

Urszula Kozłowska

Uniwersytet Szczeciński

Choroby weneryczne na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1948. Perspektywa historyczno-socjologiczna

STRESZCZENIE Priorytetowym zadaniem, przed którym stanęła powojenna służba zdrowia, była między innymi walka z epidemią chorób wenerycznych. W artykule przedstawiono obraz zachorowań na tego typu schorzenia oraz organizację ich zwalczania zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1948. W przypadku chorób wenerycznych można przyjąć założenie, że w odniesieniu do chorych ma miejsce stygmatyzacja, w rozumieniu Ervinga Goffmana, więcej niż z jednego powodu. Występuje pewnego rodzaju nakładanie się stygmatu fizycznego i stygmatu charakteru.

SŁOWA KLUCZOWE POMORZE
ZACHODNIE, CHOROBY
WENERYCZNE, STYGMAT
SPOŁECZNY

Po II wojnie światowej choroby weneryczne były poważnym wyzwaniem dla służby zdrowia. Zniszczenia wojenne, panujący chaos, masowe migracje i zubożenie ludności, a przede wszystkim rozregulowanie norm kierujących życiem społecznym, stanowiły ważne przyczyny szerzenia się tego typu schorzeń wśród ludzi. Braki lekarzy specjalistów, przychodni, szpitali przeciwwenerycznych czy leków także sprzyjały rozprzestrzenianiu się zachorowań. Nasilenie chorób wenerycznych i organizacja ich leczenia

były ważnym zadaniem powojennej służby zdrowia. Jak powiedział ówczesny minister zdrowia Franciszek Litwin: „Nie ukończyliśmy jeszcze walki z epidemią chorób zakaźnych, a mamy już drugą epidemię chorób wenerycznych, o nasileniu w kraju naszym niewidzianym, a następstwa której będziemy odczuwali całe lata”¹.

Wśród różnych zagadnień stanowiących przedmiot zainteresowań na zjeździe naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia, który odbył się w dniach 8–9 lipca 1945 roku, dostrzeżono także wagę problemu chorób wenerycznych. W wygłoszonym referacie, który poświęcony był temu zagadnieniu, podkreślono, że epidemia zachorowań dotyka całego kraju, jednak szacunkowe dane z terenów „nowo pozyskanych” wskazywały duże natężenie chorób – 10–20% chorej ludności².

Ten sam problem był również przedmiotem dyskusji w dniach 20–21 lipca 1945 roku, podczas pierwszego zjazdu lekarzy wenerologów, na którym zwrócono uwagę, podobnie jak wyżej, że szczególnie zagrożone pod tym względem są ziemie zachodnie i północne Polski. Oszacowano, że na ich obszarze występuje bardzo wysoki odsetek zachorowań, szczególnie wśród kobiet, sięgający 70%, zaś wśród ludności niemieckiej wskaźnik osiąga 30%. W związku z masowością występujących zachorowań, Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło dodatkowe środki na zwalczanie chorób wenerycznych na Dolnym Śląsku i Pomorzu Zachodnim, ponieważ były to obszary, gdzie nasilenie zachorowań było największe i wymagało to dodatkowego wsparcia w celu lepszej organizacji zwalczania tych schorzeń³.

Dużą liczbę przypadków chorób wenerycznych wskazują również dane przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia, według których na terenach północno-zachodnich co piąta Niemka jest chora, zaś ogólna liczba chorych w kraju wzrosła co najmniej czterokrotnie (Lebioda 1945: 187).

O nasileniu zachorowań na choroby weneryczne na tak zwanych Ziemiach Odzyskanych informowało również Ministerstwo Ziem Odzyskanych. Niekompletna i nieoficjalna statystyka za ostatni kwartał 1946 roku, obejmująca osoby leczone w szpitalach i ośrodkach zdrowia z obszaru całego kraju, wskazywała 95 500 przypadków, w tym 40 595 zachorowań na kiłę, 54 312 na rzeżączkę oraz 592 na wrzód weneryczny. Z ogólnej liczby chorych 39 909 przypadało na Ziemie Odzyskane. Dane te jednak nie odzwierciedlały rzeczywistej liczby zachorowań, szacowano bowiem, że jest ona kilkakrotnie wyższa. Wpływ na zwiększoną liczbę nowych zachorowań miała w dużej mierze repatriacja Niemców. W analizowanym okresie największe nasilenie chorób odnotowano w województwach: wrocławskim, olsztyńskim, gdańskim, szczecińskim⁴.

W 1945 roku podjęto tworzenie podstaw prawnych regulujących działania związane z leczeniem chorób wenerycznych. Przygotowywany dekret określał postępowanie w wypadku chorób i chorych wenerycznie. Zakładał konieczność zgłaszania tego typu jednostek chorobowych, podania źródła zakażenia, a także przymus leczenia w przypadku opornych chorych. Leczenie miało być ponadto bezpłatne i dostępne dla wszystkich. Jego finalizacja nastąpiła w 1946 roku, kiedy Rada Ministrów ogłosiła dekret dotyczący zwalczania chorób wenerycznych (DzU 1946, nr 18, poz. 119) wraz z późniejszymi poprawkami (DzU 1947, nr 20, poz. 80; DzU 1949, nr 46, poz. 338), zaś w 1949 roku

¹ Archiwum Akt Nowych (dalej AAN), Ministerstwo Zdrowia (dalej MZ), *Protokół ze Zjazdu Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia 8–9 lipca 1945 rok*, sygn. 14.

² Tamże.

³ AAN, MZ, *Przemówienie Obywatela Ministra na Zjeździe Lekarzy Wenerologów w dniu 20.*, sygn. 62, k. 12, *Protokół z konferencji lekarzy-wenerologów w dniu 20 i 21 lipca 1945 roku*, sygn. 62, k. 7.

⁴ AAN, MZ, *Sprawozdanie z działalności Wydziału zwalczania chorób wenerycznych w 1947 roku*, sygn. 73, k. 19.

ogłoszono jego jednolity tekst (DzU 1949, nr 51, poz. 394). Dekret precyzował pojęcie chorób wenerycznych, wskazywał, jakie są obowiązki chorego, lekarza, uprawnienia i obowiązki władz administracji ogólnej, związków samorządowych i instytucji publicznych. Określenie podstawy prawnej wprowadziło nową jakość do organizacji leczenia tego typu schorzeń.

Powagę problemu chorób wenerycznych podkreślały także założenia przyjęte w planie trzyletnim, realizowanym po wojnie w latach 1947–1949. W rozdziale zdrowie i opieka społeczna zaakcentowano problem chorób społecznych, do których zaliczono choroby weneryczne. Uznano, że zagadnienie to stanowi główne zadanie w okresie realizacji planu. Żeby skutecznie poradzić sobie z chorobami wenerycznymi, należy rozbudować bazę materialną, a w szczególności zwiększyć ilość świadczeń w poradniach przeciw-wenerycznych do 5,8 miliona porad i zabiegów rocznie, co przypadać miało w szczególności na rok 1949 (DzU 1947, nr 53, poz. 285).

Ważnym elementem powojennych działań przeciwwenerycznych była zorganizowana, na szeroką skalę, w 1948 roku akcja, powszechnie zwana jako „W”. Stopniowo wprowadzano ją w poszczególnych częściach kraju, tak że do połowy 1948 roku była ona realizowana prawie na całym jego obszarze. Podstawą prawną wspomnianych działań był dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych z 1946 roku.

Jak wcześniej wspomniano, choroby weneryczne po II wojnie światowej stanowiły poważne wyzwanie o charakterze ogólnokrajowym. Były jednak obszary kraju, gdzie należało położyć większy nacisk na organizację i walkę z tego typu schorzeniami. Danemu zadaniu musiała sprostać, tworząca się od podstaw, służba zdrowia na Pomorzu Zachodnim. Celem artykułu jest zaprezentowanie, jak przedstawiały się zachorowania na choroby weneryczne na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1948 oraz jak wyglądała organizacja leczenia tego typu schorzeń. Prezentowany okres jest specyficzny z kilku powodów. Są to tak zwane lata pionierskie (Kozłowski 2005: 11), ze swoistą dynamiką życia społecznego, której ważnym przejawem było kształtowanie się nowego porządku społeczno-politycznego w powojennym wymiarze. To także czas zmagania się z procesami społecznymi, często o charakterze żywiołowym. Mowa tu między innymi o powojennych migracjach, które z dużą intensywnością występowały na terenie kraju. Za ich kulminację na Pomorzu Zachodnim należy przyjąć 1946 rok, kiedy na tym obszarze osiedliło się 353 tys. osób (Białecki 1968: 49). Nie należy zapominać także o tym, że był to okres, kiedy akcje podejmowane przez instytucje zaspokajające potrzeby zdrowotne ludności odznaczały się częściej doraźnym charakterem niż planowym działaniem.

Lata 1945–1948 to również okres intensywnej organizacji leczenia, zapobiegania, ograniczania chorób nagminnie szerzących się wśród ludności. Zwiększenie podatności populacji na zakażenie pojawia się szczególnie w różnych, ekstremalnych sytuacjach. Warunki, jakie pojawiły się po zakończonych działaniach wojennych były wręcz idealne do szerzenia się masowych zachorowań. Pomorze Zachodnie nie stanowiło pod tym względem wyjątku, ale okres pionierski był czasem zwiększonego nasilenia zachorowalności na choroby zakaźne, w tym weneryczne (Kozłowska 2010: 10–11). Współcześnie są one nazywane chorobami przenoszonymi drogą płciową. W artykule zachowano zapis zgodny z tym, jaki występuje w dokumentach, dlatego stosuje się nazwę choroby weneryczne. W miarę możliwości ograniczono „dyskurs walki”, który był charakterystyczny dla lat powojennych, a który możemy odnaleźć w dokumentach archiwalnych, dotyczący zmniejszenia występowania chorób wenerycznych wśród ludności. Zastąpiono go leczeniem i przeciwdziałaniem szerzeniu się zachorowań.

Dokumenty urzędowe stawiają przed badaczem różne ograniczenia, związane między innymi z ich niekompletnością, brakiem systematyki czy niewłaściwym, a często wręcz dowolnym sposobem ich wypełniania. Niemniej jednak stanowią ważne i interesujące źródło informacji między innymi na temat zjawisk społecznych pojawiających się na danym obszarze. Niewątpliwie takim zjawiskiem społecznym jest choroba weneryczna. W artykule wykorzystano sprawozdania i wykazy dotyczące tego zagadnienia. Pewne niedoskonałości dokumentów, o których wspomniano wyżej, mogły zaważyć na dokonanej analizie.

W artykule wykorzystano dokumenty znajdujące się w zbiorach Archiwum Państwowego w Szczecinie. Były to głównie zespoły akt Urzędu Wojewódzkiego Szczecińskiego (UWS), Polskiego Czerwonego Krzyża Oddział Wojewódzki (PCK OW), Państwowego Urzędu Repatriacyjnego Oddział Wojewódzki (PUR OW). Drugą bazę źródłową stanowiły akta pozostające w zasobach Archiwum Akt Nowych w Warszawie. W tym przypadku korzystano przede wszystkim z zespołu Ministerstwa Zdrowia (MZ). Pewnym odmiennym uzupełnieniem bazy źródłowej jest pamiętnik lekarki nadesłany na konkurs „Dzieje Szczecińskich Rodzin w XX wieku”. Materiał ten stanowi wartościowy dokument życia społecznego, jakościowo różny od dokumentów urzędowych.

W artykule wykorzystano także publikacje fachowe poświęcone temu zagadnieniu.

Katastrofalna sytuacja zdrowotna Pomorza Zachodniego w 1945 roku była przedmiotem troski, jeszcze ciągle tu obecnych, niemieckich i nielicznych polskich lekarzy, pielęgniarek, położnych, którzy przybywali na te tereny. Pomimo istniejących niedogodności, do priorytetowych zadań należało stworzenie odpowiedniego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności.

W celu ustalenia planu zwalczania chorób zakaźnych, w tym także wenerycznych, szerzących się na Pomorzu Zachodnim, 20 czerwca 1945 roku w Koszalinie, w gmachu Urzędu Pełnomocnika Rządu została zorganizowana konferencja poświęcona temu zagadnieniu. Ówczesny naczelnik Wydziału Zdrowia, dr Hieronim Powiertowski, przedstawił aktualną sytuację zdrowotną i wskazał, na jakie obszary należy zwrócić szczególną uwagę. Według jego sprawozdania (20.06.1945 r.) na Pomorzu Zachodnim jeden lub dwóch lekarzy wenerologów prowadziło praktykę lekarską. Brak lekarzy specjalistów, środków leczniczych uniemożliwiał właściwą organizację leczenia chorób wenerycznych. Aby walka z tymi chorobami odniosła sukces, należało podjąć następujące działania:

- wszystkie placówki do walki z chorobami wenerycznymi należy zaopatrzyć w odpowiednie ilości leków,
- właściwie zorganizować kontrolę prostytucji,
- zdyscyplinować żołnierzy zarówno polskich, jak i sowieckich oraz funkcjonariuszy Milicji Obywatelskiej i Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego, a także dopilnować przestrzegania przez nich zasad higieny i profilaktyki⁵.

Organizacja leczenia chorób wenerycznych na Pomorzu Zachodnim była fatalna, ze względu na brak możliwości leczenia i z powodu niedoboru odpowiednich leków. Leczone Polaków, Niemców i żołnierzy Armii Czerwonej (od 23.02.1946 r. – Armia Radziecka lub Sowiecka). Do 31 grudnia 1945 roku przyjęto i zaopatrzone w instytucjach PCK 1220 osób chorych na rzeżączkę⁶. Według sprawozdania kierownika działu sanitarno-opiekuńczego PCK okręgu Pomorsko-Zachodniego, dr. Bogdana Nowickiego, stan

⁵ Archiwum Państwowe w Szczecinie (dalej APS), Urząd Wojewódzki Szczeciński (dalej UWS), *Protokół z konferencji sanitarnej 20 czerwca 1945*, sygn. 102.

⁶ Polski Czerwony Krzyż Oddział Wojewódzki, (dalej PCK OW), *Sprawozdania z półrocznego istnienia i działalności Okręgu Zachodnio-Pomorskiego PCK za czas od 1 lipca do 31 grudnia 1945 r.*, sygn. 42.

sanitarno-zdrowotny Pomorza Zachodniego był niezadowolający. Szerzące się choroby weneryczne, między innymi rzeżączka, w niektórych częściach tego regionu przekraczała 70% „zakażenia rzeżączkowego”. W powiecie wałeckim odnotowano natomiast rodzinne zakażenia kiłowe⁷.

Z powodu utrudnionej sprawozdawczości bardzo często operowano tylko danymi szacunkowymi, co nie dawało rzeczywistego obrazu zachorowań. W tabeli 1 zaprezentowano zachorowania na tego typu schorzenia w powiatach Pomorza Zachodniego w 1945 roku.

Tabela 1

Zachorowania na choroby weneryczne w powiatach Pomorza Zachodniego w 1945 roku

Nazwa powiatu	Zachorowania na choroby weneryczne
Białogard	30% chorych na rzeżączkę wśród ludności polskiej
Połczyn-Zdrój	brak informacji
Świdwin	60% kobiet niemieckich
Chojna n/O	30–40% kobiet niemieckich
Choszczno	30–50% kobiet
Drawsko	ok. 60% kobiet
Gryfino	silnie rozpowszechnione, szczególnie wśród Niemek
Kamień	brak informacji
Kołobrzeg	80% ludności niemieckiej (syfilis i rzeżączka)
Koszalin	wysoki stan chorób wenerycznych
Łobez	60% kobiet niemieckich
Myślibórz	15–40% kobiet niemieckich
Nowogard	40–50% kobiet niemieckich
Pyrzyce	ok. 60% kobiet niemieckich
Stargard	silnie rozpowszechnione
Szczecin	silnie rozpowszechnione
Wałcz	107 przypadków rzeżączki w styczniu

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów APS, UWS, *Szczegółowe opisy powiatów pod względem organizacji służby zdrowia 1945 r.*, sygn. 101; PCK OW, *Sprawozdanie z półrocznego istnienia i działalności Okręgu Zachodnio-Pomorskiego PCK za czas od 1 lipca do 31 grudnia 1945 r.*, sygn. 44 za rok 1945.

Jak można zauważyć, choroby weneryczne na tym obszarze występowały z dużym nasileniem. Zdecydowana większość zachorowań występowała wśród Niemek. W sprawozdaniu z działalności kolumny sanitarno-epidemiologicznej na terenie powiatu stargardzkiego podkreśla się, że częstą przyczyną chorób wenerycznych szerzących się wśród niemieckich kobiet były gwałty dokonywane w czasie działań wojennych. Podobne informacje można także znaleźć w sprawozdaniach Pełnomocnika Rządu RP na obwód Kołobrzeg, który informuje o masowości i przyczynach zachorowań na choroby weneryczne wśród tej kategorii społecznej⁸. Nie oznacza to jednak, że ludność osiadła

⁷ PCK OW, *Sprawozdanie kierownika Działu Sanitarno-Opiekuńczego PCK Okręgu Pomorsko-Zachodniego – lekarza Bogdana Nowickiego za okres od dnia 1 sierpnia do 1 grudnia 1945 r.*, sygn. 40.

⁸ APS, UWS, *Sprawozdanie miesięczne Pełnomocnika Obwodowego i Starosty Powiatowego w Kołobrzegu 1945–1947*, sygn. 556, k. 13.

lub przybywająca na te tereny nie była chora. Wśród niej także występowały zachorowania, chociaż ich odsetek był niższy (Lebioba 1945: 187).

Należy zaznaczyć, że nie są to jedyne dokumenty mówiące o przyczynach i skali występowania chorób wenerycznych wśród ludności.

Wiele przypadków zachorowań występowało także wśród podopiecznych placówek medycznych Państwowego Urzędu Repatriacyjnego (PUR). W sprawie regulacji zwalczania tego typu chorób Zarząd Centralny PUR wydał okólnik dotyczący postępowania w przypadku stwierdzenia chorych wenerycznie w przybywających transportach lub w punktach etapowych. W razie ich wykrycia byli oni niezwłocznie kierowani do lekarza powiatowego lub innych instytucji leczniczych⁹. O licznych zachorowaniach wśród przybywających osadników informowali także lekarze punktów etapowych w sprawozdaniach przesyłanych do Działu Zdrowia Oddziału Wojewódzkiego PUR. Podawane informacje miały często opisowy charakter, informujący o nasileniu danych schorzeń.

Niedobory personalne, leków, sprzętu stanowiły poważną przeszkodę w leczeniu chorób wenerycznych. W listopadzie i grudniu 1945 roku w Miejskim Szpitalu Zakaźnym w Szczecinie rozpoczęto hospitalizację chorych na kiłę i rzeżączkę, którzy zostali umieszczeni w osobnych salach. Dało to początek późniejszym oddziałom skórno-wenerycznym zorganizowanym w 1946 roku (Turczynowski 1970: 1526). Według dr Smolskiej-Szyran, dermatolog, która przybyła do Szczecina 28 lipca 1945 roku, choroby te na Pomorzu Zachodnim od 1947 roku „szerzyły się nagminnie, nie starczało łóżek dla chorych zakaźnie w pierwszych okresach kiły (...). W szpitalu zakaźnym, gdzie pracowałam, został otwarty duży oddział skórno-weneryczny, ze względu na szerzącą się po wojnie epidemię kiły. Przez blisko rok czasu byłam jedynym lekarzem olbrzymiego oddziału liczącego blisko 300 łóżek. Przyjmowałam wyłącznie ciężkie przypadki skórne oraz chorych na kiłę objawową i chorych z powikłaniami po leczeniu metaloterapią. Nie miałam wykwalifikowanych pielęgniarek. Wszystkie iniekcje dożylnie robiłam sama. Stopniowo wyszkoliłam sobie personel. Historię chorób pisało się naturalnie tylko w kilku zdaniach, było niepodobieństwem opanować wszystko. Dopiero po roku przyszło dwóch lekarzy do pomocy na oddział”¹⁰.

Według szacunków władz służby zdrowia liczba przypadków zachorowań na choroby weneryczne obejmowała w 1947 roku około 2,5% ogółu ludności. W związku z tym podjęto wszelkie starania, aby opanować i zwalczyć tę „plagę społeczną”. Z początkiem 1948 roku zaczęto organizować ogólnokrajową akcję „W”, której ważnym elementem było bezpłatne leczenie. Organizowano również różnego rodzaju akcje o charakterze profilaktycznym: społeczno-zapobiegawcze, instruktażowe, szkoleniowe. Propaganda przeciwweneryczna była także ważnym narzędziem zwalczania chorób wenerycznych. Na terenie powiatów województwa szczecińskiego organizowano wystawy poświęcone tej tematyce, wyświetlano filmy, rozdawano broszury, ulotki. Z myślą o mieszkańcach organizowano także jednogodzinne wykłady, pogadanki wygłaszane przez lekarzy powiatowych. W miejskich i powiatowych ośrodkach zdrowia organizowano przychodnie skórno-weneryczne¹¹. Akcja „W” na terenie województwa szczecińskiego rozpoczęła się nieco później niż w innych rejonach kraju, bo dopiero w drugiej połowie 1948 roku. W tym okresie objęto leczeniem 10 160 chorych na kiłę oraz 2030 chorych na rzeżączkę.

⁹ Państwowy Urząd Repatriacyjny Oddział Wojewódzki w Szczecinie, *Okólnik nr 67 w sprawie zwalczania chorób wenerycznych*, sygn. 518, k. 97.

¹⁰ B. Smolska-Szyran, *Wspomnienia z mojego długiego życia dla moich wnucząt Arka, Elwirki i rodziny*, maszynopis na prawach rękopisu, sygn. P-574.

¹¹ APS, Oddział w Międzyzdrojach (dalej OM), Starostwo Powiatowe Wolińskie, *Ogólne zagadnienia zdrowotności 1945-1950*, sygn. 156, k. 10.

Wykryto ponad 3 tys. źródeł zakażenia oraz przebadano pod kątem metod wykrywania chorób wenerycznych, szczególnie kiły, 82 tys. mieszkańców województwa (Dobrzycki, Lesiński, Łaski (red.) 1967: 557).

Szeroko zakrojone działania mające na celu zwalczanie chorób wenerycznych na Ziemiach Odzyskanych prowadzone były pod patronatem Ministerstwa Zdrowia. Według danych, w 1948 roku na analizowanym obszarze zorganizowano 174 przechodni skórno-wenerycznych, które prowadziły bezpłatne badania i leczenie. W tym też okresie przystąpiono do masowego leczenia kiły i rzeżączki penicyliną, co w sposób zdecydowany skracało czas leczenia. Poza tym w każdym województwie w celu ustalenia stopnia zachorowalności na choroby weneryczne zorganizowano ruchome kolumny przeciwweneryczne, diagnozujące te schorzenia¹². Dane uzupełniały badania laboratoryjne prowadzone przez filię Państwowego Zakładu Higieny, która w Szczecinie została uruchomiona w 1946 roku.

W leczeniu chorób wenerycznych wykorzystywano założenia opracowane przez epidemiologię społeczną. Do podstawowych zadań zaliczono przede wszystkim: wczesne wykrywanie źródeł zakażenia, izolację chorych osób, zapewnienie ciągłości leczenia, aby zapobiec nawrotom choroby, przymus leczenia, a także przygotowanie właściwej propagandy oświatowo-zdrowotnej, uświadamiającej społeczeństwo o chorobach wenerycznych, ich konsekwencjach nie tylko w wymiarze jednostkowym, ale i społecznym. Uznano, że aby odnieść sukces, należy położyć nacisk na aktywizację społeczeństwa i włączenie go w walkę z chorobami wenerycznymi. W tym celu organizowano miejskie i powiatowe komisje społeczne składające się między innymi z przedstawicieli Ligi Kobiet, związków zawodowych, organizacji młodzieżowych, które współpracowały z lekarzem powiatowym. Ich działalność miała w dużej mierze polegać na uświadamianiu ludności o charakterze i skutkach chorób wenerycznych. Założono, że będą one także podejmować działania dotyczące likwidacji czynników przyczyniających się do szerzenia zachorowań, na przykład alkoholizmu lub prostytucji. Ważnym elementem działalności komisji społecznych w zwalczaniu chorób wenerycznych było wykrywanie kontaktów, dzięki którym znajdowano osoby chore. W praktyce polegało to na tym, że członkowie komisji przesyłali informacje między innymi do lekarza powiatowego.

Jak wspomniano wcześniej, ważnym elementem prowadzonej akcji zwalczania chorób wenerycznych była akcja propagandowa. Miała ona na celu informowanie ludności i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się tego typu chorób. Bardzo często drukowano broszury, plakaty, ulotki czy organizowano pogadanki. W Szczecinie ważną rolę odegrał Wojewódzki Oddział Szczecińskiego Związku Przeciwwenerycznego, który był częścią Polskiego Związku Przeciwwenerycznego, stowarzyszenia powołanego w 1947 roku, którego celem była koordynacja i zespolenie działań związanych z walką z chorobami wenerycznymi. Praca szczecińskiego oddziału polegała przede wszystkim na propagandzie przeciwwenerycznej, współpracy z władzami administracyjnymi, samorządowymi oraz organizacjami społecznymi (między innymi z Ligą Kobiet). Doksztalcano także personel medyczny, szczególnie w terenie, z zakresu współczesnej wenerologii¹³. Praca związku miała nie tylko charakter instruktażowy, ale także szkoleniowy. Podsumowując akcję „W”, należy wskazać, że na jej wyniki złożyło się zarówno leczenie chorych, wykrywanie kontaktów, jak i działalność oświatowo-zdrowotna.

Po II wojnie światowej na Pomorzu Zachodnim doszło do prawie całkowitego „przerwania” życia w wymiarze społeczno-kulturowym. Nastąpiła dekonstrukcja porządku

¹² AAN, MZ, *Akcja „W” na Ziemiach Zachodnich*, sygn. 85.

¹³ APS, Zarząd Miejski i Miejska Rada Narodowa, *Polski Związek Przeciwweneryczny*, sygn. 225.

społecznego. Spróbujmy zatem odpowiedzieć na pytanie, czy jej przejawem mogła być także stygmatyzacja osób chorych wenerycznie?

Socjologowie medycyny uznają, że choroba może mieć charakter stygmatyzacyjny, zaś ważnymi czynnikami wpływającymi na stopień i charakter stygmatyzacji są między innymi: zakres domniemanej winy chorego za swój stan (np. choroby weneryczne), widoczność kalectwa (np. zniekształcenia, zmiany, uszkodzenia fizyczne, nieprzewidywalność zachowań), a także nieodwracalność uszkodzeń, kalectwo (Barański, Piątkowski 2002: 26).

Biorąc pod uwagę stygmatyzacyjny charakter chorób wenerycznych, można przyjąć założenie, że w odniesieniu do chorych ma miejsce stygmatyzacja więcej niż z jednego powodu. Występuje pewnego rodzaju nakładanie się stygmatu fizycznego i stygmatu charakteru. Osoba chora może być stygmatyzowana z powodu fizycznych atrybutów chorób wenerycznych i skazy charakteru, mając na uwadze domniemany zakres winy chorego za stan, w jakim się znalazł. Według Ervinga Goffmana stygmat jest konstruowany społecznie i zmienia się w ciągu dziejów. Jednostki są traktowane jako stygmatyzowane ze względu na kontekst kulturowy, określone zdarzenia historyczne czy sytuację społeczną. Stygmat prowadzi do społecznego odrzucenia jednostki z powodu cech, które dyskwalifikują ją w oczach innych. Napiętnowanie w dużej mierze zależy nie tyle od właściwości naznaczeń, ile od reakcji innych na te właściwości (Czykwin 2007: 21). Chorzy wenerycznie w społecznej świadomości są odpowiedzialni za zakłócenie panującego porządku społecznego, co zaburza bezpieczne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Stygmat jest pewnym elementem kreowania rzeczywistości. Osoby chore wenerycznie są traktowane przez otoczenie jako „gorsze”, bo w jakiś sposób są odpowiedzialne za swoją chorobę, a ich występowanie stanowi także swego rodzaju problem społeczny. Leczenie tego typu chorób jest drogie, długotrwałe, wymaga regularnej opieki lekarskiej. Poza tym wykluczają one w jakiś sposób jednostkę z głównego nurtu życia społecznego, uniemożliwiają jej właściwe wykonywanie podstawowych ról zawodowych, rodzinnych i niewątpliwie wpływają negatywnie na życie społeczno-gospodarcze danego kraju.

W przypadku chorób wenerycznych ważną rolę odgrywają także wymiary stygmatu (Czykwin 2007: 137 i n.). Jednym z nich jest jawność. Erving Goffman rozróżnia właściwości zdyskredytowane i dyskredytujące. Te pierwsze są natychmiast widoczne dla otoczenia lub jednostka naznaczona stygmatem zakłada, że są one wiadome dla otoczenia. Właściwości dyskredytujące natomiast są traktowane jako „potencjalnie stygmatyzujące”. Jednostka zakłada, że otoczenie w danej chwili o nich nie wie lub ich nie dostrzega (Siemaszko 1993: 334). Bardzo często, aby uniknąć dyskredytujących skutków napiętnowania, jednostki ukrywają swój stygmat, który może być widoczny w różnym stopniu, na przykład ukrywanie informacji o swojej chorobie. W przypadku chorób wenerycznych również „somatyzacja stygmatu” pogłębia negatywne konotacje związane z naznaczeniem (Czykwin 2007: 143).

W przebiegu stygmatu należy rozgraniczyć historię osób ze stygmatem oraz historię samego stygmatu. W pierwszym przypadku podkreśla się społeczną biografię osób ze stygmatem, natomiast odnosząc choroby weneryczne do historii stygmatu, bierze się pod uwagę jego nabyty charakter – okres przed chorobą weneryczną i czas choroby.

Destruktywność stanowi również ważny wymiar stygmatu. Im bardziej jest on widoczny, nieestetyczny, tym bardziej wpływa niszcząco na relacje pomiędzy jednostkami. W przypadku chorób wenerycznych, szczególnie kiły, widoczne zmiany na skórze: owrzodzenia występujące na różnych częściach ciała, plamki, grudki na dłoniach,

stopach (Piętowska: dokument elektroniczny) i inne mogą stanowić destruktywną przyczyną kontaktów interpersonalnych.

Innym wymiarem stygmatu jest jego estetyka. Wszelkiego rodzaju widoczne zmiany skórne pojawiające się przy chorobach wenerycznych są nieestetyczne, co może wpływać destrukcyjnie na relacje między osobą chorą a otoczeniem, wywoływać uczucie wstrętu do niej. Ocena estetyczna, jaką wystawia środowisko jednostce, ma zasadniczy wpływ na tego typu relacje.

Stygmaty mają często różne pochodzenie, co pozwala podzielić je na wrodzone lub nabyte. Dzięki temu podziałowi stygmaty można charakteryzować także z punktu widzenia odpowiedzialności czy jej braku przez posiadacza stygmatu (stygmaty zawinione i niezawinione). Etiologia chorób wenerycznych, szczególnie po II wojnie światowej, podkreśla ich nabyty charakter oraz to, że powstały one nie z winy chorego, były też skutkiem gwałtów dokonywanych na kobietach podczas działań wojennych. Oczywiście trzeba mieć na uwadze, że nie wszystkie zachorowania weneryczne miały takie same podłoże powstania.

Ważnym wymiarem stygmatu jest także jego niebezpieczeństwo dla widowni społecznej, szczególnie jeżeli stygmat jest postrzegany przez otoczenie jako zagrożenie. Lęk, strach przed zarażeniem chorobą weneryczną stanowi ważny element społecznego odrzucenia jednostki stygmatyzowanej.

Jak wspomniano wyżej, stygmat jest konstruowany społecznie. Zmienia się pod wpływem różnych wydarzeń historyczno-kulturowych czy społecznych sytuacji. Historyczno-kulturowy sens stygmatu może w znacznym stopniu zdominować myślenie innych, co będzie wpływać na pojawienie się pewnych tendencji w społeczeństwie. Zastosowanie perspektywy teorii stygmatyzacji w odniesieniu do chorób wenerycznych po II wojnie światowej pozwala ukazać między innymi ich społeczny charakter. Przyjęcie perspektywy historyczno-społecznej z jednej strony pokazuje zasięg chorób, sposoby organizacji ich leczenia, ograniczania zachorowań, z drugiej zaś społeczne przyczyny ich występowania.

Artykuł nie wyczerpuje w pełni omawianego zagadnienia. Być może zastosowanie koncepcji stygmatyzacji w takim rozumieniu, jakie nadał jej Erving Goffman, pozwoli lepiej wyjaśnić mechanizm powstawania i społeczny charakter piętna w odniesieniu do chorób wenerycznych (Rzepa, Żaba 2010: 141).

LITERATURA

- Barański J., Piątkowski W. 2002, *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocław.
- Białecki T. 1968, *Struktura demograficzna ludności polskiej Pomorza Zachodniego w świetle spisu ludnościowego z dnia 31.XII.1948 r.*, „Przegląd Zachodniopomorski”, z. 1.
- Czykwin E. 2007, *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dobrzycki E., Lesiński H., Łaski Z. (red.) 1967, *Pomorze Szczecińskie 1945–1965*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań–Szczecin.
- Kozłowska U. 2010, *Choroby zakaźne a aktywność służby zdrowia na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1947. Źródła do dziejów Pomorza Zachodniego*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego i Wydawnictwo „Dokument” Oficyna Wydawnicza Archiwum Państwowego w Szczecinie, Szczecin.

- Kozłowski K. 2005, *Pomorze Zachodnie w latach 1945–2000. Wybrane problemy polityczne, administracyjne, demograficzne i ekonomiczne*, Wydawnictwo Książnica Pomorska, Szczecin.
- Lebioda J. 1945, *Nasilenie chorób wenerycznych w Polsce*, „Przegląd Lekarski”, nr 3–4.
- Piętowska J., *Kiła – czy jest się czego obawiać?*, www.PromocjaZdrowia.info/art/pz_art007.html (11.01.2010).
- Rzepa T., Żaba R. 2010, *Piętno choroby przenoszonej drogą płciową a funkcjonowanie społeczne*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, „Studia Sociologica”, nr 20.
- Seyda B. 1967, *Ochrona zdrowia*, w: *Pomorze Szczecińskie 1945–1965*, red. E. Dobrzycki, H. Leśniński, Z. Łaski, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań–Szczecin.
- Siemaszko A. 1993, *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Turczynowski R. 1970, *Pionierski okres Miejskiego Szpitala Zakaźnego w Szczecinie (rok 1945)*, „Wiadomości Lekarskie”, XXIII (17).

Dzienniki ustaw

- Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 roku o zwalczaniu chorób wenerycznych, DzU 1946, nr 18, poz. 119.
- Dekret z dnia 16 stycznia 1947 w sprawie zmiany dekretu z dnia 16.IV.1946 o zwalczaniu chorób wenerycznych, DzU 1947, nr 20, poz. 80.
- Dekret z dnia 27.VII.1947 o zmianie dekretu z dnia 16.IV.1946 o zwalczaniu chorób wenerycznych, DzU 1949, nr 46, poz. 338.
- Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 1949 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu dekretu z dnia 16.IV.1946 o zwalczaniu chorób wenerycznych, DzU1949, nr 51, poz. 394.
- Ustawa z dnia 2 lipca 1947 roku o Planie odbudowy gospodarczej, DzU 1947, nr 53, poz. 285.

VENEREAL DISEASES IN WEST POMERANIA IN THE YEARS 1945–1948. HISTORICAL-SOCIOLOGICAL PERSPECTIVE

KEYWORDS WEST POMERANIA,
VENEREAL DISEASES, SOCIAL
STIGMA

SUMMARY The struggle with venereal disease epidemic was of key importance for post-war health services. The article presents the scope of the problem as well as organization of counteractions undertaken nationwide and in West Pomerania in the years of 1945-1948. In the case of venereal diseases it can be assumed that the sick are stigmatized, as defined by Erving Goffman, due to more than one reason. Some sort of overlapping of both physical and character stigmata takes place.