

* * *

Marcin Stasiak, *Polio w Polsce 1945–1989. Studium z historii niepełnosprawności*, Universitas, Kraków 2021, ss. 278

Praca Marcina Stasiaka jest jedną z niewielu w polskiej historiografii prób opisanie niepełnosprawności w powojennej Polsce na przykładzie doświadczenia choroby określanej jako polio (od łacińskiej nazwy *poliomyelitis anterior acuta*) lub Heinego-Medina. Autor czerpie z dorobku współczesnych studiów o niepełnosprawności (*disability studies*). Podjął się on trudnego zadania analizy zarówno samej choroby, jak też procesu jej leczenia oraz kontekstów społecznych i organizacyjnych z tym związanych. Centrum zainteresowania pracy, według deklaracji autora, stanowi „zagadnienie doświadczenia niepełnosprawności w Polsce w latach 1945–1989” (s. 6). Owa niepełnosprawność jest rozumiana szeroko, jako „rezultat «interakcji między indywidualnym stanem fizycznym i warunkami społecznymi o szerszym zasięgu»” (s. 7).

Praca ma ambicje ustalenia, jak niepełnosprawność wpływała na życie codzienne oraz biografie osób, które przeszły polio. Pytania dodatkowe dotyczą sposobu konstruowania figury niepełnosprawnego i jego relacji z „pełnosprawnym otoczeniem”, osadzenia założeń i projektów dotyczących niepełnosprawności w praktyce oraz ich wpływu na codzienność i historie życia osób, które w dzieciństwie chorowały na Heinego-Medina. Ponadto autor analizuje działania osób niepełnosprawnych.

Jako kluczowe Stasiak traktuje dwa założenia. Zgodnie z pierwszym niepełnosprawność jest wytwarzana społecznie i kulturowo. „Oznacza to także uznanie, że źródło problemów z niepełnosprawnością nie leży przede wszystkim w fizycznej niesprawności, lecz w braku dostosowania otoczenia do potrzeb takiej osoby” (s. 7). Zgodnie z drugim niepełnosprawność jest traktowana nie tylko jako społeczny konstrukt, a jej istotny komponent stanowi „doświadczenie cielesne uszkodzenia/niesprawności” (s. 8).

Autor czerpie z perspektywy badawczej znanej jako historia życia (*life course approach*). Oznacza to m.in. nieco inne od tradycyjnego podejście do chronologii pracy. W recenzowanej monografii obowiązują dwa „schematy diachroniczne”. Pierwszy z nich nazywany jest „chronologią dyskursu, społeczeństwa i instytucji”. Cezury wyznaczają tu początki powojennego organizowania pomocy dla osób niepełnosprawnych od roku 1945 i koniec PRL. Drugi z nich odnosi się do czasu życia jednostki. „Czas jednostkowy i biograficzny obejmują niepełnosprawność na poziomie indywidualnych wyborów oraz decyzji i działań podejmowanych w odniesieniu do poszczególnych ludzi” (s. 12). Cykle życia konkretnych osób nie są tożsame z chronologią instytucji społecznych i dziejami społeczeństwa.

Co warto podkreślić, praca została napisana z wykorzystaniem bardzo ciekawego i różnorodnego zestawu źródeł. Obok archiwaliów przechowywanych w Archiwum Akt Nowych, obejmujących przede wszystkim zespoły odpowiednich ministerstw i urzędów centralnych, autor wykorzystał dokumenty wytworzone przez instytucje niższego rzędu, w tym organizacje społeczne (jak Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem). Przedmiotem kwerendy były

również różnorodny materiał opracowania specjalistów z wielu dziedzin nauki, wspomnienia, reportaże, literatura piękna, zasoby internetowe, opracowania popularnonaukowe, broszury. Jednak szczególnie cenne wydaje się uzyskanie relacji ustnych 23 osób, które w dzieciństwie przeszły polio. Bibliografia jest dobrana z dużą pomysłowością i logiką.

Monografia została podzielona na cztery rozdziały. Pierwszy poświęcono przedstawieniu samej choroby, rozwoju epidemii, dynamiki zachorowań oraz sposobów leczenia. Drugi („Ciało”) dotyczy głównie sposobów rehabilitacji oraz emocji z tym związanych. Trzeci („Dom”) opisuje przestrzeń prywatną chorych i wpływ niepełnosprawności na jej kształt. Ostatni rozdział („Za progiem”) koncentruje się na „funkcjonowaniu w przestrzeniach publicznych na różnych etapach życia ludzi, którzy w dzieciństwie przeszli polio” (s. 19).

Jakie są najważniejsze ustalenia autora? Przede wszystkim już na początku monografii dowiadujemy się, czym było polio i jaki stanowiło problem. Stasiak, głównie na podstawie istniejących opracowań, podaje, że pierwsze duże epidemie tej choroby wystąpiły już na przełomie XIX i XX w. W Polsce przedwojennej była problemem raczej marginalnym. Po wojnie liczba zachorowań początkowo była niewielka, a epidemia na dużą skalę wybuchła w 1951 r. i objęła wówczas ok. 3 tys. osób. Szczyt zachorowań nastąpił w 1958 r. i osiągnął wysokość 6 tys. przypadków. Raptowny ich spadek odnotowano w związku z wprowadzeniem szczepień ochronnych na przełomie 1959 i 1960 r. To, co spowodowało, że choroba wzbudzała wielkie emocje, to fakt, że większość jej ofiar stanowiły dzieci poniżej piątego roku życia. Ponadto co prawda leczenie polio jako choroby zakaźnej było bezpłatne, jednak wiedza lekarzy na jego temat w latach pięćdziesiątych XX w. pozostawała szczątkowa. W tej sytuacji rozwiązaniem, które zastosowano w skali masowej, była obowiązkowa hospitalizacja chorych.

Stasiak pokazuje, że mimo ustalenia zasady bezpłatnego leczenia polio, w praktyce rodziny nieubezpieczonych zdrowotnie nierzadko ukrywały nosiciela w obawie przed kosztami opieki medycznej. Wynikało to przede wszystkim ze skomplikowania mechanizmu refundacji takiego leczenia przez Ministerstwo Zdrowia i władze lokalne. Do ukrywania chorych skłaniały ponadto przyjęte procedury zwalczania polio, polegające m.in. na obowiązkowej dezynfekcji mieszkań i domów. Leczenie utrudniał brak środków transportu do szpitali posiadających odpowiednie oddziały dla takich pacjentów. Autor w interesujący sposób przedstawia również realia działania (a ściślej — jego iluzoryczność) kolumn sanitarnych na polskiej prowincji, których zadaniem było odkażanie mieszkań i gospodarstw. Zajmowały się tym pielęgniarki wyposażone w podstawowe środki dezynfekcyjne, ważące często ok. 20 kg i przewożone przez nie rowerami na wielokilometrowych dystansach (s. 47).

Stasiak charakteryzuje również postępy w poznawaniu choroby, wprowadzenie szczepionek na nią (od 1950 r.), pierwsze ich zastosowania w Polsce (1957 i 1958 r. w Warszawie) i upowszechnienie (w latach 1958–1959 uodporniono 5,4 mln dzieci, tj. 19% populacji kraju). Ciekawe są zwłaszcza opisy oporu i nieufności rodziców wobec immunizacji (trudno oprzeć się wrażeniu podobieństwa tych zachowań — przy wszystkich zastrzeżeniach — do praktyk dzisiejszych antyszczepionkowców).

W rozdziale drugim na szczególną uwagę zasługują opisy leczenia w powstałej po wybuchu epidemii sieci placówek zamkniętych oraz ambulatoryjnych, przeznaczonych dla tych, którzy przeszli polio (nazywanych potem sanatoriami), zlokalizowanych m.in. w Radziszowie, Jastrzębiu-Zdroju, Goczałkowicach-Zdroju, Trebnicy, Rabce, Połczynie, Cieplicach i Ciechoćniku. Z dużą przenikliwością autor wskazuje, że dla dzieci chorych na Heinego-Medina zegar

nie bił w takt przełomów politycznych, ale w rytm zmian fizjologicznych i zachodzących w mechanice ich ciał (s. 90). W tym fragmencie pracy otrzymujemy (m.in. na podstawie wspomnień Janiny Ochojskiej) niezwykle plastyczny obraz ogromnego bólu, który łączył się z zabiegami inwazyjnymi (s. 93). W pamięci chorych pozostały emocje związane z zastosowaniem takich bolesnych procedur, jak tzw. kocowanie i parafinowanie, polegających na przykładaniu do ciała gorącej parafiny i koców, oraz tzw. wyciągania, mającego na celu wyeliminowanie podkurczów, co wymagało zastosowania brutalnej siły (s. 106–109).

W rozdziale trzecim autor szczegółowo dowodzi, że opuszczenie murów szpitala nie musiało oznaczać dla chorych powrotu do normalności, ponieważ najczęściej wiązało się z koniecznością wdrożenia następnych faz leczenia i rehabilitacji w kolejnych szpitalach i sanatoriach. Stasiak przedstawia warunki życia małych pacjentów w tych przestrzeniach, pokazuje, jaki stres sytuacja ta stanowiła tak dla rodziców, jak i dzieci. Zdarzało się, że były one tam bite, karane, głodzone oraz że im wymyślano. Znane są przypadki zachowań wręcz sadystrycznych (przykład siostry „Mary” z jednego z ośrodków na południu Polski). Autorowi udało się pokazać nie tylko „kulturę materialną” pobytu w tego typu placówkach, lecz także towarzyszące mu emocje (niezaspokojona potrzeba czułości, która mogła się wyrażać w walce o przysланą w paczce szmacianą lalkę, czy wstyd małych pensjonariuszy związany z załatwianiem czynności fizjologicznych w dużych salach itp.). Jednocześnie Stasiak najpewniej słusznie dochodzi do wniosku, że ośrodek rehabilitacyjno-leczniczy zaczynał pełnić funkcje przestrzeni nie tyle oswojonej, ile po prostu bliskiej i własnej (s. 159). Paradoksalnie okazywało się, że bywał on lepszy niż dom, jeżeli chodzi o zapewnienie możliwości nauki czy studiowania (s. 161), zwłaszcza że część rodzin, z których pochodzili chorzy, miała charakter przemocowy. Dzięki sanatorium leczące się dzieci mogły uczestniczyć także w wycieczkach turystycznych, co w rodzinnych, biednych domach było niemożliwe. Sanatorium stawało się przestrzenią bezpieczną. Tymczasem wyjście z domu rodzinnego choćby na spacer oznaczało narażenie się na komentarze i nieprzyjazne spojrzenia ludzi pełnosprawnych. Placówki leczniczo-rehabilitacyjne — jak utrzymuje Stasiak — to też ośrodki, które dawały pacjentom z terenów wiejskich możliwość nabycia cech kojarzonych z miejskim stylem życia; dzieci wstydziły się, że są ze wsi. Autor zwraca również uwagę, jak trudne było stworzenie własnego domu i rodziny przez osoby, które przebyły polio. Wskazuje na niekorzystne lokalizacje przekazywanych im mieszkań (na wysokich piętrach) i na opór rodzin przed zawieraniem przez chorych małżeństw.

W ostatnim rozdziale autor zastanawia się, co oznaczało i z czym się wiązało dla osób po przebytych polio (i szerzej — niepełnosprawnych ruchowo) wyjście za próg domu. Dowiadujemy się m.in., że było to trudne przede wszystkim ze względu na ciężar i niedoskonałość urządzeń ortopedycznych oraz że najgorszą porą roku na takie eskapady była zima, która najczęściej oznaczała uwięzienie w przestrzeni domowej (s. 194). Autor zwraca uwagę na trudności towarzyszące uczestnictwu w zajęciach szkolnych, spowodowane piętnem, którym był wózek (s. 196). Jego zdaniem wyzwaniem stanowiło już samo zapisanie dziecka niepełnosprawnego do „normalnej” szkoły (s. 210). W konsekwencji tych i innych ograniczeń w 1950 r., według danych ministerialnych, na 5200 dzieci z naruszoną sprawnością ruchową do szkoły nie chodziło aż 1500. Nauczaniem w placówkach specjalnych resortu oświaty i szkolnictwa wyższego oraz zdrowia i opieki społecznej objętych było zaledwie 15% kalekich dzieci.

Stasiak wskazuje również na powszechne niedostosowanie budynków użyteczności publicznej i środków lokomocji do potrzeb osób niepełnosprawnych (s. 199). Dzieci takie były stygmatyzowane przez grupę rówieśniczą, a gdy dorosły — miały problemy z zatrudnieniem nawet w przypadku posiadania wysokich kwalifikacji fachowych. Jeżeli takie osoby były przyjmowane do pracy, to najczęściej na stanowiskach robotniczych, a rzadko jako tzw. pracownicy umysłowi. Co ciekawe, tę samą prawidłowość odnotowano w spółdzielniach pracy inwalidów, które nie dawały możliwości integracji ze społeczeństwem (s. 233). Stosowana w nich praca na akord czyniła iluzoryczną możliwość jakiegokolwiek rehabilitacji (brak czasu, przemęczenie). Jak ustalił autor, ok. 35% zatrudnionych inwalidów pracowało w warunkach uznanych za szkodliwe bądź uciążliwe dla zdrowia. Powszechnym problemem były niskie zarobki, co w połączeniu z niepełnosprawnością znacznie obniżało jakość życia.

Co stanowi najważniejszą wartość pracy Marcina Stasiaka? Przede wszystkim autorowi udało się wprowadzić zagadnienie niepełnosprawności w PRL jako niemal zupełnie nowy temat do polskiej historiografii. Uczynił to z wielką erudycją, świadomie i oryginalnie konstruując narrację w oparciu o znajomość światowej literatury przedmiotu. Zaletą jego pisarstwa jest dążenie do plastyczności konstruowanego obrazu rzeczywistości. Autor „towarzyszy” chorym od zachorowania przez leczenie aż do etapu dalszego życia w i poza ośrodkiem leczniczo-rehabilitacyjnym (szkoła, praca, dom rodzinny, własna rodzina). Czytając tę monografię, mamy możliwość „wędrówki” z chorymi, zetknięcia się z problemami ich życia codziennego i emocjami, które one wywoływały.

Jedyne, co moim zdaniem mogłoby zostać bardziej uwypuklone, to dynamika przemian w traktowaniu niepełnosprawności w PRL. Czytelnik chciałby wiedzieć, czy możemy wskazać na jakieś etapy tego procesu. Bo nawet wynikające bardziej z intuicji niż z badań przeświadczenie zdaje się wskazywać, że sytuacja pod tym względem w latach 1945–1989 musiała się zmieniać.

Wymogiem, pewnie niemożliwym do spełnienia przez autora na tym etapie badań, jest również umieszczenie rozważań w szerszym kontekście międzynarodowym. Ciekawe wydaje się ustalenie, jak z epidemią polio radziły sobie inne kraje i jak na tym tle wypadła Polska.

W pracy nie znalazłem informacji o tym, jak epidemia z 1951 r. wpłynęła na tzw. zorganizowany wypoczynek Polaków. Jak już pisałem w innym miejscu¹, 14 lutego 1952 w Ministerstwie Oświaty odbyła się konferencja poświęcona ustaleniu nowych zasad organizacyjnych dla wypoczynku letniego dzieci i młodzieży w związku z szerzeniem się choroby Heinego-Medina². Remedium na wzrost liczby zakażeń miały być ograniczenia w przemieszczaniu się po Polsce. W tym celu zdecydowano, że niezależnie od wieku dzieci i młodzież z 32 powiatów (epidemicznych w 1951 r.) będą mogły przebywać na wczasach tylko na obszarze swojego zamieszkania. Zakazano również przyjazdu do nich dzieci i młodzieży oraz organizacji wypoczynku dla grup pochodzących z jakiegokolwiek innego terenu kraju. Ponadto z powodów epidemiologicznych zabroniono prowadzenia turnusów wczasowych w wybranych miejscowościach uzdrowiskowych. Były to: w województwie kieleckim Busko, w katowickim Bystra Śląska i Goczałkowice, w bydgoskim Ciechocinek, Inowrocław

¹ JAROSZ 2003, s. 128–130.

² AAN, MO, sygn. 4012, k. 262.

Zdrój i Wieniec Zdrój, w opolskim Głuchołazy, w krakowskim Krynica Zdrój, Rabka, Rajcza i Szczawnica, we wrocławskim Kudowa Zdrój, Oborniki Śląskie, Przerzeczyn i Trzebnica, w warszawskim Otwock, Rudka i Świder (w tym ostatnim przypadku Pełnomocnik Rządu mógł wydać zezwolenie za zorganizowanie tam wczasów), w koszalińskim Połczyn Zdrój, w gdańskim Sopot. W pozostałej części kraju dla wszystkich dzieci do lat siedmiu wczasy wolno było organizować wyłącznie na terenie powiatu ich zamieszkania. Dla dzieci i młodzieży od siódmego do osiemnastego roku życia zezwolenie takie rozszerzone zostało do terenu właściwego województwa. Od tego zakazu dopuszczono pewne wyjątki, a dotyczyły one przede wszystkim dużych zakładów pracy, posiadających własne obiekty kolonijne. W tym wypadku miała obowiązywać zasada grupowania w jednym punkcie dzieci i młodzieży z najwyżej jednego województwa. Nie można było organizować kolonii i obozów zbiorczych, tzw. centralnych, tj. gromadzących w jednym obiekcie osoby zamieszkałe w różnych regionach kraju. Zgodnie z tymi ustaleniami dzieci i młodzież z terenów o największym nasileniu wyjazdów wakacyjnych, tj. z województwa katowickiego, Łodzi i Warszawy, które nie pomieściły się w obiektach wczasowych zlokalizowanych na własnym terenie, mogły być kierowane do wybranych województw. Do obszaru zamieszkiwanego województwa ograniczone zostały również obozy i wycieczki dzieci wiejskich do miast. Obostrzenia te dotknęły codzienność wypoczynku również w inny sposób, zalecano bowiem ograniczenie do minimum bezpośrednich kontaktów wypoczywających z ludnością miejscową. Przejazdy kolonijne dzieci winny były odbywać się w oddzielnych wagonach i przedziałach³.

Jak wynika ze sprawozdania Ministerstwa Oświaty z akcji letniej z 1953 r., również wówczas ograniczenia przeciwepidemiczne utrudniały kwalifikację obiektów kolonijnych. Z tego powodu z akcji wczasów trzeba było wyłączyć Zakopane. Warszawa utraciła prawo organizowania placówek w województwie olsztyńskim, a województwo katowickie — we wrocławskim i opolskim. W ogóle z akcji wyłączonych zostało wówczas trzynaście powiatów, w tym takie, jak Limanowa i Nowy Sącz, gdzie występowało duże skupienie obiektów kolonijnych. Poza tym wyeliminowano szczególnie zagrożone epidemiologicznie powiaty o wybitnie przemysłowym charakterze, z dużymi skupiskami dzieci robotniczych, jak Chrzanów, Będzin, Częstochowa i Zawiercie.

W praktyce zakazy te były na różne sposoby omijane. Wielu organizatorów nie chciało się bowiem pogodzić z sytuacją, w której nie mogli wysłać „swoich” dzieci do dotychczas stale przez siebie użytkowanych i specjalnie wyposażonych obiektów, położonych na tzw. terenach niedozwolonych. Do Ministerstwa Oświaty zaczęły napływać specjalnie umotywowane wnioski o udzielenie wyjątkowego zezwolenia. Tylko w 1953 r. wniosków takich zgłoszono i rozpatrzone centralnie, w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia, prawie 200. W ostatecznym podsumowaniu okazało się, że przeszło 50 tys. dzieci wyjechało (w drodze wyjątku) na tereny województw niedozwolonych ogólnymi przepisami, w tym 20 tys. dzieci z województwa katowickiego i 2 tys. dzieci z Warszawy do województwa wrocławskiego, 1250 dzieci z województwa katowickiego do województwa szczecińskiego oraz prawie 5 tys. do koszalińskiego⁴. Mimo że proceder uzyskiwania specjalnych zezwoleń był uznawany za

³ AAN, MO, sygn. 4012, k. 329.

⁴ AAN, PKPG, sygn. 6026, k. 5–7.

naganny ze względu na częstotliwość ich udzielania, to sama zasada nie uległa zmianie. W 1954 r. okazało się, że dzieci z terenu 14 województw już trzeci rok z rządu nie mogły wyjechać nad morze, a z 15 — w góry. Zmniejszało to atrakcyjność wczasów, kolonii i obozów, a także zniechęcało organizatorów, rodziców i uczestników tej formy wypoczynku⁵. Procedury wyłączeń, ustalania limitów wymiany dzieci na koloniach między województwami i specjalnych zezwoleń obowiązywały również w latach następnych⁶.

Trochę szkoda, że autor dość zdawkowo potraktował regulacje prawne dotyczące procedur zwalczania polio, które obowiązywały już przed wojną⁷. Mógł również nieco więcej napisać na temat problemów z tą chorobą w Polsce międzywojennej (zwłaszcza że dokonał kwerendy odpowiednich akt w AAN)⁸. Wreszcie — należało zapewne zapoznać szerzej czytelnika z regulacjami prawnymi dotyczącymi zwalczania epidemii z 1951 r. (tzw. akcja H-14), o której autor wspomina tylko zdawkowo (s. 38)⁹.

Uwagi te nie mogą jednak umniejszyć wartości recenzowanej monografii, którą uważam za wybitną.

Dariusz Jarosz
Polska Akademia Nauk
Instytut Historii Tadeusza Manteuffla
ORCID: 0000-0002-7882-8532

⁵ AAN, PKPG, sygn. 6021, k. 68.

⁶ AAN, MO, sygn. 4013, k. 233, k. 305.

⁷ ROZPORZĄDZENIE 1933; ROZPORZĄDZENIE 1920.

⁸ Chodzi przede wszystkim o: AAN, MOS, sygn. 2/15/0/-/1037.

⁹ Uchwała 1951.

WYKAZ CYTOWANYCH ŹRÓDEŁ I LITERATURY PRZEDMIOTU

ŹRÓDŁA RĘKOPIŚMIENNE I MATERIAŁY NIEPUBLIKOWANE

AAN [= Archiwum Akt Nowych]

MO [= Ministerstwo Oświaty], sygn. 4012, 4013

MOS [= Ministerstwo Opieki Społecznej], sygn. 2/15/0/-/1037

PKPG [= Państwowa Komisja Planowania Gospodarczego], sygn. 6021, 6026

ŹRÓDŁA DRUKOWANE I LITERATURA PRZEDMIOTU

JAROSZ 2003 = Dariusz Jarosz, „*Masy pracujące przede wszystkim*”. *Organizacja wypoczynku w Polsce 1945–1956*, Warszawa–Kielce 2003

Rozporządzenie 1933 = Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 stycznia 1933 r. w sprawie obowiązkowego zgłaszania zachorowań na ostre zapalenie przednich rogów rdzenia (Polyomyelitis acuta anterior — choroba Heine-Medina), Dz.U. 1933, nr 3, poz. 18

Rozporządzenie 1920 = Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego w przedmiocie obowiązkowego zgłaszania przypadków zachorowań na t.zw. „śpiączkę epidemiczną” (polioencephalitis lethargica) oraz przypadków dziecięcego porażenia rdzeniowego (choroby Heine-Medina), Dz. U. 1920, nr 23, poz. 140

Uchwała 1951 = Uchwała nr 633 Prezydium Rządu z dnia 5 września 1951 r. w sprawie zwalczania epidemii Heine-Medina, w: Aleksander Kochański, *Polska 1944–1991. Informator historyczny*, t. I, Warszawa 1996, s. 401