

ALEKSANDRA
SZLAGOWSKA-PAPUZIŃSKA
Wrocławski Uniwersytet
Medyczny
ORCID: 0000-0002-0370-7226

Macierzyństwo i zdrowie kobiety w środowisku wiejskim okresu powojennego

Motherhood and women health in rural areas during the afterwar period

Summary

The paper is an attempt to show the situation within medical sciences concerning motherhood and care for woman in a socialist state. It focuses mainly on the medical health system in the Polish countryside after The Second World War. The existing data points to major shortages in this area, mainly caused by the state's economic situation. An additional issue was that social insurance for farmers was implemented only in the seventies and that medical education was not sufficient. One of the main consequences of that state of affairs was, amongst others, turning to people involved in alternative medicine mainly so called "babki" (quacks).

Słowa kluczowe: macierzyństwo, opieka medyczna, wieś

Keywords: Motherhood, health care, rural area

Stan powojenny lecznictwa ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa wiejskiego

Macierzyństwo i zdrowie kobiet w środowisku wiejskim w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej nie było otoczone specjalną troską, pomimo prób zmiany tego stanu rzeczy przez państwo i różne instytucje przeznaczone do tego celu. Problem sytuacji zdrowotnej wsi polskiej po 1945 r. poruszała wielokrotnie w swoich bada-

niach m.in. Ewelina Szpak, opisując realia wiejskie¹, natomiast kwestię roli kobiety i macierzyństwa w państwie socjalistycznym, jakim stała się Polska, poruszała chociażby Natalia Jarska² czy Małgorzata Fidelis³. Jednak artykuł jest próbą zaprezentowania sytuacji w obrębie nauk medycznych w dziedzinie macierzyństwa i opieki nad kobietą wiejską w realiach państwa socjalistycznego, w oparciu o źródła – medyczne i historyczne czasopisma naukowe. Koncentruje się głównie na organizacji systemu opieki zdrowotnej na wsi polskiej, szczególnie w odniesieniu do opieki nad matką i dzieckiem, w dwóch pierwszych dekadach po zakończeniu II wojny światowej. Dane wskazują na spore braki w tym zakresie spowodowane głównie sytuacją gospodarczą w kraju, a dodatkowym problemem był fakt objęcia ubezpieczeniami społecznymi rolników indywidualnych dopiero w latach 70. XX w. oraz niewystarczająca edukacja zdrowotna. Jedną zaś z poważniejszych konsekwencji tego stanu rzeczy było m.in. korzystanie na wsiach z porad osób zajmujących się medycyną niekonwencjonalną, głównie „babek”. Tuż przed wybuchem wojny w 1939 r. ukazała się książka Marii Kulczyńskiej *Co kobieta wiejska o macierzyństwie wiedzieć powinna*, gdzie autorka przypominała, że celem życia kobiety jest macierzyństwo i aby mógł on zostać w pełni zrealizowany, państwo musi przez odpowiednie ustawodawstwo, rozwiązania systemowe oraz edukację o to zadbać. Jednak potrzebne jest również uświadomienie rodzinom przyszłych matek, że nie są jedynie „siłą roboczą w gospodarstwie”, a samym kobietom, że muszą się o siebie zatroszczyć⁴. Kobiety wiejskie poród zastawały najczęściej przy pracy, nie miały także dłuższej przerwy po narodzinach dziecka, o czym świadczą chociażby wspomnienia kobiety, która trafiła do szpitala już w latach 60., czyli po całym okresie przemian systemowych opieki nad macierzyństwem, matką i dzieckiem⁵. Nie był to przykład odosobniony, kiedy kobieta wprost z pola lub świeżo po pracy trafiała na porodówkę.

¹ E. Szpak, „Chory człowiek jest wtedy jak go coś boli”. *Spoleczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsiach polskich po 1945 r.*, Warszawa 2016; E. Szpak, „Zdrowie na peryferiach”. *Lecznictwo i opieka zdrowotna w praktyce codziennej pierwszych dwóch dekad PRL na przykładzie listów do władz*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały” 2019, nr XVI, s. 227–243.

² N. Jarska, *Krótki kurs historii „kobiet”*. *Kobiety w języku partii komunistycznej w Polsce 1945–1989*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały” 2017, t. XV, s. 241–259.

³ M. Fidelis, *Kobiety, komunizm i industrializacja w powojennej Polsce*, tłum. M. Jaszczurowska, Warszawa 2015.

⁴ M. Kulczyńska, *Co kobieta wiejska o macierzyństwie wiedzieć powinna?*, Warszawa 1939, s. 7–9.

⁵ Szpak, „Chory człowiek...”, op. cit., s. 70.

Marcin Kacprzak wielokrotnie w swoich wystąpieniach podkreślał wagę macierzyństwa i jej roli dla przyszłości narodu polskiego, uznając jego rozwój za „najpilniejsze, najistotniejsze, najdalej sięgające zagadnienie społeczno-lekarskie”, ujmując je przy tym, za prof. Adamem Czyżewiczem, jako „czynności całego okresu życia kobiety, w którym może ona wykonywać podstawowe swoje zadania, wyznaczone jej przez przyrodę i mające na celu jedynie niewzruszalne tej przyrody prawo utrzymania gatunku”⁶. Głosy tego typu były liczne i wyrażane w różnej formie, jak chociażby na konferencji lekarzy urzędowych, która odbyła się w Katowicach w grudniu 1945 r. Stanisław Radwan mówił wtedy, że aby spełnić sen o silnej Polsce, trzeba „podnieść stan tężyzny i czystości, wyrównać utraty na zdrowiu Polski, przywrócić wyższą skalę bytowania (...). Opieka nad matką i dzieckiem ma ten sam cel; od początku wychować tęgiego obywatela”⁷.

W pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej funkcjonowanie ochrony zdrowia opierało się głównie na przedwojennych rozwiązaniach prawnych i organizacyjnych, a ich cechą charakterystyczną pozostawały niewielka dostępność oraz niespójność poszczególnych elementów ochrony zdrowia. Sam system składał się z kilku odrębnych segmentów, które zapewniały opiekę zdrowotną zaledwie 20–25% obywateli państwa polskiego, ponieważ lecznictwo ubezpieczeniowe nie obejmowało osób zatrudnionych w rolnictwie⁸. Jednak jeszcze przed wybuchem II wojny wprowadzano rozwiązania ustawowe mające na celu ukonstytuowanie poszczególnych zawodów medycznych, jak chociażby położnictwa. Wprowadzono m.in. ustawę o zawodzie położnej z 16 marca 1928 r., w której opisano status zawodowy położnej i zakres jej zobowiązań, czy rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 2 maja 1929 r., które znacznie podniosło rangę wykonywania zawodu położnej z uwagi na przyznaną jej dużą samodzielność zawodową, ale także standaryzację nauczania zawodu w szkołach położnych. W rozporządzeniu znalazły się m.in. zapisy dotyczące wydłużenia okresu nauczania zawodu do lat 4 oraz obowiązek

⁶ M. Kacprzak, *Opieka nad macierzyństwem w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1948, R. 64, z. 7–8, s. 32–33.

⁷ S. Radwan, *Realizacja pomocy lekarskiej dla wsi oraz sprawa podniesienia zdrowotności ludności wiejskiej na terenie Województwa Śląsko-Dąbrowskiego*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, luty–marzec, s. 125.

⁸ P. Grata, *Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały” 2017, t. XV, s. 6–7.

przeprowadzenia praktyk zawodowych. Określono także kryteria stawiane kandydatkom do zawodu położnej⁹.

Wielokrotnie podkreślano istotne braki kadrowe lekarzy, spowodowane stratami wywołanymi II wojną światową, kiedy to według niektórych szacunków z liczby 13 500 lekarzy pozostało 8500. Mimo podjętych działań zmierzających do polepszenia sytuacji Polska źle wypadła pod tym względem w porównaniu z krajami socjalistycznymi. W trakcie jednego z posiedzeń Sejmu z lipca 1950 r. poseł sprawozdawca Lucjusz Dura (SL) informował, że jeden lekarz w Polsce przypada na 300 mieszkańców, a w niektórych regionach nawet na 10 000 osób. W tym okresie, według jego danych, w Związku Radzieckim jeden lekarz przypadał na 800 osób, a w Czechosłowacji na 1100¹⁰. Inne statystyki, przywoływane przez dr. Jana Kurka, wskazują, że przed wojną w Polsce było 12 800 lekarzy, natomiast po jej zakończeniu już tylko ok. 7000. Według jego wyliczeń norma środkowoeuropejska to 1 lekarz na 750 mieszkańców, czyli brakowało nam ok. 8000 lekarzy, bo w mieście jeden lekarz przypadał na mniej więcej 750 mieszkańców, a tymczasem na wsi lekarz musiał przebadać nawet 20 000 ludzi¹¹.

Po zakończeniu wojny jednym z ważniejszych zadań socjalistycznej medycyny stała się budowa nowego systemu służby zdrowia, w tym opieki nad matką i macierzyństwem. Wcześniej zagadnienia te, szczególnie na wsiach, znajdowały się głównie w sferze zainteresowania osób parających się medycyną nieprofesjonalnie, czyli znachorów i babek. Lekarze i społecznicy alarmowali o wysokiej umieralności zarówno kobiet w porożu, jak i nowo narodzonych dzieci, a o także problemie sztucznych poronień. A co za tym idzie, opowiadali się za koniecznością podjęcia akcji uświadamiania zdrowotnego w tym zakresie. Na przykład Maria Skokowska-Rudolf uważała, że najważniejszą przyczyną zgonów niemowląt jest niedożywienie matek podczas ciąży i karmienia oraz błędy w żywieniu samych niemowląt. Dlatego, według niej, niedostatek środków na rozwój całej służby zdrowia oraz braki personelu lekarsko-położniczego każą położyć szczególny

⁹ Ustawa o położnej z 16 marca 1928 r., <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19280340316/O/D19280316.pdf>; rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 2 maja 1929 r. zawierające instrukcje dla położnych, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/mp-monitor-polski/zm-rozporzadzenie-ministra-spraw-wewnetrznych-z-dnia-2-maja-1929-r-16912654> [dostęp 15.10.2022].

¹⁰ P. Fiktus, *Prawno-społeczna pozycja felczera w Polsce w latach 1945–1989*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2017, t. XV, s. 137.

¹¹ J. Kurek, *Jakiej organizacji służby zdrowia pragnie polski lud*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, luty–marzec, s. 128.

nacisk na zagadnienie opieki zdrowotnej nad matką i niemowlęciem, ze szczególnym uwzględnieniem kuchni mlecznych, i sprawy opieki nad dzieckiem szkolnym i młodzieżą¹². Podobnie uważał Marcin Kacprzak, postulując skoncentrowanie się na pracy położnej na wsi oraz rozwoju placówek, w których mogłyby tę pracę wykonywać. Dotychczas ludność wiejska korzystała głównie z pomocy babek, przed wojną liczba ta miała wynosić nawet 70% przypadków¹³. Z ogólnej liczby porodów odbieranych w Polsce jedynie 16–20% odbywało się w szpitalach, pozostałe odbierane były w domach, zarówno przez wykwalifikowane akuszerki, jak i babki¹⁴. Na marginesie warto dodać, że zatwierdzona przez Sejm w 1950 r. ustawa o zawodzie lekarza¹⁵ przyznawała lekarzom monopol na świadczenie usług zdrowotnych, a sam system prawny dawał możliwość stosowania represji wobec podejmujących się leczenia nieprofesjonalistów.

Jan Kurek z kolei przywoływał statystyki tzw. kryminalnych poronień. Odwoływał się do danych z jednego powiatu, w którym praktykował w dwudziestoleciu międzywojennym. Stąd też wywodził konieczność wypleniania takich praktyk oraz osób za nie odpowiedzialnych, czyli babek i fabrykantek aniołków. Wskazywał, że konieczne jest, aby opieką nad matką i dzieckiem zajęły się uprawnione do tego instytucje, czyli szpitale powiatowe i miejskie, przede wszystkim, aby zapobiegać wielkiej śmiertelności dzieci i niemowląt oraz zapobiegać poronieniom¹⁶. Studium przypadku działań aparatu władzy w zakresie zastosowania w praktyce kar za nielegalnie przeprowadzoną aborcję zaprezentowała Barbara Klich-Kluczevska, ukazując w swym artykule historię jednej z mieszanek małopolskiej wsi¹⁷. Cała sytuacja miała miejsce w 1949 r., czyli jeszcze przed wprowadzeniem w życie ustawy z 1956 r., umożliwiającej przeprowadzenie aborcji z tzw. przyczyn społecznych. Autor *Notatki w sprawie powołania Towarzystwa dla rozwiązywania zagadnień świadomego macierzyństwa* opracowanej w czerwcu 1957 r. pisze, że wprowadzenie ustawy przyczyniło się do powolnego spadku nielegalnie wykonywanych poronień, jednak

¹² M. Skokowska-Rudolf, *Zdrowie matki i dziecka*, „Zdrowie Publiczne” 1948, z. 3–4, s. 44–45.

¹³ M. Kacprzak, op. cit., s. 43.

¹⁴ Ibidem, s. 46.

¹⁵ Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19500500458/T/D19500458L.pdf> [dostęp 15.10.2022].

¹⁶ J. Kurek, op. cit., s. 127.

¹⁷ B. Klich-Kluczevska, *Przypadek Marii spod Bochni. Próba analizy mikrohistorycznej procesu o aborcję z 1949 roku*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012 (rok 11), nr 1(2), s. 195–209.

wprowadzenie w życie wszystkich zapisów ustawy natrafiło na rozmaite trudności¹⁸.

Uwarunkowania prawne, powstanie ośrodków zdrowia, izb porodowych

Temat nowej organizacji służby zdrowia w powojennej Polsce był jednym z kluczowych dla polskich władz; pracę rozpoczęto więc już w 1944 r. Jednym z głównych celów działalności Resortu Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia PKWN, powstałego w 1944 r., było zniesienie ustawodawstwa socjalnego ustanowionego przez Niemców. Od tej pory zarządzanie sprawami zdrowotnymi miało być oparte na koncepcji tzw. służb publicznych określonych ustawą z 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia¹⁹. Realizacja polityki zdrowotnej miała się odbywać przez różne działy administracji państwowej i samorządowej, natomiast zakres tejże polityki został zdefiniowany szeroko. Zgodnie z art. 1 pkt 2 miała ona obejmować kwestie m.in. „zwalczania chorób i zapobiegania im, zakładów leczniczych i leczniczo-zapobiegawczych, uzdrowisk, cmentarzy, opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i dzieckiem”, a także higieną szkolną, nadzorem nad produkcją leków czy kwestią aptek i drogerii²⁰.

Główne zadania Ministerstwa Zdrowia w zakresie opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi przedstawił w czerwcu 1945 r. ówczesny minister zdrowia dr Franciszek Litwin. Państwo wobec ogromnych problemów powinno się zatem skupić na poprawie zaniedbanego zdrowia robotników i chłopów oraz opiece nad matką i dzieckiem. Licznie organizowane w okresie powojennym konferencje i zjazdy przedstawicieli służby zdrowia i władz samorządowych i państwowych kończyły się najczęściej podobną konkluzją, jak słowa Kacprzaka „nadchodzą czasy, w których siłą obronną państwa, potęgę ekonomiczną kraju trzeba oprzeć na racjonalnej służbie zdrowia i umiejętnej polityce ludnościowej. A rdzeniem narodu naszego jest chłop”²¹.

Na konferencji lekarzy urzędowych, która odbyła się 14 grudnia 1945 r., podejmowano dyskusję także nad koniecznością poprawy opie-

¹⁸ Biuro Sekretariatu KC PZPR, *Notatka w sprawie powołania Towarzystwa dla rozwiązywania zagadnień świadomego macierzyństwa*, 6.06.1957 r., <https://polona.pl/preview/34a619f7-0f3c-47ae-bad8-18fcc33f9ecd> [dostęp 10.06.2023].

¹⁹ Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19390540342/O/D19390342.pdf> [dostęp 15.10.2022].

²⁰ Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994, s. 203.

²¹ Ibidem, s. 216.

ki zdrowotnej na wsi, uznając, że jej reforma jest równie niezbędna, co reforma rolna. „Póki we wsi polskiej będzie pokutować widmo *Naprawy*²² Jalu Kurka, póki chłopu polskiemu nie udostępniemy w całej pełni zdobyczy nowoczesnej wiedzy lekarskiej, póty hasła demokratyczne pozostaną tylko pustymi frazesami, a nie realnym programem politycznym”²³. Doktor Feliks Press w swym wystąpieniu mówił o potrzebie zapewnienia elementarnych podstaw bytu ludności wiejskiej, powoływał się przy tym m.in. na jednego z bardziej radykalnych eugeników dwudziestolecia międzywojennego Tomasza Janiszewskiego, który uważał, że poprawa stanu zdrowotnego ludności powinna być najważniejszym celem państwa. Press przywoływał propozycje ustawy z czerwca 1939 r., która ze względu na wybuch wojny nie została wdrożona w życie, a której większość zapisów kopiuje okólnik Ministra Zdrowia z 18 września 1945 r.²⁴ Zasadniczo ośrodek zdrowia na terenach wiejskich miał działać na teren kilku gmin, z zastrzeżeniem, że w miarę rozwoju służby zdrowia instytucja ta powinna znaleźć się w każdej gminie. Wśród głównych działań ośrodka wymieniano opiekę nad matką i dzieckiem oraz pomoc położniczą na wsi, a w skład jego personelu powinien wchodzić lekarz, pielęgniarka – higienistka społeczna, położna oraz kontroler sanitarny²⁵. Miały również powstać powiatowe i gminne komisje zdrowia, które miały m.in. kontrolować pracę ośrodków i stan sanitarno-higieniczny terenu oraz propagować higienę, a także organizować konkursy czystości. W ich skład prócz personelu medycznego mieli wchodzić także przedstawiciele organizacji społecznych²⁶.

Ustawowo każdy obywatel pracujący w przedsiębiorstwie lub urzędzie miał obowiązek należenia do Ubezpieczalni Społecznej, jednak rolnicy indywidualni nie wchodzili w zakres przymusowego ubezpieczenia. Samopomoc Chłopska proponowała zawarcie dobro-

²² J. Kurek, *Grypa szaleje w Naprawie*, Warszawa 1934. Jedna z najbardziej znanych powieści polskiego poety i prozaika Jalu Kurka, po raz pierwszy wydana w roku 1934. Jej tematyka ma charakter społeczno-obyczajowy. Na przykładzie tytułowej rzeczywistej wsi Naprawy (z którą autor był mocno związany rodzinnie) oraz okolicznych miasteczek (Jordanowa i Rabki) powieść przedstawia niezwykle trudne warunki życia wiejskiego i małomiasteczkowego w latach kryzysu, najprawdopodobniej na początku lat 30. XX w. (lata 1933–1934). Powieść po raz pierwszy wydana została w 1934 r., była później wielokrotnie wznawiana, została również wydana w kilku językach obcych.

²³ F. Presser, *Poprawa zdrowotności wsi podstawowym warunkiem odbudowy kraju*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, luty–marzec, s. 117.

²⁴ Okólnik Ministerstwa Zdrowia Nr 21/45 z 18 września 1945 r. *O organizacji służby zdrowia na wsi*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 5–6, s. 121–123.

²⁵ Ibidem, s. 119.

²⁶ Z. Jastrzębowski, op. cit., s. 218.



Fotografia 1. „Organizacja wiejskiej pomocy lekarskiej”

Źródło: S. Radwan, *Realizacja pomocy lekarskiej dla wsi oraz sprawa podniesienia zdrowotności ludności wiejskiej na terenie Województwa Śląsko-Dąbrowskiego*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, luty–marzec, s. 123.

że państwo nie jest w stanie, ze względu na brak środków, sfinansować bezpłatnej opieki zdrowotnej dla wszystkich mieszkańców wsi. Zakres świadczeń zdrowotnych skierowanych do ludności wiejskiej ograniczał się zatem jedynie do zwalczania chorób zakaźnych, opieki nad matką i dzieckiem oraz pomocy w nagłych wypadkach. Przy czym trzeba podkreślić, że rozdzielano pracowników rolnych pracujących w spółdzielniach Państwowych Gospodarstwach Rolnych od rolników indywidualnych. Ci ostatni do lat 70. XX w. nie zostali oficjalnie objęci ubezpieczeniem społecznym. Dlatego też kwestia dostępu do bezpłatnych usług państwowej służby zdrowia stała się dodatkowym bodźcem dla rolników indywidualnych do wstępowania do spółdzielni.

wolnego układu z lekarzem i szpitalem w celu zapewnienia wsi odpowiedniej opieki lekarskiej²⁷. Bardzo istotnym aspektem ewentualnego wprowadzania bezpłatnej opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi było jej powiązanie z kolektywizacją. W oficjalnym przekazie podkreślano, że opieką należy przede wszystkim objąć wieś uspołecznioną, co miało mieć „w dobie walk o socjalizację wsi nie tylko zdrowotne, ale i polityczne znaczenie”²⁸. Ostatecznie największym problemem okazało się finansowanie tak zaplanowanej służby zdrowia, zwłaszcza na ziemiach odzyskanych, jak chociażby na Opolszczyźnie, gdzie większość nowych mieszkańców nie osiągała żadnych dochodów, które można byłoby opodatkować. Zapowiadano egalitarny system ochrony zdrowia, bardzo szybko okazało się jednak,

²⁷ S. Radwan, op. cit., s. 120.

²⁸ M. Jarosz, S. Kosiński, *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, [w:] *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce*, t. 2: Wieś, Lublin 1995, s. 169.

Po zakończeniu wojny rozpoczęto budowę ośrodków zdrowia na wsiach, których działalność była mocno propagowana (plakat propagandowy jako ilustracja²⁹), ale również był to okres tworzenia izb porodowych, w których kobiety mogły w bezpiecznych i higienicznych warunkach przebywać do 7 dni po porodzie. Był to jeden z elementów polityki zmierzającej do instytucjonalizacji służby zdrowia w realiach państwa socjalistycznego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 listopada 1949 r. w sprawie obowiązku pracy położnych w zakładach społecznych służb zdrowia ustanawiało prawne prowadzenie izb porodowych, w których położne miały pracować, wskazywano także konieczną do przepracowania liczbę godzin w tygodniu. Znalazł się tam także zapis mówiący o tym, „że praca położnej może być realizowana:

- w izbie porodowej lub
- w charakterze położnej gminnej lub
- w lecznictwie instytucji ubezpieczeń społecznych również na wsiach³⁰”.

Pierwsza, najprawdopodobniej nieformalna jeszcze izba porodowa powstała w Laskach w pobliżu Warszawy w 1945 r. z inicjatywy położnej o nazwisku Hoffman³¹. Wiele z nich powstało w latach 50. i 60. XX w., ale już w latach 70. doszło do kryzysu zawodu położnej, m.in. ze względu na to, iż ówczesne położnictwo deprecjonowało samodzielność położnych, co pośrednio przyczyniło się do likwidacji izb porodowych i przeniesienia porodów do szpitali. Istotnym powodem, dla których izby porodowe zaczęły znikać z wiejskich miejscowości, stały się problemy logistyczne, czyli niemożność dojechania karetki ze względu na fatalny stan dróg wiejskich, czy sama kwestia dysponowania transportem sanitarnym. Izby porodowe nie zawsze były przygotowane do radzenia sobie w trudnych sytuacjach, np. przy skomplikowanych porodach, także ze względu na brak personelu lekarskiego. Odgórna hospitalizacja porodów, rozpoczęta już w połowie lat 50., nie obyła się bez różnego rodzaju problemów, opisywanych chociażby w licznych skargach skierowanych do instytucji państwowych³², jed-

²⁹ Źródło: <https://archiwum.allegro.pl/oferta/plakat-osrodki-zdrowia-na-wsi-ratuja-w-chorobie-i7042976323.html> [dostęp 15.10.2022].

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 listopada 1949 w sprawie obowiązku pracy położnych w zakładach społecznych służb zdrowia, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19490610483> [dostęp 15.10.2022].

³¹ E. Kassner, *Sukces zawodu położnej*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2007, nr 5, s. 40.

³² E. Szpak, *Listy do władz centralnych w świetle problemów opieki społecznej i zdrowotnej w PRL (1945–1989)*, Repozytorium Cyfrowe Instytutów Naukowych, <https://rcin.org.pl/dlibra/publication/252024> [dostęp 10.06.2023], s. 69–70.

nak także przyczyniła się do tego, iż same kobiety wiejskie oraz ich rodziny zaczęły dostrzegać pozytywne aspekty korzystania ze szpitali.

M. Kacprzak, wygłaszając referat na zjeździe ginekologów polskich we wrześniu 1948 r., wspominał o istniejących 35 izbach porodowych na wsiach oraz o takiej samej liczbie izb w organizacji³³. W latach 50. izby powstawały w miasteczkach i na wsiach, na przykład w powiecie tarnogórskim izby porodowe stworzono w Miasteczku Śląskim, Strzybnicy, Świerklańcu, Tąpkowicach czy w Zbrośławicach. Przyjmowano w nich głównie ciężarne, które mogły urodzić dziecko bez konieczności interwencji lekarza, natomiast jeśli istniało podejrzenie, iż poród może być bardziej skomplikowany, kobiety kierowano do szpitali. Kobiety chwaliły sobie atmosferę w izbach, gdzie było bardziej kameralnie, głównie ze względu na zazwyczaj niewielką liczbę miejsc – w porodówce przy ul. Zwycięstwa w Tąpkowicach było tylko kilka łóżek, a w izbie porodowej w Miasteczku Śląskim, w dwóch salach, znajdowało się ich aż 14³⁴. W kronice filmowej z 1952 r. zaprezentowano wiejski ośrodek zdrowia w Krowiarkach w powiecie raciborskim, w którym znajdowała się izba porodowa, założona przez położną Joannę Jurysek, przy czym pacjenci prezentowani w filmie to pracownicy pobliskiego PGR-u³⁵. Mając jednak na uwadze propagandowy wydźwięk informacji zawartych w oficjalnym przekazie, jakim bez wątpienia są Polskie Kroniki Filmowe, trzeba pamiętać, że nieufność ludności wiejskiej do oficjalnej służby zdrowia powodowała, iż pacjentki niezbyt chętnie zgłaszały się czy to na izby porodowe, czy w ogóle do ośrodków zdrowia. W powstających placówkach służby zdrowia pierwsi pacjenci zjawiali się niezwykle opornie, czasem po kilku tygodniach lub miesiącach, wykorzystywano więc różne techniki perswazyjne i zachęty. Na przykład w Istebnej, w nowo powstałej porodówce pierwsza położnica pojawiła się dopiero po trzech miesiącach. Kiedy w nagrodę otrzymała wózek dziecięcy, w następnym miesiącu już blisko 30% porodów odbywało się przy asyście personelu izby porodowej³⁶. Na nieufność ludności wiejskiej do personelu placówek medycznych wpływ miały także zasady higieniczne panujące w tych miejscach, abstrakcyjne dla mieszkańców wsi i z ich punktu widzenia niepotrzebne. Do oficjalnego przekazu przebijały się także informa-

³³ M. Kacprzak, op. cit., s. 47.

³⁴ *Pamiętacie izby porodowe?*, „Gwarek” 19.04.2018, https://gwarek.com.pl/pl/11_wiadomosci/16346_pamietacie-izby-porodowe.html [dostęp 28.02.2023].

³⁵ *W wiejskim ośrodku zdrowia*, Polska Kronika Filmowa 12/52, <http://www.repozytorium.fn.org.pl/?q=pl/node/7828> [dostęp 15.10.2022].

³⁶ E. Szpak, „Chory człowiek...”, op. cit., s. 60.

cje, które świadczyły o fatalnym postępowaniu lekarzy i personelu pomocniczego, chociażby przypadek z izby porodowej we Włoszczowie, gdzie ojciec zmarłego w trakcie porodu dziecka odnalazł jego zwłoki w uwłaczających godności warunkach³⁷. Tego typu sytuacje oraz inne opisane powyżej czynniki przyczyniły się do powolnego zamykania izb porodowych i postępującej hospitalizacji porodów.



Fotografia 2. Personel izby porodowej w Kórniku 1957 r.

Źródło <https://www.kornik.info/izba-porodowa-w-korniku/> [dostęp 15.06.2023].

Praktyka lekarza, felczera i położnej

W powojennej Polsce szczególną rolę w zakresie ochrony macierzyństwa oraz zdrowia matek i dzieci na wsi odegrać mieli lekarze i położne, jednak nadal ze względu na nieustające braki kadrowe część ich obowiązków przejmowali także felczery. Działalność personelu medycznego miała się koncentrować nie tylko na leczeniu, ale także uświadamianiu ludności wiejskiej co do zasad higieny, przestrzegania czystości, jak również konieczności dbania o zdrowie kobiet w ciąży i połogu. Lekarze i społecznicy podkreślali potrzebę wprowadzenia świadczeń na rzecz kobiet ciężarnych, prawodawstwa chroniącego

³⁷ E. Szpak, „Zdrowie na peryferiach...”, s. 232.

kobietę w ciąży i położu oraz edukacji społeczności wiejskiej w zakresie chociażby konieczności odpoczynku kobiet w położu³⁸. Stanisław Radwan wspominał o różnicach występujących między ludnością zamieszkującą wsie na terenach Polski Zachodniej a przyjeżdżającymi na te tereny repatriantami ze wschodu. Stan zdrowia i świadomości ludności autochtonicznej przed wojną na terenach zachodniej części kraju był znacznie wyższy, natomiast repatrianci przywieźli ze sobą na te tereny choroby trochę już zapomniane, takie jak czerwonka, tyfus, świerzb czy gruźlica. Według niego sytuacja ta, a także ogromne zniszczenia wojenne, zarówno pod względem ludnościowym, jak i infrastrukturalnym, spowodowała, iż po wojnie konieczne było na nowo kształtować świadomość ludności wiejskiej w zakresie kultury zdrowotnej³⁹. Problem ogromnej chorobliwości kobiet wiejskich w położu poruszano już przed wybuchem wojny, prof. Bocheński pisał wtedy, że należy się dziwić, iż przy tym stanie warunków higienicznych na wsi śmiertelność kobiet w położu jest niewielka. Podkreślał, że choroby te nie pozostają jednak bez konsekwencji dla ich zdrowia, że kobiety „marniej wcześniej i nie rzadko pozostają kalekami”⁴⁰.

Przed personelem medycznym stało bardzo trudne zadanie, zwłaszcza że oczekiwania, zarówno państwa socjalistycznego, jak i obywateli, były duże. Na wsi pojawili się nowi pracownicy rolni zatrudnieni w nowo powstałych Państwowych Gospodarstwach Rolnych oraz Rolniczych Spółdzielniach Produkcyjnych, których głównym celem w pierwszych latach po wojnie stało się „wyrabianie socjalistycznych norm”. Władze zakładów rolnych niespecjalnie zainteresowane były przestrzeganiem czystości, dbaniem o zdrowie pracowników czy przeprowadzaniem akcji sanitarnych, które stały się popularne w późniejszych latach⁴¹ (białe niedziele, obwoźne badania czy gabinety dentystyczne). Dlatego starano się otwierać nowe ośrodki zwłaszcza na tych terenach, gdzie powstawały PGR-y czy spółdzielnie, aby dostępność służby zdrowia ulegała polepszeniu⁴². Politycy akcentowali konieczność zrealizowania planów gospodarczych kraju, głównie planu sześcioletniego na lata 1950–1955, który przewidywał wzrost produkcji przemysłowej o 85–95%, a produkcji rolnej o 35–45% w stosunku do roku 1949⁴³. Sprawa zdrowia ludno-

³⁸ M. Kacprzak, op. cit., s. 48

³⁹ S. Radwan, op. cit., s. 121–122.

⁴⁰ M. Kacprzak, op. cit., s. 36.

⁴¹ M. Cześninowa, *Wieś woła o pomoc*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 45, s. 2.

⁴² *W PGR-ach i na wsi*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 13, s. 1.

⁴³ A. Dudek, Z. Zblewski, *Utopia nad Wisłą. Historia Peerełu*, Warszawa–Bielsko-Biała 2008, s. 92.

ści wiejskiej, jednak ze szczególnym uwzględnieniem pracowników rolnych zakładów państwowych, stała się zatem kwestią o poważnej wadze państwowej. Lekarze, położne i felczerzy oprócz swoich standardowych obowiązków mieli więc do wykonania także pracę społeczną. W myśl różnych pomysłów powinni byli się utożsamiać z wsią, aby lepiej zrozumieć jej mieszkańców, a tym sposobem lepiej wykonywać swoje obowiązki. Istotny był także aspekt stosunku personelu medycznego do chorego, niezbędna była cierpliwość i takt, z jednoczesną stanowczością, ponadto trzeba podkreślić, że mieszkańcy wsi nie rozumieli specjalistycznej terminologii lekarskiej, jak również konieczności realizowania niektórych zabiegów i badań⁴⁴.

Codzienna rzeczywistość na wsi okazywała się jednak bardziej złożona od obrazu kreślonego przez propagandę władzy. Pracy nie ułatwiała ogromna nieufność społeczności wiejskiej, która z reguły odnosiła się z niechęcią do personelu medycznego, w tym lekarzy, położnych czy felczerów. Skutkowało to opisanymi już powyżej sytuacjami, gdzie placówki medyczne otwierane na wsiach przez jakiś czas na początku swej działalności nie miały żadnych pacjentów. Brakowało finansów na otwieranie i utrzymanie ośrodków zdrowia czy izb porodowych, niewystraszająca i w złym stanie była też sieć dróg dojazdowych do wsi, brakowało środków transportu dla pacjentów, środków komunikacji dla personelu, a także w wielu przypadkach nie zapewniano pracownikom jakiegokolwiek lokum⁴⁵. Obowiązki personelu medycznego były wielorakie, wykonywali oczywiście wszelkie usługi medyczne, ale także zalecenia władz służb zdrowia, współpracowali z terenowymi władzami samorządowymi i podejmowali różne akcje oświatowe. Lekarz, położna czy felczer powinni byli wykazywać się ogromną samodzielnością i odpowiedzialnością, ponieważ zdawali sobie sprawę, że w wielu przypadkach pozostaną sami przy łóżkach pacjentów bez jakiegokolwiek wsparcia. Lekarz musiał wykazać się wszechstronną wiedzą, szczególnie w internie, chirurgii, położnictwie i pediatrii.

Poważnym problemem służby zdrowia, oprócz kluczowego, czyli niewystarczającej liczby lekarzy, położnych i felczerów, było nierównomierne rozmieszczenie kadry medycznej na terenie Polski, co głównie uderzało w ludność wiejską, ponieważ na wsi lekarzy było najmniej. W wielu regionach brakowało fachowej pomocy lekarskiej,

⁴⁴ F. Mazurek, *O roli lekarza w leczeniu i zapobieganiu chorobom ludności wiejskiej na Podlasiu*, „Zdrowie Publiczne” 1956, nr 4, s. 332.

⁴⁵ *Chłopski doktor*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 30, s. 1.

dlatego coraz częściej przywoływano przedwojenne rozwiązania prawne, które miałyby tę sytuację zmienić, np. zapis z ustawy z 1939 r., który dotyczył przymusowego osiedlania lekarzy młodych na wsi w celu poprawienia stanu „cywilizacji tej ludności i zdrowotności”⁴⁶. Nie doznał się on jednak realizacji, po wojnie wydano zaś rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 1949 r. w sprawie ogólnych norm ilościowych lekarzy, dopuszczonych do wykonywania praktyki lekarskiej⁴⁷ oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 1949 r. w sprawie ustalania list lekarzy i lekarzy dentyków przekraczających normę ilościową⁴⁸. Na podstawie zapisów tego drugiego rozporządzenia w miastach, gdzie stan faktyczny lekarzy przekraczał normę, powołano komisje społeczne, które typowały lekarzy do opuszczenia miasta i przeniesienia się do wskazanej miejscowości⁴⁹. Wprowadzenie w życie zapisów miało na celu planowe rozlokowanie kadry lekarskiej, miało ono jednak formę „przymusowego” przesiedlenia, co spotkało się z oporem środowiska lekarskiego. Ponieważ decydujący głos miała zawsze upartyjniona komisja, w pierwszej kolejności przenoszono lekarzy bezpartyjni, uznani za element obcy klasowo, oraz oporni wobec władz⁵⁰.

Jednak, aby zachęcić personel medyczny do przenoszenia się na wieś lub pozostania w wiejskich ośrodkach zdrowia, próbowano stosować liczne mechanizmy motywacyjne, głównie finansowe, w postaci podwyżek i dodatków interwencyjnych na terenach zaniedbanych gospodarczo. Władze obiecywały tworzenie nowych miejsc pracy, w tym celu miały powstawać ośrodki zdrowia i szpitale w pełni wyposażone do leczenia⁵¹. Premiowanie lekarzy, zachęcanie położnych i pielęgniarek do osiedlania się na wsi oraz rozbudowanie całej infrastruktury na wsiach miały być niezbędną podstawą dla możliwości zapewnienia ludności wiejskiej funkcjonalnej opieki medycznej⁵².

⁴⁶ S. Radwan, op. cit., s. 121.

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 1949 roku w sprawie ogólnych norm ilościowych lekarzy, dopuszczonych do wykonania praktyki lekarskiej, Dz.U. z 1949 r. nr 38, poz. 277.

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ustalania list lekarzy i lekarzy-dentyków przekraczających normę ilościową, Dz.U. z 1949 r. nr 38, poz. 276.

⁴⁹ W. Titkow, *Wprowadzić w życie normy rozmieszczenia lekarzy*, „Służba Zdrowia” 1949, nr 1, s. 4.

⁵⁰ Z. Wiśniewski, *Lekarskie drogi 1944–1956. Czasy reżimu Bieruta*, Warszawa 2012, s. 13.

⁵¹ M. Paciorek, *Instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego w Polsce w latach 1947–1950 w świetle ówczesnych doniesień prasowych*, „Medycyna Nowożytna” 2011, z. 1, s. 152.

⁵² S. Liwyszyc, *Na jakiej podstawie organizacyjnej oprócz Służbę Zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1948, z. 7–8, s. 95.

Grupą zawodową, która wypełniała luki w personelu medycznym na wsiach, byli felczerzy. W przemówieniu z okazji rozpoczęcia działalności szkół felczerskich ówczesny (1951 r.) minister zdrowia Jerzy Sztachelski podkreślał, że konieczność wprowadzenia zawodu felczera związana była z wdrażaniem Planu 6-letniego. Jak pisałam powyżej, przed służbą zdrowia stawiane były nowe zadania, dlatego minister Sztachelski uważał, iż mieszkańcy wsi, mający do tej pory ograniczone możliwości korzystania z profesjonalnej opieki zdrowotnej, będą zwracać się w tej kwestii także do felczerów⁵³. Sytuacja wymusiła więc na władzach wprowadzenie nowych regulacji dających felczerowi odpowiednie kompetencje do działania, podkreślano jednak, że jego zadania mają polegać nie na zastępowaniu lekarza, ale na uzupełnianiu jego pracy. Kompetencje felczera były dość szerokie, wskazano je w ustawie z 20 lipca 1950 r.⁵⁴, były to m.in.: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganiu im, udzielanie pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia, zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych oraz udział w procesie leczenia pod nadzorem lub we współpracy z lekarzem⁵⁵. Kontrola pracy felczera, polegająca na zatrudnianiu go jedynie w społecznych zakładach zdrowia, miała na celu przywrócenie zaufania do jego umiejętności. W trakcie jednego z posiedzeń Sejmu przedstawiono sprawozdanie, z którego wynikało, że intencją ówczesnego ustawodawcy było wprowadzenie felczera do tworzonych wówczas zakładów pracy⁵⁶.

Deklarowano, że edukacja felczerów będzie kontynuowana również, gdy w służbie zdrowia będzie dostateczna liczba lekarzy, jednak zarówno warunki pracy i płacy, często negatywny stosunek lekarzy do felczerów⁵⁷, jak i konieczność zatrudniania się na etacie pielęgniarki lub położnej zniechęcało młodzież do wybierania tego zawodu⁵⁸. Pomimo iż felczer był niejednokrotnie jedyną osobą na wsi reprezentującą oficjalną służbę zdrowia jego autorytet oraz sytuacja prawna były

⁵³ Przemówienie ministra J. Sztachelskiego, „Służba Zdrowia” 1951, nr 42, s. 1–2.

⁵⁴ Ustawa z 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, Dz.U. z 1950 r. nr 36, poz. 336, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19500360336/U/D19500336Lj.pdf> [dostęp 15.10.2022].

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ P. Fiktus, op. cit., s. 137.

⁵⁷ M. Lipińska, *Niespełnione obietnice, czyli walka felczerów o przetrwanie w opinii prasy zawodowej w latach 1949–1961*, [w:] B. Urbanek (red.), *Zawody diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2011, s. 127–140.

⁵⁸ *Czy zawód felczera jest istotnie „zawieszony w próżni”?*, „Służba Zdrowia” 1955, nr 14, s. 1–2.

nieadekwatne do odpowiedzialności związanej z wykonywaną pracą, co przyczyniło się do powolnego zaniku tego zawodu na wsi. Dla osób decydujących się wcześniej na wybór zawodu felczera wiązało się to z koniecznością przejścia do innego zawodu średniego szczebla w służbie zdrowia (pielęgniarki, położnej, laboranta) lub podjęcia dalszej nauki na wydziałach lekarskich celem wyrównania zaległości⁵⁹.

Zawodem medycznym *stricto* związanym z macierzyństwem i opieką nad kobietą w ciąży i położu była położna. Aby zapewnić w pełni wykwalifikowaną opiekę zdrowotną dla kobiet, Ministerstwo Zdrowia wydało zarządzenie o zatrudnieniu położnych w każdej gminie, a do całkowitego zapełnienia niezbędnej liczby etatów w każdej gminie miało dojść w ciągu 3 lat (3000 gmin), a środki na ten cel miały być zabezpieczone w budżecie⁶⁰. W 1948 r. liczba położnych gminnych, według danych cytowanych przez prof. Skokowską-Rudolfową, miała wynieść 2000 osób⁶¹. Szczególnie niekorzystnie sytuacja wyglądała na wsiach w woj.: białostockim, olsztyńskim, wrocławskim, szczecińskim, na ziemi lubuskiej i w Śląsku Opolskim. Uważano, że trzeba położyć nacisk na edukację położnych mieszkających na wsi, nie oczekując, że te, które praktykują w miastach, będą chciały się przenieść⁶². W tym celu należało je przeszkolić także z uwzględnieniem spraw społecznych, wywierać naciski na samorzady, aby wspierały osiedlanie położnych na wsiach, otoczyć je z jednej strony opieką, z drugiej – kontrolą, ale przede wszystkim podjąć walkę z babkarstwem⁶³. Ogółem w 1948 r. w Polsce było 6000 zarejestrowanych położnych, z czego $\frac{3}{4}$ praktykowało w miastach⁶⁴. Nierównomierne rozmieszczenie położnych podkreślali wszyscy autorzy, jednak Szumińska zestawiała te liczby także z liczbą porodów w kraju, wykazując, że na wsi rodziło się statystycznie 75% dzieci, a obsługę dla tych porodów zapewniało zaledwie 25% położnych⁶⁵. Rozwiązaniem było zapewnienie położnym takich warunków pracy i płacy, aby zechciały przenosić się na wieś, gdzie musiały podejmować także trud edukacji społeczności wiejskiej w zakresie opieki nad kobietą w ciąży i położu oraz noworodkiem⁶⁶.

⁵⁹ M. Lipińska, op. cit., s. 127–140.

⁶⁰ M. Skokowska-Rudolf, op. cit., s. 47.

⁶¹ Ibidem, s. 46, 48.

⁶² Ibidem, s. 49.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ M. Kacprzak, op. cit., s. 43.

⁶⁵ B. Szumińska, *Planowa organizacja pracy położnej*, „Zdrowie Publiczne” 1948, z. 5–6, s. 83.

⁶⁶ Ibidem, s. 84.

Podjęto także akcję organizacji finansowanych również z budżetu państwa poradni dla matek i dzieci, a także tworzenia kuchni mlecznych, jednak dane statystyczne, chociażby dla woj. śląsko-dąbrowskiego (niespełna 5% na 74 957 zarejestrowanych dzieci korzystających z usług placówki), nie były zbyt optymistyczne co do zasadności ich istnienia⁶⁷.

Praktyka „babek”

Praktycznie do lat 60. XX w. szczególną rolę w opiece nad kobietą ciężarną na wsiach sprawowała „babka-akuszerka”, zazwyczaj wywodząca się spośród kobiet mających duże doświadczenie w tych kwestiach. Uważano je za specjalistki w odbieraniu porodów, znające się także na opiece nad dzieckiem i położnicą. Statystyki dotyczące porodów na wsiach i w małych miasteczkach z powiatowych odpraw położniczych z 1948 r. mówiły o 50% porodów odbieranych przez babki, co z kolei w niektórych województwach wpływało na poziom bezrobocia wśród wykwalifikowanych położnych. W Polsce centralnej przeciętna liczba odbieranych porodów miesięcznie na jedną położną nie przekraczała trzech, natomiast w woj. zachodnich (gdańskim, pomorskim) czy na Górnym Śląsku liczba wahała się od 5 do 9. Także w innych woj.: rzeszowskim, krakowskim, łódzkim, lubelskim te statystyki były podobne (dane opublikowane w 1948 r.), jednak gorzej było w białostockim, olsztyńskim, wrocławskim, szczecińskim, na ziemi lubuskiej i w Śląsku Opolskim, gdzie szczególnie brakowało fachowej pomocy położnych⁶⁸.

Ze względu na tak wysokie statystyki oraz niejednokrotnie fatalne efekty działalności „babek”, opisywane przez świadków takich wydarzeń⁶⁹, władze polskie podjęły systematyczne działania mające ukrócić ich praktyki. Przedstawiciele władz uważali, że korzystanie z ich usług jest przejawem „ciemnoty i zacofania ludności wiejskiej⁷⁰, również lekarze podkreślali, że korzystanie z ich usług powinno być przeżytkiem⁷¹. Dlatego walka z wiejskim akuszerkami była jednym z elementów pro-

⁶⁷ M. Skokowska-Rudolf, op. cit., s. 47.

⁶⁸ Ibidem, s. 49.

⁶⁹ A. Bałasz, *Lekarz wiejski*, „Przekrój” 1964, nr 5 (982), s. 4, <https://przekroj.pl/archiwum/autorzy/aleksander-balasz> [dostęp 5.03.2023].

⁷⁰ E. Szpak, *Pojęcie zdrowia, choroby i cielesności w wiejskim postrzeganiu świata po 1945 r., czyli o zmianach mentalności na wsi polskiej*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012, rok II, nr 1(2), s. 237.

⁷¹ M. Kacprzak, op. cit., s.43.

cesu modernizacji wsi prowadzonego w ramach Planu 6-letniego⁷². W zwalczanie babkarstwa angażował się personel medyczny, zwłaszcza położne, dla których babki były konkurencją, jednak przykłady z terenu pokazują, że wystarczało, aby kobiety parające się babkarstwem odprowadzały podatki od swojej działalności, a władze lokalne przymykały oko na ich praktyki⁷³. Oczywiście, dopóki nic złego się nie wydarzyło.

Od wieków ludność wiejska w przypadku choroby zwracała się o pomoc głównie do specjalistów medycyny ludowej – znachorów, owczarzy, guślarzy czy babek-akuserek. W przypadku porodu wzywano „babki”, które nie tylko odbierały poród, ale rzekomo miały także znać „przepisy” na to, aby poród był lekki, a dziecko urodziło się żywe i zdrowe. Wierzono także, że dzięki zabiegom stosowanym przez babki „złe siły nie miały dostępu do położnicy”⁷⁴. Sława wiejskich akuserek i znachorów rozchodziła się na znaczne obszary, jednak zakres działania ograniczał się zazwyczaj do granic własnej parafii. Praktycznie w każdej większej wsi zamieszkiwało kilku różnych wiejskich „specjalistów”. I tak, np. we wsi Umer w woj. kieleckim w dwudziestolecie międzywojennym praktykowało 2 felczerów, 1 znachor, 2 babki i 1 konował, którzy obsługiwali okoliczne wsie⁷⁵. W lecznictwie ludowym Karpat wiejskie położne odgrywały dużą rolę, nazywano je na tych terenach babkami, babciculami lub hebamami, były to starsze, doświadczone kobiety, które odbierały porody w domach, przychodziły także do pomocy przy kąpieli nowo narodzonych dzieci. Zajmowały się także udzielaniem porad związanych z całym okresem ciąży, kłopotami łączącymi się z bezpłodnością, ale także sztucznymi poronieniami. Co ważne, były „swoje”, a nie tak jak położne czy lekarze, którzy wywodzili się zazwyczaj z innego środowiska, co dawało im swoistą legitymację do leczenia kobiet wiejskich⁷⁶.

⁷² B. Klich-Kluczewska, *Making up for the Losses of War. Reproduction Politics in Post-War Poland*, [w:] M. Roger, R. Leiserowitz (red.), *Women and Man at War. A Gender Perspective on World War II and its Aftermath in Central and Eastern Europe*, Osnabruck 2012, s. 319.

⁷³ E. Szpak, „Chory człowiek...”, op. cit., s. 58.

⁷⁴ Z. Libera, *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja?*, Wrocław 1995, s. 236.

⁷⁵ Z. Libera, op. cit., s. 247; J. Pawłowska, *Dolnośląska Wieś Pracze w powiecie miłickim (Studium etnograficzne)*, t. II, Prace i materiały etnograficzne t. XXV, Wrocław 1968, s. 32.

⁷⁶ Więcej: A. Szlagowska-Papuzińska, *Mityzacja choroby. Choroba jako konstrukt społeczny u kulturowy*, Wrocław 2021, s. 92–103; A. Szlagowska, *Obraz lekarz i znachora w XIX wiecznych źródłach etnograficznych i historycznych oraz w literaturze pięknej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Życie codzienne od XVIII do XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. VI, Wrocław 2003, s. 103–110.

„Babka” przed porodem myła ręce mydłem i ciepłą wodą, dokonywała oględzin rodzącej i modliła się o szczęśliwe rozwiązanie. Pomagała przy porodzie, a jeśli kobieta nie potrafiła urodzić własnymi siłami, „wyciskała” dziecko przez przygniatanie brzucha. Pęknięcia krocza, które powstały przy porodzie, radziła leczyć maścią własnego wyrobu. Czasami przy trudnym porodzie babki podkładały pod rodzącą woreczki z sianem, sadzały położnicę na wiadrze z ciepłą wodą lub wywarem z siana. Zdarzało się, że „babka” sadzała położnicę mężowi na kolana i w tej pozycji odbierała poród, ale co do zasady mężczyźni byli wypraszani z izby, gdzie kobieta rodziła⁷⁷. Lekarze podkreślali, iż praktyki „babeł”, niezgodne z dostępną wiedzą medyczną, mogły spowodować zakażenia krwi u położnic, co mogło w konsekwencji prowadzić do śmierci matki, a czasem nawet noworodka⁷⁸.

Jednak w przypadku, gdy kobieta umierała chociażby na skutek zakażenia połogowego, co – jak wspomina lekarz praktykujący w niewielkiej miejscowości Siedliszczce nad Wieprzem w woj. chełmskim Aleksander Bałasz – nie należało do rzadkości, nie winiono „babki” i niefachowo udzielonej przez nią pomocy. Ludność wiejska uważała, że widocznie było to nieuniknione przeznaczenie, kara Boża czy dopust Boży⁷⁹ i tego typu fatalistyczne podejście było bardzo charakterystyczne dla społeczności wiejskiej. Bałasz w swych wspomnieniach przytaczał przykłady, kiedy w wyniku praktyk „babeł” umierały położnice, jednak nie zmieniało to opinii ludności wiejskiej o skuteczności działań babeł-akuszerok.

Motywy korzystania z usług babeł były różne. Na pewno istotną rolę odgrywała nieufność, jaką społeczność wiejska wykazywała w stosunku do personelu medycznego, jako osób najczęściej pochodzących z innego środowiska i posługujących się niezrozumiałą dla nich terminologią. Ważną rolę odgrywała także kwestia opłaty – koszt porodu w szpitalu wynosił ok. 3500 zł, opłacenie porodu na wsi wynosiło w 1948 r. przeciętnie od 1500 do 2000 zł. Gminy za osoby ubogie nie płaciły wcale, niektóre gminy płaciły 500–800 zł, przy czym położne co do zasady nie odmawiały udzielenia pomocy przy porodzie, uzależniając to od warunków wynagrodzenia⁸⁰. Dlatego skorzystanie z pomocy „babki”, która często zadowalała się, jak wszyscy „wiejscy

⁷⁷ B. Szychowska-Boebel, *Tradycyjne leczenie ludowe Wielki i okolicznych wsi*, „Roczniki Muzeum Etnograficznego w Toruniu” 1978, z. 1, s. 108.

⁷⁸ F.K. Cieszyński, *Zdrowie matki i dziecka*, Wrocław 1947, s. 6.

⁷⁹ A. Bałasz, op. cit., s. 4.

⁸⁰ M. Skokowska-Rudolf, op. cit., s. 50.

specjaliści”, niewielką opłatą lub płatnością w „naturaliach”⁸¹, było w tym przypadku oczywiste. Kobiety wiejskie twierdziły również, że powodem wyboru tej konkretnie pomocy było przede wszystkim podejście „babek”, które umiały i chciały się zaopiekować pacjentkami: „wkładały w to nie tylko pracę, ale i serce”. Natomiast w izbach porodowych personel miał krzyczeć na kobiety i nie dbać o niemowlęta, a także o zmarłe przy porodzie dzieci, co potwierdza opisany wyżej w tekście przykład z Włoszczowej oraz cytaty z wypowiedzi mieszkanki beskidzkich wsi z badań przeprowadzonych w latach 60. i 70. XX w.⁸²

Zależnie od regionu Polski instytucja „babki” zaczyna zanikać od lat 50. XX w., np. na wsiach w okolicy Bełchatowa większość kobiet deklarowała, że rodzi w izbach porodowych lub w szpitalu pod fachową opieką lekarza i położnej⁸³, a już na terenach górskich stało się tak dopiero w latach 60.–70. XX w. „Babki” można było spotkać jeszcze w latach 60. i 70. XX w. na terenach górskich, w rozproszonych osiedlach, źle skomunikowanych, skąd ciężarne nie zawsze mogły dotrzeć do izby porodowej lub szpitala⁸⁴. Zanikaniu babkarstwa sprzyjały pojawiające się regulacje prawne i wzrastający poziom edukacji w zakresie higieny, ochrony zdrowia i opieki nad matką i dzieckiem.

Podsumowanie

Polityka pronatalistyczna państwa polskiego wymagała wsparcia macierzyństwa i opieki nad kobietą w porożu, motywem przewodnim powojennej Polski stało się odnowienie „Polski mocarstwowej”, do czego niezbędny był wzrost liczebny obywateli. Zarówno politycy, jak i lekarze oraz społecznicy dostrzegali, że największy problem stanowi ludność wiejska ze względu na m.in. braki w edukacji zdrowotnej, które powodowały, iż przyrost liczebny ludności nie był tak duży, jak tego oczekiwała władza. Śmiertelność kobiet w porożu i noworodków nadal była zbyt wysoka, za to marginalnym problemem były sztuczne poronienia ze względu na utrzymujący się na terenach wiejskich tradycyjny, wielodzietny model rodziny. Państwo kładło więc duży nacisk na rozwój opieki zdrowotnej na wsi oraz na edukowanie społeczności wiejskiej w zakresie higieny i zdrowia.

⁸¹ A. Szlagowska-Papuzińska, op. cit., s. 101.

⁸² D. Tylkowa, *Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat Polskich. Tradycja i współczesność*, Wrocław 1989, s. 107.

⁸³ E. Putyńska, *Lecznictwo ludowe w okolicznych wsiach Bełchatowa*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1966, t. VII, s. 101.

⁸⁴ D. Tylkowa, op. cit., s. 35.

Jednak ostatecznie władze nie były w stanie zapewnić mieszkańkom wsi pełnej opieki zdrowotnej, ponieważ nie pozwalała na to m.in. sytuacja ekonomiczna państwa. Uznano, że należy działać stopniowo, w pierwszej fazie skupiając się głównie na zapewnieniu opieki chociażby w minimalnym zakresie, przy czym część zadań administracja państwa scedowała także na samorządy. Promowano zatem spółdzielnie zdrowia, otwierając w wybranych powiatach instytucje pilotażowe tego typu⁸⁵. Na przeszkodzie stał również brak jednolitego systemu ubezpieczeń społecznych, co spowodowało, że do lat 70. XX w. większość ludności wiejskiej była objęta opieką medyczną jedynie w ograniczonym zakresie. W latach powojennych dużym problemem był również brak zaufania ludności wiejskiej do przedstawicieli oficjalnej służby zdrowia i związany z tym problem powszechnego korzystania z usług „babeł” i znachorów.

Bibliografia

Źródła

- Bałasz A., *Lekarz wiejski*, „Przekrój” 1964, nr 05(982), <https://przekroj.pl/archiwum/autorzy/aleksander-balasz>.
- Chłopski doktor, „Służba Zdrowia” 1956, nr 30.
- Cieszyński F.K., *Zdrowie matki i dziecka*, Wrocław 1947.
- Cześninowa M., *Wieś woła o pomoc*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 45.
- Czy zawód felczera jest istotnie „zawieszony w próżni”?, „Służba Zdrowia” 1955, nr 14.
- Kacprzak M., *Opieka nad macierzyństwem w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1948, z. 7–8.
- Kassner E., *Sukces zawodu położnej*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2007, nr 5.
- Kulczyńska M., *Co kobieta wiejska o macierzyństwie wiedzieć powinna?*, Warszawa 1939.
- Kurek J., *Grypa szaleje w Naprawie*, Warszawa 1934.
- Kurek J., *Jakiej organizacji służby zdrowia pragnie polski lud*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, luty–marzec.
- Liwszyc S., *Na jakiej podstawie organizacyjnej oprzeć Służbę Zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1948, z. 7–8.
- Mazurek F., *O roli lekarza w leczeniu i zapobieganiu chorobom ludności wiejskiej na Podlasiu*, „Zdrowie Publiczne” 1956, nr 4.

⁸⁵ Z. Jastrzębowski, op. cit., s. 217.

- Presser F., *Poprawa zdrowotności wsi podstawowym warunkiem odbudowy kraju*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, luty–marzec.
- Przemówienie ministra J. Sztachelskiego, „Służba Zdrowia” 1951, nr 42.
- Radwan S., *Realizacja pomocy lekarskiej dla wsi oraz sprawa podniesienia zdrowotności ludności wiejskiej na terenie Województwa Śląsko-Dąbrowskiego*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, luty–marzec.
- Skokowska-Rudolf M., *Zdrowie matki i dziecka*, „Zdrowie Publiczne” 1948, z. 3–4.
- Szumińska B., *Planowa organizacja pracy położnej*, „Zdrowie Publiczne” 1948, z. 5–6.
- Titkow W., *Wprowadzić w życie normy rozmieszczenia lekarzy*, „Służba Zdrowia” 1949, nr 1.
- W PGR-ach i na wsi, „Służba Zdrowia” 1956, nr 13.
- W wiejskim ośrodku zdrowia, *Polska Kronika Filmowa* 12/52.
- Wypowiedź pośła Lucjusza Dury – sprawozdanie stenograficzne z 84 posiedzenia Sejmu z dnia 20 lipca 1950 r., t. 72.

Opracowania

- Dudek A., Zblewski Z., *Utopia nad Wisłą. Historia Peerelu*, Warszawa–Bielsko-Biała 2008.
- Fidelis M., *Kobiety, komunizm i industrializacja w powojennej Polsce*, tłum. M. Jaszczurowska, Warszawa 2015.
- Fiktus P., *Prawno-społeczna pozycja felczera w Polsce w latach 1945–1989*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2017, t. XV.
- Grata P., *Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały” 2017, t. XV.
- Jarska N., *Krótki kurs historii „kobiet”. Kobiety w języku partii komunistycznej w Polsce 1945–1989*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały” 2017, t. XV.
- Jastrzębowski Z., *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994.
- Klich-Kluczevska B., *Making up for the Losses of War. Reproduction Politics in Post-War Poland*, [w:] M. Roger, R. Leiserowitz (red.), *Women and Man at War. A Gender Perspective on World War II and its Aftermath in Central and Eastern Europe*, Osnabruck 2012.
- Klich-Kluczevska B., *Przypadek Marii spod Bochni. Próba analizy mikrohistorycznej procesu o aborcję z 1949 roku*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012 (rok 11), nr 1(2).

- Libera Z., *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja?*, Wrocław 1995.
- Lipińska M., *Niespełnione obietnice, czyli walka felczerów o przetrwanie w opinii prasy zawodowej w latach 1949–1961*, [w:] B. Urbanek (red.), *Zawody diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2011.
- Paciorek M., *Instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego w Polsce w latach 1947–1950 w świetle ówczesnych doniesień prasowych*, „Medycyna Nowożytna” 2011, z. 1.
- Pawłowska J., *Dolnośląska Wieś Pracze w powiecie milickim (Studium etnograficzne)*, t. II, Prace i materiały etnograficzne t. XXV, Wrocław 1968.
- Putyńska E., *Lecznictwo ludowe w okolicznych wsiach Bełchatowa*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1966, t. VII.
- Szlagowska-Papuzińska A., *Mityzacja choroby. Choroba jako konstrukt społeczny u kulturowy*, Wrocław 2021.
- Szlagowska A., *Obraz lekarz i znachora w XIX wiecznych źródłach etnograficznych i historycznych oraz w literaturze pięknej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Życie codzienne od XVIII do XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. VI, Wrocław 2003.
- Szpak E., „Chory człowiek jest wtedy jako go coś boli”. *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby w na wsiach polskich po 1945 r.*, Warszawa 2016.
- Szpak E., *Listy do władz centralnych w świetle problemów opieki społecznej i zdrowotnej w PRL (1945–1989)*, Repozytorium Cyfrowe Instytutów Naukowych, <https://rcin.org.pl/dlibra/publication/252024>.
- Szpak E., *Pojęcie zdrowia, choroby i cielesności w wiejskim postrzeganiu świata po 1945 r., czyli o zmianach mentalności na wsi polskiej*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012, rok II, nr 1(2).
- Szpak E., „Zdrowie na peryferiach”. *Lecznictwo i opieka zdrowotna w praktyce codziennej pierwszych dwóch dekad PRL na przykładzie listów do władz*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały” 2018, t. XVI.
- Szychowska-Boebel B., *Tradycyjne lecznictwo ludowe Wielki i okolicznych wsi*, „Roczniki Muzeum Etnograficznego w Toruniu” 1978, z. 1.
- Tylkowa D., *Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat Polskich. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1989.
- Wiśniewski Z., *Lekarskie drogi 1944–1956. Czasy reżimu Bieruta*, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2012.

Strony internetowe

Biuro Sekretariatu KC PZPR, *Notatka w sprawie powołania Towarzystwa dla rozwiązywania zagadnień świadomego macierzyństwa*, 6.06.1957 r., <https://polona.pl/preview/34a619f7-0f3c-47ae-bad8-18fcc33f9ecd>.

Okólnik Ministerstwa Zdrowia Nr 21/45 z 18 września 1945 r. O organizacji służby zdrowia na wsi, *Dziennik Zdrowia*, R. I 1945, nr 5–6.

Pamiętacie izby porodowe?, „Gwarek” 19.04.2018, https://gwarek.com.pl/pl/11_wiadomosci/16346_pamietacie-izby-porodowe.html.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 2 maja 1929 r. zawierające instrukcje dla położnych, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/mp-monitor-polski/zm-rozporzadzenie-ministra-spraw-wewnetrznych-z-dnia-2-maja-1929-r-16912654>.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ustalania list lekarzy i lekarzy-dentystów przekraczających normę ilościową, *Dz.U.* 1949, nr 38, poz.276.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 listopada 1949 w sprawie obowiązku pracy położnych w zakładach społecznych służb zdrowia, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19490610483>.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 1949 roku w sprawie ogólnych norm ilościowych lekarzy, dopuszczonych do wykonywania praktyki lekarskiej, *Dz.U.* z 1949 r. nr 38, poz. 277.

Ustawa o położnej z 16 marca 1928 r., <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19280340316/O/D19280316.pdf>.

Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19390540342/O/D19390342.pdf>.

Ustawa z 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, *Dz.U.* z 1950 r. nr 36, poz. 336, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19500360336/U/D19500336Lj.pdf>.

Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19500500458/T/D19500458L.pdf>.