

Zdrowie uczniów, medycyna szkolna i stan sanitarno-higieniczny szkół w powojennej Polsce

Student health, school medicine and the sanitary state of schools in postwar Poland

The article aims to present selected source texts, showing the determinants of student health and the development of school medicine in Poland from the end of the Second World War to the end of the 1940s on the example of schools operating in the area under the administrative and pedagogical supervision of the School District Board in Łódź. The study contains a general introduction, taking into account the demographic, health and social characteristics of school-age children and adolescents.

Keywords: student health, school hygiene, school medicine, sanitary state of schools

Słowa kluczowe: zdrowie uczniów, higiena szkolna, medycyna szkolna, stan sanitarno-higieniczny szkół

Wprowadzenie

Stan zdrowia uczniów w Polsce stanowi główny obszar zainteresowań badawczych medycyny szkolnej. Ministerstwo Zdrowia ustala standardy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami¹, a promocja zdrowia dzieci i młodzieży to jeden z celów strategicznych polityki zdrowotnej państwa, w tym Narodowego Programu Zdrowia². W monitorowaniu i ewaluacji programów zdrowia uczniów specjalizuje się Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży Pracowni

¹ *Zdrowie ucznia*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-ucznia> [30.12.2021].

² *Narodowy Program Zdrowia*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1> [30.12.2021].

Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka³. Wyniki wieloaspektowych badań składają się na specjalistyczne raporty o dużej wartości teoretycznej i prognostycznej⁴. Założki polskiej medycyny szkolnej w jej nowoczesnym rozumieniu sięgają początków XX w. Termin „medycyna szkolna” wprowadził w 1917 r. Stefan Waclaw Rottermund⁵, a szerzej zaistniał on w dyskursie naukowym i publicznym w związku z sytuacją zdrowotną dzieci po II wojnie światowej⁶. Na gruncie polskim znaczącą przedstawicielką tej dziedziny nauk medycznych była Maria Skokowska-Rudolf⁷.

Stan zdrowia uczniów, warunki sanitarno-higieniczne obiektów i pomieszczeń szkolnych, pracę lekarzy, higienistek oraz pozostałych przedstawicieli służby zdrowia w zakresie medycyny szkolnej okresu tuż powojennego (do końca lat czterdziestych XX w.) znakomicie ilustruje roczne sprawozdanie z pracy wizytatora medycyny szkolnej, Janiny Bortkiewicz-Rodziewiczowej W r. szk. 1948/1949 prowadziła ona wizytacje na terenie podległym Kuratorium Okręgu Szkolnego w Łodzi, a swoje obserwacje i wnioski zamieściła w tym sprawo-

³ *Informacja o realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami za rok szkolny 2019/2020*, red. A. Oblacińska et al., Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2021, <http://medycynaszkolna.imid.med.pl/download/2017-raport-o-pielegniarkach> [30.12.2021].

⁴ Zob. np. *Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia*, red. J. Mazur, A. Dzielska, A. Małkowska-Szcutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2020, <https://imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/Raport%20Zdrowie%20i%20zachowania%20zdrowotne%20uczni%C3%B3w%2017.pdf> [30.12.2021]; *Zdrowie i styl życia polskich uczniów. Raport z badań*, red. A. Fijałkowska, A. Oblacińska, M. Korzycka, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2019, https://drive.google.com/file/d/1zu8fBe7Yhc_Su08gCuw_Bnl4IHNqxfEI/view [30.12.2021]; *Raport końcowy z realizacji projektu „Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem technik telemonitoringu”*, red. A. Fijałkowska et al., Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018, https://imid.med.pl/files/imid/Zdrowa%20ja/RAPORT_ZJ%281%29-%20wersja%20ko%C5%84cowa.pdf [30.12.2021].

⁵ Stefan Waclaw Rottermund (1878–1945), lekarz, chirurg-ginekolog, działacz społeczny, polityczny i oświatowy, współpracownik naczelnego lekarza szkół warszawskich, przewodniczący Ligi Opieki nad Młodzieżą Szkolną, poseł na Sejm Ustawodawczy RP, wiceprezydent Warszawy. Szerzej zob. *Stefan Waclaw Rottermund*, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/stefan-waclaw-rottermund> [30.12.2021].

⁶ A. Janowski, *Medycyna szkolna*, [w] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, red. T. Pilch, t. 3, Żak, Warszawa 2004, s. 126 i n.

⁷ Maria Skokowska-Rudolf (1895–1975), lekarz medycyny społecznej, fizjoterapeuta, pediatra. Zob. M. Skokowska-Rudolf, *Stan i potrzeby zdrowotne dzieci w Polsce*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1946; *eadem*, *État de santé et besoins sanitaires des enfants en Pologne*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Varsovie 1948; *eadem*, *Walka o zdrowie dziecka*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1949.

zdaniu⁸. Prezentację źródła poprzedzi ogólna charakterystyka sytuacji demograficznej i zdrowotnej uczniów oraz stanu medycyny szkolnej w omawianym okresie.

Dzieci i młodzież w wieku szkolnym Charakterystyka demograficzna

II wojna światowa przyczyniła się do znaczącego zmniejszenia populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Okres okupacji oznaczał niski współczynnik dzietności i wyższy wskaźnik umieralności noworodków, a ogół strat personalnych wśród dzieci i młodzieży podczas wojny szacuje się na co najmniej 2 225 000⁹. W pierwszym roku po zakończeniu wojny liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia wynosiła 8 668 000. Biorąc pod uwagę całość populacji w Polsce w 1946 r., czyli 23 930 000 obywateli, osoby do 18 roku życia stanowiły wówczas 36,2% ogólnej liczby ludności, co pod względem ilościowym stanowi znaczącą grupę¹⁰. W pierwszym roku szkolnym po wojnie (1945/1946) do przedszkoli uczęszczało 137 585 wychowanków, w szkołach podstawowych uczyło się 3 004 170 uczniów, w liceach ogólnokształcących 224 027, w szkołach zawodowych 171 155, natomiast pod koniec badanego okresu, a więc w r. szk. 1948/1949 nastąpił zauważalny przyrost społeczności uczniowskiej, choć nie we wszystkich typach szkół tendencja wzrostowa okazała się znaczna. W r. szk. 1948/1949 w przedszkolach przebywało 240 839 dzieci, do szkół podstawowych uczęszczało 3 375 061 uczniów, do szkół podstawowych dla pracujących 57 021, do liceów ogólnokształcących 219 205, liceów ogólnokształcących dla pracujących 41 263, szkół zawodowych 497 883¹¹. Podkreślić tylko trzeba, że dane statystyczne, zwłaszcza z okresu bezpośrednio powojennego, traktować należy orientacyjnie. Administracja państwowa nie

⁸ Archiwum Akt Nowych [AAN], Ministerstwo Oświaty [MO], sygn. 4158, *Sprawozdanie roczne* [Kuratorium Okręgu Szkolnego Łódzkiego] za 1948/49 r. z pracy wizytatora higieny szkolnej dr med. Janiny Rodziewiczowej, Łódź, 1.10.1949, k. 229–251.

⁹ W tej liczbie uwzględniono dzieci polskie, żydowskie, romskie i innych narodowości oraz grup etnicznych, legitymujące się obywatelstwem polskim. J. Kostkiewicz, *Niemiecka polityka eksterminacji i germanizacji polskich dzieci w czasie II wojny światowej*, Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska, Kraków 2020, https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/259492/kostkiewicz_niemiecka_polityka_eksterminacji_i_germanizacji_polskich_dzieci_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y [10.12.2021]; R. Hrabar, Z. Tokarz, J.E. Wilczur, *Czas niewoli, czas śmierci. Martyrologia dzieci polskich w okresie okupacji hitlerowskiej*, Interpress, Warszawa 1979, s. 190.

¹⁰ Dla porównania warto wspomnieć, że na początku lat trzydziestych XX w. liczebność interesującej nas zbiorowości szacowano na 12 364 tys. osób na 32 107 tys. ogółu ludności kraju (38,5% całej populacji). *Rocznik statystyczny 1947*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1947, s. 19.

¹¹ *Rocznik statystyczny szkolnictwa 1944/45–1966/67*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1967, s. 20.

działała bowiem na tyle sprawnie, by uzyskane wówczas wyniki uznać można było za dokładne¹².

Na liczbę dzieci i młodzieży w tym czasie wpływały również powojenne warunki życia¹³, przede wszystkim wyniszczenie biologiczne i psychiczne młodych organizmów, trudne warunki socjalne i sanitarne, ograniczony dostęp do lekarzy, niewydolność systemu ochrony zdrowia, poważne braki w sieci szpitali, przychodni, aptek i innych placówek służby zdrowia¹⁴. Ponadto powojenną liczbę zgonów w tej grupie wiekowej podnosiły m.in. skutki ruchów migracyjnych i osiedleńczych, w tym szczególnie uciążliwe repatriacje z Kresów Wschodnich. Dzieci migrowały wraz ze swoimi rodzinami lub pod opieką innych dorosłych, a także jako podopieczni sierocińców¹⁵. W dokumentacji Państwowego Urzędu Repatriacyjnego odnotowano znaczne grupy „niedożywionych, wycieńczonych dzieci”¹⁶. W warunkach szczególnie niesprzyjających zdrowiu pozostawały dzieci osierocone¹⁷, które stanowiły poważne wyzwanie dla polityki opiekuńczej państwa, zwłaszcza w zakresie rozwiązań systemowych, konieczności rozbudowy infrastruktury socjalnej, wraz ze zinstytucjonalizowaną opieką całodobową i opiekuńczo-wychowawczą, co z przyczyn ekonomicznych stanowiło barierę trudną do pokonania¹⁸.

Uwarunkowania zdrowia uczniów

Na stan zdrowia publicznego w powojennej Polsce duży wpływ miało nasilone występowanie chorób zakaźnych, przede wszystkim gruźlicy, jaglicy, tyfusu brzuszego, tyfusu plamistego, czerwonki, świerzbii oraz chorób wenerycznych, co stwarzało poważne zagrożenie epidemiologiczne¹⁹. Wysoki współczynnik zachorowalności dzieci i młodzieży w wieku szkolnym zdeterminowany był trudnymi warunkami bytowymi, które jednocześnie ograniczały możliwości korzystania

¹² *Ibidem*.

¹³ AAN, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej [MPiOS], sygn. 236, Notatka [1946], k. 23.

¹⁴ B. Postołowicz, *Główne kierunki przemian służby zdrowia i zdrowotności Polaków po II wojnie światowej*, http://old.gbl.waw.pl/gbl/oddzialy/gbl_ciechanow3.pdf, s. 5 [25.11.2021].

¹⁵ W materiałach sprawozdawczych z okresu 1944–1946 zamieszczono informację o repatriacji ok. 5 tys. polskich dzieci z 60 domów dziecka z ZSRR. Dzieci te w miarę możliwości przekazano krewnym, natomiast większość umieszczono w domach dziecka. AAN, MO, sygn. 231, *Materiały sprawozdawcze z działalności Ministerstwa Oświaty w okresie od lipca 1944 r. do grudnia 1946 r.*, k. 24.

¹⁶ AAN, Ministerstwo Ziem Odzyskanych [MZO], sygn. 71, *Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy wojewódzkich Państwowego Urzędu Repatriacyjnego 30 XI i 1 XII 1946 w Łodzi*, 1947, k. 8.

¹⁷ AAN, MPiOS, sygn. 281, *Opieka społeczna nad dzieckiem*, Warszawa, 20.07.1946, k. 48; J. Wojtyński, B. Radlińska, *Sieroctwo. Zasięg i wyrównanie*, Polski Instytut Służby Społecznej, Łódź 1946, s. 7.

¹⁸ AAN, MPiOS, sygn. 281, *Opieka społeczna nad dzieckiem*, Warszawa, 20.07.1946, k. 48.

¹⁹ A. Lutrzykowski, *Podstawy prawne opieki zdrowotnej w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej*, „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne” 2001, nr 3, s. 260.

z edukacji. Ministerstwo Zdrowia za podstawowe problemy socjalne, odbijające się negatywnie na zdrowotności dzieci i młodzieży oraz wymagające pilnej reakcji władz państwowych uznało: niedożywienie, brak opału, odzieży, obuwia, środków czystości, zwłaszcza mydła, nieodpowiedni stan budynków mieszkalnych²⁰.

Zagrożenie zdrowia dzieci i młodzieży stawiało nowe zadania przed stosunkowo młodą dyscypliną medyczną, jaką była medycyna szkolna. Na medycynę szkolną, zwaną wówczas także „higieną”, składały się przede wszystkim: opieka lecznicza i profilaktyczna, opracowywanie standardów oraz zasad higieniczno-sanitarnych i zdrowotnych dotyczących przebywania ucznia w otoczeniu szkolnym, opracowanie programu nauczania i wychowania do higieny²¹.

Lekarze i higienistki tworzący kadry pracownicze medycyny szkolnej przeprowadzali z ramienia kuratoriów poszczególnych okręgów szkolnych okresowe wizytacje szkół oraz innych placówek edukacyjnych oraz opiekuńczo-wychowawczych. Wskazywali na poważne zaniedbania w obszarze higieny i zdrowia młodzieży w wieku szkolnym przez cały badany okres, z zaznaczeniem jednak, że nie był on jednolity. Stopniowo bowiem zauważalna była niewielka choćby poprawa i lepsza organizacja działań mających na celu diagnozowanie uczniów, interwencję medyczną, profilaktykę oraz promocję zdrowia.

Według oceny wizytatorów duży odsetek społeczności uczniowskiej stanowiły dzieci i młodzież oceniane jako „brudne”, niedożywione, „zawszone”, ze zdiagnozowaną czynną gruźlicą, wadami wzroku, wadami postawy, próchnicą zębów, powiększoną tarczycą, z ropotokami i zaburzeniami trawienia²². Na przykład w r. szk. 1948/1949 na terenie Kuratorium Okręgu Szkolnego Białostockiego na 3520 przebadanych uczniów z siedmiu szkół średnich ogólnokształcących²³, 530 określono jako „brudnych”, u 211 występowała wszawica, u 16 świerzb²⁴. Na terenie KOS Gdańskiego na 8497 przebadanych uczniów z 22 szkół (w tej grupie dokładnie przebadano 83% uczniów), 751 oceniono jako niedożywionych, 838 miało powiększone węzły chłonne, 223 wadę serca, 35 czynną gruźlicę płuc, 216 gruźlicę pozapłucną, 466 wadę wzroku, 8 jaglicę, 79 osłabiony słuch (w tym ropotoki uszu), 119 wszawicę, 44 świerzb, 2185 próch-

²⁰ AAN, Ministerstwo Zdrowia [MZ], sygn. 130, *Referat na temat ochrony macierzyństwa i dziecka w Polsce, 1949*, k. 1.

²¹ A. Janowski, *op. cit.*, s. 126.

²² AAN, MO, sygn. 4158, *Szkoły średnie ogólnokształcące na terenie KOS Białostockiego, 1948/1949*, k. 10.

²³ Sprawozdania z wizytacji obejmowały wyniki zbiorcze badań przeprowadzonych na uczniach poszczególnych poziomów edukacyjnych. Nie objęły wszystkich szkół ani wszystkich uczniów. Podobnie było na terenach pozostałych kuratoriów okręgów szkolnych.

²⁴ AAN, MO, sygn. 4158, *Szkoły średnie ogólnokształcące na terenie KOS Białostockiego, 1948/1949*, k. 10.

nicę zębów²⁵. Na terenie KOS Katowickiego na przebadanych 6502 uczniów z 16 szkół średnich ogólnokształcących za „brudnych” uznano 1086, wszawicę miało 1164, świerzb 147²⁶. W sprawozdaniu z terenu KOS Katowickiego z r. szk. 1948/1949 na „dokładnie” przebadanych ponad 20 000 uczniów szkół średnich, odnotowano 3541 niedożywionych, 499 z nieprawidłowym kośćcem i wadami postawy, 2270 z powiększoną tarczycą, 385 z wadami serca, 56 z czynną gruźlicą płuc, 652 z gruźlicą pozapłucną, 1582 z wadami wzroku, 12 z jaglicą, 763 z wszawicą, 259 ze świerzem, 7030 z próchnicą zębów²⁷. Podobne niepokojące wyniki badań spływały z kuratoriów okręgów szkolnych z całego kraju. Wspomnieć należy, że nie wszędzie lub nie w pełnym zakresie przeprowadzano badania diagnozujące stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, np. na terenie KOS Łódzkiego w latach 1945–1949 nie przebadano ani razu ponad 30% uczniów szkół powszechnych²⁸.

Podczas kontroli zwracano uwagę na stan sanitarny obiektów i pomieszczeń szkolnych, z których korzystali uczniowie. Standardy budynków, sal szkolnych i sanitariatów były zasadniczo dalekie od akceptowalnych, nawet biorąc pod uwagę obniżone wymogi w okresie powojennym²⁹. Choć skala zniszczeń infrastruktury szkolnej przedstawiała się różnie na poszczególnych terenach, ogólną trudność stanowiła niedostosowana do potrzeb edukacyjnych baza lokalowa, odzyskiwanie i adaptowanie do celów szkolnych ocalałych budynków. Urzędnicy KOS Krakowskiego, nawet jeśli zauważali stopniową poprawę stanu pomieszczeń szkolnych, oceniali, że powojenna dewastacja miała tak szeroki i wieloaspektowy zasięg, że jego skutkiem był brak dostatecznej liczby sal lekcyjnych. Zajęcia szkolne odbywały się więc nierzadko w niedostosowanych do tego celu, wynajętych lokalach³⁰. Wizytator z terenu KOS Lubelskiego odnotował, że w 1945 r. „w szkołach dosłownie były tylko gołe ściany, a każdy uczeń musiał sobie przynieść z domu krzesło”³¹. W sprawozdaniach kuratorskich stan sanitarny i ogólny zaadaptowanych pomieszczeń przedstawiano nierzadko jako uciążliwy czy „ledwie dostateczny”³². Najbardziej niesprzyjające nauce warunki panowały w szko-

²⁵ *Ibidem*, *Szkoły na terenie KOS Gdańskiego*, 1948/1949, k. 21.

²⁶ *Ibidem*, *Szkoły średnie ogólnokształcące na terenie KOS Katowickiego*, 1948/1949, k. 78.

²⁷ *Ibidem*, k. 81.

²⁸ *Ibidem*, *Sprawozdanie z działalności wizytatora higieny KOS Łódzkiego za rok szkolny 1948/1949*, k. 230.

²⁹ *Ibidem*, *Szkoły średnie ogólnokształcące na terenie KOS Katowickiego*, 1948/1949, k. 78.

³⁰ *Ibidem*, *Stan higieny i opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach KOS Krakowskiego*, 1948/1949, k. 148.

³¹ *Ibidem*, *Sprawozdanie ze szkół na terenie KOS Lubelskiego*, 1949, k. 199.

³² *Ibidem*, *Szkoły średnie ogólnokształcące na terenie KOS Katowickiego*, 1948/1949, k. 81.

łach zlokalizowanych na terenach wiejskich³³. Zasadniczo negatywnie oceniano sanitariaty szkolne, które nie dość, że były nieodpowiednio wyposażone i niehigieniczne, to dodatkowo umiejscowione w zbyt dużej odległości od budynku szkoły³⁴.

Podobne problemy w zakresie bazy lokalowej odnotowywano na poziomie edukacji przedszkolnej³⁵. KOS Krakowski w r. szk. 1948/1949 zarejestrował 500 czynnych przedszkoli, w których znajdowało się 30 297 wychowanków, przy czym, jak oceniał, w większości przypadków pomieszczenia dla najmłodszych dzieci nie spełniały najbardziej podstawowych wymogów sanitarnych. Najczęściej były za małe, o zbyt niskim stropie i nieodpowiednim oświetleniu. Mimo pokaźnej liczby dzieci, przedszkola dysponowały najczęściej jedną niewielką salą, w której panował tłok. Wyposażenie nie odpowiadało elementarnym potrzebom wychowanków. Odnotowywano m.in. brak leżaków, przez co w niektórych placówkach dzieci po obiedzie spały na krzeselkach w pozycji siedzącej³⁶. Wizytatorzy apelowali do władz oświatowych: „Zaopatrzenie przedszkoli w leżaki jest sprawą pilną i konieczną. Nie można pozwolić by 3-letnie dzieci odprowadzane wczesnym rankiem do przedszkoli przez matki idące do pracy, nie mogły odpocząć ani godziny w ciągu dnia”³⁷.

Istotną barierę we wdrażaniu publicznego programu poprawy stanu zdrowia dzieci stanowił brak kadry medycznej, w tym specjalistów medycyny szkolnej. Podczas wojny śmierć poniosło ok. 50% lekarzy – ich liczba zmniejszyła się z 12 917 w 1938 r. do 7732 w 1946 r.³⁸ Ponadto służba zdrowia w Polsce poniosła duże straty materialne w zakresie budynków, sprzętu medycznego, wyposażenia szpitali i ośrodków zdrowia³⁹. Doktor Maria Skokowska-Rudolf alarmowała w 1946 r.: „Pomoc lekarza szkolnego jest fikcją, lekarze ci są źle opłacani, nie mają nawet możliwości dokładnego zbadania dziecka. Zakłady wychowawcze są przeważnie pozbawione pomocy lekarskiej”⁴⁰. Podobne informacje napływały do resortu oświaty z różnych województw. Szczególnie

³³ *Ibidem*, *Stan higieny i opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach KOS Krakowskiego*, 1948/1949, k. 148.

³⁴ *Ibidem*, *Sprawozdanie ze szkół na terenie KOS Lubelskiego*, 1949, k. 199.

³⁵ Na temat przedszkoli w powojennej Polsce szerzej zob. M. Wiśniewska, *Przedszkola Polski „ludowej”. Ideologizacja instytucji (1944–1965)*, Wydawnictwo Naukowe UKSW, Instytut Pamięci Narodowej, Warszawa 2019.

³⁶ AAN, MO, sygn. 4158, *Stan higieny i opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach KOS Krakowskiego*, 1948/1949, k. 149–150.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945–1967*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1969, s. 36.

³⁹ B. Postołowicz, *op. cit.*, s. 5.

⁴⁰ AAN, MZ, sygn. 119, dr M. Skokowska-Rudolf, *Koreferat na zjazd naczelników wojewódzkich Wydziałów Zdrowia*, 14.06.1946, k. 2.

tragiczna sytuacja dzieci i młodzieży w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej, a także socjalnej panowała na terenach najbardziej zniszczonych działaniami wojennymi⁴¹. Braki kadrowe w obszarze medycyny szkolnej odczuwalne były w całym kraju, choć w różnym stopniu. Zdarzało się, że przeciążeni obowiązkami lekarze nie realizowali zadań wynikających z opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach⁴². Z drugiej strony, miały miejsce przypadki, choć bardzo rzadkie, że lekarze – w ramach wolontariatu – organizowali i zapewniali nieodpłatną opiekę medyczną w niektórych szkołach – tak było np. na terenie KOS Katowickiego⁴³. Należy dodać, że geograficzne rozmieszczenie lekarzy było bardzo nierównomierne⁴⁴, podobnie jak placówek służby zdrowia⁴⁵. W 1947 r. najtrudniej z dostępem do służby zdrowia było w województwie białostockim, szczecińskim i rzeszowskim, natomiast stosunkowo dobra sytuacja pod tym względem panowała na terenie województw śląskiego, krakowskiego, poznańskiego i wrocławskiego⁴⁶. Ministerstwo Ziem Odzyskanych w 1949 r. skarżyło się, że „o ile postępy w organizacji szkolnictwa są poważne, o tyle na odcinku służby zdrowia postęp jest nikły. O ile ilość szpitali i łóżek ulega poprawie, o tyle opieka lekarska, zwłaszcza pozaszpitalna pozostawia nadal dużo do życzenia”⁴⁷.

Zadaniem ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w różnym wymiarze zajmowały się organizacje społeczne, których działalność z powodów ideologicznych była z czasem wygaszana lub przejmowana przez państwo. Do szczególnie aktywnych podmiotów pozapaństwowych należy wymienić przynajmniej Caritas⁴⁸, Polski Czerwony Krzyż, Związek Inwalidów, Centralny Komitet Żydów w Polsce, Centralny Komitet Opieki Społecznej⁴⁹.

Okupacja dokonała poważnego spustoszenia w psychice dzieci i młodzieży. Dzieci, które przeżyły tragedię obozu koncentracyjnego, zmagaly się z tzw. KL syndromem (syndrom poobozowy), który miał negatywny wpływ na ich do-

⁴¹ AAN, MZ, sygn. 119, dr M. Skokowska-Rudolf, *Z terenów zniszczonych*, 1946, k. 4.

⁴² AAN, MO, sygn. 4158, *Sprawozdanie ze szkół na terenie KOS Lubelskiego*, 1949, k. 199.

⁴³ *Ibidem*, *Szkoły średnie ogólnokształcące na terenie KOS Katowickiego*, 1948/1949, k. 81.

⁴⁴ B. Postołowicz, *op. cit.*, s. 5 i n.

⁴⁵ Ogółem do końca 1946 r. zorganizowanych zostało 832 ośrodków zdrowia, najwięcej w województwie warszawskim, najmniej na Ziemiach Północnych i Zachodnich. Przeciętnie jeden ośrodek zdrowia obsługiwał ludność zamieszkującą obszar ok. 378 km². *Ibidem*.

⁴⁶ M. Paciorek, *Instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego w Polsce w latach 1947–1950 w świetle ówczesnych doniesień prasowych*, „Medycyna Nowożytna” 2011, t. 17, z. 1, s. 150.

⁴⁷ AAN, MZO, sygn. 50, *Sprawozdanie z działalności Ministerstwa Ziem Odzyskanych w okresie od 27 XI 1945 do 21 I 1949*, cz. 5 (poufne), k. 376.

⁴⁸ Szerzej zob. D. Zamiatąła, *Caritas. Działalność i likwidacja organizacji (1945–1950)*, Redakcja Wydawnictwa KUL, Lublin 2000.

⁴⁹ A. Lutrzykowski, *op. cit.*, s. 260–261.

brostan psychiczny, wyniszczał świat emocjonalny, odbierał nadzieję, zaufanie i radość życia, zmagaly się z zaburzeniami lękowo-depresyjnymi⁵⁰. Dzieci osierocone cierpiały na chorobę sierocą. Podobnie dzieci deportowane do ZSRR doświadczały tzw. syndromu dziecka syberyjskiego, który łączył kompleks sieroty z kompleksem pochodzenia⁵¹. Już podczas okupacji w pewnym stopniu badania nad zmianami w psychice dzieci i młodzieży na skutek okupacji prowadził Stefan Baley. Po 1945 r. podobny kierunek badań podjęli naukowcy z Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej w Warszawie oraz z Katedry Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego⁵².

Sprawozdanie wizytatora medycyny szkolnej za rok szkolny 1948/1949

W celu egzemplifikacji danych ogólnych przedstawiamy poniżej sprawozdanie wizytatora medycyny szkolnej z terenu KOS Łódzkiego z końca lat czterdziestych XX w., jakie zachowało się w aktach Ministerstwa Oświaty, przechowywanych w Archiwum Akt Nowych w Warszawie.

Sprawozdanie roczne [Kuratorium Okręgu Szkolnego Łódzkiego] za 1948/[19]49 r. z pracy wizytatora higieny szkolnej dr med. J[aniny] Rodziewiczowej, Łódź, dnia 1 października 1949 [r.]

Archiwum Akt Nowych, Ministerstwo Oświaty, sygn. 4158, k. 229–251.

W ubiegłym roku szkolnym szkoły wszystkich typów były obsadzone wszędzie, gdzie byli lekarze. Szczegóły co do stanu zdrowia młodzieży szkolnej i wyników, a także i wartości pracy lekarzy i higienistek, są załączone do sprawozdań statystycznych każdego typu szkół⁵³.

Ogólnie biorąc, poprawia się sprawozdawczość na skutek coraz większej wydajności pracy personelu higieniczno-lekarskiego. W wielu miejscach, jak to już podawałam, praca jest nie na poziomie na skutek przeciążenia pracą lekarzy, a często także na skutek niskiego wynagrodzenia, dzięki czemu nie można mieć lekarzy pracujących wyłącznie lub prawie wyłącznie dla szkół.

⁵⁰ A. Kępiński, *Tzw. „KL-syndrom”. Próba syntezy*, „Przegląd Lekarski” 1970, nr 26, s. 18–23.

⁵¹ W. Theiss, *Zniewolone dzieciństwo. Socjalizacja w skrajnych warunkach społeczno-kulturowych*, Żak, Warszawa 1996, s. 22.

⁵² Do grona najbardziej znaczących polskich badaczy zajmujących się problematyką dziecięcą w kontekście skutków wojny należeli m.in.: Stanisław Batawia, Natalia Han-Ilgiewicz, Stanisław Jedlewski, Maria Kaczyńska, Helena Radlińska, Stefan Szuman, Maria Żebrowska. *Ibidem*, s. 8.

⁵³ Zasadniczo zachowano oryginalną pisownię oraz interpunkcję. Ewentualne ingerencje redaktorskie umieszczono w nawiasach kwadratowych lub wskazano w przypisach.

Obecna podwyżka płac, dająca lekarzowi 1 godzinę u 50 uczniów podczas pracy z higienistką, w wielu wypadkach obniża uposażenie⁵⁴. Z drugiej zaś strony w mniejszych szkołach przy tak małej ilości godzin nie można prowadzić propagandy higieny, bo na to brak czasu. A następnie trudno znaleźć personel sanitarny do pracy opłacanej 4–5 tysięcy złotych miesięcznie. Jeśli jednak w szkołach średnich wszystkich typów praca idzie gorzej czy lepiej i daje pewne wyniki, to w szkołach powszechnych i przedszkolach sytuacja przedstawia się wręcz rozpaczliwie. Inspektoraty Szkolne całymi miesiącami nie mogą uzyskać sprawozdań od lekarzy powiatowych, na skutek czego spóźnia się i obecne roczne sprawozdanie i odchodzi niekompletne co do danych ze szkół powszechnych i przedszkoli. Higieniczno-lekarska opieka jest przeważnie dorywcza i niekompletna. Często nie prowadzi się żadnych ewidencji, na skutek czego brak materiału do sprawozdań. Na dalszych terenach nie ma specjalistów w Ośrodkach Zdrowia, które, jak widać z załączonych danych, leżą przeważnie daleko od szkół.

Zgodnie z oświadczeniem Inspektorów Szkolnych na ostatniej konferencji (26 IX 1949 r.) 1/3 dziatwy szkół powszechnych jeszcze nie była ani razu badana przez lekarzy (od 1945 r.). Są miejscowości, gdzie nie było nawet powierzchniowych przeglądów dzieci. To też za najważniejsze zadanie w bieżącym roku szkolnym uważam rozpoczęcie badań dzieci szkolnych i przedszkolnych w terenie. Wyłania się możliwość utworzenia takiej ekipy doraźnie badającej dzieci. Możliwe, że się uda porozumieć z Wojewódzkim Wydziałem Zdrowia i uzyskać pewną pomoc materialną i samochód, bo bez środka lokomocji nie da rady.

W Łodzi dzieci szkół powszechnych mają swoje rejony szkolne, dokąd udają się kolejno pod opieką higienistki celem zbadania przez lekarza szkolnego.

Gabinety rejonowe dotychczas mieściły się w szkołach. Obecnie tworzą się rejonowe poradnie szkolne, gdzie mają przyjmować specjaliści z różnych dziedzin. Przedszkola również są obsadzone przez higieniczno-lekarski personel. Jednak w sensie organizacji higieniczno-lekarskiej dla szkół powszechnych i przedszkoli przoduje miasto Piotrków, gdzie są prawdziwi lekarze szkolni mający stały kontakt ze szkołą i rodzicami i jest doskonale funkcjonujący ośrodek zdrowia. Również wzorowo jest tam prowadzone z punktu widzenia higieniczno-lekarskiej opieki żeńskie gimnazjum. Miałam możliwość sprawdzić to sama podczas dwukrotnej dłuższej wizytacji tego miasta (1947/[19]48 r. i 1948/[19]49 r.)

⁵⁴ Tak w oryginale. Prawdopodobnie chodzi o to, że przyjęcie przez lekarza 50 uczniów traktowano przy rozliczeniu wynagrodzenia jako jedną godzinę pracy, co oznaczało rozwiązanie finansowe niekorzystne dla zatrudnionego. Dodatkowo, opłacenie asysty higienistki szkolnej mogło mieć wpływ na realne zmniejszenie pensji lekarza.

W chwili obecnej powstaje duża trudność w uzyskaniu porad specjalistycznych dla młodzieży szkół średnich. Dwie poradnie P.C.K., z których szeroko korzystaliśmy dotychczas, przechodzą do Ubezpieczalni Społecznej i będą przyjmowały tylko ubezpieczonych. Powstająca w Łodzi Poliklinika Uniwersytecka również nie przyjmuje nieubezpieczonych. Wobec znacznej ilości młodzieży w szkołach średnich (ogólnokształcących i zawodowych – przeszło 20 000), wielka ilość która jest nieubezpieczona (młodzież ze wsi), albo nie podlega ubezpieczeniu ze względu na wiek, wskazane jest otwarcie Poradni Szkolnej.

Pomoc dentystyczna w Łodzi, jak widać ze sprawozdania z pracy dentystów, stoi na dostatecznym poziomie. Jednak w terenie w dalszym ciągu brak lekarzy – dentystów i pomoc dentystyczna jest niedostateczna. Duże usługi oddaje ruchomy ambulans dentystyczny. Wskazane jest zwiększenie tego rodzaju pomocy.

Akcja przeciwgruźlicza na terenie Łodzi jest już zakończona, jak to widać z załączonych tablic. Będą prześwietleni uczniowie nowoprzybyli, podejrzani o sprawy gruźlicze, i ci, którzy potrzebują kontroli. W terenie akcja będzie prowadzona dalej tam, gdzie są możliwości. W wielu miejscach brak aparatów rentgenowskich, a zagrzuźliczenie terenu jest duże. Tu należy Nowe Miasto, całe opoczyńskie.

Dalej ma być prowadzona akcja „W”. Jednak propaganda przeciwweneryczna nie zawsze jest celowa, o czym już wspomniałam w sprawozdaniu półrocznym. Prawie zawsze po pobraniu krwi na badania laboratoryjne w związku z akcją „W” nie otrzymuje się żadnej odpowiedzi. Prawdopodobnie jest ona ujemna. Jednak ze względu na młodzież należałoby dać odpowiedź. Inaczej wygląda, że młodzież szkolna jest lekceważona i że badania służą jakimś celom ubocznym. Budzi to niepotrzebne rozgoryczenie, tym bardziej, że przed pobieraniem krwi nikt nie wytłumaczy młodzieży w sposób jasny i przystępny, co oznacza badanie, jeśli nie zrobi tego lekarz szkolny, który nie zawsze jest powiadamiany zawczasu.

W ubiegłym roku szkolnym rozpoczęłam pracę nad badaniem szkodliwości zawodowych w technice dentystycznej. Technicy dentystyczni dotychczas pracowali chałupniczo i dlatego nie są sprecyzowane szkodliwości tego zawodu. W pracy będzie brała czynny udział młodzież szkolna i wykładowcy. Prowadząc te badania, jednocześnie zaprowadzam cały szereg technicznych zabezpieczeń i ulepszeń warunków pracy.

W ubiegłym roku szkolnym odbyły się następujące konferencje: w dniu 17 IX 1948 r. w Sali konferencyjnej Kuratorium O[kręgu] S[zkolnego] Ł[ódzkiego] odbyła się doroczna okręgowa konferencja lekarzy-dentystów.

Tematem konferencji był plan pracy rocznej, współpraca z Kliniką Stomatologiczną i Kliniką Chirurgii Stomatologicznej, a także usprawnienie sprawozdawczości, co też nastąpiło w bieżącym roku szkolnym.

Konferencje lekarzy miały miejsce:

- 1) W dniu 16 IX 1948 r. – tematem był plan pracy na bieżący rok szkolny, ocena sprawozdawczości i dyskusja nad sposobem prowadzenia jej, podział pracy.
- 2) W dniu 2 IX 1948 r. sprawozdanie z konferencji wizytatorów higieny w Min[isterstwie] Oświaty, współpraca szkół z agendami Ministerstwa Zdrowia. Prowadzenie akcji przeciwgruźliczej i przeciwalkoholowej. Tę ostatnią uchwalono przeprowadzać intensywnie w szkołach zawodowych.
- 3) W dniu 16 III 1949 r. zebranie lekarzy wspólnie z higienistkami było poświęcone akcji przeciwgruźliczej w szkołach.

W związku z pewnymi oporami podczas masowej tuberkulinizacji⁵⁵ wypadało przeprowadzić szereg pogadanek dla dzieci i rodziców, wyjaśniając istotę masowej tuberkulinizacji. W niektórych szkołach pogadanki te przeprowadziliśmy kilkakrotnie, dzieląc młodzież na mniejsze grupy. Następnie omówiono przeprowadzanie miesiąca czystości we wszystkich szkołach z położeniem nacisku na udział młodzieży szkolnej w całej akcji.

W dniu 4 V 1949 r. zebranie lekarzy wspólnie z higienistkami było poświęcone zagadnieniom sportu. Jeden z lekarzy szkolnych dr F. Mikinska wygłosił referat p.t.: „Ocena sprawności sportowej w szkole”.

Higienistki miały oddzielne zebrania: w dniu 16 IX [19]49 r. poświęcone korekcie sprawozdawczości i roli higienistek w akcji przeciwgruźliczej, a także podziałowi pracy na bieżący rok szkolny.

W dniu 22 XII 1948 r. zebranie było poświęcone usprawnieniu pracy higienistek w jedenastolatkach. Omówiono sprawę kąpeli dzieci szkolnych, sprawę wywiadów w rodzinach, konieczność brania udziału w konferencjach higienistek Zarządu Miejskiego na skutek istnienia wielu wspólnych spraw.

W dniu 8 I 1949 r. zebranie poświęcono akcji przeciwgruźliczej w szkołach, a także udziałowi higienistek w akcji przeciwalkoholowej na terenie szkół.

Na ubiegły rok szkolny przypada 22 dni wizytacji w terenie. Byłam w 7 miejscowościach. Dłuższy pobyt w Piotrkowie 15 XI–22 XI 1948 r. i Skierniewicach – 17 II–26 II [19]49 r. Wizytacje w terenie są niezbędne dla normalnego przebiegu pracy. Jednak przeszkodą są trudności komunikacyjne przy wizytacji dalszych terenów, do których nie można dojechać koleją, ani autobusem. Wizytacja szkół wszystkich typów wymaga dłuższego pobytu, a wówczas powstają trudności mieszkaniowe i aprowizacyjne. Diety służbowe nie pokrywają kosztów całodziennego utrzymania. To też bardzo wskazane jest przydzielenie wizytatorowi higieny specjalnych kredytów na wyjazdy w teren.

⁵⁵ Chodzi o próby tuberkulinowe, rodzaj badania diagnostycznego, dotyczącego odporności immunologicznej organizmu na gruźlicę.

Szkoly Średnie Ogólnokształcące

Kuratorium Okr[ęgu] Szk[olnego] Łódzkiego rok szk[olny] 1948/[19]49
Sprawozdanie roczne⁵⁶

Sprawozdanie złożyło 49 lekarzy z 48 szkół, 45 szkół posiada gabinety lekarskie.

Liczba uczniów w szkole – 22 528, w tym w internacie – 1150.

Liczba uczniów zbadanych dokładnie (wg karty zdrowia) – 19 196, w tym stwierdzono z budową nieprawidłową – 1552, ze złym odżywianiem – 3064, z powiększ[onymi] gruczoł[ami] chłonn[ymi] zewn[ętrznymi] – 4255, z nieprawidłowym kośćcem i kręgosł[upem] – 771, z powiększoną tarczycą – 2528, z wadą serca organiczną – 854, z gruźlicą płuc czynną (ewent[ualnie] potwierdz[oną] przez R[ö]entgena) – 201, [z gruźlicą] gruczoł[oiów] wnęk i śródpiersia – 508, [z gruźlicą] kostnowostawową – 33, z wadą wzroku – 320, z jaglicą – 34, z osłabionym słuchem (ropotok) – 203, z wszawicą – 351, ze świerzbem – 100, z próchnicą zębów – 6909, zwolnionych z ćwiczeń cielesnych zupełnie – 1281, [zwolnionych z ćwiczeń cielesnych] czasowo (do 6 tyg[odni]) – 1245.

Liczba uczniów przejranych, częściowo zbadanych – 10 937.

Ile porad udzielono uczniom – 17 494 do dentyst[y skierowano] 664.

Ilu skierowano do specjalistów (jakich): okulista – 1053, laryngolog – 572, usznik – 113, wewn[ętrzny] – 746, ginekol[og] – 129, neurolog – 80, chirurg – 528, skórnik – 434.

[Ilu] zakwalifikowano: a) na dożywanie b) na kolonie (wczasy) a) 1972 b) 3274.

Ile było prześwietleń płuc – 9489 (w tym stwierdzono zmiany u 1164).

[Ile] dokonano małych zabiegów – 3475.

[Ile] wygłoszono pogadanek higienicznych – 188 – główny temat gruźl[ica] i jej zwalczanie obok tego zagadnienia alkoholizm. Higiena otoczen[ia] i osobista i inne.

[Ile] odbyto konferencji a) z rodzicami b) z nauczycielami a) 375 b) 199.

W ilu posiedzeniach lekarz brał udział: Rady Pedagog[icznej] – 46, Rady Opiek[unicznej] Intern[atu] – 16.

Ważniejsze choroby zakaźne (jakie), ile przypadków: grypa 742 i dur brzuszny 7, płońca 49, błonica 15, angina 158, parotitis⁵⁷ 132, odra 35, koklusz 5, róża 1, zapalenie dróg żółciowych 1.

⁵⁶ Poniższa część sprawozdania sporządzona została na specjalnym formularzu w formie tabelarycznej, na tyle jednak niekonsekwentnie, że w opracowaniu przyjęto formę tekstową.

⁵⁷ Chodzi o zapalenie przyusznic, świnkę.

Przeprowadzono 4 kursa ratownictwa sanitarnego: 3 w Pabianicach i 1 w Sieradzu.

Janina Bortkiewicz-Rodziewiczowa⁵⁸

Szkoły Średnie Ogólnokształcące

Sprawozdanie z pracy higienistki za rok szkolny 1948/[19]49

Sprawozdanie złożyło 38 higienistek z 37 szkół. 2 największe jedenastolatki w Łodzi miały po 2 higien[istki]. Natomiast w terenie higien[istka] obsługiwała 2 gimn[azja], 11 szk[ół] nie miało higienistek z powodu braku odpowiedn[ich] sił fachowych.

Przegląd czystości

Liczba dzieci obejranych – 17 520. W tym brudnych dzieci 1966. Liczba dzieci z wszawicą głowy (gnidy we włosach) – 1232. Liczba dzieci ze świerzem – 109.

Ile dzieci skierowano do lekarzy specjalistów – 6145.

Ile dzieci zmierzono – 12 937.

Ile dzieci zważono – 12 202.

Ile wypełniono kart zdrowia – 15 576.

U ilu zbadano wzrok – 14 267.

Opatrunki – 384, zabiegi – 5997, porad – 178.

Ilu dokonano odczynów tuberkul[inowych] – 1589 i szczepień (jakich) – 8826 szczepień przeciwdrurowych, przeciwężcowych – 10, szczepień ospy – 70, przeciwbłoniczych – 54.

Ile odwiedzin domowych u rodziców – 293, w szpitalu – 20.

Janina Bortkiewicz-Rodziewiczowa⁵⁹

Uwagi do sprawozdania lekarzy ze średnich szkół ogólnokształcących

Wobec tego, że nie wszystkie sprawozdania są zrobione jednakowo dokładnie, sumaryczne zestawienie ich niekompletnie odzwierciedla stan zdrowia młodzieży, zasadniczo jednak wnioski odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy.

Należy stwierdzić, że ogólny stan zdrowia młodzieży poprawia się z roku na rok i średnio biorąc, jest zadowalający. Młodzież ze szkół dwuzmianowych i szkół dla dorosłych, a także dzieci dojeżdżające w szkołach młodzieżowych są

⁵⁸ Podpis lekarza medycyny szkolnej.

⁵⁹ Podpis lekarza medycyny szkolnej.

słabsze fizycznie i częściej zapadają [na zdrowiu]. Często są też wśród nich objawy przemęczenia w postaci zemdleń, migreny, objawów nerwicy serca.

U wszystkich uderza duża ilość powiększonych tarczyc, większa u dziewcząt. Dość znaczna ilość objawów nadczynności tarczycy. Następnym nagminnym cierpieniem jest próchnica zębów z objawami wtórnymi (powiększenie gruczołów szyjnych, ropotoki) obserwowane w miejscowościach, gdzie jest brak jakiegokolwiek pomocy dentystycznej dla młodzieży szkolnej (Końskie, Łask, Łowicz, Opoczno, Wieluń). Dużo też jest cierpień przewodu pokarmowego w postaci zaburzeń trawiennych, podostrych stanów wyrostka robaczkowego również z przewagą dojeżdżających i uczniów szkół popołudniowych.

Warunki pracy szkolnej są coraz lepsze. Młodzieżowe szkoły wieczorowe powoli są likwidowane. Gmachy szkolne są odnawiane i uporządkowywane. Nieco się zmniejszyło przepełnienie klas, ale nie ustąpiło zupełnie. Meble szkolne dotąd są przeważnie niedopasowane do wzrostu. Oświetlenie sztuczne niedostateczne w większości przypadków. Szczególnie przepełnione są internaty, niemające izolatek dla chorych. Często też brak im należytej opieki lekarskiej. Żywnienie przeważnie wystarczające, ale jednostajne. Osobista czystość młodzieży szkolnej dotychczas szwankuje. Nie można się pozbyć zagnidzonych, ma to miejsce zwłaszcza u dziewcząt mających trwałą ondulację.

Warunki pracy lekarza szkolnego, zwłaszcza w terenie, są trudne z powodu braku pomocy specjalistów, R[öntgen]a, a także badań laboratoryjnych. Jak już wspomniałam, Ośrodki Zdrowia nie przyjmują bezpłatnie młodzieży szkolnej ze szkół średnich, zresztą nie zawsze da się tam uzyskać pomoc fachową. Młodzież bliższa w ważniejszych sprawach dojeżdża do Łodzi. Jest to jednak męczące i kosztowne. Są też trudności z leczeniem szpitalnym.

Wszędzie jednak stwierdzam ze strony lekarzy szkolnych duży wkład pracy pełnej poświęcenia. Z miast w terenie przodują Piotrków i Pabianice. W Łodzi wszędzie praca jest na należytych poziomach. Na specjalne wyróżnienie zasługuje Gimn[azjum] II, V, XII, XXI. Najważniejsze potrzeby w dziedzinie higieniczno-lekarskiej opieki zgłoszone przez lekarzy szkolnych są następujące:

1. Urządzenie izolatek w internatach.
2. Uruchomienie pomocy dentystycznej tam, gdzie jej brak.
3. Zapewnienie młodzieży szkolnej porad specjalistów i świadczeń laboratoryjnych, prześwietleń, po możliwie niższych cenach albo całkowicie bezpłatnie.
4. Ustabilizowanie warunków pomocy szpitalnej.
5. Zwiększenie kąpielisk szkolnych i udostępnianie kąpielisk publicznych młodzieży szkolnej.
6. Wprowadzenie zakazu trwałej ondulacji u dziewcząt, a także manicure'u.
7. Konieczne jest ujednostajnienie ubrania przez wprowadzenie mundurków szkolnych, chociażby w postaci fartuszków dla dziewcząt. Nieprzyjemnie

razi ogromna różnica w ubraniu w szkole. Wiele starszej młodzieży dorabia sobie na życie i jak twierdzą szkolni lekarze, bliżsi tej sprawy, wydaje pieniądze na stroje (nylonowe bluzki itp.) a oszczędza na jedzeniu.

8. Konieczne jest też wprowadzenie dożywiania dla całej młodzieży szkolnej.

Janina Bortkiewicz-Rodziewiczowa⁶⁰

Łódź, dnia 16 IX [19]49 r.⁶¹

Podsumowanie

Zagrożenie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w okresie powojnia stanowiło poważne wyzwanie dla polityki zdrowotnej państwa i medycyny szkolnej. Braki kadrowe wśród lekarzy, higienistek oraz pozostałych pracowników służby zdrowia, niedostateczna sieć placówek ochrony zdrowia, a przy tym trudne warunki socjalne, w jakich funkcjonowali uczniowie zarówno w środowisku rodzinnym, jak i szkolnym czy opiekuńczo-wychowawczym, odbijały się negatywnie na ich zdrowiu. Choć przez cały omawiany okres sytuację zdrowotną i higieniczną uznać należy za trudną, ulegała ona pewnej poprawie. Przede wszystkim zmieniał się charakter opieki medycznej nad uczniem z doraźnej na coraz lepiej zorganizowaną, choć z pewnością niewystarczającą, czego przykład ukazano na podstawie sprawozdania wizytatora medycyny szkolnej KOS Łódzkiego. Interesujące wnioski przynieść może analiza porównawcza prezentowanych zagadnień na tle osiągnięć XX i XXI w. Konstytutywne elementy medycyny szkolnej badanego okresu odnaleźć można we współczesnych ujęciach, a niektóre charakterystyczne dla powojnia schorzenia i determinanty zdrowia uczniów występują dość powszechnie również dzisiaj (np. wady postawy, wzroku, próchnica zębów, zagrożenia epidemiczne czy problem nieodpłatnej dostępności do lekarzy specjalistów), choć zmieniły się przyczyny i uwarunkowania ich występowania⁶².

Bibliografia

Źródła archiwalne

Archiwum Akt Nowych w Warszawie

Ministerstwo Oświaty, sygn. 231, 4158.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, sygn. 236, 281.

Ministerstwo Zdrowia, sygn. 119, 130.

Ministerstwo Ziem Odzyskanych, sygn. 50, 71.

⁶⁰ Podpis lekarza medycyny szkolnej.

⁶¹ AAN, MO, sygn. 4158, *Sprawozdanie roczne* [Kuratorium Okręgu Szkolnego Łódzkiego] za 1948/49 r. z pracy wizytatora higieny szkolnej Janiny Rodziewiczowej, Łódź, 1.10.1949, k. 229–251.

⁶² Zob. *Zdrowie i styl życia polskich uczniów*.

Źródła drukowane

- M. Skokowska-Rudolf, *État de santé et besoins sanitaires des enfants en Pologne*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Varsovie 1948.
- M. Skokowska-Rudolf, *Stan i potrzeby zdrowotne dzieci w Polsce*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1946.
- M. Skokowska-Rudolf, *Walka o zdrowie dziecka*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1949.
- J. Wojtyniak, B. Radlińska, *Sieroctwo. Zasięg i wyrównanie*, Polski Instytut Służby Społecznej, Łódź 1946.

Opracowania

- R. Hrabar, Z. Tokarz, J.E. Wilczur, *Czas niewoli, czas śmierci. Martyrologia dzieci polskich w okresie okupacji hitlerowskiej*, Interpress, Warszawa 1979.
- A. Janowski, *Medycyna szkolna*, [w] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, red. T. Pilch, t. 3, Żak, Warszawa 2004.
- A. Kępiński, *Tzw. „KL-syndrom”. Próba syntezy*, „Przegląd Lekarski” 1970, nr 26.
- A. Lutrzykowski, *Podstawy prawne opieki zdrowotnej w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej*, „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne” 2001, nr 3.
- M. Paciorek, *Instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego w Polsce w latach 1947–1950 w świetle ówczesnych doniesień prasowych*, „Medycyna Nowożytna” 2011, t. 17, z. 1.
- Rocznik statystyczny 1947*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1947.
- Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945–1967*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1969.
- Rocznik statystyczny szkolnictwa 1944/45–1966/67*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1967.
- W. Theiss, *Zniewolone dzieciństwo. Socjalizacja w skrajnych warunkach społeczno-kulturowych*, Żak, Warszawa 1996.
- M. Wiśniewska, *Przedszkola Polski „ludowej”. Ideologizacja instytucji (1944–1965)*, Wydawnictwo Naukowe UKSW, Instytut Pamięci Narodowej, Warszawa 2019.
- D. Zamiatała, *Caritas. Działalność i likwidacja organizacji (1945–1950)*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 2000.

Zasoby internetowe

Informacja o realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami za rok szkolny 2019/2020, red. A. Oblacińska et al., Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2021, <http://medycynaszkolna.imid.med.pl/download/2017-raport-o-pielegniarkach>.

J. Kostkiewicz, *Niemiecka polityka eksterminacji i germanizacji polskich dzieci w czasie II wojny światowej*, Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska, Kraków 2020, https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/259492/kostkiewicz_niemiecka_polityka_eksterminacji_i_germanizacji_polskich_dzieci_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Narodowy Program Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1>.

B. Postołowicz, *Główne kierunki przemian służby zdrowia i zdrowotności Polaków po II wojnie światowej*, http://old.gbl.waw.pl/gbl/oddzialy/gbl_ciechanow3.pdf.

Raport końcowy z realizacji projektu „Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem technik telemonitoringu”, red. A. Fijałkowska et al., Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018, https://imid.med.pl/files/imid/Zdrowa%20ja/RAPORT_ZJ%281%29-%20wersja%20ko%20C5%84cowa.pdf.

Stefan Wacław Rottermund, <https://www.ipsb.nina.gov.pl/a/biografia/stefan-waclaw-rottermund>.

Zdrowie i styl życia polskich uczniów. Raport z badań, red. A. Fijałkowska, A. Oblacińska, M. Korzycka, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2019, https://drive.google.com/file/d/1zu8fBe7Yhc_Su08gCuw_Bnl4IHNqxfEI/view.

Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia, red. J. Mazur, A. Dzielska, A. Małkowska-Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2020, <https://imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/Raport%20Zdrowie%20i%20zachowania%20zdrowotne%20uczni%C3%B3w%2017.pdf>.

Zdrowie ucznia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-ucznia>.