

Ewelina Szpak

Instytut Historii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa

„Kiedy pada słowo rak, ludzie zaczynają mówić szeptem”. Społeczna historia raka w Polsce po 1945 roku*

Zarys treści: Głównym celem prezentowanego artykułu jest odpowiedź na pytanie, jakie znaczenie w powojennej polityce zdrowotnej państwa i w społecznym postrzeganiu problemów zdrowotnych miały choroby nowotworowe. Jako choroby cywilizacyjne dotykające w coraz większym stopniu ludzi na całym świecie z uwagi na swą „tajemniczość” i wysoką śmiertelność, budziły z reguły wiele lęków i uprzedzeń. W jakim stopniu i formie lęki te dostrzegane były również w powojennym społeczeństwie polskim i jaki wpływ na ich występowanie miała polityka zdrowotna państwa (oświata i infrastruktura onkologiczna, programy rządowe) – to główne pytania, na które odpowiadam w tekście.

Słowa kluczowe: nowotwory złośliwe, oświata zdrowotna, rakofobia, polityka zdrowotna

Keywords: malicious tumour, health education, cancerophobia, health protection policy

„Kiedy pada słowo rak, ludzie zaczynają mówić szeptem” – w taki sposób społeczny stosunek do chorób nowotworowych w wywiadzie z redaktorem „Przekroju” w 1984 r. skomentowała Teresa Toruk-Nowakowa, psycholog z Instytutu Onkologii w Krakowie. Ponad dekadę wcześniej, w 1971 r., pewien publicysta, pisząc jedno z niewielu na ówczesnym rynku wydawniczym opracowań z zakresu oświaty onkologicznej, tabuizację choroby określił jako „zmowę milczenia”¹.

Swoiste napięcie panujące wokół narastającego pod względem liczby zachorowań problemu chorób nowotworowych nie było oczywiście zjawiskiem wyjątkowym dla Polski. Lęk przed tą – wciąż jeszcze w tym czasie dla wielu ludzi tajemniczą chorobą – i swoista ucieczka od otwartego mówienia o niej – zarówno

* Badania zostały sfinansowane ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych w ramach finansowania stażu po uzyskaniu stopnia naukowego doktora na podstawie decyzji numer DEC-2012/04/S/HS3/00316.

¹ M. Koryewo, *Byłem chory na raka*, Warszawa 1971, s. 7.

w przestrzeni prywatnej (między najbliższymi), w przestrzeni szpitala (w relacji lekarz – pacjent), jak i w dyskursie publicznym – były dostrzegane również w innych krajach Europy.

Celem prezentowanego tekstu będzie próba naszkicowania, jak choroby nowotworowe postrzegane były przez polskie społeczeństwo po II wojnie światowej. W toku prowadzonych prac stawiane przeze mnie pytania koncentrowały się nie tylko na tym, jak przedstawiała się wiedza potoczna o raku i jakie były jego stereotypy, ale również to, jak wyglądał i czy zmieniał się zakres oświaty onkologicznej. Jak problem rosnących statystyk zachorowań i zgonów odbierało państwo – czy możemy mówić o swoistej „polityce nowotworowej” w PRL i jeśli tak, to jakie były jej główne kierunki i problemy – to kolejne stawiane przeze mnie pytania badawcze. Poza wiedzą, świadomością i wyobrażeniami związanymi z chorobą bardzo ważnym zagadnieniem była również praktyka codzienna, a więc to, jak osoby chorujące były traktowane przez otoczenie oraz jak samie postrzegały swoją chorobę i proces leczenia.

Stawiając tak sformułowane pytania, podjęłam próbę odpowiedzi na pytanie, czy opisywane zjawiska ulegały zmianom w czasie i jeśli tak, to czym owe zmiany były warunkowane. Tym, czego nie uwzględniam w tekście, zarówno z racji niewystarczających kompetencji, jak i konieczności przeprowadzenia bardziej zaawansowanych badań, to pytania dotyczące tego, jak rozwijały się i zmieniały metody leczenia nowotworów w Polsce powojennej – a więc jak rozwijały się terapie doświadczalne, jak zmieniała się w Polsce i na ile przenikała ze światową onkologiczna wiedza medyczna.

Rosnące statystyki

Liczba zachorowań na choroby nowotworowe tuż po wojnie, z uwagi na niepełne statystyki i problemy z rejestracją, jest trudna do oszacowania. Pierwsze oficjalne pismo nakazujące zgłaszanie przez lekarzy każdego zdiagnozowanego przypadku choroby nowotworowej datowane jest na rok 1951². O tym jednak, że w praktyce gromadzenie takich informacji było niezwykle trudne, świadczą materiały Ministerstwa Zdrowia, stwierdzające ogromne niedoszacowanie danych. Także badania prowadzone na początku lat sześćdziesiątych pod kierownictwem prof. Tadeusza Koszarowskiego potwierdzały ogromne (członkowie jego zespołu podawali nawet liczbę 40%) niedorejestrowanie przypadków w terenie³. Problem wiarygodnych statystyk w tym okresie dotyczył zresztą nie tylko schorzeń

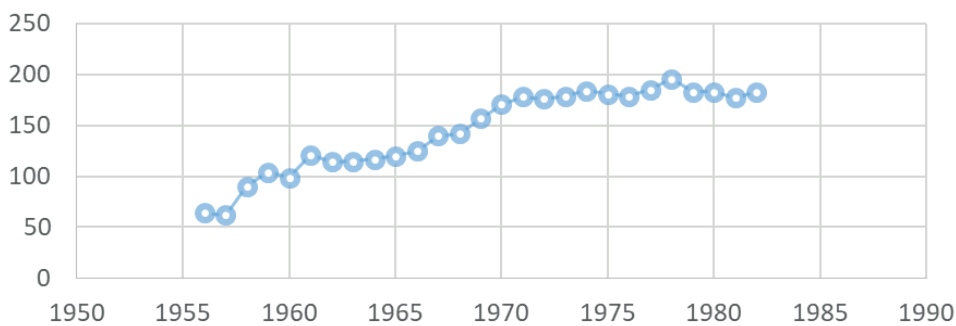
² T. Koszarowski, H. Gadomska, B. Warda, Z. Drożdżewska, *Badania zapadalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce i w terenach wybranych 1962–1965*, Warszawa 1968, s. 3.

³ H. Gadomska, T. Koszarowski, Z. Karczewicz, *Ocena umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1963–1967*, „Zdrowie Publiczne” 1971, nr 2, s. 114.

nowotworowych. Warto bowiem pamiętać, że lata pięćdziesiąte to wciąż jeszcze czas bardzo dużych problemów organizacyjnych i kadrowych polskiej służby zdrowia (zwłaszcza w terenie) oraz czas koncentracji wysiłków przede wszystkim na zwalczaniu chorób zakaźnych (i tzw. chorób społecznych, jak gruźlica i choroby weneryczne). O bardziej wiarygodnych statystykach mówić możemy dopiero od roku 1962/1963 (po kolejnym zarządzeniu Ministerstwa Zdrowia w sprawie obowiązkowego zgłaszania przypadków chorób nowotworowych)⁴.

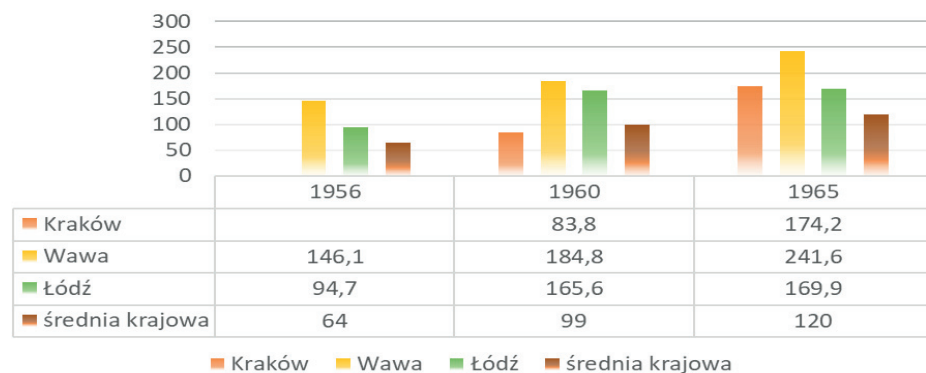
Jak pokazują załączone niżej wykresy, liczba zachorowań w dużych miastach znacznie przewyższała statystyki terenowe. Ten dość oczywisty trend utrzymywał się do końca analizowanego przeze mnie okresu (czyli roku 1989).

Wykres 1. Statystyka zachorowań na 100 tys. mieszkańców w latach 1955–1984



Źródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, 1985.

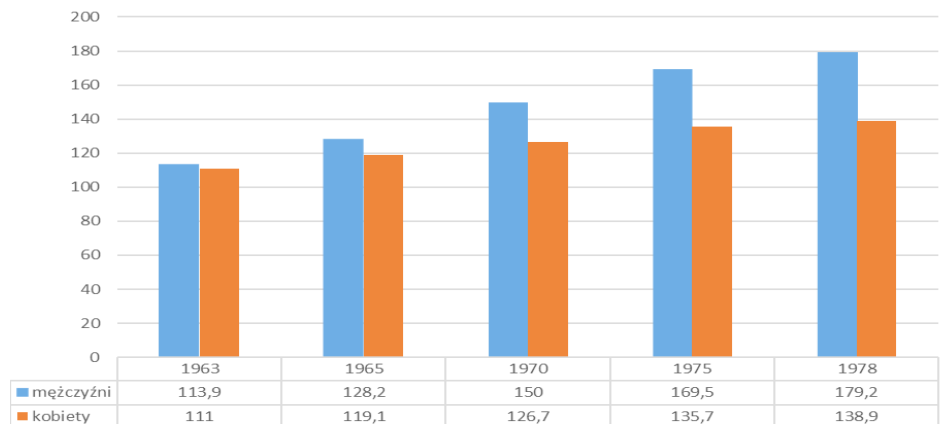
Wykres 2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w wybranych miastach



Źródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, 1985.

⁴ *Ibidem*, s. 113.

Wykres 3. Zgony na nowotwory złośliwe według płci w latach 1963–1978



Źródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, 1985.

Prowadzone przez niektórych badaczy (m.in. prof. Witolda Zatońskiego) analizy trendów współczynników umieralności z powodu poszczególnych lokalizacji nowotworów zwracały uwagę na zachodzące w czasie różnice. Zmiany uwidaczniają się zwłaszcza w połowie lat sześćdziesiątych, gdy zgony na nowotwory złośliwe zajmowały już drugie miejsce po zgonach związanych z chorobami układu krążenia⁵. Tym, co dość długo wyróżniało Polskę na tle innych krajów, była bardzo wysoka umieralność na raka żołądka – jeszcze w połowie lat sześćdziesiątych Polska po tym względem znajdowała się w ścisłej czołówce (na 3 miejscu w gronie 40 państw), a współczynnik umieralności na 100 tys. mieszkańców w 1964/1965 wynosił 44,18 (wyższe dane odnotowywano tylko w Japonii – 68,57 i Chile – 57,43; miejsca zaraz po Polsce zajmowały Czechosłowacja – 42,74 i Węgry – 42,74)⁶.

Pod względem umieralności na nowotwory płuc Polska znajdowała się wówczas na 24 miejscu – ze wskaźnikiem 26,68 (pierwsze miejsce w tym czasie zajmowała Szkocja, gdzie wskaźnik umieralności wynosił 75,55, kolejne zaś Anglia, Walia, Finlandia ze wskaźnikami 60,72)⁷.

Współczynniki te dość szybko jednak zaczęły ulegać zmianom. Jak pokazywał prof. Zatoński, liczba zgonów na nowotwory żołądka wykazywała tendencję spadkową. Rosły natomiast statystyki śmierci na nowotwory złośliwe płuc. Co ciekawe, ta tendencja odmiennie kształtowała się w przypadku miast i wsi – w miastach

⁵ W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Warszawa 1994, s. 147; *Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce w piętnastoleciu 1980–1994*, red. W.A. Zatoński, J.E. Tyczyński, Warszawa 1997. *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1970*, Warszawa 1971, s. XV; *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1981*, Warszawa 1982, s. XIV–XV.

⁶ H. Gadomska, T. Koszarowski, Z. Karewicz, *op. cit.*, s. 124–125.

⁷ *Ibidem*.

przewagę miały nowotwory płuc, na wsi żołądka i przewodu pokarmowego, choć już w drugiej połowie lat siedemdziesiątych również na wsi rak płuc wysunął się na prowadzenie. Od lat sześćdziesiątych obok raka płuc i krtani rosły także statystyki zachorowań i umieralności na nowotwory jelita grubego, trzustki oraz raka skóry (czerniak złośliwy). Te trendy dotyczyły zarówno populacji mężczyzn, jak i kobiet, z tą różnicą, że w przypadku kobiet odnotowywano także systematyczny wzrost umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi⁸.

„Najważniejsze w tej chwili zagadnienie lecznicze jest przypadkowo i niesystematycznie wykładane”

Problem narastających szybko zachorowań (a zwłaszcza zgonów) spowodowanych przez nowotwory złośliwe w Ministerstwie Zdrowia nie był bagatelizowany. Bardziej zintensyfikowane działania utrudniała jednak nie tylko niepełna statystyka, ale również niewystarczające przygotowanie ówczesnych kadr. W 1958 r. na jednym z posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia stwierdzano: „Jest rzeczą niezrozumiałą, że **najważniejsze w tej chwili zagadnienie lecznicze** jest przypadkowo i niesystematycznie wykładane przyszłym lekarzom, z których znaczna większość – jak wykazały nasze ankiety – nie zapoznaje się z kliniką nowotworów. Nie ma mowy o systematycznej walce z rakiem bez masowego, systematycznego szkolenia lekarzy już w czasie studiów”⁹.

O niewystarczającym przygotowaniu wielu (zwłaszcza prowincjonalnych) lekarzy (i felczerów) oraz problemach z ich doksztalcaniem się (czy choćby dostępem do informacji o najnowszych badaniach na temat chorób nowotworowych) pisano w specjalistycznych pismach branżowych dość często¹⁰. Problem zbyt późnego rozpoznania choroby u pacjentów był w tym czasie zjawiskiem bardzo powszechnym. Choć rzeczywiście w wielu przypadkach wynikał on z ignorowania przez chorych pierwszych symptomów choroby, to jednak, jak pokazują choćby badania W. Kwaśniewicza z początku lat siedemdziesiątych (na przykładzie pacjentów z rakiem krtani), otrzymanie właściwej diagnozy lekarskiej i podjęcie właściwego leczenia nierzadko zabierało kilka, tak ważnych w przypadku nowotworów złośliwych, miesięcy¹¹.

Niewielka liczba specjalistów, onkologów (dopiero w latach siedemdziesiątych szacowana na ok. 200 w całym kraju) oraz trudności w dostaniu się do lekarzy specjalistów powodowały, że w wielu przypadkach rzeczywiście po właściwym

⁸ *Ibidem*, s. 124.

⁹ AAN, MZ, sygn. 1/38, Posiedzenie Kolegium Ministerstwa. Protokoły, załączniki 1958, s. 4.

¹⁰ Zob. „Zdrowie Publiczne”, „Nowotwory”, „Medycyna Wiejska”.

¹¹ W. Kwaśniewicz, B. Tobiasz, J. Sekuła, B. Hnatów, *Determinanty kształtowania się postaw wobec choroby w środowisku szpitalnym u chorych na raka krtani*, „Zdrowie Publiczne” 1974, nr 7, s. 661.

zdiagnozowaniu nie pozostawało nic więcej poza leczeniem objawowym¹². Czasami też brak aktualnej wiedzy starszych wiekiem lekarzy prowadzić mógł do takiej sytuacji, jaką w latach osiemdziesiątych opisywał jeden z lekarzy krakowskiej kliniki chemioterapii: „Mieliśmy taki tragiczny wypadek kilka lat temu. Znakomity chirurg przysłał do nas 30-letniego chorego, ojca trojga dzieci, z tak zaawansowanym nowotworem gardła, że nie mógł przełykać nawet herbaty. Zapytałem tego lekarza, dlaczego czekał tak długo? Odparł, że od 5 miesięcy wie, że to nowotwór i właśnie dlatego chciał oszczędzić chorego i jego rodzinę w tych ostatnich chwilach życia. Mimo wszystko napromienianiem udało się tego pacjenta uleczyć. Żyje do dzisiaj tylko dlatego, że było to promienioczuły nowotwór i że nie było przerzutów”¹³.

Problemy kadrowe nie były oczywiście jedynymi. Należy pamiętać, że w latach pięćdziesiątych w znacznym stopniu były one także konsekwencją strat wojennych i dotyczyły wszystkich działów ówczesnej służby zdrowia. Skutki wojny odbijały się również na możliwościach infrastrukturalnych.

„Kierowanie chronicznie chorych na raka do szpitali daje złe rezultaty”

W 1958 r. w Ministerstwie Zdrowia szacowano, iż rocznie na nowotwory złośliwe zapadało ok. 50 tys. mieszkańców Polski. Liczba łóżek, którą dysponowano w ówczesnych zakładach onkologicznych, wynosiła jednak niewiele ponad tysiąc (1040), co zapewniało leczenie ok. 12 tys. nowych przypadków rocznie¹⁴. Choć, jak szacowano, średnio co piąty ze zgłaszanych przypadków (10 tys.) nie nadawał się z różnych względów do leczenia, a kolejne 12 tys. „mogło być leczonych w zwykłych szpitalach” (nowotwory przewodu pokarmowego, trzonu macicy, część sutka, płuc i in.), to wciąż w bardzo trudnej sytuacji pozostawało blisko kilkanaście tysięcy chorujących¹⁵. Umieszczanie pacjentów w zwykłych szpitalach, zwłaszcza w mniejszych miastach, było niekiedy źródłem sytuacji problemowych. W 1958 r. w sprawozdaniu z Bydgoszczy pojawia się m.in. informacja, że: „kierowanie chronicznie chorych na raka do szpitali (i zapewnianie im wydzielonych łóżek) daje złe rezultaty, ponieważ chorzy ci źle działają na otoczenie a z drugiej strony są źle przez to otoczenie traktowani”¹⁶. Jednym z postulatów stawianych w ramach Kolegium

¹² *Przyczyny zaniedbań i opóźnień w leczeniu ludności wiejskiej woj. lubelskiego*, red. A.R. Tuszkiewicz, Lublin 1968, s. 20.

¹³ „Przekrój” 1982, nr 1934, s. 4.

¹⁴ AAN, MZ, sygn. 1/33, Protokół nr 3/58 posiedzenia kolegium wyjazdowego Ministerstwa Zdrowia w Bydgoszczy w dn. 28 I 1958 r., k. 2.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*.

Ministerstwa Zdrowia w Bydgoszczy było „uzyskać specjalny dom dla chronicznie chorych na raka, prowadzony przez pion pracy społecznej”. Dążenie do swobodnego odseparowania chorych na raka pojawiało się jeszcze w kilku dokumentach.

Patrząc na sytuację z perspektywy chorego, pobyt w szpitalu był zatem podwójnie trudny. Warunki tam panujące (nie tylko zresztą w placówkach onkologicznych) niejednokrotnie były ciężkie. Braki personelu pomocniczego (zwłaszcza salowych) często silnie odczuwane były przez chorujących, nierzadko zmagających się z chronicznym lub trudnym do zniesienia bólem.

Możliwości infrastrukturalne (liczba łóżek, liczba poradni i liczba lekarzy specjalistów) rosły stosunkowo powoli. Przełom lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych to, pomimo zauważalnych trendów, w polityce zdrowotnej państwa czas dalszej koncentracji na walce z chorobami zakaźnymi. Widoczne to było zwłaszcza w sferze oświaty zdrowotnej, skoncentrowanej głównie na poprawie stanu sanitarnego i higieny (dopiero ok. 1972 r. liczba nowych zachorowań na gruźlicę była mniejsza niż na nowotwory).

Jak pokazywały analizy z jednego z wojewódzkich szpitali, na początku lat siedemdziesiątych sytuacja chorych na raka, zgłaszających się do tej placówki, wciąż nie przedstawiała się najlepiej – możliwość leczenia choroby nie była dana każdemu zgłaszającemu się – co piątego z nich „uznano za nienadającego się do leczenia specjalistycznego z uwagi na zbytne zaawansowanie nowotworu”¹⁷. Jak podkreślano jednak w sprawozdaniu, podobnie sytuacja wyglądała i w innych szpitalach: „Dobór przypadków nowotworowych do leczenia ma miejsce we wszystkich placówkach onkologicznych m.in. przez wzgląd na ograniczoną liczbę łóżek. Tak np. w Instytucie Onkologii w Krakowie w r. 1963 nie zakwalifikowano do leczenia 27,7% chorych, a dalszych 11,19% nie przyjęto z powodu «braku miejsc». W kilku innych zakładach onkologicznych w r. 1959 nie zakwalifikowano do leczenia 16,4% chorych”¹⁸.

„Rak jest synonimem słowa śmierć”¹⁹ – oświata i wiedza potoczna

Oświata onkologiczna w latach sześćdziesiątych była bowiem bardzo wątpliwa. Pierwsze badania sondażowe dotyczące społecznej świadomości na temat chorób nowotworowych przeprowadzone 1962 r. na przykładzie Warszawy pokazały, jak słabą wiedzę posiadało ówczesne społeczeństwo na ten temat. Badania te obnażyły też zjawisko, które później określono już wprost mianem

¹⁷ J. Pęszyński i in., *Charakterystyka chorych badanych pierwszorazowo i uleczalność nowotworów złośliwych w wojewódzkim szpitalu onkologicznym w Lublinie*, „Zdrowie Publiczne” 1971, nr 4, s. 316.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Świat o raku*, pod red. A. Bernarda, Warszawa 1988, s. 32.

rakofobii²⁰. Diagnoza dla większości ankietowanych była bowiem równoznaczna z wyrokiem śmierci. 84% badanych uważało nowotwór złośliwy za chorobę niezwykle trudną do wykrycia (12% za możliwą do wykrycia), zaś ponad 62% uważało ją za niemożliwą o wyleczenia. Zebrane dane świadczyły także o stosunkowo niskim zaufaniu społeczeństwa do stosowanych metod leczenia, zwłaszcza do chirurgii (stosunek osób oceniających dodatnio tę metodę zwiększał się wraz ze wzrostem wykształcenia i statusu społeczno-zawodowego respondentów). Dość powszechne było natomiast zaufanie do pozamedycznych sposobów leczenia raka (zwłaszcza w starszych grupach wiekowych)²¹.

Podczas szukania materiałów oświatowych udało mi się natrafić tylko na nieliczne z nich. Z 1971 r. pochodzi m.in. opracowanie przygotowane przez znanego wówczas publicystę Marka Koreywę, w którym m.in. pokazany jest zestaw popularnych wówczas tzw. alternatywnych terapii leczenia nowotworów (jak czarna huba brzoza czy różnego rodzaju terapie znachorskie tj. metoda Kaczugina, terapia elektryzowanymi jajami, trebiozenem itp.). Poświęcanie w publikacjach – ale również i dyskusjach Kolegium Ministerstwa Zdrowia – tak wiele miejsca problemowi praktyk znachorskich (w latach sześćdziesiątych, ale i później) nie było bezzasadne. Jak udowodniły badania Antoniny Ostrowskiej, jeszcze w 1979 r. około 14–15% ankietowanych przyznawało się do korzystania z praktyk znachorskich. Co ciekawe, wbrew stereotypowemu myśleniu, odsetek ten był niemal taki sam w środowisku wiejskim, jak i miejskim (w miastach większych, powyżej 20 tys., nieco niższy niż w miastach małych do 10 tys.)²².

Zmiany od lat siedemdziesiątych

W tej bardzo ogólnie zarysowującej się „polityce nowotworowej” państwa istotną zmianę przyniosły lata siedemdziesiąte. Uruchomiono wówczas (w 1976 r.) program rządowy PR6 zatytułowany „Zwalczanie chorób nowotworowych”, którego głównym celem było podwojenie do 1990 r. liczby wyleczeń na nowotwory złośliwe, w stosunku do wyników uzyskiwanych w latach siedemdziesiątych (ok. 25% dla całego kraju, a na wsi tylko 20%)²³. Przeprowadzone w tym samym roku badania sondażowe pokazały, że w ogólnospołecznym postrzeganiu chorób nowotworowych zachodziły drobne, ale też i pozytywne zmiany, które szczególnie wyraźne były w przypadku młodszych pokoleń i grup z wykształceniem wyższym²⁴.

²⁰ M. Jokieli, *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*, „Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych”, nr 155, Warszawa 1980, s. 5.

²¹ *Ibidem*, s. 6.

²² A. Ostrowska, *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*, Warszawa 1980, s. 85–88.

²³ M. Jokieli, *op. cit.*, s. 5.

²⁴ *Ibidem*, s. 33, zob. też: *Opinie o poinformowaniu społeczeństwa a problematyka zwalczania złośliwych chorób nowotworowych 1976*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych,

Przed wszystkim w stosunku do 1962 r. o ponad połowę (z 12 do 24%) wzrosła liczba respondentów przekonanych o możliwości w miarę szybkiego wykrycia raka. O kilka procent wzrósł też wskaźnik osób wierzących w wyleczenie chorób nowotworowych (z 35% w 1962 do 42% w 1976 r.)²⁵. Zdecydowana większość, bo aż 93% ankietowanych uznało choroby nowotworowe za najniebezpieczniejsze w tamtym okresie (mimo że statystycznie większą umieralność wywoływały choroby serca i układu krążenia). Na wciąż silną „społeczną rakofobię” wskazywał również fakt, iż wśród ankietowanych co czwarta osoba podejrzewała u siebie to schorzenie – ale spośród nich aż 40% nie skonsultowało swych podejrzeń z żadnym lekarzem²⁶.

Obowiązujący w zasadzie do końca lat osiemdziesiątych w Polsce zwyczaj nieinformowania przez lekarzy pacjentów o wykrytej u ich chorobie nowotworowej spotykał się z dość dużą akceptacją społeczną, także w sytuacji, gdy istniała spora szansa, że wykryta choroba może być jeszcze wyleczona²⁷. Choć ponad 90% osób deklarujących taką akceptację uzasadniło swój pogląd destrukcyjnym wpływem prawdy o istocie choroby na stan psychofizyczny pacjenta, to, jak pokazywały badania Marii Jokiel, oddziaływało to również w drugą stronę, wpływając negatywnie na potoczne opinie o uleczalności nowotworów. Jak pisała bowiem: „Pacjenci wyleczeni często nie zdają sobie sprawy, że chorowali na złośliwą chorobę nowotworową, a nawet gdy domyślają się, ukrywają ten fakt z obawy przed niepożądanymi dla siebie reakcjami ze strony otoczenia – w związku z tym bardziej znane są społeczeństwu przypadki kończące się niepomyślnie. A okazuje się, że znajomość osoby wyleczonej z choroby nowotworowej ma duży wpływ na opinie o uleczalności raka”²⁸.

Badania opinii publicznej w 1976 r. pokazały także, iż stan wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn chorób nowotworowych pozostawia jeszcze wiele do zrobienia. Choć ponad połowa badanych (58%) wiązała pojawienie się choroby z paleniem papierosów, a co piąty z alkoholem, to wciąż dość powszechne było przekonanie o możliwości zarażenia się rakiem od osoby chorej – na takie źródło choroby nowotworowej wskazywało teoretycznie tylko 11% badanych, ale ponadto 35% zajęło w tej kwestii niezdecydowane stanowisko, co sugerować mogło w pewnych warunkach podatność na takie myślenie (przekonanie o zaraźliwości raka wyraziło ok. 26% mieszkańców wsi)²⁹.

Braki w potocznej wiedzy o chorobach nowotworowych w latach osiemdziesiątych uzupełniać i korygować miały m.in. dość liczne materiały prasowe (głównie

Archiwum Raportów społecznych, <http://www.tnsglobal.pl/archiwumraportow> (dostęp: 15 III 2017).

²⁵ M. Jokiel, *op. cit.*, s. 33.

²⁶ *Ibidem*, s. 7–9.

²⁷ *Ibidem*, s. 9.

²⁸ *Ibidem*, s. 13.

²⁹ *Ibidem*, s. 20–21.

wywiady ze specjalistami – onkologami, psychologiami itp.) oraz doniesienia dotyczące walki z rakiem w innych krajach³⁰. Publikacje popularnonaukowe – co podkreślali zresztą onkolodzy – nie zawsze spełniały tę rolę, utrwalając niekiedy złe wyobrażenia: Jak pisał prof. Koszarowski: „niestety nie brak i tu działań opacznych, niesprawdzonych naukowo hipotez oraz urojonych sposobów postępowania magicznego, np. tzw. bioprądami, przez dotyk ręką czy homeopatię ziołową. Tragiczne skutki tych działań obserwujemy niestety codziennie w przychodniach onkologicznych, gdzie zgłaszają się po pomoc nierzadko chorzy w stanie beznadziejnym i z okropnymi wielkimi, często owrzodzonymi i cuchnącymi zmianami, po długotrwałym odkładaniu zgłoszenia się do lekarza wskutek praktyk znachorskich”³¹.

W latach osiemdziesiątych, z uwagi na wyraźne sukcesy w leczeniu, częściej pisano także o efektach programu rządowego, który – co warto podkreślić – zyskiwał pozytywne opinie również poza granicami kraju (kraje EWG)³². O postępkach i wynikach programu kontynuowanego do końca PRL mówił także w 1988 r. nestor polskiej onkologii, prof. Koszarowski, podkreślający przede wszystkim podwojenie liczby łóżek (z 2 do 4 tys.) i budowę kolejnych, zwiększenie liczby nowoczesnych aparatów do radioterapii z 12 do 50 w 1988 r., a także wzrost liczby specjalistów onkologów z 200 do 400 (i kilkuset kolejnych w trakcie szkolenia)³³.

„Oni sami mówią, że są naznaczeni piętnem raka”

Myślenie o chorych na raka i ich własne postrzeganie choroby w latach osiemdziesiątych bez wątpienia ulegało stopniowym zmianom. Wciąż jednak – jak pokazują materiały – dotknięci rakiem spotykali się z wieloma sytuacjami świadczącymi o nieprzygotowaniu i ogromnym lęku otoczenia (również najbliższego). Na takie sytuacje na łamach „Przekroju” w 1984 r. wskazywała m.in. cytowana wcześniej Teresa Toruk-Nowakowa: „Niektórzy chorzy już po chorobie, po wyleczeniu zamykają się w sobie, czują się inni. Oni sami mówią, że są naznaczeni piętnem raka. Tak właśnie mówią. Boją się, że mogą przekazywać chorobę, bo ciągle jeszcze pokutuje przesąd, że nowotwory są zakaźne”³⁴.

Odpowiednia terapia czy też tzw. leczenie radykalne (chirurgiczne), skutkujące stopniowym powrotem do zdrowia, w latach osiemdziesiątych nie zawsze i nie dla wszystkich oznaczały powrót do dawnego życia. Zdarzało się niekiedy, że również powrót do dawnego zakładu pracy był niemożliwy już nie ze względów

³⁰ *Świat o raku...*

³¹ T. Koszarowski, *Wprowadzenie*, w: *Świat o raku...*, s. 2.

³² *Ibidem*, s. 4.

³³ *Ibidem*.

³⁴ „Przekrój” 1984, nr 2024, s. 5.

zdrowotnych, a społecznych. Jak mówił bowiem jeden z krakowskich lekarzy: „Rak jest chorobą, o której nie należy mówić. Podobnie jak przed wiekami trędowatego, obecnie chorego na raka omija się z daleka. Rodzina się odsuwa, w pracy zastanawiają się, jak oględnie pozbyć się pracownika. Lekarze (medycyny pracy) wiedzą, że pacjent przyzna się do wrzodu żołądka, do zawału, nawet do choroby wenerycznej, ale za nic w świecie do tego, że kiedykolwiek miał coś wspólnego z Instytutem Onkologii”³⁵.

W latach osiemdziesiątych otwarte mówienie o raku wielu wciąż przychodziło z trudnością³⁶. Nie oznacza to jednak, że w opisywanym czterdziestopięcioleciu nie następowała zmiana w społecznym postrzeganiu chorób nowotworowych. Choć w dyskursie publicznym problematyka ta pojawiać zaczęła się dopiero na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, to jednak już w drugiej połowie lat pięćdziesiątych w Ministerstwie Zdrowia zaliczano je do grona najważniejszych problemów zdrowotnych. Mimo że oświata onkologiczna do końca lat osiemdziesiątych była dość wątła i swą skalą nie dorównywała tej z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym, to jednak powoli również oddziaływała. W dużej mierze było to efektem, nieopisywanej szerzej w artykule, działalności zespołu kierowanego przez prof. Koszarowskiego. Ten niekwestionowany nestor polskiej onkologii jako pierwszy podkreślał bowiem znaczenie epidemiologii chorób nowotworowych i stworzenia skutecznego systemu rejestracji zachorowań. Ceniony na świecie lekarz i badacz był również inicjatorem budowy Centrum Onkologii w Warszawie oraz jednym z autorów realizowanego z sukcesem w latach 1976–1986 programu rządowego PR6 „Zwalczanie chorób nowotworowych”. Efekty działalności zespołu skupionego wokół Koszarowskiego stopniowo przekładały się również na poprawiający się stan społecznej świadomości o raku. Choć, jak wskazywały przytoczone wyżej dane sondażowe, lęk przed chorobami nowotworowymi do końca lat osiemdziesiątych był bardzo silny, a sama diagnoza dla przeważającej części respondentów równoznaczna była nieraz z wyrokiem śmierci, to jednak nie wynikało to tylko z braku wiedzy lub demonizacji choroby. Było ono również pokłosiem ograniczeń w infrastrukturze oraz konsekwencją zbyt późnego diagnozowania choroby. Nie bez znaczenia był również fakt, iż tabuizacja raka skutkowała tym, że niemal w ogóle nie mówiono o przypadkach i skali wyleczeń.

³⁵ „Przekrój” 1982, nr 1934, s. 4.

³⁶ Zob. też: E. Szpak, *Lecznictwo i problemy zdrowotne Polaków w latach osiemdziesiątych*, w: *Społeczeństwo polskie w latach 1980–1989*, red. J. Olaszek, N. Jarska, Warszawa 20115, s. 113–129.

**“When the C-word is uttered, people began to whisper”.
A social history of cancer in Poland after 1945
(Abstract)**

The main subject of research presented in the article are the ways of perceiving malicious tumour diseases by the society, medical community and the state authorities responsible for the health protection policy. The text brings up both the questions of registering and increasing cancer rates, and changing attitude of Polish people to oncologic care. On the basis of archival sources, both the press articles and narrative texts, the author outlines problems with the oncology education, extremely limited before the 1970s, and with popular social belief (and fears) related to cancerous diseases. An important element of the analyses are also limitations of the public health infrastructure of the contemporary People's Poland and lines of the so-called “cancer policy” defined in the form of Governmental Programme against Cancerous Diseases (PR6) launched in 1976.

Bibliografia

- Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce w piętnastolecie 1980–1994*, red. W.A. Zatoński, J.E. Tyczyński, Warszawa 1997
- Gadomska H., Koszarowski T., Karewicz Z., *Ocena umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1963–1967*, „Zdrowie Publiczne” 1971, nr 2
- Jokiel M., *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*, „Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych”, nr 155, Warszawa 1980
- Koryewo, M. *Byłem chory na raka*, Warszawa 1971
- Koszarowski T., Gadomska H., Warda B., Drożdżewska Z., *Badania zapadalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce i w terenach wybranych 1962–1965*, Warszawa 1968
- Opinie o poinformowaniu społeczeństwa a problematyka zwalczania złośliwych chorób nowotworowych 1976*, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, Archiwum Raportów społecznych (online: <http://www.tnsglobal.pl/archiwumraportow>)
- Ostrowska A., *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*, Warszawa 1980
- Przyczyny zaniedbań i opóźnień w leczeniu ludności wiejskiej woj. lubelskiego*, red. A.R. Tuskiewicz, Lublin 1968
- Szpak E., *Lecznictwo i problemy zdrowotne Polaków w latach osiemdziesiątych*, w: *Spółczesność polskie w latach 1980–1989*, red. J. Olszok, N. Jarska, Warszawa 2011, s. 113–129
- Świat o raku*, red. A. Bernard, Warszawa 1988
- Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Warszawa 1994
- Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1970*, Warszawa 1971
- Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1981*, Warszawa 1982

Ewelina Szpak jest doktorem nauk humanistycznych, absolwentką Wydziału Historycznego UJ, a od 2012 r. pracownikiem naukowym IH PAN. Jest autorką książek: *Między osiedlem i zagrodą. Życie codzienne mieszkańców PGR-ów*, Warszawa 2005; *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*, Warszawa 2013 oraz „*Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli*” *Spółeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.* Specjalizuje się w badaniach historii społecznej i kulturowej ze szczególnym uwzględnieniem historii wsi i obszarów Polski prowincjonalnej.

Kontakt: enka2@o2.pl