

Nosko, Jan

Historia medycyny a historia zdrowia publicznego

Medycyna Nowożytna 4/1 - 2, 39-62

1997

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Jan Nosko

Łódź

Historia medycyny a historia zdrowia publicznego*

Wstęp

Rozważenie relacji zachodzących pomiędzy historią medycyny a historią zdrowia publicznego, a ściślej – pomiędzy ich celami i zadaniami naukowymi oraz dydaktycznymi wydaje się konieczne przynajmniej z następujących powodów:

Po pierwsze, ze względu na poważne przemiany metodologiczne w historii medycyny, jakie zaistniały w Europie Zachodniej i USA w okresie ostatnich 30 lat, a także w związku z dynamicznie rozwijającą się subdyscypliną zapoczątkowaną przez George'a Rosena wydaniem *History of Public Health*, opublikowanej w roku 1958¹.

Po drugie, w związku z nową sytuacją w strukturze kształcenia kadr specjalistów, determinowaną przez zasadniczą reorientację w podejściu do koncepcji programowej i organizacyjnej ochrony zdrowia populacji w naszym kraju. Jednym z najważniejszych komponentów tej nowej koncepcji, o charakterze strukturalnym, jest teoria i praktyka zdrowia publicznego.

* Referat wygłoszony na Konferencji Naukowej IHN PAN pt. Historyk nauk medycznych wobec inspiracji badawczych. Teoria i tradycja, Poznań 17–18 października 1996.

¹ G. Rosen, *A History of Public Health*, Foreword by F. Marti-Ibanez, New York 1958.

Wagę i znaczenie tego obszernego spektrum zagadnień podkreśla fakt, iż jest ono w centrum uwagi Światowej Organizacji Zdrowia oraz odpowiednich struktur Unii Europejskiej. Podpisany przez Polskę w Brukseli, w grudniu 1991 roku, Układ o Stowarzyszeniu ze Wspólnotą Europejską otworzył proces dostosowywania i ujednociania działań, przede wszystkim w dziedzinie zdrowia publicznego². W przyszłości nieuchronna stanie się także potrzeba ujednoczenia wymogów kwalifikacyjnych tak, by dyplomy absolwentów wyższych uczelni mogły być porównywalne.

W Polsce obserwuje się powstawanie i rozwój orientacji oscylującej w kierunku tworzenia systemu kształcenia kadr zdolnych do podjęcia teoretycznych, a zwłaszcza praktycznych problemów zdrowia publicznego. Jej wyrazem są pierwsze placówki naukowo-dydaktyczne prowadzące szkolenie słuchaczy w ramach zajęć stacjonarnych lub też w formie zaocznych studiów podyplomowych.

W ciągu ostatnich 4–5 lat powstały trzy Szkoły Zdrowia Publicznego: w Krakowie, Łodzi, a ostatnio w Warszawie – szkolące w systemie studiów podyplomowych. W szeregu uczelni wyższych, przede wszystkim w akademiach medycznych, utworzono kierunki, na których kształcą się studenci, przyszłych magistrów zdrowia publicznego, nie lekarzy (Łódź, Poznań). Nadto, ponieważ zmiana stylu życia staje się coraz bardziej centralnym problemem polityki zdrowotnej – nawet w najbogatszych krajach świata – na uniwersytetach, wyższych szkołach pedagogicznych i AWF-ach rozwijają się studia przygotowujące specjalistów w zakresie wychowania zdrowotnego.

Po trzecie, od połowy lat siedemdziesiątych, a szczególnie w okresie ostatnich dziesięciu lat, obserwuje się nasilające zjawisko masowego korzystania przez pacjentów z usług tzw. „innej medycyny”, określanej jako medycyna alternatywna lub nieprofesjonalna. Że jest to problem istotny, świadczyć może fakt, iż zagadnienia te stały się przedmiotem specjalnego posiedzenia tak szacownego gremium, jakim jest Polska Akademia Medycyny, która na sympozjum zorganizowanym w dniach 10–11 czerwca 1994 roku, na Zamku Królewskim w Warszawie (z udziałem wybitnych gości zagranicznych) poddała refleksji filozofię i technikę leczenia tej medycyny, która sprawia, że „mimo spektakularnego rozwoju skutecznych metod leczenia stosowanych w medycynie oficjalnej, akademickiej, znaczna część chorych poszukuje pomocy w medycynie alternatywnej” – czytamy w zaproszeniu Polskiej Akademii Medycyny. Co zaskakujące – to fakt dynamicznego rozwoju tej medycyny w krajach wysoko rozwiniętych (będziemy o tym pisać w dalszej części artykułu). Z punktu widzenia zainteresowań autora istotna była jedna z konkluzji prof. Kornela Gibińskiego (w referacie pt. *Priorytet nauki, lekarski paternalizm czy partycypacja w praktyce medycznej*), wedle której istota sprawy polega, z jednej strony, na niedoskonałości, a niekiedy nawet na występującej patologii w stosunkach lekarz – pacjent, a z

²Szerzej na ten temat zob. *Projekt adaptacji polityki zdrowotnej i legislacji w Polsce do wymagań Unii Europejskiej*. Opracowanie pod red. M. Murkowskiego, W. Nowackiego i A. Koronkiewicza, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995.

drugiej, na historycznie słabej znajomości różnorodnych uwarunkowań zachowań zdrowotnych pacjenta, w tym jego stosunku do zdrowia, choroby, środków leczniczych, a przede wszystkim do metod i stylu realizowanych przez środowisko lekarskie terapii medycznych.

W świetle powyższego, zasadne staje się pytanie o adekwatność celów i zadań współczesnej historii medycyny, w związku z silnymi, akcentowanymi na świecie potrzebami zmian w strukturze ról, które obecni i przyszli lekarze powinni pełnić; postuluje się bowiem wyraźne przełożenie akcentu z leczniczego na promocyjny paradygmat działań. I wydaje się, że historia medycyny powinna pomóc absolwentom nie tylko akademii medycznych, ale wszystkich innych uczelni wyższych w kształtowaniu modelu zachowań służących umacnianiu zdrowia i przedłużaniu życia. W tym widzę główną społeczną powinność zarówno lekarzy (ich przede wszystkim), jak i całej polskiej inteligencji.

Czy miałyby to oznaczać rezygnację z dotychczasowego modelu uprawiania historii medycyny, której celem dydaktycznym jest – jak to czytamy w *Historii medycyny* pod red. prof. dr hab. med. T. Brzezińskiego (PZWL, Warszawa 1995, Wyd. II poprawione i uzupełnione, s. 6): „... jedynie dostarczenie garści informacji, które pozwoliłyby na zrozumienie drogi, jaką przebyła medycyna do jej współczesnego stanu rozwoju myśli lekarskiej, praktyki lekarskiej i organizacji ochrony zdrowia”? Oczywiście – nie! Co więcej, naiwne i zgoła niepraktyczne jest sądenie, że ukształtowane latami pracy (a raczej dziesiątkami lat) warsztaty naukowo-badawcze historyków medycyny można przestawić w krótkim czasie na inne tory. Tu potrzeba pracy wręcz organicznej. Ale jej podstawą i punktem wyjściowym jest konieczność zrozumienia, już dziś, że dotychczasowa – nazwijmy ją „klasyczna” – historia medycyny powinna być odpowiednio uzupełniona o prace, najogólniej rzecz biorąc, z historii kultury zdrowotnej i mentalnej pacjentów. Albowiem w przeszłości troską o zachowanie zdrowia, przezwycięzenie choroby i przedłużenie życia, działaniami chroniącymi przed zarazami i walką z epidemiami zajmowali się nie tylko lekarze. Idee i koncepcje promowania zdrowia są tak stare, jak stara jest ludzkość od czasów, kiedy uświadomiła ona sobie biologiczną ograniczoność swego istnienia. I, zarówno w warstwie refleksyjnej, jak i prakseologicznej – poza lekarzami – historia odnotowała udział, i to nierzadko pierwszoplanowy, filozofów, polityków, samorządów lokalnych, a niekiedy całej zbiorowości, a także „innej medycyny”.

Praktycznie rzecz ujmując, idzie o to, aby tworzyć sprzyjające warunki dla tych historyków medycyny, którzy pragną badać

przeszłość tej „drugiej strony” procesu leczniczo-zapobiegawczego. Zaś tym historykom, którzy już mają kompetencje w powyższej mierze, umożliwić prowadzenie zajęć ze studentami; mogą to być, na początek, nieobowiązkowe, fakultatywne wykłady i seminaria.

I tu dotykamy kwestii bodajże najtrudniejszej. Jak podzielić akademicką biedę? Gdzie znaleźć odpowiednie środki na opłacenie nawet tych skromnych propozycji. To jest rzeczywiście poważny problem, ale podkreślmy to jeszcze raz, najpierw potrzebne jest przekonanie, chęć i dobra wola, aby tam, gdzie już istnieją możliwości, dokonywać zmian w programie nauczania historii medycyny. Należy postulować, aby Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji na swym najbliższym zjeździe zajęło pozytywne stanowisko w tej sprawie.

Daleko bardziej złożone i trudniejsze do zdefiniowania są problemy dotyczące historii zdrowia publicznego. Subdyscyplina ta w Polsce praktycznie nie istnieje, chociaż wiele jej zagadnień jest zawartych w historii medycyny; liczne są też opublikowane w przeszłości opracowania, które można byłoby przyporządkować historii wyżej wymienionej dziedziny wiedzy.

Jak do tej pory nie odnotowano poważniejszej dyskusji nawet nad zakresem pojęciowym zdrowia publicznego, aczkolwiek jest ono powszechnie używane, tak w środowisku naukowym, jak i w popularnej publicystyce.

Spotkanie kierowników dydaktycznych przedmiotu „zdrowie publiczne”, wykładanego w akademiach medycznych, zorganizowane przez Komitet Zdrowia Publicznego PAN (Warszawa, 12 grudnia 1995 r.), w którym uczestniczyłem, ujawniło różne sposoby definiowania zdrowia publicznego, w tym dwa stanowiska zasadniczo odmienne:

- zdrowie publiczne jest częścią medycyny zapobiegawczej;
- cała medycyna jest jedną z wielu dyscyplin i instytucji (także nie związanych z opieką lekarską), których działalność, zwłaszcza gdy jest dobrze koordynowana, może zapewnić skuteczną poprawę stanu zdrowia populacji³.

Pilnym zadaniem jest wyjaśnienie i uzgodnienie stanowiska co do relacji pomiędzy takimi pojęciami jak „higiena”, „medycyna społeczna”, „medycyna zapobiegawcza”, „medycyna środowiskowa” a sferą określoną jako „zdrowie publiczne”. Jest to istotne również ze względu na konieczność niezbędnego konsensusu od-

³ A. Wojtczak, *U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne” 1992, t. 103, s. 127–131.

noszącego się do treści programowych tych przedmiotów, w których wymienione wyżej pojęcia występują. Pamiętać bowiem trzeba, że do 1989 roku, odpowiednikami pojęcia „zdrowie publiczne” były „powszechna ochrona zdrowia” lub „społeczna służba zdrowia” – koncept, wedle którego miał być zapewniony powszechny, bezpłatny dostęp do systemu opieki zdrowotnej, troska o poprawę warunków pracy i życia oraz ochronę środowiska⁴, a w historii medycyny zajmowano się organizacją opieki lekarskiej na przestrzeni dziejów.

Przemiany w historii medycyny na Zachodzie

Coraz szerszy wolumen produkcji wydawniczej z obszaru tzw. społecznej historii medycyny, a także wiele publikacji odnoszących się do powyższego zagadnienia, wskazuje na powstanie nowej tendencji w historii medycyny, jaka zaistniała w okresie ostatnich trzech dekad na Zachodzie. Swoistym podsumowaniem innego niż dawniej podejścia metodologicznego jest *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (Vol. 1–2, Ed. by W. F. Bynum and Roy Porter. London–New York 1993), drugie wyd. w roku 1994. To dwutomowe, liczące 1806 stron opasłe wydawnictwo, podzielone na siedem części zawiera 72 opracowania szczegółowe, a ich autorzy to aktualna czołówka reprezentująca interdyscyplinarne podejście do historii medycyny, wspierana przez Wellcome Institute for the History of Medicine, będący „światowym liderem nowoczesnej historii medycyny”, jak to ujęła redakcja „*Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*” w lipcowym numerze z 1996 roku. Dodajmy jeszcze, że Instytut ów jest wspierany finansowo przez jeden z największych koncernów farmaceutycznych Wielkiej Brytanii – Wellcome, który niedawno połączył się z drugim brytyjskim gigantem – koncernem Glaxo. Wellcome Institute for the History of Medicine posiada placówki akredytowane w najpoważniejszych instytucjach naukowych Wielkiej Brytanii (m.in. na Royal College of Physicians w Londynie, na Uniwersytecie w Oxfordzie, Cambridge i Glasgow). Współautorami Encyklopedii są m.in. profesorowie uniwersytetów: w Oxfordzie, Cambridge, Yale, Baltimore (Johns Hopkins University), Berkeley, Los Angeles, Bethesda, Sydney, w Paryżu i Göttingen oraz z Massachusetts Institut of Technology (szerzej w załączonych notach bibliograficznych dot. niektórych

⁴ J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 30.

autorów). Warto pokrótce scharakteryzować poszczególne fragmenty tego wydawnictwa.

W części pierwszej, zatytułowanej *The place of medicine*, trzech autorzy charakteryzują przyczyny przemian metodologicznych w historii medycyny na Zachodzie zapoczątkowanych pod koniec lat 50-tych.

Część druga pt. *Body systems* zawiera omówienie różnych tradycji w ujmowaniu koncepcji ciała (anatomiczna, mikroskopowa, fizjologiczna, biochemiczna, patologiczna, immunologiczna i kliniczna).

Część trzecia pt. *Theories of life, health and disease* dotyczy teorii życia, zdrowia i choroby, a kolejna, czwarta pt. *Understanding disease* – rozumienia choroby w tradycji Zachodu, w medycynie ludowej, arabskiej, chińskiej oraz wśród Indian amerykańskich.

Następna część, piąta (w tomie drugim) pt. *Clinical medicine* rozpoczyna się od historii relacji lekarz – pacjent, począwszy od XVIII wieku do czasów współczesnych. Dalej omówiono sztukę diagnozowania od czasów najdawniejszych oraz jej różne odniesienia kulturowe, naukowe i społeczne, w tym kontekście ukazuje się także terapie lekowe, chirurgiczne, fizykoterapię, psychoterapię i in.

Medicine in society stanowi treść części szóstej, zawierającej 11 artykułów. Jest tu między innymi historia zawodu lekarskiego (zasady kształcenia i kontroli zawodu na przestrzeni dziejów), historia zdrowia publicznego, historia higieny osobistej oraz pielęgniarstwa wreszcie ekonomiki zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych.

Na koniec część siódma zatytułowana *Medicine, ideas, and culture*. Mamy tu kilkanaście opracowań, dotyczących takich tematów, jak np. medycyna a kolonializm, medycyna a antropologia, medycyna a religia, opieka społeczna, działalność filantropijna w sferze zdrowia, medycyna a architektura, medycyna a literatura; ból i cierpienie, wojna i medycyna; technologie medyczne i ich konsekwencje społeczne; demografia a medycyna; medycyna, moralność i zachorowalność.

Jeśli owe 72 opracowania przemnożymy przez przeciętnie 50 załączonych do nich szczegółowych informacji bibliograficznych, odsyłających do najważniejszych pozycji piśmiennictwa, to możemy mieć obraz bogactwa materiału, z którym czytelnik ma do czynienia. Praktyczny wniosek, jaki nasuwa się po lekturze tego wydawnictwa może być następujący: *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* powinna znaleźć się w bibliotekach akademii medycznych, uniwersytetów oraz w akademiach wychowa-

nia fizycznego. Ponadto, w bibliotekach akademii medycznych powinny znaleźć się jeszcze dwie pozycje: *A History of Education in Public Health* (ed. by Elizabeth Fee and Roy Acheson, Oxford Medical Publications, Oxford–New York 1991) i Miltona J. Roemera *National Health Systems of the World* (Vol. 1–2, Oxford University Press. New York 1993).

Przyczyny zmian metodologicznych w historii medycyny

Według C. E. Rosenberga, autora zbioru prac pt. *Explaining epidemics and other studies in the history medicine* (Cambridge, 1992), a także innych historyków medycyny, na nową sytuację złożyło się kilka zjawisk, zaistniałych zarówno w samym środowisku szeroko rozumianej medycyny, jak i na skutek czynników zewnętrznych.

Pierwszoplanowe znaczenie miały ważne – niekiedy o charakterze radykalnym – zmiany w technologiach medycznych, w tym m.in. rozwój idei transplantacji organów, sztucznego oddychania, diagnostyki prenatalnej, zapładniania *in vitro* i w ogóle, jak się określa, „zwyčajnego wszędobylstwa” techniki nowoczesnej medycyny, która w konsekwencji spowodowała wyraźną dysproporcję w rozwoju sztuki lekarskiej⁵.

Współcześnie mówi się, że to technologie „panują” w królestwie medycyny, podporządkowując lekarzy technologicznym imperatywom, które wytwarzają swoisty dyktat skłaniający do nieustannego nabywania technicznych urządzeń praktycznie do wszystkiego⁶. A główne niebezpieczeństwo polega na bezmyślnym – jakoby – stosowaniu maszyn i urządzeń w medycynie. Powstaje zatem sytuacja, że to nie intelekt lekarza zarządza technologiami, a technologia lekarzem. Wywołało to krytykę, zarówno technologii, jak i wytworzonego przez nie społecznego porządku w medycynie⁷.

Według krytyków rosnącej roli technologii medycznych – analiza raportów lekarzy dostarcza dowodów na „totalną niemotę” pacjentów. Ich odczucia i doświadczenia są trudne do zlokalizowania w informacji lekarskiej. Łatwiej jest znaleźć to, co lekarz zrobił niż to, co i jak zostało odczute i przemyślane, tak przez lekarzy, jak i pacjenta.

Z raportów tych wynika, że leczenie to technologie. Pacjenci są sami w swoim dyskomforcie, bólu, obawach i strachu oraz w

⁵ C. E. Rosenberg, *op.cit.*, s. 3.

⁶ H. M. Marks, *Medical technologies: Social contexts and consequences*, [w:] *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, *op.cit.*, t. 2, s. 1588.

⁷ *ibidem*, s. 1599.

samotnej rekonwalescencji lub umieraniu, w liczeniu i ponoszeniu wydatków. Różnorodne urządzenia pomagają wprawdzie w operacjach chirurgicznych, zapewniają stały dopływ krwi, odpowiednie stężenie elektrolitów i innych chemicznych regulatorów. Z drugiej strony pacjenci, niejako rutynowo, doświadczają dyskomfortu, nudności, bólu głowy, wyczerpania lub skurczu mięśni. Rośnie potencjalne zagrożenie życia spowodowane defektami urządzeń lub błędami w ich stosowaniu, ponieważ uruchamia się je niejako automatycznie, a więc poświęca się im mniej uwagi. Lekarzy i pielęgniarki cechuje lekceważenie wiedzy zdobytej przez pacjentów w procesie leczenia. Powstał termin określający charakter stosunków lekarz – pacjent. Jest nim „medykalizacja” będąca skrótowym odzwierciedleniem ekspansji świata lekarskiego i medycznego punktu widzenia⁸.

Według E. Shortera, w okresie po II wojnie światowej, w związku z nowymi technologiami, nastąpiła zmiana w stylu stosunków lekarz – pacjent. Charakteryzują się one ograniczeniem czasu poświęconego bezpośrednio pacjentowi (mieści się on w coraz większym stopniu pośród maszyn), położeniem nacisku na fizyczną jego ocenę w związku ze zwiększonym znaczeniem danych laboratoryjnych, które kształtują diagnostyczną wyobraźnię lekarza, skupieniem uwagi na danych różniczkowych uzyskanych diagnoz, i na koniec „olbrzymią władzą terapeutycznych standardów”⁹. Według P. Jacobsona, w okresie wspaniałych osiągnięć nowoczesnej terapii ostatnich dekad XX wieku, kiedy to mamy do czynienia z antybakteryjną, przeciwzapalną i antynowotworową medycyną, nastąpiła alienacja pacjentów spod wpływu „półbogów w bieli”¹⁰.

Tak np. w latach 1975–1980 połowa chirurgów Florydy została zaskarżona z powodu niewłaściwego leczenia¹¹. Pomędzy latami 1975–1985 liczba pretensji w przeliczeniu na 100 lekarzy w USA podwoiła się. Niektórzy specjaliści byli nadzwyczajnie słabi, w okresie 1976–1981 potroiły się pretensje do lekarzy położników, a przeciętny koszt tych pretensji wzrósł z 18 tys. dol. USA do 100 tys. dol. USA w 1988¹².

⁸ ibidem, s. 1600.

⁹ E. Shorter, *The history of the doctor patient relationship*, [w:] *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, op.cit., t. 2, s. 794.

¹⁰ P. Jacobson, *Medical Malpractice in the tort system*, „Journal of the American Medical Association” 1989, vol. 262, s. 3325; zob. także w tym samym numerze: F. A. Sloan, *Medical malpractice experience of physicians: predictable or haphazard*, s. 3291–3297.

¹¹ F. A. Sloan, op.cit., s. 3294.

¹² P. Jacobson, op.cit.

Inne badania wykazały, że w połowie lat 80-tych dwie trzecie badanych pacjentów chciałaby zmienić dotychczasowych dostawców świadczeń lekarskich na inną bardziej satysfakcjonującą opiekę medyczną¹³.

"Jakże to kontrastuje z sytuacją sprzed II wojny światowej, kiedy to pacjenci i ich rodziny rozwijali rodzinne więzi z lekarzem, którego w związku z tym nazywano «lekarzem rodzinnym»" – zauważa E. Shorter¹⁴.

W 1988 roku, tylko jeden na dziesięciu lekarzy uprawiał (w USA) rodzinną praktykę ogólną. Powstała zresztą taka sytuacja, że amerykańscy pacjenci także nie byli zainteresowani badaniami lekarzy usytuowanych w lokalnym systemie opieki. Ich procentowy udział zmniejszył się z 46% w 1984 r. do 21% w 1989 r. Nastąpiła bowiem silna preferencja opieki szpitalnej¹⁵. Alienacja stosunków lekarz – pacjent osłabiła wcześniejszy wielki szacunek dla lekarza. W opiniach pacjentów przeważa pogląd o lekarzu jako pracującym przede wszystkim dla pieniędzy.

Alienacja ta spowodowała szybki wzrost zainteresowania alternatywnymi terapiami. Tak np. w Wielkiej Brytanii w roku 1981 alternatywni praktycy stanowili 27% ogólnej liczby (lekarzy ogólnie praktykujących), a liczba specjalistów akupunktury podwoiła się pomiędzy 1978 a 1981 rokiem; zaś liczba konsultacji wzrosła o 42% w okresie 1981–1985¹⁶.

Dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii medycznych w sposób zasadniczy wpłynął na treść programów kształcenia lekarzy. Współczesne przeddyplomowe kształcenie medyczne, ze swoim ogromnym rozrostem informacji o wysokim ciężarze gatunkowym, wymagające fizycznego, emocjonalnego i intelektualnego zaangażowania studentów, a następnie specjalizowania się w określonej dziedzinie, pozostawia mało miejsca na humanistyczną edukację, która dla starszej generacji historyków medycyny, szczególnie kształconych w Europie, była czymś oczywistym – zauważa C. E. Rosenberg¹⁷. Formułuje on także inną ważną opinię, wedle której w obecnych czasach pod koniec XX i na pocz. XXI wieku nie wydaje się możliwe, aby klinicyści–historycy reprodukowali się, tak w Ameryce, jak i w Europie, i to nawet jeżeli uczelnie medyczne odejdą od wąskotechnicznego paradygmatu kształcenia¹⁸.

¹³ A. H. Rosenstein, *Consumerism and health care: will the traditional patient – physician relationship survive*, „Postgraduate Medicine” 1988, t. 79, s. 16.

¹⁴ E. Shorter, op.cit., s. 794.

¹⁵ ibidem, s. 794.

¹⁶ E. Shorter, op.cit., s. 795.

¹⁷ C. E. Rosenberg, op.cit., s. 3.

¹⁸ ibidem.

Historia społeczna a społeczna historia medycyny

Paralelnie do wzrostu roli technologii medycznych w terapiach lekarskich i związanych z nimi konsekwencji społecznych zmieniła się także sytuacja w historii medycyny.

Na gruncie amerykańskim, według opinii C. E. Rosenberga, a także Elisabeth Fee, wysoko uplasowanej, szczególnie w historii zdrowia publicznego USA¹⁹, na przemiany metodologiczne w tej dyscyplinie wpływ miały zjawiska zachodzące w akademickiej, uniwersyteckiej nauce historycznej, a ściślej w związku z powstaniem nurtu tzw. historii społecznej²⁰.

W odróżnieniu jednak od sytuacji w Europie (o czym niżej) historia społeczna w USA akumulowała się latami, nie osiągała szerszego rezonansu; nie wydawała się ważna²¹. Dopiero ujawnienie się wielu społecznych problemów, takich jak niepopularna wojna w Wietnamie, prawa czarnych i kobiet, narastające problemy środowiska, bunt młodzieży i inne – spowodowały, że historycy zaczęli odchodzić od tradycyjnych sfer zainteresowania: polityki i polityków, wojny i dyplomacji do historii wspólnot ludzi – mężczyzn, kobiet, dzieci, mniejszości narodowych, których w przeszłości nie dostrzegano jako odrębnego przedmiotu badań. „Nowa” historia zaczęła łączyć metody i dorobek nauk społecznych, analizować poszczególne zagadnienia z punktu widzenia aspektów ekonomicznych, kulturowych i społecznych²².

W Europie, jak już wcześniej wspomniano koncepcja historii społecznej pojawiła się na długo przed II wojną światową we Francji w ramach tzw. Szkoły „Annales”, pochodzącej od tytułu pisma „Annales d’Histoire Economique et Sociale” wydawanego przez Marca Blocha i Lucien Febvre’a. Koncepcja ta była swoistym protestem przeciwko wąsko pojmowanej historii politycznej, uprawianej dotychczas przez historyków, jak również sposobowi przedstawienia przeszłości bez wiązania jej z całokształtem życia

¹⁹ Zob. E. Fee, *Public Health, Past and Present: A Shared Social Vision*, [w:] G. Rosen, *A History of Public Health*. Expanded edition. The John Hopkins University Press, Baltimore and London 1993, s. IX-LXVII; zob. także: E. Fee, *The origins and development of public health in the United States*, [w:] *Oxford Text-book of Public Health*, t. 1: *Influences of Public Health*. Ed. by Walter W. Holland, R. Detels and G. Knox, Oxford-New York-Toronto, Oxford University Press 1991, s. 3-21.

²⁰ C. E. Rosenberg, op.cit., s. 2; E. Fee, *Public Health, Past and Present* op.cit., s. X-XI; G. Briege: *Historiography of Medicine*, [w:] *Companion Encyclopedia*, t. 1, s. 27.

²¹ John Higham and Paul Conkin (eds): *New Directions in American Intellectual History*, John Hopkins University Press, Baltimore 1979, s. XIII.

²² C. E. Rosenberg, op.cit., s. 2.

społecznego²³. Akcentowali oni wzajemną współzależność wszystkich sfer i stron procesu dziejowego, a w praktyce badawczej zalecali współpracę z innymi dyscyplinami naukowymi – przede wszystkim z socjologią, ekonomią i psychologią. Znakomitymi przykładami nowego podejścia metodologicznego jest praca *Społeczeństwo feudalne* Marca Blocha, opublikowana we Francji w latach 1939–1940 (w Polsce, w roku 1981) oraz trzypięciotomowe dzieło pt. *Kultura materialna, gospodarka i kapitalizm* Ferdynanda Braudela (1979) (w Polsce wydane w roku 1992).

W okresie późniejszym, w roku 1969, w ramach „Annales Economies – Sociétés – Civilisations” wydano specjalny numer pt. *Histoire biologique et société*, następnie, w roku 1974 *Misères, maladies et assistance publique du milieu du XVIII^e au milieu du XIX^e siècles*, a w kilka lat później, w roku 1977 *Médecins, médecine et société en France aux XVIII^e et XIX^e siècles*²⁴. Francuska szkoła historyczna skupiona wokół „Annales” odegrała ogromną rolę w stymulowaniu interdyscyplinarnych badań naukowych. Nie mały był też jej wpływ na międzynarodowe życie naukowe w dziedzinie historii. Niemniej w innych krajach były także własne tradycje: w Niemczech wpływ koncepcji teoretycznych Maksa Webera, a wcześniej – Karola Marksa, w Wielkiej Brytanii, jeszcze przed wojną, działalność G. M. Trevelyan, autora znakomitej po dziś dzień *Historii społecznej Anglii*.

Szersze omówienie tych zagadnień możemy znaleźć w zbiorze pt. *Sozialgeschichte im Internationalen Überblick* (pod redakcją znanego historyka niemieckiego Jürgena Kocka), zawierającym przegląd sytuacji w historii społecznej m.in. w USA, Wielkiej Brytanii, Francji, RFN, Austrii, Polsce²⁵.

Nowe zjawiska, które zaistniały w uniwersyteckiej historii, powstanie i rozwój coraz liczniejszej – w miarę upływu lat – rzeszy profesjonalistów, prowadzących indywidualnie lub zespołowo badania interdyscyplinarne także w obszarze zdrowia, choroby i medycyny, spowodowały wyłonienie się nurtu określonego jako społeczna historia medycyny (a social history of medicine, w języku angielskim i Sozialgeschichte der Medizin, w języku niemieckim). Siła oddziaływania uniwersyteckiej historii społecznej

²³ J. Kochanowicz, *Twórca i dzieło*, [w:] F. Braudel, *Kultura materialna, gospodarka i kapitalizm*, Warszawa 1992, t. 1, s. 6.

²⁴ Arthur Imhof, *Eröffnungs – Ansprache* [w:] *Mensch und Gesundheits in der Geschichte. Les hommes et la santé dans l'histoire*, Berlin 1978 (Międzynarodowe Kolokwium zorganizowane w Berlinie w dniach 20–23 września 1987).

²⁵ *Sozialgeschichte im Internationalen Überblick. Ergebnisse und Tendenzen der Forschung*, Jürgen Kocka (red.), Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1989.

w poszczególnych krajach była, rzecz jasna, różna. W Stanach Zjednoczonych, wspomniany nurt rozwija się na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, chociaż jego początki sięgają lat trzydziestych i czterdziestych i wiążą się przede wszystkim z działalnością Henry'ego Ernesta Sigerista.

W latach 1932–1947 kierował on Instytutem Historii Medycyny na Uniwersytecie Johns Hopkinsa w Baltimore. Był też założycielem istniejącego do dziś nowego czasopisma pt. „Bulletin of the History of Medicine”, będącego zarazem organem Amerykańskiego Stowarzyszenia Historyków Medycyny. „Był on największą, pojedynczą siłą w Ameryce, promującą społeczno-kulturową rolę profesji medycznej” napisał o Sigeriście C. E. A. Winslow, twórca nowoczesnej definicji zdrowia publicznego, wybitny uczyony amerykański, założyciel i dyrektor Wydziału Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie w Yale, w latach 1915–1945²⁶.

Sigerist zawarł swoje główne myśli – w kontekście prowadzonych tu rozważań – w serii wykładów, opublikowanych w roku 1943 w wydawnictwie pt. *Civilization and disease*²⁷. Postulował w nim szerokie, interdyscyplinarne spojrzenie na historię medycyny. Z okresu późniejszego warto zacytować jego uzasadnienie badań nad pacjentem: „Przeglądając mój pierwszy tom (wydany w roku 1951) stwierdziłem, że poświęciłem zbyt dużo miejsca na opisanie ludzkiego środowiska, o którym wiedzieliśmy dosyć dużo, podobnie jak roli fizycznego i społecznego środowiska w kształtowaniu sytuacji zdrowotnej zbiorowości. Robiąc kolejny przegląd doszedłem do wniosku, że na historię medycyny należy patrzeć pod kątem raczej pacjenta niż lekarza, ponieważ to pacjent lub raczej człowiek w zdrowiu i chorobie jest podmiotem wszystkich działań lekarza”²⁸.

„Współcześnie – pisze G. Brieger – jest już truizmem dla historyków medycyny to, że powinni oni podejmować zagadnienie doświadczeń pacjentów. Ale dopiero ostatnio idea ta została w pełni zaakceptowana”²⁹. W latach osiemdziesiątych brytyjscy historycy medycyny Roy Porter i Dorothy Porter na łamach „Theory

²⁶ J. P. Brickman, *Science and Education of Physicians: Sigerist's Contributions of American Medical Reform*, „Journal of Public Health Policy” Summer 1994, s. 140; zob. także Milton Terris, *The Contributions of Henry E. Sigerist to Health Service Organization*, „Journal of Public Health Policy” 1995, nr 2, s. 153–163.

²⁷ H. E. Sigerist, *Civilization and disease*, Ithaca, N. Y.: Cornell University Press 1943.

²⁸ H. E. Sigerist, *Landmarks in the History of Hygiene*, Oxford University Press. Oxford 1956, s. VII, za: G. Brieger, *The historiography of medicine*, [w:] *Companion Encyclopedie History of Medicine*, op.cit., t. 1, s. 25.

²⁹ ibidem.

and Society” i w innych wydawnictwach wezwali do pisania historii medycyny z perspektywy pacjenta³⁰. „Co spowodowało, że wielu kolegów R. Portera i D. Porter usłyszało to wezwanie?” – pyta G. Briega. Jak zauważa Andrew Wear, współredaktor bardzo ważnej pozycji wydawniczej pt. *Problems and Methods in the History of Medicine* (London, 1987) – ta nowa, bardziej dojrzała, społeczna historia medycyny ostatnich dekad zastała lepiej przygotowanych, zarówno lekarzy, jak i pacjentów i w ogóle szerokie kręgi społeczeństwa do właściwego przyjęcia tego punktu widzenia. Jest to również rezultat tego istotnego faktu, że społeczna historia medycyny jest wykładana na uniwersytetach (tj. nie tylko na fakultetach medycznych) i zyskuje coraz większe grono słuchaczy³¹.

Jak się wydaje, wcześniej niż w innych krajach, bo jeszcze na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych za sprawą szkoły „Annales” nowe nurty w historii medycyny pojawiły się we Francji. Na gruncie polskiej historii medycyny znana jest wypowiedź P. Leuilliot, której fragment warto przypomnieć: „Historia medyczno-społeczna jest to historia interesująca się przede wszystkim mentalnością. Dla historyka najważniejsze są doświadczenia przeżyte przez chorego (jednostkę lub zbiorowość chorych), jego reakcje wobec choroby, lekarza czy pielęgniarki, wobec lekarstw. Nie można pomijać człowieka o tak zwanym «dobrym zdrowiu», przeciwnie, trzeba się zająć jego postawą wobec własnego ciała, życia, śmierci, seksu, instytucji rodziny, jego tradycyjnymi przesadami”³².

W kontekście prezentowanej problematyki interesująco przedstawia się sytuacja w niemieckiej historiografii medycyny. Wiąże się ona z całokształtem zjawisk zaistniałych w nauce historycznej w RFN w związku z koncepcją Sozialgeschichte, powstałej w tzw. Bielefeldzkiej Szkole Historii i roli jaką odegrała ta szkoła w powojennej historiografii niemieckiej³³. Miała ona wpływ na sytuację w historiografii medycyny i powstanie orientacji metodologicznej zwanej społeczną historią medycyny (Sozialgeschichte der

³⁰ R. Porter, *The patient's view. Doing medical history from below*, „Theory and Society” 1985, t. 14, s. 167–174, za: G. Briega, op.cit., D. Porter and R. Porter, *Patient's Progress. Doctors and Doctoring in Eighteenth-Century England*, Cambridge 1989.

³¹ „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences” 1996, July (art. redakcyjny).

³² P. Leuilliot, *O współczesną historię medyczno-społeczna*, „Kwartalnik Historii i Kultury Materialnej” 1975, s. 255–267.

³³ R. Fletcher, *Recent Developments in West German Historiography: The Bielefeld School and Its Critics*, „German Studies Review” 1984, vol. 7, s. 451–481.

Medizin). Tak np. w Stuttgarcie został powołany Instytut Historii Medycyny Fundacji Roberta Boscha. Wydaje on rocznik pt. „Medizin: Gesellschaft und Geschichte”.

Twórcy niemieckiej społecznej historii medycyny odwołują się do prekursorskiej roli w tej mierze Henry'ego Ernesta Sigerista. Wskazują na zbiór prac tego wybitnego historyka medycyny zawarty w wydawnictwie pt. *Henry Ernest Sigerist (1891–1957): Begründer einer modernen Sozialgeschichte der Medizin*, Leipzig 1981.

W odniesieniu do nowej orientacji w niemieckiej historii medycyny wymienić trzeba takich autorów, jak Dirk Blasius (*Geschichte und Krankheit, Sozialgeschichtlichen Perspektiven der Medizingeschichte „Geschichte und Gesellschaft”, 1976*), Alfons Labisch, autor dwóch ważnych prac: *Zur Sozialgeschichtliche der Medizin: Methodologische Überlegung und Forschungsbericht* („Archiv für Sozialgeschichte”, 1980) i *Geschichte, Sozialgeschichte. Historische Soziologie der Medizin. Interdisziplinäre Beiträge* (Kassel, 1990); Robert Jütte (*Sozialgeschichte der Medizin: Methode oder Paradigma?* „Medizin, Gesellschaft und Geschichte” 1990).

Nowa orientacja badawcza wzbudziła tak wielkie spory, iż przeniosła się ona na łamy poważnej gazety codziennej „Frankfurter Allgemeine Zeitung”. Środowisko naukowe odnotowało zwłaszcza polemikę pomiędzy Ute Frevert w związku z artykułem *Geteilte Geschichte der Gesundheit. Zur Stand der historischen Erforschung der Medizin in Deutschland. England und Frankreich* (28 stycznia 1987 r.) a Günterem Manem, który w marcu tegoż roku zamieścił krytyczne uwagi pod adresem ww. artykułu. Odbywały się konferencje i spotkania naukowe, np. we wrześniu 1990 r. konferencja pt. *Die Soziale Konstruktion von Krankheit*. Jej pokłosiem było opracowanie Jensa Lachmunda i Gunnara Stolberga pt. *The Social Construction of Illness. Historical, Sociological and Anthropological Perspectives* (Stuttgart 1992).

Społeczną historię medycyny wyjaśnia się w kategoriach bardzo szerokich jako naukę integracyjną. Oznacza to, w warstwie metodologicznej, że przynajmniej w obrębie jednej, określonej epoki są analizowane wzajemne oddziaływania zmieniających się poszczególnych dziedzin rzeczywistości, jak gospodarka, społeczeństwo, państwo, nauka, religia, kultura itp., a także w ich obrębie zjawiska zachodzące w poszczególnych poddyscyplinach historyczno-medycznych, by na koniec doprowadzić do syntezy, tj. do ukazania kultury medycznej, rozumianej jako kultura zdrowotna. Zdaniem prof. Roberta Jütte, społeczna historia medycyny jest czymś więcej niż historią dyscyplin medycznych, jest także czymś więcej niż specyficzne metody i nie ogranicza się do

zakresu wynikającego z ogólnej definicji pojęcia „społeczny”, lecz jest w istocie nowym paradygmatem w historii medycyny³⁴.

Na gruncie niemieckim godne odnotowania się także prace Artura E. Imhofa (ur. 1939 r., studia historyczne w Zurichu, Brukseli, Paryżu i Rzymie, doktorat w 1965, habilitacja w 1973 r., profesura historii społecznej na Wolnym Uniwersytecie w Berlinie – Friedrich-Meinecke – Institut der Freien Universität Berlin), jednego z czołowych przedstawicieli demografii historycznej i historii zdrowia publicznego w Niemczech³⁵. Był on inicjatorem i organizatorem szeregu ważnych konferencji międzynarodowych poświęconych analizie różnych czynników wpływających na zachorowalność, śmiertelność, przeciętne trwanie życia w XVIII i XIX wieku, na przykładzie kilkunastu krajów zachodniej Europy. Wymienić tu trzeba zwłaszcza międzynarodowe kolokwium zorganizowane w Berlinie w dniach 20–23 września 1978 r. pt. *Mensch und Gesundheit in der Geschichte. Les hommes et la santé dans l'histoire*, opublikowane w ramach *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften* pod red. A. E. Imhofa, Matthiesen Verlag, Heft 39, 1978. Pośród kilkunastu opracowań zawartych w ww. zbiorze na uwagę zasługują m.in. *Die Sterblichkeit an Pocken, Masern und Keuchhusten in Finnland in den Jahren 1751 bis 1865*; *Medicalisation and Mortality Trends in South Germany in the Early 19th Century. Mortalitätsanalyse einer südschwedischen Bevölkerung 1749–1818* oraz Marie-France-Morel: *Mère, enfant, médecine: la médicalisation de la petite enfance en France (XVIII^e–XIX^e siècles)* (m.in. o upowszechnieniu karmienia piersią wśród niemowląt, w związku z tradycją przekazywania nowo narodzonych mamkom, często poza domem rodzinnym).

Przedstawione wyżej informacje, chociaż w skrótowym ujęciu, wyraźnie wskazują na licznych już przedstawicieli nowego nurtu w historii medycyny. Żywe zainteresowanie społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami medycyny w przeszłości postawiło wymóg innego niż dotychczas przygotowania warsztatowego i ogólnego. C. E. Rosenberg wspomina swoją rozmowę z 1961 r. z prof. Owsieiem Temkinem, ówczesnym dyrektorem Instytutu Historii Medycyny Uniwersytetu Johna Hopkinsa, który przekonywał o potrzebie opanowania przez lekarzy tajników warsztatu naukowego historyka³⁶. Od tego czasu sytuacja poważnie się

³⁴ R. Jütte, *Sozialgeschichte der Medizin: Methode oder Paradigma*, „Medizin, Gesellschaft und Geschichte” 1990, t. 9, s. 153.

³⁵ Dane biograficzne na podstawie: *Der Mensch und sein Körper. Von der Antike bis heute* pod red. A. E. Imhofa, C. H. Beck Verlag, München 1983, s. 273.

³⁶ C. E. Rosenberg, op.cit., s. 3.

zmieniła. Nowe pokolenia historyków uprawiających społeczną historię medycyny są zainteresowane zarówno historią pacjentów, jak i doświadczeniami lekarzy. Są oni dużo mniej zainteresowani Ludwikiem Pasteurem lub Williamem Harvey'em, powstaniem teorii komórki lub immunologii. „Faktycznie – pisze C. E. Rosenberg – rozwinęły się swego rodzaju opozycyjne ugrupowania, reprezentujące inne zainteresowania i inne umiejętności: intelektualnie historia medycyny jest zdominowana przez lekarzy, zaś historycy profesjonaliści zainteresowani społeczną historią medycyny są metodologicznie zorientowani na nową subdyscyplinę – historię nauki”³⁷. Podobnie ocenia Robert Jütte, obecny dyrektor Instytutu Historii Medycyny Fundacji Roberta Boscha w Stuttgarcie, który w cytowanym artykule pt. *Sozialgeschichte der Medizin: Methode oder Paradigme* pisze: „Społeczna historia medycyny nie jest jeszcze silnie osadzona w niemieckiej społeczności naukowej. Jakkolwiek w ostatnich latach (tj. w latach 80-tych – przyp. J. N.) ukazało się wiele prób promujących tę orientację, to większość autorów pisze raczej prace przeglądowe, powstrzymując się od metodologicznych i teoretycznych refleksji. Natomiast liczne są konferencje i spotkania naukowe poświęcone tej orientacji badawczej”³⁸.

Historia zdrowia publicznego

Według C. E. A. Winsłowa zdrowie publiczne jest to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowanie zdrowia i sprawności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki społeczności na rzecz higieny środowiska, kontrolę chorób zakaźnych, oświatę dotyczącą zasad higieny osobistej, tworzenia i funkcjonowania służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego diagnozowania i zapobiegania chorobom oraz rozwijaniu takich społecznych mechanizmów, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i umocnienie zdrowia³⁹.

W poniższych rozważaniach kierować się będziemy jednak ogólniejszą refleksją sytuującą koncept pojęciowy zdrowia publicznego w kontekście historycznym. Punktem wyjścia jest konstatacja, iż od zarania dziejów, od czasów zaistnienia w zbiorowej świadomości biologicznych ograniczeń ludzkiego bytu, liczne za-

³⁷ ibidem, s. 4.

³⁸ R. Jütte, op.cit., s. 159, zob. także s. 164 Summary.

³⁹ C. E. A. Winslow, *The untitled fields of public health*, „Science” 1920, 51 (January 9), s. 31.

grożenia skracające życie – choroby, niedostatek pożywienia i głód, ekologiczne i społeczne kataklizmy niosące cierpienia i zagrożenia zdrowia – wszystkie te zjawiska wywoływały refleksję i działania regulujące zachowania ludzi nakierowane na zapobieganie chorobom i utrzymanie zdrowia w takim zakresie, jaki wynikał ze stanu wiedzy, sposobu pojmowania i wyjaśniania świata oraz towarzyszącej im koncepcji organizacji życia społecznego.

Zatem w odróżnieniu od historii medycyny, która (jakby z natury rzeczy, uwarunkowanej dotychczasową tradycją jej uprawiania) uwypukla rolę lekarza, terapii, technologii medycznych, organizacji opieki lekarskiej, przedmiotem zainteresowań historii zdrowia publicznego jest zdrowie zbiorowości, rekonstruowanie strategii zdrowotnych, reguł i procedur zapobiegania oraz przewycięzania zjawisk chorobowych, przede wszystkim chorób zaraźliwych, zakaźnych, endemicznych i pandemicznych na przestrzeni dziejów, a współcześnie, tj. od ponad 50 lat, chorób tzw. cywilizacyjnych i społecznych.

Równocześnie historyka zdrowia publicznego interesują czynniki wpływające na wzmocnienie lub pogorszenie kondycji zdrowotnej populacji; skrótowo rzecz ujmując są to czynniki przyrodnicze i społeczne, w tym ekonomiczne oraz wynikające z pozycji w strukturze społeczeństwa poszczególnych grup ludności. Wreszcie dzieje przedsięwzięć i działań, które w przeszłości – nawet nie intencjonalnie – służyły obiektywnie zapobieganiu chorobom i umacnianiu zdrowia. Np. w czasach średniowiecza zaopatrzenie w wodę zdatną do picia w miastach było koniecznym warunkiem przetrwania, zwłaszcza w czasie długiego oblężenia, zarazem służyło zdrowiu ludzi.

Inny przykład: także w średniowieczu, poczucie ładu, porządku i rzetelności w handlu, kazało rajcom miejskim dbać nie tylko o czystość placów targowych, ale także zwalczać i karać za fałszowanie produktów, w tym żywności i win; rola lekarza polegała tu przede wszystkim na doradzaniu lub też na udzielaniu pomocy ubogim.

Historia zdrowia publicznego jest więc historią zbiorowych wysiłków w celu uchronienia się od chorób oraz w celu przedłużenia życia. „Celem tej książki jest opowiedzieć historię o działalności społeczeństw na rzecz zdrowia, od okresu najwcześniejszych cywilizacji do współcześnie wysoko rozwiniętych państw świata” – napisał we wstępie do *A History of Public Health* jej autor, George Rosen⁴⁰, lekarz, historyk medycyny oraz administrator zdrowia

⁴⁰ G. Rosen, *A History of Public Health*, New York 1958, s. 18.

publicznego w Nowym Jorku, uczeń Paula Diepgena i Henry'ego E. Sigerista⁴¹. Książka ta jest przykładem klasyki w tej dziedzinie. Jej pierwsze wydanie w roku 1958 wypełniło istniejącą pustkę, gdyż nie było dotąd takiego całościowo ujętego opracowania, przystępnego, zawierającego wiele informacji. Wkrótce wyznacza standard w historii przedmiotu. Co więcej, książka ta była ważnym impulsem dla generacji historyków, która wyłoniła się na początku lat 60-tych, odrzucającej starą tradycję historii medycyny. G. Rosen zaoferował bowiem historię społeczną, w której ukazywał zdrowie i chorobę jako rezultat różnych społecznych uwarunkowań. Warto przytoczyć nazwy i treść niektórych rozdziałów, są one bowiem charakterystyczne dla jego koncepcji. Rozdział pierwszy zatytułowany: *The origins of public health* dotyczy zagadnień, które dzisiaj określilibyśmy jako higienę komunalną i środowiskową, następnie problemy warunków mieszkaniowych, zagadnienie chorób endemicznych i pandemicznych, roli uwarunkowań religijnych w czasach najdawniejszych. W rozdziale drugim pt. *Health and the community in the Greco-Roman World* ukazane są już choroby: malaria, dyfteryt, ich natura, następnie czynniki środowiska naturalnego: powietrze, woda, lokowanie obiektów mieszkalnych, problemy higieny, edukacji zdrowotnej, zdrowia zawodowego oraz administracji zdrowia publicznego, dostarczenie zdrowej wody, roli klimatu, gleby, organizacji opieki zdrowotnej; kąpiele i łaźnie. Rozdział trzeci pt. *Public health in the Middle Ages (500-1500), Mercantilism, absolutism, and the health of the people (1500-1750)*; rozdział piąty: *Health. A period of enlightenment and revolution (1750-1830)* i rozdział szósty: *Industrialism and the Sanitary Movement (1830-1875)*. Widzimy tu konsekwencję w podmiotowym traktowaniu zdrowia i roli społecznych uwarunkowań. Elizabeth Fee we wstępie do kolejnego wydania tej pracy (w 1993 r.) podkreśla kilka znaczeń tej książki dla współczesnych i przyszłych pokoleń, nie tylko teoretyków, ale i praktyków zdrowia publicznego. Z jednej strony Rosen uwypuklał rolę i znaczenie tych wszystkich, którzy walczą o poprawę stanu zdrowia i doskonalenie metod zapobiegania chorobom, czy to poprzez rozwój i aplikację naukowych koncepcji (m.in. w związku z nowymi odkryciami w medycynie), czy też poprzez reformy społeczne. W ten sposób jego *History of Public Health* dostarczyła zarówno modelu społecznej krytyki, jak i pew-

⁴¹ Szerzej zob. E. T. Morman, George Rosen, *Public Health and History*, [w:] G. Rosen, *A History of Public Health*. Expanded Edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London 1993, s. LXIX-LXXXIX.

nej doży inspiracji w zakresie możliwości uzyskania postępu w stanie zdrowia populacji⁴². Z drugiej strony sposób prezentowania zagadnień zdrowia publicznego przez G. Rosena jest specjalnie zorientowany na zainteresowania praktyków zdrowia publicznego w USA. Podobnie jak jego przyjaciel i mentor H. E. Sigerist, Rosen wierzył, że historia jest ważną dyscypliną w procesie kształcenia profesjonalistów zdrowia publicznego. Uważał, że ich działalność praktyczna i konieczna pozycja w polityce potrzebuje szerszej perspektywy, a tę można zapewnić tylko przez wiedzę o przeszłości. W swojej własnej profesjonalnej karierze Rosen występuje niejako w podwójnym charakterze – historyka i praktyka. Wcześniej, jako edytor „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences” oraz „Ciba Symposia” był blisko związany z wieloma historykami medycyny i zdrowia publicznego; mógł więc korzystać z kontaktów w środowisku naukowym, profesjonalnie związanym z jego zainteresowaniami. Jako praktyk zdrowia publicznego i administrator (blisko 20 lat pracował lub współpracował z Departamentem Zdrowia Publicznego Nowego Jorku), a także nauczyciel i wydawca „American Journal of Public Health” utrzymywał kontakty z decydentami w sferze zdrowia publicznego, uczestniczył w rozwiązywaniu wielu problemów odnoszących się do zdrowotności populacji wielkiej metropolii⁴³.

George Rosen stworzył podstawy oraz program dla dalszych badań i publikacji w zakresie zdrowia publicznego. W okresie późniejszym nastąpiła realizacja tego programu w postaci licznych monografii i publikacji, dotyczących różnych aspektów zdrowia publicznego, które znacznie rozszerzyły analizy G. Rosena. E. Fee i E. T. Morman załączają wykaz 112 prac, które ukazały się w latach 1972–1992, a jest to tylko niewielka część ogromnej produkcji wydawniczej w tej dziedzinie. Zdaniem E. Fee, akcentowana przez G. Rosena rola miejsca w strukturze społecznej oraz statusu ekonomicznego poszczególnych grup ludności w interpretacji zjawisk zdrowotnych populacji zachowuje swoją aktualność. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych w USA w związku z pogorszeniem się standardów życia warstw pracujących i nawrotem zjawisk epidemicznych, m.in. gruźlicy i innych chorób ubóstwa. E. Fee powołuje się w tej sprawie na opublikowany zbiór prac pod red. M. Cahille’a pt. *Immanent Peril: Public Health in Declining Economy*, New York 1991 oraz inne prace.

⁴² E. Fee, *Public Health, Past and Present: A Shared Social Vision*, [w:] G. Rosen, op.cit., s. X–XI.

⁴³ E. Fee, op.cit., s. IX.

Z punktu widzenia współczesnych doświadczeń i potrzeb historii zdrowia publicznego, ważne stają się także zagadnienia dotyczące aborcji i kontroli urodzeń, edukacji seksualnej, medycyzacji zdrowia kobiet, a w kontekście światowego problemu pandemii AIDS, kwestii świadomości społecznej w odniesieniu do chorób przenoszonych przez kontakty seksualne. „Nie można dłużej wątpić – pisze E. Fee – o znaczeniu dla zdrowia publicznego zagadnień seksu, zachowań seksualnych i związanych z nimi odniesień”⁴⁴. Nie można też, jej zdaniem, pomijać współczesnych zjawisk i dyskusji o stosowaniu przemocy w rodzinie oraz biciu i molestowaniu dzieci⁴⁵.

Zakończenie

Podsumowując relacje pomiędzy historią medycyny a historią zdrowia publicznego główny akcent położyłem na nowe zjawiska, jakie zaszły w tych dziedzinach wiedzy w okresie ostatnich kilkudziesięciu lat w Europie Zachodniej, a szczególnie w USA. W historii medycyny pierwszoplanowe znaczenie ma wyłonienie się nurtu określonego jako społeczna historia medycyny, w ramach którego ukonstytuowała się liczna grupa badaczy, najczęściej historyków profesjonalistów (tj. nie lekarzy), których wspiera Wellcome Institute for the History of Medicine oraz czasopismo „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences”, a także inne, merytorycznie nie związane z historią medycyny, m.in. „Journal of Public Health Policy”. Zakres problemowy tej grupy badawczej ogniskuje się z jednej strony wokół analizy funkcjonowania medycyny (lekarze, leczenie, terapia i technologie medyczne; organizacja opieki lekarskiej i inne) w szerokim kontekście społecznych, kulturowych, ekonomicznych, politycznych i innych odniesień na przestrzeni dziejów. Z drugiej strony rozwijają się badania, rozpatrujące problemy zdrowia i choroby z punktu widzenia pacjenta, a w tym także takie zagadnienia, jak problem bólu, cierpienia, stosunku do ciała.

Istotnym akcentem niniejszego opracowania jest wskazanie na historię zdrowia publicznego jako jeszcze jednego nurtu w szeroko rozumianej historii medycyny, której zakres przedmiotowy, zasady metodologiczne oraz standardy ustalił George Rosen w swojej pracy pt. *A History of Public Health*. Znaczenie i aktual-

⁴⁴ ibidem, s. XVI.

⁴⁵ ibidem.

ność tej pracy podkreśla fakt jej ponownego wydania w 1993 roku w prestiżowym wydawnictwie Johns Hopkins University Press. W odróżnieniu od historii medycyny – przedmiotem historii zdrowia publicznego jest zdrowie zbiorowości i wysiłki społeczeństw w dziele uchronienia się przed chorobami, zwłaszcza zakaźnymi, od zarania dziejów do czasów współczesnych. Historia zdrowia publicznego w koncepcji G. Rosena służyć miała wzbogaceniu wiedzy specjalistów, kształconych zwłaszcza w szkołach zdrowia publicznego zlokalizowanych na uniwersytetach amerykańskich i angielskich.

Na koniec konstatacja ogólna. Mam świadomość, iż niniejsze opracowanie zaledwie dotyka czubka potężnej góry lodowej. Albowiem w okresie ostatnich trzech dekad opublikowano na Zachodzie kilkaset książek i tysiące artykułów z obszaru tak społecznej historii medycyny, jak i historii zdrowia publicznego. Przyswojenie tego dorobku to zadanie dla historyków medycyny w naszym kraju.

Noty biograficzne niektórych współautorów Companion Encyclopedia of the History of Medicine (dane z 1994 r. – przyp. J.N.)

1. Gert H. Brieger, profesor, przewodniczący Wydziału Historii Nauki, Medycyny i Technologii Uniwersytetu Johna Hopkinsa.
2. Edward Shorter, profesor historii medycyny Uniwersytetu w Toronto, doktorat na Uniwersytecie Harwarda, autor m.in.: *From Paralysis to Fatigue: a History of Psychosomatic Sciences in the Modern Era* (1992).
3. Ulrich Tröhler, wcześniej lekarz, aktualnie profesor, przewodniczący Instytutu Historii Medycyny Uniwersytetu w Göttingen, autor biografii T. Kochera (1841–1917), laureata Nagrody Nobla.
4. Paul Weindling, profesor, kierownik placówki badawczej Wellcome Institute for the History of Medicine na Uniwersytecie w Oxfordzie, autor m.in.: *Health Race and German Politics between National Unification and Nazism 1870–1945* (1989); *Darwinism and Social Darwinism in Imperial Germany* (1991).
5. Arthur Kleinman, profesor psychiatrii i przewodniczący Wydziału Medycyny Społecznej w Harvard Medical School, profesor antropologii na fakultecie Nauki i Sztuki Uniwersytetu Harvardzkiego, autor m.in.: *Patients and Healers in the Context of Culture* (University of California, 1980); *Social Origins of Distress and Disease: Neurasthenia, Depression and Pain in Modern China* (Yale University Press, 1986); *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition* (1988).
6. Guenter B. Risse, profesor i kierownik katedry na Wydziale Historii Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco, autor pracy pt. *Hospital Life in Enlightenment Scotland, Care and Teaching at the Royal Infirmary in Edinburgh* (Cambridge, 1986) nagrodzonej medalem Amerykańskiego Towarzystwa Historii Medycyny.
7. Pat Thane, lektor historii społecznej Uniwersytetu Londyńskiego, autor licznych książek i artykułów dot. historii starzenia się, opieki społecznej, historii kobiet i ruchów społecznych na rzecz zdrowia w XIX i XX w. w Wielkiej Brytanii.
8. Toby Gelfand, profesor historii medycyny na Uniwersytecie w Ottawie, współredaktor pracy pt. *Freud and the History of Psychoanalysis* (1992), autor publikacji poświęconych historii medycyny we Francji.
9. Roy Porter, lektor społecznej historii medycyny w Wellcome Institute for the History of Medicine, autor m.in.: *A Social History of Madness* (1987); *Health for Sale. Quackery in England 1660–1850* (1989); Wspólnie z Dorothy Porter: *In Sickness and in Health. The British Experience, 1650–1850* (1988) oraz *Patient's Progress* (1989).
10. Dorothy Porter, pracownik naukowo-badawczy Wellcome Institute for the History of Medicine, autorka m.in. *A Political History of Public Health* oraz współautorka ww. dwóch prac.
11. Russel C. Maulitz, lekarz i historyk medycyny uniwersytetów w Filadelfii i Pensylwanii, autor książek dot. historii medycyny wewnętrznej; o przyczynach umieralności w USA oraz historii AIDS (tłumacz).
12. Margaret Pelling, zastępca dyrektora placówki Wellcome Institute for the History of Medicine na Uniwersytecie w Oxfordzie, autorka pracy pt. *Cholera, Fever and English Medicine 1825–1865* (1978) oraz (wspólnie z R. M. Smiths Life) *Death and Elderly: Historical Perspectives* (1991), główne zainteresowania naukowe: praktyka lekarska a uwarunkowania społeczne na początku ery nowożytnej w Anglii oraz teorie chorób i reformy sanitarne.

13. Irvine S. L. London, lekarz i historyk medycyny, współpracownik i pracownik naukowy Wellcome Institute for the History of Medicine, autor m.in.: *Medical Care and the General Practitioner, 1750–1850* (Oxford University Press, 1986) oraz *Death in Childbirth. An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800–1950* (1992).
14. Francoise Loux, dyrektorka ds. badań w Centre National de la Recherche Scientifique w Paryżu, pracuje także w Centre d'Ethnologie Française usytuowanym w Musée des Arts et Traditions Populaires w Paryżu; prowadzi badania dot. problemów stosunku do ciała w tradycyjnym społeczeństwie Francji, medycyny ludowej oraz antropologii opieki pielęgniar-skiej; jest autorką wielu prac.
15. Milton I. Roemer, emerytowany profesor Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles, autor 32 książek poświęconych społecznym aspektom opieki zdrowotnej, m.in. *National Health Systems of the World*, Vol. 1–2 (Oxford University Press, 1993) dot. historii organizacji opieki społecznej, międzynarodowej organizacji ochrony zdrowia od zarania dziejów do 1990 roku, zawiera obszerny spis literatury naukowej.

Jan Nosko

The History of Medicine and the History of Public Health

Summary

The paper reports on the new phenomena which have occurred in the Western countries during recent three decades. The main stress has been put on the principles of methodology and the scope of the research involved in so-called social history of medicine, taking the U.S.A., France and Germany as the example. Research scope and methodological approach to the history of public health has been also discussed, using as an example G. Rosen's *A History of Public Health* and E. Fee's remarks on the work contained in its second (extended) edition.

It has been concluded that the research workers dealing with the Polish history of medicine ought to assimilate the results of both research trends quoted above.

Jan Nosko

Die Medizingeschichte und die Geschichte der Gesundheitswissenschaften

Zusammenfassung

Der Artikel stellt neue Entwicklungen dar, welche in den letzten drei Jahrzehnten in der Medizingeschichte des industriellen Westens zustande kamen. Der Schwerpunkt wurde an die Sozialgeschichte des Medizin von den USA, Frankreich und Deutschland gesetzt. Dabei wur-

den die Methoden und Fragestellungen dieser Forschungsaufgaben genau erörtert. Die Geschichte der Gesundheitswissenschaften nach G. Rosen (*A History of Public Health*) und das Kommentar von E. Fee (zweite, verbreitete Auflage vom Jahre 1993) bilden das zweite Thema. Die Begriffe und die Forschungsmethoden der Geschichte der Gesundheitswissenschaften wurden an diesem Beispiel vorgestellt.

Als Schlußfolgerung werden die Forscher, welche sich in Polen der Medizingeschichte widmen dazu aufgefordert, die Erkenntnisse beider oben genannten Forschungskreisen kennenzulernen.