuje przewagę swoim spokojem. Kot terapeuta nie może bać się nowych miejsc ani ludzi. Musi być przyzwyczajony do różnych sytuacji takich jak obecność psa, tłum, hałas. Powinien być wyjątkowo ufny, spokojny i lubić głaskanie.

Metoda ta najbardziej popularna jest w Stanach Zjednoczonych, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Australii. Sprawdza się wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej, pacjentów szpitali, w hospicjach. W Stanach Zjednoczonych wprowadzono koty do zakładów resocjalizacyjnych i karnych.

W Polsce terapia z udziałem kotów nie ma jeszcze nawet swojej nazwy. Żargonowo można by ją nazwać „kototerapią” lecz nazwą bardziej odpowiednią jest felinoterapia. Inicjatywę przeniesienia do Polski programów wizyt kotów w placówkach opieki społecznej i domach seniora, przejęła Fundacja Dogtor z Trójmiasta oraz Fundacja Razem Łatwiej z Warszawy (34).

Delfinoterapia

Delfinoterapia (Dolphin-Assisted Therapy, w skrócie DAT), to odmiana animaloterapii, polegająca na poprawianiu zdrowia pacjenta z wykorzystaniem delfina (głównie butlonosa - *Tursiops truncatus*).

Po raz pierwszy delfinoterapia była wprowadzona przez amerykańskiego psychologa Dawida Nathansona w 1978 roku, który stoso-

wał ją u dzieci cierpiących na autyzm, mózgowie porażenie dziecięce oraz zespół Downa. Obiecujące wyniki terapii osiągnięte przez Nathansona były zachętą dla specjalistów z innych krajów do stosowania tej metody. Obecnie na świecie działa wiele ośrodków, które stosują delfinoterapię i prowadzą badania naukowe dotyczące wpływu delfinoterapii na stan zdrowia pacjentów. Szczególnie intensywnie ta metoda jest obecnie rozwijana przez specjalistów ze Stanów Zjednoczonych, Niemiec, Austrii oraz Ukrainy (8).

Najważniejsze walory delfinoterapii to środowisko wodne, w którym ćwiczenia fizyczne są znacznie efektywniejsze, kontakt ze zwierzęciem, który działa motywująco oraz ultradźwięki emitowane przez sonar delfina, które dodatkowo stymulują pacjenta.

DAT występuje w dwóch formach:

1. sam delfin i zabawy z nim jako źródło motywacji dla chorego, do wykonania klasycznych ćwiczeń terapeutycznych, adekwatnych do schorzenia, jako sposób uaktywnienia pacjenta, skupienia jego uwagi i źródło dodatkowych bodźców i przeżyć psychofizycznych;
2. delfin jako „terapeuta”, który wykorzystując zmysł echolokacji i umiejętność emisji ultradźwięków, ma działać w ten sposób leczniczo na pacjenta. Uważa się, że emitowane przez delfiny dźwięki przenikają przez ludzkie tkanki powodując drobne korzystne zmiany w zniszczonych komórkach. Twierdzi się, że delfiny ciekawi u człowieka wszystko, co odbiega od normy, np. protezy czy też nowotwory i tam właśnie wysyłają swoje ultradźwięki być może regenerując chore miejsca.

DAT stosowana może być wśród pacjentów w każdym wieku.

Zalecana jest następujących schorzeniach oraz zaburzeniach rozwoju:

- dziecięce porażenie mózgowe;
- autyzm dziecięcy;
- zespół Downa oraz inne rodzaje patologii genetycznej;
- minimalna dysfunkcja mózgu, albo syndrom braku uwagi z nadpobudliwością;
- zaburzenia funkcjonalne centralnego układu nerwowego;
- upośledzenie umysłowe (oprócz zaawansowanego stopnia), opóźnienie w rozwoju,
- zaburzenia mowy i słuchu;
- neurosensoryczna głuchota;
- neurozy, zespół stresu pourazowego;
- depresje;
- zaburzenia pamięci, dysleksja, dysgrafia (8, 16, 17).

Cykl obejmuje najczęściej od 5 do 10 dni intensywnych ćwiczeń pod okiem fizjoterapeuty (czasami również tresera delfinów) trwających ok. 15– 30 min. W niektórych ośrodkach DAT stosuje się równolegle z innymi rodzajami terapii (terapią rodzinną, arteterapią, treningiem relaksacji) (39, 40, 41).

Na świecie istnieje kilka ośrodków prowadzących delfinoterapię. Każdy z nich pracuje według własnych standardów i metod. Najbardziej znane to Island Dolphin Care (IDC) w Key Largo na Flory-

dzie, Curacao Dolphin Therapy&Research Center, na wyspie Curacao, na Morzu Karaibskim; Dolphin Reef Eilat w Izraelu. W Europie takie ośrodki znajdują się w Niemczech, na Ukrainie, na Litwie (1).

W Polsce opiekunem rodziców i dzieci wyjeżdżających na terapię do IDC na Florydzie jest psycholog i terapeuta Anna Kolan-Zwolińska. Kompleksowo organizacja wyjazdów w okresie wiosenno-jesiennym do delfinarium w Turcji i w okresie zimowym do Meksyku i na Bali zajmuje się Fundacja Dobra Wioska. Fundacja ta realizuje projekt budowy pod Warszawą pierwszego w Polsce delfinarium (33).

Podkreśla się, że przy wyborze ośrodka, oprócz kosztów i odległości, należy brać pod uwagę to w jakich warunkach delfiny są utrzymywane. Istotne jest, aby delfiny miały dużo przestrzeni, pływały w naturalnym zbiorniku wodnym (oceanie, morzu), na otwartej przestrzeni. Przykładem może być „Delfinia Rafa” w Ejłacie w Izraelu, gdzie delfiny żyją nie w basenach a w naturalnej zatoce, pozostają w swoich grupach rodzinnych, żywią się głównie upolowanymi rybami, przejawiają naturalne dla swojego gatunku zachowania, nie są uczone ani zmuszane do cyrkowych sztuczek ani też wynagradzane jedzeniem, a ich udział w sesjach z pacjentami jest dobrowolny i opiera się przede wszystkim na naturalnej ciekawości zwierząt, skłonności do zabawy i międzygatunkowych zachowań społecznych. Zwierzęta same decydują, czy przyplływają do pacjentów i wchodzą z nimi w interakcje (1).

W ostatnich latach poddaje się pod dyskusję rzetelność i trafność wcześniejszych badań dotyczących skuteczności delfinoterapii

(4, 19).

Onoterapia/Asinoterapia

Działanie onoterapii, czyli terapii z udziałem osła, jest podobne do hipoterapii, choć brak jest prac naukowych potwierdzających skuteczność tej metody.

Prekursorem onoterapii był psychoterapeuta Eugenio Milonis. Założył on pierwszy ośrodek we Włoszech, nazywany „Asinomania”. Ratując przed wyginięciem pewien gatunek osła nabył przedstawiciela owego gatunku z czasem powiększając stadko o kilka kolejnych osobników. Obserwując zachowania osłów stworzył nową terapię przeznaczoną początkowo dla dzieci z problemami na tle poznawczym i uczuciowym. Powstałe do tej pory ośrodki w głównej mierze zakładane są przez rodziców dzieci niepełnosprawnych, tak jak np. projekt „Crisalidea”, przygotowany przez Stowarzyszenie Rodziców Dzieci i Dorosłych Niepełnosprawnych (AGEDI), mający na celu wprowadzenie onoterapii w zakres usług rehabilitacyjnych finansowanych przez Lokalny Fundusz Zdrowotny. Projekt Crisalidea skierowany jest do osób mających problemy z poruszaniem się, chodzeniem i kontrolą nad kończynami, miednicą, klatką piersiową. W projekcie biorą udział także przedstawiciele innych zawodów: lekarze, weterynarze, psychologowie i fizjoterapeuci (36).

Podobnie jak hipoterapia metoda ta skierowana jest zarówno do osób niepełnosprawnych fizycznie jak i intelektualnie, w szczególności dla dzieci. Wśród pacjentów wymienia się osoby z problemami z socjalizacją, relacjami ze światem zewnętrznym, dla osób auty-

stycznych, z zaburzeniami osobowości, z depresją. W Europie metodę tę stosuje się w leczeniu dzieci z dysfunkcją wzroku, ADHD, z wadami genetycznymi np. zespołem Downa.

Zajęcia z onoterapii przebiegają dwuetapowo. Pierwszy etap to podobnie jak w hipoterapii, zapoznanie się ze zwierzęciem. Dziecko oswaja się z wyglądem osła, dotyka go, głaszcze, aby wyeliminować lęk przed późniejszym dosiadaniami i wykonywaniem ćwiczeń na jego grzbiecie. Drugi etap polega na dosiadanii osła, przejażdżkach, zabawach ze zwierzęciem.

Osiół jest z natury towarzyski, umiejący zaakceptować bliskość i interakcje z ludźmi, zrównoważony, przewidywalny, niezawodny i wbrew powszechnym opiniom posłuszny, inteligentny i chętny do współpracy. Jednocześnie jest ciekawy świata, odważny, ale przy tym ostrożny. Ma wyjątkowe predyspozycje do uspokajania innych zwierząt. Jest cennym nabytkiem w stajni, jako towarzysz koni, ponieważ pozytywnie wpływa na ich psychikę, np. uspokaja je podczas burzy.

Pomimo naturalnego podobieństwa do konia osioł nie wzbudza lęku,. Jest od niego mniejszy, dosiadanie go jest łatwiejsze, nie wymaga użycia np. podestów czy ramp. Wysokość jeźdźca dosiadającego osła nie wywołuje lęku wysokości. Chód osła jest bardziej statyczny, nie powoduje wstrząsów. Idąc stępą ma proporcjonalnie dłuższy krok, niechętnie przechodzi do klusa, a tylko sporadycznie, gdy nie jest obciążony, do galopu. Węższy grzbiet ułatwia jazdę dziecku, a osła cierpliwość umożliwia wykonywanie różnorodnych ćwiczeń na jego grzbiecie.

Dzięki jego niewielkim gabarytom dzieciom łatwiej jest go przytulić i objąć, a grubsze i bardziej miękkie futro niż u konia dostarcza silniejszych bodźców czuciowych. Osły doskonale zapamiętują powierzone im zadanie i z oślim uporem dążą do jego realizacji. O przydatności osłów do terapii świadczy jeszcze fakt, iż przywiązują się one do człowieka, szczególnie do osób, które przebywają w jego otoczeniu. Okazywanie radości na widok odwiedzających go osób wzbudza pozytywne emocje, nie tylko u osób niepełnosprawnych.

Gabaryty osła będące jego zaletą są jednocześnie wadą, gdyż uniemożliwiają osobom niepełnosprawnym udział w zawodach z elementami woltyżerki, jak ma to miejsce w hipoterapii. Wiele z wymienionych wyżej cech przemawia jednak za wykorzystaniem nie konia, ale właśnie osła, w terapii z udziałem dzieci (21, 42, 43, 44).

W naszym kraju metoda ta nie jest jeszcze tak popularna, jak w innych krajach Europy. Na południu Polski znajduje się jedyny ośrodek prowadzący zajęcia z udziałem osłów od 2005r. Jest to prywatne gospodarstwo rolne umiejscowione na wzgórzu, w odległości 9 km na wschód od Bochni (Brzeźnica, przysiółek Kieбло) (37).

Terapia z udziałem lam

Prowadzona jest przez małżeństwo Niki i Jeff Kuklenski w USA przy współpracy z organizacją międzynarodową Delta Society. Terapia z lamami sprzyja obniżeniu ciśnienia u pacjentów, łagodzi stres, relaksuje, poprawia wzrok i słuch. Lamy mają niezwykle uspakajające spojrzenie; u dzieci cierpiących na ADHD, w psychozach maniakalno-

depresyjnych, nerwicach obserwuje się skokową poprawę zdrowia (27).

Terapia przy udziale słoni

W niektórych krajach na świecie m.in. w RPA i Jerozolimie prowadzi się terapię przy udziale słoni. Psycholog dr Swanepoel w RPA interesujący się możliwością wykorzystywania zwierząt, w szczególności delfinów, w terapii zauważył, że słonie mają wiele cech wspólnych z tymi morskimi ssakami. Są równie inteligentne, czułe, łagodne i opiekuńcze w stosunku do dzieci. Oprócz zalet związanych z samym kontaktem ze zwierzęciem, w przypadku słoni dziecko zyskuje poczucie własnej wartości wzmocnione przez umiejętność poradzenia sobie z tak dużym stworzeniem (45).

Terapia z udziałem małych zwierząt

Wśród małych zwierząt domowych takich jak chomiki, króliki, tchórzofretki, żółwie i papugi, z którymi obcowanie, jak z każdym domowym zwierzęciem wpływa dobroczynnie na nastrój i dobre samopoczucie człowieka, swoje szczególne miejsce zajmuje świnka morska. Obok różnych form zooterapii pojawiła się nowa forma tzw. cavioterapia czyli terapia z udziałem świnek morskich. Jest to jedna z naturalnych metod wspomagania rehabilitacji osób niepełnosprawnych, upośledzonych fizycznie i umysłowo. Można stosować u dzieci z zespołem Downa, porażeniem mózgowym, autyzmem. A także u dzieci i dorosłych przy depresjach, załamaniach nerwowych, mających pro-

blemy z emocjami, zestresowanych i samotnych. Obcowanie ze zwierzęciem małym, łagodnym, puszystym i oddanym człowiekowi jakim jest świnka, dostarcza pozytywnego ładunku emocjonalnego, przełamuje stresy, stymuluje rozwój zmysłów i postrzegania (38).

Terapia z udziałem rybek akwariowych

Poprzez jednostajne poruszanie się, rybki akwariowe działają kojąco na psychikę człowieka. Obserwuje się u pacjentów obniżenie ciśnienia, zwolnienie tętna. Samo oglądanie akwarium, nawet na ekranie, zmniejsza strach i obawy małych pacjentów przed wizytą u stomatologa. Terapię z rybkami poleca się przede wszystkim pacjentom z zaburzeniami psychicznymi, obłożnie chorym, starszym (2, 6, 13).

Podsumowanie

Terapia z udziałem zwierząt na świecie rozwija się bardzo dynamicznie. Obecnie tematyka prac naukowych koncentruje się na badaniach dotyczących:

- wpływu zwierząt na dzieci i dorosłych z zaburzeniami osobowości, chorobami somatycznymi i psychicznymi, upośledzeniem umysłowym;
- traumy po stracie zwierzęcia;
- wpływu zwierząt na rozwój psychiczny człowieka;
- komunikacji człowiek – zwierzę.

Zaangażowanie teoretyczne i praktyczne środowisk nauko-

wych, korzystanie z doświadczeń zagranicznych ośrodków, organizacja sympozjów i konferencji, wymiana doświadczeń dałaby możliwość uzasadnienia podejmowanych działań z zakresu zooterapii w rzetelnych, opartych na zasadach EBM, badaniach naukowych.

Mimo zalet zooterapii należy jednak pamiętać, że stanowi ona jedynie uzupełnienie pozostałych terapii, jakim poddawany jest pacjent. Kontakt ze zwierzęciem przyspiesza proces terapii, ułatwia terapię nawiązanie kontaktu i wyzwala spontaniczną aktywność pacjenta, nie zastąpi jednak leczenia i rehabilitacji w ich podstawowych formach.

Streszczenie

Terapie z udziałem zwierząt w sposób świadomy i nieświadomy stosowano przez wieki. Ten typ terapii jest obecnie coraz bardziej popularny. Celowym wydaje się przedstawienie najpopularniejszych terapii z udziałem zwierząt wykorzystywanych w Polsce, są to hipoterapia (kontakt z koniem) i dogoterapia (kontakt z psem). Warto też wspomnieć również o mniej znanych odmianach stosowanych na świecie, jak chociażby: onoterapia (kontakt z osłem), delfinoterapia, felinoterapia (kontakt z kotem), czy też terapia z udziałem lam, słoni, małych zwierząt domowych, a nawet rybek akwariowych.

Prowadząc zooterapię można osiągnąć cele terapeutyczne w zakresie funkcji psychomotorycznych oraz w obrębie sfery emocjonalnej. Pamiętać jednak należy, że nie zastąpi ona leczenia i rehabilitacji w ich podstawowych formach.

Piśmiennictwo

1. *Banasiak J.*: Problematyka dobrostanu delfinów butlonosych przetrzymywanych w niewoli, Wydawnictwo SWPS. Warszawa 2007.
2. *Barker S.B., Rasmussen K.G.*: Effect of aquariums on electroconvulsive therapy patients, *Anthrozoös* 2003; 16,3: 229-240.
3. *Bauer Z., Leszkiewicz A.*: Wielka Księga Świętych, T. III, Wydawnictwo Pinnex. Kraków 2003.
4. *Brensing K., Linke K., Todt D.*: Can dolphins heal by ultrasound?, *Journal of Theoretical Biology* 2003; 225,1: 99–105.
5. *Czerwińska M.*: Terapia z udziałem psa w kontekście historycznym i współczesnym. [w] *Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa*, *Włodarczyk-Dudka M.* Wydawnictwo Drwęca. Ostróda 2007.
6. *DeSchraver M, Riddick C.*: Effects of watching aquariums on elders' stress, *Anthrozoös* 1990; 4:44-48.
7. *Filozof J.*: Dogoterapia? Co to jest?, Wydawnictwo Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Upośledzonych Umysłowo. Jarosław 2004.
8. *Grabczan D.*: Zasadność terapii kontaktowej ludzi z udziałem delfinów butlonosych. Wydawnictwo SWPS. Warszawa 2008.
9. *Grossberg S., et al.*: Social cognition: from babies to robots, *Neural Networks* 2010; 23,8/9:939-1134.
10. *Hagner-Derengowska M., Sebastian J., Kitsche E.*: Animal therapy as method of development stimulation and aid for therapy and education in children with problems. [w] *Heath – the proper functioning of man in all spheres of life.* *Kalisz Z., Hagner-Derengowska M., Żukow W.* Wydawnictwo BSW. Bydgoszcz 2012, vol. II, s. 107-121.
11. *Heipertz-Hengst Ch.*: Jazda konna dla osób niepełnosprawnych. PWRiL. Warszawa 1997.
12. *Kanony Polskiej Hipoterapii.* Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego 2007. www.pthip.org.pl [data dostępu: 5.03.2013]
13. *Kidd AH., Kidd RM.*: Benefits, problems, and characteristics of home aquarium owners. *Psychological Reports* 1999; 84,3:998-1004.
14. *Kulisiewicz B.*: Witaj piesku! Dogoterapia we wspomaganianiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, Wydawnictwo IMPULS. Kraków 2007.
15. *Lipińska J., Marciniak M.*: Mitologia starożytnego Egiptu, Wydawnictwo PWN. Warszawa 2002.
16. *Lukina LN. et al.*: New approaches to the problem of rehabilitation of children from ecologically unfavorable zones using dolphin therapy, *Medichna reabilitsatsiya, kurortologiya, fizioterapiya* 2001; 3,27:10-14.
17. *Lukina LN.*: Psychotherapy in the system of treatment, rehabilitation and social adaptation of people with the participation of dolphins. *Vestnik fizioterapii i kurortologii* 2000; 2:33-36.
18. *Machoś-Nikodem M.*: Dogoterapeutyczny program polisensorycznej stymulacji porozumiewania się. Poradnik dla logopedów, dogoterapeutów i nauczycieli wykorzystujących terapię kontaktową w pracy z dziećmi z dysfunkcjami rozwojowymi. Wydawnictwo CMPP. Warszawa 2007.

19. *Marino L., Lilienfeld S.O.*: Dolphin-Assisted Therapy: more flawed data and more flawed conclusions. *Anthrozoös* 2007; 20,3:239 – 249.
20. *Melson GF. et al.*: Children's behavior toward and understanding of robotic and living dogs, *Journal of Applied Developmental Psychology* 2009; 30: 92-102.
21. *Palmowska K.*: Hipoterapia i onoterapia we wczesnej pomocy dzieciom niepełnosprawnym, Wydawnictwo Akademia Pedagogiczna. Kraków 2007.
22. *Pawlik-Popielarska B.M.*: The impact of kynotherapy in handicapped children. *Acta Neuropsychologia* 2010; 8,1:26-37.
23. *Serpell J.*: W towarzystwie zwierząt, PIW. Warszawa 1999.
24. *Skibicka G.*: Mitologie Świata - Ludy Mezopotamii, Wydawnictwo Rzeczpospolita. Warszawa 2008.
25. *Straus I.*: Hipoterapia. Neurofizjologiczna gimnastyka lecznicza na koniu. Wydawnictwo Fundacja Na Rzecz Rozwoju Rehabilitacji Konnej Dzieci Niepełnosprawnych „Hipoterapia”. Kraków 1996.
26. *Szumowski W.*: Historia medycyny filozoficznie ujęta. Wydawnictwo Marek Derewiecki. Kęty 2008.
27. *Turnbull J., Kuklenski N.*: Delta Society Hosts Leaders from Botswana, South Africa. *The Camelid Quarterly* 2008, 6.
28. *Włodarczyk-Dudka M. (red.)*: Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Fundacja Dogtor. Gdynia 2006.
29. American Hippotherapy Association www.Americanhippotherapyassociation.org 30. Assistance Dogs Europe www.assistedogseurope.org
31. Delta Society www.deltasociety.org
32. Fundacja Ama Canem www.dogoterapia.org.pl
33. Fundacja Dobra Wioska www.dobrawioska.org
34. Fundacja Dogtor www.dogtor.eu
35. Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne www.pthip.org.pl
36. Stowarzyszenie Rodziców Dzieci i Dorosłych Niepełnosprawnych www.agedi.it
37. www.bochniaparlament.com
38. www.cavioterapia
39. www.dolphinassistedtherapy.com
40. www.dolphinsswim.net
41. www.islanddolphincare.org
42. <http://www.unasinoperamico.it/onoterapia.htm> [data dostępu: 15.03.2013]
43. http://www.psicologiaoggi.it/index.php?cmd=articolo_vis&id=158html [data dostępu: 15.03.2013]
44. <http://www.tratteraeciolo.it/giornale/leggi.php?id=353html> [data dostępu: 15.03.2013]
45. <http://www.equine-therapy-programs.com/elphant-assisted-therapy.html> [data dostępu: 6.04.2013]
46. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2268031/Fury-maternity-ward-allows-pregnant-woman-bring-dog-watch-hour-birth.html#comments>, Dogoterapia na porodówce – absurd czy słuszną ideą? [data dostępu: 01-02-2013]

Praca zawiera 45 930 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

EWOLUCJA WIZERUNKU I POSTAW WOBEĆ LUDZI W PODESZŁYM WIEKU W STAROŻYTNOŚCI. ASPEKTY HISTORYCZNE I WYCHOWAWCZE

Żaneta Skinder^{*}, Dorota Rogala^{*}
Aleksandra Harat^{**}

^{*}Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia

^{**}Zakład Medycyny Zapobiegawczej
i Zdrowia Środowiskowego

Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu

Collegium Medicum im L. Rydygiera

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

z.skinder@cm.umk.pl

Starość to naturalny etap w życiu każdego człowieka, który często wywołuje strach i niepewność. Wiąże się bowiem z upływem czasu i stopniową utratą sprawności psychofizycznej. Zjawisko to może mieć wymiar jednostkowy i społeczny, odnosi się bowiem równocześnie do człowieka i społeczności. Starzejący się człowiek jako istota najwyższej stojąca na czele ekosystemu, najdotkliwiej odczuwa skutki procesów przemijania (samotność, chorobę, utratę sprawności i godności). Na wizerunek starości ciągle mają wpływ stereotypy związane ze stałym już od wieków lękiem przed śmiercią, który może wzmacniać obecnie silnie utrwalony w przekazach medialnych mit młodości.

Człowiek stary kojarzony jest ze złym stanem zdrowia, niesamodzielnością, osamotnieniem, rezygnacją z aktywności, nieatrakcyjnością fizyczną i intelektualną, dezaprobatą zmian i nabywania nowych umiejętności czy wiedzy. Efekty te znacznie dotkliwiej odczuwają kobiety, w ich mniemaniu czyniąc je fizycznie nieatrakcyjnymi¹. Ze starością kojarzy się wizerunek człowieka o pochylonej sylwetce podpartej laską, o siwych włosach, nieporadnego i niepotrafiącego znaleźć się w nowoczesnym świecie i w zbyt dużym stopniu absorbującym uwagę otoczenia.

Osoby starsze były bardziej szanowane wśród prehistorycznej społeczności niż w obecnych czasach co mogło wynikać z niewystarczającej wiedzy starożytnych. Szczególnie długowieczność była swoistą rzadkością i niezrozumiałym przez wielu zjawiskiem. Osiągnięcie znacznie zaawansowanego wieku przypisywano nawet siłom wyższym. W okresach, kiedy dana grupa lub plemię nie musiało walczyć o przetrwanie osoby starsze zajmowały w nich ważną pozycję. Czczono je i obdarzano szacunkiem jako pośredników pomiędzy światem realnym a nadprzyrodzonym, który budził lęk i niepokój młodszej społeczności. Większość szamanów i kapłanów było w podeszłym wieku, co wzbudzało jeszcze większy autorytet wśród potrzebującej ich pomocy społeczności². Z kolei w innych plemionach seniorów ota-

¹ A. Chabiera, B. Tokarz-Kamińska, Wizerunek starości i człowieka starego. Postawy wobec starzenia się społeczeństw [w] Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje, Warszawa 2012, s. 124.

² G. Minois, Historia starości. Od antyku do renesansu, tłum. Marczevska K., Wydawnictwo Marabut, Warszawa 1995, s. 20.

czano szacunkiem za ogromną wiedzę i pamięć plemienia, nabytą również od przodków. Wykorzystując mądrość i wiedzę pełnili oni role wychowawców i sędziów rozstrzygających spory członków ich społeczności. Na przykład w plemieniu *Ashanti* z afrykańskiej Ghany starcy przekazywali wiedzę, a poprzez opowieści i rady edukowali dzieci i młodzież. Pozwalali jednocześnie, aby dzieci traktowali ich jak zabawki. Starcami nazywano wszystkich władców i osoby, które pełniły ważne funkcje w plemieniu. W Afganistanie uważano, że mądrość i doświadczenie wynikają z posiadanej brody i siwego koloru włosów. Osoby pełniące role patriarchów czy sprawujące władzę musiały te cechy posiadać. Rada Starszych jest chyba jedną z najbardziej znanych instytucji we wszystkich kulturach o tradycji mówionej³. W niektórych społecznościach także kobiety osiągnąwszy lub przekroczywszy pewien wiek otrzymywały uprzywilejowane stanowiska. W plemieniu *Lembów* kobiety po menopauzie bywały często uprawnione do zasiadania w męskim kręgu. Mogły decydować o sprawach plemienia, zajmując prawą stronę chaty przeznaczoną tylko i wyłącznie dla mężczyzn⁴.

W mezopotamskim społeczeństwie za czasów III dynastii Ur w 2113-2006 p.n.e. rodzina stanowiła najważniejszą komórkę społeczną, na czele której stał ojciec i matka. Jak w większości żyjących wtedy kultur, dzieci musiały podporządkować się woli i decyzji rodziców. Decydowali oni na przykład o wyborze młodej panny na przyszlą

³ G. Minois, op. cit., s. 20.

⁴ G. Minois, op. cit., s. 21.

żonę dla syna. Jeśli w przyszłości potomek chciał przejąć majątek musiał poddać się całkowicie woli rodzicielskiej. Syn stawał się spadkobiercą dopiero po śmierci rodziców⁵. Inną grupą osób starszych, z których zdaniem liczyła się cała społeczność była grupa zaklinaczy czy egzorcystów nazywanych *Ašipu*. Chorobę w tamtych czasach traktowano jako działania złych i nadprzyrodzonych mocy. Ich zadaniem było zdiagnozowanie i usuwanie nadprzyrodzonych przyczyn chorób. Dopiero po zakończonych przez czarownika obrzędów, sporządzeniu eliksiru i wypędzeniu ducha odpowiedzialnego za chorobę przyprowadzano lekarza ze środkami przeciw danemu schorzeniu⁶. W Anatolii, wśród zbiorowości hetyckiej najprostsze nawet sprawy rozstrzygała rada starszych złożona z wybranych mieszkańców. Zadaniem jej było szczegółowe rozpatrywanie sprawy i wydawanie wyroków. Ojciec nadal pełnił rolę głowy rodziny, do której należało inicjowanie małżeństw oraz uczestnictwo w wymianie posagów między rodzinami przyszłych małżonków⁷.

Jednak w starożytnej historii nie zawsze obdarzano seniorów najwyższym szacunkiem i opieką. Niedołężność bywała częściej uważana, niż nieliczne pozytywne cechy wieku podeszłego. W społeczeństwie, które ciągle musiało walczyć o pożywienie brakowało miejsca dla osób, które w wyniku upośledzenia stanowiły obciążenie. Jed-

⁵ D. Arnaud, *Starożytny Bliski Wschód. Od wprowadzenia pisma do Aleksandra Wielkiego*, PWN, Warszawa 1982, s. 65.

⁶ S. Koźluk, *Magia i medycyna w starożytnej Mezopotamii* [w:] Mrozewicz L. (red.), *Starożytność w wielu perspektywach. Materiały Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej*, Oficyna Wydawnicza Epigram, Bydgoszcz 2006, s. 17-18.

⁷ D. Arnaud, op. cit., s. 150.

nostki te były eliminowane przez najbliższą rodzinę lub same się usuwały. Wśród ludów tureckich i mongolskich szanowano tylko tych starców, którzy byli sprawni i umieli sobie sami poradzić, niedołężnych i chorych pozostawiano lub zabijano. Indianie *Siriono* z Puszczy Boliwijskiej i znad jeziora Winnipeg poświęcali starsze osoby rytualnej ofierze. Natomiast w Dalekiej Północnej Syberii w okresach niedostatku i głodu, starcy, którzy nie zdołali niczego już upolować, w porozumieniu z całą społecznością sami odbierali sobie życie. Zachowanie ich miało charakter racjonalny i było wynikiem chęci pomocy w odciążeniu i tak głodującej już społeczności. Osoba, która dostała pozwolenie na samobójstwo siadała na ziemi i zamarzała lub też szła przed siebie aż do wyczerpania sił⁸.

Chęć przejęcia władzy i tronu stawiała się jedną z najczęstszych przyczyn nienawiści do starych ojców i patriarchów. Można by mnożyć przykłady, w których ojcowie stawali się ofiarami pragnieniom władzy swoich synów. Przykładem jest *Sin-ahe-eriba* władca asyryjski, który został brutalnie zamordowany w wyniku intrygi własnej żony i synów⁹. Postawy wobec starszych osób zależały w dużym stopniu od zasobności danego społeczeństwa. Można założyć, że zachowania i postawy wobec starości są wprost proporcjonalne do wielkości dóbr danej zbiorowości. Życie w skrajnej nędzy pozbawia etycznych zachowań wobec starszego i niezaradnego człowieka. W państwie Inków starzec wypełniał narzucone mu przez społeczeństwo role. Było to państwo

⁸ G. Minois, op. cit., s. 21.

⁹ D. Arnaud, op. cit., s. 281.

typu totalitarnego, w którym panowała precyzyjna organizacja państwa i podział obowiązków. Każda jego jednostka społeczna musiała posiadać pożyteczne zajęcie, które dostosowane było do jej możliwości. Społeczeństwo to nie odrzucało jednostek starych, wzamian za utrzymanie wyznaczało im zadania, w tym np. zbieranie chrustu, przepędzanie ptaków z pól i splatanie postronków. Co pięć lat dokonywano spisu ludności, podczas którego przypisywano ich do odpowiedniej kategorii wiekowych: „starców dobrze się jeszcze trzymających”, „bezzębnych”, „niedosłyszących”, „starców, którzy zajmują się tylko jedzeniem i spaniem oraz „jeszcze bardziej wiekowych”. W prekolumbijskim społeczeństwie seniorzy pełnili także funkcję przechowywania zbiorów tradycji i kultury, w tym wiadomości, podań i legend, równolegle pełnili rolę doradców panujących władców. Stanowili też część otoczenia następcy tronu podczas jego podróży po własnym państwie, w celu poznania potrzeb podwładnych. Ponieważ każdy obywatel tego państwa miał przypisaną rolę, również kobiety pełniły funkcję pielęgniarek i akuszererek. Gmina miała obowiązek utrzymywania starców pochodzących z ludu. Do młodszych chłopów należało bezpłatne uprawianie ziemi należącej do jej starych mieszkańców, a państwowe magazyny musiały dostarczać im ziarna. Na inkaskie społeczeństwo poniżej 50. roku życia narzucono podatek w postaci obowiązkowej pracy przy wytwarzaniu odzieży i obuwia dla jej starszych społeczności¹⁰.

¹⁰ G. Minois, op. cit., s. 23.

Z kolei dwór faraona składał się z całego sztabu urzędników. Do tego niedużego kręgu należeli tylko zaufani doradcy, zwani dostojnikami. Byli to ludzie wyróżniający się szczególnie długoletnią służbą. Król finansował doradcom pobyt na dworze, najwybitniejszym zaś ofiarowywał prawo do otrzymania grobu wraz z umeblowaniem. Za osiągnięcia otrzymywali również inne zaszczytne tytuły, w tym *Królewski Przyjaciel* lub *Jedyny Przyjaciel*. Doradcom powierzano także pełnienie innych funkcji, w tym *Strażnika Tajemnicy Królewskiego Domu* (tzn. dozorczy klejnotów królewskich) i *Strażnika Tajemnicy Wszystkich Królewskich Wypowiedzi*. Ten ostatni miał obowiązek wysyłania urzędowych zaproszeń na audiencję u faraona¹¹, który w sprawach państwowych opierał się na informacjach wezyra, którym najczęściej była osoba starsza. Sprawował on też zazwyczaj funkcję najwyższego sędziego. WXVIII w. p.n.e. każde miasto miało radę starszych nazywaną *Saru* (w czasach Starego Państwa Egipskiego), później nazywaną *Kenbet*, które było ciałem doradczym. Wyrażało zgodę sądom na sprawowanie nadzoru policyjnego i nakładanie kar. Wielki *Kenbet* zajmował się rozpatrzeniem wszystkich poważnych zdarzeń. Sąd wezyra był najwyższym trybunałem wyrażającym ostateczne decyzje¹². Mimo wysokiej hierarchii społecznej również takie osoby jak wezyr doświadczały goryczy starości. Przykładowo potwierdzał to *Ptah-hotep* wezyr faraona Isesi z V dynastii (2450 r. p.n.e.)

¹¹ J. E. Manchip White, *Starożytny Egipt*, Wydawnictwo Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk, s. 59.

¹² J. E. Manchip White, op. cit., s. 56.

w ten sposób opisując stan starości: „(...) *Słabnie on z każdym dniem; wzrok mu się pogarsza, uszy przestają słyszeć, opuszczają go siły, serce nie zna spoczynku, ustna milkną i cichną. Jego umysł jest coraz bardziej ograniczony; dziś nie może sobie przypomnieć tego, co było wczoraj. Bołą wszystkie kości. Zajęcia, które dawniej sprawiały mu przyjemność, teraz wykonuje z wielkim trudem; zanika zmysł smaku*”¹³.

W starożytnym Egipcie ojciec ponosił odpowiedzialność za wychowanie dzieci i za przystosowanie ich do życia. Dzieci w zamian były zobowiązane do bezwzględnej uległości. W pogrzebowych inskrypcjach chwalono się więc, że pochowany był: „*kochany przez ojca, chwalony przez matkę i lubiany przez braci i siostry*”¹⁴. Posłuszeństwo starym rodzicom było jedną z pożądanych cnót, które pozwalały na przejście zmarłego do lepszego świata.

Na Dalekim Wschodzie uważano, że starość jest chorobą wywołaną brakiem równowagi w ciele człowieka dwóch przeciwstawnych pierwiastków – „*yin i yang*”. Według *Kanonu medycyny żółtego Cesarza Huang-Ti*¹⁵ długość życia człowieka jest uzależniona od zachowanej równowagi pomiędzy pierwiastkami. Zakłócenia w naturalnym funkcjonowaniu powodują przyspieszenie procesu starzenia¹⁶. Wiedzę o długowieczności zapisaną w tym dziele medycznym wykorzystuje

¹³ G. Minois, op. cit., s. 26.

¹⁴ J. E. Manchip White, op. cit., s. 119.

¹⁵ Jedno z najważniejszych klasycznych dzieł taoizmu spisywanego już od IV w p.n.e. Jego autorstwo przypisuje się Żółtemu Cesarzowi - Huang Di.

¹⁶ G. Minois, op. cit., s. 27.

się też współcześnie. Ten klasyczny wytwór *taoizmu* jest również czołowym traktatem medycznym tradycyjnej medycyny chińskiej. Według zawartych w nim zapisów, życie jest całością powstałą ze wzajemnego oddziaływania składających się na nie zjawisk, a dostosowanie się do naturalnych prawa rządzących całym wszechświatem pozwoli na utrzymanie zdrowego życia także w okresie starości. Starość dla wielu ludów stanowiła przedmiot najwyższego zainteresowania, podobnie jak poszukiwanie sposobu na odmłodzenie. Pragnienie przedłużenia pięknego okresu młodości odzwierciedlało się w przeprowadzanych obrzędach i rytuałach odprawianych przez wielu, którzy chcieli utrzymywać w społeczeństwie wiarę w moce zatrzymywania procesów starzenia.

W Starym Testamencie, które zostało spisane między IX a I wiekiem przed narodzeniem Chrystusa, przedstawiono starzenie Hebrajczyków. Znajdujące się w nim zapisy uwzględniają stopniowe zmiany ich początkowo wysokiej pozycji, w tym procesy deklasacji i pauperyzacji. W okresie koczownictwa podstawową ich organizacją było plemię, którego członkowie wywodzili się od jednego przodka. Rodziny jednoczyły się w klany, na czele których stali starsi członkowie. Patriarchalna organizacja społeczności hebrajskiej dawała najstarszemu w rodzinie pełną władzę nad dziećmi i żoną. Ojciec mógł skazać syna lub córkę na opuszczenie własnego plemienia¹⁷. W Biblii starość jest przedstawiona jako pełnia życia oraz jako wyraz szacunku

¹⁷ D. Arnaud, op. cit., s. 227-228.

dla osób starszych. Pismo Święte w czwartym przykazaniu Dekalogu nakazuje szacunek i przykładowy stosunek dzieci do rodziców: *”Czcij ojca twego i matkę twoją, abyś długo żył na ziemi, którą Pan, Bóg twój, da tobie”*¹⁸. Bóg za pośrednictwem Mojżesza nakłada na dzieci obowiązek godnej opieki i właściwego traktowania starszych. Ci, którzy tego nie czynią poniosą srogą karę, bo: *„Przeklęty, kto gardzi swoim ojcem lub matką(...)”*¹⁹. Od młodego pokolenia wymagano bezwzględnego posłuszeństwa wobec rodziców, ich opieki i wspierania w starości oraz okazywania im szacunku do śmierci²⁰: *„Synu, wspomagaj swego ojca w starości, nie zasmucaj go w jego życiu. A jeśli by nawet rozum stracił, miej wyrozumiałość, nie pogardzaj nim, choć jesteś w pełni sił. Miłosierdzie względem ojca nie pójdzie w zapomnienie, w miejsce grzechów zamieszka u ciebie”*²¹.

Biblia stanowi źródło, w którym ludzie starzy stanowią filar każdej rodziny i narodu izraelskiego. Ojciec to osoba, z której zdaniem liczą się nawet najwięksi przywódcy. W Biblii możemy znaleźć przykład, gdzie o błogosławieństwo starego i niedowidzącego już ojca Izaaka ubiegali się dwaj jego synowie: Jakub i Ezaw. Błogosławieństwo oznaczało również uczynienie syna pierworodnym i tym samym uprawniało go do dziedziczenia majątku. Jakub jako drugi syn podstępnie podając się za Ezawa wymusił ojcowskie błogosławieństwo,

¹⁸ Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Księga Wyjścia (Wj 20,12).

¹⁹ Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Księga Powtórzonego Prawa (Pwt 27,16).

²⁰ Ks. Mołka J., „Starość w Biblii”, Tygodnik Niedziela nr 47/2012, s. 44.

²¹ Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Mądrość Syracha (Syr 3,12-14).

stając się tym samym prawowitym spadkobiercą²².

Bez rady najstarszych nawet Mojżesz nie podejmował istotnych decyzji. Przemawiający do niego z ognistego krzewu Bóg nakazuje mu zwołać radę starszych Izraela. Kiedy na pustyni uderza w skałę również towarzyszą mu członkowie klanu. Utworzenie takiej rady zostało opisane w Księdze Liczb i zostało odczytane jako inicjatywa Boża: *„Wtedy rzekł Pan do Mojżesza: Zwołaj mi siedemdziesięciu mężów spośród starszych Izraela, o których wiesz, że są starszymi ludu i nadzorcami (...) Ja zstąpię i będę z tobą mówić; wezmę z ducha, który jest w tobie, i dam im, i będą razem z tobą dźwigać ciężar ludu (...)”*. Starsi ludzie zostali zatem obdarzeni duchem Świętym i jako wybrańcy powołani do wypełniania świętej misji, pełniąc rolę przewodników narodu hebrajskiego²³. Przyjęta władza jest potężna i daje im przywileje, w tym składania ofiar za popełnione grzechy: *„Jeżeli (...) cała społeczność Izraela zawini przez nieuwagę (...) zgromadzenie przyprowadzi przed Namiot Spotkania młodego cielca jako ofiarę przebłagalną. Starsi społeczności włożą ręce na głowę cielca przed Panem, i ten cielec będzie zabity przed Panem”*²⁴. Uprawniono ich do wydawania wyroków, w tym ukamienowania nieposłusznego wobec rodziców syna – *„Jeśli ktoś będzie miał syna nieposłusznego i krnąbrnego, nie słuchającego upomnień ojca ani matki, (...), ojciec i matka pochwyć go, zaprowadzą do bramy, do starszych miasta,*

²² Z. Kosidowski, *Opowieści biblijne*, ISKRY, Warszawa 1972, s. 65-66.

²³ G. Minois, op. cit., s. 38.

²⁴ Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Księga Kapłańska (Kpł 4,1-4,4).

*i powiedzą starszym miasta: "Oto nasz syn jest nieposłuszny i krnąbrny, nie słucha naszego upomnienia, oddaje się rozpuście i pijaństwu". Wtedy mężowie tego miasta będą kamienowali go, aż umrze*²⁵. W przedstawionym opisie zaznaczono również wagę rodziców, którzy mają prawo egzekwować posłuszeństwo dzieci mimo, że te są już dorosłe. Rada starszych pełniła powinność sędziów w przypadku zabójstw lub gdy mąż oskarżał żonę o brak dziewictwa w chwili ślubu, czy też kiedy mężczyzna nie chciał poślubić żony swego zmarłego brata. W czasach wojny pełnili też funkcje wojskowe towarzysząc w wyprawach wojennych²⁶. Częściej pełnią jednak role doradców przy przywódcach, których antagoniści próbują przeciągnąć na swoją stronę w celu podkreślenia słuszności głoszonych poglądów. Długowieczność była uważana za dar od Boga, który upodobał sobie danego śmiertelnika. Starsi ludu stanowili pomost między przeszłością a przyszłością, jako świadkowie odległych czasów. Przekazywali następnym pokoleniom legendy a lud Izraela szczególnie chętnie otaczał szacunkiem swych seniorów, którzy pamiętali czasy podboju. W Księdze Mądrości Syracha odnajdujemy słowa skierowane do dzieci, a nakazujące szacunek i okazywanie miłości starszym: *„Kto czci ojca, zyskuje odpuszczenie grzechów, a kto szanuje matkę, jakby skarby gromadził. Kto czci ojca, radość mieć będzie z dzieci, a w czasie modlitwy swej będzie wysłuchany. Kto szanuje ojca, długo żyć będzie, (...).Czynem i słowem czcij ojca swego, aby spoczęło na tobie jego błogosławień-*

²⁵ Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Księga Powtórzonego Prawa (Pwt 21,18-21).

²⁶ G. Minois, op. cit., s. 38.

*stwo. Albowiem błogosławieństwo ojca podpira domy dzieci, a przekleństwo matki wyrwaca fundamenty*²⁷.

Zgodnie z zapisami Biblii, Mojżesz miał ponad 80 lat (podobnie inni przywódcy jak Aaron i Jozue), kiedy po raz pierwszy ukazał mu się Bóg i podjął misję uwolnienia Izraelitów z niewoli Egipcjan²⁸. Do końca swojego życia był pełen sił i sprawności intelektualnej, bo *„W chwili śmierci miał (...) sto dwadzieścia lat, a wzrok jego nie był przyćmiony i siły go nie opuściły”*²⁹. Z czasem jednak stosunek do osób starszych zaczął się zmieniać, ich autorytet malał, a lud żądał aby państwem zarządzili pełni sił przywódcy. Na przykład Samuel na prośbę rady starszych Izraela miał ustanowić nowego króla, gdyż uważano, że jest za stary, aby dalej rządzić państwem. Gdy uznał, że wszystkie siły go opuściły i nie jest w stanie dobrze rządzić państwem ustanowił sędziami swych synów.

Stopniowo szacunek jakim cieszyli się seniorzy zaczął maleć, nie pełnili już takich ról jak za czasów Mojżesza. Rada starszych nie była już piastowana przez osoby stare, przykładowo w IV wieku prorok Joel przepowiada, że prorocтво nie będzie darem tylko starych, ale także młodzieńcy dostąpią tego zaszczytu³⁰. Apostołowie choć ustanawiają starszych przewodniczącymi gmin chrześcijańskich, równocześnie nakazują im udzielania namaszczenia chorym i wypasania bydła. W społeczności hebrajskiej, od piątego wieku, zmniejsza się ro-

²⁷ Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Mądrość Syracha (Syr 3,3-9).

²⁸ Z. Kosidowski, op. cit., s.141-143.

²⁹ G. Minois, op. cit., s. 39.

³⁰ G. Minois, op. cit., s. 46.

la osób starszych, tracą władzę polityczną i sędowniczą. Niedogodności starości opisano też w Księdze Hioba, który sam jest stary podobnie jak jego rozmówcy. Uważają oni, że wiek jest wystarczającym argumentem, aby zostać mędrce. Jednocześnie młodzi wyśmiewają się ze starych, podważają ich autorytet i udzielają im pouczeń³¹. Przeobrażenia państwa żydowskiego okazały się niekorzystne w następstwach dla wizerunku starości. Ustrój monarchiczny wprowadził nowe zmiany, gdzie tylko poprzez szacunek pozwalano starcom się wypowiadać w niektórych kwestiach, jednak decyzje i tak podejmowali młodszy. W państwie instytucjonalnym rządzone przez kapłanów zanikł całkowity kult starości, starcy nie mieli już zagwarantowanego bezpieczeństwa socjalnego, zanikł też ich autorytet.

W czasach mitologii greckiej utrzymywano, że „Starość” jest córką Nocy (bogini ciemności), wnuczką Chaosu i siostrą Przeznaczenia, Śmierci, Nędzy, Snu i Pożądliwości. Jej siedziba znajdowała się w przedsionku Piekła, gdzie wspólnie sąsiadowała z Trwogą, Głodem, Chorobą, Nędzą, Znużeniem i Śmiercią. Wielu bohaterów mitologii doświadczyło kary stając się starym i niedołężnym. Przykładowo Zeus, który w zemście za podarowany przez Prometeusza ludziom ogień posłał Pandorę, aby ta rozsiała pomiędzy nimi choroby prowadzące do starości. Również Titonos, który otrzymał od bogów nieśmiertelność, tak się *„pomarszczył i skurczył”*, że zamieniono go w świerszcza. Bohaterowie przedstawieni w mitologii często utwier-

³¹ G. Minois, op. cit., s. 47.

dzali w przekonaniu, że mieszkańcy Olimpu nie znosili starców, często pozbawiając ich życia lub w najlepszym wypadku skazywali na wygnanie a walka Olimpijczyków z Tytanami jest metaforą zwycięstwa młodego pokolenia nad starym³².

Jeszcze przed Homerem przodkowie Greków pokonawszy Bałkan osiedlali się w niewielkich grupach. Ród (*genos*) stanowił najważniejszy filar, na czele którego stał wybierany przez społeczność naczelnik (*basileus*). Kiedy rody łączyły się w celu rozwiązania jakiegoś problemu powstawały pobratymstwa (*fratrie*), na czele których także stali naczelnicy. Najwyższą hierarchią odznaczało się plemię (*fyła*), któremu również przewodził naczelnik (*fylobasileis*)³³. Na stanowisko naczelnika rodu, pobratymstwa czy plemienia byli wybierani tylko najstarsi i najbardziej doświadczeni mężowie danej społeczności. Mieli oni swoją mądrością i rozumą poprowadzić dane *polis* ku sukcesom. Pierwszymi źródłami pisanymi pochodzącymi z VIII w. p.n.e. są poematy Homera. Przykładowo w Odysei można zauważyć, że szacunek dla starszych wynika bardziej z faktu, że w przeszłości byli herosami niż z uwagi na ich mądrość, siwiznę i wiek. Otoczenie darzyło ich szacunkiem ze względu na ich dawny autorytet i zasługi. Jednak młodzi uciszali starych, gdy ci wtrącali się do rozmowy. Nie powstrzymywali się również od gróźb i kar skierowanych w stronę starców prorokujących złe decyzje młodych³⁴. W swoich dziełach Homer podkreślał

³² G. Minois, op. cit., s. 53-54.

³³ K. Kumaniecki, Historia kultury starożytnej Grecji i Rzymu, PWN, Kraków 1954, s. 39-40.

³⁴ Homer, Odyseja, II, 179, tłum. Parandowski, Warszawa 1972, s. 52.

cechy młodości, chociaż trudno mu zarzucić pogardę dla starości. Starszyna zasiadała w radach pełniąc raczej role doradcze niż decyzyjne. Inny grecki poeta Sofokles wysoko sytuuje starych polityków. W dziele *Edyp w Kolonos* darzy się ich szacunkiem, który wynika z mądrości i doświadczenia. W dziełach homerowskich starość pozostaje na drugim planie, a osoby zaawansowane wiekiem przedstawione zostają jako zbyt zręczliwe³⁵. Kolejnym pierwowzorem starca jest bohater Homera, Nestor z Iliady, który powołuje się na wspaniałą przeszłość dawnych herosów. Kiedy jednak widzi, że młodzi równie dzielnie sprawowali się w boju pod Troją, jak i w zawodach sportowych potrafi ich uznać. Odczuwając podeszły wiek sam z czasem zaczął bez obawy ustępować miejsce młodszemu. Podczas igrzysk urządzanych na cześć zmarłego Patroklosa Nestor jest świadomy, że przyszedł czas młodszego pokolenia: „ (...) *nikt nie mógł mi sprostać w zawodach (...) a dziś niech się młodzi parają. Z trudy takimi, bo mnie, co kiedyś byłem bohater. Nad bohaterzy, już czas się ugiąć przed smutną starością*”³⁶. Przez wieki trwała wojna pokoleń, w której starsi z nieufnością odnosili się do młodych i ich pomysłów. Chcąc ustrzec porywcze serca przed błędami, starali się ich odwieść od absurdalnych decyzji, co nieraz było mylnie i negatywnie odbierane przez młodych herosów. Stąd też często kreowali oni wizerunek zręczliwego i strachliwego starca.

³⁵ G. Minois, op. cit., s. 58.

³⁶ L. Winniczuk, *Ludzie, zwyczaje i obyczaje starożytnej Grecji i Rzymu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 231-232.

Należy zauważyć, że starcy znacznie lepiej byli traktowani w arystokratycznym niż plebejskim społeczeństwie. Stosunek do nich mógł wynikać z uwarunkowań ekonomiczno-społecznych lub związanych z przyrodą (klęskami, nieurodzajem, głodem, niedostatkiem, epidemiami), czy czynników będących wynikiem przebytych działań wojennych. Na postawy wobec osób starszych miały z pewnością wpływ panujące w tym czasie wzorce kulturowe, które wywoływały określone zachowania wobec tej grupy społecznej³⁷. Na przełomie XII-VII w p.n.e. w Grecji starszemu ojcu przyznawano nieograniczoną władzę nad dziećmi, które po narodzinach uznawał za swoje i przyjmował do rodziny. Sam fakt uznania i przyjęcia dziecka do rodziny nie dawał mu prawa do rozporządzania jego życiem ani wolnością³⁸. Jeśli chodzi o zawieranie małżeństwa to prawo Greckie nie wymagało zgody ojca na założenia rodziny. W praktyce, uzależniony ekonomicznie od ojca młody syn musiał się liczyć z jego zdaniem i nie mógł się ożenić wbrew jego woli. Starszy rodzic lub prawny opiekun aranżował małżeństwo decydując o wyborze kandydata na męża dla swojej podopiecznej³⁹. Kiedy wiadomo było, że dojdzie do małżeństwa ojciec dziewczyny negocjował warunki z panem młodym⁴⁰. Życie kobiety było całkowicie podporządkowane woli właściciela, który ją utrzymywał.

³⁷ B. Malinowski, *Szkice z teorii kultury*, Książka i Wiedza, Warszawa 1958, s. 161.

³⁸ L. Winniczuk, op. cit., s. 174.

³⁹ A. Wypustek, *Życie rodzinne starożytnych Greków*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, Wrocław 2007, s. 24.

⁴⁰ A. Wypustek, op. cit., s. 26.

Była pozbawiona jakichkolwiek praw obywatelskich i majątkowych⁴¹.

Zarówno w Atenach, jak i Rzymie osoby w podeszłym wieku były postrzegane w dwojaki sposób. Platon (filozof grecki, żyjący ok. 427-347 p.n.e.)⁴² należał do tej grupy, która postrzegała ludzi starych jako mądrych i doświadczonych, zasługujących na szacunek i hołd. Uważał, że z racji podeszłego wieku, osoby te zasługują na odpowiednie miejsce w hierarchii społeczeństwa „że ci co rządzą, powinni być starsi, a rządzeni młodszy”⁴³. Widział zatem w sędziwych mędrkach osoby sprawiedliwe i obiektywne, a tym samym pożądane przy sprawowaniu rządów. Chociażby z racji tej, że w okresie starości nie zabiegają oni już o karierę i tym samym nie starają się nikomu przypodobać, mogą swobodnie i bez obawy wyrażać swoje, często nie wygodne dla innych, opinie. Platon dostrzegał korzyści wieku starszego. Podczas rozmowy Sokrates stwierdza: *„Kefalosie ja bardzo lubię rozmawiać z ludźmi mocno starszymi. Mam wrażenie, że u nich się trzeba dowiadywać tak, jak by oni przed nami pewną drogę przeszli, którą może i nam przechodzić wypadnie, jaka też to ta droga jest przykra i uciążliwa, czy łatwa i dobrze się nią idzie. Więc tak i od ciebie chętnie bym się dowiadywał, jak ci się co przedstawia, skoro już jesteś na tym punkcie życia, jak to poeci mówią: na starości progu, czy to jest ciężki okres, czy jak ty się wypowiesz o tym, co u ciebie za sceną”*⁴⁴.

⁴¹ A. Wypustek, op. cit., s. 122.

⁴² Portal Wiedzy PWN, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo.php?id=3958022> [dostęp: 28.03.2013 r.].

⁴³ Platon, Państwo, Księga III, 412, tłum. Witwicki, Wydawnictwo ANTYK, Kęty 2003, s. 111.

⁴⁴ Platon, Państwo, Księga I, 328, op. cit., s. 14-15.

Zatem jest to człowiek, od którego może się jeszcze wiele nauczyć. Ze względu na szacunek do starszych młodzi pozwalali starszym na utrzymanie przez nich złudzenia, że posiadają przynajmniej sprawność intelektualną, bo „ (...) *im bardziej wędną inne przyjemności, cielesne, tym bardziej rosną pożądania i rozkosze związane z inteligentną rozmową*”⁴⁵. Wskazywał, że przyczyn przeżywanego negatywnie ostatniej fazy życia i związanych z tym niedogodności należy upatrywać nie w starości lecz w charakterze człowieka: „ *Jak człowiek trafi się porządny i łagodny, to starość mu tylko w miarę dokucza. A jak nie, to i starość, (...), takiemu nieznośna i młodość*”⁴⁶. Uważał, że niedogodności starości nie są wcale uzależnione od bogactwa lecz od tego jakim się było w młodości człowiekiem: „*Więc kiedy mowa o ludziach niebogatych, którzy ciężko znoszą starość, to wychodzi na to (...), że ani człowiek przyzwoity w nędzy zbyt łatwo nie będzie mógł starości znosić, ani też nieprzyzwoity, jeżeli się tylko wzbogaci, nie będzie jej miał zarazem lekkiej*”⁴⁷.

Częściej jednak starość budziła w społeczeństwie starożytnym powszechny lęk, który był wynikiem braku odpowiedniej wiedzy. W niektórych wierzeniach wiek podeszły był utożsamiany ze złem, które za pomocą magii, modłów lub medycyny należało oddalić. W grupie podkreślającej wszystkie złe znamiona starości znalazł się filozof grecki, Arystoteles (żyjący w latach 384–322 p.n.e.). Ludzi sta-

⁴⁵ Platon, Państwo, Księga I, 328, op. cit., s. 14.

⁴⁶ Platon, Państwo, Księga I, 329, op. cit., s. 15.

⁴⁷ Platon, Państwo, Księga I, 330, op. cit., s. 16.

rych postrzegał jako: kłótliwych, konfliktowych, skąpych, tchórzliwych, bojaźliwych, nieżyczliwych i wyrachowanych. Z uwagi na te przywary był zwolennikiem pozbawienia ich władzy i ograniczenia udziału w życiu publicznym. Dla niego starość nie była równoważna z mądrością, czy też ze zdolnością rządzenia i przewodzenia państwu. Odwrotnie niż Platon, uważał, że wiek zawęży horyzonty i logiczne myślenie, a spadek potencjału umysłowego jest wynikiem fizycznego osłabienia. Wysiłku intelektualnego może podjąć się tylko człowiek młody, zdrowy i sprawny fizycznie. Według Arystotelesa człowiek rozwija się intelektualnie do około pięćdziesiątego roku życia, potem już niedołącznieje umysłowo, tak jak jego ciało: „*Jak ciało, tak i rozum bowiem podlega prawom starości*”⁴⁸. Ta nieprzychylność wobec starości odzwierciedla negatywne nastawienie tej epoki wobec starości, która pozbawiona została szacunku, autorytetu i pełnionej wcześniej roli społecznej.

W starożytności na próżno próbowano dociec przyczyn starzenia się organizmu ludzkiego. Zwracano uwagę, że w okresie tym skóra wysycha i staje się coraz mniej sprężysta. A zmniejszająca się ciepłota ciała, jest przyczyną skarg ludzi w podeszłym wieku, że jest im zimno. Próbowano zrozumieć przyczyny starzenia się organizmu ludzkiego. Filozofowie łączyli swoje teorie z doświadczeniami lekarzy. Pierwsze medyczne hipotezy na temat czynników odpowiedzialnych za proces starzenia opisano w Grecji. Według Hipokratesa z Kos (ok. 460–370 p.n.e.), greckiego lekarza oraz jednego z najwybitniejszych

⁴⁸ G. Minois, op. cit., s. 70.

prekursorów współczesnej medycyny, przyczyna starzenia się człowieka leżała w utracie ciepła i wilgoci, gdyż ciało ludzkie wraz z upływem lat staje się coraz bardziej zimne i suche. W okresie wzrostu ciało posiada największą ilość ciepła wymaga też większej ilości pożywienia. Ponieważ człowiek stary posiada niewielką ilość ciepła wewnętrznego, potrzebuje niewielką ilość pokarmu. Według Hipokratesa, każdy człowiek rodzi się z pewną ilością energii, którą przez całe życie stopniowo wykorzystuje. Sposobem na przeciwdziałanie procesowi starzenia miał być umiar w jedzeniu, aktywny styl życia poprzez codzienną gimnastykę, kąpiele i spożywanie wina⁴⁹.

W Grecji zaczęły się jednak utrwalać konflikty powstałe pomiędzy pokoleniami, które skutkowały okazywaniem sobie braku szacunku. W celu zaradzenia tym procesom w Atenach wydano nawet dekrety zobowiązujące rodziny do opieki nad starszymi jej członkami. Dekret Solona określał, że: *„Kto nie łoży na utrzymanie swoich rodziców, ma być pozbawiony praw obywatelskich”*. W greckich utworach opisywano starość pejoratywnie, z licznymi niedogodnościami i przykrościami. Niektórzy w obawie przed jej nieuchronnym nadejściem po sześćdziesiątym roku życia popełniali samobójstwo (był to jeden ze zwyczajów np. mieszkańców Keos)⁵⁰. Jednocześnie Grecja była jednym z pierwszych państw, w których pojawiły się pierwsze instytucje zajmujące się opieką osób starszych. W Atenach wydawano nawet

⁴⁹ H. Majkrzak, Starość człowieka jako problem filozoficzny w myśli klasycznej [w:] Człowiek w kulturze nr 14. Globalizacja, Fundacja „Lubelskiej szkoły filozofii”, Lublin 2002, s. 200-201.

⁵⁰ G. Minois, op. cit., s. 73.

pośliki starym i zniedołężniałym ludziom, którzy zasłużyli się państwu. W zamian za swoje poświęcenie mieli zapewnione pożywienie aż do śmierci⁵¹.

Z kolei Spartanie podtrzymywali kult siły i zdrowia ale wszystkim starcom gwarantowali uprzywilejowane miejsce w hierarchii społecznej. Król Sparty, legendarny prawodawca Likurg, Lykourgos (IX w. p.n.e.), który został uznany za twórcę ustroju Sparty⁵² wymagał szacunku dla osób starszych, ponieważ uważał, że z uwagi na doświadczenie i mądrość mają one ważne role społeczne do spełnienia. Powołał radę składającą się z trzydziestu starców po sześćdziesiątym roku życia, nazywaną „Geruzją”⁵³, która stała się najważniejszą władzą państwa podejmującą decyzje związane z polityką zagraniczną i wypowiadającą się w sprawach wojskowych. Uczestniczyła w przygotowaniach projektów praw, wypowiadała się w sprawach sądowych w przypadku zbrodni oraz była trybunałem, który mógł wezwać i sądzić także królów. Radzie przekazano uprawnienia i pełną swobodę w rozstrzyganiu istotnych dla państwa kwestii. W następnych wiekach pozycja rady jeszcze bardziej się umocniła, pozbawiając tym samym uprawnień i odbierając głos eklezji (Zgromadzeniu Ludowemu)⁵⁴. W czasach Imperium Rzymskiego osoby stare często sprawowały rządy w państwie. Utworzono w nim senat składający się z trzystu

⁵¹ G. Minois, op. cit., s. 74.

⁵² Portal Wiedzy w Onet, <http://portalwiedzy.onet.pl/7310,,,likurg.haslo.html> [dostępny na dzień 05.03.2013 r.].

⁵³ Portal Wiedzy PWN, <http://sjp.pwn.pl/slownik/2461450/geruzja> [dostępny na dzień 05.03.2013 r.].

⁵⁴ G. Minois, op. cit., s. 74-75.

członków w podeszłym wieku będących przywódcami rodów i dawnymi urzędnikami. Pierwotnie miał pełnić rolę doradczą, w praktyce był najważniejszą instancją, z której zdaniem musieli się liczyć władcy. Objęcie ważnego stanowiska determinowane było wiekiem, np. żeby zostać konsulem należało mieć ukończone przynajmniej 43 lata⁵⁵. Jednym z powszechnie stosowanych obyczajów było przekazywanie młodym generacjom wiedzy i maksym życiowych przez wysłużonych rzymskich polityków i mówców. Z czasem ten porządek zostaje zaburzony przez nowe rządy Cezara, w których młodzi przestali się liczyć z radami starszych od siebie.

Dziełem całkowicie poświęconym starości jest traktat Marka Tulliusza Cyncerona *O starości*. Jest to dialog trzech osób: pełnego wigoru Katona Starszego oraz dużo młodszych: Scypiona i jego przyjaciela Leliusza. W traktacie tym Katon podaje przykłady znakomitych polityków i senatorów (Kwintusa Maksymusa, Lucjusza Paulusa, Ap-piusza Klaudiusza), którzy w późnym okresie swego życia osiągnęli sławę. Ten ostatni pod koniec swojego życia czynnie uczestniczył w życiu politycznym i obciążony dodatkowo ślepotą, jako jeden z nie-licznych, wystąpił przeciwko całemu senatowi⁵⁶. Katon wskazuje, że wielu młodych chciało przebywać w jego towarzystwie i pobierać naukę z jego bogatego doświadczenia jako mówcy i prawnika. Bohater był bogatym i wykształconym właścicielem ziemskim, który korzystał

⁵⁵ G. Minois, op. cit., s. 97-98.

⁵⁶ Cynceron, Rozmowy Tuskulańskie i inne pisma, O starości, tłum. Cierniakowa Z., Wydawnictwo PWN, Warszawa 2010, s. 226.

z uroków starości, ciesząc się zdrowiem i szacunkiem u innych. Nie rezygnował całkowicie z życia, które wiódł wcześniej, oddawał się jednak często czynnościom sprawiającym mu przyjemność. Był przykładem starca pełnym sił fizycznych i intelektualnych, który do samego końca działał na scenie politycznej. Katon uważał, że ci którym starość ciąży to głupcy, osoba inteligentna z pokorą przyjmuje wszystkie okresy życia. Rezygnacja z przyjemności zmysłowych w okresie starości przynosi wyzwolenie, które pozwala dopiero po ich odrzuceniu cieszyć się dobrodziejstwem otaczającego nas świata⁵⁷. Według Katona tylko zainteresowania umysłowe i praca nad usposobieniem mogą chronić przed ułomnościami starości i tylko „(...) świadomość pięknie przepędzonego życia i pamięć wielu dobrych czynów jest wielką dla człowieka radością”⁵⁸. Podaje też przyczyny, dla których starość jest postrzegana jako najgorszy okres życia człowieka, ponieważ „(...) oddala nas od życia czynnego, osłabia siły fizyczne, pozbawia nas wszystkich zmysłowych przyjemności, bliską jest śmierci (...)”⁵⁹. Utwór Cyserona to z pewnością jeden z nielicznych, który jest pochwałą starości zawierającą tak dużo pochlebstw. Sam autor miał 62 lata, gdy podejmował pracę nad dziełem traktatowym, które miało jego samego pocieszyć i utwierdzić, że starość nie jest taka zła. Filozof chciał zwrócić uwagę, że podeszły wiek nie stanowi przeszkody w służeniu państwu, ponieważ nadal pozostaje sprawność umysłu czasem lepsza niż

⁵⁷ G. Minois, op. cit., s. 120.

⁵⁸ Cyseron, op. cit., s. 223.

⁵⁹ Cyseron, op. cit., s. 225.

u młodych. Prawo rzymskie w III i II wieku p.n.e. przyznawało starcom duże przywileje w zakresie politycznym i społecznym, choć w wielu debatach wypowiadano się o nich niepocholebnie. Mężczyźni mimo, że rzadko dożywali 60 (a przeciętnie 40-50) stanowili liczniejszą grupę starców niż kobiety, które często młodo umierały przy porodach. Brakowało im zatem towarzyszek w podobnym wieku. Ta dysproporcja płci przyczyniła się do zjawiska, w którym znamienne stały się małżeństwa dużo starszych mężczyzn (30-50 letnich) z bardzo młodymi kobietami (14-16 letnimi). Stąd też w sztuce pojawił się, pejoratywnie przyjmowany w zachodniej kulturze, obraz rozpustnych mężczyzn zakochanych w kobietach, które mogłyby być ich córkami. Przypadłości podstarzałych mężów wystawiały na próbę wierność młodych żon, które często wyśmiewały się wraz ze swymi kochankami z zniedołężniałych mężów.

Państwo rzymskie uwikłane w ciągłe wojny i podboje angażowało całe społeczeństwo również niemłodych już wojowników, ale za to z doświadczeniem i wiedzą. Niektórzy uważali, że kurczowe utrzymywanie stanowisk przez starszych jest śmieszne i godzi w interesy państwa. Pozbawieni sił kryli się w cichych pieleszach swych majątków zatracając się w winie i marzeniach o przeszłości, gdy tym czasem należało walczyć z nieprzyjacielem. Większość z nich ginęła kończąc swą karierę polityczną nie doczekawszy zasłużonego odpoczynku.

Rodzina w Rzymie była jedną z najsilniejszych i zwartych komórek społecznych w ówczesnym czasie, w której władzę posiadał wy-

łącznie ojciec – *pater familias*. Miała ona silniejszą pozycję niż w dzisiejszych czasach, bowiem należeli do niej nie tylko członkowie ich rodzin, jak ojciec, matka, synowie i córki zamężne, ale też jego dzieci z różnych związków, dzieci adoptowane oraz ich współmałżonkowie. Ojciec był osobą najważniejszą, u której wraz z wiekiem wzrastała władza i majątek. Jego dzieci były zależne od niego (pozostając na prawach niepełnoletnich), aż do jego śmierci⁶⁰. Stanowiło to często przyczynę konfliktów między pokoleniami. Ojciec posiadając *potestas* (władzę) nie podlegał innym osobom prywatnym, mógł natomiast rozporządzać pozostałymi członkami rodziny (żoną, dziećmi, wnukami). *Pater familias* miał absolutną władzę nad niewolnikami, dziećmi i ich współmałżonkami oraz żoną. Nieograniczona władza pozwalała mu sprzedawać własne dzieci jako niewolników, mógł je wyłączyć z kręgu rodziny, w ramach zadośćuczynienia za szkodę mógł zapłacić innemu ojcu rodzonym potomkiem, miał prawo do porzucenia nowonarodzonego dziecka. Jako głowa rodu posiadał prawo życia i śmierci, które uprawniało go do decydowania o losie podległych mu członków. Po przeprowadzeniu dochodzenia i po konsultacjach z bliskimi jako sędzia mógł skazywać członka rodziny na śmierć⁶¹. Zwyczaj ten z czasem uległ złagodzeniu, jednak stało się to dopiero w IV w n.e. łącznie ze zniesieniem prawa do wydziedziczenia synów⁶². Ojciec jako reprezentant rodziny występował w roli opiekuna i adwokata w sądzie. Mógł

⁶⁰ L. Winniczuk, op. cit., s.195.

⁶¹ G. Minois, op. cit., s. 75.

⁶² L. Winniczuk, op. cit., s.195-196.

niepokornego syna pozbawić wszelkich praw i dóbr⁶³. Decydował też o wyborze męża dla córki ustalając warunki z rodziną przyszłego zięcia⁶⁴.

W cesarstwie, w którym coraz częściej do głosu dochodzili młodzi zaczęto ograniczać władzę ojca. Dzieci mogły skarżyć rodzica za nadużywanie władzy, ograniczono również prawo dysponowania życiem członków rodziny, nie wolno mu już było w ramach zapłaty oddać potomka. Nie mógł także zmuszać swoich dzieci do małżeństwa, a od II wieku n.e. miał nawet obowiązek utrzymywać swoich członków rodziny. Zmieniała się też osobowość prawna synów, którzy mogli wreszcie być właścicielami majątków bez czekania na śmierć ojca. Jeśli majątek był nabyty podczas służby wojskowej mógł dysponować nim nawet wbrew jego woli. Z czasem władza ojcowska zupełnie utraciła prestiż publiczny⁶⁵. Dotyczyło to także Senatu, odtąd przestał być władny i pełnił tylko rolę doradcą. Wiele było natomiast słynnych i wybitnych postaci, które mimo podeszłego wieku piastowały strategiczne stanowiska, w tym:

- Cesarz Tyberiusz, który sprawował władzę do 77. roku życia,
- Klaudiusz, który został podstępnie zabity w wieku 64 lat,
- Nerwa został cesarzem w wieku 70 lat,
- Antoninus, który zakończył rządy w wieku 75 lat.

Jeszcze do III wieku polegano na mądrości i doświadczeniu sta-

⁶³ G. Minois, op. cit., s. 94-95.

⁶⁴ L. Winniczuk, op. cit., s. 198.

⁶⁵ G. Minois, op. cit., s. 96.

rych polityków. Niektóre stanowiska celowo były obsadzane przez osoby starsze, które ze względu na swój wiek były obiektywne i nie poddawały się naciskom antagonistów. Urząd Prefekta Miasta był stanowiskiem dożywotnim, do 80 roku życia sprawował go Lucjusz Kalpurniusz, jego poprzednicy i następcy również piastowali tę posadę do późnej starości. W lokalnych władzach również zdarzały się dożywotnie stanowiska. W pobliżu młodego cesarza Nerona gromadzili się starzy doradcy (Korbulon, Lucjusz Tampiusz Flawianius, Ksenofont z Kos)⁶⁶. Jednym z nielicznych, którzy doczekali późnej starości nie ginąc w wojnach domowych był August (dożył siedemdziesięciu sześciu lat). Jednak pod koniec swojego życia stracił zdrowie oddając się grze w karty i żartom. Jako starzec sylwetkę miał jeszcze godną za zdrości, natomiast utrata wzroku odbierała mu przyjemność wygłaszania swoich utworów. Według Tacyty pod koniec życia umysł jego odmawiał mu posłuszeństwa czyniąc go podstarzałym szaleńcem⁶⁷.

Starość traktowano jako pomost pomiędzy przemijającym życiem a nadchodzącą śmiercią. Wierzano, że ludzie starzy potrafią być mediatorami pomiędzy światem żywych i umarłych pełniąc funkcje kapłanów, znachorów, czarowników czy szamanów. Wykorzystywano ich również do określonych obrzędów czy ceremonii. Tylko osoby w podeszłym wieku mogły uczestniczyć w pochówku zwłok⁶⁸. Gdy

⁶⁶ G. Minois, op. cit., s. 100-101.

⁶⁷ Swetoniusz, *Żywoty Cezarów*, Boski August, 71, tłum. Niemirska-Pliszczyńska, Wrocław-Warszawa-Kraków 1969, s. 159-179.

⁶⁸ U. Lehr, *Oblicza starości*, Etnografia Polska. Tom 47. Nr 1-2, Wydawca Instytut Archeologii i Etnografii Polskiej Akademii Nauk, s. 75-76.

dochodziło do wybuchu epidemii, najczęściej wtedy błagalne obrzędy były odprawiane przez duumwirów⁶⁹, później decemwirów⁷⁰, których koordynowaniem zajmowało się kolegium kapłanów strzegących ksiąg Sybilli⁷¹. Początkowo składało się ono z dwóch plutokratów, którzy byli jednocześnie doradcami króla. Porody z reguły odbierały stare kobiety, które oprócz doświadczenia posiadały też zdolności odprawiania rytuałów mających odpędzić złe duchy od nowo narodzonego dziecka lub pomóc rodzącej. Przydatność i adekwatność osób starszych do tych swoistych ceremonii przyczyniła się do stanu, w którym częściej okazywano im szacunek.

Nikt nie chce być starym i zależnym od innych, dlatego współczesne społeczeństwa, podobnie jak starożytne, podejmują kroki, aby przygotować się do niedołężności. Podobne konstatacje dotyczą kondycji socjalnej starszych jednostek danego społeczeństwa. Zawsze była ona uzależniona od zamożności państwa. Im biedniejszy kraj, tym człowiek starszy z większą łatwością pozbawiany jest własnych praw i przywilejów. Im państwo lepiej rozwinięte gospodarczo, tym lepszą opieką obejmuje swoich starszych obywateli.

Zmiany zachodzące w systemie politycznym Rzymu prowadziły do stopniowego zmniejszenia władzy sędziwych obywateli. Najlep-

⁶⁹ Duumwir – W Cesarstwie Rzymskim to osoba stojąca na czele miasta, urzędnik.

⁷⁰ Decemirowie – zespół dziesięciu obywateli rzymskich, urzędników wybieranych najczęściej dla opracowania konkretnych zagadnień. Wybierani m.in. do opracowania i kodyfikacji prawa (prawo dwunastu tablic w 451 p.n.e.), komentowania i przestrzegania treści Ksiąg Sybillijskich, prowadzenia procesów dotyczących wolności i obywatelstwa (289 p.n.e.).

⁷¹ A. Słota, Medycyna w „Ab Urbe condita” Tytusa Liwiusza [W:] Mrozwicz L. (red.), Starożytność w wielu perspektywach. Materiały Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej, Oficyna Wydawnicza Epigram, Bydgoszcz 2006, s. 99.

szym okresem dla starości był okres republiki, w którym seniorzy posiadali największe bogactwa i władzę. Przebyte wojny domowe i podboje przyczyniły się do zmniejszenia ważności starszych ojców rodzin, których autorytet został ograniczony. Również poeci nie byli wyrozumiali w stosunku do starości i jej wad. W satyrze X (początek II wieku) Juwenalis opisuje starość w ten sposób: *„Popatrz na pysk swój bezkształtny, ponury, (...) Na obwisłe policzki, i na zmarszczki zręby, (...) U starców (...) wciąż drżenie niemiłe. Głosu, ciała; łeb łysy, a nos mokry stale. Bułkę bezzębnym dziąsłem musi żuć wytrwale.(...) Tego bok drze lub stawy, tego łamią kości, Ten ślepy (...)los karze ludzi za ich długie życie, Że nieszczęścia i smutki zsyla im obficie(...)”*. Takie przestrzeganie starości przez młode pokolenia przyczyniały się do fali samobójstw wśród starszych Rzymian (I i II rok n.e.). Niemożność pogodzenia się ze złą dolą starca wyzwała takie myśli samobójcze. Dochodziło również do wspólnych samobójstw starych małżonków. Seneka należał do tej grupy, która pochwalała skracanie życia i starości przynoszącej jedynie same niedogodności. Uważał, że trwanie w dalszym życiu jest pewną formą tchórzostwa, kiedy ciało i umysł odmawiają posłuszeństwa, a człowieka dręczą choroby i brakuje mu sił. Więc *„(...) jeśli ciało jest niezdadne do wykonywania swych posług, dlaczegoż by nie należało wtedy wyprowadzić z niego cierpiącej duszy?(...)”*. Nie wszyscy wyznawali poglądy Seneki. Byli też tacy, którzy uważali, że po skończonej karierze politycznej można rozkoszować się ostatnimi latami życia w zaciszu swoich dóbr spędzając aktywnie pozostały czas. W liście do Kalwisjusza, Piliniusz Młodszy (ok. 61-113

roku) wspomina: *„Chyba nigdy nie spędziłem czasu przyjemniej, jak ostatnio podczas moich odwiedzin u Spurrinny, co więcej, nie życzylibym sobie na starość innego wzoru, o ile w ogóle mi dane będzie dożyć starości. Trudno bowiem o bardziej ustalony tryb życia. (...), zwłaszcza i ludzi starych; (...) w życiu ludzi starych powinno być wszystko spokojne i systematyczne, nie jest to bowiem odpowiednia pora na nadmierną aktywność czy ubieganie się o stanowiska. Spurrinna przestrzega tej zasady konsekwentnie (...). Dzięki takim warunkom człowiek ten, który ukończył 77 lat, ma doskonały słuch, bystry wzrok, dzięki temu jest sprawny, żywotny, i zachował wyjątkową jak na starość rozwagę... Jak on długo podejmował się różnych zadań, piastował urzędy, zarządzał prowincjami – sumienną pracą zasłużył na taki odpoczynek”⁷²*. Opisany przez Pliniusza przyjaciel Spurrinna jest wzorem mężczyzny w stanie spoczynku, który jest majątny, wykształcony i dba o zachowanie kondycji fizycznej codziennie pokonując odpowiedni dystans. Jego zachowanie i życie w niczym nie przypomina obrazu ówczesnego zniedołężniałego starca.

Rzymska medycyna starość traktowała jako chorobę, dlatego podejmowano wtedy, skazane na niepowodzenie próby wyleczenia. Podejmował się tego Celsus (I w n.e.)⁷³, np. w traktacie *O medycynie* opisuje, że starych ludzi trapią zaziębienia; kłopoty z układem moczowym i oddechowym; bóle kręgosłupa, pleców i stawów; niedowład; bóle oczu, uszu, żołądka i jelit. Zauważył również, że u osób takich trud-

⁷² L. Winniczuk, op. cit., s. 380-381.

⁷³ L. Winniczuk, op. cit., s. 294.

niej goją się rany. Był też Galen, rzymski lekarz greckiego pochodzenia (ok. 130-200 n.e.)⁷⁴, jako jedyny w oparciu o teorię Arystotelesa i metodę obserwacji Hipokratesa rozróżnił dwa rodzaje chorób (nieuniknione i nieuleczalne oraz te które można uniknąć i wyleczyć), które opisał w swym dziele *O zachowaniu zdrowia*. Twierdził, że starość należy do tych pierwszych, zależnych od czynników wewnętrznych i procesów rozwoju organizmu. Tak jak Hipokrates uważał, że w okresie starości narządy człowieka wysychają i słabną. Człowiek, którego dotyka ten nieprzyjemny proces schnie pokrywając się zmarszczkami, a kolejne części ciała tracą siłę. Jest to proces, na który skazany jest każdy człowiek. Stwierdził też, że jedni zestarzeją się szybciej a inni później co może być zależne od przebytych chorób, zmartwień i diety. Jako pierwszy wskazał, że starość nie jest, jak powszechnie się wtedy wydawało, chorobą. Jego poglądy przyczyniły się do ujednolicenia teorii procesu starzenia⁷⁵. Rzymianie zbudowali niezwykle dla tamtego okresu świat, w którym walczone o władzę. Znamienny był kult dla wszystkiego co mądre, silne, piękne i niezwyciężone. Praktyczność Rzymian przyczyniła się do specyficznego zapatrywania na temat starości. W dziełach raczej opisywano realne zdarzenia niż wyimaginowane idee, jak w przypadku Greków. Zawarta w nich krytyka odnosiła się do jednostki, a nie samego zjawiska starości. Przez ostatnie stulecia ludzie starzy byli dla młodych skarbnicą wiedzy, przekazując im swoją wiedzę, doświadczenie i mądrości nabyte przez całe swoje ży-

⁷⁴ L. Winniczuk, op. cit., s. 294.

⁷⁵ G. Minois, op. cit., s. 117-119.

cie. Byli szanowani i potrzebni, liczone się z ich głosami i opiniami. Uważano, że człowiek stary miał tę przewagę nad młodymi, że jest wolny od wszelkich ograniczeń i mógł swobodnie wyrażać swoje opinie. Nie będąc skrzepowanym żadnymi konwenansami mógł wyrażać też sądy, które niejednokrotnie były niewygodne dla innych.

Streszczenie

Przedmiotem artykułu są zagadnienia związane z historią starości ze szczególnym uwzględnieniem jej wizerunku w starożytności. Problem badawczy został sformułowany w formie pytania: w jaki sposób zmieniały się poglądy starożytnych zbiorowości i ich stosunek do osób w podeszłym wieku? Autorki wykorzystały w analizie źródła historyczne Platona, Cyserona, Homera i dzieła zwarte twórców tj. G. Minois, D. Arnaud, J. E. Manchip White, Z. Kosidowski i L. Winniczuk. W artykule wykorzystano metodę monograficzną ujmującą aspekty badawcze całościowo.

Praca zawiera 45 990 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

WÓZEK INWALIDZKI W LOKOMOCJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO

Anna Srokowska^{*}, Grzegorz Srokowski^{**},
Andrzej Lewandowski^{*}, Justyna Stępkowska^{***},
Jan Remplewicz^{*}, Tomasz Kowalik^{*}

^{*}Katedra i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu,

Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

^{**}Katedra i Zakład Kinezyterapii i Masażu Leczniczego,
Wydział Nauk o Zdrowiu,

Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

^{***}Katedra i Klinika Rehabilitacji,
Wydział Nauk o Zdrowiu,

Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
sroka@2gb.pl

Historia wózka inwalidzkiego

Od najdawniejszych czasów ludzie ulegali wypadkom lub z powodu jakiejś choroby nie mogli samodzielnie się poruszać. W źródłach historycznych możemy spotkać informacje o transporcie takich niepełnosprawnych osób przy użyciu noszy lub lektyki. Na taki sposób transportu mogli sobie przede wszystkim pozwolić ludzie zamożni. W późniejszym okresie wynaleziono urządzenie przypominające dzisiejszą taczkę, który szybko stało się pojaz-

dem służącym do przewożenia starszych i niepełnosprawnych osób majątnych w zachodniej Europie. Jednak dla wymyślenia konstrukcji wózka inwalidzkiego miały wpływ dwa wynalazki. Po pierwsze wynalezienie krzesła ok. 4000 r.p.n.e. Po drugie wynalezienie kół – pierwsze, wykonane z trzech desek, połączonych i odpowiednio przyciętych, pojawiły się w Mezopotamii ok. 3500 r.p.n.e., natomiast koła szprychowe pojawiły się ok. 2000 r. p.n.e.(10). Pierwsze znane połączenie kół z meblem odkryto na greckiej wazie, której pochodzenie jest datowane na 530 r.p.n.e. Widać na niej człowieka w pozycji leżącej na stole z kółkami. Natomiast pierwszy zachowany historyczny dowód na połączenie krzesła z kołami, czyli pojazdu inwalidzkiego umożliwiającego transport w pozycji siedzącej, pochodzi z 525 r.n.e. Jest to płaskorzeźba wyryta w kamieniu chińskiego sarkofagu przedstawiająca mężczyznę siedzącego w czymś przypominającym fotel z trzema kółkami (10). W czasach imperium Rzymskiego żebracy pozbawieni nóg lub tylko udający ich brak używali drewnianego wózek z czterema małymi drewnianymi kółeczkami, którym poruszali się poprzez odpychanie się rękoma od podłoża (5).

W literaturze europejskiej pierwsze wzmianki o meblach do siedzenia z ułatwieniami dla osób niepełnosprawnych pochodzą z XVI w. Panujący w Hiszpanii król Filip II cierpiał na podagrę i z tego powodu poruszał się przy użyciu specjalnego fotela na małych kółkach, z regulowanym oparciem i podnóżkiem (5, 10,

14). Około 1640 dla króla Polski Władysława IV Wazy cierpiącego na reumatyzm skonstruowano „mobilne krzesło” (17). W 1700 r. król Francji Ludwik XIV używał mechanizmu przypominającego ruletkę do obracania się razem z fotelem w czasie rekonwalescencji po operacji (10).

Za autorów wynalazku „fotela na kółkach” uważa się Francuzów. Skonstruowany w czasach renesansu we Francji pojazd służył do przewożenia osób w pozycji siedzącej. Pierwszy na świecie wózek możliwy do napędzania przez samego użytkownika powstał w Anglii, a skonstruował go w 1795 roku John Dawson. Wózek Dawsona przypominał stosowane jeszcze do dziś rozwiązanie, miał dwa duże drewniane koła z przodu i jedno kółko sterujące z tyłu. Jest on również twórcą pierwszego na świecie wózka kąpielowego zbudowanego w 1783 roku. Natomiast w 1811 roku stworzył wózek z korbami, którymi poruszając rękoma przenosiło się napęd na dwie przekładnie zębate i kółka. Warto również zwrócić uwagę na pojawienie się w tym wózku wyprofilowanego oparcia siedziska co świadczy o dbałości konstruktora o prawidłowe ustawienie odcinka lędźwiowego kręgosłupa (10).

W 1850 roku w Nowej Anglii (region 6 stanów w północno-wschodniej części USA) zbudowano wózek o stalowych kołach napędowych umieszczonych z przodu oraz jednym małym kółku samonastawnym z tyłu. Wózek ten posiadał ponadto regulowane podłokietniki i koła napędowe umieszczone z przodu.

W 1885 jeden z brytyjskich naukowców wynalazł obręcz

mocowane do kół służące do napędu wózka przez jego użytkownika. Odkrycie to trzeba uznać za przełomowe, gdyż od tego momentu wózki inwalidzkie mogły być prowadzone przez osoby niepełnosprawne w sposób higieniczny i bezpieczny. Nie jest bezpieczne, ani estetyczne łapanie rękami za kręcące się brudne koła. Z tego powodu taka obręcz stała się bardzo przydatna (5).

Na przełomie XIX i XX wieku dominowały wózki drewniane z siedziskami z wikliny, regulowanymi podłokietnikami i kołami napędowymi umieszczonymi z przodu wózka. W 1894 roku w USA został po raz pierwszy opatentowany wózek o stałej (nie składanej) drewnianej ramie, wiklinowym siedzisku i dodatkowo regulowanym podnóżku. W 1900 roku został wyprodukowany pierwszy wózek z kołami napędowymi wyposażonymi w stalowe szprychy oraz napędzany ręcznie przy pomocy łańcuchowej przekładni. W tym czasie taki wózek był bardzo drogi i mogli sobie na niego pozwolić najbogatsi niepełnosprawni. Po wynalezieniu gumy wózki zaczęły mieć koła z pierwszymi oponami (10).

W 1903 roku powstał pierwszy na świecie mieszczący się wewnątrz pomieszczeń pojazd z napędem elektrycznym wyposażony w silnik napędzany 12-woltowym akumulatorem i rozwijający moc 0,38 KM. W 1907 roku dotychczas używane drewno do konstrukcji ramy zostało zastąpione metalowymi rurami. Wózki inwalidzkie produkowane na początku XX stulecia ważyły około 50 kg, miały wysokie oparcia (wystające poza głowę), ponadto były bar-

dzo szerokie i długie. Siedząc na takim wózku, bardzo trudno było ruszyć z miejsca. Często duże koła nie były nawet wyposażone w ciągi napędowe. Ówcześni projektanci zakładali, że osoby niepełnosprawne będą zależne od swoich opiekunów, zarówno w zakresie opieki jak i poruszania się na wózku. Takiego rodzaju wózków nie można było składać do transportu. Nieodzownym dodatkowym wyposażeniem był koc do przykrycia kolan, ponieważ użytkownicy tych wózków najczęściej przebywali nieruchomo w miejscu przez dłuższy czas tak jak na fotelu (10).

W 1918 roku Herbert Everest z USA, inżynier górnik, uległ wypadkowi, na skutek którego stał się niepełnosprawny i na trwale uzależniony od wózka inwalidzkiego. Poprosił on swojego przyjaciela, inżyniera mechanika Harry'ego Jenningsa o zaprojektowanie wózka, który byłby mniejszy i lżejszy od tego, na którym musiał się poruszać. W 1932 roku Jennings skonstruował pierwszy na świecie wózek, który można było składać do transportu. Feather Light ważył 25 kg. Obaj wynalazcy w 1936 roku założyli firmę Everest & Jennings (E&J), która na wiele lat zmonopolizowała rynek wózków inwalidzkich (12). Jej pozycja była na tyle mocna, że w pewnym momencie odbył się proces, w którym kierownictwo firmy oskarżano przed amerykańskim Departamentem Sprawiedliwości o nienaturalnie wysoki poziom cen wyrobów.(9, 14)) W połowie lat trzydziestych niejaki Sam Duke również skonstruował wózek o składanej krzyżakowej ramie, jednak to E&J opatentowała tego typu konstrukcję w amerykańskim Urzę-

dzie Patentowym. W 1950 roku w firmie E&J powstał pierwszy elektryczny moduł silnikowy dołączany do wózka z napędem ręcznym. Silnik sterowany był przy użyciu tranzystorów (14).

W czasie II wojny światowej stale rosnąca liczba inwalidów wojennych przyczyniła się do utworzenia w Europie i w Ameryce Północnej szpitali dla rannych żołnierzy. W 1944 roku utworzono Narodowe Centrum Urazów Rdzenia Kręgowego w Anglii w Stoke Mandeville. Pracował tam Ludwig Guttmann, neurolog i neurochirurg, propagator idei aktywnej rehabilitacji poprzez czynny udział pacjentów w wybranych dyscyplinach sportowych. Wprowadzenie rywalizacji sportowej do procesu rehabilitacji było impulsem do tworzenia nowych wózków mających zastosowanie w sporcie (1). Pierwsze zawody sportowe dla osób na wózkach inwalidzkich zostały zorganizowane w USA w 1946 roku. Była to koszykówka na wózkach (2, 3). Natomiast Guttmann zorganizował pierwsze zawody, które nazwano Stoke Mandeville Games for Paralyzed (SMG), 28 lipca 1948 roku., tego samego dnia, w którym odbywała się ceremonia otwarcia XI letnich Igrzysk Olimpijskich w Londynie (1, 2, 3, 9). Rozebrano wtedy zawody łucznicze dla osób po uszkodzeniu rdzenia kręgowego poruszających się na wózkach. Zbieżność dat pierwszych zawodów dla inwalidów nie była przypadkowa. Już wtedy Guttmann miał wizję zorganizowania międzynarodowych igrzysk dla niepełnosprawnych, a kolejne lata były wyrazem konsekwentnego dążenia do osiągnięcia celu. W 1952 roku odbyły się pierwsze zawody międzynarodowe, w których wzięło udział 130 zawodników z Wielkiej Brytanii

i Holandii, Republiki Federalnej Niemiec, Szwecji, Norwegii i Izraela. We Francji koszykówka na wózkach pojawiła się w 1955 roku dzięki dwóm kinezyterapeutom - Michelowi Boube i Alainowi Bos-sion z Centrum Rewalidacji w Fontainebleau. W 1960 roku w Rzy-mie tuż po zakończonej olimpiadzie odbyły się zawody sportowe dla osób niepełnosprawnych, w których rywalizowano w 8 dyscyplinach. Na następnej olimpiadzie w Tokio zawody te zyskały miano para-olimpiady i od tego czasu rozgrywane są co 4 lata po zakończe-niu każdych igrzysk olimpijskich. Uważa się, że rozwój sportu miał decydujące znaczenie dla dalszego rozwoju wózków (1, 2, 3, 9).

Próby uprawiania sportów na wózkach zaowocowały przy-spieszeniem postępu w dziedzinie konstrukcji wózków inwalidz-kich. Jednym z pierwszych ludzi, którzy rozpoczęli eksperymento-wanie z tradycyjnym wózkiem firmy E&J, był Amerykanin Bud Rumpel, były maszynista cierpiący na polio. Rumpel zaprojekto-wał i zbudował pierwszy wózek sportowy dla własnego użytku. Bob Hali ze stowarzyszenia New Hall's Wheels działającego w Cambridge, w stanie Massachusetts, pionier sportów uprawia-nych na wózkach inwalidzkich, twierdził: „(...) uważam, że wszelkie innowacje w projektach wózków inwalidzkich mają swoje korzenie w sporcie (10). Niektórzy z nas z powodu uprawiania sportu sami modernizują swoje wózki, inni zakładają firmy produkujące sprzęt”.

Pierwszą próbę seryjnej produkcji wózków do codziennego użytku wzorowanych na wózkach sportowych podjęła firma Qu-

adra (USA). To właśnie w tej firmie miały miejsce pierwsze próby użycia lekkich stopów na konstrukcję ram oraz zastosowanie szybkozłączy w kołach tylnych. Wózki firmy Quadra były produkowane w kilku kolorach i jako pierwsze zostały wyposażone w sztywną ramę, która sprawiła, że wózki te były bardziej wytrzymałe i lżejsze (10).

W 1978 roku Marlin Hamilton uszkodziła sobie rdzeń kręgowy w wypadku szybowcowym i trafiła na wózek inwalidzki. Podobnie jak Everest wiele lat wcześniej, przeżyła wiele frustracji po zapoznaniu się z ówczesną ofertą firm produkujących wózki. Jako pilot szybowców wiedziała nieco o tworzywach stosowanych w lotnictwie i stwierdziła, że materiały używane do budowy wózków inwalidzkich do codziennego użytku są co najmniej przestarzałe i że istnieje tutaj duże pole do popisu dla projektantów. Tak jak Everest zwrócił się w latach trzydziestych do Jenningsa, Hamilton poprosiła swoich przyjaciół Dona Helmana i Jima Okamoto - konstruktorów szybowców - o zaprojektowanie ultralekkiego wózka inwalidzkiego do codziennego użytku. W efekcie powstał wózek o masie 12 kg (o ponad połowę lżejszy od standardowych ówczesnych konstrukcji). Nowy wózek miał sztywną ramę, zapożyczoną ze sportowych konstrukcji, niskie oparcie, był krótszy i nie dominował wizualnie nad użytkownikiem. Tak powstała firma Quicke Designs. W krótkim czasie nowy typ wózka - wózek aktywny - zdominował rynek. Rewolucja na rynku była niespodzianką dla firmy Everest & Jennings. W latach osiemdziesiątych w jej

kierownictwie nie było żadnej osoby niepełnosprawnej i to przyczyniło się do utraty kontaktu z klientami, a w efekcie do nierozpoznania zmieniających się potrzeb rynku. E&J spoczęła na laurach i w latach 1989-1991 firma straciła 88 mln dolarów na skutek niechęci do zmian w swoich produktach (10).

Pierwszy elektryczny wózek inwalidzki wynaleziono i skonstruowano w Norwegii w latach 80 - tych XX wieku. Od tej pory komfort poruszania się na wózku inwalidzkim wzrósł kilkakrotnie. Dzięki temu wynalazkowi na wózkach mogły poruszać się również osoby po bardzo ciężkich urazach (4, 12).

W Polsce aż do początku lat dziewięćdziesiątych dominowały wózki wytwarzane przez Warszawskie Zakłady Sprzętu Ortopedycznego Ortmed na licencji niemieckiej firmy Meyra. Pierwszy polski wózek aktywny wyprodukowała w 1991 roku Wytwórnia Sprzętu Komunikacyjnego w Mielcu. „Activ” posiadał ramę stalową, stalowe ciągi i podnózek, ważył w zależności od wersji od 16 do 18 kg. Obecnie wszystkie duże firmy światowe produkujące wózki inwalidzkie posiadają w swej ofercie wózek aktywny. Oprócz firmy Quickie Designs można tu wymienić takich potentatów jak: Colours, Otto Bock, Inwacare, Meyra, Panthera Production AB, Vermeiren i wiele innych. Wózki tego typu są również produkowane w Polsce (np. przez MUSI Lublin czy firmę Kaleb z Warszawy) (10).

Rodzaje wózków

Definicja wózka inwalidzkiego podaje, że jest to pojazd kołowy przeznaczony dla osób niepełnosprawnych ruchowo, który zapewnia samodzielne lub wspomagane przemieszczanie się oraz stabilizację ciała (rola ortezy) (10, 17).

Wózek inwalidzki składa się z: układu podparcia ciała, układu jezdno-napędowego, kół i ramy. Układ podparcia ciała stanowią elementy bezpośrednio stykające się z ciałem osoby korzystającej z wózka. Układ jezdno-napędowy to zespół elementów umożliwiający poruszanie się (napęd, jazdę i sterowanie). W wózkach o napędzie ręcznym w skład tego układu wchodzi ciągi napędowe oraz widelce kółek samonastawnych. W wózkach inwalidzkich występują dwa rodzaje kół: koła napędowe oraz koła samonastawne. Wszystkie podzespoły wózka są mocowane do ramy (10).

Istnieją różne kryteria podziału wózków, które stanowią podstawę systemu klasyfikacyjnego. Systemy klasyfikacyjne zależą od rodzaju niepełnosprawności, miejsca użytkowania i budowy wózka. Obecnie nie istnieje jednolity system klasyfikacyjny obejmujący wszystkie znane typy wózków inwalidzkich.

W literaturze dotyczącej inżynierii rehabilitacyjnej spotyka się podział wózków ze względu na rodzaj niepełnosprawności użytkownika. Wyróżnia się wózki dla dzieci spastycznych (przeznaczone dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, chorobą Heine-Medina, przepukliną oponowo-rdzeniową, innymi schorze-

niami centralnego układu nerwowego). Są to wózki typu spacerowego, do prowadzenie przez opiekuna, umożliwiające stabilizację tułowia, głowy oraz kończyn dolnych dziecka. Mogą być używane w domu i w terenie. Drugi rodzaj to wózki typu Activ (dla osób ze znaczną oraz utrwaloną dysfunkcją narządu ruchu: porażeniami, niedowładami i amputacjami). Są to wózki które można dopasować do indywidualnych potrzeb użytkownika, umożliwiając maksymalne usprawnianie i usamodzielnienie w życiu. Jest to podział nieprecyzyjny, ponieważ osoby o różnych niepełnosprawnościach mogą z powodzeniem korzystać z tych samych typów wózków, a z kolei osoby o tych samych niepełnosprawnościach mogą korzystać z różnych typów wózków inwalidzkich w zależności od ich indywidualnych upodobań lub aktualnych potrzeb (10, 11, 17).

W innej klasyfikacji za najważniejszy w podziale wózków uważa się aspekt terapeutyczny. Ta klasyfikacja dzieli użytkowników na aktywnych i biernych.

Dla użytkowników aktywnych w tej klasyfikacji zaleca się:

Wózki standardowe - dla osób z amputacjami kończyn dolnych, po udarach i sparaliżowanych jednostronnie, dla osób mających problemy z chodzeniem, z problemami reumatycznymi, ze schorzeniami geriatrycznymi, z otyłością dużego stopnia. Wózki standardowe służą do przewożenia niepełnosprawnych - jako środek transportu i do samodzielnego poruszania się na krótkich odległościach. Są to wózki bez możliwości zmian i regulacji.

Wózki ultralekkie - przeznaczone do całodziennego użytku i do samodzielnego przemieszczania się na dłuższych dystansach. Mogą służyć jako wsparcie w terapii osób po udarach. Korzystają z nich również pacjenci z innymi problemami neurologicznymi, po amputacjach kończyn dolnych, ze schorzeniami reumatycznymi i osoby otyłe. Wózki te mają większe możliwości adaptacyjne dla indywidualnych potrzeb użytkowników np.: mają regulację wysokości podłokietnika. Prawdłowo ustawiona wysokość podłokietnika jest bardzo ważna dla pacjentów po udarze mózgu z porażoną kończyną górną, ponieważ umożliwia prawidłowe ustawienie ręki przeciwdziałające podwichnięciu w stawie ramiennym.

Wózki półaktywne - są najczęściej składane, przeznaczone dla osób ze znaczną oraz utrwaloną dysfunkcją narządu ruchu: z paraplegią, niedowładami i amputacjami kończyn dolnych. Przeznaczone są do ciągłego, całodziennego używania przez osoby prowadzące aktywny tryb życia, uczące się lub pracujące, niezależne i samodzielnie się poruszające. Wózki te mają możliwości adaptacyjne dla indywidualnych potrzeb użytkowników, wspierają rehabilitację, niezależność i mobilność.

Wózki aktywne – są to wózki na sztywnej ramie typu sportowego, o zredukowanej wadze, przeznaczone dla osób ze znaczną i utrwaloną dysfunkcją narządu ruchu: z paraplegią, niedowładami i amputacjami kończyn dolnych oraz tetraplegią. Przeznaczone są tak samo jak wózki półaktywne do ciągłego,

całodziennego używania przez osoby prowadzące aktywny tryb życia, uczące się lub pracujące, niezależne i samodzielnie się poruszające. Wspierają rehabilitację, niezależność i mobilność. Wózki te produkowane są pod konkretne wymiary użytkownika, przeznaczone są dla osób o słabych ramionach. To najlepsze rozwiązanie dla osób, które kładą nacisk na sportowy charakter wózka.

Dla użytkowników biernych w tej klasyfikacji zaleca się:

Wózki stabilizujące głowę i plecy standardowe. Są to wózki, dla osób które potrzebują dużego wsparcia pleców w pozycji siedzącej, zmian kąta odchylenia oparcia, a na wózku przebywają krótki czas. Korzystają z nich osoby z problemami neurologicznym, którzy mają problemy z chodzeniem, z problemami reumatycznymi, ze schorzeniami geriatrycznymi. Konstrukcja tych wózków nie pozwala na dopasowywanie parametrów do użytkownika w trakcie używania.

Wózki stabilizujące głowę i plecy – komfort – multipozycyjne. Są to wózki pielęgnacyjne przeznaczone dla osób wymagających całodniowej opieki, maksymalnego bezpieczeństwa i komfortu oraz zmian pozycji siedzenia ze względu na nadmierną wrażliwość na ból. Idealne w mobilizacji osób leżących do zmiany pozycji na siedzącą i dalszej rehabilitacji w procesie przywracania funkcji. Korzystają z nich osoby z problemami neurologicznym, którzy mają problemy z chodzeniem, z problemami reumatycznymi, ze schorzeniami geriatrycznymi (19).

Kolejna klasyfikacja dzieli wózki ze względu na miejsce użytkowania (na wózki pokojowe i terenowe). W tej klasyfikacji brak jest wyraźnej granicy pomiędzy poszczególnymi rodzajami wózków, ponieważ na przykład wózki tzw. pokojowe mogą być również eksploatowane na zewnątrz pomieszczeń (10, 11).

Kolejnym, lepszym od wymienionych rozwiązaniem wydaje się być klasyfikacja na podstawie najważniejszych cech konstrukcyjnych, która pozwala zaliczyć wózek do odpowiedniej grupy na podstawie wyraźnie widocznych jego cech zewnętrznych. Ze względu na energię używaną do napędzania wózka można podzielić je na: napędzane przez jego użytkownika (zwykle za pomocą ramion lub bardzo rzadko za pomocą nóg), napędzane silnikiem (bardzo często elektrycznym), napędzane hybrydowo (np. siłą mięśni użytkownika i wspomagającymi silnikami elektrycznymi), napędzane przez osobę drugą. W grupie wózków o napędzie ręcznym można wyróżnić kilka podgrup: wózki aktywne, wózki uniwersalne, wózki sportowe, wózki z napędem dźwigniowo – korbowym, rowery z napędem ręcznym, wózki specjalne (np. do pionizacji lub do poruszania się w trudnym terenie) (10, 17).

Ostatnia klasyfikacja łączy przeznaczenie wózka z jego konstrukcją. Nie ma w tej klasyfikacji wózków, które nie byłyby już wcześniej wymienione, jedynie jest to inny sposób podziału. Można wyróżnić tu następujące wózki:

Wózki z napędem elektrycznym - dla osób ze znacząco niepełnosprawnością, przeznaczone do przemieszczania się wewnątrz i na

zewnątrz pomieszczeń.

Skutery z napędem elektrycznym (rzadziej z napędem spalinyowym) - tylko do przemieszczania się w przestrzeni zurbanizowanej dla osób z niewielkim stopniem niepełnosprawności (mogących samodzielnie chodzić).

Wózki dźwigniowe - do wydajnego i stosunkowo szybkiego przemieszczania się na zewnątrz pomieszczeń.

Wózki wielofunkcyjne - pełnią dodatkowe funkcje terapeutyczne (np. możliwość pionizacji użytkownika).

Wózki pasywne - są dobierane do wymiarów antropometrycznych ich użytkownika, są jednak skonfigurowane w sposób zapewniający jak największą stabilność siedzenia i możliwość asysty osoby drugiej kosztem zmniejszenia mobilności.

Rowery z napędem ręcznym - są wyposażone w korbowy mechanizm napędowy, służą do rekreacji i nie nadają się do przemieszczania wewnątrz pomieszczeń.

Wózki uniwersalne służą do doraźnego transportu wewnątrz instytucji (np. szpitale, lotniska).

Wózki terenowe są wyposażone w szerokie niskociśnieniowe opony umożliwiające poruszanie się w trudnym terenie.

Wózki sportowe produkuje się w wielu odmianach, każda jest dedykowana do uprawiania konkretnej dyscypliny sportu (np. tenisa, koszykówki, rugby, szermierki, wyścigów szosowych, zjazdów górskich, tańca na wózkach).

Wózki aktywne są indywidualnie dopasowywane do ich użyt-

kownika, a ich konfiguracja ułatwia samodzielne pokonywanie niektórych przeszkód architektonicznych, urbanistycznych i terenowych. Zwiększona mobilność jest uzyskana kosztem zmniejszonej funkcji ortotycznej wózka. Podstawowe narzędzie rewalidacji osób po urazach rdzenia kręgowego.

Wózki dla dzieci są indywidualnie dopasowane do użytkownika. Ich konstrukcja zakłada zwiększoną stabilność oraz możliwość popychania przez osobę towarzyszącą, ale głównie ich konstrukcja zależy od stopnia niepełnosprawności dziecka i jego potrzeb (12, 17).

Dobór wózka

Szukając odpowiedniego wózka dla osoby niepełnosprawnej należy wziąć po uwagę: rodzaj schorzenia, który często warunkuje wybór między wózkiem manualnym a elektrycznym, możliwości funkcjonalne, które wiążą się z rodzajem schorzenia i wiekiem, a dotyczą głównie stopnia samodzielności użytkownika oraz życie codzienne (czy wózek przeznaczony jest dla osoby pracującej, uczącej się czy dla osoby nie uczestniczącej samodzielnie w życiu codziennym). Użyte informacje pozwalają na wybór wózka z grupy aktywnych, uniwersalnych lub elektrycznych.

Wózki aktywne

Przeznaczenie: dla osób z utrwaloną dysfunkcją narządu ruchu (uraz rdzenia kręgowego, amputacje kończyn dolnych) w celu prowadzenia maksymalnie samodzielnego życia.

Charakterystyka wózka: Uniezależnienie użytkownika od pomocy osoby drugiej w przemieszczaniu się dzięki konstrukcji o dużej spraw-

ności energetycznej. Bardzo duży zasięg, poruszanie się wewnątrz pomieszczeń i poza nimi, pokonywanie przeszkód urbanistycznych. Optymalne zintegrowanie z otoczeniem, zapewnienie możliwości korzystania z mebli (np. stołów, biurek) z uwagi na niewielkie gabaryty wózka. Balansowanie ciałem podczas jazdy i manewrowania (np. podczas hamowania przy zjeździe z pochyłości, przy podnoszeniu przedmiotów z podłoża oraz sięganiu na wyższe półki) zapewnione przez konstrukcję wózka. Około 85-90% ciężaru wózka z użytkownikiem przypada na koła tylne, w związku z tym istnieje możliwość jazdy na dwóch tylnych kołach, co jest niezbędne przy pokonywaniu przeszkód terenowych (np. krawężników). Zredukowanie elementów dodatkowych do niezbędnego minimum, minimalizacja szerokości i długości całkowitej. Kilkanaście typowych wymiarów w typoszerzegu (szerokość siedziska, wysokość oparcia). Dopasowanie do wymiarów użytkownika.

Zalety: niewielkie gabaryty, lżejszy, sztywniejszy, mniejsze opory toczenia, mniejsza liczba części - mniejsza awaryjność, łatwość manewrowania, dopasowany do wymiarów użytkownika, atrakcyjniejszy wygląd.

Wady: nieskładana rama, mniejsza stabilność, twardszy - mniejsze tłumienie drgań powstających podczas jazdy.

Podstawowe parametry jakie należy uwzględnić przy zakupie wózka aktywnego to: szerokość siedziska, wysokość oparcia siedziska, głębokość siedziska, wysokość siedziska (odległość przedniej części od podłoża), szerokość podnóżka, pochylenie kół tylnych, rodzaje i średnice przednich kółek, kąt mocowania widelców przednich

kółek samonastawnych, kolor ramy i całkowity koszt wózka (10, 11, 12, 19).

Wózki uniwersalne

Przeznaczenie: we wczesnym okresie rehabilitacji dla osób po urazie rdzenia kręgowego, dla osób starszych, dla osób jednoręcznych (lub o niesprawnej jednej ręce), w przypadkach krótkotrwałego korzystania (np. konieczność czasowego usztywnienia kończyny dolnej), do transportu chorych wewnątrz szpitala.

Charakterystyka wózka: Duży stopień uzależnienia użytkownika od pomocy osoby drugiej w przemieszczaniu się. Niewielki zasięg, ograniczony do przestrzeni wewnątrz pomieszczeń. Mały stopień zintegrowania z otoczeniem, utrudniony dojazd do stołów i blatów kuchennych, (wystający podnóżek, podłokietniki, duża szerokość). Niemal statyczna pozycja ciała podczas samodzielnej jazdy (statyczna podczas popychania przez opiekuna). Z uwagi na położenie środka ciężkości człowiek-wózek siły oddziaływań kół na podłoże wynoszą odpowiednio: 40% koła przednie, 60% koła tylne. Zapewnia to dużą stabilność oraz zapobiega przewróceniu się wózka z użytkownikiem. Dużo elementów dodatkowych: podłokietniki, ręczki do popychania wózka przez opiekuna, tylne podpórki uniemożliwiające przewrócenie się wózka do tyłu, podpórki pod pięty, wysokie oparcie itp. Kilka typowych miarów w typoszeregu.

Zalety: wygodny, składana rama, stabilny, tłumi drgania.

Wady: większe opory toczenia, ograniczona mobilność, utrudniony dostęp do mebli, cięższy, duże wymiary gabarytowe.

Przy zakupie wózka uniwersalnego uwzględnia się tylko parametr szerokości siedziska, ponieważ pozostałe parametry są stałe (10, 12, 19).

Wózki elektryczne

Przeznaczenie: dla osób z całkowicie niesprawnymi kończynami górnymi, dla osób z zaburzoną koordynacją ruchową, dla osób starszych, dla osób jednoręcznych (lub o niesprawnej jednej ręce).

Charakterystyka wózka: Uniezależnienie użytkownika od pomocy osoby drugiej w przemieszczaniu się przez zapewnienie mechanicznego źródła napędu. Bardzo duży zasięg ograniczony pojemnością baterii. Brak zintegrowania z otoczeniem, utrudnione manewrowanie. Statyczna pozycja ciała podczas jazdy. Środek ciężkości znacznie obniżony, co jest spowodowane dużą masą akumulatorów i silników napędzających; w efekcie wózek ma dużą masę całkowitą, ale i dużą stabilność. Dużo elementów dodatkowych: podłokietniki, wysokie oparcie, np. z podpórką pod głowę, podpórki pod pięty, oświetlenie. Kilka typów wymiarów w typoszerzegu.

Zalety: można pokonywać długie pochyłości bez wysiłku, można pokonywać długie dystanse bez zmęczenia, wygodny, stabilny, uwalnia ręce od konieczności napędzania wózka, co ułatwia przewożenie kłopotliwych przedmiotów (np. szklanki z herbatą). Najnowsze wózki wyposażone w układ dwóch żyroskopów i komputer pokładowy potrafią: pozostawać na dwóch kołach w stabilnym stanie równowagi i poruszać się bezpiecznie w tej pozycji, pozwalając na komunikację twarzą w twarz z inną osobą stojącą, poruszać się po dowolnych nor-

malnych schodach w górę i w dół, bez problemów podróżować po nierównej powierzchni (np. po plaży).

Wady: niemożliwy bliski dojazd do stołów i innych mebli, więcej części - większa awaryjność, konieczność obsługi, zasilania i konserwacji, ograniczony zasięg, rozmaite utrudnienia spowodowane dużą masą całego wózka (np. utrudnione przewożenie, przenoszenie itp.) hałas podczas jazdy, utrudnione manewrowanie, np. pomiędzy meblami.

Przy zakupie wózka elektrycznego uwzględnia się parametr szerokości siedziska. Wózki te najczęściej mają stały kąt głębokości siedziska, i odchylenia oparcia, możliwość regulacji wysokości podłokietników i podnóżków (5, 10, 12, 19).

Wózki przyszłości

Wózki przyszłości są aktualnie tworzone nie tylko przez inżynierów, ale także w porozumieniu z opiekunami osób niepełnosprawnych, lekarzami, fizjoterapeutami. Na postęp w tej dziedzinie mają również wpływ sami niepełnosprawni, jako odbiorcy tego produktu. Dzięki tej współpracy i najnowszym osiągnięciom techniki obserwuje się, że prace nad wózkiem postępują w następujących kierunkach:

1. Poszukuje się jak najlżejszego wózka typu aktywnego, poruszanego siłą mięśni, ale wymagającego jak najmniejszego wysiłku oraz umożliwiającego pionizację.
2. Skonstruowaniu hybrydy wykorzystującej siłę mięśni oraz napęd elektryczny, który umożliwi choremu poruszanie się na dużych dystansach i w trudnym terenie.

3. Skonstruowaniu wózka z napędem elektrycznym umożliwiającym poruszanie się i pracę w pozycji pionowej.
4. Wynalezieniu wózka elektrycznego z alternatywnym sterowaniem zastępującym prowadzenie manualne.
5. Doskonaleniu wózków sportowych i rekreacyjnych umożliwiające aktywny wypoczynek i uprawianie wybranych dyscyplin sportowych, również ekstremalnych.
6. Zastosowaniu egzoszkieletu wspomagającego naturalną lokomocję chorego.

Reprezentantem pierwszej grupy jest wózek zaprojektowany przez studentów Politechniki Warszawskiej pod kierunkiem Michała Prejsy. Wózek umożliwia pionizację i porusza się tylko na dwóch kołach dzięki układowi żyroskopów, a poruszanie na nim jest łatwiejsze i wymaga mniej wysiłku dzięki zastosowanym przełożeniom. Jego dodatkowym atutem jest siedzisko z układem odciążającym kręgosłup (18).

Przedstawicielem hybrydy jest urządzenie Whill, które przypomina słuchawki, a w rzeczywistości jest połączeniem dwóch silników elektrycznych, które po założeniu na koła wózka ułatwiają osobie niepełnosprawnej poruszanie się na długich dystansach i w trudnym terenie. Dzięki wspomaganiu wózek rozpędza się do 20 km/h i może przejechać dystans do 30 km. W czasie szybkiej jazdy sterowanie odbywa się przez aktywne pochylanie i skręcanie tułowia (16).

Z kolei Japończycy z firmy Veda International Robot R&D Center, pracują nad prototypem urządzenia, które umożliwia poruszanie

się i pracę w pozycji stojącej. Przewidywana prędkość z jaką poruszać się będzie osoba niepełnosprawna z niego korzystająca to 3,5 km/h, wskazuje to na zastosowanie głównie w pomieszczeniach zamkniętych, w firmach i warunkach domowych. Ograniczeniem tego wózka jest sterowanie z wykorzystaniem joysticka, który jest mało praktyczny i zdecydowanie przestarzały (16).

Współcześnie największy nacisk kładzie się na sterowanie wózkiem, dzięki któremu będzie on dostępny także dla osób całkowicie sparaliżowanych i będzie pełnił całkowitą protezę narządu ruchu. Prototyp wózka sterowanego myślami, a ściślej odczycie fal EEG i mimiki chorego monitorowanej przez kamery umieszczone w obudowie, zaprezentowali naukowcy z politechniki w Lozannie (16). Innym rozwiązaniem jest wózek kierowany przez pociąganie nosem. Naukowcy zauważyli, że ludzie nawet z ciężkimi przypadkami paraliżu mają zachowaną zdolność do kontrolowania ruchu podniebienia. Zespół z Wydziału Neurobiologii Instytutu Weizmanna pod kierownictwem prof. Sobela stworzył więc urządzenie identyfikujące zmiany ciśnienia powietrza w nozdrzach i tłumaczące je na sygnały elektryczne. Zostało ono przetestowane na zdrowych ochotnikach oraz na chorych z porażeniem wszystkich czterech kończyn, a wyniki pokazały, że jest łatwe do opanowania. Jego użytkownicy byli w stanie kierować wózkiem inwalidzkim jadącym po dość złożonej trasie, lub grać w grę komputerową z dokładnością i szybkością prawie dorównującą myszy czy joystickowi. (16)

Inne urządzenie o nazwie Tongue Drive wykorzystuje do stero-

wania wózkiem kolczyk, który jest założony na języku chorego oraz z czujników zainstalowanych na aparacie na zęby. Ruchy języka w wybranych kierunkach są odbierane przez czujniki i przekazywane do smartfona, który połączony z wózkiem za pomocą odpowiedniej aplikacji steruje jego ruchami. To rozwiązanie przedstawili naukowcy z Georgia Instytut of Technology (16).

Pracownicy Politechniki w Leira pod kierunkiem prof. Ricardo Martin`a rozwinęli projekt sterowania głosem i ruchem oka. Zaletą pomysłu jest cena oraz możliwość wykorzystania takiej formy w większości dostępnych wózków o napędzie elektrycznym po uzupełnieniu wyposażenia o kamerę i mikrofon oraz odpowiednie oprogramowanie (7).

Prace nad wózkami umożliwiającymi aktywny wypoczynek i uprawianie wybranych dyscyplin sportowych, również ekstremalnych, stanowią bardzo ciekawą dziedzinę, która podobnie jak w przypadku zaopatrzenia sportu osób zdrowych przynosi wiele ciekawych rozwiązań zastosowanych także w powszechnym użytku. Takim rozwiązaniem jest pierwszy w historii świata podwodny wózek inwalidzki zaprojektowany przez Sue Austin w 2012 roku (6).

Najbardziej zaawansowane technologicznie są rozwiązania próbujące zastąpić wózek inwalidzki przez egzoskielet dający możliwość poruszania się w sposób naturalny na nogach (8).

Podsumowanie

Na przestrzeni dziejów wózki inwalidzkie przeszły szereg

zmian. Przyczyny tych zmian to po pierwsze rozwój medycyny, który wpłynął na zwiększenie się długości życia, zmniejszenie śmiertelności osób po urazach, co spowodowało większy odsetek osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Po drugie rozwój techniki, który z jednej strony przyczynił się do zwiększenia liczby urazów, a z drugiej strony daje możliwości zastosowania najnowocześniejszych rozwiązań w konstrukcji wózków, dzięki czemu potrafimy dobrać wózek do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Po trzecie na konstrukcję współczesnego wózka inwalidzkiego miał wpływ rozwój sportu osób niepełnosprawnych i dążenie wśród niepełnosprawnych do samodzielności. Wózek inwalidzki, aby spełniał swoje funkcje musi być odpowiednio dobrany do potrzeb osób niepełnosprawnych i ich możliwości funkcjonalnych, dzięki czemu zapewnia optymalne warunki do efektywnej lokomocji. Oznacza to pełne wykorzystanie potencjału zdrowotnego osoby niepełnosprawnej służące kompleksowej i ciągłej rehabilitacji. Niestety najnowsze wersje konstrukcyjne wózków są również najdroższymi rozwiązaniami, często poza możliwościami finansowymi osób niepełnosprawnych.

Streszczenie

Wózki inwalidzkie na przestrzeni dziejów zmieniały się. Na powstanie współczesnego wózka inwalidzkiego miał wpływ: rozwój medycyny i techniki, a także aktywizacja osób niepełnosprawnych poprzez sport.

Piśmiennictwo

1. *Kosmol Andrzej (red.):* Teoria i praktyka sportu niepełnosprawnych. AWF. Warszawa 2008.
2. *Lipoński W.:* Encyklopedia Sportów Świata. Oficyna Wydawnicza Atena. Poznań 2006.
3. *Lipoński H.:* Historia sportu. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2012.
4. [mhtml:file:///F:/Historia – wózków inwalidzkich](mhtml:file:///F:/Historia%20w%C3%B3zek%C3%B3w%20inwalidzkich).
5. [mhtml:file:///F:/Niepełnosprawni w dzisiejszym świecie](mhtml:file:///F:/Niepe%C5%82nosprawni%20w%20dzisiejszym%20%C5%9Bwiecie).
6. [mhtml:file:///F:/Podwodny wózek inwalidzki – wywiad z Sue Austin](mhtml:file:///F:/Podwodny%20w%C3%B3zek%20inwalidzki%20%E2%80%93%20wywiad%20z%20Sue%20Austin).
7. [mhtml:file:///F:/Wózek inwalidzki kierowany głosem oraz ruchem oka](mhtml:file:///F:/W%C3%B3zek%20inwalidzki%20kierowany%20g%C5%82osem%20oraz%20ruchem%20oka).
8. [mhtml:file:///F:/Wózek inwalidzki, który pokona przeszkody i schody](mhtml:file:///F:/W%C3%B3zek%20inwalidzki%20kt%C3%B3ry%20pokona%20przeszkody%20i%20schody).
9. *Orzech J., Sobiecka J.:* Sport osób niepełnosprawnych. AWF. Kraków 1989.
10. *Sydor M.:* Wybór i eksploatacja wózka inwalidzkiego. Wydawnictwo Akademii Rolniczej. Poznań 2003.
11. *Tasiemki Tomasz:* Urazy rdzenia kręgowego. Fundacja Aktywnej Rehabilitacji. Warszawa 2000.
12. www.inwalidzi.fd6.pl.
13. www.nfz.pl.
14. www.powerchairsdirect.co.uk.
15. www.pfron.org.pl.
16. www.technologie.gazeta.pl.
17. www.wikipedia.pl – Wózek inwalidzki.
18. www.wyborcza.pl – Polski wózek przyszłości.
19. Vermeiren Polska – Materiały handlowe.

Praca zawiera 34 906 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

SPORT SZERMIERCZY W REHABILITACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ

Anna Srokowska^{*}, Grzegorz Srokowski^{**},
Andrzej Lewandowski^{*}, Mirosława Śmiglewska^{*},
Jan Remplewicz^{*}, Jadwiga Sarwińska^{*}

^{*} Katedra i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu,

Collegium Medicum im L. Rydygiera

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

^{**} Katedra i Zakład Kinezyterapii i Masażu Leczniczego

Wydział Nauk o Zdrowiu,

Collegium Medicum im L. Rydygiera

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

sroka@2gb.pl

Szermierkę, zwaną dawniej fechtunkiem, można ogólnie określić jako sztukę sprawnego władania białą bronią, w której istotę stanowi zadanie przeciwnikowi trafienia pchnięciem lub cięciem, starając się przy tym samemu uniknąć trafienia ze strony przeciwnika (10, 24). Sztuka władania "białą bronią" znana była człowiekowi od zarania dziejów i przechodziła kolejne przeobrażenia w różnych krajach i epokach. Pierwsze źródła historyczne świadczące o zastosowaniu kijów do walk to odnalezione płaskorzeźby w Ptah-Hotep i rysunki z Sakkarzy datowane na 3000-2000 p.n.e.. Na kontynencie azjatyckim udział w rywalizacji w walce na pałki wyrażał cnoty męskie i udowadniał

prawość uczestnika. Najstarszą bronią odnaniezoną dotąd jest szabla. Czas jej istnienia szacowany jest przez historyków na 5000 tysięcy lat (8).

Zarówno w średniowiecznej Polsce jak i innych krajach europejskich (Anglia, Italia, Niemcy) miecz był tradycyjną bronią (XIII-XVw.). W XVI wieku polska kawaleria przyjęła styl wschodni i miecz został zastąpiony przez rapier, który stopniowo przechodził dalszą ewolucję przeistaczając się z broni siecznej w broń kłującą. Zmiana techniki i taktyki zadecydowała o tym, że bardziej zaczęła liczyć się precyzja i celność, a nie siła ciosu. Zapoczątkowało to rozwój szermierki i współzawodnictwo szkół: hiszpańskiej, włoskiej i francuskiej. Nowoczesne zasady szkoły francuskiej spowodowały zamianę rapiera na szpadę. Natomiast polską bronią narodową pod koniec XV wieku była szabla. Umiejętność władania nią była ważnym elementem wychowania szlacheckiego. Wypierana stopniowo pod koniec XVI wieku przez broń palną, przetrwała w różnych postaciach jako broń bojowa do końca II wojny światowej. W późniejszym okresie służyła jako część składowa munduru oficera (7, 8).

Ustalenie początku rozwoju sportu szermierczego jest trudne. Prawdopodobne, wydaje się to, że tym, czym były igrzyska sportowe dla starożytnych Greków czy Rzymian, dla społeczeństwa średniowiecznej Europy były turnieje rycerskie. W Polsce w XI wieku uprawiano walki na kije, uczestniczano w gonitwach i ćwiczono umiejętność władania bronią. Owe ćwiczenia pełniły ważną rolę w procesie wychowania młodzieńców przebywających na dworach piastowskich,

przygotowujących się do stanu rycerskiego. Swoje umiejętności rycerze mogli sprawdzić na turniejach. Rywalizacje rycerskie organizowano np.: przy okazji zaślubin czy koronacji. Były one popisem umiejętności, techniki walki i sprawności rycerzy, nabierając cech współzawodnictwa sportowego. Dzięki nim szermierka ulegała ewolucji, zapoczątkowując współczesny sport szermierczy (8).

W okresie odrodzenia humaniści upowszechniali ideał człowieka mądrego, harmonijnie i wszechstronnie rozwiniętego, przygotowanego do obrony i walki. Do uprawiania ćwiczeń fizycznych, w tym i szermierki, zachęcało wielu przedstawicieli polskiego odrodzenia, m.in. Jan Kochanowski, Wojciech Oczko, Mikołaj Rej. Podyktowane to było nawiązaniem do antycznego ideału człowieka o zgrabnej i harmonijnie rozwiniętej sylwetce, o ruchach pełnych gracji, wynikających z doskonałej sprawności fizycznej. Zdaniem Sebastiana Petrycego najlepiej przyczyniały się do tego szermierka, pływanie i zapasy, będąc ćwiczeniami najwszechstronniejszymi i najzdrowszymi. Petrycy zachęcał młodzież szlachecką do edukacji w specjalnych szkołach szermierczych, w których uczono szermierki, jazdy konnej, strzelania. W Polsce XVI- i XVII-wiecznej w zamożniejszych rodzinach do nauki szermierki zatrudniano fechtmistrzów. Młodzież, używając kijów okrzęconych słomą zwanych popularnie palcatami ćwiczyła się w "robieniu bronią". Edukację w zakresie fechtunku można było zdobyć również w szkołach szermierczych (9).

W XVIII wieku w Polsce przedrozbiorowej, szermierka była najbardziej rozpowszechnionym "sportem" w szkołach. Występowała

w programach m.in. akademii rycerskich, kolegów jezuickich, pijarskich i gimnazjów. Stanowiła ważny element przygotowania do kariery oficerskiej (10).

Na przełomie XIX i XX wieku w szermierce zaszły ogromne zmiany. Nastąpił dynamiczny rozwój teorii, metodyki i taktyki szermierczej. Działo w tym okresie wielu wybitnych fechtistrzów, zaczęły powstawać kluby szermiercze nowego, sportowego typu. Powstawały związki szermiercze, a w miejsce dotychczasowych pokazów zaczęto organizować zawody szermiercze. Pojawienie się kulki na końcu floretu oraz maski chroniącej twarz zapoczątkowało nurt szermierki rekreacyjno-sportowej. Natomiast powstanie pierwszych klubów szermierczych w Europie, m.in. w Londynie, współzawodniczących ze sobą dało początek nurtowi sportowo-wyczynowemu. Do jego rozwoju przyczyniły się także szkoły, wojsko, stowarzyszenia akademickie i stowarzyszenia mieszczańskie. Ogólnie można powiedzieć, że szermierka obok nurtu użytkowego (pojedynki, wyszkolenie wojskowe) i rekreacyjnego wytworzyła sportowo-wyczynowy kierunek znajdując swoje miejsce w programie I Nowożytnych Igrzysk Olimpijskich w Atenach w 1896 roku (10, 24).

W Polsce w okresie zaborów szermierkę realizowano w ramach wychowania fizycznego na uniwersytetach we Lwowie, w Krakowie i w różnego typu szkołach wojskowych. Zapoznawano z jej tajnikami również w zakładach gimnastycznych, szkołach fechtunku, szkołach pojedynkowych. Brak własnej armii, na której opierał się rozwój szer-

mierki w innych krajach Europy, spowodował w Polsce zastój tej dyscypliny (10).

Po odzyskaniu w 1918 r. przez Polskę niepodległości szermierka rozwijała się w trzech formach: sportowej (poprzez ogólnokrajowy związek sportowy i Polski Komitet Igrzysk Olimpijskich), wojskowej (zobowiązano do niej żołnierzy służby czynnej i zawodowej), pojedynkowej (jako sposób rozstrzygania sporów). Największą aktywność w reaktywowaniu i tworzeniu nowych klubów sportowych odegrało środowisko lwowskie. W II Rzeczypospolitej szermierkę uprawiano również we wszystkich ośrodkach uniwersyteckich. W 1922 roku powstał Polski Związek Szermierczy. W tym samym roku został członkiem zwyczajnym Związku Polskich Związków Sportowych, a w 1923 roku został przyjęty do Międzynarodowej Federacji Szermierczej (FIE - Fédération Internationale d'Escrime). Działaczom PZS udało się w 1924 r. zorganizować mistrzostwa Polski i wysłać reprezentację na Igrzyska Olimpijskie do Paryża. Na czele Polskiego Związku Szermierczego stali wojskowi. Byli oni widoczni także w składach zarządów PZS. Wynikało to zarówno z tradycji szermierki w Wojsku Polskim, jak i z prężnego rozwoju szermierki w klubach wojskowych. Od 1932 r. zarysowała się bardziej ożywiona współpraca między PZS a Międzynarodową Federacją Szermierczą. Wyrazem tego było powierzenie Polskiemu Związkowi Szermierzemu organizacji mistrzostw Europy w Warszawie. Zawody te zorganizowano w dniach 20-29 czerwca 1934 r. w "Dolinie Szwajcarskiej" - siedzibie Warszawskiego Towarzystwa Łyżwiarского. Zakończyły się sukcesem organi-

zacyjnym Związku i polskiej szermierki. Szermierka polska była dobrze reprezentowana na prestiżowych imprezach, na przykład czterokrotnie na Igrzyskach Olimpijskich (w 1924, 1928, 1932 i 1936) oraz Mistrzostwach Europy (1929-1936). Polacy od końca lat XX-tych należeli do ścisłej czołówki światowej w szabli, ustępując jedynie Węgrom i Włochom, z powodzeniem włączając się do rywalizacji z zespołami USA, Francji i Niemiec (10).

W okresie II wojny światowej poległo, zostało rozstrzelanych lub zginęło w obozach koncentracyjnych większość utytułowanych polskich szermierzy. W okresie okupacji tylko niektórzy, sporadycznie uprawiali biały sport. Działo się to przeważnie na zakonspirowanych treningach w Warszawie. Okupacja przyczyniła się do zniszczenia obiektów i sprzętu sportowego Polskiego Związku Szermierczego oraz klubów w nim stowarzyszonych. Zniszczeniu uległa także jego struktura organizacyjna. Z tułaczki wojennej wielu szermierzy nie powróciło do kraju.

Po II wojnie światowej Polska została włączona do strefy wpływów, w której dominującą rolę odgrywał Związek Radziecki. Szermierka cieszyła się podobnym jak przed wojną zainteresowaniem państwa, z uwagi na włączenie go w przygotowanie żołnierzy do walki i obrony ojczyzny. Uzależnienie Polski od ZSRR oraz znaczna instrumentalizacja życia społeczno-politycznego sprawiała, że sport dla czynników partyjno-administracyjnych stał się ważnym czynnikiem propagandowym, (zwłaszcza w okresach słabszych rezultatów w gospodarce narodowej). Podporządkowanie ZSRR doprowadziło nawet

do rezygnacji z udziału reprezentacji Polski w Igrzyskach Olimpijskich w Los Angeles w 1984 r., jako odwet za zbojkotowanie przez reprezentację Stanów Zjednoczonych Igrzysk Olimpijskich w Moskwie (1980) (10). Miejsce w jakim szermierka jako dyscyplina olimpijska jest obecnie to wynik sytuacji gospodarczej i wielu przemian politycznych jakie zachodziły od zakończenia II wojny światowej do dnia dzisiejszego. Sport szermierczy jest dziś na wskroś nowoczesny i wszechstronny. Szermierka, bowiem nie tylko rozwija ogólną sprawność ruchową, szybkość i dynamikę, ale także podnosi spostrzegawczość, orientację, umiejętność podejmowania i ewentualnej zmiany decyzji oraz inne cechy psychiczne takie jak opanowanie, inicjatywę, celowość działania, samodzielność (3). Te wszystkie elementy, a ponadto fakt, iż szermierkę można uprawiać od wczesnego dzieciństwa do wieku dojrzałego, czynią ją wysoce atrakcyjnym i pożytecznym sportem (1, 2). Poprzez ćwiczenia szermiercze kształtuje się nawyki, cechy i umiejętności potrzebne w walce sportowej, a także niezbędne w życiu codziennym (16). Sportowa broń szermiercza, chociaż zachowała cechy dawnej broni bojowej i pojedynkowej, stała się bardziej filigranowa i lekka. Nie służy już dziś ranieniu czy zabijaniu, a jest jedynie narzędziem w ręku znakomicie przygotowanego fizycznie, technicznie i psychicznie sportowca, pozwalającym ukazać cały kunszt nabyty przez wieloletni trening (17, 22). Delikatne cięcia szablą, finezyjne pchnięcia floretem czy szpadą, efektywne parady i błyskawiczne riposty to efekt połączenia umiejętności technicznych z myślą taktyczną. Obserwując walkę szermierczą łatwo można ocenić walory tech-

niczne zawodników. Znacznie mniej czytelna jest taktyka stosowana w czasie pojedynku. Pozornie te same ruchy mogą służyć z jednej strony rozpoznaniu umiejętności, nawyków i reakcji przeciwnika, z drugiej zaś przygotowaniu własnych działań mających zapewnić zwycięstwo (2). Szermierka jest sportem zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet, a biorąc pod uwagę możliwość wyboru trzech broni – szpady, szabli czy floretu, każdy może zająć się konkurencją, która najbardziej odpowiada jego cechom psychofizycznym (22). Choć nie jest to dyscyplina zbyt popularna, to jednak warto wiedzieć o niej nieco więcej, tym bardziej, że zajmuje wysoką pozycję w sporcie polskim, a zawodnicy po zakończeniu kariery sportowej bardzo często osiągają wspaniałe efekty w działalności zawodowej i społecznej (1, 22).

Historia szermierki na wózkach

Historia sportu osób niepełnosprawnych sięga początków XX wieku. Poznania tej nowej dziedziny wiedzy od strony praktycznej i teoretycznej podjął się jako pierwszy George Stafford. W wydanej, w 1939 r. w Nowym Jorku książce pod tytułem „Sports for the handicapped” przedstawił walory sportów adaptowanych oraz metodykę ich nauczania dla różnych grup niepełnosprawnych. Autor omówił sposoby leczenia i korekcji wad funkcjonalnych i strukturalnych przy wykorzystaniu aktywności rekreacyjnej i sportowej adaptowanej. Znalazły się również w tej publikacji informacje dotyczące wskazań i przeciwwskazań do podjęcia szeroko rozumianej aktywności ruchowej w zależności od dysfunkcji. Niektóre informacje, szczególnie te dotyczące

roli i znaczenia ćwiczeń dla funkcjonowania osób kalekich są aktualne również dzisiaj. Publikacja ta była odpowiedzią na rosnącą liczbę osób niepełnosprawnych w latach 30-tych XX w. w Stanach Zjednoczonych (6).

Wybuch II wojny światowej i prowadzone działania wojenne doprowadziły do powstania dużej liczby rannych, którzy z powodu różnych niepełnosprawności nie mogli normalnie uczestniczyć w życiu codziennym. Dla tych osób zaczęto tworzyć szpitale rehabilitacyjne zarówno w Europie jak i w Ameryce Północnej. W Europie szczególną rolę odegrał szpital dla weteranów wojennych z uszkodzeniami rdzenia kręgowego w Stoke Mandeville, czyli w Narodowe Centrum Uszkodzeń Kręgosłupa (National Spinal Injuries Centre of the Stoke Mandeville Hospital in Aylesbury), w którym pracował Ludwig Guttmann, lekarz, neurolog i neurochirurg. Guttmann zajmował się pacjentami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, dla których w tych czasach to schorzenie było wyrokiem śmierci. Osoby te po około 6 miesiącach od urazu umierały z powodu sepsy, infekcji nerek i z bezczynności. Często ciała tych pacjentów pokryte były odleżynami, które nie chciały się goić. Lekarz ten zalecił pielęgniarcom zmieniać pozycję pacjentów co kilka godzin w ciągu dnia i nocy. Kontynuując te działania zauważył, że odleżyny zaczęły się zmniejszać. Zachęcony tymi rezultatami polecił kwatermistrzowi przynieść piłki lekarskie. Pacjenci ćwiczyli w łóżkach piłkami, a wkrótce potem ich ręce na tyle się wzmocniły, że mogli podnieść się i usiąść na łóżkach i w wózkach inwalidzkich. Postępy jakie robili pacjenci za sprawą ćwiczeń zachęciły Guttmanna do

wprowadzenia treningów sportowych do programu leczenia i rehabilitacji. W 1944 roku zaadoptował polo do potrzeb osób na wózkach inwalidzkich. Pacjenci do tej gry używali kijów i krążka (jak w hokeju). Kolejną dyscypliną wprowadzoną przez tego lekarza była koszykówka na wózkach. Guttmann zachęcał również do udziału w innych dyscyplinach, takich jak: wyścigi na wózkach, gra w rzutki, tenisa stołowego, snookera, kręgle, strzelanie z łuku. Do tradycyjnego modelu rehabilitacji pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wprowadzono element współzawodnictwa sportowego. Obok sportowych form aktywizacji Guttmann angażował pacjentów do działalności społecznej jako członków chóru, zajęć teatralnych i muzycznych, do nabywania różnych umiejętności zawodowych i korzystania z kursów korespondencyjnych. To pionierskie podejście do osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wpłynęło na zmniejszenie wskaźnika śmiertelności i zaowocowało pozytywnym nastawieniem pacjentów do rehabilitacji. Kolejnym krokiem, który rozszerzał dotychczasową działalność było wymyślenie i zorganizowanie pierwszych zawodów, które nazwano Stoke Mandeville Games for Paralyzed (SMG) (6, 15). Na trawniku dziedzińca szpitalnego 28 lipca 1948 roku., tego samego dnia, w którym odbywała się ceremonia otwarcia XI letnich Igrzysk Olimpijskich w Londynie rozegrano zawody łucznicze dla osób po uszkodzeniu rdzenia kręgowego poruszających się na wózkach. Zbieżność dat pierwszych zawodów dla inwalidów nie była przypadkowa. Już wtedy Guttmann miał wizję zorganizowania międzynarodowych igrzysk dla niepełnosprawnych, a kolejne lata były wyrazem konsekwentnego dą-

żenia do osiągnięcia celu. Między 1944 a 1951 rokiem Guttmann był organizatorem zawodów sportowych o zasięgu narodowym. Natomiast w 1952 roku odbyły się pierwsze zawody międzynarodowe, w których wzięło udział 130 zawodników z Wielkiej Brytanii i Holandii. Z roku na rok liczba zawodników i krajów biorących udział w zawodach stale rosła. W Międzynarodowych Igrzyskach Stoke Mandeville (ISMG) w 1954 roku startowało już 250 zawodników z 14 krajów (6). Szermierka jako dyscyplina pokazowa została zaprezentowana w 1954 roku przez Cardiffa - pacjenta z porażeniem kończyn dolnych i jego trenera profesora Reynoldsa w czasie ISMG. Guttmann, który sam w czasie studiów w Heidelbergu trenował szermierkę zauważył możliwości dołączenia szermierki do sportów uprawianych na wózkach. Natomiast profesor Reynolds w czasie wizyt w Stoke Mandeville prowadził pierwsze treningi szermiercze. Rok później, w 1955 roku, szermierka była już jedną z dyscyplin w jakiej rywalizowali niepełnosprawni sportowcy w czasie Międzynarodowych Igrzysk Stoke Mandeville. Bronią jakiej używali zawodnicy w czasie pierwszych zawodów była szabla, później wprowadzono szpadę (19). W 1956 roku po raz pierwszy udział w zawodach wzięły kobiety i w tym też roku zaczęto używać w czasie zawodów także floretu oraz włoskiego urządzenia elektrycznego do pomiaru punktacji (19). Lata 50-te to czas, gdy szermierkę na wózkach zaczęto uprawiać poza Anglią. Były to przede wszystkim kraje o bogatych tradycjach szermierczych takie jak: Niemcy, Francja i Włochy. W 1958 roku Guttmann rozpoczął rozmowy z Antonio Maglio, z Włoch, na temat możliwości zorganizowania

w 1960 roku ISMG w Rzymie, w mieście gospodarza Igrzysk Olimpijskich. W 1959 roku ukonstytuował się Międzynarodowy Komitet Igrzysk Stoke Mandeville, na czele którego stanął Guttman, w celu promocji i usankcjonowania międzynarodowego ruchu sportowego dla osób na wózkach. Z poparciem Maglio, Światowej Federacji Weteranów oraz włoskich władz natychmiast po zakończeniu Igrzysk Olimpijskich odbyły się pierwsze Igrzyska Paraolimpijskie (choć nie były tak nazywane do 1984 roku). 400 zawodników na wózkach z 23 krajów rywalizowało za sobą w następujących dyscyplinach sportowych: łucznictwie, koszykówce na wózkach, pływaniu, szermierce na wózkach, rzucie oszczepem, pchnięciu kulą, rzucie maczugą, snookerze, tenisie stołowym i w pięcioboju (6, 13, 19, 20). Podniesienie rangi zawodów dla niepełnosprawnych do igrzysk olimpijskich było dla Guttmana bardzo ważne. Po pierwsze zwrócono uwagę na niepełnosprawnych, po drugie zawody, które odbywają się na stadionach olimpijskich z zachowaniem ceremoniału igrzysk i propagowaniem idei olimpizmu są najważniejszym wydarzeniem w świecie sportu (6, 7). Również dla szermierki na wózkach to, że znalazła się wśród dyscyplin rozgrywanych na pierwszych igrzyskach miało duże znaczenie dla dalszego rozwoju. W kolejnych latach pracowano nad udoskonaleniem przepisów i wyborze najlepszych rozwiązań technicznych w tej dyscyplinie. Na spotkaniu trenerów w 1962 roku zdecydowano o wprowadzeniu floretu dla kobiet (19).

Początki sportu osób niepełnosprawnych w Polsce sięgają lat 50-tych. Również u nas dostrzegano pozytywny wpływ ćwiczeń ru-

chowych na proces zdrowienia osób niepełnosprawnych. Głównie w Poznaniu za sprawą prof. Wiktora Degi podjęto szereg pionierskich działań mających aktywizować pacjentów z niepełnosprawnościami ruchowymi rehabilitowanych w tamtejszym szpitalu. Również w Poznaniu pracował Jan Dziedzic, który widział potencjał sportowy w osobach niewidomych. W 1950 r. Jan Dziedzic utworzył przy Polskim Związku Niewidomych w Poznaniu pierwszą sekcję sportową. W 1952 r. założone zostało Zrzeszenie Sportowe Spółdzielczości Pracy START - na rzecz środowiska spółdzielczości pracy. Od 1961 r. to zrzeszenie zajmowało się organizacją działalności sportowo-rehabilitacyjnej i rywalizacji sportowej (gimnastyka lecznicza, ćwiczenia rekreacyjne w przerwach pracy, obozy sportowe, treningi w sekcjach, zawody krajowe i międzynarodowe). W 1960 roku dzięki staraniom pracowników Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego w Poznaniu Franciszka Laurentowskiego i Jana Dziedzica powołano Komisję Wychowania Fizycznego i Sportu Inwalidów przy Radzie Wojewódzkiej Zrzeszenia Sportowego „Start” w Poznaniu. Pod egidą tej organizacji zorganizowano I Ogólnopolski Festyn Sportowy Spółdzielczości Inwalidzkiej w 1963 roku. Po raz pierwszy Polacy wystartowali na Letnich Igrzyskach Paraolimpijskich w niemieckim Heidelbergu w 1972 roku (15). Po likwidacji struktur spółdzielczych, zachowując swoją nazwę Zrzeszenie START przekształciło się w 1994 r. w Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych START, Do roku 1998 START był jedynym przedstawicielem Polski w ruchu paraolimpijskim. 26.08.1998r. powołano Polski Komitet Paraolimpijski (PKPar), który

jest członkiem Międzynarodowego Komitetu Paraolimpijskiego (IPC) i Europejskiego Komitetu Paraolimpijskiego (EPC) i jest jedynym reprezentantem polskiego sportu paraolimpijskiego na arenie międzynarodowej. Współpracuje z innymi Narodowymi Komitetami Paraolimpijskimi oraz Komitetami organizacyjnymi Igrzysk Paraolimpijskich (21).

Natomiast w Warszawie w latach 60-tych prof. Marian Weiss - współtwórca polskiej szkoły rehabilitacji - na terenie Stołecznego Centrum Rehabilitacji podjął pierwszą próbę rozpropagowania szermierki wśród osób niepełnosprawnych. Wówczas grupa polskich sportowców niepełnosprawnych, przygotowana przez Wojciecha Zabłockiego, po raz pierwszy wystąpiła w International Wheelchair Games w Stoke Mandeville. Po zawodach zaniechano jednak uprawiania tej dyscypliny. Próbę jej wskrzeszenia podjął Piotr Janaszek - propagator aktywnej rehabilitacji. Wspólnie ze znanym szermierzem Tadeuszem Pigulą, od 1988 r. podczas obozów dla niepełnosprawnych w Mielnicy, kilka razy zorganizował turnieje na wózkach (13). Utworzenie w 1991 roku Integracyjnego Klubu Sportowego AWF (IKS-AWF Warszawa) zapoczątkowało rozwój szermierki na wózkach w kraju. Założył go szermierz i trener - dr Tadeusz Nowicki. Klub ten jest klubem wiodącym w Polsce i zrzeszającym największą liczbę osób uprawiających szermierkę na wózkach. Jest też koordynatorem oraz organizatorem szkolenia centralnego. Propagując szermierkę jako formę aktywności ruchowej wśród osób z dysfunkcją narządu ruchu, Klub stara się realizować ideę integracji w sporcie i poprzez sport. Pod okiem profesjonalnej kadry trenerskiej w Klubie wychowało się i trenuje wielu meda-

listów Igrzysk Paraolimpijskich, Mistrzostw Świata, Europy i Polski. Polska szermierka na wózkach odniosła największy sukces na Igrzyskach Paraolimpijskich w Sydney w 2000 roku. Przełamała dominację Francji i Hong-Kongu wygrywając klasyfikację medalową igrzysk i zdobywając 7 złotych i 6 srebrnych medali (11, 12, 18).

Szermierka na wózkach charakterystyka dyscypliny

Szermierka posiada wielki potencjał i dlatego często określana jest mianem dyscypliny sportowej, którą mogą uprawiać wszyscy, niezależnie od płci i wieku. Podczas ćwiczeń szermierczych kształtuje się wiele cech, które są niezbędne zarówno w sporcie, jak i w codziennym życiu. Poza cechami fizycznymi, takimi jak poprawa kondycji, szybkości i zręczności, należy wymienić szereg cech psychicznych: opanowanie, inicjatywa, samodzielność oraz rozwój spostrzegawczości czy poprawa refleksu (14, 23).

Osoby uprawiające szermierkę na wózkach zrzeszone są w klubach, które wchodziły w skład narodowych związków sportowych, odpowiadających za sporty/sport inwalidów w danym kraju lub tak jak np. w Polsce podlegają pod Polski Związek Szermierczy, łączący szermierkę oraz szermierkę na wózkach. Za rozwój oraz organizację zawodów odpowiada Międzynarodowy Komitet Szermierki na Wózkach, który reprezentuje szermierkę w Światowej Federacji Sportów na Wózkach. W szermierce na wózkach najważniejsze są zawody światowe. Należą do nich Igrzyska Paraolimpijskie (rozgrywane co 4 lata), Mistrzostwa Kontynentu (co 2 lata- rok po Igrzyskach), Mi-

strzostwa Świata (co 2 lata) oraz Puchar Świata (aktualnie 4 razy do roku – w Polsce w ramach Pucharu Świata odbywa się turniej o „Szablę Kilińskiego”). Suma zdobytych punktów podczas zawodów jest liczona i decyduje o ilości zawodników na Igrzyskach Paraolimpijskich (21).

Zawody w szermierce odbywają się indywidualnie, ale na imprezach rangi światowej istnieje również rywalizacja drużynowa. Rozgrywane są następujące konkurencje indywidualne i zespołowe. Indywidualne - floret (mężczyźni i kobiety), szabla, szpada (mężczyźni). Drużynowe - floret (mężczyźni i kobiety), szabla, szpada (mężczyźni). Walki indywidualne tej samej konkurencji rozgrywane są przed drużynowymi. Drużyna szermiercza składa się z trzech zawodników oraz z jednego rezerwowego. Zawodnik może walczyć najwyżej w dwóch broniach (21, 24).

Floret to broń kolna, której trafienie zadaje się wyłącznie przy pomocy pchnięć. Ważną powierzchnią trafień jest cały tułów. Czas trwania walki we florecie mężczyzn wynosi 6 minut i walczą do 5 trafień, a kobiety do 4 trafień i czas walki wynosi 4 minuty. Po upływie tego czasu wygrywa ten zawodnik, który zadał więcej trafień celnych.

Szpada to broń kolna, w której trafienie zadaje się wyłącznie przy pomocy pchnięć. Ważne powierzchnie trafień to całe ciało szermierza, jego ubiór i poduszka. Czas trwania walki to 6 minut, zawodnicy walczą do 5 trafień. Jeśli obaj zawodnicy uzyskają po 5 (w szpadzie jest to możliwe, bo zalicza się trafienia równoczesne), muszą walczyć o decydujące trafienie jednocześnie anulując poprzednie.

Szabla jest bronią sieczno-kolną w której trafienie zadaje się za pomocą pchnięć i cięć. Ważną powierzchnią trafień jest całe ciało zawodnika od pasa w górę. Czas trwania walki wynosi 6 minut, zawodnicy walczą do 5 trafień. Jeśli czas walki minął wygrywa prowadzący (24).

Przepisy w szermierce na wózkach są niemal identyczne jak w szermierce osób sprawnych, tylko niektóre podpunkty zostały dostosowane do osób z niepełnosprawnością ruchową. Podstawową różnicą w uprawianiu szermierki przez niepełnosprawnych jest to, że jest ona na wózkach, które są w czasie walki przymocowane do platformy szermierczej uniemożliwiającej upadek. Przez tą stabilizację zawodnicy znajdują się cały czas w tej samej odległości, wyznaczonej przed walką. Ustalenie odstępu między zawodnikami zależy od kategorii niepełnosprawności, długości ramion zawodników oraz rodzaju broni do pojedynku. Zawodnicy wykonują olbrzymią pracę tułowiem, co daje im ogromne możliwości i zastępuje pracę nóg u szermierzy pełnosprawnych. Wózek w szermierce musi spełniać wymogi zawarte w przepisach, najważniejszym z nich jest wysokość wózka- maksymalnie 53 cm, oparcie wysokie na minimum 15 cm. W szabli, florecie i szpadzie tylne koła powinny być zakryte okrągłymi, metalowymi zasłonami. W przypadku stosowania elektrycznego systemu trafień- metalizowana kamizelka szermiercza, osłony kół oraz metalowe części wózka muszą być uziemione. Zawodnik używa normalnego stroju szermierczego, przy czym jego kończyny dolne muszą być szczególnie dobrze chronione. Do tego celu używa się przeważnie grubych

kocy. Takie okrycie nie może jednak zmieniać powierzchni trafień. W czasie walki stopy nie mogą dotykać podłoża, a podnóżki muszą być tak uregulowane, aby pozwalały na utrzymanie kolan poniżej poziomu bioder. Należy też usunąć boczne oparcia wózków (20, 21).

Zawody w szermierce na wózkach mają podział na płeć, wiek i kategorię niepełnosprawności. Zawodnicy startują w trzech kategoriach w zależności od stopnia niepełnosprawności: Kategoria A to - osoby z amputacjami kończyn dolnych lub ich częściowym niedowładem - posiadają swobodę ruchów tułowia i rąk, Kategoria B to - osoby po urazie rdzenia kręgowego, z porażonymi kończynami dolnymi lub z minimalnym niedowładem rąk oraz Kategoria C - osoby z całkowitym porażeniem kończyn dolnych i niedowładem kończyn górnych. Aby przyporządkować szermierza do danej kategorii wykonuje się cztery testy oceniające siłę mięśniową w skali 0-5 punktów. Jest to podział zawodników zgodnie z ich stanem funkcjonalnym, który zapewnia sprawiedliwą rywalizację (20, 23, 25).

Integracyjny charakter szermierki

Szermierka niepełnosprawnych niewiele różni się od tej, którą uprawiają osoby w pełni sprawne, dlatego zaczęto z powodzeniem organizować zawody integracyjne, wyznaczając tym samym nowy kierunek w rozwoju światowego sportu. Zawody takie zyskują coraz większą popularność i odbywają się w wielu krajach (przoduje tu Polska i Francja). Uczestnikami są zawodnicy niepełnosprawni oraz zupełnie zdrowi. Jeśli w pojedynku uczestniczą osoby zdrowe, to walczą

według zwykłych zasad stojąc na nogach, natomiast jeśli spotka się zawodnik zdrowy i niepełnosprawny to zdrowy dla wyrównania szans również siada na wózku. Okazało się, że po wyrównaniu szans, nie- rzadko pojedynkę wygrywał zawodnik niepełnosprawny. Co ciekawe, po wspólnych treningach i szkoleniach, zarówno trenerzy, jak i sami zawodnicy zauważyli, że taka forma treningu jest korzystna nie tylko dla niepełnosprawnych, ale i dla zdrowych szermierzy. Pomijając względy społeczne, zwrócono uwagę, że uprawianie szermierki siedząc na wózku, znacznie wzmacnia rękę i poprawia refleks. Jest to spowodowane tym, że walka na wózkach jest znacznie szybsza od klasycznej z racji bliskości zawodników. Ponadto, walcząc na wózku, zawodnik zmuszony jest pracować tułowiem, co w przypadku zdrowych szermierzy może być wykorzystane w kolejnych zwykłych walkach. Tak więc korzyści są ogromne i obopólne (25). Niezbyt często mamy do czynienia z sytuacją, aby integracja w sporcie zaszła tak daleko i aby możliwa była konkurencja i współzawodnictwo osób niepełnosprawnych i sprawnych na jednej płaszczyźnie. Dlatego, to co uczyniono na polu szermierki, zasługuje na uznanie i popularyzację. Jedną z ważniejszych imprez dla środowiska szermierzy, które po raz w historii zorganizowano wspólnie dla środowiska szermierzy na wózkach i zdrowych zawodników były Mistrzostwa Świata w Turynie w 2006 roku.

Wpływ szermierki na organizm niepełnosprawnego zawodnika

Systematyczny, ale z umiarem stosowany, trening szermierczy powoduje u osoby niepełnosprawnej zwiększenie odporności organi-

zmu, zapobiega zanikom i przykurczom mięśni. Ćwiczenia szermiercze, wymagające refleksu, koncentracji i precyzji, stymulują układ mięśniowy. Szermierka na wózkach wywiera też pozytywny wpływ na psychikę osób niepełnosprawnych. Sukcesy mogą wpływać pozytywnie zarówno na opinie i sądy najbliższego otoczenia, jak i na własne wyobrażenie. Po osiągnięciu, wykonaniu określonego zadania lub sukcesu, zawodnik przeżywa uczucie zadowolenia z siebie. Odczucie to przyczynia się do podwyższenia mniemania o sobie, a tym samym do wzrostu poziomu aspiracji i samooceny (5). Walka szermiercza i pojawiające się w jej trakcie napięcia emocjonalne i psychiczne pozwalają na poznanie własnych reakcji i uczą panowania nad nimi. Zwycięstwo lub porażka oraz charakterystyczne dla szermierki obciążenia stresowe mogą zwiększać odporność na sytuacje trudne, których nie brakuje przecież w życiu codziennym osób niepełnosprawnych (14, 23). Poza tym szermierka rozwija nie tylko mięśnie obręczy barkowej, kończyn górnych, ale również mięśnie tułowia, wspomaga (lub nawet może zastępować) zabiegi kinezyterapeutyczne, pomaga w ponownym przystosowaniu się do środowiska, w zawieraniu nowych znajomości, kontaktach z ludźmi, zmniejsza biologiczne skutki starzenia się (5).

Podsumowanie

Sport osób niepełnosprawnych na świecie i w Polsce początkowo miał charakter rehabilitacyjno – rekreacyjny. Zaadoptowanie dyscyplin sportowych, w tym szermierki na wózkach, dla potrzeb osób

niepełnosprawnych związane było z ich procesem rehabilitacji. Świadczą o tym, między innymi, postulaty Jana Dziedzica dotyczące włączania osób niepełnosprawnych w działalność sportową:

1. Dyscyplina sportowa uprawiana przez niepełnosprawnego zawodnika powinna być odpowiednio dobrana do jego możliwości psychofizycznych i posiadanego kalectwa (tak, aby uprawianie jej pełniło funkcję rehabilitacyjną).
2. Nigdy nie można dopuszczać do tego, aby uprawianie sportu przez osoby niepełnosprawne spowodowało pogorszenie stanu zdrowia zawodnika (niezbędna jest ciągła opieka medyczna).
3. Sport powinien być wykorzystywany nie tylko do poprawy sprawności fizycznej i psychicznej osób niepełnosprawnych lecz działalność ta powinna mieć na celu ograniczenie lub likwidowanie dysfunkcji organizmu wynikających z posiadanych uszkodzeń organizmu.
4. Organizacja sportu osób niepełnosprawnych powinna maksymalizować szanse na jak największą integrację tych ludzi z całym społeczeństwem.
5. Osoby niepełnosprawne powinny unikać wąskiej specjalizacji sportowej, w miarę potrzeb rehabilitacyjnych powinny uprawiać kilka dyscyplin sportowych, dzięki czemu zapewniony jest wszechstronny rozwój fizyczny i psychiczny.
6. Ze względu na zdrowotne, rehabilitacyjne i rekreacyjne walory działalności sportowej, należy dążyć do włączenia w tę działal-

ność jak największej liczby osób niepełnosprawnych (masowość uprawiania sportu).

7. Należy stwarzać takie warunki do rywalizacji sportowej, aby osoby niepełnosprawne miały podobne szanse na uzyskanie zwycięstwa nad konkurentami (przestrzeganie zasady klasyfikacji niepełnosprawnych sportowców do odpowiednich grup sportowych) (4).

Część tych zasad jest nadal aktualna, lecz nie wszystkie, bo sport osób niepełnosprawnych zmienił na przestrzeni lat swoje „oblicze”. Obecnie sportowiec niepełnosprawny jest tak samo jak zdrowy zainteresowany osiągnięciem jak najlepszego wyniku. Cele rehabilitacyjne nie są już tak istotne. Najważniejsza jest wygrana i zdobycie medalu paraolimpijskiego.

Nadal wybierając dyscyplinę czy konkurencję, którą ma trenować niepełnosprawny zawodnik musimy brać pod uwagę jego możliwości psychofizyczne i rodzaj niepełnosprawności. Szermierka na wózkach to przede wszystkim sport dla osób z niepełnosprawnością ruchową taką jak: amputacje w obrębie kończyn dolnych, porażenia kończyn dolnych i niedowłady kończyn górnych. Moment wyboru jest najważniejszą decyzją, ponieważ zawodowstwo we współczesnym sporcie wymusza wąską specjalizację. Z tego też powodu rzadko można zaobserwować, żeby zawodnicy trenowali kilka różnych dyscyplin sportowych.

Organizacje zarządzające sportem osób niepełnosprawnych odpowiadają za zatrudnienie wysoko wykwalifikowanej kadry trener-skiej i medycznej, jednak środki jakimi dysponują nie są w stanie pokryć wszystkich potrzeb zawodników. Po pierwsze niepełnosprawni sportowcy nie otrzymują stypendiów i dlatego większość z nich pracuje trenując dopiero w swoim czasie wolnym. Po drugie sprzęt z jakiego korzystają niepełnosprawni, z jednej strony wpłynął na rozwój sportu, ale dla większości zawodników samodzielny zakup jest powyżej ich możliwości. Trudniej też jest znaleźć sponsorów w porównaniu ze zdrowymi zawodnikami. Szermierka na wózkach jest dyscypliną, do której uprawiania nie potrzeba specjalnych wózków, ale problemem jest mała ilość klubów, szczególnie w małych miejscowościach i na wsiach. Szermierka na wózkach jak każda dyscyplina sportowa wymaga systematycznego trenowania. Czasami zdarza się, że zawodnicy dojeżdżają na treningi tylko w weekendy, bo mają do pokonania 100 km i więcej do najbliższego klubu. W ciągu tygodnia trenują samodzielnie, a z trenerem i swoją drużyną spotykają się tylko raz w tygodniu lub rzadziej. Pomimo dobrej opieki medycznej intensywne trenowanie może powodować kontuzje lub pogorszenie stanu zdrowia, a ograniczenie lub likwidowanie dysfunkcji organizmu wynikających z posiadanych uszkodzeń organizmu nie zawsze jest możliwe. Szermierka na wózkach nie jest dyscypliną, w której zawodnicy są narażeni na liczne kontuzje, a systematyczne trenowanie może korzystnie wpływać na poprawę stanu funkcjonalnego. Współczesny sport osób niepełnosprawnych wypracował dobrze funkcjonujące, aczkolwiek

ciągle niedoskonałe, systemy klasyfikacji zawodników, które mają zagwarantować, że w jednych zawodach rywalizują ze sobą zawodnicy o takich samych możliwościach funkcjonalnych. Istniejący w szermierce system klasyfikacji zawodników jest przejrzysty i stwarza warunki do sprawiedliwej rywalizacji.

Część dyscyplin sportowych, w tym szermierka na wózkach, siatkówka na siedząco, pozwala na większą integrację z pełnosprawnymi. Zdarzają się również takie sytuacje, że zawodnicy niepełnosprawni startują zarówno na Igrzyskach Olimpijskich jak i Paraolimpijskich np. Natalia Partyka w tenisie stołowym. Jest to najwyższy poziom integracji, choć nie najłatwiejszy dla niepełnosprawnych. Podsumowując można powiedzieć, że wymagania jakie stawia sport wychynowy przed osobami z różnymi dysfunkcjami są takie same jak w sporcie osób sprawnych, jednak bariery jakie muszą pokonać niepełnosprawni są ciągle dużo większe. Szermierka z jej tradycjami posiada wielki potencjał, który jest wykorzystywany z powodzeniem w rehabilitacji, rekreacji i sporcie osób niepełnosprawnych.

Streszczenie

Szermierka na wózkach to jedna z pierwszych dyscyplin, która została zaadaptowana do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych. Zdecydowały o tym jej zalety: romantyczna tradycja, wartości zdrowotne, rekreacyjne, sportowe i potencjał rehabilitacyjny.

Piśmiennictwo

1. *Borysiuk Z.*: Psychomotoryczne i osobowościowe uwarunkowania poziomu mistrzowskiego w szermierce. Oficyna Wydawnicza Politechniki Opolskiej. Opole 2002.
2. *Borysiuk Z.*: Współczesna szermierka na szable. Biblioteka Trenera. Centralny Ośrodek sportu. Warszawa 2005.
3. *Czajkowski Z.*: Szermierka. Floret. Wydawnictwo Sport i Turystyka. Warszawa 1987.
4. *Dziedzic J.*: Tendencje i kierunki rozwoju pozaklinicznego usprawniania ruchowego osób niepełnosprawnych. Kronika AWF. Poznań 1984.
5. *Janiszewski M.*: Rekreacja ruchowa dla osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 1989.
6. *Kosmol A. (red.)*: Teoria i praktyka sportu niepełnosprawnych. AWF. Warszawa 2008.
7. *Lipoński W.*: Encyklopedia Sportów Świata. Oficyna Wydawnicza Atena. Poznań 2006.
8. *Lipoński W.*: Humanistyczna encyklopedia sportu. Wyd. Sit. Warszawa 1987.
9. *Lipoński H.*: Historia sportu. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2012.
10. *Łuczak M.*: Szermierka w Polsce w latach 1945-1989. AWF. Poznań 2002.
11. *Mańkowski G., Nowicki T.*: Integracyjny Klub Sportowy AWF Warszawa. Postępy Rehabilitacji 1994, T.VIII, z. 2.
12. *Nowicki T.*: Integracyjny Klub Sportowy. Kultura Fizyczna 1992, nr 5-6.
13. *Nowicki T.*: Szermierka na wózkach. Niepełnosprawność i Rehabilitacja 2001, nr 2.
14. *Nowicki T.*: Szermierka na wózkach w odczuciach i opiniach zawodników niepełnosprawnych. Sport wyczynowy 2000; Nr 7/8.
15. *Orzech J., Sobiecka J.*: Sport osób niepełnosprawnych. AWF. Kraków 1989.
16. *Skupniewicz P.*: O przyjemnościach uprawiania szermierki [w] *Grad J., Mamzer H.*: Kultura przyjemności. Rozważania kulturoznawcze. Wydawnictwo UAM. Poznań 2005.
17. [www.fie.ch/Międzynarodowa Federacja Szermiercza](http://www.fie.ch/Międzynarodowa_Federacja_Szermiercza).
18. www.integracyjny.pl/Szermierka.
19. www.iwasf.com/iwas-wheelchair-fencing/history.
20. www.paralimpic.org.
21. [www.paraolimpijski.pl/Szermierka na wózkach](http://www.paraolimpijski.pl/Szermierka_na_wózkach).
22. www.pzszer.pl/ Polski Związek Szermierczy.
23. www.tacysami.org.pl/Szermierka.
24. www.pl.wikipedia.org/Szermierka.
25. www.zrobmy-to-razem.pl/szermierka-na-wozkach.

Praca zawiera 38 267 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

ŚRODOWISKO NIEMIECKICH APTEKARZY NA KUJAWACH I POMORZU GDAŃSKIM¹ W LATACH 1939 – 1945

Wojciech Ślusarczyk

Zakład Historii Medycyny i Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Collegium Medicum im L. Rydygiera
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
wojciech.slusarczyk@cm.umk.pl

Środowisko niemieckich aptekarzy na Kujawach i Pomorzu Gdańskim w okresie II wojny światowej nie stanowiło do tej pory przedmiotu badań polskich historyków. W kilku raptem opracowaniach o niemieckich farmaceutach zamieszczano wyłącznie zdawkowe wzmianki; niejako przy okazji opisywania losów aptekarzy Polaków. Wynikało to z dwóch powodów. Po pierwsze do 1989 r. tematy dotyczące bezpośrednio Niemców, w tym także niemieckich farmaceutów działających, na ziemiach polskich były unikane ze względów politycznych. Po drugie z okresu II wojny światowej zachowało niewiele źródeł, pozwalających na pełne opisanie interesującego nas środowi-

¹ W niniejszym opracowaniu brano pod uwagę obszar województwa pomorskiego w kształcie z dnia 1 IV 1938 r., gdy na mocy ustawy z dnia 12 VI 1937 r., przyłączono do niego część powiatów województwa poznańskiego: bydgoski, bydgoski miejski, inowrocławski, inowrocławski miejski, szubiński oraz część powiatu mogileńskiego, a także powiaty: nieszawski, rypiński, lipnowski i włocławski, należące wcześniej do województwa warszawskiego. Z województwa pomorskiego wyłączono zaś wówczas powiat działdowski, który wszedł w skład województwa warszawskiego., J. Mielcarek, *Podziały terytorialno – administracyjne II Rzeczypospolitej w zakresie administracji zespolonej*, Warszawa 2008, s. 59.

ska. Aby tego dokonać należałoby spenetrować przede wszystkim zasoby dzisiejszych niemieckich archiwów. Tekst niniejszy ma więc charakter przyczynkarski. Jest między innymi efektem zebrania wzmianek zawartych w nielicznych, polskich opracowaniach z zakresu historii aptekarstwa. Bardzo pomocne okazało się również dwutomowe dzieło H. Trunza pt. *Apotheker und Apotheken in Ost – und Westpreussen 1397 – 1945* (Hamburg 1992 – t. I, 1996 – t. II). Ze względu jednak na to, że dotyczy ono okresu sześciuset lat, zawarte w nim informacje posiadają zdawkowy charakter. Poza tym Trunz objął badaniami teren zaledwie częściowo pokrywający się opisywanym przez nas obszarem. Ważne informacje uzyskano także dzięki analizie akt sądowych znajdujących się w Archiwum Państwowym w Bydgoszczy oraz rozmaitych, fragmentarycznych źródeł, takich jak etykiety apteczne, rachunki, spisane wspomnienia, przechowywanych w niezinwentaryzowanych zbiorach Muzeum Farmacji Apteki „Pod Łabędziem” w Bydgoszczy. Zebrane dane, choć niepełne i najczęściej częściowe, pozwalają jednak na wskazanie nazwisk większości ówczesnych aptekarzy oraz wstępne scharakteryzowanie ich środowiska.

Składało się on z dwóch, różniących się od siebie grup – farmaceutów posiadających apteki przed 1919 r., którzy pozostali na badanych terenach w okresie istnienia niepodległego państwa polskiego oraz osób nowych, przybyłych w okresie II wojny światowej. Przyjrzymy się zatem obu tym grupom z osobna.

Przed zawarciem traktatu wersalskiego (28 czerwca 1919 r.) zdecydowana większość aptek na terenie Kujaw i Pomorza Gdań-

skiego, za wyjątkiem powiatów byłego zaboru rosyjskiego, znajdowała się w rękach Niemców. Zupełnie inna sytuacja panowała na ternach byłej Kongresówki, w której apteki należały głównie do Polaków². Powyższy stan rzeczy wynikał z faktu, iż państwo pruskie, podczas wydawania koncesji osobistych, promowało Niemców. Farmaceuci narodowości polskiej, chcąc stać się właścicielami aptek, musieli wobec tego kupować bardzo drogie przywileje i koncesje realne, lub zadowolić jedynie możliwością prowadzenia drogerii³. Zjawisko to było szczególnie widoczne w największych miastach badanego regionu. W Bydgoszczy w 1920 r., na sześć aptek tylko jedna Apteka „Pod Czarnym Orłem” znajdowała się w rękach Polaka, Władysława Kużaja. Nie inaczej było w Toruniu i w Inowrocławiu. W grodzie Kopernika na pięć aptek tylko Apteka „Pod Łabędziem” stanowiła własność Alfonsa Sobieckiego, zaś w Inowrocławiu na trzy apteki jedynie Apteka „Pod Orłem” należała do W. Wąsowicza⁴. W Grudziądzu natomiast istniało pięć wyłącznie niemieckich aptek⁵. Ogółem w 1919 r. Polacy posiadali jedynie 19 spośród 79. aptek istniejących na pruskim obszarze badanych terenów. Trzy apteki należały do Żydów, identyfikujących się

² T. Rejmanowski, *Radziejów Kujawski i jego aptekarze na przestrzeni XV – XXI w.*, „Apothecaria Bydgostiana. Studia z Dziejów Farmacji i Medycyny”, 2008 r., t. VIII, s., s. 19 – 22

³ W. K. Korpalska, *Sześć wieków opieki zdrowotnej w Bydgoszczy. Od miłosiernych uczynków do instytucji zdrowia publicznego*, Toruń 2008, s. 234.

⁴ L. Kostrzeński, *Materjały do historii aptek wielkopolskich*, Warszawa 1936, t. II, s. 29, 68, B. Wodyński, B. Wachulec, W. Ślusarczyk, *Apteka „Pod Złotym Orłem” w Bydgoszczy*, Łódź 2008, s. 67. Z. Mamela, *Siedem wieków aptekarstwa toruńskiego*, Toruń 1997, s. 86, 104.

⁵ B. Siedlecki, *Zagadnienia farmaceutyczne w historii aptek Grudziądza i okolicy*. Praca doktorska napisana w Zakładzie Historii Medycyny i Farmacji Instytutu Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu, 1984., s. 21 – 29.

z państwem niemieckim. Najwięcej, bo aż 59 aptek znajdowało się zaś w posiadaniu Niemców.

Początek dwudziestolecia międzywojennego przyniósł wiele zmian w zakresie własności. Zostały one spowodowane działaniem dwóch czynników. Pierwszym z nich był odpływ niemieckich aptekarzy. Ci z nich, którzy nie urodzili się na ziemiach utraconych przez państwo niemieckie, a zamieszkali na nich po 1908 r., zobowiązani zostali do wyjazdu poza granice Rzeczypospolitej. Decyzję o wyprawdzie podjęła również większość Niemców, mogących pozostać przyjmując polskie obywatelstwo. Liczba wyjazdów narastała wręcz lawinowo. Badane tereny opuszczali przedstawiciele wszystkich grup zawodowych, w tym także właściciele aptek⁶. Odpływowi Niemców⁷ towarzyszył stały napływ ludności polskiej. Niemieccy aptekarze wyjeżdżając w szybkim tempie pozbywali się swych aptek. Korzystali na tym kupujący je Polacy, którzy przejmowali apteki drogą wykupu przywilejów i koncesji realnych oraz poprzez otrzymywanie od władz wojewódzkich koncesji osobistych na prowadzenie istniejących już, niemieckich dotąd, aptek. Wraz z opuszczeniem granic Polski przez dotychczasowych koncesjonariuszy wygaszały bowiem posiadane przez nich koncesje osobiste. Bez względu na prawne podstawy działania aptek, wykupowi podlegały zawsze lokal, sprzęt i towar apteczny. Drugim czynnikiem mającym wpływ na zmianę stanu własności

⁶ *Historia Bydgoszczy*, red. M. Biskup, Bydgoszcz 1999., t. II, cz. 1, s. 406 – 408.

⁷ Wraz z Niemcami wyjeżdżali również identyfikujący się z państwem niemieckim Żydzi.

było powstawanie nowych aptek wywołane wzrostem liczby ludności⁸. Nowe apteki otwierano głównie w dużych ośrodkach miejskich Kujaw i Pomorza Gdańskiego. Największy wzrost liczby aptek nastąpił w Gdyni – od pierwszej założonej w 1922 r., do dziewięciu w 1939 r. Istotne zwiększenie liczby aptek nastąpiło także w Bydgoszczy – z sześciu do dwunastu oraz w Toruniu – z pięciu do dziewięciu. Nowe placówki otwierane były wyłącznie przez Polaków. Do końca 1924 r. niemal wszystkie apteki znajdowały się już w rękach polskich⁹. W 1939 r. na 141. aptek prywatnych działających na terenie Kujaw i Pomorza Gdańskiego zaledwie 19 znajdowało się w posiadaniu Niemców. Możemy więc stwierdzić, iż w okresie dwudziestolecia międzywojennego, na polu własności aptek, pod względem narodowościowym nastąpiło całkowite odwrócenie proporcji¹⁰. Poniższa tabela zawiera wykaz aptekarzy narodowości niemieckiej lub ich sukcesorów, posiadających apteki na badanych terenach w przededniu wybuchu II wojny światowej.

⁸ Archiwum Państwowe w Bydgoszczy (dalej APB), Urząd Wojewódzki Pomorski (dalej UWP) w Toruniu, sygn. 12118., APB, UWP w Toruniu, sygn. 12122.

⁹ Kalendarz Farmaceutyczny na rok 1925, red. F. Herod, s. 251 – 254, 256 – 258, s. 265 – 268., B. Siedlecki, op. cit., s. 48, 57, 63., A. Drygas, *Dzieje*, op. cit., s. 19.

¹⁰ Na przykład w Bydgoszczy, w chwili odzyskania niepodległości, w rękach polskich znajdowała się zaledwie jedna apteka. W 1922 r., na siedem aptek, do Niemców należały już tylko cztery. Jednakże w 1925 r., na dziewięć aptek zaledwie jedna – Apteka „Pod Łabędziem” była własnością Niemca. Do chwili wybuchu II wojny światowej otwarto w Bydgoszczy jeszcze trzy, wyłącznie polskie apteki., B. Wodyński, B. Wachulec, W. Ślusarczyk, op. cit., s. 68.

Tab. 1. Niemieccy właściciele aptek na Kujawach i Pomorzu Gdańskim
w sierpniu 1939 r.

Lp	Właściciel	Miejscowość	Nazwa apteki	Rok urodzenia	Rok uzyskania dyplomu
1.	von Broen Elli – wdowa po von Broenie ¹¹	Chojnice	Apteka „Dworska” (?)	-	-
2.	Christ Daniel	Kartuzy	Apteka „Pod Orłem”	1880 r.	1904 r.
3.	Heininger Lothar ¹²	Toruń	Apteka „Pod Orłem”	1906 r.	1930 r.
4.	Hempel Johanetta wdowa po aptekarzu E. Hemplu	Chełmno	Apteka „Pod Orłem”	-	-
5.	Heppner Rudolf	Tuchola	Apteka „Pod Orłem”	1872 r.	1898 r.

¹¹ W sierpniu 1941 r. Elli von Broen zatrudniała jako kierownika apteki, przybyłego z Niemiec lub z Gdańska, Theofila Siegerta., APB, Landratura w Chojnicach, 1939 – 1945, sygn. 74.

¹² Syn Alfreda Heininger., Z. Mamela, *Poczet lekarzy i aptekarzy dawnego Torunia*, Toruń 1998, s. 92.

Lp	Właściciel	Miejscowość	Nazwa apteki	Rok urodzenia	Rok uzyskania dyplomu
6.	Holfeld Wilibald	Zblewo	Apteka „Pod Orłem”	1875 r.	1903 r.
7.	Hoosman Walter	Tczew	Apteka „Pod Orłem”	1887 r.	1919 r.
8.	Kazimierski Bruno ¹³	Bydgoszcz	Apteka „Pod Łabędziem”	1888 r.	1914 r.
9.	Kozłowski Alojzy ¹⁴	Sierakowice	Apteka „Pod Orłem”	1884 r.	1913 r.
10.	wdowa po aptekarzu Franzu von Kulesa ¹⁵	Barcin	?	?	?

¹³ Brunon Kazimierski w 1940 r. zmienił nazwisko na Kalten., APB, Sąd Powiatowy w Bydgoszczy, sygn. 299.

¹⁴ Alojzy Kozłowski po 1939 r. zmienił nazwisko na Kosman (Kossmann ?), A. Drygas, *Dzieje, op. cit.*, s. 103 – 104., H. Trunz, *Apotheker und Apotheken in Ost – und Westpreussen 1397 - 1945*, Hamburg 1992, t. I, s. 152.

¹⁵ Franz von Kulesa, po 1920 r. podpisywał się jako Franciszek Kulesza. Był jednak Niemcem., A. Drygas, *Dzieje apteki w Barcinie (w Kujawsko – Pomorskim)*, „Acta Medica Premisliensia”, t. XXV (2002), s. 93.

Lp	Właściciel	Miejscowość	Nazwa apteki	Rok urodzenia	Rok uzyskania dyplomu
11.	dr Müller Fryderyk	Skórcz	Apteka „Pod Orłem”	?	?
12.	sukcesorzy Bruno Pardona	Kcynia	Apteka “Pod Czarnym Orłem”	-	-
13.	Quiring Anna – wdowa po aptekarzu Carlu Quiringu	Grudziądz	Apteka „Pod Koroną”	-	-
14.	Rehefeld Georg	Wejherowo	Apteka „Pod Orłem”	1877 r.	1901 r.
15.	Rosenow Karl Otto	Fordon	Apteka „Nad Wisłą”	1868 r.	1894 r.
16.	Schüttz Annemarie – wdowa po aptekarzu Schüttzu ¹⁶	Czersk	?	-	-

¹⁶ W sierpniu 1941 r. Annemarie Schüttz zatrudniała jako kierownika apteki, przybyłego z Niemiec lub z Gdańska, Wernera Zwiabelberga., APB, Landratura w Chojnicach, 1939 – 1945, sygn. 74.

Lp	Właściciel	Miejscowość	Nazwa apteki	Rok urodzenia	Rok uzyskania dyplomu
17.	Siewert Walter	Starogard	Apteka „Pod Łabędziem”	1876 r.	1903 r.
18.	Stark Maks	Bukowiec	?	1876 r.	1901 r.
19.	Wendt Erna – wdowa po aptekarzu Eugenie Wendtcie	Kościerzyna	Apteka „Pod Niedźwiedziem”	-	-

Źródło: APB, UWP w Toruniu, sygn. 1240., APB, UW w Bydgoszczy, sygn. 5157., APB, Prezydium WRN w Bydgoszczy, Wydział Zdrowia, sygn. 241., *Urzędowy Spis: lekarzy, lekarzy – dentystów, farmaceutów, fclczarów, pielęgniarek, położnych, uprawnionych i samodzielnych techników dentystycznych*, Warszawa 1939, s. 11, 27 – 28, 40, 67, 69, 74., A. Drygas, *Dzieje*, *op. cit.*, s. 103 – 104., Z. Mamela, *Siedem*, *op. cit.*, s. 127., B. Siedlecki, *op. cit.*, s. 62.,

Niemal wszyscy z nich byli w posiadaniu swoich aptek jeszcze przed 1919 r. W siedmiu przypadkach należały one do wdów lub innych spadkobierców. Bydgoski aptekarz Brunon Kazimierski w 1923 r. został przyjęty do spółki przez swego teścia – właściciela Apteki „Pod Łabędziem”, który w 1932 r. przekazał mu swą firmę całkowicie¹⁷. Lothar Heininger, właściciel Apteki „Pod Orłem” w Toruniu, odziedzi-

¹⁷ Apteka „Pod Łabędziem” w Bydgoszczy – 150 lat, red. A. Drygas, Bydgoszcz 2003, s. 64 – 65.

czył ją w 1935 r. po swoim ojcu Alfredzie¹⁸. Jedynym nabywcą, niezwiązanym z poprzednim właścicielem był Alojzy Kozłowski, który w 1934 r. kupił aptekę w Sierakowicach od wdowy po niemieckim aptekarzu Karlu Wernicke, który zmarł kilka lat wcześniej¹⁹.

Zdecydowana większość z nich urodziła się w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XIX stulecia. W 1939 r. znajdowali się już więc już w wieku dojrzałym. Na podstawie posiadanych informacji nie jesteśmy w stanie stwierdzić, czy omawiani aptekarze przyszli na świat na terenie Kujaw i Pomorza Gdańskiego. Wiemy tylko, że Brunon Kazimierski urodził się w Debrznie (Friedland) na Pomorzu²⁰, Max Stark w Królewcu²¹, a Lothar Heininger w Toruniu²². Niemal wszyscy byli absolwentami niemieckich uniwersytetów, na których jeszcze przed zakończeniem I wojny światowej otrzymali stopień aptekarza aprobowanego. Wyjątek stanowił Lothar Heininger, który w dniu 8 lipca 1930 r. ukończył studia na uniwersytecie poznańskim uzyskując stopień magistra farmacji²³. Dodajmy, iż po 1 września 1939 r. farmaceuta Gerth Hempel, odziedziczył po swojej matce Johanettcie (wdowie po aptekarzu E. Hemplu) Aptekę „Radziecką” w Chełmnie. Młody Hempel skończył studia zapewne już po upadku Polski. Nie figuruje bowiem w spisie farmaceutów Rzeczypospolitej z 1939 r. Najprawdo-

¹⁸ Z. Mamęła, *Poczet, op. cit.*, s. 92.

¹⁹ A. Drygas, *Dzieje, op. cit.*, s. 17.

²⁰ Pomiędzy Chojnicami a Złotowem.

²¹ H. Trunz, *op. cit.*, t. I, s.

²² *Apteka, op. cit.*, s. 64., Z. Mamęła, *Poczet, op. cit.*, s. 92.

²³ Z. Mamęła, *Siedem, op. cit.*, s. 154.

podobniej z jego inicjatywy apteka przyjęła miano „Rote Apotheke”²⁴. Ze względu na to, że wychowywał się w Chełmnie i odziedziczył rodzinną firmę, potraktujemy Gertha Hempla jako zasiedziałego, niemieckiego aptekarza.

Podczas istnienia niepodległego państwa polskiego nieniemieccy aptekarze zachowywali się raczej lojalnie wobec władz. Jedynymi wykroczeniami przeciw obowiązującym porządkom (biorąc pod uwagę kwestie narodowościowe), były próby zatrudniania farmaceutów Niemców, którzy nie byli obywatelami Rzeczypospolitej, ani nie znali języka polskiego²⁵. Należy również sądzić, iż sami niemieccy właściciele aptek mówili po polsku bardzo słabo²⁶. Nie posiadamy informacji na temat ich pozazawodowej aktywności społecznej. Prawdopodobnie skupiali się na pracy w aptece. Wyjątek stanowił Brunon Kazimierski, piastujący na początku lat dwudziestych mandat bydgoskiego radnego z ramienia Komitetu Niemieckiego²⁷. Niestety nie wiemy nic na temat stosunku zasiedziałych niemieckich aptekarzy do narodowego socjalizmu zarówno w okresie od 1933 do 1939 r., jak i w latach 1939 – 1945. Choć bezpośrednio po zakończeniu II wojny światowej na terenie Kujaw i Pomorza Gdańskiego funkcjonowało tylko 14 aptek²⁸, na-

²⁴ APB, UWP w Bydgoszczy, sygn. 5157.

²⁵ APB, UWP w Toruniu, sygn. 12124, APB, UWP w Toruniu, sygn. 12125.

²⁶ W 1928 r. starosta powiatu kartuskiego stwierdził w piśmie do wojewódzkich władz farmaceutycznych, iż Daniel Christ „(...) jest [...] Niemcem [sic!] nie władającym prawie zupełnie językiem polskim.”, APB, UWP w Toruniu, sygn. 12132.

²⁷ *Apteka*, op. cit., s. 65.

²⁸ APB, UWP w Bydgoszczy, sygn. 5157., APB, Prezydium WRN w Bydgoszczy, Wydział Zdrowia, sygn. 241., *Rocznik Farmaceutyczny 1949/50*, s. 347, 366 – 367, 370., A. Drygas, *Dzieje*, op. cit., s. 103 – 104., Z. Mameła, *Siedem*, op. cit., s. 127.

leży przyjąć, iż pozostałe zostały unieruchomione z powodu działań wojennych prowadzonych w styczniu 1945 r. Do tego czasu zaś były prowadzone przez przedwojennych właścicieli, którzy zostali wcześniej w pełni zaakceptowani przez władze III Rzeszy²⁹.

Widzimy więc, iż grupa niemieckich aptekarzy na Kujawach i Pomorzu Gdańskim, w przededniu wybuchu II wojny światowej, składała się z mniej niż 20. osób; stanowiła zatem niewielką część ogółu ówczesnego środowiska aptekarskiego, tworzonego głównie przez Polaków. Po upadku państwa polskiego sytuacja ta uległa całkowitej zmianie.

W 1939 r., wobec Kujaw i Pomorza Gdańskiego, podobnie jak wobec pozostałych terenów mających ulec wcieleniu w strukturę III Rzeszy, władze niemieckie zastosowały politykę gospodarczą, związaną ściśle z rozpoczynającą się akcją germanizacyjną. Jedno z jej założeń polegało na wykluczeniu Polaków z życia ekonomicznego. Dotychczasowi polscy właściciele firm, zostali z nich wywłaszczeni³⁰. W dniu 19 października 1939 r., w celu przejmowania polskich majątków, powołany został Główny Urząd Powierniczy – Wschód (Haupt Treuhändstelle Ost) z siedzibą w Berlinie. Podlegały mu Urzędy Po-

²⁹ A. Drygas, *Dzieje, op. cit.*, s. 59.

³⁰ Opisywanie dalszych losów aptekarzy narodowości polskiej wykraczałoby poza ramy niniejszego tekstu. Należy jednak zaznaczyć, iż były one dość zróżnicowane. Część z nich zamordowano w pierwszych miesiącach wojny, część została wysiedlona do Generalnego Gubernatorstwa, gdzie pracowała w swoim zawodzie (prowadząc często apteki pożydowskie), część przeżyła wojnę w obozach jenieckich, wreszcie część pracowała na omawianych terenach w roli szeregowych farmaceutów. Większość doczekała wyzwolenia i wróciła do swoich dawnych aptek wiosną 1945 r. Zagadnienie to wymaga osobnego opracowania. O mordach na polskich aptekarzach wspomina między innymi M. Wardzyńska, *Był rok 1939. Operacja niemieckiej policji bezpieczeństwa w Polsce. Intelligenzaktion*, Warszawa 2009, s. 144 – 220.

wiernicze, obejmujące jurysdykcją poszczególne prowincje. W przypadku badanych terenów mieściły się one w Gdańsku i w Poznaniu. Na czele prowincjonalnego Urzędu Powierniczego stał Główny Powiernik (Hauptreuhänder), któremu podlegały ekspozytury terenowe. Założenia hitlerowskiej polityki gospodarczej dotyczyły także aptek. Miejsce po każdym z wyrugowanych aptekarzy zająć miał komisaryczny zarządca (Treuhänder), skierowany przez niemiecką izbę aptekarską z zadaniem dalszego prowadzenia przejętej apteki w imieniu III Rzeszy. Docelowo każda z aptek (o ile nie została zlikwidowana) miała trafić w ręce nowego, niemieckiego właściciela. Stan prawny w zakresie konfiskat regulowało rozporządzenie z dnia 12 września 1940 r. O traktowaniu majątku byłych obywateli państwa polskiego³¹. Rugowanie polskich właścicieli aptek rozpoczęło się jednak znacznie wcześniej. W zdecydowanej większości przypadków miało one miejsce zaraz po zajęciu danej miejscowości przez Wehrmacht³². Proces ten zakończył się zaś ostatecznie w marcu 1940 r.³³

Rola komisarycznych zarządców była z założenia tymczasowa. Świadczy o tym komunikat Heinza Purtzla, kierownika niemieckiej izby aptekarskiej w Gdańsku, wydany w dniu 21 września 1939 r.: „Zwracamy uwagę na to, że gdańscy koledzy, którzy w oswobodzonym terenie na nasze polecenie przejęli polskie apteki, jako komisaryczni zarządcy, w dalszym ciągu pozostają tylko w tym charakterze. Z tej racji

³¹ *Historia Bydgoszczy*, red. M. Biskup, Bydgoszcz 2004, t. II, cz. 2, s. 193, 235, 237 – 238.

³² A. Drygas, *Dzieje*, *op. cit.*, s. 62.

³³ M. Pawłowski, *200 lat Apteki „Pod Orłem” w Łabiszynie 1778 – 1978* (Istnieje w formie odbitki ksero z maszynopisu, bez datacji), s. 2 – 3.

nie mają żadnych [...] uprawnień. Wprowadzeni koledzy po fachu otrzymają za czas swego urzędowania finansowe odszkodowanie, którego wysokość nie jest jeszcze ustalona. / Zaś kierownicy aptek z obszaru Wolnego Miasta Gdańska, którzy oddali swoich współpracowników do obsadzenia placówek na wyzwolonym terenie, zostają zwolnieni od dalszego wypłacania im zarobków z dniem odejścia.”³⁴ Jak widzimy, w przypadku aptek, Urzędy Powiernicze działały w porozumieniu z nowopowstałymi niemieckimi izbami aptekarskimi w Gdańsku i Poznaniu³⁵. Warunkiem pełnienia funkcji komisarycznego zarządcy, a także uzyskania apteki na własność, była przynależność do narodu niemieckiego oraz posiadanie fachowego, farmaceutycznego wykształcenia³⁶. Brak wystarczającej liczby niemieckich kadr farmaceutycznych powodował, iż występowały problemy ze znalezieniem odpowiednich osób do sprawowania funkcji zarządców. Nie obsadzone apteki musiały pozostawać wówczas nieczynne; co trwało niekiedy od kilku miesięcy do nawet kilku lat³⁷. Dobrym tego przykładem jest przypadek Apteki „Pod Koroną” w Bydgoszczy, która z powodu braku komisarycznego zarządcy lub nowego właściciela pozostawała zamknięta aż do 1943 r.³⁸

³⁴ Drygas, *Dzieje*, *op. cit.*, s. 64

³⁵ APB, Sąd Powiatowy w Bydgoszczy, sygn. 296.

³⁶ *Historia Bydgoszczy*, *op. cit.*, t. II, cz. 2, s. 237.

³⁷ Z. Mamela, *Siedem*, *op. cit.*, s. 119.

³⁸ Kserokopia wspomnień z lat 1939 – 1945, spisanych po wojnie w formie maszynopisu przez Irenę Schmidt z domu Cierniak, znajdująca się w niezinventaryzowanych zbiorach Muzeum Farmacji Apteki „Pod Łabędziem” w Bydgoszczy.

Komisaryczny zarządca, poprzez wykup, mógł stać się właścicielem kierowanej przez siebie apteki³⁹. Nie było to jednak regułą. Nowymi właścicielami zostawali bowiem często inni kandydaci. Wykup apteki był możliwy jedynie po wcześniejszym otrzymaniu koncesji, wydawanej przez izbę aptekarską⁴⁰. Zdaniem A. Dygasa, niemieckie władze aptekarskie zakładały pierwotnie, iż duże apteki zostaną po wojnie podarowane zasłużonym farmaceutom. Bieżącej sprzedaży podlegać miały zaś tylko apteki małe⁴¹. Znane przypadki wykupu aptek zdają się jednak przeczyć temu stwierdzeniu⁴². Zanim nowi właściciele objęli w posiadanie „swoje” nowe apteki, musieli przepracować pewien czas w aptekach w Gdańsku, w celu przejścia szkolenia⁴³.

W okresie II wojny światowej, apteki oraz kierujący nimi zarządcy i właściciele podlegali ściśle dwóm organizacjom zawodowym. Były to niemieckie okręgowe izby aptekarskie oraz oddziały Niemieckiego Aptekarstwa (Die Deutsche Apothekerschaft). W przypadku izb aptekarzy podporządkowani byli wspomnianej wcześniej Aptekarskiej Izbie Gdańsk – Prusy Zachodnie (Apothekerkammer Danzig – Westpreussen) oraz Niemieckiej Aptekarskiej Izby Kraju Warty (Apothekerkammer Wartheland)⁴⁴. W przypadku drugiej organizacji podlegali Oddzia-

³⁹ APB, Rejestr Handlowy, sygn. 2729.

⁴⁰ C. Schlick, *Apotheken in totalitären Staat. Apothekenalltag in Deutschland von 1937 bis 1945*, Stuttgart 2008, s. 32.

⁴¹ A. Drygas, *Dzieje*, op. cit., s. 64

⁴² APB, Rejestr Handlowy, sygn. 330.

⁴³ A. Drygas, *Dzieje*, op. cit., s. 63.

⁴⁴ Ibidem, s. 59.

łowi Gdańsk – Prusy Zachodnie (Apothekerschaft Danzig – Westpreussen) oraz Oddziałowi Kraj Warty (Apothekerschaft Wartheland)⁴⁵. Obie organizacje posiadały charakter reżimowy. Ich działalność i struktury uzupełniały się wzajemnie⁴⁶.

W okresie II wojny światowej, na Kujawach i Pomorzu Gdańskim działało 91 aptek usytuowanych w 86. miejscowościach⁴⁷. Z powodu skąpej bazy źródłowej, nasza wiedza na temat komisarycznych zarządców i nowych właścicieli jest dość fragmentaryczna. Dzięki przeprowadzonym kwerendom jesteśmy w stanie wymienić jedynie 48 z 72. osób należących do tego grona, co stanowi nieco ponad połowę ówczesnego stanu. Poniżej znajduje się wykaz komisarycznych zarządców oraz nowych właścicieli aptek, wraz z informacjami na temat ich działalności zawodowej w latach 1939 – 1945.

- **Behschmidt E.** Urodził się w Dzierżoniowie (Reichenbach) na Śląsku. Przed 1919 r. był właścicielem Apteki „Pod Orłem” w Chełmży. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości wyjechał do Niemiec. Jego aptekę nabył zaś i prowadził polski farmaceuta, Bolesław Wolski. Po klęsce Polski w 1939 r. Behschmidt wrócił do Chełmży, obejmując w posiadanie swoją dawną aptekę⁴⁸.

⁴⁵ *Handbuch der Deutschen Apothekerschaft 1943*, s. 231, 234.

⁴⁶ *Ibidem*, s. 234 – 237., C. Schlick, *op. cit.*, s. 55.

⁴⁷ Widzimy więc, iż w porównaniu z sierpniem 1939 r. nastąpiło wyraźnie zmniejszenie liczby aptek, z jednoczesnym zachowaniem liczby miejscowości, w których działały apteki. Liczba 91 aptek jest najbardziej prawdopodobna, choć braki w bazie źródłowej nie pozwalają na jej absolutnie pewne potwierdzenie.

⁴⁸ H. Trunz, *op. cit.*, t. I, s. 26.

- **Beritz Max.** W latach czterdziestych był właścicielem apteki we Włocławku, należącej przed wojną do sukcesorów Franciszka Ulanowskiego. Z jego inicjatywy apteka przyjęła nazwę „Weichsel Apotheke”⁴⁹.
- **Blasshofer Paul.** Był właścicielem apteki w Rypinie, należącej przed wojną do Jana Zaniewskiego. Był również Gruppenleiterem Rejonu Aptekarskiego Rypin – Lipno, funkcjonującego w ramach zawodowej organizacji farmaceutycznej o nazwie Niemieckie Aptekarstwo (Deutsche Apothekerschaft)⁵⁰.
- **Brandt.** W latach 1939 – 1940 pełnił funkcję komisarycznego zarządcy Apteki „Pod Orłem” w Grudziądzu, należącej przed wojną do Kazimierza Chylewskiego. W 1940 r. został zastąpiony przez Romualda Olsena⁵¹.
- **Bucher Ernst.** Urodzony w dniu 4 marca 1913 r. w Hildenbergu (powiat Mannheim). Od 1 września 1943 r. do 31 stycznia 1945 r. zarządzał Apteką „Pod Łabędziem” („Hohmeisters-Apotheke”). Najpierw zatrudniony przez Hemutha Heiningera na stanowisku kierownika; jeszcze w tym samym roku został prawdopodobnie komisarycznym zarządcą niniejszej apteki⁵². Heininger nabył bowiem aptekę w Bydgoszczy.

⁴⁹ *Verzeichnis der deutschen Industrie, Handwerks und Handelsbetriebe in Leslau am. d. Weichsel*, Leslau (bez daty, przed 1945 r.

⁵⁰ A. Drygas, *Dzieje*, *op. cit.*, s. 84.

⁵¹ B. Siedlecki, *op. cit.*, s. 61.

⁵² Z. Mamela, *Siedem*, *op. cit.*, s. 121, Z. Mamela, *Poczet*, *op. cit.*, s. 84.

- **Conradi Johann.** W latach czterdziestych był właścicielem apteki we Włocławku, należącej przed wojną do Jana Gutkowskiego⁵³.
- **Dreiss Margarete.** Została właścicielką Apteki „Pod Lwem” w Brodnicy, należącej przed wojną do sukcesorów Zygmunta Stankowskiego. Z jej inicjatywy apteka zmieniła nazwę na „Burg Apotheke”⁵⁴.
- **Fohdy.** Był drugim w kolejności, komisarycznym zarządcą Apteki „Pod Orłem” w Wąbrzeźnie, należącej przed wojną do dr. Jana Piotrowskiego. Swoje stanowisko objął po farmaceucie o nazwisku Handrych⁵⁵.
- **Geisler Gerhard.** Był właścicielem Apteki „Pod Białym Orłem” w Więcborku, należącej przed wojną do Mariana Przybylskiego. Z jego inicjatywy apteka ta zmieniła nazwę na „Adler Apotheke”⁵⁶.
- **Godau Wilhelm.** Przed II wojną światową posiadał obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska i zarządzał „Kronen Apotheke” w Gdańsku. W okresie wojny był komisarycznym zarządcą, a następnie właścicielem Apteki „Świętojańskiej” w Gdyni, należącej przed wojną do Jana Hipolita Ćwierniewicza. Z jego inicjatywy apteka zmieniła nazwę na „Goten Apotheke”. Wilhelm Godau był również Gruppenleiterem Rejonu Aptekarskiego Gdynia – Kartuzy,

⁵³ *Verzeichnis, op. cit.*

⁵⁴ H. Trunz, *op. cit.*, t. I, s. 58.

⁵⁵ B. Siedlecki *op. cit.*, s. 88.

⁵⁶ H. Trunz, *op. cit.*, t. I, s. 85.

funkcjonującego w ramach Niemieckiego Aptekarstwa (Deutsche Apothekerschaft)⁵⁷.

- **Gutke Max.** Przed II wojną światową posiadał obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska. W 1929 r. wraz z Wilhelmem Dannenbergiem był właścicielem „Werder Apotheke” w Nowym Dworze Gdańskim (Tiegenhof)⁵⁸. Od dnia 26 listopada 1940 r. był właścicielem Apteki „Pod Złotym Orłem” w Bydgoszczy, należącej przed wojną do Zdzisława Rybickiego⁵⁹.
- **Haase H.** Był właścicielem Apteki „Piastowskiej” w Bydgoszczy, należącej przed wojną do sukcesorów Stefana Cierniaka. Z jego inicjatywy apteka ta zmieniła nazwę na „Elisabeth Apotheke”⁶⁰.
- **Haase Gerhard.** Urodził się w 1903 r. W okresie dwudziestolecia międzywojennego był prawdopodobnie obywatelem Wolnego Miasta Gdańska. W wrześniu 1939 r. został komisarycznym zarządcą Apteki „Pod Łabędziem” w Gniewie, należącej przed wojną do Emila Ponczka. W okresie II wojny światowej apteka ta zmieniła nazwę na „Deutschern Apotheke”, choć prawdopodobnie zmiana nazwy nie była inicjatywą Hassego, gdyż jeszcze w 1939 r. kolejnym komisarycznym zarządcą tej apteki została farmaceutka I. Seeberg. Następnie Haase został zatrudniony jako kierownik w toruńskiej Apteczce „Pod Lwem”, należącej przed wojną

⁵⁷ A. Drygas, *Dzieje*, op. cit., s. 62, 64, 74, 83, 89.

⁵⁸ Ibidem, s. 46.

⁵⁹ APB, Rejestr Handlowy, sygn. 330., H. Trunz, *Apotheker und Apotheken in Ost – und Westpreussen 1397 - 1945*, Hamburg 1996, t. II, s. 434.

⁶⁰ APB, Sąd Powiatowy w Bydgoszczy, sygn. 399.

do Pelagii Zimniakówny. Toruńska *officina sanitatis* nosiła wówczas miano „Copernicus Apotheke”, i była własnością J. Schöpfera. W lutym 1941 r. Haase został komisarycznym zarządcą, a potem także właścicielem Apteki „Radzieckiej” w Toruniu, należącej przed wojną do Maksymiliana Zgody. W dalszej kolejności wszedł w posiadanie toruńskiej Apteki „Św. Anny”, należącej przed wojną do Teodora Kociurskiego. Zapewne z jego inicjatywy apteka ta zmieniła nazwę na „Herrmann Balk Apotheke”. W przypadku Apteki „Św. Anny” Gerhard Haase zajął miejsce komisarycznego zarządcy Alberta Hillerta. Co ciekawe Hillert został zatrudniony przez Haasego w roli kierownika apteki. Gerhard Haase był również Gruppenleiterem Rejonu Aptekarskiego Toruń – Chełmża, funkcjonującego w ramach zawodowej organizacji farmaceutycznej o nazwie Niemieckie Aptekarstwo (Deutsche Apothekerschaft)⁶¹.

- **Handrych.** Był pierwszym w kolejności, komisarycznym zarządcą Apteki „Pod Orłem” w Wąbrzeźnie, należącej przed wojną do dr. Jana Piotrowskiego. Handrych został zastąpiony na stanowisku komisarycznego zarządcy przez farmaceutę o nazwisku Fohdy⁶².

- **Heininger Helmut.** Volksdeutsch. Urodził się w 1904 r. w Toruniu. W dniu 15 czerwca 1923 r. zdał maturę w Gimnazjum Toruńskim. Praktykę uczniowską odbywał w Aptece „Pod Orłem” w Toruniu, należącej do jego ojca Alfreda Heiningera. Studia far-

⁶¹Z. Mamela, *Siedem, op. cit.*, s. 119 – 121., A. Drygas, *Dzieje, op. cit.*, s. 65, 84.

⁶²B. Siedlecki, *op. cit.*, s. 88.

maceutyczne odbył na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu. Dyplom magistra farmacji otrzymał w 1934 r. W okresie II wojny światowej był komisarycznym zarządcą, a następnie do 1943 r. właścicielem Apteki „Pod Łabędziem” w Toruniu, należącej przedtem do Alfonsa Sobieckiego. Od dnia 1 września 1943 r. zatrudnił jako kierownika tejże apteki Ernesta Buchera. Z inicjatywy Heiningera apteka ta zmieniła nazwę na „Hochmeisters Apotheke”. W 1943 r. Heininger sprzedał aptekę w Toruniu i nabył nieczynną od 1939 r. Aptekę „Pod Koroną” w Bydgoszczy, należącą przed wojną do Wiktora Radeckiego. Z jego inicjatywy apteka ta zmieniła nazwę na „Paracelsus Apotheke”⁶³.

- **Heydebreck Karl.** Był właścicielem Apteki „Nowa” w Chojnicach, należącej przed wojną do Jana Zielińskiego. Z jego inicjatywy apteka zmieniła nazwę na „Rats Apotheke”⁶⁴.

- **Hillert Albert.** Urodził się w 1913 r. Był komisarycznym zarządcą Apteki „Św. Anny” w Toruniu, należącej przed wojną do Teodora Kociurskiego. Hillert przestał być komisarycznym zarządcą z chwilą nabycia apteki przez Gerharda Haase, z którego inicjatywy zmieniła ona nazwę na „Hermann Balk Apotheke”. Co ciekawe Hillert został zatrudniony przez Haasego w roli kierownika apteki⁶⁵.

⁶³ *Urzędowy*, op. cit., s. 27., Z. Mamęła, *Siedem*, op. cit., s. 120., Z. Mamęła, *Poczet*, op. cit., s. 92., I. Cierniak-Schmidt, M. K. Zgodzińska-Schulz, *Bydgoskie farmaceutyki w wojskowej służbie kobiet*, „Farmacja Polska”, 1991 r., 47 (3), s. 199.

⁶⁴ APB, Landratura w Chojnicach, 1939 – 1945, sygn. 74.

⁶⁵ Z. Mamęła, *Siedem*, op. cit., s. 122., Z. Mamęła, *Poczet*, op. cit., s. 93.

- **Jucum Karl.** Urodził się w 1875 r. Do 1941 r. był również komisarycznym zarządcą toruńskiej Apteki „Pod Gryfem”. Za jego kierownictwa zmieniła ona nazwę na „Baltische Apotheke”. Na początku 1941 r. był już komisarycznym zarządcą Apteki „Św. Barbary” w Toruniu, należącej przed wojną do Waleriana Weltera. Z inicjatywy Jucuma apteka ta zmieniła nazwę na „Ordens Apotheke”. Jucum pracował w Aptece „Św. Barbary” już przed wojną. To prawdopodobnie dzięki jego zgodzie, w aptece tej został zatrudniony w charakterze szeregowego pracownika, dotychczasowy, polski właściciel⁶⁶.
- **Kandt Erich.** Był drugim w kolejności, komisarycznym zarządcą Apteki „Pod Gryfem” w Gdyni, należącej przed wojną do Antoniego Małeckiego. Poprzednikiem Kandta w pełnieniu funkcji komisarycznego zarządcy był Hans Schörner⁶⁷.
- **Kehrbaum.** Był właścicielem Apteki „Pod Orłem” w Nowem, należącej przed wojną do Pelagii Zimniakówny⁶⁸.
- **dr Kersten Friedrich.** Był właścicielem „Apteki Dr. Jurkowskiego” w Gdyni, należącej przed wojną do dr. Adama Jurkowskiego. Przed nabyciem apteki przez dr. Kerstena, prowadził ją komisaryczny zarządca Hans Labriga. Z inicjatywy dr. Kerstena apteka ta zmieniła nazwę na „Hansa Apotheke”⁶⁹.

⁶⁶ Ibidem, s. 121., Ibidem, s. 95.

⁶⁷ H. Trunz, *op. cit.*, t. I, s. 138.

⁶⁸ Ibidem, s. 141.

⁶⁹ A. Drygas, *Dzieje, op. cit.*, s. 63 – 65.

- **Köhler Harald.** Przed II wojną światową posiadał obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska. We wrześniu został pierwszym w kolejności, komisarycznym zarządcą Apteki „Zielonej” w Wejherowie, należącej przed wojną do Maksymiliana Elke. Swoje stanowisko piastował do początku 1941 r. W dniu 27 stycznia 1941 r. kolejnym komisarycznym zarządcą tejże apteki był dr Küter. Następnie Köhler został właścicielem Apteki „Pod Orłem” w Nowym Mieście Lubawskim, należącej przed wojną do Bolesława Maternickiego. Z jego inicjatywy apteka ta zmieniła nazwę na „Ordens Apotheke”. Köhler był także Gruppenleiterem Rejonu Aptekarskiego Nowe Miasto Lubawskie – Jabłonowo Pomorskie, funkcjonującego w ramach zawodowej organizacji farmaceutycznej o nazwie Niemieckie Aptekarstwo (Deutsche Apothekerschaft)⁷⁰.
- **Kubisch.** Był właścicielem Apteki „Pod Lwem” w Bydgoszczy, należącej przed wojną do braci Piotra i Henryka Umbreitów. Z jego inicjatywy apteka ta zmieniła nazwę na „Hindenburg Apotheke”⁷¹.
- **dr Küter.** Od dnia 27 stycznia 1941 r. był, drugim w kolejności, komisarycznym zarządcą Apteki „Zielonej” w Wejherowie, należącej przed wojną do Maksymiliana Elke. Poprzednikiem dr. Kütera był farmaceuta Harald Köhler⁷².
- **Labriga Hans.** Przed II wojną światową posiadał obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska. Był komisarycznym zarządcą „Ap-

⁷⁰ Ibidem, s. 60, 82, 84.

⁷¹ Anonimowy maszynopis opisujący dzieje Apteki „Pod Lwem” w Bydgoszczy, znajdujący się w niezinventaryzowanych zbiorach Muzeum Farmacji Apteki „Pod Łabędziem” w Bydgoszczy.

⁷² A. Drygas, *Dzieje*, op. cit., s. 65.

teki Dr. Jurkowskiego” w Gdyni, należącej przed wojną do dr. Adama Jurkowskiego. Labriga pełnił funkcję komisarycznego zarządcy do chwili nabycia apteki przez dr. Friedricha Kerstena. Zmieniła ona wówczas nazwę na „Hansa Apotheke”⁷³.

- **Liecke Alexander.** Od 1941 r. był właścicielem Apteki „Pod Łabędziem” w Grudziądzu, należącej przed wojną do Jana Stenzla⁷⁴. Przed nabyciem apteki przez Lieckiego, od 1939 r. funkcję jej komisarycznego zarządcy pełnił Bruno Schaper. Alexander Liecke odnosił się przyzwyczajenie do swojego, polskiego personelu. Liecke był również Gruppenleiterem Rejonu Aptekarskiego Grudziądz – Chełmno, funkcjonującego w ramach zawodowej organizacji farmaceutycznej o nazwie Niemieckie Aptekarstwo (Deutsche Apothekerschaft)⁷⁵.

- **Mauer Georg.** Volksdeutsch. Był właścicielem Apteki „Pod Krzyżem” w Inowrocławiu, należącej przed wojną do Leonarda Ośmiałowskiego. Z jego inicjatywy apteka zmieniła nazwę na „Kreutz Apotheke”⁷⁶.

- **Moch Emil.** Przed II wojną światową posiadał prawdopodobnie obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska. Był zarządcą Apteki „Bałtyckiej” w Pucku, należącej wcześniej do sukcesorów Tade-

⁷³ Ibidem, s. 62 – 65.

⁷⁴ B. Siedlecki, *op. cit.*, s. 49.

⁷⁵ A. Drygas, *Dzieje*, *op. cit.*, s. 84.

⁷⁶ Z Ośmiałowska, K. Ośmiałowski, *Dzieje Apteki „Pod Krzyżem” w Inowrocławiu – własność rodziny Ośmiałowskich od 80 lat*. „Apothecaria Bydgostiana. Studia z dziejów Farmacji i Medycyny”, 2008 r., t. VIII, s. 86

usza Gliwicza. Być może z inicjatywy Mocha apteka ta zmieniła nazwę na „Ostsee Apotheke”⁷⁷.

- **Neppert Alfred.** Niemiec bałtycki z Rygi. Od marca 1940 r. był właścicielem Apteki „Pod Orłem” w Łabiszynie, należącej przed wojną do Piotra Pawłowskiego. Był alkoholikiem. W aptecce rządziła de facto jego despotyczna żona. Został zabity w styczniu 1945 r. podczas ucieczki na zachód⁷⁸.

- **Olsen Romuald.** Volksdeutsch. Urodził się w 1884 r. Aprobację uzyskał w 1911 r. Przed wojną nosił nazwisko Olszewski⁷⁹. We wrześniu 1939 r. walczył po stronie polskiej i trafił do niewoli niemieckiej. Dzięki staraniom żony, Niemki został wypuszczony z obozu jenieckiego. Przyjął obywatelstwo III Rzeszy, zmieniając nazwisko na Olsen. W 1940 r. stał się zarządcą Apteki „Pod Orłem” w Grudziądzu, należącej przed wojną do Kazimierza Chylewskiego. W 1944 r. Olsen został jej właścicielem. Jednakże w listopadzie tego samego roku zmarł na raka żołądka. Z polecenia wdowy, apteką, do stycznia 1945 r. kierował niemiecki farmaceuta o nazwisku Stahn. Przed Olsenem funkcję komisarycznego zarządcy pełnił farmaceuta o nazwisku Brandt⁸⁰.

- **Palm Helut.** Przed II wojną światową posiadał prawdopodobnie obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska. Był komisarycznym

⁷⁷ A. Drygas, *Dzieje*, *op. cit.*, s. 65.

⁷⁸ M. Pawłowski, *op. cit.*, s. 3.

⁷⁹ B. Siedlecki podaje, iż Romuald Olszewski w 1939 r., przed wybuchem wojny, stał się współwłaścicielem Apteki „Pod Orłem” w Grudziądzu. Analiza źródeł nie potwierdza jednak tej informacji. W 1939 r. właścicielem niniejszej apteki był bowiem jedynie Kazimierz Chylewski.

⁸⁰ *Urzędowy*, *op. cit.*, s. 59., B. Siedlecki, *op. cit.*, s. 60 – 61.

zarządcą Apteki „Pod Orłem” w Pelplinie, należącej przed wojną do Józefa Przygodzińskiego⁸¹.

- **Pietzko Lothar.** W latach czterdziestych był właścicielem Aptek „Centralnej” we Włocławku, należącej przed wojną do Józefa Bielakowskiego⁸².
- **von Radloff Werner.** Niemiec bałtycki. Od 1939 r. był właścicielem Apteki „Pod Orłem” w Wyrzysku, należącej przed wojną do Zofii Sambergerer, wdowy po aptekarzu Walerianie Sambergerze⁸³.
- **Rudtke Georg.** Był komisarycznym zarządcą, a następnie właścicielem Apteki „Centralnej” w Bydgoszczy, należącej przed wojną do sukcesorów Mariana Laknera. W latach czterdziestych sprzedał Aptekę „Centralną” i stał się właścicielem Apteki „Przy Placu Teatralnym” w Bydgoszczy, należącej przed wojną do sukcesorów Józefa Klabeckiego. Georg Rudtke był również Gruppenleiterem Rejonu Aptekarskiego Bydgoszcz – Koronowo oraz Rejonu Aptekarskiego Sępólno – Wyrzysk, funkcjonujących w ramach zawodowej organizacji Niemieckie Aptekarstwo (Deutsche Apothekerschaft)⁸⁴.
- **Schaper Bruno.** W okresie dwudziestolecia międzywojennego był obywatelem Wolnego Miasta Gdańska. W 1929 r. posiadał

⁸¹ A. Drygas, *Dzieje op. cit.*, s. 65.

⁸² *Verzeichnis, op. cit.*

⁸³ *Dzieje Wyrzyska*, red. S. Sierpowski, Poznań 1999, s. 221.

⁸⁴ Kserokopia maszynopisu z zapisem wspomnień mgr farm. Marii Białej, znajdująca się w niezinventaryzowanych zbiorach Muzeum Farmacji Apteki „Pod Łabędziem” w Bydgoszczy., A. Drygas, *Dzieje, op. cit.*, s. 86.

aptekę w Cedrach Wielkich (Gross Zunder)⁸⁵. W latach 1939 – 1941 był komisarycznym zarządcą Apteki „Pod Łabędziem” w Grudziądzu, należącej przed wojną do Jana Stenzla. Schaper pełnił swą funkcję do chwili nabycia apteki przez Alexandra Liecke. Schapera cechowała znaczna antypolskość⁸⁶.

- **Schöpfer J.** Na przełomie października i listopada 1939 r. został właścicielem Apteki „Pod Lwem” w Toruniu. Wcześniej komisarycznym zarządcą apteki był Edward Zung. Z inicjatywy Schöpfera, apteka zmieniła nazwę na „Copernicus Apotheke”. Schöpfer, z nieznanых nam przyczyn, do prowadzenia apteki zatrudniał kierowników. Funkcję tą pełnił Gerhard Haase, a następnie Gustaw Zahmel⁸⁷.

- **Schörner Hans.** Przed II wojną światową posiadał obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska i pełnił funkcję zarządcy „Hohenzollern Apotheke” w Gdańsku Wrzeszczu. Był pierwszym w kolejności, komisarycznym zarządcą Apteki „Pod Gryfem” w Gdyni, należącej przed wojną do Antoniego Małeckiego. Próbował podnieść pensje swoim polskim pracownikom, co spotkało się z ostrą reprimendą niemieckiej izby aptekarskiej. Na stanowisku komisarycznego zarządcy zastąpił go Erich Kandt. W 1944 r. Schörner został

⁸⁵ A. Drygas, *Dzieje op. cit.*, s. 46.

⁸⁶ B. Siedlecki, *op. cit.*, s. 49.

⁸⁷ Z. Mamela, *Siedem, op. cit.*, s. 119.

wcielony do wojska. Zginął w 1945 r., podczas walk w Borach Tucholskich⁸⁸.

- **Schütte Werner.** Niemiec bałtycki. Był właścicielem Apteki „Bałtyckiej” w Gdyni Orłowie, należącej przed wojną do Alojzego Szkodowskiego⁸⁹.
- **Seeberg I.** Farmaceutka. Była kolejnym komisarycznym zarządcą Apteki „Pod Łabędziem” w Gniewie, należącej przed wojną do Emiliana Ponczka. Seeberg zajęła miejsce poprzedniego komisarycznego zarządcy, Hassego. To prawdopodobnie z jej inicjatywy apteka ta zmieniła nazwę na „Deutschern Apotheke”⁹⁰.
- **Staal Georg.** Był właścicielem Apteki „Centralnej” w Kartuzach, należącej przed wojną do Adama Kuczyńskiego⁹¹.
- **Steding Wolfgang.** Niemiec bałtycki z Estonii. Był właścicielem Apteki „Na Nowym Mieście w Tczewie, należącej przed wojną do Leona Szulc-Rembowskiego”⁹².
- **Tieser Hans Jürgen.** Przed II wojną światową posiadał prawdopodobnie obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska. Był komisarycznym zarządcą, a następnie właścicielem Apteki „Pod Lwem” w Tczewie, należącej przed wojną do Kazimierza Nadolskiego. Tieser był również Gruppenleiterem Rejonu Aptekarskiego Tczew

⁸⁸ A. Drygas, *Dzieje op. cit.*, s. 62, 64, 82, 196.

⁸⁹ Ibidem, s. 38, 65.

⁹⁰ H. Trunz, *op. cit.*, t. I, s. 280., Ibidem, s. 65.

⁹¹ H. Trunz, *op. cit.*, t. I, s. 289.

⁹² A. Drygas, *Dzieje, op. cit.*, s. 52, 79.

– Pelplin, funkcjonującego w ramach zawodowej organizacji Niemieckie Aptekarstwo (Deutsche Apothekerschaft)⁹³.

- **Werner Michel.** Przed II wojną światową posiadał obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska i był zarządcą apteki w Drewnicy na Żuławach Wiślanych. W okresie wojny był komisarycznym zarządcą Apteki Bałtyckiej w Gdyni, należącej przed wojną do Mieczysława Holca. Być może z jego inicjatywy apteka ta zmieniła nazwę na „Wikinger Apotheke”⁹⁴.
- **Winteler Harald.** W latach czterdziestych był właścicielem apteki we Włocławku, należącej przed wojną do Jana Meystera⁹⁵.
- **Zahmel Gustaw.** Urodził się w 1903 r. Od lutego 1941 r. był kierownikiem Apteki „Pod Lwem” w Toruniu należącej wówczas do J. Schöpfera.. Za jego kierownictwa zmieniła ona nazwę na „Copernicus Apotheke”. Funkcję swą pełnił do końca stycznia 1945 r.⁹⁶
- **Zak Theodor.** Volksdeutsch. Po dniu 30 listopada 1939 r. został komisarycznym zarządcą Apteki „Pod Lwem” w Inowrocławiu, należącej przed wojną do Tadeusza Molla⁹⁷.
- **Zung Edward.** Urodził się w 1909 r. w Toruniu. Nie wiemy czy wyjechał po 1919 r. We wrześniu i październiku 1939 r. był komisarycznym zarządcą toruńskiej Apteki „Pod Lwem”, należącej przed

⁹³ Ibidem, s. 65, 83.

⁹⁴ Ibidem, s. 62.

⁹⁵ *Verzeichnis, op. cit.*

⁹⁶ Z. Mamela, *Siedem, op. cit.*, s. 122, Z. Mamela, *Poczet, op. cit.*, s. 121.

⁹⁷ A. Drygas, *Apteka „Pod Lwem” w Inowrocławiu*, Łódź 2001, 35.

wojną do Pelagii Zimniakówny. Zung pełnił swą funkcję do chwili nabycia apteki przez J. Schöpfera⁹⁸.

- **Zwielbelberg Werner.** W sierpniu 1941 r. kupił on aptekę w Czersku od przedwojennej Niemki, Annemarie Schüttz – wdowy po aptekarzu. Nosiła ona wówczas miano „Westpreussenapotheke”⁹⁹.

Przedstawiony powyżej wykaz nie jest na tyle kompletny, aby mógł stanowić podstawę do wyciągania ostatecznych wniosków. Dane, które posiadamy pozwalają jednak na podjęcie próby scharakteryzowania środowiska zarządców i nowych właścicieli aptek¹⁰⁰. Wśród wymienionych osób 11. farmaceutów posiadało przed wojną obywatelstwo Wolnego Miasta Gdańska. Po cztery osoby możemy określić jako Volksdeutsche oraz Niemców bałtyckich. W przypadku pozostałych postaci nie jesteśmy wskazać miejsca ich pochodzenia. Widać jednak, iż znaczną grupę w omawianym środowisku stanowili byli obywatele gdańscy. To prawdopodobnie oni, ze względu na pobliskie miejsce zamieszkania, pełnili funkcje zarządców komisarycznych w początkowym okresie wojny. Baltendeutsche przybywali na badane tereny zapewne bezpośrednio w celu przejęcia konkretnej apteki na własność. Wśród nowych właścicieli mogli znajdować się również farmaceuci, z głębi Niemiec, zwłaszcza ci których apteki uległy zniszczeniu podczas nalotów alianckich. Ze względu na brak źródeł nie jeste-

⁹⁸ A. Drygas, *Apteka "Pod Złotym Lwem" w Toruniu*, Łódź 2006, s. 68.

⁹⁹ APB, Landratúra w Chojnicach, 1939 – 1945, sygn. 74.

¹⁰⁰ Zważając na to, iż zarządcy stawali się nierzadko właścicielami aptek oraz z powodu fragmentaryczności danych, w analizie niniejszej nie dokonano podziału na zarządców i właścicieli.

śmy jednak w stanie określić ich liczby. Najprawdopodobniej nowi właściciele nie rekrutowali się ze grona dawnych aptekarzy niemieckich, posiadających swe apteki na badanym terenie przed 1919 r. Wśród 48. farmaceutów istnieje bowiem tylko jeden przypadek tego typu (E. Behschmidt, dawny właściciel Apteki „Pod Orłem” w Chełmży.) Dodajmy, iż wśród wymienionych osób znajduje się także Werner Zwiabelberg, który kupił aptekę w Czersku od przedwojennej Niemki, Annemarie Schüttz – wdowy po aptekarzu. Jest to jedyny przypadek tego typu. W pozostałych bowiem apteki zostały odebrane polskim właścicielom.

Jeszcze skromniejsze informacje posiadamy na temat wieku nowych niemieckich aptekarzy. Znamy bowiem daty urodzin zaledwie sześciu osób. Przeważa wśród nich pierwsza dekada XX w. Ze względu na to, iż przybycie na słabo znane tereny i objęcie nowej apteki zarządem, a zwłaszcza przejęcie jej na własność wymagało z jednej strony typowej dla młodości dyspozycyjności i energii, a z drugiej kilkuletniego już doświadczenia zawodowego, możemy pokusić się o ekstrapolację owych skromnych informacji przyjmując, iż nowi zarządcy i właściciele w 1939 r. mogli liczyć około trzydziestu kilku lat. Są to jednak przypuszczenia, wymagające weryfikacji w przyszłości. O energii części, zwłaszcza gdańskich farmaceutów świadczy fakt iż niektórzy z nich (siedem osób) angażowali się aktywnie w działalność Niemieckiego Aptekarstwa, powierzając niekiedy prowadzenie apteki zatrudnianym w tym celu kierownikom, a samemu pełniąc funkcje Gruppenleiterów. Przedsiębiorczość i dynamika działania przejawiała

się również w dążeniu do szybkiego pomnożenia swego majątku. Z powojennych relacji świadków wynika, iż komisaryczni zarządcy, zdając sobie sprawę z tymczasowości sprawowanej przez siebie funkcji, starali się uzyskać szybkie i jak najwyższe dochody, co prowadziło częstokroć do rozmaitych defraudacji¹⁰¹.

Ze względu na brak danych, nie możemy wskazać jak przedstawiał się stosunek zarządców i nowych właścicieli do podległego im polskiego personelu. Znamy zaledwie trzy przypadki poświadczające różne postawy. Wyraźną antypolskością cechował się Bruno Schaper, zarządca grudziądzkiej Apteki „Pod Łabędziem”. Neutralni a nawet życzliwi wobec Polaków byli zaś Karl Jucum z Apteki „Św. Barbary” („Ordens Apotheke”) w Toruniu oraz Hans Schörner zarządzający Apteką „Pod Gryfem” w Gdyni. Możemy więc przypuszczać, iż podobnie jak w innych branżach, niemieccy farmaceuci posiadali rozmaity stosunek do Polaków. Podobne założenie możemy przyjąć odnośnie ich stosunku do narodowosocjalistycznej ideologii. Bez względu na postawę zarządców i właścicieli, przejęcie przez nich apteki wiązało się ze zmianą jej nazwy. Najczęściej używano wówczas niemieckiego tłumaczenia. Niekiedy jednak dotychczasowe nazewnictwo zmieniano na bardziej germańskie. Dobrym tego przykładem była Apteka „Pod Lwem” w Bydgoszczy, przemianowana na „Hindenburg Apotheke”. Zmiany tego typu wynikały z indywidualnej inicjatywy komisarycznych zarządców oraz nowych właścicieli.

¹⁰¹ A. Drygas, *Dzieje*, *op. cit.*, s. 63.

Na koniec należy zauważyć iż w gronie 48., wymienionych wyżej osób, znajdują się zaledwie dwie kobiety (I. Seeberg i Margarete Dreiss). Sytuacja ta była wówczas typowa dla niemieckiego (jak i polskiego) środowiska farmaceutycznego, w którym kobiety z dyplomem uniwersyteckim stanowiły nadal zdecydowaną mniejszość.

Widzimy więc, iż środowisko niemieckich aptekarzy na Kujawach i Pomorzu Gdańskim w latach 1939 – 1945 składało się z dwóch, różniących się od siebie grup – farmaceutów posiadających apteki przed 1919 r., którzy pozostali na badanych terenach w okresie istnienia niepodległego państwa polskiego oraz osób nowych, przybyłych w okresie II wojny światowej. Pierwsza grupa była zdecydowanie mniej liczna. W sierpniu 1939 r. w posiadaniu jej przedstawicieli znajdowało się bowiem tylko 19 aptek. Druga grupa liczyła najprawdopodobniej 72. osoby, z czego jesteśmy w stanie wskazać 48 postaci. Należy przypuszczać, iż zasiedziali i nowi aptekarze różnili się przede wszystkim wiekiem. Ci pierwsi przyszli bowiem na świat w latach 70. i 80 XIX stulecia. Dаты narodzin przybyszy należy (z pewną dozą ostrożności) usytuować w pierwszej dekadzie XX w. Starzy aptekarze, o ile nie pochodzili z badanych terenów, to byli bez wątpienia „wrośnięci” w lokalne środowisko. W skład grupy nowych właścicieli i zarządców wchodziłi dawni obywatele gdańscy, Niemcy bałtyccy oraz nieliczni Volksdeutsche. Nie były to więc raczej osoby związane omawianym regionem. Przypomnijmy, iż znajdował się wśród nich zaledwie jeden farmaceuta (E. Behschmidt), który po blisko dwudziestu latach wrócił do swej dawnej apteki w „Chełmży”. Ów brak ukorzenienia

w lokalnym środowisku, w połączeniu z przedsiębiorczością cechującą znaczną część nowych aptekarzy, sprzyjała częstemu i obliczonemu na szybki zysk, zmienianiu aptek oraz aktywnemu uczestnictwu w strukturach Niemieckiego Aptekarstwa. Z drugiej jednak strony musimy pamiętać o tym, iż owa aktywność mogła wynikać także z dynamiki ówczesnych czasów – wypełnionych kolosalnymi zmianami na polu militarnym, politycznym, społecznym i gospodarczym. Bez wątpienia jednak działalność nowych aptekarzy wpisywała się doskonale w panujące wówczas realia. Inną postawę wykazywali zaś starzy aptekarze, którzy kierowali swoimi aptekami niezmiennie do stycznia 1945 r.

Niestety z powodu braku źródeł, poza nielicznymi wyjątkami, nie jesteśmy w stanie określić stosunku starych jak i nowych niemieckich aptekarzy do narodowosocjalistycznej ideologii oraz do ludności polskiej. Poznane przypadki pozwalają przypuszczać, iż opisywane środowisko nie było pod tym względem homogeniczne.

Aby zweryfikować niniejszą, skrótową charakterystykę należy przeprowadzić badania w niemieckich archiwach.

Porządek ustalony po klęsce Polski w 1939 r., legł w gruzach w styczniu 1945 r. Ucieczka na zachód przed zbliżającą się Armią Czerwoną była koniecznością zarówno dla nowych jak i starych aptekarzy. Zajęcie Kujaw i Pomorza Gdańskiego przyniosło kres istnienia omawianego środowiska.

Praca zawiera 39 438 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego).

W POGONI ZA RACJONALNYM JĄDREM. REFLEKSJE NAD POCZĄTKAMI POLSKICH BADAŃ ETNOMEDYCZNYCH (1800-1939)

Lilianna Wdowiak

Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej
Pomorski Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
lwdowiak@sci.pam.szczecin.pl

Rozważania nad historiografią i kwestiami metodologicznymi w badaniach dotyczących medycyny ludowej, rozpoczęła w 1995 roku Danuta Penkala-Gawęcka obszernym artykułem „*Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych*”¹, w którym między innymi przedstawiła walkę z przesadami dotyczącymi kwestii zdrowia i choroby panującymi wśród społeczności wiejskiej, zajęła się ewolucjonistycznym paradygmatem i „zjawiskiem mityzacji medycyny ludowej”, ukazując niektóre dawne i współczesne stanowiska badaczy. „*Można dodać, że tendencja do poszukiwania w ludowej medycynie »racjonalnego jądra« jest dobrym przykładem zjawiska określonego jako mityzacja kultury ludowej...*”² - pisała. Czyż można się z tym poglądem nie zgodzić?

¹ D. Penkala-Gawęcka: *Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych*, „Lud” 1995, t. 78, s. 169-191.

² Ibidem, s. 171.

² Ibidem, s. 179, cyt. za: J. B. Good, *Medicine, rationality, an experience. An anthropological perspective*, Cambridge 1994, s. 29.

Pogoń w poszukiwaniu „racjonalnego jądra” nadal trwa, sankcjonując podział środków i metod leczniczych stosowanych w medycynie ludowej na racjonalne i irracjonalne. Danuta Penkala-Gawęcka przeciwstawia się temu stanowisku, jak również medycznej klasyfikacji chorób, z której wymykają się „ludowe jednostki chorobowe”, nieznane w identycznej formie współczesnej medycynie – jak przykładowo „przestrach”, „przełamanie”, czy „oberwanie”. Proponuje w zamian przyjęcie stanowiska znanego amerykańskiego antropologa medycyny Byrona J. Gooda: *„to, co odbiega od założonej - z perspektywy biomedycznej - racjonalności, nie wynika z ignorancji czy (przesądów), ale jest zakorzenione w kulturze, systemie wierzeń i praktyk, które mają swą własną (logikę kulturową) i pełnią funkcje adaptacyjne”*³.

Skąd wzięła się skłonność badaczy do poszukiwania w medycynie ludowej „racjonalnego jądra”? Wydaje się, iż odpowiedzi należy poszukać w historii badań nad medycyną ludową. Wydaje się, iż przyczyniły się do tego tendencyjne prace o przesądach dotyczących zdrowia i choroby, kładzenie nacisku przez badaczy na zamawiania i zażegnywania, czy ignorowanie lub atakowanie opinii tych przedstawicieli świata medycznego, którzy pragnęli lepiej poznać środki, jakimi posługiwała się medycyna ludowa, opisać je, bądź zbadać ich skuteczność.

Nauka, tak jak i sztuka, podlega prawom czasu. Dzisiaj nie jest również obojętne, czy na problem spogląda etnograf, socjolog, lekarz,

farmaceuta, botanik, psycholog czy historyk i w jakim okresie historycznym to czyni. Różne są ich oczekiwania. Zupełnie inny ogłód i osąd lecznictwa ludowego uzyskamy patrząc na praktyki ludowych terapeutów poprzez pryzmat określonego schorzenia, odmienne wnioski zostaną wyciągnięte, gdy zostanie przebadana społeczność zamieszkała w konkretnym rejonie. Nieobojętne jest również podejście badacza – emicjne, bądź etyczne, czy punkt widzenia – np. przez pryzmat strukturalizmu. Zapewne wypadaloby przyznać, że w dobie postmodernistycznej antropologii poglądy mogą się wydać „zbędnie zagmatwane”⁴. Reprezentowane przez wiele osób zajmujących się medycyną ludową przekonanie, iż medycyna ludowa stanowi zamknięty system praktyk, z punktu widzenia historyka medycyny należałoby gruntownie zweryfikować – medycyna ludowa na ziemiach polskich nigdy nie stanowiła stale hermetycznie zamkniętego obszaru działań.

Danuta Penkala-Gawęcka zdaje się podzielać ten pogląd⁵, w przeciwieństwie np. do Włodzimierza Piątkowskiego, który twierdzi: „*Lecznictwo ludowe stanowi wyraźnie wyodrębniony zwarty system o zamkniętym charakterze, wynikającym z wielowiekowej izolacji i samowystarczalności wsi*”⁶. Rzadkie są obecnie w polskich pracach do-

⁴ M. Lubaś: *Rozum i etnografia. Przyczynek do krytyki antropologii postmodernistycznej*, Kraków 2003.

⁵ D. Penkala-Gawęcka, op. cit., s. 172: „Warto jednak zwrócić uwagę, że w konkretnych analizach autorzy prac o medycynie ludowej dostrzegali nieraz przejawy jej dynamiki”.

⁶ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku*, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk - Łódź 1988, s. 11.

ciekania chronologiczne⁷, lecz badanie recepcji nowych poglądów, zostało zapoczątkowane już przez Łukasza Gołębiowskiego⁸. Zapewne w dawnej medycynie ludowej zmiany nie były tak dynamiczne, jak w medycynie oficjalnej, niemniej nie powinno się ich zupełnie ignorować. Dla historyka oczywistością i powinnością wydaje się rozpatrywanie problemu w historycznym kontekście. Z tego dziejowego kontekstu wynika również podejście badacza do problematyki medycyny ludowej.

Uczony doby romantyzmu mógłby górnolotnie powiedzieć, iż w momencie narodzin medycyny oficjalnej, na świat przybyła jej bliźniacza siostra – medycyna nieoficjalna i jak wierny pies towarzyszyła mądrzejszej siostrze na przestrzeni dziejów, ale się niewiele od niej nauczyła i sama niewiele wymyśliła. Pozytywista zapewne zapragnąłby przydać medycynie oficjalnej przymiotnik – „naukowa”, ale czy postąpiłby słusznie? Nie bez powodu został użyty cudzysłów, bowiem nie zawsze można by było ze współczesnego punktu widzenia uznać medycynę oficjalną za wiedzę naukową, wiedzę udokumentowaną. Ta „naukowa” medycyna również opierała się niekiedy na przypuszczeniach, czy przesądach, błędnych mniemaniach autorytetów, co jest oczywistością dla każdego historyka medycyny. Medycyna oficjalna konotuje się z państwowością. Odkąd powstał zawód lekarza, wszyscy ci, którzy nadal leczyli nie mając do tego przewidzianych przez

⁷ J. Jeszke, *Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX wieku. Czynniki i kierunki przemian*, Wrocław 1996.

⁸ Łukasz Gołębiowski (1773-1849) w pracy *Lud polski, jego obyczaje i zabobony*, Warszawa 1830 opisuje „*Gusła ludu ruskiego między Polakami*”, s. 151-159.

państwo uprawnień, zostali uznani za szalbierzy⁹. Terapeuci ludowi - również. To chyba naturalne, iż terapeuta ludowy postawiony został w opozycji do lekarza, chociaż obydwaj zajmowali się tym samym – leczeniem innych ludzi.

Lecznictwo ludowe, a wraz z nim jego historię, idąc tropem rozważań Danuty Penkali-Gawęckiej, z siedemnastoletniej już perspektywy, można również postrzegać jako dzieje oczekiwań i konflikt interesów pomiędzy lekarzami a znachorami. Ogólnie jest wiadomym, że wpływ na powstanie polskiej folklorystyki, podobnie jak i w reszcie Europy wywarł osjanizm i herderyzm, lecz utrata niepodległości, późniejsze powstania spowodowały, iż dla wielu Polaków dociekania folklorystyczne stały się czymś więcej, niż próbą zarejestrowania zastanej na wsi rzeczywistości. A trzeba dodać, że wiedza przedstawicieli rodzącej się w XIX wieku inteligencji o tzw. „pospółstwie” była równie niska, jak o mieszkańcach Arktyki. Wraz z folklorystami pojawiło się zainteresowanie praktykami leczniczymi wsi.

Pozwolę sobie przypomnieć kolejne „oczywistości”, ze względu na ich kontekst etnomedyczny. W 1800 roku powstało Warszawskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, a już na pierwszych spotkaniach Towarzystwa Jan Albetrandy, czy Tadeusz Czacki, wzywali do notowania pieśni ludowych, opowieści, opisywania obrzędów. Te zapiski miały

⁹ J. Radzicki: *Znachorstwo w aspekcie medyczno-sądowym, prawnym i społecznym*, Warszawa 1960.

stanowić materiał do szeroko zakrojonych badań historycznych¹⁰. Jednak za początek polskiej folklorystyki uważany jest powszechnie *List do Maja* napisany w roku 1802 przez Hugo Kołłątaja¹¹. W epistole do wydawcy, Jana Maja, Hugo Kołłątaj zwracał uwagę na budowanie solidnych podstaw źródłowych, na których można byłoby oprzeć historię Polski. Kołłątaj ubolewał, iż historycy zajęli się historią szlachty; „...miasta wielkie i ludzie majątni mało się od siebie różnią w całej Europie; w ich obyczajach znajduje się powszechna jednakość, co jesteśmy winni po większej części jednej religii i jednakiej edukacji”¹²; tymczasem równie istotne było, zdaniem uczonego, badanie ludu i jego tradycji: „Chcąc atoli szukać w obyczajach naszych wiadomości o tradycjach początkowych i podobieństwa do dawnych ludów, trzeba nam poznać obyczaje pospólstwa we wszystkich prowincjach, województwach i powiatach...”¹³. Następnie, szczegółowo, w punktach, wyjaśnił poszczególne aspekty, które powinny zainteresować badaczy, wymieniając m.in. na jedenastej pozycji „choroby szczególne i o sposobie ra-

¹⁰ L. Winogradowa: *Pierwsze programy polskiego ludoznawstwa jako wyraz świadomości narodowej*, [w:] *Kultura polska XVIII i XIX w. i jej związki z kulturą Rosji*, p. red. I. Belzy, K. Wierzbickiej – Michalskiej, J. M. Swaridy, J. M. Michałowskiego, Materiały z sympozjum w Nieborowie, październik 1978, Wrocław 1984, s.173-174.

¹¹ *Historycy o historii, od A. Naruszewicza do St. Kętrzyńskiego (1775 – 1918)*, zebrał M. H. Se-rejski, Warszawa 1963, s. 55.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Ibidem.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

owania chorych pomiędzy pospółstwem”¹⁴. Tym samym postać Hugo Kołłątaja zapewne należy uznać za pierwszego polskiego uczonego, który dostrzegł konieczność prowadzenia badań nad lecnictwem ludowym, chociaż na jego liście nie zajęło ono priorytetowej pozycji. *List do Maja* stanowił „*pierwszy program polskiego ludoznawstwa, sformułowany wyjątkowo dojrzałe i szeroko*”¹⁵. Należałoby wyraźnie podkreślić, iż badanie „pospółstwa” miało przynieść odpowiedź jakie były „*tradycje początkowe i podobieństwa do dawnych ludów*”.

Znaleziony w materiałach archiwalnych TWPN przez R. Wojciechowskiego apel Tadeusza Czackiego¹⁶ o zbieranie osobliwości z guberni wołyńskiej, kijowskiej i podolskiej zawierał bardzo szczegółowe instrukcje o gromadzeniu materiałów, również dotyczących obrzędów magicznych, znachorstwa, ziół leczniczych, sposobów ochrony przed padaniem bydła. „*To, co gminowi i samemu czarownikowi zdaje się być nadprzyrodzoną sprawą dlatego, że kilka skoków uczyni, kilka słów pomruczy albo obrót dymu uważa, wszelako, kiedy daje skuteczne lekarstwo albo w czas upatrzony sieje zboże, jest to już często dojrzały owoc postrzeżenia bądź kilku bądź kilkunastu pokoleń....*”¹⁷. Jak z tego wynika, już działania Tadeusza Czackiego charakteryzowały tendencje do doszukiwania się „racjonalnego jądra”, a nie badanie „tradycji początkowych” i prowadzenie badań porównawczych.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ L. Winogradowa, op., cit., s. 173.

¹⁶ R. Wojciechowski: *Materiały z pierwszego okresu polskich zainteresowań folklorystycznych*, [w:] *Między dawnymi a nowymi laty... Studia folklorystyczne*, p. r. R. Górskiego, J. Krzyżanowskiego, Wrocław 1970, s. 51-59.

¹⁷ Ibidem, s. 54.

Tadeusz Czacki zwracał się do władz miejscowych i właścicieli ziemskich z konkretnymi zagadnieniami, np. „...*jakiego rodzaju narkotycznych maści używały kobiety, uważane na wsi za czarownice i które same wierzyły, że latały na Łysą Górę, jakich roślin używali znachorzy przy leczeniu różnych chorób, a także od ukąszenia żmii; jakie formuły słowne i zaklęcia służyły do wypędzania z domów owadów i myszy*”. W 1805 roku ukazał się inny apel do obywateli, tym razem wywodzący się z wileńskich kręgów akademickich¹⁸. Nieznany autor zapewniał: „...*w popularnych tradycjach, zasłoną zabobonności przyciemnionych, kryją się niekiedy ważne dla Fizyki, Historii naturalnej, Medycyny, Rolnictwa i t.d. prawdy*...”. Swoją treścią odezwa zbliżona była do programu Czackiego, chociaż jej autorstwo przypisywano Janowi Śniadeckiemu¹⁹.

„Imperatorski Wileński Uniwersytet żąda: czyliby nie można było łagodnemi i rostopnemi sposobami wybadać się od samychże ludzi, którzy o posiadanie czarodzieystwa są posądzani, i jakie są roślinne, zwierzęce, lub kopalne iestestwa, których do swych zamiarów zażywaią? Jakie są mianowicie rośliny, któremi ukąszenia węzów i gadzin, tudzież rozmaite inne wewnętrzne i zewnętrzne choroby ludzi i bydła zamawiaią? Bydło zrobaczałe leczą? Pszczołom szkodzą? lub do swych barci zwabiaią? Strzelby zamawiaią? i od zamowy uwalniaią? Na ludzi choroby, iako to: kołtuny, ruptury, waryacye i t. d. nasyłaią?”

¹⁸ Punkta do zebrania postrzeżeń i wiadomości w przedmiotach fizycznych, w Wydziale Imperatorskiego Wileńskiego Uniwersytetu, „Nowy Pamiętnik Warszawski”, 1805, t. 18, s. 354 - 358.

¹⁹ Niektóre zwroty z „Punktów...” wręcz dosłownie powtarzają program Czackiego – zauważyła L. Winogradowa, op. cit., s. 177.

*I nazad odbieraią ? i t d. Nazwiska tych roślin, czas i sposób zbierania wymienić, i ieśli można, suche, lub świeże, lub w nasionach Uniwersytetowi przesłać*²⁰.

Wysoce interesującym jest, że dokument ten zakłada, iż następował przepływ informacji z medycyny wiejskiej do oficjalnej: *„Medycyna popularna, iuż nie pod nazwiskiem czarów, lecz tajemnych sposobów, wiele ma podobnie skutecznych środków, które i oświeceni Medycy między celniejsze swe lekarstwa policzyli...*²¹.

W apelu zwraca się główną uwagę na zagadnienia związane z medycyną ludową (dotyczą tego dwa pierwsze punkty), a za *„zasłoną zabobonność”* znów uderza doszukiwanie się „racjonalnego jądra”.

W roku 1807 ukazała się pochodząca z kręgu warszawskich uczonych publikacja zawierająca 44 listy – *Korespondencja w materiałach obraz kraju i narodu polskiego rozjaśniających*²². Autor listu do Jana Pawła Woronicza, Wawrzyniec Surowiecki uważał, iż pośród zapisków mających znaczenie dla polskiej kultury ludowej, *„powieściach dziwnych”* należy też zwrócić uwagę na czarownice, *„zabobony przy chorych, obrządki dziwaczne przy urodzinach”*²³. W ciągu zaledwie pięciu lat idea Hugo Kołłątaja, aby badać sposoby ratowania chorych pomiędzy pospółstwem, prowadzić badania porównawcze, przerodziła się w tropienie zabobonów i „obrządków dziwacznych”.

²⁰ *Punkta...*, op. cit., s. 355-356.

²¹ Ibidem, s. 356.

²² *Korespondencja w materiałach obraz kraju i narodu polskiego rozjaśniających*, pr. zb., Warszawa 1807.

²³ Ibidem, s. 54.

Nurty romantyczne przyniosły na ziemiach polskich coraz większy wzrost zainteresowania od niedawna dostrzeganymi „włościanami” i ich kulturą²⁴. Liczniej zaczęły pojawiać się doniesienia folklorystyczne, skrzętnie notowano nuty chłopskich pieśni, słuchano podań, ubolewano nad przesadami. Zabory spowodowały, iż osoby zajmujące się ludoznawstwem pojmowały swoje badania jako szukanie „tradycji początkowej” potrzebnej do rekonstrukcji historii i ratowanie tożsamości narodowej, ale również zaczęto wartościować w odniesieniu do konkretnie obowiązującego paradygmatu medycyny metody zachowania zdrowia spotykane wśród chłopów, czy uboższych mieszkańców miast i miasteczek, co powiązać można było z chęcią wprowadzania oświaty zdrowotnej.

Pierwszego polskiego przeglądu historiograficznego dokonał Łukasz Gołębiowski już w roku 1830 w pracy *Lud polski, jego obyczaje i zabobony*. Dzieło Gołębiowskiego nie zawiera zbyt wielu treści dotyczących leczenia, ale też ich całkowicie nie pomija²⁵. Ludwik Adam Jucewicz, pozostający pod wpływami romantyków litewski badacz folkloru, żył krótko - zaledwie 36 lat. W swoim opracowaniu *Litwa pod względem starożytnych zabytków, obyczajów i zwyczajów skreślona przez Ludwika z Poklewia* skromne miejsce poświęcił tematyce me-

²⁴ Szczegółne zasługi należy przypisać Sewerynowi Goszczyńskiemu i jego *Dziennikowi podróży do Tatrów*, a zwłaszcza *Wyjątkom z rzeczy o góralach tatrzańskich* (1844).

²⁵ Ł. Gołębiowski, op. cit., s. 299-301. Gołębiowski wymienia zioła zbierane na święto Matki Boskiej Zielnej i ich zastosowanie. „*Staralem się w Warszawie pomiędzy ludem zasięgnąć wiadomości, jakie zioła ich snopki składają, i w jakim celu dobierane?*”, s. 299.

dycznej, opisując w rozdziale *Medycyna prostego litewskiego ludu*²⁶ zabiegi lecznicze i nieliczne stosowane środki roślinne i odzwierzęce, o których informacje zaczerpnął od swoich rozmówców z izby chładej i od chłopów ze wsi, z własnych obserwacji oraz rodzinnych zapisków, przybliżając niektóre tylko tajniki terapii zarówno zwierząt, jak i ludzi. Zafascynowany wyraźnie „leczeniem sympatycznym”, w wielu miejscach swojej pracy również wspominał o magicznych praktykach, np. noszeniu amuletów, zamawianiu choroby, używaniu w celach leczniczych szczątków osób zmarłych.

Ryszard Wincenty Berwiński, romantyczny poeta i początkowo entuzjastycznie nastawiony wobec ludu folklorysta, w *Studiach o literaturze ludowej ze stanowiska historycznej i naukowej krytyki*, pracy wydanej później jako *Studia o gusłach, czarach i zabobonach...* (1862)²⁷, rozczarowany przebiegiem wydarzeń 1848 roku odmówił ludowi „zdolności twórczych, przyznając co najwyżej reproduktywne”²⁸, co więcej – odniósł się do historycznych materiałów, między innymi do prac Hieronima Spiczyskiego, Marcina z Urzędowa, Marcina Siennika czy Szymona Syreńskiego jako źródeł ludowych zapożyczeń.

Lecz początkowo, jak się wydaje, jedynymi frapującymi w połowie XIX wieku tematami stały się: kołtun i „przesady” dotyczące leczenia. Znana była powszechnie walka Józefa Dietla z osobami noszą-

²⁶ L. A. Jucewicz, *Litwa pod względem starożytnych zabytków, obyczajów i zwyczajów skreślona przez Ludwika z Poklewia*, Wilno 1846, s. 329-341.

²⁷ R. W. Berwiński, *Studia o literaturze ludowej ze stanowiska historycznej i naukowej krytyki*, t. 1-2, Poznań 1854.

²⁸ T. Brzozowska-Komorowska, *Ryszard Berwiński (1819-1879)*, [w:] *Dzieje folklorystyki polskiej 1864-1918*, p. red.: H. Kapelański, J. Krzyżanowski, Warszawa 1982, s. 11.

cymi kołtun i jego liczne publikacje na ten temat²⁹, lecz to nie ona zwróciła uwagę również na inne „przesady” dotyczące leczenia chorób przez włościan, bowiem zainteresowano się tymi sprawami wcześniej. Żywe zaciekawienie lekarzy, m. in. Ludwika Chodkowskiego³⁰, Floriana Ceynowy, Izzydora Kopernickiego, Michała Zieleniewskiego³¹, Franciszka Chłapowskiego lecznictwem ludowym zaowocowały pracami naukowymi. Michał Zieleniewski poświęcił przesądom swoją rozprawę doktorską. *„Przesady ludu naszego zamierzam opisać, pod jakimkolwiek względem nauki lekarskiej dotyczące, wskazać ile siły dozwolą z jakich przyczyn wynikły, środki ich usunięcia, nieodmawiając zbadać korzyści z ich dokładnego poznania spłynąć mogących”*³² – napisał we wstępie. Niestety – siły nie dozwoliły ustalić, z jakich przyczyn przesady wynikły, a *„zbadań korzyści z ich dokładnego poznania spłynąć mogących”* autor pomimo swoich deklaracji nie dopełnił, bowiem na przykład za przesąd uznał polewanie ran gorzałką³³ i na tym poprze-

²⁹ J. Dietl, *Kołtun. Sprawozdanie Komisji w Towarzystwie Naukowym Krak. zawiązanej w celu zbadania choroby kołtunem zwanym*, Kraków 1862; J. Dietl, *Zur Streitfrage des Weichselzopfes*, Wiener medizinische Wochenschrift 1863, R.13, nr 47, s. 737-739; nr 48, s. 753-755 i 1864, R.14, nr 4, s. 49-52.

³⁰ Ludwik Chodkowski (1815-1864) napisał rozprawę: *O przesądach we względzie lekarskim panujących w kraju naszym*, „Tygodnik Literacki poświęcony literaturze, sztukom pięknym i krytyce” 1841, t. 4, nr 42, s. 350-351, nr 43, s. 357-359, nr 44, s. 365-367, nr 45, s. 371-372, nr 46, s. 379-380.

³¹ Michał Zieleniewski (1821-1896), lekarz Zakładu Zdrojowo-Kąpielowego w Krynicy, autor ok. 100 prac, między innymi: *Krynica, jej wody alkaliczno-żelaziste i c.k. zakład zdrojowo-kąpielowy*, Kraków 1881, oraz *Mleko, serwatka i zętyca pod względem leczniczo zdrojowym, O napełnianiu wód mineralnych na sprzedaż rozsyłanych w ogólności z dołączeniem opisu napełniania szczawiny żelazistej w Krynicy*, odbitka z T. XXVII Rocznika k. k. Tow. Nauk. Krak., 1860.

³² M. Zieleniewski, *O przesądach lekarskich ludu*, Kraków 1845, s. IX.

³³ Ibidem, s. 43.

stał. Z wyciągu dysertacji nie wynika, by zostały podjęte jakiekolwiek działania mogące wyjaśnić, czy stosowane pośród ludu remedia odnosiły korzystny skutek. Postawiony cel pracy nie został osiągnięty, czego zdaje się nie dostrzegli ani promotor, ani rada wydziału. Dysertacja została wysoko oceniona, pomimo ewidentnych luk. Ba, nawet nagrodzona, o czym poinformowano na stronie tytułowej. W odróżnieniu od Edwarda Jennera, Michał Zieleniewski (podobnie jak członkowie rady wydziału) zapewne nie sądził by medycyna jako nauka mogła wyciągnąć jakiekolwiek korzyści z praktyk pospólstwa. Historyk medycyny oceniając pracę Zieleniewskiego musiałby dojść do konkluzji, że dobrze przeprowadzone doświadczenia mogłyby wyprzedzić o 20 lat antyseptykę, uświadomić korzyści płynące z zastosowania w medycynie barwników, czy zwrócić uwagę na rolę strupa w leczeniu ran. Jeśli jednak przyjmujemy, że środowiskiem lekarskim kierowała *własna logika*, to będziemy musieli odrzucić próby wartościowania i szukania racjonalnego działania w pracy rady wydziału, uznając, iż zapewne nadrzędnym celem była w tych czasach walka z przesądami.

Ale nie tylko lekarze podejmowali wątek „przesądów leczniczych”, zajęli się tym tematem również publicyści. Zainteresowania przesądami znalazły odbicie na łamach pism codziennych i w późniejszym okresie. Na przykład na łamach *Opiekuna domowego* szydzono z praktyk zarówno terapeutów ludowych, jak i ich pacjentów oraz mniej oświeconych pacjentów lekarzy, którzy zamiast wykupić recep-

tę, próbowali przylepiać ją na chore miejsce³⁴. Szczególnie długo zadawali w negatywnej ocenie terapeutów ludowych okazywali się lekarze³⁵, zapominając, iż atakowany przez nich dobór leków w myśl zasady *similia similibus curantur* wcześniej rozpropagował nie kto inny, jak sam „książę medycyny” Europy w czasach Odrodzenia – Paracelsus.

Skoro postrzegano medycynę ludową wyłącznie jako przejaw obskurantyzmu, nie dostrzegając, jak podobne leki ziołowe były używane w medycynie oficjalnej, nic dziwnego, że zaczęto doszukiwać się w niej z czasem „racjonalnego jądra” i pod tym kątem również prowadzić badania.

Izydor Kopernicki poruszył kwestię leczniczych przekonań funkcjonujących w społeczności wiejskiej we Lwowie na II Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w roku 1876³⁶, pragnąc tym zagadnieniem zainteresować innych lekarzy, ale i osoby spoza środowiska medycznego. Już wówczas twierdził, że część wiedzy medycznej trafiła do medycyny ludowej za pośrednictwem dworu i kościoła, powoływał się na znane mu badania Berwińskiego, jednak nie do końca się z nim zgadzał. Wykazał, iż niektóre z używanych przez chłopów roślin nie były znane w medycynie oficjalnej.

³⁴ Anon. aut., *Przykład naiwności*, „Opiekun domowy” 1868, R. 4, nr 13, s. 103-104.

³⁵ S. Łazarewicz, *Z historii przesądów w medycynie*, „Nowiny Lekarskie” 1912, R. 24, nr 8, s. 496-504.

³⁶ I. Kopernicki, *O wyobrażeniach lekarskich i przyrodniczych naszego ludu*, Pamiętnik II Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we Lwowie, Lwów 1876, s. 73-94.

Wyłączenie „zabobonnego” myślenia stało się wręcz posłannictwem niektórych lekarzy. Tendencja ta wyraźnie zarysowuje się już w latach czterdziestych XIX wieku. Walka o wprowadzenie oświaty zdrowotnej nie jest w XIX wieku jednakże zagadnieniem nowym. Kalendarze z XVIII wieku poruszały tematykę „błędów zabobonnych”³⁷. Pisanie poradników, czy wydawanie ich tłumaczeń z języków francuskiego czy niemieckiego miały na celu nie tylko wyrugowanie „niewłaściwych” praktyk, lecz przybliżenie sztuki lekarskiej każdemu, kto potrafił i chciał czytać. Poradniki pisali zarówno chirurdzy, jak i lekarze, na przykład: Ludwik Perzyna³⁸, Jacek August Dziarkowski³⁹, Mikołaj Mianowski⁴⁰ czy Teofil Matecki⁴¹, powodzeniem cieszyły się tłumaczenia prac – francuskiego przyrodnika François Vincenta Raspaila⁴², czy nieznanego z imienia doktora Frickego⁴³. Już sam tytuł, *Medycyna ludowa*, miał wskazywać, kto był głównym adresatem książki

³⁷ *Kalendarz półstuletni 1750-1800*, wybór i opr.: B. Baczko, H. Hinz, Warszawa 1975.

³⁸ L. Perzyna, *Nauka położna krotko zebrana, cyrulikom, położnym, jako też i babom, czyli kobietom przy rozwiązaniu rodzących położnic służącym, dla wiadomości bardzo potrzebna: na pytania i odpowiedzi rozłożona*, Kalisz 1790; idem, *Lekarz dla Włościan, czyli Rada dla Pospolstwa, w chorobach i dolegliwościach naszemu Kraiowi albo właściwych, albo po większej części przyswoionych, każdemu naszego Kraiu Mieszkańcowi do wiadomości potrzebna. Przez B. Ludwika Perzyna Zakonu Braci Miłosierdzia. w Narodowym Języku napisana*, Kalisz 1793.

³⁹ H. Dziarkowski, *Poradnik domowy*, cz.1, cz.2, Warszawa 1819; Idem: *Wybór roślin kraio- wych dla okazania skutków lekarskich ku użytku domowemu*, Warszawa 1803.

⁴⁰ M. Mianowski, *Nauka sztuki położniczej dla niewiast*, Wilno 1825.

⁴¹ T. T. Matecki, *Poradnik dla młodych matek czyli fizyczne wychowanie dzieci w pierwszych siedmiu latach*, Poznań 1848; Idem: *Rady i nauki starego lekarza dla nielekarzy*, Poznań 1867.

⁴² F. V. Raspail, *Domowy lekarz i domowa apteka. Teoretyczna i praktyczna nauka jak sobie przyrządzać i używać lekarstw, zachować zdrowie lub wyleczyć się jak najprędzej i małym kosztem z większej części chorób uleczyć się dających, oraz jak sobie przynieść ulgę równą prawie zupełnemu wyzdrowieniu w chorobach nieuleczalnych lub chronicznych*, Warszawa 1851.

⁴³ Fricke, *Domowa pomoc czyli książka dla dobra chorąg ludzkości*, Hanower, bez r. wyd.

doktora medycyny Andre'a Simona⁴⁴. Autor stworzył prosty poradnik („medycynę dla ludu”), przybliżający wiedzę ówczesnej medycyny „naukowej” tyle, że nasz „lud” niespecjalnie znał sztukę czytania. Jak z tego wynika, jeszcze zanim poznano całokształt medycyny ludowej na ziemiach polskich, już podejmowano próby jej reformowania, aczkolwiek narzędziami mało adekwatnymi. Na przykład Henryk Fryderyk Hoyer (1834-1907), znakomity histolog nawoływał lekarzy, aby pisali do upadającego wtedy „Wszechświata”, by również szerzyć oświatę zdrowotną wśród inteligencji: „....ułatwią nietylko rozprzestrzenianie się zdrowych pojęć o przyrodzie człowieka, usunięcie przesądów i sprowstowanie spaczonych poglądów na środki i sposoby lecznicze, ale uto-rują, drogę dla szerszego stosowania racjonalnego leczenia i zjedna-ją sobie większe zaufanie inteligentniejszych warstw ludności”⁴⁵.

Za datę narodzin polskiej etnomedycyny uznano dopiero rok 1891⁴⁶, gdy ukazała się niewielka książka pióra galicyjskiego lekarza Mariana Udzieli - *Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego*⁴⁷. Wydana została w VII tomie Biblioteki „Wisły”⁴⁸.

⁴⁴ A. Simon, *Medycyna ludowa czyli treściwy pogląd na środki ochronne, poznawanie i leczenie chorób. Poradnik lekarski dla wszystkich stanów według najnowszych źródeł*, Warszawa 1860.

⁴⁵ [H. Hoyer], *Kilka słów w interesie „Wszechświata”*, odbitka z Gazety Lekarskiej 1891, R. 26, nr 10, s. 4.

⁴⁶ D. Penkala-Gawęcka, *Etnomedycyna*, [w:] *Słownik etnologiczny. Terminy ogólne*, p. red. Z. Staszczak, Warszawa - Poznań 1987, s. 102.

⁴⁷ M. Udziela: *Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego. Przyczynek do etnografii polskiej*, Warszawa 1891.

⁴⁸ „Wisła” (wyd. od 1887 r. w Warszawie) – ukazujący się nieregularnie miesięcznik geograficzno – etnograficzny, na którego łamach pojawiały się zarówno prace o charakterze etnograficznym i antropologicznym, jak i krótkie doniesienia folklorystyczne. Pismo redagowane przez J. Karłowicza, A. Gruszeckiego, E. Majewskiego skupiało wokół siebie takie postacie, jak: L. Krzywicki, A. Brückner, I. Kopernicki, czy J. Czekanowski.

W tymże 1891 roku zmarł Izydor Kopernicki. Od roku nie żył już jego przyjaciel, Oskar Kolberg. Zasadą Kolberga było zebranie informacji i opisanie setek zachowań dotyczących prewencji i leczenia chorób za pomocą środków ziołowych, odzwierzęcych, mineralnych i minerałopochodnych, a w końcu magicznych⁴⁹. W pracach Kolberga można znaleźć liczne informacje na temat nazw ziół i ich stosowania w leczeniu poszczególnych chorób. Jak się wydaje, Oskar Kolberg starał się konfrontować napotykaną w lecznictwie ludowym rośliny z botanicznymi pracami Jundziłły⁵⁰ i dzięki temu dzisiaj można próbować niektóre nazwy ludowe roślin zastąpić naukowymi, jednak Józef Rostafiński twierdził, iż Kolberg „...okropności pod tym względem wypisywał”⁵¹. Informacje o lecznictwie ludowym zebrane przez Kolberga nie obejmowały wszystkich rejonów dawnych ziem polskich – jedne regiony zostały bardziej szczegółowo pod tym kątem zbadane, inne – prawie wcale.

⁴⁹ Oskar Henryk Kolberg, od 1839 roku zbierał pieśni ludowe. *Pieśni ludu polskiego* (1857) oraz *Lud. Jego zwyczaje, sposób życia, mowa, podania, przysłowia, obrzędy, gusła, zabawy, pieśni, muzyka i tańce* (1857-1890), wydane zostały we Wrocławiu w latach 1961-1975 w 68 tomach *Dzieł wszystkich*.

⁵⁰ Stanisław Bonifacy Jundziłła za pracę *Opisanie roślin w prowincyi W.X.L. naturalnie rosnących według układu Linneusza*, udekorowany został w roku 1792 złotym medalem Merentibus przez króla Stanisława Augusta Poniatowskiego. W 1802 roku został profesorem botaniki oraz zoologii w Wilnie. W przejętym ogrodzie botanicznym liczba gatunków roślin wzrosła ponad trzynastokrotnie.

⁵¹ J. Rostafiński, *Udziała Maryan dr.: Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego...* (rec.), „Kwartalnik Historyczny” 1892, R. 6, nr 1, s. 121.

Małopolski lekarz, Marian Udziela⁵² pisząc *Medycynę i przesady lecznicze ludu polskiego*, korzystał m.in. z dzieł Kolberga, jednak niektóre z opisów zaczerpnął z własnych obserwacji. Józef Rostafiński napisał w recenzji: „*jest to praca sumienna, mozolnie zestawiona...*”⁵³, lecz zarzucił Udzieli między innymi brak indeksów, pominięcie niektórych prac dotyczących dawnych wschodnich rejonów ziem polskich, czy Prus, niewłaściwe nazewnictwo roślin, które nie zostało zweryfikowane⁵⁴. Ukazanie się *Medycyny i przesądów leczniczych...* Udzieli zauważono w warszawskim środowisku lekarskim. Recenzję napisał chirurg ze Szpitala Dzieciątka Jezus, Bronisław Sawicki⁵⁵, czy późniejszy współzałożyciel Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej i pierwszego pogotowia ratunkowego, redaktor „Kroniki Lekarskiej”, Józef Zawadzki⁵⁶. Przypuszczalnie pewien wpływ na zainteresowania etnograficzne Mariana Udzieli wywarł starszy brat – Seweryn, współtwórca Muzeum Etnograficznego w Krakowie, który również pozostał po sobie kilka prac dotyczących lecznictwa ludowego, ale tematyka ta w zasadzie nie leżała w głównym nurcie jego zainteresowań⁵⁷.

⁵² Marian Udziela (ok. 1865 – 1921) był synem Marcina Udzieli, kancelisty sądowego w Starym Sączu i Filomeny z Drogasiów. Ukończył studia na Wydziale Lekarskim UJ w Krakowie. W latach 1892 -1893 przebywał w Bośni. Lekarz powiatowy we Lwowie.

⁵³ J. Rostafiński, op. cit., s. 120.

⁵⁴ Ibidem, s. 120-121.

⁵⁵ Recenzja ukazała się w „Gazecie Lekarskiej” 1891, R. 26, nr 31, s. 617-619.

⁵⁶ J. Zawadzki: *Medycyna ludowa Udzieli*, „Kronika Lekarska” 1891, R. 12, nr 6, s. 364 –365.

⁵⁷ Seweryn Udziela (1857-1937), nauczyciel, a potem inspektor szkół ludowych w Galicji. Współinicjator utworzenia Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego (1895). W 1911 roku założył w Krakowie Muzeum Etnograficzne (wraz z J. Talko - Hryniewiczem i F. Bujakiem i in.), noszące dzisiaj jego imię. Z zagadnień leczniczych - interesował się m.in.: interpretacją cholery na ziemi sądeckiej, oborywaniem wsi przeciwko zarazie, weterynarią.

Chociaż Marian Udziela uważany jest za „ojca” polskiej etnomedycyny, jednak trochę wcześniej niż on badania nad ludowym nazewnictwem i stosowaniem roślin prowadził Józef Rostański, botanik, twórca szkoły fykologicznej⁵⁸. Zasluguje on z całą pewnością na tytuł „ojca” polskiej etnobotaniki. Na pierwszej stronie dziennika „Czas”, gazety krakowskich konserwatystów w dniu 13 lipca 1883 roku ukazał się niewielki artykuł *O znaczeniu naukowem nazw roślinnych i potrzebie ich zbierania*, w którym Józef Rostański zachęcał do gromadzenia wiedzy o stosowanych roślinach: „Należy zbierać nietylko same nazwy, ale też gromadzić wiadomości, w jakim celu lud pewnych roślin używa, co hoduje na pokarm czy lek, co dla ozdoby izby, czy przychacia, co dla guseł i zabobonów...”⁵⁹. Wyraźnie zaznaczał, że należy poznawać nazwy ludowe, a „nie fabrykaty książkowe”, zwracał też uwagę na zmiany w nazewnictwie roślin, zarówno ludowe, jak i naukowe.

W wydanej dwa lata później pracy *Zielnik czarodziejski to jest zbiór przesądów o roślinach*⁶⁰, opisał głównie na podstawie zielników i poradników mylnie przypisywane roślinom właściwości lecznicze. Wypadałoby zauważyć, iż ten zbiór przesądów dotyczył między innymi autorów takich jak: Szymon Syreński, Jakub Haur, Marcin z Urzędo-

⁵⁸ P. Köhler, *Ankieta Józefa Rostańskiego z 1883 roku dotycząca ludowego nazewnictwa i użytkowania roślin w Polsce*, „Analecta. Studia i Materiały z Dziejów Nauki” 1993, t. 2, nr 2, s. 89-119; E. Lubicz – Niezabitowski, *Ś. p. prof. dr. Józef Rostański*, „Nowiny lekarskie” 1928, R. 40, z. 14, s. 486-490.

⁵⁹ J. Rostański, *O znaczeniu naukowem nazw roślinnych i potrzebie ich zbierania*, „Czas” 1883, R.36, nr 156, s. 1.

⁶⁰ J. Rostański: *Zielnik czarodziejski to jest zbiór przesądów o roślinach*, „Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej” 1895, t.18, cz. II, s. 1- 191.

wa, Marcin Siennik, Hieronim Spiczyński czy Jan Krzysztof Kluk⁶¹. W swojej pracy Józef Rostafiński wykazał, iż bardzo wiele przesądów (nie tylko ludowych) miało swoje korzenie właśnie w tych źródłach (zwłaszcza w pracy Marcina Siennika⁶²), tym samym powrócił do koncepcji Ryszarda Berwińskiego, dotyczących zapożyczeń.

„Jeszcze podczas studiów w Szkole Głównej w Warszawie badał roślinność, przejrzał krytycznie zielniki warszawskie oraz całą literaturę, dotyczącą flory Królestwa Polskiego, zestawił i wydał w roku 1872 po niemiecku »*Florae Polonicae Prodrumus*«. W dziele tym wykazał, że flora Polski bynajmniej nie była »terra incognita«, jak to często mówiono, jednocześnie dał podstawę do późniejszych badań florystycznych” – napisano we wspomnieniu pośmiertnym⁶³. Temat nazewnictwa roślin podjął równolegle z Rostafińskim Erazm Majewski (1858-1922), który w roku 1891 opublikował imponujący dwutomowy *Słownik nazwisk zoologicznych i botanicznych polskich*. „Ogółem wprowadziłem do słownika polsko-łacińskiego nazwiska polskie zwierząt i roślin, znajdujące się w 526-ciu dziełach lub pracach osobnych, napisanych przez 297-iu autorów”⁶⁴ – napisał we Wstępie.

Dwa lata po opublikowaniu *Medycyny i przesądów leczniczych* Mariana Udzieli, Julian Talko - Hryncewicz wydał *Zarysy lecznictwa*

⁶¹ Ibidem, s. 1-5.

⁶² J. Rostafiński, *Udziela...*, s. 121.

⁶³ J. K., *Ś. p. prof. J. Rostafiński*, „Ziemia” 1928, R. 13, nr 14, s. 221.

⁶⁴ E. Majewski, *Słownik nazwisk zoologicznych i botanicznych polskich zawierający ludowe oraz naukowe nazwy i synonimy polskie dla zwierząt i roślin od XV-go wieku aż do chwili obecnej źródłowo zebrane i zestawione z synonimami naukowymi łacińskimi w podwójnym porządku alfabetycznym i pomnożone porównawczym materiałem, zaczerpniętym z innych języków słowiańskich*, t. 1-2, Warszawa 1891.

ludowego na Rusi południowej⁶⁵ - plon swojego pobytu w Żmigródce na Ukrainie, gdzie praktykował jako lekarz. Późniejszy profesor antropologii, posługiwał się klasycznymi dzisiaj technikami badawczymi: wywiadem i obserwacją. Swoje spostrzeżenia poszerzał o informacje zbierane od okolicznych właścicieli majątków, jak również przytaczał dane zaczerpnięte z literatury. Piszący recenzję Marian Udziela zarzucał Julianowi Talko-Hryncewiczowi, że w pracy przekroczył znacznie ramy terytorialne, bowiem znalazły się w niej nawet dane z Litwy, Rosji czy z Galicji, lecz również zauważył, iż autor „....rozpatruje rozmaite choroby według zapatrywań ludowych, a nie na podstawie naukowej medycyny...”. Zainteresowanie Udzieli skoncentrowało się na drogach, którymi trafiały do medycyny przesady i odmienne sposoby leczenia według koncepcji Juliana Talko-Hryncewicza oraz na „nowatorskim” rozdziale o higienie, lecz zawarte w nim treści, zdaniem recenzenta, odbiegały niekiedy od tematu⁶⁶.

W tym samym okresie B. Benczer zajął się opisywaniem praktyk dotyczących lecznictwa u wschodniogalicyskich Żydów na łamach wiedeńskiego „Am – Urquell”, a temat lecznictwa wśród wyznawców judaizmu był kontynuowany w polskich czasopismach⁶⁷.

⁶⁵ J. Talko – Hryncewicz: *Zarysy lecznictwa ludowego na Rusi południowej*, Kraków 1893.

⁶⁶ M. Udziela, *Talko-Hryncewicz Julian dr.: Zarysy lecznictwa ludowego na Rusi południowej*, *Kwartalnik Historyczny* 1895, R. 9, nr 1, s. 60-62.

⁶⁷ B. Benczer: *Judische Volksmedizin in Ostgalizien*, „Am Urquell” 1893, t. IV, nr 3; M. Allershand, *Przysięga kobiety ciężarnej u Żydów*, „Lud” 1898, t. 4, s. 180-184; R. Liliethalowa, *Dziecko żydowskie*, „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne” 1904, t. 7, cz. II, s. 141-173; B. W. Segel [właśc. B. W. Schiffer], *Wierzenia i lecznictwo ludowe Żydów*, „Lud” 1897, t. 3, s. 49-61; Idem, *Materiały do etnografii Żydów wschodnio-galicyskich*, „Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej” 1893, t. 17, cz. II, s. 261-332.

W roku 1893 miał miejsce kolejny apel, tym razem profesora uniwersytetu lwowskiego Władysława Niemiłowicza: *„Lud nasz tak hojnie obdarzony zmysłem spostrzegawczym, liczne porobił odkrycia, potrzebne mu w użyciu codziennym; liczne wynalazł leki i praktycznie je wypróbował, a obecnie potrzeba by tylko naukowych badań, aby te skarby dla dobra ogółu zebrać i ułożyć, aby krytycznie zbadać wartość rzeczy i w naukowym je świetle przedstawić”*⁶⁸ - napisał w swojej odezwie Władysław Niemiłowicz.

Następna odezwa o nadsyłanie informacji o roślinach pojawiła się w *Ludzie* dopiero w roku 1929, lecz dotyczyła przede wszystkim wierzeń związanych z roślinami, niekoniecznie leczniczymi⁶⁹.

„W. Niemiłowicz, b. profesor uniwersytetu lwowskiego, dał z pewnością wyraz przekonaniom bardzo wielu współczesnych sobie lekarzy i teoretyków medycyny w swej odezwie z r. 1893, nawołującej do zbierania wiadomości z zakresu lecznictwa chłopów, uważając, iż zgromadzone dane przyniosą pożytek nie wyłącznie dla etnografii, ale i w ogóle dla cierpiącej ludzkości” – pisał Kazimierz Moszyński⁷⁰, dodając: *„Błędne to są to jednak mniemania i zawodne nadzieje”*. Twierdził, iż przecenia się spostrzegawczość ludu, że *„...jego liczne jakoby »wynalazki« w zakresie medycyny są przytłoczone tak niezmiernym bezwartościowej dla medycyny plewy, że o »skarbach« mowy być tu*

⁶⁸ K. Moszyński, *Kultura ludowa Słowian*, t. II, cz. 1, Warszawa 1967, s. 176; D. Penkala-Gawęcka, *Medycyna ludowa...*, s. 171.

⁶⁹ Apel pojawił się w rubryce „Poszukiwania” - A. Fiszer: *Rośliny w wierzeniach i zwyczajach ludu polskiego*, „Lud” 1929, R. 28, z.1-2, s. 240-247.

⁷⁰ K. Moszyński, op. cit., s. 176.

nie może”⁷¹. Skuteczność ludowych praktyk i stosowanych środków tłumaczył jakąś szczególną podatnością na sugestię, którą według niego mieli się charakteryzować chłopi⁷².

*„Moszyński zauważył, że te zawodne nadzieje doprowadziły jednak do stworzenia cennej dokumentacji medycyny ludowej. Tworzyli je zarówno medycy i przyrodnicy, jak i etnografowie. Zainteresowanie medycyną ludową wynikało więc z innych już motywacji niż uprzednie dążenie do wytypowania przesądów”*⁷³ – podkreślała Danuta Penkala- Gawęcka.

Wydaje się, że wypada się głębiej zastanowić nad osobą profesora Władysława Niemiłowicza i jego „zawodnymi nadziejami”. Pozwolę sobie reprezentować zupełnie odmienne stanowisko. Kim był Władysław Niemiłowicz? Czy należał w istocie do grona byłych profesorów uniwersyteckich? Wręcz przeciwnie: dopiero zaczynał karierę naukową. Profesor Niemiłowicz zdawał sobie znakomicie sprawę, jaką wiedzą i jakimi umiejętnościami dysponuje i jaki potencjał mają uniwersyteckie laboratoria, chociaż można mniemać, iż raczej należał do osób skromnych. W wieku 28 lat był już docentem. Ukończył dwa fakultety: chemię i medycynę. W momencie wystosowania tegoż apelu liczył sobie zaledwie 30 lat, bowiem urodził się w roku 1863. Jemu

⁷¹ Ibidem, s. 177.

⁷² Ibidem, s. 177: „Wiadomo przecież, że pewną liczbę chorób i przypadłości z powodzeniem można leczyć przez sugestję, i wiemy również, w jakim wielkim na ogół stopniu lud jest sugestii podatny. W takich wypadkach, tzn. gdy chodzi o poddanie skuteczności zabiegu, czy leku, jakoś obu ostatnich nie odgrywa żadnej lub prawie żadnej roli, a uzdrowienie zależy całkowicie lub niemal całkowicie od szczególnych sił, rozbudzonych w chorych na srodze psychicznej”.

⁷³ D. Penkala-Gawęcka: *Medycyna ludowa...*, s. 171.

współcześni postrzegali go jako osobę o ponadprzeciętnych możliwościach i inteligencji. Ogólnie go szanowano i ceniono jego wiedzę i pracowitość. W ciągu zaledwie kilku lat obejmował katedry chemii lekarskiej, farmakognozji, chemii fizjologicznej, obrany został dziekanem Wydziału Lekarskiego we Lwowie. Niestety, ze wspomnień pośmiertnych wynika, że zmarł bardzo młodo, w wieku zaledwie 41 lat. Można przypuszczać, że cierpiał na depresję, ale skąpe materiały źródłowe nie pozwalają tego potwierdzić⁷⁴. We wspomnieniach pośmiertnych natomiast podkreśla się jego nowatorskie podejście do przeprowadzanych badań i sukcesy w oznaczaniu związków, których nie sposób było uprzednio oznaczyć. Te umiejętności wskazują na to, iż Władysław Niemiłowicz zamierzał sam zająć się badaniami fitochemicznymi ziół używanych w medycynie ludowej, lecz przeszkodziły mu nowe obowiązki związane z obejmowaniem kolejnych katedr, problemy osobiste i choroba.

Schyłek wieku XIX można uznać za okres, w którym zainteresowanie medycyną ludową na ziemiach polskich osiąga swoje apogeum. W przeciągu kilkunastu lat ukazuje się szereg istotnych prac i pojawiają się czasopisma zamieszczające liczne informacje o medycynie ludowej.

⁷⁴ W. Moraczewski: *Władysław Niemiłowicz. Wspomnienie pośmiertne*, „Chemik Polski” 1904, R. 4, nr 26, s. 514; G. Gittelmacher – Widenko: *Śp. Władysław Niemiłowicz*, „Nowiny Lekarskie” 1904, R.16, z. 8, s. 397-398.

Oprócz ukazującej się nieregularnie „Wisły” (od roku 1887), w roku 1895 zaczęto wydawać „Lud”⁷⁵, początkowo jako kwartalnik, a od 1912 roku jako rocznik. Na jego łamach w ciągu pierwszych trzydziestu lat istnienia pisma ukazało się wiele prac poświęconych medycynie ludowej, a ponadto w licznych artykułach zajmujących się innymi zagadnieniami, znalazły się informacje dotyczące ludowej terapii, etiologii chorób. Najczęściej przewijającą się problematyką były: zamykania chorób, rzucanie uroków, przesady, ale też podawano niekiedy obszerne listy roślin używanych w leczeniu schorzeń, czy środki odzwierzęce. Autorzy doniesień opierali się zwykle na własnych obserwacjach. Poziomu tych prac nie sposób jest określić za pomocą przymiotnika „zróżnicowany”. Podobnie jak „Wisła”, i „Lud” zamieszczał krótkie spostrzeżenia, jak i wielostronicowe artykuły. Najczęściej były to typowe opisy, niezwykle rzadko autorzy podejmowali się próby nakreślenia szerszej syntezy. Chociaż większość doniesień nie ma cech charakterystycznych dla prac naukowych, z prawie wszystkich przebiega entuzjastyczne, „pozytywistyczne” nastawienie do opisywanych zagadnień. Inny, bardziej wyważony i naukowy charakter cechował artykuły zamieszczane w Materiałach Antropologiczno-Archeologicznych i Etnograficznych oraz w Zbiorze Wiadomości do Antropologii Krajowej.

⁷⁵ Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego, założony przez A. Kalinę we Lwowie.

Zupełnie odmienny typ publikacji, typowo kompilacyjny, stanowiła praca Henryka Biegeleisena⁷⁶ *Lecznictwo ludu polskiego*, która ukazała się w roku 1929, nakładem Polskiej Akademii Umiejętności⁷⁷. Henryk Biegeleisen, nauczyciel gimnazjalny we Lwowie, którego można obdarzyć mianem „badacza gabinetowego”, zajmował się głównie historią literatury, lecz żywo zainteresował się kulturą ludową. Wiadomości o pielęgnacji i leczeniu dzieci i dorosłych, opiece na wsi, zwłaszcza galicyjskiej, można również znaleźć w innych jego dziełach poświęconych kulturze ziem polskich⁷⁸. *Lecznictwo ludu polskiego* należałoby uznać obok dzieła Juliana Talko-Hryncewicza za najobszerniejszą pracę dotyczącą ludowego leczenia z badanego okresu, aczkolwiek trzeba przyznać, iż jest to książka niezwykle chaotyczna, pełna komparatystycznych dygresji, a niektóre zagadnienia zostały wręcz wybiórczo potraktowane. Na podziw jednak zasługuje ukazanie niektórych praktyk na szerokim tle kulturowym, może niezbyt poprawnym z dzisiejszego punktu widzenia, lecz świadczącym o ogromnej erudycji Henryka Biegeleisena. W *Lecznictwie ludu polskiego* jego autor szczególny nacisk położył na formuły zamawiań i zażegnowań, którymi był prawdopodobnie bardziej zainteresowany jako historyk literatury, tym samym redukując informacje o stosowanych lekach ziołowych

⁷⁶ J. Jeszke, *Henryk Biegeleisen (1855-1934) - historyk literatury*, [w:] *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku*, p. red. Z. Podgórskiej-Klawe, opr. B. Urbanek, T. 1, z. 2, (*Historycy medycyny*), Warszawa 1994, s. 11-12.

⁷⁷ H. Biegeleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929.

⁷⁸ H. Biegeleisen napisał m. in.: *Matka i dziecko w obrzędach, wierzeniach i zwyczajach ludu polskiego*, Lwów 1927; *Wesele*, Lwów 1928; *U kolebki - przed ołtarzem - nad mogiłą*, Lwów 1929; *Śmierć w obrzędach, zwyczajach i wierzeniach ludu polskiego*, Lwów 1930.

do minimum. Jako przykład może posłużyć leczenie ran – już ze wstępnych badań na ten temat wiadomo, iż stosowano blisko 150 roślin, z których Biegeleisen wymienił zaledwie 6. O ile prace lekarzy Mariana Udzieli i Juliana Talko-Hryncewicza można uznać za dzieła dość klarowne, dzieło Biegeleisena do takich nie należy.

W okresie I wojny światowej badania nad etnografią, a wraz z nią, nad lecznictwem ludowym podjął Kazimierz Moszyński, co zaowocowało obszernym rozdziałem w ukończonej w 1934 roku pierwszej części drugiego tomu *Kultury ludowej Słowian*⁷⁹. Autor wyraźnie dzieli praktyki medycyny ludowej na przesądne i racjonalne, zapewniając jednak, iż granica pomiędzy nimi jest „częstokroć bardzo płynna”⁸⁰.

Kazimierz Moszyński nie postrzegał medycyny ludowej, jako obszaru wyizolowanego, zauważając, iż w krajach słowiańskich „...krążą między chłopami rękopiśmienne i drukowane poradniki zielarskie. (...) Z tych to podręczników lud sporo się zapewne nauczył obcego: pożytecznego i błędnego. Nieco obcych wiadomości dostarczyć mu mogły nowszymi czasy pośrednio i bezpośrednio także kalendarze i inne druki. Jeszcze więcej pouczyła go ustna wiedza wędrowną, co, przez wszystkie tysiąclecia w nieprzerwanym trwając ruchu, przechodzi z ust do ust, od człowieka do człowieka i od siola do siola, ani dbając o granice języków czy państw”⁸¹.

⁷⁹ K. Moszyński, op. cit., s. 175-232.

⁸⁰ Ibidem, s. 210.

⁸¹ Ibidem, s. 220.

Jak z tego wynika, poglądy Moszyńskiego nie odbiegały w tym względzie od obserwacji Juliana Talko-Hryniewiczza, czy rozważań Henryka Biegeleisena, jednak po lekturze rozdziału, można uznać, że w odróżnieniu do swoich poprzedników, nie podchodził do medycyny ludowej z widocznym zainteresowaniem i sympatią. Swój stosunek do medycyny ludowej Kazimierz Moszyński zaakcentował w podsumowaniu rozdziału: *„Czyż nie uderza, że w sprawach zdrowia i pogody wielu inteligentów uznaje lub do niedawna uznawało autorytet ... owczarzy i im podobnym zawodowców, że nawet profesorzy uniwersytetów ogłaszają w ciągu ostatnich jeszcze dni medycynę ludową za »głęboką skarbnicę wiedzy lekarskiej«. Choć w gruncie rzeczy jest ona olbrzymim chaotycznym bric-à-brac’iem, wśród którego cenne rzeczy zajmują stosunkowo bardzo niewiele miejsca?»*⁸² – napisał.

Oprócz zaatakowania poglądów nieżyjącego już od wielu lat Władysława Niemiłowicza, podjął również atak na wybitnego farmakognostę, Jana Muszyńskiego, przeciwstawiając się stwierdzeniu, iż *„wszystkie ludy na kuli ziemskiej (...) nigdy jednak nie używają do leczenia roślin trujących”*. Sprzeciw wzbudziły również pozytywne opinie o lecnictwie ludowym zamieszczone w broszurze pióra Muszyńskiego⁸³. Zapewne Jan Muszyński miał na myśli używanie do leczenia roślin w dawkach trujących, niemniej jego adwersarz wymienił kilka stosowanych przez ludność wiejską roślin trujących⁸⁴, nazywając cykutę,

⁸² Ibidem, s. 232.

⁸³ Ibidem, s. 227, 229, za: J. Muszyński: *Zioła lecznicze i kuracje ziołowe*, Warszawa 1930, s. 3.

⁸⁴ Ibidem, s. 227-228.

nie wiadomo dlaczego, „najjadowitszą”. Na tej liście trucizn nie znalazł się jednak tojad, stosowany przez górali do wygubienia insektów. Od dawien dawna funkcjonujące powiedzenie – „*co jest trucizną a co nie, zależy od dawki*”, przypisywane Paracelsusowi, w sferach farmaceutycznych musiało stanowić przecież oczywistość.

Do większych opracowań medycyny ludowej Kazimierz Moszyński podchodził z uprzedzeniami. Praca Juliana Talko – Hryncewicza stanowiła dla niego jedynie „*zbiór wiadomości*”⁸⁵, *Lecznictwu ludu polskiego* Henryka Biegeleisena odmówił praw do miana pracy naukowej⁸⁶. Podobnie, jak Biegeleisen, Kazimierz Moszyński nie prześledził jednak dokładniej stosowanych w poszczególnych chorobach leków, podchodząc do nich wybiórczo⁸⁷, a skupiając się głównie na badaniach etymologicznych i na etiologii chorób. *Zielnik czarodziejski...* Rostafińskiego, to praca oparta na źródłach średniowiecznych⁸⁸ (!). Osąd Kazimierza Moszyńskiego o stosowaniu „sympatetycznych”⁸⁹ środków przez ludność wiejską w leczeniu żółtaczki, poprzez pobudzanie wydzielania żółci i dopatrywanie się korzyści z tego płynących⁹⁰, niezbiecie udowadnia, iż na medycynie nie znał się zbyt głęboko.

⁸⁵ Ibidem, s. 177.

⁸⁶ Ibidem. K. Moszyński zarzuca Biegeleisenowi bezkrytycyzm, niesystematyczność i nieścisłość, błędy w interpretacji, nazywając *Lecznictwo ludu polskiego* „zbiorem niedbale skleconych dziennikarskich felietonów”.

⁸⁷ Być może działało się tak ze względu na objętość rozdziału.

⁸⁸ Ibidem, s. 219.

⁸⁹ Ibidem, s. 213.

⁹⁰ Ibidem, s. 216. „Także, powiedzmy, zioła żółto kwitnące zawierają składniki, które pobudzają wydzielanie żółci, są lekiem efektywnym przeciw żółtacze itd.”

ko. Przypisywanie chłopom szczególnej wrażliwości na sugestię, to kolejna pomyłka.

Jak z tego wynika, nieprzejednana postawa cieszącego się dużym szacunkiem w środowiskach humanistycznych profesora Kazimierza Moszyńskiego wobec medycyny ludowej, którą potraktował jako bałaganiarską „rupieciarnię”, zwalczanie odmiennych opinii ze świata medycznego, zwłaszcza pochodzących od farmakognostów, zaowocowały w drugiej połowie XX wieku poszukiwaniem dowodów na to, iż się w swoich sądach mylił. Czy istotnie można przyjąć, iż podejście badaczy z tego okresu stanowi tylko i wyłącznie egzemplifikację mityzacji medycyny ludowej, czy też jest naturalną reakcją na pochopne sądy wygłaszane *ex cathedra*?

Podział schorzeń ludowych proponowany przez wszystkich autorów piszących o medycynie ludowej wydaje się jak najbardziej logicznym podejściem wynikającym z ówczesnej wiedzy medycznej autorów prac. Medycyna ludowa została potraktowana (z całym szacunkiem) w podobny sposób, jak medycyna naukowa – istniała konieczność wprowadzenia jakiegokolwiek klasyfikacji „ludowych” chorób, choćby najbardziej prymitywnej i nie zawsze szczęśliwej. Nawet „ludowa” segregacja chorób wprowadzona przez Juliana Talko - Hryniewiczza nie była do końca konsekwentna, co zauważył w recenzji już Marian Udziela. Tego typu problemy nie dotyczą jednak samego tylko leczenia ludowego, lecz również medycyny „naukowej”, gdzie nie sposób przyporządkować niektórych jednostek chorobowych do określonego układu, czy specjalności. W przypadku medycyny ludowej,

znacznie przecież uboższej w rozpoznania, wprowadzenie klasyfikacji jest mocno utrudnione. *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób* pióra Adama Palucha ujawnia niebagatelną skalę problemu.

Czy należy zatem zaprzestać prób klasyfikacji chorób i pogoni za „racjonalnym jądrem”?

Wypada zadać sobie jednak kolejne pytanie, czy faktycznie dojrzelismy już do nowego spojrzenia, tak w gruncie rzeczy rewolucyjnego, na zagadnienie etnomedycyny. Z perspektywy kilkunastu lat podejście Byrona Gooda, a za nim Danuty Penkali-Gawęckiej, chyba nie zostało w pełni zaakceptowane, aczkolwiek wydaje się spojrzeniem właściwym. Z punktu widzenia historyka medycyny taki ogląd problematyki etnomedycznej, jakie proponuje Good jest jak najbardziej zasadny, lecz wątpliwości budzą się w przypadku, gdy wyniki badań adresowane są nie tylko do etnografów, etnologów, antropologów kulturowych, socjologów a do szeroko pojmowanego środowiska medycznego.

Wielu przedstawicieli świata lekarskiego, czy farmaceutycznego interesuje się nie tylko historią swojego zawodu, lecz również etnomedycyną, czy etnofarmacją. Wpajany na studiach lekarzom schemat podejścia do dolegliwości pacjenta: „etiologia – diagnoza - terapia – skutki” i ewentualne powikłania, jest w tym wypadku trudny do pominięcia, dlatego też pogoń za „racjonalnym jądrem” trwa nadal i zapewne jeszcze długo się nie zakończy. Może należałoby zaczekać, aż przedstawiciele nauki zajmujący się farmakognozą, fitochemią i fitoterapią do końca wyłonią te jakoby nieliczne „*cenne rzeczy*”, które zda-

niem Kazimierza Moszyńskiego „*zajmują stosunkowo bardzo niewiele miejsca*”? Na razie, poszukiwania i badania „*cennych rzeczy*” zajęły im blisko sto lat, a na przykład takiej rośliny, jak kokoryczka do końca nie przebadano. Może należy zaczekać, aż koncepcje holistycznego oglądu człowieka na dobre zaistnieją w całej medycynie, a nie tylko zakiełkują, jak w psychiatrii, w której od dość już dawna istotną rolę w diagnozowaniu odgrywa logika pacjenta, a nie normy moralne lekarza?⁹¹

Podsumowując te rozważania, można wysnuć wniosek, iż od czasów Gołębiowskiego, do okresu II wojny światowej panowało wśród badaczy dość powszechne przekonanie, iż medycyna ludowa ma jednak charakter otwarty.

Co więcej, tak modne we współczesnej medycynie koncepcje holistyczne wskazują na to, iż lekarze również zaczęli w końcu dostrzegać, iż ważne jest leczenie człowieka, a nie jego chorych komórek, organu czy układu. Tę prawdę znała od dawien dawna medycyna ludowa. W medycynie ludowej postrzegano jednak człowieka jako jedność psychofizyczną, czego nie można było powiedzieć o medycy-

⁹¹ Z podobnym problemem metodologicznym, jaki nurtuje obecnie badaczy medycyny ludowej, zetknęła się znacznie wcześniej psychiatria. W tej specjalności należy opuścić świat własnych norm i miar. Wypracowanie nowego stosunku do zagadnień normy psychicznej i patologii, postawienie właściwej diagnozy zaczęło się w psychiatrii w czasach Philippe’a Pinela i rewolucji francuskiej. Jak można sądzić, procesy reformy nie zostały jeszcze zakończone, czego jaskrawym dowodem są kolejne wersje DSM wydawane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* po raz pierwszy wydano w 1952 roku, obecnie planuje się kolejną edycję DSM), czy wprowadzenie ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*) przez WHO, jak również mocno już przebrzmiały nurt antypsychiatryczny.

nie oficjalnej. Dla ludowych terapeutów istotny był skutek ich posunięć, a nie metody i środki prowadzące do osiągnięcia sukcesu, stąd tak troskliwie dbano o działanie skierowane również na sferę mentalną, zwłaszcza w sytuacjach bezradności terapeutycznej.

Poszukiwania przez badaczy „racjonalnego jądra” w medycynie ludowej rozpoczęto jeszcze w czasach oświeceniowych, romantyzm wzmógł zainteresowanie społeczne folklorystyką, lecz w medycynie ludowej przestano wówczas poszukiwać „racjonalnego jądra”, skupiając się na walce z „przesądami”, uznanymi za przesady *a priori*. W pozytywizmie zintensyfikowano działania oświaty zdrowotnej, lecz okazjonalnie powracano do poszukiwania racjonalności w działaniach terapeutów ludowych. Pojawiły się też pierwsze kompleksowe opracowania medycyny ludowej na ziemiach polskich. W dwudziestoleciu międzywojennym Kazimierz Moszyński dokonuje podziału na praktyki przesadne i racjonalne, jednocześnie nazywając medycynę ludową „rupieciarnią” i potępiając działania farmakognostów. Jak się wydaje, „poszukiwanie racjonalnego jądra” w medycynie ludowej przez badaczy XX wieku, podziały na metody i środki racjonalne i irracjonalne ocenić można jako próby pogodzenia stanowiska Kazimierza Moszyńskiego z wynikami badań nauk wchodzących w skład farmacji.

Praca zawiera 41 446 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

»ABY PIJAKOWI WÓDKĘ OBRZYDZIĆ...« - MEDYCyna LUDOWA A PIJAŃSTWO NA ZIEMIACH POLSKICH W XIX I XX STULECIU

Lilianna Wdowiak

Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
lwdowiak@sci.pum.edu.pl

*„Maciek zmarł, leży na desce,
A piłby jesce”¹.*

...

Dla każdego terapeuty ludowego najważniejszy był skutek jego poczynañ, a mniej liczyła się droga wiodąca do sukcesu. Nierzadko posługiwano się kłamstwem, podstępem, celowo wywoływano przerażenie, wstręt i obrzydzenie. Aby jednak uzyskać określone emocje, nieodzowna była znakomita znajomość psychiki osób poddawanych leczeniu. Trudno stwierdzić, od kiedy w medycynie ludowej pojawiły się metody, które obecnie określamy mianem „psychologicznych”. Zapewne bardzo dawno temu, lecz zaczęto o nich pisać dopiero w XIX. i XX. wieku. W wielu przypadkach okazywały się niezwykle skuteczne.

¹ H. Biegeleisen, *Śmierć w obrzędach, zwyczajach i wierzeniach ludu polskiego*, Warszawa [1930], s. 161.

W historii polskiej medycyny została już opracowana kwestia diagnozowania i leczenia choroby alkoholowej, zwanej ongiś pijaństwem². Rozpoznawanie pijaństwa jako choroby zapoczątkował Jakub Szymkiewicz dopiero w 1818 roku³. O skali zjawiska pisał m. in. Andrzej Fabianowski - np. w Galicji w końcu XIX wieku istniało 960 gorzelni i 900 kościołów, 4 tys. szkół i 35 tys. karczm⁴. Przedstawienie ludowych sposobów walki z pijaństwem, jak również przybliżenie wierzeń związanych z trunkami, ocena skuteczności metod nakłaniających do abstynencji, jak dotąd nie doczekały się osobnego opracowania, stąd też próba ich ukazania.

Okres zaborów pod którymi znalazły się ziemie polskie, to czas gdy nastąpiło rozpicie środowiska wiejskiego. Badania nad propinacją w dawnej Rzeczypospolitej, dowiodły, iż błędne były mniemania o dużym spożyciu przez chłopów alkoholu w okresie przedrozbiorowym⁵, przynajmniej w Wielkopolsce.

Sytuacja uległa dramatycznej zmianie w XIX wieku⁶. Oskar Kolberg opisując poszczególne regiony dawnego państwa polskiego, wie-

² J. Strojnowski, *Ewolucjonizm w psychiatrii XIX w.*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad historią medycyny” 1995, t. 2, z. 2, s. 51- 69; T. Nasierowski, *Historia uzależnień*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2007, t. 7, nr 3, s. 118–127.

³ J. Szymkiewicz, *Dzieło o pijaństwie*, Wilno 1818.

⁴ A. Fabianowski, *Karczmy i zajazdy. Literackie opisy przestrzeni wielokulturowej*, „Ars Inter Culturas” 2010, R. 1, nr 1, s. 151.

⁵ M. Szczepaniak, *Karczma, wieś, dwór. Rola propinacji na wsi wielkopolskiej od połowy XVII do schyłku XVIII*, Warszawa 1977, s. 147.

⁶ Z. Daszyńska-Golińska, *Badania nad alkoholizmem w Galicji zachodniej*, „Lud” 1902, t. 8, s. 62-77; J. Burszta, *Spółczesność i karczma. Propinacja, karczma i sprawa alkoholizmu w społeczeństwie polskim XIX w.*, Warszawa 1951; idem, *Wieś i karczma. Rola karczmy w życiu wsi pańszczyźnianej*, Warszawa 1950; idem, *Niewola karczmy*, Warszawa 1953; H. Rożenowa, *Produkcja wódki i sprawa pijaństwa w Królestwie Polskim 1815-1863*, Warszawa 1961.

lokrotnie zwracał uwagę na nadużywanie alkoholu na wsi. Za wstrzeżność chwalił jedynie Wielkopolan: „Przykład dobry z góry dawany (...) kazały włościaninowi od dawna już gardzić upajającym trunkiem, który go wyniszczał; więc w ogóle jest on dzisiaj trzeźwym, i co



Ryc. 1. Wojciech Grabowski (1850 – 1885) – „W karczmie przy stole”.

w ślad za tem idzie porządnym i ochędożnym”⁷. „Pijaństwo zmniejszyło się znakomicie od czasu zaprowadzenia bractw trzeźwości”⁸ – pisał Aleksander Petrow o mieszkańcach ziemi dobrzyńskiej, lecz wkrótce dodawał: „Bez wódki nie ma obiadu. Gospodarze z cze-

⁷ O. Kolberg, *Lud; jego zwyczaje, sposób życia, mowa, podania, przysłowia, obrzędy, gusta, zabawy, pieśni, muzyka i tańce. Wielkie Księstwo Poznańskie*, Ser.10, Cz.2, Kraków 1876, s. 30.

⁸ A. Petrow, *Lud ziemi Dobrzyńskiej, jego charakter, mowa, zwyczaje, obrzędy, pieśni, przysłowia, zagadki, itp.*, ZWAK 1878, t. 2, cz. 3, s. 13.

ladzią jedzą razem”⁹. Gorąco popierał wstrzemięźliwość ksiądz Feliks Gondek (1823-1892), autor często wznawianych książek pisanych z myślą „oświecenia” ludu. W wielokrotnie wydawanej pracy „Gorzałka źródłem wszelkich zbrodni wobec Boga i ludzi”¹⁰, już w samym tytule zawarł treść swojego przekazu. Post, asceza, abstynencja, zdaniem księdza proboszcza miały zapobiec upadkowi moralnemu. W wielu zakątkach ziem polskich na ręce księży, czy w bractwach trzeźwości chłopci składali przysięgi, że nie wezmą do ust wódki, lecz znajdowano powody, aby łamać przyrzeczenia. „Kartofle od tego czasu psuć się poczęły, odkąd zaczęto wprowadzać przysięgę od wódki. Ta przysięga spowodowała ich gnienie”¹¹ – twierdzili zainteresowani piciem trunków wysokowych. Chociaż duchowni włączyli się w szerzenie na wsi wstrzemięźliwości, zwolennik abstynencji Benedykt Dybowski winił duchowieństwo za pobłażliwość: „...włościanie katolicycy słuchać nie chcieli o abstynencji, bo księża rozgrzeszali ich od picia piwa i wina”¹² – pisał.

Do spożycia wysokoprocentowych trunków nie tylko przyczyniały się nowe, tańsze technologie (produkcja wódki z ziemniaków), lecz także polityka zaborców. Na przykład, w zaborze pruskim wyrób piwa obłożono znacznym podatkiem. Zawód piwowara i mielcuchy (słodownie) z tygodnia na tydzień przechodziły do historii. „Rozrzedzona

⁹ Ibidem, s. 14.

¹⁰ F. Gondek, *Gorzałka źródłem wszelkich zbrodni wobec Boga i ludzi*, Kraków 1864.

¹¹ B. Gustawicz, *Podania, przesady, gadki i nazwy ludowe w dziedzinie przyrody. (Część druga)*, ZWAK 1882, t. 6, cz. 3, s. 294.

¹² B. Dybowski, *Krótkie uwagi nad artykułem Dra Wł. Gumpłowicza: "Abstynencja a rewolucja w Królestwie polskim"*, „Przyszłość” 1905, R.1, nr 6, s. 3.

wodą okowita zaczęła miejsce piwa zajmować. Zalewano nią robaka bólu i przyzwyczajono się do niej”¹³ – skonstatował Wielkopolanin Filip Skoraczewski. „Na pewno bardzo wielu wieśniaków poszłoby w ślady wiejskich pijaków, gdyby nie kłopoty finansowe. Kto pije, wszystko straci - powiada przysłowie ludowe - a lud nasz jest na grosz bardzo chciwy i tracić go nie lubi. I ta cecha charakteru bardziej chroni go przed pijaństwem, niż kazania księży, lub nawoływania higienistów opowiadających o szkodliwości alkoholu, a nawet składanie przyrzeczeń czy ślubowań niepicia wódki. Najlepszym więc środkiem wstrzymującym lud od alkoholu są jego wysokie ceny”¹⁴ - pisał podolski lekarz Stanisław Spittal (1891-1964). Alkohol, zwłaszcza wysokoprocentowy, uważano w medycynie ludowej za panaceum zarówno w leczeniu dzieci, jak i dorosłych, toteż spożywano go nagminnie.

Picie wódki bardzo szybko zakorzeniło się w obyczajowości wiejskiej, nie tylko podczas załatwiania transakcji (tzw. mohorycz, litkup¹⁵), wesel, chrzcin, czy styp, ale nawet w dzień ścisłego postu, jakim była „wstępna środa”, czyli Popielec, dzień otwierający w kościele katolickim Wielki Post. Nie spożywano alkoholu jedynie w czasie Adwentu¹⁶.

¹³ F. Skoraczewski, *Materyały do historyi Miłostawia*, Poznań 1910, s. 176.

¹⁴ S. Spittal, *Lecznictwo ludowe w Założcach i okolicy. Materiały dotyczące sposobów leczenia, zielarstwa, wierzeń, zabobonów i znachorstwa*, „Rocznik Podolski” 1938, R. 1, s. 188.

¹⁵ K. W. Wójcicki, *Zarysy domowe*, t. 1, Warszawa 1842, s. 338, napisał: „żadna sprzedaż bez litkupu nie obejdzie się nigdy”.

¹⁶ O. Kolberg, *Tarnów – Rzeszów. Materyały etnograficzne*, MAAE 1910, t. 11, cz. 3, s. 137.



Ryc. 2. Jan Feliks Piwarski (1794–1859) – Karczma Ostatni Grosz

Na ziemi dobrzyńskiej kobiety, których mężowie spędzali wieczory w karczmach, czekały na odwet do dnia pokutnego - środy popielcowej. Jak pisał Aleksander Petrow: „W Popielec wiejskie kobiety zbierają się zwykle w biały dzień do karczmy. Każda zaopatrzona jest w pończochę, napełnioną popiołem, kilka zaś mają patelnie, w które, jeśli ktoś nowy do karczmy wchodzi, brzękają; jedna trzyma patyk w ręku. Przybysza, jeśli się na ich żądanie nie wykupi, t. j. nie każe im dać wódki, spotyka dość nieprzyjemna niespodzianka, gdyż baby jak wściekle biją go owymi pończochami, gdzie trafia, przy przeraźliwym dźwięku patelń; kilka silniejszych przewraca go na ziemię, albo ławę i zaczynają golenie patykiem (wiórem), które zwykle kończy się poka-

leczeniem brody”¹⁷. Zupełnie inne zwyczaje panowały w okolicach Kielc – tam ofiarą popielcowej pokuty i przemocy nie padali mężczyźni, lecz dziewczęta: „Wstępna środa po wsiach obchodzona. W ten dzień parobczaki przywiązywali ogromne kłocę do nóg dziewczuchom, następnie wśród okrzyków i śmiechów ciągniono je karczmy, aby się okupiły przez fundę wódki za to, że jeszcze nie powychodziły za mąż”¹⁸. O środzie popielcowej w Rzeszowskim Oskar Kolberg napisał: „...gospodarze, zwłaszcza młodzi, w karczmach ukryci, chwytają przechodniów, powrozami przywiązują do kłoca, na którym drwa rąbią, lub w jego braku do kołka wbitego w ścianie przy drzwiach, i przywiązanych doń trzymają tak długo, dopóki im się wódką nie wykupią”¹⁹.

Wódkę wkładano nawet do trumien. „Przed kilkudziesięciu laty był zwyczaj powszechny, iż stawiano w trumnie flaszkę z wódką, teraz jeno miejscami jest zachowany”²⁰ – pisał Kazimierz Wójcicki (1807-1879), który na Podlasiu, w okolicach Białej i Radzyna w roku 1826 oglądał wydobyte i otwarte trumny.

Jak się wydaje, niebezpieczeństwo grożące ze strony napojów wysokowych nie niepokoiło specjalnie mieszkańców wsi. „Sami jednak pijaństwa i kradzieży za wielkie przestępstwa nie uważają, bo to są grzechy będące u nich na porządku dziennym”²¹ – pisał u schyłku

¹⁷ A. Petrow, op. cit., s. 16.

¹⁸ W. Siarkowski, *Materyały do etnografii Ludu polskiego z okolic Kielc*, ZWAK 1878, t. 2, cz. 3, s. 224.

¹⁹ O. Kolberg, *Tarnów – Rzeszów ...*, s. 149.

²⁰ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 3, s. 333.

²¹ S. Polaczek, *Wieś Rudawa. Lud, jego zwyczaje, obyczaje, obrzędy, piosnki, powiastki i zagadki*, Warszawa 1892, s. 55.

XIX. w. wiejski nauczyciel, Stanisław Polaczek o mieszkańcach Rudawy położonej nieopodal Krakowa. „Wójt pijak, radni pijacy, więc i zwykły śmiertelnik, chociażby z początku wstręt czuł do wódki, rozpić się musi, boć ma tysięczne do tego sposobności”²². Być może osąd Stanisława Polaczka, iż pijaństwa nie uważano za wielkie przestępstwo należał do słusznych, niemniej na wsi odnotowano liczne próby jego zwalczania. Walkę o trzeźwość podejmowali przecież nie tylko księża, lekarze, działacze społeczni, ale również znachorzy i rodziny osób uzależnionych od alkoholu.

Przywabianie do picia, czyli rozpijanie i upijanie

„Nie przywabiaj pijaków i włóczęgów, nie pozwalaj, aby w noc trwały tańce, muzyki i pijatyki, a szczególnie nie dodawaj ziół i korzeni, które i zdrowiu szkodzą i do dalszego picia zapalają”²³ – przestrzegał chrześcijańskich szynkarzy znakomity kaznodzieja Karol Bołoz - Antoniewicz (1807-1852), którego książki wychodziły jeszcze przez wiele lat po przedwczesnej śmierci ich autora. Czym można było „przywabić” do karczmy pijaka?

Nie tylko muzyką, tańcami i dobrymi trunkami. Aby zdobyć klientów, uciekano się do sposobów magicznych. Właściciele szynków mieli zakopywać pod szynkwasem sznur wisielczy, za pomocą którego złodziej odebrał sobie życie. W mniemaniach ludowych środek ten uchodził za niezwykle skuteczny. Wierzono, iż nikt nie był w stanie

²² Ibidem.

²³ K. Antoniewicz, *Nauki i rady dla ludu polskiego*, Kraków 1890, s. 42.

minąć obojętnie takiej karczmy²⁴. Z braku właściwego sznura, nie używanego przez złodzieja, efekt był ponoć gorszy, lecz stosowano również inne wisielcze pętle. Innym sposobem było smarowanie ścian budynku gościńca wodą, w której moczono mrówki. Zabieg ten miał powodować, iż pijący przywiązywali się do karczmy, jak mrówki do mrowiska²⁵. Mieszkańcy wsi nadwiślańskich, którzy wcześniej nie pili, obawiać się mogli wrzucenia do kieliszka z wódką włosów z kołtuna: „Jeżeli zaś takiej wódki napije się człowiek, który nigdy nie pijał, to rozpije się i stanie się nałogowym pijakiem”²⁶ – podawał Seweryn Udziela. Natomiast na Podolu uznano, że nie tylko abstynent, lecz każdy człowiek spożywający wódkę stanie się pijakiem, gdy Żydzi dadzą do serwowanej wódki gorzałki, w której moczył się kołtun²⁷. Również Julian Talko-Hryncewicz zaobserwował, iż na Kresach wierzono, że pijaństwo można było „podłożyć”. W tym celu brano np. czepiec, kapelusz, chustkę należącą do upatrzonej ofiary i na trzy dni podkładano pod drzwi. Rzucony czar był tak silny, iż osoba, którą dotknęło nieszczęście, niezależnie od jej płci, zwykła upijać się do śmierci²⁸. Istniało przekonanie, iż karczmarze żydowscy nacierali swoje członki wódką, winem czy miodem, aby uchronić się od chorób, po czym zbierano spływający z ciała alkohol i dawano go do wypicia te-

²⁴ J. Talko-Hryncewicz, *Zarysy lecznictwa ludowego na Rusi południowej*, Kraków 1893, s. 265.

²⁵ Ibidem.

²⁶ S. Udziela, *Świat nadzmysłowy ludu krakowskiego mieszkającego na prawym brzegu Wisły. Część II*, „Wisła” 1900, t.14, z. 6, s. 723.

²⁷ S. Spittal, op. cit., s. 169.

²⁸ J. Talko-Hryncewicz, op. cit., s. 265.

mu, kogo chciano przywiązać do karczmy²⁹. „Kto ma złość do jakiej osoby i chce aby się ona rozpiła, to powinien iść na cmentarz, wziąć z trupiarni kości, wygotować w niepolewanym garnku, następnie wylać pod próg tego domu, gdzie nienawistna jemu osoba mieszka”³⁰ – opisywał panujące w okolicach Kielc wierzenia ksiądz Władysław Siarkowski.

Ludność wiejska przypisywała kaczym chrząstkom, bądź kaczym głowom w związku z wódką specjalne właściwości magiczne. „Aby pijakiem zrobić kogoś, wyciągają z gardziela kaczkę chrząstkę, pijakiem zwaną, spalają, trą i wypić dają ofierze swojej...”³¹ – odnotował Oskar Kolberg. „Ażeby kogoś zrobić pijakiem na całe życie, dają mu wypić kieliszek wódki, którą przelano przez krtań zabitej kaczki”³² – wierzano w Małopolsce. „Powiadają, że w celu rozpajania chłopów, aby zasmakowali w wódce, robią jej nastój na głowach kaczych”³³ – pisał Julian Talko-Hrynczewicz o wierzeniach w okolicach Kamieńca. W tym rejonie używano także wódki, w której moczyła się koszula zabrudzona krwią miesięczną. Tak zaprawiona wódka miała później zachęcać ród męski do picia, a napitki stawały się dla panów równie pociągające jak kobiety³⁴. Podobną skuteczność przypisywano podaniu

²⁹ Ibidem.

³⁰ W. Siarkowski, op. cit., s. 45.

³¹ O. Kolberg, *Tarnów – Rzeszów...*, s. 278.

³² S. Udziela, *Materyjały etnograficzne zebrane z miasta Ropczyc i okolicy*, ZWAK 1886, t. 10, cz. 3, s. 114.

³³ J. Talko-Hrynczewicz, op. cit., s. 265.

³⁴ Ibidem.

zlewek z 10. kieliszków wódki kandydatowi na stałego bywalca karczmy³⁵.

Istotnie, dolewano i dosypywano do trunków liczne ingrediencje, niekoniecznie roślinne. Wspomniane wcześniej uwagi księdza Karola Antoniewicza, by nie dodawać do napitków alkoholowych ziół i korzeni, znalazły potwierdzenie, iż tak właśnie czyniono. „Tendera, denderewo, tenderak lub bielun (*Datura stramonium*), silna trucizna (...). Używają do piwa i wódki, na przyprawę upajającą³⁶ – podawał znawca zwyczajów południowego Podlasia, ksiądz Adolf Pleszczyński. Julian Talko-Hryncewicz wspominał, iż imano się różnych innych sposobów, np. nastawiano wódkę na liściach „bakunu” (tytoniu), nakazując pić ją, zagryzając chrzanem³⁷. Jeszcze wcześniej używano także części naziemnych bagna zwyczajnego (*Ledum palustre* L.) czy korzeni perzu (*Elymus* sp.), o czym przestrzegano już w wieku XVIII. Oskar Kolberg pisał, iż karczmarze osobom, które nie chciały spożywać gorzałki, podsuwali „niby to wino”. W przypisie wyjaśniał, iż gorzałkę zaprawiano sokiem z jabłek i farbowano na czerwony kolor, bądź podawano zamiast czystego wina „jaką brzydką mieszaninę³⁸”.

Od Bałtyku po Tatry dostrzeżono oszałamiające właściwości kropli Hoffmana, które można było nabyć w aptekach. Stanowiły one wyciąg alkoholowo-eterowy z korzenia omanu (*Inula* sp.). Ksiądz Hieronim Gołębiowski pisał w roku 1883 o „winie rybackim”: „...popijają

³⁵ Ibidem.

³⁶ A. Pleszczyński, *Bojarzy Międzyrzeccy*, Warszawa 1892, s. 133.

³⁷ J. Talko-Hryncewicz, op. cit., s. 265.

³⁸ O. Kolberg, *Lud... Wielkie Księstwo Poznańskie*, s. 30.

też tak zwane wino rybackie z eteru, cukru, octu, itd. składające się, ale tylko głowy rybackie to wino znieść mogą. Ja na początku, nie znając tego rodzaju wina, wypilem raz dwa kieliszki, ale przez dwa dni czułem najokropniejszy ból głowy”³⁹. „Anodynne, hanodyna, krople krzeszące do picia”⁴⁰, czy „białe krople” – tak nazywano krople Hoffmana w Małopolsce. Szymon Gonet napisał, iż „dawnymi czasy” tego środka „... używano w wielkich ilościach, a ten, który przysięgał od picia wódki, upijał się białymi kroplami...”⁴¹.

Zapobieganie

Usiłowano zapobiegać alkoholizmowi zawczasu. „Dziecięciu zaraz po urodzeniu nacierają jamę ustną kawałkiem jabłka kwaśnego, aby nie było w przyszłości pijakiem”⁴² - pisał Franciszek Wereńko o mieszkańcach podlepelskich wsi w pobliżu Witebska na Białorusi. Taka zapobiegliwość niekiedy kończyła się katastrofalnie. Na Podlasiu „baby” pomagające przy porodzie podawały noworodkom „kilka kropli” krupniku⁴³ do buzi. „Bywają tu często z tego powodu zapalenia śmier-

³⁹ J. Tuwim, *Polski słownik pijacki*, Warszawa 2008, s. 88, cyt. za: H. Gołębiowski, *Obrazki rybackie z półwyspu Helu*, Pelplin 1926.

⁴⁰ Pobratymiec, *Środki lecznicze i ich nazwy aptekarskie u ludu (z powiatu myślenickiego)*, „Lud” 1899, R. 5, z. 2, s. 164.

⁴¹ S. Gonet, *Środki lecznicze używane przez lud wiejski w okolicach Bolechowa w powiecie doliński*, „Lud” 1904, t.10, z. 3, s. 334.

⁴² F. Wereńko, *Przyczynek do leczenia ludowego*, MAAE 1896, t. 1, cz. II., s. 208.

⁴³ Gorąca wódka, zmieszana z miodem i masłem, doprawiona korzeniami.

telne, ale to innym powodom przypisują⁴⁴ – napisał Kazimierz Wójcicki. Podobnie postępowano na Podolu jeszcze sto lat później⁴⁵.

„Nie prowadź dziecka do karczmy, aby się nie przysłuchiwało i nie przypatrywało niegodziwościami, które się tam zwykle dzieją”⁴⁶ – przestrzegał w połowie XIX. stulecia ksiądz Karol Antoniewicz. Lecz „włoszanie” i tak niezbyt chętnie zabierali do karczmy swoje nieletnie potomstwo, w obawie by ktoś dzieci nie zauroczył.

„Kto nie chce być pijanym powinien przed pić wódki zażyć z wodą trochu nasion pietruszki sproszkowanych” – wierzone niedaleko Połocka⁴⁷. Na Rzeszowszczyźnie pilnie przestrzegano, aby nie zaszkodzić pijącemu, w nieodpowiedni sposób podając wódkę. Z informacji zasięgniętych od mieszkańców Woli Zgłobieńskiej wynikało, iż nie wolno było przekazywać kieliszka posługując się lewą ręką, bo sprowadzało to chorobę na pijącego, jak również „z tego powodu nie należy dolewać do tego, co który z pijących zostawił w kieliszku lub w szklance”, a po spożyciu z kieliszka trunku, trzeba było odwrócić naczynie dnem do góry „...aby wytrząść z niego wszystek napój, gdyż nawet tak mała pozostałość zwykła sprowadzać złe następstwa”⁴⁸. Reasumując – aby się nie rozchorować, należało pić do dna. Zwyczaj wylewania na ziemię niedopitej wódki istniał również na Podolu. „Aby głowa nie bolała, każdy pijący alkohol wytrząsa na ziemię parę pozo-

⁴⁴ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 3, s. 332.

⁴⁵ S. Spittal, *Lecznictwo ludowe w Załóżcach i okolicy. Materiały dotyczące sposobów leczenia, zielarstwa, wierzeń, zabobonów i znachorstwa*, „Rocznik Podolski 1938, R. 1, s. 107.

⁴⁶ K. Antoniewicz, op. cit., s. 20.

⁴⁷ F. Wereńko, op. cit., s. 208.

⁴⁸ A. Saloni, *Lud rzeszowski. Materiały etnograficzne*, MAAE 1908, t. 10, cz.2, s. 135.

stałych na dnie kieliszka kropel robiąc jakby ofiarę z tego rzadkiego przysmaku niewidzialnemu demonowi ziemi⁴⁹ – napisał Stanisław Spittal.

Szczególnie obawiano się „zapalenia wódki” w trzewiach, co jakoby miało się przydarzać osobom ponad miarę pijanym. Objawiało się to „dymem” idącym z gardła a nawet płomieniami, a wówczas powszechnie, zarówno na Kresach, jak i na Kujawach mniemano, że „najlepiej łać pijakowi do ust mocz ludzki świeży”⁵⁰. W okolicach Dobrzynia kobietom wlewano mocz męski, mężczyznom - kobiecy⁵¹. „Ojciec” polskiej etnomedycyny, lekarz Marian Udziela napisał wprost: „Gdy wódka się »zapali« w pijaku, »szczą« mu do ust”⁵², nie precyzując jednak płci osób od których pochodziło wspomniane remedium. „Jeśli pijak wypije za wiele wódki, to wtedy łatwo może się ona w nim zapalić. Wieśniacy widzieli już nieraz, jak z ust zapitego i leżącego bez przytomności buchały płomienie palącej się wódki. Ja zaś osobiście będąc uczniem trzeciej klasy gimnazjalnej widziałem tylko sposób ratowania pijaka, w którym się rzekomo wódka zapaliła” – relacjonował Stanisław Spittal. „Gromada wieśniaków otaczała go kładąc na wznak. Pijany cały siny rzużył, dławił się śliną i wymiocinami, a z ust otwartych szeroko rzekomo biły płomienie, których jakoś nie mogłem zobaczyć. Z pomocą pospieszyła pijanemu starsza baba, która przykucnąwszy nad jego pierśmi oddała mocz wprost do ust leżącego.

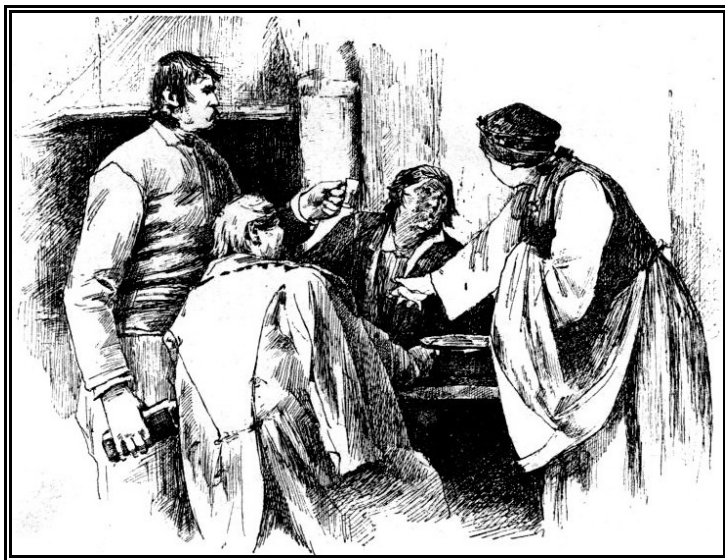
⁴⁹ S. Spittal, op. cit., s. 144.

⁵⁰ F. Wereńko, op. cit., s. 208; J. Talko-Hryncewicz, op. cit., s. 266.

⁵¹ A. Petrow, op. cit., s. 140.

⁵² M. Udziela, *Przyczynki do medycyny ludowej*, „Lud” 1905, R. 11, s. 397.

Oddanie moczu przez osobnika płci drugiej jest jedynym ratunkiem przy tego rodzaju cierpieniach. Im więcej moczu, tym lepiej. Wywołuje on wymioty uratowanego, a poza tym rzekomo ma obrzydzić mu dalsze picie”⁵³.



Ryc. 3. Ilustracja nieznanego autora do książki Elizy Orzeszkowej „Pan Kaprowski”, Warszawa 1905.

Ludowe koncepcje leczenia pijaków

„Zdarzają się niekiedy znachory i znachorki specjalnie leczące pijaństwo, sposoby swoje trzymają jednakże w głębokiej tajemnicy”⁵⁴ – pisał Julian Talko-Hryniewicz, który przez siedem lat prowadził

⁵³ S. Spittal, 187-188.

⁵⁴ J. Talko-Hryniewicz, op. cit., s. 265.

praktykę lekarską w ukraińskiej Żwinogródcie. Jak się wydaje, to spostrzeżenie można rozciągnąć na resztę dawnych ziem polskich, jednakże zanim poproszono wiejskich specjalistów od zaniechania picia gorzałki o pomoc, zniechęcanie raczej odbywało się domowymi sposobami.

W myśl zasady „podobne leczy podobne”, pierwszoplanowy lek w ludowej terapii odwykowej stanowiła odpowiednio doprawiona wódka, do której wkładano lub dolewano rzeczy budzące obrzydzenie, jak też środki roślinne, odzwierzęce, czy minerałopochodne. Znacznie rzadziej sięgano po specyfiki nie zawierające wódki. Dotyczyło to głównie środków odzwierzęcych. Klasyczny podział specyfików na środki proste i złożone, bądź roślinne, odzwierzęce, mineralne i minerałopochodne, czy magiczne, w przypadku leczenia uzależnienia od alkoholu nie oddaje jednak istoty rzeczy. Najsilniejsze działanie przypisywano remediom, które miały kontakt z trupem, lub pochodziły od niego, bądź związane były w jakikolwiek sposób ze śmiercią. Poglądy te funkcjonowały na terenie wszystkich dawnych ziem polskich – zarówno na Mazowszu, jak i na Kresach. Większość stosowanych środków można uznać za nekropochodne, lista remediów nienekropochodnych prezentuje się skromnie w porównaniu z grupą pierwszą.

Środki nekropochodne

Picie alkoholu przez osobę uzależnioną należało radykalnie przerwać. „Śmierć zaś pozostaje najgorszym z wszystkich przerwień dlatego, gdyż pozostawia po sobie poniżającego i odrażającego trupa

– symbol nieobecności; nieboszczyk to ktoś, kogo nie ma, a zarazem zapowiedź rychłego rozkładu⁵⁵ – napisał Louis-Vincent Thomas w głośnej w 80. latach XX wieku książce „Trup”. „Poniżający i odrażający trup”, jego proces gnicia i powolne „obracanie się w proch”, stanowił w europejskim kręgu kulturowym także symbol nieodwracalności. Śmierć budziła zgrozę i przerażenie, ale i wstręt. Śmierć zabierała kogoś ostatecznie, jej wyroki były na ogół nieodwołalne i niepodważalne, chyba że zdarzył się cud. Nie tylko zwłoki powszechnie budziły ogromny lęk i obrzydzenie, lecz także wszystko to, co się z ciałem już zmarłej osoby stykało. Na Litwie grabarzy uważano za czarowników⁵⁶, którzy mogli zaszkodzić przeciętnym ludziom, grabarzy obawiano się również w innych rejonach dawnej Polski. Przy zwłokach na terenie wszystkich dawnych ziem polskich czuwano, modląc się za zmarłego. Pierwszą czynnością było zamknięcie nieboszczykowi oczu, by jego wzrok nie pociągnął za sobą żywych⁵⁷. Trupa, po jego umyciu, w śmiertelnej koszuli, umieszczano w zbijanej naprędce trumnie, wkładano tam poduszkę wypełnioną zazwyczaj wiórami pozostałymi po heblowaniu desek do trumny, różańce, krzyżyki, święte obrazki, modlitewniki, a czasem inne przedmioty. Odpowiednio też postępowano, gdy zwłoki opuszczały domostwo. Na przykład na Podlasiu zabita już trumnę wynoszono nogami do przodu, a w progu domu przy-

⁵⁵ L. V. Thomas, *Trup. Od biologii do antropologii*, tłum. K. Kocjan, Łódź 1991, s. 5.

⁵⁶ L. Jucewicz, *Litwa pod względem starożytnych zabytków, obyczajów i zwyczajów skreślona przez Ludwika z Poklewia*, Wilno 1846, s. 147.

⁵⁷ Ibidem, s. 145.

stawano i trzykrotnie uderzano nią o próg⁵⁸. Lecz jeszcze w pierwszej połowie XIX wieku stukano trumną „...w każdy próg domu na znak pożegnania zmarłego z tą chatą”⁵⁹. Postępowanie ze zwłokami zarówno na wsi, jak i w mieście wyznaczał określony rytuał, z którego rezygnowano jedynie z powodu kataklizmu. Poza określonymi czynnościami, zwłoki były niedotykalne.

W przypadku leczenia alkoholizmu, zwanego onegdaj pijaństwem, na wsi na terenach dawnych ziem polskich, można zaobserwować pogwałcenie tabu niedotykalności trupa, nieprzestrzeganie rytuału. Dystans pomiędzy żywymi i martwymi zmieniał swój wymiar, wrażliwość żywych ulegała stłumieniu, przytępieniu. Na trupa spoglądano nie tylko z perspektywy nieodwracalnej śmierci, ale również oczekiwano od niego pomocy, pomimo ogromnego lęku, jaki towarzyszył kontaktom ze zmarłym. Być może uważano, iż wyleczenie pijaka z nałogu stanowi wartość nadrzędną, niż sprowokowanie złości zmarłego poprzez zakłócanie jego spokoju. Powszechnie panowało przekonanie, iż „nieboszczyk obrażony zsyła nieszczęście i musi być prześlągany”⁶⁰.

Z różnych rejonów dawnej Polski pochodzą doniesienia o leczeniu pijaństwa poprzez wrzucanie do wódki monet, które miały kontakt z trupem. „Chcąc bowiem pijakowi obrzydzić wódkę, kładą umarłemu przez noc pieniąż pod język a wyjąwszy go, wrzucają do wódki

⁵⁸ Obserwacje własne ze wsi Biała pod Radzyniem Podlaskim z roku 1999.

⁵⁹ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 3, s. 334.

⁶⁰ H. Biegeleisen, op. cit., s. 70.

i tę dają pić pijakowi”⁶¹ - wierzono w okolicach Kołomyi i na Podolu⁶² „Wkładają do ust nieboszczykowi monetę srebrną 10 kopiejkową i trzymają całą dobę, następnie wyjmują i wrzucają do butelki z wódką⁶³ - pisał Julian Talko-Hryncewicz o mieszkańcach guberni kijowskiej. Innym sposobem tam używanym było podłożenie pod krzyże zmarłego monety, a po wyniesieniu zwłok z domu, wrzucenie jej do butelki z wódką⁶⁴. Na Litwie uważano, że uchronić może od pijaństwa pieniążek, który znalazł się w dłoni osoby, z której uchodziło życie. „Gdy człowiek jaki kona, trzeba mu włożyć do ręki grosz i zacisnąć dłoń, aby tak zastygła. Ten grosz wrzuca się do wódki, którą po trochu trzeba dawać pijakowi”⁶⁵. „Chcąc pijaka oduczyć od wódki, trzeba konającemu człowiekowi włożyć do ręki grosz i zamknąć mu dłoń, aby tak zamarł; później tę monetę namoczyć w wódce i dać ją do wypicia, a pić więcej nie będzie”⁶⁶ – podawał również Oskar Kolberg.

Magiczną moc przypisywano również pieniądзом, które chociaż nie miały bezpośredniego kontaktu ze zwłokami, jednak znalazły się na terenie przynależnym zmarłym: „Aby pijakowi wódkę obrzydzić”, potrzeba było na dziewięć dni zanurzyć w wodzie szeląg, zagubiony

⁶¹ J. Schnaider, *Lud peczenizyński. Szkic etnograficzny (ciąg dalszy)*, „Lud” 1907, t. 13, s. 115.

⁶² S. Spittal, op. cit., s. 189.

⁶³ J. Talko-Hryncewicz, op. cit., s. 266.

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ W. Szukiewicz, *Wierzenia i praktyki ludowe (zabobony, przesady, wróżby i t. d.) zebrane w gubernji Wileńskiej (dokończenie)*, „Wiśła” 1903, t. 17, z. 4, s. 440.

⁶⁶ O. Kolberg, *Litwa*, [w:] *Dzieła wszystkie*, t. 53, Wrocław - Poznań 1966, s. 411.

niegdyś na terenie cmentarza, następnie wodę dolać do wódki⁶⁷ – wierzo na terenach Beskidu Niskiego.

W znacznie bardziej drastyczne metody leczenia pokładano wiarę na Białorusi. „Aby wódka pijakowi obrzydła na zawsze dodać do niej »ropy«, z ust zmarłemu płynącej, gdy zacznie się rozkładać”⁶⁸. W położonych na pograniczu Kotliny Sandomierskiej Ropczycach uważano zapewne, iż cel uświęca środki i wlewano alkohol zmarłemu do ust: „Ażeby pijaka powstrzymać od pijaństwa, trzeba umarłemu nałożyć wódki w usta, wódką tą usta mu popłukać, a potem domięszać ją do tej, którą ma wypić pijak. Od tego czasu obrzydnie mu już wódka na zawsze”⁶⁹.

W okolicach Kielc panowało przekonanie, iż aby pijakowi wódka obmierzła, trzeba podać mu trunek zmieszany z wodą, w której obmywało się twarz trupa⁷⁰. Z kolei inne zalecenie, pochodzące z okolic Łowicza dotyczyło „gałgana”, którym myto twarz zmarłego. Szmataę po spaleniu i sproszkowaniu aplikowano pijakowi w wódcę⁷¹. Na Podolu wierzo, iż: „Aby odzwyczaić pijaka od wódki, dają mu także do picia wodę, którą obmyto zmarłego (...), bo to obrzydzi mu ją raz na zawsze”⁷². „Widocznie nasz lud wierzył, że w (...) szmatce tkwi coś z du-

⁶⁷ B. Gustawicz, *O ludzie Podduklańskim w ogólności, a Iwoniczanach w szczególności*, „Lud” 1900, t. 6, z. 1, s. 63.

⁶⁸ F. Wereńko, op. cit., s. 208.

⁶⁹ S. Udziela, *Materyjały etnograficzne zebrane z miasta Ropczyc i okolicy*, ZWAK 1886, t. 10, cz. 3, s. 96.

⁷⁰ W. Siarkowski, op. cit., s. 48.

⁷¹ M. Wawrzeniecki, *Wieś Mysłaków. Notaty ludoznawcze*, MAAE 1907, t. 9, cz.2, s. 236.

⁷² S. Spittal, op. cit., s. 189.

szy nieboszczyka⁷³ - skomentował takie działania Henryk Biegeleisen.

Do środków nekropochodnych można byłoby zaliczyć również te, które pochodziły od zwierząt wieszczących śmierć. Anna Zadrożyńska pisała, iż „Wieszczące ptaki należą najczęściej do gatunku nocnych drapieżników, które człowiek rzadko widuje”⁷⁴, jednak nie do końca można uznać te racje, zważywszy, „iż stada wron i kruków znały napad tatarski”⁷⁵. W podhalańskim Cichem panowało przekonanie, iż „kiedy gawron kracze, siedząc na domu, ktoś z tego domu umrze”⁷⁶. Na Litwie do oznak zbliżającej się śmierci należał dzięcioł wkuwający się w drewnianą ścianę chałupy⁷⁷, „śpiewająca” kura, która weszła do domu, czy pies, który wyjąc spoglądał w kierunku domostwa⁷⁸. Wyjąłym psom na terenie wszystkich dawnych ziem polskich przypisywano zdolność widzenia nadchodzącej śmierci, czy ducha⁷⁹. Ludwik Jucewicz opisujący przekonania ludowe związane ze zwierzętami, kreta nie łączył ze śmiercią⁸⁰, lecz współcześni badacze litewskich wierzeń dowodzą, iż tam również uznawano kreta za zwierzę

⁷³ H. Biegeleisen, op. cit., s. 281.

⁷⁴ A. Zadrożyńska, *Rys etnograficzny ziemi białkopodlaskiej. Prace nad etnograficzną monografią wsi Choroszczynka*, [w:] T. Wasilewski, T. Krawczak (red.), *Z nieznaney przeszłości Białej i Podlasia*, Biała Podlaska 1990, s. 259.

⁷⁵ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 1, s. 348.

⁷⁶ R. Zawiliński, *Przesady i zabobony z ust ludu w różnych okolicach zebrane*, ZWAK 1892, t. 16, cz. 2, s. 260.

⁷⁷ L. Jucewicz, op. cit., s. 145.

⁷⁸ Ibidem, s. 151.

⁷⁹ H. Biegeleisen, op. cit., s. 9-10.

⁸⁰ L. Jucewicz, op. cit., s. 80.

wieszczące⁸¹. Kretowiska w pobliżu domu lub na grobie kogoś z rodziny zwiastowały nadchodzącą śmierć w wielu rejonach dawnej Polski. Twierdzono, widząc kretowisko pod oknem chorego, iż kret „sypie mogiłę”⁸². Zapewne stąd na Białorusi radzono, by: „Z kretowiska świeżego, w chwili gdy je kret jeszcze toczy, wziąć trochę ziemi i wsypawszy ją do wódki, podać pijakowi, poczem nastąpią wymioty i pijak wódki już więcej i do ust nie weźmie, gdyż odtąd będzie wywoływała wymioty i inne dolegliwości”⁸³.

Opisywane przez Franciszka Wereńkę środki odzwierzęce używane na Białorusi w leczeniu uzależnienia od alkoholu obejmowały także wódkę z takimi dodatkami, jak: wysuszone, sproszkowane łożysko kota, czy koński pot. Serwowano także z wódką serce jaskółcze, albo zalecano „pić odwar z jaskółek ususzonych wraz pierzem, poczem wódka ma szkodzić pijakowi”⁸⁴. O ile stosowanie łożyska z kota można jeszcze wyjaśnić tym, iż „...kot bury był symbolem starych czarownic”⁸⁵, a te często mogły sprowadzać śmierć, a końskiego potu tym, że w niektórych okolicznościach zachowanie konia interpretowano jako ostrzeżenie przed śmiercią⁸⁶, trudniej wyjaśnić związek jaskółek ze umieraniem. Jedna z legend litewskich mówiła o tym, iż złośliwa, plotkująca królowa, która kłamstwami spowodowała śmierć samo-

⁸¹ Z. Sawicka, Ł. Gos, *Śmierć i pogrzeb w tradycji ludowej*, „Magazyn Wileński” 2009, nr 11, wersja cyfr.: www.magwil.lt – dostęp 29.01.2013.

⁸² H. Biegeleisen, op. cit., s.

⁸³ F. Wereńko, op. cit., s. 208.

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ A. Jucewicz, op. cit., s. 121.

⁸⁶ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 1, s. 348; H. Biegeleisen, op. cit., s. 11.

bójczą swoich braci, została ukarana przemianieniem w jaskółkę – „aby przez całe życie była zwiastunem wieści”⁸⁷. Ale, jak twierdził Kazimierz Wójcicki, jaskółka (łastiwka) należała do ulubionych ptaków Słowian⁸⁸ (jak również Litwinów). Napisał, iż: „Są wedle wyobrażenia ludu w Polsce i na Rusi ptaki złej i dobrej doli”⁸⁹. Na fatalną opinię miały zasługiwać wśród ptaków „złej doli” m. in. kruki, gawrony, wrony i kawki⁹⁰, jak też sowy⁹¹. Wójcicki nie był jednak konsekwentny, zaliczał srokę do dwóch kategorii naraz, podobnie rzecz się miała z kukułką (zazulą), której „ulecenie z domowej zagrody” miało zwiastować „śmierć lubej małżonki”⁹². Henryk Biegeleisen pośród ptaków wieszczących śmierć na terenie Małopolski i Wielkopolski, oprócz sów, kawek i wron umieścił kruki. „Jest kruk ptakiem demonicznym, zostającym w związku z nieczystą i złowrogą siłą” - pisał⁹³. Podobnie, jak Ludwik Jucewicz na Litwie, również nad Wisłą i Wartą dostrzegł wierzenia związane z zachowaniem się kur: „...poczytują pianie kury za znak, że ktoś w domu umrze”⁹⁴. Na ziemi dobrzyńskiej mszczono się na takich złowróżebnych kwokach, pozbawiając je życia⁹⁵, jednakże w okolicach Pińczowa i Kielc piejące kury nie zawsze zabijano, po przestając na ucięciu im ogona, lecz o tym, co należało uczynić, de-

⁸⁷ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 1, s. 65-66.

⁸⁸ Ibidem, t. 2, s. 168.

⁸⁹ Ibidem, s. 64.

⁹⁰ Ibidem, s. 171.

⁹¹ Ibidem, s. 181.

⁹² Ibidem, t. 1, s. 349.

⁹³ H. Biegeleisen, op. cit., s. 14-15.

⁹⁴ Ibidem, s. 15.

⁹⁵ A. Petrow, op. cit., s. 132.

cydowała wróżba⁹⁶. Piejący drób rodzaju żeńskiego tracił życie również na Podlasiu i Ukrainie⁹⁷. Dlaczego kury piał? Na Podhalu wierzono, iż zachowywały się tak, gdy w czasie Wielkanocy zjadły coś święconego⁹⁸.

Najgorszą reputację z ptaków zyskały różne gatunki sów. Za niezawodną zapowiedź nadchodzącej śmierci na całym obszarze dawnych ziem polskich uważano pohukiwanie sowy, choć niekiedy zawołanie „pućkarza” zwiastowało narodziny dziecka⁹⁹. Na ziemi dobrzyńskiej po dźwiękach wydawanych przez sowę orientowano się, czy przepowiada ona zgon, czy też narodziny. Skoro wołała „pójdź”, nadchodziła śmierć, „idź” oznaczało, iż wkrótce będzie potrzebna kołyska¹⁰⁰. Kazimierz Wójcicki twierdził, iż wieśniacy słysząc głos pućkacza dochodzący z dachu, byli pewni „... że w tém domostwie do roku ktoś umrze” i przytaczał przysłowie: „Sowa na dachu kwili, umrzeć komuś po chwili”¹⁰¹. W okolicach Krakowa twierdzono, iż „pójdźka” woła: „Pójdź, pójdź, na plebańską gródź”¹⁰². Upatrywano

⁹⁶ W. Siarkowski, op. cit., s. 28.

⁹⁷ E. Rulikowski, *Zapiski etnograficzne z Ukrainy*, ZWAK 1878, t. 2, cz. 3, s. 99.

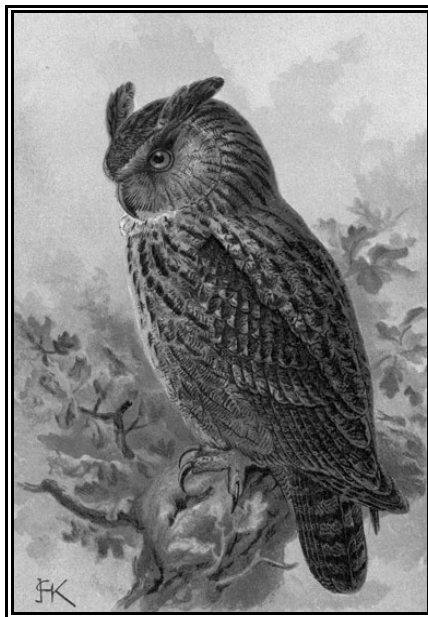
⁹⁸ E. Janota, *Lud i jego zwyczaje*, Przewodnik Naukowy i Literacki. Dodatek do "Gazety Lwowskiej" 1878, R.6, nr 5, s. 456.

⁹⁹ A. Zadrożyńska, op. cit., s. 253; F. Wereńko, op. cit., s. 103.

¹⁰⁰ A. Petrow, op. cit., s. 132.

¹⁰¹ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 3, s. 182.

¹⁰² H. Biegeleisen, op. cit., s. 12. „Plebańską grodzią” nazywano cmentarz, na ogół usytuowany w pobliżu kościoła i plebanii.



Ryc. 4. Franz Eugen Köhler (1805–1872) - „Puchacz” – litografia

w sowach przemienionego diabła, posłańca śmierci¹⁰³, czy wcielonych w ptaka dusz najbliższych zmarłych¹⁰⁴. „Tamten świat” miał dawać sygnał „światu żywych” o nadchodzących zmianach.

Jak się wydaje, w leczeniu pijaków te poglądy przekładały się na podawanie środków pochodzących od sowy. I tak nieopodal Mińska, w okolicach Berezyny był to „mózg z żywej sowy wydobyty”, w Połockim zaś potrawy przyrządzone z sowych jaj¹⁰⁵. „Od pijaństwa:

¹⁰³ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 3, s. 182.

¹⁰⁴ A. Zadrożyńska, op. cit., s. 259.

¹⁰⁵ F. Wereńko, op. cit., s. 208.

daje się mózg sowi rozmieszany z wodą”¹⁰⁶ – pisał o mieszkańcach wsi litewskich Wandalin Szukiewicz. „Aby pijak porzucił swój obrzydliwy nałóg, dają mu mózg sowy z wódką pomieszany”¹⁰⁷ – podawał Oskar Kolberg. Mózg sowy zmieszany ze starym sadłem ordynowano na Litwie także w leczeniu strupów na głowie¹⁰⁸. Interesującym jest, że chociaż „piejące” kury uważane były za zwiastuna nieszczęść, nie używano ich do leczenia pijaków, jak też nie używano innych wieszających śmierć ptaków, poza sowami.

Również stosowanie z wódką niektórych środków roślinnych, można wyjaśnić ich powiązaniami ze światem zmarłych. Na Kresach aplikowano nadużywającym alkohol zaledwie cztery rośliny, przede wszystkim wódkę nalaną „na jagody bluszczu” (*Hedera* sp.)¹⁰⁹. Julian Talko-Hryniewicz, który o tym pisał, miał zapewne na myśli podobne do jagód czarne pestkowce, dojrzewające w roku następnym po przekwitnięciu kwiatów. Innym sposobem przeciwdziałania alkoholizmowi było picie nalewki na korzeniu ciemężycy (*Veratrum* sp.)¹¹⁰, a tę niezwykle toksyczną roślinę łatwo było przedawkować, co prowadziło do zgonu. Bluszcz pośrednio miał związek ze śmiercią, bowiem roślina ta często występowała na cmentarzach. Ostatnie remedium składało się z równych części cebryku¹¹¹ oraz piołunu. Zioła te zanurzano w wódce i na 10 dni wkładano do ciepłego pieca, a potem zalecano picie na-

¹⁰⁶ W. Szukiewicz, op. cit., s. 440.

¹⁰⁷ O. Kolberg, *Litwa...*, op. cit., s. 411.

¹⁰⁸ L. Jucewicz, op. cit., s. 326.

¹⁰⁹ J. Talko-Hryniewicz, op. cit., s. 266.

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ „Cebrykiem” nazywano macierzankę (*Thymus* sp.).

lewki po jednym kieliszku dziennie¹¹². Początkowo autorka pracy zakwalifikowała piołun i macierzankę do środków nie mających związku ze śmiercią, jednakże okazało się, iż na Podlasiu święcony piołun wkładano zmarłym do trumny¹¹³, miało to miejsce także na Rusi, gdzie zioła święcono w dniu Makoweja. Do trumien wkładano tam bylicę piołun oraz inne gatunki bylicy¹¹⁴.

Środki nienekropochodne

Działanie magiczno-lecznicze przypisywano również środkom nie mającym prawdopodobnie związku ze śmiercią, lecz nie można wykluczyć, iż dalsze poszukiwania w niektórych przypadkach takie powiązania ujawnią.

Z roślin w leczeniu pijaków miały być pomocne owocniki purchawek (*Lycoperdon* sp.), które na Litwie zanurzano w mieszaninie wódki z mlekiem zsiadłym¹¹⁵ i podawano miłośnikom trunków. Kolejny roślinny środek można uznać za mocno przypadkowy: była to trawa noszona przez żuki. Alkoholowy nastój na owej trawie zapobiegał pićciu alkoholu zaledwie na jeden rok¹¹⁶.

Od ludzi i zwierząt pochodziła kolejna grupa remediów mających na celu „zbrzydzenie” picia. Nadużywaniu alkoholu miało zapobiegać krowie łajno, zmieszane z wódką i otrębami. Na Rusi pijakom

¹¹² J. Talko-Hrynciewicz, op. cit., s. 266.

¹¹³ K. W. Wójcicki, op. cit., t. 3, s. 333.

¹¹⁴ B. Gustawicz, op. cit., s. 227.

¹¹⁵ W. Szukiewicz, op. cit., s. 440.

¹¹⁶ Ibidem.

ordynowano picie mleka od czarnej świni. Niestety, pomimo poszukiwań, nie udało się ustalić, dlaczego właśnie czarna świnia miała być pomocna w leczeniu uzależnienia. Skądinąd panowało przekonanie, że dusze pokutujące występowały „w postaci czarnych zwierząt”¹¹⁷ i być może uznawano czarną świnie i mleko od niej za środek pochodzący od pokutującej duszy¹¹⁸. Innym odzwierzęcym specyfikiem, zalecanym bez wódki, było mięso wieprzowe, które po kryjomu należało wkładać do „żydowskiej pościeli” na 9 dni, potem potajemnie je wyjąć, a po wysuszeniu w piecu i sproszkowaniu, „zadawać” wielbicielowi trunków wysokowych. „Jak żydzi odwracają się od mięsa wieprzowego, tak i pijak odetnie się od wódki”¹¹⁹ – mniemano. „Jeżeli kilka włośów z kołtuna namoczy się w wódce i da się tą wódkę wypić pijakowi, to mu od tej chwili tak obrzydnie, że pić przestanie”¹²⁰ – twierdzono w Małopolsce. Wypada zauważyć, że ten sam środek na Podolu miał odwrotne działanie – zachęcał do picia, o czym napisano wcześniej. Na Białorusi zalecano podawanie pijakom „ryby na maśle z wódką usmażonej”¹²¹.

Na Ukrainie do wódki, aby ją „zbrzydzić” dolewano nafty¹²², a na Białorusi (Lepel) radzono: „Podać wódki, okadzonej z dołu przez rzeszoto wódką zapalon, poczem pijak napewno pić przestanie, gdyż

¹¹⁷ H. Biegeleisen, op. cit., s. 66.

¹¹⁸ Nie znaleziono w źródłach potwierdzenia, dlatego zakwalifikowano środek do grupy niene-kropochodnych.

¹¹⁹ J. Talko-Hrynciewicz, op. cit., s. 266.

¹²⁰ S. Udziela, *Świat nadzmysłowy...*, s. 723.

¹²¹ F. Werenko, op. cit., s. 208.

¹²² J. Talko-Hrynciewicz, op. cit., s. 266.

za każdym razem po skosztowaniu wódki będzie dostawał zgagi, wymiotów itd.”¹²³. W Lipnikach na Białorusi (nota bene istniało tam 12 wsi o tej nazwie) nakazywano srebrną, rublową monetę umieścić przed mszą na ołtarzu, by potem, gdy nabrała odpowiednio silnych i uświęconych właściwości, oddać ją księdzu „na mszę na intencję pijaka”. W Puciłkowiczach, w guberni mińskiej, gdzie mieszkał Franciszek Wereńko, walczono z pijaństwem podając opojowi zlewana z 12. kieliszków wódkę, co miało powodować, iż zaprzestanie on picia¹²⁴. Jak z tego wynika, na przypadłość zwaną pijaństwem, stosowano lokalnie bardzo różne lekarstwa.

Skuteczność ludowych terapii

Historyk medycyny i hematolog, profesor Romuald Gutt (1921-1988) zwykł mawiać, iż stosowanie dużej liczby lekarstw w leczeniu jednego schorzenia dowodzi, iż są one mało skuteczne. Taki pluralizm terapeutyczny w lecznictwie ludowym można dostrzec na Kresach. Na terenie Białorusi, odzwyczajano pijaków od picia alkoholu za pomocą aż tuzina środków¹²⁵. Na Rusi, Julian Talko-Hryncewicz opisywał również kilkanaście remediów¹²⁶.

Jak przedstawiała się sytuacja w innych częściach dawnych ziem polskich? Prawdopodobnie również były w użyciu liczniejsze lekarstwa, niż te przytoczone w niniejszej pracy, jednak największą liczbę

¹²³ F. Wereńko, op. cit., s. 208.

¹²⁴ Ibidem.

¹²⁵ Obliczono na podstawie artykułu F. Wereńki, op. cit., s. 208.

¹²⁶ J. Talko-Hryncewicz, op. cit., s. 265- 266.

bę informacji zebrano na Kresach, co można zawdzięczać sumienności Franciszka Wereńki i Juliana Talko–Hryncewicza. Pochodzący z innych regionów dawnej Polski materiał źródłowy należy ocenić jako znacznie skromniejszy.

Na pierwszy plan w leczeniu alkoholizmu wysuwa się zasada „podobne leczy podobne”, stąd większość lekarstw podawana była w wódce. Magia sympatyczna odgrywała ważną rolę również w doborze dodatków do wódki. Skoro śmierć stanowi radykalne przerwanie życia, zaniechanie picia również powinno nastąpić bezapelacyjnie, więc należy powiązać oba te problemy. Jak się wydaje, taki był tor rozumowania terapeutów ludowych, stąd też magiczne lekarstwa powiązane ze zwłokami i zwiastunami śmiercią.

O ile w innych chorobach szeroko stosowano leki pochodzenia roślinnego, w leczeniu pijaństwa ich liczba była stosunkowo niewielka i jak się wydaje, w większości środki te powiązane były ze sferą magiczną. Doborem remediów pochodzącym od ludzi i zwierząt głównie kierowały przypisywane im nadzwyczajne właściwości, albo spowodowanie obrzydzenia, a nie inne względy.

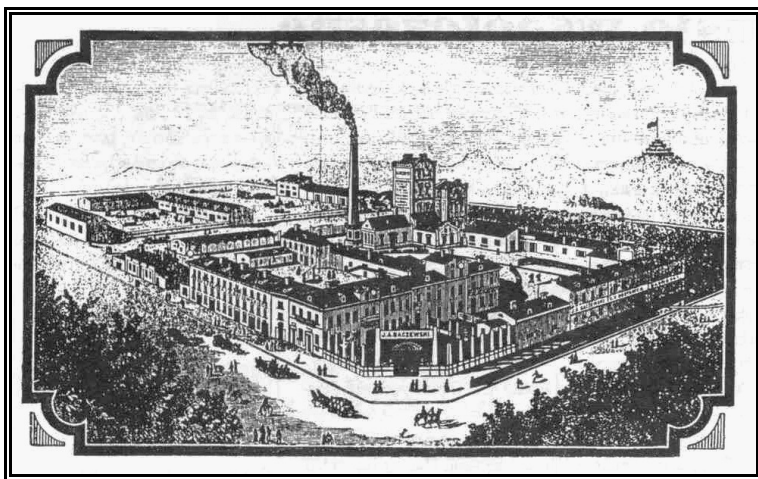
Chłopi nie traktowali śmierci jako naturalnego kresu życia. „Śmierć w ich wyobrażeniu nie jest procesem biologicznym, ale była dziełem wrogiego człowiekowi działania nieczystej siły, czy złego ducha”¹²⁷ - pisano o mieszkańcach dawnych ziem polskich. Każda więc śmierć, nawet osób w podeszłym wieku, miała supranaturalny charak-

¹²⁷ H. Biegeleisen, op. cit., s. 7.

ter. Nie tylko lękano się zwłok jako takich, lecz również kontaktu z siłami nieczystymi. Jak ogromny był to lęk, graniczący z przerażeniem, świadczą zachowania mieszkanki Ukrainy, opisywane przez Juliana Talko-Hryniewiczza, które uważały, że wrzucenie do wódki pieniądza mającego kontakt ze zwłokami, może spowodować nawet śmierć pijaka. „Ma to być pewne lekarstwo na nałóg, mogące jednak szkodzić zdrowiu i dlatego żony wolą mieć mężów pijaków, aniżeli zostać wdowami...”¹²⁸. Jedynie można sobie wyobrazić, w jaki popłoch musieli wpadać mężczyźni, gdy zostawali poinformowani, że spożyli tak zaprawioną wódkę. Przypuszczalnie żyli w ciągłym strachu. Być może takie „zadanie” powstrzymywało ich to od dalszego picia, podobnie jak dzisiaj strach powstrzymuje alkoholików ze wszytym disulfiramem przed piciem alkoholu. Jak się okazuje, terapia awersyjna została wcześniej odkryta przez medycynę ludową, niż przez psychiatrię.

Niektórzy uczeni w okresie międzywojennym błędnie przypisywali „ludowi” większą niż zwykle podatność na sugestię, jak również minimalizowali znaczenie znachorskich medykamentów. „Wiadomo przecież, że pewną liczbę chorób i przypadłości z powodzeniem można leczyć przez sugestię, i wiemy również, w jakim wielkim na ogół stopniu lud jest sugestii podatny. W takich wypadkach, tzn. gdy chodzi o poddanie skuteczności zabiegu, czy leku, jakoś obu ostatnich nie

¹²⁸ J. Talko-Hryniewicz, op. cit., s. 266.



Ryc. 5. Jedną z największych europejskich fabryk wódek, likierów i rossolisów J.A. Baczewskiego we Lwowie założono w roku 1782.

odgrywa żadnej lub prawie żadnej roli, a uzdrowienie zależy całkowicie lub niemal całkowicie od szczególnych sił, rozbudzonych w chorych na drodze psychicznej”¹²⁹ – napisał Kazimierz Moszyński w „Kulturze ludowej Słowian”. Istotnie, terapeuci ludowi dostrzegali, jak wielki wpływ na zdrowienie mają czynniki mentalne, więc oddziaływali na swoich podopiecznych bardzo często również na tej drodze. W medycynie oficjalnej na ziemiach polskich czynniki psychiczne dopiero na przełomie wieków XIX i XX zostały zauważone i docenione¹³⁰.

Henryk Biegeleisen podkreślał, jak silne wrażenie i emocje wywoływał zgon i zwłoki. „Obawa, lęk przed zmarłym jest poważnym

¹²⁹ K. Moszyński, *Kultura ludowa Słowian*, t. II, cz. 1, Warszawa 1967, s. 177.

¹³⁰ W. Biegański, *Logika medycyny, czyli krytyka poznania lekarskiego*, Warszawa 1908; E. Biernacki, *Istota i granice wiedzy lekarskiej*, Warszawa 1899.

uczuciem nie tylko u ludu, ale nawet wśród inteligencji”¹³¹ - pisał. Śmierć, trup, zwierzęta wieszczące w świecie przesiąkniętym magią, w jakim żyli ówczesni chłopci stanowiły zapewne najsilniejsze argumenty mające przekonać pijaka, aby zaprzestał picia.

Jak z tego wynika, leczenie ludowe wypracowano własne metody walki z nadużywaniem trunków, oparte głównie na wierzeniach związanych ze zmarłymi. Trudno dać jednoznaczną odpowiedź, czy zastosowane środki były w owych czasach skuteczne. Źródła o tym na ogół milczą, jedynie Julian Talko-Hryncewicz napisał, iż mocno wierzono w ten rodzaj leczenia. Terapia, którą dzisiaj nazwalibyśmy awersyjną, stała się w psychiatrii jedną z dróg leczenia alkoholizmu, więc zapewne ludowe sposoby leczenia uzależnienia od alkoholu w wielu przypadkach okazywały się skuteczne. Z drugiej strony, pluralizm terapeutyczny spotykany na Kresach, może świadczyć o tym, jak trudna okazywała się walka z pijaństwem. Przecież skutecznego dla wszystkich remedium, radykalnie leczącego chorobę alkoholową, jak dotąd nie znaleziono ani w medycynie oficjalnej, ani w ludowej.

Streszczenie

W medycynie oficjalnej bardzo długo nie postrzegano pijaństwa jako choroby. Dopiero w początkach XIX wieku zakwalifikowano uzależnienie od trunków do schorzeń. Okres zaborów to czasy, gdy nastąpiło masowe rozpicie ludności dawnych ziem polskich. Trudno

¹³¹ H. Biegeleisen, op. cit., s. 78.

stwierdzić, od jak dawna w medycynie ludowej nadmierne spożywanie napojów alkoholowych uznano za chorobliwą przypadłość, lecz przypuszczalnie miało to miejsce jeszcze w wieku XVIII-tym. Celem pracy jest wykazanie, iż w medycynie ludowej, znacznie wcześniej niż w oficjalnej, wypracowano „terapię awersyjną” w leczeniu choroby alkoholowej. Zarówno w lecznictwie domowym, jak i prowadzonym przez znachorów, wykorzystywano wierzenia chłopów związane z trupem i zwierzętami wieszczącymi śmierć. Typowy podział remediów, stosowany zazwyczaj w lecznictwie ludowym, w przypadku uzależnienia od alkoholu nie wydaje się adekwatny. Środki używane w celu „zbrzydzenia” alkoholu można podzielić na nekropochodne i nienekropochodne. Śmierć, zwłoki, cmentarze, a nawet osoby grabarzy budziły na terenie dawnej Rzeczypospolitej ogromny lęk, co znajdowało odbicie w wierzeniach ludowych.

Strach przed śmiercią, a nawet rzeczami mającymi kontakt z trupem, terapeutów ludowych wykorzystywali do wzbudzania obrzydzenia do napojów alkoholowych. Pomimo różnic etnicznych, na całym terenie dawnej Rzeczypospolitej istniało przekonanie, iż pijaństwo można zwalczać za pomocą magii.

Praca zawiera 39 293 znaki (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PIORUNOWE STRZAŁKI, GRZMOTY I GROMY W MEDYCYNIE LUDOWEJ NA ZIEMIACH POLSKICH W OKRESIE ZABORÓW

Lilianna Wdowiak, Paweł Wysokiński*

Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej
Pomorski Uniwersytet Medyczny
lwdowiak@sci.pam.szczecin.pl

Burze, z towarzyszącymi im grzmotami, piorunami, deszczem i wichurą, musiały w każdej społeczności i w każdej epoce powodować uzasadniony niepokój podsycany strachem przed śmiercią, kalectwem, czy chorobą. Zapewne, aby zmniejszyć lęk, niepewność czy obawę przed powstaniem pożaru, usiłowano działanie żywiołów obrócić na własną korzyść, co pociągało za sobą szereg magicznych poczynań.

„Towarzyszący piorunowi grzmot ma różne cudowne własności”¹ - podawał Oskar Kolberg (1814-1890) zauważając, iż pomruk nadchodzącej pierwszej wiosennej nawałnicy wywoływał taki efekt, iż wszyscy chłopci śpiesznie opuszczali swoje domostwa, zamiast się w nich skryć. O zachowaniach mieszkańców Kielecczyny, Podlasia, okolic Sandomierza i Krakowa, napisał: „...skoro go pierwszy raz po-

¹ O. Kolberg, *Kieleckie*, cz. II, [w] idem, *Dzieła wszystkie*, t. 19, Wrocław - Poznań 1963, s. 198.

słyszają, wyskakują z chałup i tarzają się po ziemi, a kamieniem który się znajdzie pod ręką uderzają się po głowie, aby głowa nie bolała (...). Niektórzy przy tej sposobności trą plecami o ściany, bo to ma zapobiec bólowi krzyżów w czasie nastąpić mających żniw”².

„Aby uniknąć w ciągu nadchodzącego roku bólu głowy i krzyżów, każą dzieciom tarzać się po ziemi, a nawet czynią to sami, gdy wiosną pierwszy raz usłyszą grzmot”³ – pisał o pradawnym zwyczaju mieszkańców Podola Stanisław Spittal (1891-1964). „Aby być zawsze mocnym, trzeba się tarzać, gdy się pierwszy raz na wiosnę usłyszy grzmot i nosić przy sobie kamień piorunowy”⁴ – relacjonował wierzenia mieszkańców Podbeskidzia Bronisław Gustawicz (1852-1916). W 1888 roku Stefania Ulanowska, podawała, iż w krakowskim, a także w Beskidach, „... na wiosnę, jak tylko zagrzmie po raz pierwszy, wszyscy we wsi, i mali i starzy, wylatują z chałup jak oparzeni, i porywają kamienie z ziemi i uderzają się nimi po głowie. Dla widza jest to niezmiernie zabawna scena, bo kto po raz pierwszy na to patrzy, mimo woli zapytuje siebie: co tym ludziom się stało? czy nie zwaryowali? Gdyż nie dość na tern, że jedni drugim wyrrywają kamienie i jedni przed drugimi lecą ku nim na złamanie szyi, ale nadto ci, którzy ich dopaść nie mogą, lub nie mają pod ręką, rzucają się plackiem na ziemię i tłuką głowę o większe kamienie, wrosnięte na polu lub na drodze

² Ibidem, s. 198.

³ S. Spittal, *Lecznictwo ludowe w Zatożcach i okolicy. Materiały dotyczące sposobów leczenia, zielarstwa, wierzeń, zabobonów i znachorstwa*, „Rocznik Podolski” 1938, R. 1, s. 143.

⁴ B. Gustawicz, *O ludzie Poddulańskim w ogólności, a Iwoniczanach w szczególności*, „Lud” 1900, R. 6, z. 1, s. 62.

i nie dające się ruszyć z miejsca. A potem znowu wszyscy pospołu tarzają się po ziemi, co pod wpływem pierwszego grzmotu, ma być środkiem zapobiegającym na ból głowy w ciągu roku i na ból krzyżów podczas żniwa. Jest to też niezawodnie jakiś zabytek dawnego pogańskiego obrządku, będący w związku z czcią kamieni⁵.

Niezrozumiałe postępowanie tarzających się po ziemi chłopów, szukających w trakcie tej czynności kamieni po to, aby uderzyć się nimi w głowę, tłumaczył Stanisław Spittal, który na Podolu mógł zaobserwować podobne zachowania. „Równocześnie chwyciwszy w rękę kamień, uderzają się nim w głowę, mówiąc »kamiń - holowa«. Jak bowiem cała ziemia drży, gdy pierwszy grzmot w nią bije, bo wie, że idzie już słoneczna wiosna, która ją od resztek śniegu uwolni i zarazem jakby od ciężkiej choroby trwającej przez całą zimę, tak i tarzanie się po tej ziemi powracającej do sił i zdrowia, do rumieńców barwnego kwiecia również ludzi od bólu głowy i krzyżów na cały rok uwolni. Jedynie twardy kamień obojętnie przyjmuje wiosenny grzmot, bo jemu aura nie przynosi żadnej zmiany. Tę wytrzymałość kamienia pragną przy pomocy uderzenia przekazać ludzkiej głowie⁶. Julian Talko-Hryncewicz (1850-1836) na Ukrainie, gdzie prowadził praktykę lekarską, nie zaobserwował tego zwyczaju, pisał jednak o jego istnieniu

⁵ S. Ulanowska, *Kamień w symbolice i podaniach*, „Ateneum” 1888, t. 4, z. 3 (12), s. 530.

⁶ Spittal, op. cit., s 143-144.

u górali w Beskidach: „... a gdy mniejszych kamieni nie mają pod ręką, padają na ziemię i tłuką sobie głowy o większe kamienie”⁷.

Doniesienia Oskara Kolberga o zachowaniach wieśniaków związanych z usłyszeniem pierwszego grzmotu dotyczyły większości zakątków dawnych ziem polskich, nie tylko Kielecczyny, sandomierskiego, Podlasia, krakowskiego, ale i Wielkopolski, rzeszowskiego, czy Podola. „Również i zjawiska przyrody mają w wyobrażeniach ludu tutejszego moc tajemniczą wielką na zdrowie i pomyślność ludzi. Dla tego wieśniacy w Iskani, usłyszawszy pierwszy grzmot na wiosnę, tarzają się wszyscy po ziemi, chociażby mieli podtenczas pilną robotę, a ziemia była błotnistą. Czynią to dla ochrony od bólu i rumotania w żołądku. Albo też dźwigają coś ciężkiego w górę, lub trzymają tykę ostrym końcem do góry, w tym celu, aby ich to ochroniło od boleści wewnętrznych”⁸. „Chłopcy, usłyszawszy pierwszy grzmot w lecie, przewracają koziołki po ziemi (po niem. *Purzelbaum*), ażeby ich krzyże nie bolały”⁹. „Na wiosnę podczas pierwszego grzmotu kto się prze-wala po ziemi – od bólu uchrania się pleców”¹⁰.

Jak wynika z obserwacji Oskara Kolberga, „pierwszy grzmot” powodował, iż ludność wiejska dawnych ziem polskich, w zależności od miejscowych wierzeń, usiłowała zabezpieczyć się przed schorze-

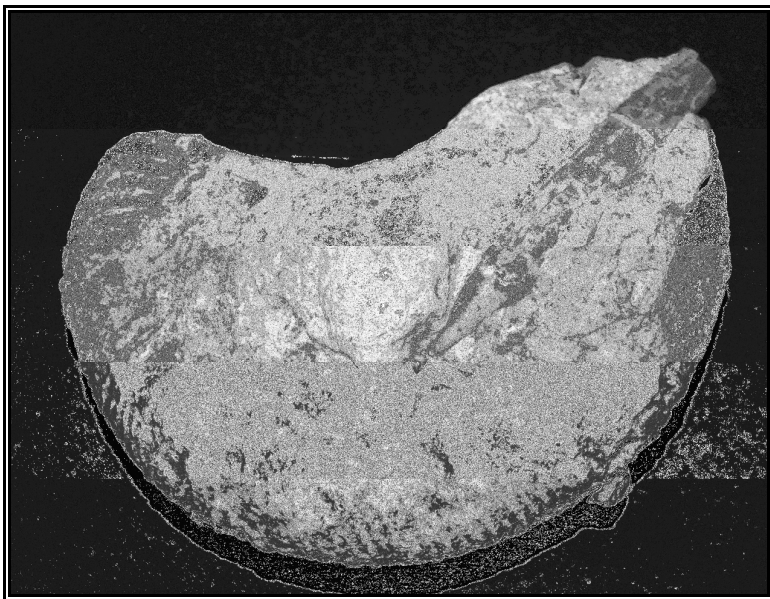
⁷ J. Talko- Hryncewicz, *Zarysy lecznictwa ludowego na Rusi południowej*, Kraków 1893, s. 189, za: S. Ulanowska, op. cit., s. 530.

⁸ O. Kolberg, *Przemyskie*, [w:] idem, *Dzieła wszystkie*, t. 35, Wrocław-Poznań 1964, s. 234.

⁹ O. Kolberg, *Kaliskie i Sieradzkie*, [w:] idem, *Dzieła wszystkie*, t. 46, Wrocław - Poznań 1967, s. 463.

¹⁰ O. Kolberg, *Tarnowskie-Rzeszowskie*, [w:] idem, *Dzieła wszystkie*, t. 48, Wrocław - Poznań 1967, s. 261.

niami takimi, jak niedomagania kręgosłupa spowodowane przeciążeniem pracą, bólami głowy, czy schorzeniami żołądka oraz innymi „boleściami wewnętrznymi”. Wykonywanie takich czynności, jak tarzanie się po ziemi, czy fikanie koziołków, dźwiganie ciężarów pod górę, po usłyszeniu grzmotu miało zabezpieczać ciało, najogólniej mówiąc, przed bólem.



Ryc. 1. Belemnit i skamieniały fragment jeżowca – fot. Paweł Wysokiński

W wierzeniach ludowych Kielecczyny z gromami i burzami związane były postacie latawców i planetników (zwanych też planetciarzami). Planetnicy w wierzeniach ludowych mieli przeciągać chmury po niebie. W okolicach Sieradza planetnikami były „dusze zmarłych

błogosławione”¹¹. W okolicach Pińczowa mniemano, iż latawce „są to duchy dzieci zmarłych bez chrztu. Kiedy chmura nadchodzi lub burza, wówczas latawce w postaci małych, nagich dzieci unoszą się w powietrzu. Pioruny biją za latawcami w te miejsca, gdzie się one kryją”¹² – pisał ksiądz Władysław Siarkowski (1840-1902). „Kolo samych Kielc lud inaczej opowiada o latawcach. Latawców jest ogromna ćma na całym świecie; pochodzą one z tych dzieci, które bez chrztu pomarły. Każdy planetnik ma od Boga najwyższego przykazane, aby w ciągu jednego roku wybił trzydziewięci latawców. Stąd jedni z planetników strzelają do latawców w powietrzu z fuzyj piorunowymi laskami, a drudzy za tymi strzelcami planetnikami chmury na powrozach ciągną. Latawce uciekając przed planetnikami, chronią się najchętniej do wydrążień w skałach, do szczelin i pod ogromne głazy kamieni, gdzie ich strzał planetników nie dosięgnie”¹³. Planetnicy w mniemaniach mieszkańców podkieleckich wsi z taką zawziętością tropili latawce, iż przebierali się w chłopskie szaty i odwiedzali włościańskie chałupy i zabudowania w gospodarstwie w ich poszukiwaniu. Pomimo tego przebrania, chytry chłopi rozpoznawali ich, bowiem nosili strzelby.

Chociaż Pińczów dzieli od Kielc mniej więcej odległość 40 kilometrów, bijące w latawców pioruny w Pińczowie przerodziły się w Kielcach w polowania planetników na latawce za pomocą strzelb nabytych piorunowymi laskami. W okolicach Biecza (Małopolska) lata-

¹¹ I. Piątkowska, *Poszukiwania* XXV, Wisła 1900, t. 14, z. 4, s. 466.

¹² W. Siarkowski, *Materyjały do etnografii ludu polskiego z okolic Pińczowa*, Kraków 1884, s. 59.

¹³ W. Siarkowski, op. cit., s. 59-60.

wiec był czarnym, podobnym trochę do kosa ptakiem, w którego wcieliła się „dusza dziecięcia zamordowanego przez matkę”¹⁴. Lecz już w sąsiednich rejonach – na pograniczu Małopolski i Śląska postać latawca jako nieochrzczonego dziecka, przemieniła się w inne istoty, nie mające z dziećmi nic wspólnego.

„Skąd i w jaki sposób piorun powstaje, lud rozmaicie sobie tłumaczy. Jedni utrzymują, że jest to ogień z nieba na karę ludziom zsyłany; inni mówią, że powstaje z beczek ognistych, które z hukiem pękają, w powietrzu; inni znów tłumaczą, sobie, że to są głownie, które wypadają planeciarzom przy poprawianiu ognia w piecach nadpowietrznych. Piorun nie wiedziałby, jak się kierować, gdyby nie gad (podług innych ptak), Latawcem zwany, który wyprzedzając go, wskazuje zarazem drogę i miejsce, gdzie piorun gwałtownie uderza. A ponieważ Latawiec jest siłą nieczystą, więc często naprowadza pioruny na figury, kaplice, świątynie i inne miejsca poświęcone, z czego się potem wściekle śmieje”¹⁵ – pisał Michał Federowski (1853-1923) o wierzeniach ludowych z Siewierza, Pilicy i Żarek.

Otto Knoop, który zajął się polskimi i niemieckimi wierzeniami w Wielkopolsce, pisał opierając się o dane uzyskane od polskiego informatora: „Gdy grzmi, niektórzy powiadają, że aniołowie kulają kręgle. Najczęściej mówią: Pan Bóg w niebie kręgle kula, albo: Jezus

¹⁴ M. Rybowski, *O latawcach*, notatka w rubryce „Rozmaitości”, „Lud” 1900, R. 6, z. 2, s. 196-197.

¹⁵ M. Federowski, *Lud okolic Żarek, Siewierza i Pilicy. Jego zwyczaje, sposób życia, obrzędy, podania, gusła, zabobony, pieśni, zabawy, przysłowia, zagadki i właściwości mowy*, t. 2, Warszawa 1889, s. 300.

Chr. ze św. Piotrem kręgle kula. Stary Polak w Szrodzie opowiadał, że gdy grzmi, Piotr św., idąc przez wąskie przejście, stuka kłaczami o ścianę. Najczęściej objaśniają grzmot tym, że chmury się trą¹⁶.

Gromowi oraz „piorunowym strzałkom” ongiś przypisywano najczęściej boskie pochodzenie, bowiem starostłowiński Perun, bóg burzy¹⁷, w mniemaniu dawnych Słowian, rozgniewany ciskał w swoich ziemskich poddanych piorunami. Podobne przekonania panowały wśród Litwinów. Jeszcze w połowie XIX stulecia zaniepokojeni burzą, już od dawna chrześcijańscy mieszkańcy Litwy prosili boga piorunów, Perkunasa:

„Perkunie bożku,
Nie bij Żmudzina,
Bij poganina,
Jak psa rudego”¹⁸.

„Lud litewski mniema, iż ognia piorunowego inaczej ugasić niepodobna, jeno tylko mlekiem kwaśnem, gdyż Perkunas najbardziej ten przysmak lubi. Często się nawet zdarza, iż nie ratują domu zapalonego od piorunu, sądzą bowiem, że Bóg to mieszkanie wziął sobie na

¹⁶ O. Knoop, *Podania i opowiadania z W. Ks. Poznańskiego*, tłum. Z. A. Kowerska, „Wisła” 1894, t. 8, s. 721.

¹⁷ J. Gąsowski, *Perun*, [w:] L. Leciejewicz (red.), *Mały słownik kultury dawnych Słowian*, Warszawa 1988, s. 285.

¹⁸ L. A. Jucewicz, *Litwa pod względem starożytnych zabytków, zwyczajów i obyczajów, skreślona przez Ludwika z Poklewia*, Wilno 1846, s. 141.

ofiare”¹⁹ – pisał przedwcześnie zmarły romantyk Ludwik Adam Jucewicz (1810-1846). Nie licząc na łaskawość Perkunasa, na wszelki wypadek usiłowano rozpędzać burzowe chmury, posługując się zielem słonecznika, nazywanego po litewsku „debesilas”, co miało oznaczać „rozdławiając chmury”²⁰.

Jak stąd wynika, z nastaniem chrześcijaństwa nie zmodyfikowano tych poglądów, niemniej na ziemiach zamieszkałych przez Polaków i Rusinów miejsce Peruna zajął Bóg. W myśl ludowych przekonań z okolic Dobrzynia, grzmoty pojawiały się na skutek „jazdy po niebie Boga w wielkim wozie”, a „piorun jest to zrzucony z nieba boży prątek albo czarci palec”²¹, który „spada na ziemię w chwili uderzenia...”²². „Piorun w mniemaniu ludowym jest to pocisk przez Pana Boga w dyabła wymierzony, gdy mu ten zanedo dokuczy; przyczem ów pocisk wypadkowo zabija czasem człowieka, lub budowlę zapala”²³ – głosiły podania białoruskie. Natomiast w ukraińskich wierzeniach „strzałami piorunowymi ciska za djabłem archanioł Michał. Djabeł, uciekając przed pociskiem, zamienia się w rozmaite zwierzęta, kryje w szpary i dziury, a często pod człowieka. Gdy człowiek zostanie

¹⁹ Ibidem, s. 145. Potwierdzał istnienie tego zwyczaju w Wielkopolsce O. Knoop, op. cit., s. 721. Napisał: „Piorunem Bóg karze tych szczególnie, którzy w piątek chleb pieką, bo rozrzucają tym rany Zbawiciela, ukrzyżowanego w piątek. Ognia powstałego od pioruna nie należy gasić; byłoby to przeciwne woli Boga. Spali się zresztą tylko budynek, w który piorun uderzył”.

²⁰ L. A. Jucewicz, op. cit., s. 162.

²¹ A. Petrów, *Lud ziemi Dobrzyńskiej, jego charakter, mowa, zwyczaje, obrzędy, pieśni, przysłówia, zagadki, itp.*, ZWAK 1878, t. 2, cz. 3, s. 125.

²² M. Parczewska, *Lecznictwo ludowe*, „Wisła” 1897, t. 11, z. 2, s. 344.

²³ F. Wereńko, *Przyczynek do lecnictwa ludowego*, MAAE 1896, t. 1, cz. 2, s. 198.

przez to ugodzony, umiera zbawiony”²⁴. Same strzałki tam określano jako twór z rogu, nie z kamienia: „Strzałka ta bywa niewielką, jak połowa małego palca, rogowa, czarna, porysowana czerwonymi linijami”²⁵. Stefania Ulanowska pisała, iż „w mitologii północnej przedmiotem czci był belemnit, jako strzała Thora, boga piorunów i błyskawic, który u Germanów i Skandynawów grał zupełnie taką rolę jak Perkun na Litwie. Wśród belemnitów wyróżniano jako najślawniejszy ten, który został znaleziony koło Sinneryd, w okręgu Smalandzkim [na południu Szwecji – przyp. aut.], i który, jak mówi podanie, miał być powodem zatargu pomiędzy Thorem, a olbrzymem”²⁶. Według skandynawskich wierzeń „....krążyło powszechne mniemanie, że podczas gdy Thor bawił się nimi jak piłkami, ludzie nie mogli ich [belemnitów – przyp. aut.] nawet ruszyć z miejsca dla tego, że na pozór małe, były za to niezmiernie ciężkie”²⁷.

Jak z tego wynika, w mniemaniach wielu ludów europejskich, piorun pojmowano materialnie. W końcu XIX stulecia zaczęły pojawiać się w piśmiennictwie etnograficznym doniesienia o stosowaniu w lecznictwie wiejskim belemnitów i innych wyoranych z pól przedmiotów. Wymarłe w okresie kredy dziesięciornice, należące do głowonogów, kuzynki dzisiejszych kalmarów i ośmiornic nazwano „belemnitami”, bowiem ich pozostałości (rostra) przypominały groty strzał. Nazwę zapożyczono ze starożytnej greki, od słowa „belemnion”, co oznaczało

²⁴ J. Talko-Hryncewicz, op. cit., s. 141,

²⁵ Ibidem.

²⁶ S. Ulanowska, op. cit., s. 529.

²⁷ Ibidem.

pocisk, bądź strzałę. Określenia „belemnity” używano także wobec kopalnych jeżowców, należących do szkarłupni, błędnie kojarząc je z głowonogami²⁸. Chłopi uważali, iż belemnity nie są niczym innym, jak strzałami, które na skutek uderzenia piorunu znalazły się na ziemi.

„Piorunowa strzała idzie w ziemię na dwanaście sążni, po dwunastu latach wychodzi na wierzch”²⁹ – podawał w połowie XIX w. Antoni Nowosielski (1823-1880), przybliżając przekonania mieszkańców Ukrainy. „Kamień, zwany przez lud strzałką piorunową, a która jest właściwie skamieniałością skorupy mięczaka głowonogiego, lud uważa za pozostałość od pioruna, który wyobraża sobie jako pocisk kamienny. Po siedmiu latach sama ziemia pocisk ten wyrzuca, dla tego też znalezienie go wieśniak uważa za szczególniejsze szczęście”³⁰ – pisała Ignacya Piątkowska (1866-1941)³¹ o wierzeniach z okolic Sieradza. Na Rzeszowszczyźnie panowało przekonanie, iż „strzałka piorunowa wpada w ziemię do głębokości siedmiu łokci. Co roku podnosi się ku powierzchni ziemi 1 łokieć, tak: że po siedmiu latach można ją znaleźć na polu”³². Ksiądz Władysław Siarkowski tłumaczył, dlaczego tak rzadko można było znaleźć piorunową strzałkę. „Laska piorunowa, kiedy wyleci przy wystrale z fuzji planetnika, zapada się w ziemię na

²⁸ K. Köhler, *O belemnitach*, „Lud” 1896, R. 2, s. 39.

²⁹ A. Nowosielski [A. Jaksa-Marcinkowski], *Lud ukraiński, jego pieśni, bajki, podania, klechdy, zabobony, obrzędy, zwyczaje, przysłowia, zagadki, zamawiania, sekreta lekarskie, ubiory, tańce, gry i t. d.*, t. 2, Wilno 1857, s. 166.

³⁰ I. Piątkowska, *Z życia ludu wiejskiego w ziemi sieradzkiej*, „Wisła” 1889, t. 3, z. 3, s. 495-496.

³¹ V. Krawczyk-Wasilewska, Ignacya Piątkowska, *literatka i folklorystka regionu sieradzkiego: z badań nad regionalną kulturą literacką Polski środkowej końca XIX i początku XX wieku*, Łódź 1983.

³² A. Saloni, *Lud tańcucki*, MAAE, t. 6, cz. 3, s. 254.

siedem łokci głębokości; potem co rok o jeden łokieć podnosi się w górę, a po upływie siedmiu lat już się znajduje na samej powierzchni. Kiedy ją który z planetników spostrzeże, w swym przelocie po szlakach chmur, to lotem błyskawicy spuszcza się na ziemię i do dalszego użytku z sobą zabiera”³³.

Jak wynika z tego zestawienia wierzeń z różnych okolic dawnych ziem polskich, piorunowe strzałki zapadały głęboko w ziemię najczęściej na siedem lat, a tylko na Ukrainie wierzono, iż wydostawały się na powierzchnię dopiero po dwunastu latach.

Od Wielkopolski po Kresy, „piorunowe strzałki” stanowiły poszukiwany środek leczniczy oraz pełniły funkcje amuletu. Jednakże terminu „piorunowa strzałka” w nazewnictwie ludowym używano nie tylko jako określenie belemnitów. „Tem mianem lud zwykł nazywać oprócz fulgurytów i belemnitów, dłutka, strzałki i toporki kamienne z okresu kamienia gładzonego, dość często w tych stronach na polach znajduwane”³⁴ – pisał Franciszek Wereńko o północno-wschodnich rubieżach dawnej Rzeczypospolitej. Potwierdzał rozszerzenie tego pojęcia o podobne zabytki materialne znawca kultury Mazurów Max Pol-lux von Toeppen (1822-1893), który uważał, iż jednak Mazurzy znakomicie odróżniali „klin piorunowy” od „bożego prątką” – czyli „strzałki piorunowej”³⁵. „Siekierki przedhistoryczne uważają za boże prątki , t. j. za strzałki piorunowe” - pisali o „Mazurach pruskich” Jan Karłowicz

³³ W. Siarkowski, op. cit., s. 60.

³⁴ F. Wereńko, *Przyczynek do lecznictwa ludowego*, MAAE 1896, t. 1, cz. 2, s. 198.

³⁵ M. Toeppen, *Wierzenia mazurskie (dalszy ciąg)* „Wisła” 1892, t. 6, z. 2, s. 400.

i Aleksander Jabłonowski³⁶. Cezarja Baudouin de Courtenay – Ehrenkreutzowa w roku 1930 potwierdzała, iż: „w Woj. Wileńskim chłopci znajdują jeszcze »strzałki piorunowe«, chrząc tą nazwą przedhistoryczne siekierki, wyorywane w ziemi, uważane za skuteczne lekarstwo w różnych chorobach”³⁷. W okolicach Berdyczowa wierzono, że „...wyorywane popielnice, garnki, strzałki piorunowe (toporki kamienne)...” stanowią pozostałość po niegdyś żyjących w tym rejonie olbrzymach, których określano mianem „Weletni”³⁸.

Oskar Kolberg podawał: „Piorunową strzałką nazywają znajdujący między opoką lub na czystym polu kamień cienki, piramidalnie zakończony, dwa do trzech cali długości mający, koloru bursztynowego, który po rozłamaniu gwiazdkowy odłam do środka koncentrujący się, pokazuje”³⁹. Informacja ta dotyczyła Lubelszczyzny i jak wynika z tego opisu, przypuszczalnie Kolberg miał na myśli belemnity. Pisząc o Wielkopolsce, również wspominał o stosowaniu strzałki piorunowej, jednak określał ją bardzo niejednoznacznie i zagadkowo: „kupuje się ten »kamyszek na oberwanie« w haptéce, ale skuteczniejszym on jest, gdy się go znajdzie na polu, choć to jest podstrudno (trudno)”⁴⁰. „Kamyszek czarny” zakupiony w aptece miał według Kolberga być

³⁶ J. Karłowicz, A. Jabłonowski, *Polska, obrazy i opisy*, z. 2, Lwów 1904, s. 159.

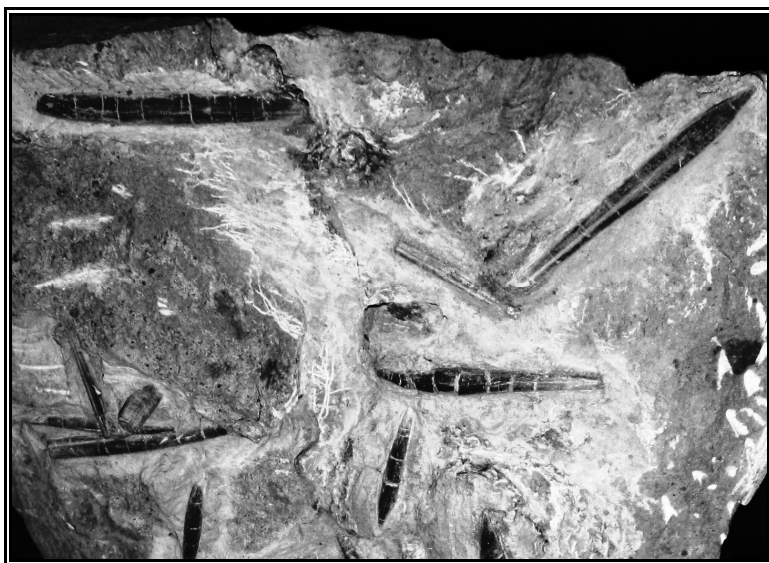
³⁷ C. Baudouin de Courtenay – Ehrenkreutzowa, *Kilka uwag i wiadomości o etnografii Województwa Wileńskiego*, [w:] Z. Hartung, T. Łopalewski, J. Ostrowski, W. Piotrowicz, F. Ruszczyk (red.), *Wilno i ziemia wileńska. Zarys monograficzny*, t. 1, Wilno 1930, s. 213.

³⁸ E. Rulikowski, *Zapiski etnograficzne z Ukrainy*, ZWAK 1879, t. 3, cz.3, s. 93.

³⁹ O. Kolberg, *Lubelskie*, [w:] idem, *Dzieła wszystkie*, t. 17, cz. II, Wrocław - Poznań 1962, s. 78.

⁴⁰ O. Kolberg, *W. Ks. Poznańskie*, cz. VII, [w:] idem, *Dzieła wszystkie*, t. 15, Wrocław-Poznań 1962, s. 158-159.

„bezoarem”, bądź „niedokwasem żelaza”⁴¹. Być może nieporozumienie wynikało stąd, iż belemnity nie zawsze miały kolor bursztynowy, jak się spodziewał Kolberg. Najczęściej spotykano skamieliny czarne, ciemnoszare, jak i zupełnie jasne. Innym, bardziej prawdopodobnym tłumaczeniem jest, iż niedokwas żelaza, zwany potocznie lubryką, a przez farmaceutów *lapis haematitis*, wyparł stosowanie trudnej do zdobycia strzałki piorunowej i był sprzedawany w aptekach jako środek do leczenia „poderwania”.



Ryc. 2. Belemnity wydobyte z kamieniołomu w Chęcinach – fot. Paweł Wysokiński

⁴¹ Ibidem.

Lwowski nauczyciel, Mikołaj Rybowski napisał w 1900 roku, iż przed kilkudziesięcioma laty już słyszał o używaniu przez chłopów tzw. „sopleńców”, ale już nie pamiętał, do czego one służyły. Apelowal na łamach „Ludu” by zbadać, „...jakie nadprzyrodzone własności przypisywano strzałom piorunu”⁴². Okazuje się, że określenie „piorunowa strzałka” należy rozszerzyć jeszcze o inną kategorię przedmiotów – „sopleńce”. Tak dawniej nazywano stalaktyty, o czym pisał lekarz, Stanisław Eljasz-Radzikowski (1869-1935), omawiając odkrycia słowackiego archeologa Mikołaja Kubiny’ego, który na górze zamkowej Vsatec oprócz narzędzi z brązu i garnków odkrył „...kawalki sopleńców, czyli stalaktytów z odłamanymi końcami. W okolicy nie ma nigdzie jaskini sopleńcowej, musiał więc ów lud pierwotny przynosić skądś sopleńce. Lud dzisiejszy zna sopleńce i nazywa je strzałami (strela). Może być więc, że sopleńce były używane na zakończenie strzał, albo mogły to być też amulety, jak u ludów starożytnych bywało z krzemieniem”⁴³ – konstatował Eljasz-Radzikowski. Mikołaj Rybowski zauważał, że „Nie tylko lud słowacki, ale i polski w Galicyi zachodniej nazywa sopleńce »strzałami«, ale strzałami piorunu. Jedni wierzą, że piorun bije takimi strzałami, bo pruje korę na drzewie, odtrąca i łamie konary. Drudzy mówią, gdy piorun uderzy w grunt piaszczysty, to ogień piorunu topi piasek...”⁴⁴. Stopiony poprzez wysoką temperaturę powstałą poprzez wyładowanie elektryczne piasek nosił naukową na-

⁴² M. Rybowski, *Sopleńce*, notatka w rubryce „Rozmaitości”, „Lud” 1900, R. 6, z. 2, s. 196.

⁴³ S. Eljasz-Radzikowski, *Z folklorystyki słowackiej (dokończenie)*, „Lud” 1899, R. 5, z. 3, s. 313.

⁴⁴ M. Rybowski, op. cit., s. 196.

zwę „fulgurytu”⁴⁵ i również jako „boży prątek” służył w lecznictwie ludowym, jednak stanowił znacznie bardziej kruchy materiał niż belemnit, czy stalaktyt.

Reasumując, pod określeniem „strzałki piorunowej” nazywanej inaczej „strzałką perunową”, „bożym prątkiem”, „laską piorunową”, „czarcim palcem”, „czarcim pazurem”, „pazurową strzałką”, „strzałą”, „kamieniem piorunowym”, a nawet „piorunem” kryły się bardzo różne przedmioty – począwszy od belemnitów, skamieniałych jeżowców, fulgurytów, stalaktytów, nazywanych ongiś sopleńcami po siekierki⁴⁶ i inne neolityczne narzędzia.

„Zrzuconym z nieba” pociskom przypisywano z racji ich boskiej, czy diabelskiej proveniencji cudowną wręcz moc. W społecznościach wiejskich dawnej Rzeczypospolitej ich funkcje można przede wszystkim podzielić na: zapobiegawcze (ochronne) i lecznicze. Piorunowe strzałki traktowano również jako talizmany. Ich noszenie przy sobie miało zapewnić szczęście.

W myśl zasady panującej w dawnym lecznictwie – „podobne leczy podobne” strzałki piorunowe przede wszystkim miały pełnić funkcje amuletu ochraniającego dom przed piorunami. Max von Toeppen, powołując się na dane przytaczane przez Jerzego Krzysztofa Pisań-

⁴⁵ F. Świąś, *Życie pod niespokojnym niebem*, Wiadomości Uniwersyteckie 2010, R. 20, nr 7, s. 48.

⁴⁶ Być może kojarzono neolityczne narzędzia z młotem Mjólnirem używanym przez skandynawskiego i germańskiego Thora – boga piorunów. Narzędzie nakazał sporządzić dla syna Odyn. Młot mógł przywołać wiatr, deszcz, pioruny i burze. Na Rusi Kijowskiej czczono Thora-Pioruna za Warjagów – za: A. Brückner, *Słownik etymologiczny języka polskiego*, rpr z 1927 r., Warszawa 1970, s. 414.

skiego, XVIII-wiecznego erudyty z Królewca⁴⁷, który miał opierać się na pracy Helwiga - proboszcza z Węgoborza z 1717 roku podawał, iż na Mazurach: „Gdy się chmury zbierają i coraz głośniejszy łoskot zapowiada, że wkrótce burza nadciągnie, wówczas ktoś z domowników kładzie palec w otwór znajdujący się w większych kamieniach, obraca kamień kilka razy dookoła, wymawia kilka zabobonnych wyrazów, rzuca kamień z całą siłą ku drzwiom i wierzy, że tym sposobem ochrania dom od pioruna”⁴⁸.

Bardzo podobnie zachowywali się mieszkańcy ziemi sieradzkiej, o czym pisała na krótko przed Maxem von Toeppenem Ignacya Piątkowska: „Gdy zbliża się burza, wieśniacy biorą ów kamień na rękę i obracają go trzykrotnie, mówiąc przy tem pewne czarodziejskie zaklęcia, poczem ciskają z całej siły w drzwi izby i sądzą, iż tym sposobem zabezpieczają chatę od uderzenia piorunu”⁴⁹. Twierdziła również, że „piorunową strzałkę” kładziono na progu „...każdej nowej budowli, gdyż to ma ją zabezpieczyć od uderzenia piorunu”⁵⁰. Na Białorusi już sama obecność w obejściu „piorunowej strzałki” miała zapobiegać pożarowi domostwa wywołanego przez piorun. „Od uderzenia piorunu chronić ma, według mniemania ludowego, przechowywanie w domu »piarunowej strielki«”⁵¹ – pisał Franciszek Wereńko, znawca białoruskiego leczenia i zwyczajów ludowych. Mazurzy z Olsztynka

⁴⁷ J. Tondel, *Książka w dawnym Królewcu pruskim*, Toruń 2001, s. 10.

⁴⁸ M. Toeppen, op. cit., s. 399.

⁴⁹ I. Piątkowska, *Z życia ludu...*, op. cit., s. 495.

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ F. Wereńko, op. cit., s. 198.

wierzyli, iż położona na lipowym stole podczas burzy „piorunowa strzałka” podskakuje⁵². Jak się wydaje, po piorunową strzałkę podczas burzy nie sięgali jednak mieszkańcy Litwy. Ludwik Adam Jucewicz pisał, iż przed skutkami burzy zabezpieczała „Boża Krówka” czyli biedronka „w domu chowana”⁵³.

Jeszcze w XIX wieku „boże pociski” miały znajdować wśród mieszkańców wsi „tysiączne zastosowania”⁵⁴. Na przykład, chłopki wkładały „boże prątki” do dzieży, gdy zabierały się do wypieku chleba wierząc, iż ciasto dzięki obecności „piorunowej strzałki” znakomicie wyrośnie i chleb się uda⁵⁵. Na Mazurach i w lubelskim wierzono, iż obecność „kamienia piorunowego” w kołyskach dzieci, zapewni im bezpieczeństwo i uchroni od uroku i chorób⁵⁶.

Stanisław Spittal zaobserwował, iż na Podolu jeszcze po pierwszej wojnie światowej używano piorunowej strzałki do odczyniania uroków u dzieci. Należało nią potrzeć skronie i czoło dziecka⁵⁷. Z kolei w krakowskim, belemnitom przypisywano zdolność usuwania bólów głowy⁵⁸.

Czy faktycznie „piorunowe strzałki” znajdowały „tysiączne zastosowania”? Z zebranego materiału nie można wyciągnąć takiego jednoznacznego wniosku (tab. I). Opisujący bardzo drobiazgowo lecz-

⁵² M. Toeppen, op. cit., s. 400.

⁵³ L. A. Jucewicz, op. cit., s. 129.

⁵⁴ I. Piątkowska, *Z życia ludu...*, op. cit., s. 495.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Ibidem; M. Toeppen, op. cit., s. 399; O. Kolberg, *Lubelskie*, op. cit., s. 78.

⁵⁷ S. Spittal, op. cit., s. 149.

⁵⁸ S. Ulanowska, op. cit., s. 530.

nictwo ludowe północnej Białorusi Franciszek Wereńko, nie wymienił strzałki piorunowej jako remedium na jakąkolwiek chorobę⁵⁹. Podlasiainin, ksiądz Adolf Pleszczyński (1841-1925), omawiając lecznictwo dotyczące okolic Międzyrzecza, wspomniął o piorunowej strzałce zaledwie jeden raz⁶⁰. Julian Talko-Hryncewicz w prawie 500 stronicowej pracy poświęconej lecznictwu na Rusi pisał dwukrotnie o stosowaniu piorunowej strzałki⁶¹.

W roku 1892 Max von Toeppen odnotował: „Jako rodzaj amuletów używane były, przynajmniej jeszcze w wieku zeszłym, tak zwane strzałki piorunowe”⁶². Pomimo, iż urodzony w Królewcu, wybitny badacz kultury ludowej i historii Mazurów zamieszkiwał w Olsztynku, w Kwidzynie i w Elblągu⁶³, wynika z tego, iż sam już nie zaobserwował stosowania przez tamtejszą ludność „piorunowych strzałek”, poza wypadkiem kładzenia ich na stole podczas burzy. Można odnieść wrażenie, iż na Mazurach w końcu XIX wieku zwyczaj ich używania zanikał. Tymczasem inni badacze kultury ludowej podawali informacje o „piorunowych strzałkach” w czasie teraźniejszym.

Zamieszkała w Smardzewie nieopodal Sieradza Ignacya Piątkowska⁶⁴ napisała: „Temu samemu kamieniowi przypisują także własności lecznicze. Naskrobawszy go na zieloną miskę, podają choremu

⁵⁹ F. Wereńko, op. cit., s. 99-228.

⁶⁰ A. Pleszczyński, *Bojarzy Międzyrzeccy. Studium etnograficzne*, Warszawa 1892, s. 111.

⁶¹ J. Talko-Hryncewicz, op. cit., s. 141, 189.

⁶² M. Toeppen, op. cit., s. 399.

⁶³ K. Lohmeyer, *Max Toeppen*, Königsberg 1894, s. 3-4.

⁶⁴ Strona Komisji Historii i Tradycji Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Turystyczno-Krajoznawczego, <http://khit.pttk.pl> – dostęp 3 marca 2013.

z wódką i to ma leczyć wszelkie dolegliwości bez wyjątku, przyczem nieodzowne są jednak tajemnicze formuły a zwłaszcza następujące zaklęcie znachorów:

»Gdy usłyszę dzwon kościelny,
Chorobo, przepadnij się;
Gdy usłyszę śpiew skowronka,
Chorobo, przepadnij się«

i tak do dziewiątego razu”⁶⁵. W innym artykule podawała, iż piorunowej strzałki używano w leczeniu febry (zimnicy) oraz w leczeniu ran⁶⁶.

Nie wszędzie jednak traktowano piorunową strzałkę jako panaceum. Pierwszoplanowym lekiem w opatrywaniu ran w okolicach Dobrzynia był chleb zmieszany z pajęczyną i nieosolonym tłuszczem, mniej powszechnie skaleczenia zasypywano „proszkiem oskrobany z bożego prątką”⁶⁷, jak podawał Aleksander Petrow (1847-1905).

Piorunowe strzałki stosowano jako jeden z leków w leczeniu tzw. „poderwania” – dolegliwości spowodowanej przeciążeniem pracą. Zazwyczaj w mniemaniach ludowych schorzenie występowało na skutek podnoszenia zbyt ciężkich przedmiotów. „Od tejże choroby leczy strzałka piorunowa utarta w wódce cieńszym swym końcem, t. j. tym, którym prawdopodobnie tkwiła w ziemi. – Gdy wódka od tego zaczer-

⁶⁵ I. Piątkowska, *Z życia ludu...*, op. cit., s. 495-496.

⁶⁶ I. Piątkowska, *Poszukiwania...*, op. cit., s. 466.

⁶⁷ A. Petrow, op. cit., s. 139.

wieni się, to wówczas choremu pomoże” – pisał Izydor Kopernicki (1825-1891), opierając się na materiałach nadesłanych z Wołynia⁶⁸. Zaprzyjaźniony z profesorem Kopernickim Oskar Kolberg podawał, iż na Lubelszczyźnie „Znalezioną strzałkę piorunową zachowują starannie po niektórych domach, jako środek przeciw urokom i boleści brzucha, a szczególnie przeciwko otrząśnieniu (jak oni mówią); pociera się nim z góry na dół, miejsce cierpienia”⁶⁹. Kolberg powoływał się również na relację z Wielkopolski na temat leczenia poderwania, nie sposób jednak jednoznacznie ocenić, czy miał na myśli właśnie strzałkę piorunową (wydaje się, że jednak przytaczał środki mniej pewne, w miejsce strzałki stosowane). „Jak się kto oberwie, to utremy (utrzymamy) kamyszek czarny (...) na dónicy lub na misce białej (bo na zielonej nie chce puszczać), na której mléka żdziebko wlane. Potem cochrze (trze) się to mocno, i zrobi się to milko czerwoniuskie jak krew, a wtedy sie sleje (zleje) w gárnyszek półkwartowy, zagotuje się, wleje się na to masła abo smalcu, abo tłustego i da się ciepło wypić choremu. Daje się zwykle trzy razy po półkwartowym garnku. (...) Zamiast masła, może służyć smálec, abo jaźwi tłuszcz (z borsuka) abo sadło. Zamiast mléka można użyć piwa. Jeśli się łatwo (r)ozpuści, to pomoże, a jak trudno, to nie pomoże”⁷⁰. O używaniu kamyczka piorunowego, jako leku na poderwanie w Wielkopolsce pisał również Otto Kno-

⁶⁸ I. Kopernicki, *Przyczynek do etnografii ludu ruskiego ma Wołyniu z materyjałów zebranych przez p. Zofiję Rokossowską we wsi Jurkowszczyźnie w pow. Zwiąhelskim*, ZWAK 1887, t. 11, cz. 3, s. 214; J. Talko-Hrynciewicz, s. 170.

⁶⁹ O. Kolberg, *Lubelskie...*, op. cit., s. 78.

⁷⁰ O. Kolberg, *W. Ks. Poznańskie...*, op. cit., s. 158-159.

op: „... leją piwo do garnka glinianego, mieszają strzałką piorunową tak, aby stopniowo cała się zmaczała, potem dodają masła, gotują z piwem i dają pić choremu”⁷¹.

Pisząca o mieszkańcach okolic Kalisza Melania Parczewska (1850-1920), również zwróciła uwagę na stosowanie „strzałki piorunowej”. „W ospie trzymają chorego ciepło, dają pić kwiat bzu; jeżeli twarz po ospie się pryszczy, trzeba ją pocierać kamieniem, bardzo trudnym do nabycia, który spada na ziemię w chwili uderzenia piorunu”⁷².

„Burak (*Beta vulgaris*), osobliwie ćwikłowy, z którego sok z octem, miodem do płukania gardła, roztarty ze śmietaną i posypany piorunową strzałką na okłady, niszczy dzikie mięso”⁷³ – napisał o przekonaniach Podlasiaków ksiądz Adolf Pleszczyński. Okazuje się, że znacznie bardziej prozaiczną przypadłość, jaką był reumatyzm, też można było leczyć strzałką piorunową: „na łamanie w kościach uskrać piorunowej strzałki i pić z wódką, następnie obkurzyć się nią na krzyż, do trzech razy ustanie”⁷⁴ – donoszono spod Lwowa.

Michał Zieleniewski (1821-1896) twierdził, iż używano kamieni piorunowych przy „pracowitym porodzie”: „...prawdziwy kamień piorunowy pod kolanem trzymać nakazują, pod prawem na chłopca, pod lewym na dziewczynkę, a jeśli nie pomaga, to wina w przeoczeniu

⁷¹ O. Knoop, op. cit., s. 721.

⁷² M. Parczewska, op. cit., s. 344.

⁷³ A. Pleszczyński, op. cit., s. 111.

⁷⁴ M. Ketlicz, *Lecznictwo ludowe*, „Lud” 1902, R. 8, z. 1, s. 57.

płci”⁷⁵. Julian Talko-Hryncewicz zaobserwował na Ukrainie, iż belem nity stosowano w celu usunięcia u małych dzieci tzw. „przestrachu” nabytego na skutek przerażenia grzmotami i piorunami: „... wówczas znachor musiał naskrobać odrobinę »strzałki piorunowej« i podawał przełkniętemu do wypicia”⁷⁶.

Piorunowe strzałki stosowano także do leczenia zwierząt. Na Mazurach krowom, które dawały „krwawe mleko” przykładano do wymion piorunowy klin⁷⁷, natomiast niedaleko Lwowa zalecano „Na bilmo (na oczach) u koni zasypywać skrobaną strzałką piorunową”⁷⁸. Podobne sposoby leczenia „zaciągu” stosowano ma Kujawach⁷⁹, a złotych u koni pod Sieradzem⁸⁰.

Tab. 1. Używanie piorunowych strzałek w zapobieganiu i leczeniu schorzeń u ludzi i zwierząt na dawnych ziemiach polskich w okresie zaborów

Lp.	Nazwa choroby	Region	Autor informacji
1	Bielmo (bilmo) na oczach koni	Ukraina	M. Ketlicz
2	Boleści (nie sprecyzowane)	?	A. Gieysztor
3	Ból głowy	krakowskie	S. Ulanowska
4	Bóle brzucha	Lubelszczyzna	O. Kolberg
5	Choroby oczu u ludzi i zwierząt	?	A. Gieysztor
6	Dzikie mięso	Wielkopolska	O. Knoop
7	Dzikie mięso	Podlasie	A. Pleszczyński
8	Febra (zimnica)	ziemia sieradzka	I. Piątkowska
9	Krwawe mleko u krów	Mazury	M. Toeppen
9	Łamanie w kościach	Ukraina	M. Ketlicz

⁷⁵ M. Zieleniewski, *O przesądach lekarskich naszego ludu*, Kraków 1845, s. 24.

⁷⁶ J. Talko – Hryncewicz, op. cit., s. 141.

⁷⁷ M. Toeppen, op. cit., s. 399.

⁷⁸ M. Ketlicz, op. cit., s. 57.

⁷⁹ K. Krynicki, *Z powiatu Nieszawskiego – z notat weterynarza*, „Wiśła” 1897, t. 11, z. 1, s. 107.

⁸⁰ I. Piątkowska, *Poszukiwania...*, op. cit., s. 466.

Lp.	Nazwa choroby	Region	Autor informacji
10	Oberwanie	Wielkopolska	O. Kolberg
11	Ospa	Wielkopolska	M. Parczewska
12	Otrząśnienie	Lubelszczyzna	O. Kolberg
13	Pleśniawki	Wielkopolska	K. Köhler
14	Poderwanie	Wołyń Ukraina Wielkopolska	I. Kopernicki J. Talko-Hryncewicz O. Knoop
15	Połów (gorączka połogowa?)	?	A. Gieysztor
16	Poród „pracowity” (trudności w trakcie porodu)	krakowskie	M. Zieleniewski
17	Przestach spowodowany grzmotami	Ukraina	J. Talko-Hryncewicz
18	Rany	ziemia dobrzyńska ziemia sieradzka	A. Petrow I. Piątkowska
19	Urok	ziemia sieradzka Mazury Lubelszczyzna Podole ?	I. Piątkowska M. Toeppen O. Kolberg S. Spittal A. Gieysztor
20	Utrata mleka u krów	?	A. Gieysztor
21	Wszystkie choroby (panaceum)	ziemia sieradzka	I. Piątkowska
22	Zoły u koni	ziemia sieradzka	I. Piątkowska

Aleksander Gieysztor w „Mitologii Słowian” pisał, iż: „Używa się strzałek piorunowych w leczeniu chorób oczu, boleści, od uroku, przy połogu”, niestety nie sprecyzował, skąd zaczerpnięte zostały te informacje. Twierdził, iż zwyczaj ich używania jeszcze nie zanikł⁸¹.

W celach leczniczych używano „bożych prątków” na różne sposoby – pocierano przedmiotem bolące miejsce, wrzucano do napoju, najczęściej piwa lub wódki, bądź skrobano piorunową strzałką i uży-

⁸¹ A. Gieysztor, *Mitologia Słowian*, Warszawa 1982, s. 65. A. Gieysztor powoływał się na pracę W. Kupiszewskiego, *Słownictwo meteorologiczne w gwarach i historii języka polskiego*, Warszawa-Kraków 1969.

skanym proszkiem zasypywano skaleczenia, rogówkę oka lub dodawano go do składu lekarstw. „Nie mają one żadnych lekarskich skutków, i owszem prędzej zaszkodzić choremu mogą i dla tego nie powinniśmy używać ich ani sami, ani drugim onych doradzać”⁸² – oburzał się jeszcze przed powstaniem styczniowym Telesfor Szpadkowski (1817 – 1903).

Pół wieku później Maria Czaplicka (1884-1921), znana potem ze swoich badań nad szamanizmem, na łamach „Ziemi”, przytaczając afrykańskie znaleziska, apelowała, by czytelnicy pisma włączyli się do poszukiwania odpowiedzi na pytania: „Jak dalece piorun i »strzałka piorunowa« są w wierzeniach naszego ludu przyczyną i skutkiem? Jak dalece »strzałka piorunowa« oraz piorun jest otaczany czcią? W czym się ta cześć zaznacza; czy w zabobonnym strachu przed tym kamieniem czy przeciwnie w sympatii dla niego? Jakie geograficzne rozprzestrzenienie »strzałki piorunowej« na ziemiach polskich wyznaczyć możemy?”⁸³. Niestety, nie zajęto się tym problemem - ani czytelnicy, ani redakcja „Ziemi” nie okazali większego zainteresowania przebrzmiałym już nieco zagadnieniem „piorunowych strzałek”. Rok później ukazała się jedynie niewielka notatka: „Pamiętam, że przed laty 30 rozwożono po wsiach Podlasia glinę białą, kredową, ulepioną w kule wielkości główek kapusty, którą nabywano do bielenia domów. W rozczywie przygotowanym do bielenia znajdowano owe »strzałki piorunowe«. Przypuszczam więc, że ten niegdyś domokrażny handel

⁸² T. Szpadkowski, *Strzałki piorunowe*, „Czytelnia Niedzielnia” 1861, nr 44, s. 351.

⁸³ M. Czaplicka, *Piorun w wierzeniach różnych ludów*, „Ziemia” 1912, R. 3, nr 48, s. 770.

przyczynił się najbardziej do rozpowszechnienia belemnitów jako strzałki piorunowej po całym kraju”⁸⁴ – pisał P. Przesmycki na łamach „Ziemi”.

Nie wydaje się, by „domokrażny handel” przyczynił się do rozpowszechnienia strzałek piorunowych na terenie ziem polskich, gdyż doniesienia o ich stosowaniu są znacznie starsze. Masowe spotykane belemnitów w dostarczanej glince raczej spowodowały, że przestano je traktować jako coś wyjątkowego. Rzadko dotąd spotykany „kamień z nieba” utracił swoje cudowne właściwości, z *sacrum* stając się *pro-fanum*. Wkrótce też nastąpiła era piorunochronów. O „piorunowych strzałach”, „latawcach”, czy „planetnikach” zapomniano.

Streszczenie

Gromy i grzmoty wśród dziewiętnastowiecznych mieszkańców wsi budziły zrozumiałe przerażenie. Chłopi w XIX wieku pojmowali piorun materialnie, jako pocisk zsyłany przez „siły wyższe” na ziemię. Wierzenia związane ze starodawnymi, gromowładnymi bogami (Perunem, Perkunem i Thorem), pomimo chrześcijaństwa nadal w XIX wieku nie zanikły. Grzmot i piorun bardzo różnie interpretowano, mieszając wierzenia chrześcijańskie z wcześniejszymi. Na terenach dawnych ziem polskich istniało przekonanie, iż „planetnicy”, pojmowani zazwy-

⁸⁴ P. Przesmycki, notatka z rubryki *List do Redakcji*, „Ziemia” 1913, R. 4, nr 1, s. 13. Być może był to Piotr Przesmycki (1869-1942), geolog z Kielc, którego rodzina wywodziła się z okolic Sokołowa Podlaskiego.

czas jako błogosławione dusze zmarłych, przeciągali chmury na niebie, lecz również ich obowiązkiem było polowanie za pomocą „piorunowych strzałek” na tzw. „latawce” – twory postrzegane w zależności od regionu, jako duchy nieochrzczonych dzieci, czy dusze noworodków zamordowanych przez matki, a nawet gady, czy ptaki. Zadaniem latawców było wskazanie miejsca, gdzie miał uderzyć piorun. „Piorunowe strzałki” traktowano jako pochodzące od sił nadprzyrodzonych „spady” z nieba i w związku z tym przypisywano im cudowne właściwości. Stanowiły amulet chroniący przed piorunami i pożarem, opiekowały się dziećmi, by ich nie zauroczono, ale również używano ich w leczeniu szeregu chorób u ludzi i bydła, co w przypadku chorób oczu powodowało poważne powikłania. Najczęściej za „piorunowe strzałki” brano belemnity (kopalne pozostałości głowonogów), czy fulguryty (stopiony na skutek uderzenia pioruna piasek), niemniej na terenach północno-wschodnich dawnych ziem polskich za „piorunowe strzałki” uważano neolityczne narzędzia, głównie siekierki, a południowych krańcach - stalaktyty. Jak się wydaje, dopiero masowe pojawianie się „strzałek” (belemnitów) w glince przeznaczonej do malowania domów w niektórych regionach dawnej Polski spowodowało, iż ich znacząca rola w medycynie ludowej wydatnie się zmniejszyła.

Praca zawiera 32 875 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

Spis autorów

Bażant Katarzyna 9, 199

Beck Oliwia 167, 183

Bryłka Krzysztof 9, 199

Cichá Martina 33

Czarnocki Łukasz 9 199

Felchner Andrzej 53

Felsmann Mariusz Zbigniew 73

Felsmann Mirosława 73, 109, 237

Gizelbach-Żochowska Karolina 133, 151

Gulczyński Jacek 133, 151

Harat Aleksandra 167, 183, 299, 331

Harat Maciej 167, 183

Hermann Blanka 133, 151

Iżycka-Świeszewska Ewa 133, 151

Kołodziejewski Paweł 9, 199

Knysak Alicja 109

Korpalska Walentyna Krystyna 217

Kosobucka Agata 109, 237

Kowalik Tomasz 365

Lewandowski Andrzej 265, 391

Majchrzyk-Mikuła Joanna 263

Marzec Paulina 9, 199

Michalski Mirosław Mariusz 283

Remplewicz Jan 365, 391

Rogała Dorota 167, 183, 299, 331

Sarwińska Jadwiga 391

Skinder Żaneta 167, 183, 299 331

Srokowska Anna 365, 391

Srokowski Grzegorz 365, 391

Stępkowska Justyna 365

Ślusarczyk Wojciech 417

Śmiglewska Mirosława 391

Turkiewicz Paulina 73, 109

Wdowiak Liliana 451, 485, 519

Wysokiński Paweł 519

ERRATA

do monografii Dawna Medycyna i Weterynaria „*Pacjent*” z 2011 r.
ISBN 83-919037-2-9

- strona 54 wiersz 15 - jest: " "niemocą św Walentego" (18).", powinno być: " "niemocą św Walentego" (18, 22)."

- strona 56 wiersz 8 - jest: "nawozem (14).", powinno być: "nawozem (14, 22)."

- strona 68 powinno być w ostatnim wierszu piśmiennictwa:

22. *Błaszczyk B.*: Historia leczenia padaczki od zarania dziejów ludzkości do dnia dzisiejszego. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej* 2006: 3: 215-221.