



Ciało, choroby i praktyki lecznicze w różnych kulturach świata

pod redakcją
Bożeny Płonki-Syroki i Mateusza Dąsala

**Ciało, choroby i praktyki lecznicze
w różnych kulturach świata**

Doświadczenie choroby
w perspektywie badań interdyscyplinarnych

tom VIII

Ciało, choroby i praktyki lecznicze w różnych kulturach świata

pod redakcją
Bożeny Płonki-Syroki i Mateusza Dąsala



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Wrocław 2021

Recenzent: dr hab. Krzysztof Wronecki em. prof. UMW

Prezentowane wyniki badań, zrealizowane w ramach tematu,
według ewidencji w systemie SIMPLE o numerze SUB.D210.21.104,
sfinansowanego z subwencji Ministra Zdrowia

Na okładce: Peter van Halen, *The plague of the Philistines at Ashdod*, 1661. Źródło ilustracji:
<https://wellcomecollection.org/works/sevr4d3k>. Ilustrację zamieszczono na licencji Creative
Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 2021

e-ISBN 978-83-7055-653-2

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

Spis treści

Bożena Płonka-Syroka	
Wstęp	7
Część I	
Epidemie i reakcja na nie	
w ujęciu religijnym, medycznym i w świadomości społecznej	
Franciszek M. Rosiński	
Zarazy w dawnym Izraelu	25
Erwin Mateja	
Kult św. Rocha w Dobrzenu Wielkim jako reakcja	
na epidemie XVII–XIX w. (na przykładzie Opolszczyzny)	43
Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak	
Cholera w lecznictwie ludowym dawnych ziem polskich pod zaborami	
w oglądzie badaczy kultury	55
Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak	
Działania prewencyjne podejmowane w przypadku epidemii cholery	
na dawnych ziemiach polskich pod zaborami	71
Urszula Kozłowska	
Organizacja ochrony zdrowia ludności wiejskiej	
jako element polityki zdrowotnej państwa w latach 1945–1991,	
na przykładzie Pomorza Zachodniego	83
Monika Hudaszek	
Działania podejmowane w Polsce w celu ograniczenia skutków	
pierwszej fali pandemii COVID-19	101

Arin Namal, Emin Alkan

- Reakcja Republiki Tureckiej na pandemię COVID-19
oraz jej społeczne implikacje 131

Część II

Praktyki związane z uzdrawianiem, leczeniem i ingerencją w ludzką cielesność

Julia Kościuk-Załupka

- Szamani epoki kamienia a praktyki medyczne 147

Leszek Żuk

- Szałeństwo, epidemie i zabójczy kult Kibweteere 159

Zuzanna Jakubowska-Vorbrich

- Kokongo, Rōviro i choroba Hansena:
lekarze na Wyspie Wielkanocnej (Rapa Nui) w latach 1786–1853 173

Zygmunt Pucko, Joanna Przybek-Mita

- Obrzęd pogrzebowy na Sulavesi jako pewna odmiana
nekrofilnej orientacji na życie w świetle hipotez interpretacyjnych
sformułowanych z pozycji antropologii śmierci 205

Artur Wójtowicz

- Wpływ psychiki Josepha Smitha na jego pierwszą wizję 217

Artur Wójtowicz

- Mormoński rasizm w źródłach Kościoła Jezusa Chrystusa
Świętych w Dniach Ostatnich 229

Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak

- Rytualne tuczenie panien, nadwaga i otyłość w Maghrebie
w świetle muzułmańskich kanonów kobiecego piękna 243

Ewa Górską

- Prawo muzułmańskie *versus* tradycja.
Proces zmiany opinii prawnych dotyczących
okaleczania żeńskich narządów płciowych w Egipcie 257

Aleksandra Biegalska

- Ocena moralna samobójstwa
ze szczególnym uwzględnieniem samobójstwa eutanatycznego
w najpopularniejszych religiach i kulturach świata – przegląd 273

- Wykaz Autorów 293

Bożena Płonka-Syroka

Wstęp

Tom ósmy serii Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych jest zatytułowany *Ciało, choroby i praktyki lecznicze w różnych kulturach świata*. Prezentowane w nim studia wykazują, że choroba nie zawsze była (jak we współczesnej medycynie klinicznej) umiejscawiana w przestrzeni ciała, a w związku z tym także i jej leczenie nie było do ciała (lub nie wyłącznie do ciała) ograniczone. Niezależnie od systemu patologii, z którego czerpano kategorie wyjaśniające fakt wystąpienia choroby i starano się zrozumieć jej przebieg i przyczynę, zawsze wypracowana na tej podstawie terapia zwracała się ku czynnikom, które przez należących do danej kultury ludzi uznawane były za realne. Terapia jest bowiem procesem, którego wynik może być oceniony w wymiernych kategoriach: albo odniesie skutek, albo nie. Nie jest tu możliwe rozwiązanie pośrednie. Jeżeli po zastosowaniu uznawanych w danej społeczności za realne i wiarygodne procedur oczekiwany skutek terapii nie nastąpił, konieczne było poszukiwania wyjaśnienia, dlaczego tak się stało. Pierwszym możliwym wyjaśnieniem było to, że choroba była błędnie rozpoznana, a więc zastosowane lekarstwo nie mogło jej wyleczyć. Drugim – że choroba okazała się silniejsza niż przypuszczano, a więc lekarstwo, które zastosowano było za słabe. Trzecim – że choroba, przeciwko której próbowano stosować uznaną za wiarygodną terapię, jest nieuleczalna w ogóle, albo jest tak w przypadku danego pacjenta (np. ze względu na wiek, choroby współistniejące). Każde z tych wyjaśnień umożliwia udzielenie odpowiedzi zależnych od systemu patologii, w ramach którego następuje jej diagnoza oraz od tego, czy choroba jest postrzegana jako „usadowiona w ciele”, czy też poza nim, przynajmniej w jakimś sensie lub w jakiejś części. Nie tylko w odległych epokach historycznych, lecz także we współczesnej medycynie klinicznej spotykamy się z takim rodzajem wyjaśnień, gdy rozpoznajemy choroby nie opisując ich przyczyn jako należących wyłącznie do obszaru ciała lub wywołanych przez materialne czynniki oddziałujące na owo ciało (np. bakterie i wirusy, substancje toksyczne,

wpływ zbyt wysokiej lub zbyt niskiej temperatury). Współczesny lekarz kliniczny, stwierdzając w procesie diagnostycznym określone dysfunkcje ciała, zaburzenia parametrów biologicznych organizmu lub nawet okresową utratę pewnych zdolności (np. logicznego myślenia lub zapamiętywania), uwzględnia wśród przyczyn ich powstania także czynniki społeczne i psychologiczne. Poglębiona diagnoza kliniczna, oparta na wyczerpującym wywiadzie, pozwala lekarzowi stwierdzić, że przyczyna choroby leży poza ciałem pacjenta, ale należy jej poszukiwać w sytuacji społecznej chorego i w jego psychologicznej reakcji na nią. Toteż terapia, która w takim przypadku będzie zastosowana - aby była skuteczna - musi obejmować równolegle czynniki somatyczne i pozasomatyczne. Podaniu leków musi towarzyszyć psychoterapia lub socjoterapia.

We wcześniejszych epokach historycznych w interpretacjach przyczyn chorób oraz ich istoty wyjaśnienia odwołujące się do kategorii pozasomatycznych odgrywały jednak rolę większą niż współcześnie. Chorobę traktowano bowiem jak zdarzenie, które przydarza się człowiekowi (lub większej grupie ludzi), a nie jak zjawisko należące do rzeczywistości przyrodniczej. Choroba dotyczyła całego człowieka, we wszystkich przejawach jego egzystencji, a nie tylko jego ciała, narażając je na cierpienie. W pierwszej części niniejszego tomu, zatytułowanej *Epidemie i reakcja na nie w ujęciu religijnym, medycznym i w świadomości społecznej*, przyjrzymy się tym zagadnieniom bliżej, zwracając szczególną uwagę na choroby występujące w skali masowej. Zawsze budziły one bowiem wśród ludzi niepokój, a także zaciekawienie dotyczące ich przyczyn. Od najdawniejszych czasów wiązano je także w ludzkich społecznościach z ingerencją czynników metafizycznych. Przyjmowano, że ludzkie życie przebiega pod ich kontrolą, a także zgodnie z ich wolą. Wiązano także pojawianie się chorób z indywidualną lub zbiorową winą. Sądzono, że człowiek, który został dotknięty chorobą, musiał w jakiś sposób na to zasłużyć, a w przypadku masowych zachorowań w jakiś sposób winna musiała być cała grupa, którą dotknęło to nieszczęście. Rozumowanie to spotykamy już w najbardziej pierwotnych ludzkich społecznościach, w których nie wypracowano jeszcze pojęcia grzechu, nie stworzono definicji moralności, ani nie stwierdzamy istnienia rozbudowanej religii. Jednakże wszędzie tam, gdzie antropologdy kultury napotkali w swoich badaniach przejawy myślenia metafizycznego, takie jak wiara w bogów, zantropomorfizowane siły natury lub w duchy przodków, zawsze choroba była wiązana z ich wolą i ingerencją. Była definiowana jako zło, a zarazem była uważana za jeden z rodzajów „metafizycznej odpłaty” za zło, które człowiek komuś uczynił, a które nie zostało wynagrodzone.

W bardziej rozbudowanych systemach wierzeń, w tym we wszystkich współczesnych religiach, metafizyczne interpretacje chorób utrzymały się do czasów współczesnych. Wraz z wypracowaniem pojęcia grzechu zaistniało w tych systemach przekonanie, że „człowiek sam pracuje na swoją chorobę”. Wywołuje ją swoim grzesznym postępowaniem: stylem życia, łamaniem obowiązujących zakazów,

niefrasobliwością, brakiem przezorności itp. Także we współczesnej medycynie klinicznej ujęcie to zachowało swoje znaczenie. Wiele chorób interpretujemy jako powstających w następstwie stylu życia, który trudno określić jako prozdrowotny. Często te same zachowania mogą być negatywnie wartościowane przy użyciu argumentów odwołujących się do obu porządków: metafizycznego i klinicznego. Przykładem mogą być tu należące do 7 grzechów głównych obżarstwo, opilstwo oraz nierząd, które w kategoriach klinicznych są określane jako systematyczne spożywanie zbyt obfitych posiłków, nadużywanie alkoholu lub ryzykowne zachowania seksualne. Lekarze nie interpretują ich w kategoriach grzechu, lecz jest dla nich jasne, na podstawie wiedzy klinicznej jaką dysponują, że styl życia, w którym występują trzy wyżej wymienione elementy prędzej czy później doprowadzi do chorób, których wystąpienia z dużym prawdopodobieństwem człowiek mógłby uniknąć, gdyby zachowywał się inaczej.

W przypadku epidemii tego typu interpretacje okazywały się zawodne. Choroby te pojawiały się często nagle, wśród tzw. pełnego zdrowia, nie poprzedzały ich wystąpienia zachowania, które w danej epoce i kulturze uznawano za naganne, grzeszne, albo też ryzykowne i pozbawione przezorności. Ludzie żyli i zachowywali się normalnie, gdy nagle dotykało ich masowe nieszczęście, któremu ulegali bez wyjątku wszyscy: zarówno dobrzy i źli, dzieci i dorośli, biedni i bogaci, członkowie „naszej społeczności” i Inni, o odmiennym od nas wyglądzie, wierzeniach, zwyczajach i kulturze. Wcześniej zauważono, że aby epidemia się pojawiła ludzie muszą się w jakiś sposób ze sobą kontaktować. Tylko wtedy można też było stwierdzić realne wystąpienie tego typu choroby. Nie umierano na nią w odległych od innych domostwach i w samotności, ale w skupiskach ludzi: w miastach i wioskach, w klasztorach i pałacach, w koszarach i obozach wojskowych, w trakcie dłuższego oblężenia twierdz a także w obleganych twierdzach, na szlakach przemarszu wojsk oraz w pobliżu pól bitewnych, na których porzucono nieopogrzebane zwłoki albo grzebano je zbyt płytko. Było tak wiele miejsc i okoliczności, w których mogła wystąpić epidemia, że aż do wykrycia roli patogenów w etiopatogenezie chorób zakaźnych (co nastąpiło w 2 połowie XIX w.) nie udało się sformułować oczywistych i odnoszących się do ziemskich realiów wyjaśnień, dlaczego epidemie masowo atakują ludzi i zabijają aż tak wielu z nich. Formułowano wprawdzie od czasów starożytnych pewne hipotezy na ten temat, jednak były one wzajemnie sprzeczne i nie obejmowały wszystkich możliwych elementów obserwacyjnych. Każdej hipotezie dotyczącej przyczyn oraz istoty epidemii można było przeciwstawić inną, opartą na innym systemie patologii. Wszystkie te hipotezy łączyło jedno: brak skuteczności wyprowadzanych z nich metod terapii. Niezależnie od tego, co lekarze sądzili na temat przyczyn epidemii, leki, którymi dysponowali aż do 2 połowy XX w., tj. do wprowadzenia do masowego użytku antybiotyków, były nieskuteczne. Opanowanie zagrożenia epidemicznego dotyczy jednak współcześnie wyłącznie chorób o etiologii bakteryjnej. Nie dysponujemy

bowiem jeszcze skutecznymi metodami leczenia przyczynowego chorób o etiologii wirusowej, mimo że medycyna kliniczna odnotowuje w tym kierunku znaczące postępy. Wielkim postępem w ochronie przed epidemiami są szczepienia ochronne, wprowadzone w Europie już w 2 połowie XVIII w. (przeciw ospie). W XIX w. spopularyzowały się w wielu europejskich krajach, co spowodowało, że był to pierwszy kontynent, który jeszcze przed I wojną światową uwolnił się od masowego zagrożenia ze strony tej choroby.

Szczepienia przeciwko innym chorobom zakaźnym, a także nowoczesne metody opieki lekarskiej nad populacją ugruntowane w standardzie medycyny klinicznej, upowszechniły się w Europie po I wojnie światowej. Wywarło to bardzo poważne skutki demograficzne i społeczne. Nastąpiło wydłużenie o połowę przeciętnej długości życia, śmiertelność małych dzieci spadła z ok. 50% do kilku promili. Umożliwiło to znaczną poprawę jakości wytwarzanych w europejskich krajach produktów, ponieważ fabryki zatrudniały coraz lepiej wykształconych pracowników. Podobny proces wystąpił we wszystkich innych obszarach zatrudnienia. Z braku obaw o rychłą śmierć pracowników wywołaną przez choroby zakaźne okazało się ekonomicznie uzasadnione inwestowanie w poprawę wykształcenia członków warstw pracujących, nauczycieli, urzędników itp. Wiązał się z tym wzrost ich dochodów, umożliwiając z kolei poprawę warunków życia i obranie stylu życia zgodnego z racjonalnymi wskazaniami lekarzy. Zmniejszyło się także będące jeszcze w XIX w. źródłem poważnych problemów społecznych zjawisko sieroctwa, związane w bardzo wysokim odsetkiem śmiertelności okołoporodowej kobiet (sięgającym do 30%). Wszystkie te czynniki spowodowały znaczące zmiany w świadomości zdrowotnej Europejczyków, które w XX w. uległa medykalizacji. Większość z nich postrzega obecnie chorobę jako zjawisko zakorzenione w środowisku naturalnym, które oddziałując w jakiś niekorzystny sposób na organizm, zainicjowało proces patologiczny. Reakcja na ten stan rzeczy jest możliwie szybka diagnoza i podjęcie leczenia prowadzonego przez lekarzy. W związku z postępami medycyny klinicznej także choroby epidemiczne, które niegdyś budziły powszechną trwogę (gruźlica, dżuma, kiła i wiele innych) i prowadziły do masowych strat demograficznych obecnie są traktowane jak schorzenia możliwe do wyleczenia. Nie budzą paniki, ale jedynie obawę i dyskomfort związany z doświadczaniem objawów chorobowych i koniecznością poddania się terapii.

Nie wszędzie jednak miały miejsce wyżej scharakteryzowane zmiany. Jest tak przede wszystkim w większości krajów Afryki, Ameryki i Azji, także tych bogatych w surowce naturalne będące potencjalnym źródłem ich bogactwa. Przyjęte w nich rozwiązania ustrojowe powodują jednak, że problemy zdrowotne obywateli nie są w nich nawet w podstawowy sposób rozwiązywane przez systemy medycyny publicznej. Albo w ogóle nie zostały tam stworzone, albo działają w sposób dysfunkcyjny. Brak systemów medycyny publicznej przejawia się

trudnościami w zorganizowaniu powszechnego systemu szczepień ochronnych, co przekłada się na znacznie wyższą niż w Europie zapadalność na choroby zakaźne o etiologii bakteryjnej i wirusowej. Ludzie w omawianych tu państwach żyją w związku z tym krócej, są gorzej wykształceni, pracują mniej wydajnie. Zarabiają mniej, nie są więc w stanie poprawić warunków życia. Indukuje to powtarzające się nawroty epidemii chorób, które w Europie mają już charakter historyczny (dżuma, cholera), a także nowe epidemie chorób wirusowych, które mogą przekształcić się w pandemię. Stałe zagrożenie epidemiami i nieprzewidywalność trwałości życia powodują określone ukierunkowanie świadomości zdrowotnej. Jeżeli nie możemy znikąd liczyć na pomoc w profilaktyce i leczeniu chorób w standardzie klinicznym, jedynym ratunkiem pozostaje opieka metafizyczna, zgodna z regułami religii, której jesteśmy wyznawcami.

Występowanie epidemii jest jedną z przyczyn sytuacji, w której na obszarze, na którym żyją ludzie w bardzo zróżnicowanych warunkach społecznych, ich stosunek do tych chorób staje się bardzo różny. Nie wszyscy mogą bowiem liczyć na profesjonalną pomoc lekarską i okresową modyfikację stylu życia, opartą na samoizolacji, pracy zdalnej, czy ścisłym przestrzeganiu reguł sanitarnych. Dotyczy to na przykład robotników dniówkowych, którzy po ogłoszeniu epidemii tracą pracę, a także pracowników sfery usług, których zakłady pracy zostały okresowo zamknięte. Może to rodzić irracjonalne reakcje na chorobę, prowadzące zarówno do minimalizacji związanych z nią zagrożeń, jak i pogrążeniu się w lęku i apatii. Te ostatnie reakcje od wieków próbują łagodzić instytucje religijne, odwołując się do wielowiekowych tradycji, które spotykały się wcześniej z dobrym odbiorem wśród wiernych. Debaty dotyczące epidemii, a także jak należy postępować w jej trakcie, prowadzą nie tylko lekarze, lecz także duchowni różnych wyznań. Mogą pojawić się między nimi kontrowersje wynikające z odmiennej oceny sytuacji, jak również metod działań, które powinny zostać podjęte. Zarówno w dawnych epokach, jak i współcześnie nie wszyscy chorzy, którzy zapadli na jedną z chorób epidemicznych na nią umierali. Nie można było wyprowadzić jednoznacznych wniosków, dlaczego tak się dzieje. Dlaczego osoba w starszym wieku, wyniszczonej pracą, żyjąca w trudnych warunkach bytowych zdołała przezwyciężyć chorobę, podczas gdy zdrowy, zahartowany młodzieniec z zamożnej rodziny po kilku dniach od zakażenia umierał. Nie potrafią racjonalnie wytłumaczyć, dlaczego przeżywali epidemie ludzie, których postępowanie moralne bliźni oceniali jako naganne, a ich styl życia bynajmniej nie należał do prozdrowotnych, a umierały osoby prawe, przestrzegające zasad higieny oraz norm współżycia społecznego. W ludzkich kategoriach były to pytania bez dobrej odpowiedzi. W dyskurs o epidemii wkraczała w związku z tym religia, z charakterystycznymi dla siebie kategoriami wyjaśniania.

W niniejszej książce, publikowanej w kontekście trwającej od początku 2020 r. epidemii COVID-19, zagadnienia te zostaną potraktowane szerzej. Uznajemy ich

analizę za ważną dla współczesnego dyskursu klinicznego, ponieważ świadomość potoczna większości światowych społeczeństw jest kształtowana przez wyznawane przez ich członków normy religijne lub pozostaje w jakimś stopniu pod ich wpływem. Nie jest to jednak recepcja prosta, jednoznaczna i jednowymiarowa. Świadomość potoczna, kształtowana poza dyskursem medycznym albo do niego w opozycji, może bowiem przybierać postać świadomości parareligijnej. Oznacza to, że oficjalne instytucje danego wyznania uważają za moralne i racjonalne pewne zachowania i postawy, i propagują je wśród wiernych, ale napotykają wśród nich opór. Podstawą tego oporu są głęboko zakorzenione mniemania i postawy wiernych, którzy uważają je za zgodne z normami religii, którą wyznają. Tak jednak nie jest, czemu dają wyraz oficjalne instytucje wyznaniowe. Nie przekonuje to jednak nieprzekonanych. Pozostają przy własnych mniemaniach i postawach. Może to stwarzać realne niebezpieczeństwo w przypadku wystąpienia epidemii. Część ludzi, potencjalnie zagrożona zarażeniem, nie tylko nie podejmie bowiem żadnych kroków, by się przed chorobą ochronić, lecz także będzie je aktywnie zwalczać u innych, którzy będą chcieli je podejmować. Dotyczy to tak ważnych czynności ochronnych jak szczepienia lub przestrzeganie zasad kwarantanny. Niektórzy członkowie społeczeństwa aktywnie się im przeciwstawiać. Jedni czynią to odwołując się religii (tak jak je sami pojmują), natomiast inni w imię ideologii, która nadaje sens ich codziennemu życiu, jaką jest konsumpcjonizm i niczym nieograniczona wolność. Wywodzą ją z własnej interpretacji liberalizmu, która nie jest tożsama z klasycznym standardem tej filozofii, w której wolność osobista nie może naruszać granic wolności osobistej innych ludzi. Przeciwnicy szczepień lub kwarantanny nie przyjmują tych zastrzeżeń do wiadomości.

W pierwszej części niniejszego tomu publikujemy siedem studiów, w których zostały ukazane powyżej zarysowane problemy. Wiążą się w praktyce z dualizmem interpretacyjnym, gdy ta sama choroba wyjaśniana jest w kategoriach metafizycznych i medycznych albo medycznych i społecznych. Dotyczy to zarówno przyczyn chorób epidemicznych, jak i podejmowanych przeciw epidemiom środków zaradczych. Część tę otwiera artykuł ks. prof. Franciszka M. Rosińskiego zatytułowany *Zarazy w dawnym Izraelu*. Autor omawia na podstawie źródeł biblijnych i obszernego poświęconego im piśmiennictwa sposób interpretacji zdarzających się w społeczności Izraela (i wśród jego sąsiadów – Egipcjan czy Filistynów) chorób masowych. W czasach starotestamentowych interpretacja przyczyn epidemii była bezdyskusyjna: uważano je za karę Bożą za przewinienia moralne. Autorzy starszych ksiąg biblijnych starają się nawet doprecyzować, za jakie przewinienia Bóg karze wiernych wystąpieniem u nich określonych objawów. W młodszych księgach, np. *Księdze Hioba*, ujęcie to jest już podważane. Hiob nie był „sprawcą” swojego cierpienia, którego przyczyną były jego winy moralne. Rozwinięte ujęcie tej kwestii pojawia się jednak dopiero w *Nowym Testamencie*, pod wpływem standardu medycyny hellenistycznej, który upowszechnił się od

III w. p.n.e. wśród wykształconych Żydów. Zgodnie z tym standardem choroba jest uznawana za zjawisko o przyczynach naturalnych, dotyczące zarówno moralnych, jak i grzesznych ludzi. Należy próbować ją leczyć naturalnymi środkami, pobożny człowiek ma nawet taki obowiązek. Leczenie powinna wspierać modlitwa, wynikająca z wiary w moc Bożą, dającą możliwość uzdrowienia. Omawiam artykuł prof. Rosińskiego nieco szerzej dlatego, że zakreśla utrzymującą się aż do czasów współczesnych – nie tylko wśród chrześcijan różnych konfesji, lecz także wśród muzułmanów – perspektywę i linię podziałów. W interpretacjach fundamentalistycznych przeważają odniesienia do narracji starotestamentowej, natomiast w większości oficjalnych wypowiedzi współczesnych instytucji religijnych odwołania do Nowego Testamentu. Tę drugą perspektywę przyjął w 2020 r. także papież Franciszek, w marcu tego roku wyraźnie określając epidemię COVID-19 jako zjawisko naturalne, którego przyczyną są patogeny. Ludzie powinni w związku z tym podporządkować swoje postępowanie zaleceniom lekarzy. Papież zaakceptował (i zalecił ich zaakceptowanie katolikom) zarówno kwarantannę, jak i szczepienia ochronne, sam im się także poddając. Religijna refleksja nad epidemią formułowana przez papieża obejmowała przede wszystkim działania nastawione na wzajemną pomoc i miłosierdzie świadczone sobie przez ludzi. Papież wskazywał także na żądzę zysku i egoizm jako na moralny kontekst epidemii. Jej przyczyną medyczną są wprawdzie patogeny, jednak towarzyszą im także przyczyny społeczne: panująca w wielu krajach świata nędza, brak opieki lekarskiej oraz brak racjonalnej troski o stan środowiska naturalnego. Nauczanie papieża Franciszka w trakcie epidemii nie koncentrowało się przede wszystkim na problemach winy (indywidualnej i zbiorowej) i kary Bożej, ale na odwołaniach do Bożego Miłosierdzia i wezwaniach do aktywności na rzecz bliźnich, w związku z chorobą znajdujących się w potrzebie.

Pomiędzy perspektywą prezentowaną w XXI w. przez papieża Franciszka a interpretacjami charakterystycznymi dla okresu sprzed naszej ery, a więc wcześniejszymi o ponad 2 tysiące lat, gdy nie zdawano sobie jeszcze sprawy z czynników medycznych powodujących choroby zakaźne, plasuje się tematyka następnego artykułu opublikowanego w tej części książki. Jest to studium ks. prof. Erwina Mateji, zatytułowane *Kult św. Rocha w Dobrzeniu Wielkim jako reakcja na epidemię XVII–XIX w. (na przykładzie Opolszczyzny)*. Autor podnosi w nim kilka bardzo istotnych kwestii. Pierwszą z nich jest masowe występowanie na omawianym przez niego obszarze epidemii chorób zakaźnych (z zakaźności których jeszcze nie zdawano sobie sprawy). Choroby te niosły z sobą w czasach nowożytnych na Śląsku ogromne straty demograficzne, a w związku z tym prowadziły do kryzysów gospodarczych. Budziły także ogromny lęk w społeczeństwie, które nie miało przeciwko epidemiom żadnych skutecznych środków ochronnych. W tej sytuacji Kościół katolicki wypracował i wdrożył w życie strategię postępowania, którą uznał za racjonalną i skuteczną. Opracował i upowszechnił specjalne formy

kultu, dające wiernym możliwość łagodzenia lęku przed zarazą, przeżywania tego lęku we wspólnocie, a także pogłębiania osobistej religijności łagodzącej lęk przed śmiercią i pośmiertną karą Bożą za grzeszne życie. Działania Kościoła spotkały się z bardzo dobrym przyjęciem wśród wiernych. W sensie psychologicznym, a także metafizycznym, spełniły więc swoją rolę. Nieznajomość medycznych aspektów epidemii powodowała jednak, że sprawowanie w ich trakcie masowych obrzędów religijnych, co było zwykłą praktyką w XVI–XIX w. należy ocenić także w innej perspektywie. Ponieważ rozpowszechniający masowe praktyki religijne księża nie mieli świadomości faktu, iż epidemie są wywoływane przez patogeny (niezależnie od tego, czy odbywało się to drogą kropelkową, przez dotyk, czy też za pośrednictwem wszy), praktyki te mogły przyczynić się pośrednio do rozszerzenia epidemii. W trakcie współczesnej epidemii COVID-19 Kościół katolicki jest już tego świadomy. Próbuje łączyć dwa podejścia: jedno wyprowadzane z własnej tradycji pedagogiki religijnej, oraz drugie wyprowadzane ze współczesnego standardu medycyny klinicznej. Oferuje wiernym pomoc i wsparcie duchowe, starając się zarazem przestrzegać zasad reżimu sanitarnego (np. organizując nabożeństwa na świeżym powietrzu).

Dwa następne artykuły ukazują nam istotne różnicowanie między standardem medycyny klinicznej a świadomością potoczną. W XIX w., który jest „miejsцем akcji” następnych dwóch opublikowanych w tej części książki artykułów, standard kliniczny i związana z nim metodologia obowiązywał na europejskich uniwersytetach już od kilku dekad (przyjmuje się za umowną datę jego wprowadzenia 1750 r.). Dr Paweł Wysokiński i dr hab. Lilianna Wdowiak w dwóch artykułach (*Cholera w lecznictwie ludowym dawnych ziem polskich pod zaborami w oglądzie badaczy kultury* oraz *Działania prewencyjne podejmowane w przypadku epidemii cholery na dawnych ziemiach polskich pod zaborami*) w wyrazisty sposób przedstawiają różnicowanie świadomości dotyczącej tej choroby, charakterystyczne dla niewykształconych warstw społecznych i legitymujących się wykształceniem uniwersyteckim lekarzy. Świadomość zdrowotna ludności wiejskiej na ziemiach polskich kształtowała się w XIX w. kręgu przekonań animistycznych, a także opartych na mitach i przesadach. Realnie obserwowane objawy chorób interpretowane były przez chłopów w całkowitym oderwaniu od ówczesnych kategorii klinicznych, które pozostawały im zupełnie nieznane. Około 90% chłopów stanowili analfabeci, więc wszelkie próby wyjaśnienia im istoty cholery i przekazania przez lekarzy racjonalnych zaleceń były skazane na niepowodzenie. Działania tychże lekarzy, oparte na stanie wiedzy sprzed epoki bakteriologicznej, nie były jeszcze wprawdzie zbyt skuteczne, mogły jednak (przynajmniej niektórym pacjentom) oferować jakąś nadzieję, w przeciwieństwie do opartych na magii leczniczej praktyk terapeutycznych chłopów. Przedstawione przez Autorów tych artykułów różnicowanie świadomości klinicznej i świadomości potocznej nie ograniczało się do XIX w. Występuje także współcześnie, choć już nie w tak

drastycznej formie. Wielu współczesnych członków polskiego społeczeństwa nie akceptuje adresowanych do nich opinii lekarzy na temat przyczyn chorób zakaźnych i metod ich leczenia i profilaktyki, ponieważ nadal dają wiarę tradycyjnym w ich lokalnej społeczności poglądom. Istotną rolę profilaktyczną i leczniczą – podobnie jak podczas epidemii cholery z 1832 r. – odgrywa w nich wódka, uważana niemal za panaceum na wszystkie choroby.

Autorka następnego artykułu, prof. Urszula Kozłowska, przybliży nam sytuację epidemiczną w Polsce w okresie pierwszych kilku dekad po włączeniu w jej granice Pomorza. Artykuł pt. *Organizacja ochrony zdrowia ludności wiejskiej jako element polityki zdrowotnej państwa w latach 1945–1991, na przykładzie Pomorza Zachodniego*, przedstawia sytuację, w której na spustoszone przez wojnę tereny zostaje przesiedlona ludność polska z dawnej Wileńszczyzny, innych województw wschodnich II RP a także repatrianci z Syberii i Kazachstanu. Przeważają wśród nich analfabeci, których świadomość zdrowotna pozostaje w słabym związku z ówczesnym standardem klinicznym. Ludność tę cechuje też niski poziom higieny. Na Pomorzu szybko wybuchają więc epidemie chorób zakaźnych, które są bardzo trudne do opanowania z powodu braku lekarzy. Artykuł omawia działania podejmowane przez polskie władze między latem 1945 r. a uchwaleniem w 1991 r. ustawy regulujące po transformacji ustrojowej Polski system świadczeń medycyny publicznej. Działania te opierały się na standardzie klinicznym, który był bardzo trudno przyswajany przez mieszkańców Pomorza. Zarówno dlatego, że ich dostęp do lekarzy był trudny (poprawił się realnie dopiero w latach 70. XX w.), jak i ze względu na styl życia, w którym występowało wiele czynników sprzyjającym występowaniu chorób zakaźnych.

Następne dwa artykuły przenoszą nas do czasów współczesnych – do 2020 r. i epidemii COVID-19. Monika Hudaszek w studium pt. *Działania podejmowane w Polsce w celu ograniczenia skutków pierwszej fali pandemii COVID-19* przedstawia tę chorobę zgodnie ze standardem współczesnej medycyny klinicznej. Działania przeciwepidemiczne nie były jednak podejmowane w Polsce wyłącznie i samodzielnie przez lekarzy, ale przez polityków, których lekarze byli jedynie doradcami. Przedstawiciele władz państwowych starali się równoważyć racje medyczne z ekonomicznymi skutkami epidemii, które mogłyby wyrzucić wpływ na sytuację społeczno-polityczną w kraju. Uwzględniali także reakcje społeczne, wśród których występowała niechęć do podporządkowywania się zaleceniom ingerującym w indywidualny styl życia. Interpretacje epidemii przez polskich polityków okazały się nadmiernie optymistyczne, co doprowadziło do jej wznowienia (tzw. drugiej, a następnie trzeciej fali). Przykłady innych krajów, w których władze zdecydowały się całkowicie podporządkować strategię postępowania przeciw COVID-19 wskazaniom medycznym (Chiny, Australia, Nowa Zelandia, Singapur, Wietnam) narzucając ją społeczeństwom w formie przymusu, wskazują że rozwiązania przyjęte w Polsce okazało się ostatecznie mniej efektywne.

Drugim artykułem na ten sam temat, umożliwiającym porównanie działań podjętych w tym samym czasie w dwóch różnych państwach, jest studium prof. Arin Namal i dr Emina Alkana, zatytułowane *Reakcja Republiki Tureckiej na pandemię COVID-19 oraz jej społeczne implikacje*. I w tym wypadku o kierunku działań przeciwepidemicznych decydowali nie przez lekarzy, ale politycy. Kierunek ten był zasadniczo zbieżny z obranym przez władze polskie. Podobnie jak w naszym kraju, władze tureckie zmierzały do zachowania równowagi między gospodarką, społecznymi reakcjami na epidemię i wskazaniem lekarzy opartymi na współczesnym standardzie klinicznym. Skutki były takie same: pierwszej fali epidemii nie udało się opanować. Wystąpiła druga i trzecia, a nadzieję na zakończenie epidemii dają dopiero masowe szczepienia przeprowadzane w 2021 r. Oba kraje wykazują także jeszcze jedno podobieństwo. Jest nim silna pozycja religii w życiu codziennym jej mieszkańców. Zarówno w Polsce, jak i w Turcji, w trakcie pierwszej fali epidemii władze państwowe zdecydowały o znacznym ograniczeniu zbiorowych praktyk religijnych. W Turcji było to ograniczenie jeszcze silniejsze, niż w Polsce. W obu krajach, po spadku stopy zachorowań, który miał miejsce latem 2020, ograniczenia te zostały zawieszone, a następnie – od jesieni 2020, już w trakcie drugiej i trzeciej fali epidemii – ponownie je przywrócono. Analiza działań epidemicznych w Polsce i w Turcji może służyć wyciągnięciu wniosków na przyszłość, dotyczących realnej efektywności obranej przez władze strategii, w porównaniu do innych krajów świata.

Część druga niniejszego tomu jest zatytułowana *Praktyki związane z uzdrawianiem, leczeniem i ingerencją w ludzką cielesność*. Niektóre z opublikowanych w niej artykułów dotyczą także problemu epidemii, ale nie wszystkie. Wiążącą je ideą jest bowiem społecznie umotywowana ingerencja w ludzką cielesność, która jest w danej społeczności uznawana za pożyteczną, efektywną i na swój sposób racjonalną. Podstawy tej ingerencji znajdują swoje uzasadnienie w wierzeniach religijnych, zasadach organizujących w danym społeczeństwie relacje między płciami, regułach ekonomii i innych czynnikach wykraczających poza obszar medycyny. Ponieważ ingerencje te dotyczą ciała, zawsze wywierają nań wymierne skutki. Dokonamy w tej części ich przeglądu.

Pierwszym artykułem jest studium dr Julii Kościuk-Załupki pt. *Szamani epoki kamienia a praktyki medyczne*. Autorka dokonuje w nim przeglądu opinii obecnych we współczesnym piśmiennictwie naukowym dotyczącym istoty szamanizmu. Wyłania się z nich obraz, zgodnie z którym szamanami zostają osoby w jakiś sposób upośledzone cieleśnie. Społeczność, w której żyją, podejmuje nad nimi opiekę, dostarczając im pożywienie i chroniąc przed różnymi niebezpieczeństwami, otrzymując w zamian od nich inny rodzaj ochrony. Szamani, dzięki pewnym praktykom medytacyjnym i tanecznym, lecz przede wszystkim dzięki spożywaniu ziół i grzybów zawierających substancje psychoaktywne, uzyskują dostęp do świata metafizycznego. Przez ich współplemieńców jest to uznawane za

godne materialnej gratyfikacji, dającej szamanom (z których wielu wykazywało dysfunkcje fizyczne uniemożliwiające np. polowanie) poczucie fizycznej ochrony i bezpieczeństwa. W zamian oferowali swoim współplemioncom ochronę metafizyczną, tłumacząc im wolę bogów. W przytoczonym przez Autorkę piśmiennictwie znajduje się jeszcze inna ciekawa teza. Otóż szamani mieli testować na sobie samych siłę działania i użyteczność rosnących w danej okolicy roślin. Chronili w ten sposób pozostałych członków społeczności, posiadających rodziny i dzieci, przed konsekwencjami ewentualnego zatrucia, biorąc je na siebie. Autorka wskazuje, że sprawowanie funkcji szamana zawsze oznaczało jakiś rodzaj odmienności od pozostałych członków społeczności. Szaman stawał się Innym w grupie, w której żył na co dzień. Jego ciało i przypisywane mu zdolności były odmienne od pozostałych, zarówno pod względem wizualnym, jak i ze względu na jego potencjalną efektywność (możliwość nawiązania kontaktu ze światem duchów). Wszystkie ingerencje w to ciało, także te bolesne i potencjalnie niosące ze sobą śmiertelne konsekwencje, uznawane były przez społeczność, w której szaman żył, za właściwe, efektywne i uprawnione.

Autor kolejnego artykułu w tej części, dr hab. Leszek Żuk, poświęca swoją uwagę innemu obszarowi postępowania z ciałem. W studium pt. *Szaleństwo, epidemie i zabójczy kult Kibweteere* omawia praktyki, które wystąpiły w jednej z sekt w Ugandzie, której doktryna została wprawdzie wyprowadzona z chrześcijaństwa, jednakże w praktyce nie miała z nim wiele wspólnego, podobnie jak to się działo w wielu wspólnotach tego typu stworzonych i zarządzanych przez dogmatycznych i charyzmatycznych przywódców. Wyznawcy kultu Kibweteere zostali skłonieni przez swoich przywódców do popełnienia zbiorowego samobójstwa. Ponieważ wśród znalezionych zwłok członków sekty były także dzieci, przynajmniej niektórzy z tych członków zostali skłonieni także do zabójstwa (trudno przypuszczać, aby dzieci decyzję o samobójstwie i jej wykonanie przeprowadziły same). Artykuł przedstawia radykalne skutki owładnięcia świadomości wyznawców pozostającej na obrzeżach oficjalnych religii sekty. Kontekstem ich decyzji o zbiorowym samobójstwie była budząca paniczny lęk wśród mieszkańców Ugandy epidemia gorączki krwotocznej (eboli). Z braku jakichkolwiek środków, zdolnych ją opanować, niektórzy Ugandyjczycy woleli wybrać śmierć z własnej ręki, opartą na przekonaniu, że w ten sposób zapewnią sobie i swoim dzieciom wieczne życie.

Następny artykuł, autorstwa dr hab. Zuzanny Jakubowskiej-Vorbrich, wprowadza nas w dyskurs kolonialny, wyznaczający Europejczykom perspektywę oglądu zamieszkujących odległe obszary krajowców jako obcych, Innych. W studium zatytułowanym *Kokongo, Rôviro i choroba Hansena: lekarze na Wyspie Wielkanocnej (Rapa Nui) w latach 1786–1853* Autorka przedstawia sposób postrzegania mieszkańców tej odległej wyspy przez lekarzy. Ich zawód koncentruje ich zainteresowanie na kwestiach związanych z cielesnością, jednak nie jest ona

opisywana w taki sam sposób, w jaki w tym samym czasie opisywano cielesność ludzi białych. Mieszkańcy Wyspy Wielkanocnej charakteryzowani są za pośrednictwem stereotypów, odzwierciedlających przekonanie o naturalnej wyższości opisujących nad opisywanymi. Wszelkie decyzje, podejmowane wobec krajowców, rozpatrywane są wyłącznie z perspektywy odkrywców i kolonizatorów, a nie ich samych, podobnie jak ich skutki. Do poważnych skutków kontaktów mieszkańców Wyspy Wielkanocnej z przybyszami z zewnątrz należały zakażenia chorobami zakaźnymi (gruźlica, choroby weneryczne, odra, ospa, trąd, grupa i in.). Doprowadziły one do znacznego zmniejszenia miejscowej populacji. Aż do czasów współczesnych nie podejmowano jednak żadnych działań, mających spowodować ochronę zdrowia i życia lokalnych mieszkańców. Dopiero w XX w. – uwzględniając nie tylko współczesną perspektywę kliniczną, lecz także demokratyczny system ustrojowy – wzięto ten czynnik pod uwagę.

Z jeszcze jedną osobliwością w sposobie postrzegania ludzkiego ciała spotykamy się w artykule dr hab. Zygmunta Pucko i dr Joanny Przybek-Mity zatytułowanym *Obrzęd pogrzebowy na Sulawesi jako pewna odmiana nekrofilnej orientacji na życie w świetle hipotez interpretacyjnych sformułowanych z pozycji antropologii śmierci*. Tekst przybliżył nam sposób postrzegania ciał osób zmarłych, którego cechą jest odnoszenie się do nich tak jak do osób żywych. Ludzka cielesność trwa w ten sposób po śmierci w tych samych kontekstach rodzinnych i plemiennych, co przed nią. Od momentu zgonu do chwili pogrzebu upływa w opisywanej przez Autorów społeczności od kilkunastu miesięcy do kilku lat. Nie jest to czas w żaden sposób sformalizowany. Zależy tylko od tego, jak dużo czasu potrzebują krewni zmarłego na zgromadzenie zasobów koniecznych do urządzenia uczty pogrzebowej, kończącej czas przejściowy między zgonem a pogrzebem. Najważniejszym momentem w życiu mieszkańca Sulawesi jest, zgodnie z jego wierzeniami, godne pochowanie rodziców i innych członków rodziny. Powoduje to orientację całego ich życia na gromadzenie zasobów, które przy okazji pogrzebów rozdawane są wszystkim członkom lokalnej społeczności. Artykuł szczegółowo omawia konsekwencje takiej postawy.

Autorem dwóch kolejnych artykułów zamieszczonych w tej części książki jest mgr Artur Wójtowicz. Oba są poświęcone mormonom, ale poruszają odrębne kwestie. W pierwszym z tekstów, zatytułowanym *Wpływ psychiki Josepha Smitha na jego pierwszą wizję*, Autor przedstawia na podstawie obszernego piśmiennictwa analizę stanu świadomości założyciela tego wyznania. Przytaczane przez autora analizy łączą treść i charakter objawień Smitha z jego cielesnością. Rozpatrują ich genezę jako skutki padaczki, doznanych w dzieciństwie urazów, a także specyficznego rodzaju świadomości ukształtowanego pod wpływem rodzinnych wpływów kulturowych. Wśród jego bliskich panowało bowiem przekonanie o możliwości poszukiwania i odnajdywania za pomocą mocy umysłu ukrytych skarbów. Nadawało to atmosferze, w jakiej się wychowywał, szczególny charakter,

otwarty na doznania pozazmysłowe. Założyciel mormonizmu, podobnie jak jego następcy sprawujący władzę w organach zarządzających tego wyznania, uznają bezpośrednie kontakty ze Stwórcą w postaci kolejnych objawień za siłę sprawczą tej religijnej doktryny i zachodzących w niej zmian. Zmiany te mogą być radykalne, doktrynę cechuje więc pewna płynność. Jest ona jednak uznawana za uzasadnioną przez zmieniające się treści objawień. W drugim artykule, zatytułowanym *Mormoński rasizm w źródłach Kościoła Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich*, Autor podaje przykład takich treści, które pod wpływem objawień powinny ulec zmianie. Tak jednak się nie dzieje, mimo oświadczeń osób sprawujących władzę religijną, ponieważ głęboko zakorzenione przekonania wyznawców stoją temu na przeszkodzie. Artykuł omawia na przykładach zaczerpniętych z pism przewodców mormońskich z XIX i 1 połowy XX w., gdy w USA panowało niewolnictwo, a następnie – po jego zniesieniu po wojnie secesyjnej – segregacja rasowa, że przekonania białych mormonów na temat przyrodzonej niższości Czarnych są bardzo ugruntowane. W pismach tych, a za nimi w artykule, występują określenia Afroamerykanów niezgodne z regułami współczesnej poprawności politycznej, które jednak białych mormonów nie rażą i swobodnie się nimi posługują. Po zniesieniu w USA w 2 połowie lat 60. XX w. segregacji rasowej wątki rasistowskie w mormońskiej doktrynie musiały zostać zweryfikowane. I tak się stało, jednak – jak wykazuje Autor – odmienny wygląd Czarnych nadal bywa podstawą ich postrzegania jako Innych, a nie jako równouprawnionych współobywateli.

Dwa następne artykuły zostały poświęcone cielesności kobiecej, związanej z postrzeganiem kobiet jako Innych. Społeczeństwo przypisuje sobie prawo do kontrolowania kobiecej cielesności, którego skutki są silnie ingerujące w osobową integralność jednostek i rodzą poważne skutki zdrowotne. Dr Paweł Wysokiński i dr hab. Lilianna Wdowiak w artykule pt. *Rytualne tuczenie panien, nadwaga i otyłość w Maghrebie w świetle muzułmańskich kanonów kobiecego piękna*, przedstawiają silnie ugruntowaną w tamtejszej kulturze praktykę modyfikowania naturalnego kształtu kobiecego ciała. Od momentu pokwitania zmienia się w sposób radykalny sposób odżywiania dziewcząt. Podaje im się wysoko kaloryczne pożywienie i napoje, by w krótkim czasie powiększyć gabaryty ciała. Ma to gwarantować płodność kobiet. Uważa się w tej kulturze bowiem, że mężczyzna wybierający kobietę na żonę kieruje się przede wszystkim chęcią posiadania dzieci. Dziewczęta tuczy się więc dlatego, aby wyglądały zdrowo i dorodnie, gwarantując przyszłemu mężowi spełnienie jego oczekiwań. Skutkiem tej praktyki jest kulturowo uwarunkowana zmiana pokroju ciała młodych kobiet, które już przed ślubem mają nadwagę, a po urodzeniu dzieci przeważnie stają się otyłe. Nie uważają tego za defekt, ponieważ w kulturowo ukształtowanych w Maghrebie kanonach urody nie otyłość, a chudość uchodzi za nieatrakcyjną. Jest postrzegana jako widomy znak biedy lub choroby. Dopiero w ostatnich dekadach do świadomości kobiet

z Maghrebu, ale przeważnie tych lepiej wykształconych i zamieszkałych w miastach, dochodzi wiedza o skutkach zdrowotnych otyłości, takich jak cukrzyca, choroby układu krążenia itp. Nie powoduje ona jednak u większości z nich tendencji do odchudzania i dążenia do osiągnięcia pokroju ciała uznawanego za piękny w USA czy w Europie. Wg badań przeprowadzonych w krajach arabskich większość mężczyzn preferuje tam bowiem kobiety o obfitych kształtach. Kobiety nie odchudzają się więc, bo chcą być piękne dla swoich mężczyzn.

Z bardziej drastyczną ingerencją w kobiece ciało zapoznaje nas artykuł dr Ewy Górskiej, zatytułowany *Prawo muzułmańskie versus tradycja. Proces zmiany opinii prawnych dotyczących okaleczania żeńskich narządów płciowych w Egipcie*. Tzw. obrzezanie kobiet nie jest praktyką nakazywaną przez muzułmańską religię. Jest jednak praktykowane w wielu krajach, w których wyznawcy uważają, że jest to wymóg religii. Artykuł przedstawia toczony w XX i XXI w. dyskusje wśród wpływowych duchownych muzułmańskich na temat zasadności podtrzymywania tej praktyki, a także stanowisko władz państwowych Egiptu na jej temat. W debacie publicznej na temat obrzezania kobiet uczestniczą mężczyźni, których praktyka ta nie dotyczy, ale którzy przyznają sobie w analizowanej przez Autorkę kulturze prawo do wydawania decyzji o konieczności/braku konieczności wykonywania obrzezania kobiet jako praktyki nakazywanej przez religię. Ostatecznie w XXI w. zostało przyjęte stanowisko, że nie jest to praktyka stricte religijna i nie powinno się jej uważać za nakazaną. Nie została ona jednak uznana za przestępstwo i naruszenie integralności fizycznej, mimo bardzo poważnych skutków dla kobiety.

Ostatni artykuł w drugiej części książki dotyczy samobójstwa. Mgr Aleksandra Biegalska w studium pt. *Ocena moralna samobójstwa ze szczególnym uwzględnieniem samobójstwa eutanatycznego w najpopularniejszych religiach i kulturach świata – przegląd*, w oparciu o obszerne piśmiennictwo przedstawia stanowisko oficjalnych instytucji wyznaniowych wobec skrócenia życia, samodzielnie albo z pomocą innych. W większości wyznań jest to uznane za naganne moralnie, z wyjątkiem religii Chin i Japonii. Wskazywane są argumenty, dlaczego samobójstwo (w tym samobójstwo eutanatyczne) nie powinno być prawnie dozwolone jako reguła. Różne wyznania dopuszczają jednakże określone okoliczności i sytuacje, w których podtrzymywanie życia ponadstandardowymi metodami, a także narażanie chorego na zbędne cierpienie zasługuje na negatywną ocenę moralną. Uznaje się, że człowiek ma prawo do naturalnej śmierci, a jego życia nie powinno się sztucznie podtrzymywać na siłę, przysparzając dodatkowych cierpień. Szczegółowe argumenty na rzecz tego stanowiska zostały przedstawione przez Autorkę.

Przedstawione w niniejszym tomie kwestie nie wyczerpują wszystkich możliwych obszarów dialogu współczesnej medycyny klinicznej z tradycyjnymi sposobami konceptualizowania choroby, wyprowadzanymi z innych teoretycznych standardów. Współczesny lekarz kliniczny powinien zawsze brać pod uwagę ich istnienie oraz wpływ, jaki mogą wywierać na świadomość zdrowotną pacjentów.

Uwzględnienie przez lekarza prywatnej perspektywy pacjenta, jego spojrzenia na chorobę i jego interpretacji dotyczących sposobu jej przeżywania, może doprowadzić do znacznego polepszenia komunikacji lekarza z powierzonym jego opiece chorym i jego rodziną. Umożliwi także wypracowanie wspólnej strategii walki z chorobą, którą pacjent uzna za racjonalną i skuteczną, nawet gdy nie będzie w stanie w pełni zrozumieć jej wszystkich szczegółowych elementów. Lekarz dysponujący wiedzą dotyczącą treści, potencjalnie mogących się znaleźć w świadomości pacjenta i wywierając wpływ na jego sposób reagowania na chorobę, będzie dla swego pacjenta lepszym opiekunem i przewodnikiem. Relacja terapeutyczna, którą z pacjentem nawiąże, będzie dzięki temu oparta na wzajemnym zrozumieniu i zaufaniu, a nie tylko na autorytecie, który pacjent powinien w sposób nie podlegający dyskusji uznać i podporządkować się (także ich nie rozumiejąc lub nie akceptując) otrzymywanym od lekarza poleceniom.

Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka

Część I

**Epidemie i reakcja na nie
w ujęciu religijnym, medycznym
i w świadomości społecznej**

Franciszek M. Rosiński

Zarazy w dawnym Izraelu

Izraelici, sąsiadując ze społeczeństwami o wyższej kulturze i zaawansowanej wiedzy medycznej albo też żyjąc wśród nich lub z nimi, przejęli od nich wiele poglądów na choroby, ich przyczyny, sposoby diagnozowania i leczenia. Niektórym osobom przypisywano nadzwyczajną moc leczniczą, zwłaszcza jeśli miały dobre relacje ze światem nadprzyrodzonym, od którego często uzależniano zaistnienie chorób, albo też władzę nad demonami, którym przypisywano nieraz konkretne schorzenia¹. Ale nadto trzeba mieć na uwadze, że zarówno zdrowie, jak i choroba, zwłaszcza zarazy, miały w dawnym Izraelu jeszcze pewien wymiar religijny i konsekwencje kultowe, związane z czystością rytualną, wymaganą do sprawowania funkcji sakralnych, uczestnictwa w świętych obrzędach czy w ogóle przebywania razem z osobami rytualnie czystymi. I co szczególnie ważne, na czynnik religijny wskazywano przy uzasadnieniu wystąpienia zarazy czy dotknięcia kogoś trędem, widząc w tym ewidentną integrację Jahwe.

W zasadzie jednak „Izraelici byli narodem zdrowym i silnym. Przyznaje to nawet Tacyt, który zbytnio ich nie lubił, że to «dzięki zdrowemu klimatowi, umiarkowaniu w pożywieniu i prostocie życia». Ale również dzięki higienie, która choć bardziej prymitywna od naszej, mniejszą wagę przykładająca do aseptyki i profilaktyki, jednak istniała i stawiała poważne wymagania. Wiadomo już, że czystość uważano za obowiązek religijny. Opowiadano, że pewnego letniego dnia wielki Hillel, skończywszy lekcję, rzekł do uczniów: «Teraz idę spełnić obowiązek religijny». «Jaki?», «Wykąpać się». A widząc zdziwienie młodych ludzi, rabbi dodał: «Czyż nie powinienem dbać o swoje ciało? Czyż nie zostało stworzone na obraz i podobieństwo Boga?»².

¹ L.E. Sullivan, *Diseases and Cures*, [w:] *The Encyclopedia of Religion*, t. 4, (red.) M. Eliade, New York 1987, s. 366–368.

² H. Daniel-Rops, *Życie codzienne w Palestynie w czasach Chrystusa*, tłum. J. Lasocka, Warszawa 1994, s. 289.

Jednak mimo na ogół zdrowego klimatu w Palestynie, przestrzegania czystości rytualnej w życiu codziennym, także odnośnie do pokarmów i kontaktów międzyludzkich, różne choroby trapiły jej mieszkańców. Na przykład malaria, choć nie wymieniają jej teksty biblijne, nawiedzała bagniste niziny Jordanu, tym bardziej, że nie posiadano skutecznego środka przeciw komarom i nie znano też sposobu jej przenoszenia. Konkordancja biblijna wymienia 154 razy chorobę i słowa pochodne, na ogół bez jej specyfikacji; konkretnie o trądzie jest mowa 71 razy, zwykle ogólnie, o zarazie zaś 57 razy³. *Stary Testament* wymienia około 50 chorób, „od parchu do apopleksji, od wycieńczenia do podagry, od wysypki do zapalenia otrzewnej”. W *Nowym Testamencie* jest mowa „o paraliżu, puchlinie wodnej, hemoroidach, ślepotcie, głuchocie, oczywiście o trądzie, a także o chorobach umysłowych i wielu innych. Często dolegliwość zostaje określona z dokładnością iście lekarską. O świercze św. Piotra jest powiedziane, że cierpiała na «wielką gorączkę», co nasuwa przypuszczenie o ataku malarii”⁴.

Trzeba wziąć pod uwagę, że poglądy na choroby, zwłaszcza najbardziej trapiące społeczność w dawnym Izraelu, ulegały w ciągu wieków większym zmianom, gdyż ludność ta podlegała większym przeobrażeniom gospodarczym, kulturowym i politycznym, także pod wpływem państw, z którymi sąsiadowała, lub wśród których żyła, albo które nad nią dominowały, dysponując bardziej zaawansowaną sztuką leczniczą, jak np. Babilończycy, Egipcjanie, Grecy czy Rzymianie. Ale recepty ich osiągnięć medycznych w dużej mierze stało na przeszkodzie powiązanie ich często z wierzeniami politeistycznymi, praktykami czarodziejskimi, wróżebnymi i zaklinającymi lub zwracaniem się o pomoc do bóstw pogańskich, na co zwolennicy radykalnego monoteizmu nie mogli przystać. Na przykład w Mezopotamii „w każdej chorobie widziano karę bogów za popełnione świadomie lub nieświadomie grzechy i przewinienia przez daną osobę lub jej rodzinę”. Uważano, że grzechy prowokują bóstwa do gniewu, które przekazują grzesznika na pastwę demonom, by weszły w jego ciało i nad nim się pastwiły, powodując różne choroby. Takimi demonami mogły też być duchy zmarłych⁵. Odpowiednio do takiej diagnozy choroby i jej „właściwej ontycznej przyczyny” starano się stosować jej leczenie. Znano wiele technik dywinacyjnych, nawet prosty lud zwracał uwagę na różne złowieszcze omeny i próbował odpowiednio się zabezpieczać oraz uprzedzić i zneutralizować destrukcyjną działalność demoniczną, stosując m.in. zaklęcia, talizmany, amulety, ofiary. Ale zdarzało się, że demony opętały nawet danego człowieka albo że przypisywano im chęć doprowadzenia do śmierci pacjenta. Próbowano wtedy egzorcyzmami lub namową skłonić ducha do wyjścia z opętanego⁶.

³ J. Flis, *Konkordancja Starego i Nowego Testamentu do Biblii Tysiąclecia*, Warszawa 1991.

⁴ H. Daniel-Rops, *op. cit.*, s. 191.

⁵ J. Thorwald, *Macht und Geheimnis der frühen Ärzte*, München 1979, s. 145–147.

⁶ A. Oepke, *Krankheit und Sünde*, [w:] *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament*, (red.) G. Kittel, t. 4, Stuttgart 1990, s. 1058.

Przy takim pojmowaniu choroby, kalectwa czy zarazy (jako kary za popełnione grzechy, złamanie tabu czy wykroczenia przeciw czystości rytualnej lub zaniedbania troski o zmarłych), wskazywano nawet konkretnie na przewinienia, jakich dany człowiek się dopuścił; np. wrzody i puchlina wodna „były następstwem nierządu; przyczyną krupu (błonicy) było zaniedbanie płacenia dziesięciny; trąd był karą za oszczerstwa, składanie fałszywych przysięg i rozlew krwi; padaczka i niskorosłość to konsekwencja niedopuszczalnych praktyk w stosunkach małżeńskich; śmierć kobiety przy porodzie – to skutek zaniedbywania okresów wstrzemięźliwości płciowej przy krwawieniach miesięcznych i patologicznych z dróg rodnych”⁷.

W dawnym Izraelu panowało przekonanie, że Jahwe zsyłając na człowieka chorobę czy nawet śmierć, wymierza karę bądź osobiście, bądź też zleca to jakiemuś aniołowi albo nawet demonowi; np. „Saula opuścił duch Pański, a opętał go duch zły, zesłany przez Pana” (1Sm 16,14). Podobnie też szatan za przyzwoleniem Jahwe „obsypał Hioba trądem złośliwym od palca stopy aż do wierzchu głowy” (Hi 2,7)⁸. Demon ten jest dość osobliwą postacią, ponieważ nie jest jakimś zięjącym nienawiścią wrogiem Jahwe, rozmawia bezkompleksowo z Nim, „należy do Bożego tronu jako niebieski prokurator”, ale może działać tylko w granicach wyznaczonych przez Boga⁹. Okazuje się, że wszystkie duchy powodujące zarazę, trąd czy inne choroby lub nawet śmierć działają z mandatu Jahwe, albo za jego przyzwoleniem i w granicach wytyczonych przez Boga. Na przykład „zesłał pan zarazę na Izraela i padło z Izraela siedemdziesiąt tysięcy ludzi. I posłał Bóg Anioła do Jerozolimy, aby ją zniszczyć, lecz gdy ten dokonywał zniszczenia, wejrzał Pan i ulitował się nad nieszczęściem i rzekł do Anioła-niszczyciela: «Wystarczy! Cofnij twą rękę!»” (1Krn 21,14–15). Podobną masakrę dokonaną przez anioła relacjonuje 2Krl 19,35–36: „Anioł Pański pobił w obozie Asyryjczyków sto osiemdziesiąt pięć tysięcy ludzi. Rano, kiedy wstali, oto ci wszyscy byli martwymi ciałami. Sennacheryb, król asyryjski, zwinął więc obóz i odszedł”. Według B. Pawlaczyka chodziło zapewne o dżumę; o tej klęsce podczas oblężenia Jerozolimy pisze także Herodot, „przypisując ją szczurom, roznośicielom zarazy”¹⁰. Na taką masową śmierć Asyryjczyków być może wskazuje też grób ze szczątkami ok. 2000 młodych mężczyzn w Lachis na poboczu tamtejszej twierdzy. Do dołu grzebalnego z pośpiechem, bez ładu, wrzucono ich zwłoki, razem z mnóstwem kości wieprzowych, co wskazuje, że nie był to pochówek

⁷ M. Zakrzewska, *Choroba – zło dotyczące człowieka*, [w:] *Biblia a medycyna*, (red.) B. Pawlaczyk, Poznań 2007, s. 22.

⁸ Cytaty z Pisma Świętego pochodzą z *Biblii Tysiąclecia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Poznań 1987.

⁹ A. Läßle, *Engel und Teufel – Wiederkehr der Totgesagten. Eine Orientierung*, Augsburg 1993, s. 84.

¹⁰ B. Pawlaczyk, *Kazuistyka medyczna*, [w:] *Biblia a medycyna...*, s. 190.

żydowski¹¹. Za inną przyczyną tej masowej śmierci wypowiada się J. Thorwald, mianowicie za gwałtownym atakiem malarii; powołuje się przy tym na analogiczne masowe umieranie żołnierzy (choć nie aż na taką skalę) w 1917 r., gdy żołnierze angielscy po zdobyciu Jerozolimy okopali się w dolinie jordańskiej, a więc tam, gdzie kiedyś stacjonowało wojsko Sennacheryba. Żołnierzom dokuczały upały, czuli się wyczerpani, choć nie byli chorzy. Kilkuset z nich celem wzmocnienia sił i pełnosprawności fizycznej wysłano do obozu pod Jerozolimą, położoną 790 m n.p.m. Następnego dnia połowę z nich znaleziono martwą w namiotach. Zabiła ich, jak wykazały badania medyczne, malaria tropikalna, którą zarazili się co prawda już wcześniej, ale dopiero przemieszczenie się w chłodniejszy rejon, z bardziej rozrzedzonym powietrzem, umożliwiło zarazkom śmiertelne zaatakowanie osłabionych organizmów. Podobny scenariusz miał miejsce prawdopodobnie także w 701 r. p.n.e., gdy wojska Sennacheryba, wśród których panowała już malaria, wyruszyły z depresji nadjordańskiej w górę w kierunku Jerozolimy¹².

Zarazy w dawnym Izraelu traktowano jako szczególnie ciężką karę Bożą za popełnione przestępstwa i wielokrotnie występują jako jeden z elementów triady szczególnie dotkliwych kar na wielką skalę społeczną: „Ześlę na nich miecz, głód i zarazę, dopóki nie znikną z powierzchni ziemi, którą dałem im i ich przodkom” (Jr 24,10), albo „Pomarli oni z powodu okropnej nędzy, głodu, miecza i zarazy” (Ba 2,25). Szczególnie lękano się zaraz, które pamiętano jeszcze z czasów pobytu w Egipcie i które miały spotkać społeczność izraelską, gdy nie usłuchałaby głosu Pana: „Pan dotknie cię wrzodem egipskim, hemoroidami, świerzbem i parchami, których nie zdołasz wyleczyć (...). Spraw, że przylgną do ciebie wszystkie zarazy Egiptu” (Pwt 28,27; 60). Głód i zarazy będą też zapowiadały nadejście czasów eschatologicznych (Mt 24,7; Lk 22,11).

W sytuacji, gdy w zarazach widziano zrzącenie Boga i karę za grzechy w dawnym Izraelu, na plan drugi musiało zejść szukanie ich przyczyn naturalnych, wywoławczych, lecz główną uwagę kierowano na ich „właściwy powód nadprzyrodzony” i reperkusyjne czynniki sprawcze, a w społecznościach politeistycznych próbowano dywinacyjnie odgadnąć powody zagniewania bóstw, ewentualnie uprzedzić i zneutralizować destrukcyjną działalność demonów, stosując np. talizmany, amulety, modlitwy przebłagalne itp. Jasnovidze i diagności medyczni starali się niekiedy zorientować, jak wyzwolić chorego z mocy demonów, które chorem zawładnęły, albo czy pacjent ma szansę powrócić do zdrowia, czy też bogowie, zsyłając na niego śmiertelną chorobę, zdecydowali o jego zejściu.

¹¹ W. Keller, *Und die Bibel hat doch recht. Forscher beweisen die historische Wahrheit*, Reinbek bei Hamburg 2006, s. 290–291; J. Thorwald, *op. cit.*, s. 137.

¹² J. Thorwald, *op. cit.*, s. 137.

Chociaż zarazy i różne inne choroby uważano dość powszechnie za kary na ludzi zsyłane przez istoty nadprzyrodzone, które uważano za panów życia i śmierci, to jednak nie do końca czekano fatalistycznie na spełnienie się ich wyroków albo też chorych pozostawiono ich własnemu losowi, lecz w różny sposób starano się ich leczyć, ulżyć ich cierpieniom i pielęgnować. W dawnych społecznościach Mezopotamii, z którymi Izrael utrzymywał różnego typu kontakty, dość wcześnie zajęto się też przyrodniczym aspektem chorób i ich leczeniem, „a praktyczna sztuka lecznicza, mniej natomiast teoretyczna, osiągnęła tam już wtenczas wysoki stopień rozwoju”¹³. Na przykład w asyryjskiej i babilońskiej literaturze medycznej jest wiele danych o chorobach występujących w tamtejszym regionie, a także znajdują się różne rady i sposoby ich leczenia. Podobnie w starożytnym Egipcie sztuka medyczna była już dobrze rozwinięta, zwłaszcza w zakresie terapii, diagnostyki, patologii i chirurgii¹⁴.

Należy jednak nadmienić, że „w kulturze starohebrajskiej zainteresowanie medycyną czy lekarzami było nikłe. Medycy i nauki medyczne zyskały szacunek i prestiż dopiero w okresie hellenistycznym, czyli po 300 r. p.n.e., m.in. dlatego, że były mniej obciążone elementami magicznymi, czarodziejskim i politeistycznymi aniżeli lecnictwo Bliskiego Wschodu, a także „mniej więcej od V w. p.n.e. zaczęto widzieć w chorobie naturalne, a tym samym podlegające empirycznemu badaniu zjawisko”¹⁵.

Głębszemu zainteresowaniu w dawnym Izraelu naukami medycznymi, osiągnięciami w leczeniu czy kształceniem personelu medycznego nie sprzyjało ściśle powiązanie zaraz, innych chorób i nieomówionych z wierzeniami religijnymi, zwłaszcza z nieomal ich arytmetyczną korelacją z określonymi grzechami czy przekroczeniem przepisów rytualnych. Zawsze bowiem przyjmowano biblijne: „Czyńcie dobrze, a zło was nie spotka” (Tb 12,7), a na widok nieszczęśnika, np. niewidomego od urodzenia, prawie automatycznie pytali Chrystusa: „Rabbi, kto zgrzeszył, że się urodził niewidomym – on czy jego rodzice?”. Jezus odpowiedział: „Ani on nie zgrzeszył, ani ani rodzice jego” (J 9,2–3). Ustalenie takiego równoważnika grzechu i kary zań „mogło przybrać absurdalne i groteskowe rozmiary, gdy brano pod uwagę grzech płodu jako przyczynę choroby”¹⁶. Było to zgodne z koncepcjami ówczesnych uczonych w Piśmie, wg których „na podstawie zaistnienia pewnych chorób można wnosić o popełnieniu przedtem określonych grzechów”¹⁷. Że takie myślenie redukcjonistyczne nie zawsze się sprawdza, wskazują przekonująco

¹³ H.J. Störig, *Kleine Weltgeschichte der Wissenschaft*, t. 1, München 2004, s. 70.

¹⁴ G. Cornfeld, G.J. Botterweck (red.), *Die Bibel und ihre Welt*, t. 2, Herrsching 1991, s. 958–959.

¹⁵ I. Burkard, *Krankheit*, [w:] *Bibel-Lexikon*, (red.) H. Haag, Leipzig 1969, s. 987.

¹⁶ H.G. Link, *Nosos (Krankheit), noseo (krank sein)*, [w:] *Theologisches Begriffslexikon zum Neuen Testament*, t. 2, (red.) L. Coenen, E. Beyreuther, H. Bietenhard, Wuppertal 1986, s. 1104.

¹⁷ H.A. Mertens, *Handbuch der Bibelkunde*, Düsseldorf 1984, s. 626.

mowy pocieszające przyjaciół Hioba, doszukujących się uporczywie jakichś jego win (Hi 2,7).

Ta forma zarazy, choć stosunkowo mało zakaźna, przywleczone została do Izraela dopiero w czasach aleksandryjskich, przejmowała jednak ludzi niesamowitą grozą i przypisywano ją oddziaływaniu demonicznemu, wskutek czego powodowała nieczystość rytualną, a dotkniętego trędem rugowano ze społeczności zdrowych, rytualnie czystych (Kpł 13,45–46)¹⁸. Stąd też stwierdzenie tej zarazy u kogoś czy ewentualny przypadek wyleczenia się z niej w czasach biblijnych nie był w gestii lekarza-specjalisty (epidemiologa), lecz należało to do kompetencji wyznaczonych do tej funkcji kapłanów przy świątyni jerozolimskiej.

Trędowatych wg Józefa Flawiusza uważano za „nieróżniących się od trupów”, ale hebrajskie słowo *saarat* (trąd) obejmowało obok trądu właściwego jeszcze inne jednostki chorobowe, gdyż stwierdzano w niektórych przypadkach wyleczenie z nich, na co wskazuje tenże autor: jeśli trędowaty „na skutek swych modlitw do Boga uwolniony zostaje od choroby i odzyskuje zdrową skórę, składa Bogu dziękczynienie”¹⁹. Znano procedury oczyszczenia rytualnego, złożenia ofiary podczas obrzędu oczyszczenia trędowatego po dokładnych oględzinach przez uprawnionego kapłana i przyjęcia uzdrowionego znowu do społeczności rytualnie czystych (Kpł 14,1–32). Chrystus, zgodnie z tymi przepisami *Tory*, człowieka pokrytego trędem, uzdrowiwszy go, poleca mu: „Idź, pokaż się kapłanowi i złóż ofiarę za swe oczyszczenie, jak przepisał Mojżesz na świadectwo dla nich” (Łk 5,12–14; 17,14).

Należy jednak zauważyć, że Żydzi oprócz znanej nam dziś formy trądu, wywołanej przez prątek trądu (*Mycobacterium leprae*), występującego w czterech podstawowych odmianach, z postępującymi zmianami na powłokach ciała, uszkodzeniami mięśni i nerwów, ukazaniem się odbarwionych plan, zniekształceniami i okaleczeniami²⁰, zaliczali do tej strasznej choroby jeszcze niektóre inne schorzenia skórne „trądopodobne”, np. łysinę plackowatą, łuszczycę, różne narośla podskórne, ale także gruźlicę kości o przebiegu ropnym, występującą jeszcze obecnie na Wschodzie, i słoniowatość, bardzo zaraźliwą i bolesną, różne poważne oparzeliny²¹, „nawet zwykła, niewinna łysina stawała się podejrzana z chwilą, gdy na огоłoczonej z włosów czaszce pojawiły się czerwone plamy lub narośle podskórne (...). Czytając Ewangelię można sobie wyobrazić drogi palestyńskie, na których, zwłaszcza w pobliżu miast, straszły te sprzęty ludzkie, pragnące wzru-

¹⁸ *Die Lexikon-Bibel. Gute Nachricht Übersetzung mit Erklärungen u. Bildern*, Stuttgart 2003, *Neues Testament*, hasło: *Aussatz*, s. 399.

¹⁹ J. Flawiusz, *Dawne dzieje Izraela*, cz. 1, tłum. Z. Kubiak i J. Radożycki, wstęp E. Dąbrowski i J. Radożycki, komentarz J. Radożycki, Warszawa 1993, s. 197.

²⁰ J. Narębski, *Trąd*, [w:] *Vademecum lekarza ogólnego*, (red.) W. Bruhl, R. Brzozowski, Warszawa 1984, s. 101.

²¹ S. Jabłońska i wsp., *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*, [w:] *Vademecum...*, s. 108.

szyc przechodnia i wyciągające ku niemu straszliwe ręce pozbawione palców lub kikuty ramion bez dłoni. Przerażeniem napełniały patrzącego straszliwe maski, które choroba nakładała trędowatym na twarze, upodabniając je do lwich pysków. Czasem ci nieszczęśliwcy łączyli się ze sobą, tworząc większe gromady”²² (Łk 17,12). Jeszcze w 1895 r. było w Palestynie 600 trędowatych; siadywali często przy uczęszczanych drogach, np. na drodze z Jerozolimy do Getsemani, by uprosić od pielgrzymów jałmużnę²³. Trędowatych jako „żyjące trupy” wydalonono z osiedli. Musieli chodzić z odsłoniętą głową i wołać głośno „tame, tame” („nieczysty, nieczysty”), jeśli zbliżali się do ludzi zdrowych. Musieli zasłaniać sobie brodę i nosić podartą odzież, mieć rozwichrzone włosy na głowie (Kpł 13,45 nn.), by z daleka byli rozpoznawalni.

Uczeni w Piśmie zwracali szczególną uwagę na te przepisy *Tory* i w traktacie *Negaim*, fragmencie *Miszny*, zestawili opinie, zalecenia i nakazy wybitnych rabinów. Straszny los tych nieszczęśników ujmuje jedno zdanie: „Czterech równa się nieboszczykowi: biedak, trędowaty, niewidomy i bezdzietny” (Ned. 64^b Bar)²⁴. Nieczystość kultowa powodowana trądem przewyższała wszelkie inne nieczystości rytualne, gdyż nieczystym stawało się nie tylko to, czego trędowaty dotknął, lecz już sama jego obecność czyniła nieczystym pomieszczenie, w którym się znajdował: „Gdy trędowaty wejdzie do domu, to w tym samym momencie wszystkie znajdujące się w nim przedmioty stają się nieczyste, łącznie z najwyższą w nim belką”. Trąd stanowił też podstawę prawną rozwodu. Uczeni w Piśmie nauczali: „Zakazuje się poruszać bliżej niż 4 łokcie na wschód od trędowatego” (LvR 16/116^c). Rabbi Szymon ben Lakisz (ok. 250 r.) z Tyberiady, od którego pochodzi ta wypowiedź, obrzucił trędowatego kamieniami, wołając doń: «Idź na swoje miejsce i nie kalaj ludzi!». Rabini Assi i Ammi nie wchodzili na ulicę, gdzie żyli trędowaci, a rabbi Meir (ok. 150 r.) nie jadł jajka, które pochodziło z ulicy, na której był trędowaty”. A Jezus? – Nie wycofywał się przed tymi wykluczonymi ze społeczności ludzkiej, jak czynili to rabini, przeciwnie, wyciągnął ku nim ręce, dotknął ich; słowo greckie „haptesthai” znaczy nawet więcej: Jezus „objął” trędowatego. Stanowiło to oczywiście jawną prowokację faryzeuszów i uczonych w Piśmie, bowiem Chrystus swoim zachowaniem pokazał, że trędowaty nie jest jakimś przeklętym grzesznikiem, ukaranym za swe przestępstwa przez Boga, ale że uzdrowienie trędowatego stanowi jeden z przejawów nastania czasów mesjanistycznych (Łk 7,22).

Trzeba w przypadku trądu wziąć pod uwagę, że traktowano tę chorobę jako bezpośrednią karę Bożą; wg uczonych w Piśmie stanowił karę za oszczerstwo,

²² H. Daniel-Rops, *op. cit.*, s. 291–292; praca ta wykorzystana została także w dalszej części tego akapitu.

²³ P. Volz, *Die biblischen Altertümer*, Köln, reprint z 1914 r., s. 320–321.

²⁴ G. Kroll, *Auf den Spuren Jesus*, Leipzig 1983, s. 314–315; również dalsze cytaty w tym akapicie stąd pochodzą.

przelanie krwi, krzywoprzysięstwo, nieczystość i rabunek. Dla dotkniętego trądem najstraszniejszym przeżyciem było to, że czuł się przeklętym przez Boga, istotą przez Boga odrzuconą. Ponieważ uważano trąd za ewidentną karę Bożą, dlatego też sądzono, że tylko Bóg może takiego człowieka uzdrowić. Na przykład gdy trędowaty Naaman, wódz króla Aramu, przedstawił jego list królowi izraelskiemu, by go uwolnił od trądu, król rozdarł swoje szaty i powiedział: „Czy ja jestem Bogiem, żebym mógł uśmiercać i ożywiać? Bo ten poleca mi uwolnić człowieka od trądu!” (2Krn 5,7). Takie było powszechne mniemanie wśród ludu.

Odsparowanie trędowatych od osób zdrowych nie zawsze było radykalne. Gdy króla Azariasza dotknął Pan, „tak, iż stał się trędowaty aż do dnia swojej śmierci, mieszkał w domu odosobnienia” (dosłownie w „domu wolności”). Został jednak pochowany z jego przodkami w Mieście Dawidowym (2Krl 15,5–7). Naaman pełnił szczególnie ważną funkcję dowódczą, pełnił służbę na dworze królewskim, kontaktował się ze swoją rodziną i liczną służbą (2Krl 5,1–3), a Hiob przebywał w obejściu swojego domu, przyjmował gości-pocieszycieli. Według Flawiusza „u wielu narodów trędowaci zażywają wielkiej czci i nie tylko nie zostają wyłączeni ze społeczności, ale nawet przewodzą w najważniejszych bitwach, dzierżą kierownicze stanowiska w państwie i wolno im wchodzić do świętych okręgów i świątyń”²⁵.

W Izraelu ze względu na czystość rytualną, która wykluczała trędowatych ze społeczności i funkcji sakralnych na czas trwania choroby, zapanowała poniekąd „leprofobia” czy „lepropanika”, gdyż na trąd mogli zachorować nie tylko ludzie, ale „trędowata” mogła być również odzież i domostwo. Odzież, mająca jakieś plamy pleśni czy butwiejąca, powinna być zbadana przez specjalistę i starannie oczyszczona, a jeśli podejrzane plamy nie znikną, to należy ją spalić. Bardzo specyficzne są nakazy dotyczące „trądu domów”. Jak wskazuje H. Daniel-Rops, są to „pierwsze znane w historii dekrety przeciwko zamieszkanym przez ludzi nędznym norom. Święty tekst podaje nawet przejmujący opis tych cuchnących «mieszkań», rojących się od drobnoustrojów, tych «jakby dołków białych lub czerwonych», mając na myśli pleśń, upadłe tynki, rozluźnione kamienie. Właściciel musiał opróżnić taki dom, wyskrobać ściany, otynkować na nowo i oczywiście złożyć ofiarę oczyszczenia z dwóch ptaków, z których jednego zabijano i zraszano krwią odnowiony dom, drugiego natomiast wypuszczano na wolność, co stanowi piękny symbol”²⁶.

Biorąc pod uwagę określenia tego typu symptomów jako „trąd”, „lepra” czy „saarat”, nasuwa się pytanie, czy są, albo w jakiej mierze są, tożsame z trądem w dzisiejszym znaczeniu medycznym, niszczącym nos, podniebienie, usta, kalecącym kończyny itd. Terminy biblijne oznaczają zapewne różne jednostki choro-

²⁵ J. Flawiusz, *op. cit.*, s. 197.

²⁶ H. Daniel-Rops, *op. cit.*, s. 290.

bowe, do których należy także trąd. Często wskazywano np. na Psoriasis vulgaris (łuszczycę), np. w greckiej nomenklaturze medycznej „lepra” oznaczała właśnie tę chorobę, która wykazuje sporo podobieństw do charakterystyki biblijnego trądu. Psoriasis wykazuje czerwonawe powierzchnie skóry, całkowicie pokryte białymi łuskami (zob. Kpł 13,19), które niekiedy nagle ukazują się na całym ciele, albo sukcesywnie ujawniają i powiększają, potem zlewając się. Przy objęciu całej skóry, od głowy po palce stóp, mówi się o Erythrodermii. Czasem choroba ta częściej występuje w niektórych rodzinach, co zdaje się wskazywać na jakąś cechę dziedziczną²⁷.

Stosunek Izraelitów do trędowatych znany z Biblii, sprawy związane ze zdrowotnością, diagnozowaniem tej choroby, której panicznie się lękano, postępowanie w przypadku zagrzybienia lub pleśni na ścianie domu czy odzieży, orzekanie o uzdrowieniu i odzyskaniu czystości rytualnej po przebytych „trądzie”, czy raczej trądopodobnej chorobie, a zwłaszcza spowodowanie jej i uprzyczynowienie, także w czasie pobiblijnym, nadal regulowały przepisy *Tory*, mające charakter nakazów i zakazów medyczno-religijnych i religijno-higienicznych. Ale rabini jeszcze znacznie rozbudowali je i systematyzowali, zwłaszcza w traktacie *Negaim Miszny*. „Niektóre autorytety wyróżniały 16, 36, a nawet 72 rodzaje trądu. Znano zwłaszcza co najmniej 24 różne rodzaje wrzodów i guzów trądu (...). Jeszcze w III w. po Chr. uznawano wielkie znaczenie, jakie przypisywano przepisom dotyczącym szkód powodowanych w naszym eonie przez trąd (...). Generalnie w trądzie widziano plagę zesłaną bezpośrednio przez Boga, mianowicie jako karę za zniesławienie, pychę, współżycie z kobietą w okresie menstruacji, ale również inne grzechy uznawano jako przyczyny trądu”²⁸. Lecz podobnie, jak stanowi zrządzenie Boże, tak i uzdrowienie z niego zależy tylko od Boga, jest ono jednak tak trudne, jak wskrzeszenie zmarłego, gdyż trędowatego traktowano jako żywego nieboszczyka. Wygląd trędowatych określali talmudyści różnie, np. jasna plama jest biała jak śnieg, przy innym jego rodzaju, że jest biała jak wapień na świątyni; podobnie o opuchliznie: w jednym przypadku jest biała jak błona jajka, w innym przypadku jak biała wełna. R. Chananja (ok. 70 r.), przełożony kapłanów, był zdania, że wygląd szkód powodowanych przez trąd może mieć 16 rodzajów; R. Dosa b. Archimes uważał, że może mieć 36 odmian; Aqabja b. Mahallel (ok. 70 r.), że może ich być 72 rodzaje. Zróżnicowane też wg talmudystów są przyczyny, z powodu których Bóg karze grzeszników trądem: np. za oszczerstwo. Nawet wąż w raju został przeklęty, a plamy na jego ciele świadczą o ukaraniu go trądem. Również

²⁷ W. Schönfeld, *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*, Stuttgart 1953, s. 53–57; *Lexikon zur Bibel*, (red.) G. Rienecker i wsp., Wuppertal, s. 805–806; Michaelis, *Lepra, lepris*, [w:] *Theologisches Wörterbuch...*, s. 240.

²⁸ H.L. Strack, P. Billerbeck, *Siebenundzwanziger Exkurs, Aussatz u. Aussätzige*, [w:] H.L. Strack, P. Billerbeck, *Kommentar zum Neuen Testament aus Talmud und Midrasch*, t. 4, cz. 2, München 1965, s. 745–763; pozycję tę wykorzystano także w dalszej części tego akapitu i w następnym.

pycha może spowodować trąd, np. u Naamana, ponieważ miał dużo władzy i był pyszny, a wg R. Acha (ok. 320 r.), jeśli mężczyzna „współżyje ze swą żoną w okresie jej nieczystości, to dzieci zostaną dotknięte trądem. Jak? Gdy współżyje z nią pierwszego dnia jej nieczystości, to dziecko przez nich poczęte zachoruje w 10 r. życia; gdy zbliży się do niej drugiego dnia, zaniemoże w 20 r. życia; jeśli trzeciego dnia, to zostanie dotknięty trądem w wieku 30 lat, a jeśli czwartego dnia, to zachoruje w wieku 40 lat; jeśli 5. dnia, to w wieku 50 lat zostanie ono dotknięte, jeśli 6. dnia, to w wieku 60 lat zachoruje, a jeśli 7. dnia, to w wieku 70 lat się to stanie, odpowiednio do siedmiu dni jej nieczystości. I nie zejdzie on z tego świata, zanim mnie zobaczy zdegenerowanych swoich potomków”. Jak widać, przypisywano Bogu prawie że arytmetyczny rozdzielnik i katalog kar za popełnione przewinienia i grzechy oraz za naruszenia przepisów rytualnych. R. Jonatan (ok. 220 r.) miał powiedzieć: z powodu siedmiu rzeczy następuje kara trądu: z powodu oszczerstwa (Ps 101,5), przelania krwi (2Sm 3,29), krzywoprzysięstwa (2Krl 5,23; 27), nieczystości (Rdz 12,17), pychy (2Krn 26,16; 19), rabunku (Kpł 14,36). Albo też powoływano się na Prz 6,16–19: „Sześć rzeczy w nienawiści ma Pan, a siedem budzi u Niego odrazę: wyniosłe oczy, kłamliwy język, ręce, co krew niewinną wylały, serce, knujące złe plany, nogi, co biegną prędko do zbrodni, świadek fałszywy co kłamie i ten, co wznieca kłótnie wśród braci”. R. Jochanan powiedział: „Ci wszyscy zostaną ukarani trądem”. Natomiast wg R. Jehuda b. Szallum (ok. 370 r.) trąd przychodzi w następstwie 11 przewinień: z powodu bluźnierstwa, nieczystości, przelania krwi, kto niesłusznie obwinia swego bliźniego, kto wkracza na teren nienależący do niego, z powodu kłamliwej mowy, kradzieży i krzywoprzysięstwa, kto bezcześci imię Pańskie, z powodu bałwochwalstwa.

Odseparowanie trędowatego od zdrowych było nakazane przez Kpł 13,45 nn. Decyzja ta nie była uwarunkowana obawą o zakażenie, lecz z powodu „teokratycznej świętości wspólnoty”, która czuła się szczególnie zagrożona przez trąd. Bo trędowaty nie tylko czynił rytualnie nieczystym to, czego się dotknął, lecz wg rabinicznych poglądów, jeśli wszedł do domu, także wszystko, co się w nim znajdowało. Nawet podczas przypadkowego spotkania z takim chorym, np. pod drzewem, można było stać się nieczystym. W czasie pochodu przez pustynię nie była taka separacja poza obozem większym problemem, inna natomiast była sytuacja, gdy Izraelici stali się narodem osiadłym. Według rabinicznych ujęć zakazane było dla nich przebywanie tylko w Jerozolimie i w miastach od dawna otoczonych murami, mogli natomiast zamieszkać w pozostałych miejscowościach, ale „odseparowani” (Kpł 13,46 nn.), tzn. wg rabinicznych egzegetów „sami dla siebie”, nawet nie z innymi kategoriami osób „nieczystych”. Dzięki temu trędowaci mogli zamieszkać nawet w Tyberiadzie, czytamy nawet o zarządzeniach, które miały im umożliwić udział w synagogałnych nabożeństwach. W przekazach jest też mowa o współżyciu trędowatego ze swą żoną, a także o sprzeciwieniu się decyzji sądowej, by trędowatego skazać na biczowanie, jeśliby wszedł na teren

zakazany. Nie ma jednak pewnych informacji talmudycznych, czy poza osiedlami budowano dla trędowatych jakieś leprozoria. Co do zakaźności trądu opinie talmudystów nie były jednomyślne; niektórzy rabini uważali jednak trąd za mocno infekcyjny i zalecali trzymać się od chorych z daleka, nawet do 100 łokci, jeśli z ich strony wieje wiatr. Gdy mąż zachorował na trąd, kobieta mogła zmusić go do rozwodu; jeśli jednak pozostała przy nim, mieli zrezygnować ze współżycia, co jednak nie było powszechnie uznawane. Szczegółowe przepisy regulowały orzeczenia dotyczące bycia wolnym od trądu. Wszyscy Izraelici mieli prawo zobaczyć uszkodzenia ciała u trędowatego, ale urzędowe orzekanie o czystości rytualnej od trądu czy nieczystości należało do kompetencji kapłana. Mówiono odpowiednio do orzekającego znawcy: „Określ, że jest czysty” albo też, że „jest nieczysty”. Czasem wymagano takiego orzeczenia przez trzech kapłanów, aby było prawomocne. Dokładnie określano też czas i miejsce oględzin: nie wolno badania trędowatego przeprowadzać rano i nie o zmroku, również nie w domu albo w dzień pochmurny, także nie w godzinach południowych; oględziny należy przeprowadzać przed południem między godz. 8. a 11., a po południu między 1. a 3. Mężczyznę bada się w pozycji człowieka, który kopie lub oliwki zbiera, kobietę, jak w sytuacji, gdy mięsi ciasto, jak karmi piersią dziecko lub przedzającej w postawie wyprostowanej. Nadto przepisy regulowały czynności sprawdzające w kolejnych ośmiu dniach procedury badania na obecność czy uzdrowienia z trądu.

Nasuwa się zasadnicze pytanie, dlaczego z taką niesamowitą drobiazgowością komentowano i poszerzano i tak już szczegółowe przepisy, Kpł 13,2 nn., gdy w przypadku zaciągnięcia innych form nieczystości rytualnej tak daleko idącej akrybii i wynalazczości intelektualnej nie stosowano? Czy przeważały względy medyczne, obawy związane z łatwością infekcji? Raczej nie, bo trąd (lepra, choroba Hansena) jest co prawda chorobą zakaźną, ale o stosunkowo małej zaraźliwości, wywołaną przez *Mycobacterium leprae*. Do zainfekowania się trądem dochodzi ewentualnie w wyniku długotrwałego, bezpośredniego kontaktowania się z trędowatym i deficytów w higienie (łatwiej zakażeniu ulegają dzieci, ponieważ ich system odpornościowy jest jeszcze słabo rozwinięty). Być może zakażenie i przebieg są też trochę genetycznie zależne. Okres wylęgania się trądu trwa zwykle bardzo długo, a rozwój zakażenia następuje wolno, czasem latami. Najwcześniej objawiają się zmiany na powłokach ciała, zwykle ukazują się guzki i grudki na skórze oraz guzy w tkance podskórnej, doprowadzające do zniekształceń, albo jeśli trąd występuje w postaci gruźlicopodobnej, tuberkuloidalnej lub nerwowej, to rozwija się wolniej, ale wtedy ze zmianami skórnymi występują zmiany neurologiczne. Dawniej jednak trąd doprowadzał do potwornych zniekształceń, zwłaszcza na twarzy (facies leonina) i kończynach i kończył się bolesną śmiercią²⁹.

²⁹ Brockhaus, *Die Enzyklopädie*, t. 13, Leipzig 1998, hasło: *Lepra*; *Encyklopedia*, t. 18, (red.) J. Rawicz i wsp., Kraków (b.r.w.), hasło: *trąd*, s. 691.

Przy innych chorobach, bardziej zakaźnych, tak szczegółowych procedur nie stosowano, ani też nie odseparowywano do czasu ustania choroby pacjenta od społeczności zdrowych. Zaważył tu istotnie teologiczny argument: trąd uważano za wymierzoną przez Boga karę za szczególnie ciężkie przewinienia, pacjenta napiętnował sam Jahwe i odsunął go radykalnie od sacrum. Co więcej, na podstawie jakości kary wnoszono o rodzaju popełnionego grzechu i zaciągniętej winy, argumentując, że Jahwe jest przecież sprawiedliwy. Takie stawianie sprawy było szczególnie dotkliwe i bolesne dla trędowatego, czuł się przeklęty przez Boga i wyłączony dożywotnio z ludu wybranego, zdegradowany do pozycji żyjącego jeszcze trupa.

Okolicznością nasilającą takie nastawienie do tych pacjentów był fakt, że leczenie prawdziwego trądu było bezskuteczne, a choroba trwała dożywotnio, podczas gdy inne epidemie były raczej krótkotrwałe lub plagi szybko minęły, gdy np. wg Lb 12,33–34 u Izraelitów na pustyni „mięso jeszcze było między ich zębami, jeszcze nie przeżute, gdy już zapalił się gniew Pana przeciw ludowi i uderzył go Pan wielką plagą. Nazwano to miejsce Kibrot-Hattaawa, bo tam pochowano ludzi, których opanowało pożądanie. Takie szybkie, liczne i na większą skalę umieranie zdaje się wskazywać na jakiś wybuch epidemii, który spowodował tę „wielką plagę”, bliżej nieokreśloną w tym tekście. Komentator tego toposu biblijnego uważa, że „kontekst nasuwa myśl o chorobie”³⁰, ale nie wypowiada się, o jaką mogłoby chodzić. Był to niemały pogrom, skoro zachował się długo w pamięci zbiorowej, a wspomina o nim nawet Ps 78,29–31: „Jedli więc i nasycili się w pełni (...), gdy się rozżarzył przeciw nim gniew Boży: zabił ich dostojników, a młodzieńców Izraela powalił”. Spełniła się w tym przypadku zapowiedź Lb 11,18–20: „teraz da wam Pan mięso do jedzenia. Będziecie je spożywać nie tylko przez jeden dzień, albo dwa, albo pięć czy dziesięć lub dwadzieścia, lecz przez cały miesiąc, aż wam przez nozdrza wyjdzie i przejmie was wstrętem; odrzuciliście bowiem Pana, który jest pośrodku was i narzekaliście przed nim, mówiąc, dlaczego wyszliśmy z Egiptu?” W niektórych tłumaczeniach zamiast „przejmie was wstrętem”, konkretnie wskazuje się na chorobę zakaźną: „aż dostaniecie cholerynę”³¹. Chodziło o ciężkie zatrucie pokarmowe wywołane przez pałeczki *Salmonella* lub też o czerwonką bakteryjną – ostrą chorobę zakaźną, wywołaną przez pałeczki *Shigella*, bardzo zaraźliwą. Zakażenie następuje drogą pokarmową, a źródłem zakażenia jest chory lub nosiciel zarazków, zaś przenośnikami są zwykle muchy, czasem występuje w formie zachorowań zbiorowych. Biegunka doprowadza do odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych, objawów szczególnie groźnych u małych dzieci i osób starszych³².

³⁰ Zob. *Biblia Tysiąclecia*, s. 148, przypis do Lb 11,33.

³¹ H. Schneider, *Das Buch Numeri*, [w:] *Die Heilige Schrift in deutscher Übersetzung*, t. 1, Würzburg 1955, s. 375.

³² *Encyklopedia*, t. 3, (red.) J. Rawicz i wsp., Kraków (b.r.w.), hasło: *choleryna*, s. 325; hasło: *czerwonka bakteryjna*, s. 612.

O jakiejś wielkiej pandemii, połączonej z guzami i śmiertelnością, współwystępującej z plagą myszy, które niszczyły kraj, pisze 1Sm 5,9–12, co nastąpiło, gdy Filistyni zawładnęli Arką Przymierza i przetrzymywali ją przez 7 miesięcy u siebie. Gdy Arka miała przybyć do Ekronu, mieszkańcy kategorycznie jej nie chcieli: „Przynieśli mi Arkę Boga izraelskiego, aby mnie i lud mój oddać na zatracenie (...). Niech nie naraża na śmierć mnie i mego ludu (...). Ci, którzy nie umarli, byli dotknięci guzami, błagalne więc głosy wznosiły się z miasta ku niebu”. Zdecydowano się oddać Arkę Pańską, z darami: „Według liczby władców filistyńskich, pięć guzów złotych i pięć myszy złotych” (1Sm 6,1–5 nn.). Nie jest jednak wymieniona nazwa tego nagłego, wielkiego pomoru ludności i wystąpienia guzów oraz masowego pojawienia się myszy, które, być może, przenosiły zarazki.

Można nadmienić, że liczba guzów złotych odpowiadała liczbie pięciu głównych miast filistyńskich, którymi były: Gaza, Askalon, Asdod, Ekron i Gat. Zwyczaj złożenia wotum wdzięczności Bogu w kształcie uzdrowionej przez Niego części ciała istniał także w innych religiach, spotykany jest również często w chrześcijańskich świątyniach pielgrzymkowych. To, że Filistyni złożyli w ofierze przebłagalnej także podobizny złotych myszy, nie musi świadczyć, że również plaga myszy niszczyła Filistę. Prawdopodobnie Filistyni wiedzieli, że zaraza została przywleczona przez myszy lub szczury na ich tereny i dlatego oprócz wotów znamion zarazy ofiarowali także wota obrazujące jej przenosicieli³³. I faktycznie, po złożeniu tych darów przebłagalnych i odesłaniu ich z Arką Przymierza do Izraela zaraza ustała.

Biblia niekiedy używa słowa „plaga”, gdy dochodziło do masowego umierania ludu, nie wymieniając jednak konkretnej przyczyny tak szybkiej śmierci wielotysięcznej rzeszy ludzi. Komentatorzy tekstu biblijnego myślą w takim przypadku o gwałtownie rozprzestrzeniającej się zarazie, nie wymieniając jednak jej nazwy. Na przykład wg Lb 17,12–14: „Wziął więc Aaron kadzielnicę, jak mu przykazał Mojżesz, i pobiegł między lud, gdzie już się rozpoczęła plaga. Nałożył kadzidło i dokonał obrzędu przebłagania nad ludem. Stał następnie pomiędzy umarłymi i żywymi – a plaga ustała. A tych, którzy zginęli, było czternaście tysięcy siedmiuset, oprócz zmarłych z powodu Koracha. Jeszcze większa „plaga” nastąpiła wśród Izraelitów, gdy lud „zaczął uprawiać nierząd z Moabitkami. One to nakłaniały lud do brania udziału w ofiarach składanych ich bożkom. Lud spożywał dary ofiarne i oddawał pokłon ich bogom (...). I nastąpiła plaga wśród Izraelitów. Zginęło ich wtedy dwadzieścia cztery tysiące” (Lb 25,1–9). Zastanawiające są te duże liczby zmarłych. Trzeba wziąć pod uwagę, że ludzie w wielkiej gromadzie szli przez pustynię, byli już mocno osłabieni, lekarstw i lekarzy nie było, łatwo więc doszło do pandemii i hekatomb ofiar. Tekst biblijny nie precyzuje jednak, jakiego typu to

³³ M. Rehm, *Die Bücher Samuel*, [w:] *Die Heilige Schrift in deutscher Übersetzung*, t. 2, Würzburg 1956, s. 24.

była plaga. Komentator do tekstu Lb 17,11 podaje, że była to „zapewne zaraza”, ale nie wyszczególnia jaka³⁴.

Nieco bardziej informatywny jest tekst biblijny, gdy np. Wj 9,10 podaje, że „powstały wrzody i pryszcze na ludziach” lub Pwt 28,35: „Pan cię dotknie złośliwymi wrzodami na kolanach i nogach”. Nie chodziło w tych przypadkach prawdopodobnie o choroby zakaźne. Inna jest sytuacja, gdy w Pwt 28,27 Pan za niewierność zapowiada, że „dotknie cię wrzodem egipskim, hemoroidami, świerzbem i parchami, których nie zdołasz wyleczyć”. Parch to dawna nazwa grzybicy skórnej zwierząt i człowieka, czyli strupień woszczynowy, wywołany przez różne gatunki grzyba *Achorion*. Źródłem zakażenia może być chory człowiek, zwierzę lub przedmioty z otoczenia chorego. Niektóre formy grzybicy są bardzo zaraźliwe; np. grzybica naskórkowa, „jedna z częstych grzybicy skóry, bardzo zaraźliwa, powodująca masowe zachorowania w większych zbiorowiskach ludzkich”³⁵. Świerzb jest wzmiankowany w Biblii tylko dwa razy: Kpł 21,20, że kapłan z taką skazą nie może pełnić funkcji kapłańskich, oraz Pwt 28,27, wymieniony jako kara za sprzeniewierzenie się przymierzu z Jahwe. Zakażenie może być bezpośrednie od chorego lub pośrednie przez pościel, bieliznę itp., ale głównie przez spanie z chorym w jednym łóżku. Głównym objawem jest świąd nasilający się nocą. Na skórze pojawiają się wskutek drapania liczne wykwity: grudki obrzękowo-wysiękowe, pęcherzyki surowicze i ropne, nadżerki i strupy, a także objawy streszczenia i wtórnych zakażeń ropnych. Choć nie jest śmiertelny, ale bardzo uciążliwy i dokuczliwy, a w czasach biblijnych, w warunkach pustynnych czy u ludów rolniczo-pasterskich, dobrych lekarstw na to nie znano; stąd dopowiedzenie w Pwt 28,27, „których nie zdołasz wyleczyć”³⁶.

Należałoby nadmienić, że wnioskowanie zwrotne czy przypisywanie Bogu arytmetycznego wymierzania kary za popełnione przestępstwa moralne i przewinienia rytualne było i jest raczej ryzykowne, gdyż generalnie nie można narzucić Jemu określonego wymierzania kary czy zaniechania jej, o czym świadczą m.in. *Księga Hioba* czy *Księga Jonasza*. Za popełnione nieprawości Niniwa miała ulec zagładzie, ale „ulitował się Bóg nad niedolą, którą postanowił na nich sprowadzić” (Jon 3,10). W przypadku Hioba nie było żadnej jego winy osobistej, a przecież szatan, za zgodą Jahwe, „obsypał Hioba trądem złośliwym, od palca stopy aż do wierzchu głowy. Hiob wziął więc skorupę, by się nią drapać, siedząc na gnojku. Rzekła mu żona: «Jeszcze twarz mocno w swojej prawości? Złorzecz Bogu i umieraj»” (Hi 2,7–9). Przyjaciele jego, którzy przybyli, aby pocieszyć go, usiłują wmówić mu, że jego choroba i cierpienia są owocem grzechów przezeń popeł-

³⁴ Zob. *Biblia Tysiąclecia*, s. 153, przypis do Lb 17,11.

³⁵ *Mała encyklopedia zdrowia*, t. 1, (red.) S. Bogusławski i wsp., Warszawa 1987, hasło: *grzybica skóry*, s. 372–373.

³⁶ Ibidem, hasło: *świerzb*, s. 1219–1220.

nionych, bo wg Elihu: Bóg „według czynów każdemu zapłaci, odda, kto na co zasłużył. Nie, Bóg nie działa zdradliwe, ni wszechmocny praw niczych nie łamie” (Hi 34,11–12). Hiob, zmiażdżony cierpieniem, potrafił jednak przezwyciężyć rozpacz i zwątpienie, zawierza całkowicie Bogu. „Odpowiedź Hioba jest poniekąd ostateczna, cierpienia nie można wytłumaczyć, trzeba je znieść, a zniesie się je, gdy będzie się miało ufność”³⁷. Wskazano jednak wyraźnie, że człowieka może dotknąć trąd czy inne choroby i nieszczęścia, zupełnie bez jego winy. Ten błędny paradygmat wnioskowania, argumentując na podstawie danej choroby o popełnionym grzechu osobistym czy przez rodziców danego nieszczęśnika, spotykamy u uczniów Jezusa, którzy pytali Go: „Rabbi, kto zgrzeszył, że się urodził niewidomym, on czy jego rodzice?” Jezus odpowiedział: „Ani on nie zgrzeszył, ani rodzice jego, ale stało się tak, aby się na nim objawiły sprawy Boże” (J 9,2–3).

Zarazy odgrywają też pewną rolę w *Nowym Testamencie*, jako zapowiedź czasów eschatologicznych, u Mat 24,7: „Powstanie bowiem naród przeciw narodowi i królestwo przeciw królestwu. Będzie głód i zaraza, a miejscami trzęsienia ziemi”. Podobnie u Łk 21,11: „Będą silne trzęsienia ziemi, a miejscami głód i zaraza; ukażą się straszne zjawiska i wielkie znaki na niebie”. Natomiast Jan w swej *Apokalipsie*, kreśląc eschatologiczne zdarzenia przed Sądnym dniem, wymienia cztery konie i ich jeźdźców: „I ujrzałem: oto koń trupio błydy, a imię na nim siedzącego Śmierć, i Otchłań mu towarzyszyła. I dano im władzę nad czwartą częścią ziemi, by zabijali mieczem i głodem, i morem, i przez dzikie zwierzęta” (Ap 6,8) („otchłań” – to dawna biblijna kraina zmarłych). W przeszłości na te apokaliptyczne zdarzenia niejednokrotnie powoływano się, gdy panowały kolejne zarazy pustoszące kraje, gdy wojny niszczyły miasta i wsie, a ludzie po klęskach nieurodzaju umierali z głodu. Widziano w tych kataklizmach nieraz rękę Boga karzącą za grzechy ludzkie, czy nawet zapowiedzi zbliżającego się końca świata³⁸.

Może trochę intrygować ta raz po raz powtarzająca się łącznie triada przyczyn śmierci (16-krotnie), powodowanej zarazą, mieczem i głodem. Gdy np. skośnoocy najeźdźcy mongolscy, zabijając, paląc i niszcząc, najechali na Europę Wschodnią i Środkową, zapanowały paniczne, wprost eschatologiczne nastroje, myślano, że nastały czasy ostateczne³⁹. Krążyły o nich najokropniejsze wieści, np. że wydostali się z najmroczniejszej części Hadesu – Tartaru – stąd ich potoczna nazwa „Tartarzy”, że są podobni do szatanów. Widziano w nich apokaliptyczne zastępy Goga i Magoaga, które wyruszyły na podbój krajów chrześcijańskich, a władca ich jest wcielonym antychrystem⁴⁰. Upatrywano w nich karzący miecz

³⁷ D. Arenhoevel, *Ereifere dich nicht über die Frevler*, „Bibel und Kirche” 1965, nr 1, s. 5.

³⁸ A. Zwoliński, *Od powietrza... Ludzie w czas zarazy*, Kraków 2020, s. 230 i n.

³⁹ W. Heissig, *Mongolenreiche*, [w:] *Propyläen Weltgeschichte*, t. 6, (red.) G. Mann, A. Nitschke, Berlin 1986, s. 360.

⁴⁰ J. Fried, *Auf der Suche nach der Wirklichkeit. Die Mongolen und die europäische Erfahrungswissenschaft im 13. Jahrhundert*, „Historische Zeitschrift” 1986, nr 243, s. 300–301.

gniewu Bożego w czasach ostatecznych i uważano, że tylko sam Bóg może jeszcze uratować chrześcijaństwo. W tej beznadziejnej sytuacji „władze kościelne nakazywały posty, dzwonienia i modły przebłagalne, w dzień i noc w wielu krajach stały otworem świątynie celem przygotowania wiernych do śmierci”⁴¹.

Największa jednak liczba śmierci nagłych, przeważnie w młodym wieku, wiąże się z wojnami. Według danych szacunkowych w 14,5 tysiącach wojen w ciągu ostatnich 5 tysięcy lat zginęło ponad 3,6 miliarda ludzi⁴².

Ale również epidemie od najdawniejszych czasów nękały ludzkość i nieraz wpływały na przebieg dziejów. O nieudanej wyprawie Sennacheryba na Jerozolimę wspomniano. Zdarzało się, że „wybuch epidemii potrafił storpedować plany najlepszych dowódców i zatrzymać najpotężniejsze armie”⁴³. Na przykład dur brzuszny od początków ludzkości towarzyszył zbrojnym konfliktom. Nękał już starożytnych, a w średniowieczu dziesiątkował m.in. krzyżowców w Ziemi Świętej. Opanował też m.in. powojenne Włochy, wyniszczone nalotami i bombardowaniami. Później, w latach 50. XX w. złe warunki sanitarne, głód i powódzie, jakie przetoczyły się przez ten kraj, przyniosły nawrót epidemii. Zginęło wiele tysięcy ludzi. Liczbę zachorowań pod koniec tragicznej dekady szacuje się na ponad 100 tysięcy. W 2003 r. z powodu AIDS zmarło na świecie 2,9 miliona osób, z czego 2,2 miliona to mieszkańcy Afryki. Pandemia koronawirusa kolejny raz wprowadziła całą ludzkość w panikę i przerażenie. Nadto, jak wskazuje A. Zwoliński, w bardzo krótkich odstępach czasu pojawiały się klęski głodu, który dotyczył przede wszystkim ubogich, zastępy żebraków i chromych. Śmierć nagła i niespodziewana stała się nieodłącznym elementem średniowiecznego krajobrazu i źródłem masowych lęków. Nawet na podstawie zachodzących tego typu kataklizmów przyrodniczych i zaraz nie powinno się pochopnie wnosić o bezpośredniej bliskości końca świata czy przybyciu na świat antychrysta, czy powtórnego przyjścia, na sąd ostateczny Chrystusa. Bo: „o dniu owym i godzinie nikt nie wie, nawet aniołowie niebiescy, tylko sam Ojciec” (Mt 24,36; Mk 13,32)⁴⁴.

Reasumując, z perspektywy historyczno-medycznej dawne dzieje ludu Izraela, który stykał się w swej historii z różnymi społeczeństwami o bardziej rozwiniętej gospodarce i kulturze, wśród których grasowały nieraz masowe zarazy, dziesiątkujące ich ludność, a sam nie był nimi dotknięty, gdyż prowadził długo wędrujący, pasterski tryb życia, miał mało kontaktów z ludnością osiadłą, miejską, a więc żył poza wielkimi ogniskami zarazy; grupy pasterskie były mało liczne, raz po raz zmieniały miejsce przebywania, więc raczej nie towarzyszyły im myszy i szczury – częste nośniki zarazy; Izraelici na ogół nie zawierali też związków małżeńskich

⁴¹ J. Umiński, *Niebezpieczeństwo tatarskie w połowie XIII w. i papież Innocenty IV*, Lwów 1922, s. 7.

⁴² A. Zwoliński, *op. cit.*, s. 115.

⁴³ *Ibidem*, s. 118; z pracy tej korzystano także w dalszej części tego akapitu.

⁴⁴ K. Reichhold, X. Sircar, *Prophezeiungen vom Ende der Welt*, Rosenheim 2001, s. 225–244.

z ludnością obcą, osiadłą, a więc unikali przy okazji zainfekowania się ich chorobami, sami zaś jadali dużo czosnku i cebuli, np. w Egipcie, co wzmacniało ich odporność. Sytuacja zaczęła się stopniowo zmieniać, gdy przeszli na osiadły tryb życia w związku z gospodarką rolniczą, budową miast i kulturą miejską. Nauki medyczne były jednak w dawnym Izraelu słabiej rozwinięte niż w krajach ościennych, dominujących⁴⁵, dlatego epidemie rozpatrywali głównie w kategoriach religijnych.

Plagues in old-time Israel

On pages of the Old Testament we frequently come upon information concerning diseases occurring in great numbers. With the exception of leprosy, they usually had a rapid course and led to quick death of most of the sick. People of those time would naturally raise a question as to the reason of these afflictions as they provoked understandable fear. Regardless of the fact that it was understood that plagues may spread through contact with other people and their belongings and they also may somehow be communicated by animals (for example mice), still there was a search for so called deeper causes of epidemics. It was recognised that such reasons should be traced back to people's sins for which God sends His rightful punishment. The goal of this paper is to present examples of such interpretation of epidemics in the Old Testament as well as the evolution that this kind of interpretation would undergo until the time of the New Testament. Under the influence of Hellenistic medicine, the New Testamentary interpretation of epidemics and other diseases as well, more willingly allows for simply naturalistic elements. It explains epidemic diseases as caused by environmental factors, not always preceded with human transgressions.

Key words: epidemic, Israel, Old Testament, New Testament

⁴⁵ Więcej na ten temat w artykule: F.M. Rosiński, *Stosunek do chorych i niepełnosprawnych w czasach biblijnych*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.), *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Wrocław 2010, s. 371–381.

Erwin Mateja

Kult św. Rocha w Dobrzeniu Wielkim jako reakcja na epidemie XVII–XIX w. (na przykładzie Opolszczyzny)

Wprowadzenie

Opolanie byli nękani epidemiami od zamierzchłej przeszłości. Te straszne choroby, które występowały na Śląsku w interesującym nas okresie, zostały już dość wnikliwie opisane przez badaczy problemu. Dziejami górnośląskiej medycyny i farmacji do 1945 r. zajmowała się głównie historiografia niemiecka. W *Oberschlesische Bibliographie*, w trzech działach: *Krankheiten, Ärzte und Apotheker* oraz *Badeorte*, zestawiono ponad 130 pozycji z dziejów medycyny i farmacji górnośląskiej. Zawiera ona również wykaz licznych monografii poszczególnych miast górnośląskich, w których znajdują się rozdziały poświęcone opiece społecznej i zdrowotnej. W XIX w. ukazało się kilka pozycji poświęconych epidemii cholery w rejencji opolskiej. Należy tu zaliczyć prace osób będących lekarzami lub pełniących funkcje na stanowiskach urzędników medycznych, które zawierają relacje z przebiegu epidemii cholery na Górnym Śląsku, jak również sposoby leczenia choroby. Takie informacje mieści wydawana wtedy gazeta „Schlesische Cholera-Zeitung”, publikująca doniesienia ówczesnych lekarzy prowadzących badania na powierzonym im terenie, którzy byli świadkami przebiegającej tam epidemii. Natomiast dla polskiego czytelnika przygotowali w ostatnich latach lokalni historycy swoje interesujące prace¹.

¹ B. Ratajczak, *Próby zapobiegania kłęskom elementarnym w Opolu w okresie od XVII do I połowy XIX w.*, [w:] H. Borek (red.), *Studia Śląskie*, t. 45, Opole 1987, s. 167–182; M.P. Czapliński, *Epidemie cholery w rejencji opolskiej w latach 1831–1894*, Rybnik 2012.

Przyczyny pojawiania się pandemii w minionych wiekach

Lektura tych materiałów pokazuje, że ówczesne epidemie były zazwyczaj odnotowywane jako nieszczęścia towarzyszące klęskom żywiołowym, których rezultatem była nędza i głód. Pierwsze duże klęski nieurodzaju i głodu na Śląsku miały miejsce w latach 1622 oraz 1647 i 1648². Najbardziej jednak jaskrawym przykładem związku głodu z epidemiami może być najpoważniejsza w skutkach epidemia pierwszej połowy XIX w. – tyfus. W 1844 r. wybuchła na Górnym Śląsku zaraza ziemniaczana, która spowodowała przegnicie niewykopanych jeszcze ziemniaków, będących podstawowym pożywieniem miejscowej ludności. W kolejnych dwóch latach (1845–1846) trwające bez przerwy przez kilka miesięcy deszcze zniszczyły uprawy ziemniaków i zbóż. Jeśli wierzyć przekazom z tamtego czasu, ludzie byli wtedy w tak trudnej sytuacji, że jedli nawet chwasty. Nic dziwnego, że tak wyczerpane organizmy podatne były na choroby. Informacje o katastrofalnej sytuacji, w jakiej znaleźli się mieszkańcy rejencji opolskiej, docierały do wszystkich zakątków Europy, a nawet do Ameryki. Spowodowały one solidarną falę pomocy cierpiącym Górnoszlązakom³.

Wielu uczonych uważa, że epidemie były też następstwem wywołanych przez człowieka wojen. Sama tylko wojna trzydziestoletnia (1618–1648) przyniosła Śląskowi ogromne straty. W wyniku działań wojennych, a także przenoszonych przez żołnierzy chorób i epidemii, szczególnie tak zwanej „czarnej śmierci”, Śląsk stracił około 25–30% swojej ludności⁴. Epidemia dżumy w 1633 r. spowodowała w samym tylko Wrocławiu śmierć ok. 18 000 chorych, czyli prawie połowa mieszkańców wtedy zmarła⁵. Osiem lat po zakończeniu wojny, czyli w 1656 r., wybuchła kolejna epidemia, następne przypadły zaś w latach 1669–1670 oraz 1679–1680. Ta ostatnia należała do najtragiczniejszych w dziejach Opola, pochłonęła bowiem prawie połowę ludności miasta. Mieszkańcy upamiętnili to smutne wydarzenie, wznosząc w miejscu wybuchu choroby kaplicę pod wezwaniem św. Sebastiana. Pamiątkowa tablica zawieszona u wejścia do tego kościółka informuje dziś, że ten barokowy kościół został zbudowany jako wotum dziękczynne po wygaśnięciu w 1680 r. panującej w Opolu zarazy. Postawiony został w miejscu gospody, gdzie w 1679 r. zmarła na dżumę pierwsza ofiara epidemii. Z kolei bardzo dotkliwe dla Opola i okolic pomory występowały w XVIII i XIX w. Były one pokłosiem epidemii, które nazywano zarazami, morowym powietrzem, morem lub po prostu morawką, i obecnie trudno jest ustalić właściwą nazwę jednostki chorobowej, kryjącej się pod tymi określeniami⁶.

² F. Idzikowski, *Geschichte der Stadt Oppeln*, Oppeln 1863, s. 165.

³ Szeroko opisuje formy tej pomocy M.P. Czapliński, *op. cit.*, s. 58–64.

⁴ K. Popiołek, *Historia Śląska od pradziejów do 1945 roku*, Katowice 1972, s. 97.

⁵ P. Pregiel, T. Przerwa, *Dzieje Śląska*, Wrocław 2005, s. 74.

⁶ B. Ratajczak, *op. cit.*, s. 170.

Szukając kolejnych przyczyn pojawiania się epidemii, trzeba wspomnieć o znaczeniu warunków higienicznych, w których przyszło żyć dawnym mieszkańcom Opolszczyzny. A te zmieniały się bardzo wolno. W miastach problemem było ich duże zanieczyszczenie. Nie wywożone z nich nieczystości i śmieci stawały się miejscem występowania insektów i gryzoni, będących nośnikami zarazków chorób zakaźnych. Ścieki odprowadzano otwartymi kanałami, zanieczyszczając często studnie, źródła, ulice i potęgując zaduch w mieście. Z kolei ludność wiejska Górnego Śląska mieszkała w drewnianych domach, które zawierały w sobie jednocześnie mieszkanie, oborę i stodołę. Jedynie zamożni gospodarze mieli osobno wybudowane budynki gospodarcze. Tak więc bardzo często pod jednym dachem mieszkała rodzina razem z inwentarzem żywym. Stajenny zapach przenikał cały dom i ściągał do niego roje much. Warto też pamiętać, że izby mieszkalne miały też zagłębienie piwniczne, skąd stale wydobywał się stęchły zapach kiełkujących lub butwiejących ziemniaków. W wielu izbach mieszkalnych stały także jeszcze beczki z kapustą, a pochodzący z nich zapach przyczyniał się do dalszego zepsucia powietrza. Mieszkało zatem w warunkach niezdrowych, osłabiających odporność organizmu, czyniąc go podatnym na choroby⁷.

Zwalczanie chorób epidemicznych zawsze powinno leżeć na sercu lekarzom oraz władzom cywilnym centralnym oraz lokalnym. W Prusach wydano w 1835 r. ogólnopaństwową ustawę, w której były zawarte sanitarno-policyjne przepisy. Ich lektura pokazuje, iż zarówno władze, jak i lekarze nie mieli zbyt dużego doświadczenia w walce z chorobami zakaźnymi, których etiologia była im mało znana. Zdawali sobie jednak sprawę ze znaczenia profilaktyki zdrowotnej. Problemem bowiem był sposób życia i mentalność ludności. Czystość nie kojarzyła się wcale ze zdrowiem, a brud z zakażeniami i chorobami. Z profilaktyką zdrowotną wiąże się nierozdzielnie problem istniejącej służby zdrowia. W przypadku Śląska Opolskiego niekorzystnym zjawiskiem był niedostatek rodzimych medyków; osiadali tu cudzoziemcy, z reguły słabsi absolwenci zachodnich uczelni, nieznający języka polskiego, co utrudniało kontakt z chorymi⁸. Niewielkie znaczenie w zakresie służby zdrowia odgrywały w Opolu szpitale. Miasto nie posiadało placówek przeznaczonych wyłącznie na cele lecznicze, a istniejące spełniały funkcje przytułków. Skuteczność leczenia zależała także od zróżnicowania społecznego pacjentów. Wysokie honoraria lekarskie i ceny specyfików aptekarskich powodowały, że ludność biedna i średniozamożna szukała najtańszych medyków, pseudolekarzy i szarlatanów. Ludzie ci, nie mając sposobu płacenia, uciekali się do tych, co ich za niską cenę leczyli i bardzo często kupowali sobie za kilka groszy i błędnego lekarza, i śmierć.

⁷ M.P. Czapliński, *op. cit.*, s. 43.

⁸ Na Śląsku Opolskim większość ludności wiejskiej i duża część mieszkańców miast posługiwała się w XIX w. językiem polskim, pomimo tego, że od XIV w. prowincja ta pozostawała poza granicami Rzeczypospolitej.

Najbiedniejsza część mieszkańców Opolszczyzny, pozbawiona opieki medycznej, jedyną szansę zachowania zdrowia i życia upatrywała w pielgrzymkach do miejsc świętych i nabożeństwach do św. Rocha. Poza tym panowało wśród ludu przekonanie, że podobnie jak w przypadku dżumy, cholera miała uchodzić za karę Bożą za grzechy. Starano się więc ubłagać Boga przez orędownictwo patronów chroniących od zarazy o odsunięcie epidemii. W tym celu uczestniczono w pielgrzymkach błagalnych, a po ustaniu epidemii w dziękczynnych, udając się do miejsc uświęconych.

W tym miejscu dotarliśmy do podjęcia głównego celu tego artykułu, którym jest pokazanie, jak się rozwijał kult św. Rocha w Dobrzenu Wielkim, jaką rolę pełnił ten święty dawniej w życiu miejscowej ludności i jaką pełni dzisiaj. Najpierw jednak przypomnijmy to, co o św. Rochu podaje hagiografia.

Życie i działalność św. Rocha (ok. 1295–1327)

Jest to postać mało historycznie udokumentowana⁹, a mimo to bardzo popularna i czczona przez wiernych. Przyszedł na świat w południowej Francji, w Montpellier, jako jedyne dziecko bogatych mieszczan. Czymś niezwykłym było to, że urodził się ze znakiem krzyża na lewej piersi. W wieku dwudziestu lat stracił rodziców i odziedziczył ich majątek. Zgodnie z zaleceniem Chrystusa: „Jeśli chcesz być doskonałym, idź, sprzedaj, co posiadasz i rozdaj ubogim, a będziesz miał skarb w niebie” (Mt 19, 21) rozdzielił biednym odziedziczone pieniądze, a kierowanie majątkiem ziemskim powierzył stryjowi. Następnie pieszo udał się na pielgrzymkę do Rzymu, aby uczcić grób św. Piotra. Po drodze zastał we włoskim miasteczku Acqupendente zarazę dżumy¹⁰. Postanowił chorym przyjść z pomocą, mimo świadomości, iż sam może zostać zarażony. Wtedy odkrył, że Bóg obdarzył go łaską uzdrawiania, która szybko zjednała mu sławę świętego uwielbianego przez tłumy. On jednak opuścił miasto i wybrał się do Cezeny, gdzie także służył chorym¹¹. W końcu jednak osiągnął wymarzony cel i dotarł do Rzymu. W Wiecznym Mieście spędził trzy lata, nawiedzając kościoły i opiekując się chorymi. Miał tam między innymi uzdrowić kard. Brytanikusa. Nakreślony na jego czole krzyż pozostał widoczny do końca życia. Używając tego świętego dla chrześcijan znaku, Roch uwolnił od zarazy cały Rzym¹².

⁹ J. Bollandus, *Acta Sanctorum quotquot toto coluntur, vel a catholicis scrittoribus celebrantur quae ex latinis et graecis, aliarumque gentum antiquis monumentis collegit, digessint notis illustravit*, Parissis et Romae 1866, t. 3, s. 380–415.

¹⁰ W. Zaleski, *Święci na każdy dzień*, Warszawa 1989, s. 475.

¹¹ W. Hozakowski, *Żywoty Świętych Pańskich, na podstawie kalendarza kościelnego z uwzględnieniem dzieła ks. Piotra Skargi oraz innych opracowań i źródeł*, Poznań 1908, s. 736.

¹² O. Prokop, *Żywoty Świętych Pańskich na wszystkie dni roku z przydaniem do każdego pożytku duchowego i własnej modlitwy*, Warszawa 1881, s. 687.

Wtedy postanowił wrócić do Francji. Po drodze dowiedział się, że w mieście Piacenza swoje żniwo zbiera epidemia dżumy. Udał się tam, by się opiekować chorymi. Ta posługa sprawiła, że sam się zaraził. Jednak nie pojawił się nikt, kto by mu pomógł w cierpieniu, wręcz przeciwnie, został wypędzony z miasta. Resztkami sił dotarł do pobliskiego lasu i tam czekał na wypełnienie się woli Bożej. Jednak kiedy napił się wody z pobliskiego źródła, poczuł się lepiej i zaczął powracać do sił, ale nie miał żadnego pożywienia. W tym momencie pojawia się w omawianej historii wątek psa, który w ikonograficznych przedstawieniach Rocha zawsze jest obok niego. Mieszkający w pobliskim dworku szlachcic Gotard, który schronił się tam przed dżumą, zauważył, że jego pies brał ze stołu chleb i wybiegał z nim z domu. Służba twierdziła, że pies nie może być głodny, ponieważ dostaje swoją strawę. Kiedy szlachcic poszedł z ciekawości za psem, zorientował się, że pocztowe zwierzę przynosiło chleb choremu Rochowi. Wzruszony Gotard ulitował się nad chorym nędzarzem, wziął go do siebie i opiekował się nim aż do jego wyzdrowienia¹³. Niektórzy hagiografowie informują, że szlachcic Gotard towarzyszył jakiś czas zdrowemu Rochowi w jego działalności i widząc jego pobożność oraz świątobliwy przykład życia, postanowił osobiście rozpocząć bardziej chrześcijański styl życia z dużym akcentem na jego wymiar pokutniczy¹⁴.

W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że nie ma zgodności w opinii historyków co do miejsca śmierci Rocha. Jedni mówią, że jego aresztowanie miało miejsce jeszcze na ziemi włoskiej, w Angenie (Lombardia), gdzie po pięciu latach z więzienia uwolniła go śmierć, która nadeszła w dniu Wniebowzięcia NMP 1327 r.¹⁵ Większość jednak uważa, że Roch wrócił do swego rodzinnego miasta, w którym się spodziewano nieprzyjacielskiego napadu. Kiedy więc ubrany ubogo nie został rozpoznany, uznano go za szpiega i wtrącono do więzienia, w którym spędził pięć lat. Nawet własny stryj go nie rozpoznał. Przed śmiercią Roch poprosił, by kapłan udzielił mu Wiatyku. Kiedy ten przyszedł do celi, zauważył, że pomieszczenie wypełnia niezwykle światło. Odczytał to jako znak, iż więzień jest niewinny. Po informowaniu o tym wydarzeniu władze więzienne, które potwierdziły ten fakt w trakcie pobytu w celi, ale było już za późno na uwolnienie więźnia, ponieważ Roch już był martwy. Było to 16 sierpnia 1327 r. Kim był zmarły dowiedziano się dopiero po jego śmierci, zobaczywszy znak krzyża na jego lewej piersi¹⁶. Wtedy także stryj uznał w nim swojego siostrzeńca i zorganizował mu uroczysty pogrzeb w kościele parafialnym. Część jego relikwii przeniesiono w 1485 r. do Wenecji,

¹³ E. i H. Melchers, *Der heilige Rochus*, [w:] *Das grosse Buch der Heiligen. Geschichte und Legende im Jahreslauf*, München 1996, s. 533–535.

¹⁴ F. Mense, *Heiligen Legende in täglichen Lesungen und Beachtungen*, Freiburg 1911, s. 438.

¹⁵ H. Misztal, *Świeccy święci i błogosławieni*, Lublin – Sandomierz 2002, s. 225; W. Zaleski, *op. cit.*, s. 475.

¹⁶ V. Schaubert, H.M. Schindler, *Roch św.*, [w:] *Ilustrowany leksykon świętych*, tłum. P. Tkaczyk, R. Zajackowski, Kielce 2002, s. 629.

gdzie do dnia dzisiejszego można je uczcić w kościele wystawionym ku jego czci. Z tego miejsca kult świętego rozkwitał wzdłuż weneckich dróg handlowych. Do jego rozszerzenia przyczynili się również franciszkanie, którzy uznali go za swojego tercjarza.

Kult św. Rocha rozszedł się bardzo szybko po Europie, ludziom był bowiem potrzebny patron, którego orędownictwa wzywano w przypadkach tak liczne wtedy występujących epidemii. Dlatego kiedy w średniowieczu tworzone były różne kategorie patronów, powstała też grupa świętych przywoływanych w czasie występowania chorób zakaźnych. Pierwszymi, którzy do niej weszli, byli Roch i Sebastian¹⁷. Jego sława rozpowszechniła się zwłaszcza od 1414 r., kiedy to miasto Konstancja, gdzie odbywał się sobór powszechny, dotknięte morowym powietrzem, po wezwaniu jego wstawiennictwa zostało uwolnione od tej klęski¹⁸.

Powstanie kościoła św. Rocha w Dobrzenu Wielkim

Dobrzeń Wielki nie jest jedynym miejscem na Opolszczyźnie, w którym czci się św. Rocha. Przez wieki budowano tu kościoły ku czci tego patrona chroniącego od epidemii. Motywem dla wiernych, by postawić kościół, było przekonanie, że w ich przypadku ustanie zarazy zawdzięczają wstawiennictwu św. Rocha. Taki kościół powstał w Tułowicach w latach 1828–1840, w Starych Budkowicach w latach 1847–1848 oraz stosunkowo nowy, bo zbudowany w latach 1957–1960, kościół w Dąbrówce Górnej. Ponadto w Nysie znajdują się, niestety, ruiny kościoła św. Rocha i św. Sebastiana wybudowanego w 1633 r., natomiast także w Nysie, w dzielnicy Jędrzychów, użytkowany jest regularnie kościół filialny z 1835 r. pw. Matki Bożej i św. Rocha. Godnym odnotowania jest fakt, że od wybuchu pandemii koronawirusa wierni postanowili gromadzić się na modlitwach w Głuchołazach, w kościele cmentarnym św. Rocha z XVII w. Z kolei w Oleśnie sprawowana jest regularnie liturgia w drewnianym kościele zbudowanym w 1710 r. jako wotum wdzięczności za wygaśnięcie zarazy z 1708 r. Także niewielka parafia Lipniki koło Paczkowa posiada dodatkowy kościół św. Rocha w Janowie¹⁹. Na Opolszczyźnie są też jeszcze trzy parafie, w których odprawiane są nabożeństwa lub uroczyste odpusty ku czci św. Rocha, mimo iż parafie te mają innych patronów. Wierni gromadzą się tam jednak, by dziękować św. Rochowi za ocalenie od zarazy, która w tych miejscowościach panowała. Są to Nysa (ojcowie franciszkanie), Dębnie oraz Strzelceżki.

¹⁷ A. Angenendt, *Heilige und Reliquien. Die Geschichte ihres Kultes vom frühen Christentum bis zur Gegenwart*, München 1994, s. 204.

¹⁸ O. Prokop, *op. cit.*, s. 689.

¹⁹ Informacje zostały zaczerpnięte ze schematyzmu diecezji opolskiej z 2010 r.

Nas jednak interesuje kult św. Rocha w Dobrzenu Wielkim, dlatego nakreślić trzeba najpierw historię powstania kościoła, który został jemu dedykowany. Jak zaznaczono już wyżej, historycy podają, że w połowie XVII w. swoje żniwo zbierała na Śląsku dżuma. Zaraza ta dotknęła też mieszkańców Dobzrenia i okolicznych miejscowości²⁰. Załamani ludzie, nie znajdując znikąd pomocy, zaczęli się modlić do św. Rocha o ratunek i ślubowali, że jeśli ich prośby zostaną wysłuchane, to zbudują kościół ku czci ich orędownika. Straszliwa zaraza ustała, a wdzięczna ludność wybudowała swemu patronowi kościół w lesie, w miejscu, gdzie dotąd grzebano ofiary epidemii²¹. Odnalezione w Archiwum Kurii Biskupiej we Wrocławiu dokumenty potwierdzają, że 18 III 1658 r. wydano zezwolenie na budowę drewnianego kościoła św. Rocha w Dobrzenu Wielkim²². Protokół wizytacji kanonicznej z 1687 r. zaznacza, że „kościół ten, cały z drewna, o ćwierć mili od parafialnego oddalony, stoi przy lesie, a wybudował go ojciec Andrzej, zakonnik premonstratens, kapelan z Czarnowas”²³. Od tego czasu stoi ten czcigodny kościółek pątniczy dedykowany św. Rochowi na łagodnym pagórku i jest swoistym świadectwem zarówno kultury technicznej i religijnej, jak i wynikiem pewnych rozwiązań przestrzenno-plastycznych, których najbardziej znanymi cechami są prostota i użyte środki²⁴.

Kościół św. Rocha jest konstrukcji zrębowej, posiada krótkie prezbiterium zamknięte trójbocznie. Nawa jest dużo szersza, prostokątna, ze skośnymi ścianami w przejściu do prezbiterium. Wnętrze kościoła zostało nakryte stropem płaskim. Chór muzyczny posiada wysuniętą ku przodowi część środkową, ozdobnie rzeźbioną listwą pod parapetem. Jest wsparty na czterech słupach²⁵. Na zewnątrz kościół otoczony jest niskimi podcieniami (soboty), natomiast nad głównym wejściem znajduje się zadaszony ganek. Ten ostatni element sprawia, że bryła kościoła wyróżnia się wśród innych istniejących świątyń drewnianych. Ponieważ do kościoła nie dobudowano wieży, dlatego nad jego nawą umiejscowiono wieżyczkę na dzwon zwany sygnaturką²⁶. Wnętrze kościoła zdobią liczne obrazy i figury przedstawiające świętych Kościoła. W tym miejscu skoncentrujemy się tylko na osobie św. Rocha i jego przedstawieniach.

Po wejściu do kościoła oczom wchodzących rzuca się barokowy ołtarz główny pochodzący z 1700 r., którego autorem jest prawdopodobnie Jan Jerzy Urbański,

²⁰ R. Scheitza, *Kronika parafii Wielko Dobrzyńskiej*, Wrocław 1934, s. 28.

²¹ A. Kokot, *Święty Roch patronem wielu*, „Głos Dobzrenia” 1995, t. 6, nr 8, s. 1.

²² O. Spisla, *Zu Hause in Groß-Döbern, Murow und Borek, Dülmen* 1992, s. 31–32.

²³ M. Zacharski, *Kościół śląskie – U świętego Rocha w Dobrzenu Wielkim*, „Katolik” 1955, nr 34, s. 12.

²⁴ J. Matuszczak, *Kościół drewniane na Śląsku*, Wrocław 1975, s. 8.

²⁵ T. Chrzanowski, M. Kornecki (red.), *Katalog zabytków sztuki w Polsce*, t. 7, *Województwo opolskie*, z. 11, Kraków 1969, s. 69.

²⁶ A. Wierzoń, *Kościół drewniane na Śląsku Opolskim*, Opole 1995, s. 54.

wówczas najwybitniejszy przedstawiciel śląskiej rzeźby barokowej²⁷. W środku ołtarza umieszczono barokowy, olejny obraz św. Rocha namalowany na płótnie przez nieznanego artystę. Przedstawia on św. Rocha klęczącego przed Trójcą Świętą i proszącego o zmiłowanie dla zarażonych dżumą („Eris in peste patronus”). W dolnej części obrazu widać chorych oczekujących pomocy z nieba, którzy siedzą lub klęczą na ziemi. Ołtarz boczny po lewej stronie również jest poświęcony św. Rochowi. Jest to o tyle dziwne, bo przeczy liturgicznej zasadzie, która mówi, że w tym samym kościele nie powinno być więcej przedstawień tego samego świętego. Dlatego uważa się, że obecny boczny ołtarz był kiedyś ołtarzem głównym. Takiej tezie sprzyja fakt, że w bocznym ołtarzu znajduje się płaskorzeźba Adoracji Trójcy Świętej przez św. Rocha oraz nieznaną osobę.

Od strony północnej do kościoła jest przybudowana kaplica św. Jadwigi Śląskiej. Wisi w niej ludowy obraz przedstawiający cudowne wydarzenie z udziałem św. Rocha. Obok niego klęczy dziewczynka, widać też szczęśliwą matkę, która do nich podchodzi. Scenę tę wyjaśnia znajdujący się u dołu obrazu nieczytelny napis, który daje się odszyfrować następująco: „Wizerunek (...) cudu (...) który stał się obok św. Rocha w lesie u pustelnika 16 sierpnia (...) w lesie znajdowała się mała dziewczynka (...) straciła się i nie mogła znaleźć wyjścia (...) przyszła i znalazła ją matka klęczącą przed pustelnikiem R.P. 1560”. Klasycznie przedstawiony jest też św. Roch w rzeźbie jako pielgrzym z odsłoniętym kolaniem, któremu towarzyszy pies z chlebem w pysku. Figura ta znajduje się po prawej stronie bocznego ołtarza św. Jadwigi. Niestety, nie odnotowano jej autora, ani daty jej pojawienia się w kościele. Za to wiadomo, że brat Jacek, franciszkanin z Góry św. Anny, wykonał w latach 50. XX w. figurę, która miała od początku swoje przeznaczenie. Po dzień dzisiejszy jest ona niesiona w procesji w czasie uroczystości odpustowych. Św. Roch jest przedstawiony niemal tak samo jak opisana wyżej rzeźba. Poza uroczystościami figura procesyjna znajduje się obok bocznego ołtarza św. Rocha.

Przed wejściem do kościoła oczom wszystkich ukazuje się kolejna figura św. Rocha, która została umieszczona na wysokim, pięknie zdobionym cokole. Cała kompozycja została wykonana z marmuru w Głucholazach, a zamówił ją ks. proboszcz Mikołaj Knosła. Została poświęcona 1 V 1913 r. Postument został opatrzone napisami w języku polskim i niemieckim. Tekst ten jest swoistą teologią kultu św. Rocha w Dobrzenu Wielkim, a jednocześnie podsumowaniem wszystkich intencji, z którymi przychodzą do św. Rocha pielgrzymi: „O Rochu pielgrzymie, / Obrońcą u Boga, / Byłeś naszym przodkom, / Gdy nadeszła trwoga. / Nam też przewodnikiem / Bądź w pielgrzymstwie naszym, / Pomocą bądź w klęskach, / W chorobach lekarzem! / Potomkom zaś naszym / Zachowaj skarb wiary! / Spuść, święty Patronie, / Z nieba nam twe dary”.

²⁷ T. Chrzanowski, M. Kornecki, *Sztuka Śląska Opolskiego od średniowiecza do końca XIX w.*, Kraków 1974, s. 284.

Liturgiczne i ludowe formy kultu św. Rocha

Jedną z liturgicznych zasad brzmi: *Lex credendi – lex orandi*. Mówi ona, że jaka jest wiara, taka powinna być modlitwa wierzącego. Niejednokrotnie bowiem zdarzało się i nadal dzieje się tak, że człowiek modli się nie teologicznie, czyli niepoprawnie, wplatając do modlitwy np. wątki zabobonne. Dlatego na straży dobrej relacji modlitwy do wiary modlącego się stoją komisje liturgiczne, które przygotowują odpowiednie teksty dla ksiąg używanych w sprawowanej liturgii. Dla celebracji Eucharystii są to tzw. formularze na wszystkie uroczystości i okresy całego roku kościelnego. Podobnie jest z kultem świętych. Po reformie Soboru Watykańskiego II nie wszyscy oni mieli kompletne zestawy modlitw i trzeba było korzystać z tekstów wspólnych, dlatego w przypadku św. Rocha należało odmówić modlitwy o świętym, który pełnił dzieła miłosierdzia. Aby jednak dowartościować swojego patrona, w parafii Dobrzeń Wielki w uroczystość św. Rocha nadal używano tekstów mszalnych pochodzących z osiemnastowiecznego *Mszалу paryskiego*²⁸. Obecnie już nie trzeba sięgać do tego zbioru modlitw, ponieważ 1 lipca 1998 r. Kongregacja ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów zaaprobowwała główne teksty na wspomnienie św. Rocha²⁹.

Dzisiaj każdy uczestnik uroczystości odpustowych dowiaduje się z tzw. kolekty, że sława oddawana świętym przynosi chwałę Bogu, ponieważ to On daje zbawiającą skuteczność modlitwom tych, którzy polecają się ich wstawiennictwu. Po tym teologicznym wstępie pojawia się przypomnienie, że wspomniany św. Roch przecierpiał zaraźliwą chorobę. Modlitwa kończy się prośbą, by modlący się za jego przyczyną zawsze byli wolni od zarazy i wiernie służyli Bożemu Imieniu. Ta głęboko teologiczna kolekta ma swoją kontynuację w modlitwie nad darami, w której przypomniana jest przyczyna celebracji Eucharystii. Jest nią wspomnienie osoby św. Rocha. Ta okazja skłania wiernych do składania Bogu ofiary chwały i wyrażenia ufności, że ona wybawi ich od złego teraz i w przyszłości. Ostatnia modlitwa ma miejsce po Komunii i jest prośbą, by Pokarm niebieski przyjęty we wspomnienie św. Rocha bronił jego czcicieli od wszelkich przeciwności.

Oprócz tych oficjalnych, liturgicznych form kultu św. Rocha istnieją jeszcze różne inne przejawy lokalnej pobożności ludowej odnoszącej się do swojego patrona. Niektórym z nich warto przyjrzeć się bliżej, tym bardziej, że wiele z nich, dawniej znanych i powszechnie używanych, poszło w zapomnienie. Dawniej były nawet drukowane specjalne książeczki z nabożeństwami i modlitwami przeznaczonymi zasadniczo do prywatnego użytku. Pierwszą z nich opracował o. Fabian, franciszkanin, i wydał ją w języku polskim w 1928 r. pod tytułem *Nabożeństwo*

²⁸ Ich analizy dokonała Beata Cholewa w pracy *Kult świętego Rocha w Dobrzenu Wielkim*, Opole 1996, s. 4–50.

²⁹ *Mszał Rzymski dla diecezji polskich*, Poznań 2010, s. 172.

do Świętego Rocha Patrona przeciw chorobom zaraźliwym z dodatkiem niektórych pieśni. O. Fabian opublikował też tę książeczkę w języku niemieckim w 1935 r. Wydaje się, że ten modlitewnik był przeznaczony specjalnie dla parafii Dobrzeń Wielki, ponieważ oprócz nabożeństwa do św. Rocha są w nim też modlitwy do św. Urbana, który jest patronem Dobrzeń Małego³⁰. Książeczka o. Fabiana była przeznaczona do prywatnego użytku i dlatego dawniej znajdowała się prawie w każdej rodzinie. Obecnie niewiele tych modlitewników się zachowało i niewielu ludzi z nich korzysta. Przeważnie tylko starsze osoby same w domu modlą się do św. Rocha. Książeczka proponuje na początku aż 10 różnych modlitw do św. Rocha. W każdej z nich pojawia się prośba, by Bóg, za wstawiennictwem św. Rocha, udzielił modlącym się zdrowia. We wszystkich też modlitwach wyrażona jest nadzieja na szczęście doczesne na ziemi, ale przede wszystkim nadzieja na szczęście wieczne w niebie. W jednej z nich prośba dotyczy ochrony przed zarazą ciała, ale też przed trądem grzechu, który wyrządza człowiekowi jeszcze większą krzywdę i szkodę niż choroba (modlitwa 5). Wierni powierzają opiece św. Rocha nie tylko samych siebie, ale również całą ojczyznę, parafię i swoich krewnych (modlitwy 6 i 7). Opiece Patrona powierza się także duszpasterzy, spowiedników i wszystkich, którym zostało powierzone prowadzenie ludzi do Boga (modlitwa 8). Św. Roch rozdał majątek ubogim i wiele w życiu cierpiał. Ten wątek pojawia się w prośbie, by nie przywiązywać się do dóbr materialnych i umieć cierpliwie znosić utrapienia codziennego życia (modlitwa 9). Sprawa naśladowania cnót, które posiadał św. Roch, dochodzi często do głosu (modlitwy 5, 6, 10).

Omawiany modlitewnik mógłby być przedmiotem osobnego studium. W tym miejscu dodajmy jedynie, że zawiera on jeszcze litanie, hymny, nowenny i liczne pieśni do św. Rocha. Charakteryzując je jednym zdaniem, trzeba powiedzieć, że korzystający z tych tekstów nie tylko przypominali sobie życie i dzieło św. Rocha, ale też za jego wstawiennictwem prosili Boga o zachowanie od wszystkiego, co złe, od każdego grzechu, od zarazy, głodu, wojny, od wszelkich niebezpieczeństw duszy i ciała, od niewiary i zwątpienia, od zatwardziałości serca, złych myśli, ucisku i niesprawiedliwości, od zatrucia ziemi, a także od nagłej i niespodziewanej śmierci. Modlili się również o gotowość do nawrócenia, o wiarę, nadzieję i miłość oraz za lekarzy, pielęgniarki i pielęgniarzy.

³⁰ Warto też w tym miejscu zaznaczyć, że dla czcicieli św. Rocha, którzy pielgrzymowali do słynnego miejsca pielgrzymkowego jemu poświęconemu, czyli do Bingen (Niemcy), też przygotowano stosowną książeczkę zatytułowaną *Binger Rochuswallfahrt*.

Zakończenie

Blisko czterowiekowa tradycja oddawania czci św. Rochowi w Dobrzenu Wielkim jest czytelnym wyrazem religijności wiernych Opolszczyzny, którzy wybranych świętych obierali sobie za patronów zwłaszcza wtedy, kiedy byli bezradni w swoim cierpieniu. Siedemnastowieczna ludność śląska zapadała na liczne choroby zakaźne, powstające na skutek niewłaściwego odżywiania i nieprzestrzegania zasad higieny. Również poziom medycyny pozostawiał wiele do życzenia, a dostęp do lekarza był dla mieszkańców wsi niemożliwy i bardzo drogi. Dlatego skoro ludzkie formy ratowania się nie przynosiły właściwego efektu, szukano pomocy w kategoriach metafizycznych. Dla mieszkańców Dobrzenu Wielkiego i okolic takim orędownikiem, który już za życia okazał się być skuteczną ochroną przed epidemiami, został św. Roch. Do wybudowanego ku jego czci kościoła systematycznie przybywali pielgrzymi grupowo i indywidualnie, zwłaszcza z okazji odpustów. Tu mieli okazję kształtować poprawną wizję kultu świętych, których nie wolno stawiać w miejscu Boga, są oni bowiem jedynie tymi, którzy się wstawiają u Boga za wiernymi polecającymi się ich orędownictwu. W tym procesie właściwego formowania swojej religijności miały też pomagać wydawane specjalnie książeczki zawierające nabożeństwa i modlitwy do św. Rocha przeznaczone do prywatnego wykorzystania. Kult św. Rocha w Dobrzenu Wielkim ma swoją wielowiekową tradycję i jest wciąż żywy, choć ostatnie dziesięciolecia pokazują, że to zwłaszcza ludzie starsi powierzają się opiece św. Rocha. Jednak pandemia koronawirusa sprawiła, że znowu coraz więcej wiernych gromadzi się na liturgii, na cmentarzu wokół kościoła św. Rocha i w sposób bezpieczny bierze udział w celebrowanych tam liturgiach.

The cult of St. Roch in Dobrzeń Wielki as a reaction to the epidemics of the 17th–19th centuries (on the example of the Opole region)

For nearly four centuries, the cult of St. Roch in Dobrzeń Wielki has been nurtured. In 1658, a church was built there as a token of gratitude that the prayers of the faithful had been heard and the plague had stopped. People's responses to the epidemics which they had experienced varied widely. They were treated as misfortunes accompanying natural disasters, which resulted in poverty and hunger. They were also a consequence of man-made wars. Their frequent occurrence was influenced by poor hygienic conditions in which they used to live. Doctors did not also have much experience in combating infectious diseases. They were often treated as a divine punishment for sins. Therefore, efforts were made to plead

with God through the intercession of patrons who protected postponement of the epidemic. The aim of the article is to show how the cult of St. Roch in Dobrzeń Wielki developed, what was the role of this saint in the life of the local people in the past and what role he plays today. Therefore, the very person of St. Roch, the history of the creation of the church dedicated to him, and artistic representations of the same saint in the church and the square in front of it have been remembered. The full picture also includes liturgical and non-liturgical forms of worship of St. Roch which are used in Dobrzeń Wielki along with the worshipers' experiences drawn from the epidemic.

Key words: St. Roch, epidemic, intercession of saints, Dobrzeń Wielki

Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak

Cholera w lecznictwie ludowym dawnych ziem polskich pod zaborami w oglądzie badaczy kultury

Wprowadzenie

„Głównymi zjawiskami cholery są: womity razem z biegunką, oziębienie ciała, kurcze posiniąłych rąk i nóg, oddech zimny, zatrzymanie uryny”¹ – donosiła w 1847 r. wychodząca w Lesznie „Szkółka Niedzielną”. Seweryn Udziela przytaczał bardzo podobne opinie górali: „Cholera chwyta w jednej chwili. Najzdrowszy człowiek nawet dostaje boleści »w dołku«, we wnętrznościach, kurczów w rękach i nogach, »lakserki i rzygania«², przyczem czernieje”³.

W innej relacji napisano: „Otóż w r. 1894, tak bogatym w nadzieje, w końcu czerwca zaczęło się dziać coś niezrozumiałego. Były to zresztą już nie znaki i ostrzeżenia, lecz ciosy wywołujące trwogę. Oto taki Marcel Pietrusiński pojechał do Piotrkowa na furmankę, a przyciągnęły go konie sinego i bez ducha, w deskach. Zaraz potem Lubieniaczka poszła po chwast w pole w dobrym zdrowiu, a znaleziono ją po południu w cudzej koniczynie już zimną. Jeszcze jej nie zdążono pochować, a już zmarły taką samą galopującą śmiercią obie dorastające córki Alwingierki. Jezus, Maria! Ludziom ręce zaczęły opadać ze zgrozy. Aż tu gruchnęło, że w Przedborzu cholera. Teraz już każdy wiedział, co ma myśleć. Norbertka widziała nawet pięty »sztergłego« Żyda, płynącego Pilicą (...). W sprawę wdały się władze. Rozstawiono nad rzeką pikiety zabraniające czerpania wody do użytku domowego”⁴.

¹ T. Borowicz (red.), *Ogłoszenie o cholery dla nielekarzy*, „Szkółka Niedzielną” 1847, R. 11, nr 48, s. 191.

² Biegunki i wymiotów.

³ S. Udziela, *Cholera w pojęciach ludu ziemi sądeckiej*, „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne” 1896, t. 1, cz. 2, s. 2.

⁴ L. Rudnicki, *Stare i nowe*, <https://ziemiapiotrkowska.com/cholera-w-sulejowie-we-wspomnieniach-lucjana-rudnickiego/> (dostęp: 21.01.2021).

Jak można się domyślać, tak groźna choroba jak cholera, budziła powszechne poruszenie i niewyobrażalne przerażenie. Z powodu zarazy wymierała cała ludność niejednej wioski. Aleksandra Szlagowska pisała: „W wyobraźni ludności wiejskiej choroba uzyskała status nie rzeczy, lecz osoby, która posiada określone cechy: jest kapryśna, niemiłosierna, wrogo nastawiona do człowieka. (...) Najbardziej spektakularne są przedstawienia zarazy wynikające z panicznego lęku, jaki wzbudzała u ludzi”⁵.

Naszym zamiarem jest przybliżenie poglądów ludności wiejskiej i małomiasteczkowego społeczeństwa na istotę cholery, pragniemy również ukazać ludowe sposoby zapobiegania i przerywania epidemii – z dzisiejszego punktu widzenia – w wielu wypadkach bardzo dramatyczne i okrutne – oraz podejmowane próby leczenia choroby.

Oprócz sprawdzenia wiadomości zawartych w pracach napisanych przez lekarzy zainteresowanych folklorem – Michała Zieleniewskiego, Mariana Udzielę, Juliana Talko-Hryncewicza, przeprowadzona została kwerenda w czasopiśmie takich jak: „Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej” (1877–1895), „Materiały Antropologiczne i Archeologiczne i Etnograficzne” (1896–1919), „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Nauk Przyrodniczych” (1924–1938), „Wiadomości Ludoznawcze” (1932–1934), „Wisła” (1887–1905), „Lud” (1895–1919)⁶, „Tygodnik Ilustrowany”, „Ziemia” (1910–1918), „Kwartalnik Litewski” (1910–1911), „Chata. Czasopismo Ludowe Ku Nauce i Rozrywce Dla Starszych i Dzieci” (1870–1874). Przeszukaliśmy także prace etnograficzne z przełomu XIX i XX w. Bardzo dużo informacji zacierpniliśmy ze współczesnych artykułów etnografów – Aleksandry Szlagowskiej oraz Jarosława Kolczyńskiego. Posłużyliśmy się metodą integralną profesora Kazimierza Dobrowolskiego.

Cholera w ujęciu źródeł polskich z okresu rozbiorów

Cholera trafiła po raz pierwszy do Rosji w 1830 r., lecz już w 1831 r. rozwleczona została nie tylko na dawnych ziemiach polskich, ale i po wielu innych krajach Europy. We wszystkich trzech zaborach wobec przedstawicieli medycyny akademickiej można było zaobserwować ogromną nieufność, tym bardziej, że nie znano wówczas powodów epidemii. „W zarządzenia lekarskie przeciw zawleczeniu zarazy lud nie wierzy, jak w ogóle nie ufa lekarzom, nie używa ich do chorego na zarazę, drwi sobie ze środków lekarskich i aptecznych, a nawet mówi, że »dochorzy truią

⁵ A. Szlagowska, *Personifikacja choroby w kulturze ludowej*, „Medycyna Nowożytna” 2002, t. 9, nr 1–2, s. 43.

⁶ Dysponowaliśmy tomami „Wisły” i „Ludu” (bez zaznaczonych zeszytów), lecz w obu pismach paginacja była ciągła.

ludzi»⁷ – napisał o zapatrywaniach górali tatrzańskich Seweryn Udziela. „Wiele też ginie ludzi z niedbalstwa i jakiegoś dziwnego zabobonu. Cesarz posyła lekarzy, których kraj drogo opłaca, bo po 10 złr. za każdy dzień, a tymczasem mało kto ich się radzi, i mało kto słucha i zachowuje co oni przypisują. Czyż to nie grzech odpychać od siebie pomoc i ratunek?»⁸ – pisano z oburzeniem na łamach wychodzącej we Lwowie „Chaty”, chyba niezbyt chętnie czytanej przez niepiśmiennych włościan, bo pismo zaledwie po kilku latach działalności zlikwidowano.

Ostrzeżenia przed zarazą

Pospólstwo reprezentowało zupełnie odmienne poglądy na temat pochodzenia cholery, odległe od przekonań akademickich. Nadejście zarazy miały poprzedzać znaki prorocze, które przepowiadały zbliżającą się tragedię. Szczesny Jastrzębowski na łamach „Tygodnika Ilustrowanego” próbował ukazać ludowe wierzenia i napisał: „Nadejście cholery zwanej u ludu *powietrzem*, *herą*, *zarazą* poprzedzają najrozmaitsze zjawiska. Na granicach pól zjawiają się około północy postacie ze skrzypcami, na których wygrywają melodie smętne. Czasem słysząc jęki podziemne i wyrazy: »Bieda, bieda«⁹. Tych zapowiedzi przytaczał o wiele więcej, głównie z Kielecczyny. Okazuje się, że szczególne zdolności do wykrywania cholery przypisywano psom. Żydzi nazywali cholerę *szandrą*. Cholerę w Galicji określano także innymi mianami: *powietrza morowego*, *moru*, *przymorku*, *zarazą*, *powietrzem zaraźliwym* albo nawet *chorobą straszną*¹⁰.

„Lud litewski stanowczo twierdził, że psy widziały cholerę, która w r. 1894 tak srożyła się w Zagorach, i okropnie wyły z tego powodu”¹¹. „Psy wyją spuszczać pyski na dół, krety ryją ziemię zawzięcie i sypią gęste kopce, niby groby. Sowy huczą przeraźliwie po nocach a kawki wynoszą się ze wsi. W zimie wiatr tworzy ze śniegu gęste zasy, jakby groby a niekiedy pokazuje się na nich wieczorami jakaś łuna czerwona, straszna, albo gwiazda z ogonem. Ludzie miewają dziwne a złe sny, wreszcie zjawia się sama cholera”¹² – przybliżał góralskie opinie Seweryn Udziela.

Prawnik i folklorysta Karol Mátýás powoływał się na sady pochodzące z tych samych terenów. Cholerę miała zwiastować „gwiazda z miotłą” (kometa), która

⁷ S. Udziela, *op. cit.*, s. 3.

⁸ O. Hołyński (red.), *Co słyszał u nas?*, „Nowiny” 1873, nr 4, s. 14; dodatek do „Chaty” 1873, t. 8, nr 7.

⁹ S. Jastrzębowski, *Postać cholery w fantazyi ludowej*, „Tygodnik Ilustrowany” 1892, t. 6, nr 141, s. 163.

¹⁰ S. Udziela, *op. cit.*, s. 1.

¹¹ J. Witort, *Filozofia pierwotna*, „Lud” 1900, t. 6, s. 113.

¹² S. Udziela, *op. cit.*, s. 1.

po chwili zmieniała się w szereg trumien albo krzyży¹³. Krakowianie twierdzili: „Są jeszcze komity, co mają ogony dodane od Pana Jezusa, którymi za grzechy ludzkie biją i smagają po świecie. Jeżeli się którego roku okaże gwiazda z ogonem, to strach pomiędzy ludźmi, choroby, plagi, wojny, pomory bydła i nieurodzaje wszelakie wynikną”¹⁴.

Skłębione chmury, czerwieniące się niebo, mgły i zamglenia, ciemne noce, wiatr bądź zupełna cisza stanowiły zwiastuny nadchodzącej zarazy. „Często na niebie widziano słup ognisty, czerwoną lunę lub znak krzyża. Zarazę poprzedzał nieurodzaj lub przeciwnie – niespodziewana obfitość plonów. Niepokojącym znakiem były narodziny bliźniaków. Zbliżającą się zarazę można było odgadnąć z zachowania się zwierząt: w dziwny sposób wyły psy, ryczało bydło, zwierzęta nie chciały jeść, ptaki nie chciały latać i kładły dzioby na ziemi. Przed zarazą woda miała smakować lepiej, »bo zaraza tak jak Szatan mami«”¹⁵. W Krotoszynie koło Lwowa wierzono, że „Jak miała być ostatnia »słabość« (cholera), to się ukazała na niebie przed wieczorem trumna i świece”¹⁶. Na Kielecczyźnie widywano przed pojawieniem się cholery „rózgę” na niebie¹⁷. Wróżono pomór rozkrajając dębiankę (galas dębowy) w dniu św. Michała. Gdy była próżna, niezawodnie miała nastąpić zaraza¹⁸.

Wizerunek choroby

Najczęściej cholerę wyobrażano sobie jako istotę płci żeńskiej. Na Białorusi upostaciowiono sobie cholerę jako kobietę starą, wynędzniałą i skrajnie brzydką, wędrującą po wodzie i zarażającą ją¹⁹. Aleksandra Szlagowska napisała: „Najbardziej znany jest wizerunek wysokiej, bladej i chudej kobiety, ubranej w wielką pobrudzoną płachtę, trzymającą w dłoni zakrwawioną chustkę. Są oczywiście pewne różnice pomiędzy poszczególnymi przedstawieniami, ale zasadniczo była to właśnie postać kobiety lub dziewczyny, która mogła mieć czerwone korale, rumieńce

¹³ K. Mátyás, *Cholera w górach. Karta z Góralskiej kroniki*, „Przegląd Powszechny” 1887, R. 4, t. 16, z. 10, s. 61.

¹⁴ O. Kolberg, *Lud. Jego zwyczaje, sposób życia, mowa, podania, przysłowia, obrzędy, gusta, zabawy, pieśni, muzyka i tańce*, Krakowskie, cz. 3, Kraków 1874, s. 33.

¹⁵ J. Kolczyński, *Ofiara z człowieka. Wspomnienie trzech wydarzeń z końca XIX i początków XX wieku w podgórszych wsiach w Polsce*, „Etnografia Polska” 2000, t. 44, z. 1–2, s. 175.

¹⁶ M. Ketlicz, *Lecznictwo ludowe*, „Lud” 1902, t. 8, s. 57.

¹⁷ W. Siarkowski, *Materyjały do etnografii ludu polskiego z okolic Pińczowa*, „Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej” 1885, t. 9, cz. 3, s. 68.

¹⁸ M. Udziela, *Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego. Przyczynek do etnografii polskiej*, Warszawa 1891, s. 166.

¹⁹ F. Werenko, *Przyczynek do lecnictwa ludowego*, „Materyały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne” 1896, t. 1, cz. 2, s. 170.

na twarzy, rozczochrane włosy. Poruszała się pieszo, na skrzydłach nietoperza lub na wysokim wozie o dwóch kołach²⁰. Józef Sulisz, który przeprowadzał badania etnograficzne w małopolskich Ropczycach, od informatora usłyszał i zapisał w miejscowej gwarze: „Jak miał być pomorek na ludzi, chodziła śmierć w białych płachcie i z kosą za pazuchą, stawiała przed kuzdą chałupą, powioła czerwoną chustką i godała: Hosa, hosa, zimno rosa, bedo ludzie mrzyć; bedo pili dziegno i biedrzyniec, nie będzie im nic. Kto wtencas to usłyszał i piał dziegień i biedrzyniec, to mu nic nie było, a inni padali jak muchy, ze pustką chałupy stoły. I na pamiątkę tego jest cholerny cmentarz²¹”.

Bardzo podobne doniesienie pochodzi z okolic Pińczowa, co odnotował ksiądz Władysław Siarkowski. „Koło Kielc w Cedzynie przed rozpoczęciem cholery biegały trzy osoby koło północy w okrug Bożej męki²². Jedna z nich tak śpiewała: »Hossa, hossa, będzie piwko po dwa grosza, a gorzałeczka będzie po trzy, człek się na czleka nie napatrzy«. Druga im odpowiadała: »Nie będzie im nic, będą biedrzyniec z dziegielem pić«²³”.

Na Kresach funkcjonowały różne podania o odważnym zachowaniu się chłopów przechytrzających zarazę. Cholera „Objeżdżała wsie, a gdy stawiała przed jakimś domem, zadawała pytanie »Co robicie?« Jeśli odpowiadano »Boga chwylimy«, mówiła »Chwalcież go na wieki« i odjeżdżała, a jeśli słyszała »Śpimy« mówiła »Śpijcież na wieki« i wszyscy w tym domu umierali²⁴”. Inny wariant podania podkreślał wojowniczą postawę żebraczki. „Tymczasem straszna cholera chodziła od miasta do miasta, od wsi do wsi i zaglądała do chat i dworów. Była ubrana w białe szaty, a gdy weszła nocną porą do chaty przez zamknięte drzwi i spostrzegła śpiących ludzi, tedy pytała: »Czy śpicie?« Gdy nikt się nie odezwał, tedy potrząsała chustką i rzekła: »Spijcież śpijcież« i nikt już się z nich nie przebudził. Raz zaglądnęła do jakiejś chaty, tam spała złośliwa baba, dziadówka Warwarka. Przyszła cholera i pyta: »Czy śpicie?« A Warwarka jak wrzaśnie: »A pójdziez ty stara wymokła diablico!« Cholera przestraszona, podskoczyła wysoko i uciekała daleko, krzycząc i wrzeszcząc: »Oj gwałtu Warwarka się gniewa!« Tak zaleciała aż do Żółkwi i tak się mściła, że ze wszystkich mieszkańców został tylko ksiądz, co się cholery nie bał i chodził od chaty do chaty, szukając żywych, aż znalazł w jednej chacie obok zmarłej matki trzyletnie dziecko. Wziął je na rękę i zaniósł do swego domu. Im nic nie było. Gdy cholera z Bełza uciekła, już tu nikt nie umarł²⁵”.

²⁰ A. Szlagowska, *op. cit.*, s. 44.

²¹ J. Sulisz, *Zapiski etnograficzne z Ropczyc*, „Lud” 1906, t. 12, s. 76.

²² Tak nazywano krzyż.

²³ W. Siarkowski, *op. cit.*, s. 68.

²⁴ M. Zieleniewski, *O przesądach lekarskich naszego ludu*, Kraków 1845, s. 64; M. Udziela, *op. cit.*, s. 166; J. Talko-Hryncewicz, *Zarysy lecznictwa ludowego na Rusi Południowej*, Kraków 1893, s. 244.

²⁵ A. Siewiński, *Legenda o zameczku w Bełzie*, „Lud” 1902, t. 8, s. 175.

Na Ukrainie wierzono, że cholera uśmiercała również swoim donośnym płaczem – gdzie słyszano jej płacz, tam umierano²⁶ – albo nasyłała śmierć powiewając białą płachtą²⁷, czerwoną, bądź zakrwawioną chustą²⁸.

Ale nie zawsze wyobrażano sobie cholere jedynie jako kobietę – podejrzewano o sianie zarazy również mężczyzn, zwierzęta, przedmioty. Marian Udziela opisywał nagiego mężczyznę, który poprosił o podwiezienie, a następnie stwierdził, że jest cholera i zniknął²⁹. Na Podhalu epidemię miał wywołać osobnik o czarnym kolorze skóry³⁰. Julian Talko-Hryncewicz podawał, że na Ukrainie widywano cholere również w postaci białego psa. Tam, gdzie zdychał, rozwijała się zaraza³¹. W powieście obornickim „Widziano ją siedzącą na dachu pod postacią płachty. W domu tym wszyscy wymarli. Płachta podniosła się w górę i odleciała”³².

Na Podolu, jak twierdził Stanisław Spittal, „Jest to wedle tutejszego wierzenia jakaś osobowość żywa nie ukazująca się jednak stale pod jedną i tą samą postacią (mara, zjawa), lecz podszywająca się pod najrozmaitsze przedmioty. Ukazuje się ona jako słoma, korale, jakaś szmata, chusta, czasem jako kobieta chuda, na pół naga, ze zwisającymi piersiami, rozwichrzonymi włosami itd. Gdy się gdzieś zjawi i zacznie zbierać obfite żniwo, nie trzeba się jej bać, bo tylko ten zachoruje i umrze, kto się jej nastraszy; odważny może ją nawet przepędzić, schwytać, związać lub uwięzić w jakiejś dziurze, dziupli drzewnej itp.”³³

Ksiądz Władysław Siarkowski przytaczał opowieść spod Pińczowa o starciu dwóch mężczyzn, którzy mieli zesłać cholere: „Przed pojawieniem się cholery w r. 1873 we wsi Kije, dwóch chłopów przed samą północą biegło w największym pędzie, jeden ze wsi Górek a drugi z pod Kij z góry Winnicy. Obaj byli to straszne draby, a ogień sypał się z ich nóg. Zetknąwszy się z sobą na drodze krzyżującej się koło cmentarza, zaczęli ziorać (sic) ogniem na siebie i bić się do upadłego, a gdy pierwszy kur zapiał znikli bez śladu”³⁴.

„Stary włościanin z Posłowic, Kosmała, tak opisywał mi *Herę* czyli zarazę” – pisał ksiądz Władysław Siarkowski. „Hera pokazuje się w postaci człowieka, lub wołu. Jeżeli w jakiej wsi ma nastąpić pomór straszny na ludzi, to z tej wsi gdzie uprzednio panowała cholera, wieczorem po zachodzie słońca leci z wielkim

²⁶ J. Talko-Hryncewicz, *op. cit.*, s. 244.

²⁷ M. Udziela, *op. cit.*, s. 166.

²⁸ J. Talko-Hryncewicz, *op. cit.*, s. 245; M. Udziela, *op. cit.*, s. 167.

²⁹ M. Udziela, *op. cit.*, s. 166.

³⁰ K. Mátyás, *op. cit.*, s. 61.

³¹ J. Talko-Hryncewicz, *op. cit.*, s. 244.

³² O. Knoop, *Podania i opowiadania z W. Ks. Poznańskiego (Ciąg dalszy)*, „Wisła” 1895, t. 9, s. 20.

³³ S. Spittal, *Lecznictwo ludowe w Ząłożcach i okolicy. Materiały dotyczące sposobów leczenia, zielarstwa, wierzeń, zabobonów i znachorstwa*, „Rocznik Podolski” 1938, t. 1, s. 192.

³⁴ W. Siarkowski, *op. cit.*, s. 68.

impetem człowieka wysoko w powietrzu, lub niżej nad ziemią, który tem się różni od zwyczajnego człeka, że zamiast rąk ma łapy psie z wielkimi pazurami”³⁵.

W Nowym Sączu i w jego okolicach w wyobrażeniach ludowych cholera jawiła się jako różnokolorowa bania. „A szła w powietrzu w postaci dużej bani, co miała na sobie czerwone, zielone, żółte, niebieskie i czarne paski, a gdzie się obniżyła, tam ludzie umierali. »Jak się obniżyła dużo, to wszyscy wymarli, a jak szła wyżej, to niewiele«. A na niebie wieczorną porą, jakby przednia straż cholery, pokazywały się czarne krzyże, trumny i miotły, co znaczyło, że »kolera będzie ludzi mieś(ć)«”³⁶.

Prewencja

Jak wynika z uprzednio przytoczonych doniesień, picie wywarów lub alkoholowych nalewek z biedrzeńca i „dziegla” zapobiegało zachorowaniu na cholere. Wierzenia te istniały np. w Wielkopolsce, na Kielecczyźnie, na Mazowszu, w Małopolsce, w Karpatach i na Podkarpaciu. Biedrzeniec (*Pimpinella* sp.) – należy do roślin dwuletnich lub bylin pochodzących z rodziny selerowatych (Apiaceae). Gatunkiem charakterystycznym jest *Pimpinella saxifraga* L., czyli biedrzeniec mniejszy. Dziegiel litwor, arcydziegiel litwor (*Angelica archangelica* L., bądź *Archangelica officinalis* Hoffm.) – również zaliczamy do rodziny selerowatych, a niegdyś do baldaszkowatych. Odwary z korzenia, podobnie jak biedrzeńca, pobudzały wydzielanie soków żołądkowych i śliny³⁷. Roślinę w bardzo różny sposób nazywano: angelika, archangielski korzeń, anielski korzeń, litwor, dziegiel, dziegiel lekarski, dziegiel wielki, cyngiel, anielskie ziele. W stanie dzikim pojawia w górzystych i wilgotnych obszarach Euroazji. W Polsce istnieją dwa podgatunki – typowy występuje w Sudetach i Karpatach, podgatunek nadbrzeżny pojawia się na wybrzeżu i nad rzekami. Nazwa łacińska wywodzi się od słowa *archangelos*, które oznaczało archanioła. Od miana rośliny pochodzi dużo geograficznych nazw w Tatrach, np.: Litworowy Szczyt, Litworowa Przełęcz, Dolina Litworowa, Litworowy Staw, Litworowy Żleb³⁸.

Nieopodal Piotrkowa, w Sulejowie uznawano, że cholere może zniszczyć palenie ognisk z drewna jałowca. „Babka, świadoma sprawy z własnego przeżycia, a może tylko z opowiadań przodków, razem z innymi wpływowymi obywatelkami zajęła się zwalczaniem zarazy. Zwieziono z lasu kilka wozów jałowca i palono go na rynku miejskim. Tuż koło paleniska podmurowano kocioł do herbaty. Pito

³⁵ Ibidem.

³⁶ K. Mátyás, *op. cit.*, s. 64.

³⁷ A. Ożarowski, W. Jaroniewski, *Rośliny lecznicze i ich praktyczne zastosowanie*, Warszawa 1987, s. 84.

³⁸ Z. Radwańska-Paryska, W.H. Paryski, *Wielka encyklopedia tatrzańska*, Poronin 2004.

ją chętnie, dopóki cukru nie zabrakło. Tak jakoś w tydzień po założeniu kadzielnia jałowcowa razem z »cholerną arbatą« (bez cukru) zniknęła z placu. Nie pomagało. Ludzie marli coraz gęściej i nie tylko wyrobnicy, lecz przede wszystkim obywatelstwo. Ksiądz proboszcz Bisławski doradzał babce kieliszek dzięgielówki na czczo, ale ona wołała komunie, a potem miętę³⁹.

Galicjyjscy Żydzi sądzili, że cholera da się oszukać. „Gdy panuje jakaś choroba nagminna, pisze się na bramach domów: Tu już panowała cholera, tyfus i t. p., a dotycząca choroba nie będzie miała wstępu”⁴⁰. Tekst pisano po hebrajsku, a na znak, że mieszkańcy są nieobecni, wieszano na drzwiach zamkniętą kłódkę.

Otto Knoop⁴¹ przytaczał kilka środków zaradczych stosowanych w Wielkopolsce z powodu cholery. Przede wszystkim należało do nich oborywanie wsi i używanie biedrzeńca. Powoływał się na informację uzyskaną od mieszkańców Rogoźna, że „Podczas silnej cholery w Rogoźnie, kilkoro ludzi, idąc przez las, usłyszało szum w powietrzu i głos wołający: »*Braucht Bibernell und Terpentill, – So wird der Tod bald stehen still!*« (Używajcie biedrzeńca i terpentyny, a śmierć się zatrzyma). Zaraz potem noga końska spadła na ziemię. Ludzie mówili, że rzucił ją »nocny myśliwy« (*Nachtjaeger*). Środek wskazany był używany i pomagał”⁴² – twierdzili mieszkańcy Rogoźna.

Stosowano przeciwko zarazie także inne formy prewencji: otaczanie wsi nicia⁴³, obsiewanie jej granic ochronnymi roślinami, palenie ognisk, oborywanie wsi. Na Kielecczyźnie za skuteczny środek uchodziło stawianie krzyży z drewna topoli-osiki. „Cholera, ażeby we wsi przestała grasować, należy w czterech rogach wsi postawić krzyże z drzewa osikowego. W tym celu należy się udać do lasu, upatrzeć w nim rosnące drzewa osikowe, ściąć je bez mierzenia i porobić z nich krzyże. Dopóki te krzyże stać będą, dopóty we wsi nie pojawi się cholera”⁴⁴.

W Wielkopolsce dość często stosowano oborywanie wsi. W Gościeszynie koło Babiegomostu (dzisiaj Babimostu) wyorano bruzdę posługując się bliźniaczymi wołami, podobną bruzdę wykonali chłopcy bliźnięta w Zakrzewie⁴⁵. „Gdy założono wieś Radom pod Ryczywołem, oborano miedze graniczne parą krów białych, co miało chronić od chorób i zarazy”. Niestety, chłopci „poprzerywali te granice” i lżejsze przypadki chorób wkradały się do wsi, ale jak twierdzili włościanie „pomoru i zarazy nigdy tam nie było”⁴⁶. Oborywanie wsi miało miejsce również pod

³⁹ L. Rudnicki, *op. cit.* (dostęp: 21.01.2021).

⁴⁰ B.W. Segel, *Wierzenia i lecznictwo Żydów*, „Lud” 1897, R. 3, s. 53.

⁴¹ Otto Knoop (1853-1931) – wybitny niemiecki etnograf, nauczyciel w Rogoźnie, potem w Poznaniu, profesor etnografii, badacz kultury Wielkopolski i Pomorza.

⁴² O. Knoop, *op. cit.*, s. 20.

⁴³ H. Biegeleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929, s. 295.

⁴⁴ W. Siarkowski, *op. cit.*, s. 46.

⁴⁵ O. Knoop, *op. cit.*, s. 19.

⁴⁶ Ibidem, s. 20.

Opatowem, a bliźniaczymi wołami posługiwali się bliźniaczy bracia⁴⁷. Tego typu akty miały za zadanie wzmocnienie granic wsi. „Najkorzystniej było, gdy rytuał ten wykonywano z użyciem zwierząt (wołów) bliźniaków, a prowadzili je również bliźniaczy bracia lub (to wariant rzadszy) bliźniacze siostry. Często wspomina się, że rytualni oracze mieli być całkowicie nadzy”⁴⁸ – napisał o mieszkańcach Podhala Jarosław Kolczyński. Na Białorusi należało oborać raz wieś ogierem nigdy wcześniej do sochy niezaprzęganym, a kierować miał koniem młody chłopak, jedyny syn swoich rodziców. Czasami cholera ukazywała się mieszkańcom wioski we śnie i sama wskazywała im ten środek ochrony⁴⁹. Innym sposobem używanym na Białorusi było oborywanie wsi przez nagie dziewczyny. Jan Witort pisał o tym następująco: „Nie tak dawno jeszcze, by ochronić się od »moru« (epidemii), postępowano tak: do sochy zaprzęgały się młode dziewczyny, zupełnie nagie i w towarzystwie starszych kobiet, nagich, ale zaopatrzonych w rozmaite instrumenty brzęczące, przeprowadzały brudę około wsi wśród nocy głębokiej; celem towarzyszących krzyków jest przełknięcie »morowej-panny«. W tym obrzędzie mężczyźni nie mogą uczestniczyć; spotkanych kobiety bez miłosierdzia biją”⁵⁰.

Śięgano również po nieprawdopodobnie okrutne sposoby zapobiegania cholercze lub zakończenia epidemii. W okolicach Nowego Sącza, pomimo zmian kulturowych, w wioskowych społecznościach dotąd funkcjonuje pamięć o makabrycznych czynach, których dokonywali przodkowie mieszkańców aby przerwać zarazę. Odkrył to podczas swoich badań terenowych Jarosław Kolczyński. „Były to trzy wypadki rytualnego mordu: pogrzebania żywego człowieka w czasie szalejącej zarazy. Pierwszą ofiarą był *bajduk*, wędrowny i ułomny żebrak, drugą niemowlę, trzecią stara żebraczka”⁵¹. Okazało się, że te zdarzenia miały miejsce we wsiach Czaczów i Barnowiec przed I wojną światową i w czasie jej trwania.

Zjawisko zakopywania żywych osób zaistniało nie tylko na Podhalu, ale i w „cywilizowanej” Wielkopolsce. „W Luboni w pow. Leszczyńskim srożyła się zaraza, która ustała dopiero, gdy wójt potajemnie zakopał żywcem wychowankę swoją. Z czasem postawiono krzyż drewniany na grobie dziewczyny”⁵² – podawał Otto Knoop. Nie znaleźliśmy więcej takich informacji w literaturze etnograficznej z przełomu XIX i XX w.

Bestialskich mordów dokonywano również na zwierzętach, o czym donosiła „Gazeta Lubelska”, a przytaczana poniżej „recepta” na przerwanie epidemii pochodziła z zachodniej Lubelszczyzny. „Weź kota, koniecznie czarnego, i to samca, napal w piecu chlebowym tak, żeby ściany jego rozpały się do czerwoności,

⁴⁷ S. Jastrzębowski, *op. cit.*, s. 164.

⁴⁸ J. Kolczyński, *op. cit.*, s. 176.

⁴⁹ F. Werenko, *op. cit.*, s. 184.

⁵⁰ J. Witort, *Przeżytki starożytnych światopoglądów u Białorusinów*, „Lud” 1896, R. 2, s. 217.

⁵¹ J. Kolczyński, *op. cit.*, s. 173.

⁵² O. Knoop, *op. cit.*, s. 20.

poczynam wrzucić owego kota w piec, otwór pieca zamuruj, a na pewno cholera panująca w danej miejscowości ustanie”⁵³. Stanisław Spittal o tego typu praktykach istniejących w Założcach na Podolu usłyszał w 1912 r. Napisał: „Gdy cholera już się pojawi można ją zwalczyć i w ten sposób, że założy się osobny cmentarz choleryczny poza obrębem osiedla przez nią nawiedzonego i tam razem z trupem zakopie się w grobie żywego psa i kota. Zwierzęta te to symboliczne postacie, w których pokazują się złe moce, siły demoniczne, a zarazem są to dwaj odwieczni wrogowie, prowadzący ze sobą walkę zawsze i wszędzie. Zakopani ze sobą i z cholerą, która mieszka w trupie, zagryzą się na śmierć, a jednocześnie w czasie walki pokaleczą i samą zarazę. Tak złe demony zginą, a zaraza wycieńczona nie będzie miała siły na duszenie dalszych ofiar i zabierze się precz”⁵⁴.

O kilku innych metodach zapobiegania zarazie donosił również, opierając się na własnych badaniach terenowych i o literaturę Jarosław Kolczyński. „Przed zarazą nie można było uciec – próbowano się jednak ratować. Nad drzwiami chałup wieszano łby zajęcy, saren, wilków. Na drzwiach domów, obór, chlewów kreślono krwią jagnięcą znaki krzyża lub koła. Można usłyszeć, iż czasem malowano krwią całe drzwi, zużywano więc litry krwi zabitych w tym celu zwierząt, przede wszystkim jagniąt. Różnorodnych magicznych sposobów było wiele i niejeden z nich wart jest bliższego zainteresowania, odnajdujemy w nich bowiem motywy o różnorodnym pochodzeniu: pierwiastki starożytnych wierzeń i późniejszych postaw magicznych, rodzących się na obrzeżach oficjalnej wiary. Tak więc, w czasie zarazy m.in. zakrywano się płótnem przed świecącym słońcem (wtedy zaraza »nie dotknie« człowieka), pito naftę, jedzono sarnie bobki, zawijano w szmatę ludzkie fekalie i noszono je na piersiach jak amulet, korzystano z zaklęć w »czarodziejskich« księgach”⁵⁵. Seweryn Udziela wspominał o noszeniu ze sobą czosnku, a w woreczkach zawieszonych na plecach i na piersiach – biedrzeńca⁵⁶, a Marian Udziela napisał o ochronie za pomocą ruty i wieszaniu na tragarzu w chacie końskiej czaszki⁵⁷. Podolscy Żydzi używali jako amuletu obrączki z lipowego łyka⁵⁸.

Najczęstszą metodą ochrony przed cholerą na dawnych ziemiach polskich było spożywanie wódki (od siwuchy po okowitę), wódki z dodatkiem rozpuszczonego tłuszczu, alkoholowych nalewek na roślinach – głównie sporządzonych z dzięglu i biedrzeńca. Jak pisał Julian Talko-Hryncewicz, korzystano także z nastojów na pączkach brzozy, na grzybie „ziemne jajko”, czyli „pannie” (*Phallus impudicus* – sromotnik smrodliwy) i spirytusowego odwaru z korzeni „raczych szyjek”⁵⁹.

⁵³ IW, *Przegląd czasopism. Gazeta Lubelska*, „Wisła” 1895, t. 9, s. 447.

⁵⁴ S. Spittal, *op. cit.*, s. 196.

⁵⁵ J. Kolczyński, *op. cit.*, s. 176.

⁵⁶ S. Udziela, *op. cit.*, s. 2.

⁵⁷ M. Udziela, *op. cit.*, s. 167.

⁵⁸ S. Spittal, *op. cit.*, s. 195.

⁵⁹ J. Talko-Hryncewicz, *op. cit.*, s. 245.

Udało się nam ustalić, że tak nazywano rdest wężownik (*Polygonum bistorta*). Zalewano przepalony jęczmień oraz kamforę wódką, pito również wódkę tylko z kamforą, wódkę z tureckim pieprzem (papryką) – tzw. *perczykówkę*, nalewkę na ziele dziurawca, i bardziej złożone preparaty, składające się z kilku bądź nawet kilkunastu składników zalanych spirytusem. Naczynie oblepiano chlebem i przez 3 dni wypalano w piecu⁶⁰. Na południu Podlasia uważano, że „upicie się zapobiega cholercze” i stan nieświadomości osiągnano dzięki piołunówce⁶¹. W okolicach Krakowa korzenie cykorii podróżnika – *Cichorium intybus* wraz z liśćmi i korzeniami biedrzeńca zalewano spirytusem⁶².

Pod Nowym Targiem podawano odvary z korzenia barszczu pospolitego (*Heracleum sphondylium*), w Zakopanem gotowano w mleku lub winie biedrzeńca wraz z siemieniem konopnym, pito wywary z mięty pieprzowej, nacierano ciało czosnkiem i zjadano go w ogromnych ilościach – „W czasie cholery należy jeść czosnek; wtedy cholera nie ma prawa do człowieka”⁶³. Na Sądecczyźnie spożywano nalewkę na macierzance oraz robiono gorące okłady na powłoki brzuszne oraz nacierania gorącym zieleń macierzanki rąk i nóg⁶⁴.

Na Ukrainie również stosowano proszek z *wroniego oka*⁶⁵. Czy Julian Talko-Hryncewicz miał na myśli kulczybę wronie oko (*Strychnos nux-vomica*) czy czworolist pospolity (*Paris quadrifolia*), nazywany na Ukrainie również wronim okiem, tego już nie sposób rozstrzygnąć. „Rośliny aromatyczne, silnie działające, lub takie, do których jest przywiązane pewne znaczenie mistyczne, w leczeniu ludowym cholery, najważniejszą odgrywają rolę. Do nich należą: dzięgiel, mięta, bylica, piołun, rozmaryn, ruta, osika, dziewanna, dziurawiec i wiele innych”⁶⁶ – napisał Szczęsny Jastrzębowski, podkreślając, że zjadano czosnek w dużych ilościach i smarowano nim ciało. O nacieraniu rąk i nóg czosnkiem lub wódką i paleniu tytoniu, zwanego wśród Podhalan *bakunem* informował również Seweryn Udziela.

„Chorego trzeba trzymać w cieple, dawać mu pić wszystko gorące, a zwłaszcza odwar z suszonej pieprzowej mięty, biedrzeńca, dziegieńca, ruty i barwinku – czarną kawę czystą lub z arakiem, wódkę, w której mokły suszone borówki lub tarniki, także wódkę, w której moczono przez dziewięć dni w kawałki krajane włoskie orzechy niedojrzałe wraz z łupiną zieloną. Dawać pić takie pyłek kwiatowy

⁶⁰ Ibidem, s. 245–246.

⁶¹ A. Pleszczyński, *Bojarzy Międzyrzeccy. Studium etnograficzne*, Warszawa 1892, s. 127.

⁶² S. Udziela, *Rośliny w wierzeniach ludu krakowskiego*, „Lud” 1931, t. 30, s. 47.

⁶³ B. Gustawicz, *Podania, przesady, gadki i nazwy ludowe w dziedzinie przyrody. Część druga*, „Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej” 1882, t. 6, cz. 3, s. 220, 273, 278.

⁶⁴ M. Henslowa, *Thymus serpyllum* L. – macierzanka piaszkowa. *Z badań nad wiedzą ludową o roślinach*, „Slavia Antiqua” 1977, t. 24, s. 170.

⁶⁵ J. Talko-Hryncewicz, *op. cit.*, s. 246.

⁶⁶ S. Jastrzębowski, *op. cit.*, s. 164.

z pokrzyw z mlekiem rozmieszany, z wodą lub z wódką. Przytem należy robić na brzuch gorące okłady z pieprzowej lub kobyłej mięty, biedrzeńca, dziegleńca, lub macierzanki. Ręce i nogi nacierać gorącymi ziołami, powyżej wymienionemi”⁶⁷. Borówka brusznica (*Vaccinium vitis-idaea* L.) często jest dzisiaj nazywana borówką czerwoną, *tarnkami* określano owoce głogu (*Crataegus* sp.).

Cholere rzadko uważano za skutek czarów, chociaż sądzono, że można było chorobę nawet przerzucić do innej wsi, oczyszczając własną wioskę. W tym celu używano np. powrozów, na których spuszczano do grobu trumny zmarłych na cholere, podrzucając je sąsiadom. „Wynikiem tego wierzenia jest wyrzucanie szmat i słomy po chorym czy zmarłym na obce grunta, pola wsi sąsiedniej, do rowów przydrożnych; czerepy natomiast, w których myto chorego czy zmarłego wyrzuca się na rozstajne drogi, rowy graniczne, najlepiej gdy *bziną* (czarnym bzem) porośłe, bo diabeł w niej siedzi”⁶⁸.

Najczęściej traktowano chorobę jako dopust Boży. „Nie ma sposobu, którym by można było powstrzymać cholere i nie dopuścić jej do wsi. Wszędzie przyjdzie, gdzie ją Pan Bóg pośle. Toteż tylko u Boga ratunek. Ludzie się modlą do Pana Boga, do świętej Rozalii, świętego Rocha i Sebastjana, patronów od morowego powietrza, dają na msze i odbywają pielgrzymki do miejsc cudownych. W Starym Sączu nie było nigdy cholery, bo święta Kunegunda broni miasta; w 1872 r. cała parafia Ciężkowicka była wolna od cholery, bo nie dopuścił jej tam cudowny Pan Jezus znajdujący się w kościele farnym”⁶⁹. Pochodzący z wczesnego baroku niewielki obraz Pana Jezusa Miłosiernego z Ciężkowic pod Tarnowem do dzisiaj słynie łaskami.

Niewiele znaleziono tekstów dotyczących zażegnania zarazy. Jeden z nich zamieścił Marian Udziela: „Wróż, wszedłszy przed wschodem słońca na skałę lub górę, roznieca tam ogień z korzenia jałowcowego, a potem przeżegnawszy trzy razy ręką w powietrzu, wymawia: »Święta Cecylia pięć córecki miała. Dwie cięgiem wiały, a trzy na planetach siedziały. A rozwijcie te zarazy, w imię Matki Boskiej, na bory, na lasy, na skały, na Głowienną górę, zeby nie powróciła i ludzi nie tłamsiła. W imię Ojca i Syna i Ducha św. Amen«”⁷⁰. Kapłani Kościoła katolickiego uparcie twierdzili jednak, że św. Cecylia zmarła jako dziewica, więc tylko wyobraźnia ludowa domalowała jej aż pięć córek.

⁶⁷ S. Udziela, *Cholera...*, s. 2.

⁶⁸ S. Spittal, *op. cit.*, s. 72.

⁶⁹ S. Udziela, *Cholera...*, s. 2.

⁷⁰ M. Udziela, *op. cit.*, s. 168–169.



Il. 1. Macierzanka piaskowa.
Fot. L. Wdowiak (2009 r.).



Il. 2. Dzięgiel leśny.
Źródło: W. Nöldner, *Aus Wald und Flur*, Hamburg 1937.



Il. 3. Liść i zielone łupiny orzecha włoskiego.
Fot. L. Wdowiak (2018 r.).



Il. 4. Kwiat biedrzeńca mniejszego.
Fot. L. Wdowiak (2015 r.).

Podsumowanie

W lecznictwie ludowym często nadawano cholerze kształty i cechy antropomorficzne, chociaż nie zawsze tak się działo – przypisywano chorobie również umiejętność przemiany w przedmioty, np. wielką kolorową banię, słomę, korale, płachtę. Zawsze była chorobą bardzo groźną, złośliwą, nieubłaganą, bezlitosną, ale można było ją przestraszyć, bądź oszukać. Nadejście epidemii poprzedzały przeróżnego typu znaki ostrzegawcze – od komety poczynając, a na krzyżach i trumnach ukazujących się na niebie kończąc.

Zakopywanie żywych ludzi, wrzucanie do ognia żyjącego kota, zakopywanie ze zmarłym na cholerę żywych zwierząt – należały do krańcowo barbarzyńskich metod postępowania, stojących w opozycji do wyznawanej religii.

Stwarzanie symbolicznego muru poprzez oborywanie wsi, otaczanie ich nicią miało miejsce w trzech zaborach. Podejmowano te wysiłki z przekonaniem, że choroba tych granic nie przekroczy, co powodowało polepszenie samopoczucia mieszkańców. Działo się tak również dzięki noszeniu amuletów. W walce z cholerą pierwszoplanową rolę odgrywał mocny alkohol (spirytus i wódka, arak, rzadziej wino). Sporządzano nalewki na roślinach wzmagających wydzielanie soków trawiennych – zwłaszcza do tego celu służyły: arcydzięgiel litwor, różne gatunki biedrzeńca i mięty, ruta, dziurawiec, bylica-piołun, czosnek. Rzadziej posługiwano się wywarami i naparami z roślin.

Pomimo iż sądzono, że cholera była karą za grzechy zesłaną przez Boga, modlono się do świętych uznawanych za „specjalistów” od zarazy, do Boga, klęczano przed cudownymi obrazami.

Cholera należała do chorób egalitarnych. Jarosław Kolczyński pięknie napisał: „Zaraza dotykała i skazywała na śmierć starców i dzieci, bogatych i biednych, dobrych i złych. Obalała wszelki ład, pod jej dotknięciem kruchy świat urządzony przez człowieka walił się w gruzy, obracał w chaos. Zaraza przypominała mityczny stan chaosu”⁷¹.

Cholera in folk medicine of the old Polish territories during the period of Partitions in the views of folk culture researchers

The treatment and prevention of asiatic cholera had not been encountered in folk medicine until 1831. It first appeared on the former territory of Poland in 1831, coming from Russia, and then the epidemics recurred repeatedly. They ignored

⁷¹ J. Kolczyński, *op. cit.*, s. 175.

the doctors' encouragement to keep things clean. The disease was treated as a godsend. Very quickly they developed their own ways of prevention and treatment. These included, for example, making ditches around villages, and even unknown in the treatment of other diseases ritual murders of people and animals, of extremely brutal character, because inhabitants of old Polish lands were famous from deep religiousness.

They prayed to God, to the saints, before „miraculous” images. Mostly alcoholic tinctures on plants such as angelica, anise, rue, St. John's wort, wormwood, garlic were used. Decoctions and infusions were also used. These plants increased the secretion of digestive fluids.

Key words: cholera, epidemiology, folk medicine

Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak

Działania prewencyjne podejmowane w przypadku epidemii cholery na dawnych ziemiach polskich pod zaborami

„Co jest cholera? Na to odpowiadają, że to jest womit i oddawanie stolcem materii wodnistych, podobnych do wody zmieszanej z ryżem, wstrzymanie odchodu moczu, brak pulsu, zlodowacenie ciała, kolor fioletowy skóry, kurcze i schudnięcie prędkie; jest to definicyja prawdziwa, kiedy każde inne tłumaczenie podlega krytyce. Pochodzi od pewnego rodzaju miazmatu, wywiązanego w Indyi, który sprowadza za okazaniem się swym epidemię”¹ – napisał Antoni Simon².

„Co jest cholera?” – zastanawiali się nie tylko lekarze. Identyczne pytanie zadawał sobie siedem lat przed ukazaniem się poradnika Antoniego Simona pewien ziemianin z Wielkopolski. „Co jest Cholera? Bogu jedynie wiadomo. Gdybyśmy jej naturę i przyczyny zgłębić potrafili, niezawodnie środki ratunku mogłyby być wynalezione; lecz dopóki to nie nastąpi, musimy się na domniemaniach i przypuszczeniach ograniczyć, gdyż zapewne jeszcze długi czas przejdzie, nim ktokolwiek bądź, będzie w stanie wystąpić z dowiedzeniem, iż odgadł przyczyny tej klęski. Pomiędzy rozmaitemi domniemaniami o jej przyczynach, jedni przypisują jej powstanie zepsuciu powietrza, drudzy owadom, inni brakowi kwasorodu, lub rozmaitym innym powodom”³ – napisał Julian Jaraczewski (1797–1867), poseł do sejmiku dzielnicowego Wielkiego Księstwa Poznańskiego oraz do sejmiku pruskiego, w niewielkiej, kilkunastostronicowej broszurze. Opisywał, jakie środki zaradcze

¹ A. Simon, *Medycyna ludowa czyli treściwy pogląd na środki ochronne, poznawanie i leczenie chorób. Poradnik lekarski dla wszystkich stanów według najnowszych źródeł*, Warszawa 1860, s. 203.

² Antoni Simon po ukończeniu studiów w Moskwie, przez cztery lata pracował w Szpitalu Ujazdowskim, potem zamieszkał w Łyszkowicach, w dobrach Księstwa Łowickiego, gdzie był lekarzem, a później pełnił przez 11 lat swoje obowiązki w domu starców i sierot starozakonnych w Warszawie, do przedwczesnej śmierci w 1873 r. Por.: S. Kościński, *Słownik lekarzy polskich obejmujący oprócz krótkich życiorysów lekarzy Polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografię lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej*, Warszawa 1883, s. 457–458.

³ J. Jaraczewski, *O cholery*, Poznań 1853, s. 3–4.

przeciwko cholercie podjęto we wsiach Głuchów i Sierniki koło Kościana oraz wysoko oceniał ich skuteczność. Uważał, że lekarze się mylą szukając zarodków cholery, które wg nich każdy człowiek miał nosić w sobie, a choroba się ujawniała pod wpływem „iskry”. Nie zgadzał się z poglądami, że cholera jest najwyższym stadium febry, jak onegdaj nazywano malarię. Sądził, że problem można rozwiązać prowadząc badania mikroskopowe, bowiem „Świat zatem niewidzialny w ogromnych przez swą ilość rozmiarach istnieje: jak dalece na nasz organizm wpływa i takowy częstokroć zmienia, późniejszym doświadczeniom do odkrycia pozostaje”⁴. Tak nowoczesne, wręcz prorocze poglądy Juliana Jaraczewskiego wzbudziły pośród ówczesnych lekarzy zarówno dużą wesołość, jak i ogromne oburzenie. To było gorszące: jak byle profan, nawet arystokratyczny, lecz bez wykształcenia lekarskiego, śmiał zabierać głos w sprawach medycznych?

Już na początku XIX stulecia morowi poświęcił osobną rozprawę konsyliarz nadworny Stanisława Augusta, Jan Nepomucen Lernet (1745–1822)⁵. Napisał: „Twierdząc Teologowie, że Mór jest karą od Boga za grzechy dopuszczoną, utwierdzili lud w przesądzie, iakoby leczenie iego było daremnem; w czym większa nawet część Lekarzy innego nie była zdania. Mór tedy przywidzeniami Teologów, ograniczeniem Lekarzy i niedbalstwem Rządów, rozkrzewia się. W podobnym nawet zamieszaniu i zabałamuceniu, chociażby niektórzy z światłych mężów, mogli się byli do wyjawienia historii moru przyczynić, to iednak i w tym przypadku niedbalstwo naywyższych władz piastujących, pozbawiło sztukę przyzwoitey opieki, w robieniu spostrzeżeń i doświadczeń potrzebney!”⁶ Ze względu na doniosłość tych opinii, rozprawę przetłumaczyli z łaciny na język polski lekarze Karol Soczyński oraz Józef Filipecki⁷.

Cholera trafiła do Rosji w 1830 r., lecz już w 1831 r. epidemia zagościła nie tylko na dawnych ziemiach polskich, ale i w wielu innych zakątkach Europy. Walentyna Korpalska napisała: „...w czasie epidemii z lat 1831–1832, w wielu miejscach kontynentu europejskiego, zarówno w Rosji, jak i we Francji zdesperowani mieszkańcy szukali winnych, »kozła ofiarnego«. Przede wszystkim obwiniano władze. Podejrzewano działania nieznanych trucicieli. Oskarżano personel medyczny: lekarzy, pielęgniarki, personel pomocniczy powoływany przez władze sanitarne. Ponieważ śmiertelność była bardzo duża, a wielu chorych umierało w szpitalach, atakowano ambulatoria i szpitale, dewastowano apteki, atakowano lekarzy na ulicy. W Rosji mordowano lekarzy i pielęgniarki”⁸.

⁴ Ibidem, s. 5.

⁵ J. Lernet, *Rozprawa o morze*, „Roczniki Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk” 1817, t. 11, s. 1–272.

⁶ Ibidem, s. 8.

⁷ J. Kościński, *op. cit.*, s. 119, 273.

⁸ W.K. Korpalska, *Pacjenci i lekarze w czasie epidemii cholery 1831–1832 na ziemiach polskich pod pruskim zaborem*, [w:] M.Z. Felsmann, J. Szarek, M. Felsmann (red.), *Dawna medycyna i weterynaria. Pacjent*, Chełmno 2011, s. 84.

Gwoli przypomnienia, przecinkowca cholery (*Vibrio cholerae*) odkrył w latach 30. XIX w., a opublikował wyniki w 1854 r. włoski anatom Filippo Pacini⁹, lecz nie była to sprawa szerzej znana, nawet lekarzom. Dopiero powtórne odkrycie przecinkowca cholery przez Roberta Kocha (ogłosił wyniki w 1883 r.)¹⁰ i awantura wywołana przez Maxa Pettenkofera¹¹ spowodowały, że oprócz teorii

kontagonistycznych wzięto pod uwagę teorie miazmatyczne, co pozwoliło z cholerą bardziej skutecznie walczyć, z uwzględnieniem warunków środowiskowych.

Na początku zaistnienia epidemii w Europie ogromną rolę odegrał w jej zwalczaniu warszawski lekarz i filantrop Jan Fryderyk Wilhelm Malcz (1795–1852)¹².

Za porady, jak należy postępować w przypadku cholery w Indiach otrzymał podziękowania od królowej Wiktorii, a jako naczelny lekarz Gwardii Narodowej za walkę z cholerą został odznaczony Złotym Krzyżem *Virtuti Militari*¹³. Przed powstaniem listopadowym, od 1827 r. został naczelnym lekarzem Szpitala Św. Rocha w Warszawie. Jednak pomimo tego, że św. Roch patronował chorym na schorzenia zakaźne, leczono tam różnych pacjentów – np. cierpiących na



Il. 1. F.H. Roeber, *Dr Wilhelm Malcz*.
Źródło: „Tygodnik Illustrowany”
1860, t. 1, nr 30, s. 261.

⁹ M. Bentivoglio, P. Pacini, *Filippo Pacini: a determined observer*, „Brain Research Bulletin” 1995, t. 38, nr 2, s. 161–165.

¹⁰ Z. Zwolska, *Robert Koch – bakteriolog, lekarz, humanista. Pamięci uczonego w 170. rocznicę Jego urodzin*, „Nauka” 2013, (bez numeru tomu), nr 4, s. 167–168.

¹¹ Max Pettenkofer, chemik, prof. higieny, aby udowodnić, że przecinkowiec nie jest powodem cholery, wypił w obecności świadków bulion zawierający bakterie, który otrzymał od Roberta Kocha. Nie zachorował, jak się przypuszcza, z powodu nadkwasoty soku żołądkowego. Max von Pettenkofer postrzegał cholerę jako wynik interakcji pomiędzy miazmatem cholery a składem gleb. Aby wywołać chorobę, człowiek musiał mieć kontakt z miazmatami cholery. Fatalne skutki braku filtracji wody podczas wybuchu cholery w Hamburgu w 1892 r., brak gotowania wody, brak dezynfekcji, brak kwarantanny nadszarpnęły reputację von Pettenkofera. Por.: G.M. Oppenheimer, E. Susser, *Invited commentary: The context and challenge of von Pettenkofer's contributions to epidemiology*, „American Journal of Epidemiology” 2007, t. 166, nr 11, s. 1239–1243; A. Morabia, *Epidemiologic interactions, complexity, and the lonesome death of Max von Pettenkofer*, „Epidemiologic Methods” 2014, t. 3, nr 1, s. 73–77; A.S. Evans, *Two errors in enteric epidemiology: the stories of Austin Flint and Max von Pettenkofer*, „Reviews of Infectious Diseases” 1985, t. 7, nr 3, s. 427–430.

¹² T. Ostrowska, *Jan Fryderyk Malcz (Malsch)*, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/jan-fryderyk-wilhelm-malcz-malsch> (dostęp: 21.01.2021).

¹³ T. Stegner, *Ewangelicy warszawscy 1815–1918*, Warszawa 1993, s. 38.

reumatyzm. W 1831 r., gdy wybuchła epidemia, jak napisała Anna Marek, Wilhelm Malcz „...przewodniczył Komitetowi Centralnemu Zdrowia dla zwalczania cholery, a następnie założył szpital dla tych chorych”¹⁴.

Już w 1831 r. ukazała się książka Wilhelma Malcza *O cholerze indyjskiej epidemicznej*¹⁵. Twierdził, że na cholerę zapadają najczęściej ludzie nękanii przez nędzę, lecz dodawał „...nie są wszakże wyłączone i osoby wyższych stanów, zbytkiem grzeszący”¹⁶. Nie zalecał podczas epidemii jeść „surowizny” (jarzyn i owoców), nawet kiszonych ogórków, niedogotowanych potraw, pić rzecznej wody. Powodów zachorowania upatrywał w złych warunkach mieszkaniowych i socjalnych („źle i na kupie mieszkający”, „źle odziani”), niedożywieniu, brudzie, zaziębieniach, zmartwieniach, „wpływach moralnych”, „niewywczasach”, „znużeniach ciała poprzez fizyczne lub moralne fatygi”¹⁷. „Mierne używanie wódki, nie tylko nie jest szkodliwe, owszem w całym przebiegu epidemii zbawienne okazywało skutki”¹⁸ – zauważał Wilhelm Malcz, jednak nie wszyscy lekarze podzielali ten pogląd.

Oprócz Wilhelma Malcza podczas powstania listopadowego ogromne zasługi w zwalczaniu cholery mieli także inni lekarze: Karol Kaczkowski, Franciszek Antoni Brandt, Andrzej Janikowski, Jakub Jasiński i Pierre de Boismond, a ze szpitala wojskowego utworzonego podczas powstania listopadowego w Mieni¹⁹ – nie wymieniony z imienia Żelazowski (mógł to być lekarz Michał, bądź aptekarz Józef) i Józef Maszadro²⁰.

Zanim jeszcze epidemia rozprzestrzeniła się powszechnie w granicach Wielkiego Księstwa Poznańskiego, już rząd Prus wydał szereg przepisów i zaleceń, w języku niemieckim i polskim, które miały zapobiec chorobie i ograniczyć jej występowanie. Niewymieniony z imienia radca doktor Gumpert²¹, na prośbę Naczelnego Prezesa Wielkiego Księstwa Poznańskiego Eduarda Heinricha Flottwella napisał, jak jego zdaniem należy zachować się w przypadku zachorowania²².

¹⁴ A. Marek, *Dzieje i problematyka „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” Wilhelma Malcza (1828–1829)*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną” 2002, t. 9, z. 1–2, s. 179.

¹⁵ J.F.W. Malcz, *O cholerze indyjskiej epidemicznej*, Warszawa 1831.

¹⁶ Ibidem, s. 66.

¹⁷ Ibidem, s. 66–70.

¹⁸ Ibidem, s. 68.

¹⁹ W XV w. wieś została przekazana razem z lasami Szpitalowi św. Ducha w Warszawie przez księżnę mazowiecką. W 1799 r. utworzono tam oddział Szpitala św. Ducha.

²⁰ Z. Olkowski, *Epidemia cholery azjatyckiej w Prusach Wschodnich w latach 1831–1832*, „Komunikaty Mazursko-Warmińskie” 1968, (bez numeru tomu), nr 4, s. 533.

²¹ Prawdopodobnie chodziło o Christiana Gumperta (1772–1832), por. M. Sprungala, *Die Meseritzer Familie Gumpert*, https://www.heimatkreis-meseritz.de/4_122.htm (dostęp: 19.02.2021).

²² C.(?) Gumpert, *Ueber die Cholera Krankheit. Un die Einwohner des Grossherzogthums Posen zur Beherzigung: O cholerze. Pismo troskliwej uwadze mieszkańców W. X. Poznańskiego poświęcone*, Poznań 1831.

„Wybuchnienie cholery pochodzi z nieprzyzwoitego zachowania i z zewnętrznych wpływów, których bardzo dobrze uniknąć jesteśmy w stanie”²³ – napisał lekarz, dopatrując się uchybień dietetycznych – zabronione zostało jedzenie sałaty, owoców, ogórków, a zwłaszcza mizerii, picie kwaśnego mleka. Cholery można było się nabawić przez „rozpusztę wszelkiego rodzaju”, „przez zbyt lekki ubiór”, przeziębienie, „zbyt wielką bojaźń niebezpieczeństwa”²⁴.

W 1831 r. ukazał się drukiem *Krótki wykaz postanowień wydanych przez Królewski Rząd Pruski w celu odwrócenia niebezpieczeństwa, jakim cholera azyatycka zagraża...*²⁵. Pisano w nim o konieczności wietrzenia pomieszczeń, zachowania czystości, środkach odkażających, a także o konieczności ciepłego ubierania się i właściwego zachowywania się przy chorych. Przed udaniem się do chorego należało się odpowiednio zabezpieczyć. Podano recepturę na „niezawodną” nalewkę, składającą się z piołunu, skórek pomarańczowych, arcydzięgla litworu i goździków. „Na te drobno potłuczone i pokrajane ingredyencye, leje się trzy funty najmocniejszego spirytusu winnego. Trzymając całą tę mieszaninę przez czas niejaki (1–3 dni) w zamkniętem naczyniu, należy potem precedzić płyn należycie i zachować do użycia”²⁶.

Zaraz po zakończeniu epidemii, ukazała się drukiem niewielka rozprawa doktorska lekarza Zygmunta Hipolita Terleckiego (1808–1889). Między innymi uważał on, że skażona krew wpływała na stan nerwów²⁷, co wywoływało cholere. Twierdził, że cholera występowała już kiedyś w Polsce. „Chociaż dawna cholera i azjatycka w naszym dalszym przebiegu choroby, mają podobne objawy; biorąc jednak pod uwagę bliższą przyczyny naturę, która będąc całkowicie różnicowana, w nowej i jeszcze nie istniejącej pokazuje nam, że nie jest to choroba cholery azjatyckiej”²⁸ – konkludował.

Zygmunt Terlecki był postacią niezwykłą, bardzo barwną. Na emigracji w Paryżu obronił kolejny doktorat z medycyny, podjął pracę jako lekarz, lecz gdy zmarła jego żona, został duchownym grecko-katolickim a później prawosławnym²⁹.

Gdy cholera pojawiła się na dawnych ziemiach polskich w 1847 r., wychodząca w Lesznie „Szkółka Niedzielną” zamieszczała *Ogłoszenie o cholery dla nielekarzy*³⁰, które miało zostać ułożone przez Radę Lekarską Królestwa Polskiego

²³ Ibidem, s. 13.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Królewska Nadworna Drukarnia W. Deckera (red.), *Krótki wykaz postanowień wydanych przez Król. Rząd Pruski w celu odwrócenia niebezpieczeństwa, jakim cholera azyatycka zagraża wraz z przepisem wstrzemięźliwego zachowania się i niezwłocznego użycia własnej pomocy w razie zachorowania. Przede wszystkim dla mieszkańców Wielkiego Xięstwa Poznańskiego*, Poznań 1831.

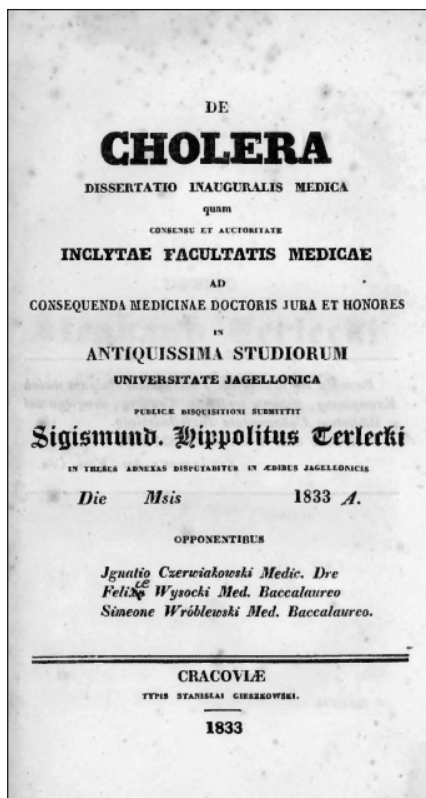
²⁶ Ibidem, s. 19.

²⁷ Z.H. Terlecki, *De cholera*, Kraków 1833, s. 5.

²⁸ Ibidem, s. 29.

²⁹ J. Kościński, *op. cit.*, s. 513.

³⁰ *Ogłoszenie o cholery dla nielekarzy*, „Szkółka Niedzielną” 1847, R. 11, nr 8, s. 191–192.



Il. 2. Strona tytułowa dysertacji Z.H. Terleckiego.

Źródło: internetowa domena publiczna.

i zatwierdzone zostało przez Centralny Komitet zapobiegający cholercie. Podano objawy choroby, dodając że „Z jednego miejsca na drugie przenosi ona się przez powietrze, dlatego też w czasie jej panowania prawie wszyscy mieszkańcy doznają mniej więcej jej wpływu, lecz rzeczywiście zapadają tylko niewstrzemięźliwi w użyciu pokarmów, nałogowi pijacy i mało o swoje zdrowie dbający”³¹. Cholera zbierało duże żniwo pośród małych dzieci, które nie zdążyły jeszcze zostać pijakami i obżartuchami, więc te zalecenia każdy logicznie myślący wieśniak (o ile umiał czytać) traktował z dużym niedowierzaniem. *Ogłoszenie o cholercie* – z jednej strony – propagowało utrzymywanie czystości w domu i obejściu, natomiast z drugiej zawierało wiele sprzeczności i niejasności. Napisano: „...obżarci bowiem i pijacy najczęściej na cholerę zapadają”, po czym wymieniano środki

³¹ Ibidem, s. 191.

zaradcze w rodzaju wódki. „Wódka wtedy tylko nie szkodzi, gdy się ją pije bardzo umiarkowanie, najlepsza jest wódka nalana na piołun, tysiącznik lub korzeń tataraku. (...) Przeziębiwszy się, trzeba się starać o wzbudzenie potów, do czego posłuży herbata z arakiem, lub kieliszek wódki, a następnie napój jaki gorący, jak up. ziółka miętowe, lipowe it. p.”³². Radzono, aby mieć w pogotowiu wódkę nalaną na pieprz turecki (paprykę) lub na gorczycę, a w przypadku zachorowania należało 8 kropel olejku skalnego, czyli ropy naftowej zmieszać z wódką i wypić³³. Temat kontynuowano w następnych numerach „Szkółki Niedzielnej”. Zalecano, by w chorujących na cholere wzbudzić poty³⁴, najlepiej nacierając ciało wódką z papryką, z gorczycą, wódką z terpentyną i olejkim skalnym, pocierając skórę lodem (?), robiąc kąpiele parowe.

Do grona niespokojnych duchów, takich jak wspomniany wyżej Zygmunt Terlecki, należał także lekarz, podróżnik, pisarz i powstaniec Teodor Tripplin (1812–1881). Jego portret pędzla Józefa Simmlera przedstawia elegancko ubranego mężczyznę z cylindrem opartego o skałę. Chociaż pochodził z niemiecko-szwedzkiej rodziny i wyznawał kalwinizm, Teodor Tripplin uważał się za Polaka i był postrzegany jako gorący patriota.



Il. 3. Józef Simmler, *Teodor Tripplin* (1852).

Źródło: cyfrowe.mnw.art.pl
(dostęp: 26.02.2021).

Swoje poglądy na istotę cholery Teodor Tripplin wyraził w pracy *Hygiena polska*³⁵. Z dzisiejszego punktu widzenia te zapatrywania w dużej części można uznać za zupełnie chybione. „Dzięki Bogu! cholera nie jest bynajmniej chorobą zaraźliwą i niczem niepodobną do chorób epidemicznych, wyradzających substancyje, które przeszedłszy w organizm zdrowego człowieka, zaszczepiają w nim też samą chorobę. Cholera jest epidemiczną ale nie zaraźliwą i ktokolwiek żył w kraju w którym panowała dzuma, żółta febra i tyfus zaraźliwy, ten bardzo łatwo pojmie różnicę odgraniczającą choroby

³² Ibidem, s. 192.

³³ Ibidem.

³⁴ Ogłoszenie o cholerze dla nielekarzy, „Szkółka Niedzielna” 1847, R. 11, nr 49, s. 196.

³⁵ T. Tripplin, *Hygiena polska czyli sztuka zachowania zdrowia, przedłużenia życia i uchronienia się od chorób, zastosowana do użytku popularnego z szczególnym poglądem na okoliczności w naszym kraju i klimacie wpływając mogące na tworzenie się słabości, cierpień i chorób*, t. 2, Warszawa 1857.

epidemiczne zaraźliwe od chorób epidemicznych niezaraźliwych”³⁶ – napisał powszechnie znany podróżnik, odwołując się do swoich doświadczeń. Uważał, iż cholera ma nerwowy charakter. „Wiedzieć bowiem potrzeba, że cholera *morbus*, azyjatycka czy sporadyczna, jest istotnie chorobą nerwowego charakteru, siedlisko mającą w ganglionach brzusznych, to jest w nerwach od naszej woli niezależnych, a nadzwyczaj czułych na wszystkie wrażenia. Słaba dusza bardzo łatwo zapatrzeniem się na choleryka, dostać może cholery, ale właściwego miazmatu, prawdziwego *contagium*, istotnej zarazy cholera nie wyradza; nie można jej zaszczyć zdrowemu człowiekowi żadną substancją, ani krwią, ani womitami, ani odchodami stolcowymi wziętymi z choleryka”³⁷.

Teodor Tripplin wyróżniał atmosferyczne względy powstawania choroby, dietetyczne błędy, które podzielił na roślinne (jedzenie surowizn, spożywanie roślin powodujących wzdęcia), zwierzęce (marynaty z ryb, jedzenie świeżych ryb, baraniny, wieprzowiny, kaczek i gęsi), a w końcu powody, które określił jako „mineralne”, czyli stosowanie środków na przeczyszczenie. „Soli przeczyszczających, do których użytku wielu nawykło hemoroidaryjuszów, hipokondryków i namiętnych gastronomów, strzec się wypada. W ogóle nie jest to czas na przeczyszczanie się, i bez rady lekarza nikt nie powinien brać purgacji. (...) Użycie ipekakuany najlepszym jest wówczas środkiem, a i ta, jeśli tylko można, bez porady lekarza dawaną być nie powinna”³⁸.

W 1866 r. w Poznaniu Towarzystwo św. Wincentego a Paulo wydało trzystopnicowe *Ogłoszenie na temat epidemii cholery*, zawierające porady dwóch znamienitych, ogólnie znanych, lekarzy i społeczników: Teodora Teofila Mateckiego oraz Władysława Świderskiego. W pierwszych zdaniach tekstu napisano: „Niepodobna przecież nie nadmienić na wstępie, że najważniejszą rzeczą jest spokojność, oparta na ufności w Boga i zdaniu się na Jego świętą wolę. My chrześcijanie wiemy, że włos z głowy człowieka bez zezwolenia Bożego nie spadnie. Zalecamy także najmocniej braciom naszym katolikom: aby w razie choroby zaraz na początku wzywano pomocy duchownej i wcześniej przyjmowano Sakramenta święte”³⁹. Jak wynika z tych słów, należałoby członków towarzystwa dobroczynnego zaliczyć do głębokich pesymistów. Cóż radzili poznańscy lekarze?

„Ciężka nawiedziła nas choroba. Szczęściem samej ostrożności tylko trzeba, aby jej nie ulec. Surowe owoce – sałaty – mizerye – nagłe picie zimnej wody w ogóle, a osobiwie na czczo – sypianie przy otwartych oknach i niewstrzemięźliwość w jedzeniu lub w picciu, nie wyjmując nawet wina i innych trunków – są najniebezpieczniejsze”. Dalej zalecano by nie wychodzić z domu na czczo, nosić

³⁶ T. Tripplin, *op. cit.*, s. 215–216.

³⁷ Ibidem, s. 217.

³⁸ Ibidem, s. 206–207.

³⁹ Towarzystwo św. Wincentego a Paulo, *Ogłoszenie na temat epidemii cholery*, Poznań 1866.

pasy flanelowe ażeby był ogrzany brzuch, wystrzegać się „zbytku jarzyn”, dbać o czystość otoczenia, trzymać w sieni na miseczce „garść wapna chlorkowego”. W przypadku zachorowania należało jak najszybciej wezwać lekarza i nie kupować w aptekach żadnych „kropli cholerycznych”, a w karczmach „cholerycznych” wódek i likierów⁴⁰. Wypada jednak zauważyć, że *Ogłoszenie* skierowane zostało do najuboższych mieszkańców Poznania. Cena wizyty lekarskiej zapewne wielokrotnie przewyższała opłatę za „krople choleryczne”.

W związku z nową falą epidemii cholery w 1873 r., temat podjęła wydawana we Lwowie „Chata”. W artykule *Co słyhać u nas?* został poruszony temat błędów dietetycznych, pijaństwa i „przeziębienia żołądka”, co pozwoliło zrozumieć, dlaczego wciąż zalecano noszenie pasów z flaneli i sukna osłaniających powłoki brzuszne. „Ale kiedy mowa o winie nie możemy tu pominąć nowego grzechu jakiego się dziś lud dopuszcza po wsiach szczególnie. Dowiadujemy się że najwięcej ginie na cholere ludzi po wsiach i to po największej części z własnej winy. Jest to obowiązkiem każdego człowieka szanować swoje zdrowie, a gdy jest zagrożone ratować je wedle sił. W tym celu, jak to pisaliśmy już nieraz, należy w czasie cholery unikać przeziębienia się, pokarmów surowych, niezdrowych, a przede wszystkim strzec się pijaństwa. Wszystko to powiada każdemu zdrowy rozum. Jednakowoż inaczej się dzieje. Jedni lekko ubrani pracują cały dzień, zgrzeją się, a potem wieczorem nie odziewszy się wracają do domu, przez co bardzo łatwo przeziębia się żołądek. Drudzy karmią się surowymi lub kwaszonymi ogórkami, kartoflami czyli ziemniakami (które teraz bardzo są szkodliwe), jedzą owoce często niedojrzałe, piją po kwaśnem mleku piwo i t. p. co wszystko psuje żołądek i usposabia do cholery. A co najstraszniejsza, po wielu wsiach zapijają się ludzie gorzałką, aby zapomnieć o nieszczęściu i w tym stanie nieraz giną, a to dlatego bo u człowieka używającego mocnych trunków, nie skutkuje żadne lekarstwo, a giną w grzechu ciężkim nie pojednawszy się nawet z P. Bogiem”⁴¹.

W 1873 r. Stanisław Morelowski – lekarz powiatowy z Niska – na łamach „Chaty” zamieścił artykuł poświęcony ochronie przed cholerą⁴². „Sądzę, że niejednen z rad moich skorzysta, i że się w ten sposób ludzkości przysłuży” – przyznał. „Jak największa czystość w domach i koło domów, jest pierwszym warunkiem do oddalenia cholery od pewnej miejscowości, gdyż cholera przeważnie w nieczystych i zaduchami przepełnionych miejscowościach się zagnieżdża”⁴³. Przestrzegał przed jedzeniem surowych jarzyn oraz owoców, nadużywaniem trunków „...gdyż cholera pijaków nader często nagabuje i zabija”, zalecał ciepłe okrywanie

⁴⁰ Ibidem, s. nienum.

⁴¹ O. Hołyński (red.), *Co słyhać u nas?*, „Chata” 1873, R. 4, t. 8, nr 7 – dodatek „Nowiny”, nr 4, s. 13–14.

⁴² S. Morelowski, *O zachowaniu się i ratowaniu w czasie cholery*, „Chata” 1873, R. 4, t. 8, nr 8, s. 123–125.

⁴³ Ibidem, s. 123.

brzucha i unikanie przeziębień⁴⁴. W tekście zamieścił dwie receptury napisane po łacinie – w skład pierwszej wchodziło opium z cukrem, natomiast druga zawierała kulkę wronie oko (*Strychnos nux-vomica*), opium, spirytus kamforowy. Podawał również, jak należy przygotować środki dezynfekcyjne – roztwór kwasu karbolowego oraz witriolu żelaznego do polewania nieczystości.

Doktor Antoni Stanisław Berger w *Hygienie, czyli nauce o zachowaniu zdrowia* pisał o zjadaniu zielonych owoców jako przyczynie cholery⁴⁵.

Karolina Turcza na łamach „Farmacji Polskiej” twierdziła, że w terapii cholery w XIX-wiecznym Krakowie posługiwano się szeroko kulczybą oraz inną silnie trującą rośliną – ciemną białą, nie zdając sobie zupełnie sprawy z ich toksyczności. Nie podzielamy tego poglądu⁴⁶ – lekarze i aptekarze wiedzieli znakomicie, jakie te rośliny mają właściwości. Miasto nawiedzały liczne epidemie cholery – Autorka wymieniała zarazy, które grasowały w Krakowie od czerwca 1831, poprzez lata 1836/37, 1849, 1855, 1866, 1873, 1892–1894⁴⁷. Jak stąd wynika, było ich немало.

W 1892 r., dziewięć lat po powtórnym odkryciu przez Roberta Kocha przyczyny cholery, ukazał się w poznańskim piśmie „Pobudka” artykuł doktora Edwarda Danielewicza⁴⁸, który oceniał cholerę jako „grzybka” lub lasecznika „...przenoszonego z chorych na zdrowych za pośrednictwem wymiocin i stolców po największej części ustami (...) i nosem przez wdychanie zakażonego powietrza po wychodkach”⁴⁹. Autor nie podawał jakichkolwiek danych statystycznych, opierając się jedynie na przypuszczeniach, że na cholerę cierpią przede wszystkim pijacy. „Małe natomiast ilości alkoholu są polecenia godne, gdyż pobudzają czynność gruczołów, wydzielających trujący grzybki choleryczne kwas solny”⁵⁰. Polecał picie „ruskiej” herbaty z czerwonym winem i kilkoma kroplami kwasu solnego, przy czym wino miało działać lepiej od kwasu solnego.

Podane powyżej przykłady nie wyczerpują wątku zapobiegania cholery – na ten temat w XIX stuleciu napisano w języku polskim kilkadziesiąt artykułów. Tylko „ojciec” polskiej bakteriologii, Odo Bujwid (1857–1942) poświęcił cholery kilkanaście prac. Przewidywania Jana Nepomucena Lerneta z 1817 r. o powszech-

⁴⁴ Ibidem, s. 124.

⁴⁵ A.S. Berger, *Hygiena, czyli nauka o zachowaniu zdrowia*, Lwów 1876, s. 46.

⁴⁶ Por.: N (L. Natanson), *O skuteczności wyciągu wroniego oka w cholery*, „Tygodnik Lekarski” 1848, R. 2, nr 43, s. 337–342; L. Blumenstok, *Usiłowane otrucie za pomocą ciemierzycy*, „Przegląd Lekarski” 1883, R. 22, nr 20, s. 257–259.

⁴⁷ K. Turcza, *Trucizna jako lek – czyli sposoby leczenia cholery w dziewiętnastowiecznym Krakowie*, <https://www.ptfarm.pl/wydawnictwa/czasopisma/farmacja-polska/103/-/27267> (dostęp: 20.02.2021).

⁴⁸ E. Danielewicz, *Cholera a pijaństwo*, „Pobudka do szerzenia wstrzemięźliwości” 1892, R. 2, bez nr-u i zeszytu, s. 41–42.

⁴⁹ Ibidem, s. 41.

⁵⁰ Ibidem, s. 42.

nym przesądzie traktowania zarazy jako nieuniknionej kary Bożej się sprawdzily – pisano o tym na łamach gazet, w ulotkach. W wielu krajach Europy doceniono rady Wilhelma Malcza. Zalecenia doktora Gumperta dla Wielkiego Księstwa Poznańskiego świadczą o tym, że wzorował się na pracy Malcza, dodając od siebie jako przyczynę cholery „rozpusztę wszelkiego rodzaju”, o czym Wilhelm Malcz nie wspominał. Do 1883 r. nie znano konkretnych powodów wybuchu epidemii, więc pojawiły się domniemania o jej nerwowym pochodzeniu, miazmatach, o przeziębieniu żołądka, o korelacjach cholery z alkoholem i przejadaniem się.

Preventive actions in case of cholera epidemic in the former Polish territories in the time of Partitions

In 1831, cholera, which had invaded Russia the year before broke out on the territory of the former Poland. In all the partitions measures were taken to prevent the plague. In Grand Duchy of Poznan, official procedures were implemented most rapidly. During the November Uprising, the Warsaw physician Wilhelm Malcz had great merit in limiting the epidemic. Even before the epidemic was over, he had published a book *On the Epidemic Cholera of India*, and his recommendations not to eat raw vegetables and fruits and not to drink river water were acclaimed throughout Europe. The causes of the epidemic were unknown (the discovery of *Vibrio cholerae* was announced F. Pacini in 1854, which was not noticed by physicians, and was repeated by R. Koch in 1893). It was suspected that the cause of the epidemic was e.g. „the cold” of the stomach, drinking alcohol, the disease of the nerves, the miasmas. Koch’s discovery allowed for a more effective fight against the disease.

Key words: cholera, epidemic, prevention

Urszula Kozłowska

Organizacja ochrony zdrowia ludności wiejskiej jako element polityki zdrowotnej państwa w latach 1945–1991, na przykładzie Pomorza Zachodniego

Wprowadzenie

Organizacja służby zdrowia w różnych okresach historycznych oraz jej różnorodne aspekty stanowią interesujący przedmiot badań. W ochronie zdrowia ludności wiejskiej w latach 1945–1991, podobnie jak i w całym systemie ochrony zdrowia, zaszły zasadnicze zmiany ilościowe i jakościowe, obejmujące analizowany wymiar życia społecznego. Ogólnie lata 1945–1991 w ochronie zdrowia ludności wiejskiej można podzielić na etapy różniące się między sobą dynamiką podejmowanych działań i poszukiwaniem odpowiednich rozwiązań organizacyjnych, których celem było zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej tej kategorii ludności. Pierwszy z nich przypadł na lata 1945–1979, gdy organizowano powszechną ochronę zdrowia, w tym rozszerzono świadczenia z zakresu zabezpieczenia społecznego. W okresie tym sektor zdrowotny uległ istotnym zmianom. Zadbano między innymi o rozwój i przyrost kadr, również na obszarach wiejskich. Rozwinięto także działalność zapobiegawczą w odniesieniu do różnych kategorii społecznych.

W przedstawianym okresie na uwagę zasługują szczególnie lata 1945–1950 oraz 1971–1979, które zasadniczo wyznaczyły kierunek dalszego rozwoju służby zdrowia w Polsce. W przypadku pierwszego okresu należało jak najszybciej opanować powojenną sytuację. Skupiono się głównie na trzech podstawowych zagadnieniach: wypracowaniu odpowiednich rozwiązań instytucjonalnych, opiece nad kobietą i dzieckiem oraz zwalczaniu chorób zakaźnych. Uznano, że podstawową placówką zaspokajającą potrzeby zdrowotne mieszkańców terenów wiejskich będzie ośrodek zdrowia (dyskutowano również nad modelem wiejskich spółdzielni zdrowia, jednak było to zbyt drogie rozwiązanie). Stanowił on również podstawę opracowanego w latach 60. XX w. wiejskiego rejonu zapobiegawczo-leczniczego, stanowiącego istotną część opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską. Jego przygotowanie stanowiło ważny etap w instytucjonalizacji opieki zdrowotnej ludności wiejskiej.

Następna ważna faza w organizacji ochrony zdrowia przypadła na lata 1971–1979. W analizowanym okresie powołane zostały zespoły opieki zdrowotnej, co pozwoliło na integrację lecznictwa otwartego, zamkniętego, opieki medycznej a także pomocy społecznej. Ponadto indywidualni rolnicy zyskali uprawnienia do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych¹.

Kolejny ważny etap w organizacji ochrony zdrowia, w tym również nad ludnością wiejską, przypadł na lata 1980–1991. Był on istotny z następujących powodów. Już w 1980 r. w Polsce głoszone hasła związane z reformą opieki zdrowotnej, kiedy nie były one jeszcze popularne, ani w krajach zachodnich, ani tym bardziej w bloku państw socjalistycznych². Uznano, że proces reformowania tego sektora życia społecznego powinien mieć charakter długofalowy, którego wynikiem będzie zmiana systemu opieki zdrowotnej. Wśród różnych zagadnień zwrócono uwagę między innymi na sprawy zdrowia kobiet i dzieci. Ważnym zadaniem było także zmniejszenie nierówności pomiędzy ludnością miejską i wiejską w dostępie do świadczeń zdrowotnych, a także ocena uwarunkowań i stanu zdrowia mieszkańców wsi³.

Transformacja ustrojowa w Polsce, jak podkreśla Cezary W. Włodarczyk, umożliwiła przeprowadzenie rzeczywistej reformy opieki zdrowotnej⁴. Rok 1989 przyniósł możliwość budowania nowego systemu zdrowotnego, czego wyrazem była *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej* z 1991 r. Zapisy w niej zawarte umożliwiały faktycznie rozpoczęcie reform systemu ochrony zdrowia. Wspomniany dokument ograniczał wyłączność państwa w wymiarze nadzoru i prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto, jak zaznacza Stefan Poździuch, ustawa zrywała z pojęciem „państwowej i społecznej służby zdrowia”, wprowadzając w to miejsce nazwę publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Pozwalała również na budowanie rynku usług medycznych oraz tworzenie i rozwijanie sektora prywatnego w opiece zdrowotnej⁵. Zmiany te w zasadniczy sposób wpłynęły także na rozwój ochrony zdrowia na terenach wiejskich.

¹ W.C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998, s. 52–53. Autor wskazuje, że uprawnienia do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zyskało około 98–99% mieszkańców kraju. Jednak rzeczywista liczba osób, które mogły z nich korzystać nigdy nie została empirycznie zweryfikowana. Warto zaznaczyć, że część populacji była z tych uprawnień wyłączona. Dotyczyło to pewnych grup dzieci i młodzieży.

² W.C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej...*, s. 29.

³ M. Woch, *Instytucje kształtujące system opieki zdrowotnej w Polsce. (Analiza porównawcza lata 1918–2004)*, Warszawa 2012, s. 89–90.

⁴ W.C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej...*, s. 163.

⁵ S. Poździuch, *Regulacje prawne w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce*, [w:] A. Czupryna, S. Poździuch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Kraków 2001, s. 317; M. Dobska, K. Rogoziński, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008, s. 13; *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408.

Przedstawienie po krótkce zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia w analizowanym okresie stanowi ważne tło do analizy zmian zachodzących w tym zakresie na Pomorzu Zachodnim. Uwagę skupiłam głównie na organizacji instytucjonalnego wymiaru ochrony zdrowia, zwalczaniu chorób zakaźnych oraz na zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych kobiet i dzieci. Elementy te stanowiły ważną część realizowanej polityki zdrowotnej na obszarach wiejskich w analizowanym okresie. Warto również zaznaczyć, że w organizacji ochrony zdrowia nad ludnością wiejską Pomorza Zachodniego widoczne są, szczególnie do lat 50., pewne odmienności. Dotyczyły one głównie jej nieodpowiedniego zabezpieczenia w wymiarze zdrowotnym. Wyrazem analizowanej sytuacji może być to, że początkowo tylko placówki PCK sprawowały opiekę zdrowotną nad ludnością wiejską. Należy również podkreślić, że na danym obszarze w latach 50. zaszły także pewne zmiany administracyjne. Otóż w 1950 r. z Pomorza Zachodniego wydzielono dwa województwa: szczecińskie i koszalińskie. Zwyczajowo województwo szczecińskie było traktowane jako Pomorze Zachodnie, zaś koszalińskie potocznie nazywano Pomorzem Środkowym.

Cezurę początkową niniejszego opracowania wyznaczył 1945 r., kiedy powstał III Okręg Administracyjny Pomorze Zachodnie, zaś końcową 1991 r. W tym okresie weszła w życie *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej*, określająca reformę systemu ochrony zdrowia, będąc zarazem „pierwszą formalno-prawną zapowiedzią dla nowego systemu ochrony zdrowia w Polsce”⁶.

Organizacja ochrony zdrowia ludności wiejskiej na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1991

Ludność wiejska Pomorza Zachodniego w 1946 r. stanowiła 65,53% ogółu mieszkańców omawianego obszaru⁷, ale proces jej zbliżania do instytucji ochrony zdrowia i lekarza na Pomorzu Zachodnim rozpoczął się już rok wcześniej. Można go podzielić na trzy zasadnicze segmenty obejmujące: organizację podstawowej opieki zdrowotnej, czego wyrazem było uruchamianie lub tworzenie placówek ochrony zdrowia, zapewnienie właściwej pomocy lekarskiej nad matką i dzieckiem oraz zwalczanie chorób zakaźnych. Elementy te wyznaczały również kierunki regionalnej polityki zdrowotnej. Ważną rolę w tym zakresie przypisywano nie tylko państwowym placówkom służby zdrowia, ale i organizacjom społecznym. Proces zbliżania został zapoczątkowany przez działalność Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Szczecińskiego (UWS). Przyjął on formę dwutorowych działań. Podjęto kroki w kierunku podniesienia świadomości

⁶ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2009, s. 22–23, 169.

⁷ Obliczenia własne na podstawie *Rocznik statystyczny [GUS] 1947*, Warszawa 1947, s. 13.

zdrowotnej mieszkańców poprzez organizację kursów sanitarnych, odczytów, wykładów na temat chorób zakaźnych i walki z nimi, sposobów zapobiegania im, a także dążono do właściwego zabezpieczenia ludności wiejskiej w wymiarze leczniczym. W tym celu Wydział Zdrowia UWS do najbardziej oddalonych wsi organizował wyjazdowe ekipy lekarsko-pielęgniarskie niosące pomoc leczniczą ludności, która tego typu wsparcia była pozbawiona. Pierwsze tego typu ekipy zostały zorganizowane już w 1945 r. W latach 50. ich formuła rozwinęła się i stała się bardziej dopracowana. Udzielano nie tylko ogólnej pomocy lekarskiej, ale i dentystycznej. W ramach „czynów społecznych” lekarze i pielęgniarki wyjeżdżali w odległe tereny niosąc pracownikom państwowych gospodarstw rolnych i spółdzielni produkcyjnych pomoc lekarską. Przyjęło to formułę tzw. „białych niedziel”.

Ważną rolę w odpowiednim zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych ludności wiejskiej odegrał także Polski Czerwony Krzyż (PCK). W wielu przypadkach jego placówki pojawiały się zanim jeszcze administracja państwowej służby zdrowia zaczęła sprawnie funkcjonować. Działalność PCK w tym wymiarze została zapoczątkowana już w 1945 r. Warto dodać, że wraz z końcem roku praktycznie cały obszar Pomorza Zachodniego, prócz powiatu gryfickiego, został objęty jego siecią organizacyjną. Działalność PCK w tym wymiarze posiadała różnorodne formy: organizacja wiejskich stacji sanitarnych, punktów szczepień, punktów przeciwświerzbowych, objazdowej pomocy lekarskiej w postaci ruchomych ambulansów, szkolenia przodownic zdrowia, siostr pogotowia sanitarnego PCK. Koniec 1945 r. przyniósł organizację 86 wiejskich stacji sanitarnych. Należy zaznaczyć, że pierwsza tego typu placówka, zarówno w kraju, jak i w historii PCK, została uruchomiona przez Oddział PCK w Gryfinie⁸.

Warto podkreślić, że „wiejskie przodownice zdrowia” oraz „wiejskie stacje sanitarne” bardzo często dawały jedyną możliwość realizacji opieki leczniczej nad ludnością wiejską. Te pierwsze były odpowiedzialne za podniesienie stanu sanitarnego i higieny osobistej ludności wiejskiej. Udzielały również pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Natomiast wiejskie stacje sanitarne uruchamiano często tam, gdzie państwowa pomoc lecznicza była utrudniona. Ta forma pomocy sanitarno-leczniczej była najlepiej rozwinięta w powiecie gryfińskim, który w latach 1945–1947 uruchomił na swoim terenie 11 wiejskich stacji sanitarnych. Często współpracowały one z ambulansami ruchomymi, gdzie ekipa lekarsko-pielęgniarska udzielała pomocy leczniczej i wykonywała drobne zabiegi z zakresu chirurgii. Pod koniec lat 40. XX w. w ten sposób pod względem leczniczym zostało zaopatrzonych 18 powiatów.

⁸ Archiwum państwowe w Szczecinie (dalej APS), Urząd Wojewódzki Szczeciński (dalej UWS), sygn. 82, k. 9, *Sprawozdanie z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża, lipiec 1945 – listopad 1946 r.*

Działalność PCK w wymiarze zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności wiejskiej obejmowała także organizacje kół PCK. Odegrały one ważną rolę w szerzeniu oświaty zdrowotnej. Ich różnorodne formy – młodzieżowe, szkolne, zakładowe, dorosłych docierały i działały w różnorodnych środowiskach. Prowadziły one działania oświatowo – zdrowotne, organizowały kursy np. pierwszej pomocy czy konkursy czystości, co pozwalało na podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej mieszkańców obszarów wiejskich oraz zmianę zachowań w obszarze higieny osobistej jak i otoczenia.

Początek lat 50. przyniósł dalszy rozwój pomocy leczniczej ludności wiejskiej. W gminach wiejskich, gdzie stale przebywał lekarz bądź felczer, organizowano wiejskie ośrodki zdrowia. Uruchomiano także punkty zdrowia (felcherskie, pielęgniarские, lecarskie). Miały one formę punktów stałych bądź dojazdowych, w których lekarz bądź felczer kilka razy w tygodniu udzielali pomocy lekarskiej. W pierwszej kolejności placówki tego typu powstawały przy państwowych gospodarstwach rolnych, państwowych ośrodkach maszynowych oraz przy spółdzielniach produkcyjnych. Świadczyły pomoc leczniczo-profilaktyczną, uzupełniając pracę ośrodków zdrowia. W punktach zdrowia pracowali felczerzy, uzupełniając braki w kadrze służby zdrowia. Problemy kadrowe próbowano także przezwyciężyć poprzez specjalną akcję osiedlania starszych lekarzy z doświadczeniem zawodowym z centralnej Polski. Była ona realizowana na terenie województwa koszalińskiego, jednak nie przyniosła zadowalających rezultatów.

Instytucjonalizacja wiejskiej ochrony zdrowia w postaci wiejskich ośrodków zdrowia była zróżnicowana na terenie obu województw. Wspomniany proces uległ intensyfikacji w połowie lat 50., przy czym na terenie województwa koszalińskiego przebiegał bardziej dynamicznie. Być może było to związane z jego typowo rolniczym charakterem, gdzie bazę gospodarczą stanowiło rolnictwo i leśnictwo. Do działających na jego terytorium spółdzielni produkcyjnych oraz państwowych gospodarstw rolnych należało w analizowanym okresie blisko 37% użytków rolnych, zaś ludność wiejska stanowiła ponad 45% ogółu mieszkańców województwa⁹. Ponadto niski wskaźnik zaludnienia, duża liczba niewielkich osiedli, wsi i miasteczek także wpływały na profil organizowanej służby zdrowia. Pozwoliło to na uzyskanie na początku lat 70. bardzo dobrego wskaźnika liczby osób przypadających na wiejski ośrodek zdrowia. Był on zdecydowanie niższy od tego, który został ustalony przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej MZiOS. Nie zmienia to jednak faktu, że sieć organizacji wiejskich ośrodków zdrowia odznaczała się dysproporcjami w poszczególnych powiatach województwa koszalińskiego. W województwie szczecińskim natomiast liczba ośrodków

⁹ Archiwum Akt Nowych (dalej ANN), Ministerstwo Zdrowia (dalej MZ), sygn. 3/2, k. 61–62, *Kolegium wyjazdowe, województwo koszalińskie 1955*; A. Makowski, *Pomorze Zachodnie w polityce gospodarczej Polski w latach 1950–1960*, Szczecin 2006, s. 94.

tworzonych na terenach wiejskich wykazywała tendencję zniżkową. Wiązało się to z otwieranymi szpitalami powiatowymi, które częściowo przejmowały rolę ośrodków zdrowia. Nie zmienia to jednak faktu, że liczba działających wówczas placówek tego rodzaju nie zaspokajała potrzeb mieszkańców. Ponadto liczba osób przynależnych do danego ośrodka zdrowia była zróżnicowana w zależności od powiatu (np. w powiecie kamieńskim liczba osób przypadająca na jeden ośrodek zdrowia wynosiła 4166, a w nowogardzkim – ponad 26 tysięcy). Według danych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej liczba ludności przypadająca na jeden ośrodek zdrowia na terenie województwa na początku lat 60. wynosiła 29 210, a w województwie koszalińskim 13 760. Sytuacja ta powodowała, że lecznictwo otwarte na szczecińskiej wsi przedstawiało się o wiele gorzej, niż w innych częściach Polski, zajmując ostatnie miejsce w kraju¹⁰. Pomimo stopniowej poprawy w latach następnych, ten dział lecznictwa nadal stanowił jeden z najsłabszych segmentów służby zdrowia na terenie analizowanego województwa. Na powstałe dysproporcje składało się wiele różnorodnych czynników, między innymi braki kadrowe i brak odpowiedniej infrastruktury przewidzianej na organizację placówek ochrony zdrowia. Hamująco działały również niedostatki inwestycyjne.

Interesujące jest również to, że na obszarach wiejskich Pomorza Zachodniego nie przyjęła się idea spółdzielni zdrowia. Za potrzebą organizacji tej formy pomocy leczniczej stali potencjalni użytkownicy, pacjenci. Na koniec 1959 r. na Pomorzu Zachodnim nie działała ani jedna spółdzielnia zdrowia, a jedyną taką zorganizowano z wielkim trudem dopiero w 1963 r. w Swobnicy w powiecie gryfińskim¹¹. Być może ta forma dynamizowania społeczno-kulturowych, a przede wszystkim strukturalnych przemian warunków zdrowotnych¹² w omawianym regionie wiązała się z brakiem zainteresowania wśród mieszkańców wsi.

W oparciu o ośrodek zdrowia organizowano także wiejskie rejonu zapobiegawczo-lecznicze stanowiące istotną część organizacji opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską. Jego model został opracowany w 1965 r. W skład rejonu wchodził: gabinet dentystyczny, zabiegowy, zakaźny, rejestracja, poczekalnia, apteka bądź punkt apteczny, laboratorium, stanowisko dla instruktora higieny. Objęcie obszarów wiejskich rejonami leczniczo-zapobiegawczymi zaplanowano w dwóch etapach. Pierwszy obejmował lata 1966–1970, drugi – 1971–1975. Do 1960 r. organizacja wiejskich ośrodków zdrowia na terenie Pomorza Zachodniego odznaczała się nieskoordynowanym charakterem. Powstające wówczas placówki nie

¹⁰ AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (dalej MZiOS), sygn. 10/24, k. 165–167, *Wiejskie ośrodki zdrowia w latach 1961–1966*; B. Seyda, *Ochrona zdrowia*, [w:] E. Dobrzycki, H. Lesiński, Z. Łaski, *Pomorze Szczecińskie 1945–1965*, Poznań–Szczecin 1967, s. 560.

¹¹ APS, PWRN, sygn. 10850, k. 89, *Działalność służby zdrowia i opieki społecznej w województwie szczecińskim w latach 1961–1964*.

¹² S. Kosiński *Społeczno-kulturowe i strukturalne przemiany warunków zdrowotnych polskiej wsi (1864–1980)*, Lublin 1983, s. 148 i n.

były objęte żadnym planem docelowym, a ich organizacja w dużej mierze zależała od działalności organizacyjnej ludności, jej zaradności, pomocy administracyjnej. Określenie modelu leczniczo-zapobiegawczego ograniczało żywiołowość wcześniejszych działań, pozwoliło na sprecyzowanie zasad jego organizacji. Warto jednak podkreślić, że nie wszystkie modele leczniczo-zapobiegawcze funkcjonowały prawidłowo.

Jeszcze w latach 60. niektóre z nich opierały się na punktach lekarskich. Ponadto niedobory kadrowe, niechęć ze strony felczerów do podnoszenia swoich kwalifikacji, złe prowadzenie pacjentów, nietypowe lokale wymagające modernizacji, niedostateczne wyposażenie w sprzęt diagnostyczny oraz nikłe zainteresowanie ze strony władz terenowych powodowały, że jakość pracy i usług świadczonych przez te placówki nie dawała powodów do zadowolenia. Znaczną poprawę w tym zakresie odnotowano w następnej dekadzie. Nadal jednak problem stanowiły braki kadrowe. Odczuwano je szczególnie wśród kadr lekarskich i pielęgniarskich.

Ważną sprawą na obszarach wiejskich była także odpowiednia opieka nad kobietą i dzieckiem. Wysoka śmiertelność noworodków, złe warunki higieniczne w jakich przebiegały porody oraz niska świadomość zdrowotna ludności stanowiły przyczynę organizacji fachowej pomocy położniczej dla kobiet mieszkających na wsi. Podkreślić należy fakt, że zarówno województwo koszalińskie, jak i szczecińskie były traktowane jako „demograficznie młode”. Związane to było z dużym przyrostem naturalnym, który utrzymywał się do połowy lat 50. Tym bardziej sprawy opieki nad matką i dzieckiem stały się priorytetowe. Proces odpowiedniej organizacji opieki nad matką i dzieckiem na terenach wiejskich został zapoczątkowany pod koniec lat 40. Rozpoczęto wówczas organizację opieki położniczej dla kobiet mieszkających na wsi. Wyrazem tego było powołanie położnych gminnych. Podjęto także starania o uruchomienie izb porodowych i punktów położniczych, gdzie kobiety rodzące otrzymywały fachową pomoc. Jednak ich liczba była niewystarczająca. W wyniku tego w województwie koszalińskim w połowie lat 50. duża liczba dzieci rodziła się poza placówkami służby zdrowia. Zjawisko to było szczególnie nasilone w powiatach białogardzkim i wałeckim. Sytuacja ta niosła dalsze konsekwencje w postaci braku odpowiedniego nadzoru lekarskiego nad narodzonymi dziećmi. Przede wszystkim nie były one poddawane szczepieniom przeciwgruźliczym BGC, będącym ważnym elementem działań profilaktycznych w kierunku zapobiegania masowemu występowaniu tej choroby. Interesujące jest również to, że kobiety wiejskie rzadko korzystały z fachowej pomocy izb porodowych. Pod koniec lat 50. były one wykorzystywane zaledwie w 70%. Wskaźnik ten był zbliżony w obu województwach. Wynika to z faktu niskiej świadomości zdrowotnej kobiet wiejskich, a także z braku wyrobienia odpowiedniej postawy zdrowotnej. Sytuacja ta nie uległa większym zmianom także w latach późniejszych. Na początku lat 80. odsetek kobiet, które po raz pierwszy zgłaszały się do

lekarza będąc w zaawansowanej ciąży (powyżej 3 miesiąca) był nadal bardzo wysoki. Mieścił się w granicach 70–75%. Niewątpliwie niedostatki odpowiedniej kadry, szczególnie położnych i lekarzy ginekologów, które odczuwały tereny wiejskie jeszcze w początkach lat 80., stanowiły również tego przyczynę. Generalnie opieka przed- i poporodowa na terenach wiejskich Pomorza Zachodniego była zaniedbana. Zdarzały się sporadyczne przypadki, że kobiety zgłaszające się do porodu przedtem w ogóle nie były u lekarza.

Utrudniona była również opieka nad dzieckiem wiejskim. Działające na wsi ośrodki zdrowia, punkty lekarskie i felczerskie, jeszcze pod koniec lat 60. swoją pracę wykonywały niedostatecznie. Poradnie znajdowały się w nieodpowiednich lokalach. Brak poczekalni i gabinetów powodował, że dzieci chore były przyjmowane razem ze zdrowymi, zaś niedostatki personelu powodowały, że główną uwagę zwracano na leczenie, natomiast profilaktyka i działalność oświatowo – zdrowotna zajmowała marginalną pozycję. Na terenie województwa koszalińskiego sytuację próbowano ratować poprzez organizację dojazdowych punktów pediatrycznych, działających na wzór ruchomych ambulansów. Ich zasadniczym założeniem była pomoc lecznicza i profilaktyczna dzieciom zamieszkałym na wsiach pegeerowskich. Ilustracją tego stanu rzeczy może być wskaźnik mówiący o liczbie dzieci objętych wówczas opieką przez poradnie D, który na wsi wynosił 18%, a w miastach powiatowych mieścił się w zakresie 30–75%¹³. Sytuacja ta ulegała pewnej poprawie w połowie lat 80.

Oddzielny problem w organizacji lecznictwa na wsi stanowiły choroby zakaźne. Po opanowaniu powojennych epidemii chorób zakaźnych, takich jak dur brzuszny, płamisty, czerwotka, malaria i inne, uwagę skupiono na chorobach społecznych (gruźlica i choroby weneryczne), odznaczających się przewlekłym charakterem. Gruźlica stanowiła poważny problem na obszarach wiejskich. Składały się na to zarówno czynniki o charakterze organizacyjnym, jak i osobnicze. Do pierwszej kategorii można zaliczyć między innymi brak specjalistów, odpowiedniej liczby poradni przeciwgruźliczych oraz właściwego ich wyposażenia, co uniemożliwiało nie tylko leczenie, ale przede wszystkim prowadzenie odpowiedniej akcji profilaktycznej. W wielu przypadkach w spółdzielniach produkcyjnych czy w państwowych gospodarstwach rolnych była ona ograniczona do minimum. Poważny problem stanowił także brak zainteresowania zagadnieniem ze strony pracodawców. Do czynników osobniczych można zaliczyć głównie niską świadomość zdrowotną ludności, co było związane z niedostatkiem wiedzy na temat gruźlicy, co wpływało na lekceważenie tej choroby. W pewien sposób odpowiedzialność za powstałą sytuację można upatrywać w źle prowadzonej (lub w ogóle

¹³ Archiwum Państwowe w Koszalinie (dalej APK), Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej (dalej PWRN), sygn. 3610, k. 52, *Sprawozdanie opisowe z działu służby zdrowia województwa koszalińskiego oraz z wykonania budżetu terenowego za rok 1958*.

nie prowadzonej) akcji oświatowo – sanitarnej. Rodziło to poważne konsekwencje, w postaci braku kontroli nad chorobą. Szczególnie na wsiach szerzyło się tzw. dzikie leczenie gruźlicy – chorzy sami ordynowali sobie leki, bądź korzystali z usług osób, które robiły to niefachowo. Skutki takiego działania rodziły poważne konsekwencje, a leczenie tej kategorii chorych było skomplikowane. Tworzyli oni zbiorowość zdecydowanie trudną do odpowiedniego leczenia¹⁴. Niewłaściwe stosowanie leków było istotną przyczyną zwiększenia się liczby chorych niedoleczonych, stanowiących potencjalne źródło zakażenia dla innych. Problemem była również wtórna lekooporność, czyli oporność prątka gruźlicy na podstawowe leki przeciwprątkowe¹⁵. Należy zaznaczyć, że wśród osób mieszkających na wsi więcej było niż w miastach ciężkich przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia.

Oparcie leczenia gruźlicy na poradniach przeciwgruźliczych wynikało z ustawy o leczeniu gruźlicy z 1959 r. Jednak ta forma nie była jedyną stosowaną na terenie Pomorza Zachodniego. W akcję przeciwgruźliczą zostały włączone dojazdowe poradnie przeciwgruźlicze pracujące w terenie, gdzie dostęp do stacjonarnych placówek służby zdrowia był utrudniony. Niestety ich działalność była nieefektywna, co było w dużej mierze powodowane brakiem lekarzy ftyzjatrów. Z myślą o lepszej wykrywalności gruźlicy, a także mając na uwadze działalność zapobiegawczą, została zorganizowana przy Wojewódzkich Przychodniach Przeciwgruźliczych ruchoma kolumna rentgenowska, która prowadziła badania wśród ludności wiejskiej. Należy dodać, że akcja prześwietleń gwarantowała wcześniejsze wykrywanie gruźlicy. Ludność wiejska częściej chorowała na gruźlicę. Pod koniec lat 60. wskaźniki zapadalności na wsi były w Polsce zdecydowanie wyższe niż w mieście. Ponadto w środowisku tym rejestrowano cięższe przypadki choroby, co można było powiązać ze słabą wykrywalnością wczesnych postaci gruźlicy. Występowała ona głównie wśród starszych, aniżeli młodszych kategorii wiekowych. Warto również zaznaczyć, że wśród pacjentów korzystających z usług poradni przeciwgruźliczych oraz z Kliniki Ftyzjatrycznej Pomorskiej Akademii Medycznej (PAM) największa liczba gruźlicy zakaźnej występowała wśród rolników indywidualnych – blisko 45% chorych¹⁶. Sytuacja ta uległa poprawie w następnej dekadzie. Dzięki prowadzonej na terenach wiejskich akcji zapobiegawczej w postaci zdjęć małoobrazkowych i działalności oświatowo-sanitarnej, uzyskano lepsze wyniki w ochronie zdrowia ludności wiejskiej w wymiarze działalności przeciwgruźliczej.

¹⁴ K. Korzeniewska-Koseła, *Gruźlica w Polsce – czynniki sukcesu leczenia*, „Pneumologia i Alergologia Polska” 2007, nr 75, supl. 2, s. 59.

¹⁵ APS, PWRN, sygn. 10899, k. 9, *Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w województwie szczecińskim. Perspektywy opanowania tej choroby w Polsce*.

¹⁶ R. Turczynowski, *Gruźlica zakaźna u ludności wiejskiej po 50 roku życia w województwie szczecińskim w roku 1967 oraz dalsze losy tych chorych*, „Medycyna Wiejska” 1974, t. IX, nr 2, s. 117.

Po opanowaniu powojennych zachorowań na choroby weneryczne, co było niewątpliwie sukcesem akcji „W”, lata 50. i 60. przyniosły nowe fale chorób. Uprzemysłowienie, urbanizacja i związane z tymi procesami migracje ludności ze wsi do miast stwarzały korzystne warunki do szerzenia się chorób wenerycznych. Z myślą o ludności wiejskiej organizowano masowe badania prowadzone głównie wśród pracowników Państwowych Gospodarstw Rolnych (PGR) oraz spółdzielni produkcyjnych, co pozwalało na wykrycie pewnej części chorych. Niestety badania tego typu nie były prowadzone wśród rolników indywidualnych. W terenie działały także ruchome ambulanse przeciwweneryczne. W środowisku wiejskim często notowano świeże przypadki zachorowań. Ich wzrost był świadectwem braku wiedzy dotyczącej chorób zakaźnych. Wynikał także z niskiej skuteczności prowadzonych dotychczas działań o charakterze oświatowo-zdrowotnym. Choroby weneryczne są chorobami obarczonymi wstydlivością. W wielu przypadkach choremu przypisuje się winę za stan, w którym się znalazł. Sytuacja ta powodowała, że chorzy w pewien sposób lekceważyli chorobę. Leczyli się na własną rękę u felczerów i pielęgniarek, co sprzyjało rozwojowi utajonej formy choroby, niedającej objawów klinicznych. Chorzy tacy stanowili potencjalne źródło zarażenia. Sytuacja ta rodziła także problemy natury statystycznej. Nie można bowiem było dokładnie określić liczby chorych osób. Mając na uwadze dane dotyczące pacjentów korzystających z pomocy w poradniach wenerycznych, liczba pochodzących ze wsi była zdecydowanie większa w województwie szczecińskim. Być może powstała sytuacja była związana z bardziej przemysłowym charakterem analizowanego obszaru, co również wpływało na zwiększone migracje ludności wiejskiej na teren miast. Ponadto miejskie środowisko zapewniało ludności anonimowość, co sprzyjało rozluźnieniu i swobodzie obyczajów, przez co tworzyło warunki korzystne do szerzenia się chorób zakaźnych. W samym 1960 r. ich liczba ludności wiejskiej zarejestrowanej w poradniach przeciwwenerycznych wynosiła 21 999 w szczecińskim, zaś w koszalińskim – 8412.

Innym zdrowotnym problemem, z którym zmagala się ludność wiejska na przełomie lat 50. i 60., były także choroby zaliczane do kategorii „brudnych rąk”. Jedną z nich było wirusowe zapalenie wątroby. Rozprzestrzenianiu się schorzenia sprzyjały złe warunki sanitarno-higieniczne. Te występujące na terenie prezentowanych województw nie należały do najlepszych. Warto podkreślić, że w analizowanym okresie blisko 70% ludności województwa szczecińskiego miało złą, niepewną pod względem bakteriologicznym wodę do picia, a urządzenia kanalizacyjne wymagały rozbudowy i modernizacji. W województwie koszalińskim sytuacja pod tym względem przedstawiała się nieco lepiej, bowiem sieć wodno – kanalizacyjna została poddana przebudowie, wykonano potrzebne dezynfekcje, wykopano nowe studnie. Nie zmienia to jednak faktu, że poziom higieny osobistej ludności wiejskiej nie poprawił się w zasadniczy sposób. Problematyczne pod tym względem były środowiska pegeerowskie. Na koniec 1960 r. liczba zareje-

strowanych przypadków wirusowego zapalenia wątroby na terenie województwa koszalińskiego wynosiła 1894, zaś w szczecińskim 2238¹⁷.

Inną chorobą dającą obraz panujących warunków sanitarno-higienicznych oraz będącą wskaźnikiem zachowań zdrowotnych ludności był świerzb. Do końca lat 60. wśród mieszkańców wsi Pomorza Zachodniego występowało znaczne nasilenie zachorowań – zapadalność była wyższa od średniej krajowej. Na świerzb chorowały całe rodziny. Był on również rejestrowany w szkołach i internatach. Jego występowanie silnie było związane z poziomem higieny osobistej oraz sanitarnej ludności¹⁸. Dzięki wzmożonej akcji przeciwświerzbowej obejmującej masowe przeglądy ludności i przymusowe leczenie, udało się na początku lat 70. zmniejszyć liczbę przypadków choroby.

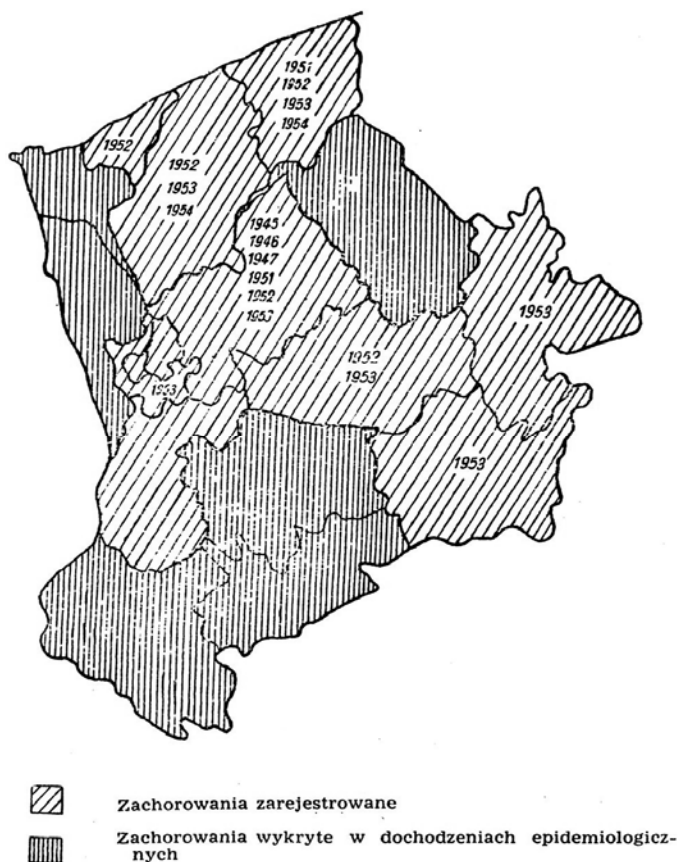
Należy również zwrócić uwagę na jeszcze jedną chorobę zakaźną występującą tylko w środowisku wiejskim. W 1953 r. na terenie województwa szczecińskiego wybuchła epidemia tularemii (druga epidemia na terenie kraju), choroby odzwierzęcej. Jej specyfika w odniesieniu do analizowanego terenu polegała na tym, że związana była z miejscem zamieszkania i miała rodzinny charakter. Warto przyrzeć się bliżej tej chorobie, ponieważ w latach 1952–1953 Pomorze Zachodnie było jedynym obszarem w kraju, gdzie ta choroba występowała. Wcześniej, w połowie 1950 r., pierwsze jej przypadki zanotowano w województwie olsztyńskim. Tularemia to ostra, bakteryjna choroba zakaźna, wtórnie występująca u ludzi. Jej charakter oraz obraz kliniczny zależał od sposobu zakażenia się człowieka.

Pierwsze, pojedyncze przypadki zachorowań na tularemię pojawiły się już w 1945 r., ale nie budziły one niepokoju wśród służb medycznych. Generalnie od początku lat 50. zaczęto obserwować wzrost zachorowań wśród ludności wiejskiej. W listopadzie 1950 r. rozpoznano je u pięciu chorych, mieszkających we wsi pegeerowskiej, pochodzących z tej samej rodziny. Wszyscy oni zostali poddani hospitalizacji w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Szczecinie (Zakaźnym). Początkowo pacjenci trafili do szpitala z rozpoznaniem podejrzenia o dur brzuszny. Jednak badania kliniczne wykazały, że byli chorzy na tularemię¹⁹. Zwiększoną liczbę zachorowań przyniósł jednak 1953 r. Wówczas na analizowanym terenie zanotowano 238 przypadków. W kolejnych zaś latach występowała ona sporadycznie, zaledwie kilka zachorowań w skali roku.

¹⁷ E. Więckowska, *Postępowanie z chorującymi na gruźlicę w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej*, [w:] J. Nosko (red.), *Z dziejów zdrowia publicznego*, Łódź 2006, s. 462.

¹⁸ Z. Anusz, *Świerzb*, [w:] J. Kostrzewski (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1970–1979*, Warszawa 1984, s. 337–341.

¹⁹ J. Markowicz, T. Rozowski, S. Świerczewski, *Wykrycie trzech ognisk tularemii u ludzi w województwie szczecińskim w roku 1952*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1953, nr 3, s. 163.



Ryc. 1. Ogniska epidemiczne tularemii
w województwie szczecińskim w latach 1945–1954.

Źródło: H. Kicińska, J. Kostrzewski, *Badania epidemiologiczne nad tularemią w Polsce w latach 1953–1954*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1956, t. 10, nr 1, s. 27.

Na Pomorzu Zachodnim zachorowania na tularemię odznaczały się pewną specyfiką. Nie była to choroba zawodowa, za którą ją wówczas powszechnie uważano. Była związana ze środowiskiem wiejskim. Wywiady prowadzone z osobami chorymi wykazały, że zachorowali oni po kontakcie z zającami, które zostały znalezione, złapane na polu, a następnie stanowiły ich pożywienie. Ponadto tularemia była raczej „zadomowioną” chorobą w województwie szczecińskim.

Lata 50. i 60. XX w. stanowiły także ważny okres z punktu widzenia działań o charakterze oświatowo-zdrowotnym, podejmowanych w środowisku wiejskim. Generalnie można je podzielić na dwie kategorie: realizowane przez placówki państwowej służby zdrowia oraz przez organizacje społeczne. Propagowanie

zasad higieny oraz profilaktyki, szczególnie na obszarach wiejskich, było istotnym wyzwaniem z kilku powodów. Słabość placówek służby zdrowia, w których często pracowali felczerzy, niedostateczne ich wyposażenie zarówno pod względem kadrowym, jak i sprzętowym, traktowanie zagadnień z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia jako spraw drugorzędnych, co wynikało w dużej mierze z ilości obowiązków spoczywających na kadrze medycznej – wpływały na jakość pracy i pomoc, którą świadczyły te placówki. Nie należy także zapominać o niskiej świadomości zdrowotnej ludności zamieszkującej tereny wiejskie. Te i inne elementy powodowały, że społeczna działalność PCK była bardzo potrzebna i uzasadniona.

Działalność zapobiegawcza podejmowana i realizowana przez Polski Czerwony Krzyż odznaczała się zarówno akcyjnym, jak i stałym charakterem. Ważnymi akcjami były: „Tygodnie Zdrowia PCK” i „Dni przeciwgruźlicze”, w czasie których przy pomocy różnorodnych form przekazu, tj. filmów, broszur, plakatów, ulotek, prelekcji itp., przybliżano ludności wiejskiej zagadnienia zdrowia i profilaktyki. W działalność profilaktyczną prowadzoną na obszarach wiejskich włączyły się także organizacje kobiece, np. Liga Kobiet, które inspirowały i prowadziły działania związane z np. ochroną zdrowia kobiet oraz pielęgnacją i wychowaniem dziecka. W państwowych gospodarstwach rolnych i spółdzielniach produkcyjnych zadbać także o podniesienie poziomu higieny osobistej i zbiorowej. Miały temu służyć różnego rodzaju akcje porządkowe, konkursy czystości oraz „Miesiące Czystości”, w trakcie których prowadzono porządki, przeprowadzano kontrole sanitarne itp. Interesującą inicjatywą, realizowaną na terenie województwa koszalińskiego, której celem było podniesienie poziomu higieniczno-sanitarnego na terenach wiejskich, był Społeczny Wojewódzki Komitet Higienizacji Wsi, utworzony przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Słupsku. Do ważnych czynników przyczyniających się do powstania komitetu zaliczono: niezadowalający poziom sanitarny, higieniczny obszarów wiejskich, niski poziom zdrowotny mieszkańców wsi, nieodpowiedni poziom higieny komunalnej, osobistej oraz alkoholizm. Niestety ta społeczna inicjatywa w 1962 r. została zarzucona z powodu braków odpowiednich podstaw prawnych, w oparciu o które funkcjonowałyby tego typu komitety. Warto dodać, że w latach 70. akcje „higienizacji wsi” stanowiły jeden z ważniejszych kierunków działania w ramach programu zadań oświatowo-zdrowotnych.

Lata 70. przyniosły zasadnicze zmiany w opiece zdrowotnej nad ludnością zamieszkującą tereny wiejskie. Przełomowy pod tym względem był 1 stycznia 1972 r. Wówczas cała ludność wiejska nabyła uprawnienia do bezpłatnych świadczeń w zakresie otwartej, zamkniętej, doraźnej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego we wszystkich placówkach służby zdrowia i opieki społecznej. Uzyskała także prawo do zakupu leków na zasadach ulgowych²⁰. Niestety polska

²⁰ S. Śliwińska, *Organizacja ochrony zdrowia ludności na wsi*, „Wieś Współczesna” 1975, t. 19, nr 6, s. 104.

służba zdrowia nie była przygotowana na przyjęcie tak dużej liczby nowych świadczeniobiorców. Placówki ochrony zdrowia znajdujące się na terenie Pomorza Zachodniego były pod tym względem różnorodnie przygotowane. W powiatach brakowało nie tylko podstawowej kadry lekarskiej, ale i specjalistów, między innymi pediatrów. Problemem innej natury był brak rozeznania co do sytuacji zdrowotnej mieszkańców wsi. Związane to było z tym, że do tej pory wśród rolników indywidualnych nie prowadzono badań pozwalających ocenić ich stan zdrowia. Realizowano je głównie na terenie państwowych gospodarstw rolnych. Analogicznie zatem uznano, że rolnicy indywidualni z racji podobieństwa warunków pracy i środowiska, borykają się z podobnymi problemami zdrowotnymi, co pracownicy państwowych gospodarstw rolnych, wśród których najczęściej występowały schorzenia układu krwionośnego, pokarmowego, nerwice, choroby gośćcowe oraz kobiece.

Ogłoszenie

Na podstawie okólnika Min. Zdrowia Nr 24/49 z dnia 24.III-49 r. ogłasza się na terenie powiatu waleckiego

Miesiąc Czystości

który trwać będzie od 15 czerwca do 15 lipca 1949 r.

W okresie tym należy:

1. **Usunąć śmiecie ze strychów i piwnic.**
2. **Doprowadzić podwórza, ustępy podwórzowe i śmietniki do należytego stanu sanitarnego.**
3. **Uporządkować studnie i ich otoczenie.**
4. **Tępić muchy wszelkimi dostępnymi środkami.**

W czasie „Miesiąca Czystości” wzmocniona zostanie kontrola sanitarna ogólna, a specjalna uwaga zostanie zwrócona na produkty żywnościowe.

W stosunku do winnych utrzymywania stanu antysanitarnego zastosowane zostaną kary administracyjne. Osoby utrzymujące wzorową czystość i porządek otrzymają „Dyplomy wzorowej czystości”.

P. Rost. Z. G. Okólnik Wzrost. 600.VI.1330-49. 3.-15430

KOMITET „MIESIĄCA CZYSTOŚCI”.

Ryc. 2. Plakat informacyjny dotyczący „Miesiąca Czystości”.

Źródło: APS, Polski Czerwony Krzyż Odział Wojewódzki (dalej PCK OW), sygn. 58, k.n. *Sprawy propagandy 1947–1948*.

Na terenie Pomorza Zachodniego liczba nowych świadczeniobiorców, którzy zostali objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym po 1 stycznia 1972 r., wynosiła blisko 490 tys. Lecznictwo podstawowe, podobnie jak specjalistyczne, zarejestrowało zwiększone zainteresowanie pacjentów. Odnotowano je między innymi w poradniach dla kobiet, przeciwgruźliczych oraz na oddziałach szpitalnych: dziecięcym, wewnętrznym, ginekologiczno-położniczym.

Udostępnienie od 1 stycznia 1972 r. dla całej ludności wiejskiej bezpłatnych świadczeń leczniczych spowodowało także zmiany organizacyjne w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej na wsi. Zasadniczym elementem obrazującym te zmiany było utworzenie Zespołów Opieki Zdrowotnej (ZOZ)²¹ na poziomie dotychczasowych obwodów profilaktyczno-leczniczych (dawnych powiatów, zlikwidowanych w 1973 r.). Ich tworzenie regulowało rozporządzenie MZiOS, z dnia 20 lutego 1973 r. ZOZ-y stanowiły nowy element w organizacji ochrony zdrowia, w tym nad ludnością wiejską. Podstawowym celem ich działania było zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej nad pacjentem²². Integrowały one lecznictwo ambulatoryjne, stacjonarne oraz pomoc doraźną. W takiej formie organizacyjnej opieka zdrowotna funkcjonowała do 1992 r., kiedy to weszła w życie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r.²³

Zespoły Opieki Zdrowotnej miały zapewnić ludności wiejskiej realizację uprawnień w związku z powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Umożliwiły jej opiekę specjalistyczną (poradnie, szpitale, pomoc doraźna) i podstawową. W skład tej ostatniej wchodził wiejski ośrodek zdrowia, gminny ośrodek zdrowia, przyzakładowy ośrodek zdrowia oraz izby porodowe i punkty felcherskie²⁴. Zapewnienie na odpowiednim poziomie opieki zdrowotnej mieszkańcom wsi było uzależnione od rozwoju placówek wiejskiej służby zdrowia oraz ich obsady

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 r. w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej, Dz.U. 1973 nr 7 poz. 521. Akt ten został uchylony z dniem 30 czerwca 1975 r., od kiedy zaczęło obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. 1975 nr 25 poz. 134. Jak podkreśla C.W. Włodarczyk ZOZ stanowił zasadniczy element organizacji systemu ochrony zdrowia na poziomie podstawowym. W latach 1973–1975 uprawnienia decyzyjne dzielił wraz z instytucjami funkcjonującymi wówczas jeszcze powiatów, które po 1975 r. uległy likwidacji. Wówczas ZOZ stał się podstawową strukturą zapewniającą i organizującą opieką zdrowotną dla mieszkańców podlegającego mu obszaru. Do jego podstawowych funkcji zaliczono: opiekę zapobiegawczą, leczniczą, świadczenia leczniczo-opiekuńcze, środowiskową pomoc społeczną, stacjonarne świadczenia dla osób dorosłych. Zob. W.C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce...*, s. 62–63.

²² S. Śliwińska, *op. cit.*, s. 106; S. Poździoch, *Regulacje prawne w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *op. cit.*, s. 314.

²³ S. Poździoch, *op. cit.*, s. 315.

²⁴ APS, Urząd Wojewódzki w Szczecinie (dalej UWS), sygn. 36, k. 23, *Organizacja służby zdrowia i opieki społecznej w świetle reformy administracyjnej*; W.C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce...*, s. 56.

personalnej. Ich organizowanie i funkcjonowanie na terenie Pomorza Zachodniego odznaczało się różnorodnym charakterem. Trudności w organizacji zespołów wystąpiły między innymi na terenie powiatów bytowskiego, miastckiego, choszczeńskiego czy nowogardzkiego. Wynikało to w dużej mierze z braku odpowiednich lokali. Szczególnie kłopotliwe pod tym względem były niedostatki kadry lekarsko-pielęgniarskiej. W celu poprawy sytuacji przy niektórych ZOZ-ach (np. w Gryficach) zorganizowano stałe dojazdy ginekologów do wszystkich wiejskich ośrodków zdrowia²⁵. Problemy dotyczyły również zaplecza diagnostycznego. Tylko nieliczne wiejskie ośrodki zdrowia posiadały laboratoria wykonujące podstawowe badania. Pomimo występujących trudności, powstała sieć wiejskich ośrodków zdrowia była wystarczająca, co wiązało się z zapewnieniem ludności podstawowej opieki zdrowotnej. W wielu jednak przypadkach skupiała się głównie na leczeniu pacjentów, nie zaś prowadzeniu działalności profilaktycznej.

Dekada lat 80. przyniosła pewną poprawę w zakresie ochrony zdrowia ludności wiejskiej. Była ona szczególnie zauważalna w rozwoju infrastruktury wiejskich ośrodków zdrowia. Przykładu dostarcza nam tutaj województwo szczecińskie, gdzie na 40 wiejskich ośrodków zdrowia 21 (51%) zlokalizowanych było w budynkach wybudowanych dla potrzeb służby zdrowia. Nie można jednak tego samego powiedzieć o opiece specjalistycznej realizowanej przez szpitale. Istniejąca baza szpitalna była w większości oparta na starych budynkach, niefunkcjonalnych, pozbawionych zaplecza sanitarnego i gospodarczego, wymagających remontów i modernizacji²⁶. Poprawie uległa także kadra pracowników ochrony zdrowia pracujących w wiejskich placówkach. Większość ośrodków zdrowia posiadała obsadę lekarską. Niestety zdecydowaną większość stanowili młodzi lekarze, ze stażem poniżej 5 lat. Pracę lekarzy uzupełniali felczerzy, którzy pracowali głównie w punktach felczerskich znajdujących się przy Państwowych Gospodarstwach Rolnych i Państwowych Ośrodkach Maszynowych (POM). Nie wielki wzrost zaobserwowano także wśród kadr pielęgniarskich w odniesieniu do połowy lat 70.

Personel medyczny zatrudniony w wiejskich placówkach ochrony zdrowia był zróżnicowany, co było widoczne przez cały analizowany okres. Warto dodać, że na przełomie 1989 i 1990 r. województwo koszalińskie znalazło się w tej kategorii województw (obok przemyskiego i bydgoskiego), gdzie najbardziej brakowało lekarzy. Ich stan liczbowy odbiegał od „modelowego”, za który uznano 1 lekarza przypadającego na 2–2,5 tysiąca pacjentów. Na analizowanym obszarze wskaźnik ten wynosił 3496, zaś liczba zatrudnionych lekarzy w wiejskich placówkach ochrony zdrowia wynosiła 47. Aby uzyskać założenia wynikające z modelu, nale-

²⁵ APS, UWS, sygn. 79, k. 3, *Informacje o stanie zdrowotnym ludności wiejskiej i stanie sanitarnym wsi oraz zamiarach poprawy w tym zakresie w latach 1976–1980*.

²⁶ APS, UWS, sygn. 40, k. 26 i k. 32, *Raport o stanie zdrowia województwa szczecińskiego [1984]*.

żało jeszcze zatrudnić 28 lekarzy. Na tym tle województwo szczecińskie prezentowało się lepiej. W 1990 r. w wiejskich placówkach ochrony zdrowia zatrudnionych było 68 lekarzy, wskaźnik ludności przypadający na jednego lekarza wynosił 2588, zaś do uzyskania stanu optymalnego brakowało 14 lekarzy. Analizując stan kadrowy służby zdrowia na wsi należało także zwrócić uwagę na miejsce zamieszkania lekarza. Czynnikiem ten odgrywał ważną rolę w dostępności porady lekarskiej w sytuacjach nietypowych. Dla przykładu, na początku lat 80. na 40 wiejskich ośrodków zdrowia znajdujących się na terenie województwa szczecińskiego tylko 7 nie miało mieszkań służbowych. W związku z tym na 36 lekarzy zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, 27 korzystało z tego typu mieszkania. Sytuacja ta pozwalała na szybkie udzielenie pomocy pacjentowi. Warto podkreślić, że korzystanie z opieki zdrowotnej na wsi determinowały różne czynniki. W rejonach wiejskich związane to było przede wszystkim z lokalizacją ośrodków zdrowia, ich dostępnością, warunkami komunikacyjnymi, organizacją i czasem pracy lekarza²⁷. Zachodzące zmiany w organizacji wiejskiej ochrony zdrowia na terenie Pomorza Zachodniego miały głównie na celu ułatwienie oraz wyrównanie nierówności w dostępie do placówek ochrony zdrowia.

Uwagi końcowe

Organizacja ochrony zdrowia na obszarach wiejskich Pomorza Zachodniego w latach 1945–1991 obejmowała różnorodne wymiary. Wiele działań podejmowanych w pierwszych latach powojennych było kontynuowanych także w późniejszym okresie. Ich głównym założeniem był przybliżenie ludności wiejskiej do placówek ochrony zdrowia. W celu zapewnienia jej dostępu do świadczeń zdrowotnych rozbudowano i zmodernizowano sieć ośrodków zdrowia, co w znaczący sposób poprawiło stan infrastruktury medycznej wiejskich placówek ochrony zdrowia. Braki personelu medycznego ulegały także stopniowemu zmniejszaniu. Zasadnicze zmiany obserwowano również w zapobieganiu i leczeniu chorób zakaźnych. Uzyskano to w dużej mierze dzięki zastosowaniu na szeroką skalę szczepień ochronnych, organizacji akcji profilaktycznych oraz polepszeniu warunków sanitarnych i higienicznych. Poprawę uzyskano również w wymiarze opieki nad kobietą i dzieckiem. Dla uzupełnienia wspomnianych aspektów należy także zwrócić uwagę na inne wskaźniki obrazujące stan zdrowia ludności wiejskiej. Umieralność niemowląt, przeciętna długość trwania życia również uzyskały korzystne wartości.

²⁷ APS, UWS, sygn. 40, k. 33–34, *Raport o stanie zdrowia województwa szczecińskiego [1984]*; G. Ciura, *Ochrona zdrowia na wsi*, „Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz” 1992, nr 67, s. 2–3.

Warto również wspomnieć, że oprócz tych dobrych zmian zachodzących w ochronie zdrowia ludności wiejskiej, zaobserwować mogliśmy także negatywne zjawiska. Generalnie otwarta opieki zdrowotna, szczególnie na terenie województwa szczecińskiego, stanowiła jeden z najsłabszych elementów systemu ochrony zdrowia. Na powstałą sytuację składało się wiele różnorodnych czynników, między innymi braki kadrowe i niedostatki odpowiedniej infrastruktury przewidzianej na organizację placówek ochrony zdrowia. Hamująco działały również niedostatki inwestycyjne. W pewien sposób na powstałą słabość miała również wpływ bierna postawa mieszkańców w sprawach organizacji placówek ochrony zdrowia. Czego wskaźnikiem może być niewielka, prawie żadna liczba spółdzielni zdrowia. Warunkiem ich powstania była bowiem inicjatywa samych mieszkańców.

Organizacja ochrony zdrowia ludności wiejskiej Pomorza Zachodniego nie przedstawiała się jednolicie. Dynamika tego procesu była zauważalna na każdym etapie jego realizacji. Zachodzące zmiany ilościowe, jakościowe, towarzyszące im zjawiska pozytywne, ale także negatywne stanowią interesujący tego przykład.

The organization of rural population healthcare as an element of the state health policy in the 1945–1991, based on the example of Western Pomerania

The organization of rural population healthcare in Western Pomerania in the 1945–1991, can be divided into several stages, differing in terms of the dynamics of action taken, the search for appropriate organizational solutions aimed at ensuring proper healthcare for this category of population. The first stage was carried out in the years 1945–1979. It mainly involved the organization of universal healthcare. During this period, the years 1945–1950 and 1971–1979 should be taken into account in particular as they essentially set the direction for further development of health service. It was during this period that open and closed health care, medical care and social assistance were integrated. Moreover, individual farmers obtained the right to free use of health services. The second important stage in the organization of healthcare, including that of rural population, took place in the years 1980–1991. It was important for the following reasons: long-term reform of the healthcare system, attention to the issues of women and children, reducing inequalities between the urban and rural population in the access to health services, as well as the assessment of the health condition of rural residents.

Key words: Western Pomerania, rural population, health, diseases, healthcare system

Monika Hudaszek

Działania podejmowane w Polsce w celu ograniczenia skutków pierwszej fali pandemii COVID-19

Wprowadzenie. SARS-CoV-2 i COVID-19 – charakterystyka zagrożenia

COVID-19 jest ostrą chorobą zakaźną układu oddechowego, która jest wywołana przez zakażenie wirusem SARS-CoV-2, należącym do gatunku koronawirusów z rodziny *Coronaviridae*. Wirusy te charakteryzują się opłaszczonym wirionem o charakterze kolistym, mającym średnicę 60–140 nm. Ich genom możemy określić formą pojedynczej nici RNA, wykazującej polarność dodatnią, a średnia długość wynosi 26–32 kilozasad¹. Koronawirusy są odpowiedzialne za większość infekcji układu oddechowego o lekkim przebiegu u ludzi, jednakże mogą się również przyczynić do rozwoju zespołów SARS (ciężki ostry zespół oddechowy) oraz MERS (bliskowschodni zespół oddechowy). Wirus SARS-CoV-1 wywołał w latach 2002–2003 epidemię ciężkiej niewydolności oddechowej. W jej wyniku zmarły 774 osoby na 8096 potwierdzonych przypadków².

Charakterystyczną cechą budowy koronawirusów są wypustki o typie glikoproteinowym i kształcie maczugowatym. Znajdują się one na powierzchni wirusowej cząstki i są zakotwiczone w błonie. W samej strukturze wirusa możemy wyróżnić 4 białka strukturalne kodowane przez genom. Wypustki o charakterze glikoproteinowym zbudowane są z homotrimerów białka S, które odpowiada za detekcję receptorów na powierzchni komórek zaatakowanego organizmu i ułatwia fuzję między wirusem a komórką gospodarza. Kształt wirionu determinowany jest przez białko M, nazywane też membranowym. Za procesy tworzenia i uwalniania wirusów potomnych z komórki, a także za uczestnictwo w procesach

¹ T. Dzieciątkowski, K.J. Filipiak (red.), *Koronawirus SARS-CoV-2 – zagrożenie dla współczesnego świata*, Warszawa 2021, s. 3.

² https://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/ (dostęp: 18.10.2020).

patogenezy, odpowiedzialne jest białko E. Ochronną funkcję dla cząsteczki RNA oraz umożliwienie cyklu replikacji wirusa spełnia białko N, buduje ono nukleokapsyd. W jego strukturze wyróżniane są dwie domeny, które wiążą i rozpoznają wirusowy RNA, a także umożliwiają interakcję z białkiem M, dzięki czemu możliwe jest uniknięcie zniszczenia kwasu rybonukleinowego, a z drugiej strony – przygotowanie wirusów potomnych. Po wnikięciu do komórki gospodarza, synteza białek odbywa się na rybosomach związanych z retikulum endoplazmatycznym przy wykorzystaniu enzymów zakodowanych w wirusowym genomie³.

Wniknięcie wirusa SARS-CoV-2 do komórki odbywa się dzięki obecności podjednostki S1, która ulega interakcji z receptorem enzymu konwertazy angiotensyny (ACE2), a następnie fuzji osłonki wirusa z błoną komórkową gospodarza przy udziale podjednostki S2, przez co patogen wnika do komórki na drodze endocytozy. Ten punkt uchwytu dla wirusa znajduje się między innymi w płucach, sercu, naczyniach krwionośnych i nerkach, w związku z czym objawy zakażenia są różnorodne – nagła utrata smaku oraz węchu, bóle głowy, gorączka, wymioty. Zakażenie wirusem może być bezobjawowe, istnieje jednak ryzyko, że może również doprowadzić do ostrej niewydolności wielonarządowej, kończącej się zgonem. Powodem, dla którego choroba może mieć tak dramatyczny przebieg, jest tzw. burza cytokinowa, która spowodowana jest wzrostem poziomu cytokin prozapalnych, m.in. TNF- α , interleukin, w tym IL-2, IL-6 i powiązana jest z dodatkim sprzężeniem zwrotnym między cytokinami a komórkami odpornościowymi.

Najbardziej powszechną drogą transmisji patogenu jest droga kropelkowa. Uzasadnione zatem okazały się rekomendacje zakrywania ust i nosa w przestrzeni publicznej, co stanowi dodatkową pomoc w przerywaniu łańcucha zakażeń. Najbardziej skuteczną i podstawową formą ochrony, która jest rekomendowana przez WHO, ECDC i CDC, jest używanie maseczek chirurgicznych oraz półmasek filtrujących – N95, FFP2 i FFP3, szczególnie przez personel medyczny⁴.

Wirus SARS-CoV-2 charakteryzuje się wysokim współczynnikiem reproduktywności. Wskaźnik ten pozwala oznaczyć szybkość transmisji patogenu. Światowa Organizacja Zdrowia określiła w dniu 23 stycznia 2020 r. R_0 na poziomie 1,4–2,5. 12 marca 2020 r. w raporcie Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób określono współczynnik reproduktywności na poziomie 2–3, uwzględniając dane pochodzące z Chin oraz wycieczkowca Diamond Princess⁵. W różnych publikacjach dotyczących danych epidemiologicznych, wartość współczynnika R_0 mieściła się w zakresie między 2,24 a 4,0⁶. Liczby te potwierdzają fakt, że

³ A. Goździcka-Józefiak (red.), *Wirusologia*, Warszawa 2019, s. 90–91.

⁴ T. Dzieciatkowski, K.J. Filipiak, *op. cit.*, s. 347.

⁵ Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK—sixth update. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-sixth-update-Outbreak-of-novel-coronavirus-disease-2019-COVID-19.pdf> (dostęp: 18.01.2021).

⁶ T. Dzieciatkowski, K.J. Filipiak, *op. cit.*, s. 17.

patogen jest zaraźliwy, bowiem jedna osoba może zainfekować co najmniej dwie osoby. W związku z tym częściej obserwowane były przypadki regionów o dużym zagęszczeniu ludności i zarazem wysokiej liczbie potwierdzonych zachorowań, czego lokalnym przykładem był przypadek województwa śląskiego, gdzie podczas tzw. „pierwszej fali” pandemii obserwowane były najwyższe wartości potwierdzonych przypadków zakażeń w porównaniu do województw o mniejszym zagęszczeniu, np. województwa opolskiego. Hipoteza dotycząca wpływu gęstości zaludnienia na wzrost przypadków zakażeń znalazła potwierdzenie także w przypadku całych krajów. Kraje skandynawskie cechowały się mniejszą ogólną liczbą potwierdzonych przypadków zachorowań w porównaniu do innych krajów Europy, w których gęstość zaludnienia jest o wiele większa.

Podstawową metodą diagnostyczną rekomendowaną przez WHO oraz ECDC i FDA jest badanie molekularne, wykorzystujące reakcję łańcuchowej polimerazy w czasie rzeczywistym, z dodatkowym wykorzystaniem odwrotnej transkrypcji – RT-qPCR⁷. Test ten pozwala na uzyskanie bardzo wiarygodnego wyniku, z mniejszym prawdopodobieństwem pojawienia się pomyłki spowodowanej m.in. warunkami otoczenia lub błędem ludzkim. Do dodatkowych metod należą testy serologiczne, pozwalające na wykrycie przeciwciał skierowanych przeciwko patogenowi, które są wykorzystywane np. w przypadku osób, które są ozdrowieńcami. Oprócz tego, stosowane są także testy laboratoryjne wykrywające obecność specyficznych antygenów, opierające się m.in. na metodzie ELISA. Z powodu pojawiających się znaczących różnic pomiędzy wynikami pochodzącymi z testów serologicznych w porównaniu do badań molekularnych, metody te nie są oficjalnie rekomendowane⁸.

Poza szczepionkami nie istnieją obecnie leki, które bezpośrednio byłyby stosowane w profilaktyce zakażeń SARS-CoV-2 i terapii COVID-19. Przegląd stosowanych terapii był aktualizowany na bieżąco, na podstawie badań klinicznych przeprowadzanych w wielu ośrodkach na całym świecie. Na pierwszym etapie walki z epidemią, wykorzystywano takie leki przeciwwirusowe jak: stosowane w leczeniu zakażeń spowodowanych wirusem HIV (lopinawir, nelfinawir i ritonawir, połączenie darunawiru z kobicystatem oraz emtricitabiny z tenofowirem), klasyczne leki stosowane w przypadku wirusa grypy, jak oseltamiwir, peramawir, zanamiwir oraz inne leki przeciwgrypowe, np. fawipirawir lub setrobuwir⁹. Dużą nadzieję pokładano w stosowaniu remdesiviru, który jako jedyny oficjalnie otrzymał zarejestrowane wskazanie do leczenia ciężkich przypadków COVID-19 m.in. w Unii Europejskiej¹⁰. Mimo negatywnej opinii WHO o przewidywanym

⁷ Ibidem, s. 38.

⁸ Ibidem, s. 43.

⁹ Ibidem, s. 79–83.

¹⁰ Veklury – charakterystyka produktu leczniczego. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/veklury-epar-product-information_pl.pdf (dostęp: 25.02.2021).

pozytywnym efekcie stosowania u pacjentów i braku rekomendacji, jego wpływ dalej jest badany, między innymi przez Europejską Agencję Leków¹¹. Dodatkowym lekiem przeciwwirusowym, którego dobroczynne działanie postulował w Polsce pulmonolog Włodzimierz Bodnar, jest amantadyna. Wciąż jednak trwają prowadzone przez Agencję Badań Medycznych badania nad zasadnością jej stosowania i stosunku korzyści do ryzyka¹².

W pierwszych miesiącach walki z epidemią pojawiły się także doniesienia dowodzące skuteczności leków przeciwmalarycznych – chlorochiny i hydroksychlorochiny, jednakże z powodu informacji uzyskanych na podstawie badań dowodzących braku ich skuteczności i dużego ryzyka działań niepożądanych, zrezygnowano ze stosowania ich w terapii¹³.

Stosowano także, szczególnie w leczeniu „burzy cytokinowej”, takie leki, jak kanakinumab, lewilimab i tocilizumab. Ten ostatni zyskał istotne znaczenie w terapii, gdyż stosowany był w kilku ośrodkach na świecie. Wciąż jednak trwają badania kliniczne dowodzące jego skuteczności. Dodatkowo w terapii stosowane są glikokortykosteroidy, szczególnie deksametazon¹⁴.

Tak jak w przypadku innych chorób zakaźnych, które są wywoływane przez wirusy, największe znaczenie ma proces szczepienia światowej populacji. Obecnie stosowanymi preparatami, które zostały warunkowo dopuszczone do obrotu na terenie Unii Europejskiej, są szczepionki mRNA wyprodukowane przez firmy Pfizer/BioNTech i Modernę oraz szczepionki wektorowe produkowane przez firmy AstraZeneca i Johnson & Johnson. Nadal trwają badania nad wakcynami proponowanymi przez inne firmy farmaceutyczne.

Należy podkreślić, iż w czasie trwania „pierwszej fali” epidemii wiedza na temat patogenu, epidemiologii zakażeń przezeń wywoływanych, skutków ubocznych choroby była zdobywana stopniowo, na podstawie bieżącej sytuacji obserwowanej w szpitalach i podczas randomizowanych badań klinicznych. Do 31 sierpnia 2020 r. nie było też dostatecznej pewności, czy i kiedy będzie istniała szansa na rozpoczęcie procesu szczepień. Doprowadzało to do podejmowania przez kraje decyzji, które z perspektywy czasu mogły niekoniecznie okazać się wystarczająco skuteczne lub potrzebne, a nawet błędne.

¹¹ <https://www.ema.europa.eu/en/news/update-remdesivir-ema-will-evaluate-new-data-solidarity-trial> (dostęp: 25.02.2021).

¹² <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C86212%2Csierpinski-agencja-badan-medycznych-przekazala-ponad-100-mln-zl-na-projekty> (dostęp: 25.02.2021).

¹³ R. Flisiak., M. Parczewski, A. Horban, J. Jaroszewicz, D. Koziulewicz, M. Pawłowska, A. Piekarska, K. Simon, K. Tomasiewicz, D. Zarębska-Michaluk, *Zalecenia diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z dnia 13 października 2020 roku. Aneks 2 do rekomendacji z 31 marca 2020 roku*, „Medycyna Praktyczna” 2020, R. 30, nr 11, s. 52.

¹⁴ T. Dzieciatkowski, K.J. Filipiak, *op. cit.*, s. 90–92.

Nie wiemy też, jakie problemy stworzą pojawiające się w przyszłości kolejne warianty wirusa SARS-CoV-2. Największym zagrożeniem są mutacje dotyczące genu odpowiedzialnego za kodowanie białka S – wpływa to na zdolność adaptacji wirusa do komórek kolejnych gospodarzy i może odpowiadać za nasilenie patogenności¹⁵. Zachodzące mutacje mogą mieć negatywny wpływ na przebieg procesu szczepień, ze względu na osłabienie ich skuteczności. Z drugiej strony mogą stanowić zagrożenie dla populacji, ze względu na wzrost zakaźności, co w konsekwencji może przyczynić się do wzrostu hospitalizacji i zgonów. Istotne więc będzie monitorowanie kolejnych miesięcy, podczas których ludzkość będzie walczyła z wariantami B.1.1.7 (mutacja brytyjska), 501.V2 (mutacja południowo-afrykańska) i innymi, których istnienie zostanie potwierdzone w badaniach.

Dalej nie mamy pewności także na temat długoletnich powikłań po COVID-19. Już teraz wiadomo, że SARS-CoV-2 przyczynia się do pojawienia się schorzeń neurologicznych, jednakże istotne będzie poznanie mechanizmów odpowiadających za neurotoksyczność patogenu¹⁶. Istotne będzie także poznanie odległych skutków przechorowania choroby przez dzieci, gdyż obserwowane są już teraz przypadki wieloukładowego zespołu zapalnego, którego objawy spowodowane stanem zapalnym są podobne m.in. do choroby Kawasaki.

Pierwsze doniesienia z Chin, pierwsze działania WHO i reakcja świata

Pierwszy prawdopodobny przypadek zakażenia został stwierdzony 17 listopada 2019 r. – był nim 55-letni mieszkaniec Wuhan¹⁷. Li Wenliang, chiński specjalista uznawany za jedną z pierwszych osób informujących o zagrożeniu, 30 grudnia 2019 r. zwracał uwagę na raport dotyczący pacjenta borykającego się z zespołem ciężkiej niewydolności oddechowej, przypominającej efekt zakażenia wirusem SARS-CoV-1¹⁸. 31 grudnia 2019 r. o zagrożeniu zostało poinformowane biuro krajowe WHO w Chinach. Zostało w ten sposób nakreślone ryzyko pojawienia się epidemii zapalenia płuc o nieznanym etiologii. Zachorowania były wstępnie powiązane z targiem mięsnym w Wuhan, stolicy chińskiej prowincji Hubei. 7 stycznia 2020 r. opinia publiczna została poinformowana o wyizolowaniu patogenu – określono go jako nowy typ koronawirusa i nazwano 2019-nCoV.

¹⁵ Ibidem, s. 11–12.

¹⁶ Ibidem, s. 305.

¹⁷ <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3074991/coronavirus-chinas-first-confirmed-covid-19-case-traced-back> (dostęp: 18.01.2021).

¹⁸ <https://www.euractiv.pl/section/bezpieczenstwo-i-obrona/news/doktor-li-wenliang-chiny-koronawirus-pandemia-covid19-wuhan-sars-cov-2-who/> (dostęp: 26.02.2021).

Wyniki badań dotyczących genomu wirusa zostały udostępnione naukowcom na całym świecie. W reakcji na napływające doniesienia prezydencja chorwacka UE zadecydowała o uruchomieniu zintegrowanego mechanizmu reagowania na szczeblu politycznym w sytuacjach kryzysowych w trybie wymiany informacji¹⁹. Działanie to pozwoliło na sprawną komunikację między krajami członkowskimi Unii Europejskiej podczas nadchodzącego kryzysu zdrowotnego, społecznego i gospodarczego.

W wyniku coraz większej liczby potwierdzonych przypadków w różnych krajach, 30 stycznia 2020 r. WHO określiła wybuch epidemii spowodowanej nowym patogenem jako stan zagrożenia dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym²⁰. 11 lutego 2020 r. Międzynarodowy Komitet ds. Taksonomii Wirusów poinformował o nazwaniu patogenu koronawirusem 2 zespołu ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej – SARS-CoV-2. Tego samego dnia WHO określiła także nazwę nowej choroby – COVID-19²¹.

Opinia publiczna została poinformowana 11 marca 2020 r. o określeniu rozwoju przez WHO choroby COVID-19 jako pandemii²². Decyzja ta była umotywowana faktem, iż rozwój epidemii spełnił określone warunki, takie jak m.in. obserwowany wysoki wzrost zachorowań w wielu krajach.

Monitorowanie sytuacji w Polsce przed pojawieniem się „pacjenta zero”

20 stycznia 2020 r. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) opublikował pierwszy komunikat dla podróżujących, dotyczący sytuacji epidemicznej związanej z wirusem 2019-nCoV. Poinformowano w nim o odnotowaniu 205 potwierdzonych przypadków zachorowań i przedstawiono zalecenia dla osób mających w planach podróż do Wuhan, m.in. unikanie bliskiego kontaktu z chorymi, przestrzeganie zasad higieny oraz unikanie targów z żywymi lub martwymi zwierzętami²³. 22 stycznia GIS skierował kolejny komunikat, tym razem skierowany do pracowników ochrony zdrowia, w którym zarekomendował szczepienia przeciwko

¹⁹ <https://eu2020.hr/Home/OneNews?id=160> (dostęp: 26.02.2021).

²⁰ [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (dostęp: 26.02.2021).

²¹ [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) (dostęp: 26.02.2021).

²² <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (dostęp: 26.02.2021).

²³ <http://wsse.szczecin.pl/komunikat-nr-1-dla-podrozujacych-20-stycznia-2020-r/> (dostęp 18.11.2020).

grypie, a także obserwowanie chorych przyjeżdżających z Chin²⁴. Natomiast 23 stycznia 2020 r., m.in. na stronach Ambasady RP w Singapurze i Malezji, została opublikowana informacja o następującej treści: „W mieście Wuhan w Chinach odnotowano serię zachorowań wywołanych koronawirusem 2019-nCoV. Podobne przypadki miały miejsce także w innych krajach. Ze względu na obchody Chińskiego Nowego Roku należy liczyć się ze zwiększonym ruchem lotniczym w regionie, co może przyczynić się do dalszego rozprzestrzeniania wirusa”²⁵. Był to jeden z pierwszych komunikatów dotyczących nowego patogenu, który został rozpowszechniony przez polskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych.

Oprócz oficjalnych informacji publikowanych na stronach rządowych RP, które w uzasadniony sposób wzbudzały poczucie zagrożenia dla bezpieczeństwa obywateli, pojawiły się także i konkretne działania. Dla pasażerów podróżujących z Chin służby Lotniska Chopina w Warszawie przygotowały specjalne formularze lokalizacyjne, w których niezbędne było podanie numeru telefonu oraz adresu²⁶. Oprócz tego wprowadzono obowiązkowe badania dla osób, które wykazywały objawy chorobowe. W kolejnych dniach na stronach Głównego Inspektoratu Sanitarnego pojawiały się następne komunikaty dotyczące przygotowań do ewentualnego pojawienia się zakażonych, m.in. 30 stycznia 2020 r. opublikowano zasady postępowania w samolotach i na lotniskach w przypadku osób, które mogły wykazywać objawy chorobowe²⁷. W porównaniu do wcześniejszych zaleceń, ten komunikat był znacznie bardziej obszerny. Wprowadzono odpowiednie zasady postępowania z chorym pasażerem, a także określono charakterystykę przypadku podejrzanego.

Mimo że opublikowane procedury wskazywały na ryzyko pojawienia się potencjalnych chorych w Polsce, zbyt mała ilość informacji na temat nowego wirusa, np. dotyczących epidemiologii zakażeń przez niego wywołanych i sposobu transmisji, prowadziła do wypowiedzi, które w pewien sposób deprecjonowały zagrożenie. Przykładem tego były słowa ówczesnego Ministra Zdrowia, Łukasza Szumowskiego, który w wywiadzie udzielonym telewizji TVN24 powiedział: „Pamiętajmy, że w 10-milionowym mieście, jakim jest Wuhan, choruje 10 tys. osób. To jest jeden promil. To nie jest tak, że całe miasto nagle uległo zakażeniu. Z tych 9–10 tys. zmarło w tej chwili około 200 osób, więc około 2 proc. (...) Jak mieliśmy

²⁴ <https://www.gov.pl/web/gis/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego> (dostęp 18.11.2020).

²⁵ <https://www.gov.pl/web/malezja/zachorowania-na-koronawirusa-2019-ncov> (dostęp: 24.02.2021).

²⁶ <https://lotnisko-chopina.pl/pl/aktualnosci-i-wydarzenia/0/976/szczegoly.html> (dostęp: 20.11.2020).

²⁷ <https://www.gov.pl/web/gis/zasady-postepowania-z-osobami-podejrzanyimi-o-zakazenie-nowym-koronawirusem-2019-ncov-samoloty-i-lotniska-aktualizacja-nr-1-z-dnia-30012020-r> (dostęp: 20.01.2021).

epidemię świńskiej grypy, w samej Polsce mieliśmy około 100 tys. osób chorych. To pokazuje różnicę i skalę zjawiska”²⁸. Na przełomie stycznia i lutego organizowane były konferencje prasowe, na których informowano obywateli o monitorowaniu sytuacji, przygotowaniu systemu ochrony zdrowia oraz zapewnieniu bezpieczeństwa, czego przykładem były słowa premiera Mateusza Morawieckiego wypowiedziane 2 lutego 2020 r.: „Wielu Polaków zadaje sobie dzisiaj pytanie, czy są w obliczu tej epidemii, która w Chinach panuje, bezpieczni. Chcemy podkreślić, że to bezpieczeństwo jest; w Polsce jesteście bezpieczni”²⁹. Równocześnie Łukasz Szumowski poinformował o uruchomieniu dwóch laboratoriów, które gotowe były na wykonywanie testów w kierunku obecności patogenu. 31 stycznia 2020 r. umożliwiona została bowiem diagnostyka chorych pod kątem zakażenia koronawirusem, realizowana przez Państwowy Zakład Higieny³⁰.

W lutym 2020 r. z dnia na dzień zwiększała się liczba wykonywanych testów, a wraz z nimi – liczba laboratoriów, które umożliwiały diagnostykę w kierunku SARS-CoV-2. Komunikaty Głównego Inspektoriatu Sanitarnego były publikowane systematycznie, dotyczyły procedur związanych z ruchem lotniczym, zasad dezynfekcji oraz higieny, przepisów prawnych dotyczących kwarantanny dla osób podejrzanych o zakażenie, a także walki z dezinformacją, czego przykładem było wspólne oświadczenie Głównego Inspektora Sanitarnego Jarosława Pinkasa i prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyi, w którym podkreślono, że materiały publikowane na stronie *Ukryte terapie – Jerzy Zięba*, nie są poparte badaniami naukowymi i stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi³¹. 24 lutego 2020 r. premier Mateusz Morawiecki podczas konferencji prasowej ponownie informował obywateli o przygotowaniu służb na pojawienie się pierwszego przypadku koronawirusa w Polsce, czego wyrazem było m.in. zabezpieczenie środków przez Agencję Rezerw Materiałowych³², a 28 lutego 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił specjalną infolinię, dzięki której pacjenci uzyskali możliwość zaczerpnięcia wiedzy m.in. na temat procedur postępowania w przypadku wystąpienia objawów.

1 marca 2020 r. ówczesny Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego Jarosław Gowin powołał, we współpracy z Konferencją Rektorów Akademickich Szkół

²⁸ <https://tvn24.pl/polska/minister-zdrowia-lukasz-szumowski-o-koronawirusie-z-chin-i-procedurach-w-polsce-3672307> (dostęp: 24.02.2021).

²⁹ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C581346%2Cpremier-polacy-sa-bezpieczni-polskie-panstwo-jest-przygotowane-na> (dostęp: 20.01.2021).

³⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/linia-diagnostyczna-koronawirusa-juz-w-polsce> (dostęp: 20.01.2021).

³¹ <https://www.gov.pl/web/gis/oswiadczenie-glownego-inspektora-sanitarnego-i-prezesa-naczelnej-rady-lekarskiej> (dostęp: 20.01.2020).

³² <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C592668%2Cpremier-dwa-laboratoria-badajace-koronawirusa-dzialaja-szesc-kolejnych-jest> (dostęp: 20.01.2020).

Polskich, specjalny zespół ds. postępowania w sytuacji zagrożenia koronawirusem, którego zadaniem było m.in. sporządzenie określonych wytycznych i przedstawienie procedur dla uczelni oraz podmiotów naukowych w celu monitorowania sytuacji oraz podejmowania określonych działań w ramach walki z zagrożeniem³³.

W reakcji na rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 na świecie, 2 marca 2020 r. uchwalono w Polsce tzw. specustawę koronawirusową. Weszła ona w życie 8 marca 2020 r. Jak się później okazało, stała ona się jednym z głównych aktów prawnych, który miał wpływ na funkcjonowanie państwa i obywateli w czasie pandemii. Ustawa ta określiła zadania organów administracji publicznej w okresie trwania i zwalczania choroby zakaźnej, uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców i świadczeniobiorców, tryby finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób zakażonych oraz sposób walki z patogenem poprzez podejmowanie odpowiednich działań. Wprowadziła m.in. możliwość pracy zdalnej, prawo otrzymania zasiłków opiekuńczych dla rodziców w przypadku zamknięcia żłobków lub szkół, możliwość wystawienia recepty farmaceutycznej w przypadku zagrożenia zdrowia pacjenta związanego z COVID-19 przez farmaceutę, a także prawo do dokonywania zamówień towarów i usług niezbędnych do walki z epidemią z pominięciem przepisów o zamówieniach publicznych³⁴.

Początek miesiąca zarazem stał się przełomowy w rozwoju sytuacji epidemicznej w Polsce. 4 marca 2020 r. poinformowano o pierwszym potwierdzonym przypadku koronawirusa. „Pacjentem zero” był Mieczysław Opalka, 66-letni mężczyzna, który pod koniec lutego przyjechał z Niemiec. Wraz z nim podróżowało 46 osób, spośród których 2 osoby miały wynik pozytywny³⁵. Mężczyzna wykazywał standardowe objawy i na skutek pogorszenia stanu zdrowia poddany został hospitalizacji w szpitalu w Zielonej Górze.

Działania podejmowane w celu ograniczenia skutków rozwoju pandemii w Polsce w kolejnych miesiącach

Świadomość realnej obecności koronawirusa w kraju zaczęła wpływać na życie codzienne w Polsce. 6 marca 2020 r. zaczęło obowiązywać obwieszczenie Ministra Zdrowia zawierające wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem

³³ Dziennik Urzędowy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2020 r. poz. 11. W niniejszym opracowaniu korzystam z internetowego wykazu ISAP (Internetowy Wykaz Aktów Prawnych). Będę odnosić się do wykazu ISAP także w następnych przypisach.

³⁴ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 374.

³⁵ <https://web.archive.org/web/20200306235057/https://www.gov.pl/web/zdrowie/cztery-nowe-potwierdzone-przypadki-koronawirusa-w-polsce> (dostęp: 21.01.2021).

dostępności na terenie Polski. Decyzja ta była podyktowana troską o zabezpieczenie zasobów przed dalszym rozwojem epidemii. Na nowej liście antywirusowej znalazły się leki stosowane w infekcjach – działające przeciwbólowo, przeciwzapalnie, np. preparaty zawierające kwas acetylosalicylowy, ibuprofen, a także preparaty zawierające paracetamol, amantadynę, chlorochinę, ritonawir. Oprócz tego w wykazie znalazły się wyroby medyczne, np. igły do iniekcji, maski do podawania tlenu, termometry elektroniczne lub odzież operacyjna³⁶. W tym samym dniu szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Michał Dworczyk, po posiedzeniu Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego, zapowiedział zwolnienie z podatku akcyzowego alkoholu etylowego użytego do produkcji produktów biobójczych. Rozporządzenie to zostało opublikowane 7 marca i zakładało spełnienie takich wymogów, jak nakaz dostarczenia wytworzonych produktów biobójczych do Agencji Rezerw Materiałowych³⁷. Michał Dworczyk poinformował także o uruchomieniu komunikacji z każdą gminą w ramach Rządowego Centrum Bezpieczeństwa, dofinansowaniu szpitali kwotą 98 mln zł, a także uruchomieniu specjalnej infolinii dla lekarzy³⁸. Równocześnie ukazało się zarządzenie Marszałka Sejmu Elżbiety Witek dotyczące odwołania na czas 21 dni wszelkich wizyt delegacji zagranicznych, wysłuchań publicznych, wizyt grup zwiedzających lub spotkań i wydarzeń, które nie były związane bezpośrednio z pracami parlamentarnymi³⁹. Kolejnym z działań było przystąpienie do systemu wspólnych zamówień w Unii Europejskiej. Do tej pory Polska była jednym z dwóch krajów, który nie uczestniczył w ustalaniu przetargów na leki, szczepionki oraz środki medyczne, które byłyby wykorzystane w walce z zagrożeniem dla zdrowia na skalę międzynarodową⁴⁰.

W następnych dniach podjęto kolejne ważne decyzje motywowane troską o zapewnienie bezpieczeństwa Polaków i przerwanie łańcucha zakażeń. 8 marca 2020 r. Główny Inspektor Sanitarny w oparciu o raporty epidemiologiczne zarekomendował odwołanie przez wojewodów imprez masowych powyżej 1000 osób, organizowanych w przestrzeniach zamkniętych⁴¹. Decyzja ta została wkrótce rozszerzona przez premiera Mateusza Morawieckiego, który dwa dni później poinformował o odwołaniu wszystkich imprez masowych – koncertów, występów

³⁶ Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia z 2020 r. poz. 16.

³⁷ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 377.

³⁸ <https://samorząd.pap.pl/kategoria/prawo/kolejne-przypadki-koronawirusa-w-polsce-ruszyła-sieć-informacyjna-połączona-z-kazda> (dostęp: 22.01.2020).

³⁹ Zarządzenie Marszałka Sejmu z dnia 6 marca 2020r. w sprawie szczególnych rozwiązań porządkowych związanych z zagrożeniem zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

⁴⁰ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C599935%2Cszumowski-nie-ma-w-tej-chwili-bezpośredniego-zaburzenia-lancucha> (dostęp: 22.01.2020).

⁴¹ <https://www.gov.pl/web/gis/informacja-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-imprez-masowych> (dostęp: 22.01.2020).

artystycznych, a także rozgrywek sportowych⁴². Zmieniła się także rzeczywistość studentów, gdyż w ciągu dwóch dni zawieszono zajęcia odbywające się na wielu uczelniach, m.in. na Uniwersytecie Warszawskim, Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, Uniwersytecie Śląskim, Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. 10 marca zawieszono zajęcia odbywające się na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu⁴³, a w następnym dniu, po konferencji rektorów szkół wyższych Wrocławia i Opola, poinformowano o zawieszeniu zajęć na 14 uczelniach publicznych w województwach Dolnośląskim i Opolskim⁴⁴.

Pomimo faktu, że do tej pory odnotowano niewiele potwierdzonych przypadków zakażeń, nie było pewności, w jaki sposób może rozwinąć się epidemia w Polsce. Zbyt mała ilość danych na temat choroby i faktycznej liczby zakażonych osób (w tym bezobjawowych) sprawiała, że rządzący musieli wziąć pod uwagę każdy wariant przebiegu krzywej zachorowań. Z tego powodu kluczowe było stopniowe ograniczanie kontaktów międzyludzkich. Pod tym względem kolejną istotną datą okazał się 11 marca 2020 r., kiedy podczas konferencji prasowej premier Mateusz Morawiecki wraz z ministrami: edukacji narodowej, nauki i szkolnictwa wyższego, zdrowia, kultury i dziedzictwa narodowego oraz rodziny, pracy i polityki społecznej poinformowali o zamknięciu placówek oświatowych. Decyzja ta była przełomowa, ponieważ mimo że ilość potwierdzonych przypadków COVID-19 była jeszcze wówczas w Polsce stosunkowo mała (25 osób), zmieniła rzeczywistość uczniów, studentów, rodziców i nauczycieli. Zawieszenie funkcjonowania szkół i uczelni planowano jedynie na okres dwóch tygodni, tj. 12–25 marca 2020 r., jednakże przebieg epidemii sprawił, że zdalny tryb nauczania trwał w Polsce znacznie dłużej.

Rządzący wzięli pod uwagę jednak to, że ogłoszona decyzja może stanowić dla rodziców utrudnienie w pierwszych dniach zamknięcia szkół, więc jednocześnie poinformowali, że 12 i 13 marca będą dniami, w których dzieci będzie można pozostawić pod opieką nauczycieli – zorganizowanie urlopu wychowawczego w tak krótkim czasie mogłoby bowiem być problematyczne. Zawieszenie działalności szkół nie obejmowało także przedszkoli czy placówek w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych. Wykorzystując zapisy, które pojawiły się w uchwalonej specustawie koronawirusowej, dla rodziców dzieci do lat ośmiu zostały przygotowane specjalne zasiłki opiekuńcze.

⁴² <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C601863%2Cpremier-podjelismy-decyzje-o-odwolaniu-wszystkich-impres-masowych.html> (dostęp: 24.01.2020).

⁴³ Zarządzenie nr 52/XV R/2020 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 10 marca 2020 r.

⁴⁴ <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C81064%2Crektorzy-uczelni-wroclawia-i-opola-zdecydowali-o-zawieszeniu-zajec> (dostęp: 23.01.2020).

Podczas konferencji poinformowano również o zamknięciu instytucji kultury, np. teatrów, kin, oper, filharmonii⁴⁵. Wprowadzanie kolejnych elementów społecznej kwarantanny było działaniem profilaktycznym. Stopniowe zmiany w funkcjonowaniu społeczeństwa miały na celu ograniczenie możliwości transmisji wirusa i zwrócenie uwagi na propagowanie prawidłowych postaw – niejednokrotnie zwracano uwagę na przestrzeganie zasad społecznej odpowiedzialności. Ówczesny stan wiedzy i raporty epidemiologiczne sporządzane na świecie wskazywały na to, że dzieci i osoby młode nieświadomie mogą stać się rezerwuarem wirusa, przez co mogą przenosić chorobę i zarażać bliskich, w tym starsze osoby, dla których patogen stanowi największe zagrożenie.

Zamknięcie placówek oświatowych oraz instytucji kultury nie okazało się jednak ostatecznym działaniem zapobiegawczym. 12 marca 2020 r., podczas konferencji prasowej władz Poznania, poinformowano o pierwszym zgonie z powodu COVID-19⁴⁶. Wzrastająca liczba potwierdzonych przypadków zakażeń w Polsce oraz w innych krajach Europy w znaczącym stopniu wpłynęła na podjęcie decyzji mającej ogromny wpływ na funkcjonowanie obywateli w kraju. 13 marca 2020 r. poinformowano o wprowadzeniu stanu zagrożenia epidemicznego na terenie całej Polski. Rozporządzenie wprowadziło m.in. zakaz wywozu środków ochrony osobistej, czasowe ograniczenie funkcjonowania branży gastronomicznej oraz rozrywkowej, zakaz handlu detalicznego w obiektach handlowych pow. 2000 m², a także zakaz zgromadzeń pow. 50 osób m.in. w obiektach kultu religijnego i związkach wyznaniowych⁴⁷. Kolejną ze zmian było przywrócenie kontroli na granicach oraz zakaz wjazdu dla cudzoziemców z wyjątkiem osób przebywających w Polsce legalnie, otrzymujących skierowanie na dwutygodniową kwarantannę po przybyciu do kraju⁴⁸. Wprowadzono także zakaz lądowania lotów międzynarodowych za wyjątkiem samolotów czarterowych, które na zlecenie premiera przewoziły pasażerów powracających na teren Polski w ramach programu „Lot do domu”⁴⁹. Dzięki tej inicjatywie do kraju wróciło ponad 55 tysięcy obywateli⁵⁰.

Jednym z sukcesów oraz dowodów na skuteczność działania oraz współpracę w Unii Europejskiej był ruch bezwizowy w ramach układu z Schengen, umożliwiający obywatelom krajów członkowskich podróżowanie bez konieczności korzystania z paszportów. Z tego powodu spowodowane epidemią zamknięcie

⁴⁵ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C602685%2Cpremier-podjelismy-decyzje-o-zamknieciu-wszystkich-placowek-oswiatowych-i> (dostęp: 24.01.2021).

⁴⁶ <https://pulsmedycyny.pl/pierwszy-zgon-z-powodu-koronawirusa-w-polsce-984842> (dostęp: 11.02.2021).

⁴⁷ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 433.

⁴⁸ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 434.

⁴⁹ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 436; Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 440.

⁵⁰ <https://www.gov.pl/web/katar/zakonczenie-akcji-lot-do-domu> (dostęp: 17.02.2021).

granic od 15 marca 2020 r., było zdarzeniem bezprecedensowym, które bezpośrednio wskazywało na powagę sytuacji epidemicznej w całej Europie. Jednocześnie jednak poinformowano obywateli o umożliwieniu transportu towarów. Zapewnienie sprawnej dystrybucji żywności na terenie całej Polski pozytywnie wpłynęło na stabilizację nastrojów społecznych i zahamowanie objawów paniki, która w marcu znalazła wyraz w zmasowanym wykupie towarów.

W porównaniu do wcześniej zapowiedzianych obostrzeń, fundamentalną różnicę jednak stanowiła skala wprowadzonych w 2 połowie marca ograniczeń w funkcjonowaniu życia codziennego obywateli Polski. Zakaz gromadzenia się i ponowny apel o zachowanie społecznej odpowiedzialności według premiera RP oraz ministra zdrowia miały pomóc w opanowaniu sytuacji w szpitalach, które na skutek spowolnienia napływu pacjentów mogły zachować zdolność zapewnienia chorym kompleksowej opieki medycznej. Kolejną decyzją rządu było wprowadzenie sieci tzw. szpitali jednoimiennych, utworzonych w każdym województwie, w których leczenie zostało zarezerwowane jedynie dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem⁵¹.

Sytuacja epidemiczna stała się zagrożeniem nie tylko dla zdrowia i życia Polaków, ale także dla gospodarki i miejsc pracy. Odpowiedzią na apele samorządowców i przedsiębiorców stał się projekt tarczy antykryzysowej. 18 marca 2020 r., po posiedzeniu zwołanej przez prezydenta Andrzeja Dudę Rady Gabinetowej, odbyła się konferencja prasowa, podczas której zostały zaprezentowane założenia projektu oraz pakiet pomocowy dla sektorów najbardziej dotkniętych kryzysem. Zapowiadany przez premiera koszt tarczy antykryzysowej oszacowany został na 212 miliardów złotych, a środki zostały przeznaczone na wsparcie pięciu filarów: obronę pracowników przed utratą miejsc pracy, wsparcie dla służby zdrowia, bezpieczeństwo systemu finansowego, wsparcie dla przedsiębiorców oraz inwestycje publiczne. Ważnym rozwiązaniem z punktu widzenia obywateli były tzw. „wakacje kredytowe”, które pozwoliły na zawieszenie spłat rat kapitałowych lub kapitałowo-odsetkowych na okres 3 lub 6 miesięcy, w zależności od banku. W przypadku zamknięcia żłobków i przedszkoli oraz przedłużenia okresu zawieszenia kształcenia w szkołach zapowiedziano kontynuację wypłacania zasiłku opiekuńczego dla rodziców. Dla przedsiębiorców przewidziano natomiast m.in. mikropożyczki w wysokości 5 tysięcy złotych, zwrot podatku CIT poprzez korektę podatku z 2019 r. o wartość strat poniesionych w wyniku pandemii w 2020 r.⁵² Podczas konferencji premier Mateusz Morawiecki podkreślił rolę spółek Skarbu Państwa, Agencji Rozwoju Przemysłu, Polskiej Fundacji Rozwoju oraz Banku

⁵¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/od-dzis-wprowadzimy-stan-zagrozenia-epidemicznego2> (dostęp: 12.02.2021).

⁵² <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,608208,premier-przedstawil-zalozenia-pakietu-antykryzysowego-jego-szacunkowa> (dostęp: 12.02.2021).

Gospodarstwa Krajowego w ratowaniu polskiej płynności finansowej poprzez walkę z zahamowaniem wzrostu gospodarczego.

Wzrastająca liczba potwierdzonych przypadków zachorowań oraz zgonów z powodu COVID-19 skutkowałą wprowadzeniem stanu epidemii w Polsce. Decyzja ta została ogłoszona 20 marca 2020 r. Dotychczas wprowadzone obostrzenia zostały podtrzymane i rozszerzone. Jedną ze zmian było wydłużenie okresu zawieszenia działalności placówek oświatowych i nakaz prowadzenia lekcji w sposób zdalny aż do 9 kwietnia, a nie (jak wcześniej zapowiadano) do 25 marca. Zwrócono także uwagę na obowiązek przestrzegania kwarantanny. W związku z tym podwyższono kary za jej nieprzestrzeganie – z 5 do 30 tysięcy złotych⁵³. Lepsza metoda inwigilacji osób poddanych izolacji umożliwiona została przez wprowadzenie nowej aplikacji „Kwarantanna domowa”, którą w ciągu jednego dnia od momentu udostępnienia 19 marca pobrano 2,5 tysiąca razy⁵⁴. Działania te były podyktowane coraz częstszymi przypadkami łamania kwarantanny.

Zbliżający się okres Świąt Wielkanocnych, które w polskiej tradycji należą do wydarzeń o szczególnym znaczeniu, wiązał się z możliwością spotkań rodzinnych, co mogłoby negatywnie wpłynąć na przyjętą przez rządzących strategię przerywania transmisji SARS-CoV-2. W związku z tym 24 marca 2020 r. opublikowano nowe rozporządzenie, które wprowadziło kolejne restrykcje. Wprowadzono m.in. zakaz przemieszczania się osób przebywających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomiędzy 25 marca a 11 kwietnia, za wyjątkiem podróży do miejsca pracy, zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych poprzez wizytę w sklepach lub dostęp do placówek ochrony zdrowia, a także uczestnictwa w sprawowaniu kultu religijnego lub pomagania w ramach wolontariatu osobom starszym lub osobom przebywającym w izolacji. Szczególne znaczenie zyskało hasło „dystansu społecznego”, bowiem – według tego rozporządzenia – podczas przemieszczania się w sposób pieszy obywatele zostali zobowiązani do przestrzegania obowiązku poruszania się jednocześnie dwóch osób w odległości nie mniejszej niż 1,5 metra. W przypadku podróży środkami publicznego transportu zbiorowego zezwolono na przewożenie w tym samym czasie ilości osób odpowiadającej połowie liczby miejsc siedzących. Restrykcje te nie dotyczyły osób należących do jednej rodziny. Obostrzenia objęły także miejsca obrządku religijnego, w okresie przed 11 kwietnia zezwolono na udział w zgromadzeniach religijnych jedynie 5 uczestników, poza osobami sprawującymi kult lub pracownikami zakładu pogrzebowego w przypadku pogrzebu⁵⁵. Zaczął także obowiązywać zakaz wszelkich innych

⁵³ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C610098%2Cmorawiecki-wprowadzamy-dzisiaj-stan-epidemii-lekcje-wstrzymane-do-swiat> (dostęp: 12.02.2021).

⁵⁴ <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/aplikacja-kwarantanna-domowa--najpierw-sms-pozniej-aktywacja> (dostęp: 12.02.2021).

⁵⁵ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 522.

zgromadzeń, poza spotkaniami w gronie najbliższych, a także dotyczącymi obowiązków służbowych.

W celu pokonania sytuacji kryzysowej związanej z brakiem dostępności wyposażenia medycznego, podjęto decyzję o współpracy z Chińską Republiką Ludową, w ramach której zostały przekazane potrzebne produkty. Uruchomiono most powietrzny między Chinami a Polską. Pierwszy samolot zawierający 600 m³ ładunku ze sprzętem medycznym wylądował w Polsce 26 marca 2020 r.⁵⁶ Transport z kraju, który w tym momencie zaczął odnosić sukcesy w walce z COVID-19, a także nastawienie na własną produkcję, pozwoliło na powolne wychodzenie z kryzysu spowodowanego niedoborami sprzętu. Przykładem polskiej myśli naukowej wykorzystywanej w walce z epidemią była produkcja polskich testów na koronawirusa, prowadzona przez Instytut Chemii Bioorganicznej funkcjonujący przy Polskiej Akademii Nauk⁵⁷. Gestem solidarności ze strony Tajwanu było natomiast podarowanie Polsce ponad pół miliona maseczek chirurgicznych, w ramach współpracy pomiędzy narodami. Transport ten dotarł do Polski 10 kwietnia 2020 r.⁵⁸

Pakiet pomocowy dla przedsiębiorców został przyjęty przez Sejm 27 marca 2020 r. Głosowanie odbyło się w sposób zdalny. 31 marca zestaw ustaw określających tarczę antykryzysową został podpisany przez prezydenta Andrzeja Dudę⁵⁹. W czasie trwania tzw. „pierwszej fali” wprowadzono kolejne, dodatkowe nowelizacje, a ich ostatecznym efektem była tarcza antykryzysowa 4.0. Do 31 lipca 2020 r. wypłacono polskim przedsiębiorcom 123 miliardy złotych⁶⁰.

Następne dni marca przyniosły w Polsce kolejne obostrzenia. Dotyczyły one w głównej mierze sfer, w których pozostawiono obywatelom możliwość korzystania z usług publicznych. 31 marca poinformowano o wprowadzeniu restrykcji dotyczących przemieszczania się – od tej pory osoby poniżej 18 roku życia mogły wychodzić z domu jedynie z dorosłym opiekunem. Została ostatecznie zawieszona działalność salonów kosmetycznych, salonów tatuażu i zakładów fryzjerskich. Hotele i miejsca noclegowe działające na zasadzie wynajmu krótkoterminowego zostały zamknięte dla obywateli, możliwość skorzystania z nich została zarezerwowana jedynie dla delegacji pracowniczych, personelu medycznego oraz osób skierowanych na kwarantannę i izolację domową. Rozporządzenie wprowadziło

⁵⁶ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,613712,dworczyk-uruchamiamy-most-powietrzny-z-chinami-ktory-bedzie-przewozil> (dostęp: 12.02.2021).

⁵⁷ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,624218,wielkopolskie-pierwszy-polski-test-na-koronawirusa-wejdzie-do-produkcji-w> (dostęp: 24.02.2021).

⁵⁸ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,624195,warszawa-pol-miliona-maseczek-z-tajwanu-otrzymala-polska-w-gescie> (dostęp: 17.02.2021).

⁵⁹ <https://www.gov.pl/web/rodzina/mamy-to-prezydent-podpisal-tzw-tarcze-antykryzysowa> (dostęp: 13.02.2021).

⁶⁰ <https://www.gov.pl/web/tarczaantykryzysowa/juz-ponad-123-mld-zl-trafilo-do-przedsiębiorców-dzięki-tarczy-antykryzysowej> (dostęp: 24.02.2021).

również zmiany dotyczące zakupów. W celu zapewnienia bezpieczeństwa osobom w wieku powyżej 65 lat podczas zaopatrywania się w produkty spożywcze, wprowadzono specjalne „godziny dla seniorów” między 10:00 a 12:00. Maksymalna liczba osób w sklepie mogła wynosić jedynie 3 osoby na jedną kasę, przy czym obywatele zostali zobligowani do obowiązkowego korzystania z jednorazowych rękawiczek. Dodatkowo na pracodawców został nałożony obowiązek zapewnienia pracownikom środków bezpieczeństwa w postaci odstępów 1,5 metra oraz dostępu do płynów dezynfekujących.

Najbardziej zaskakującą decyzją określoną przez rozporządzenie było zamknięcie parków, plaż i bulwarów w dniach od 1 do 11 kwietnia 2020 r.⁶¹ Ograniczenie korzystania z terenów pełniących funkcje publiczne oraz zieleni zostało jeszcze rozszerzone przez Ministerstwo Środowiska, które zaleciło Lasom Państwowym wprowadzenie 3 kwietnia zakazu wstępu do lasów i zamknięcie parków narodowych. W oficjalnym komunikacie resort podkreślił, że jest to reakcja na zwiększoną częstotliwość spotkań towarzyskich na terenach administrowanych przez LP, przez co łamane były oficjalne obostrzenia nakazujące izolację⁶². Działania te spotkały się z krytyką społeczną, między innymi ze strony Rzecznika Praw Obywatelskich, który wystosował pismo do Ministra Środowiska Rafała Wosia, w którym podkreślił brak podstawy prawnej związanej z zamknięciem lasów oraz parków narodowych⁶³. W jego ocenie obowiązujący porządek prawny pozwalał na takie działanie jedynie w odniesieniu do obowiązującej ustawy, w której pozwolenie na ograniczenie dostępu do tych terenów występuje tylko w przypadku np. wystąpienia zagrożenia pożarowego lub znacznej degradacji środowiska leśnego. Zwrócił także uwagę na fakt wpływu izolacji na zdrowie psychiczne oraz aktywność fizyczną obywateli, gdyż pozbawienie ich możliwości ruchu na świeżym powietrzu mogłoby negatywnie wpłynąć na ich dobrostan.

Początek kwietnia był okresem, kiedy krzywa zachorowań zaczęła ulegać tzw. „wypłaszczeniu”. Odnotowywano stopniowe wyhamowanie wzrostu potwierdzonych przypadków. Chcąc podtrzymać ten stan rzeczy, 9 kwietnia podczas konferencji prasowej premier Mateusz Morawiecki poinformował o przedłużeniu obowiązujących obostrzeń do 19 kwietnia – dotyczyło to zamknięcia galerii handlowych, zakładów fryzjerskich, kosmetycznych oraz instytucji kultury. Zamknięcie granic, wstrzymanie ruchu lotniczego oraz naukę zdalną przedłużono natomiast do 26 kwietnia 2020 r.⁶⁴ Istotną informacją dla uczniów i nauczycieli

⁶¹ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 566.

⁶² <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,619413,ms-w-zwiazku-z-koronawirusem-do-11-kwietnia-zakaz-wstępu-do-lasow-i-parkow> (dostęp: 14.02.2021).

⁶³ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-rpo-brak-podstawy-prawnej-zakazu-wchodzenia-do-lasu> (dostęp: 14.02.2021).

⁶⁴ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,623366,premier-przedluzamy-do-19-kwietnia-oboznienia-dot-galerii-handlowych-kin> (dostęp: 15.02.2021).

był komunikat Ministra Edukacji Narodowej Dariusza Piontkowskiego o zmianie terminów egzaminu ósmoklasisty oraz matur. W związku z nadzwyczajną sytuacją oraz zagrożeniem dla zdrowia społeczeństwa, egzaminy nie mogły odbyć się w tradycyjnej formie. W celu uspokojenia nastrojów minister zapewnił uczniów o tym, że termin będzie podany z co najmniej trzytygodniowym wyprzedzeniem⁶⁵. Ważną kwestią poruszoną podczas konferencji była zapowiedź powolnej reorganizacji obowiązujących obostrzeń i planu na przystosowanie się do nowej rzeczywistości społeczno-gospodarczej. Minister Łukasz Szumowski poinformował o wprowadzeniu od 16 kwietnia obowiązku zasłaniania ust i nosa podczas poruszania się w przestrzeni publicznej⁶⁶. Stanowiło to jedyną możliwość zniesienia ograniczenia w poruszaniu się, która była poparta dowodami naukowymi dysponowanymi przez resort. Minister jednak zwrócił uwagę na to, że obywatele niekoniecznie będą zobowiązani do kupna specjalistycznych maseczek, których w tym okresie był niedobór, w tym aspekcie pozostawiono kwestię wolnego wyboru. Podczas konferencji kolejny raz wybrzmiał apel rządzących o unikanie kontaktów międzyludzkich w okresie Świąt Wielkanocnych, by szczególnie w tym czasie zwracać uwagę na zachowanie wszelkich środków ostrożności. Istotna była bowiem kwestia powstrzymania dynamicznego wzrostu zachorowań po tym okresie.

Poważnym problemem wciąż jednak był ciągle niedobór sprzętu medycznego oraz środków ochrony osobistej dla medyków, a także dla obywateli. Podczas sprzedaży dochodziło do windowania cen, co skutkowało podjęciem następnych ważnych decyzji przez resorty. Pierwszą z nich było uchylenie obowiązującego od 12 marca 2020 r. zakazu sprzedaży niektórych produktów o przeznaczeniu medycznym, np. masek lub żelów do dezynfekcji rąk na platformach e-commerce, takich jak Allegro i OLX⁶⁷. 11 kwietnia natomiast Minister Zdrowia w wywiadzie udzielonym Radiu Zet zapowiedział regulowanie cen maseczek, jeżeli będzie dochodziło do przypadków ich zawyżania przez dystrybutorów⁶⁸. W kwietniu kontynuowana była także współpraca z Chińską Republiką Ludową, a spektakularnym wydarzeniem był kolejny transport sprzętu medycznego. 14 kwietnia na Lotnisku Chopina wylądował Antonov An-225 Mriya, który na pokładzie przywiózł 80 ton ładunku, na który składało się m.in. 7 mln maseczek⁶⁹. Transport

⁶⁵ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,623435,szef-men-nowy-termin-egzaminow-będzie-podany-z-duzym-wyprzedzeniem.html> (dostęp: 15.02.2021).

⁶⁶ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,623430,szumowski-od-16-kwietnia-wprowadzamy-obowiazek-zakrywania-nosa-i-ust.html> (dostęp: 17.02.2021).

⁶⁷ <https://www.politykazdrowotna.com/57228,maseczki-wracaja-na-olx-i-allegro> (dostęp: 17.02.2021).

⁶⁸ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,624634,minister-zdrowia-jezeli-ceny-maseczek-wykrocz-na-pozna-rozsadny-zakres> (dostęp: 17.02.2021).

⁶⁹ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,625665,rzecznik-mz-sprzet-ktory-przylecial-we-wtorek-w-pierwszej-kolejnosci-trafi> (dostęp: 17.02.2021).

realizowany był przez państwowe spółki Skarbu Państwa – KGHM Polska Miedź i Lotos. Okazało się jednak, po przeprowadzeniu wewnętrznych kontroli, że sprzęt nie spełnia wymogów jakościowych i nie posiada odpowiednich certyfikatów, w związku z czym nie powinien być rozdysponowany do szpitali jednoimiennych, do podmiotów leczniczych mogła trafić jedynie część zakupionych przez państwo towarów⁷⁰.

Zapowiadany przez Ministra Zdrowia nakaz zasłaniania ust i nosa w przestrzeni publicznej został zaprezentowany podczas konferencji prasowej odbywającej się po świętach. Zwrócono uwagę na konieczność powrotu do normalności, uwarunkowaną stopniowym stabilizowaniem się krzywej zachorowań przy propagowaniu prawidłowych postaw oraz zasad dystansu i dezynfekcji. Kluczową kwestią było wprowadzenie konkretnych zmian etapami, gdyż w ten sposób stworzono możliwość kontrolowania sytuacji, co przy wciąż zbyt ograniczonej wiedzy na temat wirusa SARS-CoV-2 i epidemiologii zakażeń było niezmiernie istotne. W ten sposób decydenci mieli ogląd sytuacji i odpowiedź na pytanie, które z punktów interakcji społecznych powodują dynamiczny wzrost zachorowań na COVID-19 w kraju. Konsekwencją tego, przy racjonalnym podejściu do zmian oraz przy zachęcaniu obywateli do przestrzegania zasad dystansu społecznego oraz dezynfekcji, było stworzenie szansy na odbudowę gospodarki w Polsce. Podczas konferencji zaprezentowano cztery etapy wprowadzania zwolnień z restrykcji, obowiązujących od 20 kwietnia 2020 r.

Istotną zmianą było uchylenie zakazu korzystania z przestrzeni pełniących funkcje publiczne oraz terenów miejskiej zieleni, za wyjątkiem obiektów przeznaczonych do zabaw dla dzieci⁷¹. Podczas konferencji premier Mateusz Morawiecki podkreślił, iż nie jest to otwarte zaproszenie do spotkań i łamania zasad ograniczenia spotkań, a ukłon w stronę apeli o otwarcie lasów w celu utrzymania dobrostanu i zdrowia psychicznego obywateli. Kolejnym z aspektów poruszanych podczas wystąpienia były nowe zasady obowiązujące podczas robienia zakupów – pozwolono na zwiększenie liczby osób w sklepach – w przypadku dyskontu o wielkości do 100 m² jedna osoba przypadała na 4 m², w przypadku sklepów o powierzchni większej niż 100 m² – na 15 m². Podobna zasada obowiązywała również w miejscach kultu religijnego⁷². Opublikowane rozporządzenie zniosło także obowiązek przemieszczania się pieszo osób małoletnich powyżej 13. roku życia pod opieką osób dorosłych⁷³.

⁷⁰ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C646842%2Cdworczyk-informacje-ze-premier-zlecil-kupno-maseczek-ktore-nie-mialy> (dostęp: 17.02.2021).

⁷¹ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 674.

⁷² <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,627633,premier-od-20-kwietnia-stopniowe-zdejmnowanie-obostrzen-po-pierwsze-otwarcie> (dostęp: 17.02.2021).

⁷³ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 697.

Kolejną odsłoną realizacji programu dostaw potrzebnego sprzętu medycznego były następne transporty z różnych krajów, m.in. azjatyckich. W wywiadzie udzielonym dla PAP Minister Spraw Zagranicznych Jacek Czaputowicz poinformował o realizowanym programie „Cargo dla Polski”, w ramach którego wylądowało ponad 40 transportów z towarem o przeznaczeniu medycznym i zapowiedzi kolejnych 20 lądowań⁷⁴. W tym samym czasie realizowanie poruszanego podczas premiera Morawieckiego problemu lepszej identyfikacji zagrożenia odbyło się dzięki transportowi szybkich testów diagnostycznych z Korei Południowej. Były to testy antygenowe, które umożliwiały odczytanie wyniku w ciągu 15 minut, co dla pracowników sektora ochrony zdrowia było niezmiernie istotne. Po upływie paru miesięcy okazało się jednak, że część szpitali nie zamierza z nich korzystać, gdyż w ich ocenie wynik mógłby nie być wiarygodny⁷⁵.

Potwierdzenie skuteczności wprowadzonych obostrzeń znalazło swoje odzwierciedlenie w sytuacji epidemicznej w Polsce. 22 kwietnia 2020 r. rzecznik Ministerstwa Zdrowia Wojciech Andrusiewicz poinformował o ograniczeniu transmisji poziomej wirusa SARS-CoV-2 – na skutek zamknięcia miejsc publicznego użytku oraz nakazu izolacji społecznej doszło do znacznego zmniejszenia interakcji międzyludzkich, a tym samym infekowania z poziomu człowiek-człowiek. Wzrost zakażeń spowodowany był więc nie tyle spotkaniami rodzinnymi, odbywającymi się m.in. podczas świąt, co konkretnymi ogniskami zakażeń, które były łatwe do uchwycenia. W drugiej połowie kwietnia były to, podobnie jak w przypadku innych krajów, domy pomocy społecznej i zakłady opieki leczniczej – w tym okresie stwierdzono wybuch ognisk epidemicznych m.in. w Jastrzębiu-Zdroju, Kaliszu i Czernichowie⁷⁶. Po raz kolejny pojawił się apel do pracowników ochrony zdrowia o pomoc z zewnątrz pensjonariuszom oraz personelowi placówek opieki długoterminowej i o ograniczenie się do jednego miejsca pracy, gdyż ze względu na fakt zakazu odwiedzin chorych przez rodziny źródłem zakażeń byli pracownicy. Ze strony państwa swoją pomoc zaoferowały Wojska Obrony Terytorialnej. Z inicjatywy Ministerstwa Obrony Narodowej utworzono Zespół Interwencji Kryzysowej, który we współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym koordynował wspomaganie, poprzez brygady WOT i wojska operacyjne, DPS-ów borykających się ze wzrostem zachorowań pośród pensjonariuszy i personelu⁷⁷.

⁷⁴ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,628535,szef-msz-dla-pap-planowanych-20-transportow-ze-sprzetem-i-srodkami> (dostęp: 17.02.2021).

⁷⁵ <https://tvn24.pl/polska/koronawirus-w-polsce-koreanskie-testy-na-koronawirusa-w-polskich-szpitalach-4693350> (dostęp: 24.02.2021).

⁷⁶ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,629194,rzecznik-mz-wzrost-zakazen-koronawirusem-wiazze-sie-z-wykryciem-trzech> (dostęp: 18.02.2021).

⁷⁷ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,629650,wot-od-poniedzialku-dzialaja-zespoły-interwencji-kryzysowej-wydzielane-z> (dostęp: 18.02.2021).

Utrzymująca się w miarę ustabilizowana sytuacja epidemiczna pozwoliła na przejście 4 maja 2020 r. do II etapu znoszenia obowiązujących restrykcji. Jedną z wprowadzonych zmian był otwarcie centrów handlowych, jednakże zobowiązanych do przestrzegania wymogów sanitarnych. Składały się na nie odgórnie ustalony limit osób przypadających na określony metraż, a także wyłączenie z użytku siłowni oraz przestrzeni gastronomicznej. Istotną zmianą było także otwarcie hoteli dla podróżujących, a także powrót do działalności bibliotek, galerii sztuki i muzeów. Otwarte zostały także gabinety rehabilitacyjne, co dla osób borykających się z problemami zdrowotnymi, przy braku dostępu do tego typu usług ochrony zdrowia, miało kluczowe znaczenie⁷⁸. Podjęto również decyzję o możliwości otwarcia żłobków i przedszkoli, co było niezwykle istotną kwestią dla rodziców. Ostateczna decyzja leżała w gestii samorządu, w oparciu o dane epidemiczne dotyczące danego obszaru, a także wytyczne Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego. W przypadku dalszego zamknięcia placówek, rodzicom przedłużono możliwość uzyskiwania zasiłku opiekuńczego⁷⁹.

Początek maja 2020 r. przyniósł także zmianę w harmonogramie politycznym w kraju, gdyż z powodu zagrożenia epidemicznego oraz problemów ze zorganizowaniem wyborów przez głosowanie korespondencyjne, nie mogły się one odbyć 10 maja. Na mocy uchwały PKW oraz późniejszego zarządzenia Marszałek Sejmu wyznaczyła nową datę – 28 czerwca⁸⁰.

Pomimo zrezygnowania z części obostrzeń i prognozowanego ryzyka w skali kraju, sytuacja epidemiczna w Polsce była ustabilizowana. Zakażenia wynikające z transmisji poziomej stanowiły mniejszy procent ogólnej puli potwierdzonych przypadków. Problemem okazał się jednak stopniowy wzrost zachorowań na terenie województwa śląskiego, gdzie ogniskami epidemicznymi stały się kopalnie. Z powodu dużej gęstości zaludnienia Górnego Śląska (sprzyjającej zakażeniom) oraz decyzji o wykonywaniu masowych testów przesiewowych wśród górników, codziennie odnotowywano tam najwyższe wartości, stanowiące większość potwierdzonych wówczas w Polsce zakażeń COVID-19. Podczas konferencji prasowych minister Łukasz Szumowski wielokrotnie podkreślał fakt, iż poza tymi terenami odnotowano tendencję spadkową, a współczynnik reprodukcji wirusa w Polsce spadł poniżej wartości 1⁸¹. W związku z tym jednym z działań, które podjęto, było zintensyfikowanie badań przesiewowych, by jak najszybciej odizolować osoby, które są odpowiedzialne za podtrzymywanie transmisji SARS-CoV-2, przy zachowaniu zdolności operacyjnej w kopalniach. Odbywało się to poprzez

⁷⁸ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 792.

⁷⁹ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,635329,kprm-4-maja-rusza-hotele-centra-handlowe-i-rehabilitacja-lecznicza.html> (dostęp: 19.02.2021).

⁸⁰ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 988.

⁸¹ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,644590,szumowski-wskaznik-reprodukcji-wirusa-spadl-w-polsce-ponizej-jeden.html> (dostęp: 20.02.2021).

wzmocnienie kontroli sanitarnej przy granicach województwa, jednakże wiązało się to z obawami, iż województwo zostanie zamknięte. Plotki te ostatecznie były dementowane m.in. przez premiera Morawieckiego, który podczas konferencji apelował o wsparcie, solidarność i empatię w odpowiedzi na pojawiający się ostracyzm wobec Ślązaków⁸². W trakcie badań przesiewowych do 15 maja przebadano około 14 tysięcy górników⁸³. Zlokalizowanie głównych ognisk zakażeń oraz utrzymująca się tendencja spadkowa w innych województwach pozwoliła rządzącym na przejście do kolejnego etapu zwalniania z części obostrzeń, a także ograniczanie działalności niektórych szpitali jednoimiennych, które z powodu zmniejszenia ilości osób hospitalizowanych nie były w pełni wykorzystywane.

III etap zwalniania z restrykcji zaczął obowiązywać od 18 maja 2020 r. W tej fazie pozwolono obywatelom na korzystanie z szerszej gamy usług, które pozwoliły na powrót do normalności z pewnymi ograniczeniami. Zniesiono zakaz korzystania z salonów kosmetycznych i fryzjerskich, a także zezwolono na korzystanie z usług gastronomicznych, przy zachowaniu limitu osób znajdujących się w tym samym momencie na sali – na 4 m² mogła przypadać jedna osoba. Wprowadzono obowiązek dezynfekowania zajętych wcześniej miejsc, a także obowiązek noszenia maseczek ochronnych i rękawiczek jednorazowych przez obsługę. Zwiększono także limit osób mogących brać udział w uroczystościach kultu religijnego, a także zezwolono na korzystanie z otwartych przestrzeni sportowych z zachowaniem dystansu oraz limitem osób ćwiczących, dodatkowo wprowadzono możliwość ćwiczenia w zamkniętych halach sportowych⁸⁴. Ustabilizowana sytuacja epidemiczna pozwoliła także na zwolnienie z części restrykcji przewidzianych dla dzieci i młodzieży – od tej pory dzieci poniżej 13. roku życia nie musiały przemieszczać się razem z rodzicami, ponadto zostało zapowiedziane umożliwienie prowadzenia przez szkoły od 25 maja zajęć opiekuńczo-wychowawczych dla klas I–III, a także udzielanie konsultacji dla ósmoklasistów i maturzystów przed egzaminami mającymi się odbyć w czerwcu 2020 r.⁸⁵

Powolny powrót do normalności, uwarunkowany zahamowaniem tendencji wzrostowej zakażeń w Polsce, był również istotny dla osób starszych, dla których patogen stanowi największe zagrożenie. Z tego powodu zezwolono na otwarcie placówek dziennego pobytu, domów pomocy społecznej, a także innych placówek, w których mogły odbywać się warsztaty terapii zajęciowej dla seniorów⁸⁶.

⁸² <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,643651,premier-nie-zamierzamy-zamykac-woj-slaskiego.html> (dostęp: 20.02.2021).

⁸³ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,644988,sumowski-skonczyliśmy-akcje-badan-blisko-14-tys-gornikow.html> (dostęp: 20.02.2021).

⁸⁴ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 878.

⁸⁵ <https://www.gov.pl/web/mswia/trzeci-etap-lagodzenia-obostrzen> (dostęp: 21.02.2021).

⁸⁶ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,647569,wiceminister-wdowik-od-25-maja-placowki-dziennego-pobytu-beda-mogly-byc> (dostęp: 22.02.2021).

Był to kolejny ważny krok pozwalający na wsparcie szczególnie tych osób starszych, które ze względu na izolację i samotność wywołaną wprowadzonymi restrykcjami mogły doznać pogorszenia zdrowia psychicznego.

Nie były to jednak ostateczne decyzje, bowiem 27 maja podczas konferencji prasowej rządzący poinformowali o przejściu do IV etapu zwalniania z obostrzeń, w ramach którego nastąpiło całkowite odmrożenie gospodarki. Znaczącą zmianą było cofnięcie nakazu zakrywania ust i nosa w przestrzeniach otwartych przy zachowaniu odpowiedniego dystansu 2 metrów. Zapowiedziano także możliwość organizowania zgromadzeń publicznych z dopuszczalną liczbą uczestników wynoszącą 150 osób. Pozwoliło to na organizowanie wieców poparcia dla kandydatów biorących udział w wyborach prezydenckich. Istotną zmianą także było zniesienie limitów liczby osób obecnych w kościołach i innych miejscach kultu religijnego, a także zwiększenie liczby osób mogących brać udział w weselach i innych uroczystościach rodzinnych. Powróciła także gastronomia, wraz ze zniesieniem limitu osób korzystających z usług restauracji i barów, przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności oraz przestrzegania zasad dezynfekcji przez obsługę. Zapowiedziano także możliwość przywrócenia od 6 czerwca 2020 r. działalności klubów fitness i zamkniętych siłowni, kin, teatrów i innych placówek rozrywkowych, które były najbardziej poszkodowane przez wprowadzone obostrzenia⁸⁷. Przywrócono także możliwość odbywania lotów krajowych od 1 czerwca, przy zachowaniu odpowiednich zasad sanitarnych⁸⁸. Mimo że podjęte decyzje wskazywały na sukces obowiązujących obostrzeń, wciąż podtrzymano naukę zdalną w placówkach oświatowych – podczas konferencji prasowej Minister Edukacji Narodowej poinformował o prowadzeniu zajęć zdalnych w szkołach do 26 czerwca, co oznaczało, że nauka stacjonarna nie powróci w obowiązującym roku szkolnym⁸⁹.

Czerwiec był miesiącem, kiedy odbyły się egzaminy zarówno maturalne, jak i ósmoklasistów, przy zachowaniu odpowiednich wytycznych sanitarnych. W tym miesiącu rządzący również zaczęli realizować powrót do turystyki w związku ze zbliżającym się okresem wakacyjnym. Po raz pierwszy od momentu rozpoczęcia epidemii w Polsce przywrócono ruch w ramach strefy Schengen⁹⁰. Od połowy czerwca umożliwiony został międzynarodowy ruch lotniczy⁹¹, na początku z pewnymi ograniczeniami dotyczącymi limitu miejsc, które od 1 lipca zostały zniesione. Kolejnym z kroków było zaproponowanie przez rządzącego prezydenta, w ramach kampanii wyborczej, inicjatywy bonu turystycznego skierowanego do rodzin z dziećmi. Efektami wynikającymi z wejścia tego pomysłu w życie

⁸⁷ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 964.

⁸⁸ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 909.

⁸⁹ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,654430,piontkowski-przed-wakacjami-nie-bedzie-przywroconych-tradycyjnych-zajec-w> (dostęp: 22.02.2021).

⁹⁰ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1030.

⁹¹ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1005.

było wsparcie polskiej branży turystycznej, stanowiącej jeden z najbardziej poszkodowanych w wyniku pandemii sektorów, a także pomoc dla rodzin w zorganizowaniu wypoczynku po okresie przymusowego zamknięcia.

W tym miesiącu zaczęła także obowiązywać ustawa o dodatku solidarnościowym, stanowiącym pomoc dla osób, które ze względu na trwającą pandemię COVID-19 utraciły po 15 marca, w wyniku rozwiązania umowy o pracę, główne źródła swojego przychodu. Kwota, jaką można było otrzymać z tego tytułu wynosiła 1400 zł za każdy miesiąc kalendarzowy w okresie między 1 czerwca a 31 sierpnia 2020 r.⁹² Według oficjalnych danych, do 31 sierpnia Zakład Ubezpieczeń Społeczny wypłacił beneficjentom 347 milionów złotych⁹³.

Przełom czerwca i lipca stał się czasem, w którym epidemia stanowiła temat poboczny, na skutek prowadzonej kampanii wyborczej. Mimo pandemii, podczas głosowań odnotowano wysoką frekwencję – 64,51% i 68,18% osób uprawnionych do głosowania wzięło udział w obu turach wyborów prezydenckich. Zwracano uwagę na respektowanie wytycznych GIS oraz wprowadzono ułatwienia, m.in. dla kobiet w ciąży i seniorów⁹⁴. Mimo że sytuacja epidemiczna była ustabilizowana i nie odnotowywano znaczących wzrostów zakażeń, wciąż nie było dostatecznej pewności na temat sezonowości choroby oraz jej dalszego przebiegu. Wnioski wyciągnięte na podstawie mylnego wrażenia o wygasaniu epidemii wykorzystywano jako argumenty namawiające do głosowania w wyborach, czego przykładem były słowa premiera Mateusza Morawieckiego wypowiedziane podczas wiecu wyborczego odbywającego się 1 lipca w Tomaszowie Lubelskim: „Ja cieszę się, że coraz mniej obawiamy się tego wirusa, tej epidemii i to jest dobre podejście, bo on jest w odwrocie. Już teraz nie trzeba się go bać. Trzeba pójść na wybory tłumnie 12 lipca. Wszyscy, zwłaszcza seniorzy, nie obawiajmy się, idźmy na wybory”. Od tej pory słowa te w następnych miesiącach weryfikowane były negatywnie, m.in. przez Marszałka Senatu Tomasza Grodzkiego⁹⁵. W podobnym tonie, jednakże z powściągliwością, wypowiadał się także minister Łukasz Szumowski⁹⁶. Podczas wyborów poruszano także aspekt pojawiających się doniesień na temat szczepień przeciwko koronawirusowi i ich dobrowolności.

W połowie lipca podjęto także istotną decyzję o rozpoczęciu pilotażu projektu rehabilitacji leczniczej dla pacjentów, którzy doświadczyli zakażenia wirusem

⁹² Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1068.

⁹³ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,708523,zus-poniedzialek-ostatnim-dniem-w-ktorym-mozna-wnioskowac-o-dodatek> (dostęp: 23.02.2021).

⁹⁴ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,675290,cieszynski-wprowadzamy-pierwszenstwo-w-ii-turze-wyborow-min-dla-seniorow-i> (dostęp: 22.02.2021).

⁹⁵ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C674964%2CGrodzki-niedawna-wypowiedz-premiera-o-epidemii-koronawirusa-co-najmniej> (dostęp: 24.02.2021).

⁹⁶ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,677772,szumowski-opinia-ze-w-wiekszosci-kraju-epidemia-powoli-sie-konczy-jest> (dostęp: 22.02.2021).

SARS-CoV-2. Placówką ochrony zdrowia, która została wybrana do realizowania tego projektu, jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głucholazach im. św. Jana Pawła II. Świadczenia finansowane były (i są do chwili obecnej) ze środków publicznych⁹⁷.

18 lipca zaczęła obowiązywać podpisana przez prezydenta ustawa o Polskim Bonie Turystycznym. W ramach jej założeń środki nie są wypłacane w formie gotówki, ale jako świadczenie umożliwiające opłacenie m.in. usługi hotelarskiej. Wyliczenia prezentowane przez ówczesną Minister Rozwoju Jadwigę Emilewicz określały przewidywaną liczbę beneficjentów – 6,5 milionów dzieci w wieku do 18 lat, a koszt programu określono na 3,5 miliardów złotych⁹⁸. Wysokość bonu turystycznego dla każdego dziecka wynosiła 500 zł, a w przypadku dzieci niepełnosprawnych – 1000 zł. Projekt finansowany był ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 do czasu jego obowiązywania, a w przypadku rezygnacji z niego – rolę tę przejmie budżet państwa⁹⁹. Koniec programu ustawowo przewidziany jest na 31 marca 2022 r. W przypadku wakacji odbywających się podczas „pierwszej fali” pandemii, według oficjalnych statystyk Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, największe zainteresowanie bonem turystycznym odnotowano w pierwszym miesiącu obowiązywania programu – sierpniu, do końca którego pobrano 886 tysięcy bonów turystycznych na kwotę 759 milionów złotych¹⁰⁰, a dniem, w którym padł rekord, był 17 sierpnia, gdyż tego dnia dokonano ponad 13,8 tysięcy płatności na kwotę wynoszącą ponad 9,8 miliona złotych¹⁰¹.

Przykładem solidarności międzynarodowej okazał się szczyt Unii Europejskiej odbywający się w Brukseli od 17 lipca 2020 r. W jego ramach rozpoczęto prowadzenie negocjacji dotyczących nowego budżetu przewidzianego na lata 2021–2027, który stanowić miał pomoc dla krajów dotkniętych kryzysem spowodowanym pandemią. Po kilkudniowych negocjacjach, zakończonych sukcesem 21 lipca, przy respektowaniu zasad praworządności oraz neutralności klimatycznej, wsparcie dla Polski w ramach budżetu oraz funduszu odbudowy określono na 776 miliardów złotych¹⁰². Zatwierdzenie budżetu oraz ratyfikacja w państwach europejskich były przedmiotem dyskusji w następnych miesiącach.

⁹⁷ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1246.

⁹⁸ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,665355,emilewicz-z-bonu-turystycznego-skorzysta-65-mln-dzieci-w-wieku-do-18-lat> (dostęp: 22.02.2021).

⁹⁹ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1262.

¹⁰⁰ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,710804,do-konca-sierpnia-pobrano-bony-turystyczne-na-759-mln-zl.html> (dostęp: 23.02.2021).

¹⁰¹ <https://www.zus.pl/pl/o-zus/aktualnosci/-/publisher/aktualnosc/2/polski-bon-turystyczny-dane-o-platnoscach/3605789> (dostęp: 22.02.2021).

¹⁰² <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,686763,kprm-polska-otrzyma-776-mld-zl-wsparcia-z-ue-w-tym-623-mld-zl-w-formie> (dostęp: 24.02.2021).

W sierpniu powoli zaczęła zmieniać się sytuacja epidemiczna w kraju, spowodowana głównie wzrostem turystyki na skutek poluzowania obostrzeń, a także wykorzystywania bonu turystycznego. Wciąż jednak były to punktowe ogniska zakażeń, wynikające z konkretnych ognisk epidemicznych. W odpowiedzi na utrzymujący się wzrost liczby potwierdzonych przypadków zakażeń na niektórych obszarach, wprowadzono regionalizację obostrzeń. Od tej pory przyjęto podział powiatów na trzy strefy – zieloną, w której obowiązywały utrzymujące się ograniczenia w funkcjonowaniu, żółtą, w której wprowadzone ograniczenia dotyczyły m.in. zmniejszenia limitu osób uczestniczących w danym wydarzeniu, wprowadzenia obowiązku zakrywania ust i nosa podczas odbywających się targów i kongresów oraz zezwolenia na udział 25% publiczności podczas imprez sportowych lub seansów filmowych i innych wydarzeń kulturalnych. Trzecią strefą, w której ograniczenia były największe, była strefa czerwona, w której wprowadzono znaczne ograniczenie ilości osób mogących korzystać z siłowni i klubów fitness. W teatrach i kinach określono, podobnie jak w strefie żółtej, limit 25% publiczności mogącej przebywać podczas tego samego wydarzenia, wprowadzono obowiązkowy nakaz zakrywania ust i nosa, a także zmniejszono liczbę osób mogących wziąć udział w zgromadzeniach oraz podczas wydarzeń związanych z kultem religijnym. Zmianą w gastronomii w strefie żółtej i czerwonej było wprowadzenie limitu osób mogących przebywać w tym samym pomieszczeniu podczas spożywania posiłku – do 1 osoby przypadającej na 4 metry kwadratowe¹⁰³. Pod koniec sierpnia określono dodatkową strefę niebieską – powiaty określone tym kolorem były zagrożone wprowadzeniem obostrzeń spowodowanym wzrostem zakażeń¹⁰⁴.

Najbardziej istotną z punktu widzenia ewentualnego zagrożenia epidemicznego pod koniec „pierwszej fali” pandemii była decyzja o przywróceniu kształcenia stacjonarnego we wszystkich placówkach oświatowych od początku września. Biorąc pod uwagę oficjalne dane, które wskazywały na powolny wzrost potwierdzonych przypadków zachorowań na COVID-19, a także świadomość, że szkoły mogą się stać kolejnymi ogniskami choroby, przez dłuższy czas nie było pewności, czy resorty pozwolą na powrót dzieci i nauczycieli do szkół. 12 sierpnia podczas konferencji prasowej Minister Edukacji Dariusz Piontkowski poinformował, że w oparciu o dane epidemiczne i wydane rekomendacje, podjął decyzję o przywróceniu kształcenia stacjonarnego i powrocie uczniów do szkół¹⁰⁵. W razie pogorszenia sytuacji na danym obszarze, istniała możliwość wprowadzenia modelu hybrydowego lub całkowicie zdalnego, o czym moc decydującą, oprócz opinii właściwego organu kierowniczego, miał głos odpowiedniego Państwowego

¹⁰³ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1356.

¹⁰⁴ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C707591%2Cod-soboty-obowiazuja-nowe-zasady-bezpieczenstwa-dla-powiatow.html> (dostęp: 24.02.2021).

¹⁰⁵ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,698235,gis-rekomenduje-zeby-kazda-placowka-oswiatowa-miala-dedykowana-izolatke> (dostęp: 23.02.2021).

Inspektora Sanitarnego¹⁰⁶. Istotne znaczenie zyskała współpraca z samorządami, w których gestii według ministra leżała podobna odpowiedzialność w zaopatrywaniu szkół i innych placówek oświatowych w środki ochrony osobistej¹⁰⁷. Wsparciem ze strony państwa natomiast było przekazanie szkołom 4 milionów litrów płynu dezynfekcyjnego i 50 milionów масечек, rozdysponowanych między nauczycieli¹⁰⁸, a także zaproponowano dostawę 20 tysięcy termometrów bezdotykowych¹⁰⁹. Decyzję o nakazie zakrywania ust i nosa pozostawiono dyrektorom szkół¹¹⁰.

Koniec tak zwanej „pierwszej fali” przyniósł także szereg zmian na szczeblu ministerialnym, bowiem doszło do dwóch zmian kadrowych w Ministerstwie Zdrowia. Pierwszym wiceministrem, który podał się do dymisji, był Janusz Cieszyński. Dzień po jego decyzji ze swojego stanowiska zrezygnował Minister Zdrowia Łukasz Szumowski, wbrew wcześniejszym deklaracjom¹¹¹. Nowym Ministrem Zdrowia, powołanym przez prezydenta 26 sierpnia, został Adam Niedzielski, ekonomista, piastujący wcześniej funkcję prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia¹¹². Jedną z pierwszych jego decyzji po objęciu stanowiska było m.in. skrócenie okresu obowiązywania kwarantanny z 14 do 10 dni, w przypadku bezobjawowego przebiegu choroby lub do 13 dni, gdy występują objawy chorobowe, z zastrzeżeniem, że 3 ostatnie dni muszą przebiegać bez poważniejszych objawów, takich jak gorączka lub objawy pochodzące z zainfekowanego układu oddechowego¹¹³.

Koniec tzw. „pierwszej fali” przebiegał pod znakiem wielkiej niewiadomej, w jaki sposób będzie kształtować się krzywa zachorowań i jak dynamiczny będzie przebieg epidemii. W związku z tym informowano obywateli o szukaniu rozwiązań, które stanowiłyby pomoc w walce z tzw. „drugą falą” pandemii. Organizowane były rady konsultacyjne opracowujące strategię na czas jesieni¹¹⁴. Pod koniec sierpnia prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę dotyczącą ochrony zdrowia

¹⁰⁶ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1386.

¹⁰⁷ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,705066,piontkowski-w-polsce-odpowiedzialnosc-za-szkoly-jest-podzielona-miedzy> (dostęp: 23.02.2021).

¹⁰⁸ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,704517,dworczyk-do-szkol-trafi-blisko-4-mln-litrow-plynu-dezynfekujacego-i-ponad> (dostęp: 24.02.2021).

¹⁰⁹ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,705290,piontkowski-do-szkol-trafi-20-tys-termometrow-bezdotykowych.html> (dostęp: 24.02.2021).

¹¹⁰ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,706629,piontkowski-nie-bedzie-obowiazku-zaslaniania-nosa-i-ust-w-szkolach.html> (dostęp: 24.02.2021).

¹¹¹ <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Komentarze-po-odejsciu-Szumowskiego-z-MZ-zaczynal-dobrze-potem-bylo-gorzej,211397,14.html> (dostęp: 23.02.2021).

¹¹² <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C705956%2Cprezydent-powolal-zbigniewa-rauana-szefa-msz-i-adama-niedzielskiego-na> (dostęp: 23.02.2021).

¹¹³ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1506.

¹¹⁴ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news,708760,kraska-w-czwartek-zaprezentujemy-strategie-walki-z-druga-fala-koronawirusa> (dostęp: 24.02.2021).

w czasie trwania epidemii i po jej ustaniu, której założenia dotyczyły m.in. informatyzacji systemu ochrony zdrowia, a także zwolnienie z obowiązku posiadania skierowania do psychologa podczas trwania pandemii¹¹⁵.

Do dnia 31 sierpnia w Polsce potwierdzono 67 372 przypadków zachorowań. Zmarło 2039 osób¹¹⁶. Wbrew wyrażanym wcześniej nadziejom, epidemii COVID-19 nie udało się w Polsce zahamować. Od września 2020 r. możemy mówić o jej „drugiej fali”, a od marca 2021 r. występuje w Polsce „trzecia fala” epidemii. Podobnie jest w innych krajach europejskich. Pandemia utrzymuje się również na wszystkich kontynentach, chociaż w takich krajach, jak Chiny, Wietnam, Australia, Nowa Zelandia czy Japonia udało się (dzięki wprowadzonym zarządzeniom przeciwepidemicznym i ich rygorystycznemu przestrzeganiu) ograniczyć zasięg epidemii i doprowadzić do jej wygaśnięcia. Wykrywane są jedynie pojedyncze ogniska zakażeń, które są poddawane izolacji. W miarę konieczności wprowadza się kwarantannę całych dzielnic, miast lub prowincji, aby zapobiec rozprzestrzenieniu się nowych przypadków zakażeń na terytorium całego kraju. Od grudnia 2020 r. prowadzone są także szczepienia ochronne, objęły one jednak do lutego 2021 r., gdy powstaje ten artykuł, zaledwie kilka procent światowej populacji.

Akty prawne wydane w Polsce w związku z epidemią COVID-19 w trakcie tzw. „pierwszej fali”

Na zakończenie artykułu przedstawiam wykaz aktów prawnych, wydanych przez władze RP, w związku z epidemią COVID-19 – w celu zahamowania jej rozprzestrzeniania się wśród ludności oraz w celu zrekompensowania poniesionych przez nią strat ekonomicznych.

1. Zarządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynacji działań w systemie szkolnictwa wyższego i nauki w związku z zagrożeniem wystąpienia COVID-19 (Dz. Urz. MNiSW z 2020 r., poz. 11).

2. Zarządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynacji działań w systemie szkolnictwa wyższego i nauki w związku z zagrożeniem wystąpienia COVID-19 (Dz. Urz. MNiSW z 2020 r., poz. 11).

3. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 374).

¹¹⁵ Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 1493.

¹¹⁶ <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-08-31/koronawirus-raport-dnia-poniedzialek-31-sierpnia/> (dostęp: 24.02.2021).

4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2020 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2020 r., poz. 16).

5. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie zwolnienia z podatku akcyzowego alkoholu etylowego użytego do produkcji produktów biobójczych (Dz. U. z 2020 r., poz. 377).

6. Zarządzenie nr 52/XV R/2020 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 10 marca 2020 r. w sprawie wstrzymania zajęć dydaktycznych i innych form kształcenia w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem SARS-CoV-2 wśród pracowników, studentów, doktorantów oraz uczestników kursów, studiów podyplomowych i UTW w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 433).

8. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie przywrócenia tymczasowo kontroli granicznej osób przekraczających granicę państwową stanowiącą granicę wewnętrzną (Dz. U. z 2020 r., poz. 434).

9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie zakazów w ruchu lotniczym (Dz. U. z 2020 r., poz. 436).

10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakazów w ruchu lotniczym (Dz. U. z 2020 r., poz. 440).

11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 522).

12. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 566).

13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 674).

14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 697).

15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 792).

16. Postanowienie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 czerwca 2020 r. w sprawie zarządzenia wyborów Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2020 r., poz. 988).

17. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 878).

18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 964).

19. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 maja 2020 r. w sprawie zakazów w ruchu lotniczym (Dz. U. z 2020 r., poz. 909).

20. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 czerwca 2020 r. w sprawie zakazów w ruchu lotniczym (Dz. U. z 2020 r., poz. 1005).

21. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie czasowego zawieszenia lub ograniczenia ruchu granicznego na określonych przejściach granicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1030).

22. Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. o dodatku solidarnościowym przyznawanym w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1068).

23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., 1246).

24. Ustawa z dnia 15 lipca 2020 r. o Polskim Bonie Turystycznym (Dz. U. z 2020 r., poz. 1262).

25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 1356).

26. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r., poz. 1386).

27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 1506).

28. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. z 2020 r., poz. 1493).

Actions taken in Poland to reduce the effects caused by the first wave of the COVID-19 pandemic

The first cases of SARS-CoV-2 infection began to be recorded in the last months of 2019. Since then, a new disease called COVID-19 has become a serious threat to public health and an international problem that continues to have a significant impact on the socio-political situation of many regions as well as the global economy. The strategy that was used by most countries in the world was to gradually limit civil liberties, introduce the obligation to cover the mouth and nose, and maintain the principles of social distancing and disinfection. Poland is one of the countries where preventive actions have been taken. The aim of the article was to analyze the actions taken by the Polish government to counteract the negative effects caused by the COVID-19 epidemic between January 1 and August 31, i.e. during the period corresponding to the „first wave” of the pandemic. The author analyzed the content of official legal acts regarding the applied restrictions and the implemented lockdown, as well as decisions aimed at showing support to entrepreneurs and employees most affected by the pandemic. Additionally, articles describing the national situation, presented by the Polish Press Agency, were also analyzed. These decisions, based on medical data gradually received by the government, led to temporal limitations in the functioning of all citizens in Poland. The author remarks that despite the temporary halt in the increase in the number of confirmed cases, the COVID-19 pandemic has not stopped and still continues to collect tragic consequences in terms of deaths as well as serious and possible long-term complications.

Key words: COVID-19, SARS-CoV-2, Poland, lockdown restrictions, government

Arin Namal, Emin Alkan

Reakcja Republiki Tureckiej na pandemię COVID-19 oraz jej społeczne implikacje

Wprowadzenie

Pandemie pociągają za sobą różne negatywne rezultaty, takie jak chociażby nagłe i olbrzymie straty w liczbie ludności, które osłabiają rolnictwo, produkcję przemysłową oraz handel¹. Życie codzienne zmienia się niemal w zupełności. Pandemia wirusa COVID-19 zdaje się być prawdopodobnie największym kryzysem społecznym w ostatnich pięćdziesięciu latach. Tak jak w innych krajach, tak i w Turcji sytuacja ta wpłynęła na każdy aspekt życia społecznego – od produkcji do konsumpcji, od stosunków międzynarodowych do edukacji, od transportu do rozrywki, jak również od działalności religijnej aż po zajęcia sportowe. Życie społeczne zostało zaprojektowane na nowo, zgodnie z definicją tzw. „nowej normalności”².

Zapobiegawcza reakcja Turcji wobec pandemii – kalendarium

Od 11 marca 2020 r., czyli od dnia gdy COVID-19 został ogłoszony pandemią, Turcja zaczęła zaostrzać podjęte środki bezpieczeństwa. Turecka Akademia Nauk wymieniła podjęte środki zapobiegawcze w porządku chronologicznym³:

¹ E. Yılmaz, *1847–1848 kolera salgını ve Osmanlı coğrafyasındaki etkileri*, „Avrasya İncelemeleri Dergisi” 2007, t. 1, nr 6, s. 23–55.

² Z. Karataş, *Social Impacts of Covid-19 Pandemic, Change and Empowerment*, „Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi TUSHAD” 2020, t. 4, nr 1, s. 5.

³ *Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*, <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19%20Raporu-Final+.pdf> (dostęp: 14.10.2020).

- 10.01.2020: Został powołany przez Ministerstwo Zdrowia Naukowy Komitet Doradczy ds. Koronawirusa.
- 11.01.2020: Ogłoszono w Turcji pierwszy zgon spowodowany przez koronawirusa w Chinach
- 22.01.2020: Loty na linii Wuhan-Stambuł zostały wstrzymane.
- 4.02.2020: Osoby przybywające do Turcji z zagranicy były badane na lotniskach za pomocą kamer termowizyjnych.
- 5.02.2020: Wszystkie loty z Chin do Turcji zostały wstrzymane.
- 11.02.2020: Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (WHO) nadała wirusowi powodującemu poważną ostrą chorobę układu oddechowego nazwę „Coronavirus Disease-2019 (COVID-19)” i ogłosiła stan pandemii, stwierdzając, iż choroba ta szerzy się na całym świecie.
- 23.02.2020: Turcja zamknęła swoją granicę lądową z Iranem.
- 28.02.2020: Ograniczone zostały wizyty w instytucjach zajmujących się opieką nad osobami starszymi, za wyjątkiem sytuacji absolutnej konieczności. Każda osoba przybywająca do takiej instytucji z zewnątrz była sprawdzana na obecność symptomów choroby, takich jak gorączka czy niewydolność oddechowa. Regularnie mierzono temperaturę osobom starszym. Każdy pacjent w podeszłym wieku, znajdujący się w domu opieki, był sprawdzany przynajmniej cztery razy dziennie, w odstępach sześciogodzinnych, na obecność symptomów takich jak gorączka czy zaburzenia oddychania.
- 29.02.2020: Jako środek zapobiegawczy, wszystkie loty na liniach: Turcja–Włochy, Turcja–Korea Południowa oraz Turcja–Irak zostały wstrzymane.
- 11.03.2020: Pierwszy przypadek koronawirusa został odnotowany w Turcji.
- 13.03.2020: Ograniczone zostały wydarzenia i działania związane z możliwością występowania dużych skupisk ludzi.
- 15.03.2020: Wdrożono restrykcje w podróżowaniu i transporcie na szeroką skalę. Miejsca, w których ludzie gromadzą się w dużych grupach, zostały czasowo zamknięte. Ostatnia grupa przybywająca z umry (nieobowiązkowej pielgrzymki do Mekki) została odosobniona pod nadzorem w studenckich akademikach.
- 16.03.2020: Zawieszono zajęcia stacjonarne na uniwersytetach oraz we wszystkich szkołach. Ogłoszono, że rozpocznie się nauczanie zdalne.
- 16.03.2020: Piątkowe modlitwy oraz pozostałe wspólne modlitwy w meczetach zostały zawieszone. Wszystkie planowe operacje oraz zabiegi dentystryczne zostały przełożone.
- 17.03.2020: Wstrzymano połączenia lotnicze Turcji z dwudziestoma krajami świata. Przywóz do kraju z zagranicy egzotycznych zwierząt i bezkręgowców, płazów, psów, kotów, łasic, ryb ozdobnych, gadów,

- gryzoni, królików i wszystkich ptaków, z pasażerem czy w celach handlowych, został zabroniony.
- 19.03.2020: Rozgrywki piłki nożnej, koszykówki, piłki ręcznej i siatkówki zostały przełożone. Liczba ośrodków wykonujących testy na COVID-19 wzrosła do osiemnastu.
- 21.03.2020: Liczba ośrodków wykonujących testy na COVID-19 wzrosła do 73 (w 44 prowincjach). Wstrzymano połączenia lotnicze z 68 krajami świata. Działalność restauracji została ograniczona do dostarczania zamówień do klienta.
- 21.03.2020: Z polecenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych obywatele powyżej 65 roku życia zostali zobowiązani do pozostawania w swoich domach, aby mogli uchronić się przed zakażeniem wirusem COVID-19. Obywatele, którzy nie zastosowali się do tego przepisu, zostali poddani karze pieniężnej w wysokości dwu minimalnych świadczeń emerytalnych⁴. Od czerwca 2020 r., starsi obywatele mogli przebywać poza domem tylko między 10.00 a 20.00 każdego dnia.
- 22.03.2020: W publicznych instytucjach zaczęto stosować elastyczne plany pracy.
- 24.03.2020: Ilość miejsc dostępnych dla pasażerów w środkach transportu publicznego została zredukowana do 50%. Wdrożone zostały zasady zachowania dystansu społecznego między pasażerami.
- 27.03.2020: Ogłoszono nakaz zachowania co najmniej trzymetrowego odstępu pomiędzy stoiskami na targowiskach.
- 28.03.2020: Międzymiastowe loty oraz kursy autokarowe zostały uzależnione od decyzji lokalnych władz. Wszystkie loty międzynarodowe zostały odwołane.
- 31.03.2020: Liczba ośrodków wykonujących testy na COVID-19 wzrosła do 75.
- 1.04.2020: Zaczęto dokonywać inspekcji wejść i wyjść na targowiskach.
- 3.04.2020: Młodzież poniżej dwudziestego roku życia otrzymała zakaz opuszczania domów.
- 4.04.2020: Dekretem prezydenta wprowadzona została częściowa godzina policyjna. Zakazano ruchu pojazdów z oraz do większych metropolii oraz prowincji dotkniętych największą liczbą zakażeń. Noszenie maseczek w miejscach pracy, supermarketach oraz na targowiskach stało się obowiązkowe dla wszystkich.
- 5.04.2020: Rozpoczęto dystrybucję darmowych maseczek wśród obywateli w wieku 20–65 lat.

⁴ M. Tokyay, *65 yaş üstüne sokağa çıkma yasağı sonrası yaş ayrımcılığı; uzmanlar ne diyor?*, <https://tr.euronews.com/2020/03/26/65-yas-ustu-sokaga-cikma-yasagi-yas-ayrimciligi-yasilar-uzmanlar-ne-diyor-koronavirus> (dostęp: 15.10.2020).

- 9.04.2020: Zgodnie z decyzją Ministerstwa Środowiska i Urbanistyki, zużyte maseczki oraz rękawiczki przechowywane były w osobnych workach przez 72 godziny, a po upływie tego czasu wydawane służbom odpowiedzialnym za wywóz śmieci jako odpady komunalne.
- 10.04.2020: Ogłoszono narodową godzinę policyjną na weekend 11–12.04.2020 r.
- 15.04.2020: Ogłoszono godzinę policyjną dla całego kraju na weekend 18–19.04.2020 r. Weekendowe godziny policyjne oraz godziny policyjne w święta narodowe i religijne obowiązywały do czerwca 2020 r.
- 13.05.2020: Dzieci poniżej czternastego roku życia otrzymały pozwolenie na przebywanie poza domem w środy, w godzinach od 11.00 do 15.00, pod warunkiem noszenia maseczek.
- 15.05.2020: Młodzież pomiędzy piętnastym a dwudziestym rokiem życia otrzymała pozwolenie na przebywanie poza domem (w odległości możliwej do pokonania pieszo) w piątki w godzinach od 11.00 do 15.00, pod warunkiem noszenia maseczek.
- 29.05.2020: Zniesiono godzinę policyjną dla osób pomiędzy osiemnastym a dwudziestym rokiem życia.
- 9.06.2020: Prezydent Turcji zasugerował zniesienie bądź częściowe zniesienie ograniczeń godziny policyjnej dla obywateli w wieku 18–65 lat. Samorządy poszczególnych prowincji podejmowały swoje własne decyzje w odniesieniu do tego zalecenia.
- 21.08.2020: Ogłoszono, iż uroczystości takie jak wesela (zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz) mogą być organizowane z zachowaniem ograniczenia ilości uczestników do 50 osób. Osobom powyżej 65 oraz poniżej 16 roku życia zakazano uczestnictwa w takich uroczystościach (o ile nie były krewnymi pierwszego stopnia).
- 23.09.2020: Przy wejściu do wszystkich instytucji i organizacji państwowych wprowadzono wymóg pokazania przez obywateli indywidualnego kodu HES (skrót od tur. *Hayat Eve Siğar*, pl. *życie mieści się w domu*) pozwalającego na sprawdzenie, czy dana osoba otrzymała pozytywny wynik zarażenia COVID-19.
- 30.09.2020: „Nie każdy przypadek zarażenia jest równoznaczny z chorobą. Bo wiem są osoby, które mimo zakażenia nie wykazują żadnych symptomów, co tyczy się sporej większości” – powiedział turecki Minister Zdrowia Fahrettin Koca podczas konferencji prasowej, która odbyła się po zebraniu Państwowej Komisji Naukowej. Wyjaśnił rozbieżności między definicją choroby i przypadkiem zakażenia dodając, że istotna jest liczba zachorowań.
- 1.10.2020: Doradcza Komisja Naukowa Ministerstwa Zdrowia wydała podręcznik pt. *Kontrola pandemii COVID-19 i przewodnik pracy krok*

po kroku objaśniający środki zapobiegawcze, jakie mają być podjęte w miejscach pracy i szkołach.

- 2.10.2020: Ministerstwo Zdrowia w codziennych raportach podawanych do wiadomości publicznej zaczęło publikować w miejsce liczby przypadków zakażeń COVID-19 dane dotyczące liczby zachorowań na COVID-19.
- 9.10.2020: Turecki Minister Zdrowia Fahrettin Koca wyjaśnił ostatnie postępy dotyczące lokalnej szczepionki i zapowiedział rozpoczęcie testowania szczepienia na ludziach.
- 17.11.2020: Prezydent Recep Tayyip Erdoğan powiadomił o kontynuacji zdalnego nauczania do końca roku, wprowadzeniu ograniczenia wychodzenia na ulicę w weekendy poza godzinami 10.00–20.00, możliwości świadczenia usług przez lokale gastronomiczne wyłącznie na wynos, zamknięciu o godz. 20.00 centrów handlowych i marketów otwierających się o godz. 10.00.
- 30.11.2020: Podano do wiadomości, że wprowadzone zostaną powszechne ograniczenia wychodzenia na ulicę od poniedziałku do piątku od godz. 21.00 do godz. 5.00. Nakazano zamykać od poniedziałku do piątku o godz. 20.00 wszystkie miejsca pracy. Postanowiono, że zakaz wychodzenia na ulicę zaczynający się w piątek o godz. 21.00 będzie obowiązywał do poniedziałku rano do godz. 5.00. Niektóre grupy zawodowe zostały wyłączone z tego zakazu. Przystano na świadczenie usług na wynos przez lokale gastronomiczne w wyżej wymienionych godzinach. Podczas obowiązywania zakazu wychodzenia w weekendy dopuszczone zostało funkcjonowanie miejsc sprzedających produkty spożywcze w godz. 10.00–17.00. Osobom podlegającym zakazowi wychodzenia dozwolono na robienie zakupów w sklepach znajdujących się w pobliżu domu. Zabroniono korzystania ze środków transportu osobom w wieku powyżej 65 lat i poniżej 20 roku życia oraz organizacji ceremonii pogrzebowych i ślubnych z udziałem więcej niż 30 osób.
- 31.11.2020: W celu zapobieżenia tłumnego obchodzenia Nowego Roku wprowadzono zakaz wychodzenia na ulicę od wieczora 31 grudnia 2020 r. do rana 4 stycznia 2021 r.
- 13.12.2021: Rozpoczęto pierwsze szczepienia. Nadal obowiązuje nałożony od początku pandemii nakaz noszenia maski na zewnątrz i w zamkniętych lokalach.

Infrastruktura opieki medycznej w Turcji

W państwach, w których opiekę zdrowotną zapewnia tylko sektor prywatny, przeważająca część ich mieszkańców miała w 2020 r. trudności z uzyskaniem po wybuchu panidemii COVID-19 pomocy lekarskiej. Natomiast te, w których opieka zdrowotna zapewniana jest przez państwo, miały większe możliwości walki z pandemią. Turcja – obok takich państw jak Chiny, Korea Południowa oraz Niemcy – zalicza się do tej drugiej kategorii. W ostatnich dwudziestu latach Turcja ulepszyła swoją infrastrukturę ochrony zdrowia. Poprzez reformy zdrowotne, poczynione zostały inwestycje zarówno w infrastrukturę, jak i przemysł medyczny. W miastach zbudowano też nowe wielkie kompleksy szpitalne z dużą liczbą łóżek. Według biuletynu „Roczne Statystyki Zdrowotne 2018” wydawanego przez Tureckie Ministerstwo Zdrowia, w Turcji liczba lekarzy przypadających na 1000 osób wynosi 1,87, liczba pielęgniarek i położnych na 1000 osób wynosi 3,01, a liczba pielęgniarek przypadających na jednego lekarza wynosi 1,6. Do walki z pandemią w 2020 r. zostali włączeni również stomatolodzy. Zostali oni wyznaczani do przeprowadzania testów w terenie⁵. Obrazowanie TK klatki piersiowej jest bardziej efektywne niż testy RT-PCR w diagnozowaniu COVID-19, więc ich obecność w szpitalach umożliwia szybką diagnozę. Turecki system opieki zdrowotnej posiada 39 934 łóżek na oddziałach intensywnej terapii oraz 17 852 urządzeń do wentylacji mechanicznej, ich liczba w czasie pandemii jeszcze wzrosła⁶.

Liczba potwierdzanych dziennie nowych przypadków zakażeń oraz zgonów ogłaszana jest za pomocą linku: <https://covid19.saglik.gov.tr/>, znajdującego się na stronie Ministerstwa Zdrowia Republiki Tureckiej. Ministerstwo Przemysłu i Technologii, we współpracy z sektorami publicznym i prywatnym, rozpoczęło w kraju projekty mające na celu wyprodukowanie technologii i wyposażenia niezbędnych dla profilaktyki oraz leczenia w czasie pandemii⁷. Oprócz dążenia do zaspokojenia swojego własnego zapotrzebowania na materiały medyczne, Turcja zaopatrywała także inne kraje w materiały ochronne, takie jak maseczki. Dostarczyła je m.in. do Włoch, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Iranu, Bośni i Hercegowiny, Serbii, USA, Chin, Pakistanu, Somalii, Sudanu, Libii, Syrii oraz krajów zamieszkałych przez ludy pochodzenia tureckiego. Działania te były wyrazem międzynarodowej solidarności.

⁵ N. Topçuoğlu, *Dental Practices During COVID-19 Pandemic*, „Istanbul University Institute of Health Sciences Journal of Advanced Research in Health Sciences” 2020, t. 3, nr 1, s. 78–87.

⁶ Türkiye Turizm Tanıtım ve Geliştirme Ajansı: *Türkiye'nin Sağlık Altyapısı ve Covid-19 Yönetim Süreci*, <https://www.tga.gov.tr/turkiyenin-saglik-altyapisi-ve-covid-19-yonetim-sureci/> (dostęp: 8.10.2020).

⁷ Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) *Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu...*, s. 31.

Zarządzanie Procesem Diagnostycznym

21.01.2020 r. zaczęto analizować próbki w Referencyjnym Laboratorium Mikrobiologicznym Generalnej Dyrekcji Zdrowia Publicznego (GDPH) przy użyciu łańcuchowej reakcji polimerazy (PCR). Wiele laboratoriów zostało autoryzowanych przez centralne Referencyjne Laboratorium Mikrobiologiczne GDPH. Stało się tak po to, aby możliwe było uzyskiwanie szybkich rezultatów. Po krótkim czasie został stworzony zestaw diagnostyczny PCR (umożliwiający pozyskanie wyniku w czasie rzeczywistym) przez Ministerstwo Zdrowia, Referencyjne Laboratoria Mikrobiologiczne Generalnej Dyrekcji Zdrowia Publicznego (GDPH) oraz Wydział Produktów Biologicznych Laboratorium Wirusologii. W rezultacie, testy diagnostyczne są przeprowadzane w Turcji bez ograniczeń⁸.

W pewnych przypadkach, w których istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia wirusa, testy PCR mogą dać wynik negatywny. W przypadkach tych obrazowanie TK klatki piersiowej jest odpowiednią metodą diagnostyczną we wczesnym okresie choroby. Jeśli wynik badania TK potwierdzi podejrzenie o zakażeniu wirusem COVID-19, wdrażana jest procedura leczenia. Obrazowanie TK klatki piersiowej jest wskazane w celu umożliwienia szybszego decydowania o kolejności leczenia pacjentów⁹.

Procedura leczenia stosowana w Turcji w trakcie pierwszej fali epidemii

Nie ma jednego konkretnego lekarstwa na COVID-19, które by okazało się zarówno bezpieczne, jak i efektywne. Stosuje się antywirusowe leki przeciw tej chorobie, takie jak hydroksychlorochina, fawipirawir, remdesiwir czy lopinawir-ritonawir, które są powszechnie wykorzystywane w leczeniu objawów spowodowanych przez tę chorobę, i które zostały uznane za efektywne w testach *in vitro* przeciwko SARS-CoV. Zaleca się rozpoczęcie antywirusowej terapii tak wcześnie jak to możliwe, jako że zdaje się to być bardziej korzystne.

Jednakże rozpoczęcie antywirusowej terapii u osób, które mają pozytywny wynik testu COVID-19 PCR, a nie wykazują objawów, nie ma mocnego poparcia. Dla nieskomplikowanych przypadków zakażenia COVID-19 u kobiet w ciąży, postępowanie bez wdrażania terapii lekami powinno być priorytetem. Jeżeli istnieje czynnik ryzyka lub poważna prognoza pogorszenia się stanu pacjenta, kobietom w ciąży podaje się hydroksychlorochinę i lopinawir-ritonawir.

⁸ Y. Demirbilek, G. Pehlivanürk, Z.Ö. Özgüler, E.A. Meşe, *COVID-19 outbreak control, example of Ministry of Health of Turkey*, „Turkish Journal of Medical Sciences”, t. 50, nr 1, s. 489–494.

⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *Covid-19 (Sars-CoV2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler Epidemiyoloji ve Tanı*, Ankara 2020.

Leczenie bezobjawowych lub łagodnych przypadków towarzyszącego COVID-19 zapalenia płuc u pacjentów z dodatnim wynikiem testu znajdujących się pod nadzorem ambulatoryjnym miało następujący schemat: hydroksychlorochina 2 x 200 mg przez 5 dni i/lub fawipiravir 2 x 1600 mg pierwszego dnia + 2 x 600 mg przez następne 5 dni. W przypadku pacjentów z ciężkim zapaleniem płuc okres leczenia może być wydłużony do 10 dni¹⁰. Leczenie pacjentów pediatrycznych odbywało się natomiast wg schematu: hydroksychlorochina 2 x 6,5 mg/kg/dawki pierwszego dnia, 2 x 3,25 mg/kg/dawki od drugiego do piątego dnia leczenia¹¹.

W Turcji stosuje się również w leczeniu pacjentów z COVID-19 terapię osoczem ozdrowieńców. Antyciała znajdujące się w osoczu pobierane są od osoby, która przeszła chorobę wcześniej i wyzdrowiała, a następnie podawane są pacjentowi, którego stan jest poważny. Oczekuje się, iż odporność pacjenta wzrośnie. Lecznicze właściwości tej terapii nie zostały jeszcze potwierdzone przez Światową Organizację Zdrowia¹².

Badania nad szczepionką – kalendarium

Listopad 2020 – Część badań Fazy III nad szczepionkami Pfizer Company oraz BioNTech Company została przeprowadzona w Turcji¹³. W chwili obecnej w Turcji prowadzone jest 13 różnych badań, mających na celu opracowanie szczepionki. Dwa spośród tych procesów badawczych nad szczepionką nadzorowane są przez Aykuta Özdemirel i jego zespół. Trzeci bieżący projekt to badania Koçaka Farmy. Te trzy projekty badawcze rozpoczęły już fazę badań na ludziach¹⁴.

Realizację powszechnego programu szczepień w Turcji rozpoczęto 14 stycznia 2021 r. przy zastosowaniu szczepionek chińskiej firmy Sinovac. Osoby, które chcą się zaszczepić mogą skorzystać z tej usługi bezpłatnie. Szczepieni są w kolejności pracownicy służby zdrowia, osoby przebywające w domach opieki społecznej

¹⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *Covid-19 (Sars-CoV2 Enfeksiyonu) Erişkin Hasta Tedavisi*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2020.

¹¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *Covid-19 (Sars-CoV2 Enfeksiyonu) Çocuk Hasta Yönetimi ve Tedavi*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2020.

¹² R. Mıstık, *İmmün Plazma Nedir? Koronavirüs Tedavisinde Nasıl Kullanılır?*, <https://www.medicana.com.tr/saglik-rehberi-detay/10462/immun-plazma-nedir-koronavirus-tedavisinde-nasil-kullanilir> (dostęp: 16.10.2020).

¹³ F. Taşdemir, *Kovid-19'a karşı geliştirilen faz 3 aşamasındaki aşı Ankara'da gönüllülere uygulanmaya başlandı*, <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/kovid-19a-karsi-gelistirilen-faz-3-amasindaki-asi-ankarada-gonullulere-uygulanmaya-baslandi-/2020714> (dostęp: 27.11.2020).

¹⁴ Z. Rakipoğlu, *Yerli Kovid-19 aşısında insan üzerinde deneme aşamasına geçildi*, <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/yerli-kovid-19-asisinda-insan-uzerinde-deneme-asamasina-gecildi-/1994576> (dostęp: 3.10.2020).

i spokojnej starości oraz odpowiedzialni za ich opiekę pracownicy, obywatele od 85 roku życia, pracownicy aptek. Pierwsze szczepienia zostały przeprowadzone na Ministrze Zdrowia i członkach Państwowej Komisji Naukowej założonej do walki z COVID-19. „Powiedziałem wcześniej, że widać już światło w tunelu. Dziś siaj nadszedł taki dzień. Wierzę, że zbliżające się dni będą jasne” – powiedział przed poddaniem się szczepieniu Minister Zdrowia Mehmet Koca¹⁵.

Negatywny wpływ pandemii na prawo do zdrowia

Ze względu na pandemię, planowe zabiegi medyczne zapewniane pacjentom nie chorującym na COVID-19, zostały w Turcji zawieszone. Szczególnie operacje chirurgiczne (za wyjątkiem operacji ratujących życie) nie były przeprowadzone, co sprawiło, że z czasem te planowe zabiegi stały się nagłymi wypadkami. Ministerstwo Zdrowia podjęło wobec tego decyzję, by stopniowo przywracać planowe operacje, diagnostykę oraz leczenie¹⁶.

W dniach 3–9 września 2020 r. Turcja obchodziła Tydzień Zdrowia Publicznego. Specjaliści zdrowia publicznego stwierdzili, że „COVID-19 nie powinien być jedynym celem na liście priorytetów”, podkreślając wagę ochrony zdrowia publicznego w skali ogólnej oraz kierując uwagę na zaniedbane problemy opieki zdrowotnej. Zauważono, że ważne medyczne oraz społeczne problemy, które istniały przed pojawieniem się pandemii, takie jak przemoc wobec kobiet, zdrowie kobiet i dzieci, nadużycia względem osób starszych oraz choroby przewlekłe, trwają i nasilają się, i nie powinny być ignorowane, jednakże mechanizmy pozwalające znaleźć rozwiązania tych problemów zostały zatrzymane w czasie pandemii¹⁷.

Trudności pracowników w okresie pandemii

Formy pracy takie jak „home office” i praca zdalna wyłoniły się w trakcie pandemii. Zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym usankcjonowano alternatywne metody pracy, takie jak elastyczne godziny pracy, praca w systemie rotacyjnym oraz praca z domu, aby zapobiec sytuacjom gromadzenia się wielu

¹⁵ *Son dakika... Bakan Koca'dan önemli açıklamalar*, <https://www.haberturk.com/son-dakika-bakan-koca-dan-onemli-aciklamalar-2936169> (dostęp: 10.10.2020).

¹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, *COVID-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Temmuz 2020*, <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39076/0/covid> (dostęp: 27.11.2020).

¹⁷ D. Kap, *Pandemide Halk Sağlığı: Tek Gündemimiz COVID-19 Olamaz!*, <https://www.sivilsayfalar.org/2020/09/10/pandemide-halk-sagligi-tek-gundemimiz-covid-19-olamaz/> (dostęp: 12.10.2020).

ludzi w jednym miejscu, ponieważ sytuacje te zwiększają ryzyko infekcji. Podczas gdy większa część pracowników umysłowych oraz pracowników biur zaczęła pracować w domach i prowadzić swoją codzienną komunikację przez Internet w okolicach 9 marca 2020 r., pracownicy fizyczni, osoby sprzątające, kasjerzy, doręczyciele oraz osoby zarabiające różnego rodzaju pracę fizyczną kontynuowały działalność w swoich miejscach pracy, nosząc maseczki i rękawiczki.

Według obliczeń, straty w zatrudnieniu w Turcji wynosić będą przynajmniej 13% pod koniec pandemii, co – wg szacunków – oznacza co najmniej 2 miliony nowych bezrobotnych pracowników¹⁸. Opłaty podatkowe dla organizacji, które zamknęły działalność ze względu na pandemię, zostały odroczone.

Trudności dzieci i młodzieży w okresie pandemii

W trakcie rozmowy przeprowadzonej w dniach 10–12 marca 2020 r. przez Internet z tysiącem młodych ludzi w wieku 15 lat i starszych, 72% osób w wieku 24 lat i młodszych przyznało, że odczuwa starcie. Liczba ta zmniejszyła się do 57% w badaniu przeprowadzonym z ludźmi w wieku 65 lat i starszych¹⁹. W Tureckim Badaniu Młodzieży pod kątem COVID-19²⁰, przeprowadzonym przez Turecką Platformę Młodzieżowych Stowarzyszeń Obywatelskich (TGSP) w maju 2020 r. wśród 2437 osób pomiędzy 15 a 30 rokiem życia ustalono, że pandemia jest przyczyną poważnych stanów niepokoju w szczególności u kobiet oraz osób we wczesnym okresie dojrzewania.

Przeprowadzona ankieta wykazała także, że 8 na 10 młodych ludzi brało udział w zdalnej edukacji, jednakże aż 43,1% nie mogło czerpać z niej zadowalających korzyści. Młodzi ludzie wyraźnie stwierdzili, że niepokoją się o swoją przyszłość w kontekście perspektyw ekonomicznych w czasie pandemii; podobne odczucia były zresztą udziałem ludzi na całym świecie. Studenci, którzy powrócili z miast, gdzie znajdują się ich uniwersytety, by ponownie zamieszkać ze swoimi rodzinami, doświadczali problemów natury psychologicznej z powodu bycia odseparowanym od swoich środowisk uczelnianych. Nadal byli zobowiązani płacić czynsz za mieszkania, które wynajmowali lub uiszczać opłaty za prywatne akademiki, w których przebywali w czasie swojej nauki na studiach. Ponieważ Centrum Leczenia Uzależnień było zamknięte na nowe podania na czas pandemii, zabu-

¹⁸ Toplumsal Yapı Araştırmaları Programı, *Covid-19 Salgınının Sosyolojik Analizi 1*, İstanbul 2020, s. 5.

¹⁹ E. Arslan, *Korona virüsten en çok gençler, eğitimliler ve kadınlar korkuyor*, <https://www.marketingturkiye.com.tr/haberler/korona-virusten-en-cok-gencler-egitimliler-ve-kadinlar-korkuyor/> (dostęp: 16.10.2020).

²⁰ (anonymous), *Uzaktan Eğitim Örgün Eğitimin Yerini Tutmuyor!*, <https://www.enerjigazetesi.ist/turkiyenin-gencleri-covid19-arastirmasi-sonuclandi/> (dostęp: 12.9.2020).

rzyło to proces terapii osób uzależnionych, z których większość stanowią ludzie młodzi. Z drugiej strony ustalono, że społeczna izolacja przyczynia się do wzrostu nadużywania substancji psychoaktywnych²¹.

Trudności osób starszych w okresie pandemii

Wraz z pojawieniem się wirusa COVID-19, dały się również zaobserwować pełne nienawiści wypowiedzi przeciwko osobom starszym²². Według danych Tureckiego Urzędu Statystycznego 9% populacji Turcji stanowią osoby powyżej 65 roku życia, a liczba jednoosobowych gospodarstw domowych zamieszkałych właśnie przez osoby starsze wzrosła do 1 373 521. Wśród nich 75,7% stanowią jednoosobowe gospodarstwa domowe zamieszkałe przez starsze kobiety, a 24,3% przez starszych mężczyzn. Liczba gospodarstw domowych zamieszkałych przez przynajmniej jedną osobę w podeszłym wieku wynosi 5 629 421²³.

Zakaz przemieszczania się wprowadzony na czas pandemii dla osób powyżej 65 roku życia postawił mieszkające samotnie osoby starsze w trudnej sytuacji. Ponieważ seniorzy musieli pozostawać w swoich domach, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej wprowadziło dla nich wsparcie w postaci telefonu zaufania oraz zorganizowało ochotników, którzy mieli dostarczać niezbędną pomoc, ale okazało się to niewystarczające. Przesadzone wypowiedzi w mediach takie jak: „Koronawirus zabija starszych” stały się dyskryminujące i stworzyły niewłaściwy odbiór sytuacji.

Od początku pandemii osoby starsze nie miały możliwości korzystania z instytucji zdrowotnych, za wyjątkiem przypadków podejrzenia wystąpienia COVID-19. Seniorzy nie mogli udawać się na wizyty kontrolne, ani korzystać z leczenia swoich schorzeń, aktualnych i przewlekłych²⁴. Pozytywnym osiągnięciem okazało się przedłużenie daty ważności orzeczeń lekarskich wypisywanych pacjentom z przewlekłymi chorobami po to, by mogli kupować swoje leki bez ponoszenia kosztów. Wobec tego starsi pacjenci, którym skończyły się lekarstwa mogli nabyć je w aptekach bez konieczności udania się do lekarza po receptę²⁵.

²¹ N. Tarhan, *Dünyayı bağımlılık pandemisi bekliyor*, <https://npistanbul.com/prof-dr-nevzat-tarhan-dunyayi-bagimlilik-pandemisi-bekliyor/5401> (dostęp: 14.10.2020).

²² T.M. Uysal, T.G. Eren, *Discrimination Against the Elderly on Social Media during the COVID-19 Epidemic: Twitter Case*, „Turkish Studies” 2020, t. 4, nr 15, s. 1147–1162.

²³ Türkiye İstatistik Kurumu, *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. İstatistiklerle Yaşlılar*, İstanbul 2019.

²⁴ O. Bakiler, *Corona Günlerinde Yaşlılarla İletişim Kurulamadı*, <https://www.amerikaninsesi.com/a/corona-gunlerinde-yasli-larla-iletisim-kurulamadi/5595169.html> (dostęp: 18.10.2020).

²⁵ Türkiye Psikiyatri Derneği, *COVID 19 Salgını Sırasında 65 Yaşın Üstündekiler Ruhsal Açıldan İyi Kalmak İçin Neler Yapabilir?*, <https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/223202014129-GeoPskCOVID19.pdf> (dostęp: 18.10.2020).

Banki państwowe zaczęły wypłacać emerytom świadczenia w ich domach, jeśli wyrazili oni takie życzenie. 28 lutego 2020 r. wizyty w centrach opieki geriatrycznej, jak również opuszczanie tych instytucji przez pacjentów (poza sytuacjami niezbędnej konieczności) zostały ograniczone. Po oficjalnym ogłoszeniu pojawienia się pierwszego przypadku zakażenia wirusem w kraju, w dniu 16 marca wstrzymano przyjęcia oraz transport osób do instytucji sprawujących opiekę nad osobami starszymi. Seniorzy znajdujący się pod opieką tych instytucji zostali przebadani pod kątem możliwości zakażenia wirusem COVID-19. Od tamtej pory poddawani są codziennej obserwacji²⁶.

Więźniowie

Ministerstwo Sprawiedliwości początkowo zawiesiło wszelkie kontakty osadzonych z odwiedzającymi. Odwiedziny w więzieniach zostały zawieszone, wydłużono natomiast rozmowy telefoniczne o 10 minut. Później dozwolone zostały wizyty raz na dwa tygodnie. Poza nagłymi wypadkami, więźniowie nie byli przewożeni do szpitali. Nieletni więźniowie doświadczali bardziej poważnych problemów.

Wpływ epidemii na ekonomię

Chociaż nie przeprowadzono do tej pory zbyt wielu analiz, powszechnie uważa się, że ekonomiczne efekty pandemii będą bardzo poważne. Ze względu na podjęte działania prewencyjne oraz stan psychiczny konsumentów, produkcja w wielu obszarach spadła o 20–25%, a wydatki konsumentów zmniejszyły się o jedną trzecią. Wydatki na odzież, obuwie, artykuły gospodarstwa domowego oraz świąteczne podarunki prawie całkowicie ustały. Nastąpiła również duża redukcja wydatków na usługi, które wymagają bezpośredniego kontaktu między konsumentem a usługodawcą, takie jak fryzjerstwo, turystyka, restauracje, hotelarstwo oraz rozrywka.

Kryzys ekonomiczny w wyniku pandemii koronawirusa zdaje się nieść wysokie ryzyko powstania średnio i długoterminowej inflacji²⁷. Oczywiście jest, że pandemia koronawirusa przyniesie znaczne straty w gospodarce i spowoduje ekonomiczną stagnację, a nawet spadek. Spowoduje również wzrost bezrobocia, poszerzenie obszarów ubóstwa oraz wywoła bankructwa przedsiębiorstw.

²⁶ D. Toklucu, M. Baygeldi, *Koronavirüs Salgınının Ardından Sosyal Politikalar Alanında Neler Yapıldı?*, SETA Siyaset Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı, <https://www.setav.org/5-soru-ko-ronavirüs-salgınının-ardından-sosyal-politikalar-alanında-neler-yapıldı/> (dostęp: 12.09.2020).

²⁷ TÜRMOB (Türkiye Serbest Muhasebeci ve Mali Müşavirler ve Yeminli Mali Müşavirler Odaları Birliği), *Korona salgınının Türkiye ekonomisine etkisi değerlendirmeler ve öneriler raporu*, Ankara 2020, s. V.

W Turcji są jednakże również sektory, na które pandemia wpłynęła pozytywnie, takie jak e-handel, produkcja i sprzedaż artykułów higienicznych oraz żywności.

Ograniczenia w podróżowaniu i problemy dotyczące branży turystycznej

Pod koniec marca 2020 r. podróże międzymiastowe zostały w Turcji ograniczone, podróże obowiązkowe poddane zostały konieczności uzyskania pozwolenia lokalnych władz, usługi kolejowe zostały zredukowane minimum, a wszystkie loty międzynarodowe zostały wstrzymane. Jeśli chodzi o loty krajowe, tylko loty z Istanbulu i Ankary do niektórych metropolii były dozwolone. W miarę rozwoju pandemii, krajowe oraz międzynarodowe loty zostały całkowicie wstrzymane do czerwca 2020. W czerwcu 2020, wprowadzono do użytku system kodujący oparty na mobilnej aplikacji, który umożliwiał pasażerom, korzystającym z przelotów krajowych, poświadczanie, że wyniki ich testów na COVID są negatywne²⁸.

Turcja, jedna z rozwiniętych – opartych na turystyce – gospodarek w basenie Morza Śródziemnego, jest czwartym spośród najchętniej odwiedzanych przez turystów państw w Europie. Branża turystyczna zapewniała dotąd stałe zatrudnienie dla miliona ludzi oraz pracę sezonową dla, w przybliżeniu, kolejnego miliona²⁹. Podjęte w wyniku pandemii środki, takie jak dystans społeczny, kwarcantanna i godzina policyjna sprawiły, że turystyka jest główną branżą bezpośrednio dotkniętą przez pandemię. Zarówno wdrożone przez państwo środki ostrożności, jak i rosnąca niepewność klientów spowodowały nieustanne odwoływanie rezerwacji. Turystyka stanęła w miejscu, ze względu na odwołane loty do (i z) Turcji do wielu krajów, zamknięcie 90% hoteli oraz przyznawanie pracownikom bezpłatnych urlopów. Placówki turystyczne wciąż doświadczają ekstremalnych strat³⁰.

Podsumowanie

Chociaż podjęte środki bezpieczeństwa sprawiły, że w Turcji odnotowano mniej przypadków zakażenia wirusem COVID-19 i mniej spowodowanych tym wirusem zgonów niż w wielu innych krajach świata, pandemia wywarła i wciąż

²⁸ A.M. Özdemir, *Covid-19 Salgını Sonrası Alınan Önlemlerle Turizm: Muhtemel Senaryolar*. „Journal of Recreation and Tourism Research” 2020, t. 2, nr 7, s. 222–238.

²⁹ A. Şat Sezgin, *Koronavirüs Salgını Sonrasında Turizm ve Bağlantılı Sektörlerde Beklenen Gelişmeler*, https://ekonomi.isbank.com.tr/contentmanagement/Documents/tr10_aa_rapor/2020/BN_Turizm_202005.pdf (dostęp: 14.10.2020).

³⁰ Y. Acar, *Yeni Koronavirüs (COVID-19) Salgını ve Turizm Faaliyetlerine Etkisi*, „Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi” 2020, t. 1, nr 4, s. 7–21.

wywiera bardzo negatywne psychologiczne oraz społeczno-ekonomiczne skutki na ludności tureckiej, poczynając od młodzieży, aż po osoby w podeszłym wieku. Wywarła także istotne, negatywne skutki gospodarcze.

Tłum. Mateusz Dąsał

The reaction of the Turkish Republic to the COVID-19 pandemic and social outcomes

In 2019 the Influenza Pandemic National Preparedness Plan was created by developing the National Pandemic Plan published in 2006. This plan is also compatible for COVID-19 outbreak. Pandemic Coordination Committees and Operation Centers were established with this plan. COVID-19 after being declared as the pandemic, Turkey began to enlarge the measures in line with WHO's recommendations. The Coronavirus Scientific Advisory Board was established and action was taken in line with the recommendations of this committee. Both health practices and social life were regulated. COVID-19 Guideline was published, protective equipment was provided for health care professionals, PCR test and rapid diagnostic kits were started to be used for diagnosis. Antiviral drug therapy and immune plasma therapy were used for the treatment. The vaccination program has been launched. Precautions were taken such as flight and public transport restrictions, 14-day isolation for risky persons entering the country, interrupting education in schools and universities and the switching to online education, closing recreation and entertainment centres, and curfews. These measures and treatment practices enabled the number of cases to decrease rapidly. In this article, Turkey's reaction to COVID-19 pandemic and social outcomes will be introduced chronologically.

Key words: Turkey, Turkish, COVID-19, Pandemic, Social Reactions

Część II

**Praktyki związane z uzdrawianiem,
leczeniem i ingerencją w ludzką cielesność**

Julia Kościuk-Załupka

Szamani epoki kamienia a praktyki medyczne

Wprowadzenie

Problematyka dopasowania ideologii do znalezisk archeologicznych jest obiektem wielu sporów wśród badaczy. Jednym z narzędzi służących temu celowi są analogie etnograficzne. Nie można ich jednak stosować bezkrytycznie, z uwagi na zacieranie różnic i uwypuklanie podobieństw, jakie zachodzi między porównywanymi obiektami. Nie jesteśmy również w stanie określić, jak dalece owe analogie przystają do rzeczywistego, dawno minionego obrazu społecznego¹. Jednak w niektórych przypadkach odwołanie się do tego typu zabiegów jest nieuniknione. Mimo tego, przy omawianiu zwyczajów z okresu Epoki Kamienia jest to jedno z najważniejszych narzędzi do zrozumienia kultury duchowej ówczesnych społeczności, znacznie ułatwiające zrozumienie odkrywanych archeologicznie śladów. Niektóre ze znalezisk, datowanych na Górny Paleolit, zostały powiązane z ideologią szamanistyczną. Poniżej zostaną przedyskutowane obiekty pochodzące ze stanowisk: Jaskinia Oblazowa w Polsce, Brno i Dolní Věstonice w Czechach oraz Hilazon Tachtit w Izraelu. Także sztuka naskalna tego okresu została ogólnie przyporządkowana do obrzędów, mających związek z inicjacją, czy „podróżami” szamańskimi.

Przy omawianiu zagadnienia szamanizmu w odniesieniu do okresu Epoki Kamienia ważne jest dokładne zakreślenie definicji szamana, a także zwrócenie uwagi na stan umysłowy takiej osoby. W przypadku znalezisk ze wspomnianych stanowisk takie szczególnie jednostki mogły wyróżniać się nie tylko predyspozycjami mentalnymi, ale także stanem fizycznym – odkryte szczątki kostne zdradzały stany chorobowe, nieprawidłowości w budowie szkieletu i urazy kośćca². Zatem przyjęcie

¹ D. Gheorgiu, E. Pasztor, H. Bender, G. Nash (red.), *Archaeological approaches to shamanism: mind-body, nature, and culture*, Newcastle Upon Tyne 2017, s. 20.

² V. Formicola, A. Pontiadolfi, J. Svoboda, *The upper Paleolithic Triple Burial of Dolni Vestonice: pathology and funerary behaviour*, „Journal of Physical Anthropology” 2001, t. 115, s. 372–379;

roli szamana przez takie osoby mogło stanowić próbę przystosowania społecznego do pewnego rodzaju służby, która byłaby zdolna do odpłacenia grupie za opiekę nad nimi. Zagadnienie jest niezwykle ciekawe i pozostaje nadal otwarte na debaty.

Samo zjawisko szamanizmu i związane z nim ślady fizyczne można odnosić już do okresu co najmniej około 40 000 p.n.e., związanego z Człowiekiem Anatomicznie Współczesnym³. Ogólnie okres Górnego Paleolitu łączy się z przybyciem do Europy i rozwojem kultur grup *Homo sapiens*. Co więcej, epokę tę definiuje się nie tylko na podstawie zachodzących zmian w zakresie wytwórstwa narzędzi, ale również podkreśla się zwiększoną aktywność artystyczną społeczeństw w tym okresie⁴, wyrażoną choćby poprzez powstawanie rozslawionych figurek tak zwanych „Wenus Paleolitycznych”. Dodatkowo zauważalna jest specjalizacja stanowisk, z jednym punktem centralnym i rozsianymi dookoła obozowiskami, ukierunkowanymi przykładowo na cele łowieckie, czy wytwórczość narzędzi, co prowadziło do wstępnego ustabilizowania wzorców osadniczych⁵. Okres Górnego Paleolitu kończy się wraz z początkiem Holocenu, tj. ok. 10 000 lat temu⁶.

W poniższym artykule do dyskusji na temat szamanizmu w Epoce Kamienia włączono również pochówki z Hilazon Tachtit – jego chronologia mieści się w założonych ramach czasowych, jednak dla terenów bliskowschodnich okres ten nazywany jest Epipaleolitem, wskazując na schyłkowy czas, przejściowy wobec następującego po nim Neolitu⁷.

Definicja szamana

Definicja szamana w języku polskim jest dość problematyczna, z uwagi na rozdzielność rodzajów gramatycznych. Jednak termin ten powinien być rozumiany nie w kategoriach męskie – żeńskie⁸, a raczej jako pomost pomiędzy ludzkim

A. Belfer-Cohen, *The Natufian graveyard in Hayonim Cave*, „Paleorient” 1988, t. 14, nr 2, s. 297–308; G. Grosman, N.D. Munro, A. Belfer-Cohen, *A 12.000-year-old shaman burial from the southern Levant (Israel)*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America” 2008, t. 105, nr 46, s. 17665–17669.

³ J. Zilhão, *The Upper Palaeolithic of Europe*, [w:] C. Renfrew, P. Bahn (red.), *The Cambridge World Prehistory*, t. 3, *West and Central Asia and Europe Chapter: The Upper Palaeolithic of Europe*, New York 2014, s. 1753; D. Gheorgiu i wsp., *op. cit.*, s. 4.

⁴ J. Zilhão, *op. cit.*, s. 1753–1785.

⁵ P. Kaczanowski, J.K. Kozłowski, *Najdawniejsze dzieje ziem polskich (do VII w.)*, Kraków 1998, s. 76–80.

⁶ Ibidem, s. 40.

⁷ A. Belfer-Cohen, A.N. Goring-Morris, *Becoming farmers: the inside story*, „Current Anthropology” 2011, t. 52, suplement 4, s. S209–S220.

⁸ M. Eliade, *Szamanizm i archaiczne techniki ekstazy*, tłum. K. Kocjan, Warszawa 2001, s. 15–44; C. Rättsch, *Marijuana Medicine: a world tour of the visionary and healing powers of Cannabis*,

a nieludzkim⁹. Kwestia ta powinna zostać podkreślona z uwagi na to, że szamanem mogły być zarówno kobiety, jak i mężczyźni¹⁰. Szamani pełnili wiele ról społecznych. Dzięki wierze w ich możliwość komunikowania się z duchami byli cenieni za umiejętność leczenia i udzielania porad¹¹. Takie połączenie, a czasem także moce nadnaturalne, zyskiwali w toku prób wykazujących ich czystość oraz procesów inicjacji. Często polegały one na długotrwałym poście w odosobnieniu, doznawaniu bólu, przykładowo poprzez biczowanie, bądź dzięki głębokiemu nurkowaniu¹². Przybliżało to osoby uczące się, a także pełnoprawnych szamanów do sfery duchowej, stawiając ich w położeniu pośrednim między społecznością a siłami boskimi¹³.

W praktykach szamanistycznych często używano także środków roślinnych, prowadzących do łatwiejszego wchodzenia w trans¹⁴. Uważa się wręcz, że właśnie stan głębokiego transu jest cechą dystynktywną szamanów, która nie jest osiągalna przez resztę społeczeństwa. Dodatkowo, dzięki nauce od poprzednika, a także samodzielnemu eksperymentalnemu zastosowaniu roślin, tacy osobnicy posiadali głęboką wiedzę dotyczącą właściwości świata flory. Przyczyniało się to do postrzegania szamana również jako medyka czy znachora w danej społeczności¹⁵. W wymiarze kulturowym szamani pełnili natomiast rolę duchowego przewodnika i nauczyciela. Co więcej, stanowili jeden z filarów tradycji, działając w obszarze wierzeń związanych ze światem niematerialnym i kosmologią¹⁶. W odniesieniu do społeczności zbieracko-łowieckich, szamanizm może zostać uznany za formę

Vermont 2001, s. 15; E. Kasten (red.), *Shamanen Sibiriens: Magier, Mittler, Heiler*, Stuttgart 2008, s. 42–81; T.A. Dowson, *Re-animating hunter-gatherer rock-art research*, „Cambridge Archaeological Journal” 2009, t. 19, nr 3, s. 378–387.

⁹ T.A. Dowson, *op. cit.*, s. 378–387; D. Gheorghiu i wsp., *op. cit.*, s. 14.

¹⁰ J.D. Lewis-Williams, T.A. Dowson, *On vision and power in the Neolithic: evidence from the decorated monuments*, „Current Anthropology” 1993, t. 34, nr 1, s. 55–65; C. Räscher, *op. cit.*, s. 15; J.D. Lewis-Williams, *The mind in the cave: consciousness and the origin of art*, London 2004, s. 7–11; J. Clottes, J.D. Lewis-Williams, *Prehistoryczni szamani: trans i magia w zdobionych grotach*, tłum. A. Gronowska, Warszawa 2009.

¹¹ C. Räscher, *op. cit.*, s. 15–16; E. Kasten (red.), *op. cit.*, s. 42–81; T.A. Dowson, *op. cit.*, s. 378–387; C.S. VanPool, *The signs of the sacred: identifying shamans using archaeological evidence*, „Journal of Anthropological Archaeology” 2009, t. 28, s. 177–190; D. Gheorghiu i wsp., *op. cit.*, s. 7.

¹² E. Kasten (red.), *op. cit.*, s. 42–81; M. Winkelman, *Cross-cultural and biogenetic perspectives on the origins of shamanism*, [w:] D.S. Whitley, K. Hays-Gilpin (red.), *Belief in the Past: theoretical approaches to the archaeology of religion*, Walnut Creek, California 2008, s. 50.

¹³ M. Dobkin de Rios, *Hallucinogens: cross-cultural perspectives*, New Mexico 1984, s. 13.

¹⁴ M. Eliade, *The sacred and the profane: the nature of religion*, New York 1976, s. 20–67; J.D. Lewis-Williams, T.A. Dowson, *op. cit.*, s. 55–65; M. Eliade, *Szamanizm...*, s. 15–44; C. Räscher, *op. cit.*, s. 15–16; J.D. Lewis-Williams, *The mind in the cave...*, s. 180–203; E. Kasten (red.), *op. cit.*, 112–113; T.A. Dowson, *op. cit.*, s. 378–387.

¹⁵ C. Räscher, *op. cit.*, s. 15–17; E. Kasten (red.), *op. cit.*, s. 42–81, 112–113.

¹⁶ M. Eliade, *The sacred and the profane...*, s. 68–115; T.A. Dowson, *op. cit.*, s. 378–387.

adaptacji do życia w zwartych grupach, gdzie problematyka leczenia – zarówno psychicznego, jak i fizycznego – odgrywała znaczną rolę¹⁷.

Stan szamana

Z uwagi na łatwość wchodzenia w odmienne stany świadomości¹⁸, a także pewną odrębność społeczną, badacze zwracali uwagę również na stan psychiki szamana. Niektórzy uważają, że taka osoba jest w pewnym sensie chora, jednak zdołała przystosować się do zadań, jakich oczekuje od niej społeczeństwo. Głównie wskazuje się na schizofrenię, histerię oraz epilepsję jako choroby predestynujące do stanu szamańskiego¹⁹. Jednak nie jest to hipoteza podzielana przez wszystkich badaczy. Teoria opozycyjna zakłada raczej wyćwiczenie umysłu szamana na wzór stanu joginów²⁰. Zwraca się przy tym uwagę na punkty wspólne w życiu takich osób. Momentem przełomowym jest początkowy kryzys, ujawniający jednocześnie predyspozycje jednostki. Później następuje etap nauki, zarówno od żyjących jak i nieżyjących, duchowych poprzedników. Ma to na celu przyjęcie umiejętności wchodzenia w stany transowe, prowadzące do oczyszczenia umysłu dla napływających wizji²¹. Tak więc wydaje się, że po początkowym kryzysie szaman zyskuje pełne zdrowie psychiczne.

Mimo cech wspólnych między szamanami a osobami cierpiącymi na schizofrenię, jak widzenie duchów, czy samookaleczanie, zachodzi między nimi podstawowa różnica. Takie osoby inaczej postrzegają rolę świata duchów – schizofrenicy są nimi owładnięci, podporządkowani, podczas gdy szaman podróżuje przez ich krainy w celu pobierania nauk. W przypadku porównania do osób cierpiących na padaczkę także pojawiają się rozbieżności. Wprawdzie obie grupy przechodzą napady chorobowe, jednak w przypadku szamana jest to zdarzenie jednorazowe, nie występujące w jego późniejszej działalności²². Możliwe jest natomiast, że osoby zaczynające rozwój na ścieżce szamanistycznej przechodzą przez okresowe choroby, takie jak psychoza czy różnego typu zaburzenia schizofrenoidalne. Być może jest to powodowane zażywaniem substancjami lub silnym stresem związanym z presją społeczną²³.

¹⁷ J. Gąssowski, *Prahistoria sztuki*, Warszawa 2008, s. 66; M. Winkelman, *op. cit.*, s. 43.

¹⁸ C. Rātsch, *op. cit.*, s. 17.

¹⁹ M. Eliade, *Szamanizm...*, s. 45–46.

²⁰ R. Walsh, *The psychological health of shamans: a reevaluation*, „Journal of the American Academy of Religion” 1997, t. 65, s. 101–124.

²¹ M. Eliade, *The sacred and the profane...*, s. 68–115; R. Walsh, *op. cit.*, s. 101–124; M. Eliade, *Szamanizm...*, s. 15–77; J. Clottes, J.D. Lewis-Williams, *op. cit.*, s. 44–48.

²² R. Walsh, *The psychological health...*, s. 101–124.

²³ Ibidem.

Znaleziska archeologiczne związane ze zjawiskiem szamanizmu

Poniżej opisane zabytki archeologiczne są związane przez niektórych naukowców ze strefą szamanizmu. Ich opinie nie są wiążące, niemniej interesujące, zwłaszcza w kontekście porównań do obecnie żyjących społeczności i historii rozwoju duchowości. Część badaczy jest skłonna łączyć malowidła naskalne z okresu Epoki Kamienia ze zjawiskiem szamanizmu²⁴. Najślawniejsze jaskinie, noszące ślady działalności artystycznej człowieka, znajdują się na terenach Francji, np. Lascaux, Cosquer, Chauvet oraz Hiszpanii – przykładowo Altamira i El Castillo. Dzięki użyciu nieinwazyjnych metod zostały one przyporządkowane do okresu trwania Górnego Paleolitu, czasów *Homo sapiens*²⁵.

Z uwagi na pewne powtarzające się motywy, wzory zostały podzielone na grupy, związane z poszczególnymi etapami wchodzenia w stan transu. Pierwszą sekcję stanowią geometryczne elementy, takie jak linie proste i falisty, kropki oraz koła. Następna grupa składa się z przedstawień bardziej złożonych, przykładowo: kratki i wiry. Na samym końcu wyróżniono przedstawienia figuralne, obrazujące głównie zwierzęta, rzadziej ludzi bądź sylwetki hybrydalne obu typów. Wydaje się, że tego typu przedstawienia mogły ilustrować bezpośrednio postać szamana w czasie transu. Częstym motywem były też negatywowe lub pozytywowe odbicia dłoni, noszących w pewnych przypadkach ślady ułomności w postaci choroby lub usunięcia palców²⁶.

W tym zestawieniu niezwykle ważne wydaje się jedno z malowideł z jaskini Trois-Frères we Francji. Wizerunek przedstawia hybrydową postać, z wyraźnym porożem renifera, ogonem konia, przednimi kończynami prawdopodobnie kociami lub niedźwiedziami i ptasią twarzą, stojące na dwóch ludzkich nogach. W odniesieniu do tego przedstawienia funkcjonują dwie teorie: (1) że jest to postać mitologiczna, (2) lub wizerunek szamana w przebraniu bądź podczas obrzędów²⁷.

Miejszem o szczególnym znaczeniu dla archeologii jest jaskinia Obłazowa, zlokalizowana w południowej części Polski. W jej obrębie, w wyniku badań

²⁴ O. Moro-Abadia, M.R. Gonzalez-Morales, *Paleolithic Art Studies at the Beginning of the Twenty-First Century: A Loss of Innocence*, „Journal of Anthropological Research” 2008, t. 64, nr 4, s. 529–552; J. Clottes, J.D. Lewis-Williams, *op. cit.*, s. 62–66; T.A. Dowson, *op. cit.*, s. 378–387; D. Gheorghiu i wsp., *op. cit.*, s. 18.

²⁵ O. Moro-Abadia, M.R. Gonzalez-Morales, *op. cit.*, s. 529–552; J. Clottes, J.D. Lewis-Williams, *op. cit.*, s. 62–66; T.A. Dowson, *op. cit.*, s. 378–387; M. Cruz Berrocal, *Analogical evidence and shamanism in archaeological interpretation: south African and European palaeolithic rock art*, „Norwegian Archaeological Review” 2011, t. 44, nr 1, s. 1–20.

²⁶ J.D. Lewis-Williams, *The mind in the cave...*, s. 136–179; Idem, *Religion and archaeology: an analytical, materialist account*, [w:] D.S. Whitley, K. Hays-Gilpin (red.), *Belief in the Past: theoretical approaches to the archaeology of religion*, Walnut Creek, California 2008, s. 28–30; J. Clottes, J.D. Lewis-Williams, *op. cit.*, s. 39–43; D. Gheorghiu i wsp., *op. cit.*, s. 45.

²⁷ J. Gąssowski, *op. cit.*, s. 62.

archeologicznych, zostało odkrytych wiele warstw, wskazujących na powtarzające się fazy zasiedlenia. W niniejszej pracy wspomniana będzie jedynie warstwa VIII, z uwagi na szczególne artefakty w niej zlokalizowane. Jej depozycję datuje się między 29 000 a 26 000 lat temu, co plasuje ją w obrębie trwania górnopaleolitycznej kultury pavlowskiej. Sam depozyt znajdował się w kręgu ułożonym z otoczków przyniesionych z pobliskiej rzeki. W jego skład wchodził: przedmiot z ciosu mamuta, noszący cechy bumerangu, przekłuwacz, dwa kliny rogowe, z których jeden posiadał ślady rytego ornamentu, zawieszki z muszli ślimaka z gatunku *Conus sp.* i kłów lisa polarnego, kościany paciorek, dwa dystalne paliczki ludzkie z kciuka i z małego palca. Ślady czerwonej ochry na tych znaleziskach mogą wskazywać na powiązanie ze sferą sakralną. Co więcej, jest to stanowisko znacznie oddalone od najbliższych rozpoznanych osiedli mieszkalnych tej kultury, ułożonych między Dolną Austrią a Morawami²⁸.

Następne stanowisko, Dolní Věstonice na terenach Czech, datowane jest na podobny okres co omawiana warstwa VIII w jaskini Obłazowej i przynależy do graweckiego kręgu kulturowego. Interesujący nas pochówek został odkryty w 1986 r. We wspólnej jamie pochowano trzy osoby. Dwa szkielety, ułożone po zewnętrznych stronach, zostały rozpoznane jako męskie. Natomiast w przypadku osoby, spoczywającej w środkowej części – jej płeć nie była możliwa do bezpośredniego rozpoznania. Wydaje się, że jednostka cierpiała na chondrodysplazję²⁹, chorobę polegającą na niewłaściwym wzroście i kostnieniu chrząstek³⁰. Znacznie zmieniło to płciowe cechy dystynktywne kośćca. Ślady na szkielecie wskazywały na dalsze zwyrodnienia. Wykryto między innymi odchylenie głowy od pionu o około 5°, asymetryczne skrócenia kości prawej udowej, prawej ramieniowej i lewej promieniowej, co było powiązane z nieprawidłowym zrostem po złamaniu kończyn. Z uwagi na letalny charakter choroby wobec osobników płci męskiej, uznano badany szkielet za należący do dorosłej osoby płci żeńskiej. Dodatkowo, głowy wszystkich pochowanych były ozdobione nakryciami z paciorków z zębów drapieżnych zwierząt i obsypane czerwoną ochrą. Barwnik wykryto także w okolicach łonowych kobiety, co zdaje się potwierdzać określenie płci³¹. W odniesieniu do tego pochówku pojawiają się również kontrowersje dotyczące możliwych praktyk, polegających na składaniu ofiar z ludzi, towarzyszących głównemu zmarłemu³².

²⁸ P. Valde-Nowak, *Człowiek pierwotny w Jaskini Obłazowej*, „Pieniny- Przyroda i Człowiek” 2008, nr 10, s. 133–146.

²⁹ H. Ullrich, *Totenriten, Bestattungen, Schädelkult und Kanibalismus in Paläolitikum*, „Mitteilungen der Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte” 1991, t. 12, s. 21–30; V. Formicola, A. Pontradolli, J. Svoboda, *op. cit.*, s. 372–379.

³⁰ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/chondrodysplazja;3885784.html> (dostęp: 30.06.2020).

³¹ H. Ullrich, *op. cit.*, s. 21–30; V. Formicola, A. Pontradolli, J. Svoboda, *op. cit.*, s. 372–379.

³² J. Zilhão, *op. cit.*, s. 1776.

Pochówek o podobnych cechach – mianowicie zawierający bogate ozdoby osobiste, tym razem z muszli *Dentalium*, a także ślady ochry, został odkryty w Brnie w Czechach w 1891 r. Odnaleziony szkielet był w słabym stanie zachowania, uniemożliwiając dokładniejsze analizy antropologiczne. Zdadne do zbadania z uwagi na względną kompletność były jedynie kości czaszki. Wskazywały one na płeć męską osobnika, a także na silne zapalenie okostnej, na jakie cierpiała dana osoba. Stanowi to zatem kolejne połączenie z wyżej wspomnianym pochówkiem z Dolních Věstonic. Ponadto, jeden z elementów wyposażenia grobowego znacznie się wyróżniał. Była to niewielka figurka o cechach męskich – zachował się tułów oraz jedna z kończyn górnych, której kształt wskazywał na możliwość takiego zamontowania, by pozostała ona ruchoma. Dolna część tułowia posiadała ślady analogiczne, prowadzące do wniosku o zdolności poruszania wszystkimi kończynami figurki³³.

Ostatnie ślady, wiązane przez odkrywców bezpośrednio z szamanizmem, znalezione zostały w odmiennej strefie kulturowej, w Hilazon Tachtit na terenie Izraela. Stanowisko zostało wydатовane na okres schyłkowego Epipaleolitu, wiążanego z kulturą natufijską (14 500–11 600 cal BP³⁴). W jaskini natrafiono na liczne pochówki, jednak poniżej zostanie opisany tylko jeden z nich. W naturalnym zagłębieniu w spągu jaskini, następnie wyłożonym płytkami wapiennymi uszczelnianymi błotem, zostało złożone ciało kobiety w wieku około 40–45 lat w chwili zgonu. Na jej szczątkach zostały dodatkowo ułożone masywne kamienie. Tłumaczy się to dwójako: (1) potrzebą utrzymania ciała w danej pozycji, albo (2) chęcią uniemożliwienia jej powrotu między żywych. Dodatkowo pochówek wyróżnia się bogatym wyposażeniem, odmiennym od typowego zestawu dla kultury natufijskiej. W jamie grobowej zostały znalezione między innymi części zwierzęce bez śladów skórowania: dwie czaszki kun, ogon tura, kończyna dzika, miednica leoparda, skrzydło orla i róg gazeli. Zdeponowano także fragment bazaltowej miski i stopę dorosłego człowieka. Natomiast 50 kompletnych skorup żółwich może stanowić pozostałość uczty w rodzaju stypy. Zwierzęta te zostały przypieczone, zjedzone na miejscu, a ich szczątki wmieciono do grobu. Wskazuje na to wysoka liczba kości z kończyn żółwi, a także spiralne pęknięcia na plastronach, charakterystyczne dla otwierania skorup. Co więcej, denatka cierpiała na liczne schorzenia, prowadzące do deformacji miednicy, zrośnięcia kręgosłupa na odcinku lędźwiowym i znaczny przerost krawędzi kręgow³⁵. Ponownie wskazuje to na odmienną pozycję społeczną osób z fizycznymi ułomnościami.

³³ H. Ullrich, *op. cit.*, s. 21–30; P.B. Pettitt, E. Trinkaus, *Direct radiocarbon dating of the Brno II gravettian human remains*, „Anthropologie” 2000, t. 38, nr 2, s. 149–150; V. Formicola, A. Pontardolfi, J. Svoboda, *op. cit.*, s. 372–379.

³⁴ A. Belfer-Cohen, A.N. Goring-Morris, *op. cit.*, s. 209–220.

³⁵ A. Belfer-Cohen, *op. cit.*, s. 297–308; G. Grosman, N.D. Munro, A. Belfer-Cohen, *op. cit.*, s. 17665–17669.

Powiązania etnograficzne

Obecnie instytucja szamana przetrwała w niektórych tradycyjnych społecznościach, między innymi na Syberii³⁶, a także w Afryce południowej³⁷. Można wyznaczyć wiele punktów wspólnych dla takich osób, mimo odmiennych kultur i środowisk rozwoju tej idei. Przede wszystkim osoba szamana postrzegana jest jako pomost między światami, dzięki czemu może otrzymywać od duchów wskazówki dotyczące leczenia. Jednak zanim zostanie nawiązane takie połączenie, osoba przechodzi szkolenie pod okiem poprzednika, a także szereg prób³⁸. W celu łatwiejszego uzyskiwania wizji, do wchodzenia w odmienny stan świadomości na Syberii stosuje się różnego typu środki roślinne³⁹, między innymi z *Amanita muscaria* (muchomora czerwonego)⁴⁰. Natomiast w Afryce popularniejszymi praktykami są długotrwałe głodówki, silna koncentracja i wycieńczające tańce⁴¹. W obu przypadkach pomoc stanowi także rytmiczna muzyka oraz bogata kolorystyka strojów⁴².

Ludy syberyjskie wierzą, że choroba jest powodowana przez spotkanie się duszy człowieka z obcym duchem. Wówczas rolą szamana jest nakłonienie przybysza do przybrania ofiarowanych rzeczy jako ciała zastępczego i zaprzestania niepokoienia obecnego gospodarza. Możliwe także, że czasem dusza ludzka zostaje oddzielona od swojej cielesnej powłoki. Zadaniem szamana jest ją odnaleźć, w przeciwnym razie puste ciało skazane jest na śmierć⁴³. Natomiast wśród ludów San, zamieszkujących południową Afrykę, elementem silnie powiązanym z symboliką szamanistyczną są malowidła i rytzy naskalne. Ich klasyfikacja oraz rozmowy z osobami je tworzącymi dały podstawy do teoretyzowania na temat powiązania tego typu sztuki z poszczególnymi fazami wchodzenia w trans. Dla pełniejszej weryfikacji symboli przydatne były elementy kulturowe oraz szczególnie wierzenia z zakresu symboliki animalistycznej. Dla ludu San ważnym zwierzęciem,

³⁶ M. Dobkin de Rios, *op. cit.*, s. 34; M. Eliade, *Szamanizm...*, s. 187–218; E. Kasten (red.), *op. cit.*, s. 140–163.

³⁷ G.W. Stow, *The native races of south Africa: a history of the intrusion of the Hottentots and Bantu into the hunting grounds of the Bushmen, the Aborigines of the country*, London 1905, s. 19; J.D. Lewis-Williams, *Reality and non-reality in San rock art*, Johannesburg 1988, s. 7–21.

³⁸ E. Kasten (red.), *op. cit.*, s. 42–49.

³⁹ M. Dobkin de Rios, *op. cit.*, s. 34; C. Ratsch, *op. cit.*, s. 15; idem, *Enzyklopädie der psychoaktiven Pflanzen. Botanik, Ethnopharmakologie und Anwendung*, Stuttgart 1998, s. 14–15; M.D. Merlin, *Archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the Old World*, „Economic Botany” 2003, t. 57, nr 3, s. 295–323.

⁴⁰ M. Dobkin de Rios, *op. cit.*, s. 34.

⁴¹ J.D. Lewis-Williams, *Reality and non-reality...*, s. 2.

⁴² Ibidem. Por. też: E. Kasten (red.), *op. cit.*, s. 114–129.

⁴³ N.S. Price (red.), *The archaeology of Shamanism*, London 2001, s. 92–95; E. Kasten (red.), *op. cit.*, s. 82–111; C.S. VanPool, *op. cit.*, s. 177–190.

obdarzonym szczególną mocą, jest żyrafa, z tego względu wszystkie falujące linie i okręgi były racjonalizowane do jej postaci. Linie ukształtne natomiast związane są z wizją ula, gdyż szaman często stara się pozyskać energię od pszczół w trakcie tańca. Zygzyki oznaczają z kolei moc wstępującą w ciało szamana⁴⁴. Co więcej, jaskrawe linie, widziane w trakcie transu, uważa się za pewnego rodzaju drabiny, czy pomosty, po których szaman wspina się do nieba⁴⁵. W takim przypadku bardzo prawdopodobne staje się łączenie wielu z przedstawień naskalnych z czynną posługą szamanistyczną. Podobna sytuacja została odnotowana w odniesieniu do społeczeństw zamieszkujących Syberię, gdzie malowidła ukazujące ludzi w maskach bądź z ptasimi głowami są uznawane za przedstawienia szamanów⁴⁶.

Dyskusja

Powyżej opisano znaleziska archeologiczne, związane przez wielu badaczy ze stanem szamańskim. Podobieństwa zostały ustalone na podstawie analogii etnograficznych do obecnie żyjących przedstawicieli tej profesji. Niektórzy badacze zwracają jednak uwagę na problem porównań, jako narzędzie niedoskonałe, spływające różnice⁴⁷. Pomimo tego, w przypadku Epoki Kamienia nieuniknione jest używanie analogii w celu lepszego zrozumienia śladów, niepopartych źródłami pisanymi.

W odniesieniu do archeologicznych znalezisk związanych z szamanizmem wysuwa się jedna cecha, korelująca omawiane stanowiska mimo odległości chronologicznej i przestrzennej. Każdy ze szkieletów posiadał pewne ślady, wskazujące na liczne schorzenia, na jakie cierpiała dana osoba za życia⁴⁸. Często były to choroby prowadzące do znacznego utrudnienia funkcjonowania, a co za tym idzie – takie osoby nie były zdolne do samodzielnej egzystencji. Wskazuje to na rolę grupy, która otaczała taką jednostkę opieką i zapewniała jej pożywienie. Pozwala to też na prześledzenie toku chorób wśród członków społeczeństw Epoki Kamienia oraz wskazuje pośrednio na sposób postrzegania takiej jednostki. Jej ułomność mogła być spożytkowana przez grupę dzięki nadaniu roli szamana.

Nasuwa się też kontrowersyjna hipoteza, dotycząca prób ze środkami roślinnymi. Osoba aspirująca do roli szamana w pewnych przypadkach nie była zdolna do rozrodu, ani samodzielnego zdobywania pożywienia z uwagi na ułomności cielesne. Tak więc w przypadku zatrucia wykonaną mieszaniną, grupa nie traciła

⁴⁴ J.D. Lewis-Williams, *The mind in the cave...*, s. 136–162; J. Gąsowski, *op. cit.*, s. 79–80.

⁴⁵ J.D. Lewis-Williams, *Religion and archaeology...*, s. 29.

⁴⁶ D. Gheorghiu i wsp., *op. cit.*, s. 22–23.

⁴⁷ M. Cruz Berrocal, *op. cit.*, s. 1–2.

⁴⁸ P. Kaczanowski, J.K. Kozłowski, *op. cit.*, s. 78.

zdrowego członka społeczeństwa, zyskując jednocześnie wiedzę o niebezpieczeństwie spożycia niektórych roślin.

Ponadto, warto też zwrócić uwagę na symbolikę dłoni. Przejawia się ona głównie w sztuce naskalnej, jako odbicia negatywowe i pozytywowe. Czasem widoczne są pewne ułomności w przedstawianych dłoniach⁴⁹. Z tym obrazem skorelowane jest znalezisko z jaskini Obłazowej. Mowa o dwóch palczkach dystalnych z palców dłoni. Być może była to forma inicjacji, na co wskazuje kontekst znaleziska, łączony ze strefą sakralną⁵⁰. Koresponduje to z kolei silnie z opisami etnograficznymi, gdzie szamani są przedstawiani czasem jako osoby pozbawiane części ciała⁵¹. Na stanowiskach Dolní Věstonice, Brno, w jaskini Obłazowej oraz przy okazji sztuki naskalnej pojawia się także barwnik mineralny, zwany ochrą. Wielu badaczy łączy jego zastosowanie z rytuałami, symboliką krwi⁵², co uzupełniałoby proces przemiany szamanistycznej.

W odniesieniu do przytoczonych faktów, zarówno z zakresu archeologii jak i etnologii, warto także rozważyć pytanie o ogólną potrzebę posiadania szamana w społeczeństwie. Być może była to odpowiedź na nurtujące pytania o otaczający świat. Wówczas osoba szamana występowałaby w roli pośrednika w kontaktach z siłami natury. Taki pogląd współgra z ogólnym przekonaniem o bliskości społeczeństw Górnego Paleolitu z przyrodą i życiem zgodnie z wyznaczanymi przez nią rytmemi⁵³.

Przy omawianiu malowideł naskalnych warto zwrócić uwagę zarówno na sposoby przedstawiania postaci ludzkich, hybryd ze zwierzętami, a także samych motywów zwierzęcych. Przy zestawieniu tych cech z obecną retoryką dotyczącą szamanów, jako jednostek silnie powiązanych z przyrodą i jej duchami, malowidła te, poza cechami estetycznymi, nabierają nowego znaczenia. Współgra to dodatkowo z wyżej wymienioną potrzebą, dotyczącą kategoryzacji zjawisk. Jednak kwestia ta wymaga dalszych studiów.

Natomiast na płaszczyźnie psychologicznej osoba szamana jest potrzebna w danej społeczności jako sposób na przeniesienie części dokonywanych wyborów, czy w sposób ogólny – odpowiedzialności za część życia jednostkowego. Wydaje się, że wynika to bezpośrednio z uwarunkowań ludzkich⁵⁴. Wówczas,

⁴⁹ J.D. Lewis-Williams, *The mind in the cave...*, s. 136–179; J. Clottes, J.D. Lewis-Williams, *op. cit.*, s. 128–129.

⁵⁰ P. Valde-Nowak, *op. cit.*, s. 133–146.

⁵¹ M. Eliade, *Szamanizm...*, s. 45–77.

⁵² G.O. Rollefson, *Early Neolithic ritual centers in the Southern Levant*, „Neo-Lithics” 2005, t. 2, s. 3–13; J. Kościuk, *Znaczenie ochry w społecznościach kultury natufijskiej*, [w:] K. Łukomski (red.), *Bliski Wschód – polityka, historia, kultura*, Łódź 2017, s. 7–26.

⁵³ J. Gąssowski, *op. cit.*, s. 65.

⁵⁴ B. Garvey, *The evolution of morality and its rollback*, „History and Philosophy of the Life Sciences” 2018, t. 40, nr 26, s. 1–19.

w przypadku szamana, społeczność odrzuca odpowiedzialność zarówno za stronę fizyczną, jaką jest leczenie chorych, jak i stronę duchową, jaką jest „rozmowa” z duchami i tłumaczenie zjawisk przyrody za pomocą środków pozaludzkich.

Podsumowanie

Powyżej zostały przedstawione znaleziska, wiązane przez niektórych badaczy ze zjawiskiem szamanizmu, ze stanowisk datowanych na okres Górnego Paleolitu⁵⁵. Są to unikatowe odkrycia, silnie powiązane ze sferą wierzeń omawianych społeczności.

Wydaje się, że rola szamana była w dużej mierze zyskiwana przez osoby z ułomnościami fizycznymi, w pewnych przypadkach niezdolne do samodzielnego zdobywania pożywienia. Prowadzi to do wniosku o szamanizm jako mechanizmie dostosowania społecznego takich jednostek. Służba grupie nie tylko pełniła rolę odwdzięczenia się za opiekę, ale także stawiała wybraną jednostkę w nowej roli kulturowej – jako łącznika ze światem niematerialnym. Co więcej, możliwe, że początkowo miało to także wydźwięk użytkowy. Taka osoba była odpowiedzialna za tworzenie lekarstw, więc w wypadku zatrucia grupa nie traciła sprawnego członka, zdolnego do polowań.

Dzięki powiązaniu odkryć archeologicznych z obserwacjami etnograficznymi mamy unikatową możliwość podjęcia próby zrozumienia przedstawicieli naszego gatunku z okresu Górnego Paleolitu. Warto także wskazać pewną uniwersalność zachowań – stanowisko szamana wykazuje głębokie podobieństwa w różnych kulturach na całym świecie⁵⁶. Uwidacznia się to także w przypadku znalezisk archeologicznych, które dobrze korespondują z opisami etnograficznymi. Choć stajemy oczywiście również w obliczu wyzwań, związanych z możliwością pełnego odwzorowania światopoglądu, rekonstruowanego w oparciu o archeologię i etnologię z pytaniem, jak dalece te dwie nauki się uzupełniają⁵⁷.

Należy jednak podkreślić podobieństwa, jakie ujawniają się przy zestawieniu ze sobą znalezisk archeologicznych, mimo ich odległości zarówno chronologicznej, jak i przestrzennej. Wydaje się to być pozytywną przesłanką do dalszych studiów w tym kierunku.

⁵⁵ Por. np.: G. Grosman, N.D. Munro, A. Belfer-Cohen, *op. cit.*, s. 17665–17669.

⁵⁶ Por. J.D. Lewis-Williams, *The mind in the cave...*, s. 204–227; E. Kasten (red.), *op. cit.*, s. 140–163; J. Clottes, J.D. Lewis-Williams, *op. cit.*, s. 147–149.

⁵⁷ D. Gheorghiu i wsp., *op. cit.*, s. 46.

The shamans of the Stone Age and the medical treatments

The definition of shamanism and its traditions during the Upper Palaeolithic is a hazardous task. Nevertheless, some scientists are keen on associating several discoveries with such ideology. In that article there would be discussed finds from the sites: Obłazowa Cave, Brno, Dolní Věstonice, Hilazon Tachtit, as well as cave art in general. The skeletal remains from the mentioned excavations are especially interesting, as those show both traces of trauma and lesions. Basing on those discoveries, scientists are able to hypothesise on the social adjustment of disabled persons and groups' care about those individuals. That may lead to the idea of shamanism as a way of elicitation of those normally excluded people.

Key words: shamanism, medical treatment, Upper Palaeolithic, archaeology, lesions and diseases

Leszek Żuk

Szałeństwo, epidemie i zabójczy kult Kibweteere

Wprowadzenie

Wielkie nieszczęścia w rodzaju epidemii zmieniają duchowe życie zarówno jednostek, jak i całych społeczności. W obliczu zagrożenia zdrowia i życia przynajmniej niektórzy ludzie wykazują chęć ucieczki w duchowość. Rośnie więc zainteresowanie religią i pojawia się przekonanie, że tylko dzięki wierze można przetrwać nadchodzącą apokalipsę. Niestety, pozorny ratunek bywa drogą donikąd. Sekta Kibweteere w Ugandzie może być przykładem, jak źle rozumiana duchowość może doprowadzić do tragedii i zbrodni.

Studium przypadku współczesnego millenaryzmu – przykład Josepha Kibweteere

Koniec XX w. w Ugandzie to czas konfliktów, epidemii, nowych ruchów religijnych oraz charyzmatycznych przywódców i mistyków, a czasem krwawych watazków, osobowości tyleż wyjątkowych, ile przerażających. Taką osobowością bez wątplenia był też Joseph Kibweteere (lub Kibwetere)¹. Ukształtowały go okoliczności, w których przyszło mu żyć, i to one głównie zadecydowały o szczególnej roli, jaką odegrał w dziejach Ugandy. Przyszedł na świat w 1932 r. na południowym zachodzie Ugandy, jak się zdaje w stosunkowo zamożnej rodzinie. Został wychowany na ortodoksyjnego katolika, co miało się wkrótce okazać najważniejszym czynnikiem kształtującym jego osobowość. Mając dwadzieścia osiem lat ożenił się i wszystko wskazywało, że dożyje swoich dni jako szanowany, pobożny

¹ Joseph Kibweteere (1932–2000), *Find A Grave Memorial*, <https://www.findgrave.com> (dostęp: 9.07.2017).

członek lokalnej społeczności². Zwłaszcza że był nieźle wykształcony i został asystentem kuratora katolickich szkół w diecezji Mbarara. W 1980 r. własnym sumptem założył prywatną katolicką szkołę i stanął na jej czele, co ogromnie umocniło jego społeczną pozycję w kraju, gdzie 70% ludności wyznaje różne odmiany chrześcijaństwa, a Kościół katolicki jest największą wspólnotą religijną.

Niestety, z biegiem lat coraz wyraźniej ujawniały się problemy psychiczne Josepha Kibweteere. Cierpiał bowiem na chorobę dwubiegunową³, czemu w oczywisty sposób sprzyjała fundamentalistycznie pojmowana doktryna katolicka, która mocno akcentuje poczucie winy, immanentną grzeszność słabego człowieka, jego bezsilność i całkowitą zależność od Boga. Z drugiej zaś strony katolicyzm jest religią misyjną, a wyznawcy mają obowiązek szerzyć jedyną słuszną wiarę, co stawia katolików ponad innymi ludźmi, którzy „błądzą” i potrzebują pomocy. Z samej doktryny wynika więc swoista dwoistość pojmowania ludzkiej natury, żeby nie powiedzieć wewnętrzna sprzeczność między pesymistyczną wizją człowieka jako istoty słabej i z natury złej (grzech pierworodny) oraz optymistyczną, gdzie człowiek jest obrazem Boga i pozostaje z Bogiem w jedności, zachowując przy tym swoją odrębność⁴. Dzięki transcendentnemu zjednoczeniu z Bogiem chrześcijanin może nieść ludzkości światło religii, a poprzez wypełnianie woli Bożej zmierza do zbawienia. Należy jednak pamiętać, że nawet ta pozornie optymistyczna wizja człowieka podkreśla niezdolność ludzkiej istoty do samodzielnego osiągnięcia zbawienia, ponieważ nic nie dzieje się bez woli Bożej, więc wiecznego szczęścia dostąpią tylko ci, którzy cieszą się Bożą łaską⁵. Niestety, nie można na tę łaskę zasłużyć, bo to oznaczałoby, że słaby człowiek swoim postępowaniem mógłby wszechmocnego Boga „zmusić” do uznania go za zbawionego, a to z założenia jest niemożliwe⁶. Do takiego wniosku nieuchronnie prowadzi konsekwentny monoteizm, co już wcześniej wyrażał na przykład protestancki myśliciel S. Kierkegaard w słynnej pracy *Bojaźń i drżenie*, która w całości jest rozprawą o małości i bezsilności człowieka jako istoty śmiertelnej i uwikłanej w swoje ograniczone istnienie⁷.

Również Kibweteere musiał to rozumieć i prawdopodobnie nie potrafił znaleźć logicznego wyjścia ze sprzeczności między chrześcijańskimi zasadami moralnymi i ich nieprzekładalnością na osiągnięcie zbawienia. Zresztą całe jego życie jest nacechowane sprzecznościami, jakby Kibweteere chciał pokazać światu

² Joseph Kibweteere, Wikipedia, <https://en.wikipedia.org/wiki> (dostęp: 20.04.2020).

³ Ibidem.

⁴ T. Merton, *Doświadczenie transcendentne*, [w:] K. Jankowski (red.), *Psychologia wierzeń religijnych*, tłum. K. Gebert, P. Kołyszko, J. Prokopiuk, A. Szostkiewicz, Warszawa 1990, s. 239.

⁵ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, 1996–1999, s. 459–460.

⁶ Ibidem, wyd. 2010, s. 462.

⁷ S. Kierkegaard, *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć*, tłum. J. Iwaszkiewicz, Warszawa 1969, s. 144.

i sobie, że akceptuje niekonsekwencje będące wyrazem ułomnej natury człowieka. Na przykład spośród piętnaściora jego dzieci troje było nieślubnych, chociaż chrześcijaństwo głosi ścisłą monogamię. Od 1992 r. pozostawał w separacji z żoną, co nie jest do końca zgodne z naukami Kościoła katolickiego⁸, chociaż pracował dla tej instytucji. Ta dwoistość, wzmocniona przez chorobę dwubiegunową, prawdopodobnie z całą mocą dawała o sobie znać podczas jego działalności publicznej. Można zasadnie przypuszczać, że w fazie euforycznej porywał za sobą ludzi, siłą perswazji zmuszał ich do posłuchu i przekonany o swojej misji skutecznie wpływał na postawy oraz postępowanie innych, którzy uznawali go za swego przewodnika. Natomiast w fazie depresyjnej prawdopodobnie popadał w głębokie poczucie winy i nieskończonej małości wobec Boga, więc mógł poddawać się ostrej pokucie, czym oczywiście przyciągał pobożnych współwyznawców widzących w jego zachowaniu realizację katolickiego ideału pokory i całkowitego oddania sprawom wiary. Nieleczona choroba dwubiegunowa zazwyczaj z czasem się zaostrza, szczególnie jeżeli cierpiący na nią człowiek znajdzie się w warunkach temu sprzyjających. Kibweteere zaś bez wątpienia znalazł się w takich warunkach, jako fundamentalistyczny katolik oraz właściciel i szef szkoły religijnej w tradycyjnej społeczności, w dużym stopniu opartej na zasadach religii. W tym kontekście chyba nie powinno dziwić, że w 1984 r. Kibweteere ogłosił, że ukazała mu się Najświętsza Maria Panna i przekazała mu instrukcję, jak należy postępować, aby żyć zgodnie z wolą Boga⁹. Być może skończyłoby się na tej wizji i mistycznych przeżyciach człowieka o nieco rozchwianej osobowości, gdyby nie spotkanie z Credonią Mwerinde pod koniec lat 80. XX w.

Urodzona w 1952 r. Mwerinde miała bujną przeszłość¹⁰. Wcześniej była właścicielką sklepu, zajmowała się wytwarzaniem alkoholu, a nawet prostytutką. Pozostaje zagadką, jak Credonia łączyła te zajęcia z przynależnością do religijnej grupy czcicieli Maryi Dziewicy (Virgin Mary). Wiadomo tylko, że głosiła chęć odkupienia swoich grzechów, a religijną działalność ułatwiała jej rodzinna tradycja. Już bowiem jej ojciec Kashaku miał wizje i założył ruch czcicieli Maryi. On też wysłał Credonię w podróż po Ugandzie, aby przekonywała ludzi o wszechogarniającej miłości Maryi do wszystkich ludzi i o bliskim końcu współczesnego świata. Sama Mwerinde twierdziła, że ujrzała Maryję wpatrując się w pewien kamień w górach. Kiedy w 1989 r. Mwerinde zaprosiła Josepha Kibweteere do współpracy, spotkała się z serdecznym przyjęciem. Zwłaszcza, że powiedziała mu o rzekomym spotkaniu z Maryją niedaleko jego domu, a przesłanie, jakie

⁸ *Kibweteere Is Uganda's Most Wanted Man*, <https://www.newvision.co.ug/new-vision/news> (dostęp: 20.04.2020). Osoby pozostające w separacji nie mogą zawierać nowych, legalnych związków małżeńskich. Jest to możliwe jedynie w przypadku oficjalnego unieważnienia małżeństwa przez sąd kościelny.

⁹ *Joseph Kibweteere*, Wikipedia.

¹⁰ *Credonia Mwerinde*, Wikipedia, <https://en.wikipedia.org/wiki> (dostęp: 20.04.2020).

usłyszała od zjawy było zbieżne z poglądami samego Kibweteere i z jego wizją Maryi sprzed kilku lat. W każdym razie w 1989 r. Mwerinde i kilku innych czcicieli Maryi Dziewicy przekonali Kibweteere, że sama Matka Boska nakazała, aby połączyli swoje siły. Tak powstał Ruch na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych (Movement for the Restoration of the Ten Commandments of God)¹¹. Formalnie na jego czele stanął Joseph Kibweteere, jako dyrektor szkoły, a przede wszystkim mężczyzna, co było istotne w patriarchalnym społeczeństwie, lecz to Credonia Mwerinde – jako silniejsza i bardziej stabilna osobowość – była prawdziwą przywódczynią tego Ruchu. Trzecią osobą w sekcie stał się były katolicki ksiądz Dominic Kataribaabo, a do ścisłego grona przywódców należeli też Angelina Mugisha i ojciec Joseph Kasapurari¹².

Mwerinde kierowała sektą, ogłaszała nauki Maryi Dziewicy przekazywane jej w kolejnych wizjach i prorocтва dotyczące przyszłości. Przede wszystkim zaś zapowiadała zbliżający się koniec świata, który zgładzi wszystkich oprócz tych, którzy przestrzegają nakazów Maryi. Spodziewana apokalipsa miała nadejść na przełomie drugiego i trzeciego tysiąclecia po Chrystusie. Popularyzacji idei bliskiego końca świata służyło dwunastu „nowych apostołów”, grupa złożona z sześciu mężczyzn i sześciu kobiet oraz broszura wydana przez sektę w latach 90. XX w., zatytułowana *A Timely Message from Heaven: The End of the Present Time*¹³.

Koniec świata opisał już w I w. n.e. autor *Apokalipsy św. Jana*, tradycyjnie utożsamiany z autorem jednej z kanonicznych Ewangelii. Według tego tekstu Chrystus po raz drugi pojawi się na Ziemi i dojdzie do uwięzienia lub unieszkodliwienia Szatana, po czym ma nastąpić tysiącletnie panowanie Chrystusa poprzedzające koniec świata i sąd ostateczny¹⁴. Wizja św. Jana nawiązuje do żydowskiej symboliki liczby siedem¹⁵. Odnosi się też do koncepcji dziejów świata jako odpowiednika siedmiu dni Boga równoważnych siedmiu tysiącom lat człowieka, a więc siódme tysiąclecie od biblijnego stworzenia świata powinno być zarazem ostatnim¹⁶. *Apokalipsa św. Jana* stała się punktem wyjścia dla millenaryzmu, czyli wiary w tysiącletnie królestwo Chrystusa i koniec świata. Niektórzy sądzili, że oczekiwane ponowne przyjście Chrystusa zdarzy się tysiąc lat przed końcem świata¹⁷. Kościół

¹¹ Ibidem.

¹² *Kibweteere Is Uganda's Most Wanted Man...*

¹³ *Joseph Kibweteere*, Wikipedia.

¹⁴ *Apokalipsa św. Jana* 20,1–6, [w:] *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych*, tłum. A. Jankowski, Poznań–Warszawa 1980, s. 1414.

¹⁵ *Sefer Jecira czyli Księga Stworzenia*, tłum. W. Brojer, J. Doktor, B. Kos, Warszawa 1995, s. 123.

¹⁶ J. Danielou, *Teologia judeochrześcijańska. Historia doktryn chrześcijańskich przed Soborem Nicejskim*, tłum. S. Basista, Kraków 2002, s. 402–404.

¹⁷ Ibidem, s. 479.

katolicki zaś wypracował własną interpretację, zgodnie z którą millenium powinno być rozumiane nie jako realne tysiąclecie, lecz czas panowania Kościoła od pierwszego przybycia Chrystusa aż do końca historii, ponownego przybycia Chrystusa i sądu ostatecznego. W tym ujęciu millenium już trwa, a czasy ostateczne zaczęły się w I wieku ery chrześcijańskiej.

Wiele razy w historii całe społeczeństwa z kręgu kultur związanych z chrześcijaństwem miały przemożne poczucie życia w czasach ostatecznych. Sprzyjały temu katastrofalne przemiany historyczne, takie jak na przykład najazd Mongołów na Europę w XIII w., czy mordercze epidemie, jak Czarna Śmierć w XIV w. lub koincydencje liczbowe – lata 1000 i 2000, sugerujące zakończenie, wypełnienie i zamknięcie czasu. Uganda w końcu XX w. spełniała kilka kryteriów uznawanych za istotne w genezie millenaryzmu. Konflikty społeczne i polityczne związane z biedą i zacofaniem kraju oraz życie w ciągłym zagrożeniu przez kolejne epidemie przechodzące przez Afrykę sprzyjały szerzeniu się podobnych poglądów. Na domiar złego, w 2000 r. zaczęła się w Ugandzie epidemia gorączki krwotocznej, choroby o bardzo wysokim poziomie śmiertelności, na którą nie ma jak dotąd skutecznego leku. Na koniec zaś należy odnotować pojawienie się charyzmatycznych przywódców-wizjonerów: Josepha Kibweteere i Credonii Mwerinde, zdolnych pociągnąć za sobą licznych zwolenników.

Głównie dzięki zdolnościom i wysiłkom Credonii Mwerinde, Ruch na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych szybko się rozrastał i zyskiwał w Ugandzie coraz więcej wyznawców¹⁸. Pierwszym centrum Ruchu było Rwashamaire, lecz fanatyzm nowej wiary doprowadził do usunięcia ich z miasta, więc przenieśli się do Kanangu, gdzie mieszkał Joseph Kibweteere. Misjonarze Ruchu działali jednak na dużo większym obszarze i założyli kilka lokalnych ośrodków, przede wszystkim w południowej i zachodniej Ugandzie. Były to zamknięte, izolowane od świata obozy, w których prowadzono regularne „pranie mózgu” wyznawców sekty, w oparciu o Biblię i nauki przywódców¹⁹. Chodziło o wpojenie ludziom bezwzględного posłuszeństwa, a to zawsze oznacza przekonanie, że przywódca czy jakikolwiek inny człowiek cieszący się autorytetem ma zawsze rację²⁰. Na tym opierał się kult Kibweteere. Według różnych szacunków, w szczytowym okresie liczba zwolenników Kibweteere i Mwerindy mogła sięgać kilku tysięcy, chociaż dla przeciętnego Ugandyjczyka w tym czasie Ruch na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych pozostawał nieznamy, a jego realny wpływ na Ugandę jako państwo i większość jego obywateli był minimalny. Nawróceni wyznawcy sekty przenosili się do założonych przez nią obozów i zgodnie

¹⁸ Credonia Mwerinde, Wikipedia.

¹⁹ Kibweteere Is Uganda's Most Wanted Man...

²⁰ G. Marcel, *Homo Viator. Introduction to the Metaphysic of Hope*, South Bend, Indiana 2010, s. 121.

z ewangeliczną opowieścią o wielbłądzie i uchu igielnym²¹ oddawali sekcje swoje majątki, aby jako ubodzy materialnie, lecz bogaci duchowo mogli godnie przyjąć spodziewaną zagładę dotychczasowego świata i spotkać się z Chrystusem już w nowej, lepszej rzeczywistości. Jak się zdaje, w pierwszej fazie oczekiwano końca historii w 1999 r., a rok dwutysięczny miał być już początkiem nowego świata. Kiedy jednak 1999 r. minął bez spodziewanych oznak zbliżających się przemian, przywódcy sekty względnie łatwo przekonali swoich zwolenników, że chodziło o pierwszy dzień następnego roku.

Tu pojawia się zasadnicza wątpliwość. Według pierwotnej interpretacji, po 1 stycznia 2000 r., czyli po zapowiadającym dniu apokalipsy, prawdopodobnie w sekcje zaczął się kryzys, ponieważ do oczekiwanej apokalipsy nie doszło²². Przywódcy sekty próbowali jeszcze korygować datę końca świata, ale kolejne wyznaczone terminy mijały, a świat pozostawał wciąż taki sam. Wielu wyznawców zażądało wtedy zwrotu dóbr oddanych przywódcom sekty, szerzyło się zwątpienie w nauki Josepha Kibweteere i Credonii Mwerinde. Pojawiła się groźba rozłamu lub wręcz otwartego buntu. Mwerinde zastosowała wtedy taktykę „ucieczki do przodu”, czyli przekonała przynajmniej część swoich zwolenników, że nie wystarczy czekać, lecz trzeba przygotować nadejście tego, co ostateczne – poprzez zbiorowe samobójstwo. Tak mogłoby być, gdyby Mwerinde faktycznie oczekiwała apokalipsy. Tymczasem według późniejszego dochodzenia już w styczniu 2000 r. rozpoczęła się akcja mordowania członków sekty w różnych lokalnych ośrodkach, a ich zwłoki potajemnie grzebano w masowych grobach – policja odkryła potem przynajmniej sześć takich dołów²³. To wskazywałoby raczej na zaplanowaną wcześniej akcję i w innym świetle stawia całą działalność Mwerinde, odzierając ją z aury mistycyzmu.

W pierwszych dniach marca 2000 r. odnotowano masowe wyrzynanie bydła należącego do sekty oraz zakup dużych ilości coca-coli, co wskazywało, że przygotowywano wielką ucztę²⁴. Jak się okazało, była to ostatnia uczta przed planowaną zagładą. W obozach należących do Ruchu na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych w pierwszej połowie marca 2000 r. zginęły setki ludzi. W założeniu wszyscy mieli popełnić samobójstwo, aby przejść do lepszego świata, lecz późniejsze śledztwo wykazało, że w rzeczywistości wiele osób, jeśli nie większość z nich, to ofiary masowego morderstwa. Co więcej, wśród ofiar znalazło się sporo dzieci, co jednoznacznie wskazuje na mord, ponieważ trudno oczekiwać, by dzieci świadomie i dobrowolnie podjęły decyzję o samobójstwie.

²¹ *Ewangelia św. Łukasza* 18,22–25, [w:] *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych*, tłum. W. Prokulski, s. 1204.

²² Credonia Mwerinde, Wikipedia.

²³ *Uganda Cult*, <http://www.journeyman.tv/film/821>, 2019.

²⁴ Joseph Kibweteere, Wikipedia.

17 marca Mwerinde (lub inny przywódca sekty) nakazała spalić kościół w głównym ośrodku sekty w Kanangu. Podczas wstępnych badań pogorzeliska policjanci ocenili, że ogień zabił co najmniej 530 osób zamkniętych w świątyni²⁵, ale przeprowadzone później dokładniejsze szacunki mówią o ponad tysiącu spalonych²⁶. Podobno tego samego dnia w Kanangu w zbiorowym akcie samobójczym zginął również Joseph Kibweteere, lecz nikt nie potrafił tego potwierdzić. Dlatego władze wydały list gończy za założycielem sekty, uznając, że nadal żyje i jest odpowiedzialny za masowy mord. Jednak w 2001 r. żona przywódcy Theresa stwierdziła, że Joseph zmarł już w lipcu 1999 r., a jego śmierć wiązała się z postępującą chorobą dwubiegunową – sugerowała więc samobójstwo w fazie depresyjnej. Według jej relacji zwłoki Kibweteere podobno pogrzebano nocą w ogrodzie Dominica Kataribaabo w Rugazi w dystrykcie Busheny. Nad grobem zasadzono trzcinę cukrową, aby ukryć miejsce pochówku i fakt, że przywódca Ruchu nie żyje. Bez względu na to, czy taki koniec spotkał samego Kibweteere, policja rzeczywiście odkryła masowe groby pod cementową podłogą w domu Kataribaabo i w kilku miejscach na terenie jego posiadłości w Rugazi. Nieznany jest los faktycznej liderki sekty odpowiedzialnej za masowe mordy, Credonii Mwerinde. Miała podobno zginąć w Kanangu, ale nie udało się potwierdzić jej śmierci. Niektórzy sądzą, że opuściła siedzibę sekty 17 marca 2000 r., czyli w dniu największej masakry. Ostatecznie policja wydała za nią list gończy, który jednak nie doprowadził do ujęcia zbrodniarki.

Ruch na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych upadł, a nieliczni wyznawcy, którym jeszcze przed rzezią udało się opuścić sektę, wrócili do domów. Księża działający w Ruchu, jak na przykład Paul Ikazire, bez przeszkód powrócili na łono Kościoła katolickiego, ponieważ sekta oficjalnie nie oderwała się od Kościoła, a jej członkowie nie zostali oficjalnie ekskomunikowani. Żadna instytucja nie przyjęła choćby symbolicznej i moralnej odpowiedzialności za tragedię wyznawców Kibweteere. Można przypuszczać, że w opinii wielu za wszystkim stał diabeł, zgodnie z tym, co o roli mitycznego diabła w sposób żartobliwy aczkolwiek niepozbawiony sensu pisał André Frossard²⁷. Ani władze, ani hierarchowie kościelni, ani policja nigdy nie wyjaśnili w sposób satysfakcjonujący, dlaczego nie reagowali na docierające wcześniej informacje o podejrzanych praktykach w zamkniętych obozach Ruchu na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych. Być może niepokoje, które wstrząsały Ugandą i epidemia gorączki krwotocznej ogarniająca coraz większe obszary Afryki, zniechęcały do podejmowania jakiegokolwiek akcji. A może chodziło wyłącznie o wygodne niezauważanie problemu?

²⁵ Credonia Mwerinde, Wikipedia.

²⁶ Kibweteere Is Uganda's Most Wanted Man...

²⁷ A. Frossard, *36 dowodów na istnienie diabła*, tłum. Z. Ławrynowicz, Poznań 1988, s. 46.

Analiza

Można postawić pytanie o charakterze bardziej ogólnym: dlaczego z pozoru absurdalna idea zyskała kilka tysięcy zwolenników, którzy ślepo aż do śmierci podążali za przywódcami sekty? Odpowiedź, jakiej można udzielić wydaje się zaskakująca i na pierwszy rzut oka prowokująca. Otóż szaleństwo liderów i wyznawców oraz końcową rzeź należy w zasadzie potraktować jako swoiste „zwycięstwo ducha nad materią”, w warunkach zagrożenia podstaw materialnej egzystencji. Ludzie przekonani o słuszności wyznawanej idei, o jej wartości przewyższającej świat materialny, a nawet uwalniającej od więzów materii, byli gotowi choćby na śmierć, ponieważ i tak miało umrzeć tylko materialne ciało, a zwyciężyłby duch. Na tę z pozoru prostą, żeby nie powiedzieć oczywistą, odpowiedź, składa się jednak kilka elementów.

1. Uganda pod koniec XX w. to kraj targany konfliktami wewnętrznymi i borykający się z epidemiami, które nękają ludzi, niszczą gospodarkę i mają przełożony wpływ na sposób myślenia i zachowanie obywateli. Ugandyjczycy od lat zmagają się z malarią, która co roku zbiera pokaźne żniwo, z różnymi odmianami czerwonej zwinanej z ogólnym brakiem higieny, z żółtaczką zakaźną, z AIDS, a nawet ze sporadycznie pojawiającą się śpiączką i z dziesiątkami pasożytów. Na przełomie XX i XXI w. zaś wybuchła w Ugandzie epidemia gorączki krwotocznej wywołanej przez wirusa Ebola, która wzbudziła powszechną panikę. Gorączka krwotoczna nie była chorobą wcześniej w Afryce nieznaną, ponieważ jej wcześniejsze duże epidemie odnotowano na obszarze Konga w latach 1967, 1976, 1977 i 1995. Ugandyjski dystrykt Kanangu zaś, gdzie rozegrała się tragedia wyznawców kultu Kibweteere, bezpośrednio graniczy z Republiką Konga. Należy więc przypuszczać, że pojedyncze przypadki eboli mogły się zdarzać również w Ugandzie, ale dopiero około 2000 r. zaczęła się w tym kraju prawdziwa epidemia. Mieszkańcy Ugandy, zresztą jak większości krajów równikowej części Afryki, od wielu lat żyli w stanie permanentnego zagrożenia epidemicznego, które co jakiś czas dawało znać o sobie w postaci mniejszej lub większej liczby zachorowań na rozmaite choroby. Śmierć, pojawiająca się bez ostrzeżenia i często bez oczywistej przyczyny, była więc stałym elementem codziennej egzystencji. Obawa przed tym, co może się zdarzyć, a jest nieprzewidywalne i nieuniknione, działała destrukcyjnie na psychikę wielu osób. Ludzie umęczeni przez coraz to nowe nieszczęścia, desperacko potrzebowali poczucia bezpieczeństwa odwołując się przede wszystkim do tego, co już znali²⁸. Oparty na katolicyzmie Ruch Credonii Mwerinde i Josepha Kibweteere w dużej mierze zaspokajał te potrzeby, więc znalazł wielu zwolenników w kraju, gdzie większość stanowili katolicy. Wyznawcy

²⁸ P. Tillich, *Lęk patologiczny, żywotność i odwaga*, [w:] K. Jankowski (red.), *op. cit.*, tłum. K. Gebert, s. 273.

Kibweteere spodziewali się końca świata, ale była to apokalipsa „oswojona”, której można było oczekiwać z nadzieją lub wręcz pewnością, że koniec oznacza zmianę na lepsze. Ruch na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych obiecywał taką zmianę, poprzez powrót do rzekomo zapomnianych tradycyjnych wartości wyrażonych w Dekalogu. Pozwalał oderwać się od nieprzyjaznego świata materialnego, gdzie rządziły bieda, przemoc, choroba i śmierć, aby wznieść się na wyżyny duchowości wolnej od tych plag. Przynajmniej w teorii. Można przypuszczać, że w kraju nie tak religijnym jak Uganda, bardziej rozwiniętym społecznie i technologicznie, bogatszym i z lepszymi zabezpieczeniami socjalnymi, fundamentalistyczny Ruch na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych prawdopodobnie zdobyłby mniej zwolenników. A przynajmniej nie doprowadziłby do tragedii tak wielu ludzi.

2. Charakterystyczną cechą duchowości w okresie zagrożenia jest zwrot ku religii – wzmożenie religijne jako wyraz braku zaufania do rozumu. Przykładów dostarczają epidemie znane z historii jak choćby słynna Czarna Śmierć w XIV w., kiedy przerażeni Europejczycy boleśnie przekonywali się, że ich wiedza i umiejętności są bezskuteczne wobec sił zewnętrznych, więc uciekali się do zachowań irracjonalnych, aby wyblagać łaskę niebios. Zachowanie członków Ruchu na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych nosi te same znamiona ucieczki od racjonalności w religijność, ponieważ tylko wiara wydawała się czymś pewnym. Z drugiej zaś strony w sytuacji zagrożenia przez coś tak nieuchwytnego jak epidemia ujawnia się prastara zasada znana w magii, nakazująca podobne zwalczać podobnym. Choroba jest tajemnicza, więc odpowiadamy na nią zwracając się do równie tajemniczych mocy i ukrytych mechanizmów rzeczywistości. Stąd gotowość do irracjonalnych praktyk o charakterze prześlagałym lub ofiarnym, jak na przykład odrzucenie dóbr materialnych (przynajmniej przez szeregowych członków Ruchu). Ostateczną ofiarą zaś miało być oddanie życia w imię zbawienia, co w oczach świata zewnętrznego było masowym mordem lub w pewnych przypadkach samobójstwem, a dla lekarzy przejawem paranoi. Zwłaszcza, że sam Kibweteere leczył się na chorobę dwubiegunową.

Odrzucenie określonych wartości, wyrzeczenie się ich lub wręcz zaprzeczenie im, to cecha typowa dla przejścia od aktywnego działania do biernego przyzwolenia, aby rzeczywistość mogła wpływać na daną osobę²⁹. Ofiara polega więc na poddaniu się temu, co uznajemy za rzeczywistość, na przykład woli Boga lub wyższemu porządkowi, magicznym mocom obecnym w świecie, a w przypadku kultu Kibweteere autorytetowi przywódców Ruchu, którzy mieli rzekomo otrzymać mandat przywództwa od Maryi Dziewicy. Jak pisał Gabriel Marcel, pełne uznanie autorytetu określonych przewodników pozwala człowiekowi iść aż do

²⁹ A. Deikman, *Bimodalna świadomość i doświadczenie mistyczne*, [w:] K. Jankowski (red.), *op. cit.*, tłum. P. Kołyszko, s. 223.

kresu człowieczeństwa³⁰. W Ruchu na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych oznaczało to drogę do zagłady.

Co ciekawe, irracjonalne zachowania o charakterze prześlągalnym lub mające oczyszczać z win pojawiają się także w innych czasach niosących zagrożenie i w innych kulturach, chociaż nie muszą przybierać tak drastycznych form. Intensywność i zakres praktyk prześlągalnych zależy od stopnia zagrożenia oraz od poziomu wykształcenia społeczeństwa. Na przykład od marca 2020 r. podczas epidemii koronawirusa Covid-19 niektórzy księża katoliccy odprawiali msze w intencji zatrzymania epidemii (odwrócenia Bożego gniewu?) i bili w dzwony, aby wzorem średniowiecza odstraszać złe moce. Jednakże, bez względu na anachronizm tych działań, nie dochodziło w Europie do bardziej spektakularnych, a zwłaszcza niebezpiecznych praktyk przypominających te z Ugandy. Na szczęście wiara w magiczne oddziaływanie określonych rytuałów i przedmiotów w Europie w XXI w. ma raczej ograniczony zasięg. Nieprzypadkowo papież i większość europejskich episkopatów zalecali podporządkowanie się nakazom epidemiologów, w tym rezygnację z tradycyjnych mszy na rzecz mszy transmitowanych radiowo, telewizyjnie lub internetowo. Nie przeszkadza to jednak podejmowaniu określonych działań rytualnych uznawanych przez wyznawców za skuteczne. Ich przykładem może być akcja proboszcza parafii św. Józefa w Żórawinie koło Wrocławia, który 14 marca 2020 r. wykonał tradycyjny magiczny zabieg odpędzania złego, używając przy tym nowoczesnych środków. Latał nad Wrocławiem w samolocie wraz z monstrancją, figurą Matki Boskiej oraz relikwiami Jana Pawła II i modlił się, aby wygnać koronawirusa³¹. Niektórzy księża, na przykład Tadeusz Guz z Lublina, odważyli się nawet twierdzić, że nie można zarazić się koronawirusem w kościele³². Niepokojąco przypomina to zachowanie duchownych kilkanaście wieków wcześniej w czasie zarazy justyniańskiej. W 590 r. miejscowy kler zorganizował w Rzymie religijną procesję, która miała zwalczać chorobę, a w rezultacie zmarło osiemdziesiąt osób uczestniczących w uroczystości³³. Warto zauważyć, że zarówno w 590, jak i w 2020 r. duchowni reagowali w podobny sposób na chorobę, której na razie nikt nie potrafi leczyć. Znamienne, że wcześniej przedstawiciele Kościoła katolickiego tak samo traktowali inne epidemie: uznawali za karę Bożą trąd, dżumę, ospę czy AIDS, a jako lek zalecali modlitwę, odprawiali msze i bili w dzwony. Trwało to do momentu, gdy człowiek nauczył się, jak te choroby można skutecznie zwalczać za pomocą antybiotyków lub zapobiegać im za pomocą

³⁰ G. Marcel, *op. cit.*, s. 180.

³¹ Ksiądz latał z monstrancją nad Wrocławiem. Walczył z koronawirusem, *Gazetawroclawska.pl*, 15.03.2020.

³² Ksiądz, wykładowca z KUL twierdzi, że na mszy nie można zarazić się koronawirusem, *Kurierlubelski.pl*, 30.03.2020.

³³ M. Jankowiak, *Chore Imperium Romanum*, „Polityka” 2020, nr 16, s. 48.

szczepionek³⁴. Można więc przypuszczać, że po opracowaniu leku lub szczepionki na koronawirusa on też przestanie być postrzegany jako „kara Boża”.

3. Sytuacja zagrożenia wartości podstawowych jak życie i zdrowie przekłada się na świadomą rezygnację z niektórych praw i potrzeb. Ludzie zagrożeni łatwiej akceptują narzucanie im woli przez liderów. Ponieważ społeczeństwo czy określona grupa nie wie, jak zaradzić złu, chętnie posłucha kogoś, kto zdaje się to wiedzieć. Nie jest przy tym szczególnie ważne, że lider nie potrafi realnie pomóc, zapobiec katastrofie, zatrzymać epidemię lub naprawdę wyleczyć chorego; wystarczy, że głośno mówi o zwalczaniu tych zagrożeń. Joseph Kibweteere i Credonia Mwerinde tylko obiecywali lepszy świat, lecz ich charyzma była tak wielka, że kilka tysięcy osób nie dostrzegało pustki kryjącej się za natchnionymi słowami. Absurdalne wizje, rzekome spotkania z Matką Boską i obietnica zbawienia poparta odpowiednio dobranymi fragmentami Biblii wystarczyły, żeby uwieść tłumy i oddać władzę w ręce rzekomych proroków.

Warto przy tym uświadomić sobie, że nie tylko słabo wykształcona część Ugandyjczyków w sytuacji kryzysowej może rezygnować ze swoich praw na rzecz lidera. Również w Europie podczas epidemii Covid-19 w 2020 r. obywatele większości krajów zrezygnowali z części swoich praw i wolności w imię walki z zarazą. Rządy poszczególnych państw otrzymały od społeczeństwa spory mandat zaufania, chociaż wiadomo, że nie mają realnych narzędzi, aby zwalczać chorobę. Jest to forma ucieczki przed tym, co nieznane poprzez scedowanie odpowiedzialności na wyższą instancję. W ten sposób człowiek redukuje odczuwany stres, zgodnie z uniwersalną zasadą, według której coś się stało, ponieważ Bóg tak chciał, ktoś wyższy zarządził lub w najgorszym razie zdecydował ślepy los, a człowiek nie mógł temu zaradzić, więc może jedynie zaakceptować rzeczywistość³⁵. W sytuacji kryzysowej, na przykład podczas klęski żywiołowej lub zabójczej epidemii, z całą siłą ujawnia się wiara, że tak musiało być, ponieważ żyjemy jeśli nie w najlepszym, to przynajmniej jedynym możliwym świecie. W codziennym uporządkowanym życiu chcemy raczej sami decydować o biegu rzeczy i wydaje się nam, że wiele od nas zależy. Jednak po załamaniu ustalonego porządku chętnie rezygnujemy z naszej rzekomej władzy nad rzeczywistością i na ogół przyznajemy, że większość wydarzeń dzieje się poza naszą wolą.

4. Syndrom oblężonej twierdzy lub arki Noego na wzburzonym oceanie wrogich sił to cecha typowa dla niemal każdej sekty, a zwłaszcza dla sekty w okresie zagrożenia. Ruch na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych jest tego doskonałym przykładem. Członkowie Ruchu odchodzą ze społeczeństwa targanego konfliktami i zagrożonego przez biedę lub kolejne epidemie, aby zamknąć się w obozach odgradzonych nie tylko wysokimi, nieprzenikliwymi dla oka płotami,

³⁴ J. Queijo, *Przełom!*, tłum. A. Olesiejuk, Katowice 2011, s. 164–165, 197.

³⁵ D. Diderot, *Kubuś fatalista i jego pan*, tłum. T. Żeleński (Boy), Warszawa 1990, s. 49.

lecz przede wszystkim chronionych przez nową duchowość. Mają bowiem poczucie, że są wybranymi, którzy w przeciwieństwie do świata zewnętrznego dostąpią szczęścia wiecznego, ponieważ dzięki zbawiennym naukom swoich liderów przetrwają apokalipsę. Co więcej, wezmą aktywny udział w apokalipsie wypełniając wolę Bożą i w sposób jednoznaczny wykazując wyższość ducha nad materią.

Każda epidemia, klęska żywiołowa lub inna katastrofa wywiera ogromny wpływ na ludzką psychikę i zazwyczaj pozostawia długotrwały ślad zarówno w wymiarze jednostkowym, jak też społecznym, kształtując też historię. Przede wszystkim uświadamia człowiekowi jego potencjalną dwoistość. W normalnej sytuacji postrzegamy siebie jako niepodzielne całościowe jednostki, złożone z określonego zestawu funkcji fizjologicznych i umysłowych. Większość ludzi teoretycznie zakłada istnienie ducha i ciała, lecz w praktyce rzadko o tym myśli. Dopiero w sytuacji skrajnej okazuje się, że życie duchowe może być metodą obrony przed napierającą materialną rzeczywistością, przed biedą i epidemią lub słabością ciała. Jak pisał G. Marcel, duchowość daje nadzieję, czyli oczekiwanie na dobro³⁶. Świat materialny zaś ze swoimi rozlicznymi ograniczeniami aż nazbyt często okazuje się zdeterminowany w takim stopniu, że nie pozostawia miejsca na nadzieję, a pojęcie dobra praktycznie usuwa poza namacalną rzeczywistość. Tymczasem właśnie nadzieja napędzała wyznawców kultu Kibweteere i wbrew z pozoru oczywistym uwarunkowaniom pozwalała im oderwać się od nieprzyjawnego świata, w jakim przyszło im żyć. Należy więc jeszcze raz podkreślić, że nadzieja nie jest cechą materii, lecz ducha. I to bez względu na to, w jaki sposób ów duch jest definiowany. Dla człowieka religijnego duch to częśćka lub wręcz istota człowieka, tożsama z siłami wyższymi, na przykład z bóstwem. Dla monoteisty pozostaje ona w ścisłym związku z Bogiem Jedynym, który jest zarazem stwórcą świata i ludzi, o czym uczy Kościół katolicki³⁷. Pisze też o tym Gabriel Marcel, jako myśliciel inspirowany zasadami chrześcijaństwa³⁸.

Z drugiej zaś strony duchowość nie jest przypisana wyłącznie do religii i wiary w Boga. Jeżeli pojmować ją jako samoświadomość oraz zdolność do odczuwania i myślenia, to duchowość występuje u wszystkich ludzi, bez względu na ich światopogląd. Nie ma przy tym wielkiego znaczenia, czy siedzibę duchowości umieszcza się w nieśmiertelnej duszy pochodzącej od Boga, czy w mózgu ukształtowanym w procesie ewolucji³⁹. Duchowość nadaje człowiekowi sens, rozumiany jako osadzenie w większej całości i zmierzanie do wytyczonego celu lub przynajmniej w określonym kierunku. Członkowie Ruchu na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych znaleźli swój sens czyli swoje miejsce w świecie i życiowy cel

³⁶ G. Marcel, *op. cit.*, s. 180–181.

³⁷ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, s. 366.

³⁸ G. Marcel, *op. cit.*, s. 204–205.

³⁹ A. Comte-Sponville, *The Little Book of Atheist Spirituality*, London 2007, s. 135.

w ideach Kibweteere. Odkryli w sobie potrzebę sensu, czego być może nie potrafiliby dokonać w normalnych okolicznościach, bez zagrożenia epidemicznego, bez sytuacji konfliktu społecznego i w warunkach dobrobytu.

Wnioski

Zagrożenia skłaniają ludzi do głębszego wniknięcia we własne odczucia i przemyslenia, a to niewątpliwie rozwija życie duchowe. Człowiek postrzega siebie jako część czegoś większego, a nie jako pępek świata. Uznaje siebie za element rzeczywistości i wyraźniej niż zwykle zauważa swoją kruchość i tymczasowość⁴⁰. Nagle okazuje się, że wszystkie jego plany zostały pogrzebane, dotychczasowe ustalenia anulowane, a dawne pewniki w żadnym razie nie mieszczą się w nowej, niespodziewanie przebudowanej rzeczywistości. Z pewnością niektórzy nie są w stanie lub nie chcą przeorganizować swojego widzenia świata. Dla nich zdarzenie w rodzaju epidemii lub klęski żywiołowej to koniec świata, w najgorszym znaczeniu tego pojęcia. Popadają więc we frustrację, która może nawet przerodzić się w rozpacz. Większość ludzi jednak, co prawda niechętnie i z bólem, przebudowuje swój obraz rzeczywistości, przystosowując się do zmienionych warunków. W tym ujęciu koniec świata oznacza koniec starego świata i przejście do nowego. Dla ludzkiego ducha jest to rodzaj ćwiczenia, które rozwija elastyczność i zdolność do zmian.

W tej perspektywie kolejne katastrofy, jakie w ciągu historii przytrafiają się ludzkości są zawsze lekcją, po której mamy szansę stać się mądrzejsi, ostrożniejsi i lepsi. Zwłaszcza, że niszczycielska siła epidemii i innych nieszczęść wynika nie tylko z przypadku, lecz także z nieprzemyślanych lub nieświadomych działań człowieka, naruszania równowagi środowiska, nadmiernej chęci zysku, lekceważenia potrzeb innych ludzi, a nawet innych istot⁴¹. Uczymy się współodczuwania z innymi, ponieważ sami też tego potrzebujemy. Uczymy się zwalczania postaw egoistycznych, które okazują się ogromnie szkodliwe w warunkach klęski dotykającej całe społeczeństwo. Egoista bowiem zyskuje na krótko i tylko dla siebie, a w wymiarze szerszym szkodzi innym, a z czasem również sobie, ponieważ niszczy struktury i funkcje społecznych instytucji, których on sam też potrzebuje, lub będzie kiedyś potrzebował.

Zbiorowe nieszczęścia uczą ludzi solidarności i altruizmu, który przecież nie jest bezinteresowny. Altruizm to uwzględnianie interesów innych i pomaganie innym bez oczekiwania zapłaty lub nagrody. Z pozoru tego rodzaju zachowania to przejawy czystej szlachetności i gotowości do poświęceń dla innych. I rzeczywiście, zachowania altruistyczne są niewątpliwie szlachetne, a altruista nie oczekuje

⁴⁰ M. Nowicki, *Jak nie dżuma, to cholera*, „Newsweek” 2020, nr 16, s. 60.

⁴¹ Ibidem, s. 63.

i zazwyczaj nie otrzymuje nagrody. Gdyby jednak altruizm nie był w jakiś sposób opłacalny, musiałby zostać wyeliminowany przez dobór w toku ewolucji życia. Tymczasem tak się nie stało. Co więcej, zachowania altruistyczne są znane nie tylko wśród ludzi, ale też występują u zwierząt⁴², a przynajmniej niektórzy botanicy doszukują się ich także u roślin⁴³. Chodzi o to, że altruista pomagający innym sam też może kiedyś potrzebować pomocy i ma szansę, że ją otrzyma. A jeśli nie on sam, to być może jego dzieci. Zatem zachowania altruistyczne mają znaczenie przystosowawcze, zwiększając zdolność do przetrwania.

Spółczesność okazuje się więc rodzajem „zbiornika dobrych uczynków”, do którego dokłada się każdy (lub prawie każdy) członek tego społeczeństwa i każdy może z niego czerpać. Epidemie, klęski żywiołowe, wielkie katastrofy, a nawet wojny uczą nas, że życie duchowe polega na współodczuwaniu z innymi. To współodczuwanie przejawia się w różny sposób: od zachowań altruistycznych do współczucia lub przyjaźni. Działalność artystyczna, praca, nauka czy filozofowanie mają sens tylko wtedy, gdy są skierowane do innych odczuwających istot. Tego nas uczą zdarzające się co jakiś czas katastrofy. Uczą też ostrożności. Tragiczne dzieje Ruchu na Rzecz Przywrócenia Dziesięciu Przykazań Bożych pokazują, co może się stać, jeżeli w jednym czasie i miejscu zbiegną się nieszczęście wielu ludzi, naiwnie rozumiana, irracjonalna duchowość oparta na fundamentalistycznej ideologii oraz bezwzględne dążenie niektórych jednostek do panowania nad innymi. Nie istnieje i prawdopodobnie nigdy nie powstanie uniwersalna metoda unikania tego rodzaju zjawisk. Można jednak minimalizować szansę ich wystąpienia oraz ewentualne negatywne skutki poprzez edukację, poprawę warunków życia i rozwój technologii, a przede wszystkim poprzez uczenie, że inni są w istocie tacy sami jak my.

Madness, epidemics and the murderous Kibweteere cult

Big disasters like epidemics change the spiritual life both in terms of individuals and entire societies. When human health and life are endangered, some people tend to escape into spirituality. As a result an interest in religion is growing and people hope to survive the approaching apocalypse thanks to the faith. Alas the assumed escape is sometimes a way to nowhere. The Kibweteere sect in Uganda is an example, how a wrongly interpreted spirituality can result in a tragedy and crime.

Key words: epidemic, spirituality, sect, Kibweteere cult, mass murder

⁴² P. Wohlleben, *Duchowe życie zwierząt*, tłum. E. Kochanowska, Kraków 2017, s. 137.

⁴³ Idem, *Sekretne życie drzew*, tłum. E. Kochanowska, Kraków 2016, s. 29–35.

Zuzanna Jakubowska-Vorbrich

Kokongo, Rōviro i choroba Hansena: lekarze na Wyspie Wielkanocnej (Rapa Nui) w latach 1786–1853

Wprowadzenie

W 1722 r. na pewną odległą polinezyjską wyspę zawinęła przypadkowo flotylla holenderska pod dowództwem Jacoba Roggeveena, co w typowo eurocentryczny sposób zostało nazwane „odkryciem” wyspy, której nadano wówczas miano Wielkanocnej. Od owego czasu miejsce to odwiedziły liczne ekspedycje. Niektórzy szukali tu świeżego prowiantu i wody, niektórzy – ziemi do objęcia w posiadanie bądź celem eksploatacji rolniczej, inni wiedzy o tamtejszej populacji i środowisku, niewolników albo zagubionych dusz, które można nawrócić. W wyprawach oceanicznych brali oczywiście udział lekarze okrętowi. Niektórzy z nich pozostawili po sobie relacje z pobytu na Wyspie Wielkanocnej. W XX w. zaczęły pojawiać się także teksty o tej tematyce pisane przez medyków niezwiązanych z marynarką.

W niniejszym artykule chciałabym przedstawić analizę wybranych publikacji. Pragnę zaznaczyć, że nie jestem lekarzem¹. Jestem historykiem, kulturoznawcą, a przede wszystkim rapanuistą, jak należałoby nazywać specjalistów od Wyspy Wielkanocnej (Rapa Nui), tak więc moje dywagacje będą miały charakter humanistyczny. Interesują mnie dwa aspekty zagadnienia: jak autorzy opisywali wygląd zewnętrzny oraz charakter Rapanujczyków i w jaki sposób odnosili się do kwestii medycznych, związanych ze schorzeniami trapiącymi społeczność, a także z higieną i warunkami życia panującymi na wyspie.

Ze względu na ograniczoną objętość artykułu nie mogę pokusić się o wyszukanie i przestudiowanie wszystkich możliwych relacji lekarzy i raportów medycznych z Rapa Nui, toteż zdecydowałam się na przekrojowy wybór siedmiu medyków i ośmiu napisanych przez nich tekstów, w drodze wyjątku włączając

¹ W tym miejscu chciałabym podziękować Natalii Szejkowi – doktorowi nauk medycznych i doktorowi nauk humanistycznych w jednej osobie – za rozwianie moich wątpliwości terminologicznych.

do tego korpusu również dwa teksty antropologa fizycznego, stanowiące cenne dopełnienie tematu. Ustaliłam także ramy czasowe, w obrębie których będę się poruszać: zaczynam analizę od 1886 r., kiedy powstał pierwszy znany raport lekarza dotyczący Wyspy Wielkanocnej², kończę zaś w połowie lat 50. XX w., czyli zanim ustanowiono stałe połączenie lotnicze z Rapa Nui i zanim jej mieszkańcy uzyskali obywatelstwo chilijskie (co nastąpiło w 1966 r.), a na skutek postępującej globalizacji ich wyspa przestała być przysłowiowym „najsamotniejszym i najodleglejszym zamieszkanym miejscem na ziemi”. Datę końcową wybrałam z innego jeszcze powodu. Otóż w latach 60. XX w. na wyspę przybyła kanadyjska (a właściwie międzynarodowa) ekspedycja medyczna METEI; ze względu na rozmach projektu, misja ta sama w sobie jest materiałem na wiele tomów opracowań³.

Wybrany do analizy korpus tekstów stanowi bardzo zróżnicowany zbiór. Pierwszym medykiem, który brał udział w wyprawie na Wyspę Wielkanocną i zostawił po sobie relację, był Claude-Nicolas Rollin⁴, lekarz okrętowy na „La Boussole”. Jednostka ta, wraz z „L'Astrolabe”, brała udział we francuskiej wyprawie naukowej dookoła świata, dowodzonej przez hrabiego La Pérouse. Rozpoczęta w 1785 r. ekspedycja znalazła swój tragiczny finał około trzy lata później na rafie atolu Vanikoro. W międzyczasie jednak kapitan przekazał część dokumentów jednemu z członków załogi, który udał się do Paryża – wśród nich zachowały się m.in. relacje z pobytu żeglarzy na Rapa Nui.

Autorem dwóch kolejnych tekstów – listu do nieznanej osoby oraz artykułu⁵ – jest Anglik J. Linton Palmer, lekarz okrętowy na statku „Topaze”, który zawinął na Wyspę Wielkanocną w 1868 r., a zatem niemal stulecie później. Zaledwie kilka lat przedtem peruwiańskie statki porwały około półtora tysiąca Rapanujczyków do pracy niewolniczej, wyspa pogrążyła się w chaosie i epidemiach (głównie ospy wietrznej), a od 1864 r. rozpoczęła się ewangelizacja pozostałych przy życiu mieszkańców.

² Jako anegdotę należy natomiast potraktować fakt, że pierwszy tekst, rzekomo dotyczący Wyspy Wielkanocnej, także napisany został przez lekarza. Chodzi o Lionela Wafera, lekarza okrętowego na statku angielskiego bukaniera Edwarda Davisa. W 1687 r. załoga jakoby zaoczyła wyspę, sugerując, że w jej pobliżu znajduje się legendarny Kontynent Południowy. Relacja Wafera z tego wątpliwego zdarzenia znajduje się w: A. Dalrymple, *An Historical collection of the several voyages and discoveries in the South Pacific Ocean*, t. 2, *Containing the Dutch Voyages*, London 1771, s. 123.

³ Zob. np. J. Duffin, *Stanley's Dream. The Medical Expedition to Easter Island*, Carleton Library Series 247, Montreal & Kingston – London – Chicago 2019, s. 554.

⁴ C.-N. Rollin, *Mémoire Ou Dissertation sur les habitants des îles de Pâque [sic] et de Mowée; – par M. Rollin, Docteur en Médecine, Chirurgien ordinaire de la Alarine, et de la frégate la Boussole, commandée par M. de la Pérouse, pendant son voyage autour du Monde*, [w:] *Voyage de La Pérouse autour du Monde*, L.A. Milet-Mureau (red.), t. 4, L'Imprimerie de la République, Paris, 1797, s. 7–20. Nie są znane raporty lekarzy z wcześniejszych wypraw.

⁵ J.L. Palmer, *Observations on the Inhabitants and the Antiquities of Easter Island*, „The Journal of the Ethnological Society of London” 1869, t. 4, s. 371–377; idem, *A Visit to Easter Island, or Rapa Nui, in 1868*, „Journal of the Royal Geographical Society of London” 1870, nr 40, s. 167–181.

W 1870 r. powstał krótki, ale wstrząsający w swej wymowie raport chilijskiego lekarza zatrudnionego na pokładzie okrętu wojennego „O’Higgins”, Tomása Guillerma Bate⁶. Okręt ten zawinął do brzegów wyspy oficjalnie w ramach wyprawy szkoleniowej dla chilijskich kadetów, jak również w celu sporządzenia raportu naukowego o Rapa Nui, ale trudno było ukryć, że Chile interesowało się wyspą jako potencjalną kolonią zamorską⁷ (została zaanektowana w 1888 r.). Tekst autorstwa Bate można już rzeczywiście nazwać sprawozdaniem medycznym.

Inaczej rzecz ma się natomiast z relacją Amerykanina George’a H. Cooke’a⁸, lekarza na statku „Mohican”, który odwiedził Rapa Nui w 1886 r. i opisuje wyprawę badawczą wokół wyspy. W kręgach badaczy Wyspy Wielkanocnej dużo bardziej znanym dokumentem z tej ekspedycji jest tekst Williama Thomsona⁹, tym niemniej raport Cooke’a, choć dużo krótszy, to bodaj najpełniejszy z analizowanych tu materiałów, jeśli chodzi o opis fizyczny i charakterystykę psychiki Rapanujczyków. Nie jest on przy tym bynajmniej wolny od typowo zachodniego, protekcyjnego podejścia do przedstawicieli „niższej” rzekomo kultury, charakterystycznego dla owych czasów.

Niezwykłe ciekawie prezentuje się publikacja autorstwa Francuza Stephena Chauveta z 1935 r.¹⁰ Z treści przedmowy i samej książki można wywnioskować, że Chauvet – lekarz i znawca sztuki Afryki oraz Oceanii – nigdy na Wyspie Wielkanocnej nie był. Tym niemniej odbył szereg podróży do rozmaitych muzeów, gdzie studiował i fotografował artefakty kultury rapanuijskiej (w tym tabliczki z pismem rongorongo). Interesowały go także rozmaite dokumenty i rysunki. Co jednak najważniejsze z naszego punktu widzenia, Chauvet przeanalizował typowe drewniane figury z Rapa Nui, przedstawiające postaci o wystających żebrach i zapadniętym brzuchu – tak zwane *moai kava kava* – z medycznego punktu widzenia.

⁶ T.G. Bate, [Del examen personal...], [w:] *Viaje de Instruccion de los cadetes de la Escuela Naval a la isla de Pascua* in: *Memoria que el Ministro de Estado en el Departamento de Marina presenta al Congreso Nacional de 1870*, Santiago de Chile 1870, s. 83–110 + 1 mapa.

⁷ Piszę o tym więcej w artykule: *Chilean Report on Easter Island, 1870: From Science to Politics and Prejudice*, [w:] „The Sleep of Reason Produces Monsters”. *Misconceptions about Easter Island in the Light of 21st Century Science*, coordinated and edited by Zuzanna Jakubowska-Vorbrich, Warszawa 2018, s. 199–228.

⁸ G.H. Cooke, *Te Pito Te Henua, Known as Rapa Nui, Commonly Called Easter Island, South Pacific Ocean*, [w:] *Report of the U.S. National Museum for 1897*, Washington 1899, s. 689–723.

⁹ W.J. Thomson, *Te Pito Te Henua, or Easter Island*, [w:] *Report of the National Museum 1888–’89*, Washington 1891, s. 447–552, il. XII–LX.

¹⁰ S. Chauvet, *L’Île de Pâques et ses mystères. La première étude réunissant tous les documents connus sur cette île mystérieuse*, przedmowa E. Loppé, Rapanui Press, Isla de Pascua – Rapa Nui 2014 [reprint wydania z 1935]. Korzystałam także z przekładu na język hiszpański: idem, *Isla de Pascua y sus misterios*, przedmowa E. Loppé, tłum. J.M. Souviron, Isla de Pascua – Rapa Nui 2009 [reprint wydania z 1946].

Kolejne analizowane przeze mnie teksty należą do Lionela Shapiro, antropologa fizycznego. W 1935 r. ukazał się jego artykuł popularnonaukowy dotyczący Wyspy Wielkanocnej, pięć lat później natomiast opublikowana została klasyczna praca Alfreda Métraux, *Ethnology of Easter Island*, w przypadku której Shapiro jest autorem jednego z podrozdziałów. Stara się dowieść w nim, że w żyłach Rapanujczyków nie płynie domieszka krwi melanezyjskiej, jak utrzymywali inni badacze¹¹.

Nowocześniejszym już raportem medycznym, niepozbawionym elementów antropologicznych, jest z kolei artykuł lekarza wojskowego Daniela Camusa Gundiána z 1951 r.¹² Ukazał się w periodyku „GeoChile”, w numerze poświęconym Wyspie Wielkanocnej. Co znamienne, jest to zarazem pierwszy numer czasopisma, a jego redakcja podkreśla na pierwszej stronie, jak wielką wagę dla kraju i jego odległej kolonii miało ustanowienie połączenia lotniczego między wyspą a kontynentem¹³. Lot inauguracyjny – zrealizowany przez hydroplan „Manutara”¹⁴ – wystartował 19 stycznia 1951 r.¹⁵, choć na regularną komunikację trzeba było poczekać do lat 60. XX w. Warto dodać, że po aneksji wyspy w 1888 r. Chile przez kilkadziesiąt lat dzierżawiło jej terytorium przedsiębiorcom rozwijającym hodowlę owiec i handel wełną, głównie firmie Williamson Balfour, znanej jako Kompania Eksploatacyjna Wyspy Wielkanocnej (Compañía Explotadora de Isla de Pascua, CEDIP). Państwo nie interesowało się zbyt losem rdzennych mieszkańców wyspy i warunkami, w jakich żyją. Zaczęło się to stopniowo zmieniać w XX w., czego przejawem jest np. kampania biskupa polowego na rzecz poprawy bytu Rapanujczyków, czy kilkutorowa działalność Towarzystwa Przyjaciół Wyspy Wielkanocnej, o której również można przeczytać w omawianym numerze pisma „GeoChile”¹⁶. W chwili, gdy się ono ukazało, jedynym kontaktem wyspy ze światem zewnętrznym był statek, który zawijał tam średnio raz do roku. Warunki życia miejscowych były godne pożałowania, stała opieka medyczna nie istniała, a na Rapa Nui od wielu lat panował trąd (choroba Hansena).

¹¹ L.H. Shapiro, *Mystery Island of the Pacific. An account of an extraordinary island and its strange civilization visited recently by the Crocker Pacific Expedition*, „Natural History. The Journal of the American Museum of the Natural History” 1935, t. 36, s. 365–377; idem, *The Physical Relationships of the Easter Islanders*, [w:] A. Métraux, *Ethnology of Easter Island*, Bernice P. Bishop Museum, Bulletin 160, Honolulu, Hawaii 1940, s. 24–27.

¹² D. Camus Gundián, *Biografía humana en la Isla de Pascua*, „GeoChile. Publicación de la Sociedad Geográfica de Chile” 1951, t. 1, nr 1, s. 24–38.

¹³ „GeoChile. Publicación de la Sociedad Geográfica de Chile” 1951, t. 1, nr 1, 1951, s. 1.

¹⁴ Tak nazywa się po rapanujsku rybitwa czarnogrzbieta, ptak istotny z punktu widzenia miejscowej kultury i wierzeń.

¹⁵ Por. R. Parragué Singer, *Primer vuelo a la Isla de Pascua*, „GeoChile. Publicación de la Sociedad Geográfica de Chile” 1951, t. 1, nr 1, s. 6–9.

¹⁶ A. Barahona Z., *Actividades de la Sociedad „Amigos de la Isla de Pascua”*, ibidem, s. 39–40.

Pierwszym lekarzem-rezydentem na wyspie, zakontraktowanym na dwa lata, był Darío Verdugo Binimelis, który wraz z żoną i czwórką synów przybył tam w grudniu 1952 r. Na opublikowanie swoich wrażeń i doświadczeń zdecydował się bez mała pół wieku później. Książka pod znamienym tytułem *Życie i samotność na Wyspie Wielkanocnej*¹⁷ nie jest jednak traktatem medycznym. To pełna ciepła, nostalgii i emocji opowieść o chilijskiej rodzinie, która decyduje się wyjechać na przysłowiowy kraniec świata, samodzielnie kształci swe dzieci, obywateli się bez prądu i innych „wygód cywilizacji”, hoduje kury i jeździ konno, zamiast do kina – chodzi oglądać spektakularne zachody słońca, a zarazem stara się nieść pomoc medyczną w bardzo prymitywnych warunkach. Jest to niezwykle świadectwo lekarza, który ukazuje nam nie tylko realia życia miejscowej społeczności, ale i siebie – jako człowieka i profesjonalistę, który musi odnaleźć się w rzeczywistości zupełnie innej niż ta, do której przywykł.

Od nieomalże „przyrodniczych”, rasistowskich wręcz opisów osiemnastego i dziewiętnastowiecznych, naznaczonych zachodnim, wyższościowym punktem widzenia, poprzez relacje podróżnicze, zaskakującą analizę medyczną drewnianych figur, traktaty o pochodzeniu Rapanujczyków, profesjonalny raport medyczny, aż po głęboko osobisty opis niezapomnianych doświadczeń; od zdawkowych kilku akapitów czy stron po artykuły i książki – tak prezentuje się zgromadzony przeze mnie materiał. Zobaczmy teraz, jak wyglądali i jak zmieniali się mieszkańcy Wyspy Wielkanocnej na przestrzeni dwóch wieków, oglądani lekarskim okiem.

Wygląd zewnętrzny i charakter Rapanujczyków

W poniższej tabeli zawarłam charakterystykę wyglądu zewnętrznego i psychiki oraz zachowań mieszkańców Wyspy Wielkanocnej, jaką zaproponowali autorzy poszczególnych opracowań. Świadomie pominęłam w tym zestawieniu Stephena Chauveta, który na Rapa Nui nie był i wszystkie opisy przedstawił na podstawie relacji dawnych podróżników. Co zaskakujące, podobnie uczynił w wielu miejscach Palmer, przy czym powołał się m.in. na autorów, których absolutnie czytać nie mógł: przywołuje mianowicie Mendañę, który nigdy nie odwiedził Wyspy Wielkanocnej (za jego czasów nie była Europejczykom znana), a także Roggeveena, którego relacja napisana została po holendersku. Oczywiście możemy założyć, że Palmer znał holenderski, tym niemniej jego uwagi odnośnie olbrzymiego wzrostu Rapanujczyków pochodzą ewidentnie nie od Roggeveena, ale z tak zwanych relacji anonimowych, będących w istocie zlepkim niedorzeczności; jedna

¹⁷ D. Verdugo Binimelis, *Vida y soledad en Isla de Pascua. Crónicas de un médico en Rapa Nui*, Santiago de Chile 1999.

z nich została przełożona na język angielski i opublikowana przez Dalrymple'a¹⁸. To, co Palmer pisze o rapanujskich kobietach, również nie pochodzi z dziennika Roggeveena. Zaskakujące, że angielski lekarz w tak małym stopniu opisał Rapanujczyków czerpiąc z własnego doświadczenia. Na podstawie lektury jego tekstów podejrzewam, że bardziej niż w roli lekarza występował na wyspie w roli dziewiętnastowiecznego „turysty”.

W tabeli uwzględniłam też teksty antropologa fizycznego Lionela Shapiro; symbol „AM” oznacza, że oznaczony nim element opisu pojawił się w rozdziale zawartym w opracowaniu Alfreda Métraux.

Przy nazwiskach autorów umieściłam rok, w którym przebywali oni na Wyspie Wielkanocnej; warto zauważyć, że zwykle nie pokrywa się on z rokiem publikacji danej relacji. Podział na poszczególne kryteria opisu wyglądu fizycznego i charakteru Rapanujczyków jest natomiast zgodny z kategoriami stosowanymi przez autorów. Co dziś uderzające, ale typowe dla dawnych tekstów podróźniczych, charakterystyka przedstawicieli obcej kultury była niejako z definicji charakterystyką męczyzny, kobiety zaś stanowiły osobną podkategorię. Dodam jeszcze, że – analizując wybrany korpus tekstów – zdałam sobie sprawę z faktu, iż podróżnicy niebędący lekarzami w swych relacjach (które nie są przedmiotem niniejszego artykułu) poświęcali nieraz więcej uwagi opisowi zewnętrznemu wyspiarzy niż przedstawieni tutaj medycy. Wyjątkiem od reguły jest Cooke, którego charakterystyka jest najbardziej szczegółowa i wyczerpująca.

Dla uproszczenia nie podaję dokładnej lokalizacji każdego z elementów opisu – wychodzę z założenia, że dane bibliograficzne każdej z publikacji są wystarczające. Wyjątek czynię przy dwóch cytatach z Cooke'a (które przytaczam w moim przekładzie). Dane podawane w stopach i stopniach Fahrenheita przeliczam na metry i stopnie Celsjusza.

¹⁸ Kort en nauwkeurig verhaal, van de reize, door drie schepen in 't Jaar 1721 gedaan, op ordre van de Ed. Bewindhebberen vande West-Indische Compagnie in Holland, om eenige tot nog toe onbekende Landen, omtrent de Zuid-zee gelegen, op te zoeken. Waar in alles wat haar op de reize, van haar uitgaan tot haar terugkomste toe, is wedervaren, word aangetoont; als mede veele wonderlyke manieren, gewoontens, en zeden der ontdekte volkeren, &c., Johannes van Septeren, Amsterdam 1727; Tweejaarige Reyze rondom de Wereld, ter nader Ontdekkinge der Onbekende Zuydlanden, Met drie Schepen, in den Jahr 1721 ondernommen, door last van de Nederlandsche Westindische Maatschappy, Waar en het wedervaaren en de Rampen op de Reyze verhaald, en de bezeylde en nieuw ondeckte Landen en Eylanden, met der selver Bewoonders, beschreven worden. Nevens de Reyze van het Oostindisch Schip Barneveld, Uyt Holland tot aan de Kaap der Goede Hoop, in 't Jaar 1719. Behelzende Een Verhaal van de langduurige tegenspoeden en zonderlinge voorvallen op het Eyland Madagascar, by de Woeste Souklaven, Met een Nauwkeurige Beschryving van de vreemde Gewoontens, Godsdiens en Zeden dier Volkeren, Johannes van Braam, Boekverkooper, Dordrecht 1728; wersja angielska w: A. Dalrymple, *An Historical collection of the several voyages and discoveries in the South Pacific Ocean*, t. 2, *Containing the Dutch Voyages*, London 1771.

Rollin, 1786 – Urodziwi – Niezbyt masywni, – przyjemny wygląd i figura, proporcjonalni – Można odnieść wrażenie, że na ogół zdrowi, i to do późnego wieku	Palmer, 1868 – Za Mendañą [sic!]: dobrze zbudowani – Dość mocno zbudowani – Dobrzy pływacy	Bate, 1870 – Podatni na skrofulozę – Szczupli, mięśnie miękkie i słabe – Puls 76–84/min. – Oddech 23–27/min. – Temperatura 96°F [35,5°C] – Chorowici, wysoka śmiertelność – Starsi silniejsi – bo byli kanibalami i lepiej się odżywiali	Cooke, 1886 – Zręczni jak małpy – O drobnych kościach – Nie są mocno zbudowani i muskularni – raczej wyglądają na delikatnych i słabych, ale to pozory: są umięśnieni, gibcy, silni, aktywni, niezmordowani w marszu, zdolni nosić ciężary na duże odległości, nieczuli na zmęczenie, zdolni do wszelkiego wysiłku – Inna rasa niż budownicz posągów <i>moai</i> albo „zdegenerowani synowie wielkich panów” [s. 714] – Szczupli, ale o kształtnych ciałach, proporcjonalni – Nie wyglądają dziko ani odpychająco – Całkiem czysti, pozbawieni brzydkiego zapachu – Dolna połowa ciała, w tym nogi, dobrze rozwinięte, szczególnie u kobiet, mimo ich delikatności	Shapiro, 1935 – Polinezjczycy, ale odmienni od reszty nasilone cechy polinezjskie) – Cechy kaukaskie – [AM] nieco podobni do Europejczyków	Camus Gundian, 1951 – Zróżnicowani – Na ogół dobrze zbudowani, mocni, raczej szczupli, o mocnej muskulaturze – Na ogół dobrze odżywieni	Verdugo Binimelis, 1952–1954 – Muskularni; zwinni	Wzrost – Ok. 5 stóp 4 cali [1,62 m]	Budowa ogólna, kondycja
							– Kobiety średnio 161 cm – Mężczyźni średnio 172 cm	

	Rollin, 1786	Palmer, 1868	Bate, 1870	Cooke, 1886	Shapiro, 1935	Camus Gundian, 1951	Verdugo Binimelis, 1952–1954
Skóra, cera	– Śniada	– Za Mendañą [sic!]: niektórzy niemal biali – Za Eyraudem, nazwanyim Eugène*: najbardziej przypominają mieszkańców Markizów, niektórzy prawie biali	– Skóra oliwkowa lub brązowawa	– Skóra jasnobrązowa, jak u jaśniejszych mulatów; okolice wystawione na słońce ciemniejsze	– [AM] Skóra jaśniejsza niż u innych Polinezyjczyków	– Skóra brązowawa – Niektórzy – typ melanezyjski: skóra ciemna	– Śniadzi, niektórzy jaśniejsi
Twarz, głowa	– Poza cerą wygląd europejski – Broda niebyt gęsta	– Rysy podobne do europejskich	– Głowa duża, krótka i szeroka – Wydatne kości policzkowe – Broda rzadka, czarna – Kąt twarzowy 75°	– Niebyt bujne brody – Wyraszyły przyjemny, łagodny, otwarty, skromny, inteligentny i nieco smutny – Czoło niebyt szerokie, dobrej wysokości, lekko cofnięte – Głowa proporcjonalna, wydatne kości policzkowe	– Głowa długa i wąska	– Rysy delikatne – Niektórzy – typ melanezyjski: grube rysy	
Włosy	– Niebyt gęste, czarne, u niektórych blond	– Za Mendañą [sic!]: niektórzy rudowłosi	– Szywyne, czarne	– Czarne, faliste lub proste, zwykle krótkie u mężczyzny, zaplecione u kobiet – Nie rozjaśniają włosów, nie mają wymyślnych fryzur – Niektórzy mężczyźni siwi, jeden łysy	– [AM] Proste lub faliste	– Gładkie, ciemne; u niektórych jasne – Niektórzy – typ melanezyjski: włosy kręcone, czarne	
Oczy			– Ciemne i pełne wyrazu, nieco skośne	– Ciemnobrązowe, o czarnych brwiach i rzęsach, nigdy gęstszych		– Ciemne, u niektórych jasne	
Nos			– Regularny i szeroki	– Całkiem prosty i kształtny, niebyt szerokie otwory nosowe			
Usta, zęby		– Układ warg figur moai obserwowany czasem u tubylców	– Wargi dość grube, ale usta kształtne; zęby mocne, duże, białe	– Usta umiarkowane wielkości, wspaniałe zęby, dobry zgryz; raczej wąskie wargi			
Uszy	– Wydłużone, z przebiegiem płatkami				– Wydłużone, z przebiegiem płatkami		

Tułów, narzędzia płciowe	Narzędzia płciowe i pa-chy mocno owłosione – Praktykują obrzezanie	Praktykują obrzezanie	Klatka piersiowa słab-a, długa, wąska i płas-ka, pod obojczykami zapadnięta – Łopatki wystające, szeroko rozstawione – Obwód klatki piersio-wej 0,75 m – Obrzezanie jest nie-znane	– Klatka piersiowa słab-a, długa, wąska i płas-ka, pod obojczykami zapadnięta – Łopatki wystające, szeroko rozstawione – Obwód klatki piersio-wej 0,75 m – Obrzezanie jest nie-znane		– Obwód klatki pier-siowej mężczyzn średnio 93,6 cm	
Kon-czynny			Dłonie i stopy małe i proporcjonalne – Wydatne stawy	Dłonie i stopy małe – Nogi: zob. kobiety			
Kobiety	„Kobiety również od-znacają się regularną budową ciała, a także gładkimi, zgrabnymi kończynami. Przyjęm-ny owal ich twarzy cha-rakteryzuje się słodyczą i delikatnością rysów; brak im jedynie [wła-ściwego] odcienia cery, by mogły uchodzić za piękne według naszych standardów urody. Ciała mają akurat tyle, ile trzeba, piękne wło-sy i ujmujący sposób bycia, który wzbudza te uczucia, jakich one same doświadczają, na-wet nie próbując tego ukryć”. [Cytat z Rollina w moim przekładzie, jeszcze niepublikowa-nym.]	– Za Roggeveenem [sic!]: Piękne, ładnie nujące europejskie – Za La Pérouse’em i Delano: kokieteryjne		– Niektóre młode kobiety ładne i atrakcyjne – Dolna połowa ciała: osło-nięta skóra jaśniejsza; biodra szerokie i pełne, uda ma-sywnie, okrągłe, mocne, nogi proste, zwiększające się w kost-kach, kostki i stopy drobne i delikatne, skąpo owłosione – Piersi kobiet, które prze-badano, średniej wielkości, pełne, krągłe, mocne, jędrne; brodawki dość małe, ale ze sporą otoczką, która wygląda jak nabrzmiała i prześwi-tająca, jakby była wypełniona surowicą (typowe dla kobiet Pacyfiku, ale w przypadku kobiet rapanuijskich otoczka nie tak duża i nie tak ciemna jak u innych wyspiarek) – Skóra [trudno powiedzieć, czy u jednej kobiety, czy u większej liczby] niemal tak jasna jak u brunetki, gładka, miękka i delikatna			

Charakter, zachowania	Rollin, 1786	Palmer, 1868	Bate, 1870	Cooke, 1886	Shapiro, 1935	Camus Gundian, 1951	Verdugo Binimelis, 1952–1954
	– Mężczyźni nie są zazdrośni o kobiety, han- dlują ich względami – Brak szacunku dla cu- dzej własności	– Przyjaciele, sympa- tyczni, weseli, nadmier- nie rozleniwieni, lubią- cy ładne stroje i ozdoby – La Pérouse wspo- mina, że mają słabość do kapeluszy; Palmer zauważył to samo w od- niesieniu do spodni – Za Eyraudem: zło- dzieje, nieufni wobec siebie nawzajem – Wolą głodować niż pracować – Za La Pérouse'm i Delano: mężczyźni pozabawieni zazdrości – Kanibalizm		– Kanibalizm – Brak agresji – Błyskotliwi gorliwi, spo- gliwi, niezmordowani, apra- gniący nas zadowolić, dnim i nocą gotowi spełniać nasze oczekiwania” [s. 701] – Bystrzy, inteligentni, dość nerwowi; ulegli, delikatni, zdecydowanie współczujący i wrażliwi, mocno emocjo- nalni – łatwo ich doprowa- dzić tak do śmiechu, jak do łez – Leniwi, lubią nieróbstwo – degeneracja i upadek rasy; do pracy dla białych skłania ich chciwość i chęć zysku, ale szybko się nużą i irytują – Ziemię uprawiają z ko- nieczności – Mimo pozornej łagodno- ści i naturalnej dobroci bez wątplenia istnieją u nich niskie namietności i dzikie instynkty (przykład maltre- towanej kobiety) – Poważne przestępstwa rzadkie, morderstwa nie- znane, drobne kradzieże powszechne		– Żywi, zwinni, inte- ligentni, wytrzymali w pracy, czysci na ciele i w ubiorze (wołą ubra- nia jasne; zwykłe bosi) – Pracowici [wynika to z opisanych zajęć], chętnie uprawiają sport, oddają się roz- rywkom muzycznym, gadatliwi – Łatwość do nauki je- zyków – Lubią świętować – Lubią tytoń	– Izolacja i niewiedza o świecie; brak pienię- dzy – a więc brak po- działu biednych i bo- gatych; wszyscy równi, – Pracowici [wynika postawa typu „soy tu amigo” [„jestem twoim przyjaciele”]; brak alkoholu, tytoniu, nar- kotyków; wyspiarze dobrzy i niewinni, bez egoizmu i chciwości, szczególnie, spokojni, zaadaptowani do rze- czywistości – Przyjaciele, spon- tani, działający ze spokojem; powiedzenie „akare-no”; poproszeni o coś, robią to dobrze, ale nie od razu. Nie rozumieją pośpiechu kultury zachodniej – Prowadzą długie roz- mowy, siedząc w kuki. – Gdy im czegoś brak- nie, w sposób natural- ny biorą od innych, bez pytania – Nazývują rzeczy po imieniu, bez zahamo- wani – Zachwyty obcych wzmagają ich poczucie własnej wartości – Przesądni

* Eugène Eyraud był członkiem zgromadzenia Sercan Białych i pierwszym misjonarzem na Wyspie Wielkanocnej.

Komentarz do tabeli

Większość zapisów w tabeli nie wymaga omówienia, nawet w przypadku, gdy przeczą sobie nawzajem. Wiadomo, że autorzy spotykali różne osoby – a także patrzyli na nie przez pryzmat własnych doświadczeń i oczekiwań. Pewne zagadnienia należy jednak szerzej wyjaśnić.

Budowa fizyczna, wzrost i kolor skóry Rapanujczyków

Z opisów lekarzy – a na marginesie można dodać, że także innych podróżników, których doniesienia nie są przedmiotem niniejszej analizy – można odnieść wrażenie, że na przybyszach ze świata zachodniego wygląd miejscowej społeczności robił pozytywne wrażenie. Powtarzają się opinie, że wyspiarze nie byli potężni czy muskularni, ale dobrze, proporcjonalnie zbudowani i wytrzymali. Złośliwa uwaga Cooke'a, że może są to „zdegenerowani synowie wielkich panów”, czyni aluzję raczej do kultury i jest typowa dla wczesnych relacji podróżniczych z wyspy. Otóż znaczna część autorów sądziła, że monumentalne posągi *moai* musiały powstać w dawno minionej epoce świetności tutejszej społeczności albo też są dziełem innej rasy. Gdy bowiem Europejczycy zaczęli przybywać na Rapa Nui, kult *moai* tracił właśnie na znaczeniu i coraz więcej posągów leżało na ziemi przy platformach ceremonialnych, na których je niegdyś ustawiono. Europejczykom wydawało się także, że miejscowa ludność żyje w niedostatku – tak interpretowano nagość i niezbyt szeroki wachlarz produktów żywnościowych, których szukały załogi statków.

Innym charakterystycznym motywem jest podkreślanie, że Rapanujczycy są podobni do Europejczyków, a niektórzy z nich mają dość jasną karnację. Z jednej strony może być to przejaw typowego dla spotkań międzykulturowych szukania podobieństw w tym, co obce. Z drugiej jednak w Polinezji jaśniejsza skóra była oznaką wysokiego statusu; istnieją liczne wzmianki o tym, że na Wyspie Wielkanocnej dzieci lokalnej elity chronione były przed słońcem, aby ich skóra nie ściemniała. Istnieje też trzecie wyjaśnienie: z biegiem lat i odwiedzinami kolejnych okrętów mogły dawać o sobie znać efekty kontaktów seksualnych między żeglarzami a rapanujskimi kobietami. Dla kontrastu u Gundiána pojawia się wzmianka o spotykanym na wyspie melanezyjskim typie urody, choć lata wcześniej Shapiro starał się dowieść, że wpływów melanezyjskich w tej populacji nie było.

Dane dotyczące wzrostu Rapanujczyków – aczkolwiek mało precyzyjne – dobrze odzwierciedlają znaną tendencję: współcześnie ludzie są na ogół wyżsi niż ich przodkowie. Do kwestii „gigantów” odnosiłam się już wyżej; dodam jednak, że swego czasu natrafiłam na ciekawy trop, jeśli chodzi o postrzeganie Rapanujczyków jako wysokich akurat przez Holendrów. Okazuje się, że kilka wieków temu

Holendrzy byli jedną z najniższych nacji w Europie (a ludy zamieszkujące obszary o ciepłym klimacie są na ogół wyższe i smuklejsze niż te z rejonów chłodnych)¹⁹.

Warto też zwrócić uwagę, jak mocno opinia Bate z 1870 r. odzwierciedla ówczesny alarmujący stan zdrowotny mieszkańców wyspy. Jak wspominałam, był to okres, gdy populacja była zdziesiątkowana nie tylko przez rajdy łowców niewolników, ale i przez przywleczone choroby typowe dla cywilizacji zachodniej, na które Rapanujczycy nie byli uodpornieni. Skandaliczna jest natomiast uwaga chilijskiego lekarza na temat starszych osób, które zachowały lepszą kondycję, gdyż przed laty (tj. przed przybyciem misjonarzy katolickich) uprawiały kaniibalizm, a zatem były lepiej odżywione, jak również bardziej aktywne fizycznie z racji obrony przed wrogami²⁰. Nietrudno wyczytać tu między wierszami aluzję do zwierzyny ściganej podczas polowania – to właśnie miała być ta „zbawienna” aktywność fizyczna tak dla myśliwego, jak i ofiary. Przede wszystkim nie możemy jednak zapominać o tym, że do dziś nie jest oczywiste, czy na Wyspie Wielkanocnej naprawdę występowała antropofagia; jeśli tak, to jej motywem nie był głód, jak sugeruje wiele przekazów, ale raczej pobudki rytualne²¹.

Inne elementy wyglądu zewnętrznego

Dość naiwnie brzmi stwierdzenie Palmera, że układ ust wielkich kamiennych posągów można czasem zaobserwować u Rapanujczyków; by się o tym przekonać, wystarczy przejrzeć szereg fotografii ukazujących twarze *moai* – owszem, zróżnicowane, ale mimo wszystko ciosane w sposób schematyczny, umowny.

Wzmianki lekarzy o mocnych, zdrowych zębach wyspiarzy świadczą o tym, że miejscowa dieta im służyła. Jeśli chodzi o uszy, mieszkańcy Wyspy Wielkanocnej mieli zwyczaj przebijać ich płatki, a w otwór wkładać rozmaite zatyczki, mające służyć jego poszerzeniu. Widywano też wyspiarzy noszących w płatku ucha zwinięty spiralnie liść trzciny cukrowej. Wydłużone uszy mają także posągi *moai* i drewniane figury.

Uwaga Rollina o tym, że Rapanujczycy praktykują obrzezanie, jest ewidentną pomyłką. Zabieg ten był znany w Polinezji, ale na Rapa Nui go nie przeprowadzano. Palmer prawdopodobnie zaczerpnął tę informację właśnie od Rollina – mam nieodparte wrażenie, że Palmer swoją wiedzę na temat mieszkańców Wyspy

¹⁹ B. Bilger, *The Height Gap. Why Europeans are Getting Taller and Taller – and Americans Aren't*, „The New Yorker” 2004, nr z 5 kwietnia.

²⁰ T.G. Bate, *op. cit.*, s. 110.

²¹ Por. np. C. Morales Pérez, D. Muñoz Azócar, P. Acuña Cofré, *Canibalismo en Rapa Nui: Horror y saberes etnocéntricos*, [w:] *The Reñaca Papers. VI International Conference on Easter Island and the Pacific / VI Congreso Internacional sobre Rapa Nui y el Pacífico, Reñaca, Viña del Mar, Chile, 21–25 VIII 2004*, Ch.M. Stevenson, J.M. Ramírez Aliaga, F.J. Morin, N. Barbacci (red.), Los Osos 2005, s. 327–331.

Wielkanocnej wyniósł raczej z lektur niż z własnych obserwacji. Cooke otwarcie pisze, że Rapanujczycy nie byli obrzezani. Żaden z lekarzy nie wspomina jednak, że na wyspie stosowana była praktyka wydłużania lechtaczki u dziewczynek²².

Znamienne, że Verdugo Binimelis poświęca bardzo mało uwagi wyglądowi zewnętrznemu Rapanujczyków, cały rozdział natomiast przeznaczają na opis ich psychiki. Czasy się zmieniły, a wraz z nimi mentalność. Koniec XX w. – moment, w którym lekarz spisuje swe wspomnienia – jest już bardzo odległy od epoki, w której „egzotycznych” przedstawicieli innych kultur opisywało się nieomalże jako elementy środowiska naturalnego, krajobrazu, jako „ciałobrazy” (*bodyscapes*), jak trafnie ujęła to Mary L. Pratt²³.

Zobaczmy zatem, co o charakterze i psychice Rapanujczyków mieli do powiedzenia autorzy omawianych materiałów.

Charakter, psychika, zwyczaje Rapanujczyków

Analizując przytoczone opinie lekarzy o naturze mieszkańców Wyspy Wielkanocnej, można odnieść wrażenie, że pobrzmiewają w nich echa oświeceniowej idei „dobrego dzikusa”, ale współistnieją one z nutami swoistego napięcia, jakie wytwarza się na linii przybysze – miejscowi. Napięcie to wynika ze wzajemnego niezrozumienia, niekompatybilności kulturowej i środowiskowej. Z jednej strony przedstawiciele kultury zachodniej widzą w Rapanujczykach duże dzieci, naiwne, prostolinijne, wrażliwe i emocjonalne, z drugiej jednak przeraża ich domniemany kanibalizm (harmonizujący zarazem z wizją „dzikości” i „niskich namiętności”), irytuje złodziejstwo i oburza lenistwo.

Motyw złodziejstwa, traktowanego czasem jako skłonność do „psikusów” albo łagodzonego do postaci „żebractwa”, powtarza się w europejskich relacjach podróżniczych z wyspy regularnie. Sedno sprawy w miarę trafnie uchwycił Verdugo Binimelis, który napisał, że jeśli komuś z wyspiarzy czegoś zabrakło, to brał sobie ową rzecz od innego, bez pytania. Problem polega na tym, że reprezentanci świata Zachodu nie znali panujących w Polinezji zwyczajów związanych ze współdzieleniem własności, handlem, wymianą towarów i usług, czy jak inaczej chcielibyśmy nazwać zjawisko przepływu dóbr. Nie doceniali też chyba faktu, że w trakcie pierwszych wypraw przybywali na Rapa Nui z mnóstwem nieznanych tu przedmiotów, które mogły i musiały budzić najwyższą ciekawość, a także chęć posiadania. A czy sami żeglarze zachowywali się inaczej? Dając w zamian byle jakie świecidełko czy kawałek metalu (niekiedy zaś rzeczy bardziej przydatne,

²² Więcej na ten temat por. np. A. Métraux, *op. cit.*, s. 104, 264; E. Edwards, A. Edwards, *When the Universe was an Island: Exploring the Cultural and Spiritual Cosmos of Ancient Rapanui*, Hanga Roa 2013, s. 260–261.

²³ M.L. Pratt, *Imperialne spojrzenie. Pisarstwo podróżnicze a transkultuacja*, Kraków 2011, s. 97.

jak płótno czy skorupy kokosa, mogące służyć za pojemniki), zabierali z wyspy bezcenne wytwory jej kultury; w rozsianych po świecie muzeach znajduje się teraz znacznie więcej artefaktów, niż pozostało ich na Wyspie Wielkanocnej. Cóż; jeśli Rapanuczyk zabierze Europejczykowi kapelusza albo zanurkuje pod łódź i odetnie kotwicę, jest to psikus i kradzież. Ale jeśli Europejczyk wywiezie z Rapa Nui kamienny posąg, tabliczkę z pismem rongō-rongō albo czaszki przodków zdobione zagadkowymi symbolami, jest to szerzenie wiedzy o świecie i badania naukowe...

Pozostaje jeszcze kwestia lenistwa. W świecie zachodnim panuje kult „za-pracowania” i „zajętości”, który znany jest nie od dziś. Przybywającym na wyspę żeglarzom, ale także przedstawionym tu lekarzom, nie mieściło się w głowie, że żyć można wolniej albo pracować pozornie mniej, a mimo to zapewniać sobie wyżywienie i utrzymanie. W niejednej relacji z podróży, poczynając od doniesień La Pérouse’a, który Rapanuczykami otwarcie gardził, można przeczytać cyniczne opinie podobne do tych z powyższej tabeli: że uprawa roli na wyspie wymagała niewiele zachodu, albo też że wyspiarze pracowali tylko tyle, ile było to konieczne do przeżycia. Żaden z tych autorów nie miał pojęcia o tytanicznym wysiłku, jakiego wymagały stworzenie i utrzymanie tzw. kamiennych ogrodów, których istnienie badacze odkryli dopiero niedawno. Gdy na wyspie zabrakło dużych drzew, na plantacjach powszechnie zaczęto używać kamieni i odłamków skał. Tworzono z nich okrągłe kamienne zagrody (*manavai*), w obrębie których chroniono delikatne rośliny przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi; używano kamiennej okładziny (mulczowania), pokrywając nią całe pola, by zapewnić plonom odpowiednią temperaturę i wilgotność; świeżo przełamane skały zakopywano także w glebie, by uwalniały do niej mineralny nawóz²⁴. A że na wyspie nie było innego żywego inwentarza wymagającego doglądania niż kury, toteż praca polinezyjskiego rolnika wyglądała zgoła inaczej niż w wypadku Europejczyka czy Amerykanina, który musiał zrywać się skoro świt, by wydoić krowy i wyprowadzić je na pastwisko, nakarmić trzodę chlewną, ostrzyc owce itd.

Oczywiście później, gdy Wyspą Wielkanocną na dobre zainteresowali się przybysze z zewnątrz, pojawiły się tam także owce i krowy. Rapa Nui zamieniono w jedno wielkie ranczo, nie pytając oczywiście mieszkańców o zgodę. I zaczęły się nowe opowieści o lenistwie, w analizowanych przeze mnie materiałach szcze-

²⁴ Por. np. H.-R. Bork, A. Mieth, B. Tschochner, *Nothing But Stones? A Review of the Extent and Technical Efforts of Prehistoric Stone Mulching on Rapa Nui*, „Rapa Nui Journal” 2004, t. 17, z. 2, s. 119–122; J.A. Wozniak, *Prehistoric Horticultural Practices on Easter Island: Lithic Mulched Gardens and Field Systems*, „Rapa Nui Journal” 1999, t. 13, z. 4, s. 95–99; eadem, *An Ethnoarchaeological Study of Horticulture in Rapa Nui*, [w:] *The Reñaca Papers. VI International Conference on Easter Island and the Pacific / VI Congreso Internacional sobre Rapa Nui y el Pacífico*, Reñaca, Viña del Mar, Chile, 21–25 VIII 2004, Ch.M. Stevenson, J.M. Ramírez Aliaga, F.C. Morin, N. Barbacci (red.), Los Osos 2005, s. 137–152.

gólnie uderzające w wydaniu Cooke'a. Lekarz ten przeczy sam sobie: w jednym miejscu opisuje Rapanujczyków jako pracowitych, energicznych, uczynnych, nieomal służalczych – w innym zaś przedstawia ich jako nierobów, którzy dla białych pracują tylko z chciwości, ale szybko ich to irytuje i nuży. Czy naprawdę jest się czemu dziwić? Biali wręcz z definicji uważali „rasy kolorowe” za swoich służących i niewolników – nie inaczej było w przypadku Wyspy Wielkanocnej. Za czasów Kompanii Eksploatacyjnej miejscowa ludność traktowana była źle i pozbawiona możliwości swobodnego przemieszczania się; pojawiały się nawet głosy, że jest zupełnie niepotrzebna i należałoby ją gdzieś wywieźć (co częściowo uczyniono). Cooke z kolei otwarcie pisze o wyspiarzach, którzy podczas jego wyprawy badawczej pełnili rolę przewodników, ale przecież także sług. Czy rzeczywiście powinniśmy oczekiwać, że Polinezyjczycy, zniewoleni na własnej ziemi, która przestała do nich należeć, będą z radością skakali tak, jak im „biały pan” zagra?

Cóż; nieokreśleni służący wspomniani są także zdawkowo w książce Verdugo Binimelisa. Należy domniemywać, że byli to Rapanujczycy. Co więcej – gdy lekarz z rodziną decydują się na dwuletni wyjazd, ich własni rodzice żywią rozmaite obawy: „Musieliśmy zapewnić ich, że podróż nie jest niebezpieczna, że dzieci nie stracą zajęć szkolnych, by w zamian terminować u dzikich, że ja jako lekarz nie stanę się nieokrzesany, a Adriana [żona – Z.J.V.] nie nabierze manier polinezyjskich, odwykając od norm społecznych”²⁵. Przykro to czytać, ale chilijski lekarz był po prostu produktem swego społeczeństwa i określonej epoki. Także dziś społeczeństwa ludzkie nie są przecież wolne od lęków, niechęci i przesądów, a nawet nienawiści wobec wszelkiego rodzaju „obcych”. I trudno mieć nadzieję, że to się kiedykolwiek zmieni.

Na koniec warto nadmienić, że Verdugo Binimelis nieco idealizował Wyspę Wielkanocną, którą wspominał z niekłamaną nostalgią i czułością: nie jest prawdą, jakoby nie znano tam wówczas tytoniu i pieniędzy. Co do tej drugiej kwestii – za czasów CEDIP pieniądze może nie miały na wyspie wielkiego znaczenia dla utrzymania się, gdyż wyspiarze pozostawali na łasce i niełasce nowych włodarzy Rapa Nui, a poza tym – przy nieustannym braku wszelkich materiałów i narzędzi – mieli mimo wszystko pewne ograniczone możliwości uprawy ziemi i połowu ryb. Zdarzało się wszakże, że zatrudniano niektórych Rapanujczyków i wypłacało im pensje. Pracy zarobkowej było jednak dla nich mało²⁶.

²⁵ „Debimos asegurarnos que el viaje no era peligroso, que los niños no perderían sus estudios para transformarse en aprendices de salvajes, que yo como médico no me embrutecería y que Adriana no adquiriría costumbres polinésicas ni se desadaptaría para el trato social”. D. Verdugo Binimelis, *op. cit.*, s. 20–21. Tłum. Z.J.V.

²⁶ Por. np. F. Santana, R. Retamal, M. Fuentes, *Modos de vida y condiciones de salud en Rapa Nui durante el periodo de la Compañía Explotadora*, [w:] *La Compañía Explotadora de Isla de Pascua. Patrimonio, Memoria e identidad en Rapa Nui*, C. Cristino, M. Fuentes (red.), Ediciones Escaparte, Concepción 2011, s. 199 i nn.

Z medycznej perspektywy

Nie wszyscy z omawianych lekarzy w swoich relacjach rzeczywiście wchodzili w rolę lekarza. Palmer i Cooke postawili raczej na klasyczny opis wyprawy. Podobnie Shapiro w swoim artykule zdecydował się na typowy opis geograficzno-historyczno-antropologiczny, choć zawarł informację, że ekspedycja, w której wziął udział, miała na celu m.in. badania nad czystą krwią Rapanujczykami oraz zebranie kolekcji dawnych szkieletów, zwłaszcza zaś czaszek²⁷. Zainteresowanie kośćmi i miejscami pochówku czy kremacji przewija się zresztą przez szereg wcześniejszych tekstów. Palmer, który przybył na wyspę w momencie, gdy jej populacja zdziesiątkowana była przez epidemię (i zapewne przez niepokoje społeczne wynikłe na skutek porwania dużej części ludności, w tym elity, przez łowców niewolników), nazwał ją wręcz wyspą zmarłych²⁸.

Ponadto Palmer, również zwolennik tezy, że obecna społeczność Rapa Nui jest odmienna rasowo od wcześniejszych kolonizatorów, wyraził pogląd, że w chwili jego pobytu na wyspie dwa razy więcej ludzi umierało, niż się rodziło, więc populacja skazana jest na wymarcie. Nadmienił też, że w siedzibach wyspiarzy panuje tłok i szerzy się wśród nich gruźlica²⁹. Jak wielu innych autorów, zwracał także uwagę na niedostatek wody pitnej, który Rapanujczycy rekompensują sobie, żując trzcinę cukrową i surowe bataty dla ugaszenia pragnienia. Wody morskiej używają zaś dla przyprawienia potraw i stąd mogło się wziąć mylne przekonanie, że piją tylko słoną wodę³⁰.

Rollin i Bate sporządzili zwięzły raport o własnościach fizycznych i stanie populacji, przy czym u Rollina społeczność Wyspy Wielkanocnej nie jest jedyną poddawaną analizie. Francuski lekarz okrętowy odniósł wrażenie, że wyspiarze na ogół cieszą się dobrym zdrowiem, i to do późnego wieku. Prócz wspominanej wyżej uwagi o obrzezaniu, Rollin nie poświęcił więcej miejsca na komentarze natury medycznej czy fizjologicznej, woląc nadać swej relacji charakter ogólnego opisu. Niemal sto lat później Bate miał już więcej do powiedzenia. Zwracał uwagę na wysoką śmiertelność Rapanujczyków, co przypisywał skrofulozie (gruźlicy węzłów chłonnych) u dzieci i gruźlicy u dorosłych. Bate wierzył, że skrofuloza jest dziedziczna i że jej powodem może być zbyt młody lub zbyt zaawansowany wiek jednego czy obojga rodziców. Sądził też, że zarówno do skrofulozy, jak i gruźlicy przyczynia się wyłącznie warzywny jadłospis wyspiarzy, gdyż osłabia organizm.

²⁷ L.H. Shapiro, *Mystery Island...*, *op. cit.*, s. 366.

²⁸ J.L. Palmer, *Observations...*, *op. cit.*, s. 375.

²⁹ Ibidem, s. 372–373.

³⁰ J.L. Palmer, *Observations...*, *op. cit.*, s. 372; idem, *A Visit to Esster Island...*, *op. cit.*, s. 168.

Nawiasem mówiąc, spory i rzekome odkrycia naukowców na temat wykorzystywania przez Rapanujczyków zasolonej wody mają miejsce do dziś, nieraz dość absurdalne, i nawet głos samych wyspiarzy nie jest na tyle słyszalny, by położyć im kres.

Widać stąd, że przeczuwał, iż osoby osłabione są podatniejsze na zachorowanie, choć nie miał pojęcia o leżącej u podłoża infekcji bakteryjnej. W jego mniemaniu kolejną przyczyną zachorowań była zmienna pogoda i wilgotny klimat, jak również fakt, że Rapanujczycy zwykle chodzą nago (tu już dopatrywać się można uprzedzeń kulturowych).

Chilijski lekarz zwrócił ponadto uwagę na względnie niską liczbę kobiet, która – jego zdaniem – powodowała szybkie wydawanie ich za mąż, nawet w wieku 10 lat, kiedy ich organizmy nie były jeszcze dostatecznie rozwinięte. Faktowi temu przypisywał niską dzietność (zazwyczaj nie więcej niż dwoje dzieci na rodzinę) i słabość potomstwa. Niepokoił go poza tym całkowity brak wiedzy medycznej wśród lokalnej społeczności, w połączeniu z brakiem leków na trapiące ich choroby. Brzmi to dość absurdalnie, zważywszy, że cywilizacja zachodnia także nie miała wówczas pojęcia, jak leczyć gruźlicę czy skrofulozę. Jako przykład ignorancji wyspiarzy podawał Bate zwyczaj kąpieli w morzu, praktykowany nawet przez chorych na ospę wietrzną, co miało grozić im śmiercią. W konkluzjach swego raportu ostrzegął, że jeśli nie zostaną podjęte zdecydowane działania, populacja wyspy może ulec zagładzie.

Ekspedycja, w której wziął udział Cooke, była szeroko zakrojona: na prośbę Smithsonian Institution miała zbadać wyspę, jej geologię, populację i kulturę. Cooke także szuka starych czaszek ludzkich, a nadto skupuje je od miejscowych, którzy zapewniają go, że zdobienia na kości są oryginalne³¹. Przeprowadza też badania fizykalne ludności³². Podczas wyprawy i obozowania dookoła wyspy natrafia na wodę pitną złej jakości; w jego mniemaniu wyspiarze przywykli do niedoborów wody słodkiej (na Rapa Nui nie ma strumieni) i po prostu mało piją³³. Dalej jednak sam sobie przeczy (nie pierwszy raz zresztą), gdy pisze, że jeziora w kraterach wulkanów są niemal niewyczerpanym źródłem wody słodkiej dla nieograniczonej liczby osób³⁴.

Lekarskim okiem patrzy Cooke na rzeźbione w drewnie figury, które uznaje za bóstwa domowe. Obecnie sądzi się, że to raczej wizerunki istot duchowych. *Moai kava kava*, bo o nich mowa, są wychudzone, mają wystające żebra i zapadnięte brzuchy, a także wyszczerzone zęby i szeroko otwarte oczy. Wróćmy do nich przy okazji omawiania publikacji Chauveta, dość jednak powiedzieć, że Cooke uznał, iż zapadnięty brzuch figur jest aluzją do trapiącego społeczność głodu. Zwrócił też uwagę na fakt, że białka oczu tych postaci robiono z kości czaszki; widok

³¹ G.H. Cooke, *op. cit.*, s. 693, 695, 698.

³² Ibidem, s. 700.

³³ Ibidem, s. 703–704. Na wyspie strumienie występują okresowo; Palmer pisał zresztą o wyschniętych łożyskach.

³⁴ Ibidem, s. 711. Ostatnimi czasy jezioro w Rano Raraku zaczęło wysychać. Kto w czasach Cooke'a przewidziałby szybko postępujące zmiany klimatyczne i alarmującą liczbę turystów, dla których trzeba było stworzyć odpowiednie warunki?

czaszek, z których pobrano odpowiednie fragmenty, kazał mu sądzić, że Rapanujczycy posiedli sztukę trepanacji³⁵.

Jeśli chodzi o klimat wyspy, Cooke uważa go za zdrowy; poza jeziorami w kraterach wygasłych wulkanów brak tu znaczących miejsc wydzielających opary zgnilizny, toteż Rapa Nui zdaje się być wolna od malarii i innych chorób kojarzonych z bagniskiem. W porze deszczowej zdarzają się łagodne przypadki gorączki zwalniającej, lecz dotknięci nią ludzie sami wracają do zdrowia, gdy pogoda ulega poprawie. Ogólnie rzecz ujmując, w opinii Cooke'a dobroczynny klimat, proste zwyczaje i izolacja od świata zewnętrznego sprawiły, iż choroby są na wyspie rzadkie; jej mieszkańcy nie cierpią na schorzenia powszechnie trapiące ludzkość, nie ma wśród nich osób zajmujących się leczeniem i nie posiadają leków wartych wzmianki³⁶.

Nie trzeba chyba podkreślać, jak bardzo wyidealizowana jest ta wizja „wyspiarskiego raj”, zwłaszcza, że autor zaraz po jej przedstawieniu zaczyna wyliczać, na co mogą chorować Rapanujczycy: gdy pogoda jest niesprzyjająca, może pojawić się nieznaczny kaszel lub łagodny atak reumatyzmu, ale czasem też zapalenie płuc. Zdarzają się też przypadki neuralgii³⁷, poza tym miejscowi zapadają na chorobę podeszew stóp, która objawia się pękaniem skóry i owrzodzeniami; podobno wywołuje ją chodzenie po pewnej roślinie rosnącej wśród kamieni na wybrzeżu, nie jest to jednak pewne. Od października do maja rzekomo pojawiają się przypadki astmy, które wyspiarze wiążą ze spożyciem określonej ryby głębinowej, żywiącej się konkretną rośliną, ale lekarz uważa to za urojenie³⁸. I całkiem słusznie, gdyż straszenie ludzi astmą lub zatruciem wynikającymi ze spożycia pewnej ryby o danej porze roku wiązało się raczej z nakładaniem tabu na jej połów – przy czym, według poszczególnych autorów, tabu obejmowało jedynie zwykłą ludność (a nie np. szczególnie silnych śmiałków) albo też nie dotyczyło elitarnego klanu na wyspie, Miru³⁹. Podczas pobytu Cooke'a na wyspie chyba nikt poważnie nie zachorował⁴⁰. Tym niemniej lekarz przytacza historię, jak inny medyk – Whitaker – przeciął wrzód na szyi małej dziewczynki, trzymając jej głowę między kolanami, na co zebrani gapie zareagowali najpierw wielkim przerażeniem i głośnym lamentem, potem jękiem zaciekawienia i zaskoczenia, gdy trysnęła ropa, następnie zaś nieokiełznaną radością, gdy zrozumieli, że dziecko nie zostało skrzywdzone,

³⁵ G.H. Cooke, *op. cit.*, s. 705.

³⁶ Ibidem, s. 707.

³⁷ Trudno powiedzieć, na jakim tle; w oryginale *cerebral neuralgia*, więc może neuralgia nerwu trójdzielnego – ale może po prostu chodzi o ból głowy.

³⁸ G.H. Cooke, *op. cit.*, s. 707–708.

³⁹ E. Edwards, A. Edwards, *op. cit.*, s. 68–69; cf. S. Englert, *La Tierra de Hotu Matu'a. Historia, Etnología y Lengua de la Isla de Pascua*, Rapa Nui, Chile 2010 [1948], s. 265; A. Métraux, *op. cit.*, s. 173.

⁴⁰ G.H. Cooke, *op. cit.*, s. 707.

ale wręcz przeciwnie. Ich żywiołowe reakcje miały być dowodem na naiwną emocjonalność wyspiarzy⁴¹.

Cooke przygląda się też, w jaki sposób Rapanujczycy przyrządzają żywność; tradycyjny sposób duszenia jej w piecach ziemnych, na rozgrzanych kamieniach i pod przykryciem z liści, uznaje za bardzo zdrowy i smaczny – o ile oczywiście nie mówimy o „długiej świni”, co jest kolejną aluzją do rzekomego kanibalizmu. Zaznacza też, że na wyspie nie są znane łakomstwo i otyłość⁴². To również jest wyjątkowo naiwne stwierdzenie, zważywszy, że Cooke przebywa na Rapa Nui w czasach, gdy warunki życia miejscowej ludności są złe; warto pamiętać, że w Polinezji obfite kształty nie były powodem do wstydu, ale oznaką dostatku. W odróżnieniu od Palmera, który wieszczył katastrofę demograficzną, Cooke twierdzi, że populacja wyspy jest stabilna, a na każdą rodzinę przypada średnio trójka dzieci; dziewczynki dojrzewają płciowo ok. 13 roku życia, chłopcy – ok. 15. Autor zwraca też uwagę na długowieczność Rapanujczyków⁴³. Porusza także sprawę spadku liczebności populacji, wśród powodów wymieniając deportacje, ospę wietrzną, zwyczaje (wczesna inicjacja seksualna, o czym pisano także w XVIII w.), ale również kontakt z białymi. Nie uważa natomiast, by do wyższej śmiertelności przyczynił się alkohol⁴⁴ – co jest prawdą – albo choroby weneryczne, w co należy wątpić, zważywszy na częste kontakty seksualne pomiędzy przybywającymi na wyspę żeglarzami a miejscowymi kobietami. Jednocześnie Cooke uważa, że niska płodność rapanujskich kobiet, których zresztą jest mało, związana jest z młodym wiekiem zawierania małżeństw, zwyczajami i nawykami, kaziroduzstwem⁴⁵ oraz degeneracją rasy⁴⁶.

Są to wszystkie najważniejsze uwagi Cooke’a odnośnie do stanu zdrowia i kondycji społeczności; trudno nie odnieść wrażenia, że autor traktuje ich trochę jak podludzi.

O niskiej liczbie kobiet na Rapa Nui, wcześniej zawieranych małżeństwach oraz degeneracji rasy, a także o postępującym metysażu i przywleczonych na wyspę chorobach, które to czynniki wszystkie razem mogą doprowadzić do wyginięcia społeczności rapanujskiej, pisał także Chauvet⁴⁷. Nie były to jednak przemyślenia na podstawie własnych obserwacji, gdyż, jak pisałam, na Wyspie Wielkanocnej nie był. Zajął się jednak badaniem sztuki rapanujskiej, a jako lekarz poddał krytyce poglądy innych badaczy na temat wspominanych już wyżej figur *moai kava*

⁴¹ Ibidem, s. 714–715.

⁴² Ibidem, s. 709–710.

⁴³ Ibidem, s. 713.

⁴⁴ Ibidem, s. 716.

⁴⁵ To akurat wątpliwe.

⁴⁶ G.H. Cooke, *op. cit.*, s. 717.

⁴⁷ S. Chauvet, *op. cit.*, s. 42–43, 45.

kava, przeprowadziwszy jedyną w swoim rodzaju medyczną analizę drewnianych wizerunków⁴⁸.

Wśród autorów doniesień z Wyspy Wielkanocnej panował pogląd, że przedstawiają one zmarłych lub zwłoki w stanie rozkładu. Chauvet uważa, że to kompletnie błędny pogląd. Polemizuje też z teorią, że sztuka wyspy jest konwencjonalna; uważa natomiast, że przedstawione na figurach deformacje ciała są realistycznym odzwierciedleniem na wpół chorobliwych zmian, jakie można było dostrzec u dawnych Rapanujczyków. Podkreśla też mistrzostwo wykonania rzeźb, znanstwo drewna, odwzorowanie detalu, zastosowanie gry światła i cienia⁴⁹.

Spójrzmy, jak Chauvet charakteryzuje omawiane rzeźby. Twarze *moai kava kava* mają bardzo wyraziste rysy; wystające kości policzkowe; wydatny, zagięty nos; duże, mięsiste wargi, usta w specyficznym kształcie; zapadnięte policzki; wystający podbródek, u mężczyzn zakończony kozią bródką. Oczy zrobione są z kości zwierząt morskich z obsydianem; brwi wyraźne i grube; duże uszy, z długimi, perforowanymi płatkami. Czaszkę zdobią symbole – w niektórych dopatrywano się wizerunku kraba lub ryby, ale Chauvet twierdzi, że te akurat znaki to charakterystyczna „pożyczka”, zaczes stosowany przez osoby łysiejące. Tym niemniej wysnuwa hipotezę, że symbole ryte na drewnianych czaszkach mogły mieć związek z totemami lub symbolami klanów; może figury reprezentowały ważne osoby, po których śmierci na ich czaszce ryto ten sam znak (np. ptaka, jeśli miały do niego prawo), co na figurce. Obecnie w tych znakach upatruje się powiązań z pismem rongo-rongo⁵⁰. Chauvet opisał też rzeźbę ozdobioną ludzkimi włosami.

Odnosnie do szyi figur, autor zaobserwował u wielu z nich wyobrażenie wola tarczycowego bądź tłuszczaka na karku. Odrzucił tezę, jakoby tłuszczak miał być w istocie potrzebny tylko do przewiercenia w nim otworu, aby można było figurę powiesić, gdyż w niektórych rzeźbach otworu w tym miejscu nie było, a tłuszczaki obserwował u Rapanujczyków Pinart, który odwiedził wyspę w 1877 r.

Tułów rzeźby wydaje się zbyt długi, ale to nogi są bardzo krótkie, rozdzielone. Chauvet opisuje wyraźnie zarysowane obojczyki, mięśnie piersiowe, a także 10 par żeber (zamiast 12, z pominięciem żeber wolnych, tj. niepołączonych z mostkiem). Zwraca uwagę bardzo wyraźny wyrostek mieczykowaty, wyrzeź-

⁴⁸ Cały wywód na temat figur: ibidem, s. 141 i nn.

⁴⁹ Sama sądziłam naiwnie, że dawni rzeźbiarze rapanujscy szli na pewne kompromisy, wykorzystując jak umieli taki kawałek drewna, jaki im się akurat trafił. Lektura publikacji Chauveta, a następnie niezwykle inspirująca rozmowa z psycholog międzykulturową Magdaleną Kitłowską kazały mi jednak przewartościować mój osąd. Artyści czy też wysokiej klasy rzemieślnicy z Wyspy Wielkanocnej „nie chodzili na skróty”; ich niewątpliwy talent i biegłość pozwalały im na wykonanie takiego kształtu, jaki sobie celowo zamierzali.

⁵⁰ Por. np. P. Horley, A. Davletshin, R. Wieczorek, *How Many Scripts Were There on Easter Island?*, [w:] *„The Sleep of Reason Produces Monsters”. Misconceptions about Easter Island in the Light of 21st Century Science*, coordinated and edited by Zuzanna Jakubowska-Vorbrich, Warszawa 2018, s. 457. Rafał Wieczorek wspominał też o tej zbieżności na seminariach z moimi studentami.

biony ponad wklęsłym, zapadniętym brzuchem z uwidocznionym pępkiem. Jeśli chodzi o plecy, kręgosłup rzeźb jest bardzo wydatny, na ogół liczący 26 kręgów. Wszystkie analizowane przez Chauveta figury przedstawiały postacie męskie; jedyna kobieca pochodziła z okresu zwanego przezeń okresem dekadencji, czyli z czasów nowszych. Przesadnie zarysowane, mocne u niektórych figur pośladki też mają świadczyć o tym, że nie są to wizerunki osób zmarłych. Dłonie o długich paznokciach każą autorowi dopatrywać się w tych postaciach *ariki*, wodzów, którzy nie musieli pracować fizycznie. Stopy są bardzo małe, palce jakby niekompletne, u niektórych rzeźb ma się wrażenie wręcz amputacji. Chauvet, stojący na stanowisku, że artyści rapanujscy z premedytacją dopracowywali szczegóły swoich dzieł, zastanawia się z niejakim wahaniem, czy nie mogłoby to oznaczać, iż niektórzy wodzowie dobrowolnie zniekształcali swe stopy na znak, że nie muszą chodzić, pracować czy walczyć. Wydaje mi się to co najmniej wątpliwe.

Tyle opis. Znacznie ciekawsza jest jednak analiza medyczna drewnianych figur⁵¹. Po pierwsze Chauvet nie ma wątpliwości, że przedstawiają one osoby żywe, choć zniekształcone pod wpływem warunków środowiskowych. Uważa, że są to wizerunki postaci stojących, lekko zgarbionych, z uniesioną głową; wskazuje na postawę, tonus mięśniowy, układ ust i inne rysy twarzy, szczególnie zaś oczy – otwarte, o średnio rozwartej źrenicy, zrobione z materiałów, które nadają im ożywiony wygląd. Zwraca też uwagę, że figury mają potężne szyje. Jego pytania budzą natomiast nietypowe proporcje ciała, a także wspomniane wyżej tłuszczaki i wola tarczycowe. Po dłuższym wywodzie na temat gruczołów dokrewnych, a zwłaszcza tarczycy i przysadki, oraz związanych z nimi schorzeń, Chauvet stawia tezę, że dawni Rapanujscy w dużym stopniu cierpieli na akromegalię⁵². Świadczyć ma o tym specyficzny kształt głowy figur, które ich przedstawiają: wydatny nos i kości policzkowe, mięsiste wargi, bardzo duży podbródek. Powodujące to schorzenie problemy z przysadką miałyby pociągać za sobą kłopoty z innymi gruczołami, w tym z tarczycą, co tłumaczyłoby wole widoczne u figur *moai kava kava*. Kolejną cechą charakterystyczną tych rzeźb było wychudzenie, zbyt znaczne, by dało się je wyjaśnić nadczynnością tarczycy. Chauvet argumentuje, że dawni podróznicy utrzymywali, iż wyspiarze byli chudzi i dość mało umięśnieni; ponadto ich pożywienie było ubogie ilościowo i jakościowo: brakowało im mięsa, zbóż i świeżych owoców, co sprawiało, że musieli chodzić dość wygłodzeni. Przeczą

⁵¹ Analiza medyczna: S. Chauvet, *op. cit.*, s. 150 i nn.

⁵² „Akromegalia jest chorobą przewlekłą związaną z nadmiernym wydzielaniem hormonu wzrostu. Charakteryzuje się postępującą stopniowo zmianą wyglądu zewnętrznego oraz wieloma powikłaniami narządowymi. Akromegalia występuje u osób dorosłych, u których zakończony został proces wzrastania kości. [...] Hormon wzrostu jest wytwarzany przez wyspecjalizowane komórki przysadki, gruczołu położonego w środkowym dole czaszkowym”. Cyt. za: T. Bednarczuk, A. Guranowska, *Akromegalia*, <https://www.mp.pl/pacjent/endokrynologia/choroby/77595,akromegalia>, data konsultacji: 25.07.2020.

temu najnowsze badania, według których analiza dawnych szczątków ludzkich nie wykazuje cech niedożywienia⁵³. Podstawową przyczyną chronicznego wychudzenia Rapanujczyków był jednak według Chaveta brak wody słodkiej i owoców; mieszkańcy wyspy dysponowali właściwie tylko niewielką ilością deszczówki, która pozbawiona jednak była soli wapnia i fosfatów. Zmuszeni więc byli spożywać pewną ilość wody morskiej, do pewnego stopnia przefiltrowanej⁵⁴, co powodowało hiperchloremię (nadmiar chloru w organizmie). Objawiało się to właśnie wychudzeniem. Reasumując, lekarz interpretował wygląd figur *moai kava kava* jako obraz pewnej degeneracji rasy w połączeniu z wygłodzeniem, awitaminozą, odwodnieniem i hiperchloremią oraz ze schorzeniami endokrynologicznymi.

Nie jestem lekarzem; trudno mi oszacować, na ile analiza Chauveta ma umocowanie w rzeczywistości – szczególnie że wcześni podróżnicy odwiedzający Rapa Nui podkreślali, że miejscowa ludność wygląda zdrowo. „Nie widziałem wśród nich nikogo kulawego, bezzębkiego, półślepego, garbatego, wiotkiego, zdeformowanego czy krzywonogiego” – to bodaj najmocniejsza uwaga na ten temat, wygłoszona przez członka ekspedycji hiszpańskiej z 1770 r.⁵⁵ Nie można oczywiście wykluczyć, że obserwacje żeglarzy były pobieżne lub że osoby chore czy niepełnosprawne nie wychodziły na spotkanie z obcymi przybyszami. Bez względu na te wątpliwości studium Chauveta jest niezwykle interesujące i dające do myślenia.

Z punktu widzenia chronologii powstawania analizowanych przeze mnie materiałów następne są teksty antropologa fizycznego Shapiro, z których interesować nas będzie szczególnie podrozdział zawarty w książce Métraux. Shapiro przedstawia różne szkoły, odmiennie interpretujące pochodzenie Rapanujczyków, by skrytykować tych badaczy, którzy doszukują się u nich korzeni melanezyjskich bądź australijskich. Przeprowadził badania na 22 mężczyznach (!), wybranych spośród 456 ze względu na czyste pochodzenie⁵⁶, i broni tezy o ich absolutnie polinezyjskim rodowodzie. Powołuje się przy tym na pomiary kształtu czaszki, kolor skóry wyeksponowanej na słońce i zakrytej mierzonej według skali Von Luschna, rodzaj włosów, rysy twarzy czy grupę krwi⁵⁷. Shapiro twierdzi wręcz, że cechy polinezyjskie są u mieszkańców Wyspy Wielkanocnej nawet nasilone⁵⁸. Nie trzeba chyba dodawać, że debaty na temat czystości genetycznej dawnych

⁵³ C. Polet, *Starvation and Canibalism on Easter Island? The Contribution of the Analysis of Rapanui Human Remains*, [w:] *Easter Island: Collapse or Transformation? A State of the Art*, N. Cauwe, M. De Dapper (red.), Brussel 2012.

⁵⁴ Jak rozumiem, autor odnosi się do wody czerpanej z rozmaitych rozpadlin i jaskiń, tej samej, o której dawni podróżnicy pisali, że jest złej jakości, cuchnie i jest słonawa.

⁵⁵ F.A. Agüera, cyt. za: Z. Jakubowska[-Vorbrich], *Odkryta przypadkiem, pojęta opacznie. Wyspa Wielkanocna w osiemnastowiecznych relacjach podróżników na tle rozważań o spotkaniu kultur*, Warszawa 2013, s. 169.

⁵⁶ L.H. Shapiro, *The Physical Relationships...*, s. 27.

⁵⁷ Ibidem, s. 28–30.

⁵⁸ Ibidem, s. 27.

Rapanujczyków nie milkną – zwłaszcza w kontekście ewentualnych domieszek krwi indiańskiej. Co do obecnych mieszkańców wyspy takie pojęcie w ogóle nie może mieć miejsca, ze względu na liczne kontakty z ludźmi spoza Rapa Nui, które zresztą należały do polinezyjskich zwyczajów, mających na celu wzbogacenie czy odświeżenie krwi⁵⁹.

Jednym z najcenniejszych czy najwiarygodniejszych naukowo spośród badanych przeze mnie tekstów jest raport Camusa Gundiána z 1951 r. I w tym wypadku autor zaczyna od ogólnej charakterystyki wyspy i trybu życia jej mieszkańców. Opisuje także jedyną miejscowość na wyspie – Hanga Roa, zwracając uwagę na stłoczenie Rapanujczyków w niewielkich chatach, brak materiałów budowlanych i brak infrastruktury sanitarnej, choć podkreśla, że w domach jest czysto, a wyspiarze codziennie kąpią się w morzu. Wodę pitną pozyskują z deszczówki (lekarz podaje nawet liczbę i stan zbiorników na wodę), z jezior w kraterach wulkanów i z małych cieków⁶⁰.

Jeśli chodzi o kwestie medyczne, Camus Gundían donosi, że w 1950 r. udało się przebadać 1/3 populacji, ale w 1947 poddano badaniom całą ludność, czyli 485 autochtonów, oceniając ich stan zdrowia jako na ogół dobry; wśród odnotowanych schorzeń lekarz wymienia zapalenie wyrostka, zapalenie pęcherzyka żółciowego, przepukliny, astmę oskrzelową, bronchit, zapalenie jajowodów, zapalenie kości i choroby skóry – takie jak świerzb czy piodermia. Nie stwierdza natomiast chorób wenerycznych (dość niefortunna jest jego uwaga, że nie zaraził się nikt z załogi i pasażerów statku, którym lekarz przyплыnął; aż chciałoby się spytać, czy nie miała może miejsca sytuacja odwrotna) ani aktywnych, potwierdzonych przypadków gruźlicy. Przy okazji Camus Gundían przedstawia w formie tabeli wyniki prób tuberkulinowych, które przeprowadził u szeregu osób podczas wizyty w 1947 r. – i nadmienia, że ludność wyspy nie jest odporna na gruźlicę i Rapanujczyk łatwo może się nią zarazić po przybyciu na kontynent, o ile nie zostanie zaszczepiony. Niestety nie można było wyspiarzom wykonać zdjęć rentgenowskich, ponieważ aparat zepsuł się przy wyładunku.

Kolejne analizy, jakie wykonano w 1950 r., to morfologia oraz badania kału, które wykazały szereg pasożytów jelitowych (w tym lamblie, ameby i pełzak czerwoni). Sprawdzono także stan uzębienia miejscowej ludności, odnotowując jego pogorszenie; wykonano 119 ekstrakcji i założono 5 plomb.

Do najpowszechniejszych chorób obserwowanych na wyspie należą grypa, zapalenie migdałków, zapalenie spojówek, zakażenia przewodu pokarmowego, piodermia, czyraki, kolka wątrobowa, biegunka (szczególnie u dzieci, lekka) czy

⁵⁹ Stwierdzenie to padło w osobistej rozmowie z antropolog Andream Seelenfreund (XI 2018), ale podobne tezy można znaleźć np. w: S.R. Fischer, *Island at the End of the World. The Turbulent History of Easter Island*, London 2005, s. 75.

⁶⁰ D. Camus Gundián, *op. cit.*, s. 26.

zranienia. Odnotowano też 2 przypadki zapalenia płuc, 2 przypadki zapalenia jamy wrodowej, 13 przypadków ospy wietrznej, szczególnie u dzieci, zawsze łagodnej⁶¹. Najczęstszą dolegliwością jest natomiast *kokongo*, zwana przez Camusa Gundiána „gorączką okrętową” – ze względu na fakt, że Rapanujczycy masowo zapadali na nią po każdorazowym przybyciu statku z Chile. W 1950 r. były to 104 przypadki, trzy lata wcześniej także było ich wiele. Choroba objawia się jako stan grypowy z wysoką gorączką, krwotokami z nosa, zapaleniem oskrzeli i tym podobnymi symptomami, przebiegający czasem z komplikacjami oskrzelowo-płucnymi. Autor tłumaczy ją faktem, że statki zawijają na wyspę jedynie 1–2 razy do roku, a mieszkańcy kompletnie zmieniają wtedy swój rytm dobowy: nie śpią po nocach, ciężko pracują, świętują – i są przez to bardzo podatni na zarazki, które może przywieźć ktoś z załogi. Ale dobrze reagują na nowoczesne leczenie i chorują łżej niż w minionych latach⁶². O tej infekcji pisało wielu autorów, w tym Fischer, który zaznaczył, że choroba bywała ciężka, a nawet śmiertelna dla osób najmłodszych, najstarszych czy osłabionych; atakowała jeszcze w latach 60. XX w. i ustąpiła dopiero po wprowadzeniu regularnego połączenia lotniczego⁶³. Badaniami nad *kokongo* zajęła się również kanadyjska misja medyczna METEI, jej członkom nie udało się jednak ustalić, jaki czynnik wywołał wybuch obserwowanej przez nich epidemii po przybyciu chilijskiego statku; podejrzewano infekcję wirusową⁶⁴.

Camus Gundián zdaje także relację na temat stanu infrastruktury i opieki medycznej na wyspie. Na Rapa Nui nie ma stałego lekarza; jedyne osoby udzielające darmowej pomocy lekarskiej ludności miejscowej to sanitariusz – podoficer marynarki chilijskiej, który musi pełnić funkcję lekarza, chirurga, położnika, dentysty, aptekarza itd.; ma doradcę w osobie pielęgniarza, a zarazem sanitariusza marynarki oraz sanitariuszki ginekologicznej – wykształconej Rapanujki. Na wyspie jest wprawdzie szpital, ale bardzo mały: składają się nań dwie sale (po 6 łóżek w każdej), sala operacyjna, gabinet, apteka i magazyn; w pawilonie obok znajduje się gabinet zabiegowy i dentystyczny. Apteka zaopatrywana jest w leki przez marynarkę chilijską. Najpełniejszą obsługę medyczną i sanitarną zapewniają lekarze przybywający na statkach⁶⁵.

Chilijski medyk najwięcej miejsca poświęca chorym na trąd. Kwestię tę nazywa „delikatną sprawą”; twierdzi, że choroba pojawiła się na wyspie wraz z trzema Rapanujczykami przybyłymi z Tahiti (pod koniec XIX w.), a w Chile kontynentalnym jest nieobecna, więc Rapanujczycy stanowią jakoby zagrożenie epidemiologiczne. Camus Gundián opisuje, jak zmieniały się warunki, w jakich bytowali

⁶¹ Widać zatem, że od czasów epidemii z połowy XIX w. populacja zyskała odporność.

⁶² D. Camus Gundián, *op. cit.*, s. 28–29.

⁶³ S.R. Fischer, *op. cit.*, s. 152.

⁶⁴ J. Duffin, *op. cit.*, s. 180–183. Por. także: H.E. Reid, *A World Away. A Canadian Adventure on Easter Island*, Toronto 1965, s. 58 i nn.

⁶⁵ D. Camus Gundián, *op. cit.*, s. 29–30.

chorzy. Pierwsze leprozorium zbudowano dopiero po wizycie biskupa polowego Rafaela Edwardsa (1916–1917), który wszczął kampanię na rzecz poprawy sytuacji trędowatych. Inicjatorem najnowszych kroków postępu wydaje się sam autor: opisuje, jak w 1947 r. badał trędowatych na wyspie i sugerował zmiany w opiece nad nimi. Rozpoczęto budowę nowego leprozorium, przestronniejszego i lepiej zarządzanego.

Nie miejsce tu na szczegółowy opis; kwestia trądu na Rapa Nui sama w sobie jest materiałem na niejedno studium naukowe. Dość powiedzieć, że Camus Gundián bardzo dokładnie relacjonuje zarówno stan chorych (objawy początkowe, zaawansowane, nieaktywne; chorzy odizolowani – a ci leczeni ambulatoryjnie), stosowaną terapię (przysłał nowy lek), jak i uprzednią mizerną egzystencję pacjentów, którą planował zmienić. Zdaje relację z postępów budowy nowego leprozorium, składającego się z trzech oddzielnych pawilonów oraz domku dla dwóch zakonnic opiekujących się chorymi. Domek uzupełniają aneksy w postaci pomieszczeń dla personelu oraz kuchni. Budynki te stały w otoczeniu ogrodów, sadów i upraw. Lekarz opisuje także niezrealizowane jeszcze potrzeby obiektu: należy otoczyć teren murem; zbudować kapliczkę, warsztat, salę zabiegową, instalacje sanitarne, w tym łazienki; potrzebny jest dół na nieczystości i duży zbiornik na wodę. Zaleca też dokładniejszy podział chorych ze względu na ich stan oraz płeć, więc liczbę pawilonów trzeba by zwiększyć. Ponieważ Camus Gundián argumentuje na rzecz dostarczenia trędowatym pracy oraz rozrywki, uważa, że powinno się zapewnić im narzędzia rolnicze, maszyny do szycia, gry (jak warcaby, szachy czy ping-pong), instrumenty muzyczne, książki, a także uporządkować małe boisko sportowe, znajdujące się na terenie ośrodka. Przekonuje też, że wprowadzenie bardziej rodzinnego czy społecznego, a mniej restrykcyjnego modelu życia codziennego zmniejszyłoby stan napięcia wśród pacjentów. Konkluduje swój wywód tymi słowami: „Za koniecznością podjęcia tych prac sanitarnych stoją poważne motywy: [fakt, że] wyspa i jej ludność należą do Chile; możliwość intensywnej eksploatacji wyspy z korzyścią dla jej mieszkańców i dla gospodarki narodowej; nieustanne niebezpieczeństwo zawleczenia trądu do naszego kraju oraz ważna rola wyspy, zarówno z punktu widzenia strategicznego i handlowego, jak i w charakterze przystanku na przyszłych trasach oceanicznych i lotniczych”⁶⁶. Cóż można na to powiedzieć. Jak na lekarza, w tym konkretnym cytacie autor dużo mówi na temat gospodarki i polityki, mało zaś na temat dbałości o ludzkie zdrowie i dobrostan. W chwili, gdy Camus Gundián pisał te słowa, „intensywna eksploatacja” (rolnicza) wyspy nie przynosiła bynajmniej korzyści jej mieszkańcom. Rapa Nui

⁶⁶ „Hay razones poderosas que justifican la necesidad de esta labor sanitaria: la isla y su población son chilenos; la posibilidad de la explotación intensiva de ella para provecho de los nativos y de la economía nacional, el peligro permanente de introducir la lepra en nuestro país y la importancia de la isla, tanto bajo el punto de vista estratégico, comercial y como la estación intermedia en las rutas marítimas y aéreas futuras”. Ibidem, s. 37. Tłum. Z.J.V.

nigdy nie była i nie jest istotnym punktem na trasach oceanicznych – z rozmaitych względów nie zbudowano tam portu, o ile zaś mi wiadomo, mieszkańcy nawet go nie chcą. Ale co chyba najważniejsze, Rapanujczycy bardzo emocjonalnie reagują na wspomnienie panującego na ich wyspie trądu. Przekształcił się on bowiem w narzędzie polityki, a według niektórych nawet represji: za czasów działalności CEDIP Rapanujczycy mieli zakaz opuszczania wyspy. Oficjalnie motywowano to niebezpieczeństwem zawleczenia trądu na kontynent, nieoficjalnie zaś zarządcy chcieli trzymać ludność pod kontrolą i uniemożliwić składanie skarg na niegodziwe traktowanie. Niektórzy z miejscowych opowiadali, że przy braku lekarzy trudno było ocenić, kto naprawdę jest chory, a kto został odizolowany na skutek nadgorliwości zarządców albo za karę⁶⁷. Cytowany już Fischer ujął rzecz następująco: „Rapanujczycy mieli zakaz opuszczania wyspy, oficjalnie z powodu obawy o rozprzestrzenienie trądu (w rzeczywistości Kompania [Ekspluatacyjna] potrzebowała ich do pracy, zwłaszcza przy strzyżeniu owiec i ładowaniu wełny na statek, a miejscowa populacja była alarmująco mała)”⁶⁸. Nie da się ukryć, że trąd był z jednej strony poważnym problemem medycznym, nie do końca w tamtych czasach rozumianym, z drugiej zaś był przyczyną lęków, nieufności i oskarżeń wobec władz oraz zadrążeń, których echa trwają po dziś dzień⁶⁹.

W podsumowaniu swojego raportu Camus Gundián zwraca uwagę, że na Wyspie Wielkanocnej wciąż nie ma stałej opieki lekarskiej, lecz wkrótce ma się to zmienić. I rzeczywiście: pierwszym zakontraktowanym przez władze chilijskie lekarzem, który wysłany został na placówkę w Hanga Roa, był Verdugo Binimelis.

Lekarza z głową pełną ideałów rozczarował drewniany budynek szumnie zwany szpitalem, wyposażony w minimalną liczbę narzędzi chirurgicznych. Jeśli chodzi o zabiegi dentystyczne, w chwili przybycia medyka możliwe było tylko wyrywanie zębów, bo nikt nie posiadał wykształcenia stomatologicznego. Z innych procedur dało się przeprowadzić niewiele więcej ponad szycie ran, usuwanie ciał obcych z oka czy nastawianie złamań – bynajmniej nie pod kontrolą aparatu rentgenowskiego, gdyż szpital nim nie dysponował. Sterylizację instrumentów przeprowadzało się wyłącznie za pomocą wrzątku. Dumą Verdugo Binimelisa było natomiast laboratorium, w którym przeprowadzał badania bakteriologiczne nad

⁶⁷ *Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas*, red. Comisionado Presidencial para Asuntos Indígenas, Santiago de Chile 2008, s. 289, 296; *Documento del Trabajo Pueblo Rapa Nui* (no oficial), cyt. za: M. Fuentes, *Compañía, Estado y comunidad isleña. Entre el „pacto colonial” y la resistencia. Antecedentes y nuevas informaciones con respecto al. periodo 1917–1936* [w:] *La Compañía Explotadora de Isla de Pascua...*, s. 146, 152

⁶⁸ „The Rapanui people were forbidden to leave the island, ostensibly for fear of spreading leprosy. (In reality, the Company needed their labour, especially during shearing and embarking, and the local population remained perilously small.)” S.R. Fischer, *op. cit.*, s. 179. Tłum. Z.J.V.

⁶⁹ Przebywając na Rapa Nui w 2018 r. w celach naukowych, byliśmy z mężem świadkami emocjonalnej dyskusji o trądzie.

trądem. Miał do dyspozycji znakomity niemiecki mikroskop, a że na wyspie nie było prądu, za źródło światła służyła mu lampa parafinowa, która niemiłosiernie grzała. Do pomocy miał lekarz dwóch pielęgniarzy zatrudnionych w marynarce – Chilijczyka i wyspiarza oraz dwójkę pomocników pielęgniarzskich będących Rapanujczykami⁷⁰. Owym wyspiarzem zatrudnionym w chilijskiej flocie był Alberto Hotus, którego Verdugo Binimelis wspomina z podziwem i sympatią, jako chłopaka zdolnego i pracowitego, który czasem służył mu za tłumacza. Po odejściu na emeryturę Hotus stał się znanym obrońcą interesów Rapanujczyków⁷¹.

Niezwykle cenne z historycznego i antropologicznego punktu widzenia są wspomnienia lekarza dotyczące realiów jego pracy i niektórych przypadków medycznych. Verdugo Binimelis stwierdza na przykład, że podział sal szpitalnych na męską i kobiecą nie miał żadnego sensu, gdyż każdemu hospitalizowanemu pacjentowi towarzyszyła cała rodzina, która przynosiła swoje sienniki i koczowała przy jego łóżku dniem i nocą. W warunkach braku prądu i stosownej higieny trudne było odbieranie porodów, do szczególnie ciężkiego porodu został Verdugo Binimelis wezwany niedługo po swoim przyjeździe na wyspę. Dziecko ułożone było pośladkowo; w swojej karierze lekarz widział taką sytuację tylko raz. Przerażony, wsiadł na konia, który był na Rapa Nui podstawowym środkiem transportu, i pośpieszył do domu, by sięgnąć po podręcznik i przypomnieć sobie teorię. Wrócił do rodzącej nieco uspokojony; po wielu godzinach dziecko przyszło na świat całe i zdrowe, a lekarz położył się na podłodze i wybuchnął płaczem. Inną niełatwą procedurą było nastawianie złamań na wycucie – ale medyk wspomina z dumą, że żaden z jego pacjentów nie nabawił się trwałej kulawizny. Niemal z czułością przywołuje natomiast postawę młodzietki zakonnicy, która opiekowała się chorymi na trąd. Pewnego dnia wraz z innymi siostrami wybrała się na spacer nad ocean, by zażyć kąpieli – niestety upadła tak nieszczęśliwie, że wywichnęła bark. Pełen współczucia Verdugo Binimelis opisuje, jakim wstydem było dla zakonnicy pokazać się w niekompletnym stroju mężczyźnie, nawet jeśli był on lekarzem. Przytacza także historię o staruszce, która zgłosiła się do szpitala oznajmiając, że następnego dnia o godzinie czwartej po południu umrze – i tak też się stało, choć nic jej nie dolegało⁷².

Jak pisałam wyżej, Verdugo Binimelis zajmował się także chorymi na trąd. Konieczność odizolowania w leprozorium kolejnego zainfekowanego pacjenta napędliała go rozpaczą, ale nieobca mu także była radość, gdy kogoś wyleczonego można było przywrócić do społeczności, nieraz po bardzo długim okresie odosobnienia. Miejscowi urządzali wtedy wielkie święto, połączone z rytuałną,

⁷⁰ D. Verdugo Binimelis, *op. cit.*, s. 91–92.

⁷¹ Ibidem, s. 100. Hotus był też członkiem Rady Starszych oraz jednym z twórców raportu Komisji Prawdy Historycznej, który cytuję wyżej (*Informe de la Comisión Verdad Histórica...*).

⁷² Ibidem, s. 92–96.

oczyszczającą kąpielą ozdrowieńca w oceanie, ucztowaniem i muzyką. Lekarz nie ukrywa swojej irracjonalnej obawy przed trądem, który przecież w Chile kontynentalnym nie występował, więc był dla autora zjawiskiem zupełnie nowym. Lęk ten towarzyszył mu przy pierwszej wizycie w leprozorium, a także wtedy, gdy po upadku z konia zranił się w rękę. Na grzbiecie dłoni uformował się strup, który ściągnął skórę i przez pewien czas Verdugo Binimelis miał osłabione czucie w palcach. Karmił samego siebie za skojarzenie z charakterystycznym brakiem czucia na skutek zaatakowania nerwów przez trąd, ale jego niepokój nie minął, póki strup nie odpadł; wtedy wszystko wróciło do normy⁷³.

Ostatnim epizodem, jaki chcę poruszyć w niniejszej analizie, jest epidemia odry, która wybuchła na Rapa Nui podczas pobytu medyka, jesienią 1953 r.⁷⁴ Wirus przybył na statku, wraz z dwójką Rapanujczyków, którzy na kontynencie zetknęli się z chorym dzieckiem. Będąc lekarzem i naukowcem, Verdugo Binimelis traktował to wydarzenie jako rzadką okazję do obserwacji rozprzestrzeniającej się choroby zakaźnej – i do szeroko zakrojonych badań populacyjnych: zachorowało aż 771 osób, gdyż izolowana wyspiarska populacja nie była na tę chorobę uodporniona. Nie zaraziło się tylko 40 „kontynentalnych”, jak nazywano Chilijczyków mieszkających na Wyspie Wielkanocnej, 9 miejscowych, którzy dzięki przechorowaniu odry podczas pobytu w Ameryce nabyli odporność, oraz 13 pacjentów leprozorium. Sytuacja była dramatyczna. Nieliczni zdrowi zaopiekowali się kilkuset chorymi, włączając w to przyrządzanie dla nich posiłków, które rozwożono do ich domów. Lekarz wraz z pielęgniarkami z chilijskiej marynarki wojennej doglądali pacjentów, których można było leczyć jedynie objawowo; antybiotyki i sulfonamidy aplikowali w przypadku powikłań, a cały czas musieli liczyć się z ograniczonym zasobem leków. Przez całe dni krążyli po wyspie od pacjenta do pacjenta, nie tylko niosąc pomoc lekarską, ale podnosząc na duchu chorych, którzy nie mieli pojęcia, dlaczego z dnia na dzień spadły na nich tak poważne dolegliwości. Z powodu braku miejsc, hospitalizowano tylko niemowlęta poniżej roku życia, u których rozwinęły się powikłania płucne. Jedyнным sposobem na ułatwienie im oddychania i odkrztuszania było trzymanie ich w ogrzewanej sali, do której wpuszczano parę wodną. Ogółem ostre komplikacje płucne pojawiły się u 57 pacjentów, z czego zmarło pięciu, w tym dwoje niemowląt. Rapanujczycy ciężko przeżyli epidemię: chociaż przywykli do związanego z wizytami statków *kokongo* (które Verdugo Binimelis nazywa „zwykłym przebiegiem”), tym razem na pokładzie przybyła choroba nieznana i dużo poważniejsza. Po zarazie życie wróciło do normy, ale długo komentowano to, co zaszło: cierpienie, śmierć i ofiarną pomoc ludzi z kontynentu.

⁷³ Ibidem, s. 97–105.

⁷⁴ Ibidem, s. 107–115. Wprawdzie autor z niewiadomych przyczyn używa terminu *rubéola*, który oznacza różyczkę, ale bez wątplenia opisuje odrę (hiszp. *sarampión*, *alfombrilla*).

Co ciekawe, opis epidemii odry znalazłam też we wspomnieniach rodowitego Rapanuczycy, Felipe Pakarati Tuki⁷⁵. Wprawdzie twierdzi on, że wybuchła pod koniec 1952 r. (nie udało mi się dotychczas ustalić, która data jest prawidłowa), ale na pewno chodzi o to samo wydarzenie, a od precyzyjnego ustalenia przedziału czasowego ważniejsze jest samo doświadczenie i jego konsekwencje. Pakarati Tuki również opisuje braki w zaopatrzeniu szpitala i pomoc, jaką otrzymywali chorzy w swych domach; podkreśla szczególną rolę gubernatora wyspy z ramienia marynarki chilijskiej, komendanta Salazara, który wraz z żoną odwiedzał chorych, by dodać im otuchy, a nieraz także zmywał im naczynia i przygotowywał napary z ziół. W zamkniętej na czas zarazy szkole przyrządzano dla pacjentów duże ilości soku z brzoskwiń. Autor – wówczas będący dzieckiem – oraz jego dziadkowie nie zachorowali i pozostali poza Hanga Roa. Zarażonych, którzy przebywali poza miejscowością i potrzebowali pomocy, wyszukiwał kierowca ciężarówki należącej do CEDIP. Rapanuczycy dobrze zapamiętali wsparcie, jakiego udzielił im gubernator w tak ciężkich chwilach, i stanęli po jego stronie, gdy władze Chile decydowały, która z instytucji wojskowych ma zarządzać wyspą; ułożyli nawet o nim piosenkę, w której pojawiały się m.in. słowa: „i a Tata Mareti ‘e i te ‘ati rōviro rahi era” – „ten, który zmywał nam naczynia, gdy wydarzyła się tragedia rōviro”, jak Rapanuczycy nazywali odrę⁷⁶.

Wracając do Verdugo Binimelisa – kończy on swe wspomnienia wyrażając niepokój, że z upływem lat proporcja liczebna między Rapanuczycami a ludnością napływową przechyla się niebezpiecznie na niekorzyść tych pierwszych. Pod koniec XX w., gdy kreśli te słowa, dowiaduje się, że społeczność wyspy coraz częściej cierpi na takie same schorzenia cywilizacyjne jak mieszkańcy kontynentu: choroby serca czy nadciśnienie.

Świat zachodni nieuchronnie i nieubłagane wkroczył na Wyspę Wielkanocną, zmieniając ją na zawsze. Nie daje nam to jednak powodu ani wyłącznie do żałowania, ani też do satysfakcji. Rolą naukowca nie jest sąd nad przeszłymi bądź obecnymi wydarzeniami, uprzedzeniami i poglądami; jest nią natomiast analiza sytuacji, wsłuchiwanie się w głos współczesnych Rapanuczyców i starania o najlepszą możliwą przyszłość.

Podsumowanie

Listopad 2018 r. Przyjechałam wraz z mężem na Rapa Nui, gdzie mieliśmy wziąć udział w dwóch międzynarodowych sympozjach naukowych. Po kilku dobach

⁷⁵ F. Pakarati Tuki, *Costumbres y vivencias en Rapa Nui / He Ako ‘e he Noho Ina ‘i Rapa Nui*, Rapa Nui 2016, s. 99–101.

⁷⁶ Ibidem, s. 101. Tłum. z wersji hiszpańskiej Z.J.V.

niezwykle inspirującej, ale i wyczerpującej podróży – przez Frankfurt, San Francisco, Tahiti do Hanga Roa – i po wielokrotnych zmianach strefy czasowej nieco podupałam na zdrowiu. Idę do miejscowej apteki i zgłaszam uciążliwy kaszel na tle alergicznym, z dusznością. Z zaplecza przywołany zostaje doradca medyczny, który przeprowadza ze mną zwięzły i konkretny mini-wywiad, by dobrać jak najskuteczniejsze leki. Po chwili farmaceutka podaje mi biodegradowalną torebkę z medykamentami, które wkrótce miały zdecydowanie poprawić mój stan.

Od czasów, gdy swe wrażenia z Wyspy Wielkanocnej spisywał pierwszy, ale także i ostatni z przedstawionych tu lekarzy, medycyna i opieka zdrowotna poczyniły ogromne postępy, a rozwój tych dziedzin nieustannie przyspiesza. Dziś niektóre stwierdzenia i wnioski ze studiowanych dokumentów mogą wywoływać u czytelników zmarszczenie brwi albo uśmiech politowania. Tym niemniej nawet w obecnych czasach zdarzają się chwile, gdy duma z naszych osiągnięć w tym zakresie i związane z nią poczucie bezpieczeństwa muszą ustąpić niepewności i lękowi.

Przełom lat 2019/2020. Wybucho pandemia związana z nowym, nieznanym koronawirusem, nazwanym SARS-CoV-2. Zaczyna się w Chinach i szybko rozprzestrzenia po świecie. Wywołana wirusem choroba, nazwana COVID-19, atakuje głównie drogi oddechowe, uszkadzając płuca – ale naukowcy odkrywają coraz liczniejsze dolegliwości i powikłania. Podczas gdy trwają poszukiwania skutecznego leku, a także szczepionki, poszczególne kraje stosują ograniczenia społeczne: nakaz dystansu społecznego, a nawet dobrowolnej kwarantanny (przymusowej dla zarażonych), zdalna praca i edukacja, zamrożenie gospodarki i usług, zamykanie granic. Kryzys związany z wirusem ujawnia niedoskonałości i niewydolność systemów opieki zdrowotnej i przyczynia się do powstania kryzysu ekonomicznego.

Wyspa Wielkanocna usiłuje izolować się od świata zewnętrznego, nalega, by turyści opuścili jej terytorium i nie przyjmuje nowych, wprowadza godzinę policyjną trwającą prawie 2/3 doby (15 godzin: od 14 do 5 rano), ale mimo wszelkich środków ostrożności 23 marca 2020 r. lokalne władze potwierdzają pierwszy przypadek koronawirusa. Ogółem będzie ich dziewięć – na szczęście wszyscy pacjenci wyzdrowieli. Tym niemniej kilkutysięczna populacja Rapa Nui odnotowała te same problemy co reszta świata: niesubordynację obywateli, jeśli chodzi o przestrzeganie nakazów i ograniczeń, a także lęk, że miejscowy szpital może nie poradzić sobie z ewentualnymi ciężkimi przypadkami zachorowań. Tak, również dyrektor szpitala w Hanga Roa potwierdza, że w skrajnych przypadkach pozostaje jedynie transport lotniczy na kontynent. Wyspy – żyjącej głównie z turystyki – nie ominął też kryzys gospodarczy⁷⁷.

⁷⁷ Por. np. *Autoridades confirman primer caso positivo de coronavirus en Rapa Nui*, „24 Horas”, 23.03.2020, <https://www.24horas.cl/coronavirus/autoridades-confirman-primer-caso-positivo-de-coronavirus-en-rapa-nui-4043850> (dostęp: 28.07.2020); *Tensión en Rapa Nui tras primer*

Na dzień 18 lutego 2021 r. odnotowano na świecie 109 206 497 potwierdzonych przypadków zachorowania na COVID-19 i 2 407 469 zgonów⁷⁸. Od czasu wybuchu pandemii emocje nieco opadły, choć nadal jesteśmy świadomi, że na zaszczepienie większości populacji będzie trzeba poczekać, a do tego czasu możemy liczyć się z wieloma ograniczeniami w życiu prywatnym i zawodowym. Warto sobie jednak uzmysłowić, w o ile lepszym położeniu jesteśmy teraz niż choćby kilkadziesiąt lat temu: badacze dzielą się obszernymi bazami danych o wirusie, testują leki, trwają równoległe prace nad szeregiem szczepionek, przepływ informacji jest błyskawiczny. Porównajmy tę sytuację z dramatycznymi wydarzeniami z historii Wyspy Wielkanocnej, której ludność padała ofiarą chorób typowych dla cywilizacji zachodniej: ospy wietrznej, gruźlicy, odry. Nie wspominając już o łagodniejszym przecież *kokongo*, które czasem również zbierało śmiertelne żniwo. Żyjąca w izolacji społeczność miała na te schorzenia zerową odporność; nawet w połowie XX w. odra – choroba w krajach rozwiniętych uznawana głównie za dolegliwość wielu dziecięcego – na Rapa Nui objęła niemal całą ludność autochtoniczną i doprowadziła do śmierci pięciu osób.

Wśród opinii publicznej krąży nieprawdziwa, krzywdząca wizja Wyspy Wielkanocnej jako cywilizacji, która w imię absurdałnej ambicji budowania coraz większych posągów wyeksploatowała zasoby niewielkiego terytorium i doprowadziła do swego upadku kulturowego i materialnego. Ma to być przestroga dla ludzkości: mała wyspa i jej krótkowzroczna ludność przedstawiane są jako model planety, o którą za mało dbamy. Myślę, że czas spojrzeć na historyczną

contagio en la isla, „La Tercera”, 24.03.2020, <https://www.latercera.com/nacional/noticia/tension-en-ropa-nui-tras-primer-contagio-en-la-isla/NUUOEN5MLRGJTJ3OSON62T5MHM/> (dostęp: 28.07.2020); *Rapa Nui frente a la pandemia del Covid 19* [wywiad Pauli Rosetti z dyrektorem szpitala w Hanga Roa, Juanem Pakomio Bahamondes], „El Correo del Moai”, 05.04.2020, http://www.elcorreodelmoai.com/?p=1587&_thumbnail_id=1588&fbclid=IwAR2IToD2AbOWWC-FdW5D9A-8l40ehS0_vq7B604cLOq3ywXeIY0HOBDRM%E2%80%A6 (dostęp: 8.04.2020); *Alcalde de Rapa Nui pide financiar chárter semanal para llevar medicamentos y víveres a la isla*, „La Tercera”, 14.05.2020, <https://www.latercera.com/nacional/noticia/alcalde-de-ropa-nui-pide-financiar-charter-semanal-para-llevar-medicamentos-y-viveres-a-la-isla/XTYQG7KKTVFI-TJVHXXD43RS2FY/> (dostęp: 27.07.2020); *El Tapu en Rapa Nui para enfrentar el covid y la fórmula para reducir el impacto de la pandemia en el turismo*, „Emol.com”, 08.06.2020, <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/06/08/988327/Rapa-Nui-covid-impacto-social.html> (dostęp: 27.07.2020); *Cuatro nuevos casos de covid en Rapa Nui: Son personas que retornaron del continente el pasado 2 de septiembre*, „Emol.com”, <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/09/13/997807/coronavirus-Rapa-Nui-continente.html> (dostęp: 24.02.2021). To tylko niektóre z licznych doniesień prasowych online.

⁷⁸ Dane za: European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases> (dostęp: 24.02.2021). Należy pamiętać, że niepotwierdzonych testami przypadków zachorowań na COVID-19 z pewnością jest znacznie więcej, a z uwagi na odmienną w różnych krajach praktykę odnotowywania przyczyn zgonu również liczba przypadków śmierci związanych z wirusem Sars-Cov-2 może być inna.

i współczesną Rapa Nui z innej perspektywy: jako na wrażliwe, ciągle jednak odizolowane społeczeństwo, które łatwo – i częstokroć bez własnej winy – może paść ofiarą rozmaitych zagrożeń cywilizacyjnych, ekologicznych, a także zdrowotnych. Myśl tę dedykuję szczególnie ruchom antyszczepionkowym.

**Kokongo, Rōviro and Hansen's Disease:
Medical Doctors on Easter Island (Rapa Nui)
in the years 1786–1853**

The paper analyses the accounts of medical doctors (and an anthropologist) who happened to visit Easter Island between the years 1786 and 1853. They were, above all, naval surgeons; one of them – Verdugo Binimelis – was also the first medical doctor who resided on the island. Some of them left their memories in form of travelogues, others wrote more formal reports. The topics addressed are the physical appearance and character of the indigenous people, as well as specific medical issues: diseases observed, sanitary problems, the question of leprosy, the condition of the local hospital, the epidemics of measles and a viral infection known as *kokongo*, etc. One of the most interesting accounts was written by Chauvet who – without having visited the island – undertook the analysis of typical Rapanui wooden figures *moai kava kava* from the medical perspective. The paper also comments on the SARS-CoV-2 pandemic.

Key words: Easter Island, Rapa Nui, medical doctors, disease, leprosy

Zygmunt Pucko, Joanna Przybek-Mita

Obrzęd pogrzebowy na Sulawesi jako pewna odmiana nekrofilnej orientacji na życie w świetle hipotez interpretacyjnych sformułowanych z pozycji antropologii śmierci¹

Wprowadzenie

Analizując dzieje obrzędów pogrzebowych łatwo dojść do wniosku, że jest to zjawisko równie pierwotne jak narzędzia i tak samo jak one stale się zmieniały. Rytuały nierzadko ginęły bezpowrotnie razem z zanikiem kultur. Kiedy indziej ich odwieczny substrat przetrwał w zachowanych kulturach w niezmienniej postaci aż do dziś. Znakomitą egzemplifikacją obecności pradawnego podkładu pogrzebowych misteriiów jest *pompa funebris*, kultywowana na wyspie Sulawesi należącej do Indonezji. Z racji swojego położenia wyspa stała się enklawą odizolowaną od reszty świata aż do XX w. Rdzennym ludem zamieszkującym Sulawesi jest plemię Toraja. Jego postrzeganie rzeczywistości bliskie było perspektywie animizmu. W obecnym systemie wierzeń religijnych, którym oficjalnie jest protestantyzm, wątki animistyczne są wciąż wyraźne, a niekiedy stanowią w nim główną dominantę. Pierwszoplanową rolę odgrywają one zwłaszcza podczas ceremonii pogrzebowej. Można przypuszczać, jakoby ów zwyczaj sięgał swymi początkami okresu prehistorycznego. Dorobek etnografów oraz prace antropologów kultury wskazują, że genezę rytu pogrzebowego w tamtym czasie była tanatyczna triada. Składa się na nią lęk przed śmiercią, strach przed zwłokami oraz żałoba. Na tych uczuciach konstituowała się struktura obrzędu i jego zbiorowa praktyka. Celem artykułu jest opis i analiza obrzędu pogrzebowego na Sulawesi z perspektywy antropologii śmierci oraz uzmysłowienia jego wpływu na sposób postrzegania świata, charakter przeżywania własnej egzystencji oraz konstituowania hierarchii wartości.

¹ Tekst powstał na kanwie badań jakościowych dr n. hum. Joanny Przybek-Mity, pielęgniarki i podróżniczki. Każdorazowe odwołanie się w artykule do jej relacji jest odnotowane w przypisach skrótem J.P.-M.

Pojmowanie śmierci w kulturze Torajów z Sulawesi jako podstawa ich stosunku do ciała *post mortem*

Zdaniem znawców przedmiotu lęk tanatyczny obniżano przez tłumaczenie śmierci jako sposobu przedłużenia ludzkiego istnienia i zapewnienia mu dalszego trwania. Patrząc z dzisiejszej optyki na to podejście można rzec, że śmierć była *sui generis* metaforą życia lub mitem opowiadającym o utrzymaniu się przy życiu². Ujęcie śmierci w kategoriach przenośni lub mitu odzwierciedla bogate słownictwo języka nie tylko zaprzeszłego, lecz również teraźniejszego. Nieomal na porządku dziennym są w użyciu różne eufemizmy oraz zastępcze określenia śmierci. Przyjmując kryterium semantyczne da się je podzielić na dwie grupy: metaforyczną i metonimiczną. Pierwszy zbiór znaczeniowy zawiera wyrazy takie jak „sen”, „wyjście”, „narodziny”, „podróż”, „wytnienie”, „przejście”, „spełnienie”. Przynależy do niego nawet żargon niektórych dyskursów filozoficznych upatrujących w śmierci korelat triumfu, epifanii dobra lub uprzywilejowanego momentu stawania się³.

Z kolei nazwy zamienne związane ze śmiercią, lecz osadzone na regule metonimii, spotkane są w zwrotach odnoszących się do terenu pochówku. Cmentarz na przykład zwie się „miejszem wiecznego spoczynku”. Śmierć ewokowana jest metaforycznie także w warstwie teoretycznej rytu pogrzebowego na Sulawesi. Oddaje ją przenośnia „mostu w zaświaty”⁴. W świadomości zbiorowej Torajów śmierć jawi się jako zmiana stanu bycia, która powoduje transformację dotychczasowego porządku istnienia indywidualnego człowieka. Od momentu śmierci zmarły nie jest już dłużej zwyczajnie żyjącym. Staje się kimś innym. Jego żywot wprawdzie nadal trwa, ale jest jakoś odmienny. Zmarły egzystuje raczej w stanie onirycznym albo pogrążenia w chorobie⁵. Koncept istnienia zmarłego w postaci Innobyty zapewnia mu utrzymanie więzi z tym światem i partycypacji w nim. Według Torajów łączność ta przejawia się w dwojaki sposób: byciu z przestrzenią oraz wypełnianiu przestrzeni swoją bryłą. Obie formy obecności zmarłego łączą się ze sobą jak rewers i awers tej samej monety.

Obraz śmierci pozorującej życie nie pozostaje obojętny dla typu emocji oraz postawy intelektualnej osieroconych względem ludzkich zwłok. Wywiera też istotny wpływ na rolę ciała zmarłego. U Torajów ciało zmarłego nie jest „nieczyste” i nie stanowi przedmiotu kulturowego tabu obwarowanego zakazem kontaktowania się z nim. Torajowie nie usuwają ciała ze strefy żyjących. Nie grzebią go w ziemi, nie poddają kremacji, nie spławiają rzeką i nie wydają na żer ptactwa.

² E. Morin, *Antropologia śmierci*, [w:] S. Cichowicz, J.M. Godzimirski (red.), *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, tłum. S. Cichowicz, J.M. Godzimirski, Warszawa 1993, s. 79.

³ L. Boros, *Istnienie wyzwolone. Misterium mortis*, tłum. B. Białecki, Warszawa 1996, s. 136.

⁴ J. P.-M.

⁵ J. P.-M.

Obchodzą się z nim wprost odwrotnie. Na Sulawesi ciało zmarłego jest przedmiotem specjalnej troski. Zmumifikowanego nieboszczyka, starannie ubranego, układa się w trumnie i przechowuje w północnej części domu rodzinnego aż do dnia pogrzebu, który może nastąpić nawet za kilka lat. W tym dniu przenosi się też zwłoki na stronę południową. Wtedy dopiero zmarły faktycznie rozpoczyna podróż do „ziemi dusz”⁶. Przez cały ten czas dusza zmarłego znajduje się niejako w „poczekalni”. Zmarły otrzymuje codziennie posiłki, odwiedzają go sąsiedzi i prowadzą z nim rozmowy. Towarzystwa dotrzymują mu także małe dzieci. Jeśli wyczekiwanie na pogrzeb wydłuża się o kolejne miesiące, zmarły jest przebierany w nową odzież.

Okazywanie względów ciału zmarłego wynika z jego roli w zaświatach. Analizując płaszczyznę konfesyjną Torajów wolno domniemywać, że wysoka ranga zmarłego jest pochodną antropomorficznej projekcji. Mechanizm projekcji opiera się na koncepcji zmarłego, który jest wyposażony w świadomość. Istotnym elementem procesu projekcji jest atrybucja polegająca na przypisaniu zmarłemu analogicznych uczuć, które miał za życia przed zgonem. Ich gama to istna *coincidentia oppositorum*, ponieważ zmarły może współczuć, być solidarny, wspierający, kooperujący i jednocześnie okazywać gniew lub zakłopotanie. W wyimaginowanym obrazie zmarły uzyskuje status samodzielnego podmiotu, który dysponuje mocą sprawczą. Dzięki niej w znacznej mierze panuje nad światem żywych i ma udział w kształtowaniu ich historii. Innymi słowy rzecz ujmując, jest źródłem orientacji egzystencjalnej żyjących oraz celem ich starań. Końcowym rezultatem projekcji jest alienacja. Do wyobcowania dochodzi w momencie wyrzeczenia się przez Toraję swoich najważniejszych cech na rzecz wyfantazjowanego wizerunku zmarłego. Tym sposobem Toraj ogołaca siebie z własnych jakości i „karmi” nimi istotę wymyśloną. Urojona postać nabiera wówczas takiej konsystencji, w obliczu której Toraj nie potrafi już inaczej myśleć o sobie jak tylko przez pryzmat zależności od niej.

Podległość zmarłemu ma charakter ontyczny, ponieważ Toraj przeżywa siebie w kategoriach bytu niezupełnego. Przekonanie o ograniczeniach własnej natury powoduje lęk Toraję i budzi w nim potrzebę jego zrekompensowania. Toraj, motywowany lękiem, zwraca się z prośbą wprost do zmarłego o spowodowanie interwencji sił nadprzyrodzonych, które są w stanie wyrównać jego braki. Tylko za jego pośrednictwem żyjący są zdolni uzyskać samoafirmację. Zmarłemu więc zawdzięczają swe szczęście oraz wysoką jakość istnienia, taką jak ją sami pojmują. Tą drogą zmarły staje się rzecznikiem żyjących⁷.

Wywiązaniu się zmarłego z powierzonej mu roli oraz zwiększeniu siły argumentu jego adwokatury w zaświatach służy sposób bycia Toraję oraz cała

⁶ J. P.-M.

⁷ J. P.-M.

struktura obrzędu pogrzebowego. Obie te kwestie zarządzane są przez tak zwaną „ekonomię śmierci”⁸. Ekonomia śmierci określa priorytety życiowe Toraja. Gros jego aktywności skupia się przeto na zbieraniu środków finansowych potrzebnych na przygotowanie godnej ceremonii. O okazałości obrzędu świadczy ilość zakupionych bawołów. Zawrotną cenę osiągają zwłaszcza bawoły albinosy. Sporą sumę trzeba odłożyć na dziesiątki świń. Fortuny wymaga zapłata za wykonanie kukły zmarłego. Wysokie stawki mają usługi kamieniarzy wykuwających w litej skale kwatery na zwłoki. Prawa ekonomii śmierci niejednokrotnie pochłaniają oszczędności całego życia Toraja. Zdarza się również, że pochówek doprowadza niektórych do zadłużenia się na kilka dekad⁹.

Jeśli wymienione powyżej rzeczy zostały już nabyte i cały klan rodziny ustali zadowolający wszystkich termin pogrzebu, wówczas można przejść do kolejnego etapu. Jest nim przygotowanie odpowiedniego *locus standi*. Miejscem, w którym spełniają się poszczególne sekwencje rytu jest wioska pogrzebowa. Wznosi się w niej domy o kształcie łodzi oraz wiaty dla gości zbudowane z bambusowych tyczek. Wszystkie budowle są odświętnie przystrojane¹⁰. Wyeksponowaną pozycję w osadzie pogrzebowej zajmuje platforma na trumnę ze szczątkami zmarłego. Wiele poszlak wskazuje, że plan urbanistyczny wioski może nawiązywać do motywu *yin* i *yang* dawnej metafizyki chińskiej. Za prawdopodobieństwem tego domysłu przemawia kilka racji. Przede wszystkim usytuowanie budynków w zależności od ich przeznaczenia według linii północ-południe. Nie wykluczone, że logika *yin* i *yang* warunkuje sens przedstawiania trumny w domu.

Gwoli jasności wypada przypomnieć, że *yang* oznacza nasłonecznione miejsce właściwe dla kierunku południowego. *Yang* to męski pierwiastek natury, siła, dynamizm, zdecydowanie¹¹. W ikonografii chińskiej *yang* reprezentuje biel, słońce, ciepło. *Yin* natomiast rozumiane jest jako strefa zacieniona, typowa dla strony północnej. Oddaje je czerń. *Yin* komunikuje bierność, uległość, łagodność, delikatność, chłód, smutek, odnosi się do żeńskiego aspektu natury. Z wykładni filozofii *yin* i *yang* zawartej na kartach *Księgi przemian Yijing* można się dowiedzieć, że ich wzajemne oddziaływanie na siebie jest przyczyną powstawania wszechrzeczy oraz wszelkich zmian. Cokolwiek istnieje – ma swoje przeciwieństwo. Nigdy jednakże przeciwieństwa te nie są absolutne, lecz jedynie względne¹². One nie dążą do wzajemnego unicestwienia się. W sensie ontologicznym żadna rzecz nie jest w pełni *yin*, ani całkiem *yang*. Przeciwieństw nie dzieli przepaść, ponieważ nie stanowią one odrębnych biegunów. Współzawodnictwo przeciwieństw jest

⁸ E. Morin, *op. cit.*, s. 83.

⁹ J. P.-M.

¹⁰ J. P.-M.

¹¹ Jee Loo Liu, *Wprowadzenie do filozofii chińskiej. Od myśli starożytnej do chińskiego buddyzmu*, tłum. M. Godyń, Kraków 2010, s. 8.

¹² A. Wójcik, *Filozoficzne podstawy sztuki kręgu konfucjańskiego*, Kraków 2009, s. 39–40.

siłą, która pobudza je do współpracy¹³. Kontrastami rządzi reguła wzajemnego przenikania i dopełniania się. Jedno nie może istnieć bez drugiego, tak jak dzień nie może istnieć bez nocy, szczęście bez cierpienia, światło bez ciemności, śmierć bez życia.

Wątek *yin i yang* daje o sobie znać także w częściach stałych partytury obrzędu. Niezmiennymi elementami w rycie są akty funeralne¹⁴. Pierwszą formą ekspresji aktu funeralnego jest procesja złożona z członków rodziny zmarłego do wioski pogrzebowej. W kondukcje krewni niosą trumnę z jego szczątkami oraz kukłę zwaną „tau-tau”. Procesja wyrusza o brzasku lub wczesnym przedpołudniem. Pora wyjścia nie jest przypadkowa, lecz skorelowana z chwilą przejścia nocy w dzień, mroku w jasność, pasywnego wyczekiwania w dynamiczne działanie. Orszak pogrzebowy zmierza do udekorowanego podwyższenia, na którym układa owiniętą w kolorowy całun trumnę, a obok niej ustawia lalkę¹⁵. Zmarły i jego widzialna reprezentacja otwierają ceremonię. Ów uroczysty akt obwieszcza dźwięk gongu i brzmienie bębnów. O dziwo, w instrumenty płytowe i perkusyjne uderzają kobiety. Oprócz wielu znaczeń fonii jest ona również formą zaproszenia na obrzędy. Na celebry Torajowie przynoszą rozmaite dary. Miejscowym zwyczajem jest składanie prezentów z żywego inwentarza, warzyw, wina, ciast itp. Wartość podarunku łączy się z pozycją materialną gości oraz funeralną intencją. Rodzaj daru nakłada na rodzinę zmarłego zobowiązanie do współmiernego odwzajemnienia się, gdy któremuś z gości umrze ktoś bliski w przyszłości. Przybywający do pogrzebowego przysiółka uczestnicy są witani przez mistrza ceremonii. Ceremoniarz pozdrawia głośno każdego z osobna i informuje dobitnie obecnych o typie złożonego podarunku, który jest natychmiast odnotowany w specjalnym zeszycie¹⁶.

Kolejnym ogniwem w łańcuchu aktów funeralnych są walki bawołów oraz pokazy zręczności młodzieży męskiej. Popisy polegają na uniknięciu stratowania przez rozpędanego byka i kontaktu z jego rogami. Potyczki toczone między zwierzętami oraz zabawa chłopców stopniowo zastępuje inna gra i inni aktorzy. Od poprzedniej różni się ona głównymi *dramatis personae* oraz tempem realizacji. Tym razem na arenę wchodzi mężczyźni odziani w kostium jednoczęściowy z rękawami do łokci o barwie ciemnoniebieskiej. Ich stój przypomina długi fartuch. Mężczyźni trzymając się za ręce w jednostajnym rytmie wykonują taniec. Przy akompaniamencie etnicznej muzyki i śpiewu przesuwają się po obwodzie koła. Figury tańca są proste, odtwarzane według sztywnego schematu. Tancerze w znikomym stopniu wykorzystują możliwości ruchowe ciała. Dla postronnego

¹³ Jee Loo Liu, *op. cit.*, s. 7.

¹⁴ Określenie „akt funeralny” należy traktować w kategoriach *terminus technicus*. Nazwa została utworzona przez autorów niniejszej publikacji w celu oddania osobliwości kluczowych czynności obrzędu blisko spokrewnionych z żałobną liturgią.

¹⁵ J. P-M.

¹⁶ J. P-M.

obserwatora ich akcja jest pozbawiona spontaniczności. Brakuje jej żywioowości, fantazji i wyrazistości uczuciowej.

Nagrania archiwalne tańca Tarojów z lat 40. XX w. świadczą o niekorzystnej ewolucji w tej kwestii. Dawniej taniec mężczyzn był bardziej urozmaicony. Na taniec składały się także wykonania solowe nieomal nagich mężczyzn, którzy z gracją podskakiwali, ze swadą obracali się dookoła własnej osi, prężnie unosili do góry kolana, z temperamentem poruszali przedramionami, z werwą robili przysiady. Taniec był lekki, zgrabny i piękny. Emanował przy tym energią typową dla wojowników. Ogięciem obowiązującym rekwizytem każdego tancerza były niewielka okrągła lub prostokątna tarcza, czasem oszczep oraz ozdobne nakrycie głowy¹⁷. Współcześnie nic prawie nie zostało z tego bogactwa. Pierwotną dionizyjskość zastąpił ospały nastrój pasterzy.

Tańczącym mężczyznom towarzyszą także kobiety. Z tym, że ich grupa zajmuje peryferie sceny. Kobiety ustawione są w linii prostej, plecami do mężczyzn. W odróżnieniu od nich poruszają się nieco szybciej. Taniec kobiet ma również szerszy wachlarz motorycznych niuansów. Kobiety, oprócz przesuwania się na boki, ruchem posuwistozwrotnym wykonują lekki gest kołysania tułowiem oraz robią mały wykrok do przodu. Specjalnym ozdobnikiem tańca kobiet jest subtelne unoszenie przedramion. Podczas tańca kobiety nucą inwokacje, skandują modlitwy oraz intonują pieśni. Ciało tancerek okrywa wąska suknia w kolorze łososiowym sięgająca im do kostek. Suknię spina w biodrach pas haftowany wielobarwnymi nićmi. Z pasa zwisają gęsto upięte warkoczyki zakończone frędzelkami. Ten sam wzór znajduje się na szerokiej obwódce wokół dekoltu. Jego dyskretny wykrój upiększa naszyjnik zrobiony z koralu o pomarańczowym i czarnym kolorze oraz metalowych pierścieni z cienkiego pozłacanego drutu. Integralnym elementem stroju jest czapka podobna do cylindrycznego stożka, którego wierzchołek wieńczy niewielka tarcza złotego słońca¹⁸.

W ciągu aktów funeralnych węzłowym ogniwem jest rytualny ubój zwierząt. Najpierw uśmierca się bawoły. Na plac sprowadzane są one pojedynczo i tu przywiązują się je grubym powrozem za tylną nogę do masywnego pala. Następnie kat-ofiarnik unosi do góry pysk zwierzęcia za metalowe kółko umieszczone w jego nozdrzach. Tym manewrem uwydatnia aortę szyjną i błyskawicznym cięciem maczety otwiera tętnicę. Po ubiciu kilkunastu lub kilkudziesięciu bawołów ten sam los spotyka świnię. Skrępowane sznurem zostają pozbawione życia przez zakłucie długim szpikulcem¹⁹. Mięso martwych zwierząt jest porcjowane w miejscu ubicia na gołej ziemi. Część mięsa trafia do kuchni wioski pogrzebowej i tam jest przyrządzane na uczę dla uczestników obrzędu. W tym także dla zmarłego

¹⁷ *Indonesia, Sulawesi dances in 1948*, You Tube (dostęp: 31.03.2020).

¹⁸ J. P.-M.

¹⁹ J. P.-M.

oraz manekina²⁰. Resztą obdziela się pozostałych członków plemienia, którzy nie biorą bezpośredniego udziału w celebrze. Wielkie płachty mięsa odnoszą im taragarze do domu. Wnętrznosci natomiast oraz głowy zwierząt rozwieszane są na drzewach, zgodnie z panującymi regułami wokół wioski pogrzebowej²¹. Żałobna biesiada trwa zazwyczaj kilka dni lub nawet cały tydzień.

Ostatnią w porządku chronologicznym postacią aktu funeralnego jest odprowadzenie w procesji ciała zmarłego do stałego miejsca pochówku. Może być nim jaskinia, grobowiec wyryty w skale lub zawieszenie trumny nad urwiskiem. W każdym z tych trzech przypadków zawsze obok trumny musi być umieszczona lalka. Klamrą spinającą wszystkie pierścienie praktyk żałobnych jest wciąż żywy wśród Torajów ceremoniał corocznego wyjmowania zwłok nieboszczyka z trumny, odświeżania go oraz ubierania w nowe rzeczy²².

Analiza treści obrzędu pogrzebowego

Przywołane odmiany aktów funeralnych Torajów, oprócz znaczenia magiczno-eschatologicznego, mają także walor czysto pragmatyczny. Przede wszystkim pełnią funkcję integrującą uczestników obrzędów. Po drugie, są otwartym spektaklem publicznym, w którym każdemu wolno wziąć udział. Dzięki teatralności obrzędów człowiek zajmuje miejsce pośród jednorodnej grupy i zanurza się w tym samym nastroju. Może jawnie oddawać się żałobnym praktykom i uzyskać niekiedy dostęp do nieuświadomionych form archetypicznych²³. Zetknąwszy się z nimi ma skłonność do obdarzania ich własną energią psychiczną. Jeśli tak się stanie to wówczas, z punktu widzenia hipotez roboczych C.G. Junga, owe formy zamieniają się jakby w samoistne jednostki o numinozalnym charakterze. Odtąd zaczynają przesądzać o rodzaju emocji oraz warunkować logikę przeżyć. Człowiek może mieć subiektywne wrażenie, że jakieś tajemnicze moce o boskiej genealogii zstępują pomiędzy uczestników obrzędu. Dramaturgia aktów funeralnych we wszystkich odsłonach urasta zatem do rangi mistycznego pojednania człowieka ze śmiercią oraz z jakimś nadnaturalnym wymiarem. W kontekście takiej sytuacji zachodzi zatem akt *quasi* mistyczny, który interioryzuje sekwencję aktów funeralnych i nadaje im rys indywidualnego zaangażowania.

Niezmiernie doniosłym segmentem w architekturze obrzędu są symbole oraz ich semantyka. Z całościowego oglądu zjawiska symbol można rozumieć jako współokruch. W definicji podanej przez Stefana Czarnowskiego symbol

²⁰ J. P.-M.

²¹ J. P.-M.

²² J. P.-M.

²³ C.G. Jung, *Archetypy i symbole. Pisma wybrane*, tłum. J. Prokopiuk, Warszawa 1981, s. 141–180.

jest rzeczą istniejącą niezależnie od pewnej konkretnej całości. Pojawienie się jej skrawka przypomina o tej całości i tym samym wystarcza do występowania w jej imieniu²⁴. Reprezentować całość to nie tylko uosabiać, lecz również wyraźnie komunikować i sprzyjać w nawiązaniu łączności. Wykładnia symbolu zaproponowana przez Czarnowskiego zdaje się być właściwym kluczem do częściowego odszyfrowania znaczenia rekwizytów, zwierząt, dźwięków i barw. Z uwagi na ograniczone ramy niniejszych rozważań nie da się zreferować znaczenia wszystkich symboli. Przedstawimy więc analizę tylko niektórych.

Nader pojemnym semantycznie symbolem jest lalka. Reprezentuje ona zmaterializowaną postać zmarłego oraz jego cień. Stąd musi być wykonana dokładnie przez specjalnego artystę. Tamtejszy oblubieniec muz kunsztownie, z dbałością o detale, wycina z oddzielnych kawałków twardego drewna poszczególne segmenty anatomiczne. Pracy rzeźbiarza przygląda się krewny zmarłego i pilnuje, aby podobieństwo figury było jak najwierniejsze do pierwowzoru²⁵. Po wystruganiu wszystkich elementów następuje ich połączenie oraz owijanie manekina warstwami materiału, na które nakłada się ubranie. Później lalce przykleja się włosy, brwi i upiększa biżuterią. Na kukłę zakłada się kolczyki, zawiesza łańcuszki, sznur paciorków. Na przedramionach zapina obróżki, bądź bransoletki²⁶. Przystrojonej kukle składa się ofiarę ze świni i wznosi akty strzeliste. Jest to chwila sakralnego uznania podobieństwa manekina do zmarłego oraz moment jej ożywienia²⁷. Jako widzialna replika zmarłego, lalka staje się natychmiast przedmiotem kultu. Kukła jest nabożnie wysławiana. Do niej kierowane są prośby o życzliwość dla żyjących, o pomnożenie urodzaju i pomoc w wzbogaceniu się²⁸.

Symbolami poruszającymi wyobraźnię oraz otwierającymi umysł uczestników obrzędów na sens tego, czego doświadczają, jest bawół. W tamtejszej kulturze uważa się go za uosobienie łagodności, szlachetności, zrównoważonej energii, zdrowia, siły, wytrwałości i dostatku. Bawół jest zwierzęciem świętym, spokrewnionym z bogami²⁹. Świnia tymczasem ma asocjacje bliskie szczęściu, zamożności, obfitości, majątności, dobrobytu, przychylności losu³⁰ oraz męskiej siły³¹.

Wielowymiarowość rytu akcentuje symbolika fonii. Jej źródłem są bębny i gong. Dobór tych instrumentów jest rozmysłny, ponieważ ich dźwięk – oprócz kreowania

²⁴ St. Czarnowski, *Warunki społeczne zmiany symbolów literackich. Dzieła*, Warszawa 1956, t. 1, s. 80.

²⁵ J. P.-M.

²⁶ J. P.-M.

²⁷ J.J. Pawlik, *Lalka w obrzędach pogrzebowych*, „Konteksty. Polska Sztuka Ludowa” 2001, t. 55, nr 1–4, s. 550.

²⁸ Ibidem, s. 550.

²⁹ Xu Gang, *Shi er shengxiao*, Hefei 2013, s. 43–49.

³⁰ Ibidem, s. 108–110.

³¹ W. Eberhard, *Symbolle chińskie. Słownik. Obrazowy język Chińczyków*, tłum. R. Darda, Kraków 2006, s. 255

nastroju i dopełnienia celebry efektem akustycznym – ma znaczenie metafizyczno-antropologiczne. Emitowane przez duży gong fale „opowiadają” o wydarzeniu wręcz na skalę kosmiczną³². Rozchodzące się w rozległym uniwersum vibracje stanowią medium pośrednika pomiędzy sferą ludzką, przestrzenią zmarłych, kręgiem bóstw, a wszechświatem. Bębny zaś łączą się z porządkiem antropologicznym³³. Ich brzmienie i jego tempo obwieszcza śmiertelnym dokonywanie się *hic et nunc* przełomu w „dziejach” zmarłego oraz o decydującym „teraz” dla jakości istnienia żywych.

W rodzinie symboli obrzędu wyróżniają się wyraźnie kolory³⁴. Barwy tworzą w nim wręcz wyjątkową „sytuację znakową”. Ich język jednakże jest polisemantyczny i niełatwy do interpretacji. Patrząc na kolory oraz ich odcienie można spekulować, że odzwierciedlają one podstawowe elementy natury: ziemię, wodę, ogień, drewno, metal³⁵. Natomiast sposób zestawienia kolorów wydaje się być pokłosiem idei przeciwieństw filozofii *yin* i *yang*. Na przykład kolor ciemnoniebieski, zahaczający o grafit, kontrastuje z ciepłą łososiową barwą w tonacji złota. Na tamtym obszarze kulturowym barwa niebieska wyraża spokój nieba, elegancję, wzniosłość, wdzięczność, szacunek i harmonię. Kolor łososiowy połyskujący złotym blaskiem bywa postrzegany jako źródło życia, z którego biorą swój początek wszystkie rzeczy. Łączy się również z mocą, światłością oraz mądrością³⁶. Kolor świeżej purpury zderza się z zielenią. Wysycony szkarłat jest odpowiednikiem siły, pasji, gorliwości, odwagi, sprawiedliwości, dostojęstwa³⁷. Rezygnując z ambicji głębszego roztrząsania sensu poszczególnych barw dość powiedzieć, że konstytuują one pewne wyobrażenia o przedmiocie, do którego odsyłają. Są ważkim czynnikiem kształtującym zbiorową tożsamość³⁸. Kolory kreują ponadto określone stany emocjonalne, modelują zachowanie i wpływają na formułowanie ocen. Słowem tworzą nader zróżnicowane kody symboliczne.

Dyskusja

Sporządzony pokrótce zarys obrzędu pogrzebowego na Sulawesi unaocznia wieloaspektowość zjawiska, które niewątpliwie zasługuje na pogłębioną refleksję z perspektywy antropologii śmierci. Dalsze eksploracje sprofilowane pod takim

³² R. Huntington, P. Metcalf, *Celebrations of Death. The Anthropology of Mortuary Ritual*, Cambridge 1979, s. 47.

³³ Ibidem, s. 47.

³⁴ J. P-M.

³⁵ Zhao Jing, *Zhongguo secai*, Hefei 2012, s. 4

³⁶ Ibidem, s. 25.

³⁷ Ibidem, s. 2.

³⁸ K. Jurek, *Kolor jako element kształtowania tożsamości jednostkowej i zbiorowej*, „Zeszyty Naukowe KUL” 2014, t. 57, nr 4, s. 54–66.

kątem może pozwolił dotrzeć do głębszych struktur znaczeniowych i oddzielić je od warstwy ludowej ezoteryki, ocierającej się momentami wręcz o groteskę. Ceremoniał w aktualnej postaci prowadzi na tropy mglistych wyobrażeń o rzeczywistym sensie jego składowych. Obecny stan rzeczy daje asumpt do formułowania licznych hipotez interpretacyjnych, jednakże można je łatwo sfalsyfikować. Zwyczaj stanowi relikw prapadawnej przeszłości, który utrzymuje się przy życiu siłą tradycji i rządzi się własnymi zasadami. Osądzanie go zatem według kryteriów innych kultur byłoby nieuprawnionym nadużyciem.

Patrząc zaś z szerszej perspektywy filozoficznej na pewne komponenty rytuału zastanawia dobitne wyartykułowanie w nich egzystencjalnej orientacji na śmierć, która jawi się fundamentalną zasadą życia. Intryguje nieustanny wpływ archaicznego obrzędu na świadomość współczesnych Torajów oraz ich sposób bycia w świecie. W konsternację wprawia ogrom cierpienia zadawanego zwierzętom w imię tanatycznej *idée fixe*, obsesji śmierci, podniesienia własnej wartości oraz pozycji w hierarchii społecznej. Frapujący jest turpizm obrzędu przejawiający się między innymi w przetrzymywaniu trumny ze zwłokami w domu, koloniach kleistej mazi będącej rezultatem zmieszania zwierzęcej posoki z ziemią, odorze jelit, psującej się krwi, porozrzucanych częściach ciała zwierząt i stadach much osiadających na mięsie. W oparciu o przywołane dane można skonstatować, że obrzęd niejako zahibernował umysł i więzi go w swoich okowach, bez względu na upływ czasu i rozwój cywilizacyjny.

Wnioski

1. Analiza obrzędu pogrzebowego na Sulawesi uwiarygadnia zasadność hipotezy, która głosi, że jest on źródłem nekrofilnej orientacji na życie, rozumianej w szerokim sensie.
2. Egzystencją człowieka żyjącego w tradycji Sulawesi zarządza ekonomia śmierci.
3. Obrzęd pogrzebowy Torajów integruje mieszkańców Sulawesi, przesądza o jakości ich istnienia i pozycji w hierarchii społecznej.
4. Obrzęd pogrzebowy na Sulawesi jest dla Torajów wydarzeniem nieomal na miarę kosmiczną, celebrowanym przez nich wyjątkowo uroczyscie.
5. Dla obserwatorów z zewnątrz obrzęd pogrzebowy Torajów ma duży walor poznawczy i sporo mówi o zawiłości ludzkiej natury uwarunkowanej kontekstem kulturowym.
6. Rozpatrywany z perspektywy człowieka Zachodu, obrzęd pogrzebowy Torajów jawi się w zupełnie odmiennej perspektywie: jako makabryczna inscenizacja śmierci oraz apoteoza zmarłych.

The funeral rite on Sulawesi as a certain variation of the necrophilic orientation on life in the light of interpretative hypotheses formulated from the position of the anthropology of death

Funeral rites are a phenomenon as primitive as tools and are as common. The acquis of the ethnologists and anthropologists of culture indicates that the genesis of the funeral rite in the prehistoric period was the thanatic triad. It consists of fear of death, fear of corpses and mourning. On the basis of this triad, each culture formed its own ceremonies and created a meta-narration for their respective parts. The contents and form of the funeral customs were to help tame fear of the inevitable, determine the approach to corpses, determine the internal logic of experiencing grief and marking its borders of the temporal horizon. Without ritual procedures, it would be rather impossible to close the „time of death”, release the libido orphaned from the bonds linking them with the deceased, regain the quality of existence and return to social roles. Not all funeral rites, however, served to sever communication of the living with the irreversibly lost subject of their emotional attachment, and not all imposed a closed time perspective. One such example is the mourning mysteries still cultivated on Sulawesi today. It can be said that, unlike other rites, they seem to be a certain variation of the necrophilic orientation on life, because instead of contributing to the ontic growth of the living, they subordinate their vital energy, life priorities and type of involvement mainly to the deceased. In this case death and the dead become a fundamental principle of lifestyle in the world of the indigenous inhabitants of Sulawesi.

Key words: rite, death, mourning, the rule of life

Artur Wójtowicz

Wpływ psychiki Josepha Smitha na jego pierwszą wizję

Wprowadzenie

Joseph Smith Jr. był w 1 połowie XIX w. osobą niezwykle kontrowersyjną, nie tyle poprzez fakt rzekomych objawień, ale z powodu ich niespójności i nieweryfikowalności. I choć Harold Bloom twierdził, że: „nie można kwestionować proroctwa Smitha, bo tak samo można by kwestionować początki judaizmu, chrześcijaństwa czy islamu. Osnową wszystkich religii są objawienia”¹, to krytycy stawiali twórcy mormonizmu liczne zarzuty, odnoszące się zarówno do samego faktu doznania objawień, jak do ich treści. Twórcy mormonizmu zarzucano np. stworzenie *Księgi Mormona* na bazie licznych plagiatów. Również opisy pierwszej wizji Josepha Smitha, czy też historia jego życia ulegały licznym przeróbkom, dokonywanym przez niego na przełomie lat.

Fundamentem religii mormońskiej była pierwsza wizja Josepha Smitha i na jej bazie powstała *Księga Mormona*, oraz wszystkie pozostałe objawienia. Nie byłoby problemu, gdyby w historii Kościoła mormońskiego zachowała się tylko jedna wersja tego objawienia. Tymczasem w dokumentach mormońskich odnajdujemy przynajmniej 6–9 wersji (różnych w swoich opisach) dotyczących pierwszego objawienia². Przykładowo w wersji z 1831/1832 r. Joseph Smith twierdził, że objawienie to otrzymał w wieku 16 lat, nie towarzyszyły mu żadne negatywne oddziaływania, natomiast odczuwał miłość płynącą z nieba. Sam Bóg, jego zdaniem, przekazał mu informację dotyczącą ukarania ludzkości za złe czyny i zapowiedział rychłe ponowne przyjście. W wersji z 1835 r. Joseph Smith twierdził,

¹ Cyt. za: *The Mormons*, film, reż. H. Whitney, USA 2007.

² Fotokopie zapisów dotyczących pierwszej wizji Josepha Smitha można odnaleźć na stronie Institute for Religious Research. Zob. Institute for Religious Research, *First Vision*, <http://mit.irr.org/first-vision-wdist> (dostęp: 20.09.2013).

że pierwsze objawienie miał w wieku 14 lat i że nie pojawił mu się sam Bóg, lecz przyszedł do niego aniołowie. W wersji z 1839 r. Smith podtrzymywał, że podczas pierwszego objawienia miał 14 lat, natomiast twierdził już wtedy, że podczas objawienia ukazał mu się zarówno Bóg Ojciec, jak i Jezus Chrystus³. Szerzej temat negacji pierwszej wizji opisali byli mormoni i krytycy mormońscy Jerald i Sandra Tanner w pracy pt. *Joseph Smith's Strange Account of the First Vision*, wydanej w Salt Lake City w 1966 r. Tymczasem mormoński apologeta Michael Quinn wielokrotnie starał się bronić prawdziwości wszystkich opisów⁴ na oficjalnych stronach internetowych Kościoła mormońskiego, powołując się na Biblię. Stwierdzał, że interpretacja wizji z czasem może się zmieniać. Jako przykład podawał pojawienie się aniołów w grobie Jezusa. *Ewangelia* Mateusza mówi bowiem o jednym aniele którego spotkały niewiasty⁵, natomiast *Ewangelia* Jana mówi o dwóch⁶. Tylko że w tym przypadku ani Jan, ani Mateusz nie byli przy grobie z niewiastami i spisywali przekaz dany im przez Marię Magdalenę. Tak więc czerpali informacje nie bezpośrednio z własnych doświadczeń, jak czynił to Joseph Smith. Zdaniem Roberta M. Bowmana Jr. zadziwiający pozostaje również fakt, że treść pierwszej wizji Josepha Smitha została opublikowana po raz pierwszy w amerykańskiej gazecie „Fredonia Cenzor” dopiero w 1832 r., czyli około 12 lat po fakcie⁷. Również przerabianie historii Kościoła mormońskiego przez Josepha Smitha i dostosowanie jej do konkretnej sytuacji stawia pod znakiem zapytania obiektywność jego przekazów.

Część tych zmian nie usuwa nic istotnego z tekstu księgi. Jednak co najmniej jeden skrót jest zastanawiający. Chodzi tu o tekst w *Joseph Smith – Historia* zamieszczony w punktach 1, 56–58. W treści broszury *Świadectwo Josepha Smitha* brzmi następująco: „W październiku 1825 roku wynająłem się do pracy u pewnego starszego pana mieszkającego w hrabstwie Chenango, w stanie Nowy Jork, który nazywał się Josiah Staal... Podczas gdy tam pracowałem, zamieszkiwałem u niejakiego Isaaca Hale’a w miejscowości Harmony, w hrabstwie Susquehanna, stan Pensylwania. Tam też ujrzałem po raz pierwszy moją przyszłą żonę, a jego córkę, Emmę Hale. Pobraliśmy się 18-go stycznia 1827 roku, gdy nadal praco-

³ Szerzej temat pierwszej wizji został opisany na stronie Mormonism Research Ministry. Zob. L. Thuet, *Which First Vision Account Should We Believe?*, <http://www.mrm.org/first-vision> (dostęp: 10.07.2013); teksty objawień zostały zamieszczone na stronie *Mormonismus-Online*. *Mormonen zwischen „Wahrheit” und Wirklichkeit*, http://www.mormonismus-online.de/index.php?inc=body_die_erste_vision.htm (dostęp: 10.07.2013).

⁴ Por. M. Quinn, *Jerald and Sandra Tanner's distorted view of Mormonism: A response to Mormonism – Shadow or Reality?*, <http://www.lds-mormon.com/mo2.shtml> (dostęp: 10.07.2013).

⁵ Por. Mt 28,5.

⁶ Por. J 20,12.

⁷ Por. R.M. Bowman, *The First Rumor: The 1831 Palmyra Reflector and the First Vision*, <http://mit.irr.org/first-rumor-1831-palmyra-reflector-and-first-vision> (dostęp: 20.09.2013).

wałem u pana Stoala... Natychmiast po ślubie opuściłem pana Stoala i udałem się do mego ojca, aby pomóc mu podczas tego sezonu w pracy na roli”⁸.

Pełny tekst zaczerpnięty z *Joseph Smith – Historia* brzmi następująco: „W roku 1823 rodzinę mego ojca dotknął wielki cios – śmierć mego najstarszego brata, Alwina. W październiku 1825 nająłem się do pewnego starszego pana o nazwisku Joszasz Stoał, który mieszkał w powiecie Chenango, stan Nowy Jork. Słyszał on o pewnej kopalni srebra otwartej przez Hiszpanów w Harmony, powiat Susquehanna w stanie Pensylwania i zanim mnie przyjął do pracy, kopał, aby znaleźć tę kopalnię o ile to możliwe. Kiedy z nim zamieszkałem, zabrał mnie wraz z innymi robotnikami, aby kopać w poszukiwaniu tej kopalni srebra; pracowałem tak prawie przez miesiąc bez powodzenia i w końcu przekonałem starego pana, aby zaprzestał kopania. Stąd poszła szeroko opowieść, jakobym był poszukiwaczem skarbów. W czasie tej pracy najmowałem kwaterę od niejakiego Izaaka Hale w tej samej miejscowości i tam po raz pierwszy ujrzałem swoją żonę (a jego córkę) – Emme Hale. Zawarliśmy ślub osiemnastego stycznia 1827, kiedy to wciąż pracowałem u pana Stoala. Jako, że wciąż upierałem się, iż miałem widzenie, ciągle cierpiałem prześladowania i rodzina ojca mojej żony stanowczo się opierała naszemu małżeństwu. Zmuszony więc byłem zabrać ją stamtąd; udaliśmy się więc do South Bainbridge w powiecie Chenango, stan Nowy Jork, gdzie zawarliśmy małżeństwo w domu pana Tarbill. Natychmiast po ślubie opuściłem pana Stoala i wróciłem do swego ojca, aby z nim gospodarzyć tego sezonu”⁹. Z tekstu tego jasno wynika, że Joseph Smith był posądzany o to, że trudnił się „poszukiwaniem skarbów”, oraz że porwał swoją żonę. Poszukiwanie to nie odbywało się jednak podczas eksploracji gór, ale polegało na patrzeniu w specjalny kamień umieszczony w kapeluszu i niczym nie różniło się od wróżenia.

Joseph Smith zdawał sobie sprawę z krytyki otaczającej jego osobę i *Księgę Mormona*. Dlatego też przedstawił w *Księdze Mormona* świadectwa trzech, a następnie ośmiu świadków na jej autentyczność. Nie mniej jednak tak subiektywne świadectwa nie stanowiły dla ówczesnie żyjących ludzi wielkiej wartości, gdyż to mormoni świadczyli o autentyczności ich księgi¹⁰. Z uwagi na fakt, że Stany Zjednoczone w pierwszej połowie XIX w. silnie odczuwały „głód religii”, Joseph Smith starał się stworzyć religię dla tego kraju. Co więcej, startując w wyborach

⁸ Cyt. za: PM, *Świadectwo Josepha Smitha*, Salt Lake City 1984, s. 15.

⁹ Cyt. za: PM, *Joseph Smith – Historia*, [w:] *Nauki i Przymierza*, Salt Lake City 1989, s. 49. Z uwagi na fakt, iż *Joseph Smith – Historia* nie należy do *Nauk i Przymierzy*, lecz razem z nimi jest opracione, posiada odrębną numerację stron.

¹⁰ Pierwsi trzech świadkowie to: Oliver Cowdery, David Whitmer i Martin Harris. Jeszcze przed śmiercią Josepha Smitha zostali oni przez niego osobiście wykluczeni z Kościoła. Z pozostałych ośmiu świadków, którzy złożyli świadectwo, iż *Księga Mormona* była prawdziwa, pięciu należało do rodziny wspomnianego Dawida Whitmera, natomiast pozostałych trzech to ojciec Josepha Smitha i jego dwaj bracia – przyp. autora.

prezydenckich w 1844 r. starał się wpłynąć na jego politykę i historię. Mormoni doskonale zdawali sobie sprawę, że historia Stanów Zjednoczonych tworzy się na ich oczach. Należało zatem uświadomić społeczeństwu, że kraj ich nie ma zaledwie ok. 100 lat, ale ponad 2000. *Księga Mormona* miała zatem ukazać ludziom historię ich państwa. Lecz aby spełniła swoją rolę, należało jeszcze przeprowadzić badania archeologiczne potwierdzające jej autentyczność.

Przeciwnicy *Księgi Mormona* utrzymywali, że była ona kopią fikcyjnego dzieła Salomona Spaldinga¹¹ o zagubionej cywilizacji budowniczych kopców w Ameryce Północnej, zatytułowanego *Manuscript Story czyli rękopis*, lub też po prostu została wymyślona. W drugim przypadku powoływano się na kontrowersyjny artykuł Williama Kelleya (członka Zreorganizowanego Kościoła Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich) opublikowany na łamach „Saint's Herald”, który mocno był krytykowany przez Johna H. Gilberta z Palmyry¹². Przeciwnikiem Josepha Smitha był również Alexander Campbell, z którego wspólnoty duża część wiernych odeszła do mormonów. W jego publikacji z 10 lutego 1831 r. w „The Millennial Harbinger” możemy znaleźć kilka tysięcy epitetów pod adresem Smitha, opisujących urojenia i fantazje przywódcy Kościoła mormońskiego¹³.

W latach 20. XX w. kilku psychologów amerykańskich podjęło temat stanu psychicznego Josepha Smitha. Po przeprowadzeniu badań nad osobowością twórcy Kościoła mormońskiego psychologowie doszli do przekonania, że Joseph Smith cierpiał na padaczkę lub chorobę zbliżoną do niej. Profesor Riley twierdził ponadto, że padaczka w połączeniu z hipnozą dawała Josephowi Smithowi ogromne możliwości wpływania na współpracowników, do tego stopnia, że przekonał ich, iż ujrzeni niebiańskie wizje, dotykali złotych płyt i słyszeli niebiańskie głosy¹⁴.

Przyjrzyjmy się różnicom jakie pojawiają się w czterech wersjach wizji Josepha Smitha¹⁵.

¹¹ Czasopisma amerykańskie tamtego okresu podają dane autora *Manuscript Story* jako Salomon Spalding lub Solomon Spaulding. Por. H. Baker, *Author of the Mormon Bible*, „New-York Daily Tribune” 1850, t. 10, nr 2993, nlb; L.E. Brittain, *Forcible Refutation*, „Liahona the Elders' Journal” 1908, t. 6, nr 18, nlb. W 1840 r. ukazał się w hawajskiej gazecie „The Polynesian” artykuł na temat kradzieży rękopisów Salomona Spaldinga przez Sidneya Rigdona. Por. J.J. Jarves, *The Mormon Bible*, „The Polynesian” 1840, t. 1, nr 9, nlb.

¹² Całość polemiki została zamieszczona w pracy Rodgera I. Andersona. Por. R.I. Anderson, *Joseph Smith's New York Reputation Reexamined*, Salt Lake City 1990, s. 79–82.

¹³ Zob. D. Chase, *Sidney Rigdon: Early Mormon*, Chicago 1931 s. 43.

¹⁴ Ibidem, s. 45–46. Szerzej temat psychiki Josepha Smitha por. A. Wójtowicz, *Joseph Smith – fałszerz, czy wizjoner?*, „KrymiGRAF” 2013, t. 16, nr 4, s. 10–18. Według Dixona prowadzącego badania nad mormonizmem podczas wyprawy do Salt Lake City w latach 60. XIX w. „Józef Smith (...) doznał dzieckiem będąc, gwałtownego wstrząśnienia mózgu, prawie zawrotu głowy od dziwacznych obrządków, zwanych revivals (obudzenie wiary)”. Cyt. za: H. Dixon, *Nowa Ameryka*, t. 2, tłum. R. Boczarska, Warszawa 1873, s. 30.

¹⁵ Zestawienie zostało zaczerpnięte z J.T. Runnells, *Ein Brief an einen CES-Direktor. Warum ich mein Zeugnis verlor*, b.m.w. 2013.



Ryc. 1. Porównanie pierwszej wizji Josepha Smitha przedstawianej przez niego w różnych okresach.

Źródło: J.T. Runnells, *Ein Brief an einen CES-Direktor. Warum ich mein Zeugnis verlor*, b.m.w. 2015, s. 35.

Analiza istoty objawień Josepha Smitha – przegląd piśmiennictwa

Prezydent Gordon B. Hinckley w publikacji zatytułowanej *Die Wunderbare Grundlage unseres Glaubens* stwierdza: „Cała nasza siła opiera się na prawdzie tej wizji. Albo to się stało, albo nie. Jeśli nie, ta praca jest oszustwem. Jeśli tak, to jest to najważniejsze i najwspanialsze dzieło pod niebem”. Przeanalizujemy zatem niniejsze opisy wizji, jakich dokonał Joseph Smith. Jako źródło wybrałem oświadczenia z oficjalnych stron internetowych Kościoła mormońskiego.

W wersji z 1832 r. pojawia się wątek odpuszczenia grzechów, postać Jezusa Chrystusa, oraz stwierdzenie, że wszystkie kościoły na ziemi błędzą¹⁶. W 1835 r.

¹⁶ Por. https://www.fairmormon.org/answers/Primary_sources/Joseph_Smith,_Jr./First_Vision_accounts/1832.

pojawiają się dwa opisy pierwszej wizji. 9 listopada Smith podaje, że objawiły mu się dwie osoby wraz z chórem anielskim, dodatkowo jak poprzednio, pojawia się wątek odpuszczenia grzechów, słup ognia oraz dodatkowy anioł. W wersji z 14 listopada 1835 r. żaden z tych wątków (z dwóch poprzednich wersji) już się nie pojawia. Jest tutaj tylko i wyłącznie mowa o chórze anielskim¹⁷. W wersji z 1838 r. Joseph widzi dwie postacie (Boga Ojca i Jezusa), pojawia się wątek o odpuszczeniu grzechów oraz stwierdzenie, że wszystkie kościoły na ziemi błędzą¹⁸. Istnieje jeszcze wersja z 1842 r., również wprowadzająca niejasności¹⁹.

Kogo zatem widział Joseph Smith naprawdę? I czy w ogóle kogokolwiek widział? Od 12 do 22 roku życia nikt spoza rodziny Josepha nie słyszał od niego nic na temat wizji, których miał doświadczyć. Czy młody człowiek byłby w stanie utrzymać w tajemnicy tak ważne wydarzenie życiowe? Świat poznał je dopiero w 1832 r.

W wersji z 1832 r. Joseph Smith powiedział, że jeszcze przed modlitwą wiedział, że nie ma prawdziwej i żywej religii wzorowanej na Kościele, który Chrystus założył w *Nowym Testamencie*. Głównym powodem jego modlitwy była prośba o przebaczenie grzechów. W oficjalnej wersji z 1838 r. Joseph tymczasem stwierdził: „Powodem, dla którego chciałem rozmawiać z Panem, było to, że chciałem wiedzieć, które ze wszystkich wyznań jest właściwe, bo nie wiedziałem, do którego z nich dołączyć”.

Wątpliwości jakie rodzą się po przeanalizowaniu licznych wersji pierwszej wizji Josepha Smitha dotyczą:

- 1) Daty objawień i wieku, w którym miał ich doznać: w wersji z 1832 r. Smith mówi, że miał 15 lat, kiedy miał wizję w 1821 r., a w innych wersjach miał 14 lat i miał wizję z 1820 r.
- 2) Powodu lub motywu prośby o boską pomoc: studium Biblii czy poczucie winy, ruch ożywiający, aby wiedzieć, do którego kościoła dołączyć.
- 3) Wątpliwości, kto tak naprawdę Smithowi się objawił: jeden duch, jeden anioł, dwa anioły, Jezus, wielu aniołów, Ojciec i Syn?
- 4) Z historii wiemy, że w 1820 r. w Palmyrze nie było ożywienia religijnego. Pierwsze było w 1817 r., a drugie w 1824 r. Zarówno jego brat William Smith, jak i matka Lucy Mack Smith twierdzą, że rodzina dołączyła do Kościoła prezbiteriańskiego po śmierci Alvina w listopadzie 1823 r., Chociaż Joseph Smith twierdzi w wersji z 1838 r., że zostali członkami w 1820 r., 3 lata przed śmiercią Alvina Smitha.

¹⁷ Por. https://www.fairmormon.org/answers/Joseph_Smith's_First_Vision/Accounts/1835.

¹⁸ Por. <https://www.churchofjesuschrist.org/study/scriptures/pgp/js-h/1?lang=eng>.

¹⁹ Por. <https://www.churchofjesuschrist.org/study/ensign/2002/07/the-wentworth-letter?lang=eng>.

- 5) Dlaczego Joseph miał trynitarną wiarę w Boga, jak wcześniej opisano w *Księdze Mormona*, kiedy wyraźnie zobaczył na własne oczy, że Ojciec i Syn są oddzielnymi i fizycznymi bytami, jak opisano w oficjalnej Pierwszej Wizji?

Biografowie Josepha Smitha skupiają uwagę na stanie jego zdrowia, zarówno psychicznego, jak i fizycznego. To zrozumiałe ze względu na rolę jaką odegrał w powołaniu Kościoła i szczególnie rodzaj wrażliwości religijnej, który motywował go do aktywności na tym polu.

Około 1806 r. Smithowie przenieśli się do West Lebanon, które niedługo później zostało nawiedzone przez epidemię, określaną w źródłach mormońskich jako tyfus²⁰. Choroba zaatakowała wówczas siedmioletniego Josepha i w konsekwencji doznał zakażenia kości piszczelowej lewej nogi. Dzięki interwencji jednego z bardziej znanych chirurgów nowoangielskich owych czasów, dr. Nathana Smitha, udało się uniknąć amputacji, chociaż pacjent do końca życia lekko utykał²¹. Właśnie ten przebieg choroby, związany z zapaleniem kości i szpiku, wzbudził wątpliwości współczesnych badaczy. Na ogół nie występuje ono bowiem przy tyfusie, jest natomiast charakterystyczne dla duru brzuszego. W latach 1812–1813, a więc w okresie gdy Smith zachorował, wzdłuż doliny Connecticut (wokół Lebanonu) panowała epidemia tego drugiego²².

W ostatnim okresie ukazało się kilka publikacji, których autorzy oceniali na podstawie objawów, że Joseph Smith padł ofiarą duru brzuszego, a nie tyfusu²³. Obie choroby mają podobny przebieg, są przenoszone przez wszy i przez kontakt z brudną wodą, pościelą, nieczystościami. Do około 1837 r. nazwy „tyfus” i „dur brzuszny” były w medycynie amerykańskiej używane zamiennie²⁴. W literaturze przedmiotu spotkać się można z twierdzeniem, że szczęśliwe wyjście Josepha

²⁰ W mormońskich archiwach istnieją zapisy, mówiące że przyczyną choroby był tyfus. Zob. PM, *Lehren der Präsidenten der Kirche: Joseph Smith*, Salt Lake City 2007, s. 2; PM, *Church History in the Fulnes of Times. Student Manual. Religion 341 Through 343*, Salt Lake City 2003, s. 23.

²¹ Por. PM, *Lehren der Präsidenten der Kirche: Joseph Smith*, Salt Lake City 2007, s. 2; PM, *Church History in the Fulnes of Times. Student Manual. Religion 341 Through 343*, Salt Lake City 2003, s. 23; R.L. Bushman, *Joseph Smith: Rough Stone Rolling*, New York 2005, s. 18–19; D. Vogel, *Joseph Smith: The Making of a Prophet*, Salt Lake City 2004, s. 16–17.

²² R.L. Bushman, *Joseph Smith: Rough Stone Rolling*, New York 2005, s. 18–19; D. Vogel, *Joseph Smith: The Making of a Prophet*, Salt Lake City 2004, s. 16–17.

²³ N.R. Welch, *Joseph Smith's Childhood Illness*, „Religious Educator” 2009, t. 10, nr 3, s. 131–136; S.F. Proctor, M.J. Proctor (red.), *The Revised and Enhanced History of Joseph Smith by His Mother*, Salt Lake City 1996, s. 69. Por. też: L.S. Wirthlin, *Nathan Smith (1762–1828) Surgical Consultant to Joseph Smith*, „BYU Studies” 1977, t. 17, nr 3, s. 319–337; L.S. Wirthlin, *Joseph Smith's Boyhood Operation: An 1813 Surgical Success*, „BYU Studies” 1981, t. 21, nr 2, s. 131–154.

²⁴ Definitywnego podziału dokonał w 1837 r. William Wood Gerhard. Zob. Gerhard on Typhus Fever, „The Boston Medical and Surgical Journal” 1837, t. 17, nr 3; D.C. Smith, *Gerhard's distinction between typhoid and typhus and its reception in America, 1833–1860*, „Bulletin of the History of Medicine” 1980, t. 54, nr 3, s. 15.

Smitha z fizycznych dolegliwości nie wyczerpuje skutków choroby. Zdaniem Williama D. Moraina, przebyta w wieku młodzieńczym choroba wytworzyła w jego umyśle traumę, towarzyszącą mu do końca życia²⁵.

W latach 20. XX w. kilku psychologów amerykańskich podjęło temat stanu psychicznego Smitha. Po przeprowadzeniu badań nad osobowością twórcy Kościoła mormońskiego, psychologowie ci doszli do przekonania, że prawdopodobnie cierpiał on na padaczkę lub chorobę do niej zbliżoną. Wcześniej pisał o tym Isaac Woodbridge Riley, twierdząc, że padaczka w połączeniu z hipnozą dawała Smithowi możliwości silnego wpływania na współpracowników. Wpływ ten był tak mocny, że przekonał ich, że oni także ujrzeli niebiańskie wizje, dotykali złotych płyt i słyszeli głosy²⁶. Niemiecki badacz, Konrad Algermisen, twierdził natomiast, że przywódca mormoński był: „obciążony silnymi neuropatycznymi dysfunkcjami, pochodzącymi zarówno ze strony ojca, jak i matki”²⁷.

Sześćdziesięcioro dwoje ludzi znających ich z pośredniego etapu przenosin w Palmyrze, wydało oświadczenie, z którego wynika, iż Smithowie byli ludźmi podejrzanego autoramentu, niemoralnymi, chętnymi do wróżb i „poszukiwania skarbów” metodami paranaukowymi²⁸. John Q. Adams opisując rodzinę Smithów twierdzi, że Joseph został nauczony przez matkę posługiwania się różdżką, natomiast przez ojca kamieniami jasnowidzącymi, by w ten sposób pomagać rodzicom w zarobkowaniu²⁹. W publikacjach Bakera, Renkera, Andersona

²⁵ W.D. Morain, *The Sword of Laban. Joseph Smith, Jr., and the Dissociated Mind*, Washington 1998, s. 13; por. także: R.D. Anderson, *Inside the Mind of Joseph Smith. Psychobiography and the Book of Mormon*, Salt Lake City 1999.

²⁶ I.W. Rile, *The Founder of Mormonism. A Psychological Study of Joseph Smith Jr.*, New York 1902; D. Chase, *Sidney Rigdon: Early Mormon*, Chicago 1931, s. 45–46. Według Hepwortha Nixona, prowadzącego badania nad mormonizmem podczas wyprawy do Salt Lake City w latach 60. XIX w.: „Józef Smith [...] doznał dzieckiem będąc, gwałtownego wstrząśnienia mózgu, prawie zawrotu głowy od dziwacznych obrządków, zwanych revivals (obudzenie wiary)”; H. Dixon, *Nowa Ameryka*, tłum. R. Boczarska, Warszawa 1873, t. 2, s. 30.

²⁷ K. Algermisen, *Das Sektenwesen der Gegenwart*, Heidelberg 1962, s. 30–31.

²⁸ Por. W.A. Linn, *The Story of the Mormons*, New York 1923, s. 13.

²⁹ Ang. „Palmyra seer stone” i „peek stone”. Por. J.Q. Adams, *The Birth of Mormonism*, Boston 1916, s. 16. Temat posługiwania się różdżką przez Josepha Smitha podjął Mark Ashurst McGee w pracy magisterskiej obronionej na Uniwersytecie Utah. Zob. M.A. McGee, *A Pathway to Prophethood: Joseph Smith Junior as Rodsman, Village Seer, and Judeo-Christian Prophet*, Salt Lake City 2000, s. 66. McGee przytacza również słowa Josepha Smitha przekonujące Emmę Smith, iż dar jego jasnowidzenia pochodzi od Boga (ibidem, s. 184); E.C. Blackman, *History of Susquehanna Co.*, Philadelphia 1873, s. 579. Należy również pamiętać, że osiemnastowieczny rynek czytelniczy Stanów Zjednoczonych zapełniony był nie tyle literaturą piękną, ile publikacjami obliczonymi na masowego odbiorcę. Publikacje te zawierały informacje polityczne, naukowe, religijne, czy też filozoficzne, jak i wykresy astrologiczne wykorzystywane do opracowywania popularnych horoskopów. Należy pamiętać, że horoskop przepowiadający przyszłość czy też podający sposoby leczenia chorób zgodnie z danymi znakami zodiaku był dla umysłu kolonialnego jednym z popularniejszych form szukania sensu i poczucia bezpieczeństwa w świecie pełnym niepewności i zagrożeń.

i Witnessesów można również znaleźć liczne zarzuty dotyczące wróżbiarstwa i manipulacji ludźmi przez twórcę mormonizmu³⁰.

Również profetyzm twórcy mormonizmu częstokroć był podważany. Opierając się wyłącznie na faktach historycznych i porównując je z przepowiedniami prorockimi Josepha Smitha można dojść do przekonania, że przy ich tworzeniu posługiwał się on metodą *vaticinium ex eventu*³¹, nie mającą nic wspólnego z nad-

Amerykańska literatura piękna tego okresu odzwierciedla absorbujące wielu pisarzy i myślicieli – zarówno religijnych, jak i świeckich, od czasów pierwszych osadników purytańskich do polityków rewolucyjnych – idee szczególnej roli, jaką Ameryka miałaby odegrać w dziejach ludzkości. A. Bartnicki (red.), *Historia Stanów Zjednoczonych Ameryki*, Warszawa 1995, t. 2, s. 128–130.

³⁰ Od października 1825 r. na terenie Harmony w stanie Pensylwania Smith pomagał Josiahowi Stoolowi w poszukiwaniach ukrytej kopalni srebra. Za usługę jasnowidztwa Smith zażądał zażądał 3 dolary dziennie. Mieszkając na farmie w Susquehann Valley przy pomocy „kamieni widzących” kierował pracami. Z uwagi na bezskuteczność takich poszukiwań, pracodawca uznał go za szarlatana. Zob. Z. Renker, *Unsere Brüder in den Sekten, die Mormonen*, Limburg 1964, s. 18–19. Za oszustwa i wyłudzenie pieniędzy podczas pracy u Josiaha Stoola Joseph Smith został ukarany grzywną wysokości 2,68 dolara. Zob. T. Carlyle, *Fraser's Magazine*, Ann Arbor 1873, t. 7, s. 229–230. Część akt z procesu w stanie Nowy Jork przeciw Josephowi Smithowi z 20 marca 1826 r. (zarzut: wróżenie z przezroczystego kamienia) jest dostępnych na stronie: <http://www.utlm.org/onlinebooks/changech4.htm>. Szerzej temat poszukiwania skarbów przez Josepha Smitha rozwinął w swojej publikacji Rodger I. Anderson i państwo Witnesses. Zob. R.I. Anderson, *Joseph Smith's New York Reputation Reexamined*, Salt Lake City 1990 s. 28–50; E. Witnesses, E. Witnesses, *Mormonism: Incidents in its first appearance*, „The Homiletic Review” 1904, t. 47, nr 2, s. 151–153. W 1902 r. czasopismo „The Otsego Farmer” z Nowego Jorku opublikowało, artykuł opisujący manipulacje Smitha suponującego, iż potrafi stąpać po wodzie niczym Chrystus. Wieczorową porą pod lustrem wody zamieszczono rusztowanie, tak by wykonawca spektaklu mógł po nim kroczyć, a dla widzów byłoby to niewidoczne. Po odkryciu prawdy Smith został skompromitowany. Zob. H. Baker, *Another Smith of afton*, „The Otsego Farmer” 1902, t. 16, nr 9, nlb. Institute for Religious Research podejmując temat fałszywych prorocत्व Josepha Smitha opublikował w 1997 r. na swojej stronie internetowej dowody na ich niespełnienie się. Zob. Institute for Religious Research, *Failed Prophecies of Joseph Smith*, <http://mit.irr.org/failed-prophecies-of-joseph-smith> (dostęp: 20.09.2013).

³¹ Przepowiadanie *vaticinium ex eventu* polega na objawianiu ludziom tajemnic już zaistniałych i znanych tylko i wyłącznie objawiającemu. Z reguły takie objawienia nie wnoszą nic nowego, gdyż zdarzenie już zaistniało – przyp. autora. Na szczególną uwagę zasługuje objawienie Josepha Smitha Jr. jakiego rzekomo doznał w 1832 r. na temat zbliżającej się wojny. Zdaniem mormonów jest to niezbity dowód, że ich przywódca był prorokiem. Wedle jego objawienia wojna miała wybuchnąć na terenie Karoliny Południowej i z niej się rozprzestrześć. Zob. PM, *Przywrócona prawda*, Salt Lake City 1999, s. 42. Mormoni twierdzą, iż jest to prawdziwe prorocत्व, gdyż 28 lat po nim na terenie Karoliny Południowej wybuchły liczne bunt w miastach, które z czasem przerodziły się w wojnę secesyjną (1861–1866). Zob. J.E. Talmage, *Die Glaubensartikel*, Salt Lake City 1961, s. 34. Tymczasem Josh McDowell w swojej publikacji podaje inne niezwykle okoliczności tego wydarzenia. Objawienie Josepha Smitha Jr. zostało spisane 25 grudnia 1832 r. Z historii Stanów Zjednoczonych wiadomo, że Kongres w dniu 14 lipca uchwalił ustawę taryfową (czyli na 5 miesięcy wcześniej, nim Smith uzyskał objawienie). Karolina Południowa sprzeciwiła się tej ustawie i unieważniła ją. Prezydent Jackson, spodziewając się kłopotów, wprowadził na podległym sobie terenie stan wyjątkowy. Mniej więcej na miesiąc przed objawieniem Smitha,

zwyczajnymi darami, otrzymanymi od Boga. Dan Vogel w publikacji *The Prophet Puzzle* przedstawia postać Josepha Smitha w początkowej fazie tworzenia mormonizmu (1829–1835) jako pobożnego oszusta, którego celem było stworzenie interesu na bazie religii. Podsumowując swój tekst Vogel pisał: „Sądzę, że Smith naprawdę wierzył, że został wezwany przez Boga by głosić pokutę grzesznemu światu, ale też czuł się uprawniony do stosowania podstępów, by dokładniej wypełnić swoją misję. Jak uzdrowiciel wiary, przyjął rolę proroka, stworzył *Księgę Mormona* i głosił objawienia, wywołując we wspólnotie atmosferę cudów i prawdziwego nawrócenia. Te rzeczywiste uzdrowienia i nawrócenia nie tylko usprawiedliwiają nadużycia, ale także przekonują pobożnych oszustów, że ostatecznie są być może prawdziwymi uzdrowicielami i prorokami”³².

James H. Kennedy w publikacji *The Early Days of Mormonism* przedstawia opis Proroka z okresu dwunastu lat, niewiele odbiegający od wspomnianego: „Jeszcze mniej przyjemny obraz został opracowany przez kogoś innego, kto bliżej znał chłopca. Pomiędzy dwunastym a trzynastym rokiem życia został on zapamiętany jako postać o tępych oczach, lnianych włosach [...] powolnym charakterze, przesadnych zwyczajach i zakłamaniu. Rzadko rozmawiał z kimkolwiek (chyba, że został zapytany przez kogoś pierwszy) z powodu swoich wybryków, gdyż jego słowa nie budziły najmniejszego zaufania. Wypowiadał się w sposób przesadny lub absurdalny. Był przebiegły, schematyczny, oszukiwał, skłonny do intryg i pretensji. Był jednak dobroduszny i bojowy, a być może i prowokacyjny”³³.

Nie można także wykluczyć, że Joseph Smith cierpiał na narcystyczne zaburzenie osobowości. Robert D. Andersona zajął się szczegółowo tą problematyką w publikacji pt. *Inside the Mind of Joseph Smith: Psychobiography and the Book of Mormon*³⁴. Młodość oparta na jasnowidztwie i wróżeniu z kamienia, a także poszukiwaniu skarbów, w znacznym stopniu przyczyniła się do utwierdzenia go w przekonaniu, że jest kimś wyjątkowym, posiadającym „boży dar”. Tezę tę

gubernator Karoliny Południowej przemawiał przed Zgromadzeniem Ustawodawczym i zapowiedział zbrojny opór, jeżeli zajdzie taka potrzeba. Przemówienie zostało opublikowane 10 grudnia 1832 r. w „Boston Daily Advertiser and Patriot”. W tym czasie (10 grudnia) bliski współpracownik Josepha Smitha – Orson Hyde przebywał w Bostonie i wyruszał do Kirtland, gdzie dotarł 22 grudnia. Smith przedstawił swoje objawienie trzy dni później, a zawierało ono te same informacje, jakie można było przeczytać w bostońskiej gazecie. Tak więc Joseph Smith Jr. nie miał na myśli zamieszek z 1860 r., jak próbował jego objawienia tłumaczyć James E. Talmage (por. J.E. Talmage, *Die Glaubensartikel*, Salt Lake City 1961, s. 34), lecz wojnę domową z 1832 r. Z całą pewnością jednak nie angażowała się w nią Wielka Brytania, jak przewidywał to w swoim objawieniu Smith. Zob. J. McDowell, D. Stewart, *Oszukani*, Lublin 1994, s. 62–63; G. Kulik, *Mormoni i profesor Anton*, „Effatha” 1994, nr 7–8 (29–30), s. 16.

³² D. Vogel, *The Prophet Puzzle*, Snowbird 1996, s. 10.

³³ J.H. Kennedy, *The Early Days of Mormonism*, New York 1888, s. 15.

³⁴ R.D. Anderson, *Inside the Mind of Joseph Smith: Psychobiography and the Book of Mormon*, Salt Lake City 1999.

podtrzymują również Jerald i Sandra Tanner w publikacji *The Changing World of Mormonism*³⁵. Niewykluczone, że to właśnie zaburzenia narcystyczne Smitha spowodowały, iż umieścił w *Księdze Mormona* opis swojej osoby, mówiący, iż jest „Nowym Mojżeszem” (2 Ne 3, 6–9). Skłonności te niewątpliwie miały wpływ na nominowanie się do stopnia generała Legionu Nauvoo, czy też na startowanie w wyborach prezydenckich.

Dokonując próby oceny psychologicznej przywódcy mormońskiego na podstawie jego wypowiedzi, w oparciu o metodę Klagesa, można stwierdzić, że posiadał on silną wolę, był wytrzymały oraz konsekwentny w działaniu. Z drugiej jednak strony, jawi się jako osoba przejawiająca oziębłość uczuć, znieczulicę i szablonowość, niecierpliwość, skłonność do zachowań kombinatorskich i pokrętnych³⁶.

Podsumowanie

Przedstawione powyżej analizy wpisują się w model analizy treści wierzeń religijnych, wypracowany w 2 połowie XIX w. i popularny w 1 połowie XX stulecia, znajdujący odbicie w piśmiennictwie naukowym także i w następnych dekadach. Istotą tego modelu jest rozpatrywanie treści tych wypowiedzi w perspektywie biografii twórcy badanej koncesji religijnej, w której kładzie się nacisk na elementy związane z chorobami psychicznymi i somatycznymi, zaburzeniami relacji społecznych, trudnościami w osiąganiu celów pożądanых społecznie w latach życia tegoż twórcy, ale dla niego samego trudnych lub niemożliwych do osiągnięcia normalną drogą. Przyjmowana w tym ujęciu metodyka analizy biograficznej nawiązuje do metodologii pozytywistycznej (lub innych, np. opartej na podstawach materialistycznych), w której przekonania oparte na objawieniu a priori uznawane są za oparte na nieistniejących podstawach, a w związku z tym zawsze wymagają jakiegoś racjonalnego wyjaśnienia. Racjonalność ta powinna być oparta na czynnikach, których status nie jest we współczesnej nauce kwestionowany, takich jak zaburzenia poznawcze uwarunkowane chorobowo (np. epilepsja, uraz

³⁵ J. Tanner, S. Tanner, *The Changing World of Mormonism*, Salt Lake City 1979, s. 74–75. Całość publikacji jest dostępna w internecie pod adresem: <http://www.utlm.org/onlinebooks/changecontents.htm>.

³⁶ Analizę pisma Josepha Smitha w oparciu o metodę Klagesa przeprowadziłem posiadając kompetencje biegłego sądowego z zakresu ekspertyzy porównawczej pisma i dokumentów oraz psychologii pisma. Szerzej temat psychiki Josepha Smitha Jr. podjąłem w artykule: A. Wójtowicz, *Joseph Smith – fałszerz czy wizjoner?*, „KrymiGRAF” 2013, t. 16, nr 4, s. 10–18. Badania zostały przedstawione na konferencji zorganizowanej przez Uniwersytet St. Petersburgski, w dniach 23–24 stycznia 2014 r.: „Духовность, нравственность, патриотизм – как основа профессионального образования”. Tytuł referatu: *Джозеф Смит (Основатель мормонства) – фальсификатор или визионер? Анализ человека в основе о психологию почерка*. Na temat metody Klagesa zob. A. Wójtowicz, *Grafologia Klagesa (część I)*, Bytom 2011.

mózgu w dzieciństwie), określony rodzaj osobowości, czy model rozwiązywania problemów życiowych i osiągania awansu społecznego. Niniejszy artykuł przynosi zestawienie tego rodzaju interpretacji, dokonanych głównie przez autorów amerykańskich, którzy uważają także współcześnie wypracowane w 2 połowie XIX w. metody analizy treści wierzeń religijnych za użyteczne.

Influence of Joseph Smith's psyche on his first vision

Joseph Smith Jr. in the first half of the 19th century, he was an extremely controversial person, not so much because of the alleged apparitions, but because of their inconsistency and unverifiability. The founders of Mormonism were accused of, for example, creating the Book of Mormon on the basis of numerous plagiarisms. The descriptions of the first vision of Joseph Smith, or the history of his life, were also subject to numerous alterations made by him over the years. In the 1920s, several American psychologists took up the subject of Joseph Smith's mental state. The analyzes presented in this article are part of the model of analyzing the content of religious beliefs, developed in the second half of the 19th century and popular in the first half of the 20th century, and also reflected in the scientific literature in the following decades.

The essence of this model is considering the content of these statements in the perspective of the biography of the creator of the religious concession under study, in which emphasis is placed on elements related to mental and somatic diseases, disorders of social relations, difficulties in achieving socially desirable goals in the years of the artist's life, but for himself difficult or impossible to reach by normal route. The methodology of biographical analysis adopted in this approach refers to the positivist methodology (or other methodology, e.g. based on materialistic foundations), in which beliefs based on a priori revelation are considered to be based on non-existent foundations, and therefore always require some rational explanation. This rationality should be based on factors whose status is not questioned in modern science, such as pathological cognitive disorders (e.g. epilepsy, childhood brain injury), a specific personality type, or a model for solving life problems and achieving social promotion.

This article provides a summary of such interpretations, made mainly by American authors, who also consider the methods of analyzing the content of religious beliefs currently developed in the second half of the 19th century to be useful.

Key words: Joseph Smith, psyche, mental illness, Book of Mormon

Artur Wójtowicz

Mormoński rasizm w źródłach Kościoła Jezusa Chrystusa Świątych w Dniach Ostatnich

...Miałem sen, że jednego dnia na czerwonym wzgórzu Georgii synowie byłych niewolników i synowie byłych Panów zasiedli przy braterskim stole... Miałem sen, że czterech moich synów jednego dnia żyło w jednym kraju, w którym nikt nie miał uprzedzeń do koloru skóry, lecz do charakteru...¹

...Widzicie klasę należącą do grupy rodziny, czarnych, niewychowanych, zaniedbanych, są niekonsekwentni, dzicy i najwyraźniej pozbawieni wszelkich błogosławieństw inteligencji, która została hojnie rozdana ludzkości... i Pan odcisnął na nich ślad (Kaina), czarna skóra i płaski nos. Śledź ewolucję ludzkości od potopu do dnia dzisiejszego, a zobaczysz, że na tę rasę została wydana kolejna klątwa – że powinni oni być „sługami wszystkich sług”...²

Te dwa znaczące cytaty pochodzące z terenu Stanów Zjednoczonych dzieli niespełna 100 lat. Z pewnością może zrodzić się pytanie, jak doszło do takiego postrzegania „czarnej rasy” w kręgach mormońskich? Podobnie jak w przypadku *Księgi Mormona*, musimy zrozumieć, że Joseph Smith i jego bezpośredni następcy, tacy jak Brigham Young, podlegali ideom XIX w. Niewolnictwo zostało wprowadzone w Ameryce na długo przed Josephem Smithem i ukształtowało wizerunek czarnego mężczyzny wśród wielu białych. Nie mniej jednak należy pamiętać, że sam Smith startując na urząd prezydenta był za zniesieniem niewolnictwa, a w jego otoczeniu również przebywało dwóch Murzynów. Dlatego też postaram

¹ Martin Luther King, Mowa z „Marsz na Washington” wygłoszona w 1963 r. Tekst całości oryginalnego przemówienia został opublikowany w internecie. Zob. *Martin Luther King I Have a Dream Speech – American Rhetoric*, <https://www.americanrhetoric.com/speeches/mlkihavedream.htm> (dostęp: 30.01.2021).

² B. Young, *Journal of Discourses*, t. 7, Salt Lake City 1859, s. 290.

się przeanalizować źródła, a co za tym idzie przyczyny rasizmu, jakie pojawiły się u źródła mormonizmu.

Skupmy się najpierw na teologicznych podstawach takiego nauczania w Kościele mormońskim. W *Starym Testamencie* znajdujemy następujące stwierdzenie: „...Ale Pan mu powiedział: «O, nie! Ktokolwiek by zabił Kaina, siedmiokrotną pomstę poniesie!» Dał też Pan znać Kainowi, aby go nie zabił, ktokolwiek go spotka...”³. Joseph Smith i Brigham Young uznawali, że czarna skóra była wynikiem „kłątwy Kaina” lub „kłątwy Hama”. Często korzystali z tych biblijnych przekleństw, aby usprawiedliwić niewolnictwo. Young twierdził, że poprzez znać kłątwy czarni nie mogą głosować, być kapłanami, a także zawierać związków małżeńskich z białymi. Również kolejni prezydenci używali argumentu przekleństw, by uzasadnić wyłączenie czarnych mężczyzn z kapłaństwa i życia świątynnego. Rasistowskie teorie w Kościele mormońskim w sposób oficjalny zostały zaprzeczone dopiero w 2013 r.

Należy także pamiętać, że do XIX w. nie istniała nauka mówiąca o pochodzeniu człowieka. Dla większości wierzących istniało tylko jedno wyjaśnienie pochodzenia ludzkości, mianowicie Adam i Ewa. A ponieważ Adam i Ewa zostali stworzeni na obraz Boży i zakładano, że byli biali, starano się znaleźć wytłumaczenie pochodzenia osób o ciemnych odcieniach skóry. To pytanie z pewnością istniało bardzo wcześniej, więc nic dziwnego, że „znakiem”, który Bóg dał Kainowi, powinna być czarna skóra. Peter Paris, profesor religioznawstwa na Uniwersytecie Princeton, wypowiedział się w „Salt Lake Tribune” w 1998 r.: „Idea kłątwy rozpoczęła się od biblijnej historii trzech synów Noego, Sema, Jafeta i Hama, którzy są uważani za przodków różnych grup”⁴. Harris Lenowitz, badacz Biblii na University of Utah, dodaje: „Potomkowie Sema, najstarszego syna, byli uważani za rasę preferowaną – Semici, Żydzi i Arabowie. Jafet, następny syn, był ojcem innych ras białych i żółtych. Ham, najmłodszy i jego syn Canaan nawiązali kontakty z Afrykanami. Biblia mówi, że odkąd Ham widział nagiego ojca, on i jego potomkowie zostali przeklęci, aby być «sługami wszystkich sług»”. Paris dowodził dalej: „Nie ma w tym nic naukowego, to kwestia legend. To oświadczenie zostało wykorzystane przez XVIII-wiecznych handlarzy niewolników, aby uzasadnić porwanie Afrykanów z ich domów na targ. Było używane przez zwolenników chrześcijańskiego niewolnictwa podczas wojny domowej, aby kontynuować niewolnictwo. Kościoły stopniowo przyjęły ideę niewolnictwa, które pomogły im usprawiedliwić ich działania, mówiąc, że niewolnicy, zwłaszcza ci z Afryki, nie byli całkowicie ludźmi. Pomysły te powoli zanikały po II wojnie światowej i wraz z ruchami na rzecz praw człowieka, ale ich eliminacja nie jest możliwa w 100%”⁵.

³ Rdz 4,15.

⁴ Por. *Black Curse Is Problematic LDS Legacy*, 6. Juni 1998, s. 101.

⁵ Zob. *Black Curse Is Problematic LDS Legacy*, 6. Juni 1998, s. C1.

Brigham Young również uwzględniał w swoim nauczaniu te zarzuty: „Śledź ewolucję ludzkości od potopu do dziś, a przekonasz się, że na tę rasę została wydana kolejna klątwa – że powinni oni być sługami wszystkich sług...”⁶ i pomimo faktu, że w 2013 r. władze Kościoła mormońskiego otwarcie przyznały się do rasizmu we wczesnym okresie funkconowania mormonizmu, grupy fundamentalistów mormońskich po dziś dzień podtrzymują rasizm w swoich strukturach. Mormoński Apostoł Bruce R. McConkie zauważa również: „Mimo, że wzniecał rebelię i był praktycznym uosobieniem Lucyfera, ... Kain otrzymał przywilej ziemskich narodzin... Był w otwartym buncie, walczył z Bogiem, czcił Lucyfera i zabił Abła... W wyniku tego buntu Kain został przeklęty ciemną cerą; stał się ojcem Murzynów; a duchy, które nie są godne przyjęcia kapłaństwa, rodzą się przez tę linię”⁷. Studiując *Księgę Mormona* z łatwością dojdziemy do przekonania, że Joseph Smith miał podobne poglądy: „A skóra Lamanitów była ciemna, zgodnie ze znakiem, który został [zrzucony] na ich ojców – mianowicie przekleństwem na nich – z powodu ich przestępstwa i buntu przeciwko ich braciom...”⁸.

Według *Księgi Mormona* istniała rasa jasna i ciemna. Ciemna rasa pochodziła od rasy jasnej i zgasła z powodu boskiej klątwy. Biała rasa została ostatecznie zniszczona, więc byli tylko ludzie o ciemnych odcieniach skóry. Za tym stwierdzeniem kryje się problem, który Joseph Smith musiał rozwiązać podczas pisania *Księgi Mormona*. Według *Księgi Mormona* i poglądów z XIX w. rdzenni Amerykanie pochodzą od 10 utraconych plemion Izraela. Więc byli pierwotnie biali. Jak to się dzieje, że wszystkie plemiona indiańskie w Nowym Świecie mają ciemne odcienie skóry? Smith wykorzystał poglądy swoich czasów zaczerpnięte ze *Starego Testamentu* i włączył je do swojego dzieła. Jak wiadomo, nigdy nie było białych rdzennych Amerykanów w Ameryce, a ponadto rdzenni Amerykanie nie pochodzą od imigrantów ze Starego Świata, ale są pochodzenia mongolskiego. Interesującym jest również to, że w *Księdze Mormona* wprowadzono zmiany. Wcześniejsze wersje *Księgi Mormona* mówiły, że pewnego dnia Lamanici staną się „białym i miłym ludem”. W 1981 r. zdanie to zmieniono na „czystych i miłych ludzi”⁹. Zgodnie z nauczaniem Kościoła tylko biali członkowie mogli w Kościele być kapłanami, idąc za nauczaniem *Perły Wielkiej Wartości*: „Ale ten król Egiptu był potomkiem lędźwi Chama i miał od urodzenia krew Kananejczyka... Faraon, który był prawym człowiekiem, założył swoje królestwo i osądził swój lud mądrze i sprawiedliwie... Noach, który był jego ojcem i pobłogosławił go błogosławieństwami ziemi, a także błogosławieństwami mądrości, przeklął go, jeśli chodzi o kapłaństwo. Ale faraon pochodził z linii, przez którą nie mógł mieć prawa

⁶ B. Young, *Journal of Discourses*, t. 7, Salt Lake City 1859, s. 290.

⁷ B. McConkie, *Mormon Doctrine*, Salt Lake City 1966, s. 108.

⁸ *Księga Mormona*, Al. 3, 6.

⁹ *Księga Mormona*, 2 Ne 30, 6.

do kapłaństwa...”¹⁰. Po odkryciu Papirusu Abrahama w 1967 r. stało się jasne, że Joseph Smith nie był w stanie tłumaczyć egipskiego. Wielu naukowców mormońskich straciło wówczas wiarę w nauczanie Josepha Smitha, a następnie opuściło Kościół. Nie ma podstaw teologicznych dla tej bardzo wątpliwej praktyki Kościoła mormońskiego, przy równoczesnym studiowaniu *Biblii* i nauczania mormońskiego.

Mormoński „plan odkupienia” daje również dokładne wyjaśnienie tego rozróżnienia między czernią a bielą. Mormoni wierzą w cielesne istnienie Boga. W niebie istniała wielka rada, w której niektórzy stanęli po dobrej stronie, a inni wbrew Bożemu planowi – jak twierdzą mormoni. Sprawcy rebelii w niebie stali się czarni na ziemi. Apostoł Bruce R. McConkie napisał: „Ci, którzy byli mniej odważni we wcześniejszym życiu i którzy w ten sposób otrzymali pewne mentalne ograniczenia śmiertelności, są nam znani jako Murzyni”¹¹. Co ciekawe, były wyjątki od tego nauczania. Elias Abel, będąc czarnoskórym, otrzymał kapłaństwo 3 marca 1836 r., o czym pisał mormoński historyk Andrew Jenson: „Elias Abel, był jedynym kolorowym mężczyzną, o którym wiadomo, że otrzymał kapłaństwo... został wyświęcony na starszego w dniu 3 marca 1836 r. i wybrany do Kworum siedemdziesięciu w dniu 4 kwietnia 1841 r. Wyjątek stanowi ogólna zasada związana z kolorowymi ludźmi i kościołem...”¹². Według relacji naocznych świadków „ten zaszczyt” został nadany z powodu lojalności Abela wobec Josepha Smitha. Ale nie tylko sam Abel został wyświęcony, ale także jego potomkowie. Wśród nich byli jego syn Enoch Abel (10 listopada 1900 r.) i jego wnuk Elias Abel (5 lipca 1934 r.). Informacje te zostały znalezione przez Boba Phillipsa. Dowodem na to jest fotografia wnuka Abela, znaleziona w archiwach Towarzystwa Genealogicznego¹³. Ten fakt historyczny pozostaje frapujący. Z jednej strony dowodzi on, że polityka Kościoła wobec Czarnych była regułą za czasów Josepha Smitha. Apologeci kościelni powołują się na niego, aby udowodnić, że mormoński rasizm pojawił się dopiero po śmierci Smitha¹⁴. Z drugiej strony ten przykład pokazuje, jak często obraz Kościoła jest sprzeczny. Według oświadczeń wielu autorytetów generalnych Murzyni nie mieli szans na otrzymanie kapłaństwa, co było zgodne z praktyką. Niechęć do kolorowych posunęła się tak daleko, że nawet Apostoł Mark E. Petersen stwierdził: „Jeśli w moich dzieciach będzie tylko kropla krwi murzyńskiej, otrzymają klątwę”¹⁵. Brigham Young poszedł dalej: „Mam powiedzieć wam prawo Boże dotyczące rasy afrykańskiej. Jeśli biały mężczyzna wybranej płci miesza swoją krew z Kainami, następującą karą jest natychmiastowa śmierć. Zawsze tak

¹⁰ *Perła Wielkiej Wartości, Księga Abrahama* 1,21.26–27.

¹¹ B. McConkie, *Mormon Doctrine*, Salt Lake City 1966, s. 527.

¹² A. Jenson, *L.D.S. Biographical Encyclopedia*, t. 3, Salt Lake City b.r., s. 577.

¹³ Por. J. Tanner, S. Tanner, *Mormonism – Shadow or Reality?*, Utah Lighthouse Ministry 1987, s. 270.

¹⁴ *A Journal of Mormon Thought*, Winter 1969, s. 91.

¹⁵ M.E. Peterson, *Race Problems – As They Affect The Church*, Salt Lake City b.r., s. 7.

będzie”¹⁶. Nie jest zatem tajemnicą, że Murzyni byli uważani przez mormonów za gorszych ludzi: „Murzyni nie są tacy sami jak inne rasy, jeśli chodzi o otrzymywanie pewnych duchowych błogosławieństw, ...ale ta nierówność nie pochodzi od ludzi. Jest to sprawa Pana, oparta na jego wiecznym prawie sprawiedliwości, i wynika z braku duchowej odwagi na pierwszym etapie zainteresowanych”¹⁷. W innym miejscu czytamy: „Widzicie pewne klasy ludzkiej rodziny, które są czarne, niegrzeczne, zaniedbane, niekonsekwentne i mają niskie nawyki, dzikie i oczywiście pozbawione wszelkich błogosławieństw inteligencji, które zostały hojnie rozdane ludzkości... i Pan zrobił na nim ślad (Kain), czarną skórę i płaski nos. Śledź ewolucję ludzkości od potopu do dnia dzisiejszego, a przekonasz się, że na tę rasę zostało wydane kolejne przekleństwo – że powinni być sługami wszystkich sług...”¹⁸. Przywódca Kościoła John Taylor poszedł jeszcze dalej w swoim nauczaniu widząc w Murzynach diabła: „I powiedziano nam, że po powodzi klątwa, która spadła na Kaina, trwała dalej przez żonę Hama... I dlaczego to trwało po powodzi? Ponieważ konieczne było, aby diabeł był reprezentowany na ziemi, tak jak Bóg”¹⁹.

Postawy Kościoła zmieniły się w 1978 r.²⁰ Wówczas ówczesny prorok Spencer W. Kimball otrzymał rzekome „objawienie”, które miało przynieść błogosławieństwa czarnego kapłaństwa. W oficjalnej Deklaracji nr 2 z 8 czerwca 1978 r. czytamy: „Biorąc pod uwagę obietnice złożone przez poprzednich proroków i prezydentów Kościoła, że kiedyś w wiecznym planie Boga wszyscy godni bracia mogą otrzymać kapłaństwo... On wysłuchał naszych modlitw i potwierdził przez objawienie, że długo oczekiwany dzień nadszedł, kiedy każdy wierny, godny człowiek w Kościele może otrzymać święte kapłaństwo... i cieszyć się wszystkimi błogosławieństwami ze swoją rodziną...”²¹. To stwierdzenie staje się problematyczne. Po pierwsze, zaskakujące jest to, że brakuje dokładnego sformułowania tego tak zwanego objawienia i do tej pory nie zostało ono podane do wiadomości publicznej. Objawienia, które otrzymał Joseph Smith, były zawsze udokumentowane dokładnym brzmieniem, a nie w formie wyjaśnienia. W „The Salt Lake Tribune” możemy przeczytać następujące oświadczenie: „Kimball odrzucił dyskusję na temat objawienia, które zmieniło 148-letnie stanowisko Kościoła w sprawie święceń Czarnych, mówiąc, że to «sprawa osobista» (...) Kimball powiedział, że objawienie nadchodzi ponieważ zmieniły się warunki i ludzie. To inny świat niż 20 lub 25 lat temu. Świat jest na to gotowy”²².

¹⁶ B. Young, *Journal of Discourses*, t. 10, Salt Lake City 1863, s. 110.

¹⁷ B. McConkie, *Mormon Doctrine*, Salt Lake City 1966, s. 527.

¹⁸ B. Young, *Journal of Discourses*, t. 7, Salt Lake City 1859, s. 290.

¹⁹ J. Taylor, *Journal of Discourses*, t. 22, Salt Lake City 1881, s. 304.

²⁰ Stanowisko Kościoła zmieniło się na skutek odnoszenia licznych sukcesów misyjnych w Ameryce Południowej.

²¹ Por. Załącznik 2 do *Nauk i Przymierzy*.

²² „Salt Lake Tribune” 1978, nr z 13 czerwca.

Można zatem założyć, że takiego zapisu nie ma lub nigdy nie istniał. Bruce R. McConkie mówił tylko o „odczuciu”, którego wszyscy doświadczyli w świątyni, podobnie jak wielu, którzy uczestniczyli w tym wydarzeniu. To uczucie, którego wszyscy chcieli? To uczucie, które musiało nadejść, ponieważ nie było innego wyjścia z dylematu? Kimball mówi również o obietnicy złożonej przez poprzednich prezydentów. Czego dotyczą te obietnice? W kościelnym dzienniku „Deseret News” z 10 czerwca 1978 r. można przeczytać: „Piątkowe oświadczenie spełniło świadectwo większości prezydentów kościoła LDS od czasów Josepha Smitha, że Czarni pewnego dnia otrzymają pełne błogosławieństwa Kościoła, w tym kapłaństwo. Brigham Young kiedyś przemawiał przeciwko niewolnictwu i powiedział legislaturze stanu Utah: „...nadejdzie dzień, w którym wszystkie rasy (Czarni) zostaną odkupione i otrzymają wszystkie błogosławieństwa, jakie mamy teraz”²³. Jednak to stwierdzenie może sugerować nam niewłaściwy obraz. Brigham Young ogłosił, że ten dzień nastąpi dopiero po zmartwychwstaniu: „Jeśli wszystkie dzieci Adama miałyby przywilej otrzymania kapłaństwa i wejścia do królestwa Bożego oraz odkupienia ze wszystkich czterech krańców ziemi i otrzymania ich zmartwychwstania, to i tak będzie wystarczająco dużo czasu zdjąć kłtwę Kaina i jego potomków”²⁴. Czy też w innym miejscu: „Co to za znak? Możesz to zobaczyć na twarzy każdego Afrykanina, jakiego kiedykolwiek widziałeś na ziemi... Pan powiedział Kainowi, że nie otrzyma błogosławieństw kapłaństwa ani on, ani jego potomkowie, dopóty ostatni potomek Abla nie otrzyma kapłaństwa dopóki ziemia nie zostanie odkupiona (...) Ale pozwól mi wyjaśnić dalej. Pozwólcie mi zmieszać moje nasienie z nasieniem Kaina, wtedy przekleństwo spadnie na mnie i moje pokolenie... W tym dniu i o tej godzinie, w której to zrobimy, kapłaństwo zostanie zabrane z Kościoła i Królestwa i stanie się Bogiem. Poddajmy się naszemu losowi”²⁵. Czy też: „A kiedy wszystkie pozostałe dzieci otrzymają swoje błogosławieństwa od świętego kapłaństwa, klątwa zostanie usunięta z Kaina i otrzymają kapłaństwo i otrzymają błogosławieństwa, które mamy teraz”²⁶. Tego właśnie nauczał Brigham Young i jest to pogląd całkowicie sprzeczny z oficjalną Deklaracją nr 2. Jednak nauczanie to było reprezentowane również przez kolejne władze generalne. Joseph Fielding Smith zauważył, co następuje: „Kain został nie tylko osobiście ukarany za cierpienie, ale także został ojcem gorszego potomstwa. Zostało na niego rzucone przekleństwo, które zostało rozpowszechnione wśród wszystkich jego potomków i musi się rozmnażać aż do końca czasów”²⁷.

Nathan Eldon Tanner, członek pierwszej prezydencji, który podpisał oficjalną Deklarację nr 2, wciąż był całkowicie przeciwny możliwości zmiany nasta-

²³ „Deseret News” 1978, nr z 10 czerwca, s. 1A.

²⁴ B. Young, *Journal of Discourses*, t. 2, Salt Lake City 1854, s. 143.

²⁵ B. Witte, *Where Does It Say That?*, s. 2.

²⁶ B. Young, *Journal of Discourses*, t. 2, Salt Lake City 1854, s. 143.

²⁷ J.F. Smith, *Der Weg zur Vollkommenheit*, 1. wyd. niem. 1936, s. 102.

wienia w 1967 r.: „Kościół nie zamierza zmieniać nauki o Czarnych” – powiedział N. Eldon Tanner, doradca Pierwszej Prezydencji podczas swojej ostatniej wizyty w Seattle. „W całej historii pierwotnego kościoła chrześcijańskiego Murzyni nigdy nie mieli kapłaństwa. Naprawdę nic nie możemy zrobić, aby to zmienić. Jest to prawo Boże”²⁸. Te kontrowersyjne stwierdzenia stały się przyczyną konfliktu wśród członków Kościoła. Ten przykład bardzo dobrze pokazuje problem objawień i prorocत्व Mormona. Bruce R. McConkie złożył następujące oświadczenie po zmianie w 1978 r.: „Zapomnij o wszystkim, co powiedziałem, o tym, co Prezydent Brigham Young, Prezydent George Q. Cannon lub ktokolwiek inny, kto powiedział coś sprzecznego z obecnym objawieniem z przeszłości. Rozmawialiśmy z ograniczonym zrozumieniem i bez światła i wiedzy, która teraz przyszła na świat”²⁹.

Na powyższym przykładzie widoczne jest, jak w Kościele mormońskim łatwo jest zmienić, a nawet zniszczyć ważną część tej doktryny, której nauczano w Kościele od ponad 150 lat. „Nowe światło” u proroka może zmienić totalnie wszystko. Należy tutaj zauważyć, że zmiana w 1978 r. dotyczyła tylko czasu otrzymania kapłaństwa. Nauczanie Kościoła na temat pochodzenia Czarnych, kłótwy i wszystkiego, co się z nią wiąże, nie uległo zmianie. Co tak naprawdę doprowadziło do tej decyzji z 1978 r.? W 1890 r. wydano pierwszą oficjalną deklarację Kościoła. W tym czasie Kościół oficjalnie porzucił praktykę poligamii. Wtedy mówiono, że to objawienie. Ale kiedy spojrzymy na presję, pod jaką znajdował się Kościół, zobaczymy, że była to nieunikniona decyzja, którą musiał podjąć Kościół – z objawieniem lub bez. Kościół byłby prześladowany za działania sprzeczne z prawem USA i nie mógłby dalej się rozwijać. Przywódcy kościelni i wszyscy zaangażowani w tę praktykę powinni byli zostać uwięzieni. Był to stan, który z pewnością nie był pożądanym dla władz tej konfesji.

W latach 60. i 70. XX w. Kościół mormoński był również narażony na presję. Tak długo, jak rasistowska postawa Mormonów była w USA publicznie aprobowana, Kościół mógł żyć ze swoim nauczaniem. Jednak po tym, gdy w Ameryce wprowadzono ustawę o równości rasowej, Kościół znalazł się pod rosnącym ostrzałem krytyki opinii publicznej. Krytyka ta bardzo mu zaszkodziła. Ponadto zaczął się rozprzestrzeniać wewnętrzny opór wśród wyznawców tej konfesji, z których wielu od dawna uważało, że postawa Kościoła w kwestii równouprawnienia rasowego musi się zmienić. W 1967 r. Sekretarz Kościoła o nazwisku Stuart Udall napisał w liście: „Nieuniknionym stało się, aby uwagę w kraju skoncentrować na tym, co krytycy nazywają «czarną doktryną» Kościoła LDS, ponieważ Kościół staje się coraz bardziej przedmiotem zainteresowania publicznego i z pewnością nasili się... Ten problem musi zostać rozwiązany... Musi zostać rozwiązany,

²⁸ „Seattle Magazine” 1967, wydanie z grudnia, s. 60.

²⁹ B. McConkie, *All Are Alike Unto God*, Salt Lake City b.r., s. 1.

ponieważ się mylimy i już dawno nie widzimy właściwej drogi. Jeśli nam się nie uda, zaszkodzi to naszej wierze, duchowi i moralności naszej młodzieży oraz podważy integralność naszej chrześcijańskiej etyki”³⁰.

Warto nadmienić, że na skutek zmiany praw dotyczących Czarnoskórych pojawiały się nawet wezwania do demonstracji w Salt Lake City. Miały się one odbyć na Temple Square w październiku 1978 r. Oprócz głównych problemów, przed którymi stał Kościół w wyniku rosnącej krytyki, w Brazylii pojawiły się kolejne problemy. „Deseret News”, należący do Kościoła, opublikował 10 czerwca 1978 r.: „Główny problem, przed którym stoi Kościół z «czarną polityką», miał miejsce w Brazylii, gdzie Kościół buduje świątynię. Wielu ludzi jest tam hybrydami i często nie jest możliwe ustalenie, czy członkowie Kościoła mają Czarnych przodków”³¹. Co ciekawsze, ten problem pojawiał się również w innych źródłach. W artykule w „Dialogu” z 1973 r. można przeczytać: „Decyzja o odmowie kapłaństwa komukolwiek z czarnym kolorem skóry (bez względu na to, jak daleko wstecz) rozwiązała teoretyczny problem przydatności kapłaństwa, ale nie pomogła praktycznie zidentyfikować problemu «krwi Kaina» u tych, którzy nie znają swoich czarnych przodków... Rozwój międzynarodowego Kościoła wyraźnie przyniósł nowe problemy. Brazylia była szczególnie trudna... Później tego samego roku J. Ruben Clark, pierwszy doradca George’a Alberta Smitha, poinformował, że Kościół był zaangażowany w sytuację misyjną... w której trudno było, jeśli nie niemożliwe, powiedzieć kto ma krew murzyńską, a kto nie. Powiedział, że jeśli ochrzczymy Brazylijczyków, to najprawdopodobniej ochrzczymy murzyńską krew, a jeśli zostanie im udzielone kapłaństwo i bez wątpienia tak się stanie, napotkamy bardzo poważny problem”³². Po otwarciu świątyni w Brazylii (ukończona 30 października 1978 r.) Kościół stanąłby przed nierozwiązywalnym dylematem bez zmiany „czarnej polityki”. Tutaj również, podobnie jak w przypadku decyzji o poligamii, trzeba było znaleźć rozwiązanie.

Problemy te istniały nie tylko w Brazylii. „Time Magazine” doniósł w 1958 r. o badaniu, które wykazało, że w 1950 r. 21% amerykańskiej populacji miało czarnych przodków. W wyniku badań genealogicznych wielu członków Kościoła mormońskiego odkryło, że oni również mieli takich przodków, co doprowadziło do poważnych problemów. Niektórzy ukryli te fakty, a inni pozwolili na usunięcie ich praw kapłańskich. Dokonane przez nich czyny święte musiały być częściowo powtórzone.

Zasadniczo wśród członków dzisiejszego Kościoła mormońskiego istnieją różne postawy dotyczące równouprawnienia rasowego. Podobnie jak w przypadku poligamii, chciałoby się przenieść ten temat w przeszłość. Wciąż podejmo-

³⁰ „Dialogue, A Journal of Mormon Thought” 1967, numer na lato, s. 5

³¹ „Deseret News” 1978, numer z 10 czerwca.

³² L. Bush Jr., „Dialogue: A Journal of Mormon Thought” 1973, numer na wiosnę, s. 41.

wane są próby znalezienia wyjaśnień, podczas gdy podstawowe nauczanie wciąż trwa. Nawet jeśli kazanie nie jest już głoszone przez kazalnicę, jest jednak rozpowszechniane i zatwierdzane wewnętrznie. Wynika to również z faktu, że wiele dostępnych ksiąg Kościoła wciąż zawiera takie wyjaśnienia. W wydaniu „Salt Lake Tribune” z 1998 r. czytamy: „Doktryny przekleństwa Czarnoskórych, którą Kościół popierał przez ponad 125 lat, nie można wymazać z pamięci prawdziwego wierzącego, mówiąc, że Czarnym wolno teraz sprawować kapłaństwo. Profesor BYU Eugene England potwierdził publicznie 19 maja, że «większość inteligentnych, dobrze wykształconych studentów mormonów nadal wierzy w teorię przekleństwa czarnych». Mówiąc najprościej, prowadzi to do rasizmu. Te uczucia wzniesienia powstrzymają wielu przed zaakceptowaniem Czarnych jako równych sobie lub przywódców”³³.

Wiele wypowiedzi wcześniejszych władz ogólnych, jak wspomniano powyżej, deklaruje się jako „osobistą opinię”, a nie jako oficjalne nauczanie Kościoła. Mormoński naukowiec Rooper próbuje wskazać, że to nauczanie nie opiera się wyłącznie na *Księdze Abrahama*, ale że cała ta sprawa jest prawem Bożym, które opiera się na boskim objawieniu, odnosząc się do oświadczeń Brigham Younga: „Wszchemogący Pan zdecydował i kto może coś z tym zrobić? Ludzie nie mogą, anioły nie mogą, a wszystkie moce ziemi i nieba nie mogą jej zabrać...”³⁴. Brigham Young powiedział również, jak cytowano powyżej, że śmierć jest nieunikniona (zgodnie z bożym prawem), jeśli biały „wybrany” człowiek zmiesza się z osobą czarną. Zdaniem Roopera, niektóre stwierdzenia dotyczące tego tematu są jedynie „teorią”: „Czy czarny kolor skóry był oznaką niegodności w preegzystencji? Ta teoria nie ma podstaw w pismach świętych... to nie jest scenariusz i po prostu w to nie wierzę”. Ponadto stwierdza, że oświadczenia przywódców Kościoła nie zawsze są takie same, jak oficjalne nauczanie Kościoła. Dotyczy to przede wszystkim kwestii związanych z krzyżem. Dotyczy to głównie oświadczeń takich autoritetów, jak np. Joseph Fielding Smith, którzy działali jako (młodzi) apostołowie, a nie jako prorocy. Nawet jeśli tak się dzieje w niektórych przypadkach, należy zadać pytanie: Kto decyduje o tym, kiedy ktoś mówi zgodnie z tym nauczaniem? Rooper zapomina, że oświadczenia te nie zostały po prostu wygłoszone przez nielicznych, ale najpierw zostały wypowiedziane przez wielu znanych apostołów „i” proroków przez dziesięciolecia. Po drugie natomiast odzwierciedlają one ogólną postawę Kościoła w tym czasie. Co więcej, ci apostołowie podtrzymywali swoje opinie, nawet gdy niektórzy z nich zostali prorokami. Słabym argumentem jest ukrywanie się za czymś, co wydaje się być „osobistą opinią” jednostek, kiedy cały Kościół reprezentował i akceptował te opinie i „teorie” wewnętrznie i zewnętrznie

³³ *Repudiate Racist Past*, „Salt Lake Tribune” 1998, nr z 16 czerwca, s. A10.

³⁴ B. Young, *Ansprache vor der Utah Legislative am 5. Februar 1852*, [w:] F. Collier, *The Teachings of President Young*, s. 43.

przez ponad 150 lat. Rooper w swoich teoriach nalega na „oficjalne nauczanie” Kościoła i stwierdza, że można je odkryć tylko na podstawie pism świętych. Rodzi się zatem pytanie co jest oficjalnym nauczaniem Kościoła LDS?

W świetle nauczania mormonów zdanie Roopera pozostaje jedynie jego prywatną opinią. Niemożliwym jest również uzyskanie oficjalnego stanowiska na ten temat z czasów pierwszej prezydencji. Polityka Kościoła nie zawsze była jasna w przeszłości. Nie ma oficjalnych oświadczeń z czasów Josepha Smitha. Relatywistyczny świat mormońskiej doktryny jest żywy po dziś dzień. Wszędzie tam, gdzie przydatne są oświadczenia władz ogólnych, są one stosowane i są uważane za dogmaty, przynajmniej dla zwykłych członków. Nikt nie ośmieliłby się i byłoby absolutnie nie do przyjęcia dla Kościoła, gdyby ktokolwiek zbliżył się do zakwestionowania oświadczeń władz kościelnych. Sprytna polityka, która z jednej strony gwarantuje lojalność członków wobec nauczania, a z drugiej strony pozostawia miejsce na ewentualne manewry obchodzenia niektórych jego zasad, w celu uniknięcia publicznej krytyki.

Na zakończenie pragnąłbym przedstawić zbiór cytatów mormońskich autoritetów z niniejszej tematyki doktrynalnej. Z pewnością przyczynią się one do pogłębienia tematu, przez zainteresowanych:

1. Mark E. Petersen – „Jesteśmy teraz hojni wobec Murzynów. Chcemy, aby Murzyni mieli najwyższy poziom wykształcenia. Chcę, aby każdy Murzyn prowadził Cadillaca, jeśli może sobie na to pozwolić. Chcę, aby każdy Murzyn mógł w pełni korzystać z tego życia na tym świecie. Ale niech cieszą się tymi rzeczami między sobą [nie wśród nas]”³⁵.
2. Bruce R. McConkie – „Ci, którzy byli wcześniej mniej odważni i którym w wyniku tego dano pewne mentalne ograniczenia śmiertelności, są nam znani jako Murzyni”³⁶.
3. Bruce R. McConkie – „Chociaż był buntownikiem i partnerem Lucyfera we wcześniejszej egzystencji, ...Kain otrzymał przywilej ziemskich narodzin... Był w otwartym buncie, walczył z Bogiem, czcił Lucyfera i zabił Abła... w rezultacie ten bunt został przeklęty ciemną cerą; Został ojcem Murzynów; a te duchy, które nie są godne przyjęcia kapłaństwa, rodzą się dzięki tej linii”³⁷.
4. Bruce R. McConkie – „Murzyni nie są tacy sami jak inne rasy, jeśli chodzi o otrzymywanie pewnych duchowych błogosławieństw, ...ale ta nierówność nie pochodzi od ludzi. Jest to sprawa Pana, oparta na jego wiecznym

³⁵ M.E. Petersen, *Race Problems – As They Affect The Church*, Wykład na Brigham Young University, 27 sierpnia 1954, [cyt. za:] J. Tanner, S. Tanner, *The Changing World of Mormonism*, b.m. 1980, s. 307.

³⁶ B.R. McConkie, *Mormon Doctrine*, Salt Lake City 1966, s. 527.

³⁷ Ibidem, s. 108–109.

prawie sprawiedliwości, i wynika z braku duchowej odwagi na pierwszym etapie zainteresowanych³⁸.

5. Mark E. Petersen – „...Ten Murzyn, który w czasach wcześniejszych prowadził takie życie, które spowodowało, że Pan posłał go w linii Kaina o ciemnej karnacji na ziemię i który prawdopodobnie urodził się w najgłębszej Afryce... Mimo tego, co zrobił w czasach przed Panem Pan jest gotów, gdy Murzyn przyjmuje ewangelię z uczciwą i szczerą wiarą, i naprawdę się nawraca, aby udzielić mu błogosławieństwa chrztu i Ducha Świętego. A jeśli ten Murzyn będzie wierny przez wszystkie swoje dni, będzie mógł wejść do królestwa niebieskiego. Dostanie się tam jako sługa, ale otrzyma niebiańską chwałę³⁹.”
6. Brigham Young – „Widzicie niektóre klasy ludzkiej rodziny, które są czarne, szorstkie, zaniedbane, niekonsekwentne i mają niskie nawyki, dzikie i oczywiście pozbawione wszelkich błogosławieństw inteligencji, które zostały hojnie rozdane ludzkości... i Pan zrobił na nim ślad (Kaina), czarną skórę i płaski nos. Śledź ewolucję ludzkości od potopu do dnia dzisiejszego, a zobaczysz, że na tę rasę została wydana kolejna klątwa – że powinni oni być «sługami wszystkich sług»...⁴⁰.”
7. John Taylor – „I powiedziano nam, że po powodzi klątwa, która spadła na Kaina, trwała dalej przez żonę Hama... I dlaczego to trwało po powodzi? Ponieważ konieczne było, aby diabeł był reprezentowany na ziemi, tak jak Bóg⁴¹.”
8. Brigham Young – „Ham pozostanie sługą sług, jak powiedział Pan, aż klątwa zostanie zdjęta. Czy obecna walka (wojna secesyjna w USA) wyzwoli Czarnych? Nie... Czy możesz zniszczyć decyzje Wszechmogącego? Nie możesz⁴².”
9. Bruce R. McConkie – „Przesłanie ewangeliczne o odkupieniu nie jest potwierdzone dla tych (Czarnych)”⁴³.
10. Brigham Young – „Jeśli wszystkie dzieci Adama miały przywilej otrzymania kapłaństwa i wejścia do królestwa Bożego oraz odkupienia ze wszystkich czterech krańców ziemi i otrzymania ich zmartwychwstania, to jeszcze będzie czas zdjąć klątwę Kaina i jego potomków⁴⁴.”

³⁸ Ibidem, s. 527–528.

³⁹ M.E. Petersen, *Race Problems – As They Affect The Church*, Wykład na Brigham Young University, 27 sierpnia 1054, [cyt. za:] J. Tanner, S. Tanner, *The Changing World of Mormonism*, b.m. 1980, s. 294.

⁴⁰ B. Young, *Journal of Discourses*, t. 7, Salt Lake City 1859, s. 290.

⁴¹ J. Taylor, *Journal of Discourses*, t. 22, Salt Lake City 1881, s. 304.

⁴² B. Young, *Journal of Discourses*, t. 10, Salt Lake City 1863, s. 250.

⁴³ B.R. McConkie, *Mormon Doctrine*, Salt Lake City 1966, s. 527.

⁴⁴ B. Young, *Journal of Discourses*, t. 2, Salt Lake City 1854, s. 143.

11. Oliver Cowdery – „...Kraj został pozostawiony Czerwonemu Człowiekowi, który był bez inteligencji... Kraj został do pewnego stopnia zaludniony przez bezczelnego, dzikiego, mściwego, wojowniczego i barbarzyńskiego ludu – tacy są nasi Indianie”⁴⁵.
12. Brigham Young – „Oto Lamanici, których niegodziwość nie była tak wielka, jak tych, którzy zabili Syna Bożego... Stali się obrzydliwi i podli. Jednak ich przekleństwo jest usuwane wcześniej niż przekleństwo dzieci Judy. I staną się białymi i pięknymi ludźmi”⁴⁶.
13. Spencer W. Kimball – „Widziałem zaskakujący kontrast w dzisiejszych postępkach Indian w porównaniu do 15 lat temu... szybko stają się białymi i pięknymi ludźmi... teraz stają się białymi i pięknymi ludźmi, tak jak nam obiecano. Na zdjęciu 20 misjonarzy Lamanitów 15 z nich było jasnych jak anioły... dzieci w programie farmy w Utah są często jaśniejsze niż ich bracia i siostry w rezerwatach... Ci młodzi członkowie Kościoła robią się biali i ładni...”⁴⁷.
14. Mark E. Peterson – „Murzyn szuka przyjęcia do białej rasy i nie będzie usatysfakcjonowany, dopóki nie osiągnie tego poprzez mieszane małżeństwa. Taki jest jego zamiar i staniemy przed nim. Nie powinniśmy... współczuć Murzynom, otworzyć ramiona i przytulić ich wszystkim, co mamy”⁴⁸.
15. Brigham Young – „Ale pozwól mi wyjaśnić dalej. Pozwólcie mi zmieszać moje nasienie z nasieniem Kaina, wtedy przekleństwo spadnie na mnie i moje pokolenie... W tym dniu i o godzinie, w której to zrobimy, kapłaństwo zostanie zabrane z Kościoła i królestwa”⁴⁹.
16. Brigham Young – „Mam powiedzieć wam prawo Boże dotyczące rasy afrykańskiej. Jeśli biały mężczyzna wybranej płci miesza swoją krew z Kainami, następującą karą jest natychmiastowa śmierć. Zawsze tak będzie”⁵⁰.
17. Bruce R. McConkie – „W szerszym znaczeniu systemy kastowe wywodzą się z samej ewangelii, a jeśli działają zgodnie z Boskim dekretem, wynikające z tego ograniczenia i segregacje są poprawne i otrzymują aprobatę Pana. Aby to zilustrować: Kain, Ham i cała rasa Murzynów zostali przeklęci czarną skórą, znakiem Kaina, aby mogli zostać rozpoznani jako odrębna kasta [klasa społeczna] – lud, z którym potomkowie Adama nie powinni zawrzeć małżeństwa”⁵¹.

⁴⁵ O. Cowdery, *LDS Messenger and Advocate*, t. 1, July 1835, s. 158.

⁴⁶ B. Young, *Journal of Discourses*, t. 2, Salt Lake City 1854, s. 143.

⁴⁷ S.W. Kimball, *Improvement Era*, 1966, s. 922–923.

⁴⁸ M.E. Petersen, *Race Problems – As They Affect The Church*, wykład na Brigham Young University, 27 sierpnia 1954.

⁴⁹ B. Young [cyt. za:] B. Witte, *Where Does It Say That?*, s. 2–9.

⁵⁰ Idem, *Journal of Discourses*, t. 10, Salt Lake City 1863, s. 110.

⁵¹ B.R. McConkie, *Mormon Doctrine*, Salt Lake City 1966, s. 108–109.

18. B.H. Roberts (William Benjamin Smith) – „Jednak niektórzy odrzucają fakt, że zamieszanie w stanach południowych psuje i degraduje południowe pochodzenie ludzi. Jeśli tak, ktoś musi nauczyć się czytać pisma w historii i najbardziej imponujących naukach biologicznych. Fakt, że Murzyn jest znacznie gorszy od rasy białej, został udowodniony zarówno cranio logicznie, jak i poprzez szereg eksperymentów trwających sześć tysięcy lat na całym świecie...”⁵².
19. Mark E. Peterson – „Jeśli w moich dzieciach będzie tylko kropla krwi murzyńskiej, otrzymają klątwę”⁵³.

Podsumowanie

Świadom jestem, że niniejszy artykuł na temat mormońskiego rasizmu w XIX i XX w. nie wyczerpuje w pełni zakresu omawianej w nim problematyki. Umożliwi jednak czytelnikom choć wstępne zapoznanie się z tym trudnym tematem, budzącym w społeczeństwie amerykańskim także w trzeciej dekadzie XXI w. żywe kontrowersje. Ustawy z lat 60. XX w., wprowadzające formalną równość wobec prawa wszystkich obywateli USA i zakazujące wszelkich przejawów segregacji rasowej, a także rasizmu, nie zostały bowiem zaakceptowane przez wszystkich. Kwestia utrzymywania się mormońskiego rasizmu we współczesnym życiu religijnym i społecznym w USA, a także faktycznego zasięgu tego zjawiska, wykracza jednak poza ramy niniejszego opracowania. Jej przedstawienie będzie wymagało dalszych badań.

Mormon racism

The Mormon Church's approach to blacks or Indians has changed over the years. There is no doubt that it was extremely controversial at the turn of the 19th and 20th centuries. This article enables the readers to get acquainted with this difficult topic, which aroused lively controversy in American society also in the third decade of the 21st century. The acts of the 1960s introducing formal equality before the law of all US citizens and prohibiting all manifestations of racial segregation and racism were not accepted by everyone. The persistence of Mormon racism in

⁵² W.B. Smith, *The Color Line*, [w:] B.H. Roberts, *First Year Book in the Seventy's Course in Theology*, Salt Lake City 1931, s. 232.

⁵³ M.E. Peterson, *Race Problems – As They Affect The Church*, Salt Lake City, s. 7.

contemporary religious and social life in the US is also debatable, though officially Mormons claim it has been changed.

Key words: racism, Mormons, Negroes, Indians, slaves, Joseph Smith, Book of Mormon, Brigham Young, Mormon teaching

Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak

Rytualne tuczenie panien, nadwaga i otyłość w Maghrebie w świetle muzułmańskich kanonów kobiecego piękna

Współcześnie pokutuje pogląd, że ciało jakim obdarzyła nas natura, nie zawsze uważane jest za idealne. Kanon piękna, zwłaszcza w kontekście kobiecej powierzchowności, rozpatrywany jest w kulturze europejskiej poprzez pryzmat szczupłej sylwetki, osiąganey nierzadko głodowymi dietami lub drakońskimi ćwiczeniami w siłowni. Kulturowe normy narzucają wymagany obraz ciała, wymuszając zatem określony styl życia oraz zachowania zdrowotne lub antyzdrowotne. Zaślepieni dążeniem do nieuchwytnego ideału, nierzadko tracimy zdroworozsądkowe podejście do własnego ciała jako dobrze funkcjonującego, zdrowego organizmu. Można stwierdzić, że we wszystkich kulturach opętani dążeniem do „nieuchwytnego ideału”, gubimy gdzieś po drodze samych siebie.

W ubogich w żywność rejonach, np. w niektórych okolicach krajów Maghrebu¹ ceni się otyłe kobiety, stąd w wielu krajach przyjął się zwyczaj *leblouh* – tuczenia dziewczynek, który się dotąd jeszcze praktykuje zwłaszcza na obszarach wiejskich. Zamiennie stosowany jest francuski termin *gavage*, który używany był we Francji jako określenie tuczu gęsi. Tradycyjne tuczenie dziewcząt wywodzono od koczujących na Saharze i jej obrzeżach i wypasających zwierzęta Tuaregów – należących do ludów berberyjskich. Ciągłe jeszcze uprawiają *al-bluuh*, tucz dziewcząt, korzystając ze specjalnego naczynia z boczną wylewką (*ayalla*), za pomocą którego mleko jest wlewane bezpośrednio do przełyku². W społecznościach

¹ Maghreb (arab. *al-Magrib* – zachód) – nazwa używana przez Arabów w stosunku do regionu północno-zachodniej Afryki, powstała w czasie ekspansji arabskiej. Określenie to przyjęło się również w kulturach europejskich i odnosiło się do Maroka, Algierii i Tunezji, a współcześnie także do Libii, Mauretanii i Sahary Zachodniej. Por.: Z. Landowski, *Świat arabski. Leksykon. Historia, gospodarka, kultura*, Warszawa 2008, s. 152.

² E. Bernus, J. Akkari-Weriemmi, *Gavage*, „Encyclopédie Berbère” 1998, bez oznaczania t., nr 20, s. 2996–2999.

berberyjskich duża objętość ciał kobiet świadczyła o zamożności rodziny i stawała się oznaką prestiżu.

Proces wmuszania jedzenia zaczynał się niekiedy nawet u pięciolatek. Dzieci były i są karane, jeśli nie wypiją i nie zjedzą przewidzianej porcji mleka i owsianki. Na terenach dawnej kolonii Sahary Hiszpańskiej (podzielonych pomiędzy Maroko a Mauretanię) szczypie się je patykami, kłuje i bije, a jeżeli zwymiotują, przymusza do spożycia wymiocin³. Manon Rivière, autorka tekstu zamieszczonego przed 12 laty w „The Guardian” podkreślała, że w Mauretanii wbrew woli kobiet tradycyjne formy tuczu dziewcząt wprowadziła tam wojskowa junta⁴.

Dziewczynki sześciolatnie mogły być zmuszane nawet do wypicia kilkunastu litrów mleka wielbłądziego i zjadania dwóch kilogramów zmiażdżonej kaszy jaglanej, zmieszanej z dwiema szklankami masła, każdego dnia, lub ogromnej porcji *kuskusu*.

Chociaż wmuszanie jedzenia należy do barbarzyńskich zachowań, matki dziewczynek, podobnie jak niegdyś Chinki krępujące córkom stopy twierdziły, że nie ma innego sposobu na zapewnienie ich dzieciom dobrej przyszłości.

Saharawi (Sahrawi) to autochtoniczne ludy berberyjskie z zachodniej części Sahary, które zamieszkują południowe Maroko, Mauretanię i południowy zachód Algierii. Podobnie jak w przypadku większości ludów żyjących na Saharze, kultura Saharawi stanowi mieszaninę elementów berberyjskich, arabskich oraz pochodzących z Afryki Zachodniej. Uprzywilejowana pozycja kobiet w plemionach Saharawi należy do tradycji berberyjskich, które poprzedzają przybycie islamu i Arabów, a także stanowi cechą wspólną dla grup etnicznych Sahelu. Saharawi składają się z wielu plemion i głównie mówią po arabsku w dialekcie Hassaniya⁵, a niektórzy z nich w Maroku nadal posługują się językiem berberyjskim.

Należy wspomnieć, że kobiety w Maghrebie otyłość oceniają jako stan społecznie pożądaný i akceptowalny, w porównaniu do mieszkanki Europy, czy Kanady i Stanów Zjednoczonych, reprezentujących krańcowo odmienny punkt widzenia. Większość kobiet z nadwagą i otyłością nie pragnie wcale schudnąć, a znaczna część z nich w młodości chciałaby przytyć, w szczególności przed ślubem. Wskazuje to na fakt, że kobiety w krajach Maghrebu nadal mają tradycyjnie silne, pozytywne kulturowe wyobrażenia o korpulentnej budowie ciała⁶.

³ M. Rivière, *Girls being force-fed for marriage as fattening farms revived*, „The Guardian” 2009, z dnia 1 marca, <https://www.theguardian.com/world/2009/mar/01/mauritania-force-feeding-marriage> (dostęp: 16.03.2021).

⁴ Ibidem.

⁵ M. Rguibi, R. Belahsen, *Fattening practices among Moroccan Saharawi women*, „Eastern Mediterranean Health Journal” 2006, t. 12, nr 5, s. 620.

⁶ M. Rguibi, R. Belahsen, *Body size preferences and sociocultural influences on attitudes towards obesity among Moroccan Saharawi women*, „Body Image” 2006, t. 3, nr 4, s. 398.



Il. 1. Charakterystyczne, stożkowate naczynia służyły do gotowania *kuskusu*.

Fot. Joanna i Mirosław Wiater, 2009 r.



Il. 2. Nadwaga i otyłość u Marokanek sortujących orzechy arganowe.

Fot. Joanna i Mirosław Wiater, 2009 r.



Il. 3. Przyprawy stosowane w kuchni marokańskiej na *suku* w Casablance.

Fot. Joanna i Mirosław Wiater, 2009 r.



Il. 4. Sklepik z żywnością. Z lewej przysmak marokańskiej kuchni: kiszone cytryny.

Fot. Joanna i Mirosław Wiater, 2009 r.

W Afryce Północnej w kształtowaniu opinii kobiet na temat własnego ciała istotną rolę odgrywają mężczyźni. Zdecydowanie wolą oni kobiety o większej masie i uważają kobiety z nadwagą za najbardziej atrakcyjne seksualnie. Ponadto kluczową rolę w priorytetach dotyczących rozmiaru ciała pełnią matki, być może poprzez zachęcanie swoich córek do przybierania na wadze. W końcu, tradycyjny ubiór (zwany wśród marokańskich Saharawi *malhfa*) okazuje się być ważnym czynnikiem w oczekiwaniach gabarytowych kobiet, ponieważ w kulturach berberyjskich kobiety muszą ubierać się w sposób tradycyjny od okresu dojrzewania. W ich przekonaniu zwyczajowy ubiór wymaga dużego rozmiaru. Te socjokulturowe preferencje mogą zatem chronić tamtejsze kobiety przed niską samooceną oraz zaburzonym obrazem własnego ciała⁷. Adina Batnitzky z Wydziału Geografii i Środowiska, Uniwersytetu Teksasu w Austin zauważała, że to właśnie kulturowe i religijne przekonania oraz praktyki wpływają na stosunek do masy ciała i stylu życia (dietę i aktywność fizyczną), a także odgrywają dużą rolę w zachowaniach zdrowotnych⁸.

Powszechnie wiadomo, że określone ideały obrazu własnego ciała kobiet są często oparte na ich rolach społecznych i kulturowych. W społeczeństwach pronatalistycznych, takich jak społeczeństwa Maghrebu, często rola matki jest najbardziej ceniona przez panie. W ich mniemaniach nadwaga wiąże się ze zwiększoną płodnością, dzięki czemu kobiety mogą być bardziej skłonne do uznawania dużych rozmiarów ciała za swój ideał⁹. Kierując się koncepcją „zgodności kulturowej”, możemy postawić hipotezę, że kobiety, które chcą wyjść za mąż, celem wydania potomstwa będą prawdopodobnie przejawiać zachowania, które odzwierciedlają taką normę kulturową¹⁰. Jednocześnie myślenie o tym, że „grube jest piękne” nie oznacza braku świadomości wśród współczesnych afrykańskich kobiet, że otyłość jest czynnikiem predysponującym do wielu chorób. W tej perspektywie zakorzeniony jest zarówno pogląd, w którym za obraz ciała odpowiedzialny jest system społeczny, jak i poststrukturalistyczny, w którym kobiety są aktywnymi uczestniczkami społecznej wizji idealnego ciała. Dla Marokańczyków z klasy niższej i średniej lepiej jest być „za grubym” niż „za chudym”¹¹.

Do cech charakterystycznych w marokańskiej kuchni¹² należy używanie wielkiej ilości ziół i przypraw, głównie ostrych, nie tylko miejscowych, ale i sprowadzanych

⁷ Ibidem, s. 399.

⁸ A.K. Batnitzky, *Cultural constructions of „obesity”: Understanding body size, social class and gender in Morocco*, „Health and Place” 2011, t. 17, s. 348.

⁹ Ibidem.

¹⁰ W.W. Dressler, J.R. Bindon, *The health consequences of cultural consonance: cultural dimensions of lifestyle, social support, and arterial blood pressure in an African American community*, „American Anthropologist” 2000, nr 102, s. 256–258.

¹¹ A.K. Batnitzky, *op. cit.*, s. 349.

¹² L. Abu-Shams, *La alimentación como signo de identidad cultural entre los inmigrantes marroquíes*, „Zainak. Cuadernos de antropología-etnografía” 2008, (bez numeru t.), z. 30, s. 177–193.

od stuleci z okolic Oceanu Indyjskiego. „Szafran, pieprz – zarówno biały jak i czarny, kminek, imbir, mielona papryka słodka i ostra, cynamon, gałka muszkatołowa, kardamon, anyżek i goździki to podstawowy zestaw używanych na co dzień przypraw korzennych. Uzupełniają je zioła, przede wszystkim świeżo suszona mięta, listki zielonej kolendry (także jej nasiona), zielona pietruszka, bazylija, liść laurowy, tymianek, czosnek, cebula i koper włoski”¹³ – napisał Marek Urbański. W skład ulubionej przyprawy, jaką była *harrisa*, wchodziły ostre, niewielkie papryczki, czosnek, biały pieprz, sól i oliwa. Inne przysmaki, jak kiszzone cytryny, wiele rodzajów oliwek mocno wzmagaly apetyt, co znacznie ułatwiało „bycie grubym”.

Souad Rahim oraz Abdellafit Baali z uniwersytetu Cadi Ayyat w Marrakeszu przeprowadzili szerokie badania nad otyłością pośród marokańskich kobiet zamieszkujących w mieście Smara na południu Maroka¹⁴. Z ich wyliczeń pochodzących z grupy kontrolnej wynikało, że ogółem 25,2% całej populacji Maroka miało nadwagę, a 10,3% zaliczono do osób otyłych. W wyniku przeprowadzonych badań pośród kobiet Saharawi w 2011 r. (próba 343 osób) ustalono, że odsetek otyłych kobiet w Smara wynosił aż 43,5%. Autorzy wykazywali, że otyłość jest statystycznie związana ze wskaźnikami biodemograficznymi i społeczno-kulturowymi (wiekiem, poziomem wykształcenia, percepcją obrazu ciała, geograficznym pochodzeniem kobiet). Podkreślali związek położenia geograficznego z występowaniem otyłości u kobiet¹⁵. Zauważmy, że wg badaczy u Saharawi znajdowało się czterokrotnie więcej otyłych kobiet, niż w całym Maroku.

Pięć lat po opublikowaniu badań w Smarze inne, przynajmniej dwukrotnie wyższe dane o otyłości i nadwadze podawała Fátima Ma El Ainin Embarek, która w swojej pracy dyplomowej proponowała program edukacji medycznej dla społeczności Saharawi i powoływała się na dane WHO (pochodzące z 2016 r.). W całym Maroku 56,4% osób miało nadwagę, a 27,6% cierpiało na otyłość¹⁶.

Obraz ciała nie jest statycznym konstruktem, ale jest dynamiczny i zmienia się w miarę jak kobiety zdobywają nowe doświadczenia i pełnią nowe role, zarówno na poziomie społecznym, jak i zawodowym. W wielu społeczeństwach duże ciało było kiedyś uważane za idealne, ze względu na skojarzenie z bogactwem i dobrym zdrowiem, podczas gdy szczupłość była uważana za oznakę ubóstwa

¹³ M. Urbański, *Kuchnia marokańska*, Warszawa 1991, s. 6.

¹⁴ S. Rahim, A. Baali, *Étude de l'obésité et quelques facteurs associés chez un groupe de femmes marocaines résidentes de la ville de Smara (sud du Maroc)*, „Antropo” 2011, t. 24, s. 43–53, www.didac.ehu.es/antropo (dostęp: 13.03.2021).

¹⁵ Ibidem, s. 50–51.

¹⁶ F. Ma El Ainin Embarek, *El peso de la belleza para la mujer Saharaui. Propuesta de programa de educación sanitaria dirigido a mujeres saharauis*, promotor R. Cacho Fernández, Universidad de Navarra 2018, s. 17; [www.TFG%20Fátima%20Ma%20El%20Ainin%20\(1\).pdf](http://www.TFG%20Fátima%20Ma%20El%20Ainin%20(1).pdf) (dostęp: 14.03.2021).

i choroby. Normy estetyczne dotyczące perfekcyjnego rozmiaru ciała zmieniały się jednak wraz z przemianą ról ekonomicznych kobiet w społeczeństwie. Tak więc, w zależności od statusu finansowego i poziomu wykształcenia, wzorce żywienia oraz także idealny wizerunek ciała również podlegały przeobrażeniom. Świadczą o tym badania przeprowadzone w Tunisie. Okazało się, że ze względu na wysokokaloryczną dietę, która ciągle ulega przemianie, kobiety zaczęły spożywać mniej mięsa niż mężczyźni, za to więcej słodczy. Uwidoczniły się związki pomiędzy wykształceniem kobiet, a jakością ich pożywienia. Wyższe wykształcenie zapewniało inny stosunek do wysokokalorycznego pożywienia, niż to miało miejsce u analfabetów¹⁷.

Niektórzy badacze starali się ignorować związki otyłości u kobiet z tradycyjnym, islamskim obrazem piękna kobiecego ciała. Napisano: „Ogromne ogólne nierówności związane z otyłością ze względu na płeć (kobiety znacznie bardziej otyłe niż mężczyźni) były większe w środowisku miejskim, ale niższe wśród osób z wyższym wykształceniem i aktywnością zawodową. Należy poszukiwać przyczyn nierówności płci w otyłości i ich zróżnicowania w zależności od sytuacji społeczno-ekonomicznej, tak aby w Tunezji i w podobnych warunkach można było wdrożyć odpowiednią politykę zmniejszania tych nierówności”¹⁸ – konkludowali autorzy, nie szukając wcale odpowiedzi w niezaprzeczalnych normach dotyczących muzułmańskich ideałów kobiecej urody.

Należałoby w tym miejscu zadać sobie pytanie, co w aspekcie otyłości kobiecej mówiła religia. W religii chrześcijańskiej odpowiedź wydaje się być oczywista. Katolik, zwłaszcza w okresie postu, zdecydowanie uważa, że „obżarstwo jest grzechem”. W przypadku marokańskich kobiet oraz bardzo zindywidualizowanego rozumienia islamu, sprawa jest nieco bardziej złożona. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni uważają, że waga kobiecego ciała zdeterminowana została przez Allaha. I tak główną przyczyną, dla której kobiety są „większe”, jest wola Allaha, który w „naturalny” sposób obdarowuje kobietę takim, a nie innym rozmiarem ubrania. Powołując się na artykuł Adiny Batnitzky dowiadujemy się z rozmowy przeprowadzonej z 44-letnią zamężną Marokanką posiadającą czwórkę dzieci, że szczupła niegdyś osoba obecnie jest otyła. Jednocześnie kobieta stwierdza, że tak właśnie Allah chce, aby w ten sposób wyglądała matka¹⁹.

Artykuł porusza jeszcze jeden istotny dla zdrowia wątek – łączy otyłość z występowaniem bodajże największego cywilizacyjnego problemu zdrowotnego

¹⁷ M. Mehdi Abassi, S. Sassi, J. El Ati i wsp., *Gender inequalities in diet quality and their socioeconomic patterning in a nutrition transition context in the Middle East and North Africa: a cross-sectional study in Tunisia*, „Nutrition Journal” 2019, t. 18, nr 1, s. 18.

¹⁸ J. El Ati, P. Traissac, F. Delpeuch i wsp., *Gender obesity inequities are huge but differ greatly according to environment and socio-economics in a North African setting: a national cross-sectional study in Tunisia*, „PLoS One” 2012, t. 7, nr 10, e48153 (dostęp: 14.03.2021).

¹⁹ A. Batnitzky, *op. cit.*, s. 17–18.

współczesnego człowieka, jakim jest cukrzyca. Okazuje się, że opisywana kobieta jest diabetyczką, a jej doświadczenia z cukrzycą odzwierciedlają wyobrażenia swojej choroby w odniesieniu do islamu. Kobieta intensywnie pości podczas ramadanu, chociaż przyznaje, że nie jest do tego zobowiązana, ponieważ jest chora. Twierdzi jednak, że musi pościć, ponieważ nie ma zamiaru zawieść Allaha. Następnie, po zakończonym poście, spożywa pokarmy zgoła nieodpowiednie (o wysokiej zawartości tłuszczu i cukru), aby w pełni uczestniczyć w obchodach religijnych, mimo iż wie, że są one szkodliwe dla jej zdrowia. W efekcie, biorąc udział we wspomnianych uroczystościach wierzy, że Allah ochroni jej zdrowie. Traktuje zatem swoją religijność jako alternatywną drogę do dobrego samopoczucia. Według wierzeń i praktyk islamskich zdrowie i choroba mają najczęściej charakter fatalistyczny i można je podsumować koncepcją *maktoob* (przeznaczeniem). Powszechnie uważa się, że choroba jest znakiem, że sam Allah myśli o tobie, dzięki czemu nie należysz do „zapomnianych ludzi”. Jeśli zawierzysz mu swoje życie, będziesz zdrowy²⁰.

Rozważania na temat wpływu islamu na otyłość u kobiet prowadziła również szwedzka antropolog Rebecca Popenoe. Co prawda jej badania terenowe dotyczyły skalnego basenu Azawagh na północnym zachodzie Nigru, a więc rejonu Sahele, a nie Maghrebu, lecz przebywały tam liczne grupy Tuaregów i inne wyznające islam plemiona koczownicze i półkoczownicze. Tuczenie rozpoczynano wówczas, gdy dziewczynki traciły swój pierwszy mleczny ząb. Zapewne na podstawie lektury hadisów i *Koranu* Rebecca Popenoe uznała, że w taki sposób postępowano, bowiem kobiety i mężczyźni wg Allaha musieli wizualnie, krańcowo różnić się od siebie, a miękkie, seksowne ciała kobiet kontrastowały z umięśnionymi, szczuplejszymi mężczyznami. Tuczenie kobiet w wierzeniach islamskich przyspieszało ich zdolność do rodzenia dzieci. Obowiązkiem każdego wiernego od młodości było małżeństwo i wychowywanie potomstwa²¹. W oparciu o te badania Rebecca Popenoe wydała kilka lat później książkę, lecz w zasadzie rozwinęła w niej tylko wnioski zawarte we wspomnianym artykule²², jednakże podkreślając, że w 80% światowych populacji preferuje się bardziej pulchne niż szczuplejsze kobiety. Skąd wzięła się ta liczba – niezbyt wiadomo, bowiem brakuje właściwych odniesień. Rebecca Popenoe poddała w swojej pracy analizie znaczenie istnienia otyłości u kobiet zamieszkających na Saharze – mało obfitującym w pożywienie obszarze świata, gdzie otyłość kobiet decydowała o statusie społecznym całej rodziny. Wymieniała: oczekiwania, pragnienia, rolę pokrewieństwa, arabskie koncepcje zdrowia, ich kontekst religijny oraz potrzeby radzenia sobie z seksualnością

²⁰ Ibidem.

²¹ R. Popenoe, *Islam and the Body: Female Fattening among Arabs in Niger*, „ISIM Newsletter” 1999, (bez numeru t.), nr 4, s. 5.

²² Eadem, *Feeding Desire. Fatness, Beauty and Sexuality Among a Saharan People*, London 2003.

z emicznego punktu widzenia. Wykazała, że określone ideały piękna można pojąć tylko w ramach odpowiednich struktur społecznych i logiki kulturowej, z czym trzeba się zgodzić.

Tuczenie narzeczonych wzorem berberyjskich bądź arabskich społeczności również uprawiali ich żydowscy sąsiedzi²³, którzy od czasów zburzenia Świątyni Salomona przez Nabuchodonozora II falami napływali z Palestyny do ościennych rejonów. Wielu z nich przybyło na tereny współczesnej Tunezji, gdzie głównie osiedlali się na wyspie Dżerba. Paul Sebag, który opracował historię Żydów zamieszkałych w Tunezji²⁴, na okładce książki umieścił scenę z rodzinnego życia codziennego: szczupły mężczyzna był otoczony przez cztery grube żony z dziećmi. W przeciwieństwie do askenazyjskich, Żydzi sefardyjscy przebywający w krajach muzułmańskich, gdzie posiadanie wielu żon świadczyło o wysokim statusie społecznym i o zamożności, również uprawiali poligamię, czego nie zabraniał Talmud.

Jak już wspomniano, w wielu społecznościach świata otyłość kulturowo kojarzono z pięknem, dobrobytem, zdrowiem i prestiżem, a szczupłe ciało postrzegane było jako oznaka złego stanu zdrowia lub ubóstwa. Jak podaje Katarzyna Łeńska-Bąk: „Kanon kobiecego piękna, różny w zależności od czasu historycznego i geograficznych uwarunkowań, wiąże się z tematyką kulinariów i jedzenia, to jest z kwestią nieograniczonego przyjmowania pokarmów lub z drastyczną dietą, w zależności od tego, czy aktualnym wzorem do naśladowania jest sylwetka gruba, czy chuda”²⁵. Stąd w niektórych społeczeństwach praktykowane są rytuały tuczenia młodych niezamężnych panien. Monika Seifert i Zygmunt Zdrojewicz nieśluszenie uważali, że przymusowe tuczenie najbardziej znane jest w Mauretanii²⁶, gdyż stosowane było także w wielu innych krajach Afryki²⁷, być może w mniej drastycznych formach. Jest to zgodne z koncepcją „im grubsza kobieta, tym bardziej atrakcyjna”.

Przyrost masy ciała kobiet obserwowany jest również po ślubie. Dlaczego tak się dzieje? Po pierwsze, małżeństwo zwiększa możliwości wspólnego spożywania posiłków. Żona gotuje nie tylko dla siebie, ale również dla męża. Drugie możliwe wyjaśnienie dotyczy wpływu masy ciała na atrakcyjność interpersonalną. Kobieta o pełnych kształtach uchodzi w niektórych kulturach za istotę bardzo piękną²⁸.

²³ H. Salamon, E. Juhasz, *Goddesses of Flesh and Metal: Gazes on the Tradition of Fattening Jewish Brides in Tunisia*, „Journal of Middle East Women's Studies” 2011, t. 7, nr 1, s. 1–38.

²⁴ P. Sebag, *Histoire des Juifs de Tunisie: des origines à nos jours*, Paris 1991.

²⁵ K. Łeńska-Bąk, *Grubą być czy chudą? Między kanonem piękna a kulturowym dystansem*, „Postscriptum Polonistyczne” 2008, t. 2, nr 2, s. 113.

²⁶ M. Seifert, Z. Zdrojewicz, *Otyłość a zachowania seksualne*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2010, t. 6, nr 3, s. 133.

²⁷ *Gavage* był i jest także praktykowany np. w Nigrze, Nigerii, Mali, Czadzie, Ugandzie, Kenii, Sudanie i Republice Południowej Afryki.

²⁸ R.W. Jeffery, A.M. Rick, *Cross-Sectional and Longitudinal Associations between Body Mass Index and Marriage-Related Factors*, „Obesity Research” 2002, t. 10, nr 8, s. 814.

Według badań przeprowadzonych w Maroku, częstość występowania nadwagi i otyłości znacznie wzrosła w ostatnich latach²⁹. Rozważania na temat przyrostu masy ciała w całym cyklu życia kobiet wykazały, że w tym społeczeństwie istniały okresy tuczenia charakteryzującego się przejadaniem i ograniczeniem aktywności fizycznej. Najczęściej był to czas obejmujący przygotowanie do małżeństwa. Kobiety przechodziły rytualne tuczenie przed ślubem w okresie co najmniej 40 dni od planowanego terminu uroczystości. Dzisiaj jest to zjawisko coraz radsze. Celowe objadanie się, połączone z dużym ograniczeniem aktywności fizycznej, tradycyjnie nazywane jest *tablah*. Okres ten mógł trwać dłużej niż 40 dni, aż do osiągnięcia celu, jakim było przybranie na wadze. Stary zwyczaj, mający na celu podkreślenie statusu rodziny, pozwalał mężczyznom zmanifestować swoją zażyłość – otyła żona była świadectwem jego zaradności finansowej. Stać go, aby mogła zostać w domu z przyszłym potomstwem. W miejscach, gdzie nierzadko brakuje pożywienia, jest to istotnie oznaką luksusu³⁰.

Kobiety, których styl życia był dawniej koczowniczy, spożywały jedynie duże ilości mleka wielbłądniego, którego konsumpcja mogła sięgać nawet 10 litrów dziennie. Natomiast po osiedleniu się w obszarze miejskim, kobiety używały już kilku alternatywnych pokarmów w okresie przybierania na wadze – takich jak zupy, np. *harira*³¹, kuskus z jęczmienia, wątroba, tłuszcz i mięso wielbłąda, oliwa z oliwek oraz mleko i ryż w cukrze. Ponadto swoistym dodatkiem były nasiona kozieradki spożywane bezpośrednio lub dodawane do potraw i serwowanych posiłków przyspieszających przyrost masy ciała przed ślubem. Z kolei inne kobiety stosowały specjalne tradycyjne potrawy – nadprogramowo spożywanie przed pierwszymi posiłkami (*aajna*) lub dodatkowo jedzone po wieczornej kolacji (*lahssa*). Dania te przygotowywane są z mieszanki mięsa, kasz, nasion i roślin przyprawowych. Różnią się one obecnością daktyli w *aajna*, zastąpionych miodem w *lahssa*, a także rodzajem ziół używanych do każdego posiłku³².

Kulturowe wyobrażenia na temat tego, co jest pożądane i atrakcyjne, mają istotne znaczenie w postrzeganiu obrazu własnego ciała. Pomimo wysokiej częstości występowania nadwagi i otyłości w grupie kobiet pragnących wyjść za mąż oraz mężatek, zdecydowana większość z nich określiła swoją wagę jako prawidłową. Otyłość u marokańskich kobiet nie jest przyjmowana z taką pogardą, z jaką się spotyka w europejskich krajach, co skutkuje mniejszą motywacją do zmniejszenia wagi³³. Nawet jeśli kobiety postrzegają siebie jako osoby z nadwagą, nadal uważają się za atrakcyjne fizycznie i pragną aby wytworzyć jak najwięcej tkanki tłuszczowej.

²⁹ M. Rguibi, R. Belahsen, *Body...*, s. 620.

³⁰ Ibidem.

³¹ Jedną z najbardziej popularnych zup marokańskich z baraniny, wywaru z pomidorów, z dodatkiem włoskiego grochu lub cieciora i licznych przypraw. Por. M. Urbański, *op. cit.*, s. 24.

³² M. Rguibi, R. Belahsen, *Body...*, s. 622.

³³ Ibidem.

Należy również zauważyć, że od okresu dojrzewania kobiety ubierają się w tradycyjne, obszerne stroje, co automatycznie daje swego rodzaju przyzwolenie na posiadanie bardziej obfitych kształtów. Zazwyczaj kobiety w państwach Maghrebu posiadają kilkoro dzieci, zatem w ich przypadku niemożliwy jest powrót do szczupłej sylwetki. Każda kolejna ciąża i związane z tym karmienie piersią sprawiają, że wieloródki są otyłe.

Niestety, otyłość to nie tylko sprostanie wymaganiom dotyczącym urody, ale także przysporzenie sobie wielu kłopotów związanych ze stanem zdrowia. U otyłych kobiet obserwować można coraz częściej objawy cukrzycy typu drugiego, które są zazwyczaj zbyt późno dostrzegane³⁴. Nadwaga i otyłość prowadzą do wielu chorób, to powszechnie znany fakt. Oprócz nowotworów pojawiają się problemy sercowo-naczyniowe³⁵, zwyrodnienia stawów i kręgosłupa. Ponadto nierzadko chore trafiają do szpitali z powodu innych powikłań metabolicznych.

Osobnym tematem jest przybieranie na wadze przy pomocy metod farmakologicznych, które należą do wyjątkowo niebezpiecznych. Lekarstwa przyjmowane przez młode dziewczyny pochodzą najczęściej z czarnego rynku. Kobiety Saharawi stosowały sterydy w celu wywołania przyrostu masy ciała. Nie zwracano uwagi, że leki te mogą mieć negatywny wpływ na organizm. Kortykosteroidy, zwłaszcza przyjmowane przez dłuższy czas, oprócz przyrostu masy ciała mogą powodować wiele działań niepożądanych. Podawane drogą doustną sprawiają, że wzrasta apetyt, rośnie w specyficzny sposób masa ciała (tkanka tłuszczowa odkłada się na tułowi i karku), ale może wystąpić miopatia postteroidowa, w wyniku której włókna mięśniowe nie funkcjonują prawidłowo, czego pierwszym objawem jest osłabienie mięśni, a później zanik włókien oraz ich martwica, podatność naczyń na urazy, utrudnione gojenie się ran. Dochodzi do zahamowania lub zmniejszenia tempa wzrostu, opóźnienia wieku kostnego i zębowego. U osób starszych przyjmowanie kortykosteroidów powoduje szybszą utratę uzębienia, osteoporozę i demineralizację kości, w wyniku czego dochodzi do złamań kości. Kolejnymi skutkami są: wystąpienie cukrzycy postteroidowej, zmniejszenie odporności i zanik układu chłonnego, wzmożone zakażenia opryszczką³⁶.

Informacje świadczące o prawie powszechnej otyłości i nadwadze w Afryce Północnej podawała Fátima Ma El Ainin Embarek, która powoływała się na dane WHO (pochodzące z 2016 r.). W Egipcie 66,3% osób miało nadwagę, a z nich 36% otyłość, w Maroku 56,4% osób miało nadwagę, a 27,6% cierpiało na otyłość,

³⁴ M. Rguibi, R. Belahsen, *Prevalence and associated risk factors of undiagnosed diabetes among adult Moroccan Sahraoui women*, „Public Health Nutrition” 2006, t. 9, nr 6, s. 722–727.

³⁵ W Maroku ok. 60% zgonów przypisuje się otyłości. Por.: R. Belahsen, M. Rguibi, *Population health and Mediterranean diet in southern Mediterranean countries*, „Public Health Nutrition” 2006, t. 9, nr 8A, s. 1130–1135.

³⁶ M. Martyn, T. Bachanek, *Leczenie astmy oskrzelowej a stan jamy ustnej – przegląd piśmiennictwa*, „Dental and Medical Problems” 2006, t. 43, nr 2, s. 271.

w Algierii ustalono, że 60,3% społeczeństwa miało nadwagę, z czego u 29,3% stwierdzono otyłość. W Libii 69,0% populacji miało nadwagę, 38% otyłość. W Tunezji 66,5% miało nadwagę a 33,9% otyłość. W Mauretanii 32,3% miało nadwagę, a zaledwie u 12,1% populacji stwierdzono otyłość³⁷.

Podobnie jak w Maroku i Tunezji, również w Libii lekarze twierdzą, że wysoka nadwaga i otyłość stanowi pierwszoplanową przyczynę zgonów. Od 1984 r. liczba osób otyłych stale rośnie, co dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn oraz dzieci. Brak aktywności fizycznej i wysokokaloryczna dieta bogata w tłuszcze przyczyniają się do otyłości postrzeganej już jako epidemia³⁸.

Z raportu WHO dotyczącego cukrzycy w Algierii (2016 r.) wiadomo, że ponad 10% kobiet i 10% mężczyzn choruje na cukrzycę. Nadwagę stwierdzono u około 60% kobiet i 54% mężczyzn, a otyłość odpowiednio u blisko 30% pań i prawie 18% panów. Brak aktywności fizycznej zaobserwowano u 1/4 mężczyzn i u około 40% kobiet³⁹. Z innego źródła (raport ze statystycznej bazy Knoema) wynika, że w Algierii w 2016 r. blisko 35% dorosłych kobiet cierpiało na otyłość⁴⁰.

Szukanie odpowiedzi na pytanie, czy rytualne tuczenie pańien w Maghrebie związane jest z kanonem piękna – wbrew pozorom okazało się proste. W szeroko rozumianej kulturze muzułmańskiej powszechnie preferowano w przeszłości pulchne kobiety i dzieje się tak nadal. Podobne wzorce estetyczne dla kobiet zaistniały wśród żydowskich enklaw we wschodnim Maghrebie. Wywodzący się od berberyjskich plemion koczowniczych zwyczaj przymusowego karmienia dziewcząt miał na celu podniesienie prestiżu rodziny, ukazanie, że mogła ona sobie pozwolić na większe ilości pożywienia. Z biegiem lat koczownicy trudniący się pasterstwem zaczęli prowadzić mniej czy bardziej osiadły tryb życia, korzystając ze zdobyczy cywilizacyjnych i większego asortymentu produktów spożywczych. Zdobycie żywności przestawało być ogromnym problemem. Rozwój gospodarczy, zwłaszcza w miastach, spowodował wzrost dobrobytu, a wraz z nim pojawiła się nadwaga i otyłość nie tylko u kobiet, lecz także i u mężczyzn. W kontekście Maghrebu dieta znacznie się zmieniła w wyniku przemian społeczno-ekonomicznych. Przede wszystkim wzrosło spożycie produktów odzwierzęcych, zawsze było wszechobecne korzystanie ze zbóż i słodzenie napojów dużą ilością cukru, co odzwierciedla specyfikę tamtejszych zwyczajów żywieniowych. Praktyki tuczenia dziewcząt należą jednak obecnie do coraz rzadszych. Pięć – sześć łyżeczek

³⁷ F. Ma El Ainin Embarek, *op. cit.*, s. 17–18.

³⁸ R.R. Elmehdawi, A.M. Albarsha, *Obesity in Libya: a review*, „Libyan Journal of Medicine” 2012, t. 7, nr 10, s. 1–5; H. Lemamsha, G. Randhawa, C. Papadopoulos, *Prevalence of Overweight and Obesity among Libyan Men and Women*, „BioMed Research International” 2019, t. 15, s. 1–16.

³⁹ Raport WHO na temat cukrzycy w Algierii; https://www.who.int/diabetes/country-profiles/dza_en.pdf (dostęp: 16.03.2021).

⁴⁰ *Algeria – Female obesity prevalence as a share of female ages 18+*, <https://knoema.com/atlas/Algeria/Female-obesity-prevalence> (dostęp: 16.03.2021).

cukru, który wsypują Marokanki do narodowego napoju, jakim jest herbata miętowa, pita kilka razy dziennie, rozwiązuje problem tak pożądanego przybierania na wadze.

Powszechne przekonanie, że pulchność ciała zwiększa płodność kobiet, w społecznościach nastawionych prokreatywnie także przyczynia się do powstawania nadwagi i otyłości. Niepoślednią rolę odgrywają również wierzenia religijne. I chociaż w niektórych krajach podejmowane są próby konstytucjonalnego zrównania praw mężczyzn i kobiet⁴¹, w praktyce wszystko zależy od decyzji sędziego. Można się rozwieść z powodu „brzydkiej”, szczupłej żony, a jeżeli uzyska się zgodę i ma się na to środki, można się wcale nie rozwodzić, lecz poślubić kolejną, odpowiednio grubą.

Mohamet Rguibi wraz Rekią Belahsen z uniwersytetu Cadi Ayyat w Marrakeżu zauważali, że wszelkie próby zapobiegania otyłości wymagają zmiany kulturowych norm piękna. Podkreślali, że mając na celu zapobieganie lub leczenie otyłości powinno się przede wszystkim informować społeczność o niebezpieczeństwie stosowania kortykosteroidów bez recepty lekarskiej⁴² oraz edukować kobiety na temat problemów zdrowotnych związanych z nadwagą i otyłością. Kolejnymi postulatami były: promowanie zdrowego stylu życia, uprawianie gimnastyki, sportów i przebywanie w środowisku, które ma niechętny stosunek do nadwagi i otyłości⁴³. Spostrzeżenia badaczy z uniwersytetu Cadi Ayyat należy uznać za słuszne, jednakże w warunkach afrykańskich niewykonalne, poza prowadzeniem edukacji. W tym wypadku należy starannie dobrać jej narzędzia. Pamiętając o analfabetyzmie, niewielkiej liczbie odbiorców telewizyjnych na wsi, być może pomocna byłaby forma radiowa, podparta nie tylko autorytetem lekarzy, lecz i islamskich duchownych.

Funkcjonujące od stuleci ideały piękna trudno wykorzenić i zastąpić je nowymi. Jak wynika z badań z różnych krajów Maghrebu, jedyną drogą prowadzącą do sukcesu jest walka z analfabetyzmem, kształcenie społeczności. Na razie jest to widoczne pośród muzułmańskiej inteligencji, gdzie przestały być aż tak istotne tradycyjne ideały „puszystego” piękna.

⁴¹ V. Cobano-Delgado Palma, *Repercusiones socieducativas de las reformas del Código de Familia en Marruecos. Socieducativas repercussions of the Reforms of the Code of Family in Morocco*, [w:] „Foro de Educación. Monográfico”, t. 10, *Pensamiento, cultura y sociedad*, Salamanca 2008, s. 401–424.

⁴² M. Rguibi, R. Belahsen, *Fattening...*, s. 623.

⁴³ Idem, eadem, *Body...*, s. 623.

Ritual fattening of the ladies, overweight and obesity in the Maghreb in the light of the Muslim canons of female beauty

In the Maghreb countries, as in other Arab countries, there was and applies a different canon of feminine beauty than in the European world: a woman should be plump and preferably fat. The ritual of fattening women was born centuries ago in the Bedouin Tuareg tribe, but was later spread to the north of Africa and among African peoples professing Islam. Although it is slow to move away from these practices, for health reasons, a huge number of Africans still believe in them, ignoring the health implications. Women even use steroids to gain weight, although they are aware of the negative effects of these drugs and their consequences. Only by wiping out the age-old ideals of female beauty will make African women healthy, but it is a very difficult process.

Key words: women's diet, fattening, overweight, obesity

Ewa Górską

Prawo muzułmańskie *versus* tradycja. Proces zmiany opinii prawnych dotyczących okaleczania żeńskich narządów płciowych w Egipcie

Wprowadzenie

Około 200 milionów dziewcząt i kobiet, zwłaszcza pochodzących z 30 krajów Afryki, Azji i Bliskiego Wschodu, jest ofiarami okaleczania żeńskich narządów płciowych¹. Coraz częściej notuje się też stosowanie takich praktyk w Europie, wśród imigrantów z tych państw². Tradycja ta, określana też jako „obrzezanie kobiet”³, obejmuje „wszystkie procedury obejmujące częściowe lub całkowite usunięcie zewnętrznych żeńskich narządów płciowych lub inne uszkodzenie narządów płciowych kobiet z przyczyn pozamedycznych”⁴. Zabieg ten nie przynosi żadnych korzyści fizjologicznych, natomiast w zależności od jego typu⁵ – ilości

¹ World Health Organization, *Female Genital Mutilation. Evidence Brief*, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329885/WHO-RHR-19.19-eng.pdf?ua=1> (dostęp: 13.04.2020).

² D. Rogowska-Szadkowska, T. Niemiec, *Obrzezanie kobiet – nowy problem w praktyce lekarza ginekologa w krajach Unii Europejskiej?*, „Ginekologia Polska” 2009, t. 80, nr 2, s. 118–123.

³ Ze względu na nieporównywalnie większe konsekwencje niż w wypadku obrzezania mężczyzn, stosowanie tego określenia jest niesłuszne. Zob. D. Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, New York 2007, s. 305; B.P. Mathews, *Legal, cultural and practical developments in responding to female genital mutilation: can an absolute human right emerge?*, [w:] B. Lewis, R. Maguire, C. Sampford (red.), *Shifting global powers and international law: Challenges and opportunities*, Abingdon 2013, s. 207–227.

⁴ World Health Organization, *Female Genital Mutilation...*

⁵ Światowa Organizacja Zdrowia, a za nią inne instytucje, wyróżniają cztery typy okaleczania narządów płciowych kobiet: Typ I to częściowe lub całkowite usunięcie żołądźki łechtaczki (klitoridektomia), ewentualnie również napletka łechtaczki. Typ II obejmuje częściowe lub całkowite usunięcie warg sromowych wewnętrznych, łechtaczki, niekiedy też warg zewnętrznych. Typ III polega na zwężeniu otworu pochwy przez przecięcie i zszywanie warg sromowych wewnętrznych lub warg sromowych zewnętrznych, często z wycięciem napletka lub żołądźki łechtaczki (infibulacja, zwana także „obrzezaniem faraonским”). Typ IV obejmuje wszystkie inne szkodliwe procedury przeprowadzane na żeńskich narządach płciowych dla celów innych niż medyczne. Za: ibidem.

wycinanych tkanek, sposobu zaszycia, zastosowania innego rodzaju przemocy – powoduje różnego rodzaju negatywne fizyczne i psychiczne skutki dla ofiar⁶. Rytuałne okaleczanie dziewczynek i młodych kobiet jest rozpowszechnione przede wszystkim na kontynencie afrykańskim, zarówno w państwach, w których islam jest religią uznawaną przez przeważającą większość społeczeństwa⁷, i w tych, w których nie jest religią dominującą⁸. Uważa się, że jest to bardzo stara plemienna tradycja, praktykowana do dziś wśród wyznawców religii afrykańskich, muzułmanów, chrześcijan, czy etiopskich żydów⁹. Mimo to kojarzona jest przede wszystkim z islamem, ze względu na swój zasięg geograficzny oraz uzasadnianie jej przez wielu muzułmanów argumentami religijnymi¹⁰.

W ostatnich dekadach praktyka ta budzi jednak sprzeciw muzułmańskich uczonych zajmujących się prawem religijnym. Zwłaszcza w Egipcie temat ten stał się zarzewiem ożywionych dyskusji toczonych od połowy lat 90. XX w., które doprowadziły do otwartych sporów pomiędzy czołowymi jurystami. Ich stanowiska były z kolei podstawą dla świeckich regulacji państwowych. Celem artykułu jest dokonanie przeglądu muzułmańskich opinii prawnych wydanych w Egipcie, dotyczących okaleczania żeńskich narządów płciowych, ze szczególnym uwzględnieniem transformacji zawartych w nich interpretacji. Badania są

⁶ Zob. np.: S.A. Alsibiani, A.A. Rouzi, *Sexual function in women with female genital mutilation*, „Fertility and Sterility” 2010, t. 93, nr 3, s. 722–724; S. Abdel-Azim, *Psychosocial and sexual aspects of female circumcision*, „African Journal of Urology” 2013, t. 19, nr 3, s. 141–142; M.I.H. Mahmoud, *Effect of female genital mutilation on female sexual function*, Alexandria, Egypt, „Alexandria Journal of Medicine” 2016, t. 52, nr 1, s. 55–59; G.I. Serour, *Medicalization of female genital mutilation/cutting*, „African Journal of Urology” 2013, t. 19, nr 3, s. 145–149.

⁷ Na przykład w Somalii, Gwinei, Sudanie, Dżibuti, zob. UNICEF, *Statistical Profile on Female Genital Mutilation – Egypt*, 2020, https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/Egypt/FGMC_EGY.pdf (dostęp: 5.05.2020).

⁸ Na przykład w Erytrei 83% kobiet jest obrzezanych, choć 63% społeczeństwa wyznaje chrześcijaństwo, a 37% islam. W Etiopii 65% kobiet jest obrzezanych, 69% społeczeństwa wyznaje chrześcijaństwo, 30% islam. W Gwinei-Bassau obrzezanych jest 45% kobiet, 62% społeczeństwa wyznaje chrześcijaństwo, 38% islam. Dane dot. wyznawanej religii za: Pew Research Centre, *Religious Composition by Country, 2010–2050*, 2019, <http://www.pewforum.org/2015/04/02/religious-projection-table/2010/percent/all/> (dostęp: 10.02.2019); dane dot. obrzezania kobiet w grupie wiekowej 15–49 lat za: UNICEF, *Statistical Profile...*

⁹ Zob. np. M. Knight, *Curing Cut or Ritual Mutilation?: Some Remarks on the Practice of Female and Male Circumcision in Graeco-Roman Egypt*, „Isis” 2001, t. 92, z. 2, s. 317–338; T.C. Okeke, U.S.B. Anyaehie, C.C.K. Ezenyeaku, *An Overview of Female Genital Mutilation in Nigeria*, „Annals of Medical and Health Science Research” 2012, t. 2, z. 1, s. 70–73; I. El-Damanhoury, *The Jewish and Christian view on female genital mutilation*, „African Journal of Urology” 2013, t. 19, nr 3, s. 127–129.

¹⁰ Zob. np. A.R.A. Ragab, *Some Ethical Considerations Regarding Medicalization of Female Genital Mutilation/cutting (Female Circumcision)*, „Revista Latinoamericana de Bioética” 2008, t. 8, nr 1, s. 10–13; S. Tolino, *The anti-FGM discourse in contemporary Egypt*, [w:] B. Arda, V. Rispler-Chaim (red.), *Islam and Bioethics*, Ankara 2012, s. 213–226.

oparte na analizie materiału źródłowego: dokumentów publikowanych przez egipskich jurystów oraz danych uzyskanych z literatury przedmiotu. Studium przypadku dyskusji muzułmańskich uczonych służy ukazaniu procesu rozwoju prawa muzułmańskiego, a także eksploracji relacji pomiędzy opiniami prawnymi, działaniami politycznymi oraz praktyką społeczną. Analizowane fatwy oraz wprowadzane przez Egipskie władze przepisy prawne uporządkowane są chronologicznie, następnie usystematyzowane są argumenty prawne wykorzystywane przez jurystów.

Prawo muzułmańskie a rytuały i praktyki dotyczące ciała

W świecie muzułmańskim religia daje kierunkowskazy co do moralnego postępowania zgodnie z wolą Boga, także jeśli chodzi o zabiegi medyczne i inne ingerencje w ciało. Decydujące w tym zakresie są zwłaszcza opinie prawne (ar.: *fatwā*, l. mn. *fatāwā*) wydawane przez jurystów muzułmańskich¹¹. Rozstrzygnięcia w nich zawarte są (współcześnie¹²) wyrazem indywidualnej interpretacji (*iğtihād*) faktów przez wykształconego w tym kierunku jurystę. W procesie tym prawnicy odnoszą się do norm i treści zawartych w źródłach prawa muzułmańskiego: przede wszystkim *Koranie*, hadisach zawartych w zbiorach sunny¹³ i precedensach uzgodnionych przez pierwszych prawników muzułmańskich (*iğmāʿ*), wykorzystując przy tym rozumowanie przez analogię (*qiyās*)¹⁴. Opinie prawne wyznaczają standardy postępowania odpowiedniego do danych okoliczności, jednak prawo muzułmańskie (ani islam) nie są jednorodne. W ramach jednej religii reprezentowane są różne stanowiska, w zależności od lokalnie dominującego odłamu islamu, tradycji intelektualnej czy kultury¹⁵. Fatwy i zawarte w nich interpretacje mogą też być modyfikowane przez uczonych z biegiem czasu¹⁶.

¹¹ Zob. więcej: E. Górka, *Współczesna dynamika prawa muzułmańskiego wobec problemów bioetycznych. Studium wybranych przypadków*, Kraków 2020, s. 89–128.

¹² Na temat dyskusji dotyczących tzw. „zamknięcia bram *iğtihādu*” oraz zakresu interpretacji prawnych w islamie zob. np.: W.B. Hallaq, *Was the Gate of Ijtihad Closed*, „International Journal of Middle East Studies” 1984, t. 16, nr 1, s. 3–41; M.G. Fareed, *Ijtihad*, [w:] R.C. Martin (red.), *Encyclopedia of Islam and the Muslim World*, New York 2016, s. 498–499.

¹³ Arabskie *ḥadīṭ*, l.mn. *aḥādīṭ* to przekazy o czynach, słowach i zwyczajach Proroka Mahometa, które powinny być naśladowane przez wiernych. Hadisy składają się na sunnę (tradycję), która uznawana jest za drugie, po *Koranie*, źródło prawa muzułmańskiego. Zob. więcej np.: W.B. Hallaq, *An introduction to Islamic law*, Cambridge 2009, s. 16.

¹⁴ M.H. Kamali, *Shariʿah Law. An Introduction*, Oxford 2008, s. 126.

¹⁵ Zob. więcej: A. Al-Azmeh, *Islams and modernities*, London 1993, s. 1; S.S. Ali, *Modern Challenges to Islamic Law*, Cambridge 2016, s. 5; W.B. Hallaq, *An introduction to...*, s. 27.

¹⁶ E.A. Black, H. Esmaili, N. Hosen, *Modern perspectives on Islamic law*, Cheltenham 2013, s. 101.

Taka możliwość zmiany leży u podstaw prawa muzułmańskiego, w którym wartości etyczne i normy dopasowują się do otoczenia: władzy politycznej, kultury, poglądów społecznych czy wiedzy naukowej¹⁷. Opinie prawne nie mają także oficjalnej hierarchii (ich wpływ zależy od autorytetu wydającego ja uczonego) i nie są wiążące dla wiernych. Ponadto może współistnieć wiele różnych rozstrzygnięć, w których uczeni, nawet należący do tej samej szkoły prawnej, promują odmienne interpretacje. Niekiedy wchodzić one ze sobą w spory – zjawisko pojawiania się przeciwstawnych fatw w tej samej kwestii, publikowanych w odpowiedzi na inne wydane przez „adwersarzy”, jest nazywane w literaturze „wojnami na fatwy”¹⁸.

Dla rozwoju współczesnego prawa muzułmańskiego duże znaczenie mają szczególnie interpretacje prawne publikowane przez uczonych z dwóch kairskich instytucji: Dār al-Iftā’ al-Miṣriyya oraz Uniwersytetu al-Azhar. Pierwsza z tych organizacji zajmuje się wydawaniem oficjalnych opinii prawnych w odpowiedzi na pytania m.in. wiernych i władz, przewodniczy jej Wielki Mufti Egiptu. Al-Azhar to jeden z najstarszych oraz największych ośrodków myśli muzułmańskiej na świecie¹⁹. Fatwy zrzeszonych w nim czołowych jurystów, reprezentujących wszystkie sunnickie szkoły prawne²⁰, oraz różne nurty w ramach islamu, są wysoko cenione i bardzo wpływowe²¹. W ostatnich latach reprezentanci właśnie tych instytucji toczyli w Egipcie głośnie spory dotyczące stosowania okaleczenia żeńskich narządów płciowych z punktu widzenia norm prawa muzułmańskiego.

Okaleczanie kobiecych narządów płciowych w Egipcie

Egipt należy do krajów o najwyższych współczynnikach kobiet, które doznały jakiejś formy okaleczenia narządów płciowych. Szacuje się, że w przedziale wiekowym 15–49 lat aż 87% Egipcjanek, najczęściej w dzieciństwie lub w okresie dorastania, przeszło tego typu operację, choć widoczna jest tendencja spadkowa w młodszym pokoleniu²². Tradycyjnie rytuał był wykonywany w warunkach

¹⁷ L. Rosen, *Islam and the Rule of Justice: Image and Reality in Muslim Law and Culture*, London 2018.

¹⁸ E.A. Black, H. Esmaeili, N. Hosen, *op. cit.*, s. 83–85.

¹⁹ J. Skovgaard-Petersen, *Defining Islam for the Egyptian State: Muftis and Fatwas of the Dār al-Iftā’, Leiden 1997.*

²⁰ Istnieją 4 sunnickie szkoły prawne: hanaficka dominuje w Azji, Turcji i rejonie Lewantu, malikicka w Afryce Północnej, szafi’icka w Malezji i Indonezji, choć narodziła się w Egipcie, a hanbalicka w Arabii Saudyjskiej. Ze szkół szyickich dżafarycka rozpowszechniona jest w Iranie i wśród szyitów Lewantu i Półwyspu arabskiego, natomiast zajdycka w Jemenie. Zob. W.B. Hallaq, *An introduction to...*, s. 37.

²¹ D.M. Reid, *Cairo University and the Making of Modern Egypt*, New York 1990, s. 11.

²² Ministry of Health and Population, *Egypt. Health Issues Survey*, Cairo 2015, s. 103.

domowych, niesterylnymi narzędziami, przez akuszerki (ar. *daya*) i położne, choć w ostatnich dekadach wzrosła jego medykalizacja²³. Niezależnie od profesjonalizacji i formy wykonywania, niesie ze sobą poważne ryzyko komplikacji i może skutkować śmiercią²⁴.

Okaleczanie żeńskich narządów płciowych w języku arabskim nazywane jest cięciem lub obrzezaniem (ar.: *ḥitān*, ew. *ḥifād*) lub oczyszczeniem (*tahāra*)²⁵. Pierwsze dwa terminy pokazują traktowanie tej tradycji podobnie do niegroźnego męskiego obrzezania. Ostatnie określenie daje wyraz kulturowych zbiorowych przekonań na temat kobiecej seksualności, czystości i moralności. Ze społecznego punktu widzenia celem wycięcia fragmentów zewnętrznych narządów płciowych ma być ograniczenie potrzeb seksualnych i satysfakcji kobiet ze stosunku, a przez to zadbanie o czystość przed ślubem, wierność mężowi po nim oraz zabezpieczenie mężczyzny przed tym, że nie będzie w stanie zaspokoić żony²⁶. Na szali leżą honor dziewczyny, jej rodziny i społeczności, a fundamentami są dwa główne założenia: że okaleczenie żeńskich narządów płciowych skutecznie kontroluje seksualność kobiet i że powinna ona być kontrolowana²⁷. Czasami przywoływane są również argumenty dotyczące higieny (analogicznie do obrzezania mężczyzn) i ludowe wierzenia, np. że ciało dziewczynki po urodzeniu jest androgeniczne, łechtaczka i ew. wargi sromowe to fragment męskich części ciała, a ich usunięcie to rytuał przejścia do pełnej kobiecości²⁸. Jednocześnie wiara w religijne podłoże tej tradycji jest rozpowszechniona wśród praktykujących ją muzułmanów. Według raportu egipskiego Ministerstwa Zdrowia z 2015 r. ok. 59% mężczyzn i 54% kobiet popierało kontynuację tej tradycji, a prawie połowa społeczeństwa (50% mężczyzn i 46% kobiet) uważała, że ich wiara tego wymaga²⁹. Ponadto, badania prowadzone ok. 2009 r. wśród lekarzy pokazują, że połowa z nich była przychylnie nastawiona do tej praktyki, z czego 82% z nich uważało to za wymóg religii muzułmańskiej³⁰.

²³ A.S. El Dawla, *The political and legal struggle over female genital mutilation in Egypt: Five years since the ICPD*, „Reproductive health matters” 1999, t. 7, nr 13, s. 128–136; G.I. Serour, *op. cit.*, s. 147–148; S.A. Alsibiani, A.A. Rouzi, *op. cit.*, s. 723.

²⁴ S.A. Alsibiani, A.A. Rouzi, *op. cit.*, s. 722–724; M.I.H. Mahmoud, *Effect of female genital mutilation on female sexual function*, Alexandria, Egypt, s. 55–59; G.I. Serour, *op. cit.*, s. 146.

²⁵ S. Tolino, *op. cit.*, s. 214; G.I. Serour, *op. cit.* s. 147.

²⁶ M.T. El-Mouelhy, A.R.A. Ragab, E. Johansen, A. Fahmy, *Men's Perspectives on the Relationship Between Sexuality and Female Genital Mutilation in Egypt*, „Sociology Study” 2013, t. 3, z. 2(21), s. 104–113.

²⁷ A.S. El Dawla, *op. cit.*, s. 129–130.

²⁸ G.I. Serour, *op. cit.*, s. 147.

²⁹ Ministry of Health and Population, *op. cit.*, s. 109–110.

³⁰ A. Refaat, *Medicalization of female genital cutting in Egypt*, „Eastern Mediterranean Health Journal” 2009, t. 15, nr 6, s. 1379–1388.

„Wojny na fatwy” w Egipcie i zmiany prawa muzułmańskiego i świeckiego

Mimo że geneza opisywanego tu rytuału okaleczania nie jest związana z islamem i był on stosowany na długo przed jego powstaniem, niektóre badania wskazują, że w wielu miejscach wykonywanie go jest bardziej prawdopodobne w rodzinach muzułmanów³¹. Wydaje się, że wraz z rozpowszechnianiem się islamu od 2 połowy VII w. starszy zwyczaj pozostał praktykowany, a w nowej religii znaleziono (lub stworzono) uzasadnienia dla niego i dla jego dalszego stosowania. Proces ten miał wymiar lokalny i nie był rozpowszechniony za pomocą pism religijnych czy prawa muzułmańskiego na inne regiony świata islamu. Dlatego zabiegi okaleczania są stosowane nadal w niektórych państwach muzułmańskich, a w innych nie, co więcej, w regionach, w których dominuje ta sama szkoła prawa islamu, okaleczanie żeńskich narządów płciowych może być stosowane w jednym miejscu, a w innym już nie³².

Faktem jest, że w doktrynach islamskich szkół prawnych pojawiały się od wieków wzmianki i dyskusje o tej praktyce, ale uczeni nigdy nie byli zgodni co do klasyfikacji tego czynu³³. We wszystkich szkołach sunnickich wydawano zarówno opinie mówiące, że jest to obowiązek dla obu płci, takie w których „cięcie” zalecano ze względu na tradycję Proroka (sunna), inne zaznaczające, że przynosi to szacunek oraz takie, według których nie jest to tradycja muzułmańska. Szkoła szafi'icka, wpływowa w Egipcie, była jedyną, w której ta procedura była szerzej dozwolona, lub nawet uważana za obowiązek religijny³⁴. Niemniej nawet w niej nie było pełnej zgody co do jej oceny.

W XX w. w Egipcie widoczny stał się proces zmiany stanowisk muzułmańskich jurystów w tej kwestii. Już na początku XX w. (np. w 1904 r.) pojawiały się fatwy,

³¹ S.W. Masho, L. Matthews, *Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation*, „International Journal of Gynecology & Obstetrics” 2009, t. 107, nr 3, s. 232–235; A. Satti, S. Elmusharaf, H. Bedri, T. Idris, M.S.K. Hashim, G.I. Suliman, L. Almrith, *Prevalence and determinants of the practice of genital mutilation of girls in Khartoum, Sudan*, „Annals of tropical paediatrics” 2006, t. 26, nr 4, s. 303–310.

³² S.R. Hayford, J. Trinitapoli, *Religious Differences in Female Genital Cutting: A Case Study from Burkina Faso*, „Journal for the scientific study of religion” 2011, t. 50, nr 2, s. 252–271; T. Pashaei, A. Rahimi, A. Ardalan, A. Felah, F. Majlessi, *Related Factors of Female Genital Mutilation (FGM) in Ravansar (Iran)*, „Journal of Women's Health Care” 2012, t. 1, z. 2.

³³ Według podstawowego podziału czynów w prawie muzułmańskim, zachowania istnieją czyny obowiązkowe (*farḍ* lub *wāḡib*), zalecane (*mustahabb/mandūb*), neutralne (*mubāh*), tolerowane (*makrūh*) i zakazane (*ḥarām* lub *maḥzūr*). Tylko obowiązki i zakazy mogą być egzekwowane przez prawo muzułmańskie. Zob.: M.H. Kamali, *op. cit.*, s. 18; W.B. Hallaq, *An introduction...*, s. 20.

³⁴ M. Munir, *Dissecting the claims of legitimization for the ritual of female circumcision or female genital mutilation (FGM)*, „International Review of Law” 2014, t. 6, nr 2.

które choć nie potępiały całkiem okaleczania żeńskich narządów płciowych, to potwierdzały brak religijnego nakazu dla tego rytuału³⁵. Jednocześnie pracownicy ochrony zdrowia protestowali przeciwko wykonywaniu takich zabiegów co najmniej od lat 20. XX w., co przy retoryce dotyczącej równouprawnienia płci wydawało się prowadzić do zmian percepcji społecznej³⁶. Wkrótce zauważalny stał się rozdźwięk między poglądami czołowych uczonych muzułmańskich, prawem państwowym i praktyką. Egipski Komitet Fatw w latach 1949 i 1951 wydał opinie rekomendujące „obrzezanie kobiet”³⁷, jednak kilka lat później w 1959 r. w prawie świeckim wprowadzono jego państwowy zakaz³⁸. Zadecydowało jednak przywiązanie Egipcjan do tradycji i przepis świecki nie był w praktyce przestrzegany.

Mimo pojawiającej się krytyki, wielu muzułmańskich jurystów nadal uważało, że okaleczanie żeńskich narządów płciowych jest wymagane w islamie. Wpływowe były przede wszystkim fatwy publikowane przez Ġāda al-Ĥaqqā, Wielkiego Muftiego Egiptu od 1978 r., a następnie Wielkiego Imama al-Azharu od 1982 r. W 1978 r. pierwszy z nich wydał opinię potępiającą państwowy zakaz wykonywania tego typu zabiegów. Mimo że w tamtym czasie pojawiały się już opinie innych uczonych z Al-Azharu oraz Dār al-Iftā’ mówiące, że procedura ta powinna być zarzucona, wielu wiernych zdecydowało się opierać na fatwie al-Ĥaqqā³⁹. Ponadto trzy lata później Egipski Komitet Fatw (którym wtedy kierował również al-Ĥaqq) wydał kolejną fatwę pochwalającą takie procedury⁴⁰, dając kolejne usprawiedliwienie dla praktyki społecznej.

Punktem zwrotnym był 1994 r., kiedy odbyła się kairska Międzynarodowa Konferencja dot. Populacji i Rozwoju. Temat okaleczania kobiet stał się jednym z najbardziej dyskutowanych przez uczestników, a władze znalazły się pod presją ze strony lokalnych i międzynarodowych organizacji, żeby przeciwdziałać kontynuacji tej tradycji. W wyniku ujawnienia jej skali w czasie trwania konferencji, rząd zobowiązał się do implementacji i egzekwowania nowego zakazu wykonywania takich rytuałów⁴¹. Wtedy jednak konserwatywne organizacje religijne stanęły w opozycji do władz świeckich, pragnąc umocnić swoją pozycję w społeczeństwie. W tym momencie zarysował się także rozłam pomiędzy jurystami

³⁵ M.S. Al-‘Awwā, *FGM in the Context of Islam*, Cairo 2012, s. 15–16, <https://egypt.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/d9174a63-2960-459b-9f78-b33ad795445e.pdf> (dostęp: 14.04.2020).

³⁶ 28 Too Many Charity, *Country Profile: FGM in Egypt. April 2017*, 2017, s. 9.

³⁷ E. Shehabuddin, *Fatwa*, [w:] S. Joseph (red.), *Encyclopedia of Women and Islamic Cultures*, t. 2, Leiden 2005, s. 172; D. Atighetchi, *op. cit.*, s. 310.

³⁸ M.S. Al-‘Awwā, *op. cit.*, s. 14–20; S. Tolino, *op. cit.*, s. 216.

³⁹ Aman.dostor.org, *Fatūa qadīma takašif taḡārrub r’āi al-Azhar ḥaūāl al-ḥitān. Ġād āl-Ĥaqq: al-Aḥnāf wal-ḡibūān qitāl min man’ahu*, Cairo 2018, <http://aman.dostor.org/7549> (dostęp: 3.05.2020).

⁴⁰ E. Shehabuddin, *op. cit.*, s. 172.

⁴¹ A.S. El Dawla, *op. cit.*, s. 130–133.

o odmiennych poglądach. Niektórzy uczeni postrzegali kampanie społeczne przeciwko tej tradycji jako atak na islam i wydawali fatwy popierające jej stosowanie. Inni, przekonani argumentami medycznymi, sprzeciwiali się stosowaniu takich praktyk w imię religii⁴². Jedni i drudzy powoływali się na argumenty wynikające z interpretacji źródeł prawa, pozostawiając zainteresowanych w niepewności co do faktycznych wymogów islamu.

W czasie konferencji kairskiej organizacje społeczne zaczęły częściej używać nie tylko argumentów medycznych, ale też mówić o prawach człowieka i prawach kobiet⁴³, korzystając niejako z języka zapożyczonego od organizacji międzynarodowych. Ta zmiana dyskursu prawdopodobnie zaostrzyła konflikt z konserwatywnymi jurystami, mogąc budzić skojarzenia z kolonialnym paternalizmem⁴⁴ oraz obawy o narzucanie obcych wartości moralnych⁴⁵. Z punktu widzenia dialogu ze specjalistami od prawa muzułmańskiego argumentacja koraniczna i odwołania do medycyny byłyby zapewne bardziej skuteczne. Sami uczeni przyjęli retorykę, w której pokazywali okaleczanie jako tradycję leżącą u podstaw tożsamości egipskiej, element wartości kultury własnej, lokalnej⁴⁶. W krótkim czasie pogłębiły się jednak różnice poglądów najbardziej poważanych uczonych w państwie, wywołując „wojnę na fatwy”.

Wspomniany wcześniej Ġād al-Ḥaqq, ówczesny Wielki Imam al-Azharu, po konferencji kairskiej wydał kolejną opinię, w której stwierdzał, że „obrzezanie kobiet” było według niego pochwalaną praktyką wynikającą z religii, porównywalną do modlitwy⁴⁷. Tym razem fatwa al-Ḥaqqi sprowokowała bezpośrednią odpowiedź innego autorytetu religijnego: Wielkiego Muftiego Egiptu Muḥammada Sayyida Ṭaṭāwīego. Ogłosił on, że nie ma żadnych podstaw w prawie muzułmańskim dla tej tradycji, a zachowanie i honor dziewcząt zależą od odpowiedniego wychowania i edukacji w duchu religii i moralności. Jednocześnie Egipska Organizacja Praw Człowieka złożyła przeciwko al-Ḥaqqowi pozew do sądu świeckiego, w którym zarzucono mu promowanie okaleczania (pозew został odrzucony przez sąd, ale dopiero po śmierci al-Ḥaqqi, kiedy to Ṭaṭāwī został jego następcą jako Wielki Imam al-Azharu⁴⁸).

W efekcie nacisków z różnych stron, w tym poparcia dla fatwy wydanej przez al-Ḥaqqi, Minister Zdrowia zdecydował się na kompromisowy ruch: nie zabronił

⁴² 28 Too Many Charity, *op. cit.*, s. 9.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ G.P. Miller, *Female Genital Mutilation: A Cultural-Legal Analysis*, NYU Law School, Public Law & Legal Theory Working Paper No. 8, 1999, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=206788 (dostęp: 1.05.2020), s. 8–9.

⁴⁵ Zob. E. Górską, *op. cit.*, s. 90–92.

⁴⁶ A.S. El Dawla, *op. cit.*, s. 132.

⁴⁷ E. Shehabuddin, *op. cit.*, s. 172–173.

⁴⁸ Ibidem.

całkowicie przeprowadzania tych zabiegów, ale nakazał wykonywanie ich w wyznaczonych placówkach medycznych, za określoną zapłatą⁴⁹. Miało to redukować ryzyko zdrowotne, jednak nie eliminowało problemu, jakim było samo przeprowadzanie procedury. Poza tym zabiegi szpitalne były kilkukrotnie droższe niż dotychczas⁵⁰, co sprzyjało nielegalnemu ich przeprowadzaniu poza instytucjami medycznymi. Mimo krytycznych głosów organizacji społecznych i niektórych przedstawicieli ochrony zdrowia, lekarze podjęli się przeprowadzania okaleczania żeńskich narządów płciowych. Głównymi powodami była możliwość zarobku dla nisko opłacanych profesjonalistów⁵¹, niekiedy wiara, że zabieg ten powinien być przeprowadzany z powodu tradycji lub religii, ewentualnie próba minimalizacji zagrożeń⁵².

Natomiast wzrost⁵³ odnotowywanych komplikacji i statystyk śmiertelności dziewczynek poddanych operacjom w szpitalach doprowadził do cofnięcia decyzji Ministra. Następnie, w wyniku zmian politycznych, powołano do życia nowe Ministerstwo Zdrowia i Populacji, które wprowadziło całkowity zakaz wykonywania takich zabiegów. Ta decyzja została zaskarżona do sądu przez organizacje islamistyczne, które zarzuciły Ministrowi przekroczenie uprawnień i naruszenie konstytucji. Wygrały one w sądzie w pierwszej instancji, ale wyrok został uchylony przez sąd odwoławczy w grudniu 1997 r.⁵⁴ Prawny zakaz okaleczania kobiecych narządów płciowych – który pojawił się w przepisach egipskich w 1959 r. – został w praktyce implementowany dopiero w 1998 r.

Mimo że ȚantȚawi jednoznacznie wypowiedział się przeciwko okaleczaniu żeńskich narządów płciowych i został następcą al-Țaqqȥa, uzyskując jeden z najbardziej wpływowych tytułów nadawanych uczonym muzułmańskim, nie zapadła w tej sprawie zgoda. Kiedy w 1997 r. sąd podtrzymał zakaz wykonywania takich procedur, głos zabrał następca ȚantȚawiego na stanowisku Wielkiego Muftiego Egiptu, Szejk Farid Wȥsil. W opinii prawnej, popieranej fatwami innych uczonych, twierdził, że choć „obrzezanie kobiet” nie jest obowiązkiem w prawie islamu, to powinno być dopuszczalne⁵⁵.

W kolejnej dekadzie przeważało jednak podejście ȚantȚawiego. W 2006 r. Dȥr al-Iftȥ zorganizował konferencję, w której wzięli udział najbardziej poważani muzułmańscy juryȥci, m.in. były juȥ szejk al-Azharu Tantȥawȥ, Minister Awȥȥȥ

⁴⁹ A.S. El Dawla, *op. cit.*, s. 133.

⁵⁰ Shehabuddin, *op. cit.*, s. 172–173.

⁵¹ A.S. El Dawla, *op. cit.* s. 132.

⁵² G.I. Serour, *op. cit.*, s. 146–147; M.I.H. Mahmoud, *op. cit.*, s. 56.

⁵³ Wzrost ten wynika zapewne z oficjalnego odnotowywania procedur i prowadzenia zestawień danych, komplikacje w procedurach przeprowadzanych nieoficjalnie w domach często nie wychodziły na światło dzienne.

⁵⁴ S. Tolino, *op. cit.*, s. 216–17.

⁵⁵ D. Atighetchi, *op. cit.*, s. 327.

(fundacji religijnych) Maḥmūd ḥamdī Zaqqūq, przewodniczący Światowej Ligi Muzułmańskich Uczonych Yūsuf al-Qaradāwī i ówczesny Wielki Mufti Egiptu ‘Alī Ġum‘a⁵⁶. Zalecenia podjęte w czasie konferencji ogłosił w formie fatwy ‘Alī Ġum‘a, pisząc m.in., że „przeprowadzane współcześnie okaleczanie żeńskich narządów płciowych wyrządza kobietom krzywdę fizyczną i psychiczną”⁵⁷. W fatwie znalazł się też apel o zaprzestanie tej praktyki i podjęcie wysiłków w celu informowania społeczeństwa o szkodliwości tych rytuałów. Juryści wezwali także „ustawodawcę do uchwalenia ustawy zabraniającej wykonywania szkodliwych praktyk okaleczania żeńskich narządów płciowych i uznania tego za przestępstwo, niezależnie od tego, czy praktykujący są sprawcami, czy inicjatorami”⁵⁸. Rok później, w czasie sesji Muzułmańskiej Rady Badań al-Azharu, wszyscy zebrani doszli do takich samych wniosków⁵⁹, zachęcając też do prowadzenia kampanii informacyjnych mających na celu zarzucenie takich praktyk⁶⁰. Nadal jednak niektórzy juryści mieli inne zdanie, np. Muḥammad al-Musayyar, jeden z profesorów al-Azharu, miał powiedzieć w wywiadzie, że jest to praktyka dopuszczalna, a „oponowanie wobec obrzezania kobiet jest nielogiczne i nienaturalne”⁶¹.

W 2007 r., po śmierci dwóch dziewczynek w wyniku powikłań po okaleczeniu, organizacje pozarządowe w Egipcie zintensyfikowały działania mające na celu zmianę prawa i fatwa Ġum‘y stała się dodatkowym uzasadnieniem dla uchwalania nowej legislacji. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie (nr 271 z 2007 r.) zakazujące znów wykonywania takich zabiegów w instytucjach medycznych (odwołał tym samym rozporządzenie z 1996 r.) W 2008 r. wprowadzono z kolei dwie nowelizacje: do Ustawy o Dzieciach art. 7 bis (a) zakazującą umyślnego wystawiania dzieci na niebezpieczeństwo fizyczne czy psychiczne, oraz do Kodeksu karnego art. 242 bis (wcześniej znajdujący się w Kodeksie Dziecka)⁶². Przepis ten kryminalizuje okaleczanie żeńskich narządów płciowych, choć ze względu na duże kontrowersje pozostawiono w nim możliwość uniknięcia kary przez sprawcę w wypadku wystąpienia wyższej konieczności⁶³.

⁵⁶ S. Tolino, *op. cit.*, s. 220; M.S. Al-‘Awwā, *op. cit.*, s. 22–24.

⁵⁷ ‘A. Ġum‘a, *Fatwa*, 24.11.2006, https://w3i.target-nehberg.de/HP-08_fatwa/index.php?p=arabisch (dostęp: 1.05.2020).

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ S. Tolino, *op. cit.*, s. 220; A.A. Rouzi, *op. cit.*, s. 12.

⁶⁰ Aman.dostor.org, *op. cit.*

⁶¹ Wypowiedź dla al-‘Arabiyya, bez daty, cytata za: S. Tolino, *op. cit.*, s. 218.

⁶² G. Barsoum, N. Rifaat, O. El-Gibaly, N. Elwan, N. Forcier, *National efforts toward FGM-free villages in Egypt: the evidence of impact*, Poverty, Gender, and Youth Working Paper no. 22, New York: Population Council, 2011, s. 6; 28 Too Many Charity, *op. cit.*, s. 89.

⁶³ Jest to odwołanie do art. 61 Kodeksu karnego z 1937 r. (Ustawa nr 58 o promulgacji Kodeksu karnego Egiptu 1937), mówiącego tym, że nie ponosi kary ten, kto popełnia czyn zabroniony w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jemu lub innej osobie, jeśli niebezpieczeństwa tego nie wywołał i nie mógł mu inaczej zapobiec.

Ze względu na dalsze praktykowanie tej tradycji, mimo wypowiedzi muzułmańskich autorytetów i wprowadzenia karalności tych czynów, w 2011 r., na prośbę jednej z organizacji pozarządowych, Sekretariat Fatw Dār al-Iftā' opublikował kolejną dobitną opinię prawną. Uczni przyznają w niej, że okaleczanie żeńskich narządów płciowych było dozwolone, a czasem i zalecane, w ograniczonym zakresie, w doktrynach sunnickich. Mimo to obecnie praktyka ta musi być potępiona, ponieważ lekarze potwierdzili szkodliwość fizyczną i psychiczną, a opinie prawne muszą opierać się na faktach i dotyczyć otaczającej dane społeczeństwo rzeczywistości⁶⁴. Problem jest jednak nadal upolityczniony, np. po dojściu do władzy konserwatywnych Braci Muzułmanów w 2012 r. władze próbowały ponownie odrzucić zakaz przeprowadzania takich zabiegów przez pracowników ochrony zdrowia⁶⁵. Próba ta nie powiodła się jednak, a w 2016 r. nowy rząd zaostrzył jeszcze karalność takich czynów⁶⁶.

Argumentacja w opiniach prawnych

W wyżej przytoczonych opiniach prawnych pojawia się wiele argumentów religijnych za i przeciw praktyce okaleczenia kobiecych narządów płciowych. Sunitcy uczeni popierający tę praktykę opierają się na dwóch przesłankach. Pierwszą z nich są wersety koraniczne nakazujące naśladowanie Abrahama przez muzułmanów⁶⁷, interpretowane w połączeniu z wiedzą pochodzącą z hadisów, z których wynika, że Abraham był obrzezany. Dla niektórych autorów fatw oznacza to, że naśladowanie go powinno obejmować obrzezanie, i to obojga płci. Jednak według innych nakaz ten odnosi się do szerzenia monoteizmu, a nie obrzezania, a tym bardziej nie wycinania fragmentów narządów płciowych kobiet⁶⁸.

Druga linia argumentacyjna zbudowana jest na wybranych hadisach. Najbardziej oczywistą w tym kontekście tradycją jest tzw. hadis Umm 'Aṭiyya, który brzmi: „Narracja Umm 'Aṭiyya al-Ansariyya: Kobieta przeprowadzała obrzezanie w Medynie. Prorok powiedział do niej: «Nie tnij dotkliwie, ponieważ jest to lepsze dla kobiety i bardziej pożądane dla męża»⁶⁹. Ta historia była jednak oceniana

⁶⁴ Dār al-Iftā' al-Miṣriyya, Ḥitān al-ināṭ, 28.11.2011, https://www.dar-alifta.org/AR/ViewFatwa.aspx?sec=fatwa&ID=14888&%D8%AE%D8%AA%D8%A7%D9%86_%D8%A7%D9%84%D8%A5%D9%86%D8%A7%D8%AB_-_%D8%A3%D9%85%D8%A7%D9%86%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%81%D8%AA%D9%88%D9%89 (dostęp: 1.05.2020).

⁶⁵ 28 Too Many Charity, *op. cit.*, s. 9.

⁶⁶ Ibidem, s. 25–26.

⁶⁷ Koran 16:123, 6:161, 60:4.

⁶⁸ M. Munir, *op. cit.*, s. 3–5, 10–11; M.S. Al-'Awwā, *op. cit.*, s. 16–18.

⁶⁹ Dalszy ciąg hadisu w wersji z sunny Abū Dāwūd brzmi: „Abū Dāwūd powiedział: To zostało przekazane przez 'Ubaid Allaha bin 'Amrū od 'Abd al-Malika, przez inny łańcuch, z tym

jako tzw. słaba⁷⁰, już przez klasycznych komentatorów Sunny (w tym samego Abū Dāwūda, w którego zbiorze sunny przekaz ten się znajduje)⁷¹, stąd istnieją poważne wątpliwości co do wykorzystywania jej jako źródła normatywnego.

Uzasadnieniem dla okaleczania żeńskich narządów płciowych bywają też inne hadisy. Np. w zbiorach Ibn Hānbalā i al-Baihaqiego pojawiają się wersety, z których wynika, że obrzezanie to tradycja (*sunna*) dla mężczyzn i czyn chwalebny dla kobiet (*makrūma lil-nisāʾ*), aczkolwiek także ten przekaz uważany jest za słaby⁷². Pojawia się też silna (*ṣaḥīḥ*) tradycja mówiąca o oczyszczeniu (*al-ḡusl*) po stosunku seksualnym, w której użyty jest termin *al-ḥitānān* – w literalnym rozumieniu niektórych uczonych (np. Ibn Qayyima al-Jawziyya, jurysty szkoły hanbalickiej z XIV w.) miał on oznaczać dwa obrzezane organy płciowe (a więc także żeński)⁷³. Szejk Muḥammad Salīm al-ʿAwwā, Sekretarz Generalny Międzynarodowej Federacji Uczonych Muzułmańskich, krytykuje taką interpretację, zwracając uwagę, że liczba podwójna w języku arabskim, pojawiająca się w pismach, nie zawsze powinna być odczytywana dosłownie⁷⁴. Jeszcze inny silny hadis uczy o pięciu obowiązkach dotyczących higieny: obrzezaniu, goleniu włosów łonowych i w pachach, przycinaniu paznokci i trymowaniu wąsów. Dla niektórych stanowi podstawę dla wniosków o potrzebie „obrzezania” również muzułmanek, jednak krytycy zauważają, że przycinanie wąsów kobiet dotyczyć nie może, więc przekazu nie można interpretować w odniesieniu do obu płci⁷⁵.

Przeciwnicy motywowania okaleczania żeńskich narządów płciowych islamem przywołują w swoich opiniach mniej lub bardziej rozbudowane argumentacje, które podsumować można następująco: nie ma jednoznacznych podstaw dla takich praktyk w spisanych źródłach prawa islamu (*Koranie* i sunnie), nie należą one do obowiązków religijnych, ale są faktycznie częścią tradycji (*sunna*) w niektórych społecznościach muzułmańskich. Chociaż istnieją też silne i słabe hadisy mówiące o „obrzezaniu”, to te pierwsze dotyczą tylko mężczyzn, a te drugie, jako wątpliwe, nie powinny być źródłem prawa muzułmańskiego, zwłaszcza

samym skutkiem. Abū Dāwūd powiedział: To nie jest silna tradycja. Została przekazana w formie *mursal* (brakuje ogniw [przekazu prowadzących] do Towarzyszy). Abū Dāwūd powiedział: Muḥammad bin Ḥassān jest nieznanym, a tradycja ta jest słaba”. Sunan Abū Dāwūd, 5271, za: *Sunna Online*, <https://sunnah.com/abudawud/43> (dostęp: 2.05.2020).

⁷⁰ Ze względu na istnienie bardzo dużej ilości historii z życia Proroka w momencie ich spisania ok. IX w., sporządzono zasady ich klasyfikacji: te, które nie budzą wątpliwości określane są jako „zdrowe” (*ṣaḥīḥ*), inne zaufane jako „dobre” (*ḥasan*), z kolei tradycje „słabe” (*ḍaʿīf*) na ogół budzą wątpliwości np. ze względu na brak klarownej tradycji przekazicieli. Zob.: K. Kościelniak, *Sunna, hadisy i tradycjoniści: wstęp do tradycji muzułmańskiej*, Kraków 2006, s. 32–37.

⁷¹ M.S. Al-ʿAwwā, *op. cit.*, s. 2–3.

⁷² M. Munir, *op. cit.*, s. 4.

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ M.S. Al-ʿAwwā, *op. cit.*, s. 5–6.

⁷⁵ Ibidem, s. 6–7; M. Munir, *op. cit.*, s. 5.

jeśli występują inne przesłanki przeciwko danemu zachowaniu – w tym wypadku prowadzi ono do krzywdy kobiet.

Krzywdą w interpretacjach prawnych przeciwników okaleczenia żeńskich narządów płciowych staje się kwestia kluczową (np. jest podstawą wspomnianych wyżej fatw ‘Aliego Ğum’y z 2006 r. i Dār al-Iftā’ z 2011 r.) Jedną z najważniejszych zasad prawnych⁷⁶ w islamie jest maksyma mówiąca, że szkoda nie powinna być ani wyrządzona, ani odwzajemniona⁷⁷. Według niej nie należy popełniać czynów, które mogą wyrządzić komuś (lub czemuś, np. środowisku) uszczerbek, a jeśli ten powstanie, to należy go naprawić. Zasada ta jest stosowana przez jurystów egipskich przy rozwiązywaniu różnych dylematów dotyczących medycyny, np. transplantacji lub aborcji płodu pochodzącego z gwałtu⁷⁸. W wypadku „obrzezania kobiet” uczeni uznają, że szkodliwość tej praktyki stała się ewidentna, dlatego tradycja ta musi być uznana za zakazaną w prawie muzułmańskim⁷⁹. Dodatkową podbudową dla tego wniosku jest też koncepcja świętości życia ludzkiego w islamie, która także wiąże się z zakazem wyrządzania szkody człowiekowi⁸⁰.

Szejk al-‘Awwā, poza powyższymi przesłankami, przywołuje także prawo kobiety do satysfakcjonującego małżeństwa (które obejmuje doświadczanie przyjemności seksualnej) oraz równość obu płci, gwarantowaną w islamie. Pisze, że procedura ta „pozbawia ciało jego naturalnych funkcji i uprawnionej przyjemności seksualnej. Krótko mówiąc, jest to praktyka społeczna mająca na celu kontrolowanie kobiet i stanowiąca naruszenie ich praw”⁸¹. Według niego nawet jeśli przychylić się do uznania słabych hadisów za potencjalne źródło dla norm w prawie muzułmańskim i kierować się tradycją Umm ‘Atiyya, na jej podstawie można co najwyżej uznać, że Mahomet dopuszczał symboliczny zabieg, dokonywany tak, aby nie utrudnić odczuwania satysfakcji w czasie stosunku. Według fatwy Dār al-Iftā’ na dopuszczenie właśnie takiej formy wskazywać mogą historyczne źródła (np. opinie szafi’ickich jurystów: Imama Al-Māwardiego z XI w. i An-Nawawiego z XIII w.)⁸². Taki zabieg obejmowałoby tylko usunięcie napletka łechtaczki (najlżejszy typ I a, ar. *ḥifād*). Jednak według ekspertów tak kosmetyczne procedury, wymagające umiejętności chirurgicznych, są rzadko wykonywane

⁷⁶ W prawie muzułmańskim zasady prawne wykorzystywane są przez uczonych m.in. do rozwiązywania problemów, w których różne wartości stoją ze sobą w konflikcie. Zob. więcej: E. Górską, *op. cit.*, s. 122–126.

⁷⁷ Ar. *lā ǧarar wa-lā ǧirār*, w innym wariantcie np. „szkoda powinna być usuwana” (*ad-ǧararu yuzāl*), zob.: L. Zakariyah, *Legal maxims in Islamic criminal law: Theory and applications*, Leiden 2015, s. 158–172.

⁷⁸ E. Górską, *op. cit.*, s. 265–267.

⁷⁹ M.S. Al-‘Awwā, *op. cit.*, s. 11; M. Munir, *op. cit.*, s. 8–11; ‘A. Ğum’a, *op. cit.*; Dār al-Iftā’ al-Miṣriyya, *op. cit.*

⁸⁰ M.S. Al-‘Awwā, *op. cit.*, s. 11.

⁸¹ Ibidem, s. 8.

⁸² Dār al-Iftā’ al-Miṣriyya, *op. cit.*

w Egipcie, gdzie najczęściej stosuje się typ III, lub co najmniej wycięcie całej łechtaczki, nazywając to błędnie terminem sunna⁸³.

Z punktu widzenia retoryki stosowanej w prawie muzułmańskim, interesująca jest rzadkość stosowania przesłanki, która często podnoszona jest w innych muzułmańskich dyskusjach prawnych na temat różnych procedur medycznych: koncepcji powiernictwa ciała ludzkiego (*amāna*). Według niej człowiek otrzymał w pieczę rzeczy stworzone przez Boga, między innymi swoje ciało. Tym samym nie należy ono do niego i jest nienaruszalne: nie można wyrządzać mu krzywdy⁸⁴. Ta koncepcja jest szczególnie silna w Egipcie, gdzie społeczne przekonanie o tym, że „ciało należy do Boga” jest jedną z głównych przyczyn oporów wobec wykonywania przeszczepów od dawców żywych i zmarłych⁸⁵. Wydaje się, że logiczne byłoby przywoływanie go także w wypadku okaleczania żeńskich narządów płciowych, ale jest to kwestia zaledwie wspomniana w niektórych analizach⁸⁶.

Podsumowanie

Mimo zakazów w prawie muzułmańskim i świeckim, okaleczanie żeńskich narządów płciowych jest nadal stosowane, a badania wskazują na stosunkowo powolną zmianę opinii w społeczeństwie egipskim. Praktyka podtrzymywana jest przez głęboko zakorzenioną tradycję i związaną z tym presję społeczną oraz koreluje przede wszystkim z niskim wykształceniem⁸⁷. Nie ulega wątpliwości, że przez wieki był to w Egipcie rytuał uważany za dozwolony, zalecany, lub wręcz obowiązek religijny. Jak pisze Nawal el-Saadawi, kulturowe wyobrażenia dotyczące społecznej roli kobiet, ich seksualności, czy waga przywiązywana do ich dziewictwa i cnoty „są silnie powiązane z moralnymi i religijnymi wartościami, które dominowały i funkcjonowały w naszym [egipskim – przyp. autorka] społeczeństwie przez setki lat”⁸⁸. Dlatego osoby zlecające i wykonujące procedury okaleczenia

⁸³ A.A. Rouzi, *op. cit.*, s. 11.

⁸⁴ M.A. Albar, *Islamic Ethics of Organ Transplantation and Brain Death*, „Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation” 1996, t. 7, nr 2, s. 109–114; A.F.M. Ebrahim, *Organ Transplantation, Euthanasia, Cloning and Animal Experimentation. An Islamic View*, Leicester/Nairobi 2001, s. 53; D. Atighetchi, *op. cit.*, s. 163.

⁸⁵ S. Hamdy, *Our bodies belong to God: Organ transplants, Islam, and the struggle for human dignity in Egypt*, Berkeley 2012, s. 17, 48–49; idem, *The Organ Transplant Debate in Egypt: a Social Anthropological Analysis*, „Droit et Cultures. Revue Internationale Interdisciplinaire” 2010, t. 59, nr 1, s. 357–365.

⁸⁶ M.S. Al-‘Awwā, *op. cit.*, s. 11; M. Munir, *op. cit.*, s. 5, 11.

⁸⁷ R. Van Rossem, D. Meekers, A.J. Gage, *Women’s position and attitudes towards female genital mutilation in Egypt: A secondary analysis of the Egypt demographic and health surveys, 1995–2014*, „BMC Public Health” 2015, t. 15, nr 874.

⁸⁸ N. El-Saadawi, *The Hidden Face of Eve*, London 2015, s. 80.

dziewczynek nie postrzegają ich jako wyrządzenia krzywdy czy naruszenia norm, ale wierzą, że zaniechanie tej czynności może skutkować stygmatyzacją i pozbawieniem szans matrymonialnych⁸⁹.

Islam, rozprzestrzeniając się po świecie, nie narzucił jednorodnego stylu życia i myślenia. Z przytoczonych wyżej badań wynika, że rytualne okaleczanie żeńskich narządów płciowych jest praktyką mającą źródła kulturowe, którą prawdopodobnie wtórnie legitymizowano poprzez przypisanie jej podstaw religijnych. Świadczyć to może o tym, że praktyka ta, mająca na celu kontrolę kobiecej seksualności, była na tyle ważna społecznie, że starano się ją racjonalizować w ramach nowej wiary. Warto również zauważyć, że prawo muzułmańskie jest rozwijane w przeważającej mierze przez mężczyzn⁹⁰, co może wpływać na podtrzymywanie patriarchalnych praktyk w ramach religii.

Przypadek kontynuacji tej tradycji tylko w wybranych społecznościach muzułmańskich ilustruje różnorodność zwyczajów i norm prawnych pojawiających się w islamie. Z kolei zmiana stanowisk wyrażanych w fatwach na ten temat wydawanych w Egipcie świadczy o heterogeniczności prawa muzułmańskiego i możliwości jego rozwoju m.in. w związku z pojawianiem się nowej wiedzy medycznej i w odniesieniu do zmian społecznych (np. prowadzonych kampanii informacyjnych).

Na tym przykładzie zauważalne stają się też relacje pomiędzy prawem religijnym a prawem stanowionym w Egipcie oraz pomiędzy oboma tymi systemami prawnymi a praktykami społecznymi. Opinie prawne czołowych uczonych muzułmańskich mają wpływ na wprowadzanie przepisów świeckich: np. fatwa Muftiego al-Haqq'a z 1994 r. wpłynęła na treść rozporządzenia Ministra Zdrowia, pozwalającego na przeprowadzanie procedur okaleczania żeńskich narządów płciowych w placówkach medycznych. Pozwanie Muftiego do sądu za głoszone przez niego poglądy pokazuje, że organizacja pozarządowa wnosząca powództwo potraktowała jego opinię nie jako głos wynikający z ducha religii, ale jako autorytatywny komunikat promujący pewien kulturowy rytuał, który może podlegać świeckiej krytyce.

Porównując stanowiska zawarte w wydawanych opiniach prawnych i statystyki wykonywania tradycji okaleczania żeńskich narządów płciowych wydaje się jednak, że fatwy przychylne tej praktyce padały na bardziej podatny grunt, niż zakazujące jej wykonywania. Obecnie, kiedy uczeni Egipczy zasadniczo zgadzają się, że okaleczanie żeńskich narządów płciowych nie ma uzasadnienia religijnego, statystyki wykonywania go mimo to spadają bardzo powoli. Domniemywać

⁸⁹ R. Van Rossem, D. Meekers, A.J. Gage, *op. cit.*

⁹⁰ A. Hasan, *An Introduction to Collective Ijtihad (Ijtihad Jama'i): Concept and Applications*, „*American Journal of Islamic Social Sciences*” 2003, t. 20, nr 2, s. 26–49; M. Mannan, *International Organizations. Overview*, [w:] S. Joseph (red.), *Encyclopedia of Women and Islamic Cultures*, t. 2, Leiden 2005, s. 311; E. Shehabuddin, *op. cit.*, s. 171.

należy, że wynika to z kilku czynników: wspomnianych wyżej głęboko zakorzenionych przekonań dotyczących kontroli seksualności kobiet, mniejszego społecznego znaczenia opinii prawnych od tradycji ludowych, oraz ograniczonego dostępu większości społeczeństwa (ze względu na niski poziom edukacji i zamieszkiwanie poza ośrodkami miejskimi) do rzetelnych informacji na temat fatw wydawanych w stolicy. Między innymi dlatego na razie ani zmiana opinii autorytetów muzułmańskich, ani prawo stanowione, ani wieloletnie kampanie organizacji społecznych nie były skuteczne w zatrzymaniu praktyki.

Muslim law versus tradition.

The process of changing legal opinions regarding female genital mutilation in Egypt

Female Genital Mutilation (FGM) is still widely practiced in many countries around the world, especially in Africa, Asia and the Middle East, both in countries where Islam is the dominant religion, and in multi-sectarian societies. It is believed that this is a very old tribal tradition, nevertheless it is associated primarily with Islam. In recent decades, however, this practice has raised opposition from Muslim jurists. Especially in Egypt this topic sparked lively discussions in the mid-1990s, and led to open disputes between leading specialists in Islamic law. Their positions, in turn, were the basis for secular regulations. In this chapter the author takes a closer look at legal opinions (fatwas) regarding FGM issued in Egypt, particularly focusing on the process of transformation of interpretations presented in them. The research is based on the analysis of documents published by Egyptian jurists, and data obtained from a literature review. The case study of Muslim scholars' discussions serves to show the development of Muslim law, as well as to explore the relationship between legal opinions, political decisions and social practice.

Key words: Female Genital Mutilation, Islamic law, Sharia, Islam, Egypt

Aleksandra Biegalska

Ocena moralna samobójstwa ze szczególnym uwzględnieniem samobójstwa eutanatycznego w najpopularniejszych religiach i kulturach świata – przegląd

Uwagi wstępne

Tematem niniejszego artykułu jest zagadnienie dopuszczalności moralnej samobójstwa w ujęciu najpopularniejszych światowych tradycji religijnych i kulturowych. Skupię się szczególnie samobójstwie eutanatycznym, które definiuję jako samobójstwo dokonane przez osobę ciężko chorą, zazwyczaj w fazie terminalnej, dla uniknięcia negatywnych skutków związanych z chorobą. Powodem, dla którego podejmuję temat dopuszczalności moralnej samobójstwa jest to, że ma on istotne znaczenie dla zagadnienia praktycznego, jakim jest dopuszczalność moralna samobójstwa wspomaganego przez lekarza, a także eutanazji czynnej dobrowolnej, gdyż poddanie się takiej eutanazji jest podobne pod względem moralnym do popełnienia samobójstwa¹, a wg niektórych jest nawet tożsame z jego popełnieniem². W niniejszym artykule przyjmuję, że podobieństwo to jest na tyle istotne, że popełnienie samobójstwa eutanatycznego i poddanie się eutanazji można omawiać łącznie, co zresztą ma miejsce w niektórych tradycjach.

W tekście skupię się więc na dopuszczalności moralnej samobójstwa czy też poddania się eutanazji, jednak dla zarysowania pełniejszego obrazu w niektórych przypadkach będę poruszać także kwestię legalizacji wyżej wspomnianych praktyk medycznych. Będę też z konieczności wspominać o procedurach, które dane tradycje odróżniają od samobójstwa, uważając je za moralnie dopuszczalne,

¹ N. Dixon, *On the difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia*, „The Hastings Center Report” 1998, t. 28, nr 5, s. 25–29.

² Zakres znaczeniowy terminu „samobójstwo” nie jest jasno określony. Patrz: M. Cholby, *Suicide*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2016, <https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=suicide> (dostęp: 5.03.2017).

takich jak odstąpienie od „uporczywej terapii” czy poddanie się eutanazji biernej, zwłaszcza że bywa, iż dana tradycja ustala swoje własne definicje tak, by nie nazywać samobójstwem tego, co uważa za dopuszczalne. Niemniej jednak należy w tym miejscu wyjaśnić, że przez eutanazję bierną zwykle rozumie się w literaturze eutanazję dokonywaną poprzez zaniechanie działania, choć także nie jest do końca jasne, które czynności podpadają pod tę kategorię³. Rozróżnia się też eutanazję dobrowolną, czyli dokonaną za zgodą pacjenta, niedobrowolną, kiedy pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody, oraz eutanazję wbrew woli (również wtedy, kiedy zdolny do podjęcia decyzji pacjent nie jest pytany o zgodę)⁴.

Jeśli chodzi o wybór tradycji oraz proporcje pomiędzy nimi, są one podyktowane tym, iż celem tekstu jest przedstawienie tła dla rozważań systematycznych dotyczących tego, jakie stanowisko w kwestii dopuszczalności moralnej samobójstwa jest właściwe. Rozważania takie zawsze odbywają się w pewnym kontekście kulturowym. Dlatego najwięcej miejsca poświęcę katolicyzmowi, zwłaszcza że jego stanowisko jest dość rozbudowane. Następnie zajmę się pozostałymi gałęziami chrześcijaństwa: protestantyzmem i prawosławiem, a w dalszej kolejności judaizmem, islamem, buddyzmem, konfucjanizmem i kulturą japońską. Skróto-wo, dla porównania, wspomnę o społecznościach tradycyjnych. Pominę świeckie poglądy obecne w cywilizacji europejskiej ze względu na ich różnorodność. Nie sugeruję, że w kwestii dopuszczalności moralnej samobójstwa rację mają chrześcijanie czy przedstawiciele innych religii, lecz jedynie, że rozważając tę kwestię dobrze jest znać ich stanowiska.

Ostatnią kwestią, którą należy wyjaśnić w uwagach wstępnych, jest to, że przez stanowisko danej tradycji rozumiem stanowisko oficjalne, niezależnie od tego, na ile identyfikują się z nim „szeregowi wyznawcy”.

Chrześcijaństwo: katolicyzm

Kościół katolicki zdecydowanie sprzeciwia się samobójstwu, powołując się na trzy argumenty sformułowane przez świętego Tomasza z Akwinu. Pierwszy z nich głosi, że człowiek nie ma prawa decydować o swoim życiu i śmierci, może to uczynić tylko Bóg⁵. Drugi dotyczy niezgodności samobójstwa z „naturalnym dążeniem istoty ludzkiej do zachowania i przedłużenia swojego życia” i miłością do samego

³ Por. W. Galewicz, *Decyzje o zakończeniu życia*, [w:] idem (red.), *Wokół śmierci i umierania*, Antologia Bioetyki, t. 1, Kraków 2009, s. 69; J. Malczewski, *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Monografie Lex, Warszawa 2012, s. 86–89.

⁴ W. Galewicz, *op. cit.*, s. 68.

⁵ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 2002, nr 2280; por. Jan Paweł II, *Evangelium Vitae. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*, [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, [b.n.s.], nr 66; Kongregacja Nauki Wiary, *Iura et bona. Deklaracja*

siebie⁶. Trzeci podnosi, że samobójstwo „jest także zniewagą miłości bliźniego, ponieważ w sposób nieuzasadniony zrywa więzy solidarności ze społecznością rodzinną, narodową i ludzką, wobec których mamy zobowiązania”⁷. W jednym z dokumentów dwa ostatnie argumenty są opatrzone kwantyfikatorem „często”, co sugeruje ich mniejszą wagę⁸. W kontekście eutanazji mówi się, że „nie istnieje (...) prawo do arbitralnego rozporządzania swoim życiem”⁹, gdyż oznaczałoby to naruszenie prawa do życia, które człowiek otrzymał od samego Boga¹⁰, znieważenie jego godności, a także, dodatkowo, „sprzeciwienie się miłości Boga do niego”¹¹.

Magisterium Kościoła zwraca uwagę na czynniki zmniejszające lub znoszące odpowiedzialność moralną samobójcy, takie, jak „ciężkie zaburzenia psychiczne, strach lub poważna obawa przed próbą, cierpieniem lub torturami”¹². Polski episkopat pisze, że „według powszechnego zdania psychiatrów samobójcy nie są w pełni odpowiedzialni za swój czyn”¹³. Przekłada się to na możliwość zorganizowania katolickiego pogrzebu osobom, które targnęły się na swoje życie, mimo że udane samobójstwo jest grzechem ciężkim, który nie daje już możliwości nawrócenia w życiu doczesnym i w związku z tym pochowanie samobójcy mogłoby być źródłem zgorszenia¹⁴. W *Deklaracji o eutanazji* Iura et bona mówi się też o zmniejszonej odpowiedzialności moralnej osób proszących o eutanazję w sytuacji, kiedy takie osoby są błędnie przekonane, że mają do tego prawo¹⁵.

Jednocześnie jednak Kościół katolicki definiuje samobójstwo wąsko, aby, potępiając tę klasę czynów, dopuścić pewne zachowania powodujące bądź przyspieszające śmierć. Chodzi przede wszystkim o letalną analgezję, czyli przyjęcie śmiertelnej dawki środków przeciwbólowych. Źródłem problemu letalnej analgezji jest to, że organizm osób w stanie terminalnym uodparnia się na środki

o eutanazji, [w:] *W trosce o życie...*, rozdz. I; Tomasz z Akwinu, *Traktat o sprawiedliwości. Summa teologii II-II*, q. 57–80, tłum. W. Galewicz, Kęty 2016, q. 64, art. 5.

⁶ *Katechizm...*, nr 2280; Jan Paweł II, *op. cit.*, 66; Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. I; Tomasz z Akwinu, *op. cit.*, q. 64, art. 5.

⁷ *Katechizm...*, nr 2280; Jan Paweł II, *op. cit.*, nr 66; Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. I; Tomasz z Akwinu, *op. cit.*, q. 64, art. 5.

⁸ Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. I.

⁹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, tłum. H. Bzikot, Katowice 2017, nr 148, nr 169.

¹⁰ Ibidem, nr 165, nr 166.

¹¹ Ibidem, nr 166.

¹² *Katechizm...*, nr 2282; Jan Paweł II, *op. cit.*, nr 66.

¹³ Konferencja Episkopatu Polski, *Instrukcja liturgiczno-duszpasterska Episkopatu Polski o pogrzebie i modlitwach za zmarłych z 5 maja 1978 roku*, [w:] Konferencja Episkopatu Polski, *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, Katowice 1991, nr 13.

¹⁴ Ibidem, nr 13; J. Życiński, *Dekret w sprawie liturgii pogrzebowej samobójców*, Lublin, 21 kwietnia 2004, http://pliki.diecezja.lublin.pl/prawo/prawo_diecezjalne/pogrzeby_samobojcow.html (dostęp: 8.02.2021). Por. *Katechizm...*, nr 2283.

¹⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. II.

przeciwbólowe, więc do opanowania bólu potrzebna jest coraz większa dawka. W pewnym momencie skuteczna dawka będzie dawką powodującą bądź przyspieszającą zgon pacjenta¹⁶. Przyjęcie takiej dawki analgetyku (środka przeciwbólowego) wydaje się więc czynnością samobójczą, a jej podanie zabójstwem, które również jest przez Kościół stanowczo zabronione. Jednak Kościół dopuszcza taką praktykę „jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona”¹⁷ oraz „jeżeli nie istnieją inne środki i jeśli w danych okolicznościach nie przeszkadza to wypełnieniu innych powinności religijnych i moralnych”¹⁸.

Kolejnym zawężeniem zakresu znaczeniowego słowa „samobójstwo”, jakie dokonuje omawiany Kościół, aby wykluczyć z niego czyny uznawane za dobre, jest nienazywanie samobójstwem „tego rodzaju ofiary z życia, w której ktoś dla szlachetnego powodu, na przykład obrona czci Bożej, zbawienie dusz lub służba braćiom, poświęca swoje życie lub naraża je na niebezpieczeństwo (por. J 15,14)”¹⁹. Można się domyślić, że chodzi tutaj o takie sytuacje, jak zinterpretowana religijnie śmierć Jezusa czy śmierć ojca Maksymiliana Marii Kolbego. Katolicki etyk Tadeusz Ślipko argumentuje, że taki sposób zakończenia życia nie jest samobójstwem, ponieważ „gdyby jakaś siła zdołała zahamować zewnętrzny mechanizm śmierci – nie uczyniłaby ona [osoba podejmująca takie działanie – A.B.] nic, co by godziło w jej własną egzystencję”, a ponadto intencją poświęcającej się osoby nie jest utrata życia, lecz uratowanie kogoś²⁰.

Kościół nie postuluje też przedłużania życia za wszelką cenę, dopuszczając rezygnację z tego, co nazywa środkami nadzwyczajnymi czy uporczywą terapią. Takich praktyk również nie nazywa samobójstwem. W *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia* z 2017 r. Magisterium mówi o „zasadzie proporcjonalności zabiegów, która przyjmuje takie brzmienie: «W bliskości śmierci, nieuniknionej mimo użytych środków, wolno w sumieniu podjąć decyzję o zaprzestaniu zabiegów, które mogłyby przynieść jedynie tymczasowe i uciążliwe przedłużenie życia, jednak bez przerywania normalnego leczenia, jakie należy się choremu w podobnych wypadkach»”²¹. Stara *Karta Pracowników Służby Zdrowia* pisze wprost, że „nadzwyczajność” środków polega na braku odpowiedniej proporcji

¹⁶ J. Malczewski, *op. cit.*, s. 99.

¹⁷ *Katechizm...*, nr 2279; por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *op. cit.*, nr 154.

¹⁸ Jan Paweł II, *op. cit.*, nr 65; Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. III. W najnowszym dokumencie, *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia* z 2017 r. warunek wypełnienia powinności religijnych i moralnych nie pojawia się, mówi się jednak o tym w następnym akapicie w kontekście sedacji paliatywnej.

¹⁹ Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. I.

²⁰ T. Ślipko, *Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 2008, s. 155.

²¹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta...*, nr 150. Cytat pochodzi z *Deklaracji o eutanazji* Iura et bona, rozdz. IV.

między środkami a efektem, jaki możemy z ich pomocą uzyskać²². W innych starszych, niż *Nowa Karta...* dokumentach mówi się też o „zaprzestaniu zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów”²³, „zbyt uciążliwych dla samego chorego lub jego rodziny”²⁴, „nieprzerywaniu normalnych terapii”²⁵ czy „zwyczajnej opieki, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu”²⁶. Istotne jest to, że zdaniem Magisterium „odżywianie i nawadnianie, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymania życia. Jest ono więc obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, przez jaki osiągną właściwą im celowość, która polega na zapewnieniu nawodnienia i odżywiania pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniu i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem”²⁷. W innym miejscu *Nowej Karty...* jej autor pisze, że zabiegi te należy stosować „dopóki nie okazałyby się zbyt uciążliwe albo nie przynoszące żadnej korzyści”²⁸. Nowością, którą wprowadza *Nowa Karta...* przy omawianiu kwestii rezygnacji z leczenia, jest to, że pacjent może wydać w tej kwestii dyspozycję na przyszłość, które należy egzekwować o ile jest to zgodne z sumieniem lekarza²⁹.

Kościół katolicki porusza też kwestię terminalnej sedacji, czyli przedśmiertnego pozbawienia pacjenta świadomości w celu oszczędzenia mu nieznosnego cierpienia. Takie działanie jest dopuszczalne, o ile daje się choremu możliwość spełnienia swoich przedśmiertnych obowiązków „moralnych, rodzinnych i religijnych”. W *Nowej Karcie...* dodaje się warunek wyrażenia zgody przez chorego, odpowiedniego poinformowania rodziny, wykluczenia intencji eutanatycznej oraz istnienia poważnej przyczyny³⁰.

Na zakończenie należy wspomnieć, że Kościół katolicki potępia również legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa, chociaż o tym ostatnim nie pisze wprost. Namawia też do nieposłuszeństwa obywatelskiego wobec ustaw dopuszczających tego typu praktyki³¹.

²² Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia* z 1995 r., [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, nr 64.

²³ *Katechizm...*, nr 278; por. Jan Paweł II, *op. cit.*, nr 65; Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. IV.

²⁴ Jan Paweł II, *op. cit.*, nr 65; por. Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. IV; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta...*, nr 65.

²⁵ Jan Paweł II, *op. cit.*, nr 65.

²⁶ Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, rozdz. IV.

²⁷ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta...*, nr 152.

²⁸ Ibidem, nr 152. Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta...*, nr 120.

²⁹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta...*, nr 150.

³⁰ Ibidem, nr 155; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta...*, nr 124.

³¹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta...*, nr 151; Jan Paweł II, *op. cit.*, nr 73.

Chrześcijaństwo: protestantyzm

Marcin Luter, mimo negatywnej oceny moralnej samobójstwa, kładł nacisk na możliwość wybaczenia ze strony Boga oraz na to, że cierpienie, którego doświadcza potencjalny samobójca, jest czynnikiem łagodzącym czy wręcz znoszącym jego odpowiedzialność moralną. Mimo to Luter zalecał palenie lub bezczeszczenie zwłok samobójców, aby odstraszyć innych od takiego sposobu zakończenia życia³². Z tego powodu Kościół ewangelicki w Niemczech do 1930 r. zakazywał chrześcijańskiego pochówku samobójców z wyjątkiem sytuacji, kiedy osobę uznawano za niepoczytalną³³. W późniejszym czasie Kościół ten wydał szereg dokumentów, z których najbardziej znanym jest *Gott ist ein Freund des Lebens* wydany w 1989 r. wspólnie z biskupami Kościoła katolickiego oraz przedstawicielami niektórych innych wspólnot protestanckich, a także prawosławnych³⁴. Zaprezentowano tam stanowisko tożsame z katolickim w kwestii niedopuszczalności eutanazji czynnej, dopuszczalności letalnej analgezji i odstąpienia od leczenia, choć brak szczegółowych rozważań, kiedy jest to dopuszczalne³⁵. Wydano także broszurę zachęcającą do złożenia tzw. testamentu życia zgodnie z powyższym nauczaniem³⁶. Rada Kościoła ewangelickiego w Niemczech podtrzymuje stanowisko przeciwne eutanazji również obecnie w kontekście wyroku Federalnego Trybunału Konstytucyjnego stwierdzającego, że istnieje prawo do samostanowienia w kwestii śmierci³⁷.

Nie wszystkie Kościoły protestanckie podzielają wyżej opisane stanowisko. Na przykład Komisja Etyczna Federacji Protestanckiej we Francji w wydanej w 1991 r. *Białej Księdze Komisji Etycznej* mówi o niemożności sformułowania ogólnej oceny samobójstwa w sytuacji ciężkiej nieuleczalnej choroby i kładzie nacisk na osobisty osąd i odpowiedzialność chorego w kwestii tego, co będzie zgodne z jego godnością i wolą Bożą. Zatem niemoralne byłoby zanegowanie woli osoby umierającej w tym zakresie. Mimo to Komisja sprzeciwia się legalizacji

³² M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004, s. 77.

³³ Ibidem, s. 77.

³⁴ Rada Ewangelickiego Kościoła Niemiec i Konferencja Episkopatu Niemiec, *Gott ist ein Freund des Lebens*, https://www.ekd.de/gottistfreund_1989_ueber.html (dostęp: 23.03.2021).

³⁵ Ibidem, nr VI. 5. Brakuje w szczególności tezy, że sztuczne odżywianie i nawadnianie jest co do zasady moralnie obowiązkowe. Jednak nauczanie to pojawiło się w Kościele katolickim w mojej wiedzy później, bo dopiero w Karcie Pracowników Służby Zdrowia z 1992 r.

³⁶ J. Podzielny, *Dyskusja wokół eutanazji w ramach Ewangelickiego Kościoła w Niemczech* (EKD), „Studia Oecumenica” 2015, nr 15, s. 152–158, <http://studiaoecumenica.uni.opole.pl/index.php/artykuly/item/dyskusja-wokol-eutanazji-w-ramach-ewangelickiego-kosciola-w-niemczech-ekd> (dostęp: 27.07.2016).

³⁷ T. Kycia, *Kościół w Niemczech sprzeciwia się eutanazji*, <https://ekai.pl/kosciol-w-niemczech-sprzeciwia-sie-eutanazji/> (dostęp: 9.02.2021).

wspomagane samobójstwa i eutanazji, uważając takie rozwiązanie właśnie za sformułowanie ogólnej oceny moralnej i sugestię, że człowiek sam jest panem swojego życia i śmierci. Z drugiej strony, tym samym byłoby stosowanie uporczywej terapii³⁸. Z kolei holenderski Kościół reformowany zmieniał swoje stanowisko. W 1972 r., dopuszczając eutanazję bierną i letalną analgezję, nie rozstrzygnął kwestii czynnego pozbawienia życia, a w 1985 r. stwierdził, że jest ono „niekoniecznie nieusprawiedliwione”. Z kolei w 2002 r. wypowiedział się negatywnie w kwestii legalizacji śmierci na życzenie, powołując się na jej negatywne skutki społeczne, takie jak promowanie ekonomicznego podejścia do kwestii ludzkiego życia, świata, w którym nie ma miejsca na osoby chore, oraz na argumentację z równi pochyłej, głoszącą, że ponieważ kryteria kwalifikacji do pomocy w śmierci są subiektywne, to jej legalizacja doprowadzi do jej praktykowania również w przypadkach, gdy zgodnie z intencją ustawodawcy nie powinna mieć miejsca³⁹.

Jeśli chodzi o amerykańskie Kościoły protestanckie, przeważająca większość z nich prezentuje typowe konserwatywne stanowisko, tożsame z katolickim, choć niekoniecznie w najdrobniejszych szczegółach, lub zbliżone do niego⁴⁰. Jako umiarkowane można zakwalifikować Evangelical Lutheran Church of America, który mówi, że czasem można wybrać mniejsze zło⁴¹ i United Church of Christ, który, nie mogąc przez lata dojść w tej kwestii do porozumienia, stwierdził, że „nie ma dobrych i złych odpowiedzi”⁴². Znany z liberalizmu⁴³ United Church of Canada dopuszcza w pewnych przypadkach eutanazję, a także jej legalizację,

³⁸ M. Szeroczyńska, *op. cit.*, s. 78; M. Zając, *Eutanazja i jej ocena w religiach świata*, „Drohiczyński Przegląd Naukowy” 2013, nr 5, s. 152, <http://drohiczyntn.pl/olddtn/pismo/5/135-153.pdf> (dostęp: 27.07.2016).

³⁹ H. Weyers, *Dutch Social Groups on „Euthanasia”. The Political Spectrum on Ending Life on Request*, [w:] S.J. Jonger, G.K. Kimsma (red.), *Physician-Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience*, Cambridge – Nowy Jork – Melbourne – Madryt – Cape Town – Singapur – Sao Paulo – Delhi – Meksyk 2012, s. 84–85, 92–93, 96. Por. M. Szeroczyńska, *op. cit.*, s. 78–79.

⁴⁰ R.E. Coleson, *Contemporary Religious Viewpoints on Suicide, Physician-Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia*, „Duquesne Law Review” 1996, t. 35, nr 1, s. 43–80; National Association of Evangelicals, *Allowing Natural Death*, <https://www.nae.net/allowing-natural-death/> (dostęp: 16.08.2020); Southern Baptist Convention, 1992 Annual Meeting, *Resolution of Euthanasia and Assisted Suicide*, <https://www.sbc.net/resource-library/resolutions/resolution-on-euthanasia-and-assisted-suicide/> (dostęp: 16.08.2020); Southern Baptist Convention, 2001 Annual Meeting, *On Euthanasia in the Netherlands*, <https://www.sbc.net/resource-library/resolutions/on-euthanasia-in-the-netherlands/> (dostęp: 16.08.2020); United Methodist Church, *The Book of Discipline of the United Methodist Church – 2016 – Social Principles: the Nurturing Community*, <https://www.umc.org/en/content/social-principles-the-nurturing-community#suicide> (dostęp: 16.08.2020).

⁴¹ Evangelical Lutheran Church in America, *A Message on End of Life Decisions*, <https://www.elca.org/Faith/Faith-and-Society/Social-Messages/End-of-Life-Decisions> (dostęp: 18.08.2020).

⁴² United Church of Christ, *Faithfully Facing Dying*, http://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/unitedchurchofchrist/legacy_url/1957/booklet-final-0830-sm.pdf?1418425451 (dostęp: 18.08.2020), s. 2.

⁴³ M.A. Noll, *Protestantyzm*, tłum. M. Potz, Łódź 2017, s. 123.

o ile zapewni się odpowiednie zabezpieczenia przeciwko nadużyciom⁴⁴. Całkowicie permissywne stanowisko promujące prawo człowieka do samostanowienia w umieraniu zajmuje Unitarian Universalist Association⁴⁵, jednak jest to organizacja o protestanckich korzeniach, która zrzesza obecnie ludzi mających różne poglądy na transcendencję i nawet nie nazywa już sama siebie Kościołem⁴⁶.

Omawiając stanowisko protestantyzmu w kwestii eutanazji należy pamiętać, że Kościołów protestanckich jest tak wiele, iż nie sposób przedstawić stanowiska ich wszystkich.

Chrześcijaństwo: prawosławie

Prezentując stanowisko prawosławia w kwestii samobójstwa należy mieć na uwadze, że nie jest ono tak scentralizowane, jak katolicyzm. Nie istnieją żadne dokumenty prezentujące nauczanie dotyczące współczesnych problemów bioetycznych, które obowiązywałyby wszystkie Kościoły lokalne. Jakub Kostiuczuk pisze, że nauczanie Kościołów na te tematy to nie tyle nauczanie autorytatywne, co aktualny konsensus⁴⁷. Patriarchat w Konstantynopolu w swoim dokumencie pisze, że „Kościół Prawosławny nie wydaje „stanowisk” w kwestiach etycznych” i nie określa, jakie decyzje są „właściwe” lub „niewłaściwe”, lecz raczej „rozsądza zasady”, w świetle których chrześcijanin powinien patrzeć na życie i śmierć⁴⁸. Nie ma więc wątpliwości, że samobójstwo jest w tej denominacji potępiane ze względu na to, że tylko Bóg może decydować o śmierci człowieka⁴⁹. Kładzie się dość duży nacisk na to, że samobójca, popełniając grzech ciężki, nie ma już kiedy się z niego nawrócić i w związku z tym nie powinno się za niego modlić czy odprawiać mszy, gdyż nie ma to sensu. Dopuszcza się możliwość, że był on w trakcie popełniania

⁴⁴ United Church of Canada, Theology and Inter-Church Inter-Faith Committee, *Medical Assistance in Dying*, <https://commons.united-church.ca/Documents/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2FDocuments%2FWhat%20We%20Believe%20and%20Why%2FDeath%20and%20Dying&> (dostęp: 18.08.2020).

⁴⁵ Unitarian Universalist Association, *The Right to Die with Dignity. 1998 General Resolution*, <https://www.uua.org/action/statements/right-die-dignity> (dostęp: 18.08.2020).

⁴⁶ Unitarian Universalist Association, *Our Unitarian and Universalist Faith*, <https://www.uua.org/beliefs> (dostęp: 18.08.2020).

⁴⁷ J. Kostiuczuk, *Spółeczne nauczanie Kościoła Prawosławnego*, Warszawa 2018, s. 13.

⁴⁸ Ekumeniczny Patriarchat w Konstantynopolu, odpowiedź w ankiecie „Survey on chaplaincy and quality of the end of life” organizowanej przez European Network of Health Care Chaplaincy, 19 grudnia 2009 (dostęp: 1.08.2020), nr 2.

⁴⁹ J. Kostiuczuk, *op. cit.*, s. 99; Rosyjski Kościół Prawosławny, *Podstawy społecznej nauki Rosyjskiego Kościoła Prawosławnego o godności, wolności i prawach człowieka*, „Elpis” 2010, t. 12, nr 21–22, s. 413, 417, http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Elpis/Elpis-r2010-t12-n21_22/Elpis-r2010-t12-n21_22-s399-427/Elpis-r2010-t12-n21_22-s399-427.pdf (dostęp: 2.08.2020).

tęgo czynu niepoczytalny, jednak, w przeciwieństwie do katolicyzmu⁵⁰, nie mówi się, że jest tak zazwyczaj⁵¹. Co ciekawe, rosyjski Kościół prawosławny podejmuje kwestię męczeństwa i śmierci na wojennym „polu chwały”, odróżniając te rodzaje śmierci od samobójstwa⁵².

Jeśli chodzi o sytuacje eutanatyczne, Kościoły prawosławne zdecydowanie sprzeciwiają się eutanazji czynnej, uważając ją za nieposłuszeństwo względem woli Bożej, odrzucenie daru Bożego i zamach na świętość życia⁵³. Dobra śmierć to ta, która jest zgodna z wolą Bożą⁵⁴. Z kolei wola Boża przejawia się w naturalnym przebiegu umierania⁵⁵. Z drugiej strony jednak posłuszeństwo wobec woli Bożej przejawia się, jak twierdzi patriarchat w Konstantynopolu, również w odrzuceniu „przemocowego – agresywnego dążenia do zachowania ludzkiego ciała przy życiu”⁵⁶. Kościół grecki pisze w tym kontekście o potrzebie unikania „sztucznego przedłużania granic życia poprzez zbyt silne środki terapeutyczne”⁵⁷ oraz o możliwości rezygnacji z „agresywnych środków, które nie skutkują terapią, ale za to sprawiają, że pacjent cierpi”⁵⁸. Kościół ten dopuszcza również letalną anestezję, powołując się na „brak bezpośredniości i niepewność nastąpienia śmierci” w kontraście do bezpośredniości i pewności ulgi, której doznaje pacjent⁵⁹.

Jak łatwo się domyślić, Kościoły prawosławne sprzeciwiają się również legalizacji eutanazji czynnej⁶⁰. Kościół grecki powołuje się na negatywne skutki społeczne, jakie może przynieść taka decyzja. Stosuje też argumentację z równi pochyłej, twierdząc, że jeśli dopuści się eutanazję osób umierających, to spowoduje to dopuszczenie eutanazji „pacjentów w stanie terminalnym, których śmierć niekoniecznie jest tak bliska”⁶¹.

⁵⁰ Konferencja Episkopatu Polski, *op. cit.*, nr 13.

⁵¹ J. Kostiuczuk, *op. cit.*, s. 100.

⁵² Rosyjski Kościół Prawosławny, *op. cit.*, s. 417.

⁵³ Święty Synod Kościoła w Grecji. Komitet Bioetyczny, *Basic positions on the ethics of Euthanasia*, Ateny 2007, <http://www.bioethics.org.gr/en/Euthanasia41.pdf> (dostęp: 1.08.2020), nr 4, nr 43; Ekumeniczny Patriarchat w Konstantynopolu, *op. cit.*, nr 2; Ukraiński Autokefaliczny Kościół Prawosławny w Diasporze, *Inquiry into End of Life Choices in the ACT*, 23 lutego 2018, https://www.parliament.act.gov.au/_data/assets/pdf_file/0008/1190726/160-Ukrainian-Autocephalic-Orthodox-Church-in-Australia-and-New-Zealand.pdf (dostęp: 1.08.2020).

⁵⁴ Ukraiński Autokefaliczny Kościół Prawosławny w Diasporze, *Inquiry into End of Life Choices in the ACT*, 23 lutego 2018, https://www.parliament.act.gov.au/_data/assets/pdf_file/0008/1190726/160-Ukrainian-Autocephalic-Orthodox-Church-in-Australia-and-New-Zealand.pdf (dostęp: 1.08.2020).

⁵⁵ Święty Synod Kościoła w Grecji, *op. cit.*, nr 43.

⁵⁶ Ekumeniczny Patriarchat w Konstantynopolu, *op. cit.*, nr 2.

⁵⁷ Święty Synod Kościoła w Grecji, *op. cit.*, nr 49.

⁵⁸ Ibidem, nr 47.

⁵⁹ Ibidem, nr 50.

⁶⁰ Ukraiński Autokefaliczny Kościół Prawosławny w Diasporze, *op. cit.*; Święty Synod Kościoła w Grecji, *op. cit.*, nr 33; Rosyjski Kościół Prawosławny, *op. cit.*, s. 417.

⁶¹ Święty Synod Kościoła w Grecji, *op. cit.*, nr 26–33.

Judaizm

Tradycja żydowska co do zasady potępia samobójstwo mimo że zakaz takiego sposobu zakończenia życia nie jest wprost wyrażony w *Biblii*. Uważa się, że jedynie Bóg ma prawo decydować o śmierci człowieka, co wywodzi się m.in. z biblijnego wersetu: „Upomnę się o waszą krew przez wzgląd na wasze życie” (Rdz 9,5) oraz koncepcji *pik(k)uah nefesz*, czyli obowiązku ratowania ludzkiego życia. W związku z tym życie ludzkie stanowi tradycyjnie w judaizmie niemal najwyższą wartość. Niemal, gdyż tradycja żydowska dopuszcza, a nawet zaleca męczeństwo w sytuacji zagrożenia popełnieniem przynajmniej najcięższych grzechów, takich jak morderstwo, bałwochwalstwo, kazirodztwo bądź cudzołóstwo, jednocześnie dopuszczając dla ratowania życia złamanie prawa w lżejszych przypadkach⁶².

Niektórzy autorzy twierdzą, że w związku z tym wszystkie nurty współczesnego judaizmu opowiadają się przeciwko eutanazji⁶³. Nie jest to do końca prawda, gdyż przedstawiciele najbardziej liberalnego nurtu współczesnego judaizmu zwanego judaizmem rekonstrukcjonistycznym, negującego nawet osobowy charakter Boga⁶⁴, nie dają jednoznacznych wytycznych, twierdząc, że judaizm pozwala zrozumieć i zaakceptować *post factum* działania przyspieszające śmierć, choć do nich nie zachęca. Jego przedstawiciele mówią, że „niezależnie od wybranej ścieżki” „decyzje podejmowane w duchu ludzkiej troski i etyki żydowskiej, w których najwyższym priorytetem jest medyczny i duchowy dobrostan umierającego pacjenta są ostatecznie dotykane przez obecność Boga”⁶⁵.

Jeśli chodzi o pozostałe nurty judaizmu, judaizm reformowany⁶⁶ i konserwatywny⁶⁷ prezentują typowe konserwatywne stanowisko sprzeciwiające się czynnemu spowodowaniu śmierci, dopuszczające w pewnych okolicznościach rezygnację z terapii oraz letalną analgezję. Co do judaizmu ortodoksyjnego, jest on

⁶² R. Żebrowski, *Samobójstwo*, [w:] Z. Borzymińska, R. Żebrowski (red.), *Polski Słownik Judaistyczny*, [https://www.jhi.pl/psj/Kid\(d\)usz_ha-Szem?fbclid=IwAR11qVK0410tCLIMntxhpp8dw4gxguuhI7wwzwSDSfHMxUgoogAL45yevHM](https://www.jhi.pl/psj/Kid(d)usz_ha-Szem?fbclid=IwAR11qVK0410tCLIMntxhpp8dw4gxguuhI7wwzwSDSfHMxUgoogAL45yevHM) (dostęp: 4.08.2020).

⁶³ A. Alieksiejuk, *Źródła i kierunku współczesnej żydowskiej refleksji bioetycznej*, „Rocznik Teologiczny” 2013, t. 55, z. 1–2, s. 212.

⁶⁴ T. Terlikowski, *Tora między życiem a śmiercią. Bioetyki żydowskie w dialogu*, Warszawa 2007, s. 36–38.

⁶⁵ D. Teutsch, D. Waxman (red.), *Behoref Haiaimim / In the Winter of Life: A Value Based Jewish Guide of Decision Making at the End of Life*, Wyncote 2002, s. 147. Cyt. za: N. Fenner, *A Guide for the End of Life. Review of Behoref Haiaimim / In the Winter of Life: A Value Based Jewish Guide of Decision Making at the End of Life*, edited by David Teutsch and Deborah Waxman, „The Reconstructionist” 2005, t. 69, nr 2, s. 82–83.

⁶⁶ W. Jacob, *Contemporary America Reform Responsa*, Nowy Jork 1987, s. 138–140.

⁶⁷ The Comitee of Jewish Law and Standards of the Rabbinical Assembly, *Statement on Assisted Suicide*, <https://www.rabbinicalassembly.org/sites/default/files/assets/public/halakhah/teshuvot/19912000/assistedsuicide.pdf> (dostęp: 19.08.2020).

dość różnorodny i dodatkowo nie wszystkie jego nurty zajmują się bioetyką. Jako posiadające sprecyzowane stanowisko w kwestii eutanazji można wymienić Unię Ortodoksyjną, której rabini zrzeszeni są w Rabinackiej Radzie Ameryki, oraz Unię Rabinów Ortodoksyjnych Stanów Zjednoczonych i Kanady⁶⁸. Obie te organizacje zajmują opisane wyżej typowe konserwatywne stanowisko⁶⁹.

Islam

Islam, podobnie jak, z niewielkimi wyjątkami, judaizm i chrześcijaństwo, zdecydowanie potępia samobójstwo. *Koran* w wielu miejscach zabrania zabijania, choć czyni wyjątek dla pomsty czy kary za pewne czyny⁷⁰. Niektóre źródła⁷¹ podają, że święta księga islamu zawiera wyrażony wprost zakaz samobójstwa, jest to jednak sporne. Chodzi o zwrot „Nie zabijajcie się!”, który jest również tłumaczony jako zakaz zabijania siebie nawzajem⁷². Natomiast w *Sunnie*, czyli zbiorze wypowiedzi i czynów Mahometa, będącej drugim po *Koranie* źródłem norm w Islamie⁷³, można znaleźć potępienie samobójstwa, i to nawet samobójstwa eutanatycznego⁷⁴. W *Koranie* i *Sunnie* można też znaleźć fragmenty mówiące, że o tym, kiedy człowiek umrze, decyduje Stwórca⁷⁵, a cierpienie jest okazją do odkupienia win⁷⁶ oraz sprawdzianem wierności Bogu⁷⁷, który nie doświadcza człowieka bardziej, niż jest on w stanie znieść⁷⁸. Nie należy się modlić o wcześniejszą śmierć, można jedynie prosić Boga o to, aby utrzymał nas przy życiu tak długo, jak będzie to dla nas dobre⁷⁹.

⁶⁸ T. Terlikowski, *op. cit.*, s. 86–87.

⁶⁹ Y. Breitowitz, *Physician-Assisted Suicide: a Halachic Approach*, <https://www.jlaw.com/Articles/suicide.html> (dostęp: 20.08.2020); Union of Orthodox Rabbis of the United States and Canada, *Rabbis Condemn Laboratory Killing of Incipient Human Life*. Cyt. za: T. Terlikowski, *op. cit.*, s. 95–96 [strona internetowa tej organizacji na dzień przygotowywania publikacji nie istniała]. Por. T. Terlikowski, *op. cit.*, s. 91–92, 94–96.

⁷⁰ *Koran* 17:33, 2:178, 5:28, 5:32, tłum. J. Bielawski, Warszawa 1986.

⁷¹ A.M. Ebrahim, *Euthanasia (Qatl al-rahma)*, *Journal of the Islamic Medical Association of North America* 2007, t. 39, nr 4, s. 174, <https://jima.imana.org/article/view/4732> (dostęp: 25.03.2021).

⁷² *Koran* 4:29. Zestawienie różnych tłumaczeń tego wersetu na angielski można znaleźć na stronie: <http://2pm.co/demo/2500/4/29/> (dostęp: 17.09.2020).

⁷³ F. Jomma, B. Wach, *Problem eutanazji i wspomaganego samobójstwa w doktrynie islamu*, [w:] B. Płonka-Syroka, Ł. Braun (red.), *Kultura medyczna islamu*, Warszawa 2015, s. 212.

⁷⁴ *Ibidem*, s. 220.

⁷⁵ *Koran* 3:145; 3:156.

⁷⁶ Cyt. za: A.M. Ebrahim, *op. cit.*, s. 175.

⁷⁷ *Koran* 29:2, 2:155.

⁷⁸ *Ibidem*, 2:286.

⁷⁹ Cyt. za: A.M. Ebrahim, *op. cit.*, s. 177.

Podobnie opinie islamskich autorytetów religijnych i dokumenty wydawane przez muzułmańskie organizacje medyczne zakazują czynnego kończenia życia. Przewija się przez nie motyw dopuszczenia odstępstwa od leczenia w niektórych przypadkach oraz letalnej analgezji, a także teza, że sztuczne odżywianie i nawadnianie jest moralnie obowiązkowe. Zdania są podzielone w kwestii podtrzymywania życia osób w trwałym stanie wegetatywnym oraz pozostawiania testamentów życia⁸⁰.

Omawiając kwestię dopuszczalności moralnej samobójstwa w islamie nie sposób nie wspomnieć o współczesnych samobójczych atakach terrorystycznych, które pojawiły się w latach 80. XX w. Wydają się one łamać wspomniany zakaz samobójstwa. Zwolennicy takich ataków nazywają terrorystów męczennikami, a swoje działania uważają za akty samoobrony w świętej wojnie przeciwko wrogom kultury muzułmańskiej i samego Boga. Wśród islamskich uczonych nie ma jednak zgody, czy takie działania są dopuszczalne⁸¹.

Buddyzm i hinduizm

Omawiając ocenę samobójstwa w świetle tych dwóch religii należy mieć na uwadze, że nie są to religie jednolite. Jednak charakterystyczne dla buddyzmu jest przekonanie, że to, czy postępujemy w życiu moralnie, ma wpływ na naszą *karmę*, czyli to, jaka będzie nasza kondycja w przyszłym wcieleniu lub czy uwolnimy się z cyklu wcieleń (*samsary*). Umieranie jest częścią życia i również musi być etyczne, aby nie popsuć *karmy*⁸². Wiele źródeł wskazuje, że popełnienie samobójstwa w celu uniknięcia cierpienia jest w buddyzmie bezcelowe, gdyż tacy samobójcy odrodzą się w takiej samej sytuacji⁸³. Jedną z naczelnych zasad etyki buddyjskiej jest *ahimsa*, czyli nieszkodzenie, zasada zabraniająca niszczenia każdego życia, nie tylko ludzkiego⁸⁴. Jednak mimo to w buddyzmie chińskim od ok. V w. n.e. praktykuje się rytualne samospalenia, a także zagłodzenia na śmierć jako przejaw pogardy dla ciała i drogę do odrodzenia się w wyższej egzystencji. Jest to często poprzedzone latami przygotowań, m.in. stosowaniem ascetycznej diety. Również

⁸⁰ F. Jomma, B. Wach, *op. cit.*, s. 214–223.

⁸¹ A. Czabański, *Samobójstwa altruistyczne*, Kraków 2009, s. 272–273.

⁸² A.J. McCormick, *Buddhist Ethics and End-of-Life Care Decisions*, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 2013, t. 9, nr 2–3, s. 209–214, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15524256.2013.794060> (dostęp: 4.09.2020), s. 212.

⁸³ R.W. Perret, *Buddhism, euthanasia and the sanctity of life*, „Journal of Medical Ethics” 1996, t. 22, nr 5, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1377066/> (dostęp: 4.09.2020), s. 311. Por. N. Tanida, *The View of Religions Toward Euthanasia and Extraordinary Treatment in Japan*, „Journal of Religion and Health” 2000, t. 39, nr 4, s. 350.

⁸⁴ A.J. McCormick, *op. cit.*, s. 212–213.

dawniej, między V a X w. n.e., miały miejsce samospalenia mnichów buddyjskich w akcie protestu politycznego⁸⁵. Takie praktyki trwają wśród buddystów do dziś⁸⁶.

Jeśli chodzi o eutanazję czynną, niektórzy twierdzą, że jest ona w buddyzmie całkowicie zabroniona ze względu na absolutny zakaz samobójstwa wynikający z *ahimsy* i kanonicznych tekstów z tzw. kanonu palijskiego, gdzie Budda potępia samobójstwo, w tym eutanatyczne, a samospalenia i samozażądlenia mnichów to „anomalie”, z których nie należy „wyciągać wniosków normatywnych”, „zwłaszcza że samobójstwo jest wszędzie indziej jasno zabronione”⁸⁷. Jednak we wspomnianym wyżej kanonie palijskim opisana jest sytuacja, w której Budda usprawiedliwia samobójstwo eutanatyczne, choć go nie pochwała, dopuszcza też odpowiednio umotywowane samobójstwa mnichów⁸⁸. W odmianie Mahayana, która ma najwięcej wyznawców⁸⁹, kładzie się mniejszy nacisk na przestrzeganie zasad, a większy na osobisty osąd sytuacji, motywację, którą powinno być współczucie⁹⁰ oraz konsekwencje, którymi powinna być eliminacja cierpienia, co zresztą znajduje również poparcie w kanonicznych tekstach⁹¹. Mnisi chińscy, wietnamscy czy tybetańscy, którzy dokonują samospaleń, wyznają właśnie buddyzm Mahayana⁹². Stąd autorytety tej odmiany buddyzmu dopuszczają samobójstwo w pewnych przypadkach⁹³.

W buddyzmie istnieje też tradycja rezygnacji z jedzenia w sytuacjach terminalnych, co ma prowadzić do śmierci spokojnej i świadomej. Taki sposób umierania jest w buddyzmie szczególnie ceniony⁹⁴. W związku z powyższym współcześni znawcy etyki buddyjskiej argumentują, że buddyzm nie jest za podtrzymywaniem życia wszystkimi możliwymi środkami⁹⁵.

Hinduizm, podobnie jak buddyzm, jest bardzo niejednorodny. Podziela też z buddyzmem koncepcję *karmy*⁹⁶ i *ahimsy*⁹⁷. Istnieje w tej religii pojęcie dobrej śmierci: w starszym wieku, przyjętej chętnie i świadomie, w otoczeniu bliskich, po uporządkowaniu swoich spraw i odprawieniu rytuałów. Za najgorszą uważa się

⁸⁵ A. Czabański, *op. cit.*, s. 68–73; M. Szeroczyńska, *op. cit.*, s. 83–84.

⁸⁶ A. Czabański, *op. cit.*, s. 76–84.

⁸⁷ D. Keown, J. Keown, *Killing, karma and caring: euthanasia in Buddhism and Christianity*, „Journal of Medical Ethics” 1995, t. 21, nr 5, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1376772/>, s. 266–268.

⁸⁸ A.J. McCormick, *op. cit.*, s. 219, R.W. Perret, *op. cit.*, s. 311.

⁸⁹ R.W. Perret, *op. cit.*, s. 310.

⁹⁰ McCormick, *op. cit.*, s. 211, 213.

⁹¹ R.W. Perret, *op. cit.*, s. 311.

⁹² A.J. McCormick, *op. cit.*, s. 211.

⁹³ R.W. Perret, *op. cit.*, s. 311.

⁹⁴ A.J. McCormick, *op. cit.*, s. 218–219.

⁹⁵ Ibidem, s. 216–220.

⁹⁶ S. Firth, *End-of-life: a Hindu view*, „Lancet” 2005, nr 366, s. 682.

⁹⁷ Ibidem, s. 685.

śmierć w wyniku samobójstwa z przyczyn egoistycznych⁹⁸. W hinduizmie również występuje tradycja samobójstwa ze względów religijnych, m.in. przez odmowę spożywania pokarmów, co jako akt „wszechmocy wiążącej się z poświęceniem siebie”⁹⁹ miało przynieść adeptom niebo lub inny sposób wyzwolenia z *samsary*. Odmowa spożywania pokarmów jest też korzystna dla wyznawcy hinduizmu w stanie terminalnym – oczyszcza duchowo, przynosi oderwanie się od rzeczy materialnych, a także chroni przed pojawieniem się wymiotów i ekskrementów, które są uważane za oznakę złej śmierci. W celu zachowania jasnego umysłu osoba umierająca może odmówić środków przeciwbólowych i potraktować cierpienie jako oczyszczające z grzechów¹⁰⁰.

Poddanie się eutanazji w celu uniknięcia cierpienia z jednej strony jest potępiane, gdyż jest samobójstwem egoistycznym i przyniesie zły efekt karmiczny. Niektórzy jednak twierdzą, że w pewnych sytuacjach można poddać się eutanazji, skoro wolno popełnić samobójstwo osobie zaawansowanej duchowo, zwłaszcza że samobójstwo eutanatyczne może sprzyjać śmierci spokojnej, z jasnym umysłem i uporządkowanymi sprawami karmicznymi¹⁰¹. Zdaniem niektórych *ahimsa* jako nieszkodzenie rozumiane na „wyższym poziomie” pozwala dokonać na kimś eutanazji, jeśli motywacją jest współczucie (podobnie jak w buddyzmie Mahayana)¹⁰².

Omawiając kwestię samobójstwa w hinduizmie nie można pominąć istnienia wśród hindusów rytuału *sati*, polegającego na samospaleniu wdów na stosie pożrebowym mężów. *Sati* było najprawdopodobniej dobrowolne w takim sensie, że kobieta po śmierci męża zmuszana była do prowadzenia niezwykle surowego trybu życia oraz była wyklęta ze społeczeństwa, w związku z czym samospalenie było dla niej opcją bardziej korzystną. Zwyczaj ten budził w społeczeństwie hinduskim kontrowersje – już w starożytności spotykał się z głosami potępienia ze strony m.in. poetów. Szczególna fala krytyki miała miejsce w XIX w., wtedy obyczaj ten ostatecznie zaniknął, zakazany przez Anglików¹⁰³.

Konfucjanizm

Stosunek konfucjanizmu do samobójstwa jest określony przez jego relację do powinności moralnej. Życie nie ma w konfucjanizmie wartości samej w sobie i można,

⁹⁸ Ibidem, s. 683.

⁹⁹ Cyt. za: ibidem, s. 674

¹⁰⁰ Ibidem, s. 684.

¹⁰¹ Ibidem, s. 684.

¹⁰² Ibidem, s. 684–685.

¹⁰³ A. Czabański, *op. cit.*, s. 71–73.

a nawet trzeba je zakończyć, kiedy wymaga tego podążanie za cnotą¹⁰⁴. Postulat sprawowania kontroli nad swoim życiem implikuje również sprawowanie kontroli nad swoim umieraniem, choć nie chodzi tu o autonomię w sensie nowożytnego Zachodu, lecz o takie sprawowanie kontroli, aby żyć i umierać zgodnie z wartościami, które są dane i z góry określone¹⁰⁵, choć można mieć wątpliwości co do tego, jak je stosować w konkretnych sytuacjach¹⁰⁶.

Pierwsza grupa zalecanych w konfucjanizmie samobójstw to samobójstwa wynikające z powinności wobec innych, np. lojalności wobec władcy czy przyjaciela, szacunku dziecka wobec rodziców, wierności współmałżonkowi. Ze względu na te wartości konfucjanizm pozwala, a często wręcz nakazuje popełnić samobójstwo nawet jeśli przyniesie to korzyści osobom, ze względu na które to robimy, na przykład po śmierci męża czy władcy ze względu na lojalność¹⁰⁷. Popełnienie samobójstwa ze względu na siebie samego, np. powodowane problemami finansowymi, nie jest raczej w konfucjanizmie chwalone. Wyjątkiem jest popełnienie samobójstwa w celu zachowania własnej godności¹⁰⁸.

Nie ma obecnie oficjalnego stanowiska konfucjanizmu w kwestii eutanazji, ale Ping-Cheng Lo próbuje stosować wyżej wymienione zasady do współczesnych problemów związanych z umieraniem. Wskazuje po pierwsze na to, że sama idea dobrej śmierci i wybór tego, jak umrzemy, jest jak najbardziej w duchu konfucjańskim. Po drugie, w klasycznych tekstach konfucjańskich możemy przeczytać, że w dobrym społeczeństwie należy sprawować opiekę nad „wdowami, wdowcami, sierotami, bezdzietnymi, niepełnosprawnymi i chorymi”¹⁰⁹ i w związku z tym popełnienie samobójstwa w celu odciążenia innych od opieki nie jest dopuszczalne¹¹⁰. Nie wolno również popełnić samobójstwa tylko dlatego, że się tak chce¹¹¹. Jeśli chodzi o to, czy nieznośne cierpienie jest wystarczającym powodem eutanazji, omawiany autor nie ma jednoznacznej odpowiedzi. W klasycznych tekstach można wyczytać, że „współczucie jest załączkiem *ren*”¹¹², więc na pewno należy odpowiednio łagodzić ból, ale kiedy nie jest to możliwe, być może można zakończyć życie, skoro, jak wspomnieliśmy wyżej, nie jest ono nienaruszalne i nie chodzi o to, aby było jak najdłuższe, a praktykowanie cnoty w takim stanie nie jest możliwe¹¹³.

¹⁰⁴ P.-C. Lo, *Confucian Views on Suicide and Their Implications for Euthanasia*, [w:] R. Fan (red.), *Confucian Bioethics*, Philosophy and Medicine, t. 61, s. 71–72.

¹⁰⁵ Ibidem, s. 94–95.

¹⁰⁶ Ibidem, s. 84–91.

¹⁰⁷ Ibidem, s. 75–76, 77–78, 84–91.

¹⁰⁸ Ibidem, s. 78–79, 84–91, 81, 83.

¹⁰⁹ Cyt. za: ibidem, s. 92.

¹¹⁰ Ibidem, s. 93.

¹¹¹ Ibidem, s. 94–95.

¹¹² Ibidem, s. 94. *Ren* to życzliwość, najwyższa cnota konfucjanizmu (ibidem, s. 74–75).

¹¹³ Ibidem, s. 94.

Wydaje się też, że eutanazję można traktować jako samobójstwo dla ratowania swojej godności, choć Ping-Cheng Lo zwraca uwagę na pewne różnice między konfucjańską „śmiercią z godnością” a współczesną eutanazją¹¹⁴.

Kultura japońska

Samobójstwo jest ważnym sposobem kończenia życia w kulturze japońskiej. W kraju tym przez wieki dominowały dwie religie: buddyzm i szintoizm. Ta druga religia wpajała Japończykom wartość poświęcenia życia dla swojego kraju¹¹⁵. Istotny był również kodeks etyczny samurajów, gdzie istniała tradycja samobójstwa zwanego *harakiri* (inaczej *seppuku*) praktykowanego dla ocalenia swojego honoru lub jako wyraz lojalności wobec pana przy jego śmierci. Popęśnienie samobójstwa przez samuraja było rozumiane jako akt odwagi, przeciwnej poddaniu się. Mogło też występować w charakterze kary – skazany na śmierć samuraj dostawał możliwość popęśnienia samobójstwa, aby uniknąć hańbiącej egzekucji¹¹⁶. Kodeks honorowy samurajów, pierwotnie elitarny, wpływał również na ogół ludności i na wychowanie japońskiej młodzieży. To wszystko wpłynęło na powstanie podczas drugiej wojny światowej samobójczych oddziałów pilotów zwanych kamikadze¹¹⁷. Niektóre źródła podają też, że w niektórych regionach Japonii istniał dawniej zwyczaj dobrowolnego porzucania starszych osób, aby zmarły¹¹⁸, jednak są badacze, którzy kwestionują istnienie takich praktyk w rzeczywistości i wskazują na to, że dotyczące ich legendy mają raczej wydźwięk wzywający Japończyków do lepszej opieki¹¹⁹.

Współcześnie, jeśli chodzi o religię, dominuje w Japonii buddyzm i szintoizm, choć można spotkać się z różnymi danymi dotyczącymi przynależności religijnej mieszkańców tego kraju. *Encyklopedia Britannica* podaje, że 79,2% Japończyków wyznaje szintoizm, 66,8% – buddyzm (wielu wyznaje obie te religie na raz), 1,5% chrześcijaństwo, 7,5% popada pod kategorie „inne”, w tym tzw. „nowe religie” powstałe z połączenia różnych tradycji¹²⁰. Inni natomiast podają, że jedynie 32% Japończyków uznaje się za religijnych (26% za buddystów, 2% za szintoistów

¹¹⁴ Ibidem, s. 91–93.

¹¹⁵ A. Czabański, *op. cit.*, s. 182.

¹¹⁶ T. Ślipko, *op. cit.*, s. 48; M. Battin, *Suicide*, [w:] S.G. Post (red.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd Edition, t. 4, Farmington Hills 2004, s. 2479; The Editors of Encyclopaedia Britannica, *Seppuku*, <https://www.britannica.com/topic/seppuku> (dostęp: 26.08.2020).

¹¹⁷ A. Czabański, *op. cit.*, s. 182.

¹¹⁸ M. Battin, *op. cit.*, s. 2479.

¹¹⁹ I. Otani, „Good Manner of Dying” as a Normative Concept: „Autocide”, „Granny Dumping” and Discussions on Euthanasia/Death with Dignity in Japan, „International Journal of Japanese Sociology” 2010, nr 19, s. 53.

¹²⁰ T. Sakamoto, *Japan*, <https://www.britannica.com/place/Japan> (dostęp: 25.08.2020).

i 1% za chrześcijan), jednak wśród „nierelijnych” aż 46% wierzy w nieśmiertelność duszy, 70% stosuje schematy myślenia przyczynowo-skutkowego oparte na buddyzmie, a 57% chodzi do świątyni na uroczystości noworoczne¹²¹. Wszystkie religie występujące w Japonii wchodziły ze sobą w interakcje¹²². Japońskie instytucje religijne nie wypowiadają się oficjalnie na temat dopuszczalności moralnej eutanazji¹²³, choć w 1998 r. przeprowadzono badania ankietowe, w których ich oficjalni przedstawiciele przedstawili swoje stanowisko na ten temat. Za eutanazją czynną na prośbę niezdolnie cierpiącego pacjenta w stanie terminalnym wypowiedziało się 32% organizacji szintoistycznych, które odpowiedziały na ankietę, 18% buddyjskich, 4% protestanckich i, jak łatwo się domyślić, 0% katolickich, zaś w przypadku pacjenta, który nie jest w stanie wyrazić zgody, a eutanazja następuje na prośbę rodziny, odpowiednio 20%, 10%, 4% i 0%¹²⁴. Jeśli chodzi o rezygnację ze „środków nadzwyczajnych”, „za” wypowiedziało się 71% organizacji szintoistycznych i 85% buddyjskich¹²⁵. Co do świeckich, za eutanazją czynną na prośbę pacjenta w opisanym wyżej przypadku pacjenta cierpiącego niezdolny ból w stanie terminalnym opowiedziało się 21% ankietowanych, a za niepodaniem antybiotyku pacjentowi terminalnemu choremu na zapalenie płuc – 54% w przypadku gdy prosi o to pacjent, a 64%, kiedy prosi rodzina¹²⁶. To ostatnie wydaje się wskazywać na duże znaczenie rodziny i małe znaczenie autonomii wśród współczesnych Japończyków.

Spółeczeństwa tradycyjne

Jeśli chodzi o społeczeństwa tradycyjne, Tadeusz Ślipko, opierając się na badaniach etnografów¹²⁷, podaje wiele przykładów społeczności, których wierzenia i praktyki wskazują na negatywną ocenę moralną samobójstwa: Jakutów wierzących, że dusze samobójców nie zaznają nigdy spokoju, Indian ze stanu Alabama

¹²¹ N. Tanida, *op. cit.*, s. 352. Dane z *Encyklopedii Britannica* pochodzą z 2012 r., a badania Tanidy z drugiej połowy lat 90., co może częściowo tłumaczyć rozbieżności.

¹²² T. Sakamoto, *op. cit.*

¹²³ N. Tanida, *op. cit.*, s. 340.

¹²⁴ Ibidem, s. 345–346.

¹²⁵ Ibidem, s. 349.

¹²⁶ Idem, *Japanese Attitudes toward euthanasia in hypothetical clinical situations*, „Eubios Journal of Asian and International Bioethics” 1998, t. 8, s. 138–141, <https://www.eubios.info/EJ85/ej85b.htm> (dostęp: 26.08.2020).

¹²⁷ Ślipko opiera się na opracowaniach niemieckich etnografów z pierwszej połowy XX w. tłumacząc się tym, że w nowszej literaturze brak syntetycznych opracowań. Dla niniejszego podrozdziału nie stanowi to jednak problemu, gdyż chodzi o tradycyjne poglądy na moralność samobójstwa w tych społecznościach. Jednak, w związku z powyższym, odwołując się do Ślipki, używam czasu przeszłego.

wrzucających zwłoki samobójców do rzeki, czy inne społeczności grzebiące je poza cmentarzem¹²⁸. Osobno wymienia społeczności wprost potępiające samobójstwo: żyjących w Indiach Malerów, Ajnosów z południowo-wschodniej Azji, afrykański lud Anyania, Dahomejczyków, Trobriandczyków i innych¹²⁹. Jednak przytacza też przykłady ludów, u których samobójstwo wpisywało się w określone praktyki społeczne czy religijne, na przykład kiedy w walce wyczerpało się wszystkie środki obrony lub jako element rytuałów, takich, jak rzucanie się pod koła wozów z wizerunkami bogów w czasie uroczystych procesji. To ostatnie praktykowali wyżej wspomniani Dahomejczycy, co do zasady potępiający samobójstwo¹³⁰. Z kolei badania Bronisława Malinowskiego wskazują na to, że również u wspomnianych wyżej Trobriandczyków negatywna ocena samobójstwa dopuszczała wyjątki – istniała instytucja wymuszania samobójstwa jako kary za przestępstwo¹³¹. Inna forma zrytualizowanego samobójstwa, opisany wyżej rytuał *sati*, występował również w innych, niż hinduska kulturach¹³².

Z kolei Margaret Battin podaje inne przykłady ludów, u których samobójstwo było ewidentnie wartościowane pozytywnie, przynajmniej w niektórych okolicznościach. Wikingowie uważali, że śmierć gwałtowna, w tym samobójcza, gwarantuje szczęście w życiu po śmierci. Na niektórych wyspach Pacyfiku samobójstwo było uważane za tak chwalebne, jak śmierć na polu bitwy. Zdaniem Majów ci, którzy zabijają się przez powieszenie, mają specjalne miejsce w niebie. Majowie czcili też boginię samobójstwa, Ixtab. Z kolei Aztekowie praktykowali samobójczy rytuał poświęcenia swojego serca¹³³.

Szczególnie istotne dla naszego tematu jest to, że istniały i nadal istnieją społeczności, w których praktykowane jest popełnianie samobójstwa przez osoby starsze w celu uniknięcia dolegliwości związanych ze starością oraz odciążenia innych członków społeczności od opieki nad sobą. Jako historyczny przykład takich społeczności wymienia się starożytnych Germanów¹³⁴ i niektórych Indian¹³⁵, a współcześnie praktyki takie występują u Czukczów zamieszkujących Syberię, gdzie starsze osoby są zabijane na swoje życzenie z wymienionych wyżej powodów¹³⁶.

¹²⁸ T. Ślipko, *op. cit.*, s. 46; M. Jarosz, *op. cit.*, s. 15–17.

¹²⁹ T. Ślipko, *op. cit.*, s. 46–47.

¹³⁰ Ibidem, s. 47.

¹³¹ M. Jarosz, *op. cit.*, s. 15–16.

¹³² Ibidem, s. 16.

¹³³ M. Battin, *op. cit.*, s. 2479.

¹³⁴ M. Jarosz, *op. cit.*, s. 16.

¹³⁵ M. Battin, *op. cit.*, s. 2479.

¹³⁶ E.P. Batianova, *Ritual Violence among the Peoples of Northeastern Siberia*, [w:] P.P. Schweitzer, M. Biese, R.K. Hitchcock (red.), *Hunters and Gatherers in the Modern World: Conflict, Resistance and Self-Determination*, New York 2000, s. 155–157.

Podsumowanie

Powyższe skrótowe zestawienie poglądów na dopuszczalność moralną samobójstwa wskazuje na pewien związek pomiędzy wiarą w osobowego Boga zainteresowanego ludzkimi losami a absolutnym zakazem samobójstwa. W religiach, w których występuje taka koncepcja Boga: chrześcijaństwie, judaizmie i islamie, z reguły uważa się, że człowiek nie ma prawa sam odbierać sobie życia i motywuje się to względami religijnymi. Wspomniany związek nie jest jednak nierozdzielny. Po pierwsze, jak wskazaliśmy wyżej, istnieją kościoły protestanckie, które dopuszczają popełnienie samobójstwa w niektórych przypadkach. Inne, które, podobnie jak liberalni Żydzi, są skłonne, choć niechętnie, potraktować je jako usprawiedliwione. Samobójstwo było też negatywnie oceniane w niektórych społeczeństwach tradycyjnych, choć wymagałoby dalszych badań stwierdzenie, czy jest to zakaz dopuszczający wyjątki oraz jaki ma on związek z występującymi tam wierzeniami religijnymi.

Należy też zwrócić uwagę, że w tradycjach, w których utrzymuje się absolutny zakaz samobójstwa, nie postuluje się przedłużania życia za wszelką cenę. Dopuszcza się rezygnację z tzw. uporczywej terapii, tzw. środków nadzwyczajnych, a czasem także letalną analgezję. Mówi się też o pewnych czynnikach mogących zmniejszać odpowiedzialność moralną samobójcy. Co więcej, niedopuszczający samobójstwa chrześcijanie muszą tak je definiować, aby termin ten nie odnosił się do śmierci Chrystusa i męczenników.

Moral permissibility of suicide with special regard to euthanatical suicide in most popular world religions and cultures

The subject of the article is moral permissibility of suicide in most popular world religions and cultures. The main focus is put on euthanatical suicide, which is defined as suicide committed by the person who is severely, usually terminally ill, to avoid suffering or other negative effects of the disease. The examined traditions are: Christianity (Catholicism, Protestantism, Eastern Orthodox Church), Judaism, Islam, Buddhism and Hinduism, Confucianism, Japanese culture and, very briefly, traditional societies. Most place is devoted to Catholicism due to its importance to the debate in Poland and because its stance is rather elaborate. The results of the comparison of traditions are that there is some connection between the concept of personal God and absolute moral abandonment of suicide – religions with such concept of God usually prohibit suicide because it is believed that only God can decide on the death of a human. But there are some exceptions

– there are Protestant churches which permit euthanatical suicide, some other, who, likewise some liberal Jews, say that such decisions are difficult and can be justified. There are also some traditional societies which abandon suicide, although it is the subject for further investigation whether this abandonment is absolute and how it is connected to their religious beliefs. Another important issue is that traditions which abandon suicide do not recommend prolonging life by all possible means and some of them build such definition of suicide which excludes some acts regarded as permitted, such as lethal analgesia and the death of Christ.

Key words: suicide, euthanasia, religion, Christianity, Catholicism, Protestantism, Judaism, Islam, Buddhism, Hinduism, Japan, Confucianism, traditional societies

Wykaz Autorów

Dr Emin Alkan

Department of Medical History and Ethics, Istanbul Medical Faculty, Istanbul University. ORCID 0000-0002-8819-5497

Mgr Aleksandra Biegalska

Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie. ORCID: 0000-0003-1552-6091

Dr Mateusz Dąsał

Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. ORCID 0000-0003-4804-3766

Dr Ewa Górską

Katedra Socjologii Prawa, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. ORCID 0000-0001-9107-5486

Stud. Monika Hudaszek

Magistrantka Zakładu Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ORCID 0000-0002-6248-3381

Dr hab. Zuzanna Jakubowska-Vorbrich

Zakład Historii i Kultury Hiszpanii i Ameryki Łacińskiej, Instytut Studiów Iberyjskich i Iberoamerykańskich Uniwersytet Warszawski
ORCID 0000-0002-2086-9470

Dr Julia Kościuk-Załupka

Wydział Historyczny Uniwersytetu Jagiellońskiego. ORCID 0000-0001-7584-795X

Dr hab. Urszula Kozłowska prof. USz

Instytut Socjologii, Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Szczecińskiego
ORCID 0000-0001-5444-5847

Ks. dr hab. Erwin Mateja prof. UO

Katedra Teologii Liturgicznej, Homiletyki i Komunikacji, Instytut Nauk Teologicznych Uniwersytetu Opolskiego. ORCID 0000-0002-2928-900X

Prof. dr Arin Fatma Namal

Department of History and Ethics, Istanbul Medical Faculty, Istanbul University
ORCID 0000-0002-5624-5280

Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka

Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. ORCID 0000-0001-8743-4634

Dr Joanna Przybek-Mita

Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego
ORCID 0000-0002-8403-5889

Dr hab. Zygmunt Pucko

Zakład Filozofii i Bioetyki, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
ORCID 0000-0003-4859-4197

Ks. dr hab. Franciszek Rosiński OFM em. Prof. UW

Katedra Etnologii i Antropologii Kulturowej, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego. ORCID 0000-0003-2738-1985

Dr hab. Lilianna Wdowiak em.

Emerytowany pracownik Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
ORCID 0000-0008-4575-7288

Mgr Artur Wójtowicz

Uniwersytet Wrocławski. ORCID 0000-0001-6722-6264

Dr Paweł Wysokiński

Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej PUM w Szczecinie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny NR 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
ORCID 0000-0002-1401-5540

Dr hab. Leszek Żuk

ORCID 0000-0002-0445-569X



e-ISBN 978-83-7055-653-2



9 788370 556532



UNIwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu