

Ewelina Szpak

WARUNKI SANITARNE W POWOJENNEJ POLSCE. ZARYS PROBLEMÓW I DYNAMIKI ZMIAN (1945–1970)

Koniec II wojny światowej zastał polskie społeczeństwo w bardzo złej kondycji fizycznej i psychicznej – wyczerpane, głodne, ze znacznie obniżoną odpornością na wszelkie choroby i infekcje¹. W pierwszych latach powojennych największym zagrożeniem były przede wszystkim choroby zakaźne, a wśród nich gruźlica, dur brzuszny (tyfus), błonica czy też czerwonka oraz choroby weneryczne. Notowane szczególnie w latach 1945–1949 wysokie wskaźniki zachorowalności na wszystkie wyżej wymienione choroby związane były z jednej strony z kondycją fizyczną mieszkańców Polski, z drugiej zaś z ogromną biedą i dramatycznymi warunkami sanitarno-higienicznymi, szczególnie na terenach, przez które przechodził front².

„Wszędzie lub prawie wszędzie panuje niepodzielny brud”³ – powojenna przestrzeń publiczna i warunki mieszkaniowe

Zniszczone miasta – zburzone domy, ulice, zdewastowany system kanalizacji, zanieczyszczone rzeki, plaga szcurków, myszy, much czy pluskiew, a zwłaszcza z wolna rozkładające się martwe ciała ludzi oraz zwierząt składały się na klimat

¹ M. Zaremba, *Wielka Trwoga. Polska 1944–1947. Ludowa reakcja na kryzys*, Kraków 2012, s. 540.

² O dramatycznej sytuacji na obszarze woj. kieleckiego pisał np. Grzegorz Miernik, zob. G. Miernik, *O niektórych patologjach życia codziennego mieszkańców obszarów przyczółkowych w drugiej poł. lat 40. XX w. (na przykładzie woj. kieleckiego)*, w: *Bieda w Polsce*, red. G. Miernik, Kielce 2012, s. 195–216.

³ AAN, MZ, GMWP, 1/30, Stan zdrowotny ludności w latach 1949–1955 (Departament statystyki Medycznej), s. 231.

i przestrzeń pierwszych miesięcy po wojnie⁴. W latach 1947–1949 uprzątnięcie miast, pomimo podejmowanych akcji, przebiegało stosunkowo powoli. Dotyczyło to zwłaszcza odgruzowywania i oczyszczania ulic czy zabezpieczania niezamieszkałych budynków. O sytuacji w Gryficach – mieście powiatowym w województwie szczecińskim, w listopadzie 1947 r. pisano: „Na pierwszy plan wysuwała się sprawa oczyszczenia miasta przez Zarząd Miejski. Brak jednak odpowiedniego uregulowania ceny za wywóz nieczystości i uświadomienia o tym lokatorów, następnie brak ludzi do zmiatania ulic i placów, odpowiedniej ilości wozów do wywożenia śmieci świeżych i starych z domów i placów niezamieszkałych [...]. W drugiej fazie idzie sprawa niezastłoniętych drzwi i okien w domach pustych, które są obecnie miejscem składania śmieci przez sąsiednich mieszkańców oraz miejscem załatwiania potrzeb fizjologicznych przez ludność miejscową przyjezdną, w następstwie czego już dzisiaj stan tych miejsc jest wysoce nieestetyczny i niehigieniczny. Wioski są na jednakowym poziomie higieny, jednak obecnie pora roku (nadchodząca zima) sprzyja o tyle, że mniejsze jest niebezpieczeństwo rozszerzenia się jakiegokolwiek epidemii”⁵.

Dwa lata później skala problemów była wciąż ta sama: „Utrzymanie czystości w miastach napotyka na trudności ze strony Zarządów Miejskich – pisano, – np. Burmistrz m. Trzebiatowa nie zorganizował wywozu nieczystości (fekaliów) tłumacząc się, że nie ma pieniędzy i czasu a zresztą nie ma kogo wynająć do pracy a jak kto ma ustęp przepelniony to niech sam wywozi”⁶. Z podobnego założenia wychodziły także władze innych miast, które budowę i naprawę ustępów, wywożenie nieczystości z domów czynszowych, budowę śmietników lub naprawę starych oraz usuwanie śmieci zrzucały na lokatorów, twierdząc, że ten obowiązek do nich należy⁷.

Problemy z asenizacją miast, oczyszczaniem posesji i walką ze szczurami spychane były na lokatorów nie tylko na tzw. Ziemiach Odzyskanych. Jak wynika z dostępnych raportów, na tym tle wszędzie dochodziło do licznych zadrażeń i konfliktów z władzami administracyjnymi. Dramatyczna pod względem sanitarnym była oczywiście sytuacja aglomeracji – Warszawy, Łodzi, Wrocławia czy miast Dolnego Śląska, do których szybko ściągały rzesze nowych (i starych) mieszkańców. O łódzkiej przestrzeni miejskiej jeszcze w 1953 r. pisano: „Na stan sanitarny wpływa w znacznym stopniu sprawa niezabrukowanych podwórzki i jezdni, nieregulowanych rowów ściekowych oraz otwartych rynsztoków.

⁴ M. Zaremba, *op. cit.*, s. 93–96.

⁵ APSzOM, Starostwo Powiatowe w Gryficach, 263, Sprawozdanie miesięczne za czas 25 IV 1947 – 25 V 1947, s. 89.

⁶ APSzOM, Starostwo Powiatowe w Gryficach, 274, Sprawozdanie za III kwartał 1949 r. z przebiegu epidemii i prac organizacyjnych z zakresu akcji sanitarno-porządkowej w powiecie, s. 39.

⁷ *Ibidem*.

Niezabudowane place stanowią utrapienie miasta, gdyż ciągle zmieniają się w dzikie zsympowiska śmieci, będące siedliskiem much i gryzoni [...]”⁸.

Organizowane doraźnie akcje sanitarno-porządkowe, podczas których uprzątno podwórka, piwnice, strychy czy też likwidowano „prowadzoną niezgodnie z przepisami sanitarnymi hodowlę kur, królików, gołębi, kóz oraz nierogacizny”⁹, zwykle chwilowo i najczęściej tylko pod względem estetycznym (nie higienicznym) zmieniały oblicze miejskich przestrzeni. Nadal bowiem brakowało wystarczającej liczby śmietników, ustępów czy taboru asenizacyjnego. W wielu miejscowościach przedsiębiorstwa oczyszczania nie radziły sobie z narastającym szybko codziennym brudem¹⁰. Coraz bardziej palącym problemem stawały się również problemy z dostępem do czystej wody oraz gospodarka ściekowa.

Fatalna sytuacja panowała w miejskich instytucjach publicznych – uruchamianych szkołach, przedszkolach, domach dziecka, jak również w szpitalach czy miejscach komunikacji publicznej (dworce). Przykładowo, w 180 szkołach województwa białostockiego, skontrolowanych w 1948 r., brak było zupełnie ustępów, a w blisko połowie przebadanych szkół warunki oceniano jako niewystarczające: „Przykładem może być szkoła powszechna nr 2 i 3 w Elku, gdzie od dwóch miesięcy nie ma czynnych ustępów, około tysiąc dzieci załatwia swe naturalne potrzeby w okolicach szkoły. Inny przykład: ustęp w szkole w Turośni Dolnej, pow. białostockiego jest nieczyszczony od okresu wojny”¹¹. Pod koniec lat czterdziestych w sprawozdaniu z kontroli domu dziecka w Kozłówce, w powiecie lubartowskim stwierdzono zaś: „dom [...] mieści się w jednym ze skrzydeł pałacu, położonego w dużym parku. Pokoje duże, zimne, o kamiennej podłodze. W umywalni dzieci myją się w miednicach. Ręczniki brudne, porzucane w nieładzie, szczotek do zębów dzieci nie mają wcale. Ustęp mały o jednym sedesie na podwórku, przepelniony ekskrementami, utrzymany bardzo brudno: na sedesie i podłodze leżą fekalia tak gęsto, że nie można znaleźć miejsca czystego dla postawienia nogi. Nic dziwnego, że dzieci niechętnie wchodzi i używają ustępu, wolą załatwiać fizjologiczne czynności na podwórku za domem, toteż na każdym kroku są cuchnące ślady ich pobytu. Na noc dzieciom do sypialni podają wiadra. Wiadra te w ciągu dnia leżą brudne, wysmarowane ekskrementami na podwórku, niby wietrząc się. [...] dzieci są mizerne, obdarte, brudne. Podobno na zimę nie mają wcale odzieży. W sypialniach łóżka są ustawione gęsto, są to łóżka polowe bez sienników. Dzieci śpią w kocach i pod

⁸ AAN, MZ, GMWP, 1/11, Posiedzenia Kolegium Ministerstwa nr 23–33, protokoły, załączniki, 1953, s. 241.

⁹ AAN, MZ, GMWP, 1/13, Sprawozdanie z akcji sanitarno-porządkowej w 1953 r., s. 161.

¹⁰ B. Brzostek, *Za progiem. Codziennosc w przestrzeni publicznej Warszawy 1955–1970*, Warszawa 2007, s. 135.

¹¹ AAN, MZ, GMWP, 51, Kontrola organizacji lecznictwa w terenie (1948), woj. białostockie, s. 257.

kocami, często bez poduszek, bez bielizny pościelowej. Na zimę w zakładzie nie ma wcale opału. Żywienie 4-o krotnie niewystarczające [...]”¹².

Podobne obserwacje zanotowano w sprawozdaniu z podróży inspekcyjnej po Dolnym Śląsku, odbytej w 1948 r.: „w powiecie Łubań zniszczonym przez wojnę spotkaliśmy grupy dzieci szkolnych w płóciennym dziurawym obuwiu, w letnich sukienkach, płóciennych kurtkach owinięte jedynie ciepłą chustą”¹³.

Warunki mieszkaniowe, o których jednak źródła z tego okresu mówią mniej, z oczywistych względów również nie przedstawiały się dobrze. W pierwszych latach po wojnie w wielu miejscowościach (lub całych regionach) ludzie mieszkali „gdzie się dało”¹⁴. W związku z polityką kwaterunku, zwłaszcza w większych miastach panowało przeludnienie, nierzadko zamieszkiwane budynki były w znacznej mierze zdewastowane, zawilgocone lub zagrzybione¹⁵. Problemem było też ich ogrzewanie. Wielu robotników ściągających na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych do powstających lub odbudowywanych fabryk mieszkało w prowizorycznych barakach lub przepelnionych hotelach robotniczych, których stan sanitarny szeroko opisywany był w dotychczasowej literaturze historycznej¹⁶.

Bardzo trudna pod względem sanitarnym była również sytuacja wsi zlokalizowanych na granicy przebiegających na wschodzie działań frontowych. W swoim sprawozdaniu z wyjazdu do województwa lubelskiego w lipcu 1948 r. dr Zofia Paszkiewicz opisywała wiejskie mieszkania w przeciekających ziemiankach, w których podczas deszczu powstaje błoto¹⁷. Na łamach tygodnika „Chłopi” jeden z reporterów odwiedzający wsie podwarszawskie pisał: „[...] ziemianka ta ma z półtora metra wzdłuż i wszerz. Mieszka tam 5 osób: dwoje starszych, troje dzieci [...] brak powietrza, pełno dymu gryzącego [...] ludzie ci muszą walczyć ze szczurami, dzieci są półnagie i słabe, o ziemistej twarzy [...] zaczyna się zapalenie stawów i gruźlica [...] zre ich świerzb, do którego nie chcą się

¹² AAN, MZ, GMWP, 51, Kontrola organizacji lecznictwa w terenie (1948), Sprawozdanie z kontroli – woj. lubelskie, s. 189.

¹³ AAN, MZ, GMWP, 49, Sprawozdanie Inspektora Departamentu Sanitarno-Epidemiologicznego z wyjazdu na teren woj. wrocławskiego 16–23 I 1948 r., s. 203.

¹⁴ G. Miernik, *op. cit.*, s. 195–198.

¹⁵ I. Piwońska, *Wybrane problemy mieszkaniowe w miastach Polski w latach 1950–1956 w świetle akt Ministerstwa Gospodarki Komunalnej*, „Polska 1944–1989. Studia i materiały” 2013, nr 11, s. 193–208.

¹⁶ Np. B. Brzostek, *Robotnicy Warszawy. Konflikty codzienne (1950–1954)*, Warszawa 2002; D. Jarosz, „Notatka o sytuacji w Nowej Hucie” z października 1955 roku, w: „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały” 1997, nr 2, s. 309–330; K. Lebow, *Unfinished Utopia. Nowa Huta, Stalinism, and Polish Society, 1949–1956*, Ithaka, London 2013, s. 48, 60–69.

¹⁷ AAN, MZ, GMWP, 49, t. 2, Sprawozdanie Departamentu Sanitarno-Epidemiologicznego z wyjazdu do woj. lubelskiego w dn. 27–30 VII 1948, s. 265–266.

przynać”¹⁸. W województwie kieleckim w wielu powiatach „ludność [...] wegetowała zagrzebana pod ziemią w bunkrach i wygrzebanych jamach. [...] W 1947 r. w powiecie kozienickim jeszcze 95% osób mieszkało w bunkrach, szałasach i prymitywnych barakach”¹⁹.

Oczywiście nie wszyscy mieszkali w tak skrajnych warunkach. Na wsi w tym czasie przeważały jednak budynki stare, niskie, przeludnione, częstokroć pokryte strzechą, zawilgocone. Taki stan rzeczy potwierdzały badania przeprowadzone w ok. 1,5 tys. gospodarstw trzech gmin województwa łódzkiego w latach 1953–1955²⁰. Zlokalizowane tam budynki mieszkaniowe i gospodarskie w większości były drewniane, pokryte słomą. Stan wiejskich budynków mieszkalnych zróżnicowany był jednak regionalnie. Jak pokazują statystyki, najwięcej domów pokrytych słomą i trzcina występowало w województwach lubelskim (66%), warszawskim (58,8%), kieleckim (58%) i łódzkim (52,6%). Średnia dla Polski w 1950 r. wynosiła jednak 30% i dziesięć lat później spadła do 22%²¹. Wiejskie mieszkania lat pięćdziesiątych zwykle były również bardzo ciasne, pozbawione podstawowego wyposażenia sanitarnego (brak ustępów, śmietników, łaźni, znikomy procent studni posiadał również zdrową wodę)²².

Także przemieszczanie się ludności za pośrednictwem polskich kolei ukazywało ogrom problemów sanitarnych. Jak pokazał tylko na przykładzie Pomorza Gdańskiego Grzegorz Labuda, w początkach lat pięćdziesiątych swoistą normą były dworcowe „brudne poczekalnie, kufle, szklanki i podłogi”²³. Brak wody w wagonach i na stacjach, nieczyste lub przepelnione ubikacje, pluskwy w wagonach, brak śmietników to najczęściej wymieniane przez niego elementy dworcowych przestrzeni²⁴.

Już tylko tak pobieżny przegląd warunków życia mieszkańców powojennej Polski uświadamia, jak bardzo sprzyjały one rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych.

¹⁸ Cyt. za: D. Jarosz, *Obraz chłopca w krajowej publicystyce czasopiśmienniczej 1944–1959*, Warszawa 1994, s. 28–29. Więcej o warunkach powojennego życia na wsi piszę w tekście *Kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej w latach 1945–1960*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały” 2013, nr 11, s. 245–246.

¹⁹ G. Miernik, *op. cit.*, s. 199–200.

²⁰ AAN, MZ, GMWP, 1/25, Niektóre dane o stanie zdrowia ludności i warunkach san.-higien. gmin Burzenin, Sędziejowice, Żelechlinek w woj. łódzkim w latach 1953–1955, s. 163.

²¹ *Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej i Komunalnej 1965*, Warszawa 1965, s. 28–29.

²² AAN, MZ, GMWP, 1/25, Niektóre dane o stanie zdrowia..., s. 163.

²³ G. Labuda, *Walka o Plan – walką o czystość. Kwestia brudu na terenach kolejowych w dobie Planu Sześcioletniego w świetle „Dziennika Bałtyckiego”*, „Studia Historica Gedanensia” I, 2010, s. 136.

²⁴ *Ibidem*, s. 129–143.

Choroby zakaźne i świadomość zdrowotna

Według szacunków Ministerstwa Zdrowia na gruźlicę tuż po wojnie cierpieć miało około 5% ludności²⁵. Liczba zgonów spowodowanych tuberkulozą różnicowała się jednak w zależności od regionu kraju. Szczególnie dramatycznie przedstawiała się sytuacja na prowincji zniszczonej działaniami frontowymi, odbijając się znacząco na zdrowiu najmłodszych mieszkańców. W zgromadzonych w Ministerstwie Zdrowia sprawozdaniach z podróży inspekcyjnych odbytych w 1948 i 1949 r. podkreślano: „Okres okupacji, brak dostatecznego żywienia, ciężka atmosfera moralna odbiła się najmocniej na zdrowiu i rozwoju młodego pokolenia. [...] gruźlica zaatakowała prawie 70% dziatwy, krzywica objawiła się w niespotykanym do tej pory nasileniu, ilość zachorowań na gościec, anemię, niedomogę w krążeniu bardzo wzrosła, tak, że akcja profilaktyczna stała się nakazem chwili”²⁶.

Jak pokazują także wstępne (niepełne) dane zebrane przez Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, wciąż ogromne żniwo zbierały różne odmiany tyfusu (dur brzuszny, plamisty), a także czerwonka. Choroby te, rozwijające się w niehigienicznych warunkach, przenoszone były najczęściej przez wszy i szcury (tyfus plamisty) bądź też drogą pokarmową – poprzez brudną wodę, nieumyte owoce, a także nieczystości zawierające w sobie pałeczki *Salmonella Typhi* (tyfus brzuszny). Nic dziwnego zatem, że jednym ze środków doraźnych po zidentyfikowaniu ognisk chorobowych była – przynajmniej teoretycznie – hospitalizacja (izolacja) chorego oraz dezynfekcja i dezynsekcja jego otoczenia. Ta ostatnia nie zawsze jednak przebiegała sprawnie. Często ekipy dezynfekcyjne przybywały zbyt późno, co wiązało się zwykle z problemami z dojazdem (fatalne drogi lub psujące się środki transportu). Nierzadko też – na prośbę samych mieszkańców – ekipy dezynfekcyjne pozostawiały materiał odkazający do rozsypania domownikom (czego ci z kolei nie robili). Problemem była niekiedy też jakość i skuteczność stosowanych środków²⁷.

Od 1944 r. główną instytucją zajmującą się walką z wybuchającymi epidemiami był powołany do życia 20 listopada 1944 r. w Lublinie Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami. Nadano mu specjalne uprawnienia dotyczące zabezpieczania sanitarno-epidemiologicznego wyzwalanych ziem. Do zadań Komisariatu należało przede wszystkim: organizowanie zespołów (kolumn) przeciwepidemicznych, prowadzenie szczepień ochronnych,

²⁵ M. Zaremba, *op. cit.*, s. 540.

²⁶ AAN, MZ, GMWP, 49, Lecznictwo dziecięce w Ciechocinku w świetle potrzeb świata demokratycznego, s. 92.

²⁷ AAN, MZ, GMWP, 1/13, Koreferat w sprawie organizacji pracy służby zdrowia woj. kieleckiego, s. 35.

przeprowadzanie i nadzorowanie dezynfekcji i dezynsekcji, organizowanie i prowadzenie szpitalnictwa zakaźnego, działalności sanitarno-porządkowej oraz oświaty zdrowotnej²⁸. Działania Komisariatu realizowane były za pośrednictwem komisariatów terenowych, powołujących kolumny wojewódzkie i terenowe, podlegające lekarzom powiatowym i obwodowym.

W 1947 r. wraz z okrzepnięciem struktur Ministerstwa Zdrowia oraz pewną poprawą sytuacji epidemicznej w kraju (w 1948 r. stan epidemiczny Polski był mniej więcej taki jak w latach 1936–1938) Nadzwyczajny Komisariat – powołany początkowo doraźnie – przekształcony został w stałą agendę Ministerstwa Zdrowia, czyli Departament Sanitarno-Epidemiologiczny. Działał on za pośrednictwem oddziałów sanitarno-epidemiologicznych nadzorowanych przez wojewódzkie wydziały zdrowia oraz powiatowych kolumn sanitarno-epidemiologicznych pracujących pod kierownictwem lekarza powiatowego, składających się z kontrolerów sanitarnych i higienistek (pielęgniarek)²⁹. Ich praca, choć ważna, napotykała wiele trudności. Bolączką były problemy kadrowe oraz braki sprzętu, zwłaszcza tak istotnego w rejonach odległych – środka lokomocji. Ogromne znaczenie miały także postawy samych ludzi, którzy niejednokrotnie bagatelizowali zwłaszcza prewencyjne działania kolumn. Oświata sanitarna, ograniczająca się w latach pięćdziesiątych zwykle do pogadanki, wykładu, ewentualnie projekcji filmowej, rozdawnictwa ulotek i broszur, była zdecydowanie mało skuteczna.

Problem ten był tym bardziej istotny, że świadomość zdrowotna czy też wiedza na temat higieny i higienicznych zachowań była w społeczeństwie polskim połowy XX w. dość niska. Nie ulega wątpliwości, iż duże znaczenie miały doświadczenia wojny i okupacji, ale warto również pamiętać, że jeszcze w okresie dwudziestolecia międzywojennego stan sanitarny polskich miast, miasteczek (o wsiach nie wspominając) był niski. Świadectwem tego mogą być choćby prace ówczesnych lekarzy i higienistów, alarmujących opinię publiczną o fatalnych i niehigienicznych warunkach polskiej przestrzeni publicznej. Pod tym względem II Rzeczpospolita lat trzydziestych, pomimo ważnych reform (budowanego w miastach systemu kanalizacyjnego oraz obowiązkowych zwłaszcza na prowincji sławojek) pozostawała dość daleko w tyle za innymi państwami ościennymi, w tym Czechosłowacją czy Niemcami. Doktor Ludwik Bier w swoim referacie wygłoszonym na XI Zjeździe Higienistów Polskich w Lublinie (1938) podkreślał: „na 100 tys. ludności w Polsce w okresie 5-letnim 1932–36 zapadło na tyfus brzuszny 8–12 razy więcej osób niż w Niemczech, co najmniej półtora

²⁸ E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Warszawa 2001, s. 33.

²⁹ H. Wiór, *Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1919–1962*, w: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964, s. 61.

razy więcej niż w Czechosłowacji, więcej niż w Rumunii. Od Polski wyróżnia się większą zapadalnością tylko Rosja, bo i Litwa i Łotwa mają mniejszą. [...] Nie możemy się również pochwalić mniejszą zapadalnością na czerwonkę³⁰. I dodawał jednocześnie: „Główną przyczyną i źródłem dla endemicznego utrzymywania się tyfusu brzuszego i czerwonki ponad miarę nie spotykaną w społeczeństwach zachodnich, a na miarę równającą Polskę z jej sąsiadami wschodnim i południowym jest przez pokolenia utrwalona niechęć do oddawania wydaliny – wypróżnień ludzkich: moczu i kału – do miejsc ustępowych, unikanie tychże przez ogromne masy naszej ludności, oddawanie tych wydaliny bez troski, rozsiewanie ich w najbliższym sąsiedztwie osad ludzkich. Nic też dziwnego, że w tych pierwotnych warunkach kultury ogółu naszego społeczeństwa aż nadto wiele istnieje sposobności do roznoszenia tych swoistych zarazków w razie wypróżnień ich przez osoby chore, rekonwalescentów, nosiciele zarazków bez objawów choroby³¹.”

Jak wskazywał, pomimo uruchamianej w wielu miastach sieci kanalizacyjnej i wznoszonych ustępów, ich liczba przypadająca na jednego mieszkańca wciąż była zbyt mała (za normę uznawano 6–8 osób przypadających na jedną toaletę, podczas gdy w wielu miastach norma ta przekraczana była kilka, a nawet kilkanaście razy, np. w Łodzi na jeden ustęp przypadać miało 66 osób)³². Także jednak i w tych rejonach Polski, które u progu II wojny światowej pochwalić się mogły największą liczbą skanalizowanych miast, liczba zachorowań na tyfus, czerwonkę czy inne choroby „brudnych rąk” była wysoka. Świadczyło to o niskim poziomie świadomości zdrowotnej i higienicznej mieszkańców i było wyrazem podkreślanej choćby przez dr. Marcina Kasprzaka – jednego z najbardziej cenionych przedwojennych i powojennych polskich higienistów, pioniera idei „zdrowia publicznego” – niedocenianej, również przez ówczesne środowisko lekarskie, roli profilaktyki i oświaty sanitarnej, a zwłaszcza fachowej pracy higienistów³³.

W jednym ze swoich pism, opublikowanych w 1933 r. w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”, z nieukrywaniem żalem dr Kasprzak podkreślał: „Na pracę higieniczną ogół lekarzy patrzy lekceważąco i z punktu widzenia fachowości, i z punktu widzenia wyników, i z punktu widzenia metod stosowanych, które przeciętemu lekarzowi wydają się zupełnie obce [...] przeciętny lekarz uważa się za zupełnie uzdolnionego i przygotowanego do sprawowania funkcji lekarza higienisty, które uważa za gorszy gatunek pracy. Otóż jest to błąd, który ma swe

³⁰ *Choroby zakaźne w Polsce. Ustęp – a obronność państwa. Referat zgłoszony na XI-ty Zjazd Higienistów Polskich w Lubinie w dniu 30 czerwca 1938 r. przez doc. dra L. Biera, Kraków 1938, s. 5.*

³¹ *Ibidem*, s. 11.

³² *Ibidem*, s. 17.

³³ M. Kasprzak, *Higiena i lekarz*, w: idem, *Pisma wybrane. W osiemdziesięciolecie urodzin autora*, Warszawa 1968, s. 94.

źródło w braku fachowców w tej dziedzinie i w niskim poziomie tej ochrony zdrowia w życiu, szczególnie u nas. Przy dzisiejszym stanie wiedzy, przypuszczam, że nie jest łatwiej być dobrym higienistą niż dobrym psychiatrą albo dobrym okulistą [...]”³⁴. W innym miejscu stwierdzał jeszcze bardziej stanowczo: „Lekarz-praktyk higieny nie lubi. Jemu nie tylko obce są zupełnie czynności administracyjne higienisty, ale każdy lekarz leczący chce widzieć przed sobą pacjenta, jednostkę chorą konkretnie na jakąś określoną chorobę. W ten sposób ćwiczy się umysł lekarza w okresie studiów uniwersyteckich, w ten sposób następnie utrwała się droga praktyki. Tymczasem w pracy higieniczno społecznej niezbędne jest zupełnie odwrotne nastawienie myślowe, trzeba myśleć więcej abstrakcyjnie, trzeba oceniać zjawiska na podstawie liczb i z nich wyprowadzać wnioski. Jak pogodzić te dwa światopoglądy?”³⁵.

Wyrosły ze stosunkowo nowej wiedzy – o drobnoustrojach i ich wpływie na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych – zawód higienisty w latach trzydziestych nie cieszył się jeszcze zatem zbyt wielkim poważaniem. Niski status tej profesji doskwierał również higienistom po II wojnie światowej.

Mała świadomość zdrowotna Polaków okresu przedwojennego opisywana była (na przykładzie Warszawy) choćby przez Błażeja Brzostka czy też Włodzimierza Pessela³⁶. Obaj autorzy wskazywali na wiele mało higienicznych nawyków i zwyczajów mieszkańców warszawskich osiedli. Warszawski historyk pisał zresztą wprost: „Wykroczenia lokatorów przeciwko zasadom publicznego ładu [z początku lat 50. – E.Sz.] przypominały te wymieniane przed wojną. Skarżono się na wymiatanie śmieci z mieszkań na klatki schodowe, wykładanie tam mięsa dla psów, trzepanie dywanów na korytarzu lub balkonie, wyrzucanie z okien «dla ptaków» – obierków, kaszy, chleba, lecz także resztek szkła, puszek, puszczenie psów luzem, trawniki podeptane [...]. Hodowano zwierzęta gospodarskie, drób, gołębie. Charakterystyczne, że zjawiska przypominające przedwojenne doświadczenia WSM, przypisywano teraz często wiejskiemu pochodzeniu części lokatorów”³⁷.

Pomimo działalności reaktywowanego w 1947 r. Państwowego Zakładu Higieny, któremu w 1952 r. nadano status jednostki naukowej, oraz przekształceniu jego terenowych filii w samodzielne jednostki organizacyjne (wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne), pełniące pod zwierzchnictwem prezydiów właściwych rad narodowych nadzór bieżący oraz prowadzące akcje sanitarno-porządkowe, w zasadzie do połowy lat pięćdziesiątych obserwowano jedynie niewielkie zmiany w obrazie warunków sanitarnych polskich miast i miasteczek.

³⁴ *Ibidem*, s. 94.

³⁵ *Ibidem*, s. 95.

³⁶ B. Brzostek, *Za progiem...*; W. Pessel, *Antropologia nieczystości. Studia z kultury sanitarnej Warszawy*, Warszawa 2010.

³⁷ B. Brzostek, *Za progiem...*, s. 86.

**„Powierzchnie stan sanitarny naszych miast
znacznie się poprawił...”³⁸ – przełom 1954 roku**

Warto jednak podkreślić, że dzięki istnieniu stacji sanitarno-epidemiologicznych i prowadzonym przez nie dokładniejszym statystykom oraz kontrolom wraz z odbudową kraju odnotowywano powolną poprawę. Nie bez znaczenia były również akcje szczepień: przeciwgruźliczych (*Bacillus Calmette-Guérin* – BCG), a także chroniących przed szalejącą ponownie na początku lat pięćdziesiątych błonicą, endemicznie występującym durem brzuszny czy szczególnie przerażającą chorobą Heinego-Medina (polio).

Ważną cezurą był jednak rok 1954, kiedy to powołana została Państwowa Inspekcja Sanitarna. Instytucja ta, jako podlegająca bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia, miała za zadanie pełnienie bieżącego nadzoru sanitarnego, zapobieganie powstawianiu chorób zakaźnych i zawodowych oraz popularyzowanie zasad higieny. Najistotniejszą zmianą wprowadzaną przez dekret o PIS było przyznanie inspektorom prawa stosowania sankcji karnych (finansowych) wobec osób fizycznych i prawnych niespełniających obowiązujących wymogów i norm sanitarnych³⁹.

Choć również i tym razem tworzenie i początkowa działalność instytucji na poziomie powiatu były utrudnione z uwagi na kwestie lokalowe oraz kadrowe (zdarzały się sytuacje, że nikt nie chciał podjąć się funkcji inspektora), to jednak już od 1955 r. kwestie sanitarne i higieniczne należały do grupy ważniejszych problemów poruszanych podczas posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia. Oceny stanu sanitarnego poszczególnych województw i kraju wykazywały odtąd dużo bardziej szczegółowy obraz rzeczywistych trudności i problemów. Kwestie dotyczące zdrowotności, warunków sanitarnych czy higieny komunalnej w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych stanowiły także przedmiot dyskusji podczas posiedzeń Biura Politycznego PZPR oraz Komisji Socjalnej.

Od samego początku jednym z najczęściej poruszanych zagadnień była kwestia dostępu do wody. Jak wskazywały raporty ogólnopolskie, w 1955 r. na 729 miast w Polsce – 296 nie posiadało czynnej sieci wodociągowej, w tym 7 miast wielkości 20–50 tys. mieszkańców i 22 miasta 10–20-tysięczne⁴⁰. To jednak nie problem wody bieżącej a wody zdatnej do picia stanowił największą bolączkę miast i wsi lat pięćdziesiątych. W 61% miast i osiedli notowano bowiem w połowie tej dekady poważny jej deficyt. Jak wyliczano – w szczególnie złym położeniu

³⁸ AAN, KC PZPR, 237IXIV–211, Protokół posiedzenia Komisji Socjalnej odbytego w dniu 30 I 1962 r., k. 212.

³⁹ Dekret z 14 VIII 1954 r. o powołaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 1954, nr 37, poz. 160).

⁴⁰ AAN, MZ, GMWP, 1/30, Stan zdrowotny ludności w latach..., s. 227.

znajdowały się miasta duże, liczące powyżej 100 tys. mieszkańców⁴¹, w tym m.in. Łódź, w której średnie roczne zużycie wody przypadające na jednego mieszkańca nie przekraczało 9 m³ (dla porównania w samej Warszawie wskaźnik ten wynosił 33,9 m³). Ale w porównywalnie trudnych warunkach znajdowali się również mieszkańcy Polski powiatowej – w skali województwa bowiem wskaźniki poniżej 10 m.b. odnotowywano w województwach łódzkim, warszawskim i białostockim. Dużo lepiej pod tym względem wyglądać miała sytuacja w województwach szczecińskim i wrocławskim. Trudno jednak powiedzieć, czy wskaźnik zużycia wody dotyczył wody pitnej – ta bowiem także w „najlepszych” województwach stanowiła poważny problem. W protokole z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia z 25 listopada 1955 r. w Szczecinie czytamy bowiem: „Na wsi ludność zmuszona do korzystania z wód powierzchniowych wobec zanieczyszczenia studni. Na terenie naszego województwa nie ma odpowiedniego przedsiębiorstwa, które by przeprowadzało oczyszczanie, chlorowanie itp. prace przy studniach”⁴².

W województwie koszalińskim pisano wprost, iż brak wody stwarza ogromne ryzyko wybuchu epidemii schorzeń jelitowych⁴³. W jeszcze gorszej sytuacji pod względem dostępności wody zdanej do picia były miejscowości prowincjonalne i wsie⁴⁴. W niektórych rejonach sytuacja była dramatyczna. W 1955 r. alarmowano: „Powiat chrzanowski a w szczególności sam Chrzanów i Trzebinia nie mają wody, ponieważ poziom jej w studniach stale się obniża. Również w Olkuziu – powiecie [istnieją – E.Sz.] problemy z wodą [...]. Studnie prywatne są źródłem zachorowań z powodu ich płytkości, nieszczelności i uszkodzeń obudowy. W całym niemal powiecie proszowickim i miechowskim nie ma ani jednej studni dającej wodę zdatną do użytku domowego”⁴⁵.

Kwestia dostępu do wody pitnej (zdatnej do picia) do końca lat sześćdziesiątych była wciąż problemem wielkiej wagi. Jeszcze w 1971 r. z tylko co trzeciej studni wiejskiej czerpana była woda dobra pod względem chemicznym i bakteriologicznym⁴⁶. Lepiej sytuacja wyglądała w miastach (zwłaszcza dużych), w których w 1970 r. w instalację wodociągową wyposażonych było ponad 75% mieszkań⁴⁷. O tym jednak, że również i tam sytuacja nie była idealna, świadczyć może fakt, że w 1971 r. wiele wodociągów miejskich, wskutek usterek i braków,

⁴¹ *Ibidem*, 1/25, Ocena stanu epidemiologicznego kraju za rok 1955, s. 259.

⁴² *Ibidem*, 1/23, Protokół posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dn. 25 XI 1955 w Szczecinie, s. 131.

⁴³ *Ibidem*, 1/20, Protokół posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w Koszalinie, s. 5; 1/21, Protokół posiedzenia Kol. Min. Zdrowia w Koszalinie, n.pag., s. 2–15.

⁴⁴ *Ibidem*, 1/30, Stan zdrowotny ludności w latach..., s. 228.

⁴⁵ *Ibidem*, 1/23, Ocena działalności służby zdrowia w woj. krakowskim, s. 316.

⁴⁶ AAN, KC PZPR, 1748, Protokół nr 59 z posiedzenia BP w dniu 31 VIII 1971 r., s. 277.

⁴⁷ *Mały Rocznik Statystyczny 1974*, Warszawa 1974, s. 225.

dostarczało wodę niespełniającą wymogów sanitarnych (21,5% wodociągów sieciowych, 35,6% wodociągów lokalnych, 56,5% wodociągów zakładowych)⁴⁸.

W bezpośrednim powiązaniu z problemem wody pozostawała kwestia sprawnego systemu odprowadzania ścieków płynnych i kanalizacji – zarówno w mieszkaniach, jak i w instytucjach publicznych. Jak wskazywano w 1955 r., niewiele ponad połowa miast w Polsce (56%) posiadała czynną sieć kanalizacyjną, choć, co warto zaznaczyć, dziesięć lat później wskaźnik ten wzrósł do 71%⁴⁹. Podobnie jak w przypadku wody bieżącej – najgorzej sytuacja przedstawiała się w miastach małych – do 5 tys. mieszkańców (w 1955 r. 67% tych miast było nieskanalizowanych, w 1971 r. już około 30%)⁵⁰. Z perspektywy regionalnej ponownie ujawniały się różnice – jak oceniano bowiem w połowie lat pięćdziesiątych najlepiej skanalizowane były województwa zachodnie: zielonogórskie – 83%, opolskie 68% i wrocławskie – 55%. Najgorzej zaś sytuacja wyglądała w województwach kieleckim, łódzkim i białostockim. Problemy wynikały nie tylko z braku systemów kanalizacyjnych, ale również wiązały się z wadliwym działaniem lub też nadmiernym przeciążeniem istniejących jeszcze przed wojną lub nowo uruchamianych oczyszczalni ścieków⁵¹. Istotnym zagadnieniem, zwłaszcza w kontekście groźnych chorób zakaźnych, była też zbyt mała liczba ustępów publicznych. Według niepełnych danych zebranych przez Zarząd Sanitarno-Epidemiologiczny dostateczną ich liczbą w latach pięćdziesiątych mogła pochwalić się jedynie co dziesiąta miejscowość w Polsce. Najgorzej pod tym względem było z reguły na wsiach i osiedlach pegeerowskich, w których w tak podstawowy „element” niewyposażone były nawet okoliczne szkoły i przedszkola.

Także jednak w miastach stan sanitarny placówek oświatowych pozostawiał wiele do życzenia. W samym Poznaniu w 1955 r. na 2037 szkół w 78% z nich brakowało studni, a w co trzeciej były one złe⁵². W 1957 r. w 80% wszystkich szkół polskich stan studni był niezadowolający⁵³. W co drugiej zaś (65%) brakowało śmietników, wiader, miednic i innego „niezbędnego sprzętu do utrzymania czystości osobistej uczniów”⁵⁴. Nakładające się na to bardzo duże zagęszczenie dzieci w klasach (średnia na przełomie 1955 i 1956 r. wynosiła 52,7!) pozwala łatwo wyobrazić sobie, jak trudnym zadaniem musiało być utrzymanie higieny i czystości wśród najmłodszych. Tym bardziej że – jak sygnalizowałam wcześniej –

⁴⁸ AAN, KC PZPR, 1748, Protokół nr 59 z posiedzenia BP w dniu 31 VIII 1971 r., s. 277.

⁴⁹ *Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej...*, tab. 1, s. 1.

⁵⁰ AAN, MZ, GMWP, 1/23, Stan zdrowotny ludności w latach..., s. 231; oraz AAN, KC PZPR, 1748, Protokół nr 59 z posiedzenia BP w dniu 31 VIII 1971 r., s. 277.

⁵¹ AAN, MZ, GMWP, 1/20, Działalność służby zdrowia woj. olsztyńskie, s. 89.

⁵² *Ibidem*, 1/24, Protokół nr 5/56 posiedzenia Kolegium Min. Zdrowia w dniu 26 I 1956 w Poznaniu, s. 272.

⁵³ *Ibidem*, 1/23, Stan zdrowotny ludności w latach..., s. 232.

⁵⁴ *Ibidem*.

trudna do zwalczenia w takich warunkach wszawica groziła szybkim rozprzestrzenieniem się choćby duru brzuszego, zaś brak możliwości regularnego mycia rąk przez dzieci sprzyjał rozprzestrzenianiu się poważnych chorób zakaźnych (błonica, polio, żółtaczką, biegunki jelitowe, zatrucia pokarmowe itp.).

Co ciekawe jednak przyczyn złego stanu sanitarno-higienicznego dzieci i młodzieży upatrywano nie tyle w braku podstawowych urządzeń sanitarnych i stanie higienicznym szkół, mieszkań i przestrzeni publicznej, ile w niskiej świadomości higienicznej rodziców i nauczycieli: „Kultura sanitarna jest wysoce niezadowalająca: dzieci chodzą brudne. W wyniku tego zawszenie dzieci przekracza przeciętnie 50%, u dziewcząt zaś biorąc ogólnie dochodzi do 70%. Zwłaszcza w żłobkach, przedszkolach i domach dziecka stwierdza się brak odpowiedniej opieki higienicznej i wychowawczej nad dziećmi. Przy niskim stopniu uświadczenia rodziców uderza w przeprowadzanych badaniach nikły udział nauczycielstwa w walce o higienę dziecięcą. Niski poziom wychowania higienicznego w liceach pedagogicznych. Należy nałożyć odpowiedzialność na kierownictwo szkół i ich personel pedagogiczny – także kierownictwa przedszkoli, żłobków, domów dziecka oraz przeszkolić ogół nauczycielstwa w zakresie zagadnień sanitarnych ze szczególnym uwzględnieniem walki z wszawicą”⁵⁵.

W związku z m.in. trudną do wytypowania wszawicą, robaczycami i innymi chorobami „brudnych rąk”, ale również profilaktyką gruźlicy, urazów, wad wzroku, mowy, słuchu oraz stanów nerwicowych, w latach sześćdziesiątych coraz większą uwagę zwracano na prace nad nową koncepcją higieny szkolnej. Na łamach „Służby Zdrowia” podkreślano konieczność zorganizowania pracy higienistek w szkołach, które wspomagać miały konsultacyjno-szkoleniowe oddziały higieny szkolnej, funkcjonujące przy przychodniach wojewódzkich.

Brudne szkolne korytarze, niesprzątane ulice, miejskie place czy osiedlowe podwórza, szybko niszczące klatki schodowe w blokach, niedoczyszczone sale szpitalne – to bardzo częsty obraz przestrzeni publicznej połowy lat pięćdziesiątych. Na ich stan nie wpływały jednak tylko i wyłącznie postawy obywateli. Porządkowanie i oczyszczanie przestrzeni publicznej – miast, osiedli – odbywało się niemal wyłącznie w ramach corocznej (najczęściej wiosennej) akcji sanitarno-porządkowej, do której przeprowadzenia nie zawsze łatwo było zachęcić nie tylko lokalną społeczność, ale przede wszystkim rady narodowe niższego szczebla (powiatowe itp.)⁵⁶. W 80% miast i osiedli brakowało ponadto pojemników na śmieci i taboru asenizacyjnego. Wywóz nieczystości odbywał się zatem w warunkach niezgodnych z normami sanitarnymi. Wysypiska w ponad połowie miast były zlokalizowane w nieodpowiednim miejscu i w nieodpowiedni sposób⁵⁷.

⁵⁵ *Ibidem*, 1/28, Ocena stanu sanitarnego kraju, s. 188–189.

⁵⁶ *Ibidem*, 1/21, Działalność służby zdrowia woj. koszalińskiego, s. 15.

⁵⁷ *Ibidem*, 1/28, Ocena stanu sanitarnego kraju..., s. 188.

W 1957 r. podczas jednego z posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia alarmowano: „Toniemy w brudach. Wystarczy przejść się po ulicy, zajrzeć na jakiegokolwiek podwórko albo do jakiegokolwiek sklepu czy urzędu. Wszędzie lub prawie wszędzie panuje niepodzielny brud. Nowe piękne osiedla i domy wkrótce porastają brudem. Nie trzeba chyba udowadniać związku złego stanu sanitarnego obiektów z możliwością rozwoju chorób zakaźnych. Jeżeli mimo tego nie mamy w tej chwili (poza grypą i niektórymi chorobami dziecięcymi) poważniejszych epidemii, to jest to chyba w dużym stopniu zasługa służby zdrowia (szczepienia ochronne)”⁵⁸.

Wszechobecny brud zaczynał być więc postrzegany w kategoriach istotnego problemu. Od końca lat pięćdziesiątych starano się go rozwiązać poprzez nowe uregulowania prawne i bardziej systematyczne działania instytucji miejskich. W 1959 r. uchwalona została Ustawa o utrzymaniu czystości i porządku w miastach i osiedlach, w której rezygnowano z dotychczasowego akcyjnego i wiosennego uprzątnięcia na rzecz stałej i regularnej pracy urzędów miasta⁵⁹. Rok wcześniej w wielu miejscowościach wydano również zarządzenia o ograniczeniu hodowli zwierząt, które zabezpieczać miały stan sanitarny zwłaszcza w dzielnicach zlokalizowanych w centrach⁶⁰.

W jakim stopniu poprawiło to estetykę przestrzeni publicznej, trudno kategorycznie stwierdzić. Powolne zmiany były jednak dostrzegane. W związku z uruchomieniem akcji higienizacji wsi, porządkowanie przestrzeni odnosiło się również do jej obszaru. W latach sześćdziesiątych poprawa warunków higienicznych i estetyki otoczenia na wsi dotyczyła jednak przede wszystkim miejscowości wybranych, uczestniczących w organizowanych konkursach na najpiękniejszą wieś itp. Dość wolno poprawiał się również stan sanitarny zakładów opieki społecznej oraz instytucji nauczania⁶¹. Jak pokazują ustalenia Dariusza Jarosza, do końca lat siedemdziesiątych wciąż wiele do życzenia pozostawiały warunki sanitarno-higieniczne panujące na koloniach⁶². Wyraźnej poprawie ulegał jednak standard mieszkań. W 1950 r. niewiele ponad 14% mieszkań miejskich wyposażone było w łazienkę. Zlew lub umywalkę posiadało 42,4%, zaś ustęp mieścił się

⁵⁸ *Ibidem*, 1/30, Stan zdrowotny ludności w latach..., s. 231.

⁵⁹ Ustawa z 22 IV 1959 r., Dz.U. 1959, nr 27, poz. 167.

⁶⁰ Np. AAN, MZ, GMWP, 1/38, Ocena działalności służby zdrowia woj. wrocławskiego, cz. 2, s. 6; Pismo okólne nr 134 prezesa Rady Ministrów w sprawie [ograniczenia] hodowli zwierząt w miastach i osiedlach, wydane 30 VII 1959 r., uzupełnione 20 XII 1967 r.; zob. też A. Kochański, *Polska 1944–1991. Informator historyczny*, t. 2: *Ważniejsze akty prawne, decyzje i enuncjacje państwowe (1957–1970)*, Warszawa 2000, s. 1959.

⁶¹ AAN, KC PZPR, 237IXIV–211, Protokół posiedzenia Komisji Socjalnej odbytej w dniu 30 I 1962 r., s. 210.

⁶² D. Jarosz, *Lata 1948–1956: centralizacja, indoktrynacja, kontrola*, w: *Wypoczynek zorganizowany dzieci i młodzieży w Polsce XX wieku*, red. D. Jarosz, Wrocław 2012, s. 76–80; idem, *Lata 70. pod znakiem masowości i propagandy sukcesu*, w: *ibidem*, s. 149–150.

w co czwartym (25,7%)⁶³. Dwadzieścia lat później wskaźniki te były znacznie bardziej optymistyczne, gdyż łazienka znajdowała się już w co drugim mieszkaniu (50,4%), podobnie jak i ustęp (55%)⁶⁴. Coraz więcej domów wyposażonych było także w instalację gazową i centralne ogrzewanie. O ile w 1950 r. dostęp do gazu sieciowego miało tylko 26,2% mieszkań⁶⁵, to 20 lat później wyposażenie w instalację gazową posiadało już prawie co drugie (48,3%). U progu lat pięćdziesiątych centralnie ogrzewane miały tylko nieliczne mieszkania miejskie (4,9%), zaś dwie dekady później dotyczyło to już praktycznie co trzeciego (36,2%)⁶⁶.

Poprawa wyposażenia, świadcząca m.in. o zmianach standardów w budownictwie mieszkalnym, nie oznaczała jednak, że gwałtownie zmienił się społeczny stosunek do higieny. Jak pokazują materiały, dostępność lub naprawa szybko psujących się kranów i urządzeń łazienkowych, a także częste przerwy w dostawie wody bieżącej, nie były bez znaczenia, podobnie jak jakość połączeń kanalizacyjno-wodociągowych. Na oszczędzanie przy budowie mieszkań, zakładów produkcyjnych i instytucji publicznych kosztem urządzeń sanitarnych narzekali zresztą często przedstawiciele lokalnych instytucji⁶⁷.

Ogromną dysproporcję w stosunku do warunków miejskich pokazywały w tej kwestii dane dotyczące wsi (brak jest na ten temat szczegółowych danych z lat pięćdziesiątych). W 1960 r. łazienkę posiadało tam zaledwie 1,4% mieszkań, zaś ustępy występowały w 1,8% domów (warto podkreślić, że w tym czasie tylko 3,7% mieszkań wiejskich wyposażonych było w instalację wodociągową, zaś instalację gazową i centralne ogrzewanie posiadało niespełna 0,5%)⁶⁸.

Wykazywany w danych statystycznych częsty jeszcze w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych brak łazienek rekompensować miały łaźnie publiczne. W 1955 r. funkcjonowały one w 59% miast w Polsce⁶⁹. Jaką jednak popularnością cieszyły się one wśród konkretnych społeczności, trudno stwierdzić. W Warszawie, według danych przytaczanych przez Błażeja Brzostka, z łaźni publicznych w 1957 r. korzystać miało średnio 65 tys. mieszkańców⁷⁰.

O tym, że łaźnie publiczne istniały i powstały również w innych, także mniejszych miastach i wsiach, wiemy na pewno, aczkolwiek fragmentaryczne materiały wskazywać mogą na fakt, iż wielu świadomie odrzucało możliwość

⁶³ *Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej...*, s. 28.

⁶⁴ *Mały Rocznik...*, s. 225.

⁶⁵ *Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej...*, s. 28.

⁶⁶ *Mały Rocznik...*, s. 225.

⁶⁷ AAN, KC PZPR, 2371XIV-211, Protokół posiedzenia Komisji Socjalnej odbytej w dniu 30 I 1962 r., s. 210.

⁶⁸ *Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej...*, s. 28; *Mały Rocznik...*, s. 225.

⁶⁹ *Rocznik Statystyczny Gospodarki Mieszkaniowej...*, tab. 1.

⁷⁰ B. Brzostek, *Robotnicy Warszawy...*, s. 250.

korzystania z nich. Dotyczyło to zwłaszcza łaźni zakładowych i publicznych zlokalizowanych w mniejszych ośrodkach, w których najczęściej ulegały one szybkiej dewastacji⁷¹. Trudno domniemywać jednak, czy zniszczenia były wynikiem wandalizmu, czy też braku środków na utrzymanie obiektów.

Nabranie nawyku częstszego mycia ułatwiać miały też budowane kąpieliska. Jak pokazał jednak przykład miejscowości Siedliszcze, wybudowanie takiego obiektu (wymagające zresztą dużych nakładów finansowych i ogromnej determinacji inicjatorów) nie przesądzało automatycznie o uzyskaniu środków na jego dalsze funkcjonowanie⁷². Niszczące łaźnie i kąpieliska nie musiały zatem jednoznacznie świadczyć o społecznym ich lekceważeniu⁷³. O tym jednak, że obywatele polscy wciąż jeszcze u progu lat sześćdziesiątych myli się z rzadka lub niedokładnie, świadczyć mogą dość liczne materiały prasowe będące w istocie swoistym instruktażem poprawnego zażywania kąpeli w bali lub wannie. Na łamach „Służby Zdrowia” w 1960 r. pisano: „Niesłuchanie trudno przekonać ludzi, aby się nauczyli myć i kąpać, a przecież kulturę narodów mierzy się kilogramami zużytego mydła [...] wielkie połacie naszego kraju pozbawione są urządzeń do mycia i kąpeli, a idea rozwoju kąpielisk jest jeszcze mało popularna. Przeważnie jeszcze mycie odbywa się przez nabranie wody w usta i rozpryskiwanie, mycie w miednicy lub misce twarzy i rąk tą samą, brudną wodą. Kąpiel całego ciała czeka na wielkie święto a nieraz przez całą zimę do lata”⁷⁴.

Bezpieczeństwo i higiena pracy

Opisywane wyżej warunki sanitarne przestrzeni publicznej i prywatnej, świadczące w znacznym stopniu o problemach w przestrzeganiu zasad higieny, nie omijały zakładów pracy. Tam również dopiero od połowy lat pięćdziesiątych zwracać zaczęto większą uwagę na kwestię bezpieczeństwa i higieny pracy. Choć ustawa o BHP wydana została późno, bo w 1965 r.⁷⁵, to jednak od połowy lat pięćdziesiątych coraz częściej na łamach prasy poruszano problem powszechnego ignorowania znaczenia powołanych w 1950 r. zakładów lecznictwa przemysłowego, pełniących w praktyce głównie funkcję pomocy doraźnej dla zatrudnionych robotników. „Działalność instytutów medycyny pracy jest lekceważona

⁷¹ Z. Dworak, Łaźnie wiejskie na terenie woj. szczecińskiego, w: *Księga pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej w Lublinie. Z okazji X-lecia Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki (1951–1961)*, Warszawa 1964, s. 95.

⁷² A. Bałasz, *Lekarz wiejski*, w: *Pamiętniki lekarzy*, wyb. i red. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 811–854; zob. też. *Siedliszcze*, reż. K. Gryczelowska, 1960.

⁷³ A. Bałasz, *op. cit.*, s. 853–854.

⁷⁴ *Abyśmy nauczyli się myć i kąpać*, „Służba Zdrowia” 1960, nr 32.

⁷⁵ Ustawa z dn. 30 III 1965 r. o bezpieczeństwie i higienie pracy, Dz.U. 1965, nr 13, poz. 91.

– pisano w 1955 r. na łamach „Służby Zdrowia”, – naukowe wskazania dotyczące higieny i bezpieczeństwa, ochrony przed chorobami zawodowymi nie są z zasady przestrzegane przez dyrekcje zakładów przemysłowych i odpowiednie ministerstwa⁷⁶.

Również, jak wskazują materiały nieco późniejsze, prestiż lekarza zakładowego (lekarza medycyny pracy) co najmniej do połowy lat sześćdziesiątych był bardzo niski, co wiązało się na ogół z bardzo nieatrakcyjnym wynagrodzeniem, mającym bezpośrednie przełożenie na status społeczny i materialny (problemy kadrowe na stanowisku lekarza zakładowego do połowy tej dekady były niezwykle częste).

W kontekście warunków pracy w drugiej połowie lat pięćdziesiątych, a zwłaszcza w latach sześćdziesiątych coraz więcej uwagi poświęcać zaczęto kwestiom wysokiej absencji chorobowej pracowników (niekoniecznie wynikającej z rzeczywistych dolegliwości). W tej sprawie zresztą w 1958 r. wydano dwa dość ważne unormowania prawne: Ustawę o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania świadczeń o czasowej niezdolności do pracy⁷⁷ oraz Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia w sprawie warunków zdrowia wymaganych ze względów sanitarno-epidemiologicznych od osób wykonujących niektóre zajęcia zarobkowe⁷⁸. Oba akty prawne związane były z ujawnianymi dość często podczas kontroli inspektorów sanitarnych nadużyciami oraz nieprzestrzeganiem podstawowych przepisów dotyczących badań wstępnych zatrudnianych pracowników oraz późniejszych badań okresowych. Okazywało się bowiem, że wielokrotnie tego rodzaju badania w ogóle nie były prowadzone (lub bardzo pobieżnie) wskutek czego zatrudniano np. osoby chore na gruźlicę lub będące nosicielami innych chorób zakaźnych bądź przewlekłych⁷⁹. Od tego czasu też więcej zainteresowania wzbudzały choroby zawodowe (zwłaszcza pylica i choroby układu oddechowego). Coraz częściej pojawia się także kwestia zanieczyszczeń środowiska, związanych z produkcją przemysłową. W 1955 r. weszła m.in. w życie uchwała w sprawie ochrony wód przed ściekami⁸⁰, chociaż, co należy podkreślić, kwestia jej przestrzegania w praktyce była problematyczna co najmniej do końca lat siedemdziesiątych.

Zresztą już w 1957 r. problem zanieczyszczeń przemysłowych urastał do niepokojących rozmiarów zwłaszcza na terenie Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego

⁷⁶ „Służba Zdrowia” 1955, nr 52, s. 1.

⁷⁷ Ustawa z 6 VI 1958 r., Dz.U. 1968, nr 7, poz. 43.

⁷⁸ Rozporządzenie z 29 VIII 1958 r., Dz.U. 1958, nr 56, poz. 275.

⁷⁹ Np. APSzOM, Starostwo Powiatowe w Gryficach, 274, Sprawozdania z wyjazdów służbowych lekarza powiatowego, s. 1, 39; *ibidem*, 230, Komisja Zdrowia, Pracy i Pomocy Społecznej Powiatowej Rady Narodowej 1963–1964, s. 12.

⁸⁰ AAN, MZ, GMWP, 1/33, Uchwała nr 668 Prezydium Rządu z dn. 20 VIII 1955 r. w sprawie ochrony wód przed zanieczyszczeniem oraz zapobiegania szkodliwemu działaniu ścieków i ich gospodarczego wykorzystania.

oraz Krakowa⁸¹. Na pogarszającą się wskutek odpadów przemysłowych i nieczystości miejskich jakość wody pitnej narzekano w tym czasie coraz częściej również w Warszawie. Istotnym, z epidemiologicznego punktu widzenia, trucicielem wód powierzchniowych, obok przemysłu i osiedli, były także zakłady służby zdrowia. W 1956 r. w raporcie dotyczącym działalności tych instytucji pisano: „Unieszkodliwienie ścieków z zakładów służby zdrowia w skali ogólnokrajowej praktycznie nie istnieje. W szpitalach zakaźnych bądź szpitalach z oddziałami zakaźnymi i p/gruźliczymi oczyszczalnie ścieków istnieją i są wystarczające w około 4% zakładów, w około 20% zakładów istnieją częściowe i niewystraczające. 76% zakładów nie posiadało ich w ogóle”⁸². Podobnie wyglądała sytuacja w przypadku nowo powstających lub rozbudowywanych zakładów przemysłowych⁸³.

Stan wód polskich był alarmujący, choć, jak zaznaczano podczas posiedzenia Komisji Socjalnej w 1962 r., w stosunku do sytuacji z lat pięćdziesiątych dało się zauważyć poprawę na terenie dziesięciu ówczesnych województw (białostockiego, bydgoskiego, gdańskiego, katowickiego, koszalińskiego, lubelskiego, poznańskiego, rzeszowskiego, warszawskiego i zielonogórskiego)⁸⁴. Co ważne i istotne, pod koniec tej dekady zaczęto również zwracać uwagę na kwestię zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego. W 1957 r. wskazywano, że najgorsza pod tym względem była sytuacja w Górnośląskim Okręgu Przemysłowym: „czynnych jest [tam – E.Sz.] 671 wielkich i średnich zakładów przemysłowych, które wydają w powietrze ok. 650 tys. pyłów rocznie, w tym aż 170 tys. ton dwutlenku siarki (na dobę 465,9 ton). Innym przykładem może być znany problem zadymienia Łodzi, gdzie same tylko zakłady włókien sztucznych wyrzucają na dobę ponad 60 ton sadzy i popiołu oraz około 4 ton szkodliwych związków siarkowych również na dobę. Na sam Chorzów spada na dobę 3 tys. ton pyłu”⁸⁵.

Pomiary stężenia pyłów w powietrzu rozpoczęto jednak dopiero pod koniec lat sześćdziesiątych, dowodząc – choćby na przykładzie Krakowa – ich wpływu na zachorowalność na choroby układu oddechowego. O przekraczanych, zwłaszcza w halach fabrycznych, stężeniach toksycznych substancji pisano już wcześniej. Dopiero jednak koniec tej dekady ujawnił bardziej zaawansowany proces kształtowania się swoistej świadomości ekologicznej, której wyrazem były choćby artykuły i hasła krzewiące ideę ochrony przyrody⁸⁶.

⁸¹ *Ibidem*, 1/28, Ocena stanu sanitarnego kraju..., s. 188.

⁸² *Ibidem*, 1/24, Stan zdrowotny ludności oraz stan organizacyjny a działalność zakładów służby zdrowia w świetle statystyki medycznej, s. 446.

⁸³ AAN, KC PZPR, 2371XIV–211, Protokół posiedzenia Komisji Socjalnej odbytej w dniu 30 I 1962 r., s. 225.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ AAN, MZ, GMWP, 1/28 Ocena stanu sanitarnego kraju..., s. 188.

⁸⁶ Np. *Truciele*, „Nowa Wieś” 1964, nr 10, s. 12–13; *W obronie przyrody*, „Służba zdrowia” 1969, nr 51, s. 1.

Higiena żywienia

Higiena osobista, podobnie jak sygnalizowane wyżej braki w podstawowych sprzętach pozwalających na zapewnienie pewnego minimum sanitarnego, przekładały się również na kwestie związane z żywnością – w tym na warunki produkcji i dystrybucji żywności (przemysł mleczarski, mięsny, spożywczy, handel, żywność zbiorowa, ale również transport żywności). Prowadzone od 1954 r. dość częste kontrole zakładów przetwórstwa żywności oraz stołówek, barów czy restauracji – wskutek nakładanych i dość wysokich kar – prowadziły do powolnej poprawy jakości dostępnych produktów. Wciąż jednak istniało wiele problemów, których coraz bardziej restrykcyjne kontrole „sanepidu” nie były w stanie zmienić. O sytuacji w Poznaniu w 1956 r. pisano: „Pod względem higieny żywienia i żywności zauważamy w bardzo wielu odcinkach produkcji i obrotu handlowego artykułami żywności obniżenie się tego stanu. Przyczynami tego są: przeciążenie zakładów wytwórczych zbyt wysokimi planami produkcyjnymi, niewspółmiernymi do możliwości technicznych i lokalowych”⁸⁷.

Rok później na posiedzeniu Kolegium Ministerstwa Zdrowia wskazywano na jeszcze inne problemy: tylko co drugi zakład posiadał pomieszczenia chłodzące, z czego ok. 15% chłodni było nieczynnych, ok. 50% zakładów nie posiadało bieżącej wody gorącej, a w ok. 40% nie było wydzielonych pomieszczeń do mycia naczyń stołowych. Wyraźne braki notowano również w wyposażeniu zakładów żywienia w sprzęt kuchenny i stołowy, odzież ochronną, rękawiczki czy szatnię dla personelu kuchennego⁸⁸. Duże znaczenie miało także nieprzestrzeganie zasad higieny przez personel pracowniczy (i kierowniczy)⁸⁹, co powodowało, że pomimo inwestowania w nowszy sprzęt, w latach sześćdziesiątych wciąż wiele zakładów przetwórczych nie spełniało podstawowych norm. W 1962 r. w sprawozdaniu oceniającym stan higieniczno-sanitarny zakładów przetwórstwa i obrotu produktami spożywczymi oraz zakładów żywienia zbiorowego zaznaczano, iż „najgorsze warunki istnieją w rzeźniach komunalnych”⁹⁰. Relacjonując sytuację w mleczarniach pisano zaś: „ogólne warunki sanitarne mleczarni na skutek budowy nowych zakładów i modernizacji istniejących, częściowego wyposażenia w nowoczesną aparaturę, doprowadzenia wody i poprawy kanalizacji – uległy wyraźnej poprawie. Natomiast niedostateczne jest przestrzeganie zasad

⁸⁷ AAN, MZ, GMWP, 1/24, Protokół nr 5/56 posiedzenia Kolegium Min. Zdrowia w dn. 26 I 1956 w Poznaniu, s. 272.

⁸⁸ *Ibidem*, 1/28, Ocena stanu sanitarnego kraju..., s. 203–204.

⁸⁹ AAN, KC PZPR, 1748, Protokół nr 59 posiedzenia BP w dn. 31 VIII 1971 r., s. 277.

⁹⁰ *Ibidem*, 237IXIV–211, Ocena stanu higieniczno-san. zakładów przetwórstwa i obrotu produktami spożywczymi oraz zakładów żywienia zbiorowego, s. 335. W sprawozdaniu stwierdzano m.in., że „powszechnie opinie o złej jakości przetworów mięsnych potwierdza się badaniami Państwowego Instytut Higieny stwierdzającymi, że 53,3% prób nie odpowiada normom”.

higieny przez pracowników mleczarni co powoduje, że nowoczesna aparatura nie zawsze spełnia swoje zadanie. Niedostateczne oczyszczanie i dezynfekcja aparatury powodują zakażenie mleka i przetworów mlecznych w toku produkcji, pomimo zewnętrznych pozorów dobrego stanu sanitarnego. Brak kontroli działania aparatury (np. pasteryzatorów, wyparzaczy konwi) bywa niekiedy przyczyną otrzymywania produktów nieodpowiadających wymogom higienicznym⁹¹.

Także sytuacja zakładów żywienia zbiorowego do końca omawianego okresu pozostawiała wiele do życzenia. W 1969 r. – 29,1% tych zakładów było złych pod względem sanitarnym, przy czym – jak podkreślano – w dużej mierze było to konsekwencją nieprzestrzegania higienicznych zasad porządku i czystości⁹².

W takiej sytuacji nie dziwiły zatem odnotowywane w statystykach lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych wysokie liczby zachorowań na schorzenia infekcyjne przewodu pokarmowego, w tym przede wszystkim zatrucia pochodzenia bakteryjnego. Utrzymywały się one w zasadzie na stałym poziomie, przybierając najwyższe wskaźniki w sezonie wiosenno-letnim (kwiecień – sierpień)⁹³. Od początku lat sześćdziesiątych notowano również bardzo szybko rosnący wzrost zachorowalności na nagminne zapalenie wątroby (WZW typu A), czyli tzw. żółtaczkę pokarmową.

Szokujące statystyki występowania wyżej wymienionych schorzeń, będące również konsekwencją poprawiającej się rejestracji zachorowań, w parze z bardzo dużą śmiertelnością niemowląt wywołaną biegunkami jelitowymi i chorobami zakaźnymi (stanowiącą podstawowy wskaźnik zdrowotności danego społeczeństwa) spowodowały, iż od połowy lat pięćdziesiątych na łamach prasy nawoływano do konieczności powołania wyspecjalizowanej jednostki badawczej zajmującej się kwestiami żywienia człowieka. W 1955 r. na łamach „Służby Zdrowia” pisano: „Jak bardzo jest lekceważona sprawa higieny świadczy taki choćby przykład: istnieje w Polsce kilkanaście instytutów badających środki żywności: mleczarsko-jajczarski, tłuszczowy, uprawy i nawożenia. Organizuje się nawet instytut żywienia zwierząt. Nie ma tylko instytutu żywienia ludzi. Nieliczny personel zakładu żywienia Państwowego Instytutu Higieny (wcześniej PZH [Państwowy Zakład Higieny]) pozbawiony opieki i poparcia, nie jest w stanie znowelizować norm żywienia”⁹⁴.

Potrzebę takich badań wyrażały również oddziały PIS, które już od 1955 r., poza kontrolowaniem warunków sanitarnych w zakładach, zajmować zaczęły się również oceną jakości żywienia ludności. „Na pierwszym etapie zajęto się oceną

⁹¹ *Ibidem*, s. 335.

⁹² *Ibidem*, 1748, Protokół nr 59 z posiedzenia BP w dn. 31 VIII 1971 r., s. 277.

⁹³ Z. Anusz, E. Lewandowska, *Zatrucia pokarmowe*, w: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie...*, s. 189.

⁹⁴ „Służba Zdrowia” 1955, nr 52, s. 1.

żywienia w zamkniętych zakładach służby zdrowia oraz w zakładach dziecięcych i młodzieżowych. Główny nacisk w tych obserwacjach położono na ocenę wartości kalorycznych wydawanych posiłków. Na ogół stwierdza się wahanie w wartościach kalorycznych wydawanych posiłków oraz zły stosunek tłuszczu do białka i węglowodanów (np. w szpitalu pow. w Jarocinie, szpitalu miejskim w Pile)⁹⁵.

Stan zdrowia Polaków a warunki sanitarne

Jak pokazują *Roczniki Statystyczne Ochrony Zdrowia* oraz przywoływane wyżej materiały, przez cały omawiany okres Polska zmagala się z bardzo wysokimi wskaźnikami zachorowalności na choroby „brudnych rąk” i zatrucia pokarmowe. Świadectwem wyrazistej zmiany były jednak malejące z roku na rok wskaźniki zgonów niemowląt, przyjmowane powszechnie za swoisty barometr stanu sanitarnego kraju. Jak pokazują statystyki, liczba zgonów niemowląt na tysiąc urodzeń żywych zmniejszyła się ze 111,1 (w 1950 r.) do 33,4 w roku 1970⁹⁶. Mimo tak wyraźnego spadku nadal jednak współczynnik ten należał do najwyższych w Europie, a Polskę pod tym względem wyprzedzały jedynie Portugalia, Jugosławia i Rumunia⁹⁷.

Warto też podkreślić, że dzięki profilaktyce, obowiązkowym szczepieniom oraz powolnym zmianom w sytuacji sanitarno-higienicznej udało się w tym czasie opanować obserwowane do połowy lat pięćdziesiątych rozprzestrzenianie się groźnych chorób zakaźnych, w tym m.in. gruźlicy, błonicy czy polio. Jak pokazuje w swoich badaniach Stefan Klonowicz, w okresie 1957–1970 umieralność spowodowana chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi zmniejszyła się o 83% w stosunku do poziomu wyjściowego⁹⁸. Współczynnik umieralności na gruźlicę spadł w tym czasie sześciokrotnie, zaś współczynnik zachorowalności zmniejszył się o 56,2%⁹⁹. Znaczący spadek odnotowywano również pod względem zapadalności na dur brzuszny (w 1951 r. liczba zachorowań wynosiła 5984, zaś w 1970 – 419), śmiertelność związana z tą jednostką chorobową spadła zaś z 8,4% do 1%¹⁰⁰. Choć opanowanie wymienionych chorób stanowiło niezaprzeczalny sukces, nie przesłaniało to jednak faktu, że zachorowalność na czerwonkę wciąż była wysoka (liczba zachorowań zmniejszyła się z 10 tys. w 1961 r. do

⁹⁵ AAN, MZ, GMWP, 1/24, Protokół nr 5/56 posiedzenia Kolegium Min. Zdrowia w dn. 26 I 1956 w Poznaniu, s. 272.

⁹⁶ *Mały Rocznik* ..., s. 29.

⁹⁷ AAN, MZiOS, GMWP, 1/20, Stan zdrowotny ludności Polski, s. 35.

⁹⁸ S. Klonowicz, *Stan zdrowia ludności Polski w latach 1950–1973. Próba oceny na podstawie wybranych informacji statystycznych*, „Studia Demograficzne” 1975, nr 40, s. 138.

⁹⁹ *Ibidem*, s. 138.

¹⁰⁰ E. Gonera, *Dur brzuszny*, w: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie...*, s. 126.

6,6 tys. w 1970)¹⁰¹, oraz że w tym samym czasie narastał problem zakaźnego zapalenia wątroby¹⁰². Także jeśli chodzi o dur brzuszny, pomimo spadających liczb do końca lat sześćdziesiątych Polska i kraje śródziemnomorskie – Włochy, Jugosławia, Grecja, Turcja – wciąż były państwami o najwyższym wskaźniku zapadalności na tę chorobę¹⁰³. Nie bez związku ze stanem sanitarno-higienicznym kraju była również niepokojąco rosnąca dynamika zachorowalności na biegunkę u dzieci w wieku do dwóch lat. W ciągu 20 lat (1950–1970) współczynnik zachorowalności/zapadalności na nią zwiększył się bowiem blisko trzykrotnie¹⁰⁴. O 46,3% zwiększyła się natomiast umieralność spowodowana wypadkami, zatruciami i urazami. W dużym stopniu wiązało się to z rozwojem motoryzacji i technicyzacją, pozostając także w związku przyczynowo-skutkowym ze stanem dyscypliny społecznej i opisanymi wyżej warunkami bezpieczeństwa pracy¹⁰⁵.

Obok spadających wskaźników zachorowań na choroby zakaźne, o dokonującej się jednak zmianie w stanie zdrowotnym polskiego społeczeństwa lat sześćdziesiątych świadczyła wzrastająca szybko zachorowalność na tzw. choroby cywilizacyjne (zwłaszcza choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe). Wraz z obserwowanym procesem starzenia się społeczeństwa oraz rosnącym odsetkiem chorób psychicznych i psychosomatycznych przybliżały one stan zdrowia Polaków do społeczeństw innych krajów, legitymizujących się znacznie wyższym poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego i sanitarnego¹⁰⁶.

Podsumowanie

Ogromne zniszczenia materialne, stanowiące konsekwencję II wojny światowej, w dużym stopniu zaważyły na sytuacji sanitarnej kolejnych dekad. Zdeprawowane budynki, gruzowiska, zniszczone lub uszkodzone systemy wodociągowo-kanalizacyjne, nieszczelne studnie, przepełnione doły kloaczne nie stanowiły jednak wyłącznych przyczyn katastrofalnego nierzadko stanu przestrzeni publicznej lat pięćdziesiątych. Brak podstawowej wiedzy z zakresu higieny oraz lekceważący stosunek do zagadnienia profilaktyki zdrowotnej (także lokalnych decydentów) w społeczeństwie biednym i osłabionym fizycznie skutkować musiały szybkim rozprzestrzenianiem się groźnych chorób zakaźnych. Doświadczenia przedstawicieli instytucji odpowiedzialnych za ich zwalczanie

¹⁰¹ J. Kostrzewski, H. Stypułkowska-Misurewicz, *Czerwonka bakteryjna*, w: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie...*, s. 176.

¹⁰² S. Klonowicz, *op. cit.*, s. 141.

¹⁰³ E. Gonera, *op. cit.*, s. 194.

¹⁰⁴ S. Klonowicz, *op. cit.*, s. 141.

¹⁰⁵ *Ibidem*, s. 138.

¹⁰⁶ *Ibidem*, s. 147.

w połowie lat pięćdziesiątych pokazywały, iż bez odgórnego i konsekwentnie egzekwowanego przymusu szczepień (sankcje karne) oraz działań długofalowych (a nie tylko doraźnych) niemożliwa będzie poprawa stanu zdrowia i warunków życia społeczeństwa polskiego. Powołany w 1954 r. Państwowy Inspektorat Sanitarny oraz kolejne unormowania prawne regulujące sposoby porządkowania i dbania o czystość przestrzeni publicznej powoli miały zmieniać nawyki higieniczne Polaków. Wspierała to również coraz skuteczniejsza (choć jedynie marginalnie wspomniana w tekście) oświata sanitarna oraz poprawiający się standard budownictwa mieszkaniowego. Pomimo opisywanych sukcesów i osiągnięć, w roku 1970 wciąż jednak wiele pozostawało do zrobienia. Stan sanitarny budynków użyteczności publicznej (w tym m.in. zakładów wychowania i żywienia zbiorowego czy też szpitali) wciąż był niezadowalający.

Wysokie wskaźniki zachorowalności na zatrucia pokarmowe, częstotliwość występowania biegunek u dzieci do lat dwóch świadczyły także o nadal nierozwiązanych problemach higienicznych w obszarze żywienia i przetwórstwa spożywczego. Wciąż wiele do życzenia pozostawiały warunki i higiena pracy, wyrażające się w wysokiej liczbie wypadków przy pracy, zachorowaniach na tzw. choroby zawodowe oraz absencji chorobowej.

Ważną zmianą był jednak fakt, iż wszystkie te problemy zaczynały być coraz bardziej podnoszone w dyskursie publicznym, co bez wątpienia wpływało na świadomość czy przynajmniej deklaratywną wiedzę zdrowotną społeczeństwa. Dotyczyło to również narastających (i nagłaśnianych w prasie) problemów ochrony środowiska, w tym przede wszystkim wysokiego stopnia zanieczyszczenia wód powierzchniowych oraz powietrza atmosferycznego, zagrażających zarówno ekosystemowi, jak i zdrowiu ludzi.

**Sanitary Condition in Post-War Poland. An Outline of Problems and Dynamics
of Changes (1945–1970)
(Abstract)**

One of the consequences of World War II was a massive scale of destruction of the material space. Devastated buildings, streets, sewage systems, contaminated rivers, plagues of rats, mice, flies or bedbugs had a powerful impact on the sanitary situation of the following decades. Dirt and filth omnipresent in the public space (offices, schools, kindergartens, hospitals, stations etc.) began to be regarded in the mid-1950s as serious social problem posing a serious threat for health of the Polish people, already injured and weakened by the war and post-war epidemics.

The present article attempts to answer the questions about the sanitary conditions and their changes throughout the 1950s and 1960s in Polish towns and cities. What were the problems most troubling people (and local authorities) and what were the changes in health consciousness and hygienic habits of Poles? The study also poses the question of how much legal regulations on hygiene and disciplining practices (among others, compulsory vaccination, inspections of institutions and places of work, penal sanctions) influenced the change of sanitary conditions of the country.