

Miasto portowe a choroba. Specyfika Szczecina a występowanie chorób wenerycznych w latach 1967–1969

Urszula Kozłowska
(Uniwersytet Szczeciński)

ABSTRACT

The article analyzes the occurrence of venereal diseases in Szczecin in the years 1967–1969. Special attention was paid to social and behavioral factors specific for a port city. Main courses of action in the fight against venereal diseases in Szczecin were emphasized. Szczecin, a large port city created favorable conditions for the spread of venereal diseases among the population. Among the various factors should be pointed out, inter alia, a high spatial mobility, a variety of occupational categories related not only to the maritime and urban anonymity contacts. It should be noted, however, that the observed increase in venereal diseases in the city in the analyzed period was the result of various factors.

Keywords: Szczecin, harbor city, venereal diseases.

1. Wstęp

Choroba jest specyficznym zjawiskiem. W celu lepszego jej zrozumienia należy zaznaczyć, że odznacza się złożonym charakterem, może być ujmowana w różnych aspektach: socjokulturowym, psychologicznym czy biomedycznym. Warto dodać, że wspomniane wymiary przenikają się i warunkują wzajemnie, można je rozpatrywać łącznie, jak i rozdzielnie (Piątkowski 2002).

Na każdym etapie trwania choroby, w jej przebiegu, przejawach, przyczynach, konsekwencjach można wskazać jej społeczną naturę. Z jednej strony bowiem społeczne czynniki środowiskowe mają wpływ na jej występowanie, z drugiej zaś choroba powoduje różnorodne zakłócenia w życiu społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym jak i ponadjednostkowym. Chory człowiek stanowi różnego rodzaju zagrożenia dla otoczenia, w którym funkcjonuje. Oczywiście jest to uzależnione od rodzaju schorzenia. Inaczej sprawa przedstawia się w odniesieniu do choroby przewlekłej, inaczej do zakaźnej. Choroba zakłóca życie rodzinne, zawodowe, natomiast epidemia może skutecznie sparaliżować życie społeczne, może stanowić istotny etap w jego dalszym funkcjonowaniu. Znane są przecież w historii przykłady epidemii, które skutecznie destabilizowały życie społeczne (Tobiasz – Adamczyk 2000). Choroby, w tym zakaźne, budzą wśród ludzi emocje, których charakter związany jest najczęściej z domniemaną winą chorego za swój stan, panującymi opiniami dotyczącymi chorób, czasem, miejscem ich występowania. W każdej bowiem epoce historycznej, kulturze, społeczeństwie czy religii motyw choroby jest obecny.

Choroby weneryczne odznaczają się swoistą specyfiką, różnorodnie uwarunkowaną w zależności od okresu ich występowania. Do tych podstawowych kategorii czynników, które mają wpływ na ich występowanie należą niewątpliwie czynniki ryzyka środowiskowego, behawioralnego, psychologicznego oraz somatycznego (Przewoźniak 2000). Oczywiście ich wpływ jest zróżnicowany w zależności od kontekstu sytuacyjnego. W artykule uwaga zostanie głównie poświęcona środowiskowym czynnikom ryzyka, uwzględnione zostaną także czynniki behawioralne, mając na uwadze przede wszystkim społeczny charakter tego typu schorzeń. W powojennej historii rozwoju chorób wenerycznych, do 1972 roku, można wskazać trzy fale

masowego ich występowania. Pierwsza przypadała na lata 1945 – 1954. W pierwszych latach po wojnie trudno było podać rzeczywistą liczbę zachorowań. Dysponowano danymi szacunkowymi mówiącymi o skali zjawiska obejmującego kilkanaście do kilkudziesięciu procent chorych. Początek drugiej fali związany jest z 1955 rokiem, kiedy zanotowano wzrost zachorowań na kiłę wczesną objawową. Wówczas to Polska znajdowała się na drugim miejscu w Europie, ustępując tylko przed Francją. Sytuacja uległa diametralnej zmianie dwa lata później, kiedy to w 1957 roku nastąpił wyraźny wzrost zarejestrowanych przypadków choroby (5 515 w skali kraju, w odniesieniu do 1953 roku, kiedy odnotowano tylko 2173 przypadki kiły wśród ludności). Nagły wzrost chorób wenerycznych spowodowała, że Polska uplasowała się na niechlubnym pierwszym miejscu w Europie pod względem zachorowań na kiłę. Lata następne przyniosły zahamowanie wzrostu choroby oraz nieznaczny jej spadek, utrzymujący się do 1963 roku. Trzecia fala zachorowań przypadła na 1964 rok, kiedy odnotowano gwałtowne zwiększenie liczby przypadków kiły wczesnej objawowej o blisko 29% w odniesieniu do poprzedniego okresu, osiągając w 1969 roku 16 873 zarejestrowane przypadki choroby, powodując prawie czterokrotny wzrost choroby w ciągu 6 lat i siedmiokrotny w odniesieniu do 1954 roku. Warto zaznaczyć, że wzrost zapadalności i zachorowań na kiłę był także rejestrowany w innych krajach. Jednak w Polsce, jak zaznacza Andrzej Stapiński, rozpoczął się on wcześniej, był zdecydowanie wyższy i gwałtowniejszy. Sytuacja ta powodowała, że Polska utrzymywała się w światowej czołówce krajów pod względem wskaźników zachorowań na kiłę. Rok 1970 przyniósł opanowanie sytuacji epidemiologicznej. Uzyskano to głównie dzięki *nowemu programowi intensywnej działalności przeciwwenerycznej*. Był on realizowany przez Instytut Wenerologii Akademii Medycznej w Warszawie (Stapiński 2001). Warto dodać, że analizowanym falam chorób wenerycznych towarzyszyły różnorodne czynniki ryzyka zarówno środowiskowe jak i behawioralne. W niektórych przypadkach były one tożsame, w innych odmienne, wpływając na obraz choroby występujący w społeczeństwie.

Pomorze Zachodnie od samego początku swojego powstania borykało się z problem masowego występowania zachorowań na choroby weneryczne. W pierwszych latach po zakończeniu działań wojennych, Ministerstwo Zdrowia uznało, że na jego obszar należy przeznaczyć dodatkowe środki w celu opanowania szerzących się chorób. Generalnie problem tego typu schorzeń występował na Pomorzu Zachodnim przez cały analizowany okres.

Celem artykułu jest pokazanie sytuacji epidemiologicznej panującej na analizowanym obszarze w latach 1967 – 1969 przed wprowadzeniem *nowego programu intensywnej działalności przeciwwenerycznej*. Program ten, o którym wspomniano wyżej, pozwolił na poprawę sytuacji epidemiologicznej tej kategorii chorób. Analizą objęto miasto Szczecin, gdzie nasilenie chorób wenerycznych było duże. Wśród różnorodnych czynników, które miały niewątpliwą wpływ na ich występowanie należy wziąć pod uwagę przede wszystkim charakter miasta. Szczecin bowiem był traktowany jako miasto portowe. Do jego cech można zaliczyć: przemysł morski, specyficzne struktury powiązań wynikające z gospodarki morskiej oraz kategorie zawodowe z nią związane, swoisty styl życia ludzi morza, zwiększoną ruchliwość przestrzenną, rozwój turystyki krajowej i zagranicznej, specyficzny rozwój osadnictwa związany z działalnością zespołu portowo – miejskiego. Miasto portowe wypełnia też swoje specyficzne funkcje, do których można zaliczyć: morskie, portowe, przemysłowe, społeczno – administracyjne, handlowo – usługowe, oświatowo – kulturalne, miasto – i regiotwórcze (Woźniak 2012).

Obecność portu w istotny sposób wpływa na charakter miasta. Nie można go rozpatrywać w sposób jednowymiarowy. Obok niewątpliwych pozytywów, posiada ono także swoją negatywną stronę. Migracje ludności, anonimowość sprzyjająca rozluźnieniu i swobodzie obyczajów stwarzają warunki podejmowania różnorodnych

ryzykownych zachowań, jeżeli chodzi o zdrowie ludności. W związku z tym stawiając sobie pytanie *jakie miasto jest* (Kowalewski 2011), mamy również możliwość uzyskania informacji dotyczącej zdrowotności jego mieszkańców.

2. Sytuacja epidemiologiczna chorób wenerycznych w Szczecinie w latach 1967 – 1969

Początek lat sześćdziesiątych przyniósł trzecią falę zachorowań na choroby weneryczne. Specyfika Pomorza Zachodniego, szczególnie województwa szczecińskiego ze Szczecinem jako dużym miastem powiązanych z gospodarką morską, powodowała, że zachorowania na kiłę i rzeżączkę były wyższe od przeciętnych w kraju.

W tabeli 1. przedstawiono zachorowalność na kiłę wczesną objawową na terenie kraju, województwa szczecińskiego i Szczecina.

Tab. 1. Zachorowalność na kiłę wczesną objawową na terenie Polski, woj. szczecińskiego i Szczecina

	1967		1968		1969	
	Liczba zachorowań	Wskaźnik zachorowań na 100 tys. mieszkańców	Liczba zachorowań	Wskaźnik zachorowań na 100 tys. mieszkańców	Liczba zachorowań	Wskaźnik zachorowań na 100 tys. mieszkańców
Polska	12 574	39	16 107	50	16 873	52
Woj. szczecińskie	856	100	851	100	730	81
Szczecin	474	148	532	160	486	143

Źródło: Zdrowie Publiczne nr 8/1971, s. 699.

Jak można zauważyć epidemiologia zachorowań na kiłę na terenie województwa szczecińskiego i w Szczecina była bardzo niekorzystna. Liczba zarejestrowane przypadków na terenie województwa była blisko dwukrotnie wyższa od średniej krajowej zaś w samym mieście wzrost był prawie trzykrotnie wyższy. Sytuacja ta budziła poważne obawy związane ze stanem zdrowotnym mieszkańców miasta i regionu. Warto również podkreślić, że Szczecin w analizowanym okresie, w odniesieniu do innych dużych miast – Warszawa, Kraków, Łódź, Wrocław, zajmował czołową pozycję, jeżeli chodzi o zachorowania na kiłę wczesną objawową (Jarosiński 1971).

Zaznaczyć należy także, że omawiany okres odznaczał się także pewną dynamiką zachorowań. Naprzemiennie występował wzrost a następnie spadek rejestrowanych chorób, co w pewien sposób świadczyło o niestabilizowanej sytuacji epidemicznej schorzenia. Ale nie tylko z zachorowaniami na kiłę borykały się placówki służby zdrowia. Problematyczne były również zachorowania na rzeżączkę. Co prawda jej zachorowalność na terenie województwa i miasta utrzymywała się w latach 1967 – 1969 na podobnym poziomie, jednak choroba rodziła problemy innej natury. Składały się na to dwojaki czynniki: rzeczywista liczba zachorowań oraz ich rejestracja. Ta ostatnia w odniesieniu do kiły przebiegała znacznie sprawniej ze względu na prowadzone badania serologiczne, co skutkowało lepszą wykrywalnością. Problematyczne pod tym względem były zachorowania na rzeżączkę. W wielu wypadkach dermatolodzy praktykujący prywatnie czy lekarze ogólni nie zlecali badań bakteriologicznych, co nie pozwalało na rzeczywistą ocenę skali zachorowań. Ponadto na statystykę zarejestrowanych chorób wpływało także leczenie się chorych na „własną rękę”.

Na powstałą trudną sytuację epidemiologiczną chorób wenerycznych wpływ miały różne przyczyny, które zostały przedstawione w tabeli nr 2.

Tab. 2. Środowiskowe i behawioralne czynniki ryzyka chorób wenerycznych w latach 1967 – 1969

Środowiskowe czynniki ryzyka	Behawioralne czynniki ryzyka
Czynniki natury organizacyjnej	Brak wiedzy, niskie uświadomienie na temat szerzenia się chorób
Braki kadry medycznej oraz zaplecza diagnostycznego	Niewłaściwe wzory zachowań i praktyk zdrowotnych
Brak odpowiedniej oświaty sanitarnej	Nieprzestrzeganie zasad higieny
Specyfika aglomeracji	Leczenie się na własną rękę
Zwiększone migracje społeczne ludności ze wsi do miast	Lekceważenie potrzeby leczenia
Alkoholizm	Wstydlivość schorzenia
Prostytucja	Rozluźnienie norm obyczajowych, duża swoboda seksualna
	Wczesna inicjacja seksualna
	„Podwójne zakażenie”
	Bezpłatne i łatwo dostępne leczenie

Źródło: opracowanie własne

Do wskazanych środowiskowych i behawioralnych czynników ryzyka, specyficznych dla analizowanego okresu, należy także dodać pewien niepokojący fakt. Otóż wśród zarejestrowanych przypadków ponad 10% wszystkich chorych na kiłę objawową stanowili młodzi ludzie w wieku 15–19 lat. Generalnie na kiłę chorowali mężczyźni, a tylko w kategorii młodzieży większość stanowiły kobiety (Jarosiński 1971).

Przykładu mogą dostarczyć wyniki hospitalizacji prowadzonej na kobiecym oddziale dermatologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie pod koniec analizowanego okresu. Większość kobiet, które były wówczas leczone, uprawiała prostytucję i nie poddawała się leczeniu, co skutkowało tym, że chore zostały przymusowo doprowadzone na leczenie przez funkcjonariuszy Milicji Obywatelskiej. Spośród 366 hospitalizowanych 251 chorowało na rzeżączkę ostrą (74,7%), a 85 (25,3%) na przewlekłą formę tej choroby. Otrzymane wskaźniki były niepokojące ze względów epidemiologicznych. Ponadto u niektórych prostytutek stwierdzono „podwójne zakażenie”, tzn. współistnienie kiły z rzeżączką. Należy również podkreślić, że w wypadku rzeżączki odnotowywano również dużą liczbę zachorowań wśród młodzieży. W analizowanym okresie na wspomnianym oddziale leczono 107 dziewcząt w wieku 14–18 lat. Pacjentki odznaczały się dużą swobodą seksualną, niskim stopniem uświadomienia w zakresie chorób wenerycznych, lekcewały potrzebę leczenia. Niektóre z nich także uprawiały prostytucję. Należy zaznaczyć, że chore osoby nieletnie stanowiły poważną grupę problemową (Kubicka, Holzer, Osipowicz 1977).

Warto zauważyć, że to nie przypadek, że na terenie Szczecina obserwowano największe natężenie chorób wenerycznych. Działalność portu szczecińskiego, dużych zakładów przemysłowych dawało zatrudnienie znacznej liczbie ludności, nie tylko z terenu województwa. Dokonujące się uprzemysłowienie, urbanizacja w stolicy regionu, pociągały za sobą migracje ludności ze wsi do miasta, co stwarzały korzystne warunki do szerzenia się chorób wenerycznych. Ponadto miejskie środowisko zapewniało jednostce anonimowość, co mogło sprzyjać rozluźnieniu i swobodzie obyczajów. Także zmiany obyczajowości zachodzące w społeczeństwie stanowiły jedną z przyczyn zwiększania się liczby zakażeń. Przypadkowe, anonimowe kontakty płciowe, często pod wpływem alkoholu, odgrywały istotną rolę w szerzeniu się chorób wenerycznych (70–90% pacjentów zarażało się chorobą weneryczną, będąc w stanie nietrzeźwym). Przyczyniała się do tego także niska świadomość ludności w sprawach związanych z tego typu chorobami oraz niski poziom higieny osobistej (Indulski, Leowski 1971).

3. Kierunki działania w walce z chorobami wenerycznymi na terenie województwa szczecińskiego

Zachorowania na choroby weneryczne w latach 1967 – 1969 postawiły przed służbą zdrowia poważne zadanie likwidacji tego problemu. Warto zaznaczyć, że w przypadku województwa szczecińskiego trudno było mówić o korzystnych wynikach epidemiologicznych w odniesieniu do zwalczania kiły i rzeżączki. Plasowało się bowiem ono na ostatnim miejscu w kraju, jeżeli chodzi o wskaźnik zgłoszonych kontaktów kiły. Wynosił on 0,43 na 100 tys. ludności (Stapiński 1979). W związku z opanowaniem tej trudnej sytuacji opracowano *wojewódzki plan nasilenia walki z chorobami wenerycznymi*. Obejmował on trzy podstawowe kierunki działania: leczenie, działalność oświatowo – zdrowotną oraz walkę z prostytutką. W przypadku leczenia uwaga została skupiona na zwiększeniu ilości łóżek szpitalnych na oddziałach skórno – wenerologicznych oraz na rozszerzeniu sieci poradni. Zadbano o lepsze ich wyposażenie w sprzęt lekarsko – diagnostyczny, przeorganizowano pracę niektórych placówek. Z myślą o chorych wenerycznie, na terenie Szczecina otwarto poradnie nocne, działające całonocowo, gdzie mogli oni skorzystać z porady lekarskiej. Zadbano także o lepszą obsadę lekarzy specjalistów i pielęgniarek, szczególnie w rejonach przemysłowych. Tam, gdzie brakowało lekarzy specjalistów, zwiększono częstotliwość ich dojazdu do poradni. Uznano, że należy poprawić organizację pracy w poszczególnych poradniach oraz wzmocnić funkcje nadzorczo – kontrolne Wojewódzkiej Poradni Skórno – Wenerologicznej. Przybrało to postać: kontroli nad placówkami wydającymi świadectwa zdrowia, egzekwowania przepisów opracowanych przez Wojewódzką Poradnię Skórno – Wenerologiczną dotyczących pobierania, transportu krwi do badań serologicznych, współpracy poradni dermatologicznych z poradniami dla kobiet, prowadzenie dwukrotnych badań serologicznych wśród ciężarnych, współpracy z lekarzami prowadzącymi prywatną praktykę lekarską, wykrywania kontaktów i leczenia profilaktycznego wszystkich kontaktów. Zadbano również o jakość prowadzonych badań. Bardzo ważnym kierunkiem działań było także szerzenie oświaty zdrowotnej. Uwrażliwienie ludności na choroby weneryczne stanowiło ważną jej część. Oddziaływaniem propagandy zdrowotnej objęto różne kategorie ludności. Jednak zasadniczą uwagę zwrócono na młodzież, wśród której zachorowania na choroby weneryczne odznaczały się znaczną intensywnością. Uznano, że należy wprowadzić nowe formy oświaty zdrowotnej, gdyż wzrastający odsetek zachorowań wśród młodzieży był dowodem nieskuteczności podejmowanych wcześniej metod oświaty zdrowotnej w tym zakresie. Generalnie młodzież odznaczała się niskim poziomem uświadomienia bądź jego brakiem oraz swobodą seksualną, co w zasadniczy sposób miało wpływ na szerzenie się chorób wenerycznych wśród tej kategorii społecznej. Warto zwrócić uwagę, że nie tylko młodzież stanowiła tzw. *grupę problemową*. Stałym nadzorem lekarskim zostali objęci także pracownicy hoteli, domów wczasowych, mieszkańcy hoteli robotniczych czy marynarze, stanowiący najliczniejszą grupę chorych na choroby weneryczne. Natomiast trzecim kierunkiem działań, jaki podjęto w walce z chorobami wenerycznymi był nadzór nad prostytutką na terenie województwa, w tym Szczecina. Jej wynikiem była ściślejsza współpraca z Komendą Wojewódzką Milicji Obywatelskiej. Przybrała ona postać wspólnie opracowanego planu walki z prostytutką jawną i ukrytą (Jarosiński 1971).

4. Uwagi końcowe

Szczecin, jako duże miasto portowe stwarzał dogodne warunki do szerzenia się chorób wenerycznych wśród ludności. Wśród różnorodnych czynników należy wskazać między innymi dużą ruchliwość przestrzenną, różnorodność kategorii zawodowych

związanych nie tylko z gospodarką morską czy anonimowość miejskich kontaktów. Elementy te wpływały na rozluźnienie obyczajów i pewną swobodę moralną. Należy jednak podkreślić, że obserwowany wzrost chorób wenerycznych na terenie miasta w analizowanym okresie był wypadkową różnych czynników. Warto pamiętać, że wówczas odnotowano ogólnokrajowy wzrost zachorowań na choroby weneryczne, nie mniej jednak czołowe lokaty województwa szczecińskiego i samego Szczecina wskazują, że specyfika miasta portowego odgrywała istotny wpływ na występowanie tego rodzaju schorzeń wśród ludności.

Bibliografia:

- Indulski, J., Leowski, J. (1971), *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa.
- Jarosiński, J. (1971), „Sytuacja epidemiologiczna i kierunki dalszego działania w walce z chorobami wenerycznymi w województwie szczecińskim”, *Zdrowie Publiczne*, 8: 699 – 703.
- Kowalewski, M. (2011), „Mit miasta portowego jako atrakcja turystyczna”, in: Michalak A., Sakson A., Stasieniuk Ż. (eds.), *Polskie Ziemie Zachodnie. Studia socjologiczne*, Poznań: Instytut Zachodni.
- Kubicka, L., Holzer, I., Osipowicz, D. (1977), „Epidemiologia rzeżączki u kobiet w województwie szczecińskim”, *Przegląd Dermatologiczny*, 1: 79–83.
- Piątkowski, W. (2002), „Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych”, in: Barański J., Piątkowski W. (eds.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Atut.
- Przewoźniak, L. (2000), „Społeczne przyczyny choroby”, in: *Zdrowie publiczne T. 1*, Czupryna A., Poździech qS., Włodarczyk W.C. (eds.), Kraków: Vesalius.
- Stapiński, A. (1979), *Zwalczanie kiły i rzeżączki w Polsce*, PZWL, Warszawa.
- Stapiński A. (2001), „Kiła”, in: Kostrzewski J., Magdzik W., Naruszewicz – Lesiuk D. (eds.), *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*. Warszawa: PZWL.
- Tobiasz – Adamczyk, B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków: WUJ.
- Woźniak R.B., (2012), „Miasto portowe jako przedmiot badań socjologii morskiej”, *Edukacja Humanistyczna*, 26(1): 37 – 61.