

Urbanek, Bożena

Inspiracje społeczno-medyczne w kształtowaniu systemu opieki nad chorymi w Europie w XIX w.

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 38/2, 145-156

1993

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.



Bożena Urbanek
(Warszawa)

Inspiracje społeczno-medyczne w kształtowaniu systemu opieki nad chorym w Europie w XIX w.

Rodowód teorii opieki nad chorym nie był dotąd przedmiotem badań¹. Pozostawiony na uboczu dziejów polskiej nauki medycznej niejako *a priori*, wartościowany był jako problem nie istotny w poznaniu historycznym. Nie dokonano analizy nawet dostępnych w kraju źródeł i chociażby cząstkowego ujęcia, z punktu widzenia polskiej recepcji. Szkic niniejszy jest próbą podjęcia tematu. Szczegółowo zaś — zwróceniem uwagi na miejsce opieki w terapii medycznej w XIX w. Ponadto może być przyczynkiem do częściowego wyjaśnienia dróg i motywów rodzenia się w europejskich kręgach lekarskich świadomości roli i znaczenia opieki.

Społeczne uwarunkowania

Geneza opieki nad chorym sięga czasów starożytności. W jednym z najstarszych pisemnych przekazów dotyczących tego zagadnienia — w pierwszym aforyzmie Hipokratesa, w formie przestrogi znajdujemy stwierdzenie: „Życie krótkie, sztuka długa, sposobność przemijająca, doświadczenie złudne, wyrokowanie trudne. Atoli nie tylko sam lekarz winien spełniać, co potrzeba, ale także sam chory, osoby otaczające i stosunki zewnętrzne”². Wagę takiego postępowania podkreślają również w tym czasie istniejące ze względów utilitarnych, lecz nie tylko, przepisy

1 Poza krótkimi wzmiankami np. M. Goodnow: *Nursing History*, Philadelphia 1945, s. 11.

2 Hipokrates: *Aforyzmy i rokowanie*, Warszawa 1864, cz. 1, s. 13.

sanitarne, różne formy organizacji lecznictwa jak np. domy opieki dla niewolników, zakłady dla chorych, o czym wspominał m.in. Witruwiusz³.

Wraz z powstaniem i rozwojem chrześcijaństwa miłosierdzie i współczucie uzasadnione światopoglądowo stały się fundamentem opieki nad chorym, było czynnikiem sprawczym w tworzeniu zinstytucjonalizowanych form. Nakaz miłości bliźniego, uważany był za jeden z najważniejszych składników katolickiego posłannictwa⁴. Usankcjonowany kanonicznie miał swe podstawy prawne w ustawodawstwie kościelnym, w decyzjach soborowych w tym głównie Soboru Trydenckiego i synodów prowincjonalnych, które nakładały na hierarchię kościelną szczególnie obowiązek troski o szpitalnictwo i chorych. Toteż w praktyce opiekę nad chorymi sprawowało przede wszystkim duchowieństwo — zgromadzenia zakonne, a także pod patronatem kościoła ludzie świeccy w tzw. fraternitates hospitales. Spośród najbardziej zasłużonych w tej dziedzinie organizacji katolickich wymienia się bractwo św. Ducha, a ze zgromadzeń zakonnych: najstarsze — joanitów czyli szpitalników św. Jana Jerozolimskiego; od połowy XVI wieku działających bonifratrów; a z żeńskich zgromadzeń, od 1633 r. Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia powstałe z inicjatywy św. Wincentego a Paulo⁵. Opiekę nad chorymi dla swych współwyznawców organizowały także i inne odłamy chrześcijańskie w tym protestanci, oraz Żydzi. Materialnie opieka opierała się na prywatnej, indywidualnej dobroczynności.

W wieku XIX urbanizacja, powstawanie nowych ośrodków przemysłowych, niebywałe zwiększenie ludności miast oraz przemiany światopoglądowe, powodowały, że prywatna, indywidualna dobroczynność już nie była w stanie zaspokoić wzrastających potrzeb i coraz częściej w dziedzinie zdrowia społeczeństw zaczyna decydować rachunek ekonomiczny. Pozostałości racjonalizmu oświecenia i rozwój w połowie wieku poglądów materialistycznych powodowały kategorię artykulację prawa

3 M. Witruwiusz: *O budownictwie*, (Wydał E. Raczyński), Wrocław 1840, s. 34.

4 J. Majka: *Kościelna działalność dobroczynna w Polsce w XIX i w pierwszej połowie XX w.* Księga Tysiąclecia Katolicyzmu w Polsce, Lublin 1969, s. 547.

5 Tamże, s. 548; „Encyklopedia kościelna”, Warszawa 1881, t. XIV, s. 354. A. Malinowski: *Rys historyczny rozwoju instytucji dobroczynnych i szpitali w Polsce*, Warszawa 1887, s. 7-10. T. Stępniewski: *Kobieta, jej udział w rzeczach miłosierdzia, lecznictwa i niezależnej pracy*, Warszawa 1876, s. 31-33. A. Schletz: *Historia Sióstr Miłosierdzia w Polsce*, „Nasza Przeszłość”. Studia z dziejów kościoła i kultury katolickiej w Polsce, Kraków 1961, s. 69-70. Z. Podgórska-Klawe: *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX w.*, Wrocław 1981, s. 15-17.

każdego człowieka do zdrowia i krytykę instytucji dotychczas zajmujących się zdrowiem społeczeństw.

Pojawiają się też dążenia do ześwieczenia opieki nad chorym, objęcia nią szerszych kręgów społecznych, dotąd pomijanych. Przy czym sprawować ją miały osoby i instytucje utworzone poza strukturą kościelną. Próbę ujęcia w tym kierunku opieki nad chorym i więźniami podjęła w latach 30-tych w Anglii protestancka filantropka Elżbieta Fry⁶. W tym duchu i czasowo równolegle bieżyły prekursorskie działania w Niemczech, zmierzające do profesjonalizacji opieki i uznające już konieczność kształcenia zawodowego.

Jednym z pierwszych w Europie ośrodków nauczania pielęgniarstwa był berliński Szpital Szarite, gdzie dla potrzeb tamtejszej placówki, a także praktyki prywatnej w 1832 r. podjęto kształcenie tzw. dozorczyń chorych. Cykl teoretycznego szkolenia trwał pięć miesięcy. Ponadto uczniowie tej szkoły musieli odbywać praktyki w oddziałach szpitalnych, tj. wewnętrznym, chorob zewnętrznym, cierpiącym na tzw. pomieszanie zmysłów i położniczym. Zobowiązani byli również do udziału w sekcjach zwłok. Ocena końcowa była wynikiem egzaminu z części praktycznej i teoretycznej, a także oceny etycznej postawy kandydata do zawodu⁷. Dla potrzeb tej szkoły wydane zostały pierwsze podręczniki pielęgnowania chorych, autorstwa lekarzy, a jednocześnie jej nauczycieli: T.F.Dieffenbacha, *Anleitung zur Krankenwartung* (Berlinn 1832), dr C.E.Gedicke, *Anleitung zur Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der Berliner Charite-Heilanstalt, sowie zum Selbstunterricht, von...* (Berlin 1937).

Niemcy ówczesne obok Austro-Węgier były również kolebką rozmaitych innowacji dotyczących opieki nad chorym i to nie tylko w zakresie myśli teoretycznej, ale i udogodnień technicznych, z których słynął wspomniany już berliński szpital Szarite. W obu tych krajach pracowało wielu lekarzy naukowców doceniających wagę tego zagadnienia. Z najbardziej znanych wymienia się berlińczyków: cytowanego już Gedicke, Martina

6 F.S.Lees: *Podręcznik pielęgnowania chorych*, Warszawa 1877, s. IX-XI, 1. F.Nightingale: *The Institution of Kaiserswerth on the Rhine for the Practical Training of Deaconesses Under the Direction of the Rev. Pastor Fliedner...*, London 1851, s. 11.

7 C.E.Gedicke: *Przewodnik do pielęgnowania chorych...*, Poznań 1838., s. III-VII. Pierwsze szkoły pielęgniarstwa istniały od końca XVIII w. (Mannheim 1784, Nowy Jork 1798). Jednak jest nieznanym ich status i profil kształcenia, Z.Dzierżanowski: *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*, Warszawa 1983.

Mendelsohna, a także wiedeńczyka Theodora Billrotha.

Na rozwój w XIX wieku profesjonalnej opieki miały wpływ toczące się w Europie wojny, jak Wiosna Ludów, wojna krymska, austriacko-francuska i prusko-francuska, obejmujące swym zasięgiem liczne kraje i narody. Podczas tych działań silnie odczuwalny był brak stałej, o wysokim poziomie etycznym i wykształconej pozalekarskiej służby nad chorym. Niejako efektem tej potrzeby było tworzenie w zaangażowanych w wojnę krajach — w początkach lat 60-tych w tym w pierwszym rządzie w Anglii w pełni zawodowo wykształconego, świeckiego personelu określanego tam mianem „nursing”. Ogromny, osobisty wpływ na jego powstanie w Anglii miała Florence Nightingale, która była m.in. organizatorką pomocy rannym podczas wojny krymskiej, a także i jej wychowanki np. Florence Lees⁸.

Należy również przypomnieć, iż w 1864 r. uchwalona została konwencja genewska, biorąca pod szczególną opiekę rannych żołnierzy i personel sanitarny walczących stron. Z jej treści wydobyć można fragmenty mówiące m.in. o znaczeniu roli kobiet jako „dzielnych pomocników” lekarza. Konwencja niejako sankcjonowała ich udział w opiece nad rannym i chorym. Dla kobiet otwierała się możliwość pełnienia tych funkcji zawodo-wo, z uzasadnieniem, że są one zgodne z ich naturalnym powołaniem⁹.

Polski lekarz i filozof medycyny schyłku XIX i początku XX w. Władysław Biegański pisał o medycynie, że zrodziła ją niewola, a jej rodzicami chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie.¹⁰ Refleksję tę, jak sądzę, można także odnosić do procesu kształtowania opieki, którą stymulowały dwa podstawowe czynniki: idelistyczny i utylitarny¹¹, formując na przestrzeni dziejów zasadniczy zakres funkcji i semantykę terminu *opieka*.

Opieka — pielęgnowanie

Pierwotnie pojęcie *opieka* było tożsame z pojęciem *pielęgnowanie*. Terminy te od II poł. XVIII w. aż prawie do lat 90-tych XIX wieku

8 F.S. Lees, s. IX-XI, 1-3. Należy dodać, iż w Anglii kobiety mogły otrzymywać dyplomy lekarza od 1858 r. Tamże, s. 8.

9 Tamże IX-XI.

10 W. Biegański: *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1957, wyd. VI, s. 66.

11 Przy czym utylitaryzm był pojmowany jako wybór takich sposobów postępowania, które skutecznie zaspokajają potrzeby jednostek i społeczeństwa.

występują w literaturze i słownictwie medycznym wymiennie, bądź w formie „mieć staranie koło kogoś”, „opiekować się kims” z łac. *curare*, lub „pielęgnować” z niemieckiego *pfllegen*¹². Określały one w identycznym stopniu cel, zadania spełniane przy chorym. Ich szczegółowa interpretacja ujmowana była przeważnie w duchu chrześcijańskim „...całymi latami cierpieć dla nieszczęśliwego i wspólnie z nim, to zaiste czyn wzniosły i szlachetny, tymbardziej że niewynagrodzony uznaniem, poświęcający się dokonywając najcięższego z obowiązków, znajduje nagrodę tylko we własnym sumieniu”¹³. Jednakże od lat 60-tych była ona uzupełniana o ówczesną wiedzę. O znaczeniu tej wiedzy w opiece nad chorym pisał w latach 70-tych m.in. T.Billroth: „Możność pomagania cierpiącemu jest niewątpliwie jedną z najpiękniejszych zdolności, jakie człowiek posiada; lecz musi ją jako sztukę wykształcić, musi teorię z praktyką połączyć...”¹⁴.

Poszczególne elementy składowe znaczenia terminu *opieka/pielęgowanie* sformułował w swym podręczniku w latach 30-tych Gedicke wymieniając wśród nich: pomocnicze — techniczne, w tym zabiegi manualne wykonywane samodzielnie bądź wspólnie z lekarzem; udział w medycznej obserwacji pacjenta (ciężko chorego, umierającego i psychicznie chorego) z uwzględnieniem toku przekazywania informacji; kształtowanie bezpośredniego otoczenia (higiena chorych) fizyczne i psychiczne zmniejszanie cierpienia jako części terapeutycznego oddziaływania¹⁵.

Od końca XIX wieku pojęcia opieki i pielęgowania nie mogą być rozumiane oraz stosowane wymiennie, gdyż nie są już w swym znaczeniu i funkcji jednoznaczne. Dość szczegółowego ich zróżnicowania i zdefiniowania dokonał w 1899 r. M.Mendelsohn, który wykazał, że pielęgowanie chorych jest pojęciem szerszym obejmując bowiem trzy dziedziny, tj.: opiekę nad chorymi, piastowanie, obsługiwanie ich oraz tzw. hypurgię. W jego zrozumeniu opieka nad chorym jest sprawą ogólną, środkiem przedsięwziętym przez społeczeństwo, obejmującym wszystkie instytucje, urzędy, które umożliwiają każdemu choremu otrzymanie odpowiedniego schronienia, wystarczającej pomocy lekarskiej i utrzymania bez względu na jego stan majątkowy. Piastowanie zaś chorych ma stanowić

12 A.Troc: *Nowy Dykcjonarz*, Lipsk 1764, gdzie znajdujemy m.in. takie wyrazy jak: Warten, Pfllegen ein Kind, einen Kranken. Por. też M.Mendelsohn: *Pielęgowanie chorych (Hyourgja) Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Łódź 1900, s. IV.

13 T.Billroth: *O pielęgowaniu chorych w domu i szpitalu* (wyd. I, Wiedeń 1881), s. 255.

14 Tamże, s. 1.

15 M.Mendelsohn: *Pielęgowanie chorych...*, s. 1-2.

czynność służebną, polegającą na wykonywaniu pewnych czynności (rękoczynów) przez specjalny personel „(... nie posiadający wszakże znajomości wskazań i skutków stosowanych przezeń rękoczynów i wykonawcą tych czynności jest klasa zawodowych pielęgniarzy i pielęgniarek)”. Mianem hypurgii określa jedną z metod terapeutycznych, która jego zdaniem, swoje podstawy czerpie w odrębnej gałęzi nauki leczenia¹⁶.

Zatem w wieku XIX przez prawie 90 lat zmieniały się zakresy znaczeniowe pojęcia *opieka* oraz *pielęgowanie*. Oczywiście niebagatelny wpływ na zróżnicowanie tych pojęć miała praktyka opieki nad chorym. Jest pytanie jak dalece i w jakiej formie praktyka opieki nad chorym mieściła się w ówczesnej myśli medycznej. Nasuwa się przy tej okazji kolejna kwestia: jakie etapy rozwoju tej nauki czy też szczegółowe koncepcje odegrały decydujące znaczenie w ukształtowaniu się dziedziny pielęgnowania chorych.

Terapia medyczna a funkcja pielęgnowania chorych

Niezwykle istotnymi i mającymi dalszy wpływ na rozwój wiedzy medycznej w I poł. XIX stulecia były osiągnięcia anatomii patologicznej, wprowadzające do praktyki klinicznej obserwowanie zmian w tkankach, a w konsekwencji postęp w dziedzinie diagnostyki medycznej. Osiągnięcia te nie szły jednak w parze z postępem w terapii, a nawet w pewnym sensie ją dystansowały. Wśród istniejących w Europie poglądów na terapię przez cały prawie okres pierwszego półwiecza stosowane były jeszcze zasady leczenia symptomatycznego z przewagą działań o charakterze ogólnym. Aczkolwiek uważano, że ówczesne metody terapeutyczne miały oparcie w teoretycznym poglądzie na istotę choroby, a ich celem było usuwanie szkodliwości, które powodowała¹⁷.

•Na czoło działań wyróżniających się zwłaszcza pierwszych dziesięcioleci XIX w. należy wymienić aplikowanie chorym sposobów i środków wywodzących się z teorii neohumoralnej. Przy czym od czasów Browna — zwłaszcza w Niemczech, dość często stosowany był uniwersalizm

¹⁶ Tamże.

¹⁷ W.Biegański: *Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego*, Warszawa 1908, s. 231; H.Haeser: *Historia medycyny*, Warszawa 1886, s. 804. J.Petersen: *Rozwój historyczny terapii lekarskiej*, Warszawa 1882, s. 24-25, 30-31, 33. J.Petersen: s. 30-31. Jan Prus: *Obecne stanowisko patologii ogólnej oraz rozwój historyczny pojęcia choroby*, „Krytyka Lekarska” 1897, s. 126.

dopuszczający w postępowaniu terapeutycznym, bez względu na odrębność etiologiczną schorzenia, jedyne, w przekonaniu skutecznego sposobu opartego na działaniu ściągającym bądź zwalniającym. Jednak na gruncie tak pojętego metodyzmu m.in. za sprawą Broussais'a, a także i postępów w dziedzinie anatomii patologicznej zaczęto doceniać również znaczenie leczenia miejscowego, co przyczyniło się niejako dodatkowo do rozwoju chirurgii¹⁸. Równolegle rozwijał się też kierunek empiryczny oparty na ordynowaniu różnorodnych środków zgodnie z tzw. osobistym uznaniem lekarza. Pośrednio na tej podstawie, we Francji w latach 30-40 XIX w., korzystając z metod statystycznych prowadzono badania, które miały przyczynić się do odkrycia skutecznych i pewnych środków terapeutycznych¹⁹. Jednak ciągły ich brak, a w konsekwencji niemożność przejścia do terapii racjonalnej sprawiał, iż prawie pierwsza połowa tego stulecia jest okresem panowania zwłaszcza w ośrodkach wiedeńskich tzw. negatywnej terapii, nihilizmu terapeutycznego polegającego na przekonaniu o braku możliwości skutecznego działania leczniczego i osiągnięcia na aktualnym stanie wiedzy medycznej pozytywnych wyników w kuracji. Jednym z nielicznych argumentów lekarza było odwoływanie się do natury i szukanie w niej oraz w otaczającej przyrodzie i środowisku zewnętrznym uzdrowicielskiej pomocy. Ze znanych, dość powszechnie stosowanych metod i środków, które po części wywodziły się jeszcze z terapii Hipokratesa, można wymienić: tzw. czyszczące w postaci upustów krwi, powodujące wymioty oraz laksacje, ponadto odciągające w formie pryszczadeł, a także ostrej diety i hydroterapii. Być może dlatego w Austrii na gruncie rozwijanego tam nihilizmu terapeutycznego zaczęto dostrzegać już w latach 20-tych tego stulecia, nie doceniane wcześniej znaczenie pielęgnowania, włączać je w sferę działań terapeutycznych. Pisał o tym m.in. jeszcze w Wiedniu Józef Dietl w swej dysertacji z 1929 r. wskazując wśród dziesięciu przyczyn niepomyślnego zejścia choroby — „brak odpowiedniej pielęgnacji pacjenta”²⁰. Można też zaryzykować przypuszczenie, iż za sprawą poglądów Pinela i Esquirola nowy sposób interpretacji chorób psychicznych, tj. m.in. włączenie ich do grupy schorzeń, a nie zjawisk nadprzyrodzonych, miał też wpływ, niejako przy okazji, na ocenę

18 B. Płonka-Syroka: *Recepcja doktryn medycznych przelomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784-1863*, Wrocław 1990, s. 26. J. Petersen, s. 39-41.

19 Tamże.

20 Józef Dietl: *Pierwszy prezydent miasta Krakowa, znakomity lekarz, profesor i rektor UJ. Patrjota Polski*, Kraków 1928, s. 80.

stanu opieki nie tylko nad psychicznie chorym. Przy okazji warto też wspomnieć, że duży wpływ na opiekę nad chorym wywarła zmiana funkcji szpitala na w pełni leczniczą. Jednakże nadal zgodnie z ówczesnie obowiązującymi w terapii kierunkami, pielęgnowanie chorych pojmowane było jako działanie oparte głównie na tzw. instynkcie, a nie na racjonalnych przesłankach.

Koniec lat 40-tych staje się powoli przełomem w poglądach na terapię, a w dalszej konsekwencji i na metodykę opieki nad chorym. Negatywna terapia coraz częściej zastępowana jest pozytywną. W zmianie istniejących do tej pory koncepcji decydującą rolę odegrały badania chemiczno-fizjologiczne poddające krytycznej ocenie dotychczasowe metody terapeutyczne w tym nie tylko farmakologiczne, ale i dietetyczne czy balneologiczne. Hydroterapia np. przestaje być uniwersalnym środkiem przeciw wszystkim chorobom²¹. W tych dokonaniach niezwykle pomocna okazała się dogłębna i szczegółowa obserwacja chorego; systematycznie prowadzone pomiary za pomocą specjalnych przyrządów jego stanu zdrowia, w tym temperatury ciała, częstotliwości oddechów, uderzenia tętna, a następnie rejestracja danych. Zapis obserwacji pacjenta dokonywany w toku leczenia staje się obowiązujący i zajmuje trwałe miejsce w praktyce medycznej. Przykładem może być w tym względzie pochodzący z lat 70-tych XIX w. raport pielęgniarski opracowany przez dr Henry W. Aclanda, a przytoczony przez F. Lees. Stanowił pisemny dość szczegółowo ujęty sposób przekazywania informacji o chorym, zawierającym zarówno dane personalne jak i opis stanu chorego: postrzegane objawy, wygląd zewnętrzny, przeprowadzone pomiary: tętna, wysokość temperatury oraz zlecone leczenie²². Również osiągnięcia w psychologii coraz częściej wykorzystywane były w klinicznej terapii. Przypomnieć wypada, że psychologia od połowy lat 50-tych była jedną z gałęzi nauk przyrodniczych. Niebagatelny wkład w rozwój tej dziedziny wniósł m.in. Herbert Spencer autor *Principes of Psychology* (I wyd. 1855 r.). Te wzajemne powiązania zostały spożytkowane także w diagnostyce, w tym nie tylko chorób psychicznych. Znacznie szersze spojrzenie na chorych w tym m.in. za sprawą postępu w anatomii i fizjologii powodowało stopniowe powiększenie się liczby specjalności medycznych, powstawania nowych klinik i

21 J. Petersen: s. 46, 49-52, 56, 68, 72, 104.

22 Bardziej szczegółowej relacji o stanie chorego wymagano w tzw. przyjęciach nagłych, nieszczęśliwych przypadkach (wśród nich stan umysłu, sen, apetyt, a nawet poczucie humoru). F. Lees: *Podręcznik...*

oddziałów szpitalnych, dotąd ograniczanych zasadniczo do chorób wewnętrznych, zewnętrznych, psychicznych i położnictwa²³.

W latach 60-70-tych XIX stulecia w terapii europejskiej, głównie za sprawą postępów i osiągnięć I poł. XIX w. w medycynie niemieckiej i angielskiej przewagę zyskuje tzw. kierunek higieniczny. Jego motywem przewodnim stała się ocena sposobu życia człowieka zdrowego i chorego. Na fakt szczególnej doniosłości znajomości stosunków życiowych chorego zwracał uwagę w swych pracach m.in. Feliks Niemeyer²⁴. Coraz częściej znajdują w praktyce zastosowanie poglądy dotyczące higieny otoczenia, pogłębione osiągnięciami nauk przyrodniczych, w tym bakteriologii, fizjologii np. związane z oddziaływaniem powietrza na człowieka, a także higieną ciała ludzkiego, ubioru, żywienia. W medycynie angielskiej duże znaczenie zyskuje leczenie chorób przewlekłych przy pomocy specjalnych diet dostosowanych do rodzaju schorzenia, określane mianem wzmacniającego.

Zaczęto podkreślać rolę estetyki i sposobu przygotowania potraw. Duży wkład w popularyzację zasad racjonalnego żywienia wniosła wspomniana już F.Nightingale. Dietetyka również na skutek już wcześniejszych badań i doświadczeń — bowiem pochodzących jeszcze z lat 50-tych, m.in. za sprawą Karla Wunderlicha, stała się w latach 70-tych jednym z celowo stosowanych sposobów i środków leczenia całego ustroju, zaliczanych do grupy tzw. słabego działania²⁵.

Generalnie w omawianym okresie w postępowaniu terapeutycznym coraz częściej dominuje racjonalizm przejawiający się w: anatomiczno-fizjologicznym poznaniu choroby i jej przebiegu, sformułowaniu planu kuracji, ocenie wartości metod i świadomym stosowaniu terapii. Świadomość ta — czyli racjonalizm terapeutyczny, sprowadzała się według Wunderlicha do odszukania skutecznych składników lekarstwa, kuracji, która działając na drodze fizjologicznej powstrzymuje rozwój choroby²⁶. Postępując za tokiem myślenia empiryków francuskich K.Wunderlich twierdził, że najlepszą metodą jest badanie drogą wnioskowania, wykorzystania statystyki, wpływu pewnych metod leczniczych w przypadkach analogicznych. Przy czym od lat 70-tych utrzymuje się wyraźna tendencja

23 J.Petersen: s. 56, 97. G.S.Brett: *Historia Psychologii*, Warszawa 1969, s. 589.

24 Tamże, s. 120-121, 125. Por. też F.Niemeyer: *O suchotach płucnych*, Warszawa 1867. Dopelnienie do przekładu siódmego wydania *Patologii i terapii szczegółowej* F.Niemeyera, Warszawa 1871, s. 20.

25 J.Petersen: s. 92, 122.

26 Tamże, s. 85, 89-90.

w kierunku indywidualizacji wskazań. Ówczesne metody terapeutyczne, idąc dalej za ustaleniami K.Wunderlicha, dzielono na: 1/ bezpośrednio leczące czyli przerywające stan chorobowy, 2/ wyczekujące: b/ sprzyjające naturalnemu przebiegowi choroby, bądź b/ wstrzymujące jej dalszy rozwój. Ich działanie miało się odbywać na drodze mechanicznej, bądź psychicznej, a odczuwalnym efektem miało być usunięcie rzeczy szkodliwych z organizmu i uśmierzanie dolegliwości. Przy czym terapia stawała się procesem ciągłym, nieutożsamianym jedynie z aplikowaniem poszczególnych środków leczniczych, ale łączonym z racjonalnym pielęgowaniem²⁷.

Ciekawą teorię w duchu racjonalistycznym dotyczącą pielęgnowania przedstawił w końcu XIX stulecia, o czym już częściowo wspomniałam, Martin Mendelsohn. Na gruncie naukowej dedukcji, co można uznać za niezwykle cenne, szczegółowo uzasadnił pogląd o miejscu i znaczeniu pielęgnowania w terapii klinicznej. Wykładnię swojej koncepcji opartej na roli bodźców w organizmie człowieka, przedstawił w pracy pt. *Pielęgowanie chorych (Hypurgia). Podręcznik dla lekarzy i studentów*, (Berlin 1899), przekład polski pod red. K.Jonschera (Łódź 1900).

W konstruowaniu swej teorii M.Mendelsohn wykorzystał, być może teorię Browna w tym dotyczącą oceny stopnia pobudliwości i siły bodźca, tudzież z pewnością teorie nowsze — o odruchach i relacjach między otoczeniem czyli światem zewnętrznym a aktywnością nerwów i procesami organicznymi, np. odżywiania, wydzielania, znane już wtedy z prac Bernarda, M.Halla czy J.Mullera²⁸. Zasadniczym wątkiem wykładu M.Mendelsohna jest stwierdzenie, że źródłem bodźców oddziałujących na chorego organizm są tzw. wpływy zewnętrzne, do których zalicza przedmioty z najbliższego otoczenia chorego. Dokonuje przy tym podziału bodźców na:

a/ egzoteryczne — pochodzące z otoczenia nie stykającego się bezpośrednio z organizmem człowieka czyli pokój, szpital, miejscowość, w której chorego przebywał;

b/ ezoteryczne — wywodzące się z bezpośredniego otoczenia chorego. Do grupy tej zalicza: łóżko chorego, powierzchnię ciała i „wszystko co się na niej odbywa”²⁹. Zdaniem M.Mendelsohna bodźce typu egzoterycznego

²⁷ Tamże, s. 90-91, 107.

²⁸ M.Mendelsohn: *Pielęgowanie chorych. Hypurgia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, tamże. G.S.Brett: *Historia psychologii*, s. 557-559, 563-564, 581. J.Prus: *Obecne stanowisko...*, s. 126.

²⁹ M.Mendelsohn: *Pielęgowanie...*, s. 10.

i egzotorycznego mają zasadniczy wpływ na wszystkie sfery życia człowieka z uwzględnieniem jego fizjologii i patologii³⁰. Do rodzaju bodźca, co jest pewnym *novum* w tej dziedzinie, przyporządkował środki lecznicze nazwane przez niego hypurgicznymi, dzieląc je jednocześnie na: materialne — czyli wszelkie sprzęty, przybory, wykorzystywane przy pielęgnacji; i tzw. niematerialne, które z kolei podzielił na: somatyczne oraz psychiczne, tj. tzw. duchowe i higieniczne. Za środki somatyczne uważał zabiegi „(...) zwrócone na ciało chorego, jak np. zmiana położenia (...), utrzymanie ciała w czystości”³¹. Środkami zaś psychicznymi — określał wszelkie bezpośrednie i pośrednie oddziaływanie na psychikę chorego, tj. wywierające wpływ w sposób bierny, bądź czynny, przy jego aktywnym udziale. Do tzw. higienicznych zaliczał — stosowne do choroby i zasad higieny, przygotowane miejsce pobytu pacjenta. Przy czym właściwe urządzenie miejsca pobytu chorego, miało odgrywać pozytywną rolę w jego samopoczuciu zarówno fizycznym jak i psychicznym. Zatem zależnie od przeznaczenia określał je jako środki higieniczno-psychiczne lub jako higieniczno-somatyczne³².

Jego zdaniem środki pielęgnowania chorych mają dlatego przewagę nad pozostałymi środkami leczniczymi, że nie wywołują żadnych szkodliwych skutków ubocznych, np. uzależnień. Zachowują zawsze identyczną moc bez ulegania osłabieniu, jak to ma miejsce w przypadku środków farmaceutycznych³³. Dodatkowo zaś twierdził, iż „(...) zadaniem każdego wewnętrznego leczenia nie jest dążenie do zupełnego wyrównania anatomicznych zmian przez chorobę wywołanych. Główną istotę choroby stanowi nieprawidłowy stosunek pomiędzy istniejącą w danej chwili zdolnością wykonywania pewnych funkcji a zmienionymi chorobliwie wymaganiami, dotyczącymi tych funkcji, stawianymi czy to przez cały organizm, czy przez pojedyncze narządy, czy też przez same komórki; przywrócenie prawidłowego stosunku — to najważniejsze zadanie terapii wewnętrznej”³⁴. Zatem według M. Mendelsona terapia ma za cel wzmocnienie i pobudzenie każdej niedostatecznej funkcji organizmu, lecz również obniżenie, jeżeli to niezbędne, skali wymagań stawianych każdej, nawet jednostkowej, jego funkcji. Te właśnie zadania spoczywać miały w

30 Tamże.

31 Tamże, s. 11.

32 Tamże.

33 Tamże.

34 Tamże.

gestii pielęgnowania i skuteczność tej metody miała być oceniana pod tym kątem widzenia.

Z powodu braku możliwości dotarcia do źródeł trudno dziś wyrokować jaka była pełna recepcja poglądów M.Mendelsohna. Wiadomo, że jego teorią zainteresowało się środowisko lekarzy Królestwa Polskiego, tłumacząc i wydając książkę w rekordowym czasie, bowiem w rok po ukazaniu się oryginału na berlińskim rynku księgarskim.

Dla jasności obrazu poglądów na pielęgnowanie, należy wspomnieć również o istnieniu w końcu XIX i na początku XX w. w niektórych niemieckich kręgach medycznych przekonania o roli czynników pozaracjonalnych w terapii. Czołowym przedstawicielem tego kierunku był Ernest Schweninger, nadworny lekarz Bismarcka, autor dzieła *Der Arzt* (Frankfurt 1906). W poznaniu lekarskim największe znaczenie przypisywał on nie logice, lecz intuicji, co więcej domagał się, żeby nauka medyczna wywodziła się z pielęgnowania. Zwolennikami tej koncepcji byli Richard Koch oraz rodem z Wrocławia Georg Honigmann, poszukujący źródła intuicji wśród tzw. pierwotnych instynktów człowieka. Na poparcie roli instynktu leczniczego w terapii przywodzili fakt postępowania się min przez ludy pierwotne³⁵.

Przytoczone poglądy Mendelsohna w porównaniu do koncepcji E.Schweningera — co prawda dotąd mało przebadanych, mogą świadczyć o istnieniu różnorodności, a nawet pewnej krańcowości spojrzeń na rolę opieki — pielęgnowania w XIX stuleciu. Zawsze jednak uznawanych za ważny element ówczesnej terapii medycznej. Lecz co więcej, mogą być dowodem na powolną krystalizację, w pozornej rozpiętości spojrzeń na jej funkcję i zasięg, własnych, odrębnych teorii, być wkładem w nową dziedzinę wiedzy.

35 T.Billroth: *Wykład ogólnej chirurgicznej patologii i terapii*, Warszawa 1875, s. 14. M.Goodnow: *Nursing...*, s. 11. J.Fischer: *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre*, München-Berlin 1962, t. I, s. 659, 784; t. II, s. 1429. W.Szumowski: *Dzieje filozofii medycyny, jej istota, nazwa i definicja*, Kraków 1947, s. 30-31.