

Maria Nowacka

ORCID: 0000-0001-9696-7467

Instytut Medycyny Wsi
im. Witolda Chodźki w Lublinie

Institute of Rural Medicine in Lublin

WKŁAD ŚREDNIOWIECZA W ROZWÓJ ZDROWIA PUBLICZNEGO

The Contribution of the Middle Ages to the Development of Public Health

Słowa kluczowe: średniowiecze, medycyna,
zdrowie publiczne

Key words: Middle Ages, medicine, public
health

Streszczenie

Skuteczność działań zdrowia publicznego zależy w pierwszym rzędzie od poziomu medycyny i dynamiki jej rozwoju. Jednak z uwagi na odniesienie działań do zbiorowości konieczne jest, aby działania te miały charakter społeczny, rangę działań państwowych, a także posiadały duży stopień akceptacji społecznej, wyrażający się w gotowości do prowadzenia przez członków danej społeczności właściwego, tj. prozdrowotnego trybu życia. Jeśli spojrzymy na zagadnienie z punktu widzenia historii zdrowia publicznego, to zauważymy, iż warunkami koniecznymi do powstania i rozwoju tej dziedziny są: (1) utrwalenie się w skali społecznej pragnienia życia nie tylko w jak najlepszym zdrowiu, lecz także w jak najdłuższym czasie, (2) zinstytucjonalizowanie zawodu lekarskiego, (3) zinstytucjonalizowanie organizacji działań prozdrowotnych. Dopóki te trzy warunki nie zostały spełnione, medycyna odnosiła się wyłącznie do jednostek, a nie do zbiorowości, i wprawdzie konkretne

Abstract

The effectiveness of public health activities depends primarily on the level of medicine and the dynamics of its development. However, due to the reference of activities to the community, it is necessary that these activities have a social character, the rank of state activities, and also have a high degree of social acceptance, expressed in the readiness to lead a proper, i.e. healthy, lifestyle by members of community. If we look at the issue from the point of view of the history of public health, we will notice that the necessary conditions for the emergence and development of this field are: (1) consolidation in the social scale of the desire to live not only in the best for health, but also for the longest possible time, (2) institutionalizing the medical profession, (3) institutionalizing the organization of pro-health activities. As long as these three conditions were not met, medicine was applied only to individuals, not to the collective. It is argued in the article that the condi-

działania medyczne mogły mieć pozytywne skutki dla danej zbiorowości, ale dokonywane były z intencją niesienia pomocy jednostkom, nie zaś zbiorowości jednostek. W artykule uzasadnia się, że dokonało się to w okresie późnego średniowiecza, i dopiero wówczas mógł rozpocząć się proces powstania i rozwoju medycyny społecznej i zdrowia publicznego.

tions were met in the late Middle Ages, and only then could the process of the emergence and development of social medicine and public health begin.

Wprowadzenie

Zdrowie publiczne jest dyscypliną leżącą na przecięciu się wielu nauk, przede wszystkim medycyny i socjologii, ale także ekonomii i politologii. Jest bardzo rozbudowaną dziedziną wiedzy, jak też wywiera istotny wpływ na organizację i działanie społeczeństw w krajach demokratycznych. Przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definicja określa zdrowie publiczne jako:

[Z]organizowany wysiłek społeczeństwa, realizowany przede wszystkim poprzez jego instytucje publiczne, mający na celu polepszanie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia populacji poprzez działania zbiorowe. Wysiłek ten obejmuje między innymi takie rodzaje działań, jak analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocja zdrowia, zapobieganie, opanowywanie chorób zakaźnych, ochrona środowiska i dbanie o warunki sanitarne, zabezpieczanie się na wypadek klęsk żywiołowych i zagrożeń zdrowotnych, rozwój medycyny pracy¹.

Celem działań zdrowia publicznego jest więc zwiększanie i polepszanie stanu zdrowotności populacji, a zatem na gruncie tej dziedziny pojęcie zdrowia odnosi się nie do jednostki, lecz do zbiorowości. Inaczej mówiąc, zdrowie populacji nie jest pojmowane tylko jako suma stanów zdrowia jednostek, lecz jego rozumienie wymaga również wzięcia pod uwagę, jak rozkłada się zdrowie jednostek w całej populacji (Starfield 2001: 453). W nieco metaforycznym ujęciu można powiedzieć, że medycyna leczy jednostki, zdrowie publiczne zaś zbiorowość.

¹ „an organized effort by society, primarily through its public institutions, to improve, promote, protect and restore the health of the population through collective action. It includes services such as health situation analysis, health surveillance, health promotion, prevention, infectious disease control, environmental protection and sanitation, disaster and health emergency preparedness and response, and occupational health, among others”; *World Health Organization*, online. Wyjaśnienie, jak należy rozumieć pojęcia użyte w tej definicji, zob. Starfield (2001: 452–454).

Jest oczywiste, że skuteczność działań zdrowia publicznego zależy w pierwszym rzędzie od poziomu medycyny i dynamiki jej rozwoju. Jednak z uwagi na odniesienie działań do zbiorowości konieczne jest, aby działania te miały charakter społeczny, rangę działań państwowych, a także posiadały duży stopień akceptacji społecznej, wyrażający się w gotowości do prowadzenia przez członków danej społeczności właściwego, tj. prozdrowotnego trybu życia. Jeśli spojrzymy na zagadnienie z punktu widzenia historii zdrowia publicznego, to zauważymy, iż warunkami koniecznymi do powstania i rozwoju tej dziedziny są: (1) utrwalenie się w skali społecznej pragnienia życia nie tylko w jak najlepszym zdrowiu, lecz także w jak najdłuższym czasie, (2) zinstytucjonalizowanie zawodu lekarskiego, (3) zinstytucjonalizowanie organizacji działań prozdrowotnych. Dopóki te trzy warunki nie zostały spełnione, medycyna odnosiła się wyłącznie do jednostek, a nie do zbiorowości, i wprawdzie konkretne działania medyczne mogły mieć pozytywne skutki dla danej zbiorowości, ale dokonywane były z intencją niesienia pomocy jednostkom, nie zaś zbiorowości jednostek; a dopiero wraz z podjęciem działań medycznych z intencją polepszenia stanu zdrowotnego zbiorowości mógł rozpocząć się proces powstania i rozwoju medycyny społecznej i zdrowia publicznego².

Wprawdzie w starożytnych Grecji i Rzymie znajdujemy działania, które staną się z czasem stałymi elementami składowymi zdrowia publicznego, ale dopiero w wiekach średnich zaczną być one podejmowane świadomie i celowo w odniesieniu do zbiorowości, z myślą polepszenia jej sytuacji zdrowotnej. Aby mogło się to dokonać, musiały zaistnieć trzy wskazane wyżej zmiany w przestrzeni działań medycznych. Po pierwsze, właściwe człowiekowi pragnienie życia w zdrowiu musiało zostać dopełnione pragnieniem życia możliwie długiego i oba te pragnienia musiały przybrać charakter powszechny, ponieważ dopiero wtedy medycyna mogła zacząć zwracać uwagę nie tylko na indywidualnego pacjenta, lecz także na zbiorowość, której jest on elementem. Po drugie, lekarz musiał przestać być wolnym, od nikogo niezależnym wykonawcą określonych usług, a stać się członkiem instytucji dysponującej dużym

² Zakresy pojęć „medycyna społeczna” i „zdrowie publiczne” w znacznej mierze się pokrywają. W odróżnieniu od zdrowia publicznego medycyna społeczna nie jest odrębną dziedziną naukową, lecz działem medycyny zajmującym się badaniem związków między stanem zdrowia ludności a warunkami życia społeczeństwa; zob. Latałski (2002: 35–53).

autorytetem, który przenosi się także na niego; tylko wtedy zalecenia, nakazy i zakazy lekarskie mogły mocą instytucjonalnego, a nie tylko indywidualnego autorytetu dotyczyć zarówno jednostek, jak i całych zbiorowości. Po trzecie, musiało pojawić się zrozumienie, że skoro zdrowie ma wymiar nie tylko indywidualny, lecz także zbiorowy, to władza państwowa zobowiązana jest troszczyć się o zdrowie podległej jej społeczności; dopiero wówczas lekarskie decyzje mogły stawać się nakazami władzy. Twierdzimy, że wszystko to zostało zapoczątkowane, było rozwijane i wzmacniane w długim okresie wieków średnich³. W kolejnych stuleciach te zaistniałe w przestrzeni działań medycznych zmiany będą wzmacniane i rozwijane, dzięki czemu obok tradycyjnej medycyny wyłaniać się zaczęły i rozwijać medycyna nowa, mająca za przedmiot docelowy swych badań i działań nie jednostkę, lecz zbiorowość.

1. Pragnienie długiego życia

Medycyna średniowieczna nie była nowatorska względem medycyny starożytnej. Przejęto i kontynuowano starożytne postawy wobec problemów zdrowia i choroby, nie wypracowano własnego rozumienia kwestii medycznych, przejmując raczej bezkrytycznie ustalenia starożytnych (Nowacka 2012: 52–102). Zasadniczo nowy był jednak kontekst, w którym zajmowano się problematyką medyczną, mianowicie kontekst chrześcijański. I ten właśnie kontekst początkowo utrudniał rozwój medycyny, ponieważ na gruncie nowej, dynamicznie rozszerzającej się religii często było wyrażane przekonanie, że skoro Bóg zsyła chorobę, to wszelkie medyczne usiłowania, by ją usunąć, są w istocie sprzeciwem wobec woli Bożej. Oczywiście postawy te nie mogły przytłumić naturalnego ludzkiego pragnienia przeżycia i dość szybko teologia chrześcijańska uznała, że tak jak wszelkie zło również choroba nie jest zsyłana, a jedynie dopuszczana przez Boga, zatem każdy z nas ma moralny obowiązek walki z chorobą, podobnie jak z każdym złem. W walce z chorobą należy zdać się na wiedzę i umiejętności lekarza,

³ Historycy przyjmują umownie, że średniowiecze to okres od upadku Cesarstwa Rzymskiego na Zachodzie w 476 roku do odkrycia Ameryki w roku 1492. Należy mieć na uwadze fakt, że początek wieków średnich to czas cywilizacyjnej zapaści, zamętu spowodowanego najazdem ludów barbarzyńskich i upadkiem Imperium Rzymskiego. Omawiane poniżej przemiany społeczne i polityczne inicjujące i stymulujące rozwój medycyny w jej aspekcie społecznym dokonywały się w długim czasie, w okresach przynajmniej względnej stabilizacji, głównie w szczytowym i następnie schyłkowym okresie średniowiecza.

przede wszystkim jednak należy zawierzyć Bogu i modlić się o wyzdrowienie, ponieważ lekarz nie wyleczy pacjenta wbrew Bożej woli⁴. Przestrzegano jedynie przed zbytnią troską o ciało, która odwołuje od troski o sprawę ducha.

Powszechne przyjęcie takiego rozumienia działań medycznych miało istotne znaczenie, gdyż umożliwiło korzystanie z dorobku medycznego starożytnych pogan. Ale jeszcze bardziej istotna była spowodowana przez chrześcijaństwo zmiana w rozumieniu zdrowia jako wartości. Dla starożytnych zdrowie było wartością instrumentalną, czyli taką, która służy realizacji innych wartości i celów; brak zdrowia sprawia, że człowiekowi trudno jest prowadzić życie dobre (cnotliwe), a w wielu przypadkach wręcz uniemożliwia życie godne człowieka. To dlatego Grecy i Rzymianie pragnęli życia dobrego, a niekoniecznie długiego. Taką postawę niewątpliwie przyjmuje wiele osób także współcześnie – ale nie jest ona charakterystyczna dla obecnych czasów. Jedną z dominujących cech współczesnego rozwoju zdrowia publicznego jest dążność do podejmowania działań przyczyniających się do zwiększania średniej długości życia. Ludzie współcześni oczekują od medycyny wypracowywania coraz lepszych sposobów przedłużania życia, a zdrowie publiczne ze swojej strony stara się wypracowywać i propagować coraz skuteczniejsze metody i zachowania prozdrowotne sprzyjające przedłużaniu życia. Otóż ta właśnie tendencja nie była obecna w starożytnych Grecji i Rzymie (Edelstein 1987: 380–384). Gdy ówczesny lekarz zalecał pacjentowi określony sposób odżywiania się, czynił to wyłącznie w celu usunięcia lub przynajmniej osłabienia choroby i nie wiązał skutecznego działania zastosowanej diety z możliwością przedłużania dzięki temu życia pacjenta. To, że medycyna grecka nie była motywowana dążeniem do przedłużania ludzkiego życia, może wydawać się obecnie dziwne i niezrozumiałe. Należy jednak wziąć pod uwagę, że starożytni mieli zupełnie inną niż my ocenę starości. Oczywiście podeszły wiek był oceniany negatywnie z uwagi na związane z nim dolegliwości fizyczne oraz zmniejszone możliwości korzystania z przyjemności życia.

⁴ W monastycznym rękopisie pochodzącym z VIII wieku czytamy: „Tak więc ten, kto nie ucieka się do pomocy medycyny wtedy, gdy jest to konieczne, zasługuje na miano głupca i człeka nieroztropnego. Mądrze jest, powiadam, dobrze odnosić się do lekarza w czasie, gdy jest się zdrowym, aby móc korzystać z jego usług w czasie, gdy jest się chorym... Bóg chce, aby go czcić za jego cuda dokonywane poprzez człowieka”; cyt. za: MacKinney (1952: 5).

Jednak jako bardziej przykre odczuwano trzy inne aspekty starości: osłabienie sprawności intelektualnej, pojawianie się niekorzystnych cech psychicznych, takich jak zgorzkniałość, zrzędlivość, zobojętnienie itp., a także przygnębiający fakt, że im dłużej człowiek żyje, tym bardziej staje się samotny, ponieważ umierają jego bliscy i przyjaciele. Z tej perspektywy długie życie nie jawiło się jako stan pożądany. Nie stało to w sprzeczności z tym, że większość ludzi także wówczas wolała żyć długo, niż umierać w młodym wieku; doceniano też, szczególnie w starożytnym Rzymie, doświadczenie życiowe i mądrość ludzi starych. Istotne jednak było to, że w powszechnym odczuciu starość jawiła się jako stan niepożądany, ponieważ oceniano, że przynosi ona człowiekowi więcej zła niż dobra (Edelstein 1987: 381).

Chrześcijanie zaczęli patrzeć na zdrowie z innej perspektywy. Zdrowie jest darem Boga i z tej racji człowiek powinien je cenić dla niego samego, jak też ma moralny obowiązek troszczyć się o nie. A troszcząc się o własne zdrowie, człowiek ma szansę żyć dłużej. W szczytowym okresie średniowiecza stanowisko takie jest uznawane za oczywiste. Wyraźnie i dobitnie przedstawił je Roger Bacon (ok. 1214–1292), mnich franciszkański, filozof i badacz uznawany za prekursora nowożytnego empiryzmu. Bacon wskazuje, że człowiek został stworzony przez Boga jako byt z natury swej nieśmiertelny, a jedynie skażenie rzeczywistości empirycznej wskutek grzechu pierworodnego sprawiło, że poddany został konieczności śmierci. Śmiertelność człowieka ma nie tylko tę konsekwencję, że musi on umrzeć, ale także tę, że jego życie jakby skraca się, to znaczy człowiek żyje krócej, niż pozwala na to jego śmiertelna natura, czyli umiera przed maksymalnie możliwym kresem swojego życia. Jest tak dlatego, że z rodziców na dzieci przechodzi nie tylko grzech pierworodny, ale także wszelkie choroby, braki i ułomności. Jednak to „skracanie się” ludzkiego życia wprawdzie jest konieczną konsekwencją grzechu, ale nie jest konieczne ze swej natury, czyli jest przyczyną jedynie przypadłościową. „Gdy chcemy znaleźć przypadłościową przyczynę zjawiska skrócenia życia, dochodzimy do wniosku, że nie jest ono spowodowane siłami niebios ani czymś innym, niż nieprzestrzeganiem reguł zdrowego życia. Życie ludzkie, jak to obecnie obserwujemy, skraca się ustawicznie z tego powodu, że choroby i braki są przekazywane synom rodzącym się z chorych rodziców, którzy, dalej, przekazują swoje wady swoim synom” (Bacon 2002: 96). Bacon wyprowadza z tego

wniosek, że im skuteczniej usuwać będziemy dziedziczne schorzenia, tym większą będziemy mieć szansę na dłuższe życie. Należy więc korzystać z pomocy medycyny, która usuwa lub przynajmniej osłabia choroby, przede wszystkim zaś człowiek powinien prowadzić właściwy tryb życia.

Lekarstwem na skracanie życia każdego osobnika byłoby stosowanie właściwych reguł zdrowego życia i to począwszy od młodości; to właściwe postępowanie polega na właściwym pokarmie, napojach, śnie, czuwaniu, ruchu, spoczynku, wypróżnianiu, powściąganui, powietrzu, popędach duszy. Każdy, kto stosuje te reguły od urodzenia, może żyć tak długo, na ile pozwoli mu natura przejęta od rodziców, aż dojdzie do ostatniego kresu tej osłabionej przez grzech pierworodny natury. Tego jednak kresu nie można [już] przekroczyć. Te zasady bowiem nie zawierają leku na osłabienie przekazywane przez rodziców (Bacon 2002: 96).

Bacon formułuje tutaj projekt działań prozdrowotnych, których celem jest stałe wydłużanie ludzkiego życia. Wprawdzie każdy musi umrzeć, a więc istnieje nieprzekraczalna granica każdego jednostkowego życia, ale przecież możemy coraz bardziej się do niej przybliżać. A ponieważ warunki życia oraz nieprzewidywalne zdarzenia losowe zawsze będą powodować, że tryb życia każdego człowieka w mniejszym lub większym stopniu odbiegał będzie od wskazanych zaleceń, więc tym bardziej należy korzystać z pomocy i wskazań medycyny. Co prawda środki i zabiegi medyczne nie zapewnią nam nieśmiertelności, jednak mogą polepszyć zdrowie i wydłużyć życie. „Mogłyby [...] doprowadzić do tego, że ludzie osiągnęliby wiek lat stu lub więcej, a w każdym razie, by przekraczali wiek, jaki przeżywają na ogół ludzie żyjący obecnie; głównie, poprzez opóźnienie objawów starości, a gdy to jest niemożliwe, poprzez ich złagodzenie; nie ulega przecież wątpliwości, że jest pożyteczne, aby przedłużać życie ludzi; zawsze jednak musi się to odbywać w granicach nakreślonych przez naturę” (Bacon 2002: 97). Bacon przyjmuje jako oczywiste założenie, że człowiek powinien starać się, aby jego życie było nie tylko zdrowe, ale także aby trwało możliwie najdłużej. I jest ono dla niego tak oczywiste, że nawet nie wyraża go wprost.

Ale ta oczywistość, biorąca się przecież z naturalnych pragnień człowieka, znajduje swój wyraz dopiero w czasach średniowiecza, jako konsekwencja chrześcijańskiej wizji Boga, świata i człowieka; w czasach starożytnych to pragnienie było właściwe zapewne większości ludzi, ale nie stało się czynnikiem kształującym postawy społeczne. Sformułowane

przez Bacona zalecenie prowadzenia zdrowego trybu życia, aby trwało ono jak najdłużej, ma jeszcze wymiar wyłącznie jednostkowy; pierwsze wyraźne sugestie, że chodzi o to, abyśmy wszyscy żyli jak najdłużej, czyli nadanie temu pragnieniu wymiaru społecznego, pojawiają się jednak już w niezbyt odległym czasie, mianowicie pod koniec epoki renesansu. Średniowiecze jest więc prekursorskie w kwestii, która wkrótce zacznie wyraźnie wpływać na rozwój dziedziny zdrowia publicznego.

2. Zinstytucjonalizowanie zawodu lekarskiego

Innymi ważnymi zmianami, które dokonały się w wiekach średnich, a miały okazać się znaczące dla późniejszego rozwoju zdrowia publicznego, to zinstytucjonalizowanie zawodu lekarskiego oraz zasadnicze podniesienie statusu społecznego lekarza. Obie te zmiany były w głównej mierze konsekwencją powstawania i rozwoju uniwersytetów. Lekarz starożytny był jedynie rzemieślnikiem, wprawdzie wielce użytecznym, ale nie różniącym się co do statusu społecznego od innych rzemieślników; status, który obecnie przysługuje lekarzom, wówczas właściwy był filozofom, ci zaś zazdrośnie go strzegli (Edelstein 1987: 360). Pozycja społeczna lekarza była bardzo niska, szczególnie w czasach Cesarstwa Rzymskiego, często zawód ten wykonywali niewolnicy. Nie istniała też żadna forma instytucjonalnego kształcenia adeptów medycyny – zdobywali oni swoje umiejętności, ucząc się rzemiosła medycznego w trakcie praktyki u doświadczonych lekarzy. Wprawdzie w schyłkowych latach Imperium Rzymskiego zaczęto wprowadzać regulacje prawne dotyczące zarówno trybu kształcenia lekarzy, jak i wymogów dotyczących praktyki lekarskiej, jednak niekorzystny rozwój wydarzeń politycznych i społecznych uniemożliwił utrwalenie się tych rozwiązań. W średniowieczu natomiast, po względnym ustabilizowaniu się sytuacji politycznej, zaczęto stopniowo instytucjonalizować nauczanie medycyny – pierwsze szkoły medyczne powstały już w IX wieku, a wkrótce kształcenie medyczne przejęły coraz liczniej powstające uniwersytety (Cunningham 1935: 230)⁵. Ten proces przechodzenia od nauki rzemiosła medycznego do uniwersyteckiego kształcenia w zakresie medycyny zakończył się w XIII wieku, od wieku XIV medycyna jest nauczana wy-

⁵ Podstawowym kompendium wiedzy o historii szkolnictwa medycznego nadal pozostaje monografia Puschmanna (1896); rozwój szkolnictwa medycznego w średniowieczu omawiany jest na s. 134–284.

łącznie na uniwersytetach, a za lekarza mającego prawo wykonywania zawodu uznawany jest tylko absolwent uniwersyteckich studiów medycznych (MacKinney 1955: 835–861). Uniwersytety nie zapewniały oczywiście wystarczającej liczby lekarzy w stosunku do potrzeb, jak też większości ówczesnych ludzi nie stać było na opłacenie wizyty. Dlatego różnego rodzaju praktykami leczniczymi zajmowały się osoby niemające wykształcenia uniwersyteckiego, przede wszystkim łąziebnicy, balwierze, aptekarze. Odrębną grupę stanowili chirurdzy, zazwyczaj posiadający lepszą wiedzę anatomiczną niż lekarze uniwersyteccy, ale przez tych ostatnich nie uznawani za medyków; proces akceptowania chirurgów jako pełnoprawnych lekarzy trwał bardzo długo i zakończył się dopiero w XVIII wieku. W pewnych aspektach instytucjonalizacja zawodu lekarskiego miała więc także negatywne konsekwencje (Bullough 1959: 446–458).

Powstanie i upowszechnienie się studiów medycznych jako jedynej formy kształcenia lekarzy miało oczywiście duże znaczenie dla rozwoju medycyny jako nauki. Z punktu widzenia historii medycyny istotne jest, że w miarę rozszerzania się i wzmacniania uniwersyteckiego nauczania medycyny wychodzi ona ze stanu prymitywnego leczenia ziołami i wykonywania prostych zabiegów pielęgnacyjnych, opatrunkowych i chirurgicznych, a staje się w coraz większej mierze nauką obejmującą zarówno aspekty fizjologiczne, jak i chirurgiczne (MacKinney 1955: 856–857). Z punktu widzenia rozwoju dziedziny zdrowia publicznego natomiast zasadnicze znaczenie mają społeczne konsekwencje tych zmian. Przede wszystkim następuje wzrost społecznego prestiżu zawodu oraz autorytetu lekarza jako specjalisty od przywracania zdrowia i jako uczonego, którego decyzja w zasadzie nie jest kwestionowana (Szumowski 1994: 393). Prestiż zawodu i autorytet lekarza będą przez kolejne stulecia zwiększały się wraz z postępami wiedzy medycznej i skutecznością leczenia. Musiało to doprowadzić w pewnym momencie do powszechnego akceptowania zaleceń i wskazówek medycznych jako właściwych i skutecznych, ponieważ opartych na ustaleniach medycyny jako nauki i autorytecie lekarzy jako naukowców i badaczy. Bez społecznej akceptacji medycznych zaleceń prozdrowotnych nie byłoby możliwe późniejsze rozwijanie zdrowia publicznego jako systemu działań mających na celu zwiększanie stanu zdrowotnego całych populacji. W średniowieczu podjęto działania, które okazały się pod tym wzglę-

dem prekursorskie, ponieważ warunkiem koniecznym zarówno realizowanego wspólnie na gruncie i w ramach zdrowia publicznego procesu edukacji prozdrowotnej, jak i stale zwiększającego się dążenia do medykalizacji życia społecznego jest zapoczątkowany w średniowieczu proces umacniania się autorytetu medycyny jako nauki i autorytetu lekarza jako jej przedstawiciela.

Istotną rolę odegrał też fakt, że medycyna zaczęła być coraz mocniej wpisywana w porządek prawno-organizacyjny państwa i przestała być prywatną sferą relacji między lekarzem a pacjentem, a tym samym w coraz większym stopniu zaczęła przyjmować charakter społeczny. Wprawdzie średniowieczne uniwersytety były instytucjami kościelnymi, niezależnymi od władzy państwowej (świeckiej), jednak na wykształconych w ich murach medyków tworzących odrębną korporację zawodową władza państwowa nakładała warunki, od spełnienia których uzależnione było pozwolenie na wykonywanie zawodu, jak też określone obowiązki względem społeczności. Szczególne znaczenie miało powoływanie lekarzy miejskich – w zakres ich obowiązków wchodziło m.in. bezpłatne świadczenie usług medycznych członkom władz miejskich oraz ludziom ubogim, medyczna opieka nad miejskimi szpitalami, doradzanie władzom miejskim, opieka medyczna nad mieszkańcami w sytuacjach wojennych, sprawowanie kontroli nad sklepami aptecznymi, nadzorowanie stanu sanitarnego miasta; w późniejszych okresach niektóre miasta wymagały od swych lekarzy, by pouczali ludzi z niższych klas społecznych, jak mają radzić sobie w przypadku choroby (Puschmann 1896: 278).

Institucja lekarzy miejskich, choć znana była już w starożytności, to dopiero w szczytowym okresie średniowiecza zaczęła odgrywać ważną rolę społeczną. Było to możliwe dzięki znaczącemu wzrostowi prestiżu zawodu lekarskiego i autorytetu lekarza – lekarz nie reprezentował już jedynie siebie samego, lecz w coraz większym stopniu stawał się przedstawicielem władzy, w zakresie swych kompetencji zawodowych wyrażał jej wolę i dysponował środkami przymusu dla realizacji celów, które formalnie to ona mu stawiała, faktycznie zaś to on je dla władzy określał. Sama władza zresztą czyniła wiele, aby prestiż lekarza wzmacniać i utrzymywać. Stosunkowo wysokie wynagrodzenie było w tym względzie bardzo istotnym, ale bynajmniej nie jedynym czynnikiem. Równie ważną rolę odgrywało szereg przywilejów przyznawanych le-

karzom przez władze miejskie, m.in. nadawanie obywatelstwa, wypłacanie różnego rodzaju zasiłków pieniężnych i mieszkaniowych, udzielanie nisko oprocentowanych pożyczek itp.; z drugiej strony poważanie, jakim cieszył się lekarz miejski, dawało mu lepszy dostęp do wyższych warstw społecznych, jak też do bogatszych pacjentów (Nutton 1981: 31). Ze społecznego punktu widzenia ten aspekt ma szczególne znaczenie – bez zapoczątkowanego w wiekach średnich stale rosnącego prestiżu i znaczenia społecznego lekarzy nie rozwinąłby się proces medykalizacji społecznej, który stanowi jedną z głównych sił napędowych współczesnego rozwoju dziedziny zdrowia publicznego.

Proces wpisywania zawodu lekarskiego w porządek prawny był determinowany samym rozwojem organizacji polityczno-społecznej średniowiecznych państw, przede wszystkim rozwojem miast. Charakterystyczną cechą życia miejskiego w szczytowym i późnym średniowieczu był jego aspekt korporacyjny, widoczny przede wszystkim w organizacji cechowej (Bosshardt, Lopus 2013: 64–67). Cechy miały za zadanie chronić interesy ekonomiczne zrzeszonych w nich kupców i rzemieślników, a uzyskawszy przywileje królewskie lub miejskie, zapewniały sobie monopol na wytwarzanie swych produktów i wykonywanie usług. Istotnym aspektem tej monopolistycznej pozycji była wyłączność nauczania zawodu i prawo wydawania dyplomów rzemieślniczych i mistrzowskich uprawniających do jego wykonywania. Zarazem jednak cechy kontrolowały jakość wytwarzanych wyrobów, dbały o właściwe relacje między swymi członkami, a także o właściwe traktowanie klientów i ogólnie o moralność swych członków; mówiąc językiem współczesnym, można powiedzieć, że dbały o etykę zawodową.

Instytucjonalizacja zawodu lekarskiego dokonywała się w kontekście korporacyjnego charakteru życia miejskiego, więc także medycy stali się korporacją na wzór cechów. Wprawdzie lekarze formalnie nie należeli do cechu (odrębny cech tworzyli chirurdzy, obok cyrulików, balwierzy, łąziebników i aptekarzy), ale stanowili faktycznie część systemu korporacyjnego jako odrębna, zintegrowana własnymi interesami grupa zawodowa. Sposób działania cechów i zasady w nich obowiązujące zaczęły również kształtować i ukierunkowywać działalność korporacji medyków. Wypracowano obowiązujące lekarzy standardy zawodowe, także w zakresie etyki medycznej, które w tragicznych latach „czarnej śmierci” przeszły straszliwą próbę i utrwaliły się jako normy

moralne obowiązujące wszystkich lekarzy i każdego z osobna (Amundsen 1977: 403–421).

Aż do późnego średniowiecza nie wypracowano żadnych ogólnie uznawanych wzorców lekarskiej etyki zawodowej – można było oceniać jedynie poziom moralny konkretnego lekarza (Amundsen 1977: 405). W świecie antycznym nie istniały standardy zawodowe, które można by egzekwować sankcjami wobec lekarzy wykonujących swój zawód w sposób uznany za niewłaściwy. Lekarz po prostu sprzedawał swoje usługi tym, którym one odpowiadały i którzy za nie płacili. Nawet mówienie o etyce zawodu nie jest uzasadnione, ponieważ lekarze nie byli zobowiązani do składania jakiegokolwiek przysięgi; słynna „przysięga Hipokratesa” powstała w wąskim kręgu lekarzy wyznających religijną filozofię Pitagorasa i jej nakazy nie były uznawane przez większość lekarzy (Edelstein 1987: 62). Powstanie i rozprzestrzenienie się chrześcijaństwa zapoczątkowało istotne zmiany w postrzeganiu moralnych powinności lekarzy, których jako chrześcijan obowiązywały przykazanie miłości bliźniego i wszelkie zasady etyki chrześcijańskiej (Edelstein 1987: 62–63). Jednak dopiero w późnym średniowieczu zaczęła kształtować się deontologia lekarska i jasno określone normy etyki medycznej. Dokonywało się to w kontekście i pod wpływem straszliwych doświadczeń czasów epidemii. Szalejąca w latach 1348–1350 epidemia dżumy postawiła lekarzy w skrajnie trudnej sytuacji. Nie znali żadnego środka przeciw chorobie, a bardzo szybko przekonywali się, że umiera nie tylko prawie każda osoba zarażona, ale także prawie każda mająca z nią styczność. Jedynym wyjściem była ucieczka, ale przecież tylko nieliczni, najlepiej sytuowani, mogli się nią ratować. Lekarze mogli uciekać i niewątpliwie jakaś część z nich opuściła swoje miasta i swoich pacjentów. Jednak większość pozostała, a uciekinierzy uznawani byli zarówno przez opinię publiczną, jak i przez swoich kolegów za niegodziwych (Amundsen 1977: 408). Ograniczenie prawa wykonywania zawodu do wybranej grupy osób, zorganizowanie się tej grupy w korporację zawodową i wymóg składania przez lekarza wobec władz przysięgi, że wiernie i z oddaniem troszczył się będzie o chorych na podległym mu terenie, rodziło nieznane wcześniej indywidualne, ale i zbiorowe poczucie odpowiedzialności wobec miejskiej czy gminnej społeczności. Wielu autorów traktatów przeciwko dżumie zalecało ucieczkę z terenów zakażonych, ale pod adresem lekarzy dodawało zazwyczaj,

że skoro ucieczka „rzadko jest łatwa nawet dla nielicznych, więc radzę, abyście pozostali” (Amundsen 1977: 409). Ich postawa motywowana była niewątpliwie współczuciem i chrześcijańskim nakazem miłosierdzia, ale także poczuciem zawodowego obowiązku. Bardzo duża liczba traktatów dotyczących dżumy, stawiających sobie za cel nie tylko wyjaśnienie zarazy, ale także edukowanie ludzi w zakresie profilaktyki i leczenia, świadczy o wysokim poziomie odpowiedzialności etycznej i zawodowej (Amundsen 1977: 421).

Wypracowanie jasno określonej deontologii lekarskiej i etyki medycznej obowiązującej całą, instytucjonalnie zintegrowaną grupę zawodową miało zasadniczy wpływ na społeczny odbiór działań medycznych. Ponieważ naturalną ludzką tendencją jest uogólnianie indywidualnych złych zachowań i przenoszenie ich na dane środowisko zawodowe, więc wprawdzie można było ufać konkretnemu, znanemu i sprawdzonemu, lekarzowi, ale nie medycynie jako takiej. Dopiero od momentu, kiedy lekarze zaczęli podlegać normom etyki zawodowej, mogło pojawić się i umacniać zaufanie do medycyny jako takiej, zwiększające się przekonanie, że niezależnie od indywidualnych zachowań konkretnych lekarzy medycyna ze swej natury kieruje się dobrostanem zdrowotnym każdego człowieka i całej społeczności. A bez tego przekonania niemożliwe jest akceptowanie działań, zaleceń i zakazów składających się na spełnianie zadań stawianych współcześnie dziedzinie zdrowia publicznego. Wykształcenie się jednoznacznych norm etyki lekarskiej było więc jednym z warunków koniecznych do powstania i rozwoju dziedziny zdrowia publicznego.

3. Zinstytucjonalizowanie organizacji działań prozdrowotnych

Rozwijające się dynamicznie miasta wymagały skutecznego zarządzania za pomocą sprawnego aparatu urzędniczego, tym samym jednak stawało się oczywiste, że obowiązkiem władz miejskich jest troska o dobro publiczne, o wszystkich mieszkańców miasta. Miało to również konsekwencje w sferze zachowań i działań prozdrowotnych. Można wyróżnić trzy obszary, w których dokonywał się stopniowy proces administracyjnego wpisywania medycyny w kontekst społeczny, czyli nakładania na nią określonych zadań nie tylko w odniesieniu do jednostek, ale także do zbiorowości: (1) sprawowanie szeroko pojętej kontroli

sanitarnej i higienicznej, (2) rozwój szpitalnictwa, (3) zwalczanie epidemii i chorób zakaźnych. W tych trzech obszarach dokonywał się proces podejmowania zorganizowanych działań nakierowanych na ochronę stanu zdrowia całej społeczności.

3.1. Kontrola sanitarna

W wiekach średnich nie dokonały się istotne w porównaniu z czasami starożytnymi zmiany ani w podejściu do problemów sanitarnych, ani w rozumieniu zasad higieny osobistej. Rozwój miast wymuszał troskę o zapewnienie czystości ujęć i transportu wody, jak też dbałość w jakimś zakresie o higienę osobistą (Rawcliffe 2013). Szczególne znaczenie przypisywano dbałości o dostarczanie do miast czystej wody, zabezpieczanie jej przed zanieczyszczeniem (Rosen 2015: 21). W wielu miastach wyznaczano specjalnych urzędników odpowiedzialnych za zapewnienie mieszkańcom czystej wody. Podobnie starano się rozwiązywać w jakiejś mierze problemy związane ze składowaniem śmieci i różnych odpadów. Pod tym względem jednak stan miast średniowiecznych pozostawał (z naszego punktu widzenia) dalece niezadowolający – stopy odpadków piętrzyły się obok ludzkich siedzib, a nieczystości spływały rynsztokami. Kwestia śmieci i nieczystości była dla ówczesnych ludzi przede wszystkim problemem organizacyjnym, także estetycznym, w mniejszym stopniu zaś higienicznym; nie znaczy to jednak, iż aspekt higieniczny był dla ówczesnych ludzi mało istotny; byłoby błędem przypisywać ówczesnym ludziom ignorancję w kwestiach higieny sanitarnej (Rawcliffe 2013: 127). W szczególności należy mieć na uwadze, że władze miejskie starały się egzekwować zachowywanie elementarnych wymogów związanych z czystością targowisk miejskich i nie dopuszczać do sprzedaży zepsutych produktów.

Podejmowanie tego rodzaju działań wiązało się więc głównie z kwestią osobistej, jednostkowej troski o zdrowie, nadto z koniecznością właściwej organizacji życia miejskiego, w mniejszym stopniu dostrzegano natomiast ich wpływ na zdrowotność zbiorowości; przekonywano się, że zanieczyszczona woda powoduje schorzenia, a nagromadzone śmieci utrudniają codzienne czynności, ale nie posiadano wiedzy wystarczającej, by stwierdzić, że złe warunki higieniczno-sanitarne są przyczyną zachorowań i skracają życie. Dotyczyło to w szczególności kwestii

utrzymywania czystości ciała (Vigarello 2012). Choć skrajnie negatywne postawy teologów wobec ciała stopniowo zaczęły zanikać, jednak czystości ciała nie traktowano jako wartości, ponieważ nie dostrzegano związku między czystością a zdrowiem, a mycie się i kąpiel ceniono jedynie z uwagi na odczuwaną przyjemność⁶. W miastach zaczęto otwierać łaźnie, w których zażywano kąpeli, korzystano z zabiegów wykonywanych przez cyrulików i balwierzy, ale też z usług prostytutek; jeśli kontakt z wodą miał w tych warunkach jakieś znaczenie higieniczne, to niejako przypadkowo, gdyż głównym celem było dostarczanie rozrywki i rozkoszy (Vigarello 2012: 280). Tak funkcjonujące łaźnie były oczywiście zwalczane przez Kościół i stopniowo zaczęły zanikać, także z powodu rozpowszechniania się chorób wenerycznych. Brak zrozumienia związku między brakiem czystości ciała a zachorowalnością trwał przez następne stulecia i dopiero w XIX wieku nastąpiła zasadnicza zmiana.

Należy jednak podkreślić, że o ile na polu higieny osobistej średniowiecze nie dokonało żadnego postępu, o tyle w zakresie troski o stan sanitarny miast nastąpił znaczący postęp w porównaniu ze starożytnością. Nie był to co prawda postęp jakościowy, a jedynie co do intensywności i zakresu. Dynamiczny rozwój miast, skupianie się coraz większej liczby mieszkańców na stosunkowo niewielkim terenie, rozwój rzemiosła i handlu, przemieszczanie się ludzi – wszystko to nie stwarzało nowych problemów, lecz zwiększało intensywność i zakres ich występowania w porównaniu z czasami starożytnymi. Zarazem jednak wymuszało na władzach stosowne działania organizacyjne i nakazowe. Administracyjne regulowanie zachowań sanitarnych stawało się coraz bardziej powszechne, a zarazem odbierane było jako potrzebne, tym samym zaś stanowiące obowiązek władz. Utrwalenie się takiej postawy w średniowieczu skutkowało późniejszym rozwojem działań z zakresu zdrowia publicznego.

3.2. Rozwój szpitalnictwa

Spółeczny charakter medycyny wzmacniany jest nadto przez zapoczątkowany w wiekach średnich rozwój szpitalnictwa (Healy, McKee

⁶ Dlatego zbyt powierzchowne i przez to mylące jest twierdzenie, że w średniowieczu „idea starań o pełne zdrowie i sprawną długowieczność ma zadziwiająco dużo nieprzyjemności, którzy odnoszą się do tych spraw w sposób wyraźnie negatywny z ironicznym sceptycyzmem lub mniej czy więcej ukrytą niechęcią” (Wiśniewska-Roszkowska 1980: 62). Uwaga ta jest zasadna jedynie w odniesieniu do okresu wczesnego średniowiecza.

2002: 14–35). Wprawdzie szpitale istniały już w starożytności, ale były nieliczne i bardziej przypominały to, co współcześnie określamy jako ambulatoria czy izby chorych, niż szpitale we właściwym znaczeniu tego słowa. Już we wczesnym średniowieczu powstały pierwsze szpitale, prowadzone przy klasztorach, będące początkowo jedynie przytułkami dla ludzi skrajnie ubogich, kalekich lub nieuleczalnie chorych, którymi nie miał się kto zaopiekować, a także miejscami odosobnienia dla trędowatych. Z czasem jednak zaczęły pełnić funkcje pielęgnacyjne i lecznicze, choć raczej w niewielkim zakresie. Ponadto szpitale służyły jako miejsce kształcenia lekarzy i pomocników medycznych, co było korzystne dla rozszerzania i pogłębiania wiedzy nabywanej na podstawie obserwacji medycznych oraz wzmocnienia empirycznych podstaw medycyny. W wiekach średnich następowała przemiana swoistych placówek opiekuńczych w jednostki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych przebywającym w nich pacjentom; wskazuje się, że dokonywało się to poprzez konfrontowanie teorii medycznych z danymi praktyki medycznej (Drampalos et al. 2014: 1–6). Takie wzajemne oddziaływanie teorii i praktyki medycznej doprowadziło pod koniec XVIII wieku do powstania kliniki, czyli szpitala realizującego funkcje terapeutyczne, naukowe i dydaktyczne. Rozwój szpitalnictwa miał niewątpliwie bardzo duże znaczenie dla rozwoju medycyny jako nauki.

Dla rozwoju dziedziny zdrowia publicznego natomiast szczególne znaczenie miał fakt, że w kontekście rozwoju szpitalnictwa lekarz przestawał być wyłącznie stroną w osobowych relacjach z pacjentami, a zaczynał nadto pełnić pewną funkcję społeczną jako ten, pod opieką którego pozostają nie tylko pojedynczy pacjenci, ale także pewna zbiorowość, wielość ludzi zgromadzonych na określonej przestrzeni. Sugerowało to, że medycyna służy nie tylko jednostkom, ale także społeczności; sugestia ta stała się oczywistą i świadomie akceptowaną o wiele później, ale bez jej pojawienia się nie powstałaby dziedzina zdrowia publicznego. Wpierw musiała wykształcić się społeczna świadomość, że powinność zawodowa lekarza nie realizuje się wyłącznie w jego relacji do indywidualnego pacjenta (klienta), lecz także w odniesieniu do społeczności, co ma miejsce w sposób szczególny w przestrzeni szpitala, ponieważ tam właśnie lekarz opiekuje się nie swoim klientem, lecz po prostu chorym człowiekiem potrzebującym pomocy; i wprawdzie lekarz otrzymuje za swoją pracę wynagrodzenie, ale od władz miejskich, a nie od leżących

w szpitalu chorych, których przecież nie byłoby stać na opłacenie medyka. Powinność medyczna nabrała w ten sposób wymiaru społecznego, co niewątpliwie dokonało się dzięki chrześcijaństwu z jego przykazaniem miłości bliźniego (Cilliers, Retief 2002: 65). Co najmniej w tym aspekcie zdrowie publiczne wiele chrześcijaństwu zawdzięcza.

3.3. Epidemie

Jednym z istotnych czynników przyspieszających proces administracyjnego nakładania na medycynę obowiązku działań prozdrowotnych nakierowanych na zbiorowość stawały się częste wybuchy epidemii. Podobnie jak ludzie w starożytności ludzie w wiekach średnich byli całkowicie bezradni wobec często pojawiających się epidemii, nadto zaś wobec rozprzestrzeniającego się, szczególnie między XI a XIII wiekiem, trądu (Parker 2005: 23–44). Podobnie jak w minionych wiekach przed zarazą można było jedynie uciekać, w nadziei, że nie dojdzie ona do miejsca oddalonego od ognisk zakażeń⁷. Brak wiedzy o rzeczywistych przyczynach masowych zachorowań i w konsekwencji brak skutecznych środków zaradczych sprawiał, że epidemie zbierały straszliwe żniwo. Największą co do zasięgu była epidemia dżumy, zwanej wówczas „czarną śmiercią”, która przeszła przez Europę w XIV wieku, uśmiercając prawie jedną trzecią populacji. Ludzi zarażonych starano się izolować od zdrowych, jednak skuteczność tych działań była niewielka (Langer 1964: 115).

O ile wobec zagrożeń epidemicznych ludzie ówczesni pozostawali całkowicie bezradni, o tyle wobec rozprzestrzeniania się trądu podejmowano działania, które w znacznej mierze powstrzymywały jego rozprzestrzenianie się. Trąd występował już w starożytności, ale w wiekach średnich rozprzestrzenił się dużo szybciej, do czego przyczyniały się zwiększone migracje, a także stykanie się dużych grup ludzi podczas wypraw wojennych (Jelonek, Gadzińska, Gadziński 2015: 71–88). Duża zaraźliwość trądu, odrażający wygląd chorych, bardzo nieprzyjemny zapach – wszystko to powodowało strach i skłaniało do rygorystycznego izolowania trędowatych, których całkowicie wykluczano ze spo-

⁷ Giovanni Boccaccio (1313–1375) w głośnym dziele *Dekameron* opisuje grupę 10 szlachetnie urodzonych florentyńczyków, którzy schronili się poza miastem, by zabezpieczyć się przed zarazą. Opowieść poprzedzona jest Prologiem, w którym autor relacjonuje straszne doświadczenia ludzi żyjących w mieście opanowanym przez epidemię, podkreślając niewiedzę medycyny i bezradność lekarzy.

łeczności i zazwyczaj zamykano w specjalnych placówkach, tzw. leprozoriach (od łac. *lepra*, czyli „traď”, *leprosus*, czyli „trędowaty”) (Covey 2001: 315–321). Ścisłe izolowanie zarażonych okazywało się w dużym stopniu skuteczne i hamowało rozprzestrzenianie się choroby (Parker 2005: 29). Wprawdzie po latach traď powrócił do Europy, jednak już nie w takim natężeniu.

Wskazuje się, że nawroty epidemii miały konsekwencje w sferze organizacji życia społecznego, w szczególności stymulowały wzrost administracji w celu utrzymania porządku publicznego i stabilności społecznej, wzmacniając przez to władzę polityczną, ale także dyscyplinę społeczną (Parker 2005: 30). Jest znamienne, że choć epidemie miały wysoce negatywne konsekwencje w sferze życia społecznego i gospodarczego, to nie spowodowały trwałego upadku i w stosunkowo krótkim czasie po wygaśnięciu epidemii życie wracało do normy; nienormalny czas zarazy ostatecznie bardziej konsolidował, niż osłabiał społeczne relacje międzyludzkie (Langer 1964: 118). Oczywiście zakłócenia w sferze życia gospodarczego z konieczności musiały być dotkliwe i długotrwałe, jednak w sferze życia społecznego nie nastąpiło znaczące załamanie (Emery 1967: 620). Natomiast z punktu widzenia zdrowia publicznego warto zwrócić uwagę na fakt, że ponieważ bodźcem do tego rodzaju działań była sytuacja zdrowotna, więc tym samym ludzie przyzwyczajali się i z czasem traktować to będą jako oczywistość, że władza państwa musi interweniować w przypadkach zagrożenia zdrowia ludności (Fijałek 1995: 211). W wiekach średnich w o wiele większym stopniu niż w starożytności rozwija się i utrwała administracja w sferze działań podejmowanych w celu ochrony zdrowia ludności. Z uwagi na stan wiedzy medycznej działania te miały małą skuteczność, jak też obejmowały niewielki, głównie sanitarny, fragment problematyki zdrowotnej; jednak bez wpisania działalności prozdrowotnej w kontekst zbiorowości i nadania jej ram prawno-administracyjnych nie rozwinęłyby się medycyna społeczna, w konsekwencji zaś nie wykształciłyby się dziedzina zdrowia publicznego.

Podsumowanie

Wprawdzie do rozwoju medycyny średniowiecze niczego istotnie nowego nie wniosło, ma ono jednak znaczący wkład w rozwój dziedziny

ny zdrowia publicznego. Złożyły się na to dwa czynniki: wpływ chrześcijaństwa oraz rozwój sytuacji gospodarczej i społeczno-politycznej. Chrześcijaństwo wywarło zasadniczy wpływ na wartościowanie życia nie tylko w aspekcie jego jakości, ale także długości, przede wszystkim zaś zasady moralności ewangelicznej stymulowały objęcie opieką medyczną całych społeczności i kształtowanie się standardów etyki medycznej i powinności moralnych w odniesieniu zarówno do jednostki, jak i do społeczności. Rozwój gospodarczy i społeczny wymuszał zaś podejmowanie prozdrowotnych działań administracyjnych w odniesieniu do zbiorowości zamieszkującej dany obszar. W wiekach średnich w o wiele większym stopniu niż w starożytności rozwijała się i utrzymywała administracja w sferze działań podejmowanych w celu ochrony zdrowia ludności. Społeczne odniesienie tych działań i ich wymiar prawny miały zasadnicze znaczenie dla dalszego rozwoju medycyny społecznej i zdrowia publicznego.

Można powiedzieć, że to średniowiecze wytyczyło kierunek, w jakim zmierzać będzie zdrowie publiczne rozwijające się jako odrębna dziedzina wiedzy; jak ocenia George Rosen (1910–1977), wybitny historyk medycyny, lekarz i administrator w dziedzinie zdrowia publicznego, to właśnie w średniowieczu wykształciły się podstawowe wzorce i sposoby działań praktycznych, funkcjonujące przez kolejne dwa i pół stulecia (Rosen 2015: 36). Nowe impulsy pojawią się dopiero w czasach nowożytnych. Oczywiście medycyna średniowieczna pozostaje nadal działalnością nakierowaną wyłącznie na jednostkę, a nie na zbiorowość, ale świadomość społecznego wymiaru zdrowotności stawać się będzie coraz wyraźniejsza i coraz mocniejsza. Na tym polega największy wkład wieków średnich w rozwój zdrowia publicznego; następne stulecia będą czasami dynamicznego rozwoju nauk przyrodniczych, w tym medycyny, co umożliwi coraz lepsze zrozumienie społecznego wymiaru zdrowia i podejmowanie coraz skuteczniejszych działań prozdrowotnych w skali społecznej.

Bibliografia

- Amundsen D. W. (1977), *Medical Deontology and Pestilential Disease in the Late Middle Ages*, "Journal of the History of Medicine and Allied Sciences" 32 (4): 403–421.
- Bacon R. (2002), *List brata Rogera Bacona o tajemnych działach sztuki i natury oraz o znikomości magii*, tłum. T. Włodarczyk, [w:] *Wszystko to ze zdiwie-*

- nia. *Antologia tekstów filozoficznych z XIII wieku*, K. Krauze-Błachowicz (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bosshardt W., Lopus J. S. (2013), *Business in the Middle Ages: What Was the Role of Guilds?*, "Social Education" 77 (2): 64–67.
- Bullough V. L. (1959), *Training of the Nonuniversity-Educated Medical Practitioners in the Later Middle Ages*, "Journal of the History of Medicine and Allied Sciences" 14 (4): 446–458.
- Cilliers L., Retief F. P. (2002), *The Evolution of the Hospital from Antiquity to the End of the Middle Ages*, "Curationis" 25 (4): 60–66.
- Covey H. C. (2001), *People with Leprosy (Hansen's Disease) during the Middle Ages*, "The Social Science Journal" 38 (2): 315–321.
- Cunningham E. R. (1935), *A short review of the development of medical education and schools of medicine*, "Annals of Medical History" 7: 228–241.
- Drampalos E. et al. (2014), *The Influence of Theory on the Formation of the Infirmary during Antiquity and the Middle Ages in the West*, "Journal of Medical Ethics and History of Medicine" 21 (7): 1–6.
- Edelstein L. (1987), *Ancient Medicine*, The John Hopkins University Press, Baltimore, London.
- Emery R. W. (1967), *The Black Death of 1348 in Perpignan*, "Speculum" 42 (4): 611–623.
- Fijałek J. (1995), *Spoleczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej do końca XVIII wieku*, [w:] *Historia medycyny*, T. Brzeziński (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Healy J., McKee M. (2002), *The Evolution of Hospital Systems*, [in:] *Hospitals in a Changing Europe*, M. McKee, J. Healy (eds.), Open University Press, Buckingham.
- Jelonek M., Gadzińska J., Gadziński J. (2015), *Trąd i jego postrzeganie na przestrzeni wieków*, „Annales Missiologici Posnanienses” 20: 71–88.
- Langer W. L. (1964), *The Black Death*, "Scientific American" 210 (2): 114–121.
- Latański M. (2002), *Zdrowie publiczne a medycyna społeczna*, [w:] *Zdrowie publiczne*, T. B. Kulik, M. Latański (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- MacKinney L. C. (1952), *Medical Ethics and Etiquette in the Early Middle Ages. The Persistence of Hippocratic Ideals*, "Bulletin of the History of Medicine" 26 (1): 1–31.
- MacKinney L. C. (1955), *Medical Education in the Middle Ages*, "Journal of World History" 2: 835–861.
- Nowacka M. (2012), *Filozoficzne konteksty medycyny. Ujęcie historyczne od starożytności do XVIII wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.
- Nutton V. (1981), *Continuity or Rediscovery? The City Physician in Classical Antiquity and Medieval Italy*, [in:] *The Town and State Physician in Europe from the Middle Ages to the Enlightenment*, A. W. Russell (ed.), Herzog August Bibliothek, Wolfenbüttel.
- Parker D. (2005), *Health, Civilization and the State*, Routledge, London, New York.

- Puschmann T. (1896), *A History of Medical Education. From the most Remote to the most Recent Times*, trans. by E. H. Hare, London.
- Rawcliffe C. (2013), *Urban Bodies. Communal Health in Late Medieval English Towns and Cities*, The Boydell Press, Woodbridge.
- Rosen G. (2015), *A History of Public Health*, Revised Expanded Edition, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Starfield B. (2001), *Basic Concepts in Population Health and Health Care*, "Journal of Epidemiology and Community Health" 55 (7): 452–454.
- Szumowski W. (1994), *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Sanmedia, Warszawa.
- Vigarello G. (2012), *Historia czystości i brudu. Higiena ciała od czasów średniowiecza*, tłum. B. Szwareman-Czarnota, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1980), *Asceza, moralność, zdrowie*, Wydawnictwo PAX, Warszawa.
- World Health Organization. *Health Systems Strengthening. Glossary*, URL = http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html [dostęp z dnia 5.01.2022].

