

Stanisław KOSIŃSKI

Marcin Kacprzak prekursorem polskiej socjologii medycyny

Марцин Кацпжак — предвестник польской социологии медицины

Marcin Kacprzak — the Forerunner of Polish Sociology of Medicine

WSTĘP

Socjologia, mająca już dziś prawie półtorawiekową historię, często nadal bywa traktowana jako młoda jeszcze dyscyplina naukowa. Spośród innych nauk społecznych, w tym nawet o wiele od niej starszych, odznacza się wysoką dynamiką rozwoju i szybko postępującą specjalizacją. Widocznym przejawem tej specjalizacji jest proces powstawania wciąż nowych subdyscyplin socjologicznych, a jedną z nich jest, nie tak dawno w Polsce wyodrębniona, interesująca nas tu socjologia medycyny.

W dziejach polskiej socjologii medycyny, podobnie jak w większości, jeśli nawet nie wszystkich, dyscyplin naukowych, zwłaszcza społecznych, możemy wyróżnić dwa główne etapy, tj. przednaukowy i naukowy. Oba te etapy stanowią jeden proces dziejowy, choć istotnie różnią się od siebie, a jako cezurę pomiędzy nimi arbitralnie przyjmuje się jakiś istotny fakt związany z historią danej nauki, np. pojawienie się szerzej zaakceptowanej jej nazwy, powołanie pierwszej instytucji naukowo-badawczej czy też założenie specjalistycznego czasopisma itp. W przypadku rozpatrywanej tu dyscypliny cezurą taką okazał się drugi z przykładowo wymienionych czynników, czyli zorganizowanie w 1964 roku Pracowni Socjologii Medycyny w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN¹.

Wskazane wyżej etapy występujące w dziejach polskiej socjologii medycyny, podobnie jak i innych nauk społecznych, charakteryzują się spe-

¹ M. Sokołowska: *Rozwój i stan obecny socjologii medycyny w Polsce*, „Studia Socjologiczne”, 1976, nr 3.

cyficznymi właściwościami, które ujęte w lakonicznej nawet postaci, mogą mieć pewne znaczenie dla dalszych naszych rozważań.

Wzrost Etap pierwszy, zwany przednaukowym lub inkubacyjnym, obejmuje lekko zarysowujące się początki tej dziedziny wiedzy aż do ukształtowania się jej wstępnej struktury. Etap ten nie jest wyraźnie umiejscowiony w przestrzeni historycznej ani też opracowany w dziejach polskiej myśli społecznej i refleksji ogólnosocjologicznej. W pewnym sensie jest on enigmatyczny, i często przez badaczy dowolnie ustalany oraz zwykle pomijany lub tylko marginalnie ujmowany w planach i programach badawczych rozmaitych placówek naukowych.

Drugi z kolei etap, naukowy, cechuje się narastającymi procesami instytucjonalizacji i profesjonalizacji socjologii medycyny wyrażającymi się powoływaniem specjalistycznych instytucji naukowo-badawczych, organizowaniem odpowiednich konferencji i zjazdów naukowych, uprawianiem dydaktyki, rozwojem socjomedycznej twórczości naukowej, wzrostem specjalistów z zakresu tej dziedziny socjologii itp.

Należy przy tym zaznaczyć, że w przypadku socjologii medycyny pierwszy z wyróżnionych etapów, w przeciwieństwie do drugiego, nie ma w zasadzie żadnego odrębnego opracowania.

Drugi etap szczegółowo już przedstawiła Magdalena Sokołowska w kilku ostatnio wydanych publikacjach. Autorka — jak wiadomo — jest główną twórczynią i czołową reprezentantką omawianej tu nauki. W jednej z najnowszych na ten temat publikacji stwierdziła, że obecnie rozwój socjologii medycyny wkracza „[...] w okres, o którym marzyli lekarze społeczni w Polsce, Władysław Biegański, Marcin Kacprzak, Brunon Nowakowski i inni. Zgłaszali oni pod adresem socjologii ważne postulaty, wysuwali fascynujące pomysły. Ówczesna socjologia nie mogła jednak rozwiązać istniejących problemów, nie nadawała się do wykorzystania w dziedzinie zwalczania chorób i ich skutków. Pomysły prekursorów socjologii medycyny musiały więc ulec zawieszeniu, do czasu udoskonalenia empirycznych metod badawczych socjologii i nagromadzenia systematycznej wiedzy o rzeczywistości społecznej, obejmującej również zdrowie, choroby i medycynę.”²

Warto zatem w przyszłości zrekonstruować i wyczerpująco ukazać dorobek teoretyczny i badawczy wszystkich prekursorów polskiej socjologii medycyny. W jednym, i to w pierwszym z tego zakresu artykule, trudno byłoby całościowo przeanalizować poglądy i zasługi badawcze któregoś z wymienionych już za M. Sokołowską wybitnych reprezentantów medycyny społecznej w Polsce.

² *Ibid.*, s. 113.

Przed niniejszym artykułem postawiono cel znacznie skromniejszy, gdyż chodzi w nim o ukazanie niektórych jedynie poglądów i osiągnięć badawczych Marcina Kacprzaka, mających doniosłe znaczenie dla nardzin i rozwoju socjologii medycyny w naszym kraju. W dalszych rozważaniach rozpatrywane będą głównie takie kwestie, jak: lakonicznie ujęta biografia i socjomedyczny dorobek badawczy uczonego oraz uznane przez niego za istotne psychospołeczne aspekty zawodu pielęgniarstwa, uwzględniające wymagania i oczekiwania zdrowotne ludności wiejskiej.

BIOGRAFIA I DOROBK NAUKOWY M. KACPRZAKA

Marcin Kacprzak był uczonym, który wielostronnie zasłużył się dla rozwoju polskiej medycyny. Urodził się w 1888 roku w Podolszczech koło Płocka, w którym ukończył gimnazjum. Medycynę studiował w Paryżu a egzaminy państwowe, stanowiące podstawę uzyskania dyplomu lekarza, złożył w 1915 roku w Charkowie. Krótko pracował jako lekarz ziemski w Guberni Pskowskiej, następnie uczestniczył w zwalczaniu epidemii chorób zakaźnych w różnych miejscowościach Związku Radzieckiego.

W 1921 roku powrócił do Polski i podjął pracę w charakterze lekarza sanitarnego na terenie m. Warszawy. Tu szybko nawiązał kontakt z Państwowym Zakładem Higieny. W następnym roku wysłano go na dwuletnie studia do Stanów Zjednoczonych, gdzie w Johns Hopkins School of Hygiene studiował głównie higienę i statystykę zdrowotną. Studia te zakończył doktoratem z zakresu zdrowia publicznego, który nostryfikował w Uniwersytecie Jagiellońskim w 1930 roku.

Można powiedzieć, że wybranej podczas tych studiów specjalizacji Kacprzak pozostał wierny do końca życia. Kiedy w 1963 roku wręczono mu Międzynarodową Nagrodę im. Leona Bernarda w Pałacu Organizacji Narodów w Genewie powiedział, że „zagadnienia medycyny społecznej były i są po dzień dzisiejszy treścią mojego życia” i „gdybym rozpoczynał drugie życie oddałbym je również medycynie społecznej”.³

Działalność naukowa, organizacyjna i społeczna Kacprzaka była bardzo rozległa. Napisał on ponad 400 prac naukowych i popularyzujących cświatę sanitarno-zdrowotną, w tym szereg obszerniejszych rozpraw i podręczników, przy czym niektóre z nich wydano także w językach obcych.

Jednym z pierwszych i trwałych kierunków jego zainteresowań naukowych był problem gruźlicy: jej epidemiologia i przebieg, a przede wszystkim uwarunkowania i skutki zarówno biologiczne, jak i społeczne.

³ M. Kacprzak: *Pisma wybrane*, Warszawa 1968, s. 7.

Takie całościowe potraktowanie tej groźnej wówczas choroby społecznej pozwoliło Kacprzakowi opracować oparty na naukowych podstawach program walki z gruźlicą w Polsce.⁴

Drugim nurtem pracy badawczej tego uczonego była problematyka epidemiologiczna różnych chorób zakaźnych. Poszukując przyczyn chorób tej kategorii mocno eksponował uwarunkowania społeczne, poświęcając im specjalną pracę pt. *Czynnik społeczny w chorobach zakaźnych*. Całość swoich poglądów z zakresu epidemiologii chorób zakaźnych przedstawił w obszernej i jedynej dotychczas tego typu monografii *Epidemiologia ogólna*, w której „[...] poruszając najważniejsze problemy epidemiologiczne ujmuje je pod kątem historyczno-społecznym i często prowadzi do filozoficznych uogólnień”.⁵

Trzecim obszarem dociekań naukowych i terenowych prac badawczych Kacprzaka była globalnie ujmowana sytuacja zdrowotna ludności, zwłaszcza mieszkańców międzywojennej Warszawy i wsi płockich. Znając z autopsji warunki życiowe i zdrowotne ludności chłopskiej, poświęca jej wiele swoich publikacji naukowych i popularyzatorskich. Pisze m. in. takie prace, jak: *O stanie zdrowia publicznego w Polsce*, *Stan opieki zdrowotnej ludności wiejskiej*, *Czego nam potrzeba* i inne. Prowadzi działalność profilaktyczną i organizatorską związaną z sytuacją zdrowotną mieszkańców wsi m.in. jako przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie.

Czwartym z kolei, także ważnym kierunkiem zainteresowań naukowych Kacprzaka były zawody medyczne, głównie problematyka psychospołeczna i etyczno-deontologiczna zawodu lekarskiego⁶ i pielęgniarskiego⁷. Zawody te czynił moralnie odpowiedzialnymi za stan opieki zdrowotnej. Uważał, że „[...] zadaniem zawodu lekarskiego jest zorganizowanie takiej opieki nad zdrowiem ludności, żeby każdy obywatel otrzymał w potrzebie wszystko to, co medycyna dać może.”⁸

M. Kacprzak w całokształcie swojej działalności naukowej i organizatorsko-społecznej, zwłaszcza zaś w latach międzywojennych, często występował z ostrą krytyką ówczesnej polityki zdrowotnej oraz podkreślał konieczność doskonalenia i poszerzenia ochrony zdrowia. Przykład właściwego rozwiązywania kwestii zdrowotnych i funkcjonowania ochrony zdrowia uważał Związek Radziecki. W różnych wystąpieniach i publika-

⁴ *Ibid.*, s. 8.

⁵ *Ibid.*, s. 8.

⁶ M. Kacprzak: *Racja stanu lekarskiego*, „Medycyna i Przyroda”, 1938, nr 9.

⁷ M. Kacprzak: *Pielęgniarka społeczna na wsi*, Warszawa 1937, (bez wydawcy).

⁸ M. Kacprzak: *Pisma wybrane, op. cit.*, s. 109.

cyjach wskazywał na występowanie ważnej prawidłowości, jaką jest zależność zagadnień zdrowotnych od ustrojowych i społecznych.⁹

W Polsce Ludowej Kacprzak skoncentrował się zwłaszcza na działalności dydaktycznej i organizacyjnej. W różnych uczelniach warszawskich i łódzkich wykładał statystykę, epidemiologię i higienę społeczną. Przez kilka lat był dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, a od 1953 roku rektorem nowo powstałej Akademii Medycznej w Warszawie, piastując to stanowisko do 1962 roku.

Działalność organizatorska i społeczna Kacprzaka nie ograniczała się tylko do warszawskiego środowiska akademickiego, lecz także przejawiała się w wielostronnej i długoletniej współpracy z Ministerstwem Zdrowia, w którym i dla którego wypełniał odpowiedzialne funkcje doradcze i naukowe. Ponadto, mając nawiązane jeszcze w początkowym etapie swojej kariery lekarskiej zagraniczne kontakty naukowe, również aktywnie działał na forum międzynarodowym. W okresie międzywojennym współpracował z Sekcją Higieny Ligi Narodów, uczestnicząc z tej racji w licznych zjazdach i konferencjach naukowych. Po II wojnie światowej przewodniczył polskiej delegacji na konferencję przygotowującą powołanie Światowej Organizacji Zdrowia, a następnie brał czynny udział w jej pracach.

Jako wybitny uczony i organizator ochrony zdrowia był członkiem polskich i zagranicznych towarzystw naukowych, w tym Akademii Nauk Medycznych ZSRR oraz honorowym członkiem The American Public Health Association.

Z przedstawionych danych wynika, że w okresie międzywojennym Kacprzak reprezentował lewicowy nurt w ruchu medycyny społecznej. Był długoletnim prezesem Towarzystwa Medycyny Społecznej oraz redaktorem i współpracownikiem szeregu czasopism lekarskich i społecznych. Przez pewien czas współpracował z Instytutem Spraw Społecznych kierowanym przez wybitnego socjologa Stefana Rychlińskiego. Prawdopodobnie pod wpływem Kacprzaka Rychliński zainteresował się m. in. problematyką demograficzno-zdrowotną i różnorodnymi czynnikami środowiska pracy.¹⁰

Kacprzak — to lekarz i uczony, który zdrowie ludzkie traktował jako wartość najwyższą, a tym samym zasługującą na ochronę od strony biologicznej i społecznej. Zdrowie ludzkie jest — według niego — ściśle uzależnione od uwarunkowań społeczno-ustrojowych i ogólnych stosunków gospodarczych. Warto też wskazać, iż mimo tak dużego i wielokierunko-

⁹ M. Kacprzak: *Prawo do zdrowia i jego realizacja*, „Lekarz Polski”, 1937, nr 5.

¹⁰ S. Rychliński: *Wybór pism*, Wyboru dokonał i wstępem opatrzył P. Wójcik, PWN, Warszawa 1976.

wego zaangażowania miał on jeszcze czas, wyrażać przywiązanie do mieszkańców rodzinnej miejscowości, organizując np. w szkole podstawowej, której był absolwentem, bibliotekę, gabinet przyrodniczy i przekazując jej inne jeszcze pomoce naukowe.

Za swoją rozległą działalność i wielkie zaangażowanie w sprawy ochrony zdrowia władze polskie i instytucje międzynarodowe odznaczyły Kacprzaka różnorodnymi wyróżnieniami. Ten zasłużony dla polskiej i światowej medycyny uczonec zmarł 14 lipca 1968 roku.

SOCJOLOGICZNE TENDENCJE W DZIAŁALNOŚCI NAUKOWO-BADAWCZEJ M. KACPRZAKA

Wydaje się, że ważne i interesujące byłoby wyjaśnienie motywów i okoliczności, które zdecydowały o socjologizujących skłonnościach M. Kacprzaka. Jednakże ustalenie psychospołecznych mechanizmów, które zachęciły tego wybitnego lekarza-higienistę do podejmowania „niczych” zagadnień znajdujących się na pograniczu klasycznej, „czystej” medycyny o nachyleniu biologicznym i różnych nauk społecznych, zwłaszcza zaś socjologii oraz do posługiwania się w badaniach terenowych narzędziami zapożyczonymi od socjologii, choć poznawczo byłoby istotne, wymagałoby jednak wnikliwej analizy nie tylko całego jego dorobku piśmarnego, ale również dodatkowo przeprowadzenia specjalnie zaprogramowanych badań historyczno-socjologicznych.

Hipotetycznie można jednak stwierdzić, iż znaczący w tym względzie był zapewne dłuższy jego staż naukowy na początku lat dwudziestych w Stanach Zjednoczonych, które już wówczas miały dość dobrze rozwiniętą socjologię ogólną, a przede wszystkim zaś różne działy socjologii szczegółowej.

Socjologią w latach międzywojennych zaczynało się tam interesować część badaczy-lekarzy, zwłaszcza reprezentujących epidemiologię społeczną.¹¹ Kacprzak utrzymywał żywe kontakty z amerykańskimi epidemiologami, a więc ich wpływ na niego był w tym zakresie zapewne dość duży.

Będąc w Stanach Zjednoczonych studiował on głównie higienę i statystykę medyczną, a więc dyscypliny ściśle powiązane z epidemiologią i wymagające uwzględnienia w analizach stanu zdrowotnego ludności szerokiego kontekstu społecznego oraz korzystania z narzędzi, pojęć i wyników badań socjologii medycyny. Ponadto, każdy, w pełnym tego słowa

¹¹ Por. M. Sokołowska: *Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce* [w:] *Socjologia a zdrowie*, Praca pod redakcją Magdaleny Sokołowskiej, Jacka Hołówki, Antoniny Ostrowskiej, PWN, Warszawa 1976, s. 313.

znaczeniu, reprezentant medycyny społecznej nie może nie znać pokrewnej dyscypliny, jaką jest właśnie socjologia medycyny. Wymienione okoliczności tak ukierunkowały zainteresowania naukowe i postępowanie badawcze Kacprzaka, że analizując jego publikacje, zauważa się w nich szereg ważkich elementów pozwalających uznać go za czołowego prekursora polskiej socjologii medycyny.

Zaszczytne miano prekursora tej nauki przysługuje Kacprzakowi z wielorakich powodów. Ich ważność wyraźnie się uwidocznia, gdy twórczość badawczą przeanalizujemy co najmniej w trzech płaszczyznach, a mianowicie:

1) merytorycznej — chodzi tu głównie o kwestie społeczne, występujące jako tematy badawcze, i używane przez niego niektóre typowo socjologiczne terminy;

2) metodologicznej — stosowanie socjologicznych metod i technik badawczych zarówno w prowadzeniu badań terenowych, jak i w interpretacji materiału empirycznego;

3) instytucjonalnej — powiązania, jakie miał Kacprzak z socjologicznymi placówkami badawczymi.

Wyróżnione płaszczyzny, choć zapewne pomocne w zwięzłym ukazaniu socjologicznych tendencji w działalności naukowej Kacprzaka, nie będą jednak zbyt szczegółowo i całkowicie odrębnie analizowane. Ponadto nie zawsze precyzyjnie dadzą się oddzielić. Niemniej jednak, niektóre socjologiczne elementy i aspekty wybranych jego prac badawczych warto zasygnalizować z uwzględnieniem wymienionych trzech płaszczyzn.

Pierwszy z wymienionych aspektów okaże się całkiem oczywisty, gdy uświadomimy sobie, że mamy do czynienia z uczonym i badaczem będącym wówczas głównym reprezentantem medycyny społecznej, a więc dyscypliny mocno spokrewnionej z socjologią medycyny i nieco mniej z innymi jeszcze działami socjologii empirycznej. Znaczna część problematyki badawczej obu bliskich sobie nauk nawet się pokrywa. Obie dyscypliny zajmują się społecznymi uwarunkowaniami chorób, zawodami medycznymi, czy też funkcjonowaniem instytucji medycznych i całego systemu ochrony zdrowia, a także innymi jeszcze wspólnymi lub zazębiającymi się tematami.

Spoglądając na dorobek pisarski Kacprzaka w drugiej płaszczyźnie, zwanej metodologiczną, również dostrzega się szereg argumentów potwierdzających jego skłonności do socjologizowania medycyny społecznej. Uczony nie stronił od metod i typowo socjologicznych technik badawczych. Przykładem umiejętnego wykorzystania przez Kacprzaka socjologicznego warsztatu badawczego jest jego cenna monografia *Więś*

płocka, bazująca na badaniach terenowych, oraz inne rozprawy, jak: *W walce o zdrowie wsi polskiej*, *Ośrodki zdrowia w Polsce* itp. W badaniach empirycznych stosował wywiady, ankiety, analizował różne materiały i dokumenty urzędowe a nawet pamiętniki.¹² Uczony ten nie był tylko badaczem terenowym, lecz także znanym interpretatorem faktów poddawanych przez niego częstym analizom statystycznym, w wyniku których wyprowadzał interesujące uogólnienia wzbogacające filozofię medycyny.¹³ W tych analizach teoretycznych często posługiwał się kategoriami socjologicznymi, mówiąc dla przykładu o więzi rodzinnej, strukturze rodziny, roli społecznej, grupach społecznych i zawodowych, które to terminy były mu pomocne w przedstawieniu diagnozy zdrowotności wybranej kategorii mieszkańców naszego kraju lub innych państw, np. Stanów Zjednoczonych.¹⁴

Trzecią z kolei płaszczyznę analizy działalności naukowej Kacprzaka stanowi sieć jego powiązań z różnymi instytucjami prowadzącymi badania socjologiczne. Niejednokrotnie odwoływał się on w różnych wystąpieniach i publikacjach do wyników badań socjologów, wymieniając przy tym placówki, które te badania realizowały. Jest pewne, że współpracował z polskimi i chyba amerykańskimi socjologami, skoro niektóre jego prace wydawał np. Instytut Spraw Społecznych.¹⁵

Wydaje się, że przedstawione powyżej jedynie niektóre fakty w pełni już uwidaczniają inklinacje Kacprzaka do stosowania socjologii w medycynie¹⁶, a tym samym potwierdzają jego uprawnienia do tytułu prekursora polskiej socjologii medycyny. Socjologiczne sposoby i aspekty jego patrzenia na system ochrony zdrowia, głównie zaś na rolę, jaką spełniają w nim zawody medyczne, bardziej jeszcze będą uwypuklone, gdy dokładniej i nieco szerzej poznamy nakreślony przez niego model¹⁷ pielęgniarki środowiskowej wiejskiego ośrodka zdrowia, zwanej przez niego pielęgniarką społeczną lub też pracownicą społeczną.

¹² M. Kacprzak: *Rozrodczość a bezrobocie*, „Praca i Opieka Społeczna”, 1937, z. 2.

¹³ M. Kacprzak: *Kulturotwórcza rola medycyny*, PAN, Warszawa 1967. (maszynopis powielony).

¹⁴ M. Kacprzak: *Pisma wybrane*, op. cit., s. 10.

¹⁵ M. Kacprzak: *W walce o zdrowie wsi polskiej*, Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 1937; *Wieś płocka. Warunki bytowania*, Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 1937, i inne prace.

¹⁶ M. Sokołowska: *Zastosowanie socjologii w medycynie* [w:] *Socjotechnika. Praktyczne zastosowanie socjologii*, pod red. A. Podgóreckiego, Warszawa 1968.

¹⁷ Model zawodu nie jest zapewne najlepszym określeniem, lecz w literaturze zwłaszcza medycznej często się go używa.

MODEL PIELEŃNIARKI W UJĘCIU M. KACPRZAKA
NA TLE POTRZEB ZDROWOTNYCH LUDNOŚCI WIEJSKIEJ

Marcin Kacprzak, konstruując model pielęgniarstwa pracującej na wsi, poruszył kilka ogólnoteoretycznych kwestii dotyczących psychospołecznych czynników działania i specyficznych wymogów środowiska wiejskiego. Wychodził on bowiem z założenia, że wszelkie wzniosłe zadania i ideały jednostka ludzka może realizować tylko wówczas, gdy poza wyraźnym ich sprecyzowaniem występuje jeszcze u niej odpowiednio silna motywacja i tak zwany entuzjazm. Ten czynnik psychiczny w każdej sytuacji pobudzającej człowieka do aktywności nie jest obojętny, a w przypadku pełnienia roli pielęgniarstwa staje się warunkiem *sine qua non* działania mającego na celu ochronę zdrowia ludzkiego. Jednostka pracująca bez entuzjazmu i wiary w osiągnięcie sukcesu podjętego działania niewiele może dokonać.

Naczelnym zadaniem pracowników medycznych jest podnoszenie stanu zdrowotnego ludności. Tradycyjnie już, i to nie tylko w polskich warunkach, zwykle większe zaniedbania pod tym względem były i nadal jeszcze występują wśród mieszkańców wsi. Ich sytuację zdrowotną można jednak radykalnie poprawiać — jak uważa Kacprzak — między innymi dzięki silnemu zaangażowaniu społecznemu różnych aktywistów, przede wszystkim zaś rekrutujących się spośród lekarzy i pielęgniarzek, jako kategorii zawodowych w tym zakresie najbardziej kompetentnych.

Warunki bytowe i życie codzienne ludności chłopskiej w okresie międzywojennym były — używając słów M. Kacprzaka — proste i twarde oraz bardziej naturalne niż mieszkańców miast, czyli tym samym nie tak silnie nasycone wysublimowaną kulturą i cywilizacją. Chłop polski z lat międzywojennych w życiu codziennym często okazywał się typowym fatalistą. Trudne warunki życiowe na wsi, jej niski poziom kultury i oświaty stanowiły podłoże sprzyjające występowaniu chorobowości. Każda pielęgniarka trafiająca do pracy w środowisku wiejskim powinna zatem względnie dobrze orientować się w jego szeroko pojmowanej problematyce i specyfice.

Troska o zdrowie ludności chłopskiej zawsze powinna zmierzać nie tylko do racjonalnej pomocy w przypadku choroby i podnoszenia kultury zdrowotnej, lecz także do poprawy warunków bytowych. Pielęgniarka może aktywnie uczestniczyć w tych wszystkich poczynaniach, które bezpośrednio czy nawet pośrednio dotyczą zdrowia, choć jej rola jest tu zróżnicowana, zwłaszcza co do zakresu samodzielności. W opiece nad chorym pielęgniarka w głównej mierze jest wykonawczynią zleceń lekarza, natomiast prawie zupełnie samodzielnie wypełnia swoją rolę w dziedzinie zapobiegawczej i higienicznej. Tu także formalnie pracuje

ona pod kierunkiem lekarza, mając jednak wielkie szanse do wykazania się inicjatywą i samodzielnością. Pielęgniarka w wiejskim ośrodku zdrowia, „[...] nie spełni swego zadania — stwierdził M. Kacprzak — jeżeli ograniczy się do roli pomocniczej”.¹⁸

W okresie międzywojennym nierzadko się tak zdarzało, że pielęgniarka była jedynym pełnozatrudnionym pracownikiem wiejskiego ośrodka zdrowia, czy też innej jeszcze instytucji medycznej funkcjonującej w środowisku wiejskim. Zawsze jednak efekty pracy pielęgniarki zależą od bezpośredniej współpracy z lekarzem, gdyż oba te zawody medyczne, i to nie tylko w warunkach wiejskiego ośrodka zdrowia, wzajemnie się uzupełniają i są wobec siebie komplementarne.¹⁹

Wielkie znaczenie i rolę pielęgniarki w środowisku wiejskim często i mocno podkreślali w różnych wypowiedziach i sprawozdaniach liczni kierownicy ośrodków, którzy jednogłośnie stwierdzali, „że ona jest duszą ośrodka, że bez niej nie ma ośrodka”.²⁰ M. Kacprzak także bardzo wysoko oceniał rolę pielęgniarki w tym typie lecznictwa. Uważał on, że przede wszystkim jej działalność decyduje o charakterze zapobiegawczym w rejonie leczniczym, mimo iż lekarz a nie pielęgniarka kieruje pracą poradni czy też całego ośrodka.

Tak dawni, jak i współcześni badacze problematyki ochrony zdrowia ludności wiejskiej zgodnie stwierdzają, że pielęgniarka na wsi wypełnia szeroki zakres obowiązków w stosunkowo trudnym środowisku pracy. Stąd nasuwa się pytanie, jakie cechy w szczególności powinna ona posiadać, aby mogła właściwie realizować swoją rolę zawodową i pracowniczą.²¹

Rozwiniętą odpowiedź na to pytanie daje M. Kacprzak przede wszystkim w publikacji pt. *Pielęgniarka społeczna na wsi*, w której nakreślił ideał pielęgniarki pracującej w środowisku wiejskim. Wychodził on z nader optymistycznego założenia, że ogólnie znane wiekowe zaniedbania warunków życiowych i higieny osobistej środowiska wiejskiego w znacznym stopniu może poprawić i podnieść na wyższy poziom kulturalno-higieniczny jedynie pielęgniarka o odpowiednio ukształtowanej i zaangażowanej osobowości. Jego więc zdaniem, pielęgniarka wiejskiej służby zdrowia, chcąc realizować tak poważne i trudne zadania powinna posiadać zadowalająco ukształtowane cechy odnoszące się do jej: 1) wa-

¹⁸ Kacprzak: *Pielęgniarka społeczna...*, s. 6.

¹⁹ Por. I. Rzewska: *Społeczne problemy zawodu pielęgniarki*, Warszawa 1973.

²⁰ M. Kacprzak: *Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia w Polsce* [w:] *Ośrodki zdrowia w Polsce*, pod red. dra M. Kacprzaka. Warszawa 1928, s. 96.

²¹ Problematykę społeczną i zawodową pielęgniarki społecznej wszechstronnie omawiają: T. Chętnik, W. Mirowski: *Pielęgniarnictwo środowiskowe*, Warszawa 1974.

lorów osobistych, 2) przygotowania teoretycznego, 3) przygotowania praktycznego.

Wśród cech osobistych, stanowiących pierwszą z trzech kategorii cech, autor za istotne uznaje takie dyspozycje psychiczne, jak: zdolność adaptacji, zamiłowanie do pracy, zainteresowanie zawodem, umiejętność zachowania się, szczerłość, przyjacielskość, cierpliwość, takt, bezinteresowność itp.

Nie ulega wątpliwości, że cechy te mają zasadniczy wpływ na efektywną działalność pielęgniarki w społeczeństwie wiejskim. Wiadomo przecież, że praca w tym środowisku była i jest szczególnie trudna i ciężka, dlatego też zamiłowanie do niej szczególnie właśnie w środowisku wiejskim, jest konieczne. Pielęgniarka posiadająca zamiłowanie do pracy w wiejskiej służbie zdrowia powinna ponadto cechować się lepszą zdolnością do adaptacji w tym środowisku. Zamiłowanie połączone z zainteresowaniem i ze zdolnością do szybkiej i wielostronnej adaptacji stanowią istotny syndrom cech modelowych pielęgniarki wiejskiej służby zdrowia. Zasadniczym zatem deklarowanym jej motywem do podjęcia pracy w tym środowisku powinno być zamiłowanie do tego typu działalności.

M. Kacprzak wśród pielęgniarek wiejskich ośrodków zdrowia nie widzi miejsca dla jednostek nie umiejących się dostosować do warunków życia wiejskiego, zwłaszcza zaś dla kobiet „zdeklasowanych”. Za najbardziej odpowiednie kandydatki do pracy na wsi widzi on pielęgniarki pochodzące ze wsi, które z autopsji znają życie i potrzeby ludności wiejskiej. Niemniej, ważnym syndromem cech pielęgniarki wiejskiej — zdaniem tego badacza — jest umiejętność zachowania się w społeczności wiejskiej, szczerłość, koleżeńskość i cierpliwość.

Pielęgniarka wiejskiego ośrodka zdrowia, wypełniając rolę zawodową, musi być częstym gościem w środowisku domowym chorego i w znacznym stopniu od niej zależy, aby stała się gościem pożądanym. Powinna ona umiejętnie zachowywać się według wzorów pozwalających jej zdobyć w środowisku szacunek i uznanie. Zdobywanie autorytetu nie może prowadzić poprzez izolację i utrzymywanie zbyt wielkiego dystansu czy też przejawy pogardy dla pacjentów pochodzenia chłopskiego. Powinna przede wszystkim szanować gospodarzy, a z tego wynikałby jej sposób bycia. Nie może więc wydawać rozkazów, lecz tylko spolegliwie doradzać. Zachowanie się pielęgniarki powinno być naturalne i uprzejme bez względu na przyjęcie, jakie ją spotyka nawet w mieszkaniu odwiedzanego pacjenta. Stosunek pielęgniarki do swoich podopiecznych — to postawa zawsze życzliwa i przyjacielska, zmierzająca do zżycia się ze środowiskiem wiejskim. Chcąc szybciej i pełniej wejść do tradycyjnej społeczności wiejskiej powinna ona niekiedy „[...] pośmiać się, a nawet pośpiewać w rozbawionym gronie, która nie będzie chciała w pewnych

okolicznościach usiąść do stołu razem z gospodarzem — nie będzie dobrą działaczką terenową”.²²

Ponadto, pielęgniarka musi nauczyć się słuchać, co mówią zwykli przeciętni mieszkańcy wsi, aby nie tylko zrozumieć dążenia i specyficzną ich świadomość, ale również pozyskać do współdziałania w zabiegach o wzrost ich kultury zdrowotnej.

Pielęgniarka mając pogłębione rozeznanie w różnych kwestiach, np. ile ktoś zarabia, czym się zajmuje, jak się odżywia itp. może znacznie szybciej podjąć działania socjotechniczne, aby życie tych ludzi ciągle modyfikować i ulepszać z maksymalną korzyścią dla ich zdrowia. Przejawiając spokojny i rozumny stosunek do rozmaitych problemów swych podopiecznych, niejednokrotnie znajdzie ona wyjście z trudnej dla nich sytuacji materialnej, a więc, albo dobrze im poradzi, co zrobić, albo w tym celu sama nawiąże kontakt z odpowiednimi instytucjami społecznymi.

M. Kacprzak uważał, że pielęgniarka społeczna powinna swoją działalność przenieść z poradni do domu chorego, gdyż musi ona znać potrzeby środowiska, wśród którego działa. Ciągłe zaspokajanie rozmaitych potrzeb jest nierozzerwalnie związane z procesem życia: stopień i sposoby zaspokajania tych potrzeb decydują o zdrowiu człowieka, jego aktywności, samopoczuciu i w ostatecznym rezultacie o sprawach jego życia i śmierci. Szczególnie w przypadku pełnienia roli pielęgniarki środowiskowej znajomość zróżnicowanych potrzeb ludzkich i mechanizmów ich zaspokajania w określonym środowisku jest jednym z podstawowych warunków skutecznego oddziaływania na środowisko.

W środowisku wiejskim, gdzie odżywianie jest nieracjonalne, często zdarza się, że z powodu braku należytej wiedzy występują również wypadki spożywania posiłków zbyt kalorycznych, a mimo to mało odżywczych. Zjawiska te pielęgniarka wiejska ma uwzględnić w swoich programach pracy i w tym kierunku podejmować odpowiednie oddziaływania i decyzje.

Nie bez znaczenia też jest wygląd czyli wzór zewnętrzny pielęgniarki wiejskiej. Jest rzeczą oczywistą, że zarówno dawniej jak i dziś nie powinna ona przesadnie eksponować tzw. jaźni fasadowej, wyrażającej się między innymi w nadmiernym używaniu kosmetyków i biżuterii podczas wykonywania zawodu. Ludność wiejska jest poważna i od swoich „opiekunów zdrowotnych” oraz nauczycieli wymaga jeszcze większej powagi i skromności.

Według autora *Pielęgniarki społecznej na wsi*, pożądane jest, aby pielęgniarka pracująca w środowisku wiejskim była ogólnie zdrowa

²² M. Kacprzak: *Pielęgniarka społeczna...*, s. 7.

i miała dużą odporność na choroby. Pełniąc swój zawód w tym tak trudnym środowisku narażona jest bowiem na niewygodny teren, pracę przy zmiennej pogodzie oraz na pokonywanie tras pieszych w różnych warunkach atmosferyczno-środowiskowych. Istotną część działalności profesjonalnej pielęgniarki odbywa się bezpośrednio w mieszkaniu podopiecznego, do którego trzeba dojść lub dojechać. Mieszkanie na wsi międzywojennej było najczęściej zimne, wilgotne i często zaniedbane. Stąd też pracownik o słabym zdrowiu nie powinno się zatrudniać w wiejskich ośrodkach zdrowia, zwłaszcza zaś w charakterze wiejskiej pielęgniarki środowiskowej.

Ogólny stan zdrowotny człowieka i jego cechy fizyczne są dość istotne, choć o powodzeniu w zawodzie nie decydują w tak dużej mierze jak predyspozycje psychiczne oraz wiedza i umiejętności. Obserwuje się bowiem często — stwierdza M. Kacprzak — w praktyce terenowej jednostki fizycznie raczej słabe, lecz o silnej woli i odporności psychicznej, które pokonują rozmaite trudności, zdawałoby się wyraźnie ponad ich siły. Pielęgniarka wiejska łatwiej i częściej może osiągać sukcesy, jeżeli oprócz wiadomości z ochrony zdrowia będzie orientować się również w sprawach życiowych pacjentów i społeczno-gospodarczych wsi. Rozeznanie takie znacznie ułatwi jej pracę zawodową i działalność społeczną.

Wies polska zarówno dawna, jak i współczesna potrzebuje nie tylko pielęgniarki jako terapeuty, ale również jako światłego doradcy, który będzie w stanie udzielić pomocy w kwestiach życiowych związanych ze zdrowiem. Pielęgniarka dla rolnika w zacofanej dawnej wsi była czymś w rodzaju kapłana — i tak powinna traktować swój zawód — pamiętając, że właściwie kapłani w starożytności byli pierwszymi i prawie jedynymi lekarzami.

Drugi kompleks wymagań i cech składających się na model pielęgniarki podejmującej pracę na wsi — w myśl założeń M. Kacprzaka — odnosi się właśnie do pożądanых w tym zawodzie kwalifikacji i wiedzy teoretycznej. Nowo zatrudniona młoda pielęgniarka w środowisku wiejskim dokonuje konfrontacji posiadanej wiedzy z praktyką. Przechodzi ona wówczas trudny etap adaptacji społeczno-zawodowej, podczas którego poddawane są ważnej próbie jej wiedza i umiejętności zdobyte w szkole oraz jej ogólna postawa życiowa.

Od wielu stuleci znaczna część ludzi młodych zwykle kojarzy sobie nadzieje osobistego rozwoju i awansu z miastem. Dawniej i nieco już mniej obecnie z życiem miejskim wiążą się wszystkie instytucje wysublimowanej i atrakcyjnej rozrywki oraz komfortowych warunków życiowych, czyli to wszystko, co stanowi urozmaicenie i zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wartości młodego człowieka. Ponadto warunki w mieście ułatwiają zdobywanie wiedzy zawodowej i jej pogłębienie.

Jednym słowem miasto dla młodego pokolenia od dawna było i nadal jeszcze w pewnym stopniu jest ewidentnie atrakcyjniejsze niż wieś.

M. Kacprzak jako lekarz-higienista prowadzący terenowe badania socjomedyczne na wsi doskonale orientował się w jej warunkach sanitarno-higienicznych i dlatego szczególnie był uczulony na dobre przygotowanie fachowe pielęgniarek wiejskich z zakresu higieny, tak w sensie teoretycznym jak i praktycznym. Dobra znajomość higieny i epidemiologii jest konieczna, gdyż w dużej mierze ułatwia pielęgniarce pracę i działalność w środowisku wiejskim. Postuluje on, aby w procesie edukacji adeptek tego zawodu uczyć w ramach higieny mniej teorii a więcej praktyki. Wiedza z tej dziedziny winna obejmować całość problematyki teoretycznej, lecz musi być wzbogacana i weryfikowana w działaniu praktycznym. Autor wspomina tu słowa Oslera, który o kształceniu lekarzy powiedział: „Przygotowujcie studenta, lecz nie zapominajcie o istocie ludzkiej. Myślcie o tym, czym jest walka z nędzą, z samym sobą, z przeciwnościami życia. Uważajcie, w jaki sposób człowiek reaguje na powodzenie i zawody [...] wszystko to powinno tworzyć ludzką stronę waszego kształcenia”.²³ Pielęgniarka — zdaniem Kacprzaka — powinna wynieść ze szkoły ogólną wiedzę medyczną, a przede wszystkim gruntowną znajomość kierunku, w którym podejmie swą pracę zawodową. Nie jest dla niego sprawą obojętną także środowisko i wychowywanie przyszłych pielęgniarek. Internat uważa za najlepsze środowisko, w którym prawidłowo i najpełniej można rozwijać i kształtować cechy pożądane u pielęgniarki.

Ponadto proponuje, aby dla kandydatek wyjeżdżających na wieś co pewien okres prowadzono obligatoryjny cykl wykładów umożliwiający im wnikliwe poznanie różnorodnych problemów środowiska wiejskiego, zwłaszcza zaś społecznych i zdrowotnych. Wykłady te winny być poparte ilustracjami i szeroko stosowaną metodą pogładową oraz wzbogacane dyskusjami. Takie przygotowanie pielęgniarek podejmujących pracę na wsi byłoby bardzo przydatne, bowiem w znacznym stopniu wzbogaciłoby ich ogólną wiedzę dotyczącą złożonej problematyki i ewidentnej specyfiki życia wiejskiego. Zaliczenie takiego kursu nie tylko wzbogaciłoby wiedzę pielęgniarki o warunkach życia i pracy rolnika, ale także ułatwiłoby jej nawiązanie z nim kontaktu i lepsze zrozumienie mechanizmów i etiologii chorób zawodowych ludności wiejskiej. Między innymi dzięki lepszej znajomości wsi i gospodarstwa domowego rodziny chłopskiej pielęgniarka zdobędzie zaufanie, dzięki czemu szybko przestanie być kimś obcym dla ludności wiejskiej.

Główną instytucją i środowiskiem pracy pielęgniarki wiejskiej jest poradnia, którą słusznie wówczas traktowano jako jedno, lecz nie jedyne

²³ *Ibid.*, s. 10.

pole jej pracy zawodowej. Zdaniem M. Kacprzaka, poradnia powinna być dla pielęgniarki nawet drugorzędną i pomocniczą w stosunku do pracy odbywającej się poza nią. Zapobieganie, do którego sprowadza się główny cel funkcjonowania wiejskiej instytucji medycznej, musi przeniknąć codzienne życie człowieka, które odbywa się w jego mieszkaniu i środowisku pracy.

Autor uważa, że aby osiągać szybkie i widoczne efekty, pielęgniarka powinna szukać oparcia i pomocy wśród różnych organizacji społecznych i instytucji paramedycznych, nie wykluczając też i innych działających na wsi. W kontaktach tych pielęgniarka między innymi mogłaby przedstawić znaczenie i rolę służby zdrowia oraz wyjaśnić jej formy organizacyjne, jak również potrzebę tak szerokiej i ścisłej współpracy instytucjonalnej i personalnej. Współpraca taka byłaby pożyteczna, umożliwiałaby pielęgniarce wielostronne wykorzystanie przodujących i aktywnych jednostek do propagowania oświaty i kultury zdrowotnej w społeczeństwie wiejskim. Widzimy zatem, że interesujący nas tu prekursor polskiej socjologii medycyny szukał partnerów do wychowania zdrowotnego ludności wiejskiej, widząc pierwszoplanową sferę oddziaływań systemu ochrony zdrowia.

W działalności pielęgniarki Kacprzak wyklucza stosowanie filantropii, która najczęściej prowadzi jedynie do obciążenia poradni ludźmi szukającymi pomocy raczej materialnej, niż lekarskiej. Zwraca on też uwagę, aby w procesie kształcenia pielęgniarek jednoznacznie wyjaśnić, na czym polega opieka społeczna oraz jaki jest sens i cel opieki leczniczo-zapobiegawczej. Te dwie kategorie opieki sprawowanej nawet nad tym samym człowiekiem pielęgniarka powinna umieć wyraźnie oddzielać w codziennej własnej pracy zawodowej. Naturalnie, opieka nad zdrowiem wiąże się ściśle z opieką społeczną, gdyż często nie może być mowy o powrocie do zdrowia bez zaspokojenia podstawowych potrzeb materialnych chorego lub jego rodziny. Jednak pielęgniarka nie może być jednocześnie przedstawicielem ośrodka zdrowia i instytucji opieki społecznej. Jak już wspomniano, pielęgniarka powinna ściśle współpracować z różnymi instytucjami, natomiast nie może ich zastępować i systematycznie wyręczać. Pojmowanie istoty przygotowania teoretycznego pielęgniarek wiejskiej służby zdrowia nie było w okresie międzywojennym właściwe, dlatego kwestii tej poświęcono znaczną część rozważań.

Trzeci z uprzednio wymienionych kompleksów oczekiwań od pielęgniarki wiejskiego ośrodka zdrowia odnosi się do jej przygotowania praktycznego. Oprócz odpowiednich cech osobistych i właściwego przygotowania teoretycznego, warunkujących funkcjonowanie pielęgniarki wiejskiej, nie mniej istotną rolę odgrywa właśnie przygotowanie praktyczne. Wiedzę ogólną i profesjonalną zdobytą w trakcie nauki, pie-

łęgniarka powinna umieć wykorzystać w praktycznej działalności zawodowej. Przygotowanie praktyczne, a nie tylko teoretyczne, powinna zdobyć już w szkole.

M. Kacprzak w przygotowaniu praktycznym ówczesnej pielęgniarce dostrzegał duże luki i braki. Niejednokrotnie spotka się ona w środowisku wiejskim z sytuacją trudną, w której jednak musi znaleźć właściwe rozwiązanie. Sytuacje takie zdarzają się przeważnie wówczas, gdy w środowisku pracy jest ona pozbawiona odpowiedniego sprzętu i urządzeń, które znajdują się głównie w wyposażeniu ośrodków miejskich. Stąd właściwe i dobre przygotowanie praktyczne pielęgniarce wpływa w dużej mierze na umiejętność radzenia sobie w nowych i trudnych sytuacjach. Zdaniem M. Kacprzaka w systemie kształcenia pielęgniarek konieczne byłoby prowadzenie praktyk we wzorcowych wiejskich ośrodkach zdrowia. Słuszny ten postulat dopiero ostatnio znalazł praktyczne zastosowanie.

Do niedawna jeszcze absolwentka szkoły medycznej niewiele wiedziała o specyfice funkcjonowania wiejskiego ośrodka zdrowia. Rezultat był najczęściej taki, że po podjęciu w nim pracy napotykała szereg poważnych trudności. Praca w środowisku wiejskim wymaga od lekarza i pielęgniarce dużej samodzielności, zaradności życiowej i inicjatywy. Stąd też praktyki w wiejskich ośrodkach zdrowia dla adeptów tych obu zawodów są bardzo pożądane.

M. Kacprzak, całościowo spoglądając na sytuację pielęgniarce wiejskiej dostrzegał sporo ważnych problemów oczekujących rozwiązania lub zmiany, a wśród nich między innymi takie, które dotyczą: 1) warunków socjalno-bytowych, 2) wynagrodzenia pielęgniarek wiejskich, 3) podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Autor w wielu swoich wystąpieniach i publikacjach podkreślał ciężki i odpowiedzialny charakter pracy zawodowej pielęgniarce wiejskiego ośrodka zdrowia. Praca ta z reguły wymaga wiele hartu, poświęcenia i oczywiście poczucia obowiązku. Pielęgniarka wiejska okresu międzywojennego zwykle pozbawiona była dostępnego i szybkiego środka lokomocji. Niejednokrotnie w deszcz, mróz czy upał zmuszona była dotrzeć piechotą do odległego domu podopiecznego pacjenta. Okoliczność ta w znacznym stopniu hamowała i utrudniała napływ nowych kandydatek do pracy w środowisku wiejskim. Przyczyny tego zjawiska były złożone: z jednej strony tkwiły przede wszystkim w samym charakterze pracy, z drugiej zaś w słabym rozwoju gospodarczym kraju. Innym jeszcze także istotnym czynnikiem powstrzymującym pielęgniarce od zatrudnienia się w tego typu placówkach były stosunkowo trudne warunki socjalno-bytowe.

M. Kacprzak nie zapominał również o sprawie permanentnego doskonalenia kwalifikacji zawodowych pielęgniarek wiejskich. Wyrażał on pogląd, że pożądane jest, aby pielęgniarkę wyjeżdżającą na wieś zaopatrzyć w odpowiednią biblioteczkę zawierającą niezbędne podręczniki i lekturę fachową. Uważał on, że pielęgniarka oprócz lektury fachowej powinna czytać książki zgodne z jej zainteresowaniem, które pogłębiają wiedzę ogólną oraz w znacznym stopniu kształtują jej osobowość. Bezsporny chyba jest fakt, że sprawa podnoszenia kwalifikacji zawodowych i ogólnych w wyżej wymienionych warunkach była bardzo problematyczna i często nierealna.

Mówiąc o doszkalaćaniu pielęgniarek wiejskich interesujący tu nas prekursor socjologii medycyny podaje projekt, aby pielęgniarki wiejskie były wysyłane do dużych miast na 2-miesięczną pracę w szpitalach. Staże takie należałoby organizować przynajmniej co 2—3 lata, gdyż to — jego zdaniem — zapewne wpłynęłoby korzystnie na ich samopoczucie i pracę.

Jest bowiem rzeczą znaną, że zawód pielęgniarki — jak się powszechnie sądzi — leży w naturze kobiecej i być może daje duże zadowolenie. Jednak państwo, które chce aby pielęgniarki walczące o zdrowie narodu, o podniesienie kultury i higieny życia codziennego mogły temu podołać, musi im zagwarantować odpowiednie warunki. Praca pielęgniarki jest mało atrakcyjna, gdyż wymaga dużego poświęcenia, a przy tym zwykle bywa nisko płatna i społecznie nie zawsze należycie doceniana.

Modelowe ujęcie roli pielęgniarki wiejskiej między innymi wskazuje, jak duże wymagania M. Kacprzak stawia pielęgniarcze. Są one wysokie nie tylko w sensie zawodowym, ale również i etycznym. Oczywiście, szereg jego twierdzeń miało i nadal ma dyskusyjny charakter, zwłaszcza gdy je skonfrontujemy ze współczesnością.²⁴ Niemniej jednak te, które można uznać za kontrowersyjne, zmuszają do głębszej refleksji oraz niekiedy zawierają w sobie ważną ideę, którą należałoby jedynie wyrazić w innej konwencji terminologicznej lub też powiązać z odpowiednimi i nieco szerszymi założeniami metodologiczno-teoretycznymi.

WNIOSKI KOŃCOWE

Socjologia medycyny w Polsce jako odrębna dyscyplina istnieje wprawdzie dopiero kilkanaście lat, jednak zainteresowanie medycyny socjologią i socjologii medycyną sięga znacznie dłuższego okresu. Z różnych powodów należałoby odtwarzać poglądy i konkretne działania różnych polskich badaczy, którzy wnosili nowe elementy w kierunku zbliżenia się socjologii i medycyny.

²⁴ S. Kosiński: *Pielęgniarka w wiejskiej służbie zdrowia*, Warszawa 1977.

Przykładem takiego właśnie uczonego jest Marcin Kacprzak, zaliczany do prekursorów socjologii medycyny. Skrótowno przedstawione w artykule jego udane próby stosowania socjologii w medycynie w pełni upoważniają go do miana głównego prekursora polskiej socjologii medycyny.²⁵

Wydaje się, iż dla utrzymania współcześnie wysokiego w Polsce tempa rozwoju tej dziedziny socjologii szczegółowej, istotne byłoby także ukazywanie innych naszych tradycji socjologizowania medycyny.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены важные для социологии теоретическо-методологические взгляды и концепции М. Кацпжака. Даже отрывочная их трактовка в достаточной мере убеждает в том, что был он предвестником польской социологии медицины.

Во введении к статье говорится о двух этапах развития интересующей нас дисциплины. Первый — донаучный этап обычно не учитывается до сих пор в исследованиях, второй — научный этап подробно проанализирован М. Соколовской.

В первой, из трех основных частей настоящей статьи, зарисована научная биография Кацпжака, который вел активную деятельность как врач и ученый в разных общественно-политических условиях и поддерживал контакты с научными учреждениями стран с различными политическими системами.

Особенно важна вторая часть статьи, где представлены стремления Кацпжака к социологизации медицины, проявляющиеся в трех областях его творчества и деятельности — социологическо-медицинской, методологической и учредительной. Эти вопросы иллюстрируются примерами из его научно-исследовательских трудов.

Третья часть статьи — самая подробная и обширная. В ней представлен образ медсестры, который ожидался в типичной в довоенной Польше деревенской среде.

Содержавшиеся в статье рассуждения обобщаются и подытоживаются в ее заключении.

SUMMARY

The paper presents those views and theoretical/methodological conceptions of Marcin Kacprzak which are relevant to sociology. Even a fragmentary presentation of these ideas seems to demonstrate the validity of the thesis concerning his status as the forerunner of Polish sociology of medicine.

In the opening part of the paper an assertion is made that the history of sociology involves two stages of development. The first stage, generally called the prescientific one, has so far been ignored by researchers, whereas the second, scientific stage was subjected to an insightful analysis by M. Sokołowska.

In the first of the three main parts of the present publication Kacprzak's scholarly biography is outlined. Kacprzak, being a physician and a scientist, was active under different social and political conditions and had contacts with scientific centres in countries of different political systems.

²⁵ J. Krzyżanowski: *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w pracach i działalności Marcina Kacprzaka*, „Medycyna Wiejska”, 1969, nr 1.

The second part is particularly important because it presents certain tendencies in Kacprzak's thought towards sociologizing of medicine which can be observed on three levels (essential, methodological and institutional). These three aspects are then characterized and illustrated with examples taken from his research work.

The third part of the paper, the longest and the most detailed one, presents the model of the nurse expected in the rural environment typical of Polish village of the inter-war period.

All the considerations contained in the paper are summarized and generalized in the short concluding part.

