


*Praca socjalna w perspektywie polityki społecznej*, red. J. Mazur OSPPE, K. Wojtanowicz, B. Sordyl-Lipnicka, Kraków 2023, s. 43–64 (Praca Socjalna w Teorii i Działaniu, 6).

 <https://doi.org/10.15633/9788363241612.03>

**Teresa Zbyrad**

Uniwersytet Rzeszowski

 <https://orcid.org/0000-0001-8124-8822>

## **Kształtowanie instytucji pomocy społecznej w warunkach niebytu polityki społecznej państwa**

### **Abstract**

We live in an institutionalized society. We can't imagine life without institutions, which satisfy almost all human needs. Among the most important are educational, health, security, religious, social, economic or welfare needs. Especially when it comes to the latter, can we imagine the modern world without hospitals, hospices, nursing homes, orphanages, etc.? The content of the article focuses on the functioning of a society without social welfare institutions. It covers the role of the family, the period of charity and philanthropy, the stages of the formation of institutions, the first attempts, struggles and imperfections of the social welfare system.

**Keywords:** social policy, social assistance, philanthropy, charity, welfare institutions

Żyjemy w społeczeństwie zinstytucjonalizowanym. Nie wyobrażamy sobie życia bez instytucji, które zaspokajają niemal wszystkie potrzeby człowieka – do najważniejszych należą: potrzeby edukacyjne, zdrowotne, bezpieczeństwa, religijne, społeczne, ekonomiczne i opiekuńcze. Zwłaszcza jeśli chodzi o te ostatnie – czy potrafimy wyobrazić sobie współczesny świat bez szpitali, hospicjów, domów pomocy społecznej, domów dziecka itp.? W każdym społeczeństwie istnieje pewna grupa ludzi, dla których instytucje opiekuńcze wydają się niezbędne. Należą do nich osoby samotne, bezdomne, chore, niepełnosprawne, sieroty, którymi z różnych względów nie ma się kto zaopiekować. Naprzeciw tym potrzebom tworzone są instytucje. Jednak nie zawsze tak było.

Wszystkie instytucje powstały w wyniku społecznego zapotrzebowania i pełnią określone funkcje. Jan Szczepański pojęciem „instytucje” określał grupę osób powołanych do załatwienia spraw doniosłych dla całej zbiorowości. Wymieniał wiele funkcji instytucji, m.in. zaspokajanie potrzeb mieszkańców danej zbiorowości, regulacje zachowań jednostek, zapewnienie ciągłości życia społecznego, kontynuację czynności publicznych oraz integrację dążeń, działań i stosunków jednostek<sup>1</sup>. Każda instytucja pełni określone funkcje, czyli zaspokajają potrzeby, które przez mieszkańców danej zbiorowości są uważane za niezbędne. Wyróżniamy wiele typów instytucji – najstarszą i najbardziej naturalną jest rodzina. Mówimy o instytucjach kulturalnych, wychowawczych, politycznych, ekonomicznych, religijnych. Pewną specyficzną grupę stanowią instytucje pomocy społecznej.

Spośród różnych koncepcji instytucji pomocy społecznej, na uwagę zasługuje ujęcie Dariusza Zalewskiego:

rozumiem pod pojęciem instytucji opieki i pomocy społecznej przede wszystkim zestawę powtarzalnych reguł, określonych zasad obowiązujących w jednym z obszarów aktywności państwa opiekuńczego, które odzwierciedlają się w realnym zachowaniu jednostkowych aktorów. Obejmują one zarówno formalne obowiązki państwa w zakresie świadczenia opieki i pomocy społecznej, zasady ich udzielania oraz prawa i obowiązki świadczeniobiorców, jak i nieformalne zasady kształtujące interakcje między personelem ośrodków pomocy społecznej a ich recipientami (rutyny działania odziedziczone z przeszłości zwyczajne, kody zachowań itp.)<sup>2</sup>.

Powyższe ujęcie jest szeroko zakrojone, obejmuje swym zasięgiem zarówno etap opieki społecznej, jak i prawa oraz obowiązki świadczeniobiorców, co w przekroju historycznym kształtowania się instytucji pomocy społecz-

1 J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1970, s. 202–203.

2 D. Zalewski, *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*, Warszawa 2005, s. 22.

nej jest bardzo pomocne. Współczesne ujęcie instytucji pomocy społecznej jest najbardziej precyzyjnym odzwierciedleniem wymiaru formalnoprawnego. W myśl ustawy o pomocy społecznej (art. 2.1): „Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości”<sup>3</sup>. Istnieje rozbudowana struktura instytucji pomocy społecznej mająca na celu zapewnienie realizacji przewidzianych ustawą zadań.

W historii pomocy społecznej, a szerzej – polityki społecznej, wskazujemy na czasy, kiedy to państwo nie tworzyło instytucji pomocy społecznej, a tym samym nie brało na siebie odpowiedzialności za los tych, którymi nie miał się kto zająć. Ludzie starzy, kalecy, ubodzy, bezdomni, sieroty – skazani byli na tułaczy sposób życia, zepchnięci na margines życia społecznego mogli liczyć jedynie na akty dobroczynnej pomocy. Treść artykułu koncentruje się wokół zrębów tworzenia się pierwszych instytucji pomocowych, wskazując na pierwsze zorganizowane działania opiekuńcze i pewne prototypy instytucji.

## Z genezy polityki społecznej

Geneza polityki społecznej sięga XIX wieku i jest ściśle związana z kwestią robotniczą. O szczegółach kwestii robotniczej donosi Julian Auleytner:

doświadczana przez pracowników krzywda polegała na ich wyzysku; w zakładach pracy pracowano nierzadko 14 i więcej godzin dziennie, do wielogodzinnej pracy zmuszane były dzieci. Otrzymywany przez niewykwalifikowanych pracowników robotników zarobek oscylował wokół minimum egzystencji i jako koszt był różnymi metodami ograniczany. Wśród właścicieli kapitału utrwał się pogląd, że wysokość zarobku robotnika powinna być ustalona na takim poziomie, który umożliwiłby robotnikowi odtworzenie jego zdolności do pracy na dzień następny [...]. Wyzysk ekonomiczny człowieka łączył się z jego degradacją, czego szczególnym wyrazem była nadmierna umieralność pracowników. Wczesnemu rozwojowi kapitalizmu towarzyszyły nierówności uderzające w godność człowieka, marginalizujące ludzi bezdomnych, głodnych, chorych, bez pracy. Te właśnie kategorie osób spychane były w ekonomiczny niebyt<sup>4</sup>.

Kwestia robotnicza nie ograniczała się jedynie do niskich płac i wyzysku fizycznego osób pracujących aż po kres sił. Była ona o wiele szersza, rozcią-

3 Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593).

4 J. Auleytner, *Polityka społeczna czyli ujarzmienie chaosu socjalnego*, Warszawa 2002, s. 21.

gała się na poziom życia rodziny i skazywała na głód i ubóstwo w sytuacji utraty zdrowia lub życia pracującego. Pamiętać należy, że nie istniał system zabezpieczenia społecznego, który zapewniałby dochody w wyniku niefortunnnych zdarzeń życiowych lub z uwagi na wiek w sytuacji braku sił do pracy. Dopiero działania podjęte w latach 80. XIX wieku przez kanclerza Niemiec Ottona von Bismarcka doprowadziły do budowy systemu zabezpieczenia społecznego, w wyniku czego robotnicy zostali ubezpieczeni na wypadek utraty zdrowia lub życia i starości. Kwestia robotnicza dała impuls do budowy całego systemu zabezpieczenia społecznego w przypadku takich ryzyk życiowych, jak: choroba, utrata pracy, macierzyństwo, starość czy śmierć. Dzięki systemowi zabezpieczenia społecznego dostrzeżono potrzeby nie tylko ludności pracującej, lecz także niemal wszystkich grup społecznych, w tym co najważniejsze – rodziny.

Narodził się właściwie rozumianej polityki społecznej przyniósł dopiero wiek XX. Jednak nie ulega wątpliwości, że przyczynił się do tego wiek XIX. Jak podkreślają badacze tej problematyki, przełom XIX i XX wieku zasłynął w najbardziej rozwiniętych krajach świata jako czas eksplozji wynalazczości, rozwoju przemysłu, transformacji systemów kulturowych i społeczno-gospodarczych, a tym samym narodzin nowej klasy społecznej robotników przemysłowych i pracowników najemnych. W takich krajach jak Francja, Anglia i Niemcy nastąpiła kumulacja kapitału w rękach nielicznych, wyzysk i powszechna bieda. Pojawiła się potrzeba stworzenia osłon socjalnych dla najsłabszych<sup>5</sup>. Początki międzynarodowej polityki społecznej dotyczyły głównie ochrony stosunków pracy, a następnie zwrócono uwagę na potrzeby bytowe, socjalne i zdrowotne ludzi pracujących. Te pozostałe problemy zaczęto jednak sygnalizować dopiero w XX wieku. W centrum zainteresowania znaleźli się nie tylko robotnicy, lecz także wszyscy obywatele. Kwestia robotnicza była zaczynem do szerokich działań podejmowanych przez państwo i rozwoju polityki społecznej. Jak zauważyła Elżbieta Trafiałek:

geneza i rozwój polityki społecznej pozostają w ścisłym związku z rozwojem przemysłu, migracją ludności wiejskiej do miast, z emigracją zarobkową, z polaryzacją społeczno-ekonomiczną społeczeństw, z przekształceniami demograficznymi i zmianami, jakie nastąpiły w obrębie struktury wewnętrznej rodziny czyli ze zjawiskami rodzącyymi takie kwestie, jak: bezrobocie, bieda, kwestia mieszkaniowa, bezdomność, ochrona praw pracowniczych, zabezpieczenie na wypadek ryzyka utraty życia i zdrowia<sup>6</sup>.

---

5 Zob. E. Trafiałek, *Polityka społeczna dla pedagogów i służb społecznych*, Tarnobrzeg 2007, s. 23–24.

6 *Polityka społeczna dla pedagogów...*, dz. cyt., s. 25.

Pamiętać należy, że do rozwoju polityki społecznej przyczyniła się także doktryna społeczna kościoła katolickiego. Przedmiotem nauki społecznej Kościoła była „kwestia społeczna” rozumiana jako „kompleks problemów socjalno-ekonomicznych, powstałych w następstwie rewolucji przemysłowej i odnoszący się głównie do relacji: kapitał-praca”<sup>7</sup>. Za prekursora katolicyzmu społecznego uważa się Wilhelma Kettelera (1811–1877), który jako duchowny zajmował się problemem nędzy robotników i był rzecznikiem aktywnej polityki społecznej na rzecz tej klasy. Sformułował program prawodawstwa pracy, biorąc pod ochronę najsłabszych ekonomicznie. Wysuwał następujące postulaty: zakaz pracy dzieci do lat 14; zakaz pracy młodych mężatek (z uwagi na nadużycia seksualne ze strony pracodawców); zakaz pracy w niedzielę i święta; likwidacja zakładów pracy szkodliwych dla zdrowia, odszkodowania dla robotników za utratę zdolności do pracy z winy zakładu pracy; powołanie inspekcji pracy, legalizacja związków zawodowych. W trakcie rozwoju katolickiej nauki społecznej przyjęto pewne zasady, które są nadal aktualne. Wszystkie zasady odnoszą się do osoby ludzkiej i jej godności. Są nimi: zasada dobra wspólnego, zasada solidarności, zasada pomocniczości, zasada uczestnictwa i zasada proporcjonalnego rozwoju<sup>8</sup>. Istotną rolę odegrały encykliki papieży poruszające problemy społeczne. Do najważniejszych z nich należą: *Mater et magistra* (1961), *Pacem in terris* (1963) Jana XXIII; czy *Laborem exercens* (1981) i *Sollicitudo rei socialis* (1987) Jana Pawła II<sup>9</sup>.

Przez lata wypracowywano koncepcje polityki społecznej. Sposób jej rozumienia często był wypadkową warunków społeczno-politycznych umożliwiających realizację jej zadań. Aktualnie przyjmuje się, że:

polityka społeczna to działalność państwa, samorządów i organizacji pozarządowych zmierzająca do kształtowania ogólnych warunków pracy i bytu ludności, prorozwojowych struktur społecznych oraz stosunków społecznych opartych na równości i sprawiedliwości społecznej, sprzyjających zaspokajaniu potrzeb społecznych na dostępnym poziomie<sup>10</sup>.

Polityka społeczna jest szeroką dyscypliną naukową obejmującą wiele dziedzin życia. Sięgając do genezy polityki społecznej, uświadamiamy sobie, jak późno państwo i jego instytucje rozciągnęły parasol ochronny nad ludźmi potrzebującymi pomocy.

7 *Polityka społeczna czyli...*, dz. cyt., s. 194.

8 *Polityka społeczna czyli...*, dz. cyt., s. 204–206.

9 *Polityka społeczna czyli...*, dz. cyt., s. 195.

10 A. Kurzynowski, *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2006, s. 11.

## Od rodziny tradycyjnej przez akty filantropii i dobroczynność publiczną

Człowiek pierwotny nie znał pojęcia instytucji, państwa ani żadnych organizacji. Był skazany tylko na siebie. Aby uświadomić sobie, jak wyglądało wówczas życie, zwłaszcza w kwestii opieki nad członkami rodziny, warto sięgnąć do dzieła Bronisława Malinowskiego opisującego aborygenów australijskich. Autor ukazuje liczne przykłady złego traktowania kobiet przez mężczyzn. Żony były jak niewolnice, traktowano je w brutalny sposób, bito, maltretowano i porzucano w sytuacji starości czy niedołęstwa. Jednak zdarzali się mężczyźni szlachetni: „Poznałem wiele przykładów [...] mężczyzn obarczających się swoimi żonami, kiedy były już zbyt stare albo zbyt chore, aby poruszać się same w wędrowkach po całym terytorium”<sup>11</sup>. Ten przykład uświadamia nam, że nawet w sytuacji braku praktyki działań opiekuńczych zdarzały się akty pomocy.

Pierwszą i najstarszą instytucją opiekuńczą jest rodzina. Socjologowie rodziny wskazują, że tradycyjna rodzina wiejska była samowystarczalna ekonomicznie (produkowała wszystko, co było jej potrzebne), a także stanowiła swoisty system zabezpieczenia dla swych członków w sytuacji, gdy nie mogli na siebie zapracować. W sytuacji braku systemu zabezpieczenia społecznego to dzieci stanowiły zabezpieczenie rodziców na okres starości. Obowiązywała zasada wzajemności: najpierw dziećmi opiekowali się rodzice, a następnie dzieci zobowiązane były do opieki nad starzejącymi się rodzicami<sup>12</sup>. Przemiany społeczne, procesy urbanizacji i industrializacji ukształtowały nowy model rodziny, tj. rodziny miejskiej. Pomędzy rodziną wiejską i miejską były istotne różnice:

Stary wzór rodziny samowystarczalnej, wielopokoleniowej rodziny tradycyjnej w świecie specjalizacji i społecznego podziału pracy okazał się bezużyteczny i uległ rozpadowi [...]. Funkcje rodziny zostały rozparcelowane między nowe wyspecjalizowane instytucje. Edukacją dzieci zajęły się szkoły. Opieką nad ludźmi starymi przytułki i domy starców. Nowe społeczeństwo musiało być mobilne: potrzebni byli robotnicy, którzy za pracą przenosili się z miejsca na miejsce. Obarczona leciwymi krewnymi, chorymi, kalekami, tudzież licznym potomstwem tradycyjna rodzina w żadnym wypadku nie mogła sobie pozwolić na ruchliwość<sup>13</sup>.

11 B. Malinowski, *Aborygeni australijscy. Socjologiczne studium rodziny i inne prace przedeternowe*, Warszawa 2002, s. 99.

12 Zob. F. Adamski, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002, s. 175–178.

13 T. Kaźmierczak, M. Łuczyńska, *Wprowadzenie do pomocy społecznej*, Warszawa 1996, s. 43–44.

Przemiany rodziny doprowadzały do częściowego wyzbycia się m.in. funkcji w zakresie opieki, ale też do przejścia ich przez wyspecjalizowane instytucje państwowe. Zanim jednak to nastąpiło, przez wieki utrzymywały się akty filantropijnej pomocy i samoorganizujących się działań dobroczynnych.

Kształtowanie się instytucji pomocy społecznej w Polsce przez wieki odbywało się pod wpływem tradycji chrześcijańskiej i sytuacji politycznej kraju. Wiele racji kryje się w słowach: „historii społecznej nie można oddzielać w żadnym okresie od historii politycznej i ekonomicznej, a w czasach wcześniejszych – zwłaszcza w średniowieczu – od historii religii”<sup>14</sup>. Średniowieczni chrześcijanie utożsamiali ubóstwo ze świętością, co miało wpływ na pełne szacunku postawy wobec ubogich. We wczesnym średniowieczu funkcje opiekuńcze sprawowały klasztory, prowadząc szpitale, które obok spełniania funkcji leczniczych opiekowały się starcami i osobami niezdolnymi do pracy<sup>15</sup>. Pierwszy na ziemiach polskich szpital został ufundowany w Jędrzejowie w 1152 roku i został powierzony opiece cystersów. Następnym był szpital w Zagościu ufundowany w 1166 roku przez Henryka Mazowieckiego i szpital św. Michała w Poznaniu oddany pod opiekę joannitów. Następnie fundowano szpitale pod wezwaniem św. Ducha prowadzone przez duchaków. Pierwszym był szpital w Krakowie powstały w 1223 roku<sup>16</sup>.

Pierwotnie pomoc świadczona ubogim miała znamiona filantropii. Termin ten pochodzi z jęz. Greckiego i oznacza społeczną dobroczynność, bezinteresowne udzielanie pomocy potrzebującym, zajmowanie się nimi<sup>17</sup>. U Greków filantropia, czyli chęć pomagania innym, wynikała z miłości do człowieka, czego pierwowzór znajduje się w micie prometejskim. Zdarza się, że termin „filantropia” stosowany jest zamiennie z dobroczynnością. Terminy te należy: „rezerwować dla aktywności bezinteresownej, podejmowanych zarówno z pobudek religijnych, jak i świeckich, nastawionej na dobro wspólne”<sup>18</sup>. Dobroczynność ma o wiele szerszy sens i odnosi się bardziej do działań zinstytucjonalizowanych:

Dobroczynność to różnie zinstytucjonalizowana i różnie motywowana działalność społeczna polegająca na udzielaniu osobom potrzebującym pomocy duchowej, materialnej, zdrowotnej, prawnej i wszelkiej innej, jakiej w danej chwili wymagają. Do po-

14 W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 1, Warszawa 2003, s. 236.

15 *Problemy i dylematy polityki społecznej...*, dz. cyt., s. 236.

16 J. Radwan-Pragłowski, K. Frysztacki, *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi: od filantropii greckiej do pracy socjalnej*, Katowice 1998, s. 215–216.

17 *Słownik Wyrazów Obcych*, red. I. Kamińska-Szmaj, Warszawa 2001, s. 228.

18 E. Leś, *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Warszawa 2001, s. 17.

trzebujących zaliczani są najczęściej ludzie biedni, chorzy, samotni, starzy, niezaradni, bezdomni, ofiary kataklizmów, więźniowie, osoby pozbawione praw i uciskane<sup>19</sup>.

Początki działań filantropijnych na ziemiach polskich datuje się dopiero na drugie tysiąclecie. Wiąże się to z historią naszego narodu i przyjęciem przez Polskę chrztu u schyłku pierwszego tysiąclecia. W okresie średniowiecza rozwój filantropii dokonywał się pod wpływem tradycji chrześcijańskiej. Wyodrębnił się wówczas nurt filantropii religijnej określanej mianem działalności dobroczynnej – od łac. *charitativus* – miłosierdzie chrześcijańskie wobec ubogich. W późniejszym okresie rozwinął się nurt filantropii świeckiej. Oba nurty różniły się pod względem wagi przypisywanej wspieraniu ubogich. Filantropia religijna koncentrowała się na potrzebie opieki nad najuboższymi, filantropia świecka obejmowała zaś także takie dziedziny życia, jak oświata, kultura, nauka<sup>20</sup>.

Pierwszymi instytucjami charytatywnymi tworzonymi w ramach filantropii religijnej były wspomniane już wyżej szpitale. Należy je uznać za prototypy współczesnych domów pomocy społecznej. Historia szpitali w Polsce jest o około osiem wieków krótsza niż na świecie. Źródła donoszą, że:

Szpital jako twór miłosierdzia chrześcijańskiego, nieznan w świecie pogańskim czy żydowskim świecie antycznym, otrzymał pełne prawo obywatelstwa w Kościele od czasów, kiedy Kościół doczekał się zagwarantowania prawem państwowym tolerancji religijnej (313 r.). Służył on w pierwszym rządzie chorym, ubogim i wędrownym i już od czasów Juliana Apostaty (361–363) posiadały go znaczniejsze gminy chrześcijańskie. Na Zachodzie jako ideę propagowały klasztory benedyktyńskie i synody kościelne, polecające biskupom otoczyć specjalną troską powstające *xenodochia*, a w razie potrzeby przeznaczyć na ich utrzymanie piątą część dochodów kościelnych. Wiele w tej dziedzinie czynili niektórzy papieże, jak np. Grzegorz Wielki (590–604), który doskonale zorganizował opiekę nad ubogimi w stolicy chrześcijaństwa Rzymie<sup>21</sup>.

Najstarszym szpitalem był założony w 370 roku przez biskupa Cezarei Bazylego szpital w Kapadocji. Pierwotna forma *xenodochium* z biegiem czasu

---

19 J. Królikowska, *Socjologia dobroczynności. Zarys problematyki biedy i pomocy na tle doświadczeń angielskich*, Kraków 2004, s. 28.

20 E. Leś, *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, Warszawa 2000, s. 33.

21 P. Staniszewski, *Szpitalnictwo kościelne w archidiakonacie łączyckim i łowieckim do 1795 roku*, Warszawa 2004, s. 17.



zaczęła przekształcać się w wyspecjalizowane formy opieki, jak: domy dla chorych, dom dla sierot, dla ubogich, dla starców i inne<sup>22</sup>.

Przytułki – szpitale początkowo określano bardzo różnie, według Stanisława Lipińskiego były to: *infirmarie* – w klasztorach dzięki zgromadzonej wiedzy medycznej zakonnicy początkowo leczyli współbraci, a następnie okoliczną ludność; *xenodochium* – przytułki noclegowe dla utrudzonych, chorych pielgrzymów i podróżnych; *leprozoria* – dla chorych na trąd lub inne zaraźliwe choroby; *brerhotrophia* – przytułki dla niemowląt; *orphanotrophia* – sierocińce; *gerantocomia* – przytułki dla starców; *ptochotrophia* – przytułki dla ubogich<sup>23</sup>. Na określenie tych wszystkich przytułków dla ubogich przyjęto wspólną nazwę „szpital”.

W Polsce szpitale zakładane były dzięki fundacjom biskupim, darowiznom królów oraz książąt, a ich prowadzenie powierzono zakonowi dominikanów, franciszkanów, augustianów, cystersów i joannitów. Uzupełnieniem działań charytatywnych Kościoła, zakonów i średniowiecznych władców był rozwój bractw religijnych, zrzeszeń zawodowych opartych na zasadzie wzajemności oraz władz miejskich i indywidualnej filantropii. Pierwszą polską fundacją charytatywną była ustanowiona w XI wieku fundacja wotywna z darowizny księcia Władysława Hermana w podziękowaniu za męskiego potomka. W wieku XIII i XIV z inicjatywy osób świeckich powstawały kolejne fundacje szpitalne<sup>24</sup>. Nie podważając wagi świeckich działań charytatywnych, należy przyznać, że największe zasługi w organizowaniu pomocy ubogim przypisuje się działalności Kościoła katolickiego. Warto podkreślić, że pierwsze instytucje opiekuńcze nie były tworzone przez państwo, lecz przez ludzi dobrej woli – określanych mianem fundatorów, filantropów, dobroczyńców, i były aktem miłosierdzia skierowanym do ludzi najczęściej ubogich<sup>25</sup>.

Nazwa „szpital” wywodzi się z łacińskiego słowa *hospitium* – dom przeznaczony dla gości, przy czym początkowo nie oddzielano gości (podróżnych) zdrowych od chorych. Źródła podają, że mieszkańcy szpitali reprezentowali sobą:

barwną mozaikę ludzkich losów i charakterów. W przytułkach znajdowali schronienie zarówno wysłużeni chłopci, jak i zubożali mieszkańcy miast, a nawet przedstawiciele gołoty szlacheckiej, inwalidzi, umysłowo chorzy, zniedołężniali i usunięci z domów

22 *Szpitalnictwo kościelne w archidiakonacie...*, dz. cyt., s. 17.

23 S. Lipiński, *Zakłady dobroczynne i domy poprawy w dawnej Polsce*, Łódź 2010, s. 9–10.

24 *Od filantropii do pomocniczości...*, dz. cyt., s. 36–37.

25 Zob. T. Zbyrad, *Opieka instytucjonalna – pomiędzy dobroczynnością a społeczną kontrolą*, „Praca Socjalna” 2015, nr 4, s. 54.

rodzinnych starcy, samotne wdowy i żebracy obok księży emerytów, byłych żołnierzy i chorych<sup>26</sup>.

Cechą charakterystyczną szpitali tworzonych na ziemiach polskich była ich lokalizacja w miastach oraz umieszczanie wszystkich uprawnionych osób razem, czyli brak odrębnych typów domów dla pensjonariuszy ze względu na płeć (kobiety i mężczyźni) czy stan zdrowia (zdrowi i chorzy). Szpitale początkowo przeznaczone były dla żebraków, ludzi ubogich, starych i niezdolnych do pracy. Nie przewidywano miejsca dla ludzi zdrowych, np. włączających się zdrowych żebraków<sup>27</sup>.

Pierwotnie w szpitalach ani nie leczono pensjonariuszy, ani też nie segregowano ludzi. Szpital w średniowieczu, a także w okresie XVI do XVIII wieku, pełnił funkcję przytułku, a nie lecznicy. Dlatego też wśród pensjonariuszy były osoby zarówno zdrowe, jak i chore. Zdaniem Mariana Surdackiego: „chorzy nie byli jego wyłączną czy uprzywilejowaną „klientelą”, stanowili tylko jedną z kategorii pensjonariuszy”<sup>28</sup>. Niesienie pomocy chorym było drugorzędną funkcją szpitala. Jak podał Franciszek Giedroyc, według danych z 1792 roku ze szpitala św. Łazarza wspólnie lokowano zdrowych i chorych.

Zadaniem braci było przede wszystkim nieść pomoc ubogim, jedną z postaci takiej pomocy był szpital dla starców i chorych, i braci mało interesowało, jak też tam tych chorych leczą, nie znali się zresztą na tym”<sup>29</sup>. Chociaż w tym samym szpitalu lokowano osoby zdrowe, jak i chore, to jednak większą dbałość przykładano do izolacji chorych: „nie tylko z obawy przed zarażeniem się, ale także dla własnej wygody. Dzięki odosobnieniu chorzy zyskiwali potrzebny im spokój, a zdrowi unikali wszelkiego rodzaju uciążliwości, jakie wiążą się zawsze z obecnością chorego czy cierpiącego”<sup>30</sup>.

W szpitalach bardziej troszczono się o duszę aniżeli o ciało. Już w momencie przyjęcia do szpitala sprawdzano „znajomość wiary i nakłaniano do odbycia spowiedzi”<sup>31</sup>. Według Mariana Surdackiego większą wagę przywiązywano do zbawienia duszy ubogiego chorego aniżeli jego wyleczenia. Zgodnie z postanowieniem synodu diecezjalnego w 1586 roku „zabroniono na nim wzy-

---

26 Z. Budzyński, *Dzieje opieki społecznej na ziemi przemyskiej i sanockiej (XV–XVIII wieku)*, Przemysł – Kraków 1987, s. 127.

27 Zob. *Opieka instytucjonalna...*, dz. cyt., s. 55.

28 M. Surdacki, *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*, Lublin 1992, s. 5.

29 F. Giedroyc, *Szpital św. Łazarza w Warszawie. Rys historyczny*, Warszawa 1897, s. 62.

30 *Opieka społeczna...*, dz. cyt., s. 157.

31 *Zakłady dobroczynne...*, dz. cyt., s. 223.

wania do chorych lekarzy ciał (*medici corporum*) przed przybyciem lekarza dusz czyli księdza (*medici animarum*). Zgodnie z postanowieniami synodalnymi diecezji kijowskiej z 1762 roku spowiednicy po wypowiedaniu chorego powinni pozostawić pisemne świadectwo lekarzowi<sup>32</sup>. Szpitale obok funkcji opiekuńczych i leczniczych pełniły także funkcje edukacyjno-duszpasterskie. Znajomość katechizmu była warunkiem wstępnym decydującym o przyjęciu do szpitala. Każdy dzień w szpitalu miał być wypełniony modlitwą i praktykami religijnymi<sup>33</sup>. Opiekę nad ubogimi i cierpiącymi Kościół uznawał zawsze za jedną z najważniejszych cnót i misji chrześcijańskich. Miejszem realizacji tego zadania początkowo stały się szpitale. Źródła podają, że: „prawie przy każdym kościele parafialnym istniał szpital dla ubogich”<sup>34</sup>.

Źródła podają też, że do XVIII wieku w świadomości społecznej krajów europejskich dominował pogląd, iż szpital ma służyć przede wszystkim ubogim, co wiązało się z chrześcijańską ideą miłosierdzia. Toteż pełniły role bardziej przytułków dla ubogich, starców, chorych, niedołączonych, sierot, podrzutków, a także stanowiły swego rodzaju hospicja dla umierających. Dopiero później szpitale zaczęły realizować funkcje medyczne. Już w czasach reformacji, a zwłaszcza po rewolucji francuskiej, rozpoczęła się sekularyzacja szpitali i przejmowanie kontroli nad nimi przez władze świeckie<sup>35</sup>.

Warto wspomnieć, że zanim szpitale przeszły pod jurysdykcję państwa, utrzymywały się same, nie obciążając innych. Każdy szpital miał swojego fundatora, co było istotne przy jego założeniu. Jednak utrzymywanie szpitala nie było łatwe. Każdy szpital był odrębną instytucją zarówno w zakresie funkcjonowania, jak i pozyskiwania środków. Z danych źródłowych wynika, że sposobem na pozyskiwanie funduszy była jałmużna, o którą starali się sami podopieczni: „zbieranie jałmużny na utrzymanie szpitala było jednym z wymogów stawianych jego pensjonariuszom”<sup>36</sup>. Zadanie to nie było trudne, gdyż opieka społeczna w średniowieczu: „opierała się na chrześcijańskiej motywacji i nobilitującej nędzę praktyce jałmużniczej. Przykłady licznych świętych świadczyły, że życie nędzarza utrzymującego się z jałmużny jest wzorem godnym naśladowania”<sup>37</sup>. Choć jałmużna nie była krytykowana i spotykała się ze społeczną aprobatą, to jednak była ona „przypadkowa i niepewna”. Zbierano

32 *Opieka społeczna...*, dz. cyt., s. 166.

33 *Opieka społeczna...*, dz. cyt., s. 167.

34 *Zakłady dobroczynne...*, dz. cyt., s. 11.

35 *Zakłady dobroczynne...*, dz. cyt., s. 9–10.

36 M. Piotrowska-Marchewa, *Nędzarze i filantropii. Problem ubóstwa w polskiej opinii publicznej w latach 1815–1863*, Toruń 2004, s. 84.

37 *Nędzarze i filantropii...*, dz. cyt., s. 84.

ją pod kościołami, na drogach i po domach. Szpitale otrzymywały też stałe jałmużny składane przez różne warstwy społeczne<sup>38</sup>.

Warto podkreślić, że wszelkie ówczesne działania opiekuńcze były podejmowane bądź przez Kościół katolicki, bądź odwoływały się do ludzkiej wrażliwości na krzywdę i los człowieka ubogiego. Utworzenie szpitala wymagało nakładów finansowych, a nade wszystko pozyskania sponsora (fundatora). Liczne są przykłady wśród fundatorów ludzi niezbyt majątnych, którzy wyzbywali się własnego majątku dla ratowania „nędzników”. Podkreślić należy fakt, że ówczesne ustawodawstwo państwowe nie przewidywało prowadzenia działań opiekuńczych, więc pozostawiano ubogich samym sobie bądź spontanicznym akcjom dobroczynnym, skazując ich na łaskę ludzi dobrej woli. Jak słusznie zauważył Paweł Staniszewski: „szpitalnictwo, które służyło ubogim i chorym, nie stało się w średniowieczu nigdy akcją społeczną, regulowaną prawem, choćby miejskim, i pozostało przez cały okres akcją charytatywną”<sup>39</sup>.

W historii dziejów dobroczynności wielkim reformatorem okazał się Piotr Skarga. Wniósł on nowe idee i zadania. Jego zasługą jest powołanie dwóch bractw: św. Barbary w Krakowie (1584) oraz Miłosierdzia w Warszawie (1590). Zadaniem bractwa było rozdawanie jałmużny ubogim po dokładnym rozpoznaniu stanu i przyczyn ubóstwa. Pierwszeństwo dawano chorym i kalekim przed zdrowymi, podupadłym członkom bractwa przed innymi. Członkowie bractwa nie tylko rozdawali jałmużnę, lecz także mieli obowiązek wyszukiwania pracy dla zubożałych i wpływania na nich moralnie, aby podnieść ich z nędzy. Pomysły na rozwój instytucji dobroczynnych czerpano z pobytu poza granicami kraju, głównie z Włoch. Założone przez niego instytucje dobroczynne odbiegały od obecnego na ziemiach polskich wzoru<sup>40</sup>. W drugim roku istnienia bractwa w Warszawie, tj. w 1591 roku, Piotr Skarga założył szpital „gnojowników”, później nazwany szpitalem św. Łazarza. Nazwa szpital „gnojowników” wiąże się z okolicznościami znajdowania pensjonariuszy. Jak podawał Giedroyc: „Bractwo, jak wiemy, zbierało do szpitali ubogich „w gnoju” leżących i żadnej od nich zapłaty nie wymagało”<sup>41</sup>.

Szpitały średniowieczne oparte na jałmużnie zachwiały się w czasach reformacji i renesansu. Przyczyniły się do tego nie tylko zmiany ideologiczne, które zachwiały fundamentami kościoła katolickiego, lecz także narastająca bieda i wzrastająca liczba ubogich. Ofiarności na rzecz ubogich wskutek narastającej ich liczby okazała się niewydolna. Nastąpiło przewartościowanie ubó-

38 *Opieka społeczna...*, dz. cyt., s. 245.

39 *Szpitalnictwo kościelne...*, dz. cyt., s. 81.

40 Zob. T. Zbyrad, *Renesansowe oblicza filantropii*, w: *Renesansowy ideał chrześcijanina. Źródła jedności narodów Europy*, red. W. Sajdek, Lublin 2006, s. 185.

41 *Szpital św. Łazarza...*, dz. cyt., s. 60.

stwa, a sami ubodzy utracili otaczający ich w średniowieczu nimb świętości. W XVI- i XVII-wiecznej Europie stan ubóstwa był postrzegany jako zło zagrażające porządkowi społecznemu<sup>42</sup>. Analiza danych źródłowych wskazuje, że pierwsze próby ingerencji państwa w opieką społeczną pojawiły się w Polsce w drugiej połowie XVIII wieku. Zaczęto tworzyć domy pracy dla ubogich na wzór zachodnich instytucji pracy przymusowej, a w szpitalach otwierano manufaktury. W tym okresie podjęto także próby ustanowienia państwowej opieki<sup>43</sup>. Utrata przez Polskę suwerenności przez 123 lata zróżnicowała działania w zakresie opieki nad ubogimi, uzależniając je w dużej mierze od woli zarborcy. Dopiero pierwsza ustawa z 1923 roku regulowała na nowo zakres opieki społecznej.

## Specjalizacja i prototypy instytucji opiekuńczych

W opiece stacjonarnej nad ubogimi z biegiem czasu dokonała się specjalizacja instytucji. Początkowo w szpitalach przyjmowano wszystkich ubogich, zarówno dorosłych, jak i dzieci. Pierwotnie zorganizowane formy opieki nad ubogimi nie uwzględniały kategorii dzieci. Traktowano je na równi z innymi pensjonariuszami, a nawet gorzej w tym znaczeniu, że nie zwracano na nie szczególnej uwagi. Początkowo w szpitalach nawet nie prowadzono rejestru dzieci. Jak podała Klara Antosiewicz z protokołu wizytacyjnego szpitala św. Ducha w Krakowie wykazano „liczbę 300 chorych, nie licząc dzieci”<sup>44</sup>. Opieka nad dziećmi w średniowiecznych szpitalach nie różniła się od opieki nad innymi pensjonariuszami. Brak specjalizacji w zakresie opieki był cechą charakterystyczną średniowiecznych szpitali. Nie tworzone odrębnych typów szpitali dla określonej grupy podopiecznych np. ze względu na wiek, płeć czy stan zdrowia chociaż niektóre ze szpitali i przytułków specjalizowały się w przyjmowaniu podrzutek, trędowatych lub chorych wenerycznie. W wiekach średnich na ogół dzieci nie mogły liczyć na odrębne zainteresowanie i specjalne miejsca pobytu przeznaczone tylko dla nich. Dzieci jak wszyscy inni potrzebujący pomocy były kierowane do szpitali-przytułków. Uchwała synodu prowincjalnego piotrkowskiego z 1530 roku nakazywała oddawać porzucone dzieci do przytułków dla dorosłych, przytułki dla sierot na ogół nie istniały.

42 Zob. *Renesansowe oblicza filantropii...*, dz. cyt., s. 179.

43 *Nędzarze i filantropii...*, dz. cyt., s. 99.

44 K. Antosiewicz, *Opieka nad chorymi i biednymi w krakowskim szpitalu św. Ducha (1220–1741)*, „Roczniki Humanistyczne” 1978, nr 2(26), s. 67.

Dopiero w 1758 roku ks. Piotr Baudouin poruszony wielką liczbą podrzutków i dzieci bez opieki założył dla nich w Warszawie Szpital dzieciątka Jezus<sup>45</sup>.

Wśród dzieci potrzebujących pomocy znaczne grono stanowiły dzieci porzucone przez rodziców. Były najczęściej z rodzin ubogich, które nie mogły wykarmić kolejnego dziecka, bądź też dzieci nieślubne. Pionierem zorganizowanej opieki nad dzieckiem porzuconym był: „Gabryel Baudouin zbierał dzieci wprost z ulicy i wyżebrawszy miejsce w parafii św. Krzyża, tu opiekował się dziećmi, karmił i odziewał”<sup>46</sup>. Skromne fundusze misjonarzy jednak nie pozwalały na zwiększanie liczby dzieci. Baudouin zbierał fundusze z ogromną wytrwałością i rozpoczął budowę domu, który ukończył w trzy lata. Nowy szpital (przytułek) nazwał Szpitalem Dzieciątka Jezus, a front domu ozdobił napisem: „Ojciec i matka opuścili mnie, a Bóg przyjął mnie do siebie”<sup>47</sup>. Zakład urządził w ten sposób, że każde niemowlę zaopatrzone było w odpowiednią tabliczkę zawieszoną na szyi i oddawane na wieś na wykarmienie do 7 roku życia. W szpitalu przyjmowano i zatrudniano karmiące matki. Po powrocie do zakładu, dzieci pobierały elementarną naukę i oddawane były do rzemiosła<sup>48</sup>. Szpital oferował także pomoc kobietom w ciąży, które nie decydowały się na wychowanie dziecka. W specjalnie wyznaczonych miejscach kobiety mogły pozostawić swoje dziecko. Osobom podrzucającym zapewniano dyskrecję. Również i te dzieci mogły liczyć na elementarne wykształcenie<sup>49</sup>.

Obok szpitali-przytułków historia wskazuje na tworzone w Polsce inne formy opieki nad dziećmi, jak chociażby założony w Sandomierzu w 1222 roku Instytut św. Ducha, który utrzymywał schroniska dla dzieci oraz starców. Wcześniej został utworzony przytułek dla podrzutków w Krakowie. W Grudniędzu w 1382 roku założono Dom dla Opuszczonych Dzieci. Następnie w 1448 roku powstał Dom Sierot w Tarnowie, w 1540 roku Szpital dla Dzieci w Drohobyczu, Dom Wychowawczy w Gdańsku – 1552 rok<sup>50</sup>. Jak zauważył Leon Dydusiak, tworzone w Polsce formy pomocy dzieciom wskazują na:

45 Zob. T. Zbyrad, *W trosce o dziecko – kształtowanie się form opieki od średniowiecznych szpitali do domów pomocy społecznej*, „Polska Myśl Pedagogiczna” 2016, nr 2, s. 393, <https://doi.org/10.4467/24504564PMP.16.023.6701>.

46 J. Zawadzki, *Zasady opieki społecznej. Wykłady w Szkole Nauk Politycznych w Warszawie w 1934 r.*, Warszawa 1935, s. 21.

47 *Zasady opieki społecznej...*, dz. cyt., s. 21–22.

48 M. Balcerek, *Rozwój opieki nad dzieckiem w Polsce w latach 1918–1939*, Warszawa 1978, s. 43.

49 Zob. T. Zbyrad, *Opieka nad dziećmi w średniowiecznych szpitalach- przytułkach*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2013, nr 5, s. 55.

50 J. Lubczyński, *Porzucanie dzieci w świetle historii*, „Opiekun Społeczny” 1937, s. 6–7.

„pierwsze przebłytki zrozumienia opieki nad dzieckiem, traktowanej jednak łącznie z opieką ogólną”<sup>51</sup>.

W Polsce zdecydowanie później aniżeli na świecie zorganizowano opiekę nad dzieckiem. Według dostępnych źródeł pierwszy dom (zakład) dla dzieci, najczęściej porzucanych przez niezamężne matki, zorganizowano w VIII wieku w Mediolanie. W 1204 roku papież Innocenty III założył Zakład im. św. Ducha dla dzieci porzucanych, co zapoczątkowało rozwój zakładów. Zasadnicza zmiana stosunku do dzieci osieroconych, opuszczonych, upośledzonych, pozbawionych środków do życia, moralnie zaniedbanych i występnych nastąpiła pod koniec XVIII wieku pod wpływem ówczesnych procesów ekonomicznych i filozofii oświecenia. Na przełomie XVIII i XIX wieku podjęto głównie we Francji, Belgii, Szwajcarii, Anglii, Niemczech – wiele prób nie tylko opieki nad dziećmi biednymi, opuszczonymi, upośledzonymi, występny, ale i kształcenia ich<sup>52</sup>. Na przełomie wieków nastąpił rozwój form opieki, dziecko przeszło z peryferii do centrum zainteresowań.

Drugą kategorią osób (oprócz dzieci), wobec których postępowała powolna specjalizacja opieki instytucjonalnej, były osoby upośledzone umysłowo. Zdaniem Krystyny Mrugalskiej jeszcze w XVIII wieku ludzi upośledzonych nazywano obłąkanymi, a stan ten lokowano w hierarchii obok żebraków, bezdomnych, włóczęgów, skąpców, donosicieli, skazańców i wszystkich innych, którzy naruszali porządek publiczny. Zamykano ich w więzieniach, szpitalach i domach przymusowych. W owych czasach nie odróżniano upośledzenia umysłowego od choroby psychicznej<sup>53</sup>.

W historii rozwoju opieki nad osobami psychicznie chorymi i upośledzonymi w Polsce, wyróżnia się trzy okresy: pierwszy – od czasów najdawniejszych do końca XV wieku, wówczas psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo nie leczono, lecz traktowano ich ze zrozumieniem oraz podejmowano pojedyncze próby opieki nad nimi; drugi okres – od początku XVII wieku do roku 1832 roku, kiedy z jednej strony prześladowano obłąkanych i opętanych, a z drugiej rozwijano społeczne formy opieki nad nimi w myśl zasady miłości bliźniego; i trzeci – od 1832 roku, kiedy to państwa zaborcze przejęły od duchowieństwa podstawowe zadania opieki nad psychicznie chorymi i upośledzonymi umysłowo. Warto dodać, że w XV i XVI wieku osoby upośledzone fizycznie lub umysłowo były umieszczane w przytułkach obok ludzi pozbawionych rodziny, żebrzących, włóczęgów i występnych. Przytułki

51 L. Dyduśiak, *Opieka publiczno-prawna nad dzieckiem w Polsce*, rozprawa doktorska przyjęta przez Radę Wydziału Prawa i Um. Polit. Uniwersytetu J. K. we Lwowie, Lwów 1938, s. 103.

52 *Rozwój opieki...*, dz. cyt., s. 34–36.

53 K. Mrugalska, *Ludzie z upośledzeniem umysłowym. Od zamknięcia i filantropii do praw*, „Praca Socjalna” 1995, nr 1, s. 5.

te lokowano poza miastem, w budynkach i pomieszczeniach, gdzie często nie dochodziło światło, a wilgoć, zimno, głód, brak opieki lekarskiej przyspieszały i zwiększały śmiertelność tych nieszczęśników. Znaczną rolę w rozwoju opieki wychowawczej nad upośledzonymi umysłowo odegrały niektóre zakony. Wymienić tu należy bonifratrów, zwanych braćmi miłosierdzia, którzy w 1610 roku założyli w Krakowie szpital, a następnie w 1650 roku otworzyli w Warszawie przytułek dla upośledzonych umysłowo i poszukiwali skutecznych metod ich wychowywania<sup>54</sup>.

Trzecią kategorią osób (obok dzieci i upośledzonych umysłowo), wobec której dokonała się specjalizacja w instytucjach opieki stacjonarnej, były osoby starsze. Ludzie starzy bardzo długo byli umieszczani w szpitalach obok chorych, kalek i włóczęgów. Pierwsze wzmianki o tworzeniu odrębnych domów dla ludzi starszych (kapłanów) znajdujemy w synodach biskupich. Jak napisał Bolesław Kumor:

Nową inicjatywę w ramach działalności charytatywnej w stosunku do potrzebujących duchownych podjął w 1601 roku biskup krakowski Bernard Maciejowski. Na synodzie diecezjalnym postanowił mianowicie wybudowanie w Krakowie domu dla kapłanów chorych lub też w podeszłym wieku w diecezji krakowskiej, gdzie mieli otrzymać utrzymanie, mieszkanie i potrzebną obsługę. Na ten cel przeznaczono połowę majątku intestowanego po zmarłych kapłanach i specjalną pomoc biskupa<sup>55</sup>.

Według danych źródłowych (archidiaconatu łowieckiego i łęczyckiego) pierwszy Dom Księży Emerytów powstał w Łowiczu. Inicjatywa wyszła od prymasa Wawrzyńca Gembickiego na synodzie archidiecezji gnieźnieńskiej, który odbywał się 14 i 15 października 1620 roku. Dom ten przeznaczony był dla księży, którzy nie mogli już czynnie pracować w duszpasterstwie (z racji wieku, inwalidztwa lub choroby psychicznej)<sup>56</sup>.

Pewną specjalizację, jeśli chodzi o segregację pensjonariuszy w szpitalach, zauważamy, dokonując analizy niektórych bractw. Na przełomie XVI i XVII wieku bractwa zaczęły wprowadzać do dobroczynności nowe elementy, wśród których zauważa się pewną typologię szpitali, w tym zarówno przytułki dla osób starszych, jak i zróżnicowane formy pomocy. Bractwa dawały jałmużnę ubogim, indywidualizując pomoc; opiekowały się ubogimi w ich miejscu zamieszkania za pośrednictwem opiekunów ubogich; zakładały przytułki dla

54 *Rozwój opieki...*, dz. cyt., s. 47–48.

55 B. Kumor, *Opieka społeczna Kościoła w polskim ustawodawstwie synodalnym (przed rokiem 1772)*, „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne” 1973, t. 20, z. 4, s. 63.

56 *Szpitalnictwo kościelne...*, dz. cyt., s. 155.



starców i kalek, dla sierot (i kształcili je w rzemiosłach), szpitale dla chorych, a także fundowały lombardy<sup>57</sup>.

W danych źródłowych znajdujemy często wzmianki o tzw. szpitalach specjalnych, które zakładane były tylko dla wybranej kategorii ubogich. W tego rodzaju przytułkach mogli znaleźć schronienie i utrzymanie ubodzy z wyraźnie określonych statutem środowisk społeczno-zawodowych, a więc: księża-emeryci, inwalidzi wojenni, żebracy, wdowy<sup>58</sup>. Zwłaszcza osoby starsze traktowano w sposób szczególny. Uważano, że ich ubóstwo nie jest zawinione i że te osoby własnym staraniem nie mogą utrzymać się przy życiu. Toteż usprawiedliwiano wszelką działalność dobroczynną dla tych osób:

W myśl pojęcia dobroczynności, należy pomagać wszystkim tym, którzy sami sobie poradzić nie umieją [...]. Ludzie znajdujący się w położeniu fizycznej niemożności dania sobie rady, są to chorzy chwilowo lub nieuleczalni, kalecy, starcy i dzieci. Dla tej kategorii powstaje przemożna część zakładów dobroczynnych jako to: szpitale, przytułki, domy sierot, i wszelkie inne stowarzyszenia w tym rodzaju<sup>59</sup>.

Osoby starsze przez wieki pozostawały w przytułkach wraz z innymi pensjonariuszami zaliczanymi do różnych kategorii (wyjątek stanowiły domy specjalne). Najdłużej przebywały z kalekami i innymi chorymi. Motywem utrzymywania zakładów dla tej grupy pensjonariuszy był fakt niemożności zarobkowania. W sprawozdaniu RGO za 1835 rok czytamy: „w kraju naszym [...] znajduje się wiele ubogich kalek na utrzymanie życia zarobić niezdolnych, jako ślepych, głupowatych, głuchych, głuchoniemych, niedołącznych starców, inwalidów”<sup>60</sup>.

Historia działań filantropijnych w zakresie opieki społecznej wskazuje, że aż do XIX wieku państwa i gminy nie zajmowały się pomocą ubogim, pozostawiając tę dziedzinę inicjatywie prywatnej i kongregacjom religijnym. Z danych źródłowych wynika, że:

Do końca istnienia Rzeczypospolitej szlacheckiej system opieki nad ubogimi nie uległa zasadniczej zmianie. Władze państwowe nie ingerowały w działalność charytatywną Kościoła i stowarzyszeń dobroczynnych, interesując się jedynie tymi środowiskami ubogich, które mogły stanowić zagrożenie dla istniejącego porządku prawnego. Dotyczyło ono głównie marginesu społecznego oraz niektórych kategorii ubogich, a mia-

57 *Zasady opieki społecznej...*, dz. cyt., s. 20.

58 *Dzieje opieki społecznej...*, dz. cyt., s. 58.

59 K. Gide, *Rozwój instytucji społecznych*, Warszawa 1910, s. 360.

60 J. Fijałek, *Instytucje pomocy materialno-zdrowotnej w Łodzi i okręgu łódzkim do (wiek XIX do roku 1870)*, Łódź 1962, s. 101.

nowicie niezwiązanych poddaństwem tzw. ludzi luźnych [...]. Problem ludzi ubogich najbardziej interesował szlachtę i państwo szlacheckie ze względów gospodarczych. Walka szlachty o ręce do pracy na folwarku powodowała owe staranne selekcje i wychwytywanie ludzi zdolnych do pracy, a odrzucanie ludzi kalekich. Tymi ostatnimi już się nie interesowano, nie mieli oni dla szlachty żadnego znaczenia i lokowani byli w szpitalach i tu pozostawieni bez środków do życia<sup>61</sup>.

Utrata przez Polskę niepodległości zaprzepaściła wiele działań opiekuńczych, były one realizowane w zależności od woli zaborcy, o czym pisała Ewa Leś:

Odtąd przez 123 lata, funkcjonowanie społeczeństwa i jego instytucji odbywać się będzie według zasad narzuconych przez państwa zaborcze, a niekiedy wbrew nim. Utrata niepodległości zbiegła się z kryzysem gospodarki folwarczno-pańszczyźnianej i rozwojem przemysłu na ziemiach polskich. towarzyszyła temu pauperyzacja ludności oraz wzrost liczby dzieci porzuconych, zaniedbanych i dotkniętych demoralizacją, a także wyraźny wzrost przestępczości młodocianych<sup>62</sup>.

Dopiero na początku XX wieku zaczęła krystalizować się opieka zakładowa zamknięta. Rewolucyjne znaczenie miała pierwsza w Polsce ustawa o opiece społecznej z dnia 16 sierpnia 1923 roku. Nastąpiła specjalizacja poszczególnych instytucji opiekuńczych ze względu na rodzaj pensjonariuszy. Zgodnie z ustawą rozciągnięto opiekę nad: niemowlętami, dziećmi, młodzieżą, starcami, inwalidami, kalekami, nieuleczalnie chorymi, upośledzonymi umysłowo i niezdolnymi do pracy. Jednocześnie podjęto walkę z żebractwem, wólcęgostwem, alkoholizmem i nierządem<sup>63</sup>. Z opieki ogólnej wyodrębniono zakłady dla dzieci, kalek i starców. Stworzono formy opieki otwartej i zamkniętej. Termin „opieka zamknięta” stosowano wobec opieki zakładowej, zatem w przypadku umieszczenia potrzebującego w zakładzie. Opieka otwarta była świadczona w domu osoby potrzebującej. Warto jeszcze zwrócić uwagę na cele opieki – zarówno zamkniętej, jak i otwartej:

Opieka stała dąży do tego, ażeby jej pupile mogli dokonać swego żywota w warunkach możliwie jak najlepszych. Opieka zaś czasowa ma za zadanie dostarczenie swoim

---

61 *Szpitalnictwo kościelne...*, dz. cyt., s. 55–56.

62 *Od filantropii do pomocniczości...*, dz. cyt., s. 76.

63 Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej (Dz. U. RP, Nr 92, poz. 726).

pupilom takich warunków utrzymania i wychowania, ażeby jak najprędzej przestali korzystać z opieki publicznej i stali się samodzielnymi obywatelami<sup>64</sup>.

Opieka społeczna koncentrowała się na zaspokajaniu niezbędnych do życia potrzeb, była formą ratownictwa najczęściej od śmierci głodowej.

## Wnioski

Rozwój instytucji pomocy społecznej w całej Europie aż do XIX wieku opierał się na niepublicznych systemach wsparcia, tj. rodzinie, społeczności lokalnej, pozarządowych organizacjach świeckich, kościelnych i związkach wyznaniowych. Dobrowolne działania wobec potrzebujących zastępowały powinności państwa. Jak zauważył Jerzy Krzyszkowski:

rozwój instytucji pomocy społecznej można ukazać w sposób linearny, eksponując elementy ciągłości i wzrostu, od prostych, naturalnych systemów wsparcia do złożonych, publicznych systemów państwowych [...]. Zmieniały się zasady dostępności (selektywne i uniwersalne) i formy pomocy oraz relacje między odbiorcą świadczeń i ich dawcą. Współwystępowały praktyki uniwersalistyczne i selekcjonujące, wykluczające, wskazujące na priorytet interesu ogółu nad dobrem jednostki<sup>65</sup>.

Zanim państwo rozciągnęło parasol ochronny nad ludźmi ubogimi, człowiek stary, chory lub kaleki był traktowany jako mniej użyteczny społecznie i podlegał różnym formom dyskryminacji oraz marginalizacji. Taki człowiek był traktowany przedmiotowo, a jego wartość rosła wraz ze zdolnością do pracy, dlatego też nie było większego zainteresowania jego losem ze strony władz państwowych. Ci ludzie skazani byli na „łaskę” innych. Brak ingerencji ze strony państwa w funkcjonowanie pierwotnych szpitali należy także ujmować w kategoriach racjonalnej użyteczności, tj. samoistnego rozwiązywania problemów poprzez akty działań filantropijnych bez udziału, zaangażowania i nakładów ze strony państwa<sup>66</sup>.

Kształtowanie instytucji pomocy społecznej w sytuacji braku polityki społecznej państwa pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków. Po pierwsze, w tworzeniu pierwszych nieformalnych form opieki nad ludźmi potrze-

64 K. Koralewski, *Opieka społeczna (Dobroczynność Publiczna)*, Warszawa 1918, s. 119.

65 J. Krzyszkowski, *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Łódź 2010, s. 27.

66 Zob. T. Zbyrad, *Od instytucji totalnej ku demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*, Kraków 2014, s. 38.

bującymi pomocy kluczowe okazały się inicjatywy jednostkowe. Po drugie, istotną rolę odegrał Kościół katolicki, zakładając nie tylko szpitale, ale także wzmacniając konieczność podejmowania działań dobroczynnych, w tym udzielania jałmużny. Po trzecie, pierwsze formy opieki zorganizowanej oparte były na środkach pozyskanych przez fundatorów, filantropów i darczyńców. Po czwarte, pierwsze zakłady opiekuńcze pozbawione były specjalizacji, umieszczano w nich wszystkich potrzebujących pomocy bez względu na wiek, płeć i stan zdrowia. Po piąte, człowiek w instytucji opiekuńczej był jednym z wielu, potrzeby indywidualne nie były brane pod uwagę.

Wraz z tworzeniem form opieki na fundamentach państwowych i regulacjach prawnych zakończył się etap samowolnych, niekontrolowanych i nieformalnych działań, w których człowiek nie mógł być pewny, że uzyska pomoc. Dopiero wiek XX przyniósł istotne zmiany w zakresie organizowania instytucji opiekuńczych. Zarówno dokumenty międzynarodowe, jak np. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (1948), rozszerzające prawa człowieka, jak i tendencje wolnościowe uwzględniające indywidualne potrzeby, sprawiły, że instytucje opiekuńcze zmieniły się z zamkniętych zakładów o rygorystycznych zasadach funkcjonowania w otwarte i przyjazne dla ludzi miejsca pobytu – domy pomocy społecznej. Sam człowiek w instytucji przeszedł zaś drogę od izolacji, bierności i przedmiotowego traktowania do centrum, integracji aktywności i podmiotowości. Instytucje się zmieniły, ewoluowały, przechodząc od ogółu, nadzoru i kontroli nad podopiecznymi, do specjalizacji i partnerskich relacji uwzględniających indywidualne potrzeby swoich mieszkańców.

## Bibliografia

- Adamski F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002.
- Antosiewicz K., *Opieka nad chorymi i biednymi w krakowskim szpitalu św. Ducha (1220-1741)*, „Roczniki Humanistyczne” 1978, nr 2(26), s. 35–79.
- Auleytner J., *Polityka społeczna czyli ujarzwienie chaosu socjalnego*, Warszawa 2002.
- Balcerek M., *Rozwój opieki nad dzieckiem w Polsce w latach 1918–1939*, Warszawa 1978.
- Budzyński Z., *Dzieje opieki społecznej na ziemi przemyskiej i sanockiej (XV–XVIII wieku)*, Przemyśl – Kraków 1987.
- Dyduśiak L., *Opieka publiczno-prawna nad dzieckiem w Polsce*, Lwów 1938.
- Gide K., *Rozwój instytucji społecznych*, Warszawa 1910., Mazowiecka 8.
- Giedroyc F., *Szpital św. Łazarza w Warszawie. Rys historyczny*, Warszawa 1897.

- Fijałek J., *Instytucje pomocy materialno-zdrowotnej w Łodzi i okręgu łódzkim do (wiek XIX do roku 1870)*, Łódź 1962.
- Każmierczak T., Łuczyńska M., *Wprowadzenie do pomocy społecznej*, Warszawa 1996.
- Koralewski K., *Opieka społeczna (Dobroczynność Publiczna)*, Warszawa 1918.
- Królikowska J., *Socjologia dobroczynności. Zarys problematyki biedy i pomocy na tle doświadczeń angielskich*, Kraków 2004.
- Krzyszczowski J., *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Łódź 2010.
- Kumor B., *Opieka społeczne Kościoła w polskim ustawodawstwie synodalnym (przed rokiem 1772)*, „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne” 1973, t. 20, z. 4, s. 55–65.
- Kurzynowski A., *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2006.
- Leś E., *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, Warszawa 2000.
- Leś E., *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Warszawa 2001.
- Lipiński S., *Zakłady dobroczynne i domy poprawy w dawnej Polsce*, Łódź 2010.
- Lubczyński J., *Porzucanie dzieci w świetle historii*, „Opiekun Społeczny” 1937, s. 6–7.
- Malinowski B., *Aborygeni australijscy. Socjologiczne studium rodziny i inne prace przedterenowe*, Warszawa 2002.
- Mrugalska K., *Ludzie z upośledzeniem umysłowym. Od zamknięcia i filantropii do praw*, „Praca Socjalna” 1995, nr 1, s. 5–9.
- Piotrowska-Marchewa M., *Nędzarze i filantropii. Problem ubóstwa w polskiej opinii publicznej w latach 1815–1863*, Toruń 2004.
- Radwan-Pragłowski J., Frysztański K., *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi: od filantropii greckiej do pracy socjalnej*, Katowice 1998.
- Ratyński W., *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, Warszawa 2003.
- Słownik Wyrazów Obcych*, red. I. Kamińska-Szmaj, Warszawa 2001.
- Staniszewski P., *Szpitalnictwo kościelne w archidiecezji łęczyckiej i łowickiej do 1795 roku*, Warszawa 2004.
- Surdacki M., *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*, Lublin 1992.
- Szczański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1970.
- Trafiałek E., *Polityka społeczna dla pedagogów i służb społecznych*, Tarnobrzeg 2007.
- Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej (Dz. U. RP, Nr 92, poz. 726).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593).

- Zalewski D., *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*. Warszawa 2005.
- Zawadzki J., *Zasady opieki społecznej. Wykłady w Szkole Nauk Politycznych w Warszawie w 1934 roku*, Warszawa 1935.
- Zbyrad T., *Od instytucji totalnej ku demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*, Kraków 2014.
- Zbyrad T., *Opieka instytucjonalna – pomiędzy dobroczynnością a społeczną kontrolą*, „Praca Socjalna” 2015, nr 4, s. 53–65.
- Zbyrad T., *Opieka nad dziećmi w średniowiecznych szpitalach- przytułkach*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 2013, nr 5, s. 52–56.
- Zbyrad T., *Renesansowe oblicza filantropii*, w: *Renesansowy ideał chrześcijanina. Źródła jedności narodów Europy*, red. W. Sajdek, Lublin 2006.
- Zbyrad T., *W trosce o dziecko – kształtowanie się form opieki od średniowiecznych szpitali do domów pomocy społecznej*, „Polska Myśl Pedagogiczna” 2016, nr 2, s. 391–409, <https://doi.org/10.4467/24504564PMP.16.023.6701>.