



AGNIESZKA CHŁOSTA-SIKORSKA*

Działania podejmowane na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w pierwszych latach po drugiej wojnie światowej na przykładzie Krakowa

Measures taken to improve society's health
in the years just after World War II – the Kraków example

Streszczenie: Druga wojna światowa przyniosła zmiany w służbie zdrowia, którą zarządzano centralnie. Opieka medyczna była bezpłatna i dostępna dla każdego, ale finansowanie placówek zdrowia nie było priorytetem, co powodowało spadek jakości świadczonych usług i korupcję. Braki finansowe oraz kadrowe odczuwano także w Krakowie. Został on zniszczony jedynie nieznacznie, a po wojnie zwiększyła się liczba jego mieszkańców. Przeludnienie niosło ze sobą widmo epidemii. Spośród chorób dominowały płonica, błonica czy gruźlica. W wyniku wielu działań udało się opanować wzrost liczby zachorowań i nie dopuścić do wybuchu epidemii. Z czasem rosła liczba urodzin, a przyrost naturalny zaczął być dodatni.

Słowa kluczowe: zdrowie, Polska Ludowa, Kraków, problemy

* Instytut Historii i Archiwistyki Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, agnieszka.chlosta-sikorska@uken.krakow.pl, ORCID: 0000-0003-2451-5343.

Abstract: World War II brought changes in the health service, which was managed centrally. Medical care was free and available to everyone. But financing health facilities was not a priority, which resulted in a decline in the quality of services provided and corruption. Financial and staff shortages were also felt in Kraków. It was only slightly destroyed during the war, and afterwards the number of its inhabitants increased. Overpopulation brought with it the spectre of epidemic. The most common diseases were scarlet fever, diphtheria and tuberculosis. Widespread action was taken, and the epidemic was prevented. Over time, the number of births increased, and the birth rate began to be positive.

Keywords: health, People's Republic of Poland, Kraków, problems

Zmiany organizacyjne

Druga wojna światowa przyniosła Polsce zmiany dotyczące nie tylko aspektu politycznego, ale także wszystkich przejawów życia gospodarczego, społecznego i kulturalnego. Dokonano przekształceń w służbie zdrowia, przystosowując ją do centralnego sposobu zarządzania. Nie bez znaczenia było także wdrażanie nowej ideologii, zgodnie z którą kwestie zdrowia obywateli zostały zaliczone do zadań sztandarowych państwa, a opieka medyczna miała być bezpłatna i dostępna dla każdego. Już w Manifestie PKWN z 1944 r. zapisano, że „natychmiast rozpocznie się odbudowa i rozbudowa instytucji Ubezpieczeń Społecznych na wypadek choroby”¹. Zaczęto tworzyć publiczną służbę zdrowia opartą na wzorze radzieckim (tzw. Siemaszki)², zgodnie z którym miała być: podległa państwu (część struktury administracyjnej finansowana z jego budżetu), powszechna (dostępna dla każdego członka społeczeństwa), jednolita i kompleksowa (wszystkie instytucje jako całość organizacyjna i funkcjonalna podporządkowana centralnemu kierownictwu)³.

¹ *Manifest Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego*, „Rocznik Lubelski” 1959, nr 2, s. 12.

² C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998, s. 27.

³ K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s. 55.

24 listopada 1944 r. w Lublinie powstał Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami powołany na mocy rozporządzenia prezydenta Krajowej Rady Narodowej⁴. Jego pierwszym komisarzem został prof. dr med. Jerzy Morzycki, pełniący także funkcję wiceministra zdrowia. W kolejnych miesiącach tworzone struktury wojewódzkie⁵, w skład których wchodziły m.in. tzw. kolumny przeciwepidemiczne, składające się z lekarzy i dezynfektorów. Do ich zadań należało wykrywanie chorób zakaźnych głównie poprzez pobieranie próbek do badań serologicznych i bakteriologicznych, zbieranie wywiadów epidemiologicznych, izolowanie chorych, podawanie leków i szczepień ochronnych, przeprowadzanie dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji, badanie i chlorowanie wody, kontrola bezpieczeństwa żywności i żywienia, nadzór nad warunkami pracy, nauki i wypoczynku, a także edukacja społeczeństwa⁶.

11 kwietnia 1945 r. powstało Ministerstwo Zdrowia, któremu podlegała państwowa służba zdrowia, w tym Państwowe Zakłady Higieny (PZH). Jednak problemem było duże rozdrobnienie odpowiedzialności, gdyż lecznictwo samorządowe należało do Ministerstwa Administracji Publicznej, opieka nad dzieckiem oraz uniwersyteckie wydziały medyczne – Ministerstwa Oświaty, wsparcie dzieci w zakresie wyżywienia – Ministerstwa Aproprowizacji i Handlu, przemysłowa służba zdrowia i produkcja leków – Ministerstwa Przemysłu, inwestycje w obszarze służby zdrowia – Ministerstwa Odbudowy, opieką nad częścią ludności zajmowało się zaś Ministerstwo Ziem Odzyskanych. Własną służbę zdrowia miały resorty komunikacji, obrony narodowej czy bezpieczeństwa publicznego. Za kwestie zdrowotne odpowiadały również Państwowy Urząd Repatriacyjny, Polski Czerwony Krzyż oraz Ubezpieczalnia Społeczna (lecznictwo pracownicze)⁷.

⁴ *Sprawozdanie z działalności nadzwyczajnego komisariatu do walki z epidemiami za lata 1944–1945*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, nr 1–2, s. 6.

⁵ Archiwum Narodowe w Krakowie (dalej: ANKr.), Urząd Wojewódzki Krakowski (dalej: UWKr.), sygn. 29/691/0/UW II 78, Ministerstwo Zdrowia w Warszawie do Urzędu Wojewódzkiego Krakowskiego, 10 grudnia 1945 r., k. 35.

⁶ J. Morzycki, A. M. Klingberg, *Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami 1944–1945*, Warszawa 1946, s. 11.

⁷ Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 r.)*, Łódź 1994, s. 206.

W 1948 r. sejm upaństwowił zakłady opieki zdrowotnej podlegające gminom, kościołom, związkom wyznaniowym, fundacjom i stowarzyszeniom⁸. Odtąd sieć placówek powiązano z podziałem samorządowym. W gminach powstały przychodnie oferujące w założeniu pomoc internisty, chirurga, ginekologa, stomatologa, jednak wobec braków kadrowych nie zawsze było to możliwe. Odbudowywano szpitale oraz kształcono pracowników służby zdrowia. Zagwarantowano także dostęp do rehabilitacji i leczenia sanatoryjnego. Powołano Oddziały Sanitarно-Epidemiologiczne wojewódzkich wydziałów zdrowia, a tam ulokowano wojewódzkie kolumny sanitarne. Kierował nimi inspektor sanitarny, poszczególnymi sprawami zajmowali się zaś referenci żywności, higieny komunalnej i epidemiologii⁹. W 1950 r. ich działalność została przejęta przez PZH¹⁰.

Prowadzone działania przypieczętowały zapisy uchwalonej w 1952 r. konstytucji PRL, odnoszące się do szerokiego katalogu praw socjalnych: „obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy”¹¹. Można to wskazanie interpretować za Aleksandrem Pachem jako deklarację, że „zdrowie ludzkie widziane jest jako dobro jednostki, a zarazem dobro społeczne. Zachowanie tego dobra powiązane jest z realizacją szerokiego programu społecznego, którego część zadań wypełnia służba zdrowia”¹². Wojewódzkie wydziały zdrowia połączono z filiami Państwowych Zakładów Higieny i w ten sposób powstały Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne i Kwarantannowe¹³.

⁸ Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1948 r. Nr 55, poz. 434.

⁹ M. Bilek, *Od II Rzeczypospolitej do Wspólnej Europy. (Służby sanitarne w Polsce 1918–2005)*, w: *W służbie zdrowiu publicznemu. Zarys historii Służb Sanitarnych Państwa Polskiego 1918–2010*, red. A. Wojtyła, P. Biliński, Warszawa 2010, s. 76–78.

¹⁰ *Mieczysław Bilek 1907–1970 – in memoriam. Katalog wystawy*, red. M. Bilek, D. Błońska, Kraków 2007, s. 10.

¹¹ Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r., Dz.U. z 1952 r. Nr 33, poz. 232.

¹² A. Pach, *Organizacja służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1972, s. 35.

¹³ M. Posobkiewicz, J. Kalinowska-Morka, B. Świekatowski, *Państwowa Inspekcja Sanitarna – 60 lat istnienia i 95-lecie funkcjonowania służb sanitarnych w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2015, nr 69, s. 116.

W 1954 r. zmiany jednak poszły dalej i powołano Państwową Inspekcję Sanitarną, a w konsekwencji głównego inspektora sanitarnego jako zastępcę ministra zdrowia oraz organy terenowe Państwowej Inspekcji Sanitarnej – inspektorów sanitarnych: wojewódzkich, miejskich, powiatowych, dzielnicowych, portowych¹⁴. Mieli oni szerokie uprawnienia, m.in. związane z karaniem, wystawianiem nakazu przymusowego leczenia, ze skierowaniem wniosku do kolegium ds. wykroczeń czy sądu.

W kolejnych latach dokonał się proces doskonalenia systemu ochrony zdrowia, tworzenia jednolitej sieci zakładów leczniczych oraz zapewnienia obywatelom PRL bezpłatnej i powszechnej opieki medycznej. Jednak wprowadzane przepisy prawa oraz centralizacja spowodowały, że wobec forsownej industrializacji budżetowanie placówek zdrowia schodziło na plan dalszy, co z kolei powodowało spadek jakości świadczonych usług, a także pojawienie się zjawiska korupcji¹⁵. Nasilała się ona szczególnie w okresach prac polowych, gdyż wielu robotników, chcąc pomóc w rodzinnych gospodarstwach, próbowało „te wyjazdy »legalizować« za pomocą uzyskanych za łapówki zwolnień lekarskich”¹⁶. Wydłużały się kolejki do przychodni¹⁷, a w szpitalach coraz częściej brakowało łóżek, a nawet i lekarstw. Z biegiem czasu okazało się, że poszczególne jednostki musiały się zadłużać, a w efekcie dotknęło to cały system¹⁸.

¹⁴ Dekret z dnia 14 sierpnia 1954 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. z 1954 r. Nr 37, poz. 160.

¹⁵ *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 2, red. A. Czupryna, Kraków 2001, s. 313.

¹⁶ W. Paduchowski, *Nowa Huta nieznana i tajna. Obraz miasta w materiałach Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego i Milicji Obywatelskiej (1949–1956)*, Kraków 2014, s. 12.

¹⁷ *Długie kolejki matek z dziećmi przed Ośrodkiem Zdrowia na pl. Sikorskiego*, „Echo Krakowskie” 1950, nr 1 (1361), z 1 stycznia, s. 13.

¹⁸ M. Raduła, *Podmioty służby zdrowia w PRL*, „Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem” 2021, nr 2, s. 348.

Stan sanitarno-epidemiologiczny

Każda wojna niesie zniszczenia i różnorakie epidemie związane z pogorszeniem kondycji fizycznej i psychicznej społeczeństwa¹⁹. Niedożywienie ludzi, zniszczone miasta i wsie, w tym system wodociągów i kanalizacji, zanieczyszczone rzeki i jeziora, plaga gryzoni i insektów – zwłaszcza wszy i pluskiew, bezdomne zwierzęta, rozkładające się na ulicach ciała ludzi oraz zwierząt stwarzały doskonałe warunki do wybuchu epidemii. Do tego dochodziły masowe migracje ludności i demoralizacja części społeczeństwa. W związku z tym, że Kraków został zniszczony jedynie nieznacznie, był on jedynym dużym polskim miastem, w którym mimo zagłady ludności żydowskiej zwiększyła się liczba jego powojennych mieszkańców. W 1939 r. zamieszkiwało go 259 000 osób, w 1945 r. – 288 700²⁰, a rok później – 299 396²¹. Wracali tutaj krakowianie, ale i przybywali repatrianci z pogranicza wschodniego oraz innych części kraju²², zdemobilizowani żołnierze polscy²³ oraz wojsk alianckich²⁴, a także więźniowie obozów²⁵. Zgłaszali się do posterunków Milicji Obywatelskiej w celu uzyskania zezwolenia na nocleg, czyli po tzw. dowody rejestracyjne i niewielkie zasiłki, a także przepustki na wjazd i wyjazd²⁶. W lutym 1945 r. Wydział Apropowizacji Zarządu Miejskiego (przy ul. Dunajewskiego 58) rozpoczął wydawanie

¹⁹ M. Zaremba, *Wielka Trwoga. Polska 1944–1947. Ludowa reakcja na kryzys*, Kraków 2012, s. 540.

²⁰ ANKr., Miejska Rada Narodowa w Krakowie (dalej: MRN Kr.), sygn. 29/700/1, Protokół nr 3 Miejskiej Rady Narodowej w dniu 5 lutego 1945 r., k. 15.

²¹ *Rocznik statystyczny miasta Krakowa 1945–1960*, Kraków 1961, s. 9.

²² ANKr., MRN Kr., sygn. 29/700/4, Sprawozdanie z działalności Zarządu Miejskiego w stoł. król. mieście Krakowie w miesiącach styczniu, lutym i marcu 1947 r., k. 152.

²³ G.P., *Wracają żołnierze z niewoli*, „Dziennik Polski” 1945, nr 11, z 14 lutego, s. 4.

²⁴ J. Win, *11 tysięcy cudzoziemców w Krakowie*, „Dziennik Polski” 1945, nr 20, z 23 lutego, s. 4.

²⁵ W. Zech, *Tym co najwięcej przecierpieli... Wszyscy spieszymy z pomocą dla ocalałych z Oświęcimia*, „Dziennik Polski” 1945, nr 3, z 6 lutego, s. 4.

²⁶ *Rejestracja osób powracających z obozów koncentracyjnych i obozów pracy*, „Dziennik Polski” 1945, nr 8, z 11 lutego, s. 10; *Zarządzenie Wojewody Krakowskiego w sprawie przepustek na wjazd*, „Dziennik Polski” 1945, nr 9, z 12 lutego, s. 2.

kart żywnościowych za pośrednictwem zakładów pracy i instytucji opieki społecznej²⁷. Dotyczyły one przede wszystkim artykułów pierwszej potrzeby – chleba, cukru, tłuszczu i mięsa. Mieszkańcy wspominali: „jest bardzo ciężko żyć, chleb na kartki, cukier, tłuszcze i mięso. Polska biedna, bo tak wyniszczona, a tyle ludzi potrzebuje jeść, czasem mi pieniędzy brak, aby zakupić przydział, ale pocieszam się, że będzie lepiej”²⁸. Wiele artykułów żywnościowych zostało zniszczonych przez wojnę lub rozkradzionych. Część z nich zagarnęła Armia Czerwona. Dostawy UNRRA²⁹, początkowo w niewielkim, a z czasem w nieco lepszym stopniu, zaspokajały braki w wyżywieniu, ubraniu i w innych niezbędnych rzeczach³⁰. Dzięki nim, już jesienią 1945 r., zaopatrzenie w podstawowe artykuły było dobre, co nie oznacza problemów w latach kolejnych³¹. „Województwo krakowskie otrzymało 195 wagonów darów, w tym 104 wagony odzieży używanej, 55 wagonów obuwia używanego, 1 wagon kołder, 2 wagony naczyń kuchennych, 32 wagony żywności, 1 wagon tranu oraz 580 łóżek polowych. Żywność została rozdzielona pomiędzy zakłady opiekuńcze, resztę rozprowadził Zakład Opieki Społecznej pomiędzy powiaty, miasta wydzielone [...] oraz instytucje i organizacje społeczne”³². Roman Polański wspomina: „w tym właśnie okresie zaczęły do nas docierać pierwsze paczki z UNRRA. Były to jakby przesyłki z odległej planety. W mieszkaniu Horowitzów pojawiły się woskowane kartony: papierosy Lucky Strike, puszki rozpuszczalnej kawy, skondensowanego mleka i konserwy z wołowiny. My, dzieci, zachwycali-

²⁷ *Wydawanie kart żywnościowych*, „Dziennik Polski” 1945, nr 6, z 9 lutego, s. 4.

²⁸ J. Mikułowski-Pomorski, *Kraków w naszej pamięci*, Kraków 1991, s. 209–210.

²⁹ UNRRA (ang. United Nations Relieve and Rehabilitation Administration – Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Pomocy i Odbudowy) – międzynarodowa organizacja powstała w Waszyngtonie w celu niesienia pomocy humanitarnej ludności dotkniętej drugą wojną światową; za: P. Jachowicz, *Działalność UNRRA w Polsce w latach 1945–1948*, „Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania” 1998, nr 2, s. 41–55.

³⁰ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 269, Telefonogram z dnia 7 sierpnia 1945 r. Ministerstwo Apropowizacji i Handlu, k. 49.

³¹ *Apropowizacja województwa krakowskiego na właściwej drodze*, „Dziennik Polski” 1945, nr 50, z 25 marca, s. 4.

³² ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 269, Działalność Wydziału Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego Krakowskiego, k. 349.

śmy się landrynkami i gumą do żucia, czekoladowymi batonami i proszkiem DDT”³³. W maju 1945 r. „przedstawiciel Miejskiego Urzędu Zdrowia oświadczył, że niebezpieczeństwo rozszerzania chorób zakaźnych nie pozwala na dalsze przyjmowanie w Krakowie powracających z Niemiec”³⁴. Jednak nie dało się całkowicie zatrzymać ruchu ludności, stąd jeszcze w czerwcu 1946 r. Marian Rubiński, wojewoda krakowski, nakazał, aby wszystkie osoby nieposiadające stałego adresu zamieszkania dwa razy w miesiącu stawiały się u lekarza powiatowego w celu kontroli stanu zdrowia, kąpieli i dezynfekcji. W egzekwowaniu tego nakazu miała pomagać Milicja Obywatelska. Mieszkańcom rozdano „książeczki czystości” (paszporty sanitarne), bez których nie można było podjąć pracy³⁵.

Taka masa przybyszów spowodowała, że powojenny Kraków walczył z przeludnieniem, co przy brakach w dostawie bieżącej wody, niewystarczającej liczbie łaźni i kąpielisk oraz problemach z oczyszczaniem miasta powodowało, że zabiegi na rzecz zapobiegania wybuchowi epidemii miały priorytetowy charakter. Działające do stycznia 1945 r. dwie łaźnie ludowe (ul. Karmelicka 49 i ul. Rejtana 4)³⁶ zostały zniszczone podczas ofensywy styczniowej, stąd korzystano z nich w ograniczony sposób. Obie wymagały pilnego remontu. Plagą były wszawica i świerzby. Co prawda działała od-wszawialnia, w której odkażano ludzi i ubrania amerykańskim proszkiem DDT³⁷, ale nie można było przyjąć tam zbyt wielu osób w krótkim czasie, co wydłużało procedurę. W sierpniu 1946 r. wojewoda krakowski nakazywał: „przy stosowaniu powyższego postępowania należy zwrócić uwagę na to, by osobnicy poddani odkażeniu i zaopatrzeni w stosowne zaświadcze-

³³ R. Polański, *Roman Polański*, Warszawa 1992, s. 48.

³⁴ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 269, Protokół zebrania Komisji doradczej przy specjalnym komisarzu opieki nad b. więźniami niemieckich obozów koncentracyjnych i obozów pracy w dniu 11 maja 1945 r., k. 114.

³⁵ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 35, Wojewoda krakowski do Starostów powiatowych, 5 czerwca 1946 r., k. 7.

³⁶ ANKr., MRN Kr., sygn. 29/700/4, Sprawozdanie z działalności Zarządu Miejskiego w stoł. król. mieście Krakowie w miesiącach styczniu, lutym i marcu 1947 r., k. 162.

³⁷ DDT (dichlorodifenylotrichloroetan) – związek chemiczny stosowany jako środek owadobójczy, w czasie drugiej wojny światowej zaś jako ochrona wojska przed tyfusem plamistym, roznoszonym przez wszy.

nia nie wykorzystywali tych dowodów, jako pewnego rodzaju legitymacji uprawniających ich do zawodowego włóczęgostwa i żebrania, a z drugiej strony, czynności odkażenia wykonywane były przez odnośnych funkcjonariuszy w sposób bezwzględnie kulturalny i dla poddawanych tym zabiegom miły oraz nieniszczący ich odzienia. Miarą właściwego sposobu wykonywania odkażania będzie wzbudzenie zaufania zainteresowanych do tego stopnia, by z czasem sami dobrowolnie zgłaszali się do kolumn dezynfekcyjnych dla oczyszczenia. Za powyższe zabiegi nie wolno pobierać żadnych opłat”³⁸.

Walkę z niedopuszczeniem do rozprzestrzeniania się chorób utrudniały także problemy kadrowe i zniszczenia budynków służby zdrowia, braki leków oraz materiałów opatrunkowych³⁹. Nieprzerwanie działał Miejski Szpital Specjalistyczny im. G. Narutowicza przy ul. Prądnickiej. Wkraczająca Armia Czerwona zajęła jednak jego część, a pozostała przekształciła się w Szpital Ubezpieczalni Społecznej, aby w 1946 r. przejąć zarząd nad całą placówką i rozpocząć naprawę zniszczeń wojennych⁴⁰. Przy tej samej ulicy znajdował się szpital epidemiczny⁴¹. Pacjentów przyjmował również Szpital Bonifratrów przy ul. Trynitarskiej, który w czasie wojny pozostał w rękach braci i służył pomocą polskiej ludności. Znaleźli tu wtedy zatrudnienie wybitni lekarze zwalniani z przejętych przez Niemców klinik krakowskich. Wysadzenie mostów na Wiśle spowodowało duże zniszczenia zabudowań szpitalnych i samego klasztoru, jednak szybko naprawiono szkody. W myśl zalecenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego postanowiono utworzyć w mieście kolejne ośrodki zdrowia zgodnie z zasadą, aby dostosować podział terenu pracy między ośrodki do administracyjnego podziału mia-

³⁸ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 35, Wojewoda Krakowski do OB. OB. Starostów Powiatowych /wszystkich/ i ob. Prezydenta m. Krakowa, k. 25.

³⁹ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 137, Sprawozdanie z działalności za miesiąc marzec 1945 r., na skutek zarządzenia OB. Wojewody z dn. 30.03.1945 r., k. 17.

⁴⁰ W 1947 r. oprócz bieżących prac odnowiono oddział gruźliczy. Planowano również remont lewego skrzydła budynku przeznaczonego dla pacjentów z chorobami zakaźnymi oraz przebudowę kuchni, magazynu i zakup aparatu Roentgena; za: ANKr., MRN Kr., sygn. 29/700/4, Sprawozdanie z działalności Zarządu Miejskiego w stoł. król. mieście Krakowie w miesiącach styczniu, lutym i marcu 1947 r., k. 163.

⁴¹ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 137, Sprawozdania Wydziału Zdrowia od dnia 26 I 1945 r., k. 27.

sta. Jako pierwszą uruchomiono placówkę na placu św. Ducha, następnie na Podgórzu, Stradomiu, Kazimierzu i w Bronowicach Małych⁴². Także Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe (pogotowie) udzielało porad na miejscu i wyjeżdżało w teren. W tych pierwszych latach powojennych jego praca była nie do przecenienia. Placówka także zmagala się z problemami lokalowymi i brakami sprzętowymi. Do jej dyspozycji były trzy stare ambulanse, a w 1946 r. otrzymała w darze z UNRRA sanitarkę marki Dodge i nabyła kolejne pojazdy. W 1949 r. KOTR, jak i inne placówki pogotowia ratunkowego w całym kraju, zostało podporządkowane Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi, co wiązało się z tworzeniem centralnego systemu pomocy doraźnej⁴³.

Tabela. Najczęstsze schorzenia⁴⁴

Choroba/Lata	1939	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Dur (tyfus) brzusznym i rzekomy	110	383	187	118	83	89	104
Dur (tyfus) plamisty	7	82	31	8	3	5	8
Czerwonka	27	98	26	21	20	22	26
Płonica (szkarlatyna)	742	295	665	1036	687	826	2280
Błonica (dyfteria)	301	343	413	307	265	308	510
Krztusiec	152	83	130	121	276	349	395

⁴² ANKr., MRN Kr., sygn. 29/700/4, Sprawozdanie z działalności Zarządu Miejskiego w stoł. król. mieście Krakowie w miesiącach styczniu, lutym i marcu 1947 r., k. 162.

⁴³ *Okupacja i lata powojenne*; <https://kpr.med.pl/arttykul/57,okupacja-i-lata-powojenne> (dostęp: 13.02.2024).

⁴⁴ Wzrost zachorowań od 1949 r. wynika m.in. z budowy Nowej Huty i gwałtownego zwiększenia się liczby mieszkańców Krakowa; za: *Rocznik statystyczny Miasta Krakowa...*, s. 185; ANKr., MRN Kr., sygn. 29/700/4, Sprawozdanie z działalności Zarządu Miejskiego w stoł. król. mieście Krakowie w miesiącach styczniu, lutym i marcu 1947 r., k. 162.

Tabela. Najczęstsze schorzenia (cd.)

Choroba/Lata	1939	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Porażenie dziecięce nagminne (choroba Heinego-Medina)	–	–	–	7	1	5	10
Odra	726	391	293	123	454	853	633
Zapalenie wątroby	–	–	–	–	–	–	–
Grypa	–	–	–	–	–	110	210
Gruźlica	–	–	–	814	–	–	–
Zapalenie ślinianek	–	–	–	37	–	–	–
Czerwonka	–	–	–	144	–	–	–
Róża	–	–	–	63	–	–	–
Zimnica (malaria)	–	–	–	12	–	–	–
Jaglica	–	–	–	4	–	–	–

Wielkie żniwo zbierała gruźlica, na którą zapadały głównie osoby niedożywione i słabe. Była jedną z najbardziej zakaźnych chorób przenoszonych drogą kropelkową, ale także pokarmową i przez dotyk. Jest wywoływana przez bakterie (prątki gruźlicy/Kocha). Najczęściej atakuje płuca, ale także naczynia krwionośne i skórę oraz układy: ośrodkowy nerwowy, limfatyczny, kostno-stawowy i moczowo-płciowy. Objawia się męczącym kaszlem, osłabieniem czy lekką gorączką. „Na gruźlicę płuc umierało w 1946 r. mniej ludzi (11,9% zgonów) niż w 1945 (12,8%), ale jeszcze więcej niż w 1938”⁴⁵. Jak wskazują badania, „nie jest ważne, ilu mieszkańców zamieszkuje 1 km² powierzchni, ale ilu ludzi przypada na 1 m² powierzchni mieszkalnej wspólnej z innymi. [...] Zatem gęstość zakwaterowania bez przestrzegania selekcji zdrowotnej zakwaterowanych w pierwszych latach

⁴⁵ J. M. Małecki, *Kraków w pierwszym roku po wojnie*, w: *3 Maja w Krakowie*, red. J. M. Małecki, Kraków 1997, s. 13.

po wojnie była czynnikiem dominującym⁴⁶. Brakowało również badań i profilaktyki z zakresu wczesnego wykrywania zachorowań. Poza tym bieda powodowała, że wiele osób nie dojeżdżało i mieszkowało w trudnych warunkach. W ramach kuracji chorych powinno się wysyłać tam, gdzie klimat był lepszy, co w warunkach dopiero co zakończonej wojny było właściwie niemożliwe. W 1946 r. udało się skierować część byłych więźniów obozów do Zakopanego⁴⁷. Na początku lat 50. zachorowalność spadła, co wiązało się z coraz wcześniejszym wykrywaniem, coraz powszechniejszą dostępnością antybiotyków, masowymi szczepieniami, poprawą warunków bytowych oraz prowadzoną akcją edukacyjną.

Gruźlicę często mylono z grypą, która także zbierała ogromne żniwo. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową, co utrudnia zapobieganie infekcjom⁴⁸. Ta choroba sezonowa nie tylko powoduje powikłania zdrowotne, ale również niesie ze sobą skutki ekonomiczne – absencję zawodową czy wzrost wydatków służby zdrowia. Była często bagatelizowana ze względu na podobne objawy jak przeziębienie, gdyż trudno było jednoznacznie ustalić, że przyczyną gorączki, dreszczy, kaszlu, bóli mięśniowo-stawowych i głowy czy złego samopoczucia był właśnie wirus grypy.

Jeszcze trudniejsza w diagnozowaniu i leczeniu była płonica (szkarlatyna), która przenosiła się drogą kropelkową. U pacjentów (głównie dzieci) powoduje wysoką gorączkę, osłabienie, wysypkę w postaci lekko czerwonych, drobnych plamek blednących pod wpływem ucisku oraz biały nalot na języku, który w drugiej dobie zamienia się w tzw. malinowy język. Ból i obrzęk gardła często powodują ból podczas jedzenia, co może prowadzić do odwodnienia i wyczerpania organizmu⁴⁹.

⁴⁶ M. Migąła, *Rozwój terapii balneoklimatycznej na Górnym Śląsku w aspekcie leczenia gruźlicy (druga połowa XIX i pierwsza połowa XX wieku)*, Opole 2009, s. 182.

⁴⁷ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 283, Protokół spisany dnia 8 maja 1946 r. w Wojewódzkim Wydziale Opieki Społecznej z konferencji w sprawie kolonii dla dzieci po b. więźniach obozów koncentracyjnych oraz wysyłania większej ilości b. więźniów – gruźlików do sanatoriów, k. 9.

⁴⁸ B. Stanisławski, *Terapia grypy*, „Farmacja Polska. Czasopismo Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego” 2009, nr 1, s. 9–14.

⁴⁹ *Szkarlatyna (płonica)*; <https://www.gov.pl/web/gis/szkarlatyna-plonica> (dostęp: 12.02.2024).

W 1946 r. miasto zmagало się nadal z durem (zwanym tyfusem), mimo że jeszcze w styczniu prasa donosiła, że udało się go pokonać⁵⁰. Dur brzuszny jest chorobą bakteryjną przewodu pokarmowego objawiającą się m.in. gorączką, bólem głowy, nudnościami, wymiotami, wzmożonym pragnieniem. Nośnikami bakterii są woda i żywność, czasem brudne ręce. Dur rzekomy ma łagodniejszy przebieg niż brzuszny, rzadko też powoduje powikłania. Natomiast dur plamisty (wysypkowy, osutkowy) jest przenoszony przez wesz odzieżową, czasami głowową. Objawia się m.in. bólami głowy, wysoką i długotrwałą gorączką, plamistą, nawet krwotoczną wysypką. W okresie powojennym tyfus występował w całym kraju, stąd premier Edward Osóbka-Morawski w maju 1946 r. wydał okólnik nakazujący podjęcie jeszcze większego wysiłku na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej⁵¹. Jak się wydaje, nie udało się oczyścić wszystkich zbiorników wodnych czy też zwalczyć plagi wszy i pcheł.

Zastanawiać może obecność chorych na malarię, czyli zimnicę. Jak wskazywały analizy, „przypadki zimnicy skupiają się na terenach, gdzie przez dłuższy czas przebywały niemieckie wojskowe jednostki, przybyłe z Afryki. [...] Drugim źródłem zimnicy, które w tej chwili jest niejako w latencji, są repatrianci ze Związku Radzieckiego. Zarówno ze względu na płynność tego elementu, jak i na okresy utajenia malarii u tych ludzi, nie sposób jest przeprowadzić dostateczną kontrolę ludzi zakażonych”⁵². Ta choroba pasożytnicza charakteryzuje się wysoką gorączką, bólem głowy, dreszczami, zlewnymi potami czy nudnościami. Źródłem zarażenia jest człowiek, a pośrednikiem komar widliszek⁵³.

Nad porządkiem zdrowotnym krakowian czuwali pracownicy filii Państwowego Zakładu Higieny. Zajmowali się prowadzeniem badań laboratoryjnych materiałów przesyłanych z obszaru województw krakowskiego

⁵⁰ *Polska bez tyfusu plamistego*, „Dziennik Polski” 1946, nr 29 (335), z 29 stycznia, s. 5.

⁵¹ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 35, Okólnik nr 52 w sprawie podniesienia stanu sanitarnego kraju z 10 lipca 1946 r., k. 17.

⁵² *Sprawozdanie z działalności nadzwyczajnego komisariatu do walki z epidemiami...*, s. 25.

⁵³ Największą liczbę zachorowań zarejestrowano w 1948 r., tj. 9941; za: T. H. Dzbeński, *Sytuacja epidemiologiczna malarii w Polsce – dawniej, obecnie i w przyszłości*, „Wiadomości Parazytologiczne” 2008, nr 54 (3), s. 207.

i rzeszowskiego, prowadzili kontrole ozdrowieńców po durze brzuszny, sprawdzali wodociągi, studnie oraz żywność (przykładowo badali produkty mleczne, wyszukując te o zafałszowanym składzie i obniżonej jakości – tzw. Akcja Mleczna). Nadzorem obejmowano także produkty farmaceutyczne, surowice, szczepionki i środki dezynfekcyjne⁵⁴. Placówką przy ul. Zygmunta Augusta 1 od lutego 1945 r. kierował lekarz Mieczysław Bilek⁵⁵, będący wcześniej naczelnikiem Wydziału Zdrowia⁵⁶.

Działania podejmowane na rzecz poprawy sytuacji sanitarnej i zdrowotnej, w tym obowiązek zgłaszania przypadków zachorowania lub śmierci na choroby zakaźne oraz zahamowanie masowych ruchów migracyjnych, przyczyniły się do spadku liczby zachorowań i zgonów. Do tego zakazano sprzedaży żywności na ziemi, tajnego uboju i nielegalnego handlu mięsem, walcząc w ten sposób także z wścieklizną zwierząt⁵⁷. Jednak nie było to łatwe zadanie, gdyż mimo ustawienia legalnych jatek mięsnych na Nowym Kleparzu proceder ten utrzymywał się nadal. Krakowianie, oszczędzając pieniądze, kupowali bowiem żywność od przypadkowych przekupniów lub chłopów z okolicznych wsi⁵⁸. Niosło to ze sobą ogromne ryzyko, w przypadku braku podjęcia leczenia rozwinięta wścieklizna staje się bowiem chorobą nieuleczalną.

⁵⁴ *Mieczysław Bilek 1907–1970...*, s. 9.

⁵⁵ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 2802, Pismo do Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia z 29 listopada 1947 r., k. 11.

⁵⁶ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 137, Sprawozdanie Wydziału Zdrowia od dnia 26 I 1945 r., k. 3.

⁵⁷ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 2819, Okólnik Komendanta Głównego Milicji Obywatelskiej z dnia 15 maja 1947 r. w sprawie wścieklizny zwierząt, k. 11.

⁵⁸ Z procederem nielegalnego uboju walczono z pełną stanowczością. Przykładowo 4 lipca 1947 r. Stanisław Polewka został skazany na trzy miesiące do obozu pracy za to, że „z końcem marca 1947 r. i 13 maja 1947 r. dokonał uboju w Jaworniku w pierwszym przypadku wieprza, a w drugim zaś cielęcia i wieprza bez uprzedniego poddania tych zwierząt urzędowemu badaniu i bez uzyskania zezwolenia na ubój i mięso z nich w pierwszym wypadku sprzedał w Krakowie, a w drugim wypadku usiłował przewieźć do Krakowa, celem wprowadzenia go do handlu bez uprzedniego zbadania i opieczętowania”; za: ANKr., Komisja Specjalna do walki z nadużyciami i szkodnictwem gospodarczym przy Radzie Państwa Delegatura w Krakowie (DKS), sygn. 29/730 /0/264, Postanowienia Komisji, k. 55.

Ograniczeniu rozprzestrzeniania się zakażeń sprzyjało także wyłapywanie bezpańskich zwierząt, których w Krakowie powojennym było niemało. Dzięki deratyzacji i sprzątanu ulic było zaś mniej szczurów. Niszczono także muchy i ich larwy przez dezynfekcję śmietników. Lekarze kontrolowali czystość sklepów, jadalni, piekarni i innych punktów usługowych. Badali warunki pracy robotników, brali także udział w komisjach przemysłowych, budowlanych i poborowych. Była to trudna praca.

Co jakiś czas w prasie ukazywały się artykuły donoszące o stanie zdrowia mieszkańców miasta oraz o postępach na polu walki z chorobami czy o rosnącej liczbie produkowanych szczepionek⁵⁹. W grudniu 1947 r. minister zdrowia poinformował, że „epidemie chorób zakaźnych groźnych dla kraju wygasły. Wobec tego akcja przeciwepidemiczna, zorganizowana na dotychczasowych zasadach, powinna ulec reorganizacji i przekształceniu w normalną akcję sanitarną”⁶⁰. Rozwiązano kolumny przeciwepidemiczne. Tym samym Naczelný Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami przemianowano na Departament Sanitarno-Epidemiologiczny, który nadal zajmował się zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych z gruźlicą łącznie, nadzorem sanitarnym nad zaopatrzeniem ludności w pitną wodę, usuwaniem nieczystości, obrotem artykułami żywnościowymi oraz sprawami porządkowymi łącznie z deratyzacją, higieną w komunikacji, sprawami sanitarnymi cmentarzy oraz edukacją w zakresie higieny⁶¹. Wprowadzono program obowiązkowych szczepień subwencjonowanych z budżetu państwa. W 1951 r., jako pierwsze, objęto nim dzieci od drugiego do szóstego miesiąca życia i w siódmym roku życia oraz osoby narażone do 60 lat⁶². W następnych latach zakres ten poszerzano.

⁵⁹ *Na co chorują w Krakowie*, „Echo Krakowa” 1946, nr 5, z 14 marca, s. 2.

⁶⁰ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 78, Okólnik nr 48/47 w sprawie reorganizacji dotychczasowej akcji przeciwepidemicznej w kraju, k. 153.

⁶¹ ANKr., UWKr., sygn. 29/691/0/UW II 78, Okólnik nr 49/47 w sprawie zmiany uzupełnienia okólnika nr 28/47 o strukturze Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia, k. 157.

⁶² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 1951 r. w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw ospie naturalnej, Dz.U. z 1951 r. Nr 35, poz. 275.

Personel medyczny

W wyniku działań wojennych wielu pracowników służby zdrowia zginęło, co wobec katastrofalnego wzrostu liczby osób potrzebujących pomocy stanowiło nie lada problem. Wymordowano prawie 50% lekarzy⁶³. Poza tym zniszczona została baza infrastrukturalna i materialna. Problem ten dotknął także Kraków. Stąd pilną potrzebą było zebranie dotychczasowych lekarzy⁶⁴ i wyszkolenie kolejnych. Początkowo odbywało się to na dotychczasowych zasadach, czyli na wydziałach lekarskich uniwersytetów. Jednak dość szybko i tam dotarły wytyczne związane z kształceniem nowego społeczeństwa. Lekarz miał być sumiennym pracownikiem, ale angażującym się w życie partii i państwa⁶⁵. W 1950 r. uregulowano zasady wykonywania praktyki lekarskiej⁶⁶. Zawód lekarza w zasadzie przestał być wolny, gdyż każdy absolwent studiów medycznych otrzymywał nakaz pracy w zakładach społecznych służby zdrowia, praktyka prywatna mogła zaś stanowić jedynie częściowe źródło dochodów, a nawet była niepożądana⁶⁷. Jerzy Sztachelski, minister zdrowia w latach 1951–1956, dobitnie krytykował naruszających te decyzje: „inteligencję nie rozumiejącą społecznej służby zdrowia bić bez miłosierdzia, bronić lekarzy społeczników”⁶⁸. Wpływał na obsadę lekarską w regionach, a opornym – pod groźbą utraty prawa do wykonywania zawodu – mógł nakazać pracę w odpowiednim wymiarze godzin w placówkach społecznej służby zdrowia.

W 1950 r. została przeprowadzona reforma systemu edukacji i wydziały lekarskie zostały wyłączone z rodzimych uczelni i przekształcone w Akade-

⁶³ *Osiągnięcia służby zdrowia w Polsce Ludowej*, Warszawa 1953, s. 6.

⁶⁴ *Rejestracja wojskowa oficerów rezerwy, lekarzy, dentyistów, weterynarzy i farmaceutów*, „Dziennik Polski” 1945, nr 5, z 8 lutego, s. 4.

⁶⁵ W. Giermaziak, B. Pistołowicz, K. Karkutt-Milek, *Lekarz Polski Ludowej – nowy typ człowieka i obywatela (lata 1948–1956)*, „Farmacja Polska” 2016, nr 4, s. 231–235.

⁶⁶ Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza, Dz.U. z 1950 r. Nr 50, poz. 458.

⁶⁷ T. Nasierowski, *Świat lekarski w Polsce (II połowa XIX w.–I połowa XX w.). Idee, postawy, konflikty*, Warszawa 1992, s. 138–139.

⁶⁸ J. Sztachelski, *Zagadnienie podstaw ustrojowych służby zdrowia. Służba zdrowia wobec uchwał plenum sierpniowego*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 3–4, s. 7–8.

mie Medyczne. Kandydaci pochodzący z rodzin robotniczych i chłopskich otrzymywali preferencyjne punkty przy rekrutacji. Do programu studiów wprowadzono obowiązkowe zajęcia z „podstaw marksizmu i leninizmu”, „o Polsce współczesnej” oraz z „ekonomii politycznej”⁶⁹. Żelazna kurtyna spowodowała zaś, że kształcenie pozostawało poza nurtem rozwoju światowych badań, gdyż wymiana naukowa z krajami kapitalistycznymi była bardzo ograniczona. Dokuczliwe były także braki w sprzęcie. Wzrastała liczba lekarzy, ale w dalszym ciągu można było zaobserwować nierównomierność ich rozmieszczenia, gdyż niechętnie podejmowali oni pracę w rejonach wiejskich. Stąd jeszcze w 1959 r. „Przyjaciółka” donosiła o praktykach korzystania z pomocy osób bez przygotowania medycznego, w tym znachorów, co mocno krytykowano. Podkreślano, że częściej szkodzili, niż pomagali⁷⁰. Jednak Ewelina Szpak zaznacza, że „od lat pięćdziesiątych na wsi sukcesywnie obserwowano zmniejszenie się liczby znachorów, babek, kręgarzy, cyrulików czy zielarzy. Niewątpliwie zmiana ta następowała pod wpływem głębokich przemian struktury społeczeństwa wiejskiego (i nie tylko), jego rosnącej mobilności i dwuzawodowości, a także zmian w systemie gospodarczym i ogólnodostępnej edukacji. Warto jednak pamiętać o roli odgórných, administracyjnych działań”⁷¹.

Pielęgniarki i położne borykały się z podobnymi problemami co lekarze, do których dochodziły niskie pensje. W 1945 r. było ich ok. 7000 – o 30% mniej niż przed wojną⁷². Jakość i poziom opieki nad pacjentami pogorszyła decyzja podjęta przez kierownictwo partyjne w 1962 r., związana z usunięciem ze szpitali siostr zakonnych pracujących jako pielęgniarki⁷³. Z powodu ogromnego zapotrzebowania na pielęgniarki Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża rozpoczął prowadzenie kursów, szkoląc tzw. personel

⁶⁹ *Uspolecznione lecnictwo wykształci nowy typ lekarza*, „Służba Zdrowia” 1950, nr 45, s. 7.

⁷⁰ ew., „Nowoczesne” znachorki, „Przyjaciółka” 1959, nr 30 (592), z 26 lipca, s. 7.

⁷¹ E. Szpak, *Pojęcie zdrowia, choroby i cielesności w wiejskim postrzeganiu świata po 1945 roku, czyli o zmianach mentalności na wsi polskiej*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012, nr 1 (2), s. 240.

⁷² S. Poznańska, *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*, Warszawa 1988, s. 88.

⁷³ M. Hałat, *Pielęgniarstwo zakonne w polskich szpitalach od 1939 r.* Cz. 2, „Medycyna Nowożytna. Studia nad historią medycyny” 2001, t. 8, s. 151.

pomocniczo-pielęgniarski przeznaczony do wykonywania prostych czynności przy łóżku chorego⁷⁴. Odtwarzano także szkoły pielęgniarstwa, prowadząc je na nowych zasadach wynikających z upaństwowienia szkolnictwa⁷⁵. Jak pisze Krzysztof Kosiński – popularnym wówczas hasłem było: „wychować nową pielęgniarkę” w nowej szkole „ludowej”, zaniedbując wykształcenie ogólne⁷⁶. Stąd środowisko domagało się dwustopniowego kształcenia w zawodzie. W latach 60. zaczęto ujednolicać kształcenie pielęgniarek. W 1965 r. powstały pięcioletnie licea medyczne, gdzie kształcenie oparto na trzech filarach: ogólnokształcącym, pomocniczym i zawodowym, które połączono z praktyczną nauką zawodu⁷⁷. Lata 70. przyniosły kolejne zmiany. Dla absolwentów liceów ogólnokształcących uruchomiono Medyczne Studia Zawodowe, gdzie można było zdobyć zawód: pielęgniarki, położnej, higienistki szkolnej, opiekunki dziecięcej, dietetyczki⁷⁸. Mimo rozwoju szkół pielęgniarskich w omawianym okresie rzadko decydowano się na podwyżki dla pielęgniarek i była to jedna z bardziej niezadowolonych grup zawodowych w Polsce.

Upaństwowienie służby zdrowia miało także za zadanie przebudowę społeczeństwa. Edukowano, walczono z zabobonami i przesadami. Przesady i obyczaje właściwie od zawsze odgrywały ważną rolę w życiu ludzi. Wiele znanych w naszym kraju i przez gros osób wiernie praktykowanych wywodzi się ze słowiańskich wierzeń. Choć często nie zdajemy sobie sprawy z ich genezy, są one utrwalane i przekazywane z pokolenia na pokolenie. Wierzmy w różne znaki i symbole, starając się uważać na nie, żeby uniknąć nieszczęścia, które przydarzyło się komuś wcześniej. Wiele przesądów

⁷⁴ D. Sochacka, *Na nowej drodze. PCK szkoli młode pielęgniarki*, „Służba Zdrowia” 1950, nr 27, s. 4.

⁷⁵ Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1948 r. Nr 55, poz. 434.

⁷⁶ *O nową mentalność: życie codzienne w szkołach 1945–1956*, red. K. Kosiński, Warszawa 2000, s. 8–9.

⁷⁷ Ustawa o rozwoju oświaty i systemu wychowania z dnia 15 lipca 1961 r. – ujednolicenie szkolnictwa pielęgniarskiego, Dz.U. z 1961 r. Nr 32, poz. 160.

⁷⁸ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1962 r. w sprawie organów uprawnionych do otwierania, przekształcania i zamykania zawodowych szkół medycznych, Dz.U. z 1963 r. Nr 2, poz. 8.

dotyczyło ciąży, stąd Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa wydawało broszury negujące różnego rodzaju przeświadczenia, jak chociażby to, że ciężarnej nie wolno przechodzić przez sznurek, bo podczas porodu wystąpią węzły na pępowninie. Za niedorzeczne uznano tzw. zapatrzenie się, z powodu którego kobiety w ciąży unikały kalek, brzydkich widoków, ogrodów zoologicznych. Wyjaśniano także, że występowanie na ciele dziecka znamion i plam nie było spowodowane silnymi przeżyciami matki. Starano się wyrugować ze społecznego przekonania poglądy bezpośrednio negatywnie wpływające na zdrowie, takie jak szkodliwość przyjmowania przez ciężarną lekarstw, gdyż było to niekorzystne dla płodu; kąpania się w wannie, gdyż dziecko mogło urodzić się ślepe lub z wodogłowie⁷⁹. „W poradnikach z okresu PRL-u (do 1970 roku) zamieszczano nawet przesmiewcze rysunki, ukazujące kobietom irracjonalność tego typu zabobonów”⁸⁰. Oprócz tego propagowano większą dbałość o higienę osobistą, a tym samym zapobieganie chorobom. Jednak zmiana myślenia i zachowań była procesem długotrwałym. Elementem kampanii edukacyjnej oprócz działalności lekarzy spotykających się z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi, artykułów w poczytnych tytułach prasowych było także upowszechnianie plakatów i broszur.

Podsumowanie

Mimo trudnej powojennej sytuacji dzięki niemałym staraniom władz i lekarzy udało się opanować największe zagrożenia zarówno w Krakowie, jak i w całej Polsce. Niebezpieczne dla mieszkańców były choroby zakaźne, takie jak: gruźlica, płonica, dur i błonica. Szczególnie dur (tyfus) był chorobą typową dla czasów wojny. Z biegiem czasu malała liczba zgonów, zwiększała się zaś liczba urodzin i przyrost naturalny zaczął być dodatni. Miało to ogromne znaczenie, ponieważ w ten sposób miasto, dzięki młodym, silnym i zdrowym ludziom, miało szansę szybkiego rozwoju w przyszłości. Nie było zniszczone, wiele placówek nie przerwało więc przyjmowania pa-

⁷⁹ R. Pumpiański, *Higiena w życiu kobiety*, Warszawa 1956, s. 39–40.

⁸⁰ M. Nawrot-Borowska, A. Małek, *Wychowanie zdrowotne i higiena dzieci i młodzieży w świetle poradników dla rodziców z lat 1850–1970 – zarys problematyki*, „Przegląd Pedagogiczny” 2015, nr 2, s. 110.

cientów, chociaż borykano się z problemami lokalowymi, kadrowymi czy aprowizacyjnymi. Różnorakie pomysły na kształcenie kadr medycznych, które mimo że niewolne od ideologicznych konotacji, także przyniosły poprawę sytuacji zdrowotnej w kraju. Do tego doszło usprawnienie aprowizacji i dbałości o czystość. Sytuacja ta powodowała także wzrost zaufania do władz miejskich, a w konsekwencji i państwowych, jako tych, które dbały o krakowian. Miało to duże znaczenie propagandowe, a wielu przekonało się (z czasem) do nowego systemu, przynajmniej w tej zdrowotnej jego aktywności.