

POJĘCIE ZDROWIA, CHOROBY I CIELESNOŚCI W WIEJSKIM POSTRZEGANIU ŚWIATA PO 1945 ROKU, CZYLI O ZMIANACH MENTALNOŚCI NA WSI POLSKIEJ

EWELINA SZPAK

„W mojej [...] wsi można widzieć popiół, sadzę wyrzuconą na drogę jako nieużytek, gnojówkę spuszczoną na drogę; gazet prawie nikt nie prenumeruje, w domach brudastwo, nikt nie ma pojęcia o bakteriach; studnia, o ile tak ją można nazwać, jedna na kilka domów. Podłogi się w domach rzadko kiedy myje, starsi (mądrzejsi) umią na podłogę smarknąć, plunąć, itp. Wiadra się potem stawia na podłodze, idzie, nabiera się nimi wodę we wspólnej studni. Rzeczywiście dno się opłukuje, a kto inny opłuczyny zjada. Nic też dziwnego, że jak wybuchnie choroba, szerzy się na całej wsi [...]”¹. Ta pochodząca z początku okresu powojennego relacja na temat wiejskich warunków higienicznych została przytoczona przez jednego z mieszkańców kieleckiej wsi. Niezwykle sugestywnie rysował on stosunek swych sąsiadów do zagadnienia higieny. Sam fakt pojawienia się tak skonstruowanego opisu pod koniec lat czterdziestych XX wieku świadczył o obserwowanym już w tym czasie zróżnicowaniu higienicznej świadomości wśród jednej i – jak w przypadku cytowanego – niewielkiej społeczności.

Postawa narratora, charakteryzująca się pewną świadomością zdrowotną, należała wówczas na wsi do rzadkości². Reportaże i artykuły prasowe z przełomu

* Niniejszy artykuł jest skróconą wersją jednego z rozdziałów rozprawy doktorskiej pt. *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*, przygotowanej na Wydziale Historycznym UJ pod kierunkiem prof. dr. hab. Andrzeja Chwalby, obronionej w 2010 r. Projekt badawczy został zrealizowany w ramach grantu promotorskiego NN108 174334, sfinansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w latach 2008–2009.

¹ *Wieś polska 1939–1948. Materiały konkursowe*, opr. K. Kersten, T. Szarota, t. 2, Warszawa 1968, s. 80.

² Cf. D. Jarosz, *Obraz chłopca w krajowej publicystyce czasopiśmienniczej 1944–1959*, Warszawa 1994, s. 46.

lat czterdziestych i pięćdziesiątych podkreślały bardzo często katastrofalny stan higieny i zdrowia mieszkańców wsi, przyczyn upatrując przede wszystkim w zarzucanym chłopom skrajnym zacofaniu i ciemnocie³.

Tymczasem to nie tylko i wyłącznie powszechna na wsi bieda czy też opisywana przez cytowanego chłopą mikrobiologiczna niewiedza warunkowały niehigieniczne zwyczaje. To również nie tylko brak wyobraźni decydował o opisywanych przez niego zachowaniach. Te ostatnie stanowiły bowiem efekt charakterystycznego sposobu kategoryzowania wiejskiego świata, typowego dla z reguły odizolowanych świadomościowo i przestrzennie wsi rejonów wschodnich. Oparty na odrębnych „środowiskowych” kategoriach był on sprzeczny – pod wieloma względami – z rozwijającym się równocześnie poza wsią dyskursem publicznym (medycznym). W oba te systemy wpisywały się bowiem inne sposoby postrzegania i definiowania ludzkiego ciała, które w konsekwencji decydowały o zróżnicowanym w obu środowiskach sposobie postrzegania fenomenu zdrowia i choroby.

Wiejskie podejście do ciała i własnej cielesności, jako niezwykle ważny aspekt mentalności⁴, ulegało dość dynamicznej zmianie w drugiej połowie XX wieku. Jej dostrzeżenie i zrozumienie niemożliwe są jednak bez odniesienia do zespołu zróżnicowanych wyobrażeń i zachowań wiejskich z przełomu XIX i XX wieku.

³ Ibid.

⁴ George Duby mentalność definiuje jako system ruchomych obrazów, wyobrażeń, osądów, odmiennie uporządkowanych w różnych środowiskach społecznych i decydujących o danym sposobie bycia, postawach. *Vide: G. Duby, B. Geremek – wspólne pasje, rozmowę przeprowadził Philippe Sautouy*, Warszawa 1995

s. 55). W prowadzonych przeze mnie badaniach nawiązuję do definicji Duby’ego, na poziomie konceptualizacji odwołuję się natomiast do propozycji amerykańskiego historyka Patricka H. Huttona, łączącego w swej metodologicznej refleksji nad mentalnością zarówno podejście francuskie, jak i amerykańskie (*New Cultural History*). Według niego, niezależnie od tego, jak zdefiniowane zostaje pojęcie mentalności, na poziomie praktyki badawczej jego analiza sprowadza się do rozpatrywania „stosunku (attitudes) zwyczajnych ludzi do ich życia codziennego”. Zasadniczą bazą dla tak prowadzonych badań są więc pojęcia, wyobrażenia i nastawienia danej grupy do takich sfer życia codziennego, jak: czas, przestrzeń, dzieciństwo, cielesność, rodzina, śmierć, relacje władzy itp. Sfery te – jako najsilniej determinujące kształt intersubiektywnych relacji, sposobów działania i konstruowania znaczenia własnej osoby (grupy) w otaczającym świecie – w szczególności sposób odzwierciedlają też kondycję mentalną zbiorowości. *Vide: P.H. Hutton, The History of Mentalities. The New Map of Cultural History, „History and Theory”, 1981, t. 20, s. 237–259.*

PUNKT WYJŚCIA – DAWNE POSTRZEGANIE CIAŁA

Tradycyjne wiejskie postrzeganie ciała i cielesności w dużej mierze zostało zdominowane dwiema nadrzędnymi w hierarchii wiejskiej wartościami, jakie stanowiły praca i religijność. Ciało z racji charakteru wykonywanych na wsi czynności było od wieków przede wszystkim niezbędnym „narzędziem pracy”. Orka, bronowanie, żniwa, młocka, karmienie czy też dojenie inwentarza, obrządek i podobne czynności wymagały sprawności fizycznej. Niezbędna była także odporność na niewygodę, wielogodzinny wysiłek, okresowy głód, chłód czy brud. Zdrowe i sprawne ciało – z racji swej użyteczności – to warunek *sine qua non* wiejskiej egzystencji. W swej istocie – wyglądzie i działaniu – stanowiło jednak obszar owianej wieloma zakazami tajemnicy.

Ciało jako takie nie było więc przedmiotem refleksji i pielęgnacji. Dbałość o nie ograniczała się wyłącznie do utrzymania go w umożliwiającej pracę sprawności i gotowości. W przypadku biedniejszych chłopów – małorolnych i bezrolnych – zewnętrzny stan ciała stanowił kwestię zupełnie drugorzędną. Najlepszym tego przykładem był brak zębów czy też kołtun, jako skutek nieużywania mydła i grzebienia. Choć mógł być postrzegany w kategoriach dyskomfortu i potencjonalnego zagrożenia nie stanowił przeszkody w wykonywaniu gospodarskich prac. Urodzona w 1920 roku mieszkanka rzeszowskiej wsi tak wspominała: „byłam ciągle głodna, bosa, źle odziana, zawszona [...] gdy na głowie zrobił mi się kołtun, babka nie dała obciąć, bo się gościec sprzeciwi i zrobi ze mnie kalekę. Dopiero nauczycielka zmusiła ich, żeby obcięli włosy i umyli głowę”⁵.

Pielęgnacja, zainteresowanie własnym ciałem, przekraczające ograniczoną do utrzymania stanu jego używalności społeczną normę, nie mieściły się bowiem często w wyobraźni i światopoglądzie chłopów przełomu XIX i XX wieku. Przeniknięte kategoriami religijno-magicznymi ówczesne chłopskie widzenie świata wszelkie sprawy związane z ciałem i seksualnością obejmowało ścisłym tabu⁶. Przekraczanie czy też łamanie go, podobnie jak w przypadku każdego

⁵ *Czyste wody moich uczuć*, red. B. Tryfan, Warszawa 1975, s. 212–213. Kołtun zwany był też goźdzcem, gwoźdzcem lub pliką. Wierzone, że mieszkają w nim choroby, najczęściej dziewięć, a jego obcięcie powodowało, że atakowały nosiciela. Skręcenie się kołtuna było procesem długim i baczono, by przebiegał bez przeszkód, włosy polewano dla ułatwienia skręcania różnymi lepкими miksaturami i gdy się ostatecznie uformował, zniknęły wszelakie dolegliwości. *Vide*: S. Mancewicz, *Przeczytałem w... Kołtun w medycynie ludowej*, <http://miasta.gazeta.pl/krakow/1,42699,2266009.html> data dostępu: 15.03.2012

⁶ *Vide*: <http://jazon.hist.uj.edu.pl/zjazd/materialy/medrzecki.pdf> data dostępu: 15.03.2012 W. Mędrzecki, *Intymność i sfera prywatna w życiu codziennym i obyczajach rodziny wiejskiej w XIX i w pierwszej połowie XX wieku*, [w:] *Rodzina – prywatność – intymność: dzieje rodziny*

innego tabu, było odbierane przez otoczenie z dużą podejrzliwością i zaniepokojeniem, narażało na marginalizację lub odrzucenie.

Chorobę natomiast była rozumiana jako niesprawność ciała do wykonywania codziennych prac i dyskwalifikowała w zakresie zwyczajowych obowiązków wiejskich. Niemożność pracy, a więc niepraca, obniżała natychmiast status danej jednostki w systemie życia rodzinnego i społecznego. Tym samym też warunkowana chorobą gospodarska bezużyteczność stanowiła w ówczesnym systemie wartości największą hańbę i wstyd. Ten ostatni dodatkowo wzmacniało przekonanie o zewnętrznej i zwykle zasłużonej przez jednostkę (lub, zgodnie z zasadą rodzinnej odpowiedzialności, jej bliskich) przyczynie chorobowej niesprawności. W wypracowanym przez pokolenia wiejskim światopoglądzie przyczyn choroby upatrywano bowiem w kontakcie człowieka z „innym przedmiotem lub zjawiskiem, które uznano za nieczyste lub objęte tabu” (czary, istoty demoniczne, działania magiczne itp.). Choroba utożsamiana z mocą magiczną lub ponadludzką – jak twierdzą badacze kultury wsi – zawsze miała bowiem swoją przyczynę i znaczenie⁷. Mogła być „znakiem gniewu bóstwa bądź potwierdzeniem niezwykłego «upodobania sobie chorego» [mogła być – przyp. E. Sz.] dziełem złych demonów (czy też czarów), efektem szkodzącego działania wymierzonego przeciw konkretnemu człowiekowi bądź znakiem szczególnym wartości przez niego reprezentowanych”⁸.

W takim „tradycyjnym” czy magiczno-religijnym i znamionym dla społeczności niewykształconych ujęciu rzeczywistości choroba nie była więc bezpośrednią konsekwencją stylu i jakości życia, i wobec tego nie była też powiązana w żaden sposób z codziennym świadomym zanieczyszczaniem i niemyciem ciała. Jej pojawienie się wiązano bowiem z zewnętrzną siłą bądź konkretnym i intencjonalnym działaniem. Tak uproszczona koncepcja choroby odcinała jej przyczyny od ciała, ale niekoniecznie już od związanych z cielesnością (i tabu) norm społecznych.

Myślenie to, wpisując się w treść tabuizującej ciała „biblii ludowej”, przekazywane było z pokolenia na pokolenie i funkcjonowało w sferze oczywistości oraz spontanicznych reakcji⁹. Utrudniało też w początkach XX wieku wielu niepiśmiennym i niewykształconym często mieszkańcom wsi zrozumienie

polskiej w kontekście europejski: zbiór studiów, red. D. Kałwa, A. Walaszek, A. Żarnowska, Warszawa 2005, s. 115. O znaczeniu pojęcia tabu *vide*: P. Lachman, *Tabu(la)rasa*, „Borussia: kultura, historia, literatura”, 2005, nr 37, s. 21–29. *Vide* także: J.S., Wasilewski, *Tabu. Zakaz magiczny. Nieczystość*, cz. 1, „Etnografia Polska”, 1987, t. 1, nr 31, z. 1, s. 19–40.

⁷ P. Kowalski, *Kultura magiczna: omen, przesąd, znaczenie*, Warszawa 2007, s. 12.

⁸ *Ibid.*, s. 55.

⁹ Doskonale takie funkcjonowanie określa Piotr Lachman: „zakazy tabu są pozbawione wszelkiego uzasadnienia; są niewiadomego pochodzenia; dla nas nieopojęte, dla tych jednakże,

znaczenia warunków sanitarnych (np. tzw. sławojek)¹⁰, propagowanych przez działaczy higienizacji, tak samo jak i znaczenia roli codziennej dbałości o ciało.

Utożsamianie choroby z fatum bądź grzechem i karą nie oznaczało jednak, że nie wykształcono odpowiadających im sposobów przeciwdziałania oraz że nie stworzono wpisującej się w wiejski światopogląd alternatywnie pojętej „higieny”. Jeśli bowiem przyjmujemy, że jej nadrzędną rolą jest zapobieganie problemom zdrowotnym, to w dużym stopniu przejawy takich zachowań dostrzeżemy także w wielu tradycyjnych praktykach wiejskich, na które składał się opisywany przez antropologów zespół magiczno-rytualnych zabiegów ochronnych (apotropeicznych). Zabiegi te, wpisując się w funkcjonujący na wsi zespół przekonań, były czynnościami chroniącymi i zabezpieczającymi ciało (i duszę) przed wpływem i mocą sił mogących w przekonaniu ich wykonawców, wywołać chorobę lub nieszczęście. Na swój magiczno-rytualny sposób stanowiły więc zespół praktyk prewencyjnych i prozdrowotnych.

NOWA WIEDZA I NOWE ZWYCZAJE – CZYLI ŚCIERANIE SIĘ RÓŻNYCH MENTALNOŚCI

Tak zarysowane kategorie wiejskiego myślenia o ciele, zdrowiu i chorobie już w drugiej połowie XIX wieku ulegały okresowemu lub sytuacyjnemu zde-rzaniu się z bardziej zmedykalizowanym myśleniem, rozwijającym się powoli w miastach i zamożnych środowiskach. Korzystanie z fachowej medycznej pomocy wciąż jeszcze w początkach XX wieku należało na wsi do rzadkości, ale co należy podkreślić, sytuacja w dużym stopniu była uzależniona od regionu. Najlepiej przedstawiała się na ziemiach zachodnich (Wielkopolska, Pomorze), gdzie wraz z początkiem XX wieku tworzone terenowe stacje sanitarne, które swym zakresem i działalnością obejmowały także tereny wiejskie¹¹. Jednak i tam, jak pokazywał Zbigniew Libera, w latach trzydziestych silna była nieufność do lekarzy¹². Na pozostałych obszarach mieszkańcy wsi po pomoc medyka zwracali się rzadko i jeśli już, to zwykle w sytuacjach ostatecznych, a więc gdy do bezradności przyznawały się lokalne znachorskie „autorytety”. Zbyt późna inter-

którzy są pod ich władzą są czymś oczywistym. W tabu nie trzeba wierzyć, aby je przestrzegać” (idem, *Tabu(la)rasa...*, s. 28).

¹⁰ Sławojka – rodzaj ubikacji; zwykle niewielka, od wewnątrz zamykana, budka wolno stojąca.

¹¹ S. Kosiński, M. Jarosz, *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, [w:] *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce*, t. 2, *Wiś*, Lublin 1995, s. 170

¹² Z. Libera, *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX i XX wieku*, Wrocław 2003, s. 236

wencja lekarska, pomimo podejmowanych prób, najczęściej kończyła się zgonem chorego. W przekonaniu mieszkańców to jednak często nie ta zwłoka, a podawane przez lekarza „trujące proszki” i „niewłaściwe działania” były uznawane za główną przyczynę śmierci¹³. Smutne doświadczenia kontaktu z instytucją szpitala i obwinianie lekarzy nie sprzyjały zmianie wiejskiego nastawienia do kwestii medycznie pojętego zdrowia i ciała. Zjawisko to dostrzegane było wciąż silnie w okresie II RP.

Zapoczątkowane w tym czasie za sprawą działaczy ruchu higienizacyjnego oraz władz państwowych działania (powoływane od 1925 roku powiatowe ośrodki zdrowia, budowa sławojek itp.) w niewielkim tylko stopniu zmieniały stan wiejskich obejść i wiejskiego stosunku do ciała. Próba narzucanego odgórnie znaczenia pojęć czystości, brudu i higieny, pomimo wysiłków, nie trafiła szybko na podatny grunt – do przekonania i mentalności ówczesnej ludności wiejskiej. Wciąż nie zgadzała się z opisanym wyżej – niezwykle opornym na zmianę – sposobem myślenia i wyobraźnią. Brak zrozumienia celowości wprowadzanych zmian sprawiał, że narzucane odgórnie nakazy – jak choćby ten dotyczący stawiania ustępów – kojarzyły się chłopom wyłącznie z przmusem zewnętrznym. Bardzo znamienne zjawisko to opisywał w swym pamiętniku jeden z głównych międzywojennych inicjatorów poprawy sytuacji sanitarnej na wsi – Felicjan Sławoj-Składkowski: „Wracałem w pogodny wieczór majowy ze starostą powiatu ciechanowskiego [...]. Starosta podszedł do gospodarza i po paru chwilach przyciszonej rozmowy doszło do mnie: – Aże z samy Warsiawy jechoł oglądać mój wychodek? [...] Po dłuższych pertraktacjach gospodarz wszedł do chaty, skąd wrócił wkrótce z lampą kuchenną, i przywitawszy się ze mną, poprowadził nas błotnistą ścieżką do sławojki. Przed drzwiami oddał do trzymania lampę staroście, a sam wyjął z kieszeni marynarki dłuto i młotek i począł podważać zabite dużym gwoździem drzwi. Gdyśmy wyrazili nasze zdziwienie z tego powodu, gospodarz, otwierając wejście, powiedział spokojnie: Dzieckom we szkole przewrócili we łbie i nie chcą już chodzić za stodołę ino s... we wychodku. A tu musi być czysto dla komisji. Takem zabił goździem i mom spokój”¹⁴.

Dla opisywanego wyżej chłopca cel budowy wyizolowanego i oddalonego od gospodarskiego podwórza wychodka pozostawał więc nieznanym lub też trudnym do zrozumienia. W jego światopoglądzie wciąż jeszcze nie mieściło się bowiem celowe budowanie i wyodrębnianie pomieszczenia służącego do potrzeb fizjo-

¹³ Ibid.

¹⁴ W.A. Szydłowski, *Sławojka w każdym obejściu*, „Rzeczpospolita” (wydanie online z 27.12.2008), <http://www.rp.pl/artykul/55362,239924.html>, data dostępu: 15.03.2012. Vide także: S. Składkowski, *Kwiatuszki administracyjne i inne*, Warszawa 2005.

logicznych. Ekskrementy jako sfera tabu wiązały się z przestrzenią ulokowaną poza „granicami” domostwa i podwórza. Nie były, jak w przypadku sławojek, częścią utrzymywanego we względnie dobrym stanie systemu gospodarskich zabudowań. Wynikało to z zupełnie innego rozumienia pojęcia brudu i czystości przez niewykształconych i żyjących na co dzień w bardzo skromnych warunkach mieszkańców wsi.

Lubelscy bądź krakowscy chłopci, pracując w oborze, chlewie, na polu lub zwyczajnie na podwórzu, od pokoleń stale stykali się przecież z kurzem, błotem, nieczystościami. Mieszkając jednocześnie z całą wielopokoleniową rodziną w jedno – lub dwuizbowych domach, nierzadko z polepą, w bezpośrednim sąsiedztwie inwentarza, bez elektryczności, a tym bardziej bieżącej wody, wykształcili też warunkowany horyzontem ich wiedzy inaczej pojmowany kanon czystości i porządku.

Po drugiej wojnie światowej poprawa warunków higieniczno-zdrowotnych wsi i walka z opisywaną w kategoriach zacofania i ciemnoty wiejską mentalnością oraz wynikającym z niej stosunkiem do ciała stanowiły jedne z ważniejszych ideologicznych i propagandowych celów polityki lat pięćdziesiątych. Zawierały się one choćby w prowadzonej na masową skalę akcji walki ze znachorami, z zabobonami i tzw. babkami, trudniącymi się na wsi odbieraniem porodów¹⁵. Tworzone od końca lat czterdziestych w obrębie gmin szpitale, ośrodki zdrowia, izby porodowe i poradnie miały zapełniać przestrzeń zarezerwowaną wcześniej dla miejscowych uzdrowiaczy i babek. W istocie w drugiej połowie lat pięćdziesiątych korzystanie z bezpłatnych dla ciężarnych kobiet usług izb porodowych stawało się coraz bardziej powszechne, jednak w przypadku większości wsi indywidualnych w dalszym ciągu kontakt z lekarzem i szpitalem był stosunkowo rzadki. Wynikało to pośrednio z faktu, że gwarantowana pracownikom rolnictwa uspołecznionego i państwowego bezpłatna opieka lekarska nie obejmowała już swym zakresem (do 1972 roku) rolników indywidualnych. Rozwiązanie to było jednym z elementów polityki kolektywizacyjnej. Spełniało niekiedy swą funkcję, gdyż jak pokazują materiały, zdarzały się przypadki, że dostęp do bezpłatnej opieki i leczenia decydował o akcesie chłopca do gospodarstwa kolektywnego¹⁶. Takie postawy oznaczały już jednak rosnące zaufanie chorego do leczenia medycznego. Świadczyły też – logicznie rzecz biorąc – o dokonującej się przemianie w opisywanym wcześniej podejściu. Na ile jednak na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych w rzeczywistości tak wyrażające się zaufanie

¹⁵ *Vide* np. „Służba Zdrowia”, 1951 nr 1, s. 4; „Służba Zdrowia”, 1952, nr 35, s. 4; „Służba Zdrowia”, 1951, nr 26, s. 4.

¹⁶ F.R. – miejscowość M. [woj. zachodniopomorskie].

do opieki medycznej było na wsi powszechne, trudno stwierdzić w oparciu o dostępne materiały. Także fakt, że nowe wsie stanowiły tam nierzadko konglomerat zróżnicowanych pochodzeniowo (regionalnie, etnicznie, a także narodowościowo) społeczności, sprawiał, że dużo rzadziej niż na ziemiach dawnych zwracano się ku – często obcym – znachorom lub uzdrowicielom.

Niewykluczone jednak, że walka z „plagą wiejskich znachorów”, opisywana w prasie medycznej lat pięćdziesiątych – prowadzona zwłaszcza na wschodzie kraju – wcale nie oznaczała, że także i w tamtym rejonie pod wpływem obserwacji i społecznej mobilności nie zmieniała się świadomość zdrowotna mieszkańców wsi. Z materiałów wynika, że odmienne co do kwestii leczenia zdania dzieliły niekiedy bliskich członków jednej rodziny: „gdy siostra zachorowała, matka zawyrokowała, że dziecko jest chore na «przestrach» i trzeba je zawieźć do Serwina. Ojciec – zwolennik rzetelnej wiedzy – zdecydował, żeby dziecko zawieźć do prawdziwego lekarza w powiecie. Rodzice pokłócili się siarczyście. Wola matka zawsze była silniejsza [...]”¹⁷.

Z drugiej strony to, że w niektórych rejonach ziem wschodnich trzymano się o wiele dłużej dawnych sposobów leczenia i zaprzeczających zasadom higieny sposobów traktowania ciała (co często było bezpośrednio powiązane) nie oznaczało jednocześnie, iż czyniono to wyłącznie z przekonania. Istotne znaczenie miała niewątpliwie kondycja materialna wiejskich rodzin, nie zawsze umożliwiająca kosztowny dostęp do opieki lekarskiej, a także niewielka w stosunku do potrzeb liczba wiejskich ośrodków zdrowia¹⁸. Nie zapominajmy też, że lata czterdzieste były okresem rosnących zachorowań na śmiertelne choroby zakaźne (np. błonica, gruźlica, choroby weneryczne, choroba Heinego-Medina), wobec których, do czasu wprowadzenia skutecznej i obowiązkowej szczepionki, bezradna lub nie w pełni pomocna pozostawała także sama medycyna¹⁹. Warto też pamiętać, że zarówno w tym czasie, jak i później poziom wiedzy i skuteczności wiejskich czy prowincjonalnych lekarzy również pozostawał dyskusyjny. Dysponowanie ograniczonymi środkami, presja środowiska wiejskiego, a także

¹⁷ *Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej. Pamiętniki i studia*, t.7, Nowe zawody, Warszawa 1969 s. 138.

¹⁸ W sprawozdaniu z działalności służby zdrowia województwa opolskiego za rok 1953 pisało: „Dotychczasowe rozmieszczenie lekarzy w terenie jest niewłaściwe, gdyż około 90% zamieszkuje w miastach lub osadach fabrycznych. Zauważono też, że ze względu na trudne warunki bytowe młodzi lekarze niechętnie zgłaszają się o przydział pracy [we wsi – przyp. E. Sz.]” (Archiwum Akt Nowych – dalej AAN, *Ministerstwo Zdrowia 1944–1960, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa* nr 1–16, protokoły, załączniki, 1954, sygn: 1/14, s. 106).

¹⁹ Cf. *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964; *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1961–1970*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1973.

często mało pozytywne doświadczenie kontaktu z lekarzem mogły skłaniać do oddania się w ręce lokalnego znachora czy uzdrowiciela.

W rejonach wschodnich, gdzie liczba zasiedziały chłopów była większa, motyw zaufania do wywodzącego się z grona „swoich” lub mieszkającego w sąsiedniej wsi uzdrowiciela tym bardziej nie dziwił. Wyjaśniał on przecież i traktował przyczyny bólu i choroby w znany od wieków sposób, nierzadko – jak w przypadku słynnego na Lubelszczyźnie Serwina – pełniąc swój fach od kilku pokoleń. Wykraczająca poza region sława leczącego sprawiała, że jego terapiom poddawali się mieszkańcy bardzo odległych wsi i województw. W takiej sytuacji duży nakład kosztów usprawiedliwiała przynależność znachora do „swoich”. To bowiem sposób komunikowania się, wyjaśniania przyczyn dolegliwości oraz metod ich leczenia, spełniał najprawdopodobniej (do lat siedemdziesiątych) funkcję kluczową także w stosunku do lekarza. Choroby wiejskie (chłopskie) były od pokoleń opisywane za pomocą zestawu pojęć i znaczeń (pytanie, czy stałego), który w połowie XX wieku był całkowicie pomijany przez medycynę akademicką i jej absolwentów²⁰. Niewiele mówiący i niezrozumiały dla wiejskich pacjentów zestaw łacińskich nazw jednostek chorobowych z pewnością nie wzbudzał zaufania. Sytuację pogarszał proponowany przez medyków zestaw leków i sposobów ich aplikowania²¹. W lecznictwie ludowym – jak wykazywał choćby W. Piątkowski – z uwagi na wspomniane wcześniej utożsamianie choroby ze złem, z karą i siłami zewnętrznymi – ważną rolę odgrywały praktyki magiczno-religijne²². Aprobowane przez chłopów zestawy znachorskich metod leczenia najczęściej pozostawały w zgodności z opisywanymi przez antropologów przekonaniem (o łączności wszystkiego ze wszystkim; zależności człowieka od sił kosmicznych), opierając się na zasadzie opozycji lub analogii²³.

Także charakter bezpośrednich kontaktów odgrywał niebagatelne znaczenie. Opisywany przez chłopów brak życzliwości i wyniosłość lekarzy, wsparty w okresie PRL wzmaganym przez propagandę państwową wyraźnym napięciem miejsko-wiejskim²⁴, wpływał na stosunek względem medyka, wzmacniając

²⁰ Penkala-Gawęcka podkreśla jednak, że jeszcze w początkach XX w. zestaw chorób „uznawanych” przez medycynę ludową był uwzględniany przez medycynę akademicką. Ich wzajemne wpływy były dostrzegane od czasów najdawniejszych. *Vide: ead., Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych*, „Lud”, 1995, t. 78, s. 169–191.

²¹ O problemie tym pisał zresztą w kontekście przełomu XIX i XX wieku Zbigniew Libera. *Vide: id., Znachor w tradycjach...*, s. 235–236.

²² W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne jako sposób interpretacji kultury*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia”, 1999, vol. 34, z. 7, s. 109–111.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Vide: D. Jarosz. „Chłopskość” jako element stygmatyzacji w przestrzeni miejskiej*

przekonanie o jego nieprzynależności do grupy „swoich”. Lekarz jako osoba z zewnątrz, „obcy”, budził też niekiedy lęk i wstyd²⁵. Mimo tych trudności od lat pięćdziesiątych na wsi sukcesywnie obserwowano zmniejszenie się liczby znachorów, babek, kręgarzy, cyrulików czy zielarzy. Niewątpliwie zmiana ta następowała pod wpływem głębokich przemian struktury społeczeństwa wiejskiego (i polskiego), jego rosnącej mobilności i dwuzawodowości, a także zmian w systemie gospodarczym i ogólnodostępnej edukacji. Warto jednak pamiętać o roli odgórnych, administracyjnych działań. Ciekawym tego przykładem, potwierdzającym pośrednio wyżej opisane przemiany, jest charakterystyka lekarza medycyny, który znając realia podlubelskiej wsi lat pięćdziesiątych, pod fałszywym nazwiskiem podjął się zmodyfikowanej praktyki lekarskiej: „Zupełnie inaczej podszedł do ludzi dr Trześniewski. Osiadł w najdalszej wiosce między Lipniakami a Szczuchniami i zaczął udawać znachora, do dyplomu lekarskiego nie przyznawał się. Stosował racjonalną terapię, ale w pewnej znachorskiej modyfikacji. Zapisaną miksturkę trzeba było koniecznie mieszać na pół ze święconą wodą i pić trzy razy dziennie drewnianą łyżką. Proszki musiały być rozpuszczone w źródlanej wodzie, pobranej z leśnego źródła przy pełni księżyca. Aby postawić człowieka na nogi, należało zarżnąć kurę o północy, cały dzień gotować na glinianym garnku, a po zachodzie słońca karmić nią chorego. Szybko rozeszła się sława o dobrym doktorze, a po kilku miesiącach leczyła się u niego połowa województwa. Coś tam się jednak nie podobało milicji [!], zaczęły się pretensje: znachor się ujawnił, powiedział, kim jest i zwinął żagle”²⁶.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że autorytet (i popularność) znachora lub jakiegokolwiek innego wiejskiego leczącego w opisywanej przez Liberę tradycji ludowej XIX/XX wieku był uzależniony od cech osobowościowych danej jednostki: „Znachor nie staje się znachorem tylko dlatego, że chce nim być [...] znachor jako człowiek o określonej funkcji staje się nim dopiero w odpowiednich okolicznościach, na które składają się zarówno określone postawy i dążenia bliższego i szerszego otoczenia, jak też odpowiednie właściwości psychiczne jego osoby”²⁷.

w Polsce po 1945 r., [w:] *Dzieje partii i stronnictw politycznych*, t. 2, *W podzielonej Europie*, Warszawa 2007, s. 393–408; K. Łapińska – Tyszką, *Konflikt społeczny w świadomości pokoleń chłopskich*, w: *Interesy i konflikt. Studia nad dynamiką struktury społecznej w Polsce*, red. W. Adamski, Wrocław–Warszawa 1990, s. 187–208.

²⁵ Vide np. D. Jarosz, *Obraz chłopca...*, s. 161–162.

²⁶ *Młode Pokolenie Wsi Polskiej Ludowej...*, t. 7, *Nowe zawody...*, s. 144.

²⁷ Z. Libera, *Znachor w tradycji...*, s. 211.

Leczenie – jak pisała H. Biegeleisen w początkach XX wieku – sięgało korzeniami „prastarego zwyczaju wedle którego zaliczało się [ono – przyp. E. Sz.] do religii, miało charakter obrzędowy i było przywilejem kapłana [...]”²⁸. Co ciekawe, to powiązanie lecznictwa i sfery sacrum, widoczne zwłaszcza w sferze praktyk leczniczych, po wojnie było niekiedy zauważalne także w stosunku do lekarza: „Mama często mawiała do mnie: chciałabym, abyś się uczył dalej na księdza. A w ostateczności, to jeśli zechcesz, na lekarza. Mógłbyś leczyć swoją mamę, która ciągle choruje. Gdybyś został księdzem... miałbyś szacunek u ludności starszej, miłość dziatwy i powodzenie... u dziewcząt”²⁹. Zestawienie zawodu księdza i lekarza jest tego ciekawym przykładem. Niewątpliwie jest ono również świadectwem dokonujących się stopniowo zmian w sposobie myślenia o lekarzach, a w konsekwencji także o zdrowiu i chorobie.

W latach pięćdziesiątych rolę przeobrażającą wiejską codzienność (i świadomość zdrowotną) miały spełniać – powstałe w 1954 roku na fali masowej (epidemicznej) zachorowalności na choroby zakaźne i przewlekłe – państwowe inspektoraty sanitarne (PIS)³⁰. Działając przy jednostkach administracji lokalnej (GRN) oraz posiadając gwarantowane w dekrete prawo do sankcji karnych, miały nadzorować proces odgórnej poprawy stanu sanitarnego wiejskich przestrzeni. Problemem, jak się okazało, było niekiedy większe zaangażowanie lokalnych władz, nie wspominając już o stosunku pozostałych gospodarzy: „Tutaj była komisja sanitarno-porządkowa, ale rychło zaprzestała swej działalności. Dlaczego? Odpowiedzi daje przewodniczący GRN, Paweł P., to niewdzięczna praca. Trzeba się chłopom narażać. Warunki anty-sanitarne są prawie u każdego. Każdemu więc należałoby się sypnąć karę. Gdyby mnie tak kazano chodzić do ludzi i zwracać uwagę, że gnojownik jest za blisko studni, gdzie indziej ustęp niehigienicznie utrzymany, zaraz bym się rzekł urzędowania”³¹.

Wspierana urzędowym obowiązkiem działalność higienizacyjna, jak pokazuje powyższy cytat, często pozostawiała wiele do życzenia. Stanowiła jednak ważny element sprzyjający odradzaniu się zapoczątkowanego w okresie międzywojennym ruchu higienizacyjnego. Tworzyli go teraz bardziej aktywni działacze powoli powstających (od 1956 roku) na wsi kółek rolniczych oraz członkinie

²⁸ H. Biegeleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, Lwów 1929, s. 355–356, cyt. za: Z. Libera, *Znachor w kulturze...*, s. 228.

²⁹ *Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej...*, t. 7, *Nowe zawody...*, s. 121.

³⁰ Państwowe Inspektoraty Sanitarne (PIS) zostały powołane dekretem z 14 sierpnia 1954 r. (Dz.U. Nr 37, poz. 160). *Vide* też: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 1954 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania oraz zasad i trybu postępowania państwowych inspektorów sanitarnych (Dz.U. 1954 Nr 37, poz. 161), <http://isip.sejm.gov.pl/?id=WDU19540370161>, data dostępu: 15.03.2012.

³¹ „Gromada Rolnik Polski”, 1958, nr 31, s. 7.

współpracujących z nimi Kół Gospodyń Wiejskich. Te ostatnie – w atmosferze sprzyjającej im propagandy czynów i akcji społecznych – organizując rozmaite pogadanki, spotkania, a także konkursy na najczystsza wieś, najpiękniejszy ogród, kursy pielęgnacji niemowląt, gotowania, odgrywały istotną rolę w stopniowym podnoszeniu poziomu higieny i wyglądu wsi. Wymagało to jednak zawsze obecności zaangażowanego w sprawę działacza – lidera. Rola pozytywnego przykładu również była niezwykle ważna: „zrobiliśmy szpital na 16 łóżek. Do szpitala ludzie szli bardzo niechętnie, nie wierzyli w lekarzy i możliwość wyleczenia z tej malarii, która szalała ogromnie na terenie tej gminy. [...] pierwszy chory zjawił się po trzech tygodniach, jak zaznaczyłem z trudem – dopiero później szpital się zapełnił”³².

Nieobecność „animatora zachowań prozdrowotnych” wielokrotnie obnażała, niestety, prawdziwą i obojętną wobec higienizacji postawę wiejskiej społeczności³³.

Podobnie wyglądała kwestia obowiązkowych szczepień, które wprowadzono w latach pięćdziesiątych w ramach prewencji przed ówczesnymi chorobami zakaźnymi. Pokonywanie społecznego strachu przed szczepionką nie było jednak sprawą łatwą, tym bardziej że ów lęk wynikał często z obserwowanego w okresie przedwojennym przeświadczenia, że „każdy zastrzyk skracał życie o rok lub dwa”³⁴. W latach pięćdziesiątych na łamach lekarskich pism wielokrotnie pojawiały się opisy ukazujące niezwykle powolny i trudny proces przekonywania ludności wiejskiej do tego rodzaju profilaktyki zdrowotnej³⁵. Potwierdzają to również materiały archiwalne: „Musimy jednak stwierdzić, że dotychczas nie wszyscy zrozumieli znaczenie szczepień ochronnych i w akcjach szczepiennych natrafiamy niejednokrotnie na duże opory i uchylania się od szczepień. Np. traktorzyści w Machnowie odmówili poddania się szczepieniom przeciwko durowi brzuszemu, mówiąc, że wolą zapłacić karę grzywny. Władze administracyjne na szczeblu miejskim i gminnym nie wykazują dostatecznego

³² Ministerstwo Zdrowia 1944–1960, Gabinet Ministra, Wydział Prezydyjalny, s. 247.

³³ Bardzo znamiennej ilustrację tego mechanizmu działania przedstawiła na przykładzie podlubelskiej wsi Siedliszcze Krystyna Gryczelowska w reportażu z 1960 r. [„Siedliszcze”, reż. K. Gryczelowska, 1960 (WFD)]. Kilkuletnia obecność i działalność wykształconego i charyzmatycznego dr. Aleksandra Bałasa, w sprzyjających przebudowie latach pięćdziesiątych XX w., przyczyniła się do budowy: szpitala, izby porodowej, basenu, domu sportowca i boiska. Jednak – jak pokazała reporterka – już zaledwie 4 lata po jego odejściu miejsca te uległy całkowitemu niemal zniszczeniu. Mimo że wybudowane w „czynnie społecznym”, to przez miejscową społeczność nie były traktowane w kategoriach własności wspólnej. Ich powolna dewastacja świadczyła również o tym, iż kwestia dbałości o ciało i zdrowie nie znajdowała jeszcze pełnego zrozumienia.

³⁴ Cyt. za: Z. Libera, *Znachor w tradycjach...*, s. 236.

³⁵ Vide np. „Służba Zdrowia”, 1954, nr 19.

zainteresowania tym zagadnieniem i nie współpracują ze służbą zdrowia, przez co plany szczepień realizowane są w 75%”³⁶.

Zdobycie chłopskiego zaufania nie było zatem sprawą prostą. Z perspektywy działaczy zaangażowanych w akcje zdrowotnego uświadamiania chłopskie reakcje często były nieprzewidywalne i skrajne – rozciągały się od całkowitego odrzucenia wiedzy medycznej po bezkrytyczne jej przyjmowanie: „Nasza propaganda w kierunku zwalczania chorób zakaźnych na wsi nie idzie po drodze racjonalnej. Opieraliśmy się dotąd na propagandzie broszurowej i plakatowej. Żywe słowo było u nas właściwe na trzecim planie. Co się okazało? Co powiedziały na to głosy z terenu? Otóż szereg ludzi nie jest zupełnie przygotowany do zrozumienia chorób, a po przeczytaniu broszury wyszukuje choroby u siebie. Tak było. Kilkudziesięciu pacjentów przychodziło do lekarza i męczyli go, aby byli leczeni od chorób wenerycznych i mimo wszelkich tłumaczeń lekarza – pacjenci nie wierzyli w to”³⁷.

Umożliwione w 1959 roku rolnikom indywidualnym bezpłatne sanatoryjne leczenie gruźlicy³⁸ w parze z pogadankami i wykładami oraz bolesnymi doświadczeniami powoli wpływały na zmianę codziennych nawyków i zachowań. Jak pokazują badania Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi z lat sześćdziesiątych, był to proces nadal niezwykle powolny.

Społeczny lęk przed gruźlicą, pomimo że utrwał wybiórcze profilaktyczne zachowania, nie oznaczał poprawy stanu wiedzy dotyczącej sposobów i skutków rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania innym, mniej groźnym chorobom zakaźnym. W dalszym ciągu bowiem w wielu rejonach były obserwowane praktyki samoleczenia, skutkujące na przykład własną modyfikacją zaleceń lekarskich i zbyt późnym zgłaszaniem się chorych do ośrodków zdrowia³⁹. Źródłem tych praktyk było utrzymujące się charakterystyczne dla „tradycji ludowej” podejście do procesu zdrowienia: „Chłop nie rozumie dłuższej kuracji, podług niego lekarstwo powinno pomóc od razu [...], lubi silne, znachorskie leki [...]. Lud w leczeniu jest nadzwyczaj niecierpliwy. Po zażyciu lekarstwa żąda natychmiastowej ulgi. Z tego też powodu co dzień prawie co innego zażywa,

³⁶ AAN, *Ministerstwo Zdrowia 1944–1960, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 34–47, protokoły, załączniki*, 1953, sygn. 1/12, s. 118.

³⁷ AAN, *Ministerstwo Zdrowia 1944–1960, Narady aktywu pracowników służby zdrowia w Ministerstwie i terenie, protokoły, stenogramy, korespondencje*, 1953, s. 250.

³⁸ Bezpłatność świadczeń profilaktyczno-leczniczych i sanatoryjnych wprowadziła dopiero Ustawa „o zwalczaniu gruźlicy” w 1959 r. (Dz.U. 1959 Nr 27, poz. 170). *Vide*: S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa–Łódź 1987, s. 102.

³⁹ Szerzej *vide*: *Przyczyny zaniedbań i opóźnień w leczeniu ludności wiejskiej woj. lubelskiego*, red. A.R. Tuszkievicz, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1968.

a najczęściej wszelkie wiadome lekarstwa jednocześnie, twierdząc, że jedno z nich pomóc musi”⁴⁰,

Takie podejście do procesu uzdrawiania było niewątpliwie wsparte – wciąż dostrzeganym na wsi – wiązaniem choroby z działaniami sił zewnętrznych oraz inaczej (niż w medycynie akademickiej) pojmowanej przyczynowości infekcji. Istotnym elementem był także stosunek mieszkańców wsi do ciała, które długo jeszcze było traktowane w kategoriach narzędzia pracy.

W dokonujących się bardzo powoli przemianach ważną rolę odgrywała docierająca na wieś prasa, która dość często podejmowała kwestie związane z pielęgnacją ciała⁴¹. Nowa wiedza warunkująca higieniczne/profilaktyczne zachowania przełamywała w wielu kwestiach wstyd wobec ludzkiej fizyczności. Publikowane na łamach poczytnych na wsi gazet, tj. „Przyjaciółki” czy „Gromady – Rolnika Polskiego”, artykuły dotyczące schorzeń ginekologicznych, ciąży i higieny stopniowo detabuizowały sferę cielesności. O tym, jak bardzo proces ten był powolny i co go hamowało, może świadczyć wypowiedź jednej z pamiętnikarek: „Obawa przed językami ludzkimi, przed ciemnotą ludzką, zatrzymuje przed pójściem do lekarza czy lekarki, którzy by pouczyli, jak zapobiegać ciąży. Bo to jest najważniejsze. A potem obawa przed ludzkimi językami powstrzymuje biedne kobiety przed udaniem się do szpitala. I ostatecznie obawa przed językami ludzkimi pcha je do większej biedy, czasem do ciężkiej choroby”⁴².

Potoczna czy też docierająca różnymi kanałami wiedza nie zawsze, lub nie od razu, szła w parze ze zmianą dotychczasowych nawyków, zachowań i praktyk⁴³. Proces zmiany odbywał się nierównocześnie zarówno na różnych poziomach życia codziennego, jak i w różnych rejonach, wsiach czy domach. Zdecydowane przyspieszenie cechowało lata siedemdziesiąte, czego znamiennej ilustracją jest niniejsza wypowiedź: „Ludzie przestali wierzyć w uroki, czary i zamawiania. Jest teraz ośrodek zdrowia, więc wszystkie dawne uroki poszły

⁴⁰ Z. Libera, *Znachor w tradycji...*, s. 231. Z. Libera przywołuje tu fragmenty prac J. Fyda (*Medycyna ludowa*, [w:] *Ziemia Biecka. Lud polski w powiatach gorlickim i grybowskiem*, red. S. Udziela, Nowy Sącz 1994, s. 355) oraz K. Smoleńcówny (*Chłopskie dziecko*, „Wisła”, 1890, t. 4, s. 55).

⁴¹ Np. „GRP”, 1958, nr 39, s. 11; „GRP”, 1958, nr 148, s. 5.

⁴² Cyt. za: D. Jarosz, *Obraz chłopa...*, s. 161–162.

⁴³ Znamienym tego przykładem jest choćby relacja urodzonej w 1935 r. mieszkanki lubelskiej wsi: „Choć było nas pięć dziewczynek, to żadna nie miała majtek. Mama uważała to za pański wymysł, na który nas nie było stać” (*Być matką*, przedm. D. Gałaj, Warszawa 1986, s. 400). Badania wsi lubelskiej, przeprowadzone przez pracowników Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w latach 60. ubiegłego stulecia, pokazały, że pomimo dokonujących się po wojnie zmian nadal blisko połowa kobiet (zwykle starszego pokolenia) nie nosiła bielizny. *Vide*: S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej...*, s. 78.

na rentę. Młodzież jest przygotowana do wszystkiego, zaznajomiona z higieną, nie tak jak ja najpierw. Gdy dostałam pierwszy raz swój okres, to koszulę i majtki wsadziłam na górę za strzechą i płakałam, że będę mieć dziecko, bo gdy widziałam przy porodzie u matki zaplamione prześcieradło, to i myślałam, że ja też tak będę miała. A nikt mnie o tym nie pouczył. Dawniej wszystko było skryte”⁴⁴.

Wcześniejszy brak rozmów i wiedzy o funkcjonowaniu kobiecego (czy dojrzewającego) ciała wiele mówił także o relacjach między rodzicami i dziećmi. Związany z cielesnością wstyd nie pozwalał otwarcie wspominać o oczywistych i wiadomych dorastającym dzieciom sprawach. Bardzo znamienne zjawisko to opisywał mieszkaniec bydgoskiej wsi: „[około 1947] Mam osiem lat, dowiaduję się że dzieci rodzi kobieta, a nie jak mówi mamusia, że przynosi bocian [...] Gdy usłyszała mama naszą rozmowę o tych sprawach, natychmiast skarciła laniem, mówiąc powtórnie o bocianie. Zapłakany myślę, dlaczego ta moja mama taka niedobra, przecież ja też trochę wiem, a ona mnie tak kłamie. Rudawska przecież chodziła z dużym brzuchem, a teraz go nie ma, ale ma za to małe dzidzi. Przekonałem się więc sam, ale w dyskusje nie wchodziłem, bo wiedziałem, czym to wszystko może grozić”⁴⁵.

Pozostawianie wchodzących w proces fizycznego dojrzewania młodych ludzi samych sobie (i grupie rówieśniczej) stanowiło wyraźną konsekwencję tabuizacji cielesności, budzącej wstyd i lęk. Choć z zebranych przeze mnie wywiadów i pamiętnikarskich relacji wynika, że również w latach siedemdziesiątych otwarta i szczerza rozmowa dotycząca kwestii intymnych nie była raczej praktykowana, to jednak jak pokazuje poniższa wypowiedź, zmniejszająca lęk i wstyd wiedza docierała w tym czasie do dojrzewającej wiejskiej młodzieży także innymi kanałami: „Wczoraj na lekcji krawiectwa jedna z dziewczyn przyniosła *Biologię miłości* i po kolei oglądałyśmy ją, podśmiewując się jedna z drugiej. Udało mi się przewertować kilka rozdziałów. Dowiedziałam się wtedy wielu zagadnień, o których wyrażano się ordynarnie lub uważano by za rozpustnicę tę, która by zapytała się. Nie śmiałam wypożyczyć sobie tej książki, ale przy okazji to sobie kupię”⁴⁶.

Również sam fakt, że publikowane w tym czasie pamiętniki, rzadko bo rzadko, ale jednak, wspominają o uznawanych niegdyś za gorszące kwestiach intymności i cielesności, poświadczą o rosnącej świadomości naturalności własnej fizjologii. Zmieniająca podejście do ciała i docierająca różnymi źródłami

⁴⁴ *Czyste wody moich...*, s. 571.

⁴⁵ *Młode Pokolenie Wsi Polski Ludowej...*, t. 4, *Od chłopca do rolnika...*, s. 143.

⁴⁶ Archiwum Polskiego Radia Lublin, *Eros w opłótkach*, sygn. A-1055.

wiedza nie zawsze była oczywiście przyjmowana bez wewnętrznego oporu, swoistego „zawstydzienia” i psychicznego dyskomfortu: „Moja 9-letnia córka czyta też «Przyjaciółkę». Czyta wszystko i z odpowiedzi lekarskich dowiaduje się różnych rzeczy. Potem zadaje mi na przykład takie pytania: co to jest pochwa, co to jest macica, co to znaczy miesiączka? Uważam, że nie powinniście pisać o takich rzeczach. Trzeba liczyć się z tym, że «P» nikt nie trzyma pod kluczem i biorą ją do ręki także dzieci”⁴⁷.

Z racji anonimowości autorki trudno stwierdzić, czy była mieszkanką wsi czy miasta. Niezależnie jednak od tego, jej wypowiedź (jeśli jest autentyczna) tym bardziej oddaje pełen „obyczajowego napięcia” klimat czasów, w których dokonywała się opisana wyżej zmiana.

Rosnący na wsi dostęp do mediów i nowej wiedzy nie stanowił jednak jedyne źródła zmian w zakresie świadomości ciała i związanej z nim higieny. Nie da się ukryć, że szybsze nasiąkanie promowanym przez media myśleniem cechowało bardziej mobilne i zwykle też lepiej wykształcone jednostki. Ważną rolę odgrywały także dość mocno zróżnicowane regionalnie warunki życia.

Przełomem w skali wszystkich rejonów były lata siedemdziesiątych. Zakończona w tej dekadzie elektryfikacja wsi oraz korzystna w pierwszej połowie dziesięciolecia sytuacja ekonomiczna rolnictwa przekładały się na lepszą jakość warunków życia⁴⁸. W domach był nie tylko w prąd, ale coraz częściej podłączano także sieć wodno-kanalizacyjną. Bieżąca woda, wyodrębnione łazienki, zaopatrzone w ustęp i wannę, świadczyły o rosnącej potrzebie i konieczności higieny, deklarowanej zwłaszcza przez przedstawicieli rodzin młodego pokolenia. Charakterystycznym rysem zmian było również budowanie oddzielnych toalet lub zakup i instalowanie wanien w wiejskich domach bez kanalizacji. Podobnie jednak jak w innych środowiskach także i tu problemem była dostępność niezbędnych środków czystości, odpowiednich wanien, kranów itp.⁴⁹ Poprawa jakości życia idąca w parze z zagwarantowaną rolnikom indywidualnym państwową opieką zdrowotną szybko poprawiały stan wiejskiej higieny⁵⁰.

⁴⁷ „Przyjaciółka”, 1964, nr 28, s. 13.

⁴⁸ Vide np. A. Sadowski, *Procesy ruralizacji. Ludność wiejska w mieście*, Kraków 1994, s. 16; W. Nowak, *Współczesne rodziny wiejskie na Pomorzu i Kujawach*, Warszawa–Poznań 1989.

⁴⁹ Vide: „Przyjaciółka”, 1974, nr 5, s. 7.

⁵⁰ O skali przemian mówią także dane liczbowe. W roku 1970 na wsi były 1394 ośrodki zdrowia, a po 10 latach ich liczba zwiększyła się do 3218. Odpowiednio wzrosła liczba lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych. Vide: S. Kosiński, M. Jarosz, *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, [w:] *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce*, t. 2, Wieś, Lublin 1995, s. 171.

CIAŁO – NARZĘDZIE PRACY CZY WARTOŚĆ SAMA W SOBIE?

O ile stopniowo zmieniało się podejście mieszkańców wsi do powiązanej z ciałem higieny życia, otoczenia, o tyle jeszcze w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych wciąż wiele do zrobienia pozostawało w sferze wiejskiej higieny pracy.

Znoszenie lub bagatelizowanie cielesnej niedyspozycji i bólu w dalszym ciągu było powiązane z mocno przedmiotowym i użytkowym stosunkiem do ciała jako głównego narzędzia pracy. Było ono eksploatowane – zwłaszcza w okresie sezonowych prac – nierzadko do granic fizycznej wytrzymałości. Tymczasem dokonujące się w sferze pracy przemiany (elektryfikacja, mechanizacja) także wymagały nowego podejścia. Wprowadzana sukcesywnie chemizacja rolnictwa nie szła bowiem w parze z wiedzą dotyczącą sposobów korzystania z nowoczesnych środków ochrony roślin. Źle dokonywane opryski bez dodatkowego sprzętu (masek) lub też niewłaściwie przechowywane pozostałości środków chemicznych powodowały, nierzadko bagatelizowane przez mieszkańców wsi, zatrucia i odbijające się na zdrowiu następstwa.

Również wprowadzana sukcesywnie od lat pięćdziesiątych i upowszechniona w latach siedemdziesiątych mechanizacja tylko pozornie wiązała się z odciążeniem ciała jako narzędzia pracy. Widoczne to było zwłaszcza w okresie wzmożonych prac sezonowych, gdy próg wysiłku fizycznego (i psychicznego) pozwalającego na przerwę nadal był bardzo wysoki. Nadmierne forsowanie ciała, widoczne zwłaszcza wśród pracujących na dwa „etaty” chłoporobotników, miało swoje konsekwencje w rosnącej liczbie wypadków, skutkujących nierzadko trwałym lub czasowym inwalidztwem.

Niepełnosprawność ruchowa (nabyta wskutek wypadku lub choroby) na wsi deprecjonowała wartość dorosłego człowieka. Odbierała mu przecież to, co z ekonomicznego i pragmatycznego punktu widzenia było w gospodarstwie najistotniejsze – sprawność i siłę fizyczną, czyli *de facto* główne „narzędzie” pracy.

Przejmując pisała o tym jedna z niepełnosprawnych kobiet: „Gdy odwieziono mnie do domu ze szpitala, mój mąż nie był już tym samym człowiekiem jak wówczas, gdy byłam zdrowa. W jego oczach traciłam przez kalectwo wszystko, nawet imię. Np. do córki mówił daj «temu» coś zjeść. Zostawiał mi przy łóżku słoik z mlekiem i kromkę chleba i siedł na cały dzień do roboty w pole”⁵¹.

⁵¹ *Niepełnosprawni na wsi*, red. W. Piątkowski, A. Ostrowska, Warszawa 1994, s. 29.

Przedstawiony przez pamiętnikarkę stosunek może – po raz kolejny – być świadectwem zjawiska tabuizacji niepełnosprawności, sytuującej dotkniętego nią człowieka poza dotychczasowym porządkiem znaczeniowym, skutkującym utratą miejsca w systemie rodzinnym (systemie pracy) i tym samym utratą tożsamości. Nieużyteczność i bezradność niepełnosprawnych ruchowo budziły często złość, potęgowaną przez fakt, że stawali się oni dodatkowym ciężarem dla rodziny. Oczywiście taki stosunek w dużej mierze wynikał z charakteru wcześniejszych więzi i relacji.

Wśród zebranych materiałów wiele było też przykładów ogromnego poświęcenia dla chorego partnera czy pokory wobec jego niepełnosprawności. Nie było więc i w tej kwestii reguły. Autorka jednego z pamiętników wspomina: „moim wychowaniem zajmowali się Babcia. Mamusia więcej kochała brata, gdyż był kaleką, nie mam jej tego za złe”⁵².

Trwający – mimo zmian dostrzeganych w innych sferach życia – stosunek do ograniczonych niedoskonałym ciałem „innych” był najbardziej widoczny w odnoszeniu się do niepełnosprawnych dzieci. Z braku wiedzy, możliwości oraz środków na leczenie i rehabilitację jeszcze w latach pięćdziesiątych nie podejmowano niekiedy starań o utrzymanie przy życiu chorującego (np. na chorobę Heinego-Medina) potomka: „Kiedy ja już przemęczona przymknęłam oczy, a one myślały, że śpię tak mówią do mojej mamy: ona i tak już nie wyzdrowieje, a kaleką zostanie tak, jak ten Stach od fornala ze dworu, noga go bolała i wyschła. I wszystkie orzekły, że tu nic nie pomoże, tylko prosić Pana Boga, aby nieboraczka umarła i przestała się męczyć. Matka zapłakała, ale też uważała, że jak mam być kaleką, to lepiej byłoby, abym umarła A ja, chociaż ból był nie do zniesienia, umierać się bałam”⁵³.

Trudny los dorastających na wsi niepełnosprawnych potęgowały też warunki życia. Jedna z bohaterek moich badań stała się niepełnosprawna w wyniku przebytej choroby Heinego-Medina: „Rodzice zdecydowali, że jestem kaleką, więc jak skończę szkołę podstawową, to przydam się w domu paść krowy, bo gdzie to taka między ludzi”⁵⁴. W wielu przypadkach z uwagi na odległość lub koszty możliwość kształcenia była ograniczona jeszcze bardziej. Brak codziennej nauki, intelektualnego treningu, naturalną siłą rzeczy upośledzał jeszcze bardziej chore dzieci⁵⁵. Nawet lekka niekiedy niepełnosprawność często skazywała mieszkańca wsi na całkowitą zależność od jego żywicieli. Działające

⁵² *Być matką...*, s. 141.

⁵³ *O równy start*, opr. B. Tryfan, Warszawa 1974, s. 30.

⁵⁴ *Ibid.*, s. 38.

⁵⁵ *Niepełnosprawni na wsi...*, s. 30.

teoretycznie na PRL-owskim rynku pracy spółdzielnie inwalidów w praktyce niemal zupełnie były niedostępne dla ludności wiejskiej⁵⁶.

Trudny los dziecka i (potem) dorosłego niepełnosprawnego mieszkańca wsi tylko w niewielkim stopniu uległ poprawie w omawianym czterdziestopięcioletniu. Społeczna (środowiskowa) wrażliwość w tej kwestii kształtowała się bowiem powoli. Warto jednak podkreślić, że zmiana, choć niewielka, była jednak dostrzegalna. Opisywane w latach sześćdziesiątych, siedemdziesiątych czy zwłaszcza osiemdziesiątych patologiczne przykłady niehumanitarnego obchodzenia się z chorymi zwykle były zgłaszane do interweniujących redakcji gazet lub Polskiego Radia przez młodszych mieszkańców wsi. Coraz częściej nie godzili się oni na rzekomą niewidzialność problemu. Także mniej skoncentrowane na radzeniu sobie z przytłaczającą biedą matki chorych dzieci z większą wrażliwością zaczynały podchodzić do wrodzonej choroby swego potomka: „Ludzie nie mają racji, kiedy mówią, że kaleki chłopiec niczego nie rozumie, że nic do niego nie dociera. Przecież on potrafi wyrazić radość, złość i strach. Zdenerwowanie okazuje najczęściej wtedy, gdy ktoś w jego obecności powie głośno, że kalekę należy oddać do zakładu dla nieuleczalnie chorych. Nie wszyscy w domu są zgodni, że nie ma mowy o żadnym zakładzie. Czy by go tam ktoś wyniósł w słoneczny dzień do ogrodu?”⁵⁷.

Zadać można jednak pytanie, czy opisywane w mediach od lat sześćdziesiątych dramatyczne sytuacje poniewierania i wykorzystywania starzejących się rodziców, zamykania ich w komórkach, na strychach, nie stanowiły tylko odwrotnej strony (albo następstwa) wewnątrzśrodowiskowego traktowania osób niepełnosprawnych. Pamiętać należy także, że tak brutalne podejście to trudny do oszacowania, lecz raczej niewielki procent. Tak samo z pewnością skrajne zachowania wobec osób niepełnosprawnych i upośledzonych rozmywały się w codziennej sączącej się mieszaninie pokory, złości i obojętności. Przenikały się one też z nowymi bardziej empatycznymi postawami upowszechniającymi się wraz z szerzącymi się na wsi od lat siedemdziesiątych wiedzą, świadomością i bezpłatną opieką medyczną.

W latach dziewięćdziesiątych kwestia stosunku do niepełnosprawnych umysłowo lub fizycznie nadal stanowiła ważny problem społeczny, jednak tak jak i w całym okresie PRL nie dotyczył on wyłącznie środowisk wiejskich.

Głównym celem prezentowanego tekstu było zarysowanie przeobrażeń zachodzących w wiejskim postrzeganiu ciała, zdrowia i choroby w drugiej połowie XX wieku. Analiza historyczna zgromadzonych materiałów, uzupełniona

⁵⁶ Vide: „GRP”, 1973, nr 94, s. 5.

⁵⁷ „Przjaciółka”, 1986, nr 43, s. 2.

wynikami badań z zakresu etnologii i antropologii kulturowej, ukazała, że zachodzące powolne zmiany były uzależnione od wielu czynników zewnętrznych, takich jak: region, mobilność, indywidualne nastawienie i wykształcenie oraz polityka społeczna i zdrowotna państwa. Choć w moim przekonaniu najbardziej wyraźnie były obserwowane zmiany w stosunku do sposobu postrzegania ciała (cielesności, seksualności), to również wiejskie pojmowanie zdrowia i choroby ulegało powolnym przekształceniom.

Pod wpływem powszechnej edukacji, akcji higienizacyjnych oraz indywidualnych doświadczeń mieszkańców wsi następowała stopniowa redefinicja pojęć oraz powolne i nieodbywające się bez oporu przejmowanie zestawu znaczeń z zakresu medycyny akademickiej. Były one jednak łączone z zestawem pojęć odziedziczonych w bagażu kulturowym, choć – co należy zaznaczyć – ich „repertuar” również ulegał zmianom (zanikanie wielu wierzeń i praktyk). Ujawniało się to m.in. na poziomie praktyk wobec ciała i sposobów leczenia stanów chorobowych, które stanowiły swoistą syntezę metod tradycyjnych, wspartych do lat siedemdziesiątych praktykami związanymi z wierzeniami magiczno-religijnymi⁵⁸. Widoczne było to również w stosunku do lekarza, który z czasem (w związku z przemianami cywilizacyjnymi i objęciem wsi bezpłatną służbą zdrowia) zastępował miejsce niegdysiejszych „specjalistów od chłopskich chorób” (zielarzy, kręgarzy, znachorów, babek itp.). Powyższe wnioski uzupełniają zatem postawione przed wielu laty tezy Danuty Penkali-Gawęckiej o ciągłym przeobrażaniu się i modyfikowaniu „medycyny ludowej”, która wraz z przemianami XX wieku nabierała nowej jakości⁵⁹.

Trwała, nieuleczalna i rzutująca na sposób funkcjonowania w życiu wsi choroba (niepełnosprawność ruchowa, umysłowa) w dalszym ciągu naznaczała i marginalizowała dotknięte nią jednostki. Taki stosunek trudno jednak łączyć wyłącznie z wiejską mentalnością. Nieobecność kwestii niepełnosprawnych w dyskursie publicznym okresu PRL (poza latami osiemdziesiątymi) pokazuje, że był to problem znacznie szerszy, wykraczający poza sposób pojmowania zdrowia i choroby przez opisywaną przeze mnie grupę społeczną.

⁵⁸ O istnieniu w latach 60. XX w. tego rodzaju praktyk pisały m.in. E. Putyńska (*Lecznictwo ludowe w okolicach wsi Bełchatowa*, „Łódzkie Studia Etnograficzne”, 1966, t. 3, s. 112) oraz I. Jaguś (*Lecznictwo ludowe w Polsce w XX wieku – czynniki i kierunki przemian*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia”, 2001, vol. 36, s. 175–187). Prowadzone przeze mnie badania z zakresu przemian wiejskiej mentalności w PRL również pokazywały, że w latach 70. ubiegłego stulecia były widoczne dostrzegalne zmiany w sferze wiejskiej religijności: zanikło wiele wierzeń, na których bazowały także praktyki lecznicze.

⁵⁹ D. Penkala-Gawęcka, *Medycyna ludowa...*, s. 169–191.