

Kształtowanie się opieki pielęgnacyjnej nad chorymi w Europie Zachodniej w XVIII i w I połowie XIX wieku

The development of nursing care of the sick in Western Europe in the 18th and the first half of the 19th centuries

Jerzy Supady

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Medical University in Łódź, Poland

Article history:

Otrzymano/Received: 29.03.2019
Przyjęto do druku/Accepted:
31.03.2019
Opublikowano/Publication date:
Kwiecień 2019/April 2019

Streszczenie

Ideologia oświecenia oraz Rewolucja we Francji miały bardzo negatywny wpływ na działalność zgromadzeń zakonnych w zakresie opieki nad chorymi w szpitalach w XVIII wieku. Cesarz Napoleon I starał się naprawić zaistniałą sytuację, przywracając siostram zakonnym prawo pielęgnacji chorych. W Niemczech w I połowie XIX wieku ciężar opieki nad chorymi spoczywał na zakonach katolickich, a od lat 30. do pracy charytatywnej w szpitalach włączył się także kościół ewangelicki, zatrudniając w tym celu kobiety świeckie, tzw. diakonise.

Słowa kluczowe: pielęgnowanie chorych, Herman Boerhaavow, Franz Anton Mai, Theodor Fliedner

Wraz z upływem XVII stulecia pojawiła się w Europie Zachodniej nowa rzeczywistość polityczno-społeczna, która miała ogromny wpływ na ówczesne życie kulturalne i naukowe. Postawiła także opiekę pielęgnacyjną nad ludźmi chorymi w całkowicie odmiennej sytuacji, której konsekwencje doprowadziły do atrofii dawnej, tradycyjnej chrześcijańskiej zasady *Caritas* w konfrontacji, z którą wiek XVIII wydawał się „ciemną epoką”. Ten kryzys opieki nad chorymi w okresie panoszącego się rokoka sprawił, że w perspektywie historycznej pojawiła się ostro zarysowana granica pomiędzy czasem oświecenia a XIX-wiecznym rozwojem organizacyjnym i naukowym europejskiego romantyzmu, nazwanego na zasadzie przeciwieństwa „jutrzemką”. Destrukcja XVIII-wiecznych zewnętrznych i wewnętrznych struktur leczenia i opieki pielęgnacyjnej prezentowała się inaczej w I – spokojnej i II – bardzo burzliwej połowie stulecia.

Na początku XVIII w. nauczanie i praktyczne ćwiczenie medycyny odbywało się jeszcze zwykłą, dotychczasową koleją. Nowe szpitale budowano na wzór feudalnych rezydencji władców absolutnych. Potężne gmachy miały skrzydła boczne i część centralną, w której lokowano kaplicę lub kościół. Takie trzyskrzydłowe szpitale przetrwały do naszych czasów, jednakże w miejscach dawniej sakralnych, znajdują się teraz sale zabiegowe i operacyjne, albo pomieszczenia dla administracji [1].

Następcy i kontynuatorzy powołanego do świętości w 1737 r. Vincenta de Paulo tworzyli nadal zgromadzenie pielęgnacyjno-opiekuńcze, wzorowane na strukturach Sióstr Miłosierdzia. Do tej kategorii związków należy zaliczyć powstałe w 1652 r. zgro-

madzenie sióstr Karola Boromeusza, a także Córki świętego Tomasza z Villeneuve, Córki Bożej Mądrości, Córki od Świętego Krzyża i inne kongregacje działające we Francji przed Rewolucją. Ich praca pielęgnacyjna, oparta na ówczesnej wiedzy z tego zakresu, dużą wagę przywiązywała do ustaleń dietetycznych, których wzorce były opracowywane i ogłaszane drukiem przez lekarzy. Za przykład posłużyć może opublikowana w 1746 r. praca medyka z Saksonii, Johanna Strocha, pt. *Wohlunterrichtete Kranckenwärterin (Dobre nauczanie opiekunek chorych)*, a jej treść mieściła się w ramach ówczesnych pojęć.

Problemem były jednak praktyczne ćwiczenia zawodowe zakonnic w konfrontacji z aktualnymi w XVIII w. zjawiskami. Szpitale, tak jak dawniej, przyjmowały pod swoją opiekę nie tylko chorych, ale także ludzi bezdomnych, biedaków, włóczęgów i żebraków, powodując tym samym przepełnienie obiektów i ich fatalny stan higieniczno-sanitarny. Prowadzone wojny i klęski nieurodzaju pomnażały nędzę i głód. Gromady bezdomnych i ubogich osób zapełniały drogi i ulice osiedli i miast; z nich rekrutowali się szpitalni bywalcy.

Przepełnione szpitale uniemożliwiały właściwe, zgodne z przyjmowaną regułą, wykonywanie pracy przez zakonną personel, który był poza tym bardzo nisko wynagradzany. To wpłynęło na obniżenie *niveau* ogólnego stanu pielęgnowania chorych. Brak osób zajmujących się w szpitalu opieką nad chorymi, przełożeni mogli uzupełniać, odwołując się do środowisk ludności niewykształconej i nisko stojącej w hierarchii społecznej.

Naszkicowany obraz opieki pielęgnacyjnej miał swoje podłoże w ogólnych przemianach polityczno-społecznych oraz zna-

czącym rozwoju medycyny, która personelowi pomocniczemu zaczęła stawiać inne i większe wymagania.

Istniejący stan rzeczy wytyczał na przyszłość trzy linie rozwojowe opieki zdrowotnej. Pierwsza wiązała się z koniecznością przekształcenia dotychczasowych miejsc leczenia chorych o charakterze przytułków w nowoczesne, dostosowane do nowych potrzeb, szpitale. Medycyna, która w feudalnych strukturach szpitalnych ograniczała się w dużej mierze do udzielania rad pacjentom, stała się dziedziną wiedzy dynamicznie rozwijaną, m.in. poprzez nauczanie i praktykę przy łóżku chorego. Pacjent stał się przedmiotem starań terapeutycznych i przedmiotem obserwacji naukowych, ukierunkowanych na trapiącą człowieka chorobę. Zasadniczą rolę w rozwoju klinicznego nauczania medycyny przypisać należy lekarzowi holenderskiemu, Hermanowi Boerhaavowi (1668–1738), który zyskał powszechne uznanie jako utalentowany praktyk. W leczeniu stosował metody proste i powiązane z naturą. Do szpitala wprowadził mierzenie ciepłoty ciała przy użyciu termometru alkoholowego. W pracy przy łóżku chorego kładł nacisk na obserwację pacjentów. W diagnostyce dużą wagę przykładał do anamnezy oraz badania objawów chorobowych wszystkimi dostępnymi zmysłami. Za życia zyskał rozgłos jako profesor kliniki chorób wewnętrznych i patologii. Codzienna kontrola efektów stosowanego leczenia była naczelnym nakazem jego postępowania [2].

Pochodzący z różnych regionów Europy uczniowie Boerhaava przeszczepili myśli uczonego do swoich krajów. Wyrazem tych wpływów było otwarcie w Wiedniu w 1784 r. przez cesarza Józefa II wielkiego szpitala ogólnego, w którym wydzielone zostały części dla chorych, dla przewlekle chorych, czyli chronicznych, dla podrzutków, dla chorych psychicznie oraz położnic. Szpital posiadał 2000 łóżek. Stał się też wzorcem dla biskupa Franza Ludwiga von Erthal, twórcy podobnego obiektu w Barmbergu, z przeznaczeniem dla chorych rokujących nadzieję na wyleczenie. Według nowych pomysłów przeobrażono miejski szpital dla biednych w Berlinie, tworząc słynny *Charite*. Także w Würzburgu unowocześniono szpital św. Juliusza. We Francji w następstwie Rewolucji zlikwidowano katolickie klasztory, a ich budynki w wielu przypadkach zamieniono na szpitale. Powstał trend do izolacji i podziału hospitalizowanych pacjentów w celu poprawy opieki nad nimi. Szczególnie silny nacisk zaczęto kłaść na higienę socjalną za sprawą takich uczonych jak Johann Peter Frank (1745–1821), którego wielotomowe dzieło *Pełny system policji lekarskiej* stało się podstawą nowoczesnej higieny. Nota bene, Frank był wieloletnim kierującym pracą wspomnianego szpitala wiedeńskiego, w którym wprowadził stałe, całodobowe dyżury lekarskie [3].

Druga linia rozwojowa wiązała się ściśle ze zmianą składu socjalnego szpitalnych pacjentów. W przeszłości, jak wiadomo, ludzie zamożni, m.in. szlachta, miejski patriarchy, nie korzystali z usług szpitali-przytułków, leczenie w razie choroby powierzając prywatnej opiece medyków. Na początku XIX w., kiedy warunki organizacji i terapii szpitalnej uległy zasadni-

czej zmianie, a lekarze mogli swoją wiedzą budzić zaufanie, do leczenia w szpitalach zaczęli się zgłaszać ludzie z wyższych warstw społecznych. Do korzystania z zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej zachęcał także wysoki standard pomieszczeń szpitalnych, np. mniejsze lub pojedyncze sale chorych, utrzymywane w czystości, zgodnie z ówczesnymi wymaganiami higienicznymi. Należy podkreślić, że w tym czasie nastąpiło zrównanie chirurgii z medycyną kliniczną pod względem statusu zawodowego, a terapię zabiegową w szpitalach zaczęto praktykować razem z położnictwem. Zmiana składu socjalnego pacjentów miała zasadniczy wpływ na projektowanie organizacji oraz terapii pielęgnacji szpitalnej.

Powyżej opisane przesłanki wpłynęły na wzrost wymagań kierowanych pod adresem personelu średniego opiekującego się chorymi. Na przeszkodzie racjonalnej i efektywnej opieki stanął brak odpowiedniego wykształcenia osób zajmujących się pielęgnacją pacjentów. Podniesienie kwalifikacji zawodowych tych ludzi determinowało trzecią drogę rozwojową ówczesnej opieki medycznej. Pod koniec XVIII w., kiedy Rewolucja we Francji dokonała usunięcia ze szpitali doświadczonych w pielęgnowaniu chorych kadry zakonnej, nastąpiło całkowite załamanie na tym polu, któremu starano się zaradzić za rządów cesarza Napoleona I, przywracając zakonnicom niegdyś pracującym w szpitalach dawne prawa. Także w innych krajach echa wypadków we Francji oraz zachodzące zmiany w dziedzinie nauk medycznych miały destabilizujący wpływ na dotychczas wykonywaną przez zgromadzenia katolickie opiekę pielęgnacyjną. To spowodowało ciężki kryzys w nowożytnej historii opieki nad chorymi. Jego przyczyny, oprócz powyżej wspomnianych, były kwantytatywnej natury i wiązały się z faktem powstania bardzo dużych szpitali, np. we Francji w budynkach odebranych klasztorom; nowych wyzwań i zadań, które stanęły przed opieką pielęgnacyjną w związku z dynamicznym rozwojem nauk medycznych; dotkliwego braku personelu pielęgnacyjnego; nieistnieniem skutecznego i rzeczowego kształcenia tego personelu.

W różnych regionach i krajach Europy Zachodniej zaczęto rozmyślać nad utworzeniem modelowej instytucji szpitalnej, w której byłaby nie tylko uwzględniona i dostatecznie ukształtowana sytuacja pielęgnacyjna, lecz również warstwa racjonalnie pojmowanej i praktykowanej medycyny.

Przygotowania w tym kierunku podjął Niemiec, Franz Anton Mai (1742–1814), nadając silne impulsy wprowadzanym reformom. Mai, podobnie jak jego towarzysz z okresu studiów Johann Peter Frank, postulował utworzenie, działającej pod egidą państwa, policji lekarskiej, chociaż z drugiej strony był głęboko przeświadczony, że przepisy prawne i zarządzenia nie poprawią stanu zdrowotnego ludności. Realne wyjście z sytuacji upatrywał w eliminacji niekorzystnych warunków życiowych oraz rozumnej regulacji egzystencji dnia codziennego każdego, indywidualnego człowieka. Czynnione z zapałem przedsięwzięcia zaowocowały poprawą higieny szkolnej, higieny pracy rzemieślników oraz utworzeniem kas chorych dla biedaków.

Mai starał się zainteresować społeczeństwo swoimi pomysłami, wypowiadając się na ten temat w prasie oraz w publicznych wystąpieniach. Był przekonany, że „nie tylko same lekarstwa, ale dobra opieka podczas choroby, a także duchowe pokrzepianie pacjenta jest zasadniczym elementem przywrócenia choremu zdrowia”.

F.A. Mai za zgodą rządu krajowego założył w Mannheimie szkołę dla osób pielęgnujących chorych, która podjęła pracę 30 czerwca 1781 r. Jej celem było, „dobrego hipokratejskiego obserwatora posadzić przy łóżku chorego”, czyli program szkoły wychodził naprzeciw ogłoszonym 100 lat wcześniej postulatami H. Boerhaava. Według Maia nauka pielęgnowania chorych winna stać się „gałęzią wiedzy leczniczej”. Kierując się wspomnianymi przekonaniem osobiście nauczał w szkole personel opiekujący się chorymi w szpitalach, w tym położne, wdowy i kobiety z dziećmi, a także chirurgów. Nauka trwała trzy miesiące, kontrolowana cotygodniowymi egzaminami i egzaminem końcowym. Podstawą programu kształcenia była treść książki pt. *Unterricht für Krankenwärter zum Gebrauch öffentlicher Vorlesungen (Nauczanie dla osób pielęgnujących chorych na potrzeby publicznych wykładów)*, w której twierdził, że dietetyka, rokowanie i medycyna naturalna są elementami podstawowymi przy prowadzonym szkoleniu i opiece chorych w szpitalach; opinię o rokowaniu radził podejmować na podstawie obserwacji chorych.

F.A. Mai zdawał sobie sprawę z ograniczonego charakteru i zasięgu podjętego dzieła, tym bardziej że kierując się zawzięcią jego koledzy z zarządu medycznego miasta nazwali szkołę, którą utworzył, „szkołą partactwa”. Broniąc się wygłaszał mowy nt. uczenia zawodu pielęgnacyjnego; m.in. przemawiał na uniwersytecie w Heidelbergu [4]. Pomimo lokalnych intryg, jego poglądy znalazły naśladowców w wielu niemieckich miejscowościach. Liczne wówczas publikacje stanowiły odwzorowanie inicjatyw Maia. Berliński lekarz ze szpitala *Charite*, Johann Friedrich Dieffenbach (1792–1847), wydał *Anleitung zur Krankenwartung, czyli Wprowadzenie do opieki nad chorymi*. W mieście nad Sprewą powstały również zakłady wzorowane na szkole Maia.

F.A. Mai doszedł do przekonania, że tylko podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób pielęgnujących chorych otworzy im drogę do pracy we wszystkich szpitalach, przy pełnej akceptacji lekarzy. Postulował także uporządkowanie opieki pielęgnacyjnej pod egidą jednej, sprawnej organizacji.

Mój dotychczasowy wywód dotyczył spraw związanych genetycznie z wiekiem XVIII, kolejny opis ma na celu zaprezentowanie prób odnowy opieki pielęgnacyjnej, podjętych w I połowie XIX w. w Niemczech przez cztery środowiska chrześcijańskie: katolickie, reprezentowane przez zakony; ewangelickie, przy czynnym udziale świeckich diakonis; świeckie, tworzone przez związki Domów Matek; wolne zawodowo formy opieki nad chorymi. Motywy podejmowanych działań wynikały ze zmiany struktur społecznych, z dynamicznego roz-

woju medycyny, ze zmiany postrzegania znaczenia pielęgnacji chorych, z potrzeb niesienia pomocy rannym i chorym podczas prowadzonych wojen (ten element motywacyjny doczekał się przełomowej realizacji dopiero w II połowie stulecia), z przyczyn rodzącego się nacjonalizmu i powstania ruchów feministycznych (też w II połowie XIX w.) W początkach XIX stulecia dużą rolę w kształtowaniu się postaw opiekuńczo-pielęgnacyjnych odegrał romantyzm, a odwołując się do chrześcijańskich wartości duchowych, szukał budujących przykładów silnej wiary w okresie średniowiecza, apoteozując z tym związane poświęcenie zakonne. Jak już wspomniałem, Rewolucja zabroniła we Francji pracy charytatywnej zakonnikom, co doprowadziło do zaniechania jakiegokolwiek opieki nad chorymi. W tej dramatycznej sytuacji Napoleon I cofnął nierozumny zakaz, przywracając pracę w szpitalach zakonnikom katolickim. W 1814 r. było zatrudnionych w 300 szpitalach francuskich 12 tysięcy sióstr. Dla realizacji podobnych celów, przez cały wiek XIX powstawały nowe kongregacje zakonne, zarówno w Europie, jak i za oceanem.

W Niemczech działały na polu opieki i pielęgnacji nad chorymi trzy katolickie zgromadzenia zakonne, rekrutujące się z grona Sióstr Miłosierdzia. W Domu Matek w Nancy od 1811 r. znajdowały się siostry, nawiązujące są nazwą do kongregacji tworzonych przez Karola Boromeusza, które znalazły zatrudnienie w szpitalach na terenie Palatyantu (będącego wówczas pod wpływami francuskimi): w 1811 r. w Trewirze, w 1826 r. w Kolonii, w 1838 r. w Akwizgranie. W 1849 r. założyły w Trewirze prowincjonalny Dom Matki. Z biegiem czasu rozszerzyły swoje zaangażowanie organizując m.in. Generalny Dom Matki na Śląsku.

Ze Strasburga rozgałęziły swoje wpływy zgromadzenia Vincenta de Paulo, ogarniając najpierw Freiburg (1805), a potem katolicką Bawarię, w której król Ludwik I powierzył Siostrze Miłosierdzia całą opiekę nad chorymi. Oprócz nowego zgromadzenia utworzonego w Monachium, rosły następne w różnych niemieckich i austriackich miastach i osiedlach, np. w 1834 r. w Fuldzie, w 1838 r. w Innsbrucku i Padebornie, w 1841 r. w Grazu itd.

Pierwsza Niemiecka kongregacja Sióstr Miłosierdzia (Siostry Klemensa – *Clemensschwester*) powołana została 1 listopada 1808 r. w Münster przez biskupa Clemensa Droste zu Vischering (1773–1845). Reguła zgromadzenia oparta została na statucie zakonnym Vincenta de Paulo, a w jej przygotowaniu brała udział siostra przełożona, Maria Alberti (1767–1812). Siostra Maria pomimo ojca, ewangelickiego pastora, przeszła na katolicyzm i przeforsowała w rozmowie z biskupem swoje poglądy na dalszą działalność, która zgromadzeniu sióstr Klemensa pozwoliła wyjść poza własne ramy, poszerzając swoją obecność.

Administratorami i liderami nowoczesnej pielęgnacji chorych byli w Niemczech w epoce romantyzmu dwaj działacze: Clemens von Brentano (1778–1832) oraz Joseph Görres (1776–1848). W 1827 r. von Brentano wraz z członkiem rady miejskiej

Kobelenji oraz opiekunem biedaków, Hermannem Josephem Dietzem, udał się poprzez Trewir do Francji aby na miejscu zapoznać się z organizacją i działalnością Sióstr Miłosierdzia. Zgromadzony na ten temat materiał został ogłoszony drukiem w pracy pt. *Die Barmherzigen Schwestern in Bezug auf Armen- und Krankenpflege (Siostry Miłosierdzia i ich nadzór nad biednymi i chorymi)*. W 1838 r. autor napisał do swojej przyjaciółki, pracującej w szpitalu w Kobelenji, Luise Hensel: „Cudowny był wpływ mojej książki na sytuację Sióstr Miłosierdzia”. Ten wpływ stanowił także impuls dla prac podejmowanych przez von Brentano i Görssa. Ten ostatni, kierując się politycznym instynktem, przedstawił w 1831 r. w czasopiśmie „*Katholik*” wznowienie chrześcijańskiej opieki społecznej w Niemczech jako szansę w walce z epidemią cholery. Swoją pragmatyczną deklarację zaprezentował w książce napisanej przez von Brentano pt. *Staat, Kirche, Cholera (Państwo, Kościół, cholera)*.

Ważnym wsparciem dla katolickiej gałęzi Kościoła w Niemczech były, wspomniane powyżej, idee romantyzmu, m.in. nawrót do tradycji średniowiecza oraz głęboki szacunek dla religii rzymsko-katolickiej. Trzeba również wziąć pod uwagę fakt, że osoby przewodzące reformą opieki nad chorymi dokonały pod wpływem romantyzmu konwersji wiary, przechodząc z protestantyzmu na katolicyzm. Do tej grupy należał m.in. von Brentano, hrabia Leopold zu Stolberg oraz Maria Alberti [5].

Praca katolickich zgromadzeń zakonnych w warunkach zwichniętej i podupadłej chrześcijańskiej tradycji opieki nad chorymi wymagała sprostania nowym wyzwaniom, a w interesie niezbędnych reform wytyczenia określonych celów. Mając zle doświadczenia związane z niezadowoleniem opiekunek z oferowanego wynagrodzenia, wyznaczono zaostrome kryteria wobec przyjmowanych do pracy kobiet, wykluczając z rekrutacji do zatrudnienia w szpitalu wdowy, rozwódki, ubogie sieroty i dziewczęta z niskich klas społecznych. Poza tym opracowane przepisy i reguły postępowania nowych zgromadzeń odwoływały się do chrześcijańskiej potrzeby miłości bliźniego, negując osobiste korzyści z pełnienia służby dla chorych oraz stawiając na ostatnim miejscu sprawy prywatne. Wzorem stały się Siostry Klemensa, które w sposób naturalny pielęgnowały chorych, wykazując przy tym zdrowy rozsądek i dużą dozę ostrożności, przytomność umysłu i spokój, zamiłowanie do czystości i schludności oraz porządku i poszanowania prawa. Nauczanie zakonnic prowadzone było przez starsze siostry, w aspekcie zawodowych potrzeb. Nowe przepisy i zmiany w działalności zgromadzeń katolickich stanowiły wzór do naśladowania dla energicznych, prywatnych inicjatorów, którzy działając poza strukturami Kościoła mieli na względzie ten sam cel – opiekę nad ludźmi chorymi. Były także dobrym przykładem i zachętą dla prób podejmowanych na tym polu przez protestantów [6].

Wezwaniem do analogicznych działań wiernych Kościoła ewangelickiego zostało ogłoszone publicznie w 1830 r. W czasopiśmie pn. „*Ewangelische Kirchenzeitung*” namawiano wiernych do naśladowania tego „honoru i ozdoby katolickiego Ko-

ścioła”. Tak więc za wzorem katolików do pracy na rzecz chorych poszli protestanci, którzy podjęli analizę regulaminów i zadań Domów Matki. Córka kupca z Hamburga, Amalie Sieveking (1794–1859), która kierowała prywatną szkołą dla dziewcząt, była zdania, że do zajęć w charakterze sióstr–opiekunek winno się angażować kobiety niezamężne, które – podobnie jak Siostry Miłosierdzia – zgromadzone w jednym zespole stanowić będą istotną siłę i wartość w zakresie pomocy chorym. Nie mogąc zrealizować zgłaszanego postulatu wykorzystała jednak swoje wpływy dla utworzenia *Kobiecego Związku dla Pielęgnowania Biednych i Chorych* z myślą o walce z wielką epidemią cholery, podczas której, biorąc osobiście udział w świadczeniu bezinteresownej pomocy, zwróciła na siebie uwagę niemieckiego społeczeństwa [7]. W ślady *Kobiecego Związku dla Pielęgnowania Biednych i Chorych*, niosącego wsparcie ludziom w ciężkim położeniu życiowym za pośrednictwem kobiet posiadających odpowiednie kwalifikacje, poszedł Johannes Ewangelista Gosner (1773–1858) (dokonał konwersji z katolicyzmu na protestantyzm), który w 1833 r. założył związek *Frauen – Kranken – Verein* (Kobiety – Chorzy – Związek) [8]. Propozycja, aby kobiece zgromadzenia w oparciu o starą chrześcijańską zasadę honorowej służby Kościołowi pełniły opiekę nad chorymi, ogłosił drukiem w 1820 r. pastor z Bislich, Friedrich Klöne (1794–1834). Realizacja postulowanego założenia wymagała dodatkowych starań i koncepcji, które stały się udziałem pastora małej ewangelickiej parafii w Kaiserwerth k/ Düsseldorfu, Theodora Fliednera (1800–1864). Fliedner był synem pastora z Eppstein. Po wczesnej śmierci ojca, przy wsparciu przyjaciół rodziny studiował teologię w Gissen i w Göttingen. W 1822 r. objął posadę pastora w Kaiserwerth, gdzie zetknął się z nędzą parafian, której pragnął zaradzić, zapoznając się z metodami opieki nad więźniami, wprowadzonymi w Anglii przez Elisabeth Fry. Za jej przykładem założył w 1826 r. *Zgromadzenie Opieki nad Więźniami* i na terenie Nadrenii-Westfalii otoczył najpierw pomocą kobiety zwolnione z miejsc penitencjarnych. Jego kolejna inicjatywa dotyczyła poprawy stanu wychowania młodych ludzi. W tym celu utworzył w Düsseldorfie *Zgromadzenie dla Urządzenia Szkół dla małych dzieci*. Jednak zasadniczą uwagę skierował na pielęgnowanie chorych, organizując w 1836 r. *Evangelischen Verein für christliche Krankenpflege in der Rheinprovinz und Westfallen* (Zgromadzenie ewangelickie dla chrześcijańskiej opieki nad chorymi w Nadrenii-Westfalii). W zakupionym trzypiętrowym budynku na rynku Kaiserwerthu uruchomił szpital, a w 1836 r. zgromadził kobiety zespół dla pielęgnacji chorych, z przeznaczeniem zarówno dla pracy w domu, jak i w szpitalu. Wzorując się na Siostrach Miłosierdzia utworzył Dom Matek dla swoich diakonis oraz zapoznał się z regułami zakonnymi Sióstr Klemensa i innych zgromadzeń katolickich. Kobiety pracujące w zespole Fliednera były poddane systematycznemu, prowadzonemu przez lekarza szkoleniu. Równocześnie, podobne szkolenie diakonis odbywało się w Berlinie w ramach tzw. wprowadzenia w opiekę nad chorymi,

pod kierunkiem lekarza ze szpitala *Charite*, Johanna Friedricha Dieffenbacha (1792–1847), a potem jego ucznia, Carla Emila Gedike. J.F. Diffenbach w 1832 r., biorąc przykład z F.A. Maia, zorganizował w Berlinie szkołę dla opiekunów osób chorych. Kierowanie diakonis do pracy uzależnione było od decyzji doświadczonej siostry Gertrudy Reichardt oraz pani Friederike Fliedner (1800-1842), która uczestniczyła w dużej części przedsięwzięć męża, starając się z upływem czasu osobą kierującą działalnością diakonis. Nie godziła się jednak z koncepcją pastora skierowania większej uwagi diakonis na potrzeby duchowe chorych [9].

Fliedner był kapłanem i człowiekiem bardzo silnie wierzącym, wobec tego swoją działalność na polu charytatywnym pragnął połączyć z misją teologiczno-religijną. W zjawisku choroby upatrywał ingerencję Pana Boga, dlatego praktykę pielęgnacyjną i opiekuńczą diakonis oceniał jako służbę dla samego Chrystusa [10].

Opieka chorych przez diakonis upowszechniła się w obrębie państw, miast i osiedli niemieckich. Za przykładem Kaiserwerthu powstawały kolejne Domy Matek i Córek: w 1844 r. w Dreźnie, w 1847 r. w Berlinie, w 1850 r. we Wrocławiu. W pracy nad ich organizacją wyróżniła się Caroline Bertheau (1811–1892), która po śmierci małżonki Flidnera została jego żoną (1843 r.). Nota bene, Caroline podzielała zdanie kapłana odnośnie duchowego aspektu pracy diakonis.

W połowie XIX w. praca diakonis objęła niektóre regiony świata, m.in. USA, Rosję, Afrykę i Palestynę. W chwili śmierci Flidnera w 1861 r. istniały dziesiątki Domów Matek, w których pracowało łącznie 1207 diakonis [11].

Piśmiennictwo/References

- [1] Murken, A. H. (1995). *Vom Armenhospital zum Grossklinikum: die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. DuMont.
- [2] Slyda, B. (1977). *Dzieje medycyny w zarysie*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- [3] Leven, K. H. (2017). *Geschichte der Medizin: von der Antike bis zur Gegenwart* (Vol. 2452). CH Beck.
- [4] Seidler, E. (1975). *Lebensplan und Gesundheitsführung: Franz Anton Mai und die medizinische Aufklärung in Mannheim*. Boehringer.
- [5] Leibbrand, W. (1956). *Die speculative Medizin der Romantik*, Claassen.
- [6] Bischoff, C. (1992). *Frauen in der Krankenpflege: zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Campus-Verlag.
- [7] Schäfer, T. (1887). *Die weibliche Diakonie*, Stuttgart.
- [8] Seidler, E., & Leven, K. H. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Kohlhammer Verlag.
- [9] Poznańska, S. (1988). *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- [10] Sticker, A. (1959). *Theodor Fliedner: Von d. Anfängen d. Frauendiakonie*. Neukirchener Verlag.
- [11] Singer, Ch., Underwood, E.A. (1962). *A short history of medicine*, Oxford.

Summary

The Enlightenment ideology and the French Revolution had a very negative impact on the activities of religious congregations in respect of nursing care of the sick in hospitals in the 18th century. Emperor Napoleon I attempted to improve the existing situation by restoring the right for nursing care to nuns. In the first half of the 19th century, in Germany catholic religious orders had the obligation to provide nursing care and in the 30's of the 19th century the Evangelical Church also joined charity work in hospitals by employing laywomen, i.e. deaconesses.

Keywords: nursing care of the sick, Herman Boerhaavow, Franz Anton Mai, Theodor Fliedner
