

Magdalena Florek-Łuszczki

**HIGIENIZACJA POLSKIEJ WSI
JAKO RUCH SOCJOMEDYCZNY**

Rozprawa habilitacyjna

Lublin, 2015

© Copyright by Magdalena Florek-Łuszczki

Wydawca

Magdalena Florek-Łuszczki
e-mail: magdalena.florek@wp.pl

Recenzja wydawnicza

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Zagórski

All rights reserved. Wszystkie prawa zastrzeżone

Druk i oprawa:

Drukarnia „Elpil”

08-110 Siedlce, Artyleryjska 11

ISBN 978-83-942990-0-2

Spis treści

Wprowadzenie	5
Rozdział I. Zagadnienia metodologiczne	9
1. Cel pracy.....	9
2. Problem badawczy i hipoteza badawcza	10
3. Charakterystyka wykorzystanych źródeł	10
4. Metody i techniki badań zastosowanych w pracy	11
5. Wiedza i badania sytuacji higienicznej mieszkańców wsi	12
Rozdział II. Teoretyczne podstawy ruchów społecznych	15
1. Teoria naukowa.....	15
2. Istota, atrybuty i rodzaje ruchów społecznych	17
3. Typologia ruchów społecznych	21
4. „Stare” i „nowe” ruchy społeczne	22
5. Współczesne teorie nowych ruchów społecznych.....	24
Rozdział III. Higienizacja polskiej wsi od połowy XIX wieku do współczesności	28
1. Higienizacja wsi na przełomie XIX i XX wieku	28
2. Higienizacja wsi międzywojennej	38
3. Higienizacja wsi powojennej	44
4. Higienizacja polskiej wsi współczesnej	54
Rozdział IV. Podmioty i struktura organizacyjna ruchu higienizacji wsi	60
1. Geneza i instytucjonalizacja ruchu	60
2. Polski Czerwony Krzyż.....	64
3. Ośrodki zdrowia instytucjonalnym fundamentem wiejskiego ruchu socjomedycznego.....	65
4. Przodownicy zdrowia	74
5. Straż pożarna	75
6. Organizacje młodzieżowe	76
7. Uczestnictwo kobiet w ruchu higienizacji wsi.....	80
7.1. Koła Gospodyń Wiejskich	80
7.2. Gminna służba rolna - instruktorki do spraw gospodarstwa domowego	82
7.3. Liga Kobiet.....	82

8. Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne i Państwowa Inspekcja Sanitarna	84
9. Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie inicjatorem i instytucjonalnym liderem ruchu higienizacji wsi.....	86
10. Komitety higienizacyjne.....	90
Rozdział V. Wystawy, konkursy i inne formy higienizacji wsi	93
1. Wystawy.....	93
2. Konkursy	103
3. Publikacje naukowe i popularyzujące kulturę zdrowotną w środowisku wiejskim.....	109
Rozdział VI. Łaźnie i kąpieliska.....	111
1. Pierwsze łaźnie w dawnej Polsce.....	111
2. Rozwój łaźiebnictwa w XIX wieku.....	112
3. Łaźnie i kąpieliska w XX stuleciu.....	113
Rozdział VII. Kwalifikatywne i kwantytatywne efekty higienizacji polskiej wsi	118
1. Efekty kwalifikatywne.....	118
2. Efekty kwantytatywne.....	125
Rozdział VIII. Czołowi higieniści ruchu higienizacji wsi	129
1. Józef Polak (1857 – 1928) – lekarz, higienista i społecznik	129
2. Witold Chodźko (1875 - 1954) – neurolog, psychiatra, higienista, uczoney i społecznik	133
3. Marcin Kacprzak (1888 – 1968) – lekarz, higienista, społecznik.....	135
4. Jan Danielski (1892 – 1958) – lekarz, higienista	138
Zakończenie	143
Bibliografia	146
Aneks	167
1. Regulamin pracy współpracownika naukowego Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie	167
2. Regulamin współpracy korespondentów naukowych z Instytutem Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie.....	168
3. Projekt programu higienizacji wsi polskiej.....	169
4. Kryteria wsi wzorowej pod względem higieny.....	180
5. Regulamin pracy Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Higienizacji Wsi w Lublinie.....	185
6. Statut Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego.....	189
7. Regulamin konkursu czystości dla przodujących rolników	194
8. Konkurs „Wzorowa zagroda”.....	196
9. Działalność społeczna i higienizacyjna ks. Wacława Bliźnińskiego w podkaliszkim Liskowie.....	200
10. Działalność społeczna i prozdrowotna ks. Antoniego Kwiatkowskiego w podlubelskiej Bychawie	204

Wprowadzenie

Sytuacja zdrowotna mieszkańców wsi zawsze była i nadal pozostaje gorsza niż mieszkańców miast. Wynika to z wieloczynnikowych uwarunkowań ich życia i pracy, w tym zwłaszcza kulturowych i ekonomicznych. Mieszkańców tych cechuje niższy poziom wykształcenia i warunków socjalno-bytowych niż mieszkańców miast oraz niższy poziom kultury zdrowotnej. Dodatkowo specyfika pracy w rolnictwie sprzyja występowaniu określonych typów schorzeń i chorób, co w połączeniu z nadal nienajlepszą jakością opieki medycznej w rejonach wiejskich determinuje stan zdrowia ich mieszkańców.

Ludność wiejska z XIX i pierwszej połowy XX wieku borykała się z wieloma chorobami, przede wszystkim zakaźnymi, będącymi następstwem dużych zaniedbań higienicznych, począwszy od braków w higienie osobistej, poprzez złe warunki sanitarno-higieniczne domostw i obejść, a na deficytach sanitarnych w skali makrospołecznej skończywszy. Problem ten dostrzegali głównie lekarze, jak to się kiedyś określało, pracujący na prowincji. Najbardziej aktywowali się w tym zakresie lekarze-higieniści, będący inicjatorami i twórcami organizacji zrzeszających specjalistów z dziedziny higieny. Najwymowniejszym tego przejawem było Warszawskie Towarzystwo Higieniczne, skupiające nie tylko lekarzy-higienistów, ale też wielu różnych obserwatorów, w tym głównie badaczy i publicystów oraz liderów i zwykłych uczestników życia społecznego wsi, a wśród nich pisarzy, księży, nauczycieli, urzędników, decydentów, czyli ludzi lokalnych władz.

Okres międzywojenny i powojenny, w tym zwłaszcza jego lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte, to czas intensywnej modernizacji i radykalnej poprawy sytuacji higieniczno-zdrowotnej ludności wiejskiej. Podejmowane wcześniej działania, noszące znamiona higienizacji wsi, niejednokrotnie mające charakter jednostkowy i żywiołowy, z czasem stawały się udziałem wielu zbiorowych podmiotów, które przybrały formę ustrukturalizowaną oraz w pewien sposób spetryfikowaną.

Działania zbiorowe w tym zakresie, uwieńczono określonymi zmianami, stanowiącymi fundament szeroko pojętego ruchu społecznego o wyraźnie prozdrowotnym charakterze. Jak dotąd niezbyt docenianym i utrwalonym

w socjomedycznym dorobku naukowo-badawczym. Mam nadzieję, że ów dorobek w pewnym stopniu wzbogaci niniejsza rozprawa. Przyjęto w niej, że higienizację wsi należy traktować bardziej jako quasi ruch społeczny aniżeli ruch społeczny w ujęciu klasycznym. Na korzyść takiej tezy i metodologicznego podejścia przemawiają liczne przykłady indywidualnych inicjatyw oraz instytucjonalnych i zbiorowych efektów higienizacyjnych na terenach wiejskich.

Chodzi tu głównie o dokonania księdza prałata Wacława Blizińskiego w podkaliszkim Liskowie i księdza Antoniego Kwiatkowskiego w podlubelskiej Bychawie. Obaj proboszczowie circa ćwierć wieku pracowali w tych wiejskich parafiach. Urodzili się natomiast w warszawskich rodzinach robotniczych. Dbali o zbawienie wieczne swoich parafian, ale za istotny czynnik swego duszpasterstwa i działalności kapłańskiej uznawali niwelację tak rażących od wieków dysproporcji cywilizacyjnych między miastem a wsią, w tym materialnych i mentalnych, dotyczących również, i to bezpośrednio, higieny, zdrowia i ludzkiego życia. Tę jakże cenną i oryginalną misję życiową i duszpasterską w różnorodny sposób konsekwentnie realizowali bez wsparcia swoich przełożonych, i to raczej dystansujących się od prozdrowotnych działań tych obu proboszczów wiejskich parafii. Pryncypialnym celem owych działań pozatranscendentalnych była poprawa sytuacji sanitarno-higienicznej parafian. Ze względu na specyfikę tychże działań, niektóre miały charakter indywidualny, a inne zaś zbiorowy. Tak też bywało w przypadku innych ruchów społecznych.

Wprawdzie z pewnymi zastrzeżeniami analizowany ruch higieniczno-zdrowotny można uznać za ruch społeczny sensu stricto. Głównym jego celem była poprawa sytuacji higieniczno-zdrowotnej mieszkańców wsi, ale zmiany jakie on dokonywał, realizując przyjęte założenia doktrynalne miały szerszy charakter modernizacyjny. Na terenach wiejskich powstały obiekty użyteczności publicznej, w tym sławetne sławojki i łaźnie, wiejskie domy higieny i ośrodki zdrowia. To dzięki nim zmieniał się wygląd wewnętrzny i zewnętrzny wielu budynków mieszkalnych oraz następował rozwój infrastruktury sanitarnej (wodociągi, kanalizacja).

Te bardzo ważne, jak na ówczesne czasy i potrzeby, osiągnięcia były trwałymi, ale nie jedynymi efektami opisywanego ruchu. Równie ważne były zmiany mentalne, w tym i postawy mieszkańców wsi wobec zdrowia własnego i bliskich, oraz wzrost wiedzy o korelacji nawyków higienicznych ze stanem zdrowia, czy wreszcie zinterioryzowane przez nich poprawne wzory zachowań higienicznych.

W literaturze przedmiotu brak jednak syntetycznego ujęcia działań współtworzących ruch higienizacji wsi. Z tego to głównie względu postanowiłam w tej publikacji ukazać podmioty i ich działania jako istotne ogniwa ośmiu merytorycznych rozdziałów, znacznie zróżnicowanych objętościowo. Ponadto, co jest oczywiste, zawiera ona obszerną bibliografię, a także istotny tu aneks,

w którym m.in. znajdują się różne dokumenty ukazujące instytucjonalizację owego ruchu prozdrowotnego oraz sylwetki jego głównych i wielce zasłużonych liderów.

Rozdział pierwszy rozprawy, głównie o charakterze metodologicznym ukazuje cel pracy, wykorzystane źródła i zastosowane metody badań. Dokonano w nim przeglądu stanu wiedzy, dotyczącej sytuacji higienicznej mieszkańców wsi i odnoszących się do niej działań higienizacyjnych.

Rozdział drugi przedstawia teoretyczną problematykę ruchów społecznych. Zawiera on charakterystykę „starych” i „nowych” ruchów, a także współczesne teorie oraz klasyfikację ruchów społecznych, w tym zwłaszcza nowych ruchów społecznych.

W kolejnym, trzecim rozdziale, przeanalizowano sytuację higieniczno-zdrowotną mieszkańców wsi i działania higienizacyjne na terenach wiejskich. Uwzględniono tu cztery etapy dziejowe polskiej wsi: 1) przełom XIX i XX wieku, 2) okres międzywojenny, 3) okres powojenny oraz 4) współczesność.

Następny, czwarty rozdział, bardzo istotny i w rozprawie najobszerniejszy, ukazuje ważniejsze podmioty oraz strukturę organizacyjną analizowanego ruchu. Przedstawiono tu instytucje i organizacje oraz ich liderów najbardziej zaangażowanych w działania ukierunkowane na poprawę sytuacji higieniczno-zdrowotnej ludności wiejskiej.

W piątym rozdziale zaprezentowano fakultatywne i istotniejsze formy działań współtworzących ruch higienizacyjny, a mianowicie wystawy i konkursy, serie odczytów i pogadanki oraz różne publikacje, w tym czasopisma, ulotki, poradniki i odpowiednie kalendarze. Spektrum tych działań było zatem zróżnicowane i z reguły o zasięgu lokalnym. Ich rola edukacyjna i aktywizująca chociaż była niezwykle istotna, ale w dorobku naukowo-badawczym nieadekwatnie reprezentowana.

Z kolei rozdział szósty pracy zawiera retrospektywne spojrzenie na łaźnie i kąpieliska, będące bardzo ważnymi obiektami higienicznymi, zwłaszcza w początkowym i środkowym okresie trwania opisywanego quasi ruchu. Ich rodzaje, kubatura, wyposażenie i dostępność były zróżnicowane, podobnie jak zróżnicowane było zainteresowanie tymi obiektami wśród mieszkańców wsi. Sceptyczne nastawienie do mycia się w miejscach publicznych często wynikało z negatywnego stosunku do czynności higienicznych w ogóle, dodatkowo wzmacnianego lokalnymi uprzedzeniami wobec publicznych kąpieleli.

Jakościowe i ilościowe efekty procesu i ruchu higienizacji wsi polskiej przedstawiono w siódmym rozdziale. Do jego kwalifikatywnych osiągnięć można zaliczyć m.in. pozytywne zmiany postaw jej mieszkańców wobec własnego zdrowia, zwłaszcza wyrażanych poprawnymi nawykami higienicznymi, a także powołanie instytucji, których wiodącą misją była radykalna poprawa warunków higieniczno-sanitarnych. Efekty ilościowe miały walor moderniza-

cyjny i przejawiały się w przeważającej mierze rozwojem infrastruktury sanitarnej w rejonach wiejskich i małomiasteczkowych.

Osobliwy charakter ma ósmy i zarazem ostatni już rozdział rozprawy, w którym naszkicowano trajektorie profesjonalne czterech lekarzy – czołowych higienistów polskich, z przełomu XIX i XX wieku. Ich charyzma i wiedza naukowa w znaczący sposób wzbogaciły ruch higienizacji polskiej wsi i nadawały mu odpowiedni kierunek. Znacząco oni wpłynęli na wzrost zainteresowań standardem higieniczno-zdrowotnym mieszkańców polskiej wsi i prowincjonalnych miasteczek, w tym zwłaszcza jego wyraźną poprawę. Zapoczątkowali oni nurt badań socjomedycznych przyspieszających narodziny i rozwój nauk o zdrowiu, do jakich należy socjologia medycyny i zdrowia.

Praca została wzbogacona i poszerzona o materiały archiwalne, zawierające ważne dokumenty ilustrujące wysiłki zmierzające do poprawy sytuacji higienicznej wsi. Zostały one wytworzone przez instytucje i organizacje stanowiące istotne elementy struktury organizacyjnej wspomnianego ruchu. Dokumenty te umieszczono w aneksie, podobnie jak i syntetyczny opis działalności społecznej, przede wszystkim zaś higienizacyjnej dwóch znanych i zasłużonych księży - Wacława Blizińskiego i Antoniego Kwiatkowskiego.

Problematyka pracy jest znacznie bogatsza niż tu zasygnalizowano. Wskazuje na to chociażby jej spis treści i zawarta w niej bibliografia. Jak się okazuje trudno w dorobku naukowo-badawczym z zakresu nauk o zdrowiu, a także w polskim piśmiennictwie z innych nauk wskazać podobną publikację, jaką jest niniejsza, moja rozprawa.

Rozdział I. Zagadnienia metodologiczne

1. Cel pracy

W pierwszej połowie XIX wieku, a nawet i w okresie wcześniejszym, zdrowie ludności wiejskiej jako przedmiot badań naukowych, z reguły traktowano marginalnie, zwłaszcza przez badaczy nie będących lekarzami. Przełom XIX i XX stulecia charakteryzował się zwiększonym zaangażowaniem w badania tej problematyki osób pochodzących z różnych gremiów (naukowych, urzędniczych, kościelnych itp.). Obecnie znajduje ona kontynuację w zainteresowaniach naukowo-badawczych i działaniach praktycznych lekarzy, pielęgniarek, socjologów, specjalistów zdrowia publicznego oraz instytucji, zwłaszcza Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.

Analizując przeobrażenia sytuacji zdrowotnej ludności wiejskiej w perspektywie minionych niemalże dwóch stuleci, należy wyraźnie podkreślić jej powiązania z warunkami życia i pracy tej ludności. Bezpośredni i znaczący wpływ na stan jej zdrowia miały: kultura materialna, poziom wiedzy i wynikający z niej styl życia, a nade wszystko warunki i wzory higieniczne.

Problematyka zdrowotno-higieniczna wyraźnie i trwale uobecniała się w publikacjach wspomnianego okresu, to jednak nadal wyraźnie zaznacza się deficyt syntetycznych opracowań dotyczących działalności higienizacyjnej wsi. Na początku swego istnienia miała ona niewielki zasięg i skupiała się zwykle wokół konkretnej osoby, instytucji czy zbiorowości osób, których liderzy inicjowali działania lokalne, w tym i takie, które z czasem stały się dosyć powszechne i ogólnokrajowe.

Celem pracy jest wyodrębnienie podmiotów indywidualnych (osobowych) i zbiorowych oraz analiza ich działań jako ważnych ogniw ruchu higienizacji wsi. Przyjęto, że podmiotami współtworzącymi ów ruch i stanowiącymi jego immanentne elementy, były jednostki, organizacje i instytucje, które inicjowały działania higienizacyjne, nadawały im odpowiedni kierunek oraz były ich realizatorami. Przebieg ruchu higienizacji wsi zawarto w czterech epokach historycznych. Wyodrębniono przełom XIX i XX wieku oraz okresy międzywojenny i powojenny, a także, co jest oczywiste, współczesność. W tych kolejnych etapach

dziejowych mimo ich odmienności ustrojowych, w tym politycznych i gospodarczych, postępowała kontynuacja wielu działań i projektów, głównie o charakterze modernizacyjnym w różnych dziedzinach życia rodziny chłopskiej, jej bytu, prowadzenia gospodarstwa rolnego i jego wyposażenia oraz zmian mentalnych mieszkańców polskiej wsi, zwłaszcza dominującej na niej ludności rolniczej.

W każdej rozprawie naukowej, tak jak i w mojej, najbardziej istotna jest wprawdzie jej problematyka, ale prawie tak samo ważne są problemy i hipotezy badawcze, będące ze sobą integralnie powiązane.

2. Problem badawczy i hipoteza badawcza

Główny problem badawczy sformułowałam w formie pytania: jakie podmioty indywidualne i zbiorowe oraz ich działania współtworzyły ruch higienizacji polskiej wsi, zwanym też ruchem prozdrowotnym, przyczyniły się do poprawy sytuacji higieniczno-sanitarnej, a przez to i zdrowotnej, jej mieszkańców?

Aby możliwie najpełniej odpowiedzieć na tak postawione to kluczowe pytanie niezbędne okazały się również szczegółowe pytania badawcze:

1. Jak ewoluowała sytuacja higieniczna mieszkańców wsi od końca XIX wieku do współczesności?
2. Kto podejmował działania zmierzające do poprawy warunków higieniczno-sanitarnych w rejonach wiejskich?
3. Kto głównie instytucjonalizował ruch higienizacji polskiej wsi?
4. Jakie formy działań realizowano w ramach ruchu higienizacji polskiej wsi i jaki był ich zasięg?
5. Jakie były jakościowe i ilościowe efekty higienizacji wsi?
6. Kto należał do czołowych higienistów kreujących trendy higienizacyjne w Polsce?

W pracy przyjęto hipotezę, że mający swoje początki w drugiej połowie XIX wieku ruch higienizacji polskiej wsi, znacząco przyczynił się do poprawy sytuacji higieniczno-sanitarnej jej mieszkańców w odległej i bliższej nam przeszłości.

3. Charakterystyka wykorzystanych źródeł

Podjęta w pracy problematyka skłoniła mnie do poszukiwania różnych źródeł informacji. Przywołany dorobek badawczy, odnoszący się do kwestii higienizacji wsi, jest różnorodny. Zawiera zarówno dzieła naukowe, dokumenty osobiste, akty prawne, opracowania statystyczne, jak i tak popularne współcześnie źródła internetowe.

Większość publikacji o walorach naukowych stanowią źródła związane z dziedziną zdrowia publicznego oraz opracowania socjologiczne i historycz-

ne, a także demograficzne i antropologiczne. W pierwszej ich kategorii dominują prace: 1) odnoszące się do badań wsi, będące niejako diagnozą jej stanu higieniczno-sanitarnego i społeczno-ekonomicznego; 2) opisujące jednostki i instytucje przez pryzmat ich działań higienizacyjnych; 3) prezentujące metody działań higienizacyjnych, w tym zwanych dziś promocją zdrowia. Z kolei prace stricte socjologiczne posłużyły za bazę teoretyczną, pozwalającą ukazać cechy teorii naukowych i ruchów społecznych.

Rolę komplementarną wobec publikacji zawierających dane naukowe, pełnią wykorzystane w pracy dokumenty osobiste. Są to przede wszystkim pamiętniki i inne publikacje, będące egzemplifikacją własnych przeżyć i spostrzeżeń autorów.

Celem ukazania istoty zinstytucjonalizowanych działań ukierunkowanych na poprawę warunków higieniczno-zdrowotnych mieszkańców wsi zaprezentowano wybrane akty prawne (w tym odpowiednie ustawy, rozporządzenia, dyrektywy, regulaminy i statuty), a dla zobiektywizowania przedstawionych informacji związanych z ruchem higienizacji polskiej wsi posłużono się danymi statystycznymi, głównie pochodzącymi z roczników statystycznych.

Z kolei dla pełniejszego i jak najaktualniejszego opisu zmian zachodzących w obrębie wsi, a istotnych pod względem higieniczno-sanitarnym, wykorzystano dane pochodzące z oficjalnych stron internetowych instytucji, organizacji, samorządów.

4. Metody i techniki badań zastosowanych w pracy

W pracy posłużono się metodą opartą na danych historycznych (pierwotnych i wtórnych) (zob. ^{1,2}). Adekwatnie do wykorzystanej metody badań zastosowano technikę badania dokumentów (zob. ³). Były to dokumenty pisane

¹ Metoda ta wykorzystywana jest głównie do poznawania zjawisk społecznych, mających miejsce w przeszłości. Często stosuje się ją jako pomocniczy sposób w poznawaniu aktualnie istniejącej rzeczywistości.

Materiały historyczne pierwotne to dokumenty i materiały stanowiące niejako rejestr faktów sporządzony przez bezpośrednich świadków (np. protokoły z posiedzeń, listy, pamiętniki). Z kolei materiały historyczne wtórne to rozmaite opracowania skonstruowane w oparciu o materiały pierwotne (np. monografie, dzieła encyklopedyczne) (Sołoma 2002, s. 81-82).

² Odwoływanie się socjologów do historii jest uzasadnione w przypadku konstruowania opracowań naukowych, których celem lub jednym z celów jest ukazanie zmiany społecznej, zwłaszcza tej zamkniętej w bardziej lub mniej dokładnej, ramie czasowej i terytorialnej (Goldthorpe 2012, s. 65-66). Bez wątpliwości celem ruchu higienizacji wsi polskiej było dokonanie zmiany postaw higieniczno-zdrowotnych jej mieszkańców, co stanowi istotne uzasadnienie dla zastosowanej w pracy analizy dokumentów historycznych.

³ Badanie dokumentów służy do gromadzenia wiedzy na określony temat. Stosowane jest najczęściej jako technika uzupełniająca, ale czasami również jako technika wiodąca. W literaturze socjologicznej można spotkać zamienne nazwy tej techniki, jak np. analiza wytworów działania czy analiza prac własnych (Podgórski 2007, s. 199-200).

i cyfrowe (statystyczne), a wśród nich dokumenty zastane oraz intencjonalnie tworzone (zob. ⁴).

Potrzeba zastosowania zarówno tej metody, jak i techniki badawczej, wynikała z przyjętego celu pracy i postawionego problemu badawczego. Ustalenie początków, a następnie kolejnych stadiów ruchu higienizacji polskiej wsi, oraz wyodrębnienie podmiotów inicjujących i realizujących jego szandarowe działania wymagało retrospektywnego podejścia. Zgromadzone w ten sposób informacje stanowią również istotny punkt odniesienia dla współczesnych działań stanowiących kontinuum pierwotnych założeń opisywanego quasi ruchu. Pozwalają również na określenie jego efektów, zwłaszcza ilościowych.

Wyodrębnienie współczesnych działań wpisujących się w ruch higienizacji wsi polskiej zobligował autorkę pracy do poszukiwania komplementarnych źródeł informacji, a co za tym idzie do zastosowania pomocnych narzędzi badawczych. W tym celu wykorzystano Internet (zob. ⁵), poddając analizie strony www wybranych autorów, instytucji i organizacji.

5. Wiedza i badania sytuacji higienicznej mieszkańców wsi

Warunki zdrowotne mieszkańców wsi były i są przedmiotem interdyscyplinarnych badań naukowych. W przeszłości cieszyły się one zainteresowaniem badawczym antropologów, etnografów, socjologów (zwłaszcza socjologów wsi). Eksplorowali/eksplorują oni środowisko wiejskie, kładąc szczególny nacisk na jego aspekt kulturowy, ekonomiczny i strukturalny. Były to głównie badania i publikacje etnografa Oskara Kolberga (Kolberg 1875), socjologa Jana Stanisława Bystronia (Bystron 1947), historyka i socjologa Franciszka Bujaka (Bujak 1903) oraz opracowania naukowe socjologów wsi – Władysława Grabskiego (Grabski 1907, 1910, 1913, 1919, 1929), Dyzmy Gałaja (Gałaj 1961, 1969) czy współczesnych uczonych: Barbary Tryfan (Tryfan 1967, 1968, 1985, 1987), Stanisława Kosińskiego (Kosiński 1976, 1983, 1985, 1988, 1990, 1992, 1993, 2002) i Józefa Styka (Styk 1988, 1993, 1995, 1999).

Specyfika pracy i życia ludności wiejskiej, jej układ klasowo-warstwowy oraz wynikająca z niego sytuacja materialna przedstawicieli poszczególnych

⁴ Dokumenty pisane to m.in. opracowania, artykuły, pamiętniki, artykuły prasowe o badanej instytucji lub osobie czy zjawisku, raporty; dokumenty cyfrowe – materiały statystyczne i liczbowe.

Dokumenty zastane to rozmaite opracowania własne autora bez towarzyszących temu intencji naukowych, jak np. indywidualne notatki, listy, protokoły i sprawozdania ze spotkań, zebrań. Z kolei dokumenty intencjonalnie tworzone stanowią wszystkie wytwory, powstające z zamiarem poddania ich analizie naukowej (Podgórski 2007, s. 200).

⁵ Earl Babbie, wybitny amerykański socjolog i specjalista w dziedzinie metodologii nauk społecznych, twierdzi że współcześnie, inteligentne i zgodne z przyjętymi zasadami naukowymi wykorzystywanie Internetu jako narzędzia w badaniach społecznych, jest jak najbardziej dozwolone, a nawet nieuniknione (zob. Babbie 2008, s. 484-491).

klas i warstw społecznych, formy komunikacji, wzory kulturowe (często o zasięgu lokalnym), jak też przeobrażenia dokonujące się w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej to główne obszary ich pogłębionej analizy naukowej. Zdecydowanie marginalną ich część stanowiły zagadnienia zdrowotne i higieniczne. Chociaż opisywano elementy rzeczywistości społecznej, istotnie wpływające na sytuację zdrowotną ludności wiejskiej, takie jak warunki mieszkaniowe i materialne, specyfikę pracy rolniczej, system wartości, to początkowo nie doszukiwano się między nimi a stanem higieny i zdrowia mieszkańców wsi wyraźnych korelacji.

Sytuacja higieniczno-zdrowotna mieszkańców terenów wiejskich, stała się ważnym problemem badawczym na przełomie XIX i XX wieku. Nurt badań oscylujących wokół tej problematyki miał nie tylko charakter naukowy, ale również diagnostyczno-poradnikowy.

Początkowo autorami publikacji dotyczących stanu higieniczno-sanitarnego wsi najczęściej bywali lekarze-higienisci o inklinacjach społecznikowskich, w tym m.in. Józef Tchórznicki (Tchórznicki 1896a i 1896b), Mieczysław Biernacki (Biernacki 1904), Stanisław Skalski (Skalski 1904), Kazimierz Chełchowski (Chełchowski 1903, 1905), Kazimierz Rakowiecki (1900a, 1900b, 1903, 1905), Leon Wernic (Wernic 1905), Józef Polak (Polak 1900, 1907), Antoni Puławski (Puławski 1904, 1918), Wincenty Puławski (Puławski 1910a i 1910b,).

Na lata dwudzieste i późniejsze poprzedniego wieku przypada działalność wydawnicza z zakresu sytuacji higienicznej na wsi i sposobów jej poprawy. Twórcami takich publikacji byli przede wszystkim: Marcin Kacprzak (Kacprzak 1928, 1930, 1933, 1936a, 1936b, 1937, 1954); Tadeusz Kaszubski (Kaszubski 1937), Henryk Rudziński (Rudziński 1936, 1952) oraz Maria Biernacka (Biernacka 1938).

Intensyfikacja działalności naukowo-badawczej ściśle związanej z higienizacją polskiej wsi przypada na lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte oraz w mniejszym stopniu na lata siedemdziesiąte minionego stulecia. Szczególne zasługi w tym zakresie mają: Jan Danielski, zwłaszcza z okresu lubelskiej aktywności naukowej (Danielski 1953, 1954a, 1954b, 1958a, 1958b, 1959) oraz inni pracownicy i współpracownicy Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie, w tym Józef Parnas i Bolesław Wawrzyszuk (Parnas 1959; Parnas 1962; Parnas, Wawrzyszuk 1963a; Parnas, Wawrzyszuk 1963b; Wawrzyszuk 1962; Wawrzyszuk 1963; Wawrzyszuk 1964; Wawrzyszuk, Umińska 1966), Henryk Rafalski (Rafalski 1969a, 1969b, 1972; Rafalski, Ryder i in. 1957; Rafalski, Umińska, Jakubowski 1968), Stanisław Grzymała (Grzymała, Wawrzyszuk 1960; Grzymała 1964) i Rościsław Jartych (Jartych 1962, 1963).

Lata osiemdziesiąte i późniejsze aż do współczesności to okres dominacji zinstytucjonalizowanych działań wpisujących się w ruch higienizacji polskiej

wsi. Wiązą się z nim przede wszystkim zmiany legislacyjne, regulujące kwestie sanitarne na terenach wiejskich, dotyczące głównie wodociągów, kanalizacji ściekowych, gospodarki śmieciami (zob. akty prawne w „Bibliografii”).

Przedstawieni autorzy i ich publikacje oraz przywołane akty prawne chociaż nie w pełni odzwierciedlają stan wiedzy odnoszącej się do higienizacji wsi to stanowią istotny jej trzon. Dotykają one najistotniejszych problemów higieniczno-sanitarnych, z jakimi borykali się mieszkańcy wsi w wymienionych epokach historycznych i pozwalają na charakterystykę, ówczesnych wprawdzie tylko doraźnych działań, ale zmierzających do ich poprawy. Odczuwa się jednak deficyt spojrzenia holistycznego, mającego cechy syntezy i kontinuum rozmaitych zjawisk i procesów, których celem była poprawa stanu higienicznego mieszkańców wsi.

Rozdział II. Teoretyczne podstawy ruchów społecznych

1. Teoria naukowa

W publikacjach naukowych, jak i w języku potocznym nader często pojawia się pochodzące z greckiego słowo „teoria”, oznaczające „oglądanie”, „badanie”, „poznanie”. Współtworzą ją „powiązane ze sobą pojęcia i prawa, które opisują i wyjaśniają jakieś zjawiska lub zagadnienia, system twierdzeń logicznie i rzeczowo uporządkowanych, powiązanych ze sobą określonymi stosunkami występującymi w danej dziedzinie nauki oraz spełniający przyjęte w niej kryteria naukowości i poprawności metodologicznej” (Encyklopedia pedagogiczna XXI w. 2010, s. 517). Jest to jeden z licznych sposobów pojmowania tego kluczowego w literaturze naukowej pojęcia. I tak niektórzy socjologowie uważają, że teoria jest „usystematyzowanym zbiorem spójnych, wzajemnie powiązanych twierdzeń, hipotez i praw, tłumaczących i próbujących wyjaśnić konkretną klasę zjawisk, procesów, zdarzeń lub jakiś inny fragment poznawalnej rzeczywistości” (Słownik socjologiczny 1997, s. 219). Teorie w przeciwieństwie do praw, są schematami pojęciowymi służącymi do ich wyjaśniania. Cechą wspólną wszystkich teorii jest wyjaśnienie zaobserwowanych prawidłowości (Abel 1977, s. 21).

Stefan Nowak teoriami nazywa „pewne spójne systemy praw nauki zintegrowanych wedle pewnej jednolitej zasady dla wyjaśniania i ewentualnego przewidywania zjawisk określonej kategorii”. (Nowak 2007, s. 396-397). Według Bronisława Misztala, teoria jest poznawczym odwzorowaniem procesów historycznych, tworzących i reprodukcujących społeczeństwo, które zmieniają jego kształt i tempo, w jakim się ono zmienia (Misztal 2000, s. 30). Natomiast Jonathan Turner traktuje teorie jako opis przyczyn następujących po sobie wydarzeń. Podkreśla jednocześnie, że teorie naukowe zawsze zmierzają do wykroczenia poza to co użytkowe i ograniczone w czasie, mówią natomiast o tym, co ogólne, fundamentalne i ponadczasowe. Ponadto wyrażane są w języku bardziej formalnym od potocznego oraz konstruowane tak by mogły być systematycznie testowane za pomocą powtarzalnych metod (Turner 2004, s. 1-2).

Definiowanie terminu „teoria” jest zależne od dziedziny nauki do której się odnosi. Z nieco innym jego określeniem można się spotkać w naukach

formalnych (logice, matematyce, prakseologii), opartych na dedukcji, gdzie język teorii jest dokładnie sprecyzowany aniżeli w naukach empirycznych (realnych). Ze względu na problematykę ujętą w niniejszej rozprawie głębszej analizie poddano znaczenie terminu „teoria naukowa” w odniesieniu do nauk społecznych, które w głównej mierze konstruują swoje twierdzenia w oparciu o wiedzę pozyskaną drogą empiryczną.

Wypracowanie definicji pojęcia „teoria naukowa” dla nauk społecznych jest procesem długotrwałym i nadal zachodzącym, mającym swój początek w XIX wieku. Dochodziło wówczas do ścierania się różnych podejść, od humanistycznego ujęcia rozumianego jako nauka o kulturze i idiograficznego, wzbogaconego o element tzw. współczynnika humanistycznego (podejście prezentowane m.in. przez Wilhelma Diltheya i Floriana Znanieckiego), polegającego na wczuwaniu się w ducha kultury, po podejście prezentowane przez Augusta Comte’a, który wyrażał przekonanie, że nauki społeczne mogą posługiwać się taką samą metodologią jak nauki przyrodnicze, a zatem dostarczać zrozumienia zjawisk poprzez podciągnięcie ich pod prawa ogólne (wyjaśnienie) (Encyklopedia socjologii t. 4 2002, s. 183).

Nauki społeczne charakteryzują się wielością teorii naukowych. Traktuje się jako najbardziej cenny efekt badawczy. Są one źródłem informacji o tym dlaczego pewne zjawiska i procesy przebiegają w taki, a nie inny sposób. Taka wiedza z kolei pozwala na opracowanie prognoz co do ich przebiegu w przyszłości i wypracowanie mechanizmów praktycznego oddziaływania na kierunek tego przebiegu (Sztompka 1991, s. 34; Babbie 2003, s. 631).

Do cech charakteryzujących teorie naukowe zalicza się abstrakcyjność, polegającą na wyrażaniu stwierdzeń w terminach ogólnych. Wynika to z faktu, że ich celem jest wyjaśnianie określonych zjawisk w każdym czasie i miejscu. Drugą ważną ich cechą jest sprawdzalność (poddawanie ich ciągłemu sprawdzaniu by dowieść braku ich fałszywości). Każda teoria naukowa musi być poddawana ocenie, zgodnie z przyjętymi ogólnie procedurami (metodą naukową) (Turner 1994, s. 25).

Posługiwanie się pojęciem „teoria” przez przedstawicieli konkretnej dyscypliny, mieszczącej się w kategorii nauk społecznych, wiąże się ze zróżnicowanym jej definiowaniem. I tak np. teoria socjologiczna traktowana jest jako powiązany zbiór pojęć i twierdzeń socjologicznych, pozwalający wyjaśnić zjawiska i procesy społeczne (Sztompka 1973, s. 49). Ma ona złożoną strukturę, w skład której wchodzi trzy rodzaje składników: 1) podstawowe przesłanki ontologiczne odnoszące się do rzeczywistości społecznej i zbiór założeń metodologicznych dotyczących metody socjologicznej, 2) twierdzenia, które pozwalają na określenie prawidłowości, 3) zbiór danych, faktów stwierdzonych w badaniach socjologicznych, czyli inaczej mówiąc zbiór obserwacji empirycznych (Sztompka 1991, s. 34-35).

Filozofowie mianem teorii naukowej określają powiązanie w sposób uporządkowany wiedzy, którą posiada się o pewnym szczególnym aspekcie świata doświadczalnego (Encyklopedia filozofii t. 2 1990, s. 912). Teoria filozoficzna nie wyjaśnia przyczyn występowania zjawiska, lecz dostarcza informacji jakie zjawiska empiryczne muszą towarzyszyć tym zjawiskom, których występowanie jest powszechnie uznane za fakt (Skrzypulec 2013, s. 94).

Wspólną funkcją teorii naukowych odnoszących się do nauk społecznych jest funkcja eksplanacyjna, czyli opis i wyjaśnianie rzeczywistości będącej przedmiotem każdej teorii. Teorie te w przeciwieństwie do teorii matematycznej muszą odnosić się do doświadczenia, a przez to mieć określoną interpretację empiryczną (Grobler 2008, s. 142).

Podsumowując można stwierdzić, że teorie naukowe dostarczają wiedzy o interesujących nas zjawiskach, występujących między tymi zjawiskami związkach, ich specyfice i wynikających z nich konsekwencjach, co powoduje, że można traktować je jako zbiory uporządkowanych praw lub/i prawidłowości, stanowiących spójne wewnętrznie konstrukcje logiczne (Śliwerski 2004, s.14). Są one nieodłącznym i stałym elementem rozważań naukowych odnoszących się do określonych zjawisk i procesów społecznych, w tym również i takich, jakimi są ruchy społeczne.

2. Istota, atrybuty i rodzaje ruchów społecznych

Zmiany zachodzące w społeczeństwie najczęściej są efektem długotrwałych procesów o charakterze ewolucyjnym, rzadziej natomiast dokonują się w drodze rewolucji. Ważne miejsce w kreowaniu zmian zajmują ruchy społeczne, które w sposób zorganizowany dążą do osiągnięcia zamierzonych celów.

Termin „ruch społeczny” po raz pierwszy pod koniec XIX wieku użył Lorenz von Stein, niemiecki badacz, w dziele zatytułowanym „Gestichte der sozialen Bewegung in Frankreich von 1789 bis auf unsere Tage” (tłum. „Historia ruchu społecznego we Francji od 1789 do dnia dzisiejszego) wydanym w Lipsku w 1850 r. (Nowosielski 2011, s. 4). Obserwując rozwój socjalizmu i komunizmu we Francji, podkreślał on, że nie można traktować ich jako określonych ideologii czy doktryn, a bardziej jako ruch społeczny wyrażający się dążnością proletariatu do uzyskania władzy ekonomicznej i politycznej (Misztal 2011, s. 342-343). Z czasem w literaturze pojawiło się wiele definicji ruchów społecznych. Wskażę tu tylko kilka z nich, ale wystarczająco oddających znaczenie tego pojęcia.

W klasycznych ujęciach amerykańskich socjologów ruchy społeczne najczęściej traktowane są jako specyficzne działania zbiorowe, dążące do ustanowienia nowego porządku życia (Blumer 1951, s. 199); albo zbiorowy wysiłek

modyfikujący wartości i normy (Smelser 1962, s. 3). Obie te definicje sygnalizują zmierzanie do przeprowadzenia zmiany społecznej. Podobne podejście prezentuje wybitny współczesny brytyjski socjolog, Anthony Giddens. Twierdzi on, że ruchy społeczne stanowią jedną z najpotężniejszych form działalności zbiorowej, których celem zwykle jest urzeczywistnienie zmian dotyczących określonej kwestii publicznej (Giddens 2012, s. 1013).

Włoski znawca tej problematyki - Mario Diani podkreśla natomiast, że ruchy społeczne to osobny proces składający się z mechanizmów, które powodują, że aktorzy w zbiorowym działaniu uczestniczą w konfliktowych relacjach z wyraźnie określonym przeciwnikiem i stają się częścią gęstych, nieformalnych sieci oraz podzielają odrębną zbiorową tożsamość (Porta, Diani 2009, s. 23-24).

We współczesnej polskiej socjologii dominuje pogląd, że ruchy społeczne to zorganizowane formy działań zbiorowych nastawionych na realizowanie wspólnego celu, dokonanie lub popieranie reorganizacji społecznej. Wśród ruchów społecznych są też takie, które powstrzymują dokonanie się reorganizacji, stawiając opór pojawiającej się zmianie społecznej. Powstają jako forma spontanicznie rozszerzającego się protestu społecznego lub są reakcją na ogólnie odczuwane zagrożenie, zaś ich uczestnicy powołują się na zbliżoną lub wspólną ideologię (Słownik socjologiczny 1997, s. 181). Słownik oxfordzki zaś określa ruch społeczny jako „zorganizowany wysiłek znacznej grupy osób na rzecz zmiany (lub przeciwstawienia się zmianom) określonego aspektu społeczeństwa” (Słownik socjologii i nauk społecznych, s. 292).

Dla Piotra Sztompki ruchy społeczne stanowią „luźno zorganizowane zbiorowości działające wspólnie w niezinstytucjonalizowany sposób w celu wytworzenia zmiany w ich społeczeństwie”. Każdy ruch wedle tego autora składa się z czterech komponentów, którymi są: 1) zbiorowość ludzi działających razem, 2) wspólny cel działania zbiorowego, którym jest zmiana ich społeczeństwa rozumiana przez uczestników w podobny sposób, 3) zbiorowość jest relatywnie rozproszona (ma niski poziom organizacji formalnej), 4) działania cechuje relatywnie wysoki poziom spontaniczności, przyjmują one niezinstytucjonalizowane, niekonwencjonalne formy (Sztompka 2005a, s. 256). Ruchy społeczne są przekąźnikami, nośnikami zmiany strukturalnej. Struktura pierwotna, według Sztompki, tworzy pulę zasobów i szans dla ruchu, a ten z kolei prowadzi do wyłonienia się nowej struktury (Sztompka 2005b, s. 228).

Bronisław Misztal uważa natomiast, że ruch społeczny oznacza zespół „zdarzeń spowodowanych tym, że pewna grupa ludzi, kierując się przyjętą w tym celu strategią, podejmuje działania mające uwolnić ich od ograniczeń narzucanych przez instytucje, organizacje, urzędy społeczne, a także tradycje, stereotypy, przez państwo, naród czy Kościół, przez nakazy i zakazy,

uprzedzenia, idee i sposoby myślenia, przez podział ról (...). Pojęcie ruchu społecznego odnosi się również do tych sytuacji, gdy ludzie podejmują wysiłek, by zwiększyć szanse życiowe swoje lub przyszłych pokoleń ograniczone przez układ stosunków politycznych, społecznych i gospodarczych” (Misztal 2000, s. 342).

Piotr Gliński analizując teorie ruchów społecznych wyróżnił dwa podstawowe ich atrybuty. Każdy ruch społeczny polega na interakcji jednostek (głównie „wspólnotowej”) oraz zawsze funkcjonuje w aktywnej reakcji do zmiany społecznej lub/i kulturowej (Gliński 1996, s. 18).

Autorzy przytoczonych ujęć odwołują się do działań zbiorowych jako czynnika warunkującego zaistnienie ruchu społecznego. Od działań tych należy odróżnić działania masowe, kiedy wiele osób je podejmuje i są one podobne, a niekiedy nawet identyczne, ale są to działania realizowane osobno i dla indywidualnych celów oraz w zbliżonym czasie, wywołując skutki o znaczeniu ogólnospołecznym. Przykładem takich działań może być chociażby masowy wykup jakiegoś produktu, moda czy plotka.

Zachowania zbiorowe to „działania podjęte przez jednostki pozostające w określonym skupieniu przestrzennym i czasowym, które osiągają swój indywidualny cel w podobny sposób, ale wytwarza się między nimi prototyp więzi społecznych” (Cierniak-Szóstak E. 2007, s. 204-207). Dotyczą one krótkotrwałych i spontanicznych działań stosunkowo dużej liczby ludzi znajdujących się w danej sytuacji (Gramlewicz, Gramlewicz 2007, s. 170). Każdy rodzaj zachowania zbiorowego ukierunkowany jest na określony składnik działania społecznego (Smelser 2005, s. 209). Do zachowań takich można zaliczyć m.in. tłum czy publiczność.

Działania społeczne, obok działań masowych i zachowań zbiorowych, są formą aktywności zbiorowej, które cechuje to, że są one wspólne, bardziej trwałe (w porównaniu z zachowaniami zbiorowymi), celowe i strategicznie motywowane (Sztompka 2002, s. 156). Mogą mieć one różny charakter – być skierowane na zmianę lub utrzymanie własnej pozycji (społecznej, ekonomicznej), obronę kultury, idei. Ich organizacja może być efektem oddolnej inicjatywy (żywiłowej, spontanicznej) lub zamierzonej aktywności elit. Uczestnictwo w działaniach zbiorowych może być zróżnicowane: od pełnej identyfikacji i gotowości do ponoszenia wszelkich kosztów dla realizacji celów po krótkotrwały i bierny udział (Polakowska-Kujawa 2007, s. 300).

Ruch społeczny powstaje na bazie nierutynowych działań, które na początku podejmowane są zwykle indywidualnie, z czasem mają charakter działań zbiorowych by na końcu stać się działaniami społecznymi, czyli uświadamianymi jako wspólne (Kuczyński 1991, s. 19). Najczęściej pojawia się on w sposób spontaniczny, a co za tym idzie nie rozpoczyna swojego istnienia od prezentacji swoim potencjalnym członkom statutu organizacyjnego, lecz od

haseł i postulatów, które stają się platformą ideową dla wspólnych działań ludzi utożsamiających się z danym ruchem (Sztumski 2011, s. 211).

Ruchy społeczne są tylko jedną z form działań zbiorowych. Ich powstawaniu i rozwojowi sprzyjały/ją określone warunki. Są to, m.in. (Sztompka 2002, s. 158-160):

- 1) Urbanizacja, która doprowadziła do powstania wielkich skupisk ludności na stosunkowo niewielkiej przestrzeni;
- 2) Industrializacja – gromadzące się w fabrykach czy przyfabrycznych osiedlach wielkie masy pracowników;
- 3) Umasowienie edukacji, gromadzenie się razem wielkich mas uczniów lub studentów;
- 4) Nowoczesne technologie, które ułatwiają rekrutację i mobilizację do ruchów społecznych (np. środki masowego przekazu);
- 5) Rosnąca skala niezadowolenia, populacja „upośledzonych” (zarówno bezwzględnie, w sensie biedy czy bezrobocia, jak i relatywnie, w sensie niedościgania elit bogactwa i sukcesu);
- 6) Ideologia aktywistyczna i progresywistyczna (podkreślająca wagę i potrzebę zmian);
- 7) Ustrój demokratyczny, większość społeczeństw nowoczesnych odchodzi od form dyktatorskich, autokratycznych czy totalitarnych;
- 8) Pula wolnego czasu i energii uczestników (tego wymaga aktywność w ramach ruchu społecznego), a także innych zasobów niezbędnych do skutecznej działalności.

Jak już wielokrotnie podkreślano we wszystkich rodzajach ruchów społecznych chodzi o dokonanie jakiejś zmiany. Jednakże aby wprowadzana zmiana była skuteczna, dotychczas rozproszone działania muszą zostać skoordynowane, prowadzone konsekwentnie i „wpasowane” w możliwości adaptacyjne całego systemu (Golka 2013, s. 289). Działania ruchu społecznego nie są ciągłe, co wynika z jego niskiej instytucjonalizacji i amorficznej struktury. Ruch istnieje w określonej formie do kiedy jest w stanie mobilizować skutecznie swoich uczestników do działania i wykorzystywać ich zasoby (np. czas, energię, kontakty, znajomości) do działania zorientowanego na wspólny cel (Wnuk-Lipiński 2005, s. 227). Najczęściej w momencie osiągnięcia założonego celu dochodzi do całkowitego zakończenia działalności ruchu. Może się również zdarzyć, że pomimo zrealizowanego celu trwa on nadal, podejmując się dalszych działań⁶ (Wawrowski 2011, s. 222).

⁶ Są to dwa z czterech wyróżnionych przez Ł. Wawrowskiego modeli zamierania ruchu społecznych. W dwóch pozostałych modelach: ruch zanika, chociaż nie osiągnął celu albo ruch trwa nadal, pomimo braku osiągnięcia celu (Wawrowski 2011, s. 222).

Różnorodność uwarunkowań i determinantów ruchu społecznego jest znaczna, dlatego ruchy mają różną dynamikę, intensywność i trwałość oraz zasięg. Dawniej odnosiły się przeważnie do kwestii fundamentalnych, takich jak ustrój społeczno-polityczny i gospodarczy, władza państwowa czy Kościół. Obecnie zaś wiele ruchów dotyczy kwestii lokalnych i tylko określonych kategorii społecznych. Bez względu na rodzaj ruchu społecznego, w celu osiągnięcia zamierzonych celów, dokonania planowanych zmian, konieczna jest uporządkowana współpraca i zaangażowanie wszystkich jego uczestników.

Taki wzorzec był realizowany w przypadku ruchu higienizacji wsi, który skupiał w sobie działania realizowane zarówno przez pojedyncze osoby, zbiorowości osób, jak też różne instytucje i organizacje. Ich głównym celem było dokonanie zmiany złej, a nawet często tragicznej, sytuacji higieniczno-sanitarnej mieszkańców wsi.

3. Typologia ruchów społecznych

W literaturze można znaleźć różne podziały ruchów społecznych. Przytoczono tu dwie typologie. Pierwsza z nich, prezentująca przejrzyste i wielowymiarowe ujęcie, autorstwa Piotra Sztompki. Druga bardzo syntetyczna, odwołująca się do określonych celów, form i metody działania, a także bazy społecznej ruchów społecznych skonstruowana przez Jolantę Polakowską-Kujawę.

Sztompka wskazuje pięć kryteriów, które różnicują ruchy na: (Sztompka 2005a, s. 261-263).

1. Ruchy społeczne różniące się pod względem zakresu planowanej zmiany i wtedy wyodrębnia się ruchy:
 - reformatorskie, które mają ograniczone cele, dążą do modyfikacji jakiegoś aspektu społeczeństwa bez dotykania rdzenia struktury instytucjonalnej. Zmierzają one raczej do zmiany w społeczeństwie bez zmiany społeczeństwa;
 - radykalne, dążą bardziej do zmiany społeczeństwa niż zmiany społecznej. Ich celem jest dokonanie zmian głębokich, sięgających podstaw organizacji społecznej.
2. Ruchy społeczne różniące się pod względem jakości zamierzonej zmiany, i są to ruchy:
 - postępowe, zorientowane na przyszłość, kładą nacisk na innowacje, usiłują tworzyć nowe instytucje, nowe prawa, nowe style życia i wierzenia, co oznacza, że chcą ukształtować społeczeństwo według nie stosowanego dotąd wzoru;
 - konserwatywne, które proponują zmiany skierowane wstecz, które kładą nacisk na tradycję oraz dążą do odbudowania praw, instytucji, stylu życia, wierzeń ustanowionych w przeszłości.

3. Ruchy społeczne różniące się pod względem przedmiotu zamierzonej zmiany to takie, które:
 - skierowane są na struktury społeczne: ruchy społeczno-polityczne (dążą do zmian w polityce, gospodarce, hierarchii klasowej i warstwowej) i ruchy społeczno-kulturowe (ich celem jest zmiana systemów wartości, przekonań, norm, wzorów życia), w tym o charakterze higienicznym i prozdrowotnym;
 - skierowane są na jednostki: są to głównie ruchy święte, mistyczne lub religijne (dążą do nawrócenia lub odkupienia swoich członków) i ruchy świeckie (mające na celu osobiste, moralne lub fizyczne dobro swoich członków).
4. Ruchy społeczne różniące się pod względem „wektora” zamierzonej zmiany, czyli takie, które:
 - dążą do dokonania zmiany;
 - mają na celu zapobieżenie jakiegóż zmianie.
5. Ruchy społeczne różniące się pod względem właściwej dla nich strategii lub „logiki działania” i wtedy wyodrębnia się takie, które kierują się logiką:
 - „instrumentalną”, a ich celem jest kontrola polityczna, oraz dążenie do zdobycia władzy by doprowadzić do zmian w prawie, instytucjach i organizacjach. Kiedy uda im się przejąć kontrolę polityczną wtedy z reguły przekształcają się w partie lub grupy nacisku;
 - „ekspresyjną”, ukazujące swoje odmienności i odrębności, które jednocześnie pragną zyskać akceptację dla propagowanych wartości, stylu życia, równe prawa, autonomię.

Jolanta Polakowska-Kujawa w oparciu o kryteria odnoszące się do celów ruchów, form i metod prowadzonych działań, a także ich bazy społecznej wyróżnia ruchy:

- rewolucyjne, reformatorskie, kontestacyjne;
- ekonomiczne, polityczne, narodowo-wyzwoleńcze, religijne;
- klasowe: chłopskie, robotnicze, burżuazyjne;
- obywatelskie: konsumenckie, młodzieżowe, zawodowe, lokalne (Polakowska-Kujawa 2007, s. 301).

4. „Stare” i „nowe” ruchy społeczne

Okres największego natężenia ruchów społecznych przypadają na wiek XIX i XX. W poprzednim wieku w literaturze naukowej pojawił się podział na „stare i nowe” ruchy. Odnosi się w znacznym stopniu do interesującej nas higienizacji wsi. Chociaż brak jest precyzyjnej, jednoznacznej cezurę czasowej oddzielającej te ruchy, za linię demarkacyjną przejścia od starych do nowych

ruchów uznaje się okres między latami pięćdziesiątymi i sześćdziesiątymi XX wieku (Paleczny 2010, s. 25).

Dawne ruchy społeczne („stare ruchy społeczne”), skupiały się na interesach ekonomicznych, materialnych, związanych z poprawą standardu zdrowotnego wsi, poziomem zarobków, zakresem własności itp. Ich członkowie byli zorganizowani w sztywny, scentralizowany sposób, pochodzili z wybranych klas społecznych. Cechowały się one hierarchiczną strukturą, a rodzaj zmian, o które walczyły z reguły miały partykularny charakter. Przykładami takich ruchów były ruch chłopski, robotniczy czy studencki (Sztompka 2002, s. 163; Sztompka 2005a, s. 263). Tadeusz Paleczny podkreśla, że „stare ruchy społeczne” były wpisane w porządek społeczeństw autokratycznych, totalitarnych, podzielonych pod względem klasowym, etnicznym, rasowym i narodowym, miały zwykle charakter masowy, ich liderzy i przywódcy działali w ramach istniejącego porządku prawnego, w sposób legalny. Niezależnie od stopnia formalizacji ich celem była totalna, radykalna zmiana (Paleczny 2010, s. 25).

Teoria nowych ruchów społecznych wyrasta z europejskich tradycji teorii społecznej i filozofii polityki. Podejście to wyłoniło się w znacznej mierze jako odpowiedź na niedostatki klasycznego marksizmu w analizowaniu działań zbiorowych (Buechler 2008b, s. 161). Koncepcja nowych ruchów społecznych podkreśla, że różnią się one od starych wartościami, formami działania oraz bazą członkowską (Klandermans, Tarrow 1988, s. 5). „Nowe” ruchy społeczne, skupiają się na nowych kwestiach, nowych interesach i płaszczyznach konfliktu społecznego. Nie mają charakteru partykularystycznego, lecz uniwersalistyczny. Uczestnicy nie są powiązani z żadną określoną klasą, reprezentują kwestie interesujące członków różnych klas. Formy organizacyjne są znacznie luźniejsze niż w „starych ruchach”, egalitarne i zdecentralizowane. Do pierwszych nowych ruchów społecznych należały ruch ekologiczny, feministyczny i pokojowy (Sztompka 2002, s. 163; Sztompka 2005a, s. 264).

Zasadniczym motywem powstawania „nowych ruchów społecznych” była bardziej chęć uzyskania tożsamości grupowej wokół nowych wartości, tworzenie alternatywnych rozwiązań problemów, mających bardzo duże znaczenie dla przyszłości ludzkości, aniżeli formułowanie programów, których celem miałyby być zaspokojenie specyficznych interesów w obrębie istniejących struktur (Gortat 1987, s. 43). Obecnie ruchy te funkcjonują dzięki mediom, zwykle nie przybierają masowego charakteru, mobilizują aktywność niewielkich zbiorowości, są bardziej niż „stare ruchy społeczne” nieformalne i spontaniczne, odwołują się do zasad solidaryzmu społecznego, w tym międzynarodowego. „Nowe ruchy społeczne” mają charakter ewolucyjny, modernizacyjny i innowacyjny (Paleczny 2010, s. 27). Bez względu na to czy dany ruch społeczny zaliczymy do kategorii „starych” czy też „nowych” ruchów zawsze jest on

postrzegany jako wyraz pluralizmu interesów grupowych (z których każdy ma jednakowe prawo do ujawniania się) (Ulicka 1993, s. 8).

Pomimo, że początki ruchu higienizacji wsi wyraźnie zakorzeniły się w końcowym okresie XIX wieku, to przyjęty cel polegający na dokonaniu gruntownych zmian w poziomie życia mieszkańców wsi pod względem higienicznym i zdrowotnym, wielość podmiotów zaangażowanych w jego realizację rekrutujących się z różnych klas społecznych, rozmaitych profesji, skłania by zakwalifikować go do kategorii nowych ruchów społecznych. Ważnym jego aspektem była modernizacja rejonów wiejskich, polegająca na rozwoju infrastruktury sanitarnej właściwej kolejnym etapom trwania ruchu.

5. Współczesne teorie nowych ruchów społecznych

Ruchy społeczne jako forma działań zbiorowych zajmują istotne miejsce w sferze zainteresowań naukowych współczesnych badaczy, w tym zwłaszcza socjologów, a wśród nich i socjologów medycyny. Opisywane działania oscylują głównie wokół szeroko pojętej kultury i polityki. Według niektórych teoretyków ruchów społecznych, uczestnictwo w nich często podyktowane jest chłodną kalkulacją, opierającą się na zestawieniu potencjalnych zysków i strat, będących konsekwencją bezpośredniego bądź pośredniego w nich uczestnictwa.

- a) Teoria Alain'a Touraine'a – francuskiego socjologa (ur. 1925 r.)
Uczony ten twierdzi, że przystępujące do walki klasy społeczne przyjmują formę ruchów społecznych. W społeczeństwie przemysłowym główne klasy społeczne tworzone są przez konsumentów/klientów w roli klasy ludowej oraz menadżerów/technokratów w roli klasy dominującej. Zasadniczym polem konfliktu między tymi klasami jest kultura. Punkt „zapalny” stanowi kwestia kontroli nad rosnącą zdolnością społeczeństwa do samozarządzania (Buechler 2008b, s. 165). Touraine wyraźnie podkreśla, że konieczne jest odróżnienie konfliktów społecznych (synchronicznych) od konfliktów historycznych (diachronicznych). O ile te pierwsze właściwe są społeczeństwu przemysłowemu o tyle drugie związane są z samym procesem industrializacji (Frybes 1994, s. 40).
- b) Teoria Alberto Melucci'ego – włoskiego socjologa (1943-2001)
Melucci uważa, że (po)nowoczesny świat przyniósł nowe formy kontroli społecznej, nowe formy wymuszania konformizmu i przetwarzania informacji. W odpowiedzi na nie pojawiają się nowe ruchy społeczne. Ruchy te powstają dzięki pojawieniu się nowych pól splatających się ze światem życia codziennego; sam konflikt obejmuje kody symboliczne, roszczenia tożsamościowe, roszczenia osobiste i ekspresywne (Buechler, 2008b, s. 167).

- c) Teoria Jürgena Habermasa - niemieckiego filozofa, socjologa, publicysty politycznego (ur. 1929 r.)

Habermas wprowadza rozróżnienie między systemem polityczno-ekonomicznym, rządzonym przez media władzy i pieniądza, oraz światem życia, rządzonym przy pomocy określonych norm i zasad. Nowe ruchy społeczne, zdaniem tego uczonego, pojawiają się na złączach systemu i świata życia. Prezentuje dwa podejścia do ruchów społecznych. Po pierwsze wyraża przekonanie, że nowe ruchy społeczne mają często defensywny charakter, co przejawia się w obronie świata życia przed wpływem systemu. Drugi wątek, jak wskazuje Habermas, jest szerzej akceptowany przez teoretyków nowych ruchów społecznych, bo dotyczy celów i żądań przez nie stawianych. Jego zdaniem konflikty, w które angażują się nowe ruchy społeczne, w mniejszym stopniu dotyczą reprodukcji materialnej, a większym reprodukcji kulturowej, integracji społecznej i socjalizacji (Buechler 2008b, s. 165-166).

- d) Teoria Clausa Offego – niemieckiego socjologa polityki (ur. 1940 r.)

Główne założenia jego koncepcji to: a) nowe ruchy społeczne nie są wyróżniane ze względu na kryterium chronologiczne, lecz z powodu odmiennej natury i sposobu ich funkcjonowania w nowej rzeczywistości politycznej; b) natura nowych ruchów społecznych polega na upolitycznieniu działań prywatnych, nieformalnych, niepublicznych; c) nowe ruchy społeczne mają charakter altruistyczny, prospołeczny, socjokulturowy, służą realizacji nie tylko dążeń i celów uczestników ruchu, ale całemu społeczeństwu; d) tworzą one nową jakość w organizacji działań ludzkich, „prywatyzujących”. Z jednej strony instytucje publiczne społeczeństwa obywatelskiego, są „upubliczniane”, z drugiej strony zbiorowe działania jednostek definiują swoje cele w kategoriach prywatnych. Za przykład podaje ruchy ekologiczne, obrony praw człowieka, pacyfistyczne, alternatywne, ruchy „zaangażowania” społecznego nawołujące do przywrócenia znaczenia porządkowi wspólnotowemu i odejścia od korporacyjności społeczeństw zachodnich (Offe 2007, s. 222).

- e) Teoria mobilizacji zasobów (TMZ).

Powstała w latach siedemdziesiątych XX wieku jako propozycja nowego podejścia do analizy ruchów społecznych. W perspektywie tej ruchy społeczne są rozszerzeniem polityki i mogą być analizowane w kategoriach konfliktu interesów. Teoria mobilizacji zasobów postrzega ruchy społeczne jako zwykłe, racjonalne, zakorzenione w instytucjach, polityczne formy sprzeciwu niezadowolonych grup. Przyjmuje także odrębne stanowisko w kwestii rekrutacji, motywacji i uczestnictwa w ruchu. Opierając się na modelu racjonalnego aktora, jednostki postrzega jako ważące względne koszty i korzyści uczestnictwa w ruchu i skłaniające

się ku uczestnictwu, kiedy potencjalne korzyści przeważają nad spodziewanymi kosztami (Buechler 2008a, s. 52).

Prezentowane teorie nowych ruchów społecznych ukazują je jako działania zbiorowe, które choć często są wyrazem prywatnych, partykularnych interesów osób je tworzących, to jednocześnie dążą do osiągnięcia jakichś zmian. Są one niejako alternatywą dla działań prowadzonych przez państwo, które w opinii inicjatorów ruchu są niewystarczające.

Podsumowując warto podkreślić, że pomimo iż charakter ruchów oraz ich organizacja i zasięg zmieniał się na przestrzeni dziesięcioleci to wspólnym mianownikiem od zawsze była dążność do przeprowadzenia zmian w różnych dziedzinach istotnych dla człowieka, społeczności, społeczeństwa i ludzkości. Jedną z takich dziedzin i to najważniejszą jest zdrowie ludzkie i jego ochrona, którą zajmuje się głównie higiena będąca działem medycyny niezwykle ważnym, ale mało docenianym w medycznym świecie. Propagowanie jej zasad i norm głównie w minionych ostatnich dwóch stuleciach, zwłaszcza w kulturowo i cywilizacyjnie zaniedbanej polskiej wsi, nazwano higienizacją, jaką tworzą quasi ruchy społeczne oraz indywidualne zachowania zdrowotne. Higienizacja też de facto stanowi swoisty ruch społeczny, w którym uczestniczą ludzie jako indywidualia i jako zbiorowości, jakimi są różne grupy, audytoria oraz organizacje i instytucje, zarówno formalne, jak i nawet przeważnie nieformalne.

Proces higienizacji wsi, traktowany jako quasi ruch społeczny, łączył w sobie działania modernizacyjne o charakterze żywiołowym i instytucjonalnym oddolnie bądź odgórnie. W realizację celu jakim była i jest poprawa sytuacji higienicznej, a przez to i zdrowotnej, mieszkańców wsi włączonych było wiele podmiotów znajdujących się na różnych pozycjach i szczeblach administracji państwowej i samorządowej. Powstawały i powstają bowiem różne stowarzyszenia i organizacje o zasięgu lokalnym. Gross działań higienizacyjnych było i jest realizowanych z własnej, a nie instytucjonalnej inicjatywy jednostki głównie lekarzy, pielęgniarki, nauczycieli czy księży.

Najbardziej znanymi liderami zinstytucjonalizowanego ruchu higienizacyjnego w początkowej jego fazie byli działacze Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (WTH). Wraz z rozwojem ruchu i rosnącą skalą jego oddziaływań wzrastała również liczba liderów i zwykłych jego uczestników. Z czasem ogólnokrajowym działaniom higienizacyjnym przewodzili kolejni ministrowie zdrowia wspierani przez specjalistów w tej dziedzinie wywodzących się z różnych instytucji i stowarzyszeń naukowych. Szczególną rolę w ruchu higienizacyjnym polskiej wsi odegrał Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie i niektóre akademie medyczne i rolnicze, a także działacze Polskiego Towarzystwa Higienicznego (wcześniejszego WTH) oraz dyrektorzy szpitali.

Na najważniejszym tu poziomie lokalnym nieoceniony wkład w inicjowanie i nadzorowanie działań zbiorowych ukierunkowanych na poprawę sytuacji higieniczno-zdrowotnej mieszkańców wsi mieli członkowie różnych organizacji wiejskich. Istotny w ruchu higienizacyjnym wsi był udział przedstawicieli ówczasie wysoko cenionych i uznawanych zawodów, czyli nauczycieli, lekarzy oraz wójtów i radnych z rad wojewódzkich, powiatowych i gminnych, a w pewnym okresie gromadzkich.

Na skuteczność oddziaływań higienizacyjnych w środowisku wiejskim znaczący wpływ miały formy popularyzowania wiedzy. Ze względu na najczęściej niski poziom wykształcenia mieszkańców wsi, szczególnie ważną rolę pełniły te formy przekazu, które mogły być skierowane do jak najszerszego grona odbiorców. Dlatego dużym zainteresowaniem cieszyły się muzea higieny, wystawy higieniczno-zdrowotne, gdzie zwiedzający w sposób bezpośredni mogli obejrzyć osiągnięcia techniczne, rozwiązania budowlane, nowości sanitarne itp. Nader istotną rolę odgrywała w tym zakresie także prasa, przekazująca informacje z zakresu higieny w sposób prosty i przystępny dla czytelników o zróżnicowanym poziomie wykształcenia oraz posiadanej wiedzy ogólnej.

Rozdział III. Higienizacja polskiej wsi od połowy XIX wieku do współczesności

1. Higienizacja wsi na przełomie XIX i XX wieku

W literaturze naukowej i w języku potocznym często mówi się o szeroko pojętej higienie i higienizacji. Higiena, to jak wiadomo, jeden z działów medycyny, natomiast higienizacja z reguły kojarzy się z upowszechnianiem i zastosowaniem tej nauki, czyli jest jej funkcją praktyczną, socjotechniczną.

Higienizacja wsi, według badaczy Instytutu Medycyny i Higieny Pracy Wsi, oznacza „długofalowe, kompleksowe działania społeczne i administracyjne, zmierzające do poprawy warunków higienicznych bytowania i pracy ludności wiejskiej. Ostatecznym jej celem jest stworzenie jak najlepszych warunków, możliwych do osiągnięcia na danym etapie rozwoju nauki, postępu technicznego i ekonomicznego kraju.” (Wawrzyszuk, Umińska 1966, s. 47). Obejmuje ona swym zasięgiem: urządzenia komunalne, zaopatrzenie w wodę, asenizację, a także higienę osobistą, higienę szkolną i higienę żywienia (Grzymała, Wawrzyszuk 1960, s. 144).

Trudno jednoznacznie określić kiedy rozpoczął się proces higienizacji wsi. Najczęściej jego pierwsze przejawy kojarzone są uwłaszczeniem chłopów, przypadającym na drugą połowę XIX wieku. Po tej nader istotnej, wprost przełomowej, reformie rolnej w Królestwie Polskim w 1864 r. zmieniła się struktura społeczna wsi. Oprócz posiadaczy ziemskich wyodrębniły się jeszcze dwie kategorie ludności wiejskiej. Byli to robotnicy rolni zatrudnieni u posiadaczy ziemskich jako siła najemna (służba folwarczna) oraz uwłaszczeni chłopi, dysponujący już własnymi gospodarstwami rolnymi. Na obu tych kategoriach mieszkańców wsi zaczęła spoczywać bezpośrednio odpowiedzialność za warunki bytowe, w tym i mieszkaniowe ich rodzin.

Pomimo tego zróżnicowania, mieszkańców wsi lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XIX wieku można określić jako względnie hermetyczną, tradycyjną społeczność wiejską (por. Dobrowolski 1958), co sprawiało że dokonanie zmiany od wieków utrwalanych nawyków higienicznych, często przekazywanych z pokolenia na pokolenie, nie było łatwe.

Dodatkowo poziom higieniczno-zdrowotny na wsi powułaszczeniowej był nieporównywalnie gorszy niż w mieście. Głównych przyczyn tej dysproporcji dopatrywano się w złej sytuacji ekonomicznej mieszkańców wsi, ale także w istotnych różnicach kulturowych. Liczne opracowania naukowe i publicystyczne wskazywały na ich niską świadomość zdrowotną, brak znajomości związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy poziomem higieny osobistej i środowiska bytowania a występowaniem określonych chorób oraz brak poczucia konieczności, czy też potrzeby dbałości o higienę i czystość własnego ciała.

Na przełomie XIX i XX wieku mimo uwłaszczenia chłopów ich warunki higieniczno-zdrowotne nie uległy istotniejszej poprawie. Nadal na wsi dominowało leczenie niemedyczne, a w tym okresie przeżywało nawet swe apogeum. W przypadku wystąpienia choroby w rodzinie chłopskiej, zwracano się o pomoc do zielarzy, guślarzy, zażęgnywaczy, bab i wróżów. Ich praktyki były spójne z tradycją ludową i wierzeniami. Nie bez znaczenia pozostawał też fakt łatwej dostępności do tego rodzaju poradnictwa, w przeciwieństwie do ograniczonego dostępu do wykształconego personelu medycznego (Lesińska-Sawicka, Waśkow 2012, s. 10). Dość powszechnie funkcjonujące wśród ludności wiejskiej zabobony i ciemnota, wiara w „uroki”, „koftuny” itp. stanowiły ważną barierę w walce z rozprzestrzeniającymi się chorobami zakaźnymi. To właśnie w zaniedbaniach profilaktycznych i terapeutycznych oraz guślach świątli lekarze upatrywali wiodących przyczyn zachorowalności i śmiertelności wśród najniższych warstw społeczeństwa (Maciesza, 1903, s. 613).

Warunki higieniczne na wsi polskiej przełomu XIX i XX wieku najbardziej niepokoiły i skłaniały do działań edukacyjnych nauczycieli, lekarzy, działaczy oświatowych i niektórych pisarzy, a także księży. Ich indywidualne wysiłki wpisywały się w pozytywistyczny nurt działań ukierunkowanych na przeobrażenia społeczno-kulturowe, między innymi poprzez upowszechnianie kultury zdrowotnej i inicjowanie ruchu higienizacyjnego polskiej wsi (Kosiński 1983, s.49). W tym ruchu uczestniczyli liczni literaci epoki pozytywizmu opisujący sytuację zdrowotną i higieniczną mieszkańców wsi. Należeli do nich przede wszystkim Bolesław Prusa (Aleksander Głowacki), Maria Konopnicka, Eliza Orzeszkowa i Stefan Żeromski. Jeśli chodzi o problematykę higieny na wsi to na szczególną uwagę zasługuje twórczość Bolesława Prusa i Marii Konopnickiej. Prus w wyrazisty sposób pisał o konieczności uczenia niższych warstw społecznych zachowań dotyczących podstaw higieny osobistej, kultury spędzania wolnego czasu, a także piętnował niewolniczą pracę dzieci w fabrykach (Stypułkowski 2002, s. 119). Maria Konopnicka zaś w swoich utworach nie tylko krytycznie odnosiła się do współczesnej jej rzeczywistości wpisującej się w nurt problematyki higienizacyjnej i zdrowotnej,

ale również w radosnych wierszach kierowała apel do dzieci by przestrzegały higieny osobistej (zob.⁷).

Opis warunków higienicznych, w jakich żyli mieszkańcy wsi przełomu XIX i XX wieku można znaleźć w dziełach badaczy kultur ludowych różnych społeczności. Wśród nich czołowe miejsce zajmuje Jan Stanisław Bystron, wybitny socjolog i etnograf, który o wzorach zachowań higienicznych na wsi pisał m.in: „Myto się powszechnie, nawet dość często, ale mycie było właśnie orzeźwieniem przed pracą albo też jakby rytualnym zabiegiem przed modlitwą” (Bystron 1947, s. 210).

Wśród przyczyn dużej zachorowalności na choroby zakaźne u ludności wiejskiej znajdowały się złe warunki mieszkaniowe. Zbyt mało izb i zbyt małej wielkości zmuszało mieszkańców chat wiejskich do wspólnego spania kilku osób na jednym łóżku, często chorych ze zdrowymi.

Kolejnym czynnikiem, sprzyjającym chorobie był brud i niechlujstwo, wynikające z ciasnoty mieszkania, a jeszcze bardziej będące skutkiem braku nawyku dbałości o czystość ciała i pomieszczeń mieszkalnych, przechodzącym z pokolenia na pokolenie (Puławski W. 1910a, s. 745; Rakowiecki 1900a, s. 195). Inne często opisywane przyczyny zachorowań na choroby zakaźne to brak wentylacji w mieszkaniach i będąca jego konsekwencją wilgoć, a także liczne odwiedziny chorych i kult umarłych – odwiedziny domów osób zmarłych. Rozwojowi chorób zakaźnych sprzyjały również bliskie i ciągłe kontakty ze zwierzętami, nierzadko chorymi na nosaciznę, wściekliznę, promienicę, gruźlicę itd. (Puławski W. 1910b, s. 818-820; Rakowiecki 1900b, s. 257-258; Pettenkofer 1900, s. 68-70). Poważny problem stanowiły niezabezpieczone, pozbawione pokrywy studnie, co prowadziło do znacznego zanieczyszczenia wody pitnej (Limanowski 1914, s. 440). Pilnego rozwiązania wymagała kwestia niehigienicznego przechowywania produktów spożywczych, które składowano zwykle w niewietrzonych, brudnych, przeładowanych różnymi rzeczami komorach, co powodowało częste ich psucie (optymalnym rozwiązaniem miało być murowanie piwnic). Szybka interwencja potrzebna była także odnośnie braku miejsc ustępowych (Dobrzycki 1903, s. 557-560).

Szczególnie złe warunki higieniczne i mieszkaniowe panowały wśród służby folwarcznej, zamieszkującej tzw. czworaki, które oprócz tego, że były przeludnione, to dodatkowo lokalizowano je w pobliżu chlewów, obór, śmietników, a zamiast podłogi robiono w nich klepisko z gliny. Brakowało w nich wyznaczonych miejsc do mycia, światła i powietrza oraz odprowadzania ście-

⁷ M. Konopnicka „Komedia przy myciu” [pierwodruk 1887] w: M. Konopnicka, *Jadą, jadą dzieci drogą*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1991, s. 18-19, M. Konopnicka „Pranie” [pierwodruk 1887] w: M. Konopnicka, *Jadą, jadą dzieci drogą*, op.cit, s. 22-23).

ków i miejsc ustępowych (Rakowiecki 1903, s. 553; Biernacki 1904, s. 823-824). Dużym problem były również niskie temperatury panujące w izbach mieszkalnych w okresie zimowym, wynoszące zwykle 5-8 stopni C. Utrudniało to, a nawet uniemożliwiało domownikom dokładne umycia ciała oraz dodatkowo skłaniało do spania w ubraniach, często używanych w ciągu całego dnia i brudnych (Chełchowski 1905, s. 59; Szyller 1915, s. 6). Według Józefa Kowalczewskiego, za tak tragiczną sytuację higieniczno-sanitarną w obrębie mieszkań folwarcznych, odpowiadali przede wszystkim właściciele folwarków. W celu minimalizowania kosztów ich utrzymania, rezygnowali oni nawet z niezbędnych remontów i napraw (zob. Kowalczewski 1927).

Niski poziom higieny ludności wiejskiej często pozostawał także w związku z niewłaściwym usytuowaniem zagród domowych, a czasami nawet całych wiosek. Niejednokrotnie lokalizowane były one na terenach podmokłych, w pobliżu rozlewisk wodnych, stawów. Sprzyjało to szybkiemu rozprzestrzenianiu chorób zakaźnych, tym bardziej, że woda pochodząca z pobliskich akwenów wodnych wykorzystywana była zwykle nie tylko do celów gospodarskich, lecz także konsumpcyjnych (Baranowski 1969, s. 63).

Warunki higieniczne ludności wiejskiej omawianego okresu, choć ogólnie bardzo złe, wyraźnie były zróżnicowane regionalnie. Najbardziej zacofana pod tym względem była biedna wieś lubelska i małopolska, najlepsze warunki były zaś w Wielkopolsce.

W guberni lubelskiej, panowała szczególnie zła sytuacja mieszkaniowa, w jednej izbie, najczęściej nie mającej podłóg i podwójnych okien, komór, ustępów, zwykle mieszkały po dwie rodziny (Kosiński 1983, s. 37; Kelles-Krauz 1906, s. 6). Wyniki badań sondażowych przeprowadzonych w Królestwie Polskim w latach 1903-1904 dowiodły, że problem ten dotyczył aż 17% mieszkań w guberni lubelskiej i 15% w siedleckiej (Grabski 1906, s. 3).

Na wsi małopolskiej dość powszechny był brak wiedzy o zagrożeniach wynikających z bezpośredniego kontaktu z osobami chorymi zakaźnie. Odwiedziny chorych, w tym także tych zakaźnie, traktowano jak zwykłą wizytę towarzyską. Wyrazem wsparcia dla leżącego chorego było siadanie obok niego na łóżku. Niebezpieczeństwo rozprzestrzeniania się chorób niosło za sobą również wykorzystywanie łóżka do wielu funkcji. Służyło ono nie tylko do spania, ale także do siadania w ubraniu, często brudnym, przechowywania ubrań i innych rzeczy, umieszczania ciasta pod pościelą do wyrośnięcia, czy też składania pod łóżkiem różnych rupieci. Wśród zachowań odnoszących się do higieny osobistej znajdowało się np. pozbywania się kataru poprzez smarkanie na ziemię lub podłogę, wycierania nosa o rękaw lub spódnicę, w przypadku kobiet, jak też plucie na podłogę, co w przypadku osób chorych zakaźnie było szczególnie niebezpieczne dla domowników (Tworek 2007, s. 86-88).

Oskar Kolberg, w swoim dziele „Lud. W. Ks. Poznańskie cz.1” charakteryzując sytuację higieniczno-bytową mieszkańców wsi wielkopolskich, pisał: „Wnętrze domu wieśniaka wielkopolskiego, porządniej i bogaciej się przedstawia, niż wnętrze mieszkańca innych stron Polski. Izba wapnem zwykle wybielona, dość schludnie bywa utrzymywana, lubo rzadko kiedy wielkiego jest rozmiaru” (Kolberg 1875, s. 92). Autor podkreślał również że mieszkańcy wsi tego regionu cieszyli się większą zamożnością niż w innych stronach Polski, byli bardziej świątli, bo posyłali swe dzieci do szkoły, a także sami w większości potrafili czytać i pisać, co pozwalało im na zdobywanie wiedzy m.in. dotyczącej zdrowia i higieny (Kolberg 1875, s. 98-99).

Pozytywne zmiany w warunkach bytowych i higienicznych dotyczyły również wielkopolskich robotników rolnych. Informacje na ten temat zebrane zostały m.in. drogą konkursu „Piszemy historię robotników wielkopolskich”, ogłoszonego w 1936 r., skierowanego do robotników mieszkających na wsi lub ze wsi pochodzących. Z nadesłanych na konkurs prac jednoznacznie wynika, że wielkopolscy robotnicy rolni z przełomu XIX i XX wieku byli otwarci na zmiany, chętnie wprowadzali różne udogodnienia, innowacyjne jak na ówczesne czasy. W znacznej mierze głównymi ich prekursorami byli robotnicy wyjeżdżający do Niemiec, którzy będąc tam zaoszczędzali pewną gotówkę, a po powrocie do swoich rodzinnych stron kupowali gospodarstwa rolne. Zmiany, choć nieco wolniejsze, zauważalne były również w starych domach. Jeden z uczestników konkursu pisał o nich „Nie ma już kurników w sieni jak dawniej. Za chlewami lub gdzieś na uboczu są ustępy, czego dawniej nie znano. Śmiecie wyrzucano przed dom, a teraz na gnojnik, który przeważnie jest za chlewami. Przed domami zamiast śmieci są ogródki z kwiatami. Okna są często odmykane lub zaopatrzone w siatkę, co dawniej było rzadkością” (Burszta 1981, s. 7-8).

Wysiłki mające na celu poprawę warunków mieszkaniowych służby folwarczej czynione były także w guberni warszawskiej. W „Zorzy” możemy przeczytać o wybudowaniu wzorcowej wręcz osady folwarczej we wsi Fabianki k. Włocławka w 1914 r., w której do tego czasu sytuacja sanitarno-higieniczna była tragiczna, podobnie jak na wsi lubelskiej czy małopolskiej. W Fabiankach w miejsce dawnych, zaniedbanych czworaków i ośmioraków, dla robotników folwarcznych wybudowano niewielkie, wolno stojące, murowane i tynkowane oraz pokryte dachówką, domki z ogródkiem. Domy miały duże okna, a w tych domach była izba kuchenna, izba sypialna, spiżarnia i sieni, a także piwnica i strych (Mieszkania dla służby folwarczej 1914, s. 109-110).

Zróżnicowania regionalne mieszkańców powłaszczeniowej wsi pod względem zamożności, warunków mieszkaniowo-bytowych oraz ogólnie zła ich sytuacja higieniczna wymagała intensywnych działań zmierzających do jej poprawy. Higienizację ówczesnej wsi inicjowali głównie lekarze, nauczyciele,

różni społecznicy, księża i władze lokalne. W tym celu organizowano liczne odczyty, prowadzono działalność edukacyjną, tworzono kąpieliska.

Były to działania zarówno indywidualne, jak i zbiorowe, ale z reguły prowadzone w ramach jakichś akcji społecznych, inspirowanych najczęściej odgórnie. Te i podobne wszelkie inicjatywy modernizujące warunki socjalno-bytowe mieszkańców wsi, zwłaszcza zaś zmieniające ich mentalność i styl życia na bardziej prozdrowotny to właśnie nader istotne pierwociny emergentnego procesu higienizacji wsi kreującego się na swoisty ruch społeczny. Niezwykle istotną determinantą tego wyłaniającego się ruchu społecznego, z czasem zwanego higienizacją, stał się miesięcznik „Zdrowie”, którego pomysłodawcą i twórcą był dr Józef Polak, który jako młody bo zaledwie 28-letni lekarz, zauważał konieczność stworzenia czasopisma higienicznego. Pierwszy numer ukazał się w październiku 1885 r. (Demel 1965, s. 437). Było ono organem naukowym, powstałego już w okresie rozbiorów stowarzyszenia lekarzy i przyrodników zwanego Polskim Towarzystwem Higienicznym (PTH), pierwotnie nazwanego Warszawskim Towarzystwem Higienicznym. Stowarzyszenie to o zmodyfikowanej nazwie w znacznym stopniu zajmowało się problematyką higieny i opieki lekarskiej na wsi (Rafalski 1980, s. 176). Pierwszym prezesem WTH został prof. dr med. Julian Kosiński, pełniący tę funkcję w latach 1898-1903, kolejnym dr n. med. Józef Polak (lata 1903-1928) (Chełchowski 1903, s. 494).

Towarzystwo to, jak i jego organ naukowy, przyjęły zasady, które zaproponował dr Polak. Wśród nich silny akcent kładziono na postępy zdrowotności, w tym zwłaszcza higieny we wszystkich dzielnicach Polski, traktowanej nie tylko ze stanowiska nauk ścisłych, ale również jako sztukę uzdrowotnienia i istotny program społeczny, stanowiący fundament ruchu higienizacyjnego polskiej wsi (Demel 1965, s. 437-439).

Naukowym i organizacyjnym osiągnięciem tego wybitnego higienisty było przełamanie hermetyzmu higieny i rozszerzenie jej poza granice medycyny. Zaprosił on do współpracy specjalistów różnych dziedzin, m.in. lekarzy, inżynierów, pedagogów. Główną zasługą pierwszego okresu działalności miesięcznika „Zdrowie” było to, że stał się namiastką towarzystwa higienicznego. W mieszkaniu dra Polaka zbierali się działacze, którzy snuli i realizowali ambitne plany. Na skutek kilkunastu lat starań, w 1898 roku, narodziło się formalnie Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (WTH). Po dwuletniej jego działalności dr Polak przekazał Towarzystwu swe pismo (Demel 1965, s. 442-443). Czasopismo „Zdrowie” od 1901 r., stało się prawnie trybuną WTH, pełna jego nazwa brzmiała „Zdrowie, Organ Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, poświęcony higienie publicznej i prywatnej”. W pierwszej fazie działalności, trwającej od 1885 r. do 1900 r., koncentrowało się ono głównie na przekazywaniu informacji o osiągnięciach i metodach rozwiązań z zakresu higieny i medycyny społecznej, a także informowaniu o brakach w tej sferze i wynikających

z nich potrzebach (Budner 1972, s. 465, 470). W późniejszym okresie (po 1900 r.) czasopismo „Zdrowie” publikowało prace skupiające się m.in. wokół kąpeli ludowych, ścieków, wywożenia i utylizacji śmieci komunalnych, wpływu paszy na jakość mleka używanego do karmienia niemowląt, chorób (gruźlicy, ospy, chorób wenerycznych, alkoholizmu, chorób zakaźnych), stanu sanitarnego wsi i miast itp. (Więckowska 1985, s. 496; Kosiński 1987b).

Kazimierz Chełchowski, znany lekarz i działacz społeczny, podsumowując niemal 5-letnią działalność WTH sygnalizował, że w pierwszej kolejności skupiała się ona na higienie młodego pokolenia, co znajdowało swój wyraz w energicznych działaniach Wydziału Higieny Wychowawczej i powstaniu dwóch instytucji, tj. Ogrodów Dziecięcych im. Raua i Instytutu Higieny Dziecięcej Lenvela, a w drugiej kolejności skupiała się na działalności oscylującej wokół problematyki bliskiej lekarzom, m.in. wydział biologiczny, przeciwgruźliczy, itp. Sprawa higieny ludowej uplasowała się na trzecim planie działalności Towarzystwa (Chełchowski 1903, s. 494).

Doniosłą rolę w upowszechnianiu kultury zdrowotnej i higieny, podnoszeniu poziomu stanu sanitarnego i zdrowotnego mieszkańców Lublina, ale też i okolicznych wsi, w latach 1902-1915, odegrał Lubelski Oddział WTH. Był pierwszą utworzoną filią tego Towarzystwa, a w roku 1908 było już ich 13. Inicjatorami Lubelskiego Oddziału WTH byli m.in. doktorzy: M. Biernacki, A. Michałowski, S. Dobrucki, W. Jarnuszkiewicz, S. Radomyski, W. Tołwiński oraz aptekarz S. Siennicki. Towarzystwo liczyło nieokreśloną liczbę członków, dzielących się na: członków założycieli, członków rzeczywistych oraz członków zwyczajnych (Kowieski 1981, s. 828). Zarząd Oddziału Lubelskiego WTH w 1903 r. powołał 6 wydziałów higieny: wychowawczej, miast i mieszkań, szpitali i przytułków, zawodowej i przemysłu oraz nieco później utworzone: Wydział Higieny Domowej i Wydział Higieny Ludowej. W 1906 r. zaś powstały jeszcze dwa kolejne wydziały – przeciwalkoholowy i odczytowy, a w następnym roku powstały jeszcze dwa wydziały, a mianowicie higieny teoretycznej i higieny stosowanej (Kowieski 1981, s. 830-832).

Ponadto funkcjonowały jeszcze dwie inne instytucje o charakterze higieniczno-zdrowotnym, czyli Kropla Mleka oraz Ogrody Zabaw Dziecięcych. Dla poprawy sytuacji higieniczno-sanitarnej wsi i małych miast szczególnie ważna była działalność Wydziału Higieny Ludowej. Na obszarze guberni lubelskiej jego przedstawiciele zajmowali się organizowaniem tanich łaźni ludowych. W 1904 r. dzięki staraniom tego wydziału oraz dużym zaangażowaniu dra Antoniego Puławskiego, lekarza naczelnego sanatorium w Nałęczowie, uruchomiona została łaźnia ludowa podległa Lubelskiemu Towarzystwu Higienicznemu (Kowieski 1981, s. 830-832).

Działalność higienizacyjna należała do statutowych zadań, powstałego w 1904 r. z inicjatywy Bolesława Prusa i Bernarda Lauterbacha, Towarzystwa

Higieny Praktycznej. Wśród jego osiągnięć znajdowało się rozdawanie przyborów higienicznych dla dzieci, czystej bielizny, udzielanie wskazówek co do zasad higieniczno-sanitarnych prowadzenia domu, opracowywano plany zieleni podwórzowych. Istotnym aspektem działalności THP było kierowanie dzieci do kąpielisk miejskich. Organizacją tych wyjazdów zajmowała się specjalnie powołana komisja kąpielowa na czele z dr J. Tchórznickim, czyniła to na koszt własny (Zabłotniak 1973, s. 149-151).

Ważną formę popularyzacji higieny i kultury zdrowotnej w ówczesnych warunkach cywilizacyjnych stanowiły odczyty i prelekcje. Najczęstszymi tematami odczytów były zagadnienia związane z: praniem w gospodarstwach domowych włościan, higiena chłopów emigrujących, higiena pielgrzymek do Jasnej Góry. Referaty wygłaszali profesorowie, docenci i doktorzy, będący profesjonalistami w dziedzinie higieny (Demel 1964, s. 6-7). Mieczysław Biernacki podczas odczytu w Lubelskim Stowarzyszeniu Rolniczym i sekcji ludowej Towarzystwa Higienicznego w roku 1904 zwracał uwagę na konieczność kształtowania wśród służby folwarcznej, ale także ludności wiejskiej w ogóle, nawyków higienicznych, tj. mycia ciała, zmiany ubrań itp. Sprzyjać temu powinny, jego zdaniem, wygodne mieszkania, w których można by wydzielić kąpielnię do swobodnego mycia się bez obecności pozostałych członków rodziny oraz budowę łaźni ludowych (Biernacki 1904, s. 897).

W dziejach ruchu higienizacyjnego znaczącą rolę odegrał Oddział Łódzki WTH, który powołano głównie dla poprawy tragicznej sytuacji higienicznej intensywnie uprzemysłowionego miasta Łodzi. Członkowie tego Oddziału, którego zebranie inauguracyjne odbyło się 15.II.1902 r., rekrutowali się głównie z Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego. Prezesem OŁ WTH został dr Józef Koliński (Berner 1993, s. 50).

Dr S. Skalski z Tuszyna podczas posiedzenia Łódzkiego Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego dn. 21.XII.1903 r. podkreślał konieczność zaangażowania lekarzy w działalność oświatową w zakresie higieny wśród ludu. Zauważał potrzebę dokszałcenia się samych lekarzy w tej dziedzinie, konieczność zakupu przez nich materiałów edukacyjnych poszerzających ich wiedzę, którą potem mogliby przekazać mniej światłym ludziom. Jako wzór publikacji edukacyjnej podawał wskazówki „Jak karmić niemowlęta” wydane przez Sekcję Higieniczną Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Skalski proponował, aby treści pisane, zawierające cenne wskazówki edukacyjne w zakresie zdrowia i higieny, w szczególności szeregu przepisów o zachowaniu się chorego i jego najbliższych w najbardziej rozpowszechniających się chorobach, jak np. dur brzuszny, płonica, odra, przedstawiać ludowi na tekturkach w formie obrazków z książek do nabożeństwa, które lekarz mógłby rozdawać swoim pacjentom (Skalski 1904, s. 73).

Do roku 1904 powołano 6 jego sekcji: Higieny Ogólnej, Sportu i Wychowania Fizycznego, Wychowawczą, Budowlaną i Kropli Mleka (Berner 1993, s. 48-49). Oddział ten skupiał się na sytuacji higieniczno-sanitarnej mieszkańców Łodzi, włączał się do walki z epidemią cholery w 1905 r., czy płonicy w 1906 r., a także podejmował działalność na rzecz rozwiązania problemów komunalnych. Prowadził on też rozbudowaną działalność wydawniczą. W 1912 r. wydał pierwszy zeszyt „Materiałów do monografii sanitarnej miasta Łodzi” opracowany pod kierunkiem dra S. Sterlinga. Członkowie Oddziału uczestniczyli w naradach własnego i innych oddziałów oraz zjazdach prowincjonalnych WTH. W 1914 r., wraz z wybuchem I wojny światowej Oddział Łódzki WTH zwiesił swoją działalność, jego reaktywacja miała miejsce dopiero 12.II.1931 r. z inicjatywy dra Sterlinga. W 1932 r. w wyniku zjednoczenia stowarzyszeń higienicznych OŁ, podobnie jak plocki i mielecki, wszedł w skład PTH (Berner 1993, s. 50-51).

Na efekty higienizacji wsi miał wpływ zakres działań realizowanych przez omawiane powyżej instytucje i organizacje, ale też wysiłki indywidualne osób związanych z tymi organizacjami czy też funkcjonujących poza nimi. Szczególną rolę pełnili na tym początkowym etapie ruchu higienizacyjnego lekarze. Rangę roli ich pracy w środowisku wiejskim podnoszono przy wielu okazjach. Szczególnymi wydarzeniami, których problematyka oscylowała wokół pracy lekarzy na wsi był I Zjazd Lekarzy Prowincjonalnych w Łodzi, mający miejsce 4-5.VI.1911 r. oraz II Zjazd Lekarzy Prowincjonalnych w Lublinie, odbywający się w okresie 31.V-1.VI. 1914 r. Przekazana na zjazdach wiedza, przede wszystkim o charakterze praktycznym, miała ułatwiać kadrze medycznej pracującej na prowincji stawianie diagnoz i podjęcie skutecznego leczenia.

Ważnym modułem, zwłaszcza w kontekście planowanych działań naprawczych odnoszących się do sfery higieniczno-sanitarnej, był prezentowany na II Zjeździe panel społeczno-lekarski. Specjalną uwagę warto zwrócić na wystąpienie dra Adama Jarosińskiego pt. „O zadaniach społecznych lekarza prowincjonalnego w naszych warunkach” (zob. Pamiętnik II Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych 1914, s. 49-57), czy referat dra Marka Arszajna pt. „Braki w wykształceniu lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego i środki zaradzenia złemu” (zob. Pamiętnik II Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych 1914, s. 66-77).

Niezwykle istotną formą działań związanych z ruchem higienizacji wsi była edukacja zdrowotna i higieniczna uczniów szkół wiejskich i małomiasteczkowych. W omawianym okresie szczególną rolę w propagowaniu higieny szkolnej pełnili dwaj lekarze społecznicy, tj. Stanisław Markiewicz i Stanisław Kopczyński, a także dr Henryk Higier.

Dr Markiewicz był inicjatorem zrzeszenia higienistów działających pod koniec XIX wieku, którego uwieńczeniem było powołania WTH. Został on także pionierem higieny szkolnej, żywo zainteresowanym tzw. kwestią dziecięcą. Chociaż spektrum zainteresowań badawczych dra Markiewicza oscylo-

wało głównie wokół środowiska miejskiego, to opracowane przez niego formy działań edukacyjnych, z powodzeniem przenoszono na grunt wsi (Dragański, Żbikowski 2011, s. 504). Dewiza dra Markiewicza brzmiała: „przez dzieci do rodziców”, a co za tym idzie, wiodącą rolę w procesie edukacji prozdrowotnej przypisywał szkole. Swoje wysiłki oświatowe, mające na celu poprawę sytuacji higienicznej, w sposób szczególny kierował w stronę dzieci uczęszczających do szkół elementarnych, u których deficyty w poziomie wiedzy i zachowań higienicznych były największe (Demel 1977, s. 64). Jego zasługi na rzecz ruchu higienizacji wsi, ale także miast (zwłaszcza Warszawy) znacznie wykraczały poza oświatę szkolną (zob. ⁸)

Równie duże zasługi na rzecz rozwoju higieny szkolnej należały do dra Stanisława Kopczyńskiego. Oprócz szeroko prowadzonej działalności oświatowej w tym zakresie, był on pionierem i organizatorem opieki medycznej w szkołach. Szczególnie bliska mu była sprawa poprawy sytuacji sanitarnej budynków o przeznaczeniu edukacyjno-wychowawczym (Cisińska 2007, s. 477). Dr Kopczyński wyrażał przekonanie, że wzrost świadomości higienicznej jest możliwy dzięki procesowi wychowania, który swój początek powinien mieć w rodzinie, a kontynuację na każdym etapie życia we wszystkich możliwych okolicznościach (Demel 1972, s. 63).

O konieczności higieniczno-prozdrowotnego edukowania uczniów na temat higieny upominał się doktor Henryk Higier, z wykształcenia neurolog i psychiatra. Jego zdaniem, wykłady popularne z jej zakresu powinny być realizowane w szkole każdego typu. Szansy na popularyzowanie higieny upatrywał w świątłych pedagogach, a nie w lekarzach, udzielających porad medycznych. Znaczącą rolę przypisywał wpajaniu instrumentalnych zasad sanitarnych poprzez ukazywanie właściwego przykładu, zwłaszcza na terenie szkoły (np.

⁸ Ważnym okresem działalności społecznikowskiej dra Markiewicza, której można przypisać miano pozytywistycznej „pracy u podstaw”, był czas aktywności lekarskiej w osadzie fabrycznej Soczewka koło Płocka w latach 1867-1879. Swoją działalność rozpoczął on od budowy ambulatorium i zaadaptowania istniejącego budynku gajówki na szpitalik. W trakcie pełnienia funkcji lekarza fabrycznego nie tylko otaczał opieką medyczną mieszkańców Soczewki, lecz także aktywizował ich do działań na rzecz poprawy sytuacji higieniczno-sanitarnej ich domostw i obiektów użyteczności publicznej. Ogromną zasługą dra Markiewicza było opracowanie zaleceń przeciwepidemicznych, dotyczących cholery (Lewandowicz 2002, s. 38-39). Podczas pełnienia funkcji lekarza Warszawy pod koniec lat 80-tych XIX wieku, dr Markiewicz zasłynął z kontrowersyjnych metod walki o poprawę sytuacji sanitarnej w tym mieście. Sposobem na uwrażliwienie szerokich mas ludności, a także decydentów i lekarzy, na problem bardzo niskiego poziomu sanitarnego mieszkań i obiektów publicznych, było umieszczenie na łamach „Gazety Warszawskiej” artykułu zatytułowanego „Denuncjacja”. Opisał w nim, w formie donosu, swoją wizytę u chorego chłopca, mieszkającego w jednym z mieszkań przy ul. Twardej. Zdaniem dr Markiewicza nie tylko prawem, ale i obowiązkiem lekarzy odwiedzających chorych jest publiczne donoszenie o istniejących nieporządkach, zaniedbaniach sanitarnych (Dragański, Żbikowski 2011, s. 504).

właściwe urządzenie ubikacji, odpowiednia wentylacja i oświetlenie w pomieszczeniach, higieniczne spluwaczki itp.) (Higier 1900, s. 179-181).

Początki ruchu higienizacji polskiej wsi obfitowały w liczne przedsięwzięcia, których celem była poprawa warunków higienicznych mieszkańców wsi. Dominującą i przewodnią rolę w tym zakresie pełnili lekarze, wspomagani przez środowisko inteligencji żywo zainteresowane losem rodzin wiejskich.

Poza wiodącymi działaniami higienizacyjnymi realizowanymi przez rozwijające się Warszawskie Towarzystwo Higieniczne oraz stopniowo powstające jego oddziały terenowe, niezwykle istotną rolę pełniły działania na rzecz polepszenia sytuacji higieniczno-zdrowotnej dzieci wiejskich. Wśród nich mieściły się zarówno te, których adresatami były niemowlęta, jak też starsze dzieci, w tym zwłaszcza uczniowie szkół wiejskich obejmowani oświatą higieniczną.

2. Higienizacja wsi międzywojennej

Sytuacja higieniczna wsi okresu międzywojennego, pomimo podjętych działań o charakterze naprawczym, była nadal bardzo zła. Wyraźnie zarysowały się różnice społeczne, gospodarcze i kulturowe pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. Począwszy od wsi wielkopolskiej, pozbawionej analfabetyzmu, zamożnej, coraz częściej murowanej, poprzez przeludnioną, ubogą, skonfliktowaną wewnątrznie, ale na ogół rozbudzoną społecznie wieś małopolską, po żyjącą w dość hermetycznej strukturze, dosyć ubogą, krytą strzechą i posługującą się drewnianymi narzędziami wieś wschodniej części naszego państwa. Ogromną większość mieszkańców ówczesnej wsi stanowili chłopci i robotnicy rolni, pozostali mieszkańcy to robotnicy przemysłowi (głównie dotyczyło to osad fabrycznych), chałupnicy, rzemieślnicy, procederzyści (np. młynarze, handlarze, oberżyści), kolejarze, a także nauczyciele, urzędnicy gminni, pracownicy państwowi (m.in. policjanci, leśnicy) i księża (Ihnatowicz, Mączak i in. 1988, s. 605-607).

Najgorsza sytuacja higieniczna zauważalna była w środowisku ubogich chłopów i robotników rolnych. W tradycyjnych chatach wiejskich, panowały tragiczne warunki, czego wyrazem była bardzo niska temperatura pomieszczeń, gliniane podłogi w formie klepiska, ciasne, pozbawione wentylacji, przeludnione izby, uniemożliwiające samodzielne spanie poszczególnych członków rodziny. W konsekwencji prowadziło to do niestosowania przez ich mieszkańców chociażby podstawowych zasad higieny osobistej, tj. mycia się (ze względu na zimno panujące w izbach) czy rozbierania się z ubrań noszonych w ciągu dnia przed położeniem się spać do łóżka (Tokarski 1992, s. 48). Opis tych trudnych warunków higieniczno-bytowych ludności wiejskiej można znaleźć w pamiętnikach chłopów, którzy relacjonowali je przez pryzmat własnych doświadczeń życia codziennego, jak np. w dziele Jana Słomki, wójta z Dzikowa leżącego w powiecie tarnobrzeskim, „Pamiętnik włościanina od

pańszczyzny do dni dzisiejszych” (zob. ⁹) czy w „Żywocie chłopca działacza” autorstwa Franciszka Magryśia sporządzonego w latach 1925-1929, w którym to ukazał życie i zwyczaje mieszkańców swojej rodzinnej wsi - Handzlówki, położonej w powiecie łancuckim (zob. ¹⁰).

Naukowcy zajmujący się, w latach dwudziestych ubiegłego wieku, zbieraniem materiałów do swoich monografii wsi, odnotowywali wiele interesujących i cennych spostrzeżeń opisujących panujące w tym środowisku zwyczaje. Sowiński podawał między innymi, że „W tym samym potoku, z którego pije się wodę, poi się konie i bydło, brodzą gęsi, pierze się bieliznę, ścieka gnojówka i inne nieczystości, nic też dziwnego, że z tej wody mogą się wyłaniać i roznosić różne choroby, jak tyfus, czerwonka, które są stałą plagą ludności; wprawdzie ludność stara się czerpać wodę wczesnym rankiem, gdy jest więcej klarowna, to i tak nie daje gwarancji jej czystości” (Sowiński 1928, s. 194). Badania o charakterze etnograficzno-socjologicznym i historycznym omawianego okresu pokazują, że chłopci nie tylko niechętnie myli się, nie dbali o czystość pomieszczeń mieszkalnych czy obejścia, ale nie byli również przyzwyczajeni do korzystania z ustępów, właściwie urządzonych i utrzymywanych na odpowiednim poziomie higienicznym (Kosiński 1983, s. 53).

Stan zdrowotny i higieniczny wsi polskiej lat 30-tych XX wieku nie uległ znaczącej poprawie i był nadal bardzo zły. Przyczyniały się do tego dwa czynniki, tj. nędza mieszkańców wsi oraz brak opieki lekarskiej. Niski poziom życia materialnego ludności wiejskiej powodował, że zakup chociażby kostki mydła był ogromnym problemem i najczęściej nie był dokonywany (Kaszubski 1937, s. 112). W miastach omawianego okresu sytuacja sanitarno-higieniczna również pozostawała wiele do życzenia. Zauważalny był dotkliwy brak wodociągów i kanalizacji. Wg ówczesnych statystyk tylko 153 miasta posiadało wodociągi (najwięcej w woj. zachodnich - 96, najmniej wschodnich - tylko 4), kanalizację jedynie 149 miast (najwięcej w woj. zachodnich - 77, najmniej wschodnich - tylko 1). Oprócz braku wodociągów i kanalizacji istniały ogromne braki w liczbie studzien i ustępów (przypadała 1 studnia na 1000 mieszkańców i 1 ustęp na 7500 tys. mieszkańców). Dużym problemem był również niski poziom higieny osobistej mieszkańców miast, czemu sprzyjały braki kąpielisk publicznych (tylko co 5-6 osiedle posiadało takie kąpielisko) (Ostromięcki 1935, s. 459-460).

Troska o poprawę sytuacji higienicznej polskiej wsi międzywojennej stała się ważnym elementem aktywności działaczy społecznych, ale także władz administracyjnych, zwłaszcza w drugiej połowie lat dwudziestych i w latach trzydziestych, kiedy wprowadzono wiele przepisów sanitarnych i restrykcyj-

⁹ J. Słomka (1929): Pamiętnik włościanina od pańszczyzny do dni dzisiejszych, wyd. II, Towarzystwo Szkoły Ludowej, Kraków.

¹⁰ F. Magryś (1987): Żywot chłopca działacza, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.

nie podchodzono do ich realizacji. Nadzór sanitarny prowadzony był zarówno przez pion sanitarny, jak i administrację państwową.

Znanym powszechnie przejawem działalności o charakterze administracyjnym było budowanie tzw. sławojek, czyli drewnianych ubikacji na wsiach, czego inicjatorem był gen. Felicjan Sławoj Składkowski, z wykształcenia lekarz, mający wkład w poprawę warunków higienicznych i zdrowotnych mieszkańców wsi. W zarządzeniu wydanym dn. 26 marca 1926 r. (Okólnik Nr 47) obligował on do wystawienia na wsiach ustępów do dn. 1 listopada 1928 r. W „Okólniku Nr 173 z dnia 25 września 1928 r. w sprawie podniesienia zdrowotności i wyglądu Kraju” Minister Składkowski ogłosił nowe hasło przewodnie które brzmiało „Wyjść z pracą na wieś”, jednocześnie przesunął termin realizacji zarządzenia z 26 marca 1926 r. na dzień 1 marca 1929 r. (Łopatto, Łazorowicz i in. 1929, s. 5-8).

W omawianym okresie pojawiło się także szereg aktów prawnych odnoszących się kwestii higieny i zdrowia na wsi – (zob. ¹¹).

Ważnym wydarzeniem na szczeblu centralnym dla wypracowania kierunków działań na rzecz poprawy sytuacji higienicznej i zdrowotnej miast i wsi miało powołane dnia 4 czerwca 1918 r. pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, które 30.X.1918 r. podzieliło się na Ministerstwo Ochrony Pracy oraz Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej, którego kierownikiem był W. Chodźko. Wśród wielu działań podejmowanych przez Ministerstwo znalazły się te z zakresu higieny, m.in.: higiena publiczna, walka z chorobami zakaźnymi, higiena i inspekcja

11

- Rozporządzenie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Spraw Walki z Epidemiami z dnia 10 czerwca 1921 r., wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych w przedmiocie utrzymania porządku w domach, na dziedzińcach chodnikach i jezdniach w gminach wiejskich (Dz.U. z 1921 r. Nr 55, poz. 346).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o usuwaniu nieczystości i wód opadowych (Dz.U. z 1928 r. Nr 32, poz. 311).
- Przepisy policyjno-budowlane. Tytuł II, Przepisy dla gmin wiejskich. Rozdział 10. Ustępy, gnojówki i odprowadzanie nieczystości, Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 lutego 1928 r., o prawie budowlanym i zabudowaniu osiedli (Dz.U. z 1928 r. Nr 23, poz. 202).
- Instrukcja w sprawie urządzania gnojowisk i ustępów w gospodarstwach wiejskich z dnia 26 stycznia 1928 r. wydana przez Naczelnika Wydziału Rolnictwa Z. Pomianowskiego.
- Rozporządzenie Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych w przedmiocie budowy i utrzymania studni, (Dz. U. z 1920 r. Nr 102, poz. 677).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o zaopatrywaniu ludności w wodę (Dz.U. z 1928 r. Nr 32, poz. 310).
- Przepisy policyjno-budowlane. Tytuł II, Przepisy dla gmin wiejskich. Rozdział 9. Studnie (Dz.U. z 1928 r. Nr 23, poz. 202).
- Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Nr 142 z dnia 14 sierpnia 1930 r.) o wymaganiach sanitarno-higienicznych przy projektowaniu ludowych zakładów kąpielowych.

mieszkań, higiena rzemiosł. W 1919 r. na skutek sporów kompetencyjnych wyłonione zostało odrębne Ministerstwo Zdrowia Publicznego na czele którego stanął jako minister dr Tomasz Janiszewski (Górny 1976, s. 486).

Realizacja zaleceń zawartych w aktach prawnych wymagała rygorystyki ze strony władz, ze względu na wciąż dość niski poziom wiedzy i przekonania ludności wiejskiej, zwłaszcza chłopstwa i robotników rolnych, co do celowości podejmowanych inicjatyw higienizacyjnych.

Poprawa sytuacji higienicznej i jakości opieki zdrowotnej ludności wiejskiej w okresie międzywojennym znajdowała się wśród priorytetowych działań wybitnych lekarzy, higienistów, a zarazem działaczy społeczników, m.in. Witolda Chodźki i Marcina Kacprzaka.

Rozległe i ambitne działania Chodźki na rzecz rozwoju higieny i higienizacji przy udziale służby zdrowia stały się ważnym elementem prac prowadzonych przez niego w czasie pełnienia funkcji Ministra Zdrowia Publicznego (1919-1923) oraz funkcji dyrektora Państwowej Szkoły Higieny (Kosiński 1987a, s. 5). Natomiast idea higienizacji wsi polskiej realizowana przez Kacprzaka znajdowała swój wyraz w licznych jego publikacjach. Ten wybitny uczony podkreślał, że praca higienistów nie jest doceniana nawet przez lekarzy. Wręcz większość z nich patrzy na nią lekceważąco z punktu widzenia fachowości, ale też przez pryzmat uzyskiwanych wyników i stosowanych metod. Autor podkreślał również, że przeciętny lekarz uważa się za kompetentnego i przygotowanego do sprawowania funkcji lekarza higienisty, a samą działalność w tej dziedzinie traktuje jako gorszy gatunek pracy – co nie jest prawdą. Ma to swoje źródło w braku fachowców w tej dziedzinie i w niskim poziomie tej formy ochrony zdrowia (Kacprzak 1933, s. 15).

Kacprzak sygnalizował również, że najpilniejszą i główną dziedziną, którą powinni zająć się specjaliści z zakresu zdrowia i higieny w celu podniesienia stanu zdrowia mieszkańców wsi jest higiena otoczenia na wsi (podwórza, studnie, ustępy). Istotnym elementem działań higienizacyjnych na wsi, zdaniem tego badacza i społecznika, powinny być ogólnodostępne łaźnie i przyzwyczajenie ludzi do korzystania z nich. Alarmował on również, że pilnej interwencji wymaga stan mieszkań, ich wielkość (ciemne, wilgotne, zbyt ciasne, brudne, przeludnione). Za bardzo ważne uznawał popularyzację higieny osobistej mieszkańców wsi, i zmianę ich postaw wobec własnego zdrowia, którzy muszą się upewnić w przekonaniu, że mają znaczący wpływ na własne zdrowie, o które należy bardziej niż dotąd się troszczyć i codziennie dbać. Wyraźnie sprzeciwiał się by odbywało się to na drodze narzuconych odgórnie przepisów (Kacprzak 1936a, s. 439-442).

Duży wkład w poprawę sytuacji higienicznej mieszkańców wsi, w omawianym okresie mieli także specjaliści z dziedziny budownictwa sanitarnego, w tym m.in. mgr inż. Zygmunt Rudolf (współtwórca inżynierii sanitarnej w Polsce) i mgr inż. Aleksander Szniołlis.

Rudolf zauważał duże braki w planowaniu wsi, co zresztą nie dotyczyło wyłącznie Polski, lecz także wielu innych krajów. Zwracał szczególną uwagę na sprawę mieszkaniową i konieczność zapewnienia ułatwień społecznych, w tym głównie przeprowadzenie elektryczności dla celów rolniczych, jak również na kwestię higieny – zaopatrzenie ludności w urządzenia do poboru wody i urządzenia do usuwania nieczystości (Rudolf 1937, s. 218).

Ponadto podkreślał, że osiągnięcie zamierzonych celów, wyrażających się w poprawie zdrowotności i higieny mieszkańców wsi, wymaga by osady miały skupioną zabudowę, co umożliwi i ułatwi zaopatrzenie ich w wodę, odprowadzenie ścieków, zapewni efektywniejszy nadzór sanitarny, ale nade wszystko wpłynie korzystnie na tworzenie wspólnych kąpielisk wiejskich i ich lepsze wykorzystanie, co stanowiło jeden z najważniejszych ówczesnych problemów w zakresie higieny wsi (Rudolf 1938, s. 669).

Do kwestii kąpielisk na wsi odnosił się również wspomniany Aleksander Szniolis. Jako specjalista zajmujący się inżynierią sanitarną zauważał ich deficyt na wsi, ale jednocześnie dostrzegając coraz większe wysiłki by je tworzyć, opracował wytyczne wzorcowego kąpieliska (zob. ¹²), a także zalecał by było one użytkowane jednocześnie przez 10-12 osób (Szniolis 1930, s. 442-443).

Ważnym elementem działalności mającej na celu poprawę sytuacji higienicznej na wsi według Kacprzaka były także wystąpienia na posiedzeniach i konferencjach, w których uczestniczyli specjaliści z dziedziny higieny, przedstawiciele rządu, działacze społeczni, najwybitniejsi mieszkańcy wsi. Za przykład może tu posłużyć konferencja w sprawie kultury wsi, która odbyła się w Warszawie w dniach 28-29 maja 1936 r. Uczestniczyło w niej w sumie ok. 450 osób. Wśród poruszanych problemów znalazła się kwestia niedostatecznego poziomu higieny otoczenia i higieny osobistej mieszkańców wsi. Problem ten omawiany był w Komisji Gospodyń Wiejskich, na której podkreślano, że organizacje kobiece powinny mieć swój istotny wkład w krzewienie oświaty w zakresie higieny zarówno wśród kobiet, jak też całych rodzin chłopskich (Kacprzak 1936b, s. 592).

¹² Wytyczne dla kąpielisk budowanych na wsi opracowane przez A. Szniolisa:

- właściwe położenie – najlepiej w środku osiedla, by droga do niego dla mieszkańców była jak najkrótsza oraz umiejscowione w punkcie posiadającym odpowiednie źródło wody i łatwy odpływ dla ścieków.
- odpowiedni budynek – zbudowany z bezpiecznych materiałów, ogniotrwałych i odpornych na działanie wody oraz z odpowiednio grubymi murami, chroniącymi przed utratą ciepła,
- właściwie rozplanowane wnętrze, maksymalnie wykorzystana powierzchnia, kubatura adekwatna do liczby osób kąpiących się,
- przestrzegane powinny być zasady bezpieczeństwa (kotły parowe winny znajdować się w osobnym budynku, podłoga powinna nie być śliska, drzwi zawsze otwierać się w kierunku wyjścia),
- właściwe zaopatrzenie w wodę zimną i ciepłą,
- całość powinna być tania w budowie i użytkowaniu (Szniolis 1930, s. 442-443).

W ruch higienizacyjny, powiązany z działalnością oświatową, żywo zaangażowała się również młodzież. W znacznej mierze wynikało to z sytuacji wsi, która pozbawiona była dostatecznej liczby szkół podstawowych, jak również ośrodków zajmujących się doszkadzaniem osób dorosłych. Celem takich inicjatyw było wydzwignięcie wsi z ciemnoty i zacofania.

Młodzież zrzeszająca się w wiejskich organizacjach młodzieżowych szczególnie rangę przypisywała wychowaniu uwzględniającemu kulturę sanitarną i popularyzowanie wiedzy o zdrowiu. Wyrażała też pogląd, że zachowania antyhigieniczne wynikają z braku wiedzy i odpowiednich nawyków, a przez to nie powinny one podlegać naciskom administracyjnym i karom. Przedstawicielem takich poglądów był m.in. Ignacy Solarz (Posłuszna 2007, s. 118).

Tuż po odzyskaniu niepodległości, dużą uwagę rozpowszechnianiu wiedzy z zakresu higieny poświęcał Centralny Związek Młodzieży Wiejskiej (CZMW). Najczęściej stosowaną formą propagowania tematyki sanitarno-higienicznej były pogadanki głoszone przez młodzież wiejską, a wśród nich dominowały m.in. tematy odnoszące się do higieny osobistej, higieny mieszkania i gospodarstwa, kąpielisk czy pielęgnacji dziecka (Pawłowski, Zieliński 1977, s. 129).

Poważny wkład w rozwój oświaty zdrowotnej i rozbudzenie ruchu higienizacyjnego na wsi miał również Związek Młodzieży Wiejskiej Rzeczypospolitej Polskiej „Wici” (ZMW RP „Wici”). Czołowym przedstawicielem ruchu wiciowego był lekarz Jan Jaworski, głoszący wiele wykładów z dziedziny higieny na kursach społeczno-oświatowych. W bibliotekach kół młodzieży wiejskiej zaczęła coraz częściej gościć literatura upowszechniająca problematykę higieny, a w tym zwłaszcza popularną „Zdrowie w chacie wiejskiej” autorstwa Marcina Kacprzaka (Kowal 1964, s. 200-202).

Na przemiany społeczne i gospodarcze wsi okresu międzywojennego znaczący wpływ miało szkolnictwo rolnicze i spółdzielcze. Dla ruchu higienizacji wsi szczególnie ważne były szkoły rolnicze (zob. ¹³), które poza budzeniem świadomości narodowej u młodzieży, dzięki realizowanemu programowi nauczania, stanowiły ważną siłą napędową zmian kulturowych środowiska wiejskiego. Wzorowały się one w znacznej mierze na „zaraniarskich” szkołach rolniczych z terenu byłego Królestwa Polskiego. W czołówce placówek, których uczniowie, przy pomocy i wsparciu kadry nauczycielskiej, najbardziej angażowali się w rozwój wsi znalazły się szkoły rolnicze m.in. w Dąbrowie Zduńskiej, Albigowej koło Łañcuta, Krasieninie koło Lublina (Biernacka 1983, s. 115-116)

Ważny aspekt edukacyjno-popularyzatorski, zwłaszcza wśród najmłodszych mieszkańców wsi, odgrywała twórczość pisarzy i poetów okresu mię-

¹³ Tworzenie szkół rolniczych w okresie międzywojennym odbywało się na mocy Ustawy z dnia 9 lipca 1920 r. o ludowych szkołach rolniczych (Dz.U. Nr 62, poz. 398). Zakładała ona możliwość powoływania zarówno publicznych, jak i prywatnych placówek.

dzwojennego, w tym głównie Ewy Szelburg-Zarembiny, Janiny Porazińskiej, Jana Brzechwy (zob. ¹⁴). Można by rzec, że w znacznej mierze były to apele o zachowanie podstawowych zasad higieny m.in. w kontekście mycia ciała, prania swoich rzeczy czy dbałości o czystość pomieszczeń mieszkalnych (Stypułkowski 2002, s. 138).

Znaczącą rolę edukacyjną pełniły także podręczniki do nauki higieny przeznaczone dla różnych kategorii wiekowych odbiorców. Dużą popularnością cieszył się m. in. podręcznik „Higiena” dra Kazimierza Zgórskiego, adresowany do uczniów szkół powszechnych. Autor w sposób usystematyzowany i przystępny, opatrując licznymi obrazkami, przekazywał wiedzę na temat anatomii i fizjologii ciała, higieny osobistej, a także informacje dotyczące higieny publicznej (zob. ¹⁵). Równie ważne miejsce zajmował „Podręcznik higieny” dr Matyldy Biehlerowej, polecany przez Radę WTH (zob. ¹⁶).

Okres międzywojenny obfitował w działania związane ściśle z ruchem higienizacji wsi. Przebiegały one wielotorowo przy udziale wielu podmiotów, rekrutujących się z gremiów naukowych, decydenckich, młodzieżowych i kulturowych. Ich poczynania wymagały ogromnego wysiłku, polegającego nie tylko na przekazywaniu fachowej wiedzy z zakresu higieny, ale przede wszystkim kształtowaniu postaw prozdrowotnych mieszkańców wsi.

Okazało się, że do wypracowania nowych standardów higienicznych, będących immanentnymi elementami ruchu higienizacji wsi, konieczne jest wielokierunkowe oddziaływanie organów administracji publicznej oraz organizacji i instytucji. Wdrożenie ich wśród ludności wiejskiej należało do priorytetowych zadań ruchu.

3. Higienizacja wsi powojennej

Sytuacja higieniczna wsi polskiej bezpośrednio po II wojnie światowej była bardzo zła. Szczególnie dużemu zniszczeniu uległy budynki mieszkalne i go-

¹⁴ E. Szelburg-Zarembina, Kot i Renia (w:) E. Szelburg-Zarembina, Idzie niebo ciemną nocą, opr. H.J. Grabiński, Warszawa 1966, s. 76.

E. Szelburg-Zarembina, Tu mydło, tu gąbka (w:) E. Szelburg-Zarembina, Idzie niebo ciemną nocą, opr. H.J. Grabiński, Warszawa 1966, s.60.

J. Porazińska, Koszulka Małgosi (w:) J. Porazińska, Nad wiślaną wodą, Warszawa 1971, s. 138.

J. Brzechwa, Król i błazen (w:) J. Brzechwa, Sto bajek, Warszawa 1982, s. 188-190.

J. Brzechwa, Tulipan i róża (w:) J. Brzechwa, Sto bajek, Warszawa 1982, s. 89-90.

J. Brzechwa, Brudas (w:) J. Brzechwa, Sto bajek, Warszawa 1982, s. 138.

¹⁵ K. Zgórski (1925): Higiena. Podręcznik dla szkół powszechnych, wyd. V, Instytut Wydawniczy „Biblioteka Polska”, Warszawa.

¹⁶ M. Biehler (1921): Podręcznik higieny, G. Geberthner i Spółka, Warszawa. (Podręcznik ten składa się ze wstępu i 16 rozdziałów, w których autorka poddała analizie m.in. higieniczny aspekt użytkowania mieszkań, usuwania odpadów, odżywiania, opisała ważniejsze choroby zakaźne i ich przyczyny oraz instytucje i zakłady użyteczności publicznej).

spodarskie. Nader dotkliwe były rozprzestrzeniające się choroby zakaźne oraz brak ogólnodostępnej opieki lekarskiej.

Lata 50-te XX wieku to okres charakteryzujący się bardzo niskim poziomem stanu higieniczno-sanitarnego domostw wiejskich. Szczególne deficyty zauważalne były m. in. w sferze higieny osobistej (brak łaźni), braku dostępu do wody dobrej jakości, katastrofalnym stanie asenizacji osiedli wiejskich, braku ustępów lub ich bardzo złym stanie (Danielski 1958a, s. 308-309; Wawrzyszuk 1964, s. 210). Zauważalne były wyraźne dysproporcje pomiędzy stanem sanitarno-higienicznym poszczególnych regionów Polski. W najgorszej sytuacji znajdowały się osiedla wiejskie położone na terenach wschodnich i południowo-wschodnich, a także częściowo terenach centralnych Polski (Danielski 1959, s. 208). Taka sytuacja stała się głównym przyczynkiem do podjęcia wielu badań, których celem była dogłębna ocena stanu sanitarno-higienicznego wsi, skutkująca podjęciem działań naprawczych w tej dziedzinie.

Na początku lat 50-tych minionego wieku Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie przeprowadził takie badania dotyczące stanu sanitarnego dziesięciu państwowych gospodarstw rolnych, sześciu państwowych ośrodków maszynowych i czterech spółdzielni produkcyjnych Lubelszczyzny. Na szczególną uwagę zasługiwał problem złego zaopatrzenia w wodę pod względem ilościowym i jakościowym, często nie spełniającej podstawowych wymogów sanitarnych. Istotnej poprawy wymagał również stan higieny osobistej, zaopatrzenia w urządzenia do mycia się, prania bielizny, kąpeli. U około 65% badanych stwierdzono zły stan uzębienia, u 20% dzieci w wieku szkolnym – wszawicę. Także wiele do życzenia pozostawiały warunki lokalowe i sanitarne budynków gospodarskich. Wiele z nich miało za małą kubaturę, brakowało odpowiedniego odprowadzania ścieków, nie izolowano chorych na gruźlicę i brucelozę zwierząt od zwierząt zdrowych (Danielski 1954a, s. 400-401).

Podobnie złą sytuację higieniczno-zdrowotną wykazały badania przeprowadzone w ramach obozu naukowo-społecznego Akademii Medycznej w Lublinie w 1955 r. na terenie trzech gromad: Sosnowica, Dębowa Kłoda i Kodeniec (Danielski, Wawrzyszuk i in. 1957) czy też badania Obozu Społeczno-Naukowego Warszawskiej Akademii Medycznej wśród mieszkańców gminy Strzegowo (Bober-Klaska, Kowalska i in. 1957). Wśród problemów wymagających pilnego rozwiązania, jak pokazały badania obydwu tych zespołów naukowo-badawczych, na pierwszy plan wysuwały się: zły stan budynków mieszkalnych i gospodarczych, niedostateczny stan higieny osobistej i higieny żywienia, zaopatrzenie w wodę i asenizacja. Problemy te wynikały w znacznej mierze z braku odpowiedniej świadomości higienicznej ludności, powszechnego braku urządzeń sanitarnych, a także ze specyfiki pracy w rolnictwie (trudne warunki pogodowe oraz ciężka i brudząca praca). Dla poprawy stanu zdrowotnego mieszkańców wsi równie ważne było zapewnienie mieszkańcom

fachowej opieki lekarskiej i utworzenie ośrodków zdrowia (Danielski, Wawrzyszuk i in. 1957, s. 311; Bober-Klaska, Kowalska i in. 1957, s. 440-441).

Ważne miejsce w tego rodzaju badaniach lat 50-tych zajmowała wieś płocka. W znacznej mierze miały one charakter porównawczy (zob. ¹⁷), a odniesieniem był stan sanitarno-higieniczny wsi płockiej z lat 1932-1933 przedstawiony przez Marcina Kacprzaka w monografii „Wieś płocka, warunki bytowania” wydanej w 1937 r. Te badania płockie realizowali uczestnicy Obozu Społeczno-Naukowego Akademii Medycznej w Warszawie. Wynika z nich, że stan sanitarny zagród wiejskich, w ciągu 20 lat po badaniach Kacprzaka, uległ tylko nieznacznej poprawie. Izby mieszkalne wprawdzie utrzymane były w czystości, to jednak podwórza w większości obejść były brudne, zaśmiecone, z gnojowiskiem zajmującym nieraz większą część obejścia, z zawałającymi się ustępami lub z ich zupełnym brakiem. Unikatem nadal na wsi był śmietnik, a śmieci wyrzucano do obory, chlewa, czasem do specjalnie wykopanego dołu. Zaopatrzenie w wodę było największym problemem w domowych gospodarstwach bezrolnych bo aż 52,7% nie posiadało własnych studni i w 35,8% gospodarstw małorolnych. Jednocześnie studnie posiadało 99% dużych gospodarstw. Wyniki te były zbieżne z wynikami z badań Kacprzaka (Bartnik, Bogacz i in. 1958, s. 45-51).

Poziom higieny osobistej po niemal 25 latach od badań Kacprzaka uległ znacznej poprawie, ale nadal był niedostateczny. Mycie ciała odbywało się w miskach, często używanych również do celów spożywczych, do mycia naczyń i odbywało się sporadycznie – przed świętami lub uroczystościami rodzinnymi. Mycie codzienne zwykle ograniczało się do rąk i twarzy, a wieczorem, głównie w okresie letnim, do mycia nóg. Ręcznik w 65,4% przypadków był jeden dla wszystkich (u Kacprzaka 70,3%). Mydło używane było we wszystkich badanych gospodarstwach (u Kacprzaka w 87,8%). Wyższy poziom higieny osobistej zauważalny był u mieszkańców, których chociaż jeden członek rodziny uczył się lub pracował w mieście (Bartnik, Bogacz i in. 1958, s. 67-68).

Wyniki badań Mystkowskiej-Gorazdowskiej potwierdziły znaczną poprawę higieny osobistej (większe zużycie mydła, korzystanie z wiader, misek, ręczników), a także spadek liczby osób przypadających na jedną izbę, lepsze umeblowanie mieszkań. Jednocześnie, zdaniem autorki, pogorszeniu uległy warunki higieny komunalnej, co wyrażało się brakiem remontów budynków mieszkalnych i gospodarczych (brak materiałów budowlanych), złym zaopatrzeniem gospodarstw w ustępy, brakiem śmietników, niskim poziomem higienicznym wody pitnej, pochodzącej najczęściej ze studni kopanych (Mystkowska-Gorazdowska, Suwała 1958, s. 104).

¹⁷ M. Mystkowska-Gorazdowska, Z. Suwała (1958): Badania stanu sanitarno-higienicznego wsi płockiej, *Zdrowie Publiczne*, 2, 1958, s. 89-106.

T. Bartnik, J. Bogacz i in. (1958): *Wieś płocka dzisiaj i przed dwudziestu laty*, PZWL, Warszawa.

Maria Szczawińska, działaczka ludowa omawianego okresu, żywo zaangażowana w sprawę poprawy higieniczno-sanitarnej wsi podkreślała konieczność budowy ustępów przy każdej zagrodzie, a także przy obiektach publicznych, m.in. szkołach, przedszkolach, gminnych spółdzielniach, remizach strażackich. Sygnalizowała również pilną konieczność budowy łaźni, funkcjonującej nawet tylko w lecie, kiedy to ciało człowieka szczególnie się poci i brudzi podczas prac polowych, jak również budowę wspólnej dla całej wsi pralni, gdyż pranie i suszenie bielizny, ubrań w warunkach domowych, w ciasnych pomieszczeniach było trudne (Szczawińska 1958, s. 12-14). Poza budową wspomnianych urządzeń sanitarnych równie ważne było by spełniały one odpowiednie wymogi higieniczne. Wśród głównych zaleceń znajdowały się te, które sugerowały, że: studnie powinny być murowane z betonowych kręgów i zaopatrzone w pompę, zaś publiczne powinny być wiercone (głębokie), z kolei ustępy na posesjach prywatnych powinny być typu skrzynkowego, a te o charakterze publicznym posiadać szczelne doły kloacalne. Dodatkowo, za niezbędny ich element uznano wietrzniki (Danielski 1958b, s. 175-176; Gasikowa 1959, s. 95-98). Z kolei Marcin Kacprzak, oprócz konieczności realizacji wspomnianych powyżej zadań, dodatkowo podkreślał konieczność poprawy warunków mieszkaniowych (wielkość izb, ich liczba, nasłonecznienie, wentylacja) i dbałości o higienę osobistą (mycie, posiadanie oddzielnego ręcznika, grzebienia itp., zmiana bielizny i odzieży). Apelował by zwrócić również uwagę na higienę pracy na wsi (użytkowanie maszyn, chemizację) (Kacprzak 1954, s. 341-343).

Okres powojenny to czas tworzenia Państwowych Gospodarstw Rolnych (PGR). Ich stan sanitarno-higieniczny, podobnie jak stan gospodarstw rolnych indywidualnych, pozostawiał wiele do życzenia. Z badań przeprowadzonych w latach 1952-1957 przez zespół badawczy IMPiHW wśród osób zatrudnionych w kilku Państwowych Ośrodkach Mechanizacyjnych (POM) i PGR-ach na Lubelszczyźnie (w sumie 1065 osób) wynikało, że stan sanitarny mieszkań u 27,6% spośród nich był zły, 13,5% badanych nie stosowało się do elementarnych zasad higieny osobistej, woda w studniach (w 90% kopanych) niemal w 100% zawierała szczepy bakterii E.coli, a na 737 zbadanych ustępów jedynie stan 64 oceniono jako zadowalający (Freitag, Danielski 1958, s. 125).

Tragiczną sytuację sanitarno-higieniczną pokazały także badania przeprowadzone wśród ludności zamieszkującej 32 PGR-y na terenie powiatu niedzickiego, położonego w dawnym województwie olsztyńskim. Żaden z budynków mieszkalnych nie posiadał kanalizacji, a tylko do 5,4% doprowadzona była woda. W żadnym z badanych PGR-ów nie było łaźni ogólnej, funkcjonowały jedynie dwie łaźnie przy gorzelniach gospodarstw, które udostępniane były jedynie ich pracownikom. Aż w 18 na 32 PGR-y zanotowano brak śmietników (Borkowski, Krawiecka 1967, s. 50-52). Niekorzystną sytuację pod względem higieny osobistej i higieny mieszkań odzwierciedlają również ba-

dania A. Stankiewicz z Zakładu Higieny IMPiHW w 1955 r., którymi objęła 105 pracowników rolnych uspołecznionych gospodarstw rolnych i 446 pracowników gospodarstw indywidualnych na terenie woj. lubelskiego. Z danych uzyskanych przez Stankiewicz wynika, że u co piątego badanego pracownika uspołecznionego gospodarstwa rolnego stan czystości ciała oceniony był jako zły (adekwatnie u 23,2% rolników indywidualnych), stan czystości bielizny uzyskał najniższą notę aż u 30,5% spośród nich (adekwatnie u 28,1% rolników indywidualnych), a niemal co czwarty badany pracownik (23,8%) żył w warunkach mieszkaniowych ocenionych jako niedostateczne (adekwatnie 33,5% rolników indywidualnych) (Stankiewicz 1957, s. 68-71).

Chociaż PGR-y z lat pięćdziesiątych minionego wieku były miejscami szczególnie zaniedbanymi pod względem sanitarnym to jednocześnie, zdaniem Jana Danielskiego, miały one, podobnie jak uspołecznione gospodarstwa i spółdzielnie produkcyjne, szansę na najszybsze dokonanie zmian i przodowanie w ugruntowaniu podstaw higieny, a także kultury w życiu zbiorowym. Sprzyjać temu miał sposób prowadzonej działalności w obrębie wspomnianych gospodarstw, oparty o przepisy i bezpośredni nadzór (Danielski 1954b, s. 53).

Ogólna ocena sanitarno-higienicznych warunków bytowych ludności wiejskiej oraz ocena jej stanu zdrowia w latach 60-tych XX wieku pokazała, że na wsi w porównaniu z miastami miała miejsce większa umieralność ogólna, szczególnie umieralność niemowląt, większa zachorowalność, w szczególności na choroby zakaźne, niski stan higieny osobistej, braki w zakresie podstawowych urządzeń sanitarnych (studnie, ustępy), zacofanie w poglądach co do przyczyn powstawania chorób, brak miejsc do składowania i utylizacji śmieci, niewłaściwym odprowadzaniu ścieków (Grzymała 1964, s. 58; Rafalski 1969a, s. 667; Horodecka 1969, s. 70-71).

W 1964 r. Ośrodek Badania Opinii Publicznej (OBOP) przeprowadził badania reprezentatywne na próbie 3000 gospodyń wiejskich, wykorzystując do tego ankietę „Mój dom i zdrowie rodziny”. Analizie poddano 2726 ankiet. Z przeprowadzonych badań wynika, że postawy wobec spraw zdrowia i higieny zróżnicowane były ze względu na warunki mieszkaniowe respondentów i niezależne od wielkości gospodarstwa. Systematyczne mycie dzieci odbywało się trzykrotnie częściej wśród rodzin mieszkających w domach mało zagęszczonych niż tych przeludnionych. Dbalność o higienę zdecydowanie bardziej była zauważalna w rodzinach zamożniejszych, a na postawy wobec zdrowia i higieny w podobnym stopniu co zamożność, miały wpływ uwarunkowania społeczno-kulturowe (Pawelczyńska 1966, s. 43-44, 77).

Lata sześćdziesiąte minionego wieku to okres wciąż bardzo złej sytuacji sanitarno-higienicznej wsi wschodniej Polski. Badania przeprowadzone przez Zytę Podlaską na terenie wsi białostockich w latach 1963/64 pokazały, że stan pomieszczeń mieszkalnych większości domostw nie odpowiadał podstawowo-

wym wymogom higienicznym. Podłogi w pokojach wykonane były z drewnianych desek, różnej grubości ze szparami, często połamanych, kuchenne podłogi zrobione były z gliny lub mieszaniny gliny i cementu. Tragicznej jakości była również jakość wody pitnej pochodzącej ze studni kopanych, cembrowinowych, z których najczęściej korzystało po kilka sąsiadujących gospodarstw, co dodatkowo zwiększało stopień ich zanieczyszczenia. Duże zagrożenie epidemiologiczne pochodziło także z ustępów, w większości skonstruowanych z drewna, z płytkim dołem kloacznym, które dodatkowo były zwykle brudne i wykonane z odpadowych materiałów (Podlaska 1968, s. 136-137).

Z kolei Marcin Kacprzak alarmował o tragicznych wręcz warunkach lokalowych i higieniczno-sanitarnych w szkołach, w omawianym okresie. Wiodącym problemem, w jego ocenie, było usuwanie nieczystości i utrzymywanie miejsc ustępowych (około 200 szkół w kraju nie miało jeszcze w ogóle własnych ustępów). W szczególnie niekorzystnej sytuacji znajdowali się uczniowie szkół wiejskich. O ile w miejskich szkołach coraz częściej byli oni obejmowani opieką lekarzy higienistów, którzy kształcili się w tej dziedzinie po wprowadzeniu przez Ministerstwo Zdrowia w 1963 r. dwustopniowej specjalizacji z higieny szkolnej, a także opieką pielęgniarek-higienistek, to w wielu szkołach na wsi na skutek braku wykwalifikowanego personelu medycznego wprowadzono p.o. higienistów rekrutujących się z kadry nauczycielskiej, kształconych jedynie na dwutygodniowych wakacyjnych kursach przez PCK (Kacprzak 1964, s. 304-306).

Priorytetowe działania higienizacyjne na wsi polskiej pod koniec lat 60-tych XX w. miały na celu podniesienie stanu zdrowotnego ludności wiejskiej. Chodziło o likwidację zagrożeń ze strony zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych, a także zabezpieczenie podstawowych wymagań higieny w odniesieniu do nowych inwestycji, zaopatrzenie wsi w dobrą wodę, prawidłowa asenizacja na wsi, planowanie przestrzenne i budownictwo na terenie wiejskim (Rafalski, Umińska i in. 1968, s. 173-174).

W latach 70-tych do głównych problemów higieny bytowania na wsi nadal należało zaopatrzenie wsi w wodę, asenizacja, zapewnienie wyposażenia higienicznego mieszkań, higiena osobista oraz higiena żywności i żywienia (Rafalski 1980, s. 130; Byzdra 1977, s. 5-24). Na początku lat 70-tych tylko 4,5% miejscowości wiejskich posiadało sieć kanalizacyjną. W drugiej ich połowie więcej niż co drugie gospodarstwo miało zlokalizowane studnie w zbyt małej odległości od ścieków, a co za tym idzie używana woda była bardzo niskiej jakości. W 1977 r. oceniono, że woda aż z ok. 40% studni publicznych i ok. 70% studni indywidualnych nie odpowiadała wymogom sanitarnym, a jej stan wciąż ulegał pogorszeniu (Ignar 1987, s. 85-87).

Działania na rzecz poprawy sytuacji higienicznej mieszkańców powojennej wsi polskiej zakrojone były na szeroką skalę, prowadziły je liczne gremia działaczy, w tym głównie lekarzy, społeczników, przedstawiciele rządu, instytu-

cje zajmujące się ochroną zdrowia, a także wiele organizacji funkcjonujących na wsi. W ruch higienizacyjny w omawianym okresie włączało się wielu indywidualnych i zbiorowych uczestników, przestawał być on ruchem żywiołowym, a stawał ruchem uporządkowanym, zinstytucjonalizowanym.

Tuż po II wojnie światowej tradycje wychowania higienicznego kultywowane były przede wszystkim przez PCK. W 1950 r. w PZH powstał Ośrodek Metodyczno-Naukowy Oświaty Sanitarnej, przekształcony później w Zakład Oświaty Sanitarnej. W ciągu kilku następnych lat przy wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych tworzone były oddziały oświaty sanitarnej, a w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych - działali instruktorzy. Komisja Koordynacyjna Organizacji Społecznych do Spraw Oświaty Sanitarnej w PCK zrzeszała szereg organizacji zajmujących się popularyzacją wiedzy na wsi z zakresu higieny, m.in. szkoły zdrowia Związku Młodzieży Wiejskiej, koła zdrowia Związku Harcerzy Polskich oraz uniwersytety powszechne Towarzystwa Wiedzy Powszechnej (Wentlandtowa 1969, s. 510-511). PCK od końca lat 40-tych prowadził stałą pracę oświatowo-sanitarną, dysponujący aktywem społecznym liczącym wiele setek tysięcy osób, za którego pośrednictwem starał się podnieść kulturę sanitarną na wyższy poziom, poprzez kształcenie młodzieży w ratownictwie, motywowanie do prowadzenia pogadanek, szerzenia czytelnictwa, wydawanie czasopisma „Zdrowie”, broszur (Stępniewski 1954, s. 412- 413).

W organizację oświaty sanitarnej włączone było również Polskie Towarzystwo Higieniczne (Just 1970, s. 458), jednak szczególnie udział w nurcie działań oświatowych na wsi miały wydziały zdrowia prezydiów rad narodowych. Formy oświaty sanitarnej realizowane przez nie to głównie: żywe słowo (głównie pielęgniarki i lekarza wiejskiego), a także wydawnictwa popularne, tablice szkoleniowe, gazetki ściennie, wystawy miejscowe i wyjazdowe, filmy. Warto podkreślić, że lata 50-te XX wieku charakteryzowały się pokaźnym dorobkiem na polu wydawnictw oświatowo-sanitarnych. W latach 1953-1954 rozpowszechnionych było 93 pozycji literatury o tej problematyce, plan na 1955 rok zakładał 125 pozycji, z czego 36 wyłącznie dla wsi (Grynberg 1954, s. 363). Należy dodać, że oświata sanitarna, rozumiana jako uświadamianie społeczeństwa we wszystkich sprawach dotyczących higieny, ochrony zdrowia indywidualnego i społecznego, a także uświadamianie każdego człowieka, jak ma korzystać z istniejących urządzeń i instytucji służby zdrowia, immanentnie była związana z ruchem higienizacyjnym, ale również stanowiła bazę medycyny zapobiegawczej (Kacprzak 1961a, s. 20). Zdaniem Marcina Kacprzaka, głównymi jej krzewicielami, poza specjalnie powołanymi do tego osobami, powinni być lekarze, nauczyciele i pracownicy społeczni (Kacprzak 1957, s. 56). Ruch higienizacji wsi rozwijał się na terenie Polski głównie z inicjatywy Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie (IMPiHW). Szczególne osiągnięcia ruch ten miał na terenie Wielkopolski i Lubelszczyzny, najintensywniej rozwijał się w latach 50-tych XX

wieku, w swej początkowej fazie ukierunkowany był na sprawy wody (studni i wodociągów wiejskich) (Parnas 1959, s. 64). Wtórny objawem wolniejszych przeobrażeń gospodarczych i kulturowych na wsi w porównaniu z miastami było odczuwanie przez ludność wiejską coraz to większych potrzeb higieniczno-zdrowotnych. W celu ich realizacji mieszkańcy wsi sami podejmowali zbiorowe wysiłki, które w połączeniu z celowymi działaniami służby zdrowia stanowiły istotę społecznego ruchu higienizacji wsi (Grzymała 1964, s. 60-61).

Na lata 50-te przypada rozbudowa nadzoru sanitarno-zapobiegawczego w postaci stacji sanitarno-epidemiologicznych i sanitarno-kwarantannowych, których celem miało być m.in. sprawowanie kontroli stosowania się do przepisów i wymogów przy konstruowaniu różnego rodzaju norm sanitarnych oraz sanitarnego nadzoru bieżącego, w skład zadań którego wchodziłoby m.in. szerzenie oświaty sanitarnej, zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych itp. (Rudziński 1952, s. 39-40).

Konieczność wzmożonej działalności w zakresie oświaty sanitarnej wynikała z faktu, że przez szereg lat była ona zaniedbana, nie znalazła odpowiedniego miejsca w organizacji służby zdrowia i w działalności personelu medycznego. Nie oznacza to jednak, że nic nie działo się w tym zakresie. Wielu lekarzy i wiele pielęgniarek podejmowało indywidualne działania higienizacyjne, jednocześnie służba zdrowia przeprowadziła kilka akcji propagandowych oświatowo-sanitarnych zakrojonych na szeroką skalę, zainspirowanych przez Ministerstwo Zdrowia, m.in.: praca oświatowo-sanitarna Naczelnego Komitetu do Walki z Epidemiami w latach 1945-1948. Podobną działalność inspirowało i prowadziło Ministerstwo Zdrowia oraz Polski Związek Przeciwweneryczny w związku z akcją „W” w latach 1948-1951. Efekty tych działań były zadowalające, ale chwilowe, ze względu na ich „akcyjność”, co dawało przekonanie, że są one tymczasowe (Stępniewski 1954, s. 412).

Połowa XX wieku to także okres tworzenia wiejskich spółdzielni zdrowia, które także miały w pewnym stopniu włączać się w higienizację wsi. Chociaż pierwsza taka spółdzielnia w Polsce powstała już w 1936 r. to większe zapotrzebowanie na ich istnienie pojawiło się po II wojnie światowej, kiedy to okazało się, że państwo nie jest w stanie zapewnić ludności wiejskiej należytej opieki zdrowotnej, stąd poszukiwanie form organizacyjnych, które by pozwoliły na wykorzystanie inicjatywy i zasobów finansowych ludności wiejskiej (Duszyński, Inglot 1964, s. 10).

Poza instytucjami leczniczymi opieki zdrowotnej w ruch higienizacji wsi włączały się również apteki wiejskie i małomiasteczkowe, które z chwilą upaństwowienia przestały być jedynie placówkami rozprowadzającymi leki wśród ludności wsi. Stały się one w ramach ruchu higienizacyjnego wsi szkołą życia sanitarnego dla społeczności lokalnej i mieszkańców szerszej okolicy, w której ludność ta pracuje, a także szkołą zdrowia. Udział aptek w pionie organizacyjno

-wykonawczym oświaty sanitarnej w Polsce wynikał z „Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowego zakresu działania oraz zasad i trybu postępowania państwowych inspektorów sanitarnych” z dnia 14 sierpnia 1954 r. (Dz.U. PRL nr 37 poz. 161). Rolą aptek wiejskich miała być ścisła współpraca z lekarzami wiejskimi, a także tworzenie laboratoriów masowych analiz lekarskich, służących profilaktyce zdrowotnej. Elementem łączącym działalność aptek z ogólnopolskim ruchem higienizacyjnym wsi miała być komórka higienizacji wsi przy Zarządzie Aptek. Poza współpracą z lekarzami farmaceutami mieli za zadanie współpracować z PCK, Ligą Kobiet, z komisjami przy radach, z komisją kultury i oświaty i władzami szkolnymi (Maziarz 1964, s. 98-99).

Warto nadmienić, że idea włączenia aptek w działania higienizacyjne pojawiła się już na początku XX wieku. W dniu 28 kwietnia 1903 r. na obradach Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego potrzebę taką sygnalizował znany aptekarz zamojski Zdzisław Kłossowski. W budynkach aptek, jego zdaniem, należało tworzyć pracownie analityczne dające możliwość badania bakteriologicznego, np. próbek mleka, wody, a także należało prowadzić analizy chemiczne dla potrzeb lekarskich, w tym głównie analiza moczu. Ostatecznie pomysł ten nie został wdrożony na szeroką skalę, ze względu na braki lokalowe, kadrowe, a przede wszystkim deficyty finansowe (Kłossowski 1903, s. 856).

Ważnym podmiotem ruchu higienizacyjnego wsi, podobnie jak w okresie międzywojennym, były organizacje młodzieżowe. Od 1958 roku pod patronatem Związku Młodzieży Wiejskiej prowadzone były „szkoły zdrowia”, które organizowały odczyty i pogadanki propagujące wiedzę z zakresu zachowań higienicznych i zachowań prozdrowotnych, ale także propagowanie inicjatyw higienizacyjnych, a nade wszystko wyrobienie określonych nawyków i przyzwyczajzeń z tej dziedziny (Horodecka 1969, s. 74-75).

Deficyty w zakresie higieny osobistej mieszkańców wsi (m.in. rzadkie mycie ciała czy sporadyczne pranie ubrań) stały się ważnym bodźcem do tworzenia wiejskich domów higieny (W.D.H). Ich idea zrodziła się na Lubelszczyźnie i tam w największym stopniu była realizowana (Biłek 1963, s. 12). Podstawą prawną działań domów higieny była Uchwała nr 78 Prezydium WRN w Lublinie z dnia 20 marca 1962 r. w sprawie rozwoju usług pralniczych i łaźnienniczych na wsiach województwa lubelskiego. Uchwała ta zobowiązywała prezydium powiatowych rad narodowych do wybudowania 33 wiejskich domów higieny w latach 1962-1965. W ich skład miały wchodzić: łaźnia (z kilkoma kabinami z natryskami i kilka kabin z wannami), pralnia zaopatrzona w pralnice, wirówkę, suszarkę i magiel, hotel (składający się z dwóch pokoi, jeden dla kobiet, jeden dla mężczyzn, posiadający w sumie kilka łóżek, także salon fryzjerski i poczekalnia. Realizacja idei budowy domów higieny była możliwa przy dużym zaangażowaniu społeczności wiejskich, w których tworzone społeczne komitety budowy, na czele których często stali lekarze, jak np. w Michowie, Tarnogrodzie, Zaklikowie. Wiejskie

domy higieny najwcześniej powstały na Lubelszczyźnie, głównie w powiatach: lubartowskim, biłgorajskim, krasnostawskim, kraśnickim, opolskim i puławskim (Jartych 1963, s. 152-156, 159). Otwarcie pierwszego Wiejskiego Domu Higieny na Lubelszczyźnie odbyło się w Michowie (powiat Lubartów) w maju 1963 r. W czerwcu tego samego roku otworzono WDH również w Tarnogórze (powiat Krasnostaw) (Komunikaty ruchu higienizacji wsi 1963, s. 245-246).

Stale rozwijający się w latach 50-tych i 60-tych ruch higienizacji wsi na terenie całego kraju, wykazał że dotychczasowe jego formy organizacyjne są niewystarczające. Pomimo zaangażowania wielu osób i instytucji w działania na rzecz poprawy sytuacji higienicznej w pierwszych latach powojennych pojawiały się głosy krytyki co do ich efektywności. Niereńska Emilia, lekarz, jedna z kolejnych redaktorów naczelnych czasopisma „Zdrowie Publiczne”, podkreślała że *gross* działań, które miały zmierzać do poprawy stanu sanitarnego kraju po II wojnie światowej nie zostało podjętych we właściwym czasie przez gremia partyjne, rządowe, a w szczególności przez resort zdrowia. Nie przeprowadzono akcji zakładania śmietników, ubikacji, kopania studzien, przedłużania sieci wodociągowych itp., a czynione dotąd wysiłki nie były skoordynowane, zaplanowane we właściwy sposób i co ważne nie posiadały zaplecza finansowego (Niereńska 1957, s. 291).

Niezadowolające efekty działań higienizacyjnych na wsi przełomu lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych minionego wieku stały się bodźcem do bardziej intensywnej niż dotychczas aktywności w tym zakresie zarówno wśród gremiów naukowych, jak też praktyków. Zostało to zaakcentowane m.in. na VIII Krajowej Konferencji Medycyny Wiejskiej w Rzeszowie w 1962 r., a także na organizowanym w lutym 1963 r. Krajowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Higienicznego i odbywającej się listopadzie 1963 r. Krajowej Konferencji Medycyny Wiejskiej w Krakowie.

Po okresie intensywnego rozkwitu ruchu higienizacyjnego, na początku lat 70-tych, nastąpiło jego osłabienie. W znacznej mierze przyczyn takiego stanu rzeczy należy dopatrywać się w dynamicznym rozwoju służby zdrowia, która od 1972 r. stała się wyłącznie służbą państwową.

Fakt objęcia całej ludności wiejskiej społeczną opieką medyczną i jak dotąd najszybszy rozwój wiejskiej służby zdrowia sprawiły, że realizacja zagadnień higieniczno-zdrowotnych prawie w całości przeniesiona została na barki zawodów i instytucji medycznych. Następowало stałe ograniczanie działalności ruchu higienizacyjnego na rzecz intensyfikacji zinstytucjonalizowanego, ukierunkowanego procesu higienizacji (Kosiński 1983, s. 57). Jednakże warto nadmienić, że choć dostęp do bezpłatnego poradnictwa medycznego na wsi w założeniu miał być powszechny i łatwy, to w praktyce był on bardzo zróżnicowany. Najgorsza sytuacja miała miejsce w województwach rolniczych, gdzie wskaźnik obsady personelu lekarskiego był niski (Tryfan 1985, s. 112).

Wraz z końcem lat siedemdziesiątych higienizacja wsi traktowana jako ruch społeczny znacznie osłabła, co nie było jednak równoznaczne z zakończeniem procesu higienizacji w ogóle. Działania naprawcze z zakresu higieny nadal realizowano dość intensywnie. Nie były one tak żywiołowe jak w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, lecz bardziej uporządkowane i instytucjonalizowane. Postulaty higienizacyjne stały się częścią składową zadań przypisanych instytucjom ochrony zdrowia i sanitarno-epidemiologicznym, szkołom, urzędom gminy.

Konstatując można stwierdzić, że pomimo szeroko zakrojonych działań higienizacyjnych na terenie polskiej wsi powojennej ich efektywność nie była spektakularna. Do osiągnięcia zamierzonych celów niezbędna okazała się nie tylko rosnąca liczba urządzeń sanitarnych czy poprawa warunków mieszkaniowych, ale przede wszystkim długa i żmudna praca mająca na celu zmianę świadomości higienicznej ludności wiejskiej i podniesienie jej kultury zdrowotnej, czyli istotne przemiany mentalne pracowników służby zdrowia, służb sanitarnych, osób ze szkolnictwa medycznego, a przede wszystkim mentalności zdrowotnej mieszkańców polskiej wsi, w tym zwłaszcza ludności rolniczej. Coraz bardziej oczywiste było, że często żywiołowo podejmowane inicjatywy wymagały pewnego uporządkowania, a nawet usankcjonowań prawnych, co prowadziło nieuchronnie do instytucjonalizacji ruchu higienizacji wsi.

4. Higienizacja polskiej wsi współczesnej

Zdecydowana poprawa warunków mieszkaniowych na wsi, powszechne wyposażenie domów w łazienki, wodę bieżącą, ustępy spowodowała, że kwestia higieny osobistej w XXI wieku nie wymaga już tak intensywnych oddziaływań edukacyjnych. Główne wysiłki o charakterze higienizacyjnym ukierunkowane są na sprawy sanitarne i higienę pracy w rolnictwie.

Przemiany ustrojowe z lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia oraz idące w ślad za nimi zmiany gospodarcze i kulturowe spowodowały, że odpowiedzialnością za stan sanitarny wsi zostały obarczone przede wszystkim samorządy lokalne. Bardzo ważną formą działań związanych z higienizacją wsi była wówczas i jest nadal, budowa sieci wodociągowych i kanalizacji sanitarnych. W ostatnich latach ważną sferą działalności higienizacyjnej jest również zbiórka i segregacja śmieci. Dbalność o odpowiedni stan sanitarny reguluje *Ustawa o utrzymaniu czystości i porządku w gminach* z dnia 13 września 1996 r. z późn.zm. (zob. ¹⁸). Niniejsza ustawa dokonuje wdrożenia adekwatnych do jej treści dyrektyw UE.

Zgodnie z Dyrektywą Rady Europejskiej nr 91/271/EWG, z dnia 21 maja 1991 r. (z późn. zm.) (zob. ¹⁹), dotyczącej oczyszczania ścieków komunalnych,

¹⁸ Dz.U. z 1996 r. Nr 132, poz. 622.

¹⁹ Dz. Urz. WE L 135 z 30.05.1991 r., str. 40, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 2, str. 26.

wszystkie miejscowości, w których liczba mieszkańców przekracza 2 tysiące zobligowane są do budowy kanalizacji oraz oczyszczalni ścieków. Traktat Akcesyjny zakłada pełne wdrożenie tej dyrektywy do 31.12.2015 r. Realizacja postanowień w niej zawartych w pierwszym rządzie, ze względu na graniczną liczbę mieszkańców, dotyczy aglomeracji miejskich, aczkolwiek od kilku lat coraz powszechniej są one realizowane w gminach wiejskich, nawet tych niewielkich.

Rozbudowa sieci kanalizacyjnych i oczyszczalni ścieków, będących immanentnym elementem sanitacji wsi, odbywała się także dzięki dofinansowaniu pochodzącemu z programów wspierających rozwój rejonów wiejskich, jak np. SAPARD²⁰, Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO)²¹, Programowi Rozwoju Obszarów Wiejskich (PROW) 2007-2013, a obecnie PROW 2014-2020²². Wyniki ankiety Instytutu Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – Państwowy Instytut Badawczy (IERiGŻ-PIB) przeprowadzonej w 2011 r. w 76 wsiach z terenu całej Polski wykazały, że w 2011 r. sieć kanalizacyjną posiadało 30% badanych mieszkańców wsi, a u około 13% było w trakcie jej budowy. W okresie 2005-2011 odsetek wsi, w których pojawiła się sieć zbiorcza zwiększył się o 9 pkt. proc. (Wasilewski 2013, s. 20). Dzięki wsparciu finansowemu UE dla realizacji PROW w latach 2007-2013 obok zrealizowanych wielu inwestycji służących modernizacji rolnictwa, wybudowano 24 tys. km sieci wodociągowej i kanalizacyjnej, wykonano ponad 29 tys. kanalizacji zagrodowych, wybudowano 199 oczyszczalni ścieków, a także utworzono system zbioru, segregacji i wywozu odpadów komunalnych (<http://www.bankier.pl/wiadomosc/Raport-10-lat-Polski-w-UE-unowoczesnilo-rolnictwo-i-przetworstwo-3112963.html>).

Ważną dziedziną działalności związanej z procesem higienizacji wsi jest odpowiednie gospodarowanie śmieciami. Znaczącą rolę w realizacji tego profilu działań ukierunkowanych na poprawę warunków sanitarnych, pełnią zalecenia UE zawarte w dyrektywach, w tym: dyrektywy Rady 1999/31/WE z dnia

²⁰ SAPARD – Specjalny Akcesyjny Program na rzecz Rolnictwa i Rozwoju Obszarów Wiejskich (ang. Special Accession Programme for Agriculture and Rural Development). Został on ustanowiony przez Komisję Europejską w celu wsparcia 10 państw kandydujących do Unii Europejskiej m.in. w rozwiązywaniu głównych problemów związanych z procesami dostosowawczymi w rolnictwie i wdrażaniem zbioru aktów prawnych UE. Okres trwania programu lata 1999-2006 (SAPARD - wybrane efekty realizacji pomocy przedakcesyjnej w Polsce, s. 7).

²¹ Regionalne Programy Operacyjne (RPO) były i są tworzone, a następnie zatwierdzane przez urząd marszałkowski oddzielnie w każdym województwie. Obejmują one swym zakresem wszystkie sfery gospodarki w skali regionu (ochronę zdrowia, ochronę środowiska naturalnego, turystykę itp.) (<http://www.metropolisdg.pl/uslugi/rpo-regionalne-programy-operacyjne>, data dostępu. 05.03.2015r. g. 11:50).

²² PROW 2014-2020 - jest podstawowym instrumentem finansowym do przeprowadzania zmian strukturalnych i inwestycyjnych na terenach wiejskich (<http://www.arimr.gov.pl/pomoc-unijna/prow-2014-2020.html>, data dostępu. 05.03.2015 g. 12:05).

26 kwietnia 1999 r. w sprawie składowania odpadów (zob. ²³) oraz dyrektywy 2008/98/WE z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie odpadów oraz uchylającej niektóre dyrektywy (zob. ²⁴).

Z higienizacją wsi współczesnej związane są przedsięwzięcia, których celem jest ochrona środowiska naturalnego, m.in. poprzez utrzymanie jego czystości i przeciwdziałanie degradacji. W ostatniej dekadzie szczególnym nadzorem objęto demontaż pokryć dachowych zawierających azbest i jego utylizację.

Działanie chorobotwórcze azbestu udowodniono już w latach 70-tych. Najbardziej groźną, często oddaloną w czasie, konsekwencją długotrwałej i intensywnej ekspozycji na azbest może być u człowieka zachorowanie na nowotwory złośliwe (zmiany rakowe i międzybłoniaki) (Maciołek, Zielińska i in. 2012, s. 118; Kotela, Bednarenko i in. 2010, s. 107). Największy wzrost popularności azbestu w Polsce miał miejsce w latach 1960 – 1970. W czasie największego zainteresowania zakładów przemysłowych tym produktem, do Polski importowano go 100 tys. ton rocznie, a więc ok. 2% produkcji światowej. Azbest znalazł najszerze zastosowanie w budownictwie. Produkty budowlane zawierające ten szkodliwy dla zdrowia składnik, ze względu na stosunkowo niską cenę, stosowane były powszechnie zwłaszcza na wsiach (Brzozowski, Obmiński 2004, s. 11-12). Szacuje się, że obecnie na terenach wiejskich aż 30,3% budynków wciąż posiada pokrycie z płyt azbestowo-cementowych. Aż w 33,8% płyt stwierdzono pęknięcia, które mają bezpośredni wpływ na uwalnianie włókien azbestu do środowiska naturalnego (Herbut, Nawalany 2014, s. 103). Na mocy ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *Prawo ochrony środowiska* (zob. ²⁵) azbest uznany jest za substancją stwarzającą szczególne zagrożenie dla środowiska, której wykorzystywanie, przemieszczanie, eliminowanie dozwolone jest przy zachowaniu szczególnych środków ostrożności. Obecnie główną inicjatywą ukierunkowaną na likwidację źródeł emisji pyłu azbestowego, związaną z ruchem higienizacyjnym jest realizacja „Programu Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” (zob. ²⁶).

²³ Dz. Urz. WE L 182 z 16.07.1999, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 4, str. 228.

²⁴ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 203, poz. 1351 oraz z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 117, poz. 678, Nr 138, poz. 809, Nr 152, poz. 897 i Nr 171, poz. 1016.

²⁵ Dz.U. z 2001 r. Nr 62, poz. 627.

²⁶ Treść programu zamieszczona została na stronie Ministerstwa Gospodarki (http://www.mg.gov.pl/files/upload/8369/POKA_wer_4.5_RM_15_03_2010_PRZYJETA.pdf data dostępu 13.03.2015 g. 10:00), a podstawą do realizacji były Komunikaty Ministra Gospodarki: Komunikat Ministra Gospodarki z dnia 29 lipca 2009 r. o podjęciu przez Radę Ministrów uchwały w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” (M.P. 2009 nr 50 poz. 735) oraz Komunikat Ministra Gospodarki z dnia 29 kwietnia 2010 r. o podjęciu przez Radę Ministrów uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” (M.P. 2010 nr 33 poz. 481).

Ważną dziedziną działalności związanej z ruchem higienizacji wsi jest dbałość o bezpieczeństwo i higienę pracy osób zatrudnionych w rolnictwie. Wynika to z zagrożeń, jakie wiążą się z pracą w tym sektorze. Decydujący i zasadniczy wpływ na poprawę sytuacji w tym zakresie mają działania instytucjonalne wypełniane m.in. przez Instytut Medycyny Wsi w Lublinie i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

Główne źródła zagrożeń zdrowotnych w rolnictwie są następstwem szkodliwego oddziaływania czynników biologicznych (m.in. pyły organiczne, choroby odzwierzęce) (zob. Skórska 2009, Cisak, Chmielewska-Badora i in. 2009), chemicznych (m.in. środków ochrony roślin i nawozów mineralnych) (zob. Nazimek, Turski i in. 2009) i fizycznych (m.in. pyły nieorganiczne, hałas, wibracja, mikroklimat) (zob. Zagórski 2009). Instytut prowadzi od wielu lat badania nad tymi zagrożeniami, poprzez ocenę narażenia na nie rolników w środowisku pracy. Działalność wdrożeniowa Instytutu w zakresie promocji higieny pracy w rolnictwie realizowana jest poprzez współpracę z KRUS. Główną jej formą są szkolenia dla inspektorów i lekarzy orzeczników KRUS, a także opracowanie i dystrybucję materiałów szkoleniowo-dydaktycznych (Sprawozdanie z działalności IMW... 2013, s. 4). KRUS, zgodnie z art. 63 *Ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników* z 20 grudnia 1990 roku, prowadzi dobrowolne nieodpłatne szkolenia i instruktaż dla ubezpieczonych na temat zasad ochrony zdrowia i życia w gospodarstwie rolnym, upowszechnia wśród ubezpieczonych wiedzę o zagrożeniach wypadkami przy pracy rolniczej i chorobach zawodowych oraz zasady ochrony zdrowia w gospodarstwie rolnym. Co roku pracownicy Kasy przeprowadzają ponad 30 tys. szkoleń dla rolników na wsiach dotyczących higieny i bezpieczeństwa pracy w rolnictwie, a także ponad 90 tys. spotkań i pogadanek dla dzieci realizowanych w ramach zajęć szkolnych (*Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników...* 2014, s. 49).

Z higienizacją wsi nierozzerwalnie związane są inicjatywy promujące zdrowie na wsi. Ich spektrum oddziaływań wykracza poza samą dziedzinę higieny, ale jej wybrane elementy mają ogromne znaczenie w propagowaniu idei higienizacji.

Promocja zdrowia jest procesem mającym na celu mobilizowanie ludności do aktywnego uczestnictwa w działaniach ukierunkowanych na zdrowie (Słońska, Misiuna 1993, s. 34), a przez to zwiększającym podnoszenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Definiowana jest również „(...) jako system działań czy zbiór czynności mających na celu przekształcenie życia społeczeństwa w kierunku umacniania i rozwijania zasobów zdrowotnych” (Korporowicz 2005, s. 105).

W jej skład wchodzi działania edukacyjne oraz różnego rodzaju wsparcia sprzyjające zdrowiu, takie jak wsparcie: środowiskowe, społeczne, polityczne,

prawne, ekonomiczne i taktyczne. Idea promowania zdrowia odnosi się do szeroko ujmowanych jego uwarunkowań, do których należą zarówno czynniki biologiczne, środowisko fizyczne i środowisko psycho-społeczne, ekonomiczne, jak też zachowania indywidualne będące elementami stylu życia (Miller 2002, s. 5).

Od końca lat dziewięćdziesiątych minionego stulecia ważnym kierunkiem działań Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) stała się poprawa sytuacji zdrowotnej ludności zamieszkującej Region Europejski, w tym także Polski. Jednym z zadań wchodzących w skład wielosektorowej strategii na rzecz zdrowia (zob. ²⁷), jest „zdrowe i bezpieczne środowisko fizyczne”, w sposób szczególny obejmujące swym zakresem środowisko wiejskie i rolnictwo, a mające na celu zapewnienie warunków do produkcji bezpiecznej pod względem sanitarnym i zdrowotnym żywności oraz czystego środowiska naturalnego (Zdrowie 21..., s. 34).

Pomimo, że cele szczegółowe, podmioty i zadania ruchu higienizacji wsi ewaluowały w czasie, to obecnie jego przewodnią idea jest nadal realizowana. Chociaż jej propagatorami i wykonawcami w głównej mierze są instytucje, mające w swojej misji dbałość o stan sanitarno-higieniczny środowiska życia i pracy mieszkańców wsi, to dużą rolę w popularyzacji idei higienizacji wsi mają współcześnie również samorządy lokalne. Znaczący udział w tym zakresie przypada wójtom, gminnym radnym i sołtysom. To przy ich znaczącym udziale prowadzona jest aktywizacja ludności wiejskiej m. in. do dbałości o czystość i porządek podwórek przydomowych (np. poprzez ogłaszanie konkursów).

W XXI wieku, ze względu na intensywny postęp technologiczny, szczególnie miejsce w popularyzacji wiedzy odnoszącej się do procesu higienizacji pełnią mass-media. Za ich pośrednictwem, podczas programów telewizyjnych, radiowych, artykułów prasowych czy wreszcie we wzmiankach zamieszczanych w Internecie przekazywane są informacje o charakterze edukacyjnym, promującym zdrowie.

Reasumując, warto podkreślić, że proces higienizacji wsi, poza kwantytatywnymi osiągnięciami, skutkował i skutkuje nadal, pozytywną zmianą postaw mieszkańców wsi wobec własnego zdrowia i rosnącą świadomością wpływu codziennych zachowań na jego stan. Współuczestniczenie w kreowaniu środowiska sprzyjającego zdrowiu, sprawia że członkowie społeczności wiejskiej bardziej zaczynają je cenić. Nie oznacza to jednak, że pożądane efekty zostały

²⁷ Celem wiodącym wielosektorowej strategii zdrowia jest „Dobre i trwałe zdrowie ludzi dzięki promującemu zdrowie środowisku fizycznemu, ekonomicznemu i kulturowemu”. Jej realizacja opiera się na 5 zadaniach: 1) Zdrowie i bezpieczne środowisko fizyczne, 2) Zdrowy styl życia, 3) Zmniejszenie spożycia alkoholu i tytoniu, 4) Tworzenie „siedlisk” zdrowotnych, 5) Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie. (Zdrowie 21..., s. 33-40).

w pełni osiągnięte. Wciąż istnieje zapotrzebowanie na rzetelną i przystępnie przekazaną wiedzę dotyczącą prozdrowotnego stylu życia, z uwzględnieniem zachowań higienicznych.

Rozdział IV. Podmioty i struktura organizacyjna ruchu higienizacji wsi

1. Geneza i instytucjonalizacja ruchu

Jak już wspomniano w poprzednim rozdziale, polska myśl higieniczna ma tradycję liczącą dziesiątki lat. Sprawę poprawy higieny, w tym i higieny wsi od samego początku wiązano ściśle z krzewieniem oświaty i kultury ogólnej, poprawą warunków społeczno-ekonomicznych ludności oraz warunków higieniczno-zdrowotnych pracy, tak w przemyśle i usługach, jak i w rolnictwie. Ważną rolę w realizacji tych zamierzeń odegrał ruch higienizacji wsi. Trudno precyzyjnie scharakteryzować jego strukturę, ze względu na dużą liczbę uczestniczących w nim podmiotów instytucjonalno-zbiorowych, jak też indywidualnych. Poza wszelką wątpliwością można jednak skonstatować, że załazek tego ruchu pojawił się już w okresie rozbiorów, w drugiej połowie XIX stulecia, a ważnym jego inicjatorem było WTH, co wskazano w poprzednim rozdziale.

WTH (a po 1932 r. PTH) przed I wojną światową i w okresie międzywojennym realizowało cenne inicjatywy o charakterze praktycznym, m.in. założenie Instytutu Higieny Dziecięcej, Muzeum Higieny Ludu, Sanatorium Przeciwgruźliczego „Rudka”, łaźni ludowych i inne (KorczaK 1985, s. 208). Wysiłki na rzecz wznowienia działalności PTH po II wojnie światowej były podjęte w kwietniu 1956 r. z inicjatywy prof. Marcina Kacprzaka. W tym celu powołano 33-osobowy Komitet Organizacyjny, a w kwietniu 1957 r. Rada Narodowa St. Miasta Warszawy zatwierdziła statut Towarzystwa. Zarząd Główny Towarzystwa to m.in: prof. M. Kacprzak (przewodniczący), minister zdrowia dr J. Sztachelski (wiceprzewodniczący), doc. dr C. Korczak (sekretarz). W okresie niemal 30 lat działalności PTH powołano 13 oddziałów w większych ośrodkach, głównie akademickich (Białystok, Gdańsk, Katowice, Kielce, Kraków, Lublin, Łódź, Poznań, Piła, Piotrków Tryb., Szczecin, Warszawa, Wrocław). W okresie powojennym PTH zorganizowało lub było współorganizatorem ponad 50 zjazdów, konferencji i sympozjów naukowych (w tym 6 międzynarodowych) (KorczaK 1985, s. 205-206).

Z działalnością Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego związane było powstanie i działalność Towarzystwa „Kropla Mleka”. Funkcjonowanie tego Towarzystwa połączone było z ważną sferą działalności higienicznej realizowanej na rzecz dziecka u progu XX wieku, a mianowicie z dbałością o higienę odżywiania. Przyczynkiem do takiej działalności stanowiły przesłanki epidemiologiczne z których wynikało, że najwyższą śmiertelność dzieci do pierwszego roku życia powodowały choroby żołądka i jelit, połączone z wymiotami i biegunkami.

Inicjatorem tworzenia towarzystw „Kropla Mleka” na ziemiach polskich był dr Tadeusz Boy-Żeleński, wzorujący się w dużej mierze na podobnych instytucjach funkcjonujących we Francji, które poznał podczas wyjazdów do tego kraju w 1900 r. i w roku 1905. Pierwsze Towarzystwo „Kropla Mleka” na ziemiach polskich powstało w Łodzi w maju 1904 r. z inicjatywy dra Stanisława Serkowskiego, kolejne w czerwcu 1904 r. w Warszawie, którego twórcą był dr Marian Roszkowski, tegoż roku taką dobroczynną instytucję utworzono także przy Oddziale Towarzystwa Higienicznego w Kaliszu. Kolejnymi miastami, w których uruchomiono „Kroplę Mleka” były: Lublin gdzie utworzył ją Witold Chodźko, i Kraków, w którym założycielem i kierownikiem tej instytucji był Tadeusz Boy-Żeleński. W roku 1906 Towarzystwo „Kropla Mleka” zorganizowano również we Lwowie (Kowieski 1984a, s. 242; Supady 1977a, s. 412). Priorytetowym zadaniem Towarzystwa „Kropla Mleka” było dostarczanie matkom nie mogącym samodzielnie karmić swoich niemowląt, zdrowego i pasteryzowanego mleka pełnego lub rozcieńczonego oraz mieszanek w buteleczkach (Żeleński 1905, s. 23).

Na początku XX wieku, oprócz „Kropki Mleka”, istotną rolę w ruchu higienicznym polskiej wsi odgrywały: Towarzystwo Higieny Praktycznej im. Bolesława Prusa, Liga Przeciwgruźlicza w Łodzi, Komitet Sanitarny Warszawski i Sekcja Sanitarna Komitetu Książęco-Biskupiego w Krakowie. Organizacje te, wprawdzie o regionalnym charakterze w pewnym okresie istotnie wzmocniały w aspekcie praktycznym i mentalnym ów ruch popularyzujący prozdrowotny styl życia oraz tworzenie i modernizację infrastruktury sanitarnej w różnych miejscowościach, w tym w rejonach wiejskich, tak w gospodarstwach domowych, jak i rolnych.

Towarzystwo Higieny Praktycznej (THP) powstało w 1904 r. w Warszawie z inicjatywy Bolesława Prusa i Bernarda Lauterbacha. Pierwsze formalne jego zebranie odbyło się w połowie listopada 1908 r. w warszawskim Muzeum Przemysłu i Rolnictwa, z udziałem Prusa, a przewodniczącym Towarzystwa został prof. Julian Kosiński. Ważnymi inicjatorami wielu przedsięwzięć Towarzystwa byli: dr Józef Zawadzki, dr Józef Tchórznicki (wybitny higienista) i dr Henryk Kucharzewski. Jednym ze statutowych zadań Towarzystwa było rozdawanie przyborów higienicznych dla dzieci, czystej bielizny, udzielanie wskazówek co

do zasad higieniczno-sanitarnych prowadzenia domu, opracowywanie planów zieleńców podwórzowych. Ważną formą działalności THP było kierowanie dzieci do kąpielisk miejskich, a organizacją wyjazdów do nich zajmowała się powołana w tym celu komisja kąpielowa na czele z dr J. Tchórznickim i czyniła to na swój koszt. Zadania z zakresu oświaty sanitarnej realizowała we współpracy ze Stowarzyszeniem Nauczycielstwa i Polskim Związkiem Nauczycielskim. Dzięki temu wprowadzono do programu nauczania w klasach początkowych niektóre elementy wychowania higienicznego (Zabłotniak 1973, s. 149-150).

THP rozszerzało swoją działalność po I wojnie światowej, zajmując się również wyżywieniem i prowadzeniem kursów z oświaty sanitarnej. Ostatnie posiedzenie Towarzystwa miało miejsce 26.XI.1925 r., a formalna jego likwidacja nastąpiła w październiku 1932 r. Zasoby materialne, najprawdopodobniej wraz z lokalem, przejęło WTH (Zabłotniak 1973, s. 153).

Na początku XX wieku w Królestwie Polskim gruźlica była jedną z najgroźniejszych chorób zakaźnych. Chociaż najwyższe wskaźniki zachorowalności i umieralności z jej powodu dotyczyły głównie populacji mieszkańców miast uprzemysłowionych, czemu sprzyjała wysoka gęstość zaludnienia, to zbierała ona również duże żniwo na terenach wiejskich.

Znacznym osiągnięciem instytucjonalnym w walce z gruźlicą było utworzenie 16.XII.1907 r. Ligi Przeciwgruźliczej w Łodzi, której działalność skupiała się głównie na profilaktyce. Autorem pomysłu jej utworzenia był ftyzjatra dr Seweryn Sterling, a współzałożycielami dr Jan Pieniążek, dr Stanisław Skalski i dr Jan Wisłocki. W 1908 r. przez ówczesne władze została zatwierdzona Ustawa Ligi Przeciwgruźliczej, ale jej pierwsze zebranie organizacyjne odbyło się dopiero 24.V.1909 r. Liga liczyła wówczas 185 członków, a wśród ważnych efektów jej działalności okazały się utworzone liczne przychodnie dla pacjentów gruźliczych (Supady 1977b, s. 800-801). Sam Sterling z kolei opracował i opublikował pod koniec lat dwudziestych minionego stulecia najważniejsze informacje na temat walki z gruźlicą (zob. Sterling 1928).

Ważną, choć jak się z czasem okazało krótkoterminową inicjatywą, ukierunkowaną na poprawę sytuacji sanitarno-higienicznej Warszawy i jej okolic, wpisującą się w ruch higienizacyjny było powołanie Komitetu Sanitarnego Warszawskiego, zwanego też Oddzielnym Komitetem Sanitarnym Warszawskim. Powstał on w grudniu 1914 r., a swoją działalność zakończył we wrześniu 1915 r. Prezesem Komitetu został ówczesny prezydent miasta Warszawy Aleksander Miller, a jego zastępcą wiceprezydent – Konstanty Zaremba. We władzach Komitetu znaleźli się wysocy urzędnicy różnych instytucji rosyjskich, członkowie Komitetu Obywatelskiego m. Warszawy i przedstawiciele stowarzyszeń lekarskich. Ścisłe kierownictwo, czyli zarząd współtworzyli dr Józef Polak i trzech członków sekcji lekarskiej Komitetu Obywatelskiego, to

jest doktorzy Bolesław Jakimiak, Waław Męczykowski i Józef Przyborowski. Komitet sprawował kontrolę sanitarno-higieniczną w stolicy oraz troszczył się o warunki zdrowotne jej mieszkańców i okolicznych wsi. Dbał o racjonalne i higieniczne odżywianie, zaopatrzenie w wodę, o usuwanie nieczystości oraz kwestie typowo sanitarne w miejscu zamieszkania i pracy, a także na targowiskach. Prowadził też akcje propagujące higienę i akcje oświatowo-zdrowotne, wydawał zalecenia profilaktyczne i sprawował nadzór nad ich wykonaniem, wydawał broszury i ulotki oraz prowadził odczyty. Ukoronowaniem bardzo różnorodnej działalności sanitarno-oświatowej Komitetu było wydanie dnia 1 marca 1915 r. pierwszego numeru miesięcznika „Wiadomości Sanitarne”. Pismo to ukazało się tylko pięciokrotnie. Zawierało ono krótkie sprawozdania z pracy stowarzyszenia oraz zagadnienia z zakresu higieny i epidemiologii chorób zakaźnych, ujęte w sposób popularno-naukowy. W dniu 31.VII.1915 r. utworzony został Wydział Lekarzy Sanitarnych przy WTH, który po likwidacji Komitetu (13.IX.1915 r.) przez niemieckiego okupanta, przejął zadania realizowane przez komitety sanitarne (Zabłotniak 1989, s. 291-293).

W styczniu 1915 r. utworzono reprezentujący środowisko inteligenckie, duchowieństwo rzymsko-katolickie i ziemiaństwo Krakowski Komitet Książęco-Biskupi (KKB), a jego Sekcja sanitarna powstała w lipcu 1915 r. z inicjatywy prof. dr med. Emila Godlewskiego i prof. dr Leona Marchlewskiego. Głównym jej celem było zwalczanie chorób zakaźnych, szerzących się wśród ludności cywilnej, zwłaszcza na terenach przyfrontowych po ustąpieniu walczących wojsk. Zadania praktyczne sekcji sanitarnej to przede wszystkim: zarządzanie pracą 3 kolumn przeciwepidemicznych, 3 sanatoriów dla dzieci i młodzieży (które sekcja założyła w 1917 r.), a także nadzór nad własną akcją szczepień i realizacją zadań przez punkty kontrolno-dezynfekcyjne. Wykrywanie ognisk epidemicznych wcześniej było realizowane przez oddziały lotne Wydziału Zdrowia Publicznego Centralnego Komitetu Obywatelskiego na ziemiach Królestwa Kongresowego, sekcję epidemiologiczną Krajowego Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża we Lwowie i 2 lotne oddziały sanitarne Polskiego Towarzystwa Pomocy Ofiarom Wojny, skierowane w 1914 r. z Warszawy do Galicji wsch. Z dniem 1 stycznia 1919 r. ruchome kolumny przeciwepidemiczne zostały przejęte przez rząd polski, a na wniosek Ministerstwa Zdrowia Publicznego nadał im nazwę „Kolumny Sanitarne im. ks. biskupa Adama Sapiehy”, którymi kierował prof. Emil Godlewski (Zabłotniak 1975, s. 1011-1012, 1014).

Początkowe lata XX wieku kojarzono z nader złymi warunkami higieniczno-sanitarnymi i zdrowotnymi mieszkańców wsi. Zrodziło to potrzebę intensyfikacji działań mających na celu zmianę panującej sytuacji, a jednocześnie doprowadziło do instytucjonalizacji podejmowanych inicjatyw prozdrowotnych. Początkowo niesformalizowane i indywidualne wysiłki osób rekrutują-

cych się głównie z gremiów naukowych i decydenckich z czasem przybrały formę uregulowaną, skupioną wokół przyjętych celów ukierunkowanych na poprawę sytuacji higieniczno-zdrowotnej, co przejawiało się wielością powstałych wówczas towarzystw, lig, komitetów. Pomimo, że ich funkcjonowanie w wielu przypadkach zamykało się w krótkich ramach czasowych, to nasilenie i jakość prowadzonych działań przynosiło długotrwałe, pozytywne skutki, aczkolwiek niewystarczające.

2. Polski Czerwony Krzyż

Niezwykle istotną oraz trwałą organizacją humanitarną i higieniczno-zdrowotną okazał się Polski Czerwony Krzyż, założony 14 lipca 1919 r., mający ogromny wkład w ruch higienizacji wsi i to zarówno w okresie przedwojennym, jak i powojennym. W pierwszej połowie lat trzydziestych XX wieku szczególnie ważną rolę w propagowaniu wiedzy z zakresu higieny odegrały Koła Młodzieży PCK, a miejscem oddziaływania były przede wszystkim szkoły i inne placówki oświatowe i opiekuńczo-wychowawcze.

Udział Kół PCK w krzewieniu higieny wśród młodzieży szkolnej polegał m.in. na opiece nad sprzętem i urządzeniami higienicznymi, kontroli czystości rąk, wietrzeniu i dbałości o czystość klasy, używaniu i utrzymywaniu w czystości umywalk itp. (Mitkiewicz 1934, s. 31). Dopełnieniem pracy oświatowej były działania propagandowo-wychowawcze w postaci konkursów zdrowia, tygodni wychowawczych, konkursów międzyklasowych, przedstawień o tematyce higienicznej, a także włączanie rodziców i nauczycieli do akcji higienizacyjnej (Bitnerowa 1934, s. 42).

Tuż po II wojnie światowej PCK pełnił przewodnią rolę w kultywowaniu tradycji wychowania higienicznego. Realizacja działań wpisujących się w ruch higienizacyjny prowadzona była przez tę organizację indywidualnie, jak też w powiązaniu z innymi podmiotami, o czym już wielokrotnie wspomniano.

Partycypacja PCK w higienizacji wsi znajdowała się wśród głównych wytycznych pracy służby zdrowia na 1950 r. Zgodnie z nimi organizacja ta miała pełnić funkcję komplementarną w stosunku do instytucji opieki zdrowotnej w uświadamianiu sanitarnym ludności (Sztachelski 1950, s. 20). Główne kierunki aktywności popularyzatorskiej PCK skupiały się wokół nauczania zasad higieny, profilaktyki, poprawy warunków życia, umiejętności postępowania w nagłych wypadkach. W celu osiągnięcia przyjętych celów PCK stopniowo rozwijał w całym kraju oświatę sanitarną oraz organizował masowe szkolenia ludności na rozmaitych kursach. Na potrzeby szkoleń Zarząd Główny PCK opracował ujednolicony ich program, co dało możliwość przekazu usystematyzowanej wiedzy (Kędzia, Grochans 2006, s. 29). Miejscem, w którym kursy szkolenia sanitarnego odbywały się jako pierwsze (w 1945 r.)

była wieś. Były to głównie kursy dla przodownic zdrowia (Uhma, Bliźniewski 1959, s. 94).

Ważne miejsce w szerzeniu oświaty sanitarnej PCK zajmowała również kolportacja wydawnictw edukacyjnych oraz inicjatywy aktywnego włączenia się ludności w zagadnienia higieniczno-zdrowotne. Za przykład mogą posłużyć obchody „Tygodnia PCK”, „Miesiąca Czystości” czy „Tygodnia Zdrowia” (Kędzia, Grochans 2006, s. 30). Duże efekty oświatowe wśród mieszkańców przynosiły pogadanki na tematy sanitarne prowadzone przez aktyw PCK, opierające się w znacznej mierze na operowaniu przykładem ze swojej wsi, co pozwoliło na wskazanie konkretnych braków na odcinku sanitarnym, a także indywidualne rozmowy z rolnikami ukierunkowane na temat higieny osobistej i higieny ogólnej na wsi (Birbach 1960, s. 101).

Na początku lat sześćdziesiątych XX wieku, z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża stał się koordynatorem działań oświatowo-sanitarnych prowadzonych przez organizacje społeczne na terenie całego kraju, bez naruszania ich samodzielności. W tym celu powołano Komisję Koordynacyjną, na czele której stanęła ówczesna Prezes Zarządu Głównego PCK – dr Irena Domańska, a w jej skład weszli przedstawiciele Zakładu Oświaty Sanitarnej PZH, Zarządu Głównego PCK, Zarządu Głównego Ligi Kobiet, Zarządu Głównego Związku Młodzieży Wiejskiej, Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (Polski Czerwony Krzyż koordynatorem działalności....1963, s. 304; Wentlandtowa 1969, s. 510-511).

3. Ośrodki zdrowia instytucjonalnym fundamentem wiejskiego ruchu socjomedycznego

Nader istotnym i stabilnym uczestnikiem ruchu higienizacyjnego polskiej wsi były wiejskie i małomiasteczkowe ośrodki zdrowia. Można nawet powiedzieć, że w pewnym okresie, zwłaszcza okresie międzywojennym i tuż powojennym, dzięki zaangażowaniu lekarzy i pielęgniarek stanowiły one fundament tego ruchu higienizacyjno-zdrowotnego polskiej wsi.

Rozwój polskiej służby zdrowia w okresie międzywojennym lokował się na jednym z ostatnich miejsc wobec innych krajów europejskich. Pod względem zdrowotnym i sanitarnym szczególnie zaniedbana była wieś. Wynikało to w znacznej mierze z ekonomiczno-społecznego jej zacofania, a co za tym idzie również upośledzenia higienicznego i zdrowotnego. Szczególnie niski poziom życia miał miejsce na wsiach województw wschodnich.

Zasadnicza ustawa sanitarna z 19 lipca 1919 r. w art. 3 nakładała na samorządy m.in. obowiązek ochrony zdrowia i zapewnienie opieki lekarskiej, a w sprawie podniesienia poziomu higieny nadzór nad przestrzeganiem aktów prawnych odnoszących się do kwestii sanitarnych (Zasadnicza ustawa sanitar-

na z 19 lipca 1919 r., s. 655). Inicjatywy ukierunkowane na podniesienie stanu sanitarnego rejonów wiejskich przeprowadzane były stopniowo pod nadzorem sanitariatu rządowego (powiatowego) (Danielski 1937, s. 168).

W obszarze działań zorientowanych na poprawę sytuacji zdrowotnej i sanitarnej wsi polskiej w okresie międzywojennym znalazło się przede wszystkim tworzenie ośrodków zdrowia, działających w tzw. obwodowych rejonach leczniczo-zapobiegawczych obejmujących obszar od 80 do 150 km². Pierwsze dwa takie ośrodki powstały w Polsce w 1925 r. (Wrońska 1986, s. 73-74). Pomimo wzrostu liczby tych instytucji ochrony zdrowia do ponad 600 (w skali całego kraju) na początku 1939 r. ich ilość w stosunku do potrzeb była niewystarczająca (Kaja 1980, s. 128). Te deficyty liczbowe ośrodków zdrowia przekładały się na jakość opieki lekarskiej na wsi. W okresie międzywojennym na 10 tys. mieszkańców wsi i małych miasteczek, osad przypadało 1,6 lekarza, w miastach 16,8 lekarzy (Rafalski, Ryder i in. 1957, s. 115).

Wśród podstawowych zadań ówczesnych ośrodków zdrowia znajdowało się: prowadzenie elementarnej działalności profilaktycznej (szczepienia, oświata zdrowotna, higieniczna), poradnictwo w zakresie chorób zakaźnych i społecznych, instruktaż odnoszący się do opieki nad matką i dzieckiem, a także sprawowanie kontroli sanitarno-higienicznej w terenie (Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia...1939, s. 23). Realizacja tych zadań była jednak utrudniona ze względu na problemy organizacyjne i niedofinansowanie instytucji opieki zdrowotnej. W okresie międzywojennym ciężar ochrony zdrowia publicznego przeniesiony został bowiem na organy samorządu terytorialnego i częściowo (w wąskim zakresie) na instytucje ubezpieczeń społecznych, a finansowanie działalności zdrowotnej odbywało się przy symbolicznym udziale państwa (Krotkiewska 1968, s. 5-7).

Ograniczony dostęp do opieki medycznej ludności wiejskiej w porównaniu do mieszkańców miast, był zaprzeczeniem tezy, mówiącej o tym, że rozmieszczenie lekarzy w państwie powinno zapewnić dostęp do ich pomocy wszystkim obywatelom, bez względu na miejsce zamieszkania. Nierzadko, lekarz dla przeciętnego chłopą był w ogóle niedostępny (Prętki 2011, s. 173).

Zbyt mała liczba ośrodków zdrowia, a przez to i lekarzy, na terenach wiejskich, przy jednoczesnym znacznie większym zaniedbaniu zdrowotnym ich mieszkańców w porównaniu z mieszkańcami miast, wymuszała niejako podjęcie przez chłopów inicjatywy samopomocowej. Jej wyrazem były spółdzielnie zdrowia.

Idea spółdzielczości zdrowia na wsi bazowała na wzorach jugosłowiańskich, a została zapoczątkowana w Polsce przez działaczy młodzieżowych (Colombain 1936, s. 5-6; Kosiński 2002, s. 278). Pierwsza spółdzielnia zdrowia została utworzona w Markowej w powiecie przeworskim, dzięki udziałowi finansowemu chłopów pochodzących z 5 okolicznych wsi. Swoją działalność rozpoczęła

w 1936 r. Mechanizm jej działania był jasno określony – chorzy będący członkami spółdzielni płacili za wizytę 2 zł, a ci nie będący członkami – 3 zł. Niemal od samego początku ta forma poradnictwa lekarskiego zyskała zaufanie ludności wiejskiej, a ceniono ją tym bardziej, że była efektem wspólnego wysiłku finansowo-organizacyjnego całej gromady (Skuza 1938, s. 58-59).

W zakresie działalności powstających spółdzielni zdrowia miało znaleźć się m.in. udzielanie pomocy, leczenie i dostarczanie chorym środków leczniczych, opatrunkowych, rozwijanie kultury zdrowia i jego ochrona, a w zakresie higienizacji – podejmowanie akcji sanitarnych, dostarczanie przedmiotów potrzebnych do utrzymania zdrowia i higieny otoczenia. Zgodnie ze statutem spółdzielni zdrowia miały też włączać się aktywnie (moralnie i materialnie) w pracę kulturalną zrzeszeń wiejskich (Kroszczyński 1937, s. 199; Wyszomirski 1937, s. 206-208).

Realizacja zadań związanych z ruchem higienizacji w ramach działalności ośrodków zdrowia i spółdzielni zdrowia wsi mogła się odbywać jedynie przy znacznym zaangażowaniu lekarzy i pielęgniarek w nich zatrudnionych. Niejednokrotnie była to działalność o charakterze społecznikowskim, czyli wykraczająca poza zakres obowiązków służbowych.

Praca lekarza na wsi wymagała od niego specjalnego przygotowania, co wynikało ze specyfiki środowiska, w którym pełnił swoją rolę zawodową. Ludność wiejska omawianego okresu w większości prezentowała niski poziom życia kulturalnego i materialnego. Lekarz podejmujący pracę na prowincji poza wiedzą merytoryczną uzyskaną podczas edukacji i doświadczenia zawodowego musiał posiadać predyspozycje i chęci do pracy społecznej, mającej na celu podniesienie poziomu kultury zdrowotnej i higienicznej. Realizacja działań higienizacyjnych przez lekarza w środowisku wiejskim poza tymi czynnościami, które podyktowane był obowiązkami zawodowymi, polegała w sposób pośredni na służeniu przykładem własnym, a w bezpośredni na wskazywaniu sposobu na higieniczne i zdrowe urządzenie domu, właściwe odżywianie, dbałość o higienę osobistą, poprawne usytuowanie studni, ustępu itp. (Odrzywołski 1937, s. 217-218; Radajewski 1947, s. 546-547).

Ważne miejsce w walce z deficytami higienicznymi skutkującymi chorobami zakaźnymi zajmowała współpraca, najczęściej pośrednia, lekarzy powiatowych z Państwowym Zakładem Higieny, który prowadził badania bakteriologiczne. Miała ona usankcjonowanie prawne i była regulowana drogą okólników wydawanych przez naczelne władze sanitarne, które nakazywały lekarzom wysyłanie próbek od chorych na choroby zakaźne do oddziałów PZH, a także próbek wody (Przesmycki 1934, s. 4-5).

Dla znaczącej poprawy stanu higieniczno-sanitarnego polskiej wsi pożądane stało się zatrudnianie lekarzy-higienistów, którzy mogli być jednocześnie doradcami w sprawach sanitarnych gmin i samorządów. Zdaniem dra Tadeusza

Kaszubskiego, lekarza-chirurga, społecznika wspierającego praktykę lekarską na wsi, warunkiem niezbędnym by takich lekarzy pozyskać było zapewnienie im odpowiedniego uposażenia i zobligowanie by każdy lekarz w swojej karierze, po odbyciu praktyki klinicznej, odbył obowiązkową dwuletnią służbę na wsi. Realizacja tych wskazań nie doszła jednak do skutku (Kaszubski 1937, s. 113).

Poza doniosłą rolę lekarzy pracujących w wiejskich ośrodkach zdrowia w dziedzinie higienizacji ludności wiejskiej, bardzo duże znaczenie miała praca pielęgniarek tam zatrudnionych.

Wraz z rozwojem otwartej służby zdrowia pojawiły się nowe kierunki opieki pielęgniarskiej nad pacjentem, którą określono mianem „pielęgniarska społeczna”. Jego pierwowzorem była działalność samarytańsko-dobroczytna ukierunkowana na osoby ubogie, słabe i chore, realizowana głównie przez członków zakonów i pobożne niewiasty. Z czasem została ona rozszerzona także o działania o charakterze zapobiegawczym (Wrońska 1991, s. 70-71).

Do głównych zadań pielęgniarki społecznej na rzecz poprawy sytuacji higienicznej wsi polskiej należało zbieranie danych o stanie sanitarnym i zdrowotnym poszczególnych rodzin chłopskich, a także nakłanianie do wizyt u lekarza. Realizacja tych zadań odbywała się podczas osobistej wizyty w zagrodzie, podczas której pielęgniarka nakłaniała mieszkańców wsi do otwierania okien, wietrzenia mieszkań, częstego zamiatania izby, do większej dbałości o higienę osobistą. Efekty tych działań nie pojawiały się zbyt szybko, wymagały wielokrotnych powtórzeń. Pomocne w tej sferze okazały się wysiłki pielęgniarek pracujących w szkołach w roli higienistek, które we współpracy z nauczycielami i za pośrednictwem dzieci przekazywały wiedzę do ich rodzin, albo jak wtedy mówiono do zagród chłopskich (Wrońska 1986, s. 74-75).

Propagowanie zasad higieny w środowisku wiejskim wymagało od pielęgniarek dobrych podstaw teoretycznych wzbogaconych o zagadnienia związane ze środowiskiem wiejskim, jego potrzebami w zakresie higieny, a także dużych umiejętności zawodowych, doświadczenia życiowego, cierpliwości, przyjaznego nastawienia do najczęściej sceptycznie nastawionych odbiorców (Kacprzak 1937, s. 7-11; Mańkowska-Mulakowa 1935, s. 79).

Najszybsze zmiany w sferze sanitarno-higienicznej uzyskiwano w tych rejonach, w których pielęgniarskie udało się nawiązać współpracę z różnymi organizacjami działającymi na terenie wsi, m.in. Kółkami Rolniczymi „Wici”, Stowarzyszeniem Młodzieży Katolickiej, Kołami PCK, Kołami Gospodyń Wiejskich czy Strażą Pożarną. Efektywną działalnością pielęgniarek była również ich praca w roli instruktorek lotnych kursów zdrowia na wsi, organizowanych przez Koła Gospodyń Wiejskich (obejmowały one 5 dni pogadanek i ćwiczeń praktycznych) (Wrońska 1986, s. 74-76; Zawadzka 1937, s. 241).

Wysiłki na rzecz higienizacji wsi czynione w okresie międzywojennym zarówno przez lekarzy, jak i personel średni zatrudniony w ośrodkach zdrowia

i spółdzielniach zdrowia na wsi nie zawsze przynosiły zamierzone efekty. Osiągnięcie jak najlepszych wyników w tej dziedzinie wymagało od nich ogromnej determinacji i zaangażowania. Napotykaný opór przed zmianami pochodził często nie tylko od niewykształconych mieszkańców wsi, ale nierzadko także od osób światłych, np. nauczycieli, którzy niejednokrotnie nie chcieli wpuścić personelu medycznego na teren szkoły w obawie przed uzyskaniem nagany od inspektoratu sanitarnego po ewentualnym złożonym sprawozdaniu przez lekarza lub pielęgniarkę o nagannym stanie higienicznym placówki.

Działania personelu zatrudnionego w instytucjach opieki zdrowotnej wpisujące się w ruch higienizacji wsi zostały zawieszony wraz z wybuchem II wojny światowej, a ich kontynuację wznowiono po jej zakończeniu. Zniszczenia powojenne, skutkujące ogromnymi problemami sanitarnymi, a co za tym idzie masowo rozprzestrzeniające się choroby wymuszały na władzy podejmowanie szybkich i szeroko zakrojonych, w znacznej mierze zinstytucjonalizowanych, działań higienizacyjnych. Znacząca część obowiązków w tym zakresie została przypisana służbie zdrowia, która stała się głównym inicjatorem i stymulatorem ruchu higienizacji wsi.

Nieocenioną formą działalności wpisującą się w ten ruch była oświata sanitarna. Jej główny pion, obok pionu społecznego (którego trzon stanowiło PCK) i pionu oświatowo-kulturalnego (sieć przedszkoli, szkół i instytucji kulturalnych) stanowiła właśnie służba zdrowia, mająca swój początek w Ministerstwie Zdrowia, a kończąca się na instytucjach leczniczych, których działalność związana była z określonym terenem. Największy udział w działalności higienizacyjnej bezpośrednio na obszarach wiejskich przypisany był ośrodkom zdrowia i spółdzielni zdrowia, które na nowo zaczęły funkcjonować po wojnie (Tołwińska 1955, s. 7; Wentlandtowa 1976, s. 12).

Do zadań ośrodków zdrowia, związanych z ruchem higienizacyjnym wsi, należało m.in. szerzenie znajomości zasad higieny wśród ludności wiejskiej i czuwanie nad przestrzeganiem przepisów sanitarnych. Szczególne miejsce miało zajmować udzielanie porad i nadzorowanie budowy mieszkań, tak by spełniały one podstawowe wymogi higieniczne, m.in. pod względem kubatury, rozplanowania oświetlenia, wentylacji, a także budowy i utrzymywania w należytym stanie urządzeń sanitarnych, głównie kąpielisk, studni, ustępów, gnojowisk itp. (Rawski 1946, s. 119, 131).

Wśród wytycznych dla ośrodków zdrowia skonstruowanych przez Ministerstwo Zdrowia w 1945 r. na pierwszy plan wysunięto zalecenie by ich personel podjął wzmoczoną walkę z chorobami zakaźnymi oraz sprawował nadzór sanitarny (Pacho 1966, s. 73). Zakładano, że w higienizacji wsi każdy ośrodek zdrowia powinien realizować plan działań przy udziale lokalnych władz administracyjnych. Liderem wprowadzanych zmian miał być lekarz-kierownik ośrodka zdrowia, znający swój teren, jego braki, potrzeby w zakresie higieny.

Plan prac higienizacyjnych dzielono na dwie części. Pierwsza z nich obejmowała plan prac realizowanych przez rady narodowe, m.in. urządzenie kąpielisk, utrzymywanie porządku, usuwanie nieczystości, brukowanie ulic, zadrzewianie, itp. W drugiej części kładziono nacisk by zająć się sprawą usunięcia braków higienicznych w jadalniach, piekarniach, masarniach itp. Zadaniem służby zdrowia miało być umotywowanie tych projektów by zyskały one poparcie rady narodowej (Panas 1964, s. 69-70).

Udział rad narodowych, których początek istnienia przypada na lata okupacji, czyli na przełom lat 1943 i 1944, w funkcjonowaniu wiejskich ośrodków zdrowia owe lata były znaczące. Radom narodowym przekazano bowiem władzę w zakresie kompetencji dawnego samorządu terytorialnego, przez co kierowały one pracą organów wykonawczych samorządów, w tym m.in. w dziedzinie zdrowia publicznego, opieki społecznej, oświaty i kultury. Po okresie pięcioletniego rozwoju rad narodowych ich ranga dodatkowo wzrosła. Na mocy ustawy z dnia 20 marca 1950 r. (zob. ²⁸), zostały one drogą reformy przekształcone w organy władzy państwowej. Przejęły wówczas niemal całokształt spraw związanych z lecznictwem zamkniętym, prowadziły również ścisły nadzór nad funkcjonowaniem wiejskich ośrodków zdrowia, którym przypisywano przewodnią rolę w zakresie propagowania profilaktyki, rozpowszechniania wśród ludności zasad higieny, a także opieki nad niemowlętami i dziećmi szkolnymi (Wendel, Zell 1968, s. 13, 129). Ważnym zadaniem realizowanym przez rady narodowe, wpisującym się w ruch higienizacji wsi, było świadczenie usług komunalnych dla ludności, utrzymywanie urządzeń komunalnych i zaopatrzenie w wodę. Realizacja zadań przez rady narodowe odbywała się bezpośrednio na sesjach, a także przez prezydium i komisje rad narodowych za pośrednictwem terenowych organów administracji państwowej (Dzun 1982, s. 113-114).

W okresie powojennym rola lekarza wiejskiego w ruchu higienizacji wsi była znacząca i wiodąca. Warto jednak podkreślić, że pierwsze lata po zakończeniu II wojny światowej były szczególnie ciężkie dla personelu lekarskiego pracującego na wsi. Wynikało to z ogromnego przeciążenia pracą będącego konsekwencją braku dostatecznej liczby lekarzy praktykujących na terenach wiejskich oraz deficytu kadry pomocniczej, co w znaczący sposób utrudniało realizację działań higienizacyjnych (Kosiński 1990, s. 135; Pietruszewski 1946, s. 60). Pojawiła się duża potrzeba, a nawet konieczność podjęcia działań motywujących lekarzy do osiedlania się na wsi. Było to m.in. zapewnienie im mieszkań lub wprowadzenie dodatku mieszkaniowego do uposażenia (Rafalski 1969b, s. 97).

²⁸ Ustawa z dnia 20 marca 1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej (Dz.U. z 1950 r. Nr 14, poz. 130).

Zachęty te były tym bardziej zasadne, bo oczekiwano od lekarzy, że będą oni poza leczeniem pacjentów, realizowali również pracę oświatowo-sanitarną, pozwalającą na sukcesywne zwalczanie istniejących jeszcze zacofań higienicznych i kulturalnych wśród ludności wiejskiej. Pomocne w tym miało być kolportowanie przez personel medyczny wydawnictw oświatowych wprowadzonych do obiegu przez Ministerstwo Zdrowia w 1955 r. (Czyżewski 1962, s. 136-137).

Okres po II wojnie światowej to również kontynuacja, zakorzenienie w okresie międzywojnu, przewodniej roli pielęgniarki w krzewieniu oświaty zdrowotnej i sanitarnej na wsi. Wyniki badań przeprowadzonych przez Artiuchę i in. w latach siedemdziesiątych XX wieku, uzyskane techniką ankiety pocztowej wśród 105 osób personelu pracującego w wiejskich ośrodkach zdrowia na terenie województwa warszawskiego dotyczące oświaty zdrowotnej pokazały, że dominującą rolę odgrywały pielęgniarki (w 100% placówek), a w dalszej kolejności lekarze (w 95% ośrodków), lekarze stomatolodzy (w 70% placówek) i pozostały personel (w 72%). Realizacja działań oświatowych odbywała się z zastosowaniem pogadarek, ilustrowanych tablic, plakatów, rozdawnictwem materiałów akcydensowych, a także poprzez prowadzenie rozmów indywidualnych z pacjentami, skrzynki pytań i odpowiedzi, organizowanie konkursów, prowadzenie szkół matek, kolportaż czasopism (Artiucha, Sienkiewicz 1975, s. 188).

Wraz z uzyskaniem dnia 1 stycznia 1972 r., przez ludność wiejską uprawnień do bezpłatnych świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej, pojawiła się konieczność tworzenia nowych wiejskich, gminnych ośrodków zdrowia, a także innych instytucji ochrony zdrowia. W związku z tym, że otwarta opieka zdrowotna oparta była o zasadę rejonizacji, powszechne stało się tworzenie wiejskich rejonów zapobiegawczo-leczniczych (zob. ²⁹) (Indulski, Leowski 1971, s. 429).

Lata siedemdziesiąte minionego wieku to okres znaczącego przyrostu kadry medycznej pracującej na terenach wiejskich. Zakres jej działalności stale był rozszerzany. Wśród zadań stawianych przed lekarzami i pielęgniarkami, poza sprawowaniem opieki medycznej, znalazł się aktywny udział w pracach mających na celu podniesienie poziomu sanitarno-higienicznego wsi, poprzez edukację jej mieszkańców w zakresie właściwego zagospodarowywania, usuwania, utylizacji odpadów i nieczystości, a także informowanie o konieczno-

²⁹ Wiejskie rejonu zapobiegawczo-lecznicze były tworzone w oparciu o kryteria: liczby ludności, obszaru, promienia określającego odległość między siedzibą i granicami rejonu. W ich organizacji uwzględniano ponadto poznane potrzeby zdrowotne mieszkańców oraz kryteria społeczno-ekonomiczne i komunikacyjne.

Standardowy model takiego rejonu zapobiegawczo-leczniczego obejmował obszar administracyjny 1 lub 2 gromadzkich rad narodowych (ok. 100 km²), na którym zamieszkiwało 5-6 tys. ludności osiedlonej w promieniu 5-7 km od siedziby rejonu. W jego skład wchodził ośrodek zdrowia oraz zwykle apteka leków gotowych lub punkt apteczny (Indulski, Leowski, s. 429).

ści budowy domów i pomieszczeń gospodarskich, tak by odpowiadały one wymogom higienicznym (Śliwińska 1975, s. 104-105; Oleszek 1975, s. 13-14).

Do najbardziej popularnych i najpowszechniej stosowanych w pracy oświatowo-zdrowotnej należały różne formy słowa żywego. Głoszone pogadanki były zwykle krótkie i realizowane najczęściej „przy okazji”, np. do matek zgłaszających się z dziećmi do punktu szczepień, pacjentów na poczekalni czy uczniów w szkole podczas badań okresowych. Coraz bardziej popularne stawało się również rozdawnictwo pacjentom ośrodków zdrowia bezpłatnych broszur, ulotek edukacyjnych, umieszczanie w poczekalniach i gabinetach plakatów, tablic instrukcyjnych. Te pomoce poglądowe i naukowe najczęściej kolportowane były przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, a nadzór merytoryczny nad ich zawartością sprawował Departament Inspekcji Sanitarnej MZiOS (Paciorkowska 1976, s. 80-81).

Zadania przydzielone pielęgniarkom polegające na propagowaniu oświaty i kultury zdrowotnej (dotyczące m.in. urządzania mieszkań z uwzględnieniem zasad higieny, właściwego odżywiania, bezpieczeństwa i higieny pracy w rolnictwie, pielęgnowania chorych) chociaż w ich pracy zawodowej należały do czynności zalecanych, a nie obowiązkowych, odegrały istotną rolę procesie higienizacji wsi ze względu na zwykle duże ich zaangażowanie w tę sferę działalności zawodowej, a zarazem społecznikowskiej (Kosiński 1976, s. 236). Szczególna rola w realizacji działań higienizacyjnych przypisana była pielęgniarkom środowiskowym, na barkach których spoczywał trud prowadzenia edukacji mieszkańcami wsi w obrębie ich domostw i obejść, a także nawiązywanie kontaktu z miejscowymi organami administracyjnymi lub stowarzyszeniami, szkołą, sołtysem, zarządami ZMW, PCK itp. w celu szerszego rozpropagowania idei wychowania zdrowotnego i higienicznego (Chętnik, Mirowski 1974, s. 139-140). Pielęgniarki miały również swój udział, obok lekarzy higienistów i instruktorów higieny, w badaniu warunków życia i pracy ludności, opracowywaniu wymagań zdrowotno-higienicznych w zakresie warunków bytowania, pracy oraz nadzór nad wcielaniem ich w życie (Minczewska 1973, s. 21). Wypełnianie tych zadań nie było łatwe ze względu na dość duży promień działania ośrodków zdrowia, który wahał się w granicach do 15 km włącznie (Kropińska 1972, s. 12).

W omawianym okresie, czyli po roku 1972, duży wkład w higienizację wsi polskiej oraz rozwój służby zdrowia miało Zjednoczone Stronnictwo Ludowe (ZSL). Jego działanie w zakresie ochrony zdrowia koncentrowało się wówczas na tworzeniu społecznych i organizacyjnych warunków przyspieszenia budowy wiejskich ośrodków zdrowia i zwiększenia zatrudnionej w niej kadry medycznej. Istotną wtedy była także poprawa stanu sanitarno-higienicznego bytowania i pracy oraz zapewnienie opieki społecznej nad ludźmi starszymi (Oleszek, Rafalski 1973, s. 100).

Nie sposób również nie docenić udziału wiejskich spółdzielni zdrowia w ruchu higienizacji wsi po II wojnie światowej. Ich rozwojowi sprzyjało znaczące poparcie ze strony Ministerstwa Zdrowia, które w okresie bezpośrednio po wojnie współdziałało w organizowaniu spółdzielni. Największe szanse na powodzenie realizacji tej inicjatywy miały tereny wiejskie najmocniejsze pod względem ekonomicznym (Litwin 1957, s. 105).

W efekcie już w pierwszych miesiącach po zakończeniu wojny zaczęły w sposób spontaniczny powstawać bądź były reaktywowane powstałe przed wojną wiejskie i gminne spółdzielnie zdrowia. Ich działalność nierzadko była traktowana przez lekarzy praktykujących prywatnie jako opozycyjna, co jednak nie zatrzymało procesu odradzania się idei spółdzielczości zdrowia w środowisku wiejskim (Kosiński 1988, s. 52). Na skutek uchwały Centrali Spółdzielni Rolniczych „Samopomoc Chłopska” z dnia 25.VI.1955 r. zaczęto zakładać takie spółdzielnie zdrowia we wsiach, leżących głównie na tych terenach, na których sieć ośrodków zdrowia była niewystarczająca. Na dzień 31.XII. 1957 r. zarejestrowanych było 54 takich placówek, a ich liczba stopniowo rosła (Bielecki, Piekutowska 1958, s. 107). Spółdzielnie zdrowia opierały się na szerokim aktywie społecznym, a wśród szczególnych przypisanych mu zadań znajdowało się podniesienie stanu sanitarnego wsi, propaganda zdrowia i działalność profilaktyczna (Leśniewski 1962, s. 84).

Największy rozkwit spółdzielczości zdrowia przypadał na lata sześćdziesiąte minionego wieku. W 1967 r. spółdzielni na terenach wiejskich funkcjonowało 285 i stale ich przybywało (Mleczek 1969, s. 4-5). Lekarze w nich zatrudnieni, oprócz działalności leczniczej prowadzili pracę profilaktyczną, higieniczną i oświatowo-sanitarną. W Bielinach leżących w woj. kieleckim z inicjatywy tamtejszego lekarza przeprowadzono konkurs na najczystsze i najzdrowsze dziecko oraz zbudowano 15 studni. Lekarz zatrudniony w spółdzielni zdrowia w Wildze, położonej w woj. warszawskim dokonał przeglądu sanitarno-higienicznego wszystkich domów. Zakres działalności profilaktycznej w zakresie oświaty sanitarnej realizowanej przez wiejskie spółdzielnie zdrowia stale był rozszerzany. Z czasem, ważną formą pracy higienizacyjnej stała się kolportacja pośród ludności wiejskiej broszur propagandowych, a także umieszczanie w poczekalniach plansz i wykresów edukacyjnych z zakresu higieny (Kawecki 1959, s. 467).

Zarówno cele, jak i zadania spółdzielni zdrowia ostatecznie zostały określone w trzech podstawowych dokumentach, tj. w uchwale Rady Centrali Rolniczej Spółdzielni (CRS) „Samopomoc Chłopska” z dn. 25.VI.1955 r. w sprawie spółdzielni zdrowia, w statucie spółdzielni oraz instrukcji nr 8/56 Ministra Zdrowia z dn. 23.II.1956 r. w sprawie spółdzielczych ośrodków zdrowia. Wśród głównych zaleceń tkwiących w nurcie higienizacji wsi znalazło się prowadzenie akcji uświadamiających w zakresie ochrony zdrowia i higieny, pod-

noszenie poziomu higieny i stanu sanitarnego wsi, zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych. Zadania oświatowe związane z ruchem higienizacyjnym prowadził personel spółdzielni na co dzień w czasie normalnej pracy, ale także przy udziale różnych organizacji społecznych, działających w terenie wiejskim (Duszyński, Ingłot 1964, s. 26, 29; Organizacja i działalność spółdzielni zdrowia 1966, s. 45).

Poza zinstytucjonalizowaną działalnością higienizacyjną, którą realizowali pracownicy ośrodków zdrowia na polskiej wsi powojennej, głównie na Śląsku, pojawiały się pomysły na ich wsparcie poprzez tworzenie „Ośrodków kultury zdrowia wsi”, których działalność w 80% miała sprowadzać się do akcji zapobiegawczo-propagandowej w zakresie higieny i zdrowia, do kontroli i instruowania w tym kierunku ośrodków niższego rzędu. Działalność ośrodka w założeniu miała obejmować swym zakresem całe województwo lub jego część, albo nawet kilka województw. Ostatecznie nie doszło jednak do ich tworzenia (Szumski 1946, s. 407).

4. Przodownicy zdrowia

Wiejskie instytucje medyczne w połowie ubiegłego wieku borykały się z poważnym deficytem kadr. Zbyt mała liczba lekarzy i pielęgniarek powodowała, że wypełnianie przez nich obowiązków innych, aniżeli tych związanych bezpośrednio z procesem leczenia i pielęgnacji, było znacznie ograniczone lub nawet zaniechane. W takiej sytuacji kadrowej wiejskiej służby zdrowia Związek Samopomocy Chłopskiej, PCK i inne organizacje, przy wsparciu Ministra Zdrowia, podjęły inicjatywę szkolenia wyselekcjonowanych młodych mieszkańców wsi, by mogli zostać wiejskimi przodownikami zdrowia.

Przodownicy zdrowia nie byli etatowymi pracownikami ośrodków zdrowia, lecz pełnili tę rolę, obok swojej normalnej roli zawodowej czy pracowniczkiej. Uczestniczyli głównie w propagowaniu oświaty zdrowotno-higienicznej i udzielaniu pierwszej pomocy, troszczyli się o rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz starali się o zapewnienie opieki medycznej dla sezonowych dziecińców wiejskich w okresie żniw i wykopków. Zadaniem tych przodowników było również zgłaszanie do ośrodka zdrowia wypadków zachorowania na choroby zakaźne (Kanabus 1948, s. 105-106).

W znacznej mierze zostawały nimi kobiety, głównie należące do PCK. Działania higienizacyjne przodowników choć wprowadzić nie należały do priorytetowych zadań to jednak zajmowały ważne miejsce w zakresie ich obowiązków.

W przyrzeczeniu, jakie składali przodownicy zdrowia zobowiązywali się między innymi do występowania w roli wzoru w zakresie czystości osobistej i domu oraz jego otoczenia; ściślej współpracy z merytorycznymi pracow-

nikami służby zdrowia; szerzenia oświaty zdrowotnej i prowadzenia akcji opiekuńczo-ratowniczej. Wiejscy przodownicy zdrowia w realizacji zadań współdziałali nie tylko z instytucjami i zawodami medycznymi, ale i z innymi organizacjami funkcjonującymi w środowisku wiejskim, głównie zaś PCK, Kołem Gospodyń Wiejskich i organizacjami młodzieżowymi. Zgodnie z założeniem, znaczna część przodowników zdrowia, głównie przodownic, pełniła rolę administratorów w procesie przemian zdrowotno-sanitarnych na wsi (Graas, s. 79).

5. Straż pożarna

Jak już nadmieniono w ruchu higienizacji wsi uczestniczyło wiele różnych podmiotów zbiorowych oraz jakoś tam z nimi związanych osób. Wśród nich znajdowały się organizacje zrzeszające jednostki, które w sposób dobrowolny przystępowały do nich by czynić starania na rzecz poprawy jakości życia społeczności wiejskich. Często zaangażowanie społeczne takich osób poprawiało warunki higieniczno-zdrowotne mieszkańców wsi.

Ważne miejsce w ruchu higienizacji wsi zajmowała straż pożarna. Pierwsza w Królestwie Polskim Ochotnicza Straż Ogniowa powstała w Kaliszu już w 1864 r. (Olejnik 1996, s. 45). Początek XX wieku przyniósł dalszy rozwój tej organizacji w Królestwie. W końcu 1913 r. istniało już 508 straży pożarnych, w tym 183 stanowiły straże wiejskie. Straż pożarna pełniła wówczas, jak i później, szereg ważnych, również pozapożarniczych funkcji na rzecz społeczności, w której działała. Była to m.in. funkcja wychowawcza i oświatowa (Szaflik 2001, s. 126-129).

Działalność oświatowa prowadzona przez Ochotniczą Straż Pożarną (OSP) w znacznej mierze realizowana była w formie kursów. W trakcie ich trwania uwzględniano głównie problematykę z zakresu ochrony przeciwpożarowej, ale także szkolono jak prowadzić dom i gospodarstwo według zasad higieny i zdrowotności, jak udzielać pomocy samarytańsko-sanitarnej w przypadku zdarzeń losowych itp. (Walczak 2002, s. 241-242).

Zofia Skrońska zaangażowana w poprawę sytuacji higienicznej przedwojennej wsi, w swoich wystąpieniach podkreślała, że w celu poprawy ochrony zdrowia i higieny na wsi, powinny połączyć swe siły wszystkie wiejskie organizacje społeczne, w tym ważną rolę przypisała ona Związkowi Straży Pożarnych Rzeczypospolitej Polskiej, który oprócz realizacji zadań typowych dla tego stowarzyszenia, tj. gaszenia pożarów, walki z żywiołami itp., wykonywał prace pomocnicze w ramach działu sanitarnego, kulturalno-oświatowego i wychowania fizycznego. Realizacja zadań w zakresie służby sanitarnej przez straż pożarną obejmowała: udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach przy pożarach lub innych klęskach członkom straży pożarnej i innym poszkodowanym, organizowanie

stałej pomocy i samarytańskich punktów doraźnej pomocy dla członków i ich rodzin, szerzenie wśród członków straży podstawowych zasad higieny, opieka higieniczna nad chorymi członkami rodzin strażackich. Ważnym elementem edukacyjnym w zakresie popularyzacji higieny były prowadzone przez członków i członkinie patroli sanitarnych straży pożarnych pogadanki świetlicowe, pokazy, konkursy, a także osobisty ich przykład właściwego postępowania w codziennym życiu, uwzględniający zasady higieny, prezentowany innym członkom społeczności wiejskiej (Skrzońska 1937, s. 105-109).

W okresie powojennym, istotnym wsparciem dla OSP w zakresie realizacji działalności oświatowej, były Koła Gospodyń Wiejskich (KGW). W latach 70-tych XX wieku współpracę tych organizacji upowszechniano za pośrednictwem ogniw związku OSP i kółek rolniczych oraz wyszczególniono ją w „Ramowych wytycznych do współpracy OSP i KGW”. W dokumencie tym zostały zaprezentowane popularne formy pracy kobiet wiejskich na rzecz ochrony przeciwpożarowej. Z czasem w powiązaniu z aktywnością przeciwpożarową kobiet wiejskich zaczęła się rozwijać, inspirowana przez Związek działalność na rzecz poszerzania i propagowania wiedzy i kultury sanitarno-medycznej. W celu jej krzewienia podjęto również próby współdziałania z Polskim Czerwonym Krzyżem (Wiśniewski 1984, s. 82) oraz innymi organizacjami i instytucjami zainteresowanymi modernizacją wsi, w tym głównie w zakresie poprawy warunków higieniczno-zdrowotnych jej mieszkańców. Takimi instytucjami były zwłaszcza stacje sanitarno-epidemiologiczne i Państwowa Inspekcja Sanitarna.

6. Organizacje młodzieżowe

W działalność higienizacyjną wsi już od okresu międzywojennego angażowały się organizacje młodzieżowe. To właśnie w młodzieży pokładano największą nadzieję na poprawę sytuacji ludności wiejskiej, ze względu na znaczne jej zaangażowanie w pracę społeczną i dążność do podniesienia poziomu bytowania materialnego, ale również zdrowotnego oraz chęć nadania temu procesowi szybkiego tempa (Żabko-Popowicz 1937, s. 145). W tych rejonach wiejskich, w których istniał deficyt organizacji kulturalno-oświatowych pomocniczą rolę w edukacji społeczeństwa pełniły organizacje gospodarcze (Surzycki 1931, s. 15).

Rozwój ruchu młodzieży wiejskiej nie ujęty jeszcze w formalno-prawne normy przypada na przełom XIX i XX wieku. Swój początek brał z luźnych grup powstających w oparciu o osoby skupiające się wokół wspólnych zainteresowań (np. koła czytelnicze, kapele ludowe, chóry). Pierwsze próby pracy społeczno-organizacyjnej i wychowawczej wśród młodzieży wiejskiej wiązały się z działalnością oświatową na wsi, która przebiegała różnie w każdym z za-
borów (Jarecka-Kimłowska 1972, s. 21; Wypych 1986, s. 23). Jedną z organiza-

cji, która została powołana u progu XX wieku (po 1905 r.) aby działać na rzecz ludności wiejskiej było Centralne Towarzystwo Rolnicze (CTR). Do głównych celów pracy w kółkach rolniczych CTR należało szerzenie oświaty rolniczej, poprzez organizowanie kursów odczytów, wycieczek, zakładanie fachowych bibliotek itp. Działania te poza wzrostem wiedzy dotyczącej pracy w rolnictwie, skutkowały podniesieniem poziomu umysłowego rolników w ogóle, co z kolei zwiększało szansę na lepszą percepcję informacji odnoszących się do kwestii higieniczno-zdrowotnych (Wieniawski 1906, s. 6-10).

W 1918 r. Wydział Kółek Rolniczych CTR przekształcony został w Centralny Związek Kółek Rolniczych (CZKR), który podjął udaną próbę połączenia luźno dotąd działających grup młodzieży wiejskiej w powołaną przy swoim zarządzie Sekcję Młodzieżową (Kowal 1964, s. 42). Podczas pierwszego zjazdu delegatów kół, w czerwcu 1919 r. Sekcja Młodzieżowa CZKR została przekształcona w Centralny Związek Młodzieży Wiejskiej (CZMW), z którego niebawem wyłonił się Związek Młodzieży Wiejskiej Rzeczypospolitej Polskiej „Wici” (ZMW RP „Wici”) (Kowal 1964, s. 42; Jarecka-Kimłowska 1978, s. 16).

W okresie międzywojennym ZMW RP „Wici”, a od 1928 r. Związek Młodzieży Wiejskiej Rzeczypospolitej Polskiej (ZMW RP), był organizacją prężnie działającą na terenie wsi. Największy wkład w jego samodzielność miało Polskie Stronnictwo Ludowe Wyzwolenie (PSL Wyzwolenie) (Socha 1975, s. 147). W 1933 r. podczas spotkania aktywu ZMW RP we wsi Kępa Celejowska w powiecie garwolińskim na kilkudniowej kursokonferencji, której celem była wymiana i podsumowanie doświadczeń i wytyczenie dalszych głównych nurtów działalności, pojawiły się ważne głosy w sprawie poprawy sytuacji zdrowotno-higienicznej na wsi. Wiodącym, w tej kwestii, był referat dra Jana Jaworskiego, który mówił o zaniedbanym problemie opieki lekarskiej nad ludnością wiejską, a także o konieczności stosowania najprostszej higieny, dostępnej w warunkach wiejskich, oraz o profilaktyce w postaci racjonalnego odżywiania, umiejętnego korzystania z wypoczynku i snu. Dążeniem dra Jaworskiego było aby o tych problemach mówiono w kołach wiciowych na co dzień, czego skutkiem miała być budowa urządzeń sanitarnych, łaźni, pralni itp., a z czasem zapewnienie ludności wiejskiej odpowiedniej opieki lekarskiej (Jarecka 1971, s. 66-68).

Koniec lat dwudziestych i lata trzydzieste minionego wieku to okres wyraźnego zaistnienia kobiet w ruchu wiciowym. W latach 1932-1939 utworzono Sekcję Koleżanek dla młodych dziewcząt i Sekcję Kobiet dla mężatek. Ich działalność ukierunkowana była głównie na sferę życia rodzinnego, ze specjalnym uwzględnieniem miejsca dziecka w rodzinie, walkę o higieniczny tryb życia dzieci, ich prawo do zabawy i wypoczynku, a także na poprawę życia osób chorych i niepełnosprawnych (Sokół 2002, s. 192, 199).

Kobiety – wiciarki, na łamach pism ruchu młodzieżowego podejmowały zagadnienia m. in. związane z pracą społeczno-oświatową i kulturalną wśród

ludności wiejskiej i potrzebami wsi, także dotyczące higieny i zdrowia na wsi. Ich udział w ruchu młodzieżowym skutkował wzrostem aktywności ogółu kobiet wiejskich i sprawił, że stały się one bardziej otwarte na problemy dotyczące środowiska wiejskiego (Mioduchowska 1985, s. 94).

W okresie powojennym działania na rzecz poprawy zdrowotnych i higienicznych warunków życia ludności wiejskiej prowadził przede wszystkim Związek Młodzieży Wiejskiej (ZMW) i Związek Socjalistycznej Młodzieży Polskiej (ZSMP).

Zgodnie z założeniami ideowymi, ZMW miał przygotowywać młodych rolników i innych mieszkańców wsi do świadomego uczestnictwa w życiu społecznym, walczyć o rozwój kultury na wsi, podniesienie poziomu oświaty szkolnej i pozaszkolnej, sprzyjać samokształceniu, a także przyczynić się do podniesienia poziomu kultury zdrowotnej i higienicznej (Świrgoń 1981, s. 26-28; Pilch 1982, s. 98). Działalność oświatowo-kulturalna ZMW, poza sferą działalności społeczno-zawodowej i działalnością na rzecz wychowania obywatelskiego i społeczno-politycznego, należała do głównych nurtów aktywności związku w latach 1957-1976 (Gołębiowski 1987, s. 14-16).

Największy dorobek ZMW odnotował w szerzeniu oświaty zdrowotnej. Od 1962 r. przy wszystkich instancjach ZMW działały rady zdrowia jako organ społeczno-doradczy, zrzeszające młodych pracowników służby zdrowia, lekarzy, farmaceutów, stomatologów, pielęgniarki oraz działaczy społecznych Związku, działających w lecznictwie lub z nim współpracujących. Od początku 1975 r. rady zdrowia powoływane były stopniowo w każdej gminie. Powstawanie rad zdrowia było ważnym czynnikiem sprawczym wzrostu inicjatyw oświatowo-zdrowotnych na terenie wsi, w tym m.in. z zakresu higieny oraz sprzyjało intensywnemu rozwojowi szkół zdrowia.

Szkola zdrowia to cykl wykładów na temat higieny, zdrowia i świadomego macierzyństwa, realizowany w okresie jesienno-zimowo-wiosennym. Stanowiła ona podstawową formę działalności oświatowo-sanitarnej podjętej z inicjatywy ZMW i była źródłem inicjatyw i propozycji z dziedziny higienizacji wsi prezentowanych nie tylko młodzieży, ale i ogółowi mieszkańców wsi przez działaczy organizacji młodzieżowej, a także przez placówki służby zdrowia, wydziały zdrowia rad narodowych, stacje sanitarno-epidemiologiczne i PCK. Zadaniem szkół zdrowia było upowszechnianie elementarnej wiedzy o zdrowiu i higienie, nakłonienie do ewentualnej zmiany postępowania i podjęcie środków zabezpieczających zdrowie, walka z przesądami, uświadamianie ludności wsi o znaczeniu problemu ochrony zdrowia i randze higieny (Wysocka 1965, s. 148).

W roku szkoleniowym 1975/76 funkcjonowało już ponad 100 tys. takich szkół. Wśród zadań programowych, wpisujących się w ruch higienizacji wsi, znajdowały się zagadnienia dotyczące znaczenia higieny osobistej i higieny otoczenia, problemy higieny i zdrowia kobiety, popularyzowanie higienicznej

i bezpiecznej pracy w rolnictwie. W trakcie realizacji zajęć, w wielu województwach przeprowadzane były konkursy na rzecz poprawy czystości i estetyki obejść gospodarskich, organizowane były również dni kultury sanitarnej, olimpiady i quizy na temat zdrowia (Wisialska 1977, s. 123-124). Szkoły zdrowia przyniosły wymierne efekty, mające swój wymiar użytkowy, czego wyrazem były przeprowadzone prace porządkowo-higienizacyjne na wsi, poprawa warunków mieszkaniowych, zmiany w nawykach higienicznych i żywieniowych itp. Znaczącą popularność zdobyły inicjatywy i ich wyniki zrealizowane m.in. w powiecie lubartowskim w woj. lubelskim, gdzie w oparciu o słuchaczy szkół zdrowia odbudowano i zabezpieczono studnie, wybudowano gnojowniki, przeprowadzono gruntowne porządki w budynkach mieszkalnych i gospodarczych. Czynnikiem mobilizującym młodych słuchaczy szkół zdrowia do poprawy stanu sanitarno-higienicznego były prowadzone na szeroką skalę konkursy, teleturnieje i inne formy współzawodnictwa (Czajkowski 1986, s. 254).

Bez względu na prężność działalności szkół zdrowia to imponująca ich liczba wskazuje, że nader wzbogaciły one ruch higienizacji wsi i uczyniły go ruchem masowym oraz, co także było istotne, angażującym ludzi młodych, w tym potencjalnych bardzo młodych rolników.

Na szczeblu centralnym, doniosłą rolę pełniła Krajowa Rada Zdrowia ZMW (KRZ ZMW), zrzeszająca w ścisłym prezydium kilkunastu lekarzy wiejskich, a także inne osoby związane ze wsią, m.in. socjologów, psychologów, przedstawicieli takich instytucji, jak Sanepid, urzędy gminne itp. Organizowane przez KRZ ZMW ogólnopolskie sympozja stanowiły niejako platformę dla prezentacji problemów ściśle związanych ze zdrowiem, higieną i oświatą zdrowotną na wsi. Towarzyszyły im ważne dyskusje dotyczące sposobów rozwiązywania problemów higieniczno-zdrowotnych ludności wiejskiej, a głos w nich zabierali naukowcy – badacze tej problematyki, działacze społeczni z terenu całego kraju i lekarze. To wielostronne spojrzenie na problemy higieniczno-zdrowotne ludności wiejskiej stanowiło szansę wypracowania najbardziej optymalnych rozwiązań w tej jakże ważnej dziedzinie życia człowieka i funkcjonowania państwa i społeczeństwa (Sulimski 1984, s. 130-131).

Z czasem inicjatywy w zakresie poprawy higieny, sytuacji zdrowotnej, ochrony środowiska naturalnego na wsi realizowane przez ZMW przejął Zarząd Główny Związku Socjalistycznej Młodzieży Polskiej (ZG ZSMP). Pod swoją opiekę przejął m.in. szkoły zdrowia, a działalność oświatową w zakresie higieny prowadził również za pośrednictwem dzienników i tygodników młodzieżowych, a także olimpiad wiedzy o zdrowiu (Wisialska 1977, s. 126).

Udział organizacji młodzieżowych w działaniach na rzecz ruchu higienizacji wsi z początkiem lat osiemdziesiątych stopniowo zanikał. Zbiegało się to w czasie z postępującą instytucjonalizacją ruchu z jednej strony, a z drugiej strony z nową formułą reaktywowanego ZMW w grudniu 1980 r.

7. Uczestnictwo kobiet w ruchu higienizacji wsi

Zaangażowanie kobiet w ruch higienizacji wsi zawsze było znaczące. Brały w nim udział decydentki, mieszkanki wsi reprezentujące inteligencję, jak np.: nauczycielki, urzędniczki, lekarki, pielęgniarki, ale też zwykle mieszkanki wsi zrzeszające się coraz chętniej w organizacjach społecznych o charakterze lokalnym.

7.1. Koła Gospodyń Wiejskich

Rosnący poziom świadomości i wiedzy o zdrowiu i chorobach wśród kobiet, będący efektem wpływu nauk medycznych i biologicznych, stał się bodźcem do wyodrębniania przez nich potrzeb zdrowotno-higienicznych ludności wiejskiej i poszukiwania sposobów ich zaspokajania (Pośluszna 2012, s. 398). Ważną rolę w tym zakresie odgrywały aktywistki wiejskie zrzeszone w Kołach Gospodyń Wiejskich (KGW).

Pierwsze na ziemiach polskich koło gospodyń wiejskich zostało założone we wsi Janisławice już w 1877 r. przez działaczkę społeczną Filipinę Płaskowicką (Środa 2009, s. 367). Jej członkinie współorganizowały wówczas szkoły, ochotnicze straże pożarne, wspomagały ludzi w trudnej sytuacji i uczyły wzajemnej pomocy, promowały sztukę ludową (Witryna wiejska, <http://ww.org.pl/strona.php?p=1992>). Zaangażowanie KGW w poprawę sytuacji higienicznej i zdrowotnej ludności wiejskiej pojawiło się już w latach dwudziestych i trzydziestych minionego wieku.

Henryk Rudziński, znany higienista, w referacie wygłoszonym w dniu 28 lutego 1936 r. na posiedzeniu Wydziału Higieny Wsi Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Warszawie skonstatował, że zagadnienia higieny znajdują się w grupie zagadnień zasadniczych dla życia zbiorowego wsi. Realizacja ich odbywała się przy dużym udziale nie tylko personelu medycznego, ale również organizacji funkcjonujących na wsi, uznanych i akceptowanych przez jej mieszkańców, w tym m.in. kół gospodyń wiejskich. Dzięki ich członkiniom organizowano konkursy czystości i inne przedsięwzięcia wpisujące się w ruch higienizacyjny. Ich efektywność była duża, bo zdaniem prelegenta to właśnie kobietom łatwiej przeniknąć z higieną do chaty wiejskiej niż mężczyznom (Rudziński 1936, s. 460-464).

Intensywna działalność higienizacyjna KGW miała miejsce po II wojnie światowej. Wówczas najliczniej skupiały one mieszkanki wsi. Badania przeprowadzone przez Barbarę Tryfan w roku 1966 na terenie 15 płockich wsi, pokazały że spośród 142 kobiet należących do jakiegokolwiek organizacji, przeszło połowa – bo 78, należały właśnie do KGW (Tryfan 1968, s. 271). Szczególną aktywnością w KGW wykazywały się kobiety posiadające ustabilizowaną sy-

tuację rodzinną, zamężne, posiadające jedno lub dwoje dzieci, mające zwykle więcej niż 35-40 lat (Tryfan 1967, s. 57). Głównymi motywami skłaniającymi kobiety do wstępowania w szeregi KGW były m.in.: dobry przykład pracy, ciekawy program działania, możliwość realizacji planów życiowych, a także podnoszenie umiejętności i sprawności zawodowych (Wawrzyniak 1980, s. 173).

W latach sześćdziesiątych XX wieku, działalność KGW na rzecz ruchu higienizacji wsi w znacznej mierze powiązana była z działalnością kółek rolniczych. Wspólnym zadaniem w tej materii, jakie obie organizacje działające na terenie wsi chciały realizować, było zapewnienie ludności wiejskiej ogólnodostępnych urządzeń komunalnych. Miały być to wypożyczalnie pralek lub pralnie wiejskie, zespołowo urządzone studnie lub wodociągi, wypożyczalnie urządzeń do bielenia i malowania domów oraz budynków inwentarskich (Michna 1967, s. 71).

Lata siedemdziesiąte minionego wieku obfitowały w przemiany oświatowe, edukacyjne, kulturalne wsi polskiej. Stało się to dzięki znaczącemu udziałowi m.in. KGW. Przewodnią rolę w dokonywaniu postępowych zmian miały one szczególnie na tych wsiach, w których nie istniały kółka rolnicze, będąc tam jedyną siłą aktywizującą wszystkie kobiety wiejskie (Biernat 1975, s. 16). Ważnym czynnikiem motywującym kolejne kobiety do zrzeszania się w KGW był znaczący dotychczasowy dorobek kółek rolniczych i KGW w dziedzinie rozwoju gospodarski, krzewienia kultury, opieki nad dzieckiem, higienizacji itp. Z czasem w szeregi kół zaczęły wstępować nie tylko rolniczki, ale również przedstawicielki inteligencji wiejskiej, nauczycielki, pracownice służby zdrowia oraz młode dziewczęta należące do Związku Socjalistycznej Młodzieży Wiejskiej (ZSMW) (Wysocka 1974, s. 59).

Wysiłki KGW mające na celu podniesienie poziomu higieny i estetyki wsi należały do najbardziej dostrzegalnych prac tej organizacji. Za sprawą członkiń kół przeprowadzane były wśród ludności wiejskiej konkursy, zwłaszcza duża popularnością cieszyły się konkursy „czystości w domu i zagrodzie”, a także szkolenia z zakresu higieny i zdrowia. Dzięki znaczącemu udziałowi członkiń kół przełamana została bariera kulturowa dzieląca ludność wiejską i lekarza głoszącego prelekcje, a przez to zdrowie, jak i higiena przestały być tematami tabu (Synak 1976, s. 104-141).

Wraz z początkiem lat 80-tych funkcjonowanie KGW zostało uregulowane mocą ustawy z dnia 8 października 1982 r. o *społeczno-zawodowych organizacjach rolników* (zob. ³⁰), a także doprecyzowane i rozszerzone przez uchwalone przez siebie regulaminy.

Zgodnie ze wspomnianą ustawą Koła Gospodyń Wiejskich tworzone jako jednostki organizacyjne wpisane w strukturę kółek rolniczych, posiadające

³⁰ Dz. U. z 1982 r. Nr 32, poz. 217.

swoją reprezentację we wszystkich ich statutowych organach, a w przypadku braku kółek rolniczych stawały się one samodzielnie działającymi tworam.

Zadania realizowane przez KGW wyrastają, podobnie jak na początku działalności tej organizacji, z potrzeb kobiet i ich rodzin oraz potrzeb wsi i rolnictwa. Te związane z ruchem higienizacji wsi, polegają na podnoszeniu stanu sanitarnego obyczajów gospodarskich i kultury zdrowotnej mieszkańców wsi (<http://kolkarolnicze.eu/O-nas/Kola-Gospodyn-Wiejskich>).

7.2. Gminna służba rolna - instruktorki do spraw gospodarstwa domowego

Kobiety wiejskie uczestniczyły w ruchu higienizacji wsi nie tylko jako członkinie kół gospodyń wiejskich, ale także pełniąc funkcję gminnej instruktorki gospodarstwa domowego. Stanowiska te utworzono w ramach gminnej służby rolnej, a kierunki działania określono w zarządzeniu nr 209 Ministra Rolnictwa z 23 grudnia 1972 r. oraz w rozporządzeniu Rady Ministrów z 12 sierpnia 1973 r. Do głównych ich zadań należało m.in. unowocześnianie gospodarstw domowych na wsi, propagowanie właściwej organizacji pracy w domu i zagrodzie, dbałość o podnoszenie kwalifikacji rolniczych i gospodarczych kobiet i dziewcząt wiejskich, doradztwo z zakresu racjonalnego żywienia rodzin wiejskich, organizowanie różnych prelekcji i kursów, a także upowszechnianie higieny na wsi (Nowak, Ziajka 1977, s. 84-85; Wawrzyniak 1977, s. 138-139).

Zakres działań realizowanych przez instruktorki gminnej służby rolnej do spraw gospodarstwa domowego zbliżony był do zadań przypisanych pielęgniarce środowiskowej na wsi, nie mniej jednak hierarchicznie ułożony znacznie niżej w systemie jej powinności i obowiązków. Instruktorki, w swoich działaniach związanych z ruchem higienizacji wsi miały ukierunkować swoje czynności zawodowe głównie na unowocześnienie gospodarstw domowych na wsi, a w kwestii higienizacji koncentrować się na udzielaniu rad jak urządzić mieszkanie uwzględniając wymogi higieniczne, jak wykonywać pracę w gospodarstwie rolnym by była ona bezpieczna i higieniczna, prowadzić szkolenia w zakresie nowoczesnego prowadzenia gospodarstwa domowego, jak też wspólnie z członkiniami kół gospodarstw wiejskich organizować kursy i pokazy dla kobiet i dziewcząt na temat nowoczesnego, spełniającego wymogi higieniczne prowadzenia domu (Kosiński 1976, s. 236-237).

7.3. Liga Kobiet

Na początku XX wieku, podobnie jak w minionych stuleciach, udział kobiet w życiu publicznym nie był zbyt wielki, czego powodem w znacznej mie-

rze był ich ograniczony dostęp do edukacji w szkołach średnich i wyższych. Wyjątkiem były tereny znajdujące się pod zaborem pruskim, na których na wzór przeniesiony z Prus, stopniowo wdrażano przyjazne kobietom przepisy dające szansę na naukę w szkołach ponadpodstawowych (Niewęglowska 2009, s. 39-40). Pomimo utrudnień z jakimi borykały się polskie kobiety pragnące podjąć działalność publiczną, podejmowały one wysiłki o zmianę tej nieprzyjaznej im sytuacji.

Jedną z najważniejszych organizacji walczących o godną i równą w stosunku do mężczyzn pozycję kobiet w społeczeństwie była Liga Kobiet. Powstała w 1913 r. z inicjatywy wybitnej działaczki oświatowej i społecznej Izabeli Moszczeńskiej-Rzepeckiej, urodzonej w Rzeczycy na Kujawach (zabór pruski) w rodzinie ziemiańskiej. Od 1981 roku do dziś organizacja ta funkcjonuje pod nazwą Liga Kobiet Polskich. Członkinie Ligi na początku swojej działalności zbierały dary dla wojska, szyły, cerowały, gotowały, itp., współpracowały z ruchem niepodległościowym. Bardzo istotnym elementem ich działalności była starania na rzecz równouprawnienia kobiet (http://ligakobietpolskich.pl/?page_id=146).

Zaangażowanie tej kobiecej organizacji w poprawę sytuacji higienicznej polskiej wsi, choć nie było tak wielkie jak w przypadku Kół Gospodyń Wiejskich, to podobnie polegało na propagowaniu wśród mieszanek wsi nowych tendencji zdrowotnych, sanitarnych i modernizujących życie codzienne.

Szczególne miejsce w działalności higienizacyjnej Ligi zajmowała realizacja inicjatywy rozwoju wiejskiego pralnictwa. Członkinie Ligi Kobiet wyrażały przekonanie o zbyt małym zaangażowaniu decydentów i organizacji wiejskich w rozwiązanie problemu niedoboru obiektów pralniczych w środowisku wiejskim (Jartych 1962, s. 2-3).

Przedstawicielki Ligi Kobiet czyniły również starania o zorganizowanie współpracy między instytucjami zaangażowanymi w higienizację wsi. Dr Irena Sztachelska - lekarz pediatra, Przewodnicząca Zarządu Ligi Kobiet Polskich w latach 1945-50 oraz posłanka na Sejm 1947-1956, w swoich wystąpieniach podkreślała, że w celu poprawy warunków higieniczno-sanitarnych na wsi konieczne jest współdziałanie gromady z kontrolerem sanitarnym i dezynfekтором, m.in. w zakresie budowy i naprawy studni, budowy ustępów, przestrzeganiu czystości podwórza i mieszkania oraz pomocy w meldowaniu o chorych zakaźnych i izolacji tych chorych (Sztachelska 1945a, s. 10-11). Sztachelska przypisywała także dużą rolę współpracy gromady ze szkołą w dziedzinie higieny. Współpraca miała polegać przede wszystkim na: doprowadzeniu budynków szkoły do przyzwoitego wyglądu sanitarnego (remont, budowa ustępu), propagowaniu wśród dzieci i matek czystości (walka ze świerzmem i wszami), wysyłaniu dziewcząt ze wsi na kursy higienistek szkolnych, organizowaniu kół PCK w szkole (Sztachelska 1945b, s. 65-66).

8. Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne i Państwowa Inspekcja Sanitarna

Postępująca w okresie powojennym instytucjonalizacja ruchu higienizacyjnego znajdowała swój wyraz w coraz większym zaangażowaniu instytucji o zasięgu ogólnokrajowym w działania zmierzające do poprawy sytuacji higieniczno-zdrowotnej i sanitarnej mieszkańców wsi. Z czasem pojawiła się również konieczność przeniesienia części kompetencji w tym zakresie na szczebel lokalny, co dawało szansę na bardziej efektywną realizację przyjętych celów.

Bezpośrednio po wojnie, główne przedsięwzięcia o charakterze higienizacyjnym spoczywały na barkach powstałego w 1945 r. Ministerstwa Zdrowia. Były to przede wszystkim działania przeciwepidemiczne, realizowane pierwotnie przez Departament Lecznictwa, a następnie przez włączony do Ministerstwa Nadzwyczajny Komisarjat Walki z Epidemiami, których celem miało być zahamowanie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych (Rudy 2008, s. 396). Do 1 lipca 1945 r. zostały zorganizowane wszystkie wojewódzkie ekspozytury Komisarjatu, a w drugim półroczu utworzono wojewódzkie komisariaty i powiatowe kolumny przeciwepidemiczne. Kolumny przeciwepidemiczne miały do dyspozycji w całym kraju 397 stałych kąpielisk i 102 przenośne, a także 456 stałych komór dezynfekcyjnych i 344 przenośnych. Najbardziej ubogie w kąpieliska i komory były województwa zachodnie, co skutkowało największą zachorowalnością na dur plamisty na tych terenach (Pierwszy rok działalności Ministerstwa Zdrowia... 1946, s. 37, 46).

Na początku lat pięćdziesiątych XX wieku, troska o stan sanitarno-higieniczny stała się udziałem powołanych w tym celu instytucji. W pierwszej kolejności były to powstałe w 1952 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne, których rola była znacząca ze względu na ich lokalny charakter. Pojawiły się one zarówno na szczeblu wojewódzkim, jak i powiatowym, a ich zadaniem był nadzór bieżący i akcje sanitarno-porządkowe (Kozusznik 1953, s. 5).

W 1954 r. Dekretem z dnia 14 sierpnia powołano Państwową Inspekcję Sanitarną (PIS). Wśród jej głównych zadań znalazły się m.in. kontrola stanu sanitarnego miast, osiedli, portów (...), kontrola pod względem higieniczno-sanitarnym produkcji, przechowywania, obrotu i jakości żywności i produktów przemysłowych. Organami PIS zostali państwowi inspektorzy sanitarni na szczeblu: wojewódzkim i powiatowym oraz miejskim, dzielnicowym i portowym, podporządkowani głównemu inspektorowi sanitarnemu. Inspektorzy posiadali rozległe kompetencje i obowiązki będąc odpowiedzialnymi za bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarny, zapobieganie chorobom zakaźnym i popularyzowanie zasad higieny (Dekret o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 1954 r.)³¹. Wiodącą rolą PIS było również wskazywanie metod szerzenia

³¹ Od 1985 r. funkcjonowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej reguluje Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 1985 r. Nr 12, poz. 49).

oświaty sanitarno-zdrowotnej oraz koordynowanie działalności edukacyjnej realizowanej przez poszczególne zakłady służby zdrowia i organizacje społeczne (Indulski, Leowski 1971, s. 438).

Mocą Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 1955 r. powołana została Rada Sanitarно-Epidemiologiczna, stanowiąca organ doradczy Głównego Inspektora Sanitarnego, zajmująca szczególnie ważne miejsce m.in. w opiniowaniu wytycznych w zakresie zasad i metod szerzenia oświaty sanitarnej (Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 1955 r., § 2 pkt. 5). Celem zwiększenia efektywności wykonywania zaleceń sanitarnych w miejscach użyteczności publicznej w sprawę nadzoru sanitarnego zostały włączone organy Milicji Obywatelskiej. Stało się to na mocy Zarządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 18 lutego 1956 r. w sprawie obowiązków organów Milicji Obywatelskiej w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego (M.P. 1956 nr 24 poz. 349)³².

Pod koniec lat pięćdziesiątych minionego wieku w każdej Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej istniał Inspektorat Oświaty Sanitarnej. Celem inspektoratu było inspirowanie działań na rzecz poprawy warunków higieniczno-zdrowotnych, zwłaszcza zaniedbanych wsi, niesienie pomocy placówkom terenowym w dostarczaniu materiałów oświatowych i pomoc metodyczna. Z czasem Inspektorzy Oświaty Sanitarnej znajdowali również zatrudnienie w Powiatowych Stacjach Sanitarно-Epidemiologicznych, gdzie zajmowali się m.in. dystrybuowaniem wśród lekarzy wiejskich materiałów edukacyjnych w formie przezroczy, tablic i ulotek itp. (Stępniewski 1957, s. 186-187).

Praca służb sanitarno-epidemiologicznych na rzecz ruchu higienizacji wsi polegała przede wszystkim na nadzorze sanitarnym bieżącym i zapobiegawczym (wraz z niejednokrotnie stosowanymi środkami przymusu w stosunku do opornych), pomocy w organizowaniu i działalności spółek wodnych, zajmujących się budową wodociągów wiejskich, a także inicjowaniu przeprowadzania konkursów czystości i estetyki, jak też rozprowadzaniu wśród ludności wiejskiej materiałów edukacyjnych, prowadzeniu szczepień ochronnych i rejestracji chorób zakaźnych (Horoch 1961, s. 449-453).

Pomimo, że służby sanitarne ze względu na rodzaj realizowanej działalności statutowej pełniły bardzo ważną rolę w ruchu higienizacji wsi to wypełniane przez nie zadania nie były wystarczające. Pojawiła się potrzeba, a nawet i konieczność, utworzenia instytucji, której głównym celem miała być poprawa sytuacji higienicznej i zdrowotnej mieszkańców wsi. W odpowiedzi na to zapotrzebowanie powstał Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie.

³² Akt prawny został uchylony dn. 19.07.1983 r.

9. Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie inicjatorem i instytucjonalnym liderem ruchu higienizacji wsi

Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie (obecna nazwa - Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki) to instytucja, która po II wojnie światowej pełniła przewodnią rolę w procesie higienizacji wsi, co wynikało z idei jej utworzenia i przypisanej misji jako instytucji naukowo-badawczej. Instytut w załączkowej formie funkcjonował od 1951 r. w ramach struktury ówczesnej Akademii Medycznej, a na podstawie Uchwały Rady Ministrów nr 46/55 z dnia 15 stycznia 1955 r. został przekształcony w samodzielny podmiot i wtedy nadano mu nazwę Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi (IM-PiHW).

Zgodnie z pkt 1 §2 swego statutu, został zobligowany do planowania, organizowania i realizowania badań naukowych, w zakresie higieny pracy, profilaktyki i leczenia chorób zawodowych, występujących w związku z pracą na wsi, oraz zakresu higieny wsi (Statut IMPiHW 1955, s. 1-5). Powołanie tak sprofilowanej instytucji naukowo-badawczej zobligowało ją do pełnienia wiodącej roli w ruchu higienizacji wsi i w permanentnym badaniu stanu zdrowotnego populacji wiejskiej. Podjęli w nim zatem pracę lub współpracę tak wybitni higieniści, jak: Witold Chodźko, Jan Danielski, Jan Brzozowski czy Marcin Kacprzak (będący wieloletnim przewodniczącym Rady Naukowej Instytutu) oraz Józef Parnas (organizator Instytutu i wieloletni jego dyrektor), Henryk Rafalski, Józef Freytag i Bronisław Wawrzyszuk (Kosiński, Tokarski 1987, s. 68).

Wraz z utworzeniem IMiHW w 1951r. jako pierwszy zorganizowany został Zakład Higieny, na czele którego stanął Jan Danielski, będący obok Witolda Chodźki, Marcina Kacprzaka i Brunona Nowakowskiego współtwórcą naukowych podstaw higieny w Polsce (Latański 1976b, s. 259).

Pierwszy okres działalności IMPiHW to kompleksowe badania, których celem była ocena warunków higieny bytowania na wsi. Przedmiotem badań były: warunki mieszkaniowe na wsi, higiena osobista jej mieszkańców, ilościowy i jakościowy stan zaopatrzenia w wodę oraz stosowane metody usuwania i utylizowania nieczystości. Analizie poddawano również stan higieny budynków użyteczności publicznej, np. zlewni mleka, szkół wiejskich, zajmowano się również społecznymi gospodarstwami rolnymi. Instytut prowadził ponadto wieloletnie badania higieny życia na wsi w ramach obozów naukowych wspólnie organizowanych z Akademią Medyczną w Lublinie, a także w ramach ekspedycji naukowo-badawczych realizowanych na terenie wsi różnych województw (Parnas, 1957, s. 3-4; Umińska, Berbec 1974, s. 181-182).

Realizowane badania były niezwykle istotnym naukowym fundamentem ruchu higienizacji wsi. Uzyskane w ich drodze wyniki, połączone z osobistymi doświadczeniami pracowników Instytutu, wyniesionymi z przebywania

w środowisku życia i pracy ludności wiejskiej pozwalały na konfrontację teorii z praktyką i dawały szansę na wypracowanie najbardziej skutecznych metod naprawczych.

Obok działalności badawczej Instytut prowadził działalność szkoleniową dla lekarzy, felczerów, pielęgniarek i położnych, a także szeroko zakrojoną działalność oświatowo-sanitarną (m.in. broszury, publikacje na łamach prasy codziennej, rolniczej oraz czasopisma „Służba Zdrowia”, referaty na zjazdach pracowników służby zdrowia na wsi) (Parnas 1954, s. 153). Ważną inicjatywą oświatową w dziedzinie sanitarno-higienicznej było nawiązanie przez Instytut współpracy z nauczycielami wiejskimi województwa lubelskiego, zapoczątkowaną kurso-konferencją dla kierowników szkół wiejskich, podczas której omówiono doniosłą rolę szkoły w edukacji higienizacyjnej ludności wiejskiej. Dodatkowym elementem popularyzatorskim, realizowanym przez pracowników Instytutu, były pogadanki w szkołach wiejskich na temat higieny ogólnej i higieny szkolnej (Birbach, Wawrzyszuk 1959-1960, s. 202-203).

W oparciu o Statut i odpowiednie zarządzenia Ministra Zdrowia, Instytut pełnił funkcję krajowego specjalisty higieny wsi, czego efektem było wdrożenie w życie przez Instytut idei higienizacji wsi, popularyzacja pojęcia społecznego ruchu higienizacji wsi oraz zainicjowanie powstawania terenowych komitetów higienizacji wsi. Podstawową formą upowszechnienia wiedzy z zakresu higieny był „Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny” przeznaczony dla lekarzy wiejskich, korespondentów i współpracowników naukowych Instytutu. Ważne miejsce w działalności IMPiHW zajmowały badania dotyczące stanu higieny polskiej wsi, uzupełniane w sposób ciągły przez Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne i lekarzy wiejskich pełniących funkcję naukowych korespondentów terenowych (Parnas, Szewczykowski 1961, s. 31-32).

Idea utworzenia stanowiska korespondenta naukowego pojawiła się w Zespole Badawczym przy Akademii Medycznej w Lublinie, będącego wówczas załącznikiem Instytutu. Funkcja korespondenta była nową formą rozwijania ogólnopolskich badań naukowych dotyczących sytuacji higieniczno-zdrowotnej ludności wiejskiej, która spotkała się z dużym zainteresowaniem wśród środowisk naukowych krajowych i zagranicznych. Pozyskiwanie korespondentów odbywało się drogą apelu do lekarzy wiejskich by zgłaszali się oni do współpracy. Działo się to za pośrednictwem terenowych Wydziałów Zdrowia. Odezwy były ogromne, co skłoniło do utworzenia Komisji Korespondentów Naukowych, będącej organem przedstawicielskim wszystkich korespondentów. Lekarzom wiejskim, którzy byli początkujący we współpracy z IMPiHW nadano miano współpracowników naukowych, zaś bardziej aktywnych zakwalifikowano do grupy korespondentów naukowych Instytutu (Specht 1961, s. 224-

225). Zakres obowiązków współpracownika naukowego IMPiHW (zob. ³³) i korespondenta naukowego IMPiHW (zob. ³⁴) zawarto w „Regulaminie pracy” (Aneks 1 i 2).

Liczba lekarzy współpracujących z IMPiHW w Lublinie zwykle wynosiła ok. 320, jednakże najaktywniejszych było kilkudziesięciu. Ich skład osobowy był płynny, albowiem lekarze, którzy z przyczyn osobistych, organizacyjnych i innych, wykazywali zbyt małą aktywność, byli wykreślanii z listy współpracowników lub korespondentów naukowych Instytutu. Część z nich samodzielnie rezygnowała z tej działalności (Specht 1961, s. 225).

Od 1955 r. z inicjatywy IMPiHW odbywały się coroczne Krajowe Konferencje Naukowo-Praktyczne Lekarzy Wiejskich przekształcone później w Zjazdy Medycyny Wiejskiej, które stały się miejscem wymiany doświadczeń w zakresie działań realizowanych na rzecz mieszkańców wsi. Swoim zakresem obejmowały najczęściej kwestie dotyczące higieny i higienizacji wsi, a także chorób odzwierzęcych i inwazyjnych w środowisku wiejskim, zagadnień chorobowości ludności wiejskiej oraz higieny szkolnej i higieny pracy w rolnictwie.

Istotnym wzorem działań higienizacyjnych realizowanych przez IMPiHW była Bułgaria. Niektórzy pracownicy Instytutu odbyli tam studia uzupełniające

³³ Współpracownikiem naukowym Instytutu mógł zostać lekarz wiejski, który wyrażał chęć współpracy naukowej z Instytutem.

Do głównych jego zadań należało:

- a) Utrzymywanie łączności naukowej z Instytutem, według wskazań jego Działu Organizacyjno-Metodycznego.
- b) Dostarczanie materiału prac naukowych Instytutu.
- c) Udział w krajowych konferencjach lekarzy wiejskich poprzez: wygłaszanie referatów i udział w dyskusji.
- d) Utrzymywanie swojej placówki terenowej w należyłym stanie pracy higieniczno-profilaktycznej i leczniczej.
- e) Prowadzenie pracy oświatowej na terenie zasięgu swej placówki (fragment „Regulaminu pracy współpracownika naukowego Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie” – Aneks 1).

³⁴ Korespondentem naukowym IMPiHW mógł zostać współpracownik terenowy, który w ciągu trzyletniej współpracy wykaże się pewnym wkładem naukowym w pracę badawczą Instytutu oraz utrzymuje stałą łączność naukową z odpowiednimi działami i zakładami Instytutu.

Do głównych jego zadań należało:

- a) Utrzymywać łączność naukową z Instytutem według wskazań jego Działu Metodyczno-Organizacyjnego.
- b) Brać udział w zbieraniu zalecanych materiałów do prac naukowych i nadsyłać sprawozdania naukowo-obserwacyjne z terenu.
- c) Opracowywać tematy badawcze własne przy konsultacji właściwych działów Instytutu.
- d) Inicjować na swoim terenie działania higieniczne i informować Instytut o ich postępach.
- e) Szerzyć oświatę sanitarną wśród ludności wiejskiej.
- f) Brać udział w Krajowych Zjazdach i Konferencjach lekarzy pracujących dla wsi przez: wygłaszanie referatów i doniesień własnych oraz branie udziału w dyskusji (fragment „Regulaminu pracy korespondentów naukowych Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie” – Aneks 2).

w tej dziedzinie. Główny nurt wdrażanych naukowych idei higienizacji wsi nawiązywał przeważnie do tradycji polskiej, reprezentowanej w zdecydowanej mierze przez Państwowy Zakład Higieny (Kacprzak, Chodźko, Celarek, Szniolis, Rudolf i inni). Proponowane przez Instytut kierunki działań zmierzających do poprawy sytuacji sanitarno-higienicznej mieszkańców wsi znalazły pozytywny odzew na terenie całej Polski, a w początkowej fazie przede wszystkim w Wielkopolsce (Parnas, Szewczykowski 1961, s. 33).

Instytut jako ważny podmiot i instytucjonalny lider ruchu higienizacji wsi od początku swojej działalności udzielał pomocy metodyczno-organizacyjnej, a niekiedy także technicznej, zaopatrywał ośrodki zajmujące się higienizacją w literaturę, upowszechniał metody i sposoby higienizacji za pomocą Biuletynów IMPiHW. Propagował on również zasady i metody higienizacji na kursach dla lekarzy wiejskich oraz organizowanych konferencjach medycyny wiejskiej o zasięgu krajowym (Parnas 1962, s. 261).

Pomimo doniosłego i nieocenionego wpływu społecznych komitetów higienizacji wsi na poprawę sytuacji higieniczno-sanitarnej na terenach wiejskich, z czasem higieniści zaczęli się opowiadać za większym udziałem państwa i uregulowań prawnych w tym zakresie, uznając że dotychczasowe działania społecznego ruchu higienizacji wsi są niewystarczające. Wówczas to Instytut stał się rzecznikiem celowości dalszego trwania społecznego ruchu higienizacji wsi, głównie w zakresie oświaty zdrowotnej i prostych prac porządkowych, czyli tych nie wymagających interwencji państwa. Instytut propagował ideę higienizacji prowadzonej w oparciu o skoordynowaną działalność wielu resortów, a nie jedynie resortu zdrowia (Umińska, Berbec 1974, s. 184-185).

Higienizacja jako nurt działalności IMPiHW w Lublinie znajdowała swój wyraz w licznych projektach naukowych i wdrożeniowych realizowanych przez jego pracowników. Ich intensyfikacja miała miejsce pod koniec lat pięćdziesiątych i w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku.

W roku 1962 Instytut odniósł duży sukces dzięki programowi higienizacji wsi polskiej opracowanemu i opublikowanemu przez specjalny zespół pracowników tej placówki, w składzie B. Brodniewicz, B. Gastoł, S. Grzymała, J. Parnas i B. Wawrzyszuk (Aneks 3). Głównym bodźcem do jego utworzenia była niska kultura sanitarna wsi polskiej, która stanowiła swoisty rezerwuar nagminnego zapalenia wątroby, żółtaczkę zakaźną, zakażeń jelitowych, gruźlicy i chorób odzwierzęcych. Zgodnie z przyjętymi założeniami programu, miał on nadawać kształt i kierunek ruchowi higienizacji wsi, uwzględniając jego społeczny charakter, a głównym jego inicjatorem i koordynatorem miała być służba zdrowia (lekarze, pielęgniarki i instruktorzy higieny). W działania higienizacyjne, zgodnie z programem, miały być również włączone inne instytucje (m.in. WSSE i PSSE, PIS, MZiOS, IMPiHW) i organizacje (rolnicze, oświatowe, spółdzielcze itp.). Forma organizacyjna ruchu higienizacji wsi

miała być dostosowana do szczebla podziału administracyjnego, tzn. centralna, wojewódzka, powiatowa, gromadzka i wiejska (Brodniewicz, Gastoł i in. 1962, s. 148-150; Latałski 1976a, s. 237).

Ważnym osiągnięciem IMPiHW, nierozzerwalnie związanym z ruchem higienizacji wsi, było opracowanie w 1965 r., przez zatrudnionych w nim specjalistów, „Kryteriów wsi wzorowej pod względem higieny”. Zawarto je w czterech modułach: kryteria wsi wzorowej, kryteria zagród wzorowych, kryteria obiektów wzorowych i klasyfikacja osiedli wzorowych pod względem higieny (Aneks 4).

W późniejszych latach poza kontynuowanymi terenowymi badaniami naukowymi na obszarach wiejskich, organizowanymi sympozjami i zjazdami, Instytut opracowywał również ekspertyzy odnoszące się do kwestii higieny wsi, jak np. ekspertyza „Podstawowe kierunki poprawy warunków higieny na wsi dla uzyskania minimum poziomu sanitarnego” zrealizowana na zamówienie ówczesnych władz Lublina (Sprawozdanie z działalności IMPiHW za rok 1969, 1970 s. 28).

Troska o stan zdrowia mieszkańców terenów wiejskich jest realizowana przez Instytut Medycyny Wsi w Lublinie do dziś. O ile działania Instytutu na rzecz poprawy standardów higieny osobistej obecnie nie należą do zadań priorytetowych, tak jak było to w przeszłości, to wysiłki ukierunkowane na kwestię bezpieczeństwa i higieny pracy rolników zatrudnionych w gospodarstwach indywidualnych i uspołecznionych, jak też na kwestie sanitarne (czystość wody pitnej, gleby) wciąż są przedmiotem badań naukowych i prac wdrożeniowych.

10. Komitety higienizacyjne

Po II wojnie światowej głównym ośrodkiem działalności, zmierzającym do poprawy sytuacji higienicznej stał się Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, a higieną na wsi od 1952 r., jak już wspomniano, zajmował się Instytut Medycyny Wsi i Higieny Pracy w Lublinie. Instytut w połączeniu ze służbą zdrowia rozpoczął ważną działalność popularyzacyjną, której celem było upowszechnienie idei tworzenia wzorców higienicznych na wsi w oparciu o działania społeczno-państwowe. Doniosłą rolę w działalności ruchu higienizacji wsi odegrały komitety higienizacyjne. Ich powołanie do życia wynikało z niewystarczającej efektywności dotychczasowych form organizacyjnych działających w obrębie wspomnianego ruchu.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej opracowało projekt Uchwały Rady Ministrów w sprawie powołania komitetów higienizacji wsi, na wszystkich szczeblach administracji państwowej, tj. komitetu przy Radzie Ministrów oraz terenowych komitetów na poziomie województw, powiatów i gromad (gmin). Funkcję przewodniczącego Komitetu miał pełnić Główny Inspektor Sanitarny. W oparciu o projekt uchwały, Komitet Higienizacji Wsi przy Radzie Ministrów miał być organem wnioskodawczym, opiniodawczym i dorad-

czym Rady Ministrów w sprawach odnoszących się do stanu higienicznego wsi (Wawrzyszuk, Umińska 1966, s. 47-48).

Lekarze pracujący na wsi i służba sanitarno-epidemiologiczna rozpoczęli działalność w terenie, inicjując tworzenie społecznych komitetów higienizacji wsi. W efekcie powstały komitety wojewódzkie, powiatowe, gromadzkie oraz wiejskie.

Pierwszy Wojewódzki Społeczny Komitet Higienizacji Wsi powstał w Poznaniu w 1958 r. Rok później (w 1959 r.) powołano analogiczne komitety w Gdańsku i Lublinie, w 1960 r. w Bydgoszczy, a w 1962 r. w Kielcach i Rzeszowie. Ponadto w województwie poznańskim, krakowskim i rzeszowskim powstały we wszystkich powiatach Powiatowe Społeczne Komitety Higienizacji Wsi. Ich liczba była znacznie mniejsza w woj. gdańskim (13), bydgoskim (10) i lubelskim (3). Dużą aktywnością w sferze tworzenia komitetów niższych szczebli wykazały Wojewódzkie Społeczne Komitety Higienizacji Wsi w Poznaniu (zorganizowano 49 komitetów gromadzkie i 195 wiejskich) oraz w Krakowie (zorganizowano 292 komitety gromadzkie i 1824 wiejskie). Małe nasilenie ruchu higienizacji wsi obserwowano w woj. warszawskim, gdzie do 1963 r. nie zorganizowano Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Higienizacji Wsi, co bez wątpienia zadecydowało o niskiej aktywności w tym zakresie (Parnas, Wawrzyszuk i in. 1963a, s. 80). Fachowy kierunek działalności komitetom higienizacyjnym nadawały Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne (Rafalski, Umińska i in. 1968, s. 170-172; Umińska, Berbec 1974, s. 183).

Komitety higienizacji wsi w terenie, różnych szczebli, organizowano z inicjatywy Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych, Prezydiów Wojewódzkich Rad Narodowych, Komitetów Wojewódzkich PZPR, Wojewódzkich Komitetów ZSL, Krajowego Frontu Jedności Narodu, PCK, Ligi Kobiet, Kółek Rolniczych (Parnas, Wawrzyszuk i in. 1963a, s. 80-81). W części województw, tj. olsztyńskim, wrocławskim, zielonogórskim i łódzkim, na początku lat sześćdziesiątych ruch higienizacji miał charakter wyłącznie żywiolowy i nie otrzymał żadnej formy organizacyjnej. Także trwałość Komitetów Higienizacyjnych była zróżnicowana. W niektórych województwach komitety higienizacyjne dość szybko przestały funkcjonować. Za przykład może posłużyć woj. koszalińskie, w którym powstały w 1961 r. Wojewódzki Komitet Higienizacyjny zakończył działalność już o rok później (Parnas, Wawrzyszuk i in. 1963b, s. 5).

Ramy organizacyjne Społecznym Komitetom Higienizacji Wsi nadawał regulamin pracy, jak np. w przypadku Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Higienizacyjnego w Lublinie (Aneks 5) lub przyjęty statut, jak np. w przypadku Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego (Aneks 6).

Do głównych zadań komitetu higienizacji wsi należało:

- 1) Inicjowanie i propagowanie higienizacji wsi na terenie swojej działalności (tj. na terenie wsi, gromady, powiatu lub województwa);

- 2) Pobudzanie oddolnej aktywności społecznej wśród szerokich rzesz ludności, ukierunkowanej na poprawę stanu sanitarnego wsi;
- 3) Organizowanie i przeprowadzanie konkursów czystości;
- 4) Prowadzenie prac, mających na celu doprowadzenie do odpowiedniego stanu sanitarnego wszystkich urządzeń publicznych, jak np. studni, ustępów, sklepów, a także wszystkich zagród wiejskich zarówno w gospodarstwach indywidualnych, jak i uspołecznionych;
- 5) Sprawowanie nadzoru nad higienizacją, poprzez kierowanie nią, opracowywanie planów higienizacji oraz ich wdrażanie;
- 6) Podejmowanie starań o środki finansowe i materiałowe z przeznaczeniem ich na budowę urządzeń komunalnych itp.;
- 7) Kreowanie wzorców higienicznych, mogących mieć silne oddziaływanie na społeczność wiejską, bo dotyczących jej codziennego życia, jak np. wzorcowa zagroda, ośrodek zdrowia, szkoła itp. (Wawrzyszuk 1962, s. 39-40).

Zakres zadań przypisanych komitetom higienizacji wsi był rozległy, co wymuszało niejako, włączenie w ich realizację jak największej liczby podmiotów na czele z działaczami społecznymi i politycznymi, aktywistami rekrutującymi się z organizacji społecznych, inteligencją wiejską czy wreszcie z przodującymi rolnikami. Pomimo różnej trwałości komitetów higienizacyjnych, niejednolitym nasileniu ich aktywności i stopnia sformalizowania, niezaprzeczalnie odegrały one bardzo ważną rolę dla ruchu higienizacji wsi. Były ważnym impulsem pobudzającym społeczną inicjatywę, której celem była poprawa stanu higieniczno-sanitarnego na wsi, a także organem poniekąd porządkującym działania higienizacyjne w środowisku wiejskim.

Opisane w niniejszym rozdziale kierunki i formy działalności ruchu higienizacji wsi oraz jego strukturalne elementy to najbardziej zaangażowane w jego trwanie organizacje i instytucje. Poza nimi w ruch higienizacyjny włączone były liczne jednostki żywo zainteresowane poprawą sytuacji sanitarno-higienicznej wsi. Wywodziły się one głównie ze środowisk naukowych, lekarskich, decydenckich, kościelnych, byli to również urzędnicy i działacze społeczni o zasięgu lokalnym. Podejmowane przez tych działaczy wysiłki mające na celu poprawę sytuacji higieniczno-sanitarnej, a przez to i zdrowotnej, mieszkańców wsi choć nierzadko miały charakter żywiołowy i okresowy, to i tak były ważnym komponentem ruchu zapewniającym bardziej skuteczną realizację jego celów. Charyzma wspomnianych uczestników ruchu, determinacja i natura społecznikowska sprawiały, że szerokie rzesze osób o różnym poziomie wykształcenia i różnej pozycji społecznej włączały się w działania higienizacyjne stanowiące istotę analizowanego tu ruchu socjomedycznego, zwanego higienizacją wsi.

Rozdział V. Wystawy, konkursy i inne formy higienizacji wsi

Poza szeroko zakrojoną oświatą sanitarną i edukacją jako immanentnymi czynnikami ruchu higienizacyjnego wsi, ważną rolę spełniały wystawy i konkursy. Miały one charakter popularyzatorski. Za ich pośrednictwem przekazywano wiedzę oscylującą wokół problematyki higieniczno-sanitarnej w sposób przystępny i bezpośredni. Na wystawach zwiedzający mogli skonfrontować teorię z praktyką, oglądając wzorcowe obiekty, makiety, urządzenia sanitarne.

Istotną funkcję w ruchu higienizacyjnym pełniły rozmaite publikacje, w tym zarówno książki i czasopisma naukowe, jak też publicystyka dostępna szerokiemu gronu odbiorców. Masowo stosowaną formą upowszechniania kultury zdrowotnej były broszury i ulotki propagujące odpowiednie wzory zachowań higienicznych.

1. Wystawy

Wystawy o tematyce higienicznej organizowano już pod koniec XIX wieku. Dwie pierwsze z nich były największymi przedsięwzięciami tego typu w Europie Wschodniej, a ich pomysłodawcą byli działacze skupieni wokół miesięcznika „Zdrowie”.

Pierwszą Wystawę Higieniczną zorganizowali oni w okresie 21 maja - 11 lipca 1887 r. w Warszawie, była czwartą taką wystawą w Europie. Otworzył ją Główny Naczelnik Kraju, w obecności licznych przedstawicieli władz krajowych, prasy i licznych zaproszonych osób. Zwiedziło ją ok. 100 tys. osób (Wystawa Higieniczna w Warszawie 1887, s. 1-2).

Głównym jej inicjatorem, a jednocześnie sekretarzem był dr Józef Polak. Funkcję prezesa wystawy pełnił prof. Wiktor Szokalski, a wiceprezesa inż. Alfons Grotowski. Protektorat nad nią przyjęła hr. Augustowa Potocka. Rozległą problematykę wystawy prezentowano w sześciu działach tematycznych, jakimi były: fizyko-chemiczny, szpitalny, wychowawczy, inżynierii i budownictwa, przemysłowo-fabryczny i pasożytniczy. Najwyższą rangę przypisywano działowi wychowawczemu, w którym wyodrębniono: higienę niemowląt, higienę

dzieci i młodzieży oraz konserwowanie sił fizycznych młodzieży (http://www.pth.pl/historia.php?id_info=1&id_menu_left=5&sub_id_info_d=).

Na wystawie dominowały okazy o charakterze czysto naukowym, ale eksponowano także dział budowlany i dział szpitalny. Warto podkreślić jest to, że prezentowane obiekty natury leczniczej były wzorcowe pod względem higienicznym (Wystawa Higieniczna w Warszawie 1887, s. 10).

Zaprezentowano również Zakład Higieniczny w Nałęczowie. Jego przedstawiciel – dr Waław Lasocki, opisywał prowadzoną w nim działalność uzdrowiskową, zwłaszcza w sferze kąpeli termalnych, błotnych borowinowych (Wystawa Higieniczna w Warszawie c.d. 1887, s. 18-20).

I Wystawa Higieniczna poza tym, że cieszyła się dużym powodzeniem, to zakończyła się dodatnim bilansem finansowym (dochód wyniósł 26 tys. rubli, rozchód 25 tys.). W następstwie pojawił się pomysł na zorganizowanie kolejnego takiego przedsięwzięcia.

II Wystawa Higieniczna w Warszawie, trwała od 15 maja do 15 lipca 1896 r., miała miejsce na terenie obecnej Politechniki, między ulicami Polną, Koszykową i Nowowiejską. W jej organizację włączyły się m.in. Towarzystwa Lekarskie, Towarzystwa Dobroczynności, Towarzystwa Sportowe oraz większe zakłady przemysłowe, jak np. Kolej Żelazna. Na czele komitetu organizacyjnego stanął prof. Ludomir Brodowski, a jego sekretarzem był główny pomysłodawca wystawy – dr Józef Polak. Chociaż w trakcie wystawy prezentowano osiągnięcia naukowe, to głównym jej przesłaniem było uwrażliwienie na sprawy higieny dnia codziennego. Nowym elementem wystawy był dział higieny wiejskiej, na który składały się ekspozyty skansenowskie (Dragański 2006, s. 247-248). Wystawa ta dała duży impuls do poruszenia spraw dotyczących higieny publicznej związanej zarówno z obiektami mieszkalnymi, jak też szpitalnymi, komunalnymi (Tchórznicki 1896b, s. 100).

Na wystawie zaprezentowano różne działy higieny, a także związane z nią dyscypliny. Wśród nich znalazły się: 1) higiena żywienia, 2) higiena odzieży, 3) higiena miast i wsi oraz mieszkań, 4) bakteriologia i dezynfekcja, 6) higiena specjalna, 6) statystyka i numerologia (http://www.pth.pl/historia.php?id_info=1&id_menu_left=5&sub_id_info_d=).

Wystawa ta składała się z 37 obiektów. Wśród nich znajdowały się budowle:

- a) służące do celów naukowych i ekspozatów przemysłu (m.in. pawilon główny, barak szpitalny, instytut bakteriologiczny, hala gimnastyczna, chata włościańska, łaźnia, rzeźnia małomiasteczkowa, budynek ekspozatów sekcji ludowej, kioski prywatne);
- b) pawilony użyteczności ogólnej dla zwiedzających, m.in. restauracje, umywalnie, klozety, kąpiele natryskowe itp., które to miały pełnić jednocześnie funkcję edukacyjną, wzorcową;

- c) budynki dla celów atrakcyjnych (diorama starej Warszawy, labirynt);
- d) budynki administracyjne, jak biuro, kasa, budynek zarządu (Budowle Wystawy Higienicznej. Kronika 1896, s. 135)

II Wystawa Higieniczna, podobnie jak poprzednia, cieszyła się wielkim zainteresowaniem, w tym i mieszkańców wsi. Zwiedziło ją ok. 300 tys. osób, w tym około połowa uczyniła to bezpłatnie. Ekspozycja zyskała również uznanie za granicą (http://www.pth.pl/historia.php?id_info=1&id_menu_left=5&sub_id_info_d=).

Wątek higieniczny pojawił się również na Wystawie Krajowej w Krakowie, która odbywała się w 1887 r. Szczególną rolę odegrali na niej prof. Edward Korczyński i dr Bolesław Lutostański (Higiena na wystawie krajowej w Krakowie. Kronika. 1887, s. 23).

Na początku XX wieku miały miejsce się kolejne wystawy o tematyce higienicznej, zyskujące wielu zwolenników wśród lekarzy i działaczy społecznych, inicjowane głównie przez WTH. Leon Wernic, wybitny lekarz i działacz społeczny, inicjator powołania Ministerstwa Zdrowia Publicznego, w swoich wystąpieniach podnosił, że dla oświaty ogólnej, a zwłaszcza oświaty higienicznej ludu bardzo ważna jest sprawa wystaw ruchomych i związanych z nią instruktorów higienicznych. Twierdził, że konieczne jest by oddziały prowincjonalne zjednoczyły swe wysiłki w celu finansowania wystaw ruchomych i stacjonarnych (Wernic 1905, s. 130).

Temat higieny został zaakcentowany na II Wystawie Rolniczo-Przemysłowej w Lublinie trwającej od 9 (22) do 17 (30) czerwca 1901 r. Wystawa była odwzorowaniem ważnych osiągnięć Lubelszczyzny w niemalże wszystkich dziedzinach ówczesnej produkcji przemysłowej i rolniczej (Przegaliński 2010, s. 14). Pojawienie się na niej problematyki higienicznej nastąpiło na skutek zaproszenia skierowanego przez jej organizatorów do Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego. W efekcie pozytywnego odzewu Towarzystwa powołano Sekcję Higieniczną w Dziale Naukowym Wystawy opatrzonym nr V (zob. ³⁵), która została zlokalizowana w baraku szpitalnym systemu Doeckera, traktowanym zarazem jako eksponat. Główne okazy wystawowe związane były z higieną lecznictwa medycznego, zwłaszcza szpitalnego. Kwestia higieny wiejskiej nie była mocno sygnalizowana (Tołwiński 1901, s. 1-2).

W okresie 12.IX – 4.X.1908 r. swoją pierwszą Wystawę Higieniczną zorganizował Lubelski Oddział Towarzystwa Higienicznego. Odbyła się ona na terenie Lublina (Kowieski 1981, s. 833). Patronat nad wystawą sprawował

³⁵ Obok Działu Naukowego, w skład którego wchodziły sekcje: higieny, etnograficzna, szkolna i rolniczo-przyrodnicza, na Wystawie prezentowały się działy: I.A. Zboża. I.B. Leśnictwo. I.C. Ogrodnictwo, II. Inwentarz żywy, III. Przemysłowo-fabryczny, IV. Ogólnoprzemysłowy, VI. Wojskowy, VII. Pracy kobiet (Lista odznaczeń, przyznanych na Wystawie Rolniczo-Przemysłowej w 1901r., Gazeta Rolnicza, Rok XLI, nr 39, dnia 15 (28) września, s. 1-19).

zarząd w składzie: prezes – Leon Przanowski, wiceprezes – dr Władysław Tołwiński, wiceprezes – Emilian Domański, skarbnik – Tadeusz Piotrowski, gospodarz – Gustaw Wiercieński i sekretarz – dr Jan Modrzewski oraz Juliusz Vetter – członek zarządu. Wielki wkład w jej zaistnienie mieli również pomagający w organizacji mieszkańcy Lublina, darczyńcy (pojedyncze osoby i miejscowe instytucje finansowe), a także bezinteresownie oddany plac Lubelskiego Towarzystwa Rolniczego (Katalog Wystawy Higienicznej 1908, s. 3-4).

Ideą wystawy było pokazanie, jak należy żyć zgodnie z wymaganiami higieny, jak mieszkać, odżywiać się, ubierać by chronić się przed chorobami. Jednocześnie prezentowane eksponaty pochodzące z różnych uzdrowisk (m.in. z Zakopanego, Cieclocinka, Nałęczowa, Ojcowa) pokazywały możliwości leczenia rozmaitych schorzeń. Wystawa w celu wzbudzenia większego zainteresowania obfitowała również w stoiska przedstawiające wyroby spożywcze, cukiernicze, alkoholowe, kosmetyczne, odzieżowe, bielizniarskie, pokazy akrobatyczne, a także miejsca przeznaczone do konsumpcji (Dr Kazim 1908, s. 1-4).

O doniosłej roli wystawy pisał ks. Antoni Kwiatkowski. Sygnalizował, że pokazywane eksponaty nie dla wszystkich są dostępne, a po części winę za to ponoszą światlejsi obywatele. Zdaniem księdza Kwiatkowskiego osoby mające wiedzę na temat roli higieny w życiu codziennym powinny być wrażliwe na los biednej ludności, zwykle nieświadomej konieczności dbania o stan higieniczno-sanitarny domostw, a także dzielić się tą wiedzą. Wystawę traktował jako okazję do tego by każdy kto ją odwiedzi mógł propagować uzyskane tam informacje (Kwiatkowski 1908, s. 10-11).

W trakcie trwania wystawy odbył się I Zjazd Lekarzy i Higienistów (w dniach 25-28 września), w dziesiątą rocznicę powstania Towarzystwa Higienicznego w Lublinie. Podczas obrad ogłoszono dwadzieścia referatów, pogłębionych o wnikliwą dyskusję. Zgromadzeni uczestnicy zjazdu przyjęli szereg uchwał, z czego część odnosiła się do kwestii higienizacji, jak np. budowa kanalizacji (Gawarecki 1974, s. 229-230).

Kwestie warunków higienicznych na wsi zadowalająco wyeksponowano na Wystawie Przemysłu i Rolnictwa w Częstochowie, trwającej od 5.VIII do 3.X.1909 r. Cieszyła się ona bardzo dużym zainteresowaniem. Odwiedziło ją 500-750 tys. osób, prezentowano na niej ponad 700 wystawców (Kapsa 2009a, s. 70). Na wystawie obok pawilonów tematycznych, jak np. Pawilonu Rolniczego, Pawilonu Przemysłu Ludowego, Pawilonu Drobного Przemysłu wybudowane zostało „prowizorium” gdzie zaprezentowane zostały obiekty nawiązujące do higienizacji wsi. Była to m.in. wzorcowa chata włościańska, projekty całych zagród chłopskich, czworaków, sprzętów do szpitalików wiejskich itp. (Kapsa 2009b, s. 40).

Wystawa obfitowała w konferencje naukowe, zjazdy, odwiedziny delegacji i zorganizowanych grup zwiedzających, m.in. Zjazdu Straży Ogniowej, Zjazdu Kółek Rolniczych, czy Zjazdu Towarzystwa Higienicznego, który odbywał się w Muzeum Higienicznym. Wystawę indywidualnie zwiedziło wiele osób i rodzin (<http://www.wystawa1909.pl/o-wystawie.html>).

Na szczególną uwagę zasługuje II Zjazd Higieniczny, który odbywał się w dniach 19 i 20 września 1909 r. Wśród głównych jego tematów znalazły się warunki higieniczne chaty wiejskiej, zaopatrzenie w wodę i utrzymanie czystości na wsi, w osadach i miastach, a także ubezpieczenia ludności pracującej w przypadku choroby (Wystawa Przemysłu i Rolnictwa. Wycieczki 1909, s. 3). Na zjeździe pojawiło się ok. 150 uczestników ze wszystkich zakątków kraju. Obrady zainaugurował dr Stanisław Nowak, prezes Częstochowskiego Oddziału WTH. Problemy związane z asenizacją wsi i małych miasteczek były przedmiotem dyskusji pierwszego dnia Zjazdu, a głównymi prelegentami byli m.in. dr Władysław Tołwiński z Lublina, dr Włodzimierz Bartoszewicz z Łodzi, dr Leonard Lorentowicz z Warszawy, dr Władysław Dobrzyński z Warszawy. Drugi dzień Zjazdu w znacznej mierze poświęcony został sprawom higieny chaty wiejskiej, a także kwestii zaopatrzenia wsi w wodę, czemu szczególne znaczenie przypisał w swoim referacie dr Józef Tchórznicki (Złotkowski 2009, s. 261-263).

Ważnym obiektem, ściśle związanym z wystawą było Muzeum Higieny w Częstochowie. Myśl o jego budowie pojawiła się już na początku XX wieku.

Dr Stanisław Nowak, lekarz ginekolog i działacz społeczny opisując w swoich wspomnieniach działania na rzecz poprawy opieki medycznej i higienizacji w Częstochowie, zamieścił wzmiankę o tym, że już w 1904 r. Zarząd Częstochowskiego Oddziału WTH zajmował się sprawą Muzeum Higienicznego pod Jasną Górą. Pomysłodawcą muzeum był dr Kazimierz Chełchowski z Warszawy, ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus i członek Rady, który marzył by każdy pątnik w czasie pobytu na Jasnej Górze odwiedził Muzeum, a po powrocie do domu krzewił zasady higieny w rodzinnej wiosce. Dzięki determinizmowi dra Chełchowskiego i wsparciu dra Józefa Polaka i dra Józefa Tchórznickiego Muzeum rozpoczęło swoją działalność na początku 1905 r. mając w ekspozycji wiele okazów z różnych dziedzin higieny, w tym model wielkiego domu z Łaszczowa (zob. ³⁶) – małej, ubogiej miejsciny z gub. lubelskiej, realnie istniejącego w tej miejscowości (Nowak 1933, s. 48-51).

Rakowiecki na łamach czasopisma „Zdrowie” sygnalizował, że celem muzeum częstochowskiego powinno być przyzwyczajanie szerokich warstw ludu

³⁶ Był to model domu istniejącego w rzeczywistości w Łaszczowie. W jego skład wchodziło kilkadziesiąt mieszkań, pokoi, zamieszkiwanych przez kilkaset osób, a ponadto rozmaite warsztaty, obory, chlewy. Brak natomiast było studni i ustępu, co było kuriozalne ze względu na miejsce jego prezentacji, jakim była wystawa higieniczna (Nowak 1933, s. 51).

do higienicznego sposobu życia, dbałości o czystość ciała i otoczenia w życiu codziennym, a swym zakresem powinno obejmować: higienę mieszkań i sprzętów domowych wiejskich, higienę ubrań, utrzymywanie czystości ciała, zachowanie przepisów higieny przy chorobach zakaźnych, higienę szpitalnictwa oraz inne wszelkie zabiegi higieniczne (Rakowiecki 1905, s. 120-121).

Muzeum Higieniczne początkowo mieściło się na ul. Wieluńskiej w Częstochowskie, nieopodal Jasnogórskiego Klasztoru. Lokalizacja ta nie odpowiadała jednak jego twórcom i organizatorom. Wraz z pojawieniem się realnej możliwości organizacji Wystawy Przemysłowo-Rolniczej, podjęto kroki zmierzające do zmiany jego lokalizacji. W wyniku poczynionych wysiłków nowym gmach Muzeum Higienicznego, wybudowano obok dwóch pawilonów wystawy, w parku im. Staszica w Częstochowie (Jaśkiewicz 1993, s. 11).

Początek działalności Muzeum Higienicznego zbiegał się w czasie z prezesurą inż. Feliksa Oppmana w Oddziale Częstochowskim WTH. Efekty działalności Oppmana były tak nikłe, że sprawami higieny nie interesowali się ani lekarze, ani księża, ani inni wykształceni, a tym bardziej niewykształceni mieszkańcy Częstochowy (Nowak 1933, s. 51). Zainteresowanie ekspozycjami w muzeum także nie było zbyt duże. Odwiedziny pielgrzymek były rzadkie. Pątnicy zwykle zaglądali do muzeum przez uchylone drzwi, odmawiali wejścia i obejrzenia z bliska wystawy. Ostatecznie zwiedziło ją pięć zorganizowanych grup pod wodzą przewodników, swoich księży proboszczów z parafii (Nowak 1933, s. 165).

Bardziej efektywna działalność Muzeum zbiegła się w czasie z okresem prezesury dra Stanisława Nowaka w Częstochowskim Oddziale WTH, której początek miał miejsce w 1907 r. To właśnie dzięki jego aktywności i zaradności ukończono w sierpniu 1909 r. budowę nowego gmachu Muzeum. Dodatkowo ważnym corocznym wydarzeniem odbywającym się w Muzeum była wystawa przeciwgruźlicza, promowana przez lekarzy społeczników - S. Nowaka i W. Biegańskiego. Z funkcjonowaniem Muzeum kojarzone były wówczas także takie inwestycje, jak np. modele prawidłowych studzien ujęć wody pitnej, urządzeń służących poprawie higieny osobistej (Kosiński 1992, s. 276).

Szacuje się, że podczas trwania Wystawy Przemysłowo-Rolniczej muzeum zwiedziło 120 tys. osób. Pomimo znaczącej roli Muzeum Higienicznego w ruchu higienizacji wsi, nie spotkało się ono z życzliwością i poparciem znacznej części członków komitetu wystawowego, którzy nie doceniając rangi propagandy zasad higieny praktycznej wśród ludu wiejskiego, pozostawili muzeum własnemu losowi odmawiając mu potrzebnych środków finansowych (Jaśkiewicz 1993, s. 11; Nowak 1933, s. 147). Rada WTH również zaprzestała finansowania Muzeum, co skutkowało powolnym jego upadkiem. Ostatecznie jego działalność zakończyły działania wojenne w 1914 r., kiedy to wojska niemieckie zajęły budynek i zniszczyły ekspozycje (Kosiński 1992, s. 277).

Reasumując warto zaznaczyć, że Wystawa Przemysłu i Rolnictwa w Częstochowie, a także odwiedzane w trakcie jej trwania Muzeum Higieniczne odegrały ważną rolę w popularyzowaniu idei higienizacji wsi. Choć zainteresowanie kwestią zdrowotno-higieniczną wśród odwiedzających wystawę mieszkańców terenów wiejskich nie było zbyt duże, to sam fakt obejrzenia przez nich obiektów wystawowych oraz niekiedy wysłuchanie prelekcji głoszonych przez wybitnych higienistów sprawiały, że zasób ich wiedzy dotyczącej higieny nieco się powiększał.

Działalność wystawiennicza realizowało również Towarzystwo Higieny Praktycznej imienia Bolesława Prusa. W kwietniu i maju 1910 r. w Warszawie, z inicjatywy dra Józefa Zawadzkiego, zorganizowało ono wystawę „Czystość – to zdrowie”. Jej ideą przewodnią była higiena w życiu codziennym. Program wystawy skoncentrowany był wokół dziesięciu sekcji tematycznych, takich jak: I. Czystość w życiu dziecka; II. Czystość w szkole; III. Czystość osobista. Kąpiele. Mycie rąk; IV. Czystość w kuchni. Czystość pokarmów; V. Czystość w mieszkaniach; VI. Czystość w biurach, urzędach; VII. Środki ochronne przeciw chorobom zawodowym; VIII. Czystość ulic i ogrodów; IX. Czystość w kolejach, X. Brak czystości a choroby (Wystawa Czystość - to zdrowie 1910, s. 5-14).

W trakcie trwania wystawy specjaliści z dziedziny higieny wygłosili 61 referatów, które w większości wzbogacone były o materiały poglądowe (głównie fotografie) przedstawiające wzorcowe wersje omawianych obiektów (jak np. wzorowa łazienka kąpielowa w dwóch wersjach – dla wsi, w których brak wodociągu oraz dla miast zaopatrzonych w wodociąg; modele kąpeli ludowych) czy czynności higienicznych (np. poprawne mycie ciała, rąk). Ważnym elementem wystawy był dział konkursowy, w ramach którego zaprezentowano 29 osiągnięć racjonalizatorskich (np. spluwaczki emaliowane autorstwa Wincenta Ostrowskiego) (Wystawa Czystość - to zdrowie 1910, s. 5-14).

W okresie międzywojennym we wsi Lisków zorganizowano dwie wystawy rolnicze, będące wzorem przemian higienizacyjno-zdrowotnych.

Pierwsza z nich odbywała się w okresie 18.VI-30.VI.1925 r. Idea organizacji wystawy była następstwem licznych wycieczek do Liskowa, związanych z ogromnym zainteresowaniem strukturą i działalnością powstałych w nim instytucji. Głównymi jej inicjatorami byli ks. Wacław Bliziński i Antoni Piątkowski (prezes kółka rolniczego), którzy zaprezentowali projekt wystawy w 1922 r. w Centralnym Towarzystwie Rolniczym w Warszawie (Łuczak 1982, s. 132). Realizacja projektu rozpoczęła się dopiero w 1924 r. W skład Komitetu Honorowego organizowanej wystawy wszedł ks. W. Bliziński jako jego prezes, a także Premier Rzeczypospolitej i Minister Finansów Władysław Grabski (twórca polskiej socjologii wsi) oraz ministrowie i przedstawiciele władz lokalnych (Chmielińska 1925b, s. 257-260).

Wystawa obfitowała w wielu wystawców i niezliczoną liczbę eksponatów, które podzielono na różne działy tematyczne, jak np.: ogrodniczo-pszczelarski, spółdzielczy, rolniczy, propagandy, oświaty. Na wystawie pojawił się również ważny dla ruchu higienizacji wsi dział opieki społecznej i higieny, któremu przewodniczył ks. Bliziński (Mikołajczyk 1985, s. 135).

Wystawę zwiedziło około 43 tys. osób. Znaczna część zwiedzających przybyła na to wydarzenie w grupach zorganizowanych, bowiem Lisków odwiedziło aż 371 wycieczek z różnych stron kraju. Wśród specjalnych gości wystawy znalazły się osoby z zagranicy, m.in. Danii, Francji, Niemiec, Włoch Japonii, USA, którzy pojawili się na niej w towarzystwie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Stanisława Wojciechowskiego (Kęszka za Splitem 2008, s. 162).

Druga wystawa w Liskowie, zatytułowana „Praca i kultura wsi” trwała od 8.VI do 4.VII 1937 r. Jej inauguracja odbyła się w gronie znamienitych gości, a wśród nich byli m. in. premier RP gen. Felicjan Sławoj-Składkowski, który objął honorowy protektorat nad wystawą, Minister Rolnictwa i Reform Rolnych – Juliusz Poniatowski, Minister Opieki Społecznej – Marian Zyndram Kościałkowski (Kęszka 2008, s. 170). Na wystawie zaprezentowano dziewięć działów, w tym m.in.: spółdzielczy, rolniczo-hodowlany, Koła Gospodyń Wiejskich, walki z alkoholizmem, jak również dział higieny wsi, któremu przewodniczył Marcin Kacprzak (Kęszka 2008, s. 175).

Wystawa okazała się bardzo dużym osiągnięciem organizacyjnym, bo zwiedziło ją ponad 120 tys. osób, a zatem niemal trzykrotnie więcej niż poprzednią. Największe nią zainteresowanie miało miejsce w pierwszych i ostatnich dniach jej trwania (Janczyk 1937, s. 24-25).

W okresie międzywojennym duża aktywność wystawowa zauważalna była również w Lublinie.

Kwestia zdrowia i higieny na wsi i w mieście znalazła swój wydzźwięk w zorganizowanej w okresie w dniach 14-24.X.1927 r., objazdowej wystawie przeciwalkoholowej. Zaistniała ona dzięki pomysłowi zarządu Oddziału Lubelskiego PTH oraz wsparciu władz Lublina. Zlokalizowano ją w Sali Rady Miejskiej w Lublinie (Kowieski 1984b, s. 162).

W styczniu 1935 r. z inicjatywy dra Jana Danielskiego zaczęto starać się o organizację wystawy higienicznej w Lublinie. Idea ta została poparta przez zarząd OL PTH. Wybrano Komitet Wykonawczy Wystawy, składający się z 17 osób, powołany został również komitet honorowy, w składzie którego znaleźli się ówczesny wojewoda lubelski Józef B. Różniecki, biskup lubelski ks. Leon M. Fulman, dowódca Okręgu Korpusu II gen. Mieczysław Smorawiński, prezes Sądu Apelacyjnego Bolesław Sekutowicz, kurator Okręgu Szkolnego Lubelskiego dr Stanisław Lewicki i prezydent m. Lublin Józef Piechota. Zorganizowano Biuro Komitetu Wystawy, na czele którego stanął inż. Stanisław Kurczewski i wyłoniono 2 sekcje: organizacyjną pod prze-

wodnictwem dra J. Danielskiego i propagandową pod przewodnictwem dra Edmunda Rupniewskiego – naczelnego lekarza Lublina. Opiekę nad wystawą objął ówczesny minister Opieki Społecznej dr Eugeniusz Piestrzyński. Uroczyste otwarcie wystawy miało miejsce 6.X.1935r., zlokalizowana była w Domu Żołnierza i Sali Ośrodka Wychowania Fizycznego na ul. Peowiaków 12 (Kowieski 1984b, s. 163-164).

Wystawa miała doniosłe znaczenie dla spraw sanitarnych całego województwa. Zaprezentowano na niej 12 działów tematycznych: 1) dział sanitariatu urzędowego, 2) dział propagandy higieny, 3) dział higieny mieszkań, 4) dział higieny szkolnej i wychowania fizycznego, 5) dział przemysłu związanego z zagadnieniami higieny, 6) dział higieny żywienia, 7) ratownictwo, 8) dział szpitalnictwa i ubezpieczeń społecznych, 9) dział higieny pracy, 10) dział techniki sanitarnej i zwalczania chorób zakaźnych, 11) dział medycyny zapobiegawczej, w szczególności ośrodki zdrowia, opieka lekarska nad matką i dzieckiem, walka z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi i alkoholizmem, 12) dział uzdrowisk. W trakcie wystawy wyświetlono wiele filmów edukacyjnych np. pt. „Gruźlica płuc”, rozdano ok. 10 tys. ulotek (Kowieski 1984b, s. 164).

Oddział Lubelski WTH, a w szczególności jego sekcja medycyny zapobiegawczej i sekcja propagandowo-odczytowa, prężnie działając w dziedzinie higieny wsi oraz współpracując z organizacją „Młoda Wieś”, dysponował ruchomą wystawą, w skład której wchodziły liczne tablice propagandowe, fotografie, modele m.in. wzorcowych studni, ustępów, kąpielisk wiejskich, budynków mieszkalnych. Wystawa prezentowana była kilkakrotnie w Lublinie, Chełmie i Zamościu (Kowieski 1984b, s. 165-166).

Pomimo ogromnych zniszczeń wojennych, już w 1945 r. Wojewódzki Wydział Zdrowia pod protektoratem Ministra Zdrowia – dra Franciszka Litwina i Ministra Odbudowy Kraju- prof. Michała Kaczorowskiego zorganizował w Lublinie Wystawę Higieny. Trwała ona od 9.XII.1945 r. do 15.I.1946 r., a w Prezydium Komitetu Wystawy znaleźli się: Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia – dr Władysław Kwit, Prorektor Uniwersytetu im. Marii Curie-Skłodowskiej – prof. Konstanty Strawiński, Dyrektor Szpitala Psychiatrycznego – dr Aleksander Ossendowski oraz Naczelnik Wydziału Techniczno-Sanitarne-go Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemią – inż. Stanisław Korczyński (Wystawa Higieny 9.XII.1945-15.I.1946, s. 109-111).

Adresatami wystawy byli chłopci, robotnicy, inteligencja, a także matki i dzieci oraz młodzież. Celem wystawy było uwrażliwienie społeczności wiejskich i miejskich na problem walki z chorobami społecznymi, takimi jak: gruźlica, choroby weneryczne, alkoholizm, a także z chorobami zakaźnymi. Ideą tego przedsięwzięcia było aby przekazane podstawowe zasady higieny ułatwiły przeprowadzenie akcji zdrowotnych, leczenia i profilaktyki (Kwit 1945, s. 5).

W trakcie wystawy ogłoszono wiele referatów, m.in.: „Warunki higieniczne życia chłopów” autorstwa dra Zygmunta Klukowskiego (lekarza ze Szczepieszyna, wieloletniego dyrektora tamtejszego szpitala, społecznika), „Higiena niemowląt” autorstwa dr Heleny Kwitowej (lekarza specjalisty chorób dziecięcych, starszej asystentki Kliniki Dziecięcej UMCS), „Praca pielęgniarki w ośrodku zdrowia” ogłoszony przez Aleksandrę Zaleską – pielęgniarkę-instruktorkę Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w Lublinie. Przedstawiono również sprawozdania z Wydziału Sanitarnego PCK (Wystawa Higieny 9.XII.1945-15.I.1946, 1945).

Lata 50-te i dalsze XX wieku to okres intensywnych działań higienizacyjnych prowadzonych przez powołane do tego instytucje. W konsekwencji w omawianych latach organizacja wystaw ściśle związanych z ruchem higienizacji wsi, o zasięgu szerszym niż lokalny, znacznie została ograniczona. Dla przykładu, pod koniec lat sześćdziesiątych i na początku lat siedemdziesiątych minionego stulecia zorganizowano 3 wystawy fotograficzne w Kamionce na Lubelszczyźnie, ilustrujące pozytywne zmiany, jakie zachodziły w tej wsi w zakresie kultury sanitarnej i dbałości o schludny wygląd posesji. Zaprezentowane na zdjęciach treści poza funkcją informacyjną, dodatkowo stanowiły wzorzec dla otoczenia. Wystawy cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem. Pierwszą z nich w ciągu jednej niedzieli odwiedziło ok. 2000 osób (Cyfrowicz 1970, s. 73).

Ostatnimi czasy pojawiają się wystawy o tematyce higienicznej, mające charakter retrospektywny. Za przykład może posłużyć chociażby wystawa zatytułowana „Czystość i brud. Historia Higieny” zorganizowana przez Muzeum Rzemiosła w Krośnie, zlokalizowana w tamtejszej Piwnicy Pod Cieniami, która odbywała się od 20.X. do 31.XII. 2011r. (<http://www.muzeumrzemiosla.pl/index.php?page=artykuly&id=124>), wystawa pt. „Gdzie Król chodził piechotą. Higiena wczoraj i dzisiaj”, która miała miejsce 8.IX.-31.X. 2012 r. na Zamku w Łańcucie (<http://www.zamek-lancut.pl/pl/Aktualnosc,140>), czy też wystawa zatytułowana „Higiena naszych przodków” odbywająca się w terminie 5.III-30.IV.2013 r. w Muzeum Regionalnym w Ilży (<http://www.muzeum-radom.pl/turystyka/wydarzenia/wystawa-higiena-naszyc-przodkow-w-muzeum-regionalnym-w-ilzy/1070>). Dużym zainteresowaniem cieszy się również wystawa „Jaśnie Państwo w kąpeli”, zlokalizowana w Teatralni zespołu pałacowo-parkowego w Kozłówce, trwająca w dniach 17.IV.-31.X.2015 r. (<http://www.muzeumzamoykich.pl/jasnepanstwowkapieli>).

Ważną funkcję w ruchu higienizacji wsi wypełniały nie tylko wystawy, ale i liczne oraz różnorodne konkursy.

2. Konkursy

Efektywną formą upowszechniania kultury higieniczno-sanitarnej w środowisku wiejskim, zachęcającą do dbałości o stan gospodarstwa rolnego i domostw, sprzyjającą współzawodnictwu, były konkursy. Zwykle miały one charakter lokalny, a ogłoszenie o nich pojawiało się na łamach gazet codziennych i pism ludowych.

Pierwszy konkurs o najlepsze gospodarstwa włościańskiego opatrzony nagrodami miał miejsce w 1885 r. Kolejne konkursy o tej samej tematyce odbyły się w 1890 i 1894 r., a nagrody dla najlepszych włościan mających wzorcowe gospodarstwo ufundował Pisarz „Gazety Świątecznej” (zob. ³⁷). Ostatni w XIX wieku konkurs, ogłoszony na łamach dwóch pism ludowych („Gazety Świątecznej” i „Zorzy”), miał miejsce w 1897 r. Konkurs ten przybrał bardziej zaawansowaną formę bo adresowany był do dwóch grup włościan. Kryterium podziału stanowiła wielkość gospodarstwa. Dokonano wyróżnienia gospodarstw małych (do 30 morgów) i większych (30-100 morgowych). Ocena i ewentualne nagrody uzależnione były od efektów weryfikacji nadesłanego opisu gospodarstwa przez włościanina z faktycznym jego stanem, po dokonaniu przez komisję oględzin w miejscu gospodarzenia. Najwyższe nagrody uzyskali chłopci, których zagrody wyróżniały się w stosunku do innych najwyższym poziomem porządku i czystości, wzorcową uprawą roli, hodowli inwentarza i prowadzeniu rozliczeń finansowych (Chełchowski 1899, s. 14-15).

Najczęściej ich adresatkami były kobiety – gospodynie domowe, na których zazwyczaj spoczywał obowiązek dbania o ład i porządek w obrębie domów i obejść gospodarskich. Tradycyjnie już, to one przede wszystkim troszczyły się o higienę otoczenia i osobistą członków rodziny, a także ich zdrowie.

Ideę konkursów o tematyce higienicznej wprowadził w życie w 1929 r. Marcin Kacprzak. Uczynił to za pośrednictwem Kółek Rolniczych. Konkursy miały charakter indywidualny i zbiorowy. Wśród najbardziej popularnych znajdowały się konkursy na najlepszą zagrodę i najczystsza wieś (Horodecka 1969, s. 74).

Pomysł na przeprowadzanie konkursów mających na celu poprawę warunków higienicznych na wsi zaczerpnięty został z innych dziedzin gospodarstwa rolnego (na wzór konkursów hodowli drobiu, trzody), których idea zapożyczona była z USA. Ich inicjatorką była Wanda Żebrowska, kierowniczka Działu Kół Gospodyń Wiejskich w Centralnym Związku Kółek Rolniczych. Konkursy popierały władze CZKR i Państwowej Szkoły Higieny oraz Departament Służby Zdrowia i Minister Spraw Wewnętrznych (dr S. Składkowski). Pierwsze konkursy zorganizowano w kilku powiatach wśród członkiń Kół Go-

³⁷ „Gazeta Świąteczna” była tygodnikiem popularno-oświatowy dla ludu, wydawany w latach 1881–1939 w Warszawie, który został założony przez Konrada Prószyńskiego.

spodyń Wiejskich. Nadano im nazwę „Zdrowie w chacie wiejskiej”, a fachowe kierownictwo z ramienia Państwowej Szkoły Higieny objął dr M. Kacprzak. Program konkursu rozłożono na 6 miesięcy, by dać szansę na przeprowadzenie koniecznych zmian i poczynienie inwestycji, a także przeprowadzenie licznych kontroli (Kacprzak 1930, s. 7-9).

Przewodnią ideą konkursu było pokazanie ludziom nie tyle co trzeba zrobić w sprawie poprawy higieny, ile jak trzeba to zrobić. Poprawa miała dotyczyć zarówno mieszkań, jak i obejścia gospodarskiego, w tym budowy studni, ustępów. Zmiany miały dokonywać się pod kierunkiem i przy pomocy instruktorów Kół Gospodyń oraz fachowego wsparcia sił medycznych. Ostatecznie do konkursu ogłoszonego w lutym 1929 r. zgłoszono 231 gospodarstw, z których przyjęto 219, a w kolejnym etapie, na skutek przeprowadzonych inspekcji, liczbę ich zmniejszono do 197. Przeprowadzony konkurs stanowił kolejną formę popularyzacji i nauczania higieny, wykorzystując w tym celu dwa czynniki: naśladownictwo i współzawodnictwo. Kilkukrotne odwiedziny każdego domu pozwalały na poznanie go i przekazywanie wiedzy z zakresu higieny indywidualnie, w zależności od panujących w domu warunków i zwyczajów życia dnia codziennego (Kacprzak 1930, s. 52-53).

Pod koniec lat pięćdziesiątych XX wieku zorganizowano konkurs o tematyce higienicznej w województwie warszawskim. Był to „Konkurs Czystości na Wsi” adresowany do kobiet, a zorganizowany przez Zarząd Powiatowy Ligi Kobiet, Powiatowe Związki Kół i Organizacji Rolniczych i Powiatowe Zakłady Mleczarskie. Prowadzony był w trzech sekcjach tematycznych, tj.: „Konkurs czystości w chacie wiejskiej”, „Kącik mycia się”, „Konkurs czystości obejścia gospodarskiego”. Trwał on od 1 lutego do 30 czerwca 1959 r. Warunki przystąpienia do konkursu były dosyć restrykcyjne i nakładały na potencjalne uczestniczki szereg obowiązków o charakterze praktycznym właściwych sekcji tematycznej, ale też wymuszały zapoznanie się z narzuconymi przez organizatorów publikacjami (broszurami) (Dokumenty Konkursu Czystości na Wsi...1959-1960, s. 413-414).

Na początku lat sześćdziesiątych minionego wieku konkursy czystości były uznawane za jedną z najbardziej popularnych form higienizacji wsi. Odbywały się one masowo, jak np. w woj. gdańskim gdzie do 1963 r. zorganizowano ich ponad 70 (Parnas, Wawrzyszuk i in. 1963b, s. 6).

Konkursy oscylujące wokół problematyki higieny wsi, kierowane były nie tylko do gospodyń wiejskich, ale także do środowiska lekarskiego pracującego w rejonie wiejskim. Za przykład może tu posłużyć konkurs zatytułowany: „Zadania i metody pracy lekarza wiejskiego” zorganizowany w roku 1965 przez IMPiHW oraz czasopisma „Służba zdrowia” i „Zarzewie”. Na szczególną uwagę zasługuje nagrodzona wypowiedź konkursowa oznaczona godłem „Salus Aegroti”, której autorem był dr med. Henryk Safian z Białej Podlaskiej. Pisał on

m.in. „Praca powiatowej kolumny sanitarnej walczącej z chorobami zakaźnymi zawisłaby w powietrzu, gdyby nie opierała się na ścisłym współdziałaniu z wiejskimi placówkami służby zdrowia [...]”. (Konkursowe plony 1966, s. 34)

Dr Safian podkreślał w swoich wspomnieniach, że już po kilkumiesięcznym okresie pobytu w danej miejscowości lekarz doskonale poznaje teren osiedli i miejscowe problemy higieniczne: stan sanitarny mieszkania i obejścia, usuwanie nieczystości, zaopatrzenie w wodę. Wszystkie te sprawy nasuwają konieczność bezpośredniego oddziaływania na zainteresowanych w drodze łagodnej, lecz stanowczej perswazji. Dopiero gdy po kilku próbach usiłowania te zawodzą, należy ostrożnie przystąpić do działalności administracyjnej. Zasadniczą przesłanką podniesienia stanu sanitarnego osiedli, według dra Safiana, jest przykład obrazowy instytucji publicznych. Podwórza szkół, budynków gminnych, ośrodka zdrowia powinny odznaczać się lśniąca czystością i dobrymi urządzeniami sanitarno-higienicznymi. Jest to jedyna droga prowadząca do celu, przez pobudzanie wyobraźni mieszkańców wsi. Jeśli ustęp ośrodka jest zanieczyszczony, jeżeli śmietnik szkoły lub budynku gminnego nie odpowiada najsurowszym żądaniom, wówczas stan osiedla nigdy nie ulegnie poprawie (Konkursowe plony 1966, s. 34).

Lata 70-te obfitowały w konkursy o tematyce sanitarno-higienicznej, inicjowane przez instruktorów oświaty zdrowotnej. Miały one najczęściej wymiar lokalny i skierowane były do władz administracyjnych gromad/gmin lub powiatów. Ich efektywność była zróżnicowana, głównie w zależności od postaw jakie prezentowali ludzie władz lokalnych i właściciele gospodarstw, ale też w zależności od ogólnego nastawienia członków społeczności wiejskich do samej idei konkursów.

W 1970 r. na terenie powiatu lubartowskiego w woj. lubelskim ogłoszono kilka takich konkursów. Pierwszy z nich zorganizowany został we wsi Trzciniec koło Lubartowa, a jego celem była poprawa warunków sanitarnych studzien indywidualnych. Spośród 22 gospodarzy, którzy zgłosili się do konkursu, ostatecznie tylko 7 dokonało pożądaných zmian. Pozostali wycofali się z prowadzenia działań naprawczych pod presją mieszkańców wsi, którzy sceptycznie i krytycznie podeszli do tej formy rywalizacji. Lepsze efekty uzyskano podczas kolejnych konkursów, odbywających się w Woli Sernickiej i Kamionce.

Konkurs w Woli Sernickiej, ukierunkowany na poprawę stanu sanitarnego studzien, zorganizowany został przy dużym zaangażowaniu aktywu wiejskiego. Swoją znaczący udział zaznaczyły, takie instytucje i organizacje, jak: Ośrodek Zdrowia, Szkoła Podstawowa, zarząd Gminnej Spółdzielni, Ochotnicza Straż Pożarna, Związek Młodzieży Wiejskiej. Ostatecznie do rywalizacji zgłosiło się 220 gospodarstw, a komisja składająca się z przedstawicieli Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych i miejscowego aktywu, po kontroli posesji zatwierdziła przeprowadzone zmiany w 149. Z kolei do konkursu

higienicznego w Kamionce włączeni zostali wszyscy mieszkańcy, od przedszkolaków począwszy. Konkurs opierał się na współpracy Gromadzkiej Rady Narodowej i Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej. Jego celem było wdrożenie mieszkańców do utrzymywania czystości posesji na co dzień, a w rezultacie zmiana wyglądu sanitarnego i estetycznego całej osady. Dzięki dużemu zainteresowaniu mieszkańców konkurs przyniósł bardzo zadowalające efekty (Cyfrowicz 1970, s. 70-72).

Nagłośnienie, przez lubelską prasę i rozgłoszenie lubelską Polskiego Radia, informacji o organizowanych w Woli Sernickiej i Kamionce konkursach czystości wywołało duże zainteresowanie innych społeczności wiejskich powiatu lubartowskiego, które podjęły się ich organizacji. Pojawiły się również nowe formy konkursowe – turnieje sanitarne wsi. W krótkim okresie czasu zorganizowano je dwukrotnie (w Rokitnie i w Ciotczy). Ich przewodnią ideą było sprawdzenie wiedzy teoretycznej z zakresu higieny, pozyskanej w szkołach zdrowia. Uwieńczeniem propagowania rywalizacji, mającej na celu poprawę sytuacji higieniczno-sanitarnej wsi powiatu lubartowskiego, było zorganizowanie w 1970 r. konkursu „gigantu” pod hasłem „W obejściu wiejskim - z higieną na ty”, do udziału w którym zgłosiło się 250 gospodarzy (z całego powiatu). Przebieg konkursu opierał się o opracowany regulamin (Aneks 7), a jego czołowym zamierzeniem była poprawa stanu sanitarno-higienicznego wsi oraz motywowanie rolników do współzawodnictwa, by w efekcie w każdej wsi znajdowało się chociaż jedno nienaganne pod względem sanitarnym gospodarstwo, stanowiące dla innych wzór do naśladowania (Cyfrowicz 1970, s. 80-82).

Konkursy upowszechniające wiedzę higieniczno-sanitarną popularne były również w innych częściach kraju. W Wielkopolsce, ich organizowanie stało się ważnym elementem działalności Oddziału Oświaty Zdrowotnej WSSE w Poznaniu.

Pod koniec lat sześćdziesiątych minionego wieku, pracownicy tej instytucji w celu podniesienia poziomu kultury higieniczno-zdrowotnej mieszkańców wsi, podjęli się organizacji konkursu pod nazwą „Oświata zdrowotna w każdej klubo-kawiarni”. Konkurs odbywał się w okresie jesienno-zimowym (listopad-luty 1967/1968) kiedy obciążenie pracami rolnymi było najmniejsze, co dawało szansę na zwiększone zainteresowanie nim ludności wiejskiej, częściej niż w innych porach roku, odwiedzającej te placówki kulturalno-oświatowe. Uczestniczyło w nim zgłoszonych 238 klubo-kawiarni z 23 powiatów i instruktorzy oświaty-zdrowotnej wszystkich terenowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Problematyka konkursu dotyczyła m.in.: higieny osobistej i otoczenia, profilaktyki chorób wenerycznych, walki z alkoholizmem i niktynizmem (Bedryńska-Dobek 1970, s. 98-101).

W 1970 r. odbył się konkurs zatytułowany „Wzorowa zagroda” zorganizowany przez Oddział Oświaty Zdrowotnej WSSE w Poznaniu, instruktorów

oświaty zdrowotnej z terenu woj. poznańskiego i Szkołę Podstawową w Powidzu pow. Gniezno. Wzięły w nim udział dzieci dwóch klas siódmych tej szkoły, które po wysłuchaniu prelekcji na temat higieny osiedla wiejskiego, wzbogaconego o tablice informacyjne, ulotki, otrzymały ankiety „Wzorowa zagroda” (Aneks 8) w celu wypełnienia ich w domu. Wypełnione ankiety zostały zebrane następnego dnia, a ocenie poddano po 17 ankiet typowych zagród wiejskich. W rezultacie komisja konkursowa, w skład której wchodziła instruktorka oświaty zdrowotnej, wytypowała 7 zagród bardzo dobrych pod względem sanitarnym, 18 dobrych, 7 dostatecznych i 2 niedostateczne (Bedryńska-Dobek, Fabisiak 1970, s. 91-94).

Duże braki pod względem kultury sanitarnej, podobnie jak w wielu innych rejonach Polski, odczuwane były także w województwie warszawskim. Szczególne niedostatki w zakresie wiedzy i zachowań higienicznych dotyczyły warunków hodowli bydła i pozyskiwania mleka, skutkujące jego zanieczyszczeniami bakteryjnymi i mechanicznymi. Koniecznością stało się podejmowanie działań oświatowych, celem zmiany tej sytuacji. Wiodącą rolę w tym zakresie pełniła Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna. Stąd zrodziła się idea konkursu pt. „Higiena w oborze” skierowanego do indywidualnych dostawców mleka. Głównym elementem tego konkursu było stworzenie specjalnej składanki, którą wydrukowano w nakładzie 50 000 egzemplarzy. Pierwsza jej część zawierała bogaty instruktaż, jak postępować by we właściwy sposób, zgodny z zasadami higieny pozyskiwać mleko i odprowadzać do skupu. Otrzymał ją każdy kto chciał wziąć udział we współzawodnictwie. Druga część składanki zawierała ankietę, którą uczestnik musiał dokładnie wypełnić i zwrócić w określonym terminie do zlewni. Jej treść była adekwatna do przedstawionych w instruktażu informacji. W konkursie wzięły udział wszystkie okręgowe spółdzielnie mleczarskie, a jego przebieg był bardzo zróżnicowany. Bez względu na to jaki był stopień zaangażowania w konkurs lokalnych organizatorów i dostawców mleka, zrealizowane zostało jego zadanie wychowawcze w zakresie higieny oraz zadanie informacyjno-instruktażowe w zakresie pozyskiwania mleka (Kłoczyńska 1970, s. 87-90).

W końcu lat siedemdziesiątych minionego stulecia zrealizowano pomysł Konkursu Funduszu Nagród im. Marcina i Wandy Kacprzaków PTH, ogłoszonego pod hasłem: „Lekarz rejonowy – lekarzem środowiskowym”. Główną ideą konkursu było określenie roli lekarza w pracy środowiskowej zarówno odnoszącej się do procesu leczenia pacjentów, jak też działań profilaktycznych uwzględniających postulaty higieniczne, w aspekcie pożądanych u niego predyspozycji zawodowych, jak też walorów moralnych. Adresatami konkursu byli wszyscy zainteresowani tą problematyką, a swoje prace do PTH w Warszawie, mogli przesyłać do 30 czerwca 1977 r. w formie esejów, referatów, opracowań naukowych, jak też schematów organizacyjnych. Ostatecznym celem kon-

kursu było zebranie od uczestników praktycznych pomysłów na usprawnienie pracy lekarzy w rejonie, a w dalszej perspektywie wdrożenie tych najlepszych. Na konkurs zgłoszono 27 prac, a jego zwycięzcą został dr med. Andrzej Lelig-dowicz (Korczak 2000, s. 158).

Idea konkursów o tematyce higienicznej w rozmaitej formie i o różnym nasileniu realizowana jest na wsi do chwili obecnej. Wraz ze stworzeniem *ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników* z dnia 20 grudnia 1990 r. (zob. ³⁸) i powołaniem na jej mocy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) ta forma popularyzacji wiedzy stała się integralną częścią jej działalności prewencyjnej. O ile konkursy z lat poprzednich ukierunkowane były głównie na kwestie higieny osobistej i sanitarnej to te organizowane przez KRUS oscylują wokół problematyki higieny pracy i jej bezpieczeństwa. Ich adresatami są zarówno dorośli mieszkańcy wsi, jak też dzieci i młodzież.

Konkursy stały się ważnym element upowszechniania wiedzy sanitarnej, a także czynnikiem propagującym rywalizację w zakresie dbałości o stan obejść gospodarskich, podwórek przydomowych, realizowanym na poziomie lokalnym. Za przykład może posłużyć konkurs „Piękna wieś” w gminie Wolsztyn, przeprowadzany cyklicznie od 1996 r., cieszący się niezmiernie dużym zainteresowaniem wśród mieszkańców gminy. Stał się on bodźcem do dbania o estetykę zabudowy oraz warunki higieniczno-sanitarne. Konkurs realizowany jest w dwóch kategoriach: na najlepiej uporządkowaną i zadbaną wieś oraz na najlepiej zagospodarowanie zagrody wiejskiej pod względem estetycznym (z podziałem na: - zagrody rolnicze - zagrody nierolnicze) (<http://wolsztyn.naszemiasto.pl/artukul/konkurs-piekna-wies-rozstrzygniety,2460777,artgal,t,i d,tm.html>).

Pomimo zmieniającej się formuły konkursów, ich inicjatorów i organizatorów, ciągle odgrywają one znaczącą rolę w upowszechnianiu idei i żywotności ruchu higienizacji wsi. Aktywizacja ludności wiejskiej poprzez motywowanie do rywalizacji, której efekty mają charakter użyteczny, umacnia w przekonaniu o ich celowości, a wręcz o pewnej konieczności ich przeprowadzania.

Dodatkową funkcją konkursów, poza konkretnymi osiągnięciami ich uczestników, jak np. czystość i porządek w obejściach gospodarskich, większa estetyka podwórek przydomowych, jest uwrażliwienie społeczności wiejskiej na niewłaściwe zachowania skutkujące zagrożeniem sanitarnym, np. zaśmiecanie wsi, okolicznych lasów, nielegalne odprowadzanie ścieków z szamb, zagrożenie zdrowotne i wypadkowe spowodowane nieładem w gospodarstwie rolnym.

Działania na rzecz poprawy warunków higieniczno-sanitarnych rejonów wiejskich oraz bezpieczeństwo wykonywanych prac rolnych coraz częściej staje się przedmiotem konkursów (plastycznych, quizów) adresowanych do dzieci szkół podstawowych i gimnazjalnych. Ten edukacyjny wymiar rywali-

³⁸ Dz. U. z 1991 r. Nr 7, poz. 24.

zacji stwarza szanse na zaangażowanie młodego pokolenia mieszkańców wsi w przedsięwzięcia służące realizacji celów trwającego procesu jej higienizacji.

3. Publikacje naukowe i popularyzujące kulturę zdrowotną w środowisku wiejskim

Bardzo istotną rolę w propagowaniu wzorów higienicznych pełniły, przywoływane w treści rozprawy, publikacje zwarte o charakterze naukowym. Jednakże warto zaznaczyć, że dla odbiorców spoza kręgów naukowych, w tym zwłaszcza medycznych, niezwykle przydatne były publikacje popularnonaukowe, napisane tak by niemalże każdy czytelnik mógł zrozumieć zawarty w nich przekaz. Za przykład mogą posłużyć chociażby, dedykowane ludności wiejskiej, „Narzekanie wody i mydła” Antoniego Flosa (Flos 1904) czy „Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej” Marcina Kacprzaka (Kacprzak 1930). Ukazywały one niedostatki w higienie osobistej mieszkańców rejonów wiejskich, zaniedbania higieniczno-sanitarne w obrębie zagród gospodarskich, ale także pokazywały sposoby służące ich poprawie oraz motywowały do wysiłków mających na celu większą dbałość o zdrowie własne i najbliższych.

Ważną kategorią odbiorców były również dzieci. Kwestii dbałości o higienę w życiu codziennym poświęcone były wybrane wiersze i bajki wzbogacone o walor edukacyjny, autorstwa m.in. Marii Konopnickiej, Jana Brzechwy, Janiny Porazińskiej, Ewy Szelburg-Zarębiny.

Istotną funkcję w ruchu higienizacyjnym wsi spełniały rozmaite pisma. Dla profesjonalistów były, i w większości są nadal, wydawane czasopisma specjalistyczne, jak choćby „Zdrowie” (późniejsze „Zdrowie Publiczne”), „Nowiny Lekarskie”, „Medycyna Wiejska” (późniejsza „Medycyna Ogólna”, a obecnie Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu”), „Wieś Współczesna”, „Annales of Agricultural and Environmental Medicine”.

Dla szerszego kręgu czytelników, a przede wszystkim dla kobiet wiejskich prowadzących gospodarstwa domowe i zajmujących się dziećmi, wydawano takie pisma, jak „Przyjaciółka”, „Kobieta i Życie”, „Gromada”, „Nowa Wieś” i inne. Z kolei dziewczętom dedykowany był miesięcznik „Jestem”. W pismach tych znajdowały się opisy najczęściej występujących chorób, wynikających przeważnie z niskiej kultury higienicznej tak osobistej, jak i środowiskowej. Większość tekstów zawierała porady jak należy postępować w życiu codziennym aby zachować zdrowie, racjonalnie się odżywiać czy wychowywać dzieci.

Znaczącą rolę w popularyzowaniu idei ruchu higienizacji polskiej wsi odegrały różne ulotki i broszury edukacyjne. Miały one zazwyczaj charakter tematyczny i adresowane były do szerokiego grona odbiorców. Za ich pośrednictwem przekazywano najczęściej treści informujące o tym, które zachowania w codziennym życiu są niewłaściwe, a nawet szkodzące zdrowiu, a jakie

poprawne i prozdrowotne. Kolportowaniem ulotek i broszur dotyczących higieny i zdrowia, jak już wspomniano we wcześniejszych częściach rozprawy, zajmowali się głównie pracownicy ośrodków zdrowia, stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz przedstawiciele PCK.

Przedstawione powyżej rodzaje publikacji, służące upowszechnianiu kultury zdrowotnej wśród mieszkańców wsi, chociaż nie wyczerpują zasobu opracowań naukowych i popularnonaukowych o tej tematyce, to należy je traktować jako ważne formy przekazu wiedzy, służące realizacji idei ruchu higienizacji wsi. Dzięki masowemu wydawaniu i dystrybuowaniu na tereny wiejskie pozanaukowych czasopism oraz ulotek i broszur edukacyjnych, stały się one często dla ich mieszkańców głównymi źródłami informacji, dotyczącymi kwestii higieniczno-zdrowotnych.

Rozdział VI. Łaźnie i kąpieliska

Istotne miejsce w ruchu higienizacyjnym wsi zajmowały inicjatywy mające na celu podniesienie poziomu higieny osobistej mieszkańców wsi. Ważnym osiągnięciem tego ruchu były powstałe na terenie całego Królestwa Polskiego łaźnie ludowe. W ich tworzenie od samego początku zaangażowali się działacze społeczni, lekarze, księża, pisarze.

1. Pierwsze łaźnie w dawnej Polsce

Potrzeba i konieczność budowy łaźni i kąpielisk zrodziła się dopiero w XIX wieku, to jednak nie była to pierwotna inicjatywa. Popularne były łaźnie w dawnej Polsce. Cieszyły się szczególną opieką królów, którzy ustalali opłaty za korzystanie z nich oraz sposób wydatkowania zgromadzonych w ten sposób pieniędzy. Pierwsze łaźnie na terytorium Polski odkryto w Gnieźnie i Łęczycy. Podobno chętnie z nich korzystał Bolesław Chrobry (Pietkiewicz 1931, s. 89).

W Średniowieczu łaźnie publiczne istniały we wszystkich miastach. Prawo ich utrzymywania przypisane było panującemu władcy, który czasami odstępował je gminom lub pojedynczym osobom. W praktyce zdarzało się, że opieka i utrzymywanie łaźni stawało się obowiązkiem wójtów i sołtysów (Strojnowski 1989, s. 233). Największy rozwój budowy łaźni rozpoczął się w XIII wieku w Poznaniu, a od 1320 r. znacznie wzrosła ich liczba również w Krakowie jako stolicy państwa. Łaźnie były obiektami dostępnymi bezpłatnie przede wszystkim królom, książętom i dworzanom, aczkolwiek nie wszyscy z nich lubili korzystać, a niektórzy wręcz od nich stronili. Do królów, którzy podobnie jak Bolesław Chrobry, chętnie korzystali z kąpeli, należeli m.in. Kazimierz Wielki, Władysław Jagiełło i Kazimierz Jagiellończyk (Strożecki 1933, s. 30-33).

Upadek łaźni rozpoczął się w pod koniec XVI wieku za czasów panowania Zygmunta III Wazy, a w XVIII wieku na wzór mody francuskiej polskie dwory zarzuciły całkowicie dawny zwyczaj uczęszczania do łaźni. Za nimi uczyniła to reszta ludności, co doprowadziło do szerzenia nawyków antyhigienicznych,

a sprawa czystości ciała długo spychana była na margines życia ludności wiejskiej (Dmochowski 1860, s. 148; Huszcza 1946, s. 1230).

Pomimo, że pod koniec XVIII stulecia pojawiła się moda na pałacową łazienkę, zlokalizowaną najczęściej w specjalnych pawilonach, mającą w wyposażeniu wanny z najdroższego marmuru, to w rzeczywistości były to pomieszczenia „na pokaz”. Wraz z ich przepychem nie szedł w parze zwyczaj zażywania kąpeli i wykonywania innych czynności higienicznych właściwych temu miejscu (Kawecka 1989, s. 105).

2. Rozwój łaźiebnictwa w XIX wieku

Z początkiem XIX wieku na nowo zaczęto uruchamiać łaźnie. Znajdowały się one przede wszystkim w dużych miastach, chociaż coraz częściej tworzone je również w miastach prowincjonalnych, głównie w domach szlacheckich. Bardzo zaniedbana pod tym względem była natomiast wieś, gdzie w omawianym okresie nie było żadnej łaźni (Biehler 1921, s. 386). Wśród głównych przyczyn tego deficytu znajdował się niedostatek, niedbałość o własną higienę i zdrowie ludności wiejskiej, ale także niezaradność życiowa przekładająca się na brak działań zmierzających do poprawy sytuacji higieniczno-sanitarnej (Bokiewicz 1861, s. 77). Warto przytoczyć cytat opisujący podejście ówczesnej ludności wiejskiej do higieny ciała: „Co dzień rzadko kto ma to we zwyczaju, bo nie ma na mycie czasu. Rano wstawszy, ledwie się przeżegna, siada do miski, bo trzeba się śpieszyć do roboty. W południe człowiek jest głodny, to nie ma tam co myśleć o myciu. Podjadłszy, musi się trochę przespać, aby nabrać sił do pracy. Przed wieczrą to się co pomoże gospodyni przy gotowaniu albo też człek siądzie odpocząć, kontent że siedzi. A że noc po wieczery, któżby znowu słyszał się myć” (Smiskova 1896, s. 89-90).

W omawianym okresie potrzebę tworzenia łaźni na terenach wiejskich akcentowało wielu higienistów, na czele z doktorem Józefem Tchórznickim. Proponował on by łaźnie na wsiach, ze względu na ciężką sytuację materialną ich mieszkańców, budować jak najmniejszym nakładem finansowym. Nazwał je łaźniami zwykłymi wiejskimi, w skład których wchodziły: sionka, poczekalnia zlokalizowana w jednej izbie z rozbieralnią i łazienka właściwa. Wymogiem niezbędnym były cementowe podłogi, ławy drewniane oraz oświetlone i z dopływem powietrza izby. W miastach, proponował tworzenie zarówno łaźni zwykłych, jak i łaźni wygodniejszych (o podwyższonym standardzie) (Tchórznicki 1896a, s. 8-9). Model łaźni wiejskiej, która została zbudowana według pomysłu Tchórznickiego w Cieleśnicy na Podlasiu, znalazł się wśród okazów Muzeum Higienicznego w Częstochowie (Nowak 1933, s. 166).

Pierwsze wzmianki o łaźniach na wsi można znaleźć właśnie pod koniec XIX wieku. Jedną z nich opisano w artykule umieszczonym w „Zdrowiu”

z 1900 r. „Łaźnie parowe we wsi Józnowie (pod Bychawą)”. Została ona wybudowana w 1884 r. przez Pana Ksawierskiego z Józnowa, w całości wykonana była z drewna by łatwiej było ją ogrzać. Funkcjonowała co 2 tygodnie, a korzystało z niej co najmniej 50 osób (głównie służba folwarczna i czeladź) (Łaźnie parowe we wsi Józnowie (pod Bychawą) 1900, s. 60-61).

Sama idea łaźni parowych zrodziła się w Rosji. Kąpiele parowe typu rosyjskiego, poza działaniem stricte higienicznym, stanowiły ważną formę działań leczniczych. W skład rytuału tego typu kąpeli wchodziły następujące czynności: 1) Wejście do pomieszczenia napełnionego parą wodną powstałą poprzez polewanie czystą wodą rozgrzanych kamieni; 2) Pocierania skóry na ciele wieńcami brzozowymi; 3) Częste polewanie ciała ciepłą wodą (Dr Schmidt 1830, s. 1-2).

Znaczący wkład w poprawę poziomu higieny osobistej wśród mieszkańców wsi, miał wspomniany w rozdziale III dr Stanisław Markiewicz, który w XIX-wiecznej Polsce, założył pierwszą łaźnię robotniczą, zlokalizowaną w Soczewce. Obiekt ten, obok szpitalika i apteki, należał do budowli, stanowiących efekt ruchu higienizacyjnego wsi (Lewandowicz 2002, s. 44).

U schyłku XIX stulecia kąpiele były coraz częściej uznawane nie tylko za ważną czynność higieniczną, ale również za czynność leczniczą. Jej terapeutyczny wymiar szeroko opisywał niemiecki duchowny z Bawarii, ks. Sebastian Kneipp. W zależności od celów, jakim miały służyć oraz w zależności od tego czy dana osoba była zdrowa czy chora, zalecał różne ich rodzaje, m. in. kąpiele nożne, nasiadowe, całkowite (zimne, ciepłe, mineralne) i częściowe (Kneipp 1890, s. 38-45). W Polsce terapeutyczny wymiar kąpeli propagował uczonej i klinicyście prof. Józef Dietl. Szczególne miejsce w jego zainteresowaniach naukowych zajmowały kąpiele w wodach zdrojowych, które sklasyfikował w 7 grupach (zob. ³⁹). Wzorując się na zdrojowiskach zagranicznych, które miał sposobność odwiedzić, upowszechniał kąpiele mułowe, błotne, z ługów i parowe (Kotulska-Skulimowska 1988, s. 234).

3. Łaźnie i kąpieliska w XX stuleciu

Wraz z początkiem XX wieku budowa łaźni i kąpielisk na wsiach była wciąż działalnością higienizacyjną bardzo pożądaną, bo dosyć że warunki domowe mieszkańców wsi nie sprzyjały zażywaniu kąpeli to świadomość potrzeby wykonywania tej czynności była znikoma. Antoni Flos tak opisywał sposób w jaki dbano o czystość ciała: „Wstyd powiedzieć, jakie to mycie, w usta nabierają wody z półkwartka, potem z ust leją na ręce przed sienią w podwó-

³⁹ Dietl podzielił wody zdrojowe, w oparciu o chemiczne analizy wykonane przez Teodora Torosiewiczza. Wyróżnił on wody: słone, gorzkie, pitne źródła oleju skalnego, jodowe, żelaziste, szczyawy alkaliczne i alkaliczno-słone (Kotulska-Skulimowska 1988, s. 234).

rze, lub nad szaflikiem w izbie i tak swe oblicze delikatnie pucują, nie zanadto szorując. O uszach i szyi nie ma mowy. Komuż chciałoby zadawać sobie taki trud, niby całkiem zbyteczny” (Flos 1904, s. 19). Szczególna niedbałość o stan higieny osobistej całego ciała miała miejsce zimą, kiedy to możliwość kąpieli była ograniczona ze względu na warunki pogodowe. Jednakże zdaniem Flosa, osoby które naprawdę odczuwają potrzebę mycia się mogą wspólnym kosztem z sąsiadami, znajomymi podjąć trud urządzenia łaźni w jakimś osobnym budynku (Flos 1904, s. 26).

W omawianym czasie poważnym problemem był również bardzo niski poziom higieny osobistej dzieci, co najbardziej dawało się zaobserwować u dzieci uczęszczających do szkół początkowych. Z przeprowadzonej wśród nich ankiety wynikało, że większość dzieci kąpie się tylko raz lub dwa razy do roku (w okresie przedświątecznym), a tylko nieliczne czynią to częściej, zwykle w okresie letnim kąpiąc się w rzekach, co bardziej można nazwać zabawą niż kąpielą sensu stricto (Themerson 1903, s. 640).

Tak zła sytuacja higieniczna dawała szerokie pole do działań higienistom, lekarzom i działaczom ludowym. Józef Polak w 1907 r. podczas odczytu dla organizacji działających na wsiach, m.in. Kółek Rolniczych, Spółek, Kół Macierzy również podkreślał potrzebę pilnej organizacji łaźni, które jego zdaniem powinny być tworzone co najmniej po 1 na kilka wsi, a najlepiej w każdej wiosce. Realizacja tego przedsięwzięcia podyktowana była wysoką zachorowalnością na choroby zakaźne (Polak 1907, s. 9). Podobne wskazania dla poprawy sytuacji higienicznej mieszkańców wsi propagował Antoni Puławski, nakłaniający gospodarzy do podejmowania wspólnej inicjatywy budowy łaźni lub natrysku, z których mogłyby korzystać wszystkie chętne osoby. Informacje na temat sposobu budowy i wyposażenia tych obiektów można było pozyskiwać z książek lub bezpośrednio w Warszawskim Towarzystwie Higienicznym zlokalizowanym na ul. Karowej 31 (Puławski 1918, s. 43).

Najbardziej innowacyjną inwestycją w skali kraju była łaźnia w Liskowie k/Kalisza uruchomiona w 1910 r. (zob. ⁴⁰). Była ona w znacznej mierze efektem działalności wybitnego księdza, a zarazem społecznika Wacława Blizińskiego, który dzięki swoim umiejętnościom organizatorskim zaktywizował parafian do jej budowy. Na uwagę zasługiwała również powstała pięć lat później łaźnia

⁴⁰ W skład łaźni wchodziły cztery wanny i sauna. Łaźnię otwierano w różne dni dla kobiet i dla mężczyzn. W ciągu sześciu miesięcy od otwarcia łaźni skorzystało z niej 671 dzieci i 225 osób dorosłych. Oprócz tego odbywały się kąpiele w wannach. Skorzystało z nich 170 mężczyzn i 85 kobiet.

Po zakończeniu I wojny światowej, na skutek dużych zniszczeń, jej powtórne uruchomienie nastąpiło dopiero w 1922 r., w nowo wybudowanym budynku kąpielowym, z łaźnią parową, sześcioma natryskami, trzema wannami i dezynfektorem wewnątrz. Zainteresowanie kąpielami było duże, bo korzystało z nich średnio 400 osób tygodniowo (Chmielińska 1925, s. 57-58).

w Bychawie (zob. ⁴¹), której budowę zainicjował wybitny społecznik ks. Antoni Kwiatkowski.

Działalność higienizacyjna należała do statutowych zadań, powstałego w 1904 r. z inicjatywy Bolesława Prusa i Bernarda Lauterbacha, Towarzystwa Higieny Praktycznej (THP). W strukturach THP funkcjonowała sekcja kąpielowa pod kierownictwem prof. Ignacego Baranowskiego. Dodatkowym osiągnięciem Towarzystwa było rozdawanie przyborów higienicznych dla dzieci, czystej bielizny, udzielanie wskazówek co do zasad higieniczno-sanitarnych prowadzenia domu, a także kierowanie dzieci do kąpielisk miejskich. Organizacją tych wyjazdów zajmowała się specjalnie powołana komisja kąpielowa na czele z dr J. Tchórznickim, czyniąc to na własny koszt (Zabłotniak 1973, s. 150-152). Zorganizowane w 1904 r. na terenie Nałęczowa kąpiele, którym nadano nazwę „Kąpiele tanich im. Bolesława Prusa” odbywały się w budynku wykonanym z kamienia i cegły, pokrytym dachówką. W skład kąpieliska wchodziły cztery izby: 1) poczekalnia, w której jednocześnie mogło przebywać około 30 osób, 2) przebieralnia złożona z dwóch pokoi, 3) pokój kąpielowy, 4) łaźnia. Na zewnątrz budynku zlokalizowana była studnia marmurowa głęboka na 5 łokci, zasilająca w wodę łaźnię (Puławski A. 1904, s. 2-3). Z analizy działalności „kąpiele tanich” w pierwszych latach po ich uruchomieniu wynikało, że ludność dosyć chętnie z nich korzystała, średnio było to 40-70 osób na tydzień, jednak wciąż były to liczby niezadowalające, skłaniające do podejmowania działalności oświatowej polegającej na nawoływaniu do zażywania kąpiele. Dodatkowo, zbyt mała liczba osób korzystających z kąpieliska, jak na jego możliwości lokalowe, skutkowałą deficytem finansowym. Do każdego kąpiącego dorosłego trzeba było dopłacać ok. 8 kopiejek, a do dziecka 11 kopiejek (Puławski 1907, s. 2-3).

Na początku drugiej dekady minionego wieku liczba łaźni była bardzo znikoma. Na 30 000 wsi zaledwie w kilku utworzone były łaźnie. Palmirski opisywał, jak wyglądało wyposażenie łaźni we wsi Wólka Tracka: „W jednej izbie jest piec do wytwarzania pary, studzienka w sieni i ścianka, oddzielająca rozbieralnię od mydlnicy z natryskiem. Druga izba przeistoczona jest na parnicę.” Frekwencja ludności wiejskiej w tych obiektach w skali roku wynosiła ok. 1 tysiąca, a w gronie osób najczęściej zażywających kąpiele znajdowała się służba folwarczna i dzieci uczęszczające do miejscowej szkoły (Palmirski 1912, s. 360-361).

Ważnym aspektem higienizacyjnym wymagającym pilnej interwencji było zapewnienie odpowiednich warunków do kąpiele publicznych dla dzieci

⁴¹ Na łaźnię składały się trzy pomieszczenia, w których mieściły się: rozbieralnia, mydelnia, pralnia, ponadto zainstalowano dwie wanny i natrysk. Na wyposażeniu obiektu znalazło się też mieszkanie dla kąpielowego oraz kotłownia. Łaźnia cieszyła się dużą popularnością, a czynna była w piątki i soboty. Opłaty dla dorosłych wynosiły 50 gr, dla dzieci 30 gr, a kąpiel w łaźni parowej wyceniona była na 20 gr.

i młodzieży szkolnej. Higieniści zalecali by tworzyć takie obiekty w obrębie szkół (natryski i baseny do pływania). Ze względów finansowych do realizacji tych postulatów, zwłaszcza w środowisku wiejskim, najczęściej nie dochodziło (Buzathowa 1927, s. 56).

Na skutek rosnącego po II wojnie światowej zagrożenia epidemicznego, w połowie minionego stulecia, pojawiła się konieczność zapewnienia miejsc służących do mycia ciała dla całej ludności. W pierwszym rządzie budowano łaźnie w miastach, gdzie choroby zakaźne najszybciej się rozprzestrzeniały ze względu na wysoką gęstość zaludnienia. Były to łaźnie komunalne i urzędowe (przedsiębiorstw przemysłowych, transportu, garnizonowe). Z czasem zaczęto organizować również łaźnie wiejskie, głównie spółdzielcze (kołchozowe). Techniczna jakość tych obiektów sanitarnych pozostawiała wiele do życzenia. W większości sposób zaopatrywania w wodę był typu rosyjskiego (system wiadrowy), rzadziej natryskowego lub mieszanego (wiadrowo-natryskowy) (Marzeew 1953, s. 540). Budowa łaźni wiejskich w kołchozach odbywała się najczęściej w pobliżu naturalnych zasobów wody. Dopuszczalne było by woda pochodziła z rzeki, po wcześniejszym zbadaniu jej pod względem wymogów sanitarnych, wówczas łaźnię lokalizowano na brzegu wsi w kierunku biegu rzeki. Ze względu na fakt, że kubatura łaźni wiejskich była niewielka, a wyposażenie bardzo skromne, promień ich obsługi zwykle nie przekraczał 1,5 km (Nadeżdın, Winogradow 1953, s. 320).

Lata 60-te XX wieku to okres, w którym proces higienizacji miał przebieg najbardziej intensywny, bo zaczął przybierać charakter masowy, szczególnie w województwie poznańskim i krakowskim. Ważną formą działań, zmierzających ku poprawie stanu higieniczno-sanitarnego wsi polskiej była budowa kąpielisk i łaźni, a także intensywna praca oświatowa, która miała skutkować coraz powszechniejszym korzystaniem z tych obiektów. Wzrost świadomości roli dbałości o czystość ciała przekładała się na znaczące osiągnięcia w budowie sieci łaźni wiejskich. W niektórych przypadkach mieszkańcy wsi partycypowali w kosztach ich tworzenia, przeznaczając na ten cel pieniądze pochodzące z nagród uzyskanych w ramach konkursów czystości.

Włączenie ludności wiejskiej w budowę łaźni, w formie czynu społecznego, a także udział w tej inicjatywie organizacji działających na wsi, jak np. Ludowego Zespołu Sportowego w Mirocinie (woj. rzeszowskie) oraz znaczące zaangażowanie Powiatowych i Gromadzkich Rad Narodowych dawało szansę na szybką poprawę stanu higienicznego mieszkańców wsi. Na mapie Polski, sukcesywnie zaczęły pojawiać się obiekty, w których ludność mogła się umyć. Oprócz łaźni, były to Wiejskie Domy Higieny (które jako pierwsze pojawiły się województwie lubelskim), a także kąpieliska. W zależności od zainstalowanych w kąpieliskach urządzeń technicznych, dzielono je na: wannowe, natryskowe, parowe i mieszane (wanna i natrysk) (Wawrzyszuk 1963, s. 4, 10). W związ-

ku z niedostatkami pieniędzy na budowę ogólnodostępnych łaźni wiejskich, a także niestabilnym odgórnie źródłem ich finansowania, w ramach minimalizacji kosztów budowy, nieodzownym stało się tworzenie tych obiektów sanitarnych przy niektórych budynkach użyteczności publicznej, m. in. przy szkołach wiejskich, PGR-ach. Problemem wymagającym pilnego rozwiązania było również utrzymywanie istniejących już kąpielisk w czystości i ochrona ich przed dewastacją. W woj. szczecińskim wiele łaźni, na skutek nieodpowiedniej dbałości ze strony administracji, a także niskiej kultury sanitarnej użytkowników zostało całkowicie zniszczonych. Spośród 70 kąpielisk wybudowanych tam na początku lat 50-tych ubiegłego wieku przy budynkach PGR w 1964 r. zostało tylko 27 (Dworak 1964, s. 95-96).

Od końca lat sześćdziesiątych minionego stulecia działalność łaźni i kąpielisk publicznych na wsiach stopniowo wygasła. Coraz powszechniejsze stało się instalowanie urządzeń sanitarnych w domach, co z czasem spowodowało całkowitą ich likwidację.

Pomimo, że nastawienie społeczności wiejskich wobec korzystania z obiektów użyteczności publicznej, takich jak kąpieliska i łaźnie, nie było nazbyt entuzjastyczne, szczególnie w początkowej fazie, to ich znaczenie dla popularyzacji zasad higieny osobistej w dalszej perspektywie było duże. Proces kształtowania nawyków higienicznych zainicjowany w łaźniach, z czasem znajdował swoją kontynuację w codziennej dbałości o czystość ciała w warunkach domowych. Szczególnie pozytywne oddziaływanie w tym zakresie odnosiło się do dzieci i młodzieży, korzystających z omawianych obiektów sanitarnych. Oprócz nabywania przez nich wzorów zachowań higienicznych, często stawały się one także ich propagatorami w środowisku rodzinnym.

Rola łaźni wykroczyła poza sferę wyłącznie higieniczną. Ich funkcjonowanie miało na celu także zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych oraz sprzyjało walce z nimi. Prozdrowotne oddziaływanie kąpeli, zwłaszcza tych leczniczych, stanowiło istotny czynnik skłaniający do tworzenia łaźni na terenach wiejskich. Jako obiekty higieniczno-zdrowotne stanowiły ważne materialne osiągnięcie ruchu higienizacji polskiej wsi.

Rozdział VII. Kwalifikatywne i kwantytatywne efekty higienizacji polskiej wsi

Trudno jest w sposób prosty i jednolity ująć jakościowe i ilościowe efekty procesu higienizacji wsi. W szczególności pierwszy aspekt tych osiągnięć, jako obiektywnie niewymierny, przysparza wielu problemów w precyzyjnym jego ukazaniu. W niniejszej rozprawie przyjęto, że efektami tymi są pozytywne zmiany w postawach mieszkańców wsi wobec własnego zdrowia w kontekście zmiany ich nawyków higienicznych, jak też nowe sposoby starań i zabiegów o poprawę stanu sanitarnego mieszkań i obejść gospodarskich oraz związane z nimi uregulowania prawne. Do kwalifikatywnych osiągnięć ruchu higienizacji wsi zaliczono również nowo powołane instytucje, których naczelną misją była poprawa warunków higieniczno-sanitarnych.

1. Efekty kwalifikatywne

Okres intensywnych działań higienizacyjnych charakteryzował się innowacyjnym podejściem w walce z zabobonem, ignorancją i wynikającymi z nich niewłaściwymi zachowaniami higieniczno-sanitarnymi. Okazało się, że dotychczas stosowane metody są niewystarczające i wymagają zasadniczych zmian. Były to działania wielowątkowe, a jak już wielokrotnie podkreślano, w ich przeprowadzanie zaangażowane były zarówno pojedyncze osoby, organizacje działające na wsi, jak też instytucje o zasięgu ogólnopolskim. Punktem wyjścia dla wprowadzanych zmian stało się nie jak dotychczas, pokazywanie tego co złe, ale informowanie co i jak należy zrobić, by uzyskać pożądane efekty. W zależności od etapu, na którym znajdował się ruch higienizacji wsi, jego jakościowe osiągnięcia przybierały różną formę.

Druga połowa XIX wieku, identyfikowana jako początek ruchu higienizacji wsi, to okres zmian w zachowaniach zdrowotnych ludności wiejskiej. Uwłaszczenie chłopów spowodowało wzrost ich ruchliwości, głównie wyrażającej się częstym ich przemieszczaniem do miast, a przez to czerpaniem wzorów zachowań od tamtejszych mieszkańców, w tym także wzorów odnoszących się

do zdrowia i choroby. Coraz bardziej powszechne stało się korzystanie z profesjonalnych usług medycznych świadczonych przez lekarzy, na rzecz stopniowego spadku porad udzielanych w ramach popularnego ówczesnie lecznictwa niemedycznego, lecznictwa ludowego czy samolecznictwa (Piątkowski 1990, s. 33-34; Jaguś 2002, s. 117).

Duże sukcesy na polu higienizacji wsi odnosili wówczas lekarze społecznicy, żywo zainteresowani sprawami zdrowia i higieny, najbardziej zaniedbanej pod tym względem ludności wiejskiej (np. K. Chełchowski, M. Biernacki, W. Tołwiński, J. Polak, J. Danielski, W. Chodźko, M. Kacprzak). Ich ogromna wiedza fachowa, połączona z dużymi umiejętnościami organizatorskimi, skutkowałą powołaniem instytucji (m.in. WTH, IMPiHW) zraszających specjalistów różnych dziedzin nauki, dla których głównym celem była poprawa sytuacji higienicznej ludności wiejskiej.

Na szczególną uwagę zasługują również wysiłki lekarzy, którzy podjęli trud pracy na wsi. Nową jakością, która pojawiła się w ich działalności, była realizacja zadań zawodowych w sposób wykraczający poza proces terapeutyczny potencjalnej choroby oraz typową relację lekarz-pacjent. Upowszechnianie wiedzy z zakresu higieny odbywało się niemal przy każdej okazji, tj. w trakcie porady lekarskiej, podczas wizyt domowych czy też celowo organizowanych odczytach dla ludności wiejskiej, rozprowadzaniu ulotek, broszur.

Na początku XX wieku wiodącą rolę w tym zakresie mieli przejąć lekarze-higieniści. Konieczność kształcenia lekarzy o tej specjalności wielokrotnie podkreślali zarówno wybitni higieniści, m.in. Marcin Kacprzak, Witold Chodźko, jak też i specjaliści innych dziedzin nauki. Za przykład może tu posłużyć Adam Wrzosek, antropolog i historyk medycyny, który wyrażał przekonanie o wiodącej roli higieny na studiach lekarskich ze względu na doniosłą jej rolę społeczną, aczkolwiek spychaną na margines podczas konstruowania programów nauczania studentów medycyny (Wrzosek 1919, s. 124).

Idea nauczania higieny z czasem zaczęła być realizowana, choć w pierwszej fazie efekty nie były spektakularne. Pierwsze katedry higieny na wydziałach lekarskich w Polsce pojawiły się w początkach lat dwudziestych minionego stulecia i w trakcie całego okresu dwudziestolecia międzywojennego wykształciły tylko kilku specjalistów z tej dziedziny (Seyda 1977, s. 538-539).

Bardzo ważnym osiągnięciem tego okresu, skutkującym wzrostem profesjonalnej kadry o specjalności „higienista”, było utworzenie Państwowej Szkoły Higieny (PSH) w 1926 r., będącej częścią Państwowego Zakładu Higieny, w której funkcję dyrektora objął jej twórca - Witold Chodźko i pełnił ją do wybuchu II wojny światowej. Jej misją było nie tylko kształcenie higienistów, ale także dokształcanie już czynnych zawodowo lekarzy, zwłaszcza powiatowych, nadzorujących służby sanitarne funkcjonujące na terenach

wsi i miast (Kosiński 1997, s. 5-6). Warto nadmienić, że przed powstaniem PSH, działalność oświatową, której adresatami były zarówno osoby aspirujące do zawodu lekarza, jak i personel pomocniczy – higienistki i kontrolerzy sanitarni, realizował PZH (Kacprzak 1928, s. 8). Pewnym novum była edukacja lekarzy praktyków, w formie kursów realizowanych podczas wykonywania przez nich pracy w ośrodkach zdrowia oraz prowadzeniu akcji zapobiegawczych i przeciwepidemicznych. Do 1937 roku w takich kursach wzięło udział około 300 lekarzy ze wsi i miast (Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia... 1939, s. 30-32).

M. Kacprzak dobitnie podkreślał, że higiena jest wiedzą praktyczną, którą należy nabyć w trakcie ukierunkowanego procesu kształcenia. Stosowanie uzyskanej w ten sposób fachowej wiedzy może wiele dobrego zrobić pod warunkiem, że do miana higienistów nie będą zaliczać się wszystkie osoby, które kształciły się medycznie, a tak czynią często lekarze, lecz ci co rzeczywiście ją studiowali (Kacprzak 1983, s. 82, 85).

Niezwykle pożyteczną i efektywną formą edukacji higienicznej realizowaną przez lekarzy były również pogadanki dla uczniów, odbywające się w szkołach. Ta forma popularyzacji wiedzy, mająca początki w XIX wieku, w analizie efektów jakościowych, zajmowała szczególne miejsce, bo stanowiła ważną część składową procesu socjalizacji dzieci i młodzieży. Z jednej strony, nabyte przez nich informacje i wzory zachowań stanowiły matrycę poprawnych nawyków higienicznych stosowanych przez nich w życiu codziennym, takich jak np. częste mycie rąk, mycie ciała i włosów, picie czystej wody itp., z drugiej zaś strony oni sami stawali się ich propagatorami wśród członków bliższej i dalszej rodziny. Nierzadko przybierały one charakter socjalizacji odwrotnej (zob. ⁴²).

Ważną rolę w krzewieniu idei higieny szkolnej zajmował Marcin Kacprzak. Zakładał on, że osiągnięcie zamierzonych efektów edukacyjnych w tym zakresie jest możliwe dzięki współdziałaniu lekarza, będącego kierownikiem wychowania higienicznego, odpowiedzialnego za wszystkie sprawy odnoszące się do zdrowia, jego najbliższego pomocnika, tj. higienistki szkolnej oraz przy ścisłej współpracy szkoły (głównie nauczycieli-wychowawców) z rodziną. Ten konglomerat podmiotów kształtujących poprawne nawyki higieniczne, dawał szansę na optymalizację założonych celów (Kacprzak 1961b, s. 649).

W kwalifikatywne efekty ruchu higienizacyjnego wpisuje się utworzenie zawodu pielęgniarzki-higienistki. Jego początki sięgają dwudziestolecia międzywojennego, kiedy następował intensywny rozwój medycyny zapobiegaw-

⁴² Socjalizacja odwrotna ma miejsce w warunkach szybkiej zmiany kulturowej. Wówczas to młode pokolenie stara się wdrożyć tradycyjnie nastawione pokolenie starsze do nowych wzorów kulturowych: stylów bycia, mówienia, ubierania się itp. (Sztompka 2002, s. 416).

czej (zob. ⁴³). W okresie tym pielęgniarki kształciły się w siedmiu szkołach zlokalizowanych w różnych miastach Polski (np. w Warszawie, Krakowie, Katowicach) uzyskując tytuł pielęgniarki dyplomowanej (Dobińska 2014, s. 173-174). Nazywane były one „pionierkami higieny” i to im przypisywano, obok lekarzy, wiodącą rolę w upowszechnianiu wiedzy odnoszącej się do jej zasad, wśród wszystkich warstw społeczeństwa, zarówno na terenie szkoły, jak i poza nią (Kopczyński 1929, s. 103). Pierwszym miastem, które zatrudniło je w szkołach, była Warszawa. Miało to miejsce w roku szkolnym 1917/1918 z inicjatywy wybitnego laryngologa, historyka medycyny, dra J. Szmurło (Kurnatowski, 2003, s. 254).

Ważną rolę w tym zakresie kiedyś, ale i obecnie, pełnił personel ośrodków zdrowia funkcjonujących na wsi. Szczególnie cenne wydają się być wysiłki czynione przez pielęgniarki szkolne, które w polskich realiach obejmują swą opieką uczniów w wieku 6-18/19 lat. Na ich barkach, poza rodziną i nauczycielami, spoczywa wpajanie wzorów poprawnych zachowań w kontekście zdrowia i higieny, a także ich nadzór (Lizak, Seń i in. 2012, s. 129).

Popularyzatorzy idei higieny szkolnej, m.in. wspomniani w rozdziale III Stanisław Markiewicz i Stanisław Kopczyński znajdowali swoich naśladowców. Za przykład może posłużyć wdrażanie propagowanych przez nich idei dra Klemensa Sokala na terenie Lubelszczyzny, którego praca była kontynuacją wysiłków higienizacyjnych czynionych przez dra Jana Dietricha ⁴⁴. Dr Sokal w 1925 r. objął stanowisko lekarza w Piotrowicach i rozpoczął pracę ukierunkowaną na poprawę stanu higienicznego szkół i sytuacji higieniczno-zdrowotnej uczniów. Wśród jego znaczących osiągnięć w tym zakresie znalazło się m.in.: nakłonienie lekarzy mieszkających w rejonach wiejskich by włączyli się do opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach; realizacja kursów z nauczycielami wszystkich gmin powiatu, mających na celu zaangażowanie ich w prowadzenie oceny stanu zdrowia uczniów przy użyciu „Kart statystycznych klasowych”; uwrażliwienie na sytuację zdrowotną dzieci i prezentowany przez nie poziom higieny osobistej; opracowanie we współpracy z dr Adamem Żurakowskim „Regulaminu Higieny Szkół Powszechnych Powiatu Lubelskiego” (Sokal 1928, s. 4-12).

⁴³ Rolą medycyny zapobiegawczej, zarówno kiedyś, jak i obecnie, jest zapobieganie występującym przedwcześnie epizodom chorobowym, urazom i zgonom. Osiągnięcie tego efektu jest możliwe dzięki poprawie poziomu higieny osobistej, warunków środowiskowych oraz wsparcie osób w ciężkiej sytuacji życiowej (Wojtczak 2009, s. 37).

⁴⁴ Dr Jan Dietrich od drugiej połowy 1922 r. do lutego 1923 r. pełnił funkcję lekarza szkół powszechnych powiatu lubelskiego. Do jego ważnych osiągnięć należało opracowanie schematu o nazwie „Lista zdrowia uczniów i uczennic” oraz „Stan szkół powszechnych w.....gminy...”. Szczególnie ważne dla wspomnianego doktora była ocena stanu lokalu szkolnego pod względem higienicznym, upowszechnienie zasad higieny wśród uczniów, ale także wśród osób starszych (zwłaszcza rodziców) poprzez głoszenie pogadanek higienizacyjnych na terenie szkoły (Sokal 1928, s. 3-4).

Znaczącym osiągnięciem analizowanego ruchu socjomedycznego, było włączenie się księży w poprawę sytuacji higienicznej i zdrowotnej mieszkańców wsi. Za przykład mogą posłużyć osiągnięcia ks. Antoniego Kwiatkowskiego, pracującego w Bychawie na Lubelszczyźnie czy ks. Wacława Bliźnińskiego z Liskowa koło Kalisza⁴⁵. Obydwaj z dużym oddaniem, w sposób niestandardowy, prowadzili działania edukacyjne wśród swoich parafian. Duże zasługi w zakresie poprawy sytuacji higienicznej stały się ich udziałem w z znacznej mierze dzięki niwelacji barier w relacji duchowny - parafianin, służeniu własnym przykładem poprawnych zachowań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia, a także przedsiębiorczości skutkującej m.in. budową obiektów sanitarnych czy wydawaniem prasy, pełniącej funkcję popularyzatorską jak np. tygodnika „Nowa Jutrzenka”, jak redagował i publikował ks. A. Kwiatkowski.

Jak już sygnalizowano kilkakrotnie, niezwykle ważną rolę w realizacji działań naprawczych ukierunkowanych na poprawę stanu higieniczno-sanitarnego polskiej wsi powojennej mieli lekarze wiejscy-społecznicy. Za przykład może tu posłużyć sylwetka dra Aleksandra Bałusza, pracującego we wsi Siedliszcze na Lubelszczyźnie, gdzie z wielkim zaangażowaniem, w drugiej połowie lat czterdziestych minionego stulecia, podjął trud prowadzenia oświaty sanitarnej. Wśród głównych zagadnień propagowanych przez dra Bałusza wśród mieszkańców Siedliszcza znalazły się zasady czystości życia codziennego i otoczenia. Szczególną wagę przywiązywał upowszechnianiu zasad higieny osobistej (ciała, bielizny, odzieży, pościeli), dbałości o czystość i ład w domach i obejściach gospodarczych oraz zapobieganiu chorobom zakaźnym. W swojej pracy oświatowej stosował różne formy przekazu wiedzy. Rozpoczął on od rozdawania broszur, plakatów, następnie organizował kursy oświaty sanitarnej, a później emitował edukacyjne filmy dźwiękowe, cieszące się największym zainteresowaniem odbiorców (Bałasz 1968, s. 838-840).

Dzięki pracy społecznikowskiej tego lekarza-społecznika zwiększyła się frekwencja w funkcjonującej w Siedliszczu łaźni, powstał szpital o trzech pawilonach, wybudowano basen pływacki, osuszono kilkadziesiąt hektarów trzęsawisk, stanowiących potencjalne źródło rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, w tym zwłaszcza malarii, utworzono również park. Dodatkowo nastąpił rozwój kulturowy opisywanej wsi, powstało bowiem gimnazjum, liceum, kino, sala teatralna i gymnastyczna (Bałasz 1968, s. 820).

Pasja i oddanie z jaką dr Bałasz pełnił swoją misję higienizacyjną skutkowały pozytywną zmianą postaw higieniczno-zdrowotnych mieszkańców Siedliszcza. Stanowiły one wzór godny naśladowania dla innych współtwórców omawianego ruchu prozdrowotnego, w tym zwłaszcza lekarzy wiejskich.

⁴⁵ Bardziej obszerny opis osiągnięć obydwu księży zamieszczono w Aneksie 9 i 10.

Do zmiany postaw wobec zdrowia i zwiększenia świadomości czynników je warunkujących w znacznej mierze przyczyniło się również młode pokolenie mieszkańców wsi, zrzeszone w organizacjach wiejskich. Stało się ono niejako siłą napędową ruchu higienizacji wsi na poziomie lokalnym, wyzwającą wspólnie z innymi jego twórcami i przywódcami, zwykle nieformalnymi, wzrost ich aktywności i mieszkańców wsi zmierzającej do poprawy ich warunków higieniczno-zdrowotnych. Współuczestniczenie ich w przedsięwzięciach ukierunkowanych na polepszenie warunków higienicznych i zdrowotnych, a nie tylko pozostawanie w roli biernego odbiorcy, dawało szansę na uzyskanie bardziej zadowalających efektów na niwie higienizacji.

Wraz z początkiem XX stulecia, zwiększyło się zaangażowanie państwa w poprawę sytuacji higieniczno-sanitarnej wsi i miast. Przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych została utworzona Rada Zdrowia dla całego kraju, a dodatkowo specjalny referat do spraw sanitarnych. Do głównych jego zadań należało m.in. sprawowanie nadzoru nad czystością mieszkań, ładem na podwórkach przydomowych, zapewnienie dostępu do zdrowej wody i spełniających wymogi sanitarne studzien, kontrola żywności, a także walka z chorobami zakaźnymi⁴⁶ (Gutkowski 1914, s. 52). Wzrósł również udział osób wchodzących skład samorządu terytorialnego w przebieg ruchu higienizacji wsi. Na członkach rad gmin spoczywało sprawowanie opieki nad tzw. zdrowotnością publiczną, nadzór nad chorobami zakaźnymi u ludzi i zarazami u zwierząt, a także opieka nad instytucjami ochrony zdrowia (Kumaniecki 1920, s. 8). Ich uczestnictwo w działaniach naprawczych miało szczególne znaczenie ze względu na dużą znajomość braków w dziedzinie sanitarnej, higienicznej i zdrowotnej, wynikającą z osobistych relacji z mieszkańcami wsi. Ta bliskość lokalizacyjna pozwalała również na konfrontację postulatów higienizacyjnych z ich praktycznym zastosowaniem w warunkach życia codziennego.

Ważną dziedziną działalności edukacyjnej, której adresatami byli mieszkańcy wsi, dotyczącej zarówno profilaktyki zdrowotnej, jak też zachowań pożądaných w przypadku wystąpienia określonych chorób lub wypadków, stało się wydawanie książek instruktażowych i ich propagowanie na wsi. Za przykład może tu posłużyć chociażby publikacja lekarza Władysława Wrońskiego pt. „Jak sobie na wsi radzić w nagłych wypadkach choroby przed przybyciem

⁴⁶ Od 1918 r. zadania te przejęło nowo utworzone Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy.

doktora” (zob. ⁴⁷), czy książka dra Józefa Celarka – „W sprawie zwalczania tyfusu plamistego po wsiach” (zob. ⁴⁸).

Okres międzywojenny przyniósł dalsze kwalifikatywne zmiany w sytuacji higieniczno-sanitarnej wsi. Pojawiły się bowiem liczne akty prawne, z jednej strony regulujące realizację założonych celów ruchu higienizacji, z drugiej wymuszające podejmowanie konkretnych działań w tym zakresie.

Z okresem tym można identyfikować choćby do dziś funkcjonujące w świadomości społecznej hasła i nazwy, jak np. przywoływana w rozdziale III „sławojka” pochodząca od nazwiska gen F. Sławoja Składkowskiego, który właśnie drogą uregulowań prawnych doprowadził do powszechnego budowania drewnianych ubikacji na wsiach. Pomimo licznych ironicznych komentarzy kierowanych pod jego adresem, osiągnięcia ilościowe związane z instalowaniem tego urządzenia sanitarnego, znalazły przełożenie na jakościowe efekty wyrażające się kształtowaniem nawyku załatwiania potrzeb fizjologicznych w przeznaczonych do tego miejscach.

Nową jakością, związaną z ruchem higienizacyjnym na terenach wiejskich, było częste wykorzystywanie wiedzy naukowej do celów praktycznych, zwłaszcza tej z dziedziny nauk technicznych. W efekcie wysiłków podejmowanych przez gremia inżynierów o specjalizacji budowlanej i sanitarnej (jak np. K. Makowski⁴⁹, S. Szyller, Z. Rudolf, A. Szniolis), pojawiały się liczne projekty: wzorowych zagród chłopskich, domów, a także łaźni, studni, ustępów. Ich innowacyjność polegała zarówno na dostosowaniu budynków i urządzeń

⁴⁷ W. Wroński (1900): Jak sobie na wsi radzić w nagłych wypadkach choroby przed przybyciem doktora, Druk „Gazety Rolniczej”, Warszawa.

Doktor W. Wroński, w książce zawierającej 128 stron, opatrzonej licznymi rysunkami poglądowymi, opisuje w sposób przystępny i dokładny, jak należy postępować w sytuacji wystąpienia określonych zdarzeń losowych. Metody udzielenia pomocy przedmedycznej przypisał konsekwencjom zdrowotnym tych zdarzeń, wśród których wyróżnił m.in.: krwotoki, rany, rany od ukąszenia jadowitych lub wściekłych zwierząt, oparzenia, stłuczenia, zwichnięcia i złamania, zamrożenia i odmrożenia, zatrucia, porażenia piorunem.

⁴⁸ J. Celarek (1918): W sprawie zwalczania tyfusu plamistego po wsiach, Druk J. Pietrzykowskiego, Lublin.

Doktor J. Celarek w swoim zwięzłym opracowaniu, zaprezentował mechanizmy rozprzestrzeniania się tyfusu plamistego, a także sposoby walki z nim. Opisał, jak powinna przebiegać organizacja pomocy zarówno osobom chorym, jak też tym potencjalnie narażonym na zachorowanie. Wiodącą rolę w działaniach edukacyjnych i terapeutycznych chorób zakaźnych przypisał lekarzowi powiatowemu, który zwykle zarządzał co najmniej jedną kolumną dezynfekcyjną, a także bardziej wykształconym mieszkańcom wsi, tj. nauczycielom, księżom itp., mającym za zadanie walkę z uprzedzeniami ludności wiejskiej co do koniecznych procedur medyczno-higienicznych.

⁴⁹ Budowniczy Ksawery Makowski stworzył projekty wzorcowych wsi, zagród, chat i dworców. Rozmieszczenie zagród i chat na wsiach, materiały z których miały być one wykonane, wreszcie sposób wykonania miały gwarantować bezpieczeństwo i lepsze warunki sanitarne. Model wzorowej chaty znajdował się m.in. muzeum higienicznym w Częstochowie (zob. Makowski 1911, s. 641).

do zalecanych wymogów sanitarnych, jak też na zmianie ich wizerunku pod względem estetycznych.

Wszelkie doraźne, jak i długofalowe przedsięwzięcia służące poprawie warunków higieniczno-sanitarnych mieszkańców wsi miały charakter modernizacyjny. Warto nadmienić, że proces modernizacji wsi, uwzględniający wiodącą w nim rolę człowieka jako osoby, tworzy siedem kolejno po sobie następujących faz (zob. ⁵⁰). Jest on procesem inicjowanym przez człowieka i adresowanym do niego w swoich efektach.

Wymiar modernizacyjny miało nowe, a zarazem nowoczesne spojrzenie na kwestię problemów higienicznych w rejonach wiejskich, pozamaterialne formy działań służących ich rozwiązaniu oraz ilościowe osiągnięcia ruchu higienizacji wsi. Te unowocześniające inicjatywy były właściwe okresom trwania tego ruchu i wraz z jego kolejnymi etapami ulegały stopniowym modyfikacjom. Wymagały one dużego wysiłku organizacyjnego i intelektualnego, jak też nakładów finansowych, zwłaszcza w przypadku budowy obiektów użyteczności publicznej o przeznaczeniu sanitarnym, czy wyposażenia mieszkań w pomieszczenia i urządzenia sanitarne, co w przypadku ubogiej zazwyczaj wsi było znacznym utrudnieniem w realizacji przyjętych celów.

2. Efekty kwantytatywne

Ilościowe efekty ruchu higienizacji wsi znajdują swój wyraz m.in. w liczbie zbudowanych łaźni i kąpielisk, wyposażeniu mieszkań w urządzenia sanitarne, budowie sieci wodociągowych i kanalizacyjnych oraz poprawie warunków mieszkaniowych. Chociaż niełatwe jest ustalenie bezpośredniego wpływu działań higienizacyjnych na wzrost ich liczby, to należy przyjąć, że taka pozytywna zależność istniała.

Informacje na temat liczebnego rozkładu łaźni i kąpielisk, zamieszczone w rocznikach statystycznych obejmują jedynie lata 1953-1966 (wcześniej brak jest usystematyzowanych danych na ten temat). W związku z tym, że dane z roczników do roku 1966 nie uwzględniały podziału na wieś i miasto, w rozprawie zaprezentowano ogólną liczbę tych obiektów.

⁵⁰ Fazy procesu modernizacji:

- 1) Inicjacja całego procesu modernizacji, będąca następstwem odmowy zgody na dotychczasowy stan;
- 2) Stworzenie pola działania dla przyszłych dokonań, będącego rezultatem pomyślnej inicjacji tego procesu;
- 3) Ludzka zgoda na rzeczywistość kulturową w polu działania, jeszcze przed pojawieniem się jej (przed programem modernizacji);
- 4) Sformułowanie celu;
- 5) Stworzenie programu dla realizacji celu;
- 6) Akceptacja programu;
- 7) Przygotowanie i realizacja programu (Urgacz 1991, s. 91-95).

W 1953 r. na terenie Polski znajdowało się 369 łaźni (Rocznik Statystyczny 1955, s. 184), a w 1955 r. było ich 394 (RS 1956, s. 264). W 1960 r. funkcjonowało 420 zakładów (kąpielisk i łaźni) (RS 1962, s. 314), w 1965 r. – 444 (RS 1966, s. 394), z kolei w 1966 r. ich liczba zmalała do 434, w tym tylko 50 z nich zlokalizowanych było na wsiach (RS 1969, s. 405). Przez wszystkie lata funkcjonowania tych obiektów sanitarnych największa ich koncentracja miała miejsce w województwach: poznańskim, krakowskim i wrocławskim, a najmniejsza w województwach: koszalińskim, szczecińskim i olsztyńskim.

Wraz z początkiem lat sześćdziesiątych opracowaniom statystycznym poddawano wyposażenie mieszkań w urządzenia sanitarne, tj. posiadanie ustępu i dostęp do bieżącej wody pochodzącej z wodociągu, a od roku 1980 także posiadanie łazienki. W 1960 r. tylko w 60 tys. wiejskich mieszkań znajdowały się ustępy (co stanowiło 1,7% ich ogółu), podłączonych do ujęć wodociągowych było ich 125,2 tys. (3,6%). W perspektywie 5 kolejnych lat liczba ich wzrosła niemal dwukrotnie, a w ciągu dekady prawie czterokrotnie (w 1966 r. liczba mieszkań na wsi posiadających ustęp wynosiła już 98,2 tys. - 2,7% ogółu mieszkań, podłączonych do ujęć wodociągowych było ich 229,1 tys. - 3,6% ogółu mieszkań, w 1970 r. odpowiednio 182,6 tys. - 5,1% i 418,1 tys. - 11,7%) (RS 1971, s. 437). W następnych latach odnotowano dalszą znaczącą poprawę w dostępie do omawianych urządzeń, w: 1974 r. było 337,3 tys. ustępów (9,5%), a mieszkań posiadających dostęp do ujęć wodociągowych 700,1 tys. - 19,7% (RS 1977, s. 340), zaś w 1980 r. odpowiednio 816,4 tys. - 22,3% i 1369,1 tys. - 37,4%, a 990,9 tys. - 27,1% mieszkań wyposażonych było w łazienkę (RS 1981, s. 488), 1985 r. adekwatnie 1403 tys. - 36,6% i 2092 tys. - 54,6% oraz 1562 tys. - 40,8% (RS 1986, s. 438), 1990 r. - 1758,7 tys. - 47,1% i 2418,1 tys. - 64,7% oraz 1938 tys. - 51,9% (RS 1991, s. 411), 1995 r. - 2181,1 tys. - 57,0% i 2916,0 tys. - 76,2% oraz 2354,7 tys. - 61,5% (RS 1996, s. 225). W 2000 r.⁵¹ 63,8 % zamieszkałych mieszkań posiadało ustęp, 83,1% podłączenie do sieci wodociągowej, a 67,6% łazienkę (RS 2002, s. 227), w 2005 r. adekwatnie 73,5%, 88,2% i 74,9% (RS 2006, s. 332), w 2010 r. odpowiednio 75,1%, 89,1% i 76,4% (RS 2011, s. 313), a w roku 2013 - 85,7%, 91,8% i 82,0% (RS 2014, s. 334).

Ważnym, kwantytatywnym efektem ruchu higienizacji wsi jest budowa sieci kanalizacyjnych na terenach wiejskich i podłączenie ich do mieszkań⁵². W 1965 r. tych podłączeń było 6,8 tys., w roku 1970 - 10 tys. (RS 1971, s. 448). Kolejne lata działań higienizacyjnych skutkowały znaczącym wzrostem ich liczby, i tak w: 1975 r. było ich 25,9 tys., 1980 r. - 31,5 tys. (RS 1981, s. 472),

⁵¹ Od początku XXI wieku dane prezentowane w Rocznikach Statystycznych dotyczące wyposażenia mieszkań w ustęp, wodociąg, łazienkę mają charakter wyłącznie procentowy, dlatego w tekście nie zamieszczono wartości liczbowych.

⁵² Dane statystyczne odnoszące się do kwestii mieszkaniowej dotyczą połowy lat sześćdziesiątych i późniejszych.

a w roku: 1985 - 36,4 tys., 1990 - 39,1 tys. (RS 1991, s. 400), 1995 - 73,4 tys., 2000 - 259,4 tys. (RS 2002, s. 220), 2005 - 598, 0 tys., 2010 - 906,3 tys. i 2013 - 1182,2 tys. (RS 2014, s. 325).

Do wymiernych następstw higienizacji wsi należy też poprawa sytuacji mieszkaniowej ludności wiejskiej, wyrażająca się wzrostem liczby mieszkań, a także malejącą liczbą osób przypadających na 1 izbę. Ogólna liczba budynków mieszkalnych (zamieszkałych) na wsi w 1950 r.⁵³ wynosiła 2691, 2 tys., przeciętnie było w nich po 2,8 izby, a na każdą z nich średnio przypadało 1,9 osoby (RS 1958, s. 294). W perspektywie kolejnych dekad sytuacja mieszkaniowa ulegała stopniowemu polepszeniu. W 1960 r. liczba budynków mieszkalnych (zamieszkałych) na wsi wynosiła 2828,2 tys., przeciętnie było w nich po 2,9 izby, a na każdą z nich średnio przypadało 1,8 osoby. Największe zagęszczenie mieszkańców miało miejsce w woj. kieleckim (RS 1962, s. 316).

Dane pochodzące z kolejnych trzech spisów ludności, pokazują dalszą, znaczącą poprawę warunków mieszkaniowych ludności wiejskiej. W 1970 r. budynków mieszkalnych (zamieszkałych) na wsi było 3573,8 tys., w roku 1978 - 3584,9 tys., a w 1988 r. - 3677 tys. Przeciętna liczba izb w mieszkaniu wynosiła adekwatnie 3; 3,3 i 3,6, a na każdą z nich średnio przypadało odpowiednio 1,44; 1,25 i 1,11 osoby (RS 1981, s. 480; RS 1991, s. 405). W XXI wieku sytuacja mieszkaniowa na wsi osiągnęła wysoki poziom. I tak w 2000 r. znajdowało się tam 3892 tys. budynków mieszkalnych (zamieszkałych), przeciętna liczba znajdujących się w nich izb to 3,7, na każdą z izb przypadało średnio 0,9 osoby (RS 2002, s. 226), w roku 2005 stan liczebny mieszkań wynosił 4196 tys., w każdym średnio znajdowało się 4,08 izby, a na nią z kolei przypadało przeciętnie 0,86 osoby (RS 2006, s. 331), a w 2013 r. odpowiednio - 4517 tys. budynków mieszkalnych, 4,31 izby i 0,78 osoby (RS 2014, s. 332-333).

Z zaprezentowanych danych statystycznych wynika, że efekty działań związanych z ruchem higienizacji wsi na przestrzeni ponad pięćdziesięciu lat są ogromne, ale nie zostały jeszcze w pełni osiągnięte. W drugiej dekadzie XXI wieku prawie 15% mieszkań na wsi nie posiada nadal ustępu, około 8% nie ma podłączenia do wody z ujęcia wodociągowego, a aż 18% wciąż nie posiada łazienki. Dużym problemem wciąż pozostaje brak podłączeń do sieci kanalizacyjnych.

Znaczącej poprawie uległa natomiast sytuacja mieszkaniowa w rejonach wiejskich. Sytuacji tej sprzyja rozwój budownictwa jednorodzinnego przy jednoczesnej zmianie modelu rodziny preferowanego obecnie na wsi, polegającej na odejściu od rodziny wielopokoleniowej i wielodzietnej na rzecz rodziny nuklearnej.

⁵³ Dane dotyczące sytuacji mieszkaniowej odnoszą się do lat, w których przeprowadzane były powszechne spisy ludności.

Pierwotny ruch higienizacji polskiej wsi ewoluował w zinstytucjonalizowany proces higienizacyjny, którego obecnie wiodącym celem jest poprawa warunków sanitarnych na terenach wiejskich i poprawa higieny pracy w rolnictwie, a w mniejszym stopniu kształtowanie właściwych nawyków higieny osobistej wśród ich mieszkańców. Pomimo, że dotychczas osiągnięte efekty kwantytatywne i kwalifikatywne w obrębie higienizacji wsi są bardzo duże, to jak już powyżej podkreślono, zapotrzebowanie na działania modernizacyjne ukierunkowane na wzrost standardu higieniczno-sanitarnego, a przez to i zdrowotnego, mieszkańców wsi nadal istnieje.

Rozdział VIII. Czołowi higieniści ruchu higienizacji wsi

Ruch higienizacji wsi nie mógłby istnieć bez osób, które stanowiły trzon naukowy i praktyczny w dziedzinie higieny. Ich wiedza i zaangażowanie stanowiły podwaliny i siłę napędowego ruchu. Wśród osób zasłużonych w tym zakresie znajdowali się zarówno naukowcy-badacze o krajowej, a nawet i europejskiej renomie, jak też działacze lokalni, skupiający swoje wysiłki na rzecz poprawy warunków higieniczno-sanitarnych w granicach pojedynczych wsi, gmin czy powiatów.

Nie sposób jest wymienić z imienia i nazwiska wszystkich zasłużonych dla ruchu higienizacji wsi, dlatego w rozprawie przedstawiono biogramy wybranych higienistów, których wiedza, charyzma i determinacja stanowiły siłę sprawczą tego ruchu na skalę ogólnopolską.

1. Józef Polak (1857 – 1928) – lekarz, higienista i społecznik.

Józef Polak urodził się w Równem na Wołyniu, w rodzinie mieszczańskiej. Ukończył tam szkołę średnią, a w 1874 r. rozpoczął naukę na studiach lekarskich na Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim. W 1880 r. otrzymał dyplom lekarza (Demel 1968, s. 629).

Dorośle życie dra Józefa Polaka było splotem dwóch równolegle prowadzonych przez niego aktywności. Pierwsza z nich to działalność zawodowa i społecznikowska na rzecz zdrowia publicznego, w tym m.in. ukierunkowana na ruch higieniczny, a druga - działalność obywatelska preferująca pokój i demokrację.

Trajektorię zawodową rozpoczął krótkim wolontariatem u znanych profesorów medycyny w Warszawie, po czym przeniósł się do Włoszczowej na Kielecczyźnie. Pełnił tam rolę lekarza prowincjonalnego, zmagającego się z zabobonami, działalnością znachorów i felczerów (Demel 1968, s. 629).

Po niezbyt satysfakcjonującej dwuletniej pracy we Włoszczowej, dr Polak w roku 1883 powrócił do Warszawy, gdzie został członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. W marcu tegoż roku opublikował „Podręcznik

leczniczy”⁵⁴, który spotkał się z bardzo pozytywnym odbiorem społecznym. Już w następnym miesiącu wydał broszurkę pt. „O znaczeniu sztuki lekarskiej i stanowisku lekarza”. W czerwcu też tego roku dr Polak został oddelegowany przez redakcje trzech pism, tj. „Przeglądu Tygodniowego”, „Inżynierii i Budownictwa” oraz „Niwy”, na Wystawę Higieniczną do Berlina w roli korespondenta. Wyjazd ten był dla niego ważnym doświadczeniem zawodowym, ale też edukacyjnym. Poza wiedzą z zakresu higieny lekarskiej, posiadał on tam wiedzę z dziedziny inżynierii sanitarnej, budownictwa, poznał wzory urzędzeń sanitarnych oraz instytucje o profilu działalności sanitarno-higienicznej (Demel 1970, s. 34-40).

W następnym zaś, 1884 r., rozpoczął pracę jako lekarz warszawskiego Szpitala Dzieciątka Jezus, a także objął kierownictwo nad rządowym Instytutem Szczepienia Ospy Ochronnej (sprawował je do 1892 r.). Kontynuował również pracę korespondenta. Został on wysłany przez redakcję „Przeglądu Tygodniowego” na wystawę do Londynu, nazwaną przez niego „higienicznym olśnieniem” (Demel 2000b, s.54).

Szczególnie ważnym wydarzeniem w biografii dra Józefa Polaka, było opublikowanie w październiku 1885 r. pierwszego numeru miesięcznika „Zdrowie”, którego był on założycielem i redaktorem. Potrzeba założenia pisma, poświęconego problematyce higieny, pojawiła się wraz z upadkiem z przyczyn finansowych, założonego przez Konrada Dobrskiego dwutygodnika o tej samej nazwie „Zdrowie”, który ukazywał się w latach 1878-1880. Wokół nowo powstałego czasopisma dra Polaka skupiła się grupa robocza higienistów, głównie lekarzy, będąca załączkiem przyszłego Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (Więckowska 1981, s. 369).

Działalność dra Polaka związana z ruchem higienizacyjnym znalazła wyraz w zorganizowanej przez niego w 1887 r. I Wystawie Higienicznej w Warszawie, a następnie w 1896 r. II Wystawie Higienicznej. W okresie pomiędzy tymi wystawami miało miejsce jego wystąpienie na V Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie, w trakcie którego zreferował rodzaj zaniedbań sanitarnych na ziemiach polskich i podał sposoby ich naprawy. Uczestnicy zjazdu, przez aklamację, poparli jego propozycję zawiązania towarzystwa higienicznego (Koskowski 2000, s. 62).

Początek lat dziewięćdziesiątych XIX wieku to okres pracy dra Polaka na stanowisku lekarza higienisty w Urzędzie Lekarskim Warszawy (do 1908 r.), kierowania walką z epidemią cholery w 1892 r., a także jego działalności na arenie międzynarodowej (w roku 1895 został członkiem-korespondentem

⁵⁴ Pełna nazwa brzmiała „Podręcznik leczniczy. Wskazówki leczenia domowego dla użytku dworów, gmin, księży, nauczycieli, majstrów, nadzorców warsztatowych, zawiadowców stacyj dróg żelaznych, felczerów itp.” Miał on cztery wydania, kolejno w latach: 1883, 1890, 1900 i 1929. Funkcjonował w środowisku społecznym ok. 50 lat.

Królewskiego Towarzystwa Medycyny Publicznej w Belgii). Do szczególnych osiągnięć opisywanego okresu należy utworzenie WTH w 1898 r., zaś jego osobistym osiągnięciem w karierze naukowej była obrona rozprawy doktorskiej w UW tego samego roku. Rok później ten znany już wówczas higienista przekazał WTH miesięcznik „Zdrowie”, który staje się od tego momentu organem Towarzystwa. (Demel 2000b, s. 54-55).

W 1903 r. dra Polaka wybrano prezesem WTH, którym był ćwierć wieku. Funkcję tę pełnił do końca życia. W okresie efektywnego pełnienia tej zaszczytnej funkcji Towarzystwa udało się m.in. utworzyć Muzeum Higieny Ludu w Częstochowie (1905 r.), zorganizować cztery Krajowe Zjazdy WTH (I - w Lublinie w 1908 r. z okazji X-lecia Towarzystwa, II - w Częstochowie w 1909 r., III - w Kaliszu w 1911 i IV - we Włocławku w 1912 r.) oraz cztery Zjazdy Higienistów Polskich (I – we Lwowie w 1914 r., II – w Warszawie w 1917 r., III – w Warszawie w 1924 r. i IV – we Lwowie w 1928 r.) (Demel 1970, s. 94-98).

Doktor Józef Polak wykonywał owocną i wielce znaczącą pracę naukową znajdującą wyraz w opracowanej przez niego rozprawie doktorskiej, setkach artykułów fachowych i popularnych opublikowanych w czasopismach lekarskich i ogólnych. Jednakże największym jego osiągnięciem w nurcie działań higienizacyjnych była aktywność na polu higieny komunalnej. Jego działalność praktyczna to m.in. opracowanie planu zabezpieczenia epidemiologicznego, wspomniane powyżej osobiste nadzorowanie walki z epidemią cholery, przygotowanie planu spalarni śmieci i miejskiego zakładu dezynfekcyjnego, spowodowanie budowy gmachu Instytutu Szczepienia Ospy (na ul. Nowogrodzkiej 82) oraz utworzenie kilku filii tego Instytutu, wprowadzenie do programu nauczania w Instytucie Politechnicznym (późniejszej Politechniki warszawskiej), jako obowiązkowego przedmiotu, wykładów z higieny. Pełniąc funkcję wysokiego urzędnika sanitarnego często zapraszany był w roli eksperta i konsultanta przez różne instytucje i organizacje, jak np. przez komitety wystaw higienicznych we Lwowie, w Wilnie i Berlinie. W czasie I wojny światowej dr Polak podjął trud organizacji walki z epidemią duru plamistego (głównie na terenie Warszawy). Udało mu się utworzyć obywatelskie dozory sanitarne, generujące się z mieszkańców Warszawy, sam zaś został naczelnym inspektorem zdrowia (w roku 1922) (Demel 1968, s. 634).

Dr Polak równolegle z działalnością higienizacyjną, prowadził działalność obywatelską i patriotyczną. Jego szczególne wysiłki ukierunkowane były na wdrażanie idei pacyfizmu. Już w 1906 r. zorganizował Polskie Towarzystwo Przyjaciół Pokoju (przewodniczył mu do końca życia), zrzeszające w swych szeregach elitę intelektualną ówczesnego okresu, w tym m. in. Elizę Orzeszkową, Bolesława Prusa, Józefa Brudzińskiego, Odo Feliksa Bujwida, Ludwika Zamenhofa. Brał on także aktywny udział we wszystkich Kongresach Obrońców

Pokoju o zasięgu międzynarodowym, zasiadał w Radzie Międzynarodowego Biura Pokoju w Genewie, miał istotny wkład w utworzenie krakowskiego i ki-jowskiego towarzystwa pacyfistów (Demel 1968, s. 635).

Adekwatnie do rozległej działalności higienizacyjnej i społecznikowskiej prowadził działalność redakcyjną, publicystyczną ukierunkowaną na kwestie zdrowotne i higieniczno-sanitarne oraz patriotyczno-pacyfistyczne. Był redaktorem czasopisma „Zdrowie” (1885-1928), redaktorem i wydawcą „Kalendarza Lekarskiego” (1890-1925) oraz redaktorem „Biuletynu Polskiego Stowarzyszenia Przyjaciół Pokoju” (1925-1927).

Wśród publikacji oscylujących wokół problematyki zdrowia, znalazły się m.in. te poświęcone roli lekarza w działaniach na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności wsi i miast (np. „O znaczeniu sztuki lekarskiej i o stanowisku lekarzy” (1883)), „O samopomocy sanitarnej w gminach i organizacji służby zdrowia” (1888), „Jak polepszyć zdrowie powszechne” (1907), jak i odnoszące się do walki z epidemią cholery i duru plamistego („Lépidemie de cholera a Varsovie en 1892” (1896), „W obliczu cholery” (1905), „Z początków cholery” (1906), „W sprawie walki z durem plamistym w Warszawie (1917)).

Ważną dziedziną nauki, do której dr Polak odnosił się w swoich dziełach, była higiena. Szczególną rangę przypisywał higienie społecznej (np. „Podstawy higieny społecznej” (1888), „O potrzebie wprowadzenia obowiązkowych wykładów higieny w Warszawskim Instytucie Politechnicznym” (1889), „Rozwój higieny w XIX stuleciu w porównaniu z jej rozwojem w wiekach ubiegłych” (1901), „Narady nad higieną prowincji” (1903), „Propaganda higieny w kraju i różnicowanie się zreszeń pod hasłem higieny” (1905), „Kwestionariusz w sprawie higieny wsi” (1905), „Wykład higieny miast z uwzględnieniem stanu zdrowotnego i potrzeb miast polskich” (1908), „Organizacja higieny publicznej w Polsce” (1914), „Higiena społeczna w Polsce a zagadnienie ustroju społecznego” (1922)). Opisywał również problemy higieniczne wsi zlokalizowanych poza granicami Królestwa Polskiego („Higiena wsi w zachodniej Europie” (1908)), sygnalizował potrzebę upowszechnienia szczepień ochronnych, zwłaszcza ospy (np. „Praktyka szczepienia ospy ochronnej” (1887), „Z dziejów szczepienia ospy” (1906)).

Bardzo dużą popularnością cieszył się jego „Podręcznik leczniczy. Wskazówki leczenia domowego dla użytku dworów, gmin, księży, nauczycieli, majstrów, nadzorców warsztatowych, zawiadowców stacyj dróg żelaznych, felczerów itp.”, mający cztery wydania (1883, 1890, 1900 i 1929).

W celu jak najszerszego rozpowszechnienia informacji dotyczących stanu sanitarnego miast i wsi, a co za tym idzie, sytuacji zdrowotnej ich mieszkańców, dr Józef Polak poza wymienionymi powyżej opracowaniami naukowymi, chętnie publikował swoje artykuły również na łamach specjalistycznych gazet i popularnych pism, mających szerokie grono odbiorców, m.in. w „Przeglądzie

Tygodniowym”, „Gazecie Świątecznej”, „Inżynierii i Budownictwie” oraz „Kurierze Warszawskim”.

Można zatem, bez żadnych wahań, dra Józefa Polaka uznać za jednego z lekarzy najbardziej zasłużonych dla polskiej higieny i medycyny społecznej, zwłaszcza ich narodzin oraz początkowego funkcjonowania na przełomie XIX i XX wieku. Był on też w pewnym sensie jednym z czołowych liderów ruchu higienizacyjnego polskiej wsi.

2. Witold Chodźko (1875 - 1954) – neurolog, psychiatra, higienista, uczony i społecznik.

Witold Chodźko urodził się w Piotrkowie Trybunalskim, jako syn urzędnika skarbowego (Leonarda) i Zofii z Jasieńskich. Edukował się najpierw w gimnazjum w Piotrkowie, a następnie w Warszawie. W 1894r. zdał maturę i rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie Warszawskim. Ukończył je z wyróżnieniem w 1899 r., czego następstwem był roczny staż w Paryżu i Grazu w Austrii, którego celem była specjalizacja w dziedzinie psychiatrii i neurologii (Słownik biograficzny miasta Lublina 1993, s. 54).

Jego droga zawodowa rozpoczęła się od praktyki lekarskiej w Zaręczach Kościelnych, skąd przeniósł się do Lublina, w którym spędził 6 lat (1901-1907) pełniąc funkcję kierownika oddziałów psychiatrycznych w dwóch szpitalach (św. Jana i św. Wincentego a Paulo) (Taborski 1994, s. 8). W trakcie pobytu w Lublinie dr Chodźko zaznaczał swoje zaangażowanie w pracę kliniczną podczas wystąpień w Towarzystwie Lekarzy Lubelskich, kiedy to omawiał specyficzne przypadki chorobowe, psychiatryczne i neurologiczne. Jego udział w działalności Towarzystwa był ważnym osiągnięciem, pozwalającym na zainicjowanie pracy naukowej w kolejnym miejscu aktywności zawodowej, tj. w Kochanówce pod Łodzią (Strojnowski 1996, s. 298-301).

W 1907 r. objął tam stanowisko dyrektora szpitala dla psychicznie chorych. Funkcję tę sprawował do 1914 r. by następnie objąć w 1915 r. kierownictwo prywatnego zakładu dla psychicznie chorych w Czerwonym Borze pod Warszawą, a pod koniec jeszcze tego samego roku stanowisko p.o. ordynatora szpitala św. Jana Bożego w Warszawie, piastując je do roku 1918 (Szarejko 1995, s. 78).

W lutym 1917 r. Chodźko został mianowany referentem sanitarnym w Departamencie Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu, a rok później, w lutym 1918 r., Szefem Sekcji Administracyjnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Do ważnych wydarzeń w jego karierze zawodowej należało objęcie stanowiska Ministra Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy w kwietniu 1918 r., następnie w grudniu 1918 r. kierownictwa Ministerstwa Zdrowia Publicznego, w styczniu 1919 r. stanowiska podsekretarza stanu,

a w grudniu 1919 r. ponownie kierownictwa Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Od marca 1922 r. do listopada 1923 r. pełnił funkcje Ministra Zdrowia Publicznego. W trakcie pełnienia tych ważnych funkcji publicznych w 1921 r. uzyskał stopień doktora na Uniwersytecie Jagiellońskim (Nasierowski 1992, s. 143).

Na okres międzywojenny przypada bardzo intensywna wielopłaszczyznowa działalność Witolda Chodźki nie tylko w kraju, ale również za granicą. W Polsce organizował szkoły higieniczne, a wśród nich szczególnie wysoką pozycję zajęła Państwowa Szkoła Higieny w Warszawie utworzona w 1926 r., w której był dyrektorem do sierpnia 1939 r. Działał w organizacjach społecznych i towarzystwach naukowych o zasięgu ogólnopolskim, jak i międzynarodowym. Reprezentował Polskę w Zgromadzeniach Ogólnych Ligi Narodów w Genewie, był członkiem-korespondentem Królewskiej Akademii Lekarskiej w Turynie, członkiem Polskiej Akademii Umiejętności i Akademii Nauk Lekarskich w Warszawie. Przez dwie kadencje (1929-1934), z dużymi sukcesami sprawował funkcję prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej (Hass 1993, s.176; Maćkowiak 1980b, s. 486).

Chodźko był zaangażowany w pomoc dzieciom. W 1905 r. założył w Lublinie Kroplę Mleka, a w latach 1924-1926 pełnił funkcję dyrektora Polskiego Komitetu Pomocy Dzieciom. Jednocześnie prowadził praktykę lekarską jako lekarz neurolog w studenckiej Kasie Chorych (Maćkowiak 1980a, s. 438; Szarejko 1995, s. 79).

Okres okupacji Witold Chodźko spędził w Warszawie, piastując w latach 1940-1941 funkcję wiceprezesa Stołecznego Komitetu Samopomocy Społecznej i kierując działem zdrowia w Polskim Komitecie Opiekuńczym. 1 sierpnia 1944 r. ponownie został dyrektorem Państwowej Szkoły Higieny, po czym wraz z początkiem października został wywieziony wraz z rodziną do Grodziska k/Warszawy (Maćkowiak 1980b, s.486).

Po zakończeniu II wojny światowej Chodźko po raz drugi przybył do Lublina. W 1945 r. został powołany na profesora nadzwyczajnego i objął kierownictwo Katedry Higieny Ogólnej i Społecznej Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej. Dwa lata później, tj. w roku 1947 został profesorem zwyczajnym. W trakcie pracy w UMCS aktywnie włączył się w utworzenie powołanego w 1951 r. Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi, będącego inicjatorem ruchu higienizacji wsi.

Prof. Witold Chodźko był wyrazicielem nowej myśli higienicznej. Uważał bowiem, że ta dziedzina nauki może się rozwijać tylko dzięki szerokiemu spojrzeniu klinicznemu, wyrażającemu się w myśleniu lekarskim uwzględniającym wszystkie czynniki mające wpływ na zdrowie (Brzozowski 1956, s. 377-378).

Spektrum zainteresowań naukowych prof. Witolda Chodźki, wynikające z jego specjalizacji lekarskich, było obszerne co znalazło wyraz w jego publika-

cyjach (w sumie było ich ponad 500). Ważne wśród nich miejsce zajął problem chorób psychicznych, alkoholizmu i prostytucji, traktowanej przez niego jako źródło chorób wenerycznych (np. „Psychoza kiłowa pod względem klinicznym” (1911), „Wartość rozpoznawcza płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach umysłowych” (1912), „Najpilniejsze zadania polskich instytucyj samorządowych w zakresie opieki nad umysłowo chorymi” (1915), „Wino, jako czynnik chorób psychicznych” (1937), „Walka z alkoholizmem w świetle doświadczeń z okresu wojny światowej” (1933), „Stulecie zorganizowanej walki z alkoholizmem w Polsce” (1938), „Handel kobietami” (1935, 1938), „Prostytucja i choroby weneryczne jako zjawisko społeczne” (1939)).

Do działalności higienizacyjnej prof. Chodźki odnosiły się jego dzieła naukowe oscylujące wokół problematyki zdrowotnej mieszkańców wsi (m.in. „Uzdrowotnienie wsi a organizacja publicznej służby zdrowia” (1927), „Uzdrowotnienie wsi w programie higieny szkolnej” (1927), „Polski lekarz powiatowy” (1935), „Walka z gruźlicą w Polsce” (1937), „Walka z gruźlicą na wsi: referat” (1939)), jak też odnoszące się do procesu kształcenia lekarzy higienistów oraz propagowania higieny szkolnej (m.in. „Organizacja doksztalcania lekarzy w Polsce” (1937), „Polski lekarz powiatowy a higiena szkolna w Polsce” (1939), „Medycyna zapobiegawcza a nowe studium lekarskie w Polsce” (1946), „Podstawy prawne higieny szkolnej w Polsce” (1946)).

W opublikowanym dorobku naukowym Witolda Chodźki można znaleźć także dzieła dotyczące kwestii ubezpieczeń społecznych (np. „Opieka lekarska w polskich długoterminowych ubezpieczeniach społecznych” (1933)), organizacji ratownictwa (np. „W sprawie organizacji ratownictwa w państwie polskim” (1928)), czy analizie epidemiologii wybranych chorób w Polsce (np. „Wole endemiczne w Polsce” (1934), „Wścieklizna (wodowstręt) w Polsce” (1937)).

Wielokierunkowa działalność Witolda Chodźki, ze względu na uznanie dla jego osoby, miała zasięg ogólnopolski. Sprawdzał się on zarówno w roli lekarza, higienisty, organizatora służby zdrowia i nauczyciela akademickiego, a także społecznika.

3. Marcin Kacprzak (1888 – 1968) – lekarz, higienista, społecznik.

Marcin Kacprzak urodził się w rodzinie chłopskiej, w Podolszycach na Mazowszu. Ważnym etapem w jego życiu było studiowanie medycyny na Sorbonie w Paryżu, zakończone złożeniem egzaminu państwowego w Charkowie i otrzymaniem dyplomu lekarza w 1915 r. Po ukończeniu studiów podjął pracę na stanowisku lekarza ziemskiego w Guberni Pskowskiej, a następnie aktywnie włączał się w walkę z epidemią chorób zakaźnych Związku Radzieckiego. W 1921 r. rozpoczął pracę jako lekarz sanitarny w Warszawie, która skłoniła

go do nawiązania współpracy z Państwowym Zakładem Higieny. Będąc młodym, dobrze rokującym higienistą został wysłany na dwuletnie studia z higieny i statystyki medycznej w John Hopkins School of Hygiene w Baltimore (lata 1922-1924). Po ich zakończeniu otrzymał stopień doktora zdrowia publicznego, a w 1928 r. uzyskał stopień doktora wszech nauk medycznych na Uniwersytecie Jagiellońskim (Brzeziński, Brzozowski in. 1968, s. 7).

Dzięki stypendium zagranicznemu, ów trzydziestokilkuletek uzyskał gruntowne wykształcenie z zakresu higieny, co zapewne skłoniło go do intensyfikacji wysiłków zmierzających do jak najpowszechniejszego jej propagowania. Niebawem stał się znanym i wysoce cenionym higienistą oraz liderem ruchu higienizacji polskiej wsi.

Po powrocie do ojczyzny, objął stanowisko kierownika Działu Epidemiologii i Statystyki w PZH oraz wykładowcy w Państwowej Szkole Higieny (1924-1944), a następnie jej kierownika (1945-1954). Problematyka prezentowanych przez niego wykładów oscylowała wokół zagadnień higieny społecznej i szkolnej, jak również epidemiologii i demografii. Słuchaczami byli przede wszystkim: lekarze, którzy zgłaszali się do PSH na studia podyplomowe (zwykle sześciomiesięczne), lekarze z ośrodków zdrowia biorący udział w miesięcznych kursach doskonalących, jak też lekarze którzy edukowali się przed podjęciem pracy w instytucjach administracji publicznej (Owoc, Bojar i in. 2012, s. 83).

Wraz z zakończeniem pracy w PSH został kierownikiem Zakładu Higieny Szkolnej w PZH i piastował to stanowisko do roku 1963. Równoległe z pracą naukowo-dydaktyczną w Państwowej Szkole Higieny, rozpoczął w roku 1945 organizowanie Katedry i Zakładu Higieny Ogólnej i Społecznej na nowo utworzonym Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego. Następnie w latach 1948-1954 pełnił funkcję Dziekana Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, a następnie w latach 1955-1962 był jej rektorem (Brzeziński, Brzozowski in. 1968, s. 7).

Działalność naukowa, popularyzatorska i organizatorska Kacprzaka nie koncentrowała się jedynie wokół warszawskiego środowiska akademickiego. Realizował on także wiele zadań wynikających ze współpracy z Ministerstwem Zdrowia (jako doradca i naukowiec). Ważnym nurtem jego aktywności było nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów naukowych ze środowiskiem naukowym zagranicznym, a także włączanie się w przedsięwzięcia o zasięgu międzynarodowym. Wśród najbardziej znanych znalazła się jego działalność naukowa wynikająca ze współpracy z Sekcją Higieny Ligi Narodów w okresie międzywojennym, jak również udział w pracach, których efektem końcowym było powołanie Światowej Organizacji Zdrowia, po II wojnie światowej (Kosiński 1977, s. 205).

Od początku lat dwudziestych minionego stulecia dr Kacprzak działał w Towarzystwie Medycyny Społecznej. Utworzył dział „Medycyna Społeczna”

w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim, którego był wieloletnim redaktorem. Łamy tego czasopisma stanowiły ważną platformę dla przekazu i analizy problematyki higieniczno-zdrowotnej i epidemiologicznej oraz prezentacji skutecznych sposobów walki z tymi problemami propagowanych przez gremia specjalistów w innych krajach (Owoc, Bojar 2012, s. 84).

Marcin Kacprzak jako wybitny specjalista w dziedzinie higieny upowszechniał ją w swoich wykładach dla licznych lekarzy, pielęgniarów traktujących ich po części jako „nośniki” wiedzy, mającej dotrzeć za ich pośrednictwem do mieszkańców wsi i miast borykających się z wieloma problemami zdrowotnymi, często wynikającymi z niewiedzy i uprzedzeń. Źródłem cennych informacji o stanie sanitarno-higienicznym ludności były osobiste doświadczenia wyniesione z obserwacji prowadzonej w trakcie realizacji badań naukowych. Szczególną uwagę poświęcił wsi płockiej.

Formą praktycznego zastosowania wiedzy propagowanej przez Kacprzaka była aktywizacja ludności wiejskiej do walki o lepsze warunki życia i pracy na drodze rywalizacji, która wynikała z wdrażanej przez niego idei konkursów (np. konkurs „Zdrowie w chacie wiejskiej” – 1930 r.).

Swoje naukowe spostrzeżenia i osiągnięcia materializował w postaci licznych opracowań naukowych. Było ich około 216. Ważne miejsce w jego dorobku zajmują publikacje z dziedziny epidemiologii. W latach 1925-1937 wnikliwie opracowywał wydawane co roku kroniki epidemiologiczne, opisywał również epidemiologię chorób zakaźnych, (np. „Płonica w Warszawie” (1925), „Epidemiologia duru brzuszego” (1932), „Zwalczanie chorób zakaźnych” (1937)), ale też doszukiwał się ich uwarunkowań, a za przykład może posłużyć publikacja pt. „Czynnik społeczny w chorobach zakaźnych” (1938). Szczególną uwagę w swoim dorobku naukowym poświęcił gruźlicy (np. „Gruźlica w miastach polskich z ludnością powyżej 100.000 (1932), „Gruźlica choroba społeczna” (1933), „Gruźlica na wsi” (1938)). Nie pomijał on w swoich rozprawach naukowych także innych problemów zdrowotnych i społecznych. Zawsze akcentował konieczność walki z alkoholizmem (np. „Alkoholizm w Warszawie” (1927), „Pić czy nie pić?” (1930)). Uzasadniał potrzebę wprowadzenia ubezpieczeń społecznych („Ubezpieczenia społeczne - to dobrodziejstwo dla narodu” (1939)). oraz konieczność dbałości o właściwe odżywianie („Odżywianie i zdrowie publiczne” (1935)). Poruszał też wątek rozrodczości („Groźba wyludnienia a ograniczenie potomstwa” (1932), „Cud życia” (1935), „Rozrodczość a bezrobocie” (1937)).

Ważnym aspektem akcentowanym w dziełach Kacprzaka była wielowątkowa diagnoza sytuacji higieniczno-zdrowotnej na wsi. Ten wybitny lekarz-higienista opisywał rzeczywistość poznaną dzięki swym badaniom. Proponował też sposoby poprawy warunków życia mieszkańców wsi (np. „Czyste powietrze w izbie” (1935), „Wieś płocka – warunki bytowania” (1937), „Budownictwo wiejskie” (1938), „Zdrowie w chacie wiejskiej” (1938), „Lasy – źródło zdrowia”

(1939), „Jak pielęgnować zdrowie chacie wiejskiej” (1927), „Zasady higieny osobistej życia codziennego” (1931), „Chcę być zdrowy: pogadanki z higieny osobistej dla młodzieży” (1938), „Medycyna zapobiegawcza na wsi” (1939)). Punktem odniesienia w rozważaniach nad sytuacją higieniczno-sanitarną w Polsce była analiza zagadnień sanitarnych w innych krajach (m.in. „Z zagadnień sanitarnych Jugosławii”(1926), „Z zagadnień sanitarnych Holandii” (1930)).

Jako inicjator włączenia nauki higieny do programu studiów lekarskich, a także kształcenia uzupełniającego z tej dziedziny nauki dla lekarzy, którzy już posiadali dyplom, publikował artykuły na ten temat (m.in. „Szkolenie lekarzy higienistów w Rosji” (1930), „O higienie i zawodzie higienisty” (1932), „Szkoly higieny: czym są, czym być powinny” (1932), „Prądy higieny współczesnej a lekarz praktyk” (1933)).

W swoich opracowaniach odnosił się także do organizacji służby na wsi (np. „Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia” (1928), „W sprawie ośrodków zdrowia” (1931), „Lekarze w Polsce” (1929), „O zdrowie ludności wiejskiej” (1936), „Pielęgniarka społeczna na wsi” (1936)).

Na szczególną uwagę zasługuje publikacja „O zdrowie ludności wiejskiej” (1936), którą w całości poświęcił kwestii najbardziej pilnych problemów wymagających rozwiązania w kontekście zdrowia mieszkańców wsi. Wśród nich znalazły się m.in. problemy odnoszące do zadań i organizacji placówek ochrony zdrowia na wsi. Określił też warunki niezbędne do poprawy ówczesnej sytuacji zdrowotnej ludności wiejskiej, w tym przede wszystkim podniesienie jej stanu higieny osobistej i higieny otoczenia (Krzyżanowski 1969, s. 35).

Kacprzak poza swoją działalnością naukową, publicystyczną był bardzo otwarty na pomoc potrzebującym, jego znamioną cechą było wstawiennictwo za warstwami społecznymi, których położenie materialne, ale i duchowe było znacznie gorsze w stosunku do innych. Szczególnie przychylnie skłaniał się ku chłopom, u których dopatrywał się silnego związku pomiędzy ich stanem zdrowia a trudnymi warunkami życia i pracy (Cianciora, Muszyńska 2012, s. 378).

Konkludując należy podkreślić, że Marcin Kacprzak to postać wybitna, o naturze społecznikowskiej. Działał on na wielu płaszczyznach życia naukowego i społecznego. Jego rola w higienizacji wsi i organizacji służby zdrowia była nieoceniona. Swoją postawą i zaangażowaniem dawał wzór godny naśladowania.

4. Jan Danielski (1892 – 1958) – lekarz, higienista.

Jan Danielski urodził się w Krutohorbach na Ukrainie. Był on synem agronoma i nauczycielki Konstancji z Tarnawskich. Uczęszczał do gimnazjum w Ki-

jowie, które ukończył w 1911 r., tego samego roku rozpoczął studia lekarskie na uniwersytecie w Kijowie (1911-1914), a kontynuował je w Charkowie (1915-1916). Po zakończeniu studiów i uzyskaniu dyplomu lekarskiego w 1916 r. Jan Danielski pracował przez dwa lata na stanowisku asystenta w klinikach i szpitalach obydwu wymienionych miast. Kolejnym etapem jego kariery zawodowej był pobyt w Częstochowie gdzie w 1919 r. objął stanowisko zastępcy ordynatora w szpitalu miejskim. Przez trzy lata jako lekarz odbywał służbę w wojsku polskim (Słownik biograficzny miasta Lublina T.1. 1993, s. 67).

Dalsza praca zawodowa dra Danielskiego związana była z państwową służbą zdrowia (1922-1939). W latach 1922-1923 był lekarzem gminnym w Wohyniu, a następnie lekarzem powiatowym w Nowym Targu (1923-1928). Na kolejne dwa lata (1929-1930) został delegowany do Lwowa celem utworzenia placówki przeciwgruźliczej. W latach 1930-1932 był naczelnikiem wydziału zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Tarnopolu, a następnie to stanowisko piastował oraz woj. lubelskiego (1932-1939) (Wspomnienie pośmiertne o Prof. dr Janie Danielskim 1959, s. 202).

Poza prowadzoną działalnością leczniczą i organizacyjną poszerzał swoje kompetencje zawodowe poprzez dalszą edukację. W 1925 r. odbył kurs doskonalący dla lekarzy państwowej służby zdrowia w PSH, a następnie kurs przeciwgruźliczy i przeciwjagliczy. Ważnym etapem jego kariery był wyjazd na roczne stypendium Fundacji Rockefellera w Szkole Higieny przy Uniwersytecie J. Hopkinsa w Baltimore w USA (1928-1929), a później na staż dwumiesięczny w Anglii i jednomiesięczny we Francji. W efekcie zdobytego doświadczenia otrzymał tytuł „Master of Public Health” (Słownik biograficzny miasta Lublina T.1. 1993, s. 67).

W okresie przedwojennym dr Danielski prowadził intensywną działalność naukową, której wyrazem było opublikowanie ok. 20 prac dotyczących m.in. problematyki organizacji służby zdrowia na wsi, zwalczania gruźlicy. Wśród jego doniosłych zasług znalazł się aktywny udział w organizacji pierwszych w Polsce ośrodków zdrowia na wsi oraz działalność w Polskim Towarzystwie Przeciwgruźliczym (w latach 1933-1934 był prezesem lubelskiego oddziału tego Towarzystwa), PCK, PTH i in. Istotnym Jego wkładem w realizację celów ruchu higienizacji wsi była również organizacja Ogólnopolskiego Zjazdu Higienistów w Lublinie w 1938 r. (Wspomnienie pośmiertne o Prof. dr Janie Danielskim 1959, s. 202).

W trakcie II wojny światowej dr Danielski przebywał w Lublinie. Pracował jako zastępca ordynatora oddziału wewnętrznego w Szpitalu Św. Wincentego, następnie jako kierownik Miejskiego Ośrodka Zdrowia i lekarz dzielnicowy w Ubezpieczalni Społecznej. Za prowadzoną działalność konspiracyjną i aktywny udział w pracach sanitarnych Wydziału Wojskowego Lubelskiego Okręgu AK został aresztowany przez NKWD i zesłany do łagrów na terenie ZSRR

(VIII 1944 – XI 1947). Po powrocie do Lublina powtórnie objął stanowisko kierownika Miejskiego Ośrodka Zdrowia (1947-1952), a jednocześnie podjął pracę jako lekarz w filii lubelskiej Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej (1948-1951) (Słownik biograficzny miasta Lublina T.1. 1993, s. 68).

Intensywna działalność dra Danielskiego na rzecz higienizacji wsi rozpoczęła się wraz z podjęciem przez niego pracy w Zakładzie Higieny Wydziału Lekarskiego UMCS. Początkowo zatrudniony był on na stanowisku adiunkta (od 1948 r.), a cztery lata po przeprowadzonym przewodzie habilitacyjnym (1950 r.) na stanowisku docenta (1954 r.). Do wyjątkowych zasług doc. Danielskiego należało współtworzenie koncepcji oraz struktury organizacyjnej powstałego w 1951 r. Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi, w którym objął funkcję kierownika Zakładu Higieny Wsi. W trakcie pracy w Instytucie w latach 1952-1958 prowadził wzmoczoną działalność naukowo-badawczą, ale też szkoleniową. Rozwijał swoje zainteresowania naukowe, w których główne miejsce zajmowała higiena wsi. Był on kierownikiem obozów naukowo-społecznych realizowanych przy współpracy Instytutu i Akademii Medycznej z udziałem studentów i asystentów, których celem była m.in. ocena stanu sanitarno-higienicznego i zdrowotnego w wybranych rejonach wiejskich, rozwinął metodę higienicznych prac środowiskowych (ogniskowych) na terenach wiejskich. W ramach działalności szkoleniowej organizował i sprawował opiekę naukową nad kursami dla lekarzy wiejskich (Wspomnienie pośmiertne o Prof. dr Janie Danielskim 1959, s. 203).

W 1957 r. doc. Danielski przyjął powierzoną mu przez Zarząd Główny PTH, rolę organizatora Oddziału Lubelskiego PTH z siedzibą w Lublinie. Na zebraniu 26.VII.1957 r. został wybrany jego przewodniczącym (Kowieski, Zaborowska 1993, s. 328).

Doc. Jan Danielski brał czynny udział w działalności organizacji lekarskich, społecznych, był członkiem w radach naukowych wielu instytucji (m.in. MZ, PZH, Komitetu Higieny Wydziału IV PAN). Jan Danielski jako lekarz żywo zainteresowany kwestią poprawy warunków higienicznych i opieki zdrowotnej mieszkańców wsi był autorem 52 publikacji naukowych dotyczących tej problematyki. Odnosił się w nich do problemu ciężkiej pracy w rolnictwie i złych warunków mieszkaniowych robotników rolnych, ze szczególnym wskazaniem na braki sanitarno-higieniczne (np. „Zdrowie i higiena wsi na Lubelszczyźnie” (1938), „W sprawie higieny mieszkań zbiorowych dla pracowników rolnych” (1954), „Warunki pracy u szkodliwości spotykane w rolnictwie” (1957), „Stan zaopatrzenia w wodę uspołecznionych gospodarstw rolnych na terenie województwa lubelskiego” (1957), „Stan sanitarny i zdrowotny wsi” (1959)), sygnalizował także konieczność planistycznego podejścia do budownictwa w gospodarstwach rolnych („Znaczenie planowania budownictwa w uspołecznionych gospodarstwach rolnych z punktu widzenia higieny” (1954)).

W związku z tym, że w proces higienizacji wsi odbywał się dzięki znaczącemu zaangażowaniu instytucji ochrony zdrowia, dr Danielski opisywał ich rolę w społeczności wiejskiej (m.in. „Charakter i zadania ośrodków zdrowia” (1931), „Rejon sanitarny (rejonowy ośrodek zdrowia) jako podstawowa jednostka lokalnej administracji sanitarnej” (1936), „Powszechna opieka lekarska na wsi: referat wygłoszony na konferencji poświęconej opiece lekarskiej” (1937), „Pomoc lecznicza na wsi” (1939)). Podkreślał również konieczność wdrażania zasad higieny osobistej i ogólnej na wsi, analizował czynniki warunkujące spadek umieralności niemowląt („O higienie osobistej i ogólnej na wsi” (1953, 1954), „O zadaniach higieny komunalnej na wsi” (1953), „Profilaktyka gruźlicy niemowląt z punktu widzenia higieny społecznej” (1949), „O spadku umieralności niemowląt” (1955)).

Za całokształt wybitnych osiągnięć Prof. Jan Danielski otrzymał wiele odznaczeń państwowych i resortowych (np. Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia). Zmarł nagle 28.XI.1958 r. podczas wystąpienia na Krajowej Konferencji Higienistów w Warszawie. Był on jednym z nielicznych polskich lekarzy wielce zasłużonych w działalności naukowej i praktycznej, ukierunkowanej na upowszechnianie higieny jako praktycznej dziedziny medycyny, ale i nauki. Interesował się głównie warunkami higieniczno-zdrowotnymi mieszkańców wsi i pracą w rolnictwie. Jako syn agronoma, z tą problematyką zapewne stykał się od dzieciństwa i wczesnej młodości, której pozostał wierny do końca życia.

Przedstawione sylwetki czterech wybitnych higienistów, a zwłaszcza ich dorobek naukowo-badawczy, ukazują ogrom pracy jaką wykonali na rzecz poprawy warunków higieniczno-zdrowotnych ludności Polski, w tym zwłaszcza ludności zamieszkującej rejony wiejskie. Wszyscy oni byli lekarzami praktykami, którzy dzięki bezpośredniemu kontaktowi z pacjentem, konfrontowali wiedzę teoretyczną z zakresu higieny z realnymi możliwościami jej wdrożenia wśród mieszkańców wsi, co dawało szansę na poszukiwanie optymalnych metod jej popularyzacji.

Opisywani wybitni polscy higieniści prowadzili również działalność dydaktyczną, propagując wśród studentów, zwłaszcza przyszłych lekarzy, rolę higieny, jako dyscypliny medycyny, w codziennej działalności zawodowej. Profesor Witold Chodźko oraz doktorzy Marcin Kacprzak i Jan Danielski dzięki odbytym stażom zagranicznym przynosili na grunt Polski pozyskaną tam ogólną wiedzę z zakresu higieny oraz wykorzystywali zdobyte doświadczenie praktyczne.

Niezwykle istotną sferą realizowanej przez nich aktywności była działalność społecznikowska na rzecz wsi oraz zaangażowanie w pracę w instytucjach opieki zdrowotnej o zasięgu ogólnokrajowym. Pełniąc funkcję urzędników państwowych starali się zmniejszyć dysproporcje w stanie zdrowia

między mieszkańcami rejonów wiejskich i miejskich, m.in. poprzez poprawę warunków higienicznych na wsi. Jak się okazuje, realizowane przez nich postulaty, również obecnie są aktualne, bo mieszczą się wśród priorytetowych zadań w obszarze zdrowia publicznego, a mówiąc jeszcze szerzej, w obszarze nauk o zdrowiu.

Zakończenie

Zdrowie mieszkańców wsi było i jest obiektem zainteresowania badaczy rekrutujących się głównie ze świata lekarskiego, reprezentujących różne specjalności, ale przeważnie medycynę ogólną i rodzinną oraz modne zdrowie publiczne. W przeszłości szczególną rolę w analizie i diagnozie zdrowotnych warunków życia mieszkańców wsi pełnili higieniści, a higiena od połowy XIX wieku stawała się istotną dziedziną medycyny. Jej wymiar praktyczny służył usuwaniu czynników zagrażających zdrowiu człowieka, a jednocześnie pozwalała na wprowadzanie pozytywnych zmian w nawykach higienicznych i zachowaniach prozdrowotnych.

Popularna w końcu XIX i pierwszej połowie XX wieku specjalizacja lekarza-higienisty była szczególnie pożądana w środowisku wiejskim, zaniedbanym pod względem higieniczno-sanitarnym. To specjaliści tej dziedziny medycyny najczęściej zostawali inicjatorami i liderami działań higienizacyjnych, początkowo nieuporządkowanych, żywiołowych i lokalnych. Inspirowane ich poczynaniami zawodowymi i społecznymi szersze grono działaczy społecznych, stanowiło ważny trzon rodzącego się ruchu higienizacji polskiej wsi o zasięgu ogólnokrajowym. Choć wielokrotnie w pracy podkreślano, że był to bardziej quasi ruch, aniżeli ruch odpowiadający wymogom klasycznych założeń teoretycznych, to nie zmienia to faktu, że jego przewodni cel i realizowane zadania miały doniosłe, a nawet przełomowe znaczenie dla poprawy stanu higieniczno-sanitarnego wsi.

Ruch ten w poszczególnych okresach historycznych charakteryzował się różną dynamiką i intensywnością działań. W pierwszej fazie, spektrum jego oddziaływań było niewielkie, zróżnicowane i raczej regionalne. Większe efekty osiągnęto w bardziej rozwiniętej pod względem kulturowo-ekonomicznym Wielkopolsce aniżeli zaniedbanej Małopolsce czy Lubelszczyźnie. Wraz z postępującą coraz bardziej intensywną instytucjonalizacją działań skupionych wokół przewodniej idei higienizacji wsi, a przez to pojawieniem się uregulowań prawnych nadających uprawnienia oraz obowiązki instytucjom i organizacjom stanowiącym ważne ogniwa opisywanego ruchu prozdrowotnego,

następowała jego intensyfikacja. Miało to miejsce zwłaszcza od połowy lat pięćdziesiątych do końca lat siedemdziesiątych minionego stulecia.

W okresie tym utworzono jakże istotny w tym przypadku Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie, który ze względu na przypisane mu zadania statutowe nadawał kierunek ogólnopolskim działaniom higienizacyjnym. W Instytucie tym opracowano „program higienizacji wsi polskiej”, „kryteria wsi wzorcowej pod względem higieny”, czy wreszcie zainicjowano utworzenie wojewódzkich komitetów higienizacyjnych. Należy jednak podkreślić, że oprócz niego, równie istotną rolę w higienizacji polskiej wsi pełniły też inne opisane w pracy instytucje, w tym głównie ośrodki zdrowia i stacje sanitaro-epidemiologiczne oraz wiejskie organizacje społeczne, zwłaszcza kobiece i młodzieżowe oraz niejako już tradycyjnie Ochotnicza Straż Pożarna.

Funkcjonowanie ruchu było możliwe dzięki zaangażowaniu przedstawicieli władz państwowych, różnych decydentów oraz lokalnych urzędników i działaczy społecznych. Niejednokrotnie od ich decyzji i osobistych wysiłków organizatorskich zależało czy i jak realizowane były przedsięwzięcia modernizacyjne ukierunkowane na radykalną poprawę sytuacji higienicznej i sanitarnej, a de facto zdrowotnej, obszarów wiejskich.

Znaczącą, aczkolwiek często niedocenianą, rolę w ruchu higienizacyjnym wsi, zwłaszcza w jego wymiarze społecznym, pełniły inicjatywy komplementarne wobec przewodnich zinstytucjonalizowanych działań. Wystawy o tematyce higienicznej, na których prezentowano wzorcowe obiekty i narzędzia higieniczno-sanitarne, dawały zwiedzającym szansę na poznanie ich w sposób bezpośredni i niejako namacalny, a nie tylko teoretyczno-opisowy. Ten walor, zwłaszcza wśród osób słabiej wykształconych, a niekiedy nawet analfabetów, był szczególnie cenny. Równie pożyteczną formą aktywizacji mieszkańców wsi, ukierunkowaną na poprawę ich sytuacji higienicznej i sanitarnej były konkursy, najczęściej mające zasięg lokalny i zróżnicowany obszar tematyczny. Konkursy, wzbudzając ducha rywalizacji w społecznościach wiejskich, sprawiały że zaangażowanie licznych mieszkańców wsi w polepszenie swoich warunków higienicznych było znacznie większe aniżeli w przypadku kierowanych do nich odgórnych dyrektyw i zarządzeń.

Realizowane przez wiele lat działania, immanentnie współtworzące ruch higienizacji polskiej wsi, przyniosły pozytywne, kwantytatywne i kwalifikacyjne efekty, co starano się zaprezentować w pracy, której autorka ma jednak świadomość, że ze względu na ich różnorodność i mnogość nie ukazano wszystkich, a jedynie te, jej zdaniem, istotniejsze i ważniejsze.

W niniejszej rozprawie, mającej charakter diagnostyczno-poznawczy, jak się wydaje, zrealizowano przyjęty cel, polegający na wyodrębnieniu podmiotów i analizie ich działań, stanowiących ważne ogniwa ruchu higienizacji wsi. Rozwiązano również, sformułowane przed jej napisaniem, problemy ba-

dawcze. Potwierdzona została hipoteza badawcza, czego wyrazem są opisane w pracy jakościowe i ilościowe osiągnięcia opisywanego ruchu.

Autorka starała się swą rozprawą wzbogacić dorobek badawczy socjologii medycyny i nauk o zdrowiu. Niniejsza praca stanowi pewnego rodzaju syntezę działań rozmaitych osób, instytucji i organizacji, zajmujących się problematyką poprawy stanu higieniczno-sanitarnego, a przez to i zdrowotnego, polskiej wsi. Wspólne przedsięwzięcia tych osób i instytucji w ponad stuletniej perspektywie czasowej, opisane w oparciu o różnorodne źródła naukowe i popularnonaukowe, kreują obraz wielowątkowej działalności higienizacyjnej w środowisku wiejskim.

Bibliografia

1. Abel T. (1977): Podstawy teorii socjologicznej (tłum. A. Bentkowska), PWN, Warszawa.
2. Artiucha Z, Sienkiewicz W, Sitowska I, Bochyńska I. (1975): Oświata zdrowotna na wsi, *Medycyna Wiejska*, t. XXIII, zeszyt 3: 187-190.
3. Babbie E. (2003): Badania społeczne w praktyce (tłum. W. Betkiewicz, M. Bucholc i in.), PWN, Warszawa.
4. Babbie E. (2008): Podstawy badań społecznych (tłum. W. Betkiewicz, M. Bucholc i in.), PWN, Warszawa.
5. Bałasz A. (1968): Lekarz wiejski, w: K. Bidakowski, T. Wójcik (red.): *Pamiętniki lekarzy*, Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik, Warszawa.
6. Baranowski B. (1969): *Życie codzienne wsi między Wartą a Pilicą w XIX wieku*, PIW, Warszawa.
7. Bartkowiak Z, Grzymała S. (1960): Rola lekarza wiejskiego w ruchu higienizacji wsi, *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny*, nr 10, MZ, IMPiHW, Lublin: 159-170.
8. Bartnik T, Bogacz J. i in. (1958): *Wieś płocka dzisiaj i przed dwudziestu laty*, PZWL, Warszawa.
9. Bedryńska-Dobek M. (1970): Konkursy „Oświata zdrowotna w każdej klubo-kawiarni” w: H. Wentlandtowa (red.): *Konkursy w wychowaniu zdrowotnym*, PZWL, Warszawa: 98-104.
10. Bedryńska-Dobek M, Fabisiak H. (1970): Konkursy „Wzorowa zagroda” i „Racjonalne żywienie” w: H. Wentlandtowa (red.): *Konkursy w wychowaniu zdrowotnym*, PZWL, Warszawa: 91-97.
11. Berner W. (1993): *Towarzystwo Higieniczne w Łodzi w latach 1902-1914*, *Zdrowie Publiczne*, t. CIV, zeszyt 1: 48-52.
12. Biehler M. (1921): *Podręcznik higieny*, G. Geberthner i Spółka, Warszawa.
13. Bielecki J, Piekutowska B. (1958), *Działalność wiejskich spółdzielni zdrowia w Polsce Ludowej w latach 1956-57*, *Zdrowie Publiczne*, 2: 107-116.
14. Biernacka M. (1983): Oświata a społeczno-kulturowe przeobrażenia wsi w okresie międzywojennym (na przykładzie wybranej społeczności), *Etnografia Polska*, t. XXVII, zeszyt 1: 111-138.
15. Biernacki M. (1904): O higienie służby folwarcznej, *Zdrowie*, *Rocznik XX*, t. IV, zeszyt 11: 891-900.
16. Biernat J. (1975): Kobiety wiejskie – aktywne uczestniczki rozwoju wsi i rolnictwa, *Wieś Współczesna*, Rok XIX, 4 (218): 13-18.
17. Biłek M. (1963): O zdrową wieś, *Wieści*, nr 51-52: 12.

18. Birbach I. (1960): Jak prowadzić oświatę sanitarną na wsi, *Biuletyn Informacyjny PAX*, nr 7: 95-107.
19. Birbach I, Wawrzyszuk B. (1959-1960): Oświata sanitarna na wsi – metodyka i organizacja, *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny MZ, IMPiHW*, nr 9, Lublin: 202-217.
20. Bitnerowa W. (1934): Praktyczne zastosowanie metod higieny w Kołach Młodzieży P.C.K. w: *Referaty I Regionalnego Zjazdu Opiekunów Kół Młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża Okręgu Warszawskiego*, Nakładem Warszawskiej Komisji Okręgowej Kół Młodzieży PCK, Warszawa: 36-47.
21. Bliziński W. (2003): Wspomnienia z mego życia i pracy, opracował i przypisami opatrzył G. Waliś, *Kaliskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk*, Kalisz.
22. Bliziński W. (2005): *Przyszedłem wam przychylić chleba i nieba*, opracował oraz wstępem, notą biograficzną i przypisami opatrzył S. Kęszka, Wyd. Edytor, Kalisz.
23. Blumer H. (1951): *Collective behavior*, w: A. McClungLee (red.): *Principles of Sociology*, Random House, New York.
24. Bober-Klaska A., Kowalska A., Lebecka J., Pachla A., Sawicka A., Wiszniewska Z. (1957): Stan sanitarny i zdrowotny ludności rejonu Strzegowo, *Zdrowie Publiczne*: 425-442.
25. Bokiewicz L. (1861): *Hygiena popularna czyli nauka zachowania zdrowia, dla ludu wiejskiego*, Skład Główny w Księgarni G. Gebethnera i R. Wolfa, Warszawa.
26. Borkowski T., Krawiecka H. (1967): Stan zdrowotny i warunki sanitarno-higieniczne ludności PGR w powiecie nidzickim woj. olsztyńskiego, *Medycyna Wiejska*, t. II, cz. I, zeszyt 5: 45-53.
27. Brodniewicz B, Gastoł B. i in. (1962): Projekt programu higienizacji wsi polskiej, *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny MZiOs, IMPiHW*, nr 14, Lublin: 148-179.
28. Brzechwa J. (1982): „Brudas”, w: J. Brzechwa: *Sto bajek*, Warszawa: 138.
29. Brzechwa J. (1982): „Król i błazen”, w: J. Brzechwa: *Sto bajek*, Warszawa: 188-190.
30. Brzechwa J. (1982): „Tulipan i róża”, w: J. Brzechwa: *Sto bajek*, Warszawa: 89-90.
31. Brzeziński Z.J., Brzozowski J i in. (1968): Przedmowa w M. Kacprzak (red.): *Pisma wybrane. W osiemdziesięciolecie urodzin autora*, PZWL, Warszawa: 7-12.
32. Brzozowski A. Obmiński A. (2004): Gdzie występuje potrzeba zabezpieczenia lub usuwania azbestu w Polsce?, *Bezpieczeństwo Pracy*, 4: 11-15.
33. Brzozowski J. (1956): Witold Chodźko – jako nauczyciel higieny, *Polski Tygodnik Lekarski*, XI, 8: 376-379.
34. Budner S. (1972): Rola czasopisma „Zdrowie” w kształtowaniu polskiej myśli higienicznej u schyłku XIX wieku, *Zdrowie Publiczne*, t. LXXXIII, 5: 465-472.
35. Budowle Wystawy Higienicznej. *Kronika* (1896): *Zdrowie*, t. XXI, nr 127: 135.
36. Buechler M. (2008a): Poza mobilizacją zasobów? Nowe trendy w teorii ruchów społecznych (tłum. M. Klekotko), w: K. Goralach, P.H. Mooney (red.): *Dynamika życia społecznego. Współczesne koncepcje ruchów społecznych*, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa: 43-63.
37. Buechler M. (2008b): *Teorie nowych ruchów społecznych* (tłum. P. Sadura), w: K. Goralach, P.H. Mooney (red.): *Dynamika życia społecznego. Współczesne koncepcje ruchów społecznych*, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa: 161-188.
38. Bujak F. (1903): *Żmija. Wieś powiatu limanowskiego. Stosunki gospodarcze i społeczne*, Nakład Gebethner i Spółka w Drukarni UJ, Kraków.
39. Burszta J. (1981): Wielkopolscy robotnicy rolni o swej kulturze w końcu XIX i na początku XX wieku, *Rocznik Muzeum Narodowego Rolnictwa w Szreniawie*, t. 12: 5-25.
40. Buzathowa M. (1927): *Podręcznik higieny publicznej i szkolnej*, Wydawnicze Zjednoczone Zakłady Kartograficzne, Lwów-Warszawa.
41. Bystron J. (1947): *Etnografia Polski, „Czytelnik” Spółdzielnia Wydawnicza*, Poznań.

42. Byzdra T. (1977): Ochrona zdrowia na wsi, PZWL, Warszawa.
43. Cabaj J. (2006): Zjazdy środowisk medycznych Królestwa Polskiego 1908-1914, *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, 51/2: 99-122.
44. Celarek J. (1918): W sprawie zwalczania tyfusu plamistego po wsiach, Druk J. Pietrzykowskiego, Lublin.
45. Chełchowski K. (1903): O zadaniach Towarzystwa Higienicznego, *Zdrowie*, 6-7: 494-509.
46. Chełchowski K. (1905): Temperatura izb wiejskich w zimie, *Zdrowie, Rocznik XXI, seryji II, Tom V, zeszyt 1*: 52-61.
47. Chełchowski S. (1899): Nasze wzorowe gospodarstwo, Druk „Gazety Rolniczej”, Warszawa.
48. Chętnik T, Mirowski W. (1974): Pielęgniarstwo środowiskowe, PZWL, Warszawa.
49. Chmielińska A. (1925a): Wieś polska Lisków w ziemi kaliskiej, Drukarnia „Gazety Kaliskiej”, Lisków.
50. Chmielińska A. (1925b): Wystawa Wieś Polska w Liskowie, *Gazeta Rolnicza*, nr 2: 257-268.
51. Cianciara D, Muszyńska J. (2012): Marcin Kacprzak (1888-1968) – non omnis moriar, *Przeegląd Epidemiologiczny*, 66: 373-380.
52. Cierniak-Szóstak E. (2007): Aktywność zbiorowa, w: A. Karwińska (red.): *Odkrywanie socjologii*. PWN, Warszawa: 203-211.
53. Cisak E, Chmielewska-Badora J. i in. (2009): Zasady ochrony zdrowia i życia w gospodarstwie rolnym wynikające z zagrożenia chorobami odzwierzęcymi, w: M. Florek, L. Wdowiak (red.): *Zródła zagrożeń i profilaktyka zdrowotna w rolnictwie*. IMW, Lublin: 77-89.
54. Cisińska A. (2007): Stanisław Kopczyński – internista i neurolog, pionier higieny szkolnej w Polsce, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 117 (10): 477-478.
55. Colombain M. (1936): Zdrowotność wsi a spółdzielnie zdrowia w Jugosławii (przełożył z franc. J.Z.), *Spółdzielnia Wydawnicza Wspólnota Pracy*, Warszawa.
56. Cyfrowicz J. (1970): Z działalności oświatowo-zdrowotnej w powiecie lubartowskim, konkursy, turnieje, imprezy, w: H. Wentlandtowa (red.): *Konkursy w wychowaniu zdrowotnym*, PZWL, Warszawa: 69-85.
57. Czajkowski J E. (1986): Związek Młodzieży Wiejskiej w latach 1956-1976, w: K. Przybysz (red.): *Przed „Wiciami” i po „Wiciach”*, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa: 198-283.
58. Czyżewski J. (1962): Oświata sanitarna w walce z przesędem i zabobonem, *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny MZiOS, IMPiHW*, nr 13, Lublin: 136-140.
59. Danielski J. (1937): Powszechna opieka lekarska na wsi, w: M. Kacprzak (red.): *W walce o zdrowie wsi polskiej*, ISS, Warszawa: 164-182.
60. Danielski J. (1953): O zagadnieniach higieny komunalnej na wsi, *Zdrowie Publiczne*, 6: 27-35.
61. Danielski J. (1954a): Stan sanitarny gospodarstw rolnych, *Zdrowie Publiczne*, 5, 1954: 400-402.
62. Danielski J. (1954b): O higienie osobistej i ogólnej na wsi, PZWL, Warszawa.
63. Danielski J. (1958a): Stan sanitarny i zdrowotny wsi i drogi realizacji jego poprawy, *Biuletyn Metodyczno-Organizacyjny*, nr 7-8 b, MZ, IMPiHW, Lublin: 305-335.
64. Danielski J. (1958b): Podstawowe założenia higieniczne budownictwa wiejskiego, *Biuletyn Metodyczno-Organizacyjny*, nr 7-8a, MZ, IMPiHW, Lublin: 163-177.
65. Danielski J. (1959): Stan sanitarny i zdrowotny wsi, *Zdrowie Publiczne*, 3: 207-215.
66. Danielski J., Wawrzyszuk B., Stankiewicz A. (1957): Badania ogniskowe stanu sanitarno-higienicznego rejonu Sosnowica, *Zdrowie Publiczne*, 4: 303-313.
67. Demel M. (1964): *Pedagogiczny aspekt warszawskiego ruchu higienicznego: (1864-1914)*, PAN, Wrocław.

68. Demel M. (1965): Geneza i rozwój miesięcznika „Zdrowie” w dobie niewoli narodowej (1885-1918), *Zdrowie Publiczne*, 10: 437-448.
69. Demel M. (1968): Pamięci dr med. Józefa Polaka (11 XII 1857 – 4 VIII 1928), *Zdrowie Publiczne*, 8: 627-639.
70. Demel M. (1970): W służbie Hygei i Syreny, PZWL, Warszawa.
71. Demel M. (1972): Nauczyciel zdrowia: życie i dzieło doktora Stanisława Kopczyńskiego, Nasza Księgarnia, Warszawa.
72. Demel M. (1977): Wysoko jak król Zygmunt: życie i dzieło dra Stanisława Markiewicza, PZWL, Warszawa.
73. Demel M. (2000a): Waclaw Bliziński (1870-1944) w: C.Z. Korczak, M. Demel, M. Świderski (red.): *Higieniści polscy: 100 lat Polskiego Towarzystwa Higienicznego t. 3*, seria: *Problemy Higieny*, 63, PTH, Warszawa: 11-12.
74. Demel M. (2000b): Józef Polak centralna postać ruchu higienicznego i główny jego motor w: C.Z. Korczak, M. Demel, M. Świderski (red.): *Higieniści polscy: 100 lat Polskiego Towarzystwa Higienicznego t. 1*, seria: *Problemy Higieny*, 63, PTH, Warszawa: 53-60.
75. Dębowczyk M. (2006): Ks. Antoni Kwiatkowski (1861-1926). Kapłan z wiary uczynny, Wyd. Bychawskie Towarzystwo Regionalne, Lublin.
76. Dmochowski E.S. (1860): Dawne obyczaje i zwyczaje szlachty i ludu wiejskiego w Polsce i w ościennych prowincjach, w Drukarni J. Jaworskiego, Warszawa.
77. Dobińska Ż. (2014): Historia i etos zawodu pielęgniarki w Polsce, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2 (39): 172-175.
78. Dobrowolski K. (1958): Chłopska kultura tradycyjna, *Etnografia Polska*, Wrocław, t. 1: s. 35-38.
79. Dobrzycki H. (1903): Projekt chaty zdrowotnej dla rodziny włościańskiej, *Zdrowie*, *Rocznik XIX*, t. III, Zeszyt 6: 554-567.
80. Dokumenty Konkursu Czystości na Wsi organizowanego w województwie warszawskim (1959-1960): *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny MZ, IMPiHW*, nr 9, Lublin: 413-421.
81. Dr Kazim (1908): Wystawa w Lublinie (12/IX-4/X 1908) w: *Jednodniówka poświęcona Wystawie Hygienicznej „Święto Higieny”*, Wyd. Marjana Fuksa, Lublin: 1-8.
82. Dragański K. (2006): II Wystawa Higieniczna w Warszawie w 1896r. (110 rocznica), *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 87(4): 247-250.
83. Dragański K, Żbikowski J. (2011): Spotkania z historią Polskiego Towarzystwa Higienicznego – dr Stanisław Markiewicz, *Hygeia Public Health*, 46 (4): 502-505.
84. Duszyński M, Inglot J. (1964): Wiejskie spółdzielnie zdrowia, Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa.
85. Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938 (1939): Wyd. MOS, Warszawa.
86. Dworak Z. (1964): Łąnie wiejskie na terenie województwa szczecińskiego w: *Księga pamiątkowa zjazdu medycyny wiejskiej w Lublinie*. PZWL, Warszawa: 95-97.
87. Dzun W. (1982): Działalność gminnych rad narodowych, *Wieś Współczesna*, Rok XXVI, 12(310): 113-118.
88. *Encyklopedia filozofii*, t. 2 (1999): T. Honderich (red.) (tłum. J. Łoziński), Zysk i S-ka, Warszawa.
89. *Encyklopedia pedagogiczna XXI w. Suplement A-Ż* (2010): T. Pilch (red.). Wyd. Ekonomiczne „Żak”, Warszawa.
90. *Encyklopedia socjologii*, t. 4 (2002): (red.) Z. Bokszański, K. Górlach i in., Oficyna Naukowa, Warszawa.

91. Flos A. (1904): Narzekanie wody i mydła. Wyd. II poprawione, Drukarnia Bolesława Drue, Lublin.
92. Freytag J, Danielski J. (1958): Higienizacja, B.H.P. i opieka leczniczo-profilaktyczna nad P.O.M. i P.G.R. Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny, nr 7-8a, MZ, IMPiHW, Lublin: 121-134.
93. Frybes M. (1994): Touraine'a koncepcja ruchu społecznego w: P. Kuczyński, M. Frybes i in. (red.): W poszukiwaniu ruchu społecznego. Wokół socjologii Alaina Touraine'a. Oficyna Naukowa, Warszawa: 21-42.
94. Gałaj D. (1961): Aktywność społeczno-gospodarcza chłopów: studium szczegółowe na przykładzie wsi Bocheń powiatu łowickiego, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.
95. Gałaj D. (1969): Chłopski ruch polityczny w Polsce, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa.
96. Gasikowa A. (1959): Porządki w domu i obejściu, PWRL, Warszawa.
97. Gawarecki H. (1974): O dawnym Lublinie. Szkice z przeszłości miasta, Wyd. Lubelskie, Lublin.
98. Giddens A. (2012): Socjologia, (tłum. O. Siara, A. Szulżycka, P. Tomanek), PWN, Warszawa.
99. Gliński P. (1996): Polscy Zieloni. Ruch społeczny w okresie przemian, IFiS PAN, Warszawa.
100. Goldthorpe J.H. (2012): O socjologii. Integracja badań i teorii (tłum. J. Słomczyńska), Wyd. IFiS PAN, Warszawa.
101. Golka M. (2013): Socjologia kultury, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
102. Gołębiowski B. (1987): Źródła dokonani Związku Młodzieży Wiejskiej 1957-1976, Wiś Współczesna, Rok XXXI, 6(364): 10-20.
103. Gortat R. (1987): O naturze nowych ruchów społecznych w: E. Lewicka-Banaszak, P. Marciniak, W. Modzelewski (red.): Studia nad ruchami społecznymi, IS UW, Warszawa: 39-54
104. Górny J. (1976): Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej 1919-1923, Zdrowie Publiczne, 6: 485-494.
105. Graas A. (1972): Poradnik przodownicy zdrowia PCK, PZWL, Warszawa.
106. Grabski W. (1906): Stosunki służbowo-robotnicze rolne w Królestwie Polskim. Opracowanie materiału zawartego w odpowiedziach na wywiad, zebranych w 1903-1904 roku przez Delegację Służbową przy Sekcji Rolnej, Wyd. z Udziałem Zpomogi Kasy Pomocy dla Osób Pracujących na Polu Naukowym im. dra J. Mianowskiego, Warszawa.
107. Grabski W. (1907): Materiały w sprawie włościańskiej T.I, Nakładem Gebethnera i Wolfa, Warszawa.
108. Grabski W. (1910): Materiały w sprawie włościańskiej T.II, Nakładem Gebethnera i Wolfa, Warszawa.
109. Grabski W. (1913): O nauczaniu powszechnym i zakładaniu szkół ludowych, Nakładem Gebethnera i Wolfa, Warszawa.
110. Grabski W. (1919): Materiały w sprawie włościańskiej T.III, Nakładem Gebethnera i Wolfa, Warszawa.
111. Grabski W. (1929): Kultura wsi polskiej i nauczanie powszechne, Księgarnia F. Hoesicka, Warszawa.
112. Gramlewicz B., Gramlewicz M. (2007): Socjologia w zarysie, Wyd. Śląsk, Katowice.
113. Grobler A. (2008): Metodologia nauk, Wyd. ZNAK, Kraków.
114. Grynberg Z. (1954): Organizacja służby zdrowia na wsi, Zdrowie Publiczne, 5: 358-364.
115. Grzymała S, Wawrzyszuk B. (1960): Rozwój higienizacji wsi w kraju ze szczególnym uwzględnieniem Wielkopolski, Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny, nr 10, MZ, IMPiHW, Lublin: 143-158.
116. Grzymała S. (1964): Czy i w jaki sposób należy higienizować wieś polską? w: Księga pamiątkowa zjazdu medycyny wiejskiej w Lublinie. PZWL, Warszawa: 58-63.

117. Gutkowski A. (1914): Wiadomości polityczne i społeczne, Nakładem Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Lwów.
118. Hass L. (1993): *Masoneria polska XX wieku. Losy, loże, ludzie*, Oficyna Wydawnicza Polczek Polskiego Czerwonego Krzyża, Warszawa.
119. Herbut P, Nawalany G. (2014): Analiza istniejących azbestowych pokryć dachowych budynków w gospodarstwach rolnych na wybranym przykładzie, *Infrastruktura i Ekologia Terenów Wiejskich*, nr I/1/2014: 103-110.
120. Higiena na wystawie krajowej w Krakowie. *Kronika* (1887), *Zdrowie* nr 24 wrzesień: 23.
121. Higier H. (1900): Z higieny ciała i ducha oraz metodyki nauczania i wychowania w szkole i w domu. Uwagi w sprawie reformy szkolnej, W Drukarni St. Niemiry Synów, Warszawa.
122. Horoch C. (1961): Działalność służby sanitarno-epidemiologicznej województwa lubelskiego, *Zdrowie Publiczne*, 6: 449-456.
123. Horodecka J. (1969): *Zdrowie szesnastu milionów. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza*, Warszawa.
124. Huszcza A. (1946): Kąpieliska wiejskie jako podbudowa akcji uzdrowienia wsi, *Polski Tygodnik Lekarski*, Nr 40, 1946: 1228-1231.
125. Ilnatowicz I, Mączak A. i in. (1988): *Społeczeństwo polskie od X do XX wieku*, Książka i Wiedza, Warszawa.
126. Indulski J, Leowski J. (1971): *Podstawy medycyny społecznej*, PZWL, Warszawa.
127. Jaguś I. (2002): *Lecznictwo ludowe w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, Katolickie Towarzystwo Naukowe, Kielce.
128. Janczyk T. (1937): Lisków wzorowa wieś, *Społem*, nr 7-8: 23-25.
129. Jarecka S.(1971): *O równy start. Szkic z dziejów ZMW RP „Wici” 1982-1948*, PZWS, Warszawa.
130. Jarecka-Kimlowska S. (1972): *Związek Młodzieży Wiejskiej „Wici” 1944-1948*, PWN, Warszawa.
131. Jarecka-Kimlowska S. (1978): *Młodzież na rzecz postępu wsi*, ISKRY, Warszawa.
132. Jartych R. (1962): Higienizacja wsi lubelskiej. *Wiejskie Domy Higieny*, Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowym Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi dn. 1.X. 1962 r., *Archiwum Instytutu Medycyny Wsi*: 1-19.
133. Jartych R. (1963): Higienizacja wsi lubelskiej – wiejski domy higieny, *Medycyna Wiejska*, XI, 1(15): 146-160.
134. Jaśkiewicz A. (1993): *Muzeum w Częstochowie w latach 1905-1960*, *Rocznik Muzeum Okręgowego w Częstochowie*, Tom 6, Częstochowa: 7-27.
135. Just J. (1970): Rola i zadania Polskiego Towarzystwa Higienicznego w okresie 25-lecia PRL, *Zdrowie Publiczne*, t. LXXXI, 5: 457-459.
136. Kacprzak M. (1928): *W sprawie szkolenia personelu służby zdrowia w: Prace Państwowej Szkoły Higieny (1926-1928)*, T. I. Warszawa: 1-26.
137. Kacprzak M. (1930): *Konkursy „Zdrowie w chacie wiejskiej”*, CTOiKR, Warszawa.
138. Kacprzak M. (1933): *Prądy higieny współczesnej a lekarz praktyk*, *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, 2: 1-24.
139. Kacprzak M. (1936a): *O zdrowie ludności wiejskiej*, *Zdrowie Publiczne*, 5: 427-457.
140. Kacprzak M. (1936b): *Sprawozdanie z konferencji w sprawie kultury wsi*, *Zdrowie Publiczne*, 6: 586-594.
141. Kacprzak M. (1937): *Pielęgniarka społeczna na wsi: według odczytu wygłoszonego na Zjeździe Pielęgniarek w Warszawie w dniu 11-go października 1936 roku*, „Zgoda” J. Klimczak, Warszawa.

142. Kacprzak M. (1954): Zagadnienie higieny wsi, *Zdrowie Publiczne*, 5: 339-347.
143. Kacprzak M. (1957): Wiadomości ogólne w: M. Kacprzak (red.), *Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa.
144. Kacprzak M. (1961a): Wstęp w: M. Kacprzak (red.), *Higiena ogólna*, PZWL, Warszawa: 9-50.
145. Kacprzak M. (1961b): Higiena szkolna w: M. Kacprzak (red.), *Higiena ogólna*, PZWL, Warszawa: 631-659.
146. Kacprzak M. (1964): 20 lat higieny szkolnej w Polsce Ludowej, *Zdrowie Publiczne*, 8: 303-312.
147. Kacprzak M. (1983): O higienie i zawodzie higienisty w: M. Kacprzak, *Pisma wybrane. W osiemdziesięciolecie urodzin autora*, PZWL, Warszawa: 79-88.
148. Kaja J. (1980): Polityka zdrowotna PRL. Założenia i ich realizacja, *Wydawnictwa Uczelniane w Białymstoku*, Białystok.
149. Kanabus L. (1948): Zasady pielęgniarstwa w zakresie obowiązków wiejskich przodowników zdrowia, w: E. Pankiewicz (red.), *Poradnik dla przodowników zdrowia*, Centralna Księgarnia Rolnicza „Samopomoc Chłopska” Warszawa: 104-120.
150. Kapsa J. (2009a): Bilans wystawy w: J. Kapsa (red.) *Stulecie Wystawy Przemysłu i Rolnictwa w Częstochowie 1909*, „Compal”, Bielsko-Biała: 69-79.
151. Kapsa J. (2009b): Wystawa 1909. Przygotowania w: J. Kapsa (red.) *Stulecie Wystawy Przemysłu i Rolnictwa w Częstochowie 1909*, „Compal”, Bielsko-Biała: 31-45.
152. Karczewski W. (1937): *Lisków. Dzieje jednej wsi polskiej*, Drukarnia „Powściągliwość i Praca”, Kraków.
153. Kaszubski T. (1937): O organizacji pomocy lekarskiej na wsi, *Nowiny Społeczno-Lekarskie*, Rocznik XI, Nr 8-9, 1937: 112-114.
154. *Katalog Wystawy Higienicznej w Lublinie 1908 r. (1908)*, Druk T. Mieszkowskiego, Warszawa.
155. Kawecka E. (1989): *W salonie i w kuchni. Opowieść o kulturze materialnej pałaców i dworów polskich w XIX w.*, PIW, Warszawa.
156. Kawecki Z. (1959): Wiejskie spółdzielnie zdrowia – próba oceny ich dotychczasowej działalności i dalszego rozwoju, *Zdrowie Publiczne*, 5: 466-467.
157. Kelles-Krauz K. (1906): Położenie robotników rolnych, *Przegląd Społeczny*, nr 22: 4-8.
158. Kędzia A, Grochans E. (2006): Działalność sanitarno-oświatowa Polskiego Czerwonego Krzyża w latach 1945-1950 na terenie Pomorza Zachodniego, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 87(1): 28-32.
159. Kęszka S. (2006): *Źródła o pracy i życiu księdza prałata Wacława Blizińskiego*, Wyd. Edytor, Kalisz.
160. Kęszka S. (2008): *Życie i dzieło ks. Prałat Wacława Blizińskiego 1870-1944*, Wyd. Edytor, Kalisz.
161. Kęszka S. (2011): *Dzieje Parafii p.w. Wszystkich Świętych w Liskowie*, Wyd. Edytor, Kalisz.
162. Klandermans B, Tarrow : (1988): Mobilization into social movements: Synthesizing European and American approaches: *International Social Movement Research* t. 1: 1-38.
163. Kłoczyńska L. (1970): Konkurs pt. „Higiena w oborze” w: H. Wentlandtowa (red.): *Konkursy w wychowaniu zdrowotnym*, PZWL, Warszawa: 86-90.
164. Kłossowski Z. (1903): Pracownie analityczne przy aptekach, *Zdrowie*, Rocznik XIX, Tom III, Zeszyt 7: 856-866.
165. Kneipp S. (1890): *Moje leczenie wodą*. (tłum. J. A. Łukaszewicz), Nakładem Księgarni Józefa Kosela, Kempten.
166. Kolberg O. (1875): *Lud*. W. K: Poznańskie cz. 1, serya IX, w Drukarni UJ, Kraków 1875.

167. Komunikaty ruchu higienizacji wsi (1963): *Medycyna Wiejska*, Rok XI, Nr 2-3 (16-17): 234-249.
168. Konkursowe plony (1966): *Starzy praktycy – młodym ku rozwazdze...* *Medycyna Wiejska*, t. XV, 2-3: 9-38.
169. Konopnicka M. (1991): „Komedia przy myciu” (pierwodruk 1887) w: M. Konopnicka: *Jadą, jadą dzieci drogą*, Nasza Księgarnia, Warszawa: 18-19.
170. Konopnicka M. (1991): „Pranie” (pierwodruk 1887) w: M. Konopnicka: *Jadą, jadą dzieci drogą*, Nasza Księgarnia, Warszawa: 22-23.
171. Kopczyński S. (1929): Zadania higienistki szkolnej, *Wychowanie Fizyczne*, Rocznik X, Zeszyt 3: 103-104.
172. Koprukowniak A. (2011): Lokalna społeczność gminy bychawskiej i jej aktywność 1864-1918, *Bychawskie Towarzystwo Regionalne*, Bychawa.
173. Korczak C.W. (1985): Działalność Polskiego Towarzystwa Higienicznego w 100-lecie czasopisma „Zdrowie”-„Zdrowie Publiczne”, t. 96, 5-6 : 203-209.
174. Korczak C.W. (2000): Konkurs Funduszu Nagród im. Marcina i Wandy Kacprzaków Polskiego Towarzystwa Higienicznego pod hasłem: „Lekarz rejonowy - lekarzem środowiska”, w: C.Z. Korczak, M. Demel, M. Świdorski (red.): *Higienicy polscy: 100 lat Polskiego Towarzystwa Higienicznego t.3*, seria: *Problemy Higieny*, 63, PTH, Warszawa: 158-159.
175. Korporowicz V. (2005): *Zdrowie i jego promocja. Kształtowanie przyszłości*, SGH, Warszawa.
176. Kosiński S. (1976): *Pielęgniarka w społeczności wiejskiej*, *Roczniki Socjologii Wsi*, t. XIV: 225-240.
177. Kosiński S. (1977): Marcin Kacprzak prekursorem polskiej socjologii medycyny, *Annales UMCS, sectio I, vol. II, 12*: 201-219.
178. Kosiński S. (1983): Społeczno-kulturowe i strukturalne przemiany warunków zdrowotnych polskiej wsi (1864-1980), *UMCS*, Lublin.
179. Kosiński S. (1985): Lisków wzorem higienizacji wsi, *Medycyna Wiejska*, XX, 3:141-148.
180. Kosiński S. (1987a): Działalność zawodowa i społeczna Witolda Chodźki (1875-1954), *Medycyna Wiejska*, t. XXII, 1: 1-9.
181. Kosiński S. (1987b): Zdrowotne problemy wsi. Bibliografia zawartości „Zdrowia” i „Zdrowia Publicznego” (1885-1984), *IMW*, Lublin.
182. Kosiński S. (1988): *Wiejska spółdzielczość zdrowia w Polsce*, *Spółdzielczy Kwartalnik Naukowy*, 3: 47-58.
183. Kosiński S. (1990): Środowiskowe uwarunkowania pracy i życia rodzinnych lekarzy wiejskich. Analiza historyczno-socjologiczna, *Medycyna Wiejska*, XXV, 3: 129-139.
184. Kosiński S. (1992): Częstochowskie Muzeum Higieniczne i jego udział w promocji zdrowia mieszkańców wsi, *Medycyna Wiejska*, XXVII, 3-4: 271-278.
185. Kosiński S. (1993): Działalność prozdrowotna ks. Antoniego Kwiatkowskiego w: W. Piwoński, J. Styk (red.), *Przemiany religijności społeczeństwa polskiego (w świetle badań lubelskiego środowiska naukowego)*, PTS, Warszawa: 195-205.
186. Kosiński S. (2002): Instytucjonalny rozwój wiejskiej służby zdrowia w okresie międzywojennymi i powojennymi, w: K. Baścik, J. Zalewa (red.): *Dzieje i przyszłość polskiego ruchu ludowego. T.3 Przebudowa i przyszłość*, *Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza*, Warszawa: 273-283.
187. Kosiński S. (2015): Zapomniane załączki, współtwórcy i dzieje 50-letniej polskiej socjologii medycyny, w: A. Ostrowska, M. Skrzypek (red.): *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza*, IFiS PAN, Warszawa: 233-247.

188. Kosiński S, Tokarski S. (1987): *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej*, PWN, Warszawa-Łódź.
189. Koskowski B. (2000): Życiorys i zasługi dra Józefa Polaka jako higienisty w: C.Z. Korczak, M. Demel, M. Świdorski (red.): *Higienici polscy: 100 lat Polskiego Towarzystwa Higienicznego t.1*, seria: *Problemy Higieny*, 63, PTH, Warszawa: 60-65.
190. Kosmowska I.W. (1918): *Domy ludowe u obcych i u nas*, Wyd. M. Arcta, Warszawa.
191. Kotela I, Bednarenko M. i in. (2010): *Skutki zdrowotne środowiskowej ekspozycji na pył azbestu*, *Przegląd Lekarski*, 67, 2: 107-109.
192. Kotulska-Skulimowska H. (1988): *Początki i rozwój fizjoterapii w: T. Brzeziński (red.): Historia medycyny*, PZWL, Warszawa: 225-237.
193. Kowal J. (1964): „Wici” – powstanie i działalność społeczno-wychowawcza 1928-1939. *Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza*, Warszawa.
194. Kowalczewski J. (1927): *Stan mieszkań służby folwarcznej w świetle liczb na terenie b. Królestwa Kongresowego*, Drukarnia Zrzeszenia Samorządów Powiatowych, Warszawa.
195. Kowieski L. (1981): *Oddział Lubelski Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego w latach 1902-1915*, *Zdrowie Publiczne*, 12, 1981: 827-834.
196. Kowieski L. (1984a): *Towarzystwo „Kropla mleka” w Lublinie w latach 1905-1934*, *Roczniki Humanistyczne Tom XXXII, zeszyt 2*: 241-253.
197. Kowieski L. (1984b): *Oddział Lubelski Warszawskiego (Polskiego) Towarzystwa Higienicznego w latach 1922-1939*, *Zdrowie Publiczne*, t. 95, 3: 161-168.
198. Kowieski L, Zaborowska W. (1993): *Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Higienicznego w latach 1957-1983*, *Zdrowie Publiczne*, t. CIV, 8: 328-331.
199. Kożusznik B. (1953): *Służba sanitarno-przeciwiwepidemiczna w Polsce na nowym etapie rozwoju*, *Zdrowie Publiczne*, 2, 1953: 1-10.
200. Kropińska I. (1972): *Pielęgniarka na wsi, Pielęgniarka i Położna*, nr 3: 12.
201. Kroszczyński S. (1937): *Możliwość samopomocy w zakresie opieki nad zdrowiem wsi*, w: M. Kacprzak (red.): *W walce o zdrowie wsi polskiej*, ISS, Warszawa: 197-204.
202. Krotkiewska L. (1968): *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, PWN, Warszawa.
203. Krzyżanowski J. (1969): *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w pracach i działalności Marcina Kacprzaka*, *Medycyna Wiejska*, IV, 1: 31-39.
204. Kuczyński P. (1991): *Socjologia ruchów społecznych w Polsce, Kultura i Społeczeństwo*, 3: 17-34.
205. Kumaniecki K.W. (1920): *Ustrój gminy wiejskiej w Polsce*, Nakładem Krakowskiej Spółki Wydawniczej, Kraków.
206. Kurnatowski A. (2003): *Profesorowie i Docenci Wydziałów Medycznych Uniwersytetu Łódzkiego i Akademii Medycznej w Łodzi 1945-1964*, UM, Łódź.
207. Kwiatkowski A. (1908): *Wystawa obowiązuje! w: Jednodniówka poświęcona Wystawie Higienicznej „Święto Hygieny”*, Wyd. Marjana Fuksa, Lublin: 10-11.
208. Kwiatkowski A. (1916a): *Do ciebie, ludu*, Nakład „Nowej Jutrzenki”. Skład Główny „Księgarni Lubelskiej”, Bychawa.
209. Kwiatkowski A. (1916b): *Czego chce od nas ojczyzna*, Nakład „Nowej Jutrzenki”. Skład Główny „Księgarni Lubelskiej”, Bychawa.
210. Kwit W. (1945): *Wstęp*, w: *Wystawa Higieny 9.XII.1945-15.I.1946 (1945)*, U.W.L. Wydział Zdrowia, Lublin: 5-6.
211. Latałski M (red.) (1976a) *25 lat Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi (1976): XXV lat Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki*, *Medycyna Wiejska*, XI, 4: 222-240.

212. Latałski M (red.) (1976b) Zakłady naukowo-badawcze Instytutu problematyka-osiągnięcia: XXV lat Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Medycyna Wiejska, XI, 4: 241-270.
213. Lesińska-Sawicka M, Waśkow M. (2012): Medycyna ludowa, guśla i zabobony jako metody lecznicze praktykowane w XXI wieku, Medycyna Rodzinna, 1/2012: 10-14.
214. Lewandowicz E. (2002): Działalność doktora Stanisława Markiewicza w Soczewce w latach 1867-1879, Notatki Płockie, 47/3-192: 36-45.
215. Leśniewski J. (1962): Perspektywy dalszego rozwoju spółdzielczości zdrowia, Biuletyn Metodyczno-Organizacyjny, MZiOS, IMPiHW, nr 13, Lublin: 83-91.
216. Limanowski K. (1914): Jak mieszka lud nasz?, Zdrowie 1914, Rocznik XXX, zeszyt 9: 432-440.
217. Lista odznaczeń, przyznanych na Wystawie Rolniczo-Przemysłowej w 1901r. (1901): Gazeta Rolnicza Rok XLI, nr 39, dnia 15 (28) września, s. 1-19.
218. Litwin F. (1957): Szkic do organizacji służby zdrowia na wsi, Wieś Współczesna, Rok I, 1: 103-112.
219. Lizak D, Seń M. i in. (2012): Rola pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kreowaniu prozdrowotnych postaw uczniów, Pielęgniarstwo XXI wieku, Nr 4 (41): 129-133.
220. Łażnie parowe we wsi Józwowie (pod Bychawą) (1900): Zdrowie, Tom XVI, zeszyt 173: 60-61.
221. Łopatto S, Łazorowicz K. i in.(red.) (1929): Najważniejsze zagadnienia sanitarne dla wsi i miast, Wydawnictwo Biblioteki Województwa Warszawskiego, Warszawa.
222. Łuczak A. (1982): Społeczeństwo i państwo w myśli politycznej ruchu ludowego II Rzeczypospolitej, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.
223. Maciesza A. (1903): O szerzeniu zasad zdrowotności wśród szerszego ogółu, Rocznik XIX, Seryi II-iej Tom III, czerwiec, Zeszyt 6: 613- 625.
224. Maciołek H, Zielińska A. i in. (2012): Oddziaływanie azbestu na środowisko przyrodnicze i organizm człowieka, JEcolHealth, vol. 16, nr 3: 112-119.
225. Maćkowiak Z. (1980a): Uwagi o życiu i działalności Witolda Chodźki (1875-1954), Przegląd Lekarski, 37, 4: 437- 440.
226. Maćkowiak Z. (1980b): Uwagi o życiu i działalności Witolda Chodźki (1875-1954). Część II, Przegląd Lekarski, 37, 5: 485- 487.
227. Magryś F. (1987): Żywoć chłopa działacza, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.
228. Makowski K. (1911): Projekty i plany wzorowej wsi, zagrody, chaty i dworka, Zdrowie, Rocznik XXVI, Zeszyt 9: 640-644.
229. Mańkowska-Mulakowa A. (1935): Praca pielęgniarki społecznej w warunkach prowincjonalnych, Pielęgniarka Polska, Rok VII, Numer 4 (kwiecień) : 79-85.
230. Marshall G. (red.) (2004): Słownik socjologii i nauk społecznych, PWN, Warszawa.
231. Marzeew A. N. (1953): Higiena komunalna, PZWL, Warszawa.
232. Maziarz S. (1964): Rola apteki w wiejskim ruchu higienizacji wsi w: Księga pamiątkowa zjazdu medycyny wiejskiej w Lublinie, PZWL, Warszawa: 98-100.
233. Michna W. (1967): Wspólne zadania kół gospodyń wiejskich i kółek rolniczych, Wieś Współczesna, Rok XI, 11(129): 65-72.
234. Mieszkania dla służby folwarcznej (1914): Zorza, 12 lutego, nr 7: 109-110.
235. Mikołajczyk Z. (1985): Autorytety lokalne w przemianach wsi Lisków, Wieś Współczesna, Rok XXIX, 10(344): 133-136.
236. Miller M. (2002): Wstęp, w: M. Miller, A. Gębska-Kuczerowska (red.): Wybrane zagadnienia promocji zdrowia, CMKP i PZH, Warszawa.
237. Minczewska M. (1973): Praca pielęgniarki, PZWL, Warszawa.

238. Mioduchowska M. (1985): Działalność kobiet w ruchu ludowym, *Więś Współczesna*, Rok XXIX, 6 (340): 89-103.
239. Misztal B. (2000a): Ruchy społeczne, w: Z. Bokszański i in. (red.): *Encyklopedia socjologii t. 3*. Oficyna Wydawnicza, Warszawa: 341-351.
240. Misztal B. (2000b): Teoria socjologiczna a praktyka społeczna, TAIWPN Universitas, Kraków.
241. Misztal B. (2011): Ruch społeczny, hasło w: *Encyklopedii socjologii*, t. 3, Warszawa: 342-343.
242. Mitkiewicz K. (1934): Udział Kół Młodzieży P.C.K. w krzewieniu higieny w szkołach w: *Referaty I Regionalnego Zjazdu Opiekunów Kół Młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża Okręgu Warszawskiego*, Nakładem Warszawskiej Komisji Okręgowej Kół Młodzieży PCK, Warszawa: 29-35.
243. Mleczek F. (1969): O zdrowie wsi. Spółdzielnia Zdrowia w Łysej Górze, ZW CRS, Warszawa.
244. Moczyłowska M. (1913): *Więś Lisków na podstawie wiadomości, zebranych na miejscu*, Druk „Gazety Kaliskiej”, Kalisz.
245. Mystkowska-Gorazdowska M., Suwała Z. (1958): Badania stanu sanitarno-higienicznego wsi płockiej, *Zdrowie Publiczne*, 2: 89-106.
246. Nadezhdin W.G., Winogradow N.W. (1953): *Higiena osiedli*, PZWL, Warszawa.
247. Nasierowski T. (1992): Świat lekarski w Polsce: II połowa XIX w – I połowa XX w idee, postawy, konflikty, *Okręgowa Izba lekarska*, Warszawa.
248. Nazimek T, Turski W.A. i in. (2009): Zagrożenia wywołane przez środki ochrony roślin i nawozy mineralne, w: M. Florek, L. Wdowiak (red.): *Źródła zagrożeń i profilaktyka zdrowotna w rolnictwie*. IMW, Lublin: 29-44.
249. Niereńska E. (1957): Stan sanitarny kraju a działalność stacji sanitarno-epidemiologicznych, *Zdrowie Publiczne*, 4: 291-302.
250. Niewęgłowska A. (2009): Wiedza – oręż równouprawnienia. Szkolnictwo żeńskie w zaborze pruskim w latach 1815-1918, w: M. Jeziński, M. Winclawska, B. Brodzińska (red.): *Płeć w życiu publicznym*, Wyd. Naukowe UMK, Toruń: 31-41.
251. Nowak H, Ziąjka H. (1977): Rola gminnej instruktorki gospodarstwa domowego, *Więś Współczesna*, Rok XXI, 11(246): 84-92.
252. Nowak S. (1933): *Z moich wspomnień (lipiec 1902-lipiec 1914)*, cz. II, Druk Br. Święckiego, Częstochowa.
253. Nowak S. (2007): *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa.
254. Nowosielski M. (2011): Socjologiczna refleksja na temat ruchów społecznych, *Przegląd Zachodni*, 4: 3-28.
255. Odrzywolski W. (1937): Przygotowanie personelu lekarskiego do pracy na wsi, w: M. Kacprzak (red.): *W walce o zdrowie wsi polskiej*, ISS, Warszawa: 216-231.
256. Offe C. (2007): Nowe ruchy społeczne: przekraczanie granic polityki instytucjonalnej, (tłum. P. Karpowicz) w: P. Sztompka, M. Kucia (red.): *Socjologia. Lektury*. Wyd. Znak, Kraków: 218-224.
257. Olechnicki K., Załęcki P. (1997): *Słownik socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń: 181.
258. Olejnik T. (1996): *Towarzystwa Ochotniczych Straży Ogniowych w Królestwie Polskim*, Komenda Główna Straży Pożarnej, Warszawa.
259. Oleszek M. (1975): Ochrona zdrowia ludności ważnym ogniwem polityki społecznej państwa, *Więś Współczesna*, Rok XIX, 6 (220): 10-14.
260. Oleszek M., Rafalski H. (1973): Kierunki doskonalenia opieki zdrowotnej na wsi, *Więś Współczesna*, Rok XVII, 4(194): 99-105.

261. Organizacja i działalność spółdzielni zdrowia (1966): Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa.
262. Ostromęcki B. (1935): Stan sanitarno-porządkowy osiedli miejskich w Polsce w 1933r., *Zdrowie Publiczne*, Rok L, 5:457-471.
263. Owoc A, Bojar I. i in. (2012): U progu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, LW-SZP, Zielona Góra.
264. Pachó A. (1966): Organizacja służby zdrowia w PRL. Wyd. II., PZWL, Warszawa.
265. Paciorkowska A. (1976): Rola i zadania ośrodka zdrowia w: L. Szponar (red.): *Zadania i metody pracy lekarza ośrodka zdrowia na wsi*, PZWL, Warszawa: 73-133.
266. Paleczny T. (2010): *Nowe ruchy społeczne*. Wyd. UJ, Kraków.
267. Palmirski W. (1912): O znaczeniu kąpieli dla zdrowia, *Nowiny Lekarskie*, Zeszyt na czerwiec 1912, Nr. 6, *Rocznik dwudziesty czwarty*: 360-361.
268. Pamiętnik II Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych (1914): s.n., Lublin.
269. Panas B. (1964): Rola ośrodka zdrowia w higienizacji wsi i osiedli w: *Księga pamiątkowa zjazdu medycyny wiejskiej w Lublinie*. PZWL, Warszawa: 69-82.
270. Parnas J. (1954): Rola i zadania Instytutu Medycyny Pracy Wsi, *Zdrowie Publiczne*, 2 (marzec-kwiecień): 151-156.
271. Parnas J. (1957): 5-lecie działalności Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi, *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny IMPiHW*, nr 4, Lublin: 1-6.
272. Parnas J. (1959): Ruch higienizacji wsi polskiej w sprawie higieny wody i asenizacji, *Materiały z konferencji problemowej aktywu naukowego i gospodarczego w sprawie zaopatrzenia rolnictwa i wsi w wodę*, PHRiSNTITWM, Warszawa: 48-66.
273. Parnas J. (1962): W sprawie higieny i higienizacji wsi polskiej, *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny MZiOs, IMPiHW*, nr 14, Lublin: 260-272.
274. Parnas J, Szewczykowski W. (1961): Dziesięć lat działalności Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi, *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny MZiOs, IMPiHW*, nr 12, Lublin: 14-43.
275. Parnas J, Wawrzyszuk B. i in. (1963a): Dalsze dane dotyczące stanu higienizacji wsi w Polsce, *Medycyna Wiejska*, XI, 4(18) 3: 74-89.
276. Parnas J, Wawrzyszuk B. i in. (1963b): Obecny stan higienizacji wsi w Polsce (referat), IX Krajowa Konferencja Medycyny Wiejskiej w Krakowie 8-9. XI. 1963, Kraków: 1-12.
277. Pawełczyńska A. (1966): Niektóre problemy higieny i opieki zdrowotnej na wsi, *OBOPiSP (Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych)*, Warszawa.
278. Pawłowski S, Zieliński A. (1977): *Mazowiecki Związek Młodzieży Wiejskich*. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.
279. Pettenkofer M. (1900): *Powietrze i zdrowie*. Wykłady popularne, (tłum. M. Stępowski), Drukarnia A. T. Jezierskiego, Warszawa.
280. Piątkowski W. (1990): *Spotkania z inną medycyną*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin.
281. Piątkowski W. (2000): Lisków – fenomenem rozwoju społeczności promującej zdrowie na terenach polsko-niemieckiego pogranicza (1900-1939), *Sztuka Leczenia*, tom VI, nr 1: 65-72.
282. *Pierwszy rok działalności Ministerstwa Zdrowia 1945-1946* (1946), Wyd. MZ, Warszawa.
283. Pietkiewicz C. (1931): *Higiena w życiu Poleszucków*, Towarzystwo Ludoznawcze, Lwów.
284. Pietruszewski J. (1946): Ośrodki zdrowia podstawą opieki lekarskiej na wsi, *Zdrowie Publiczne*, Rok 61, 1: 54-60.
285. Pilch T. (1982): Ideowe i społeczno-oświatowe wartości ruchu młodzieży wiejskiej, *Więść Współczesna*, Rok XXVI, 8 (306): 91-102.

286. Podlaska Z. (1968): Stan sanitarny i zdrowotny ludności w dwóch wsiach białostockich, *Wiś Współczesna*, Rok XII, 4(134): 135-144.
287. Polak J. (1900): Podręcznik leczniczy. Wskazówki leczenia domowego dla użytku dworów, gmin, księży, nauczycieli, majstrów, nadzorców warsztatowych, zawiadowców stacyj dróg żelaznych, felcerów itp., Gebethner i Wolf, Warszawa.
288. Polak J. (1907): Jak polepszyć zdrowie powszechne. Odczyt dla Kółek Rolniczych, Spółek, Kół Macierzy i tym podobnych, Księgarnia Polska, Warszawa.
289. Polakowska-Kujawa J. (2007): Ruchy społeczne jako czynnik zmiany, w: J. Polakowska-Kujawa (red.): *Socjologia ogólna. Wybrane problemy*. SGH, Warszawa: 298-316.
290. Polski Czerwony Krzyż koordynatorem działalności oświatowo-sanitarnej na terenie kraju (1963): *Medycyna Wiejska*, Rok XI, Nr 2-3 (16-17): 304.
291. Porazińska J. (1971): Koszulka Małgosi w: J. Porazińska, *Nad wiślaną wodą*, Warszawa, s. 138.
292. Porta D, Diani M. (2009): *Ruchy społeczne. Wprowadzenie*. Wyd. UJ, Kraków.
293. Połusznia M. (2007): Edukacja prozdrowotna w działalności wiejskich organizacji młodzieżowych w Polsce międzywojennej, w: M. Połusznia (red.): *Zdrowie i edukacja prozdrowotna społeczeństwa polskiego na przestrzeni XIX i XX wieku. Wybrane aspekty*. UM, Poznań: 114-132.
294. Połusznia M. (2012): Świadomość zdrowotna a troska o zdrowie kobiet wiejskich w Polsce w okresie dwudziestolecia międzywojennego, *Nowiny Lekarskie*, 81: 397-403.
295. Prętki K. (2011): Spółdzielnia zdrowia jako koncepcja rozwoju opieki zdrowotnej na wsi w okresie II Rzeczypospolitej, *Miscellanea Historico-Iuridica*, Tom X: 173-181.
296. Przegaliński A. (2010): Wokół Wystawy Rolniczo-Przemysłowej w roku 1901, *Annales UMCS, Sectio F, Vol. LXV, z. 2: 7-25*.
297. Przemyski F. (1934): *Współpraca Państwowego Zakładu Higieny z lekarzami powiatowymi*, Nakładem MOS, Warszawa.
298. Puławski A. (1904): *Kąpiele tanie imienia Bolesława Prusa w Nałęczowie* (broшуra): 1-8.
299. Puławski A. (1918): *Jak urządzić zdrowe życie w zagrodzie wiejskiej*, Skład Główny w „Księgarni Polskiej”, Warszawa.
300. Puławski W. (1910a): Chata wiejska, a choroby zakaźne, *Zdrowie, Rocznik XXVI, Zeszyt 10, 1910: 743-453*.
301. Puławski W. (1910b): Chata wiejska, a choroby zakaźne cz. II, *Zdrowie, Rocznik XXVI, Zeszyt 11, 1910: 817-825*.
302. Radajewski M. (1947): Organizacja służby zdrowia na wsi, *Śląska Gazeta Lekarska*, nr 9-10: 545-554.
303. Rafalski H. (1969a): Ćwierćwiecze ochrony zdrowia, *Zdrowie Publiczne*, t. LXXX, 7: 665-674.
304. Rafalski H. (1969b): Kierunki poprawy warunków higienicznych i opieki zdrowotnej na wsi, *Wiś Współczesna*, Rok XIII, 2(144): 88-99.
305. Rafalski H. (1972): *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL*, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.
306. Rafalski H. (1980): Higieniczne problemy wsi w: J. Kamiński, H. Rafalski (red.) *Współczesne problemy medycyny wsi*. PZWL, Warszawa: 130-180.
307. Rafalski H, Ryder K, Chmura P. (1957): O powszechną służbę zdrowia na wsi, *Wiś Współczesna*, Rok I, 1: 113-127.
308. Rafalski H, Umińska R., Jakubowski R. (1968): W sprawie poprawy higieny warunków życia i pracy na wsi, *Medycyna Wiejska*, 3:169-174.
309. Rakowiecki K. (1900a): Mieszkania ludności wiejskiej, *Zdrowie*, Tom XVII zeszyt 176: 186-196.

310. Rakowiecki K. (1900b): Mieszkania ludności wiejskiej, *Zdrowie*, Tom XVIII zeszyt 177: 256-263
311. Rakowiecki K. (1903): Obecny stan higieny chaty włościańskiej, *Zdrowie*, *Rocznik XIX*, t. III, Zeszyt 6, : 545-553.
312. Rakowiecki K. (1905): Muzeum Higieniczne w Częstochowie, *Zdrowie 1905*, *Rocznik XXI*, seryji II, Tom V, zeszyt 2: 119-126.
313. Rawski W. (1946): Zdrowotność na wsi, Wydawnictwo „Ex Libris”, Warszawa.
314. *Rocznik Statystyczny (1955): Rok XV, GUS, Warszawa.*
315. *Rocznik Statystyczny (1956): Rok XVI, GUS, Warszawa.*
316. *Rocznik Statystyczny (1958): Rok XVIII, GUS, Warszawa.*
317. *Rocznik Statystyczny (1962): Rok XXII, GUS, Warszawa*
318. *Rocznik Statystyczny (1969): Rok XXX, GUS, Warszawa*
319. *Rocznik Statystyczny (1971): Rok XXXI, GUS, Warszawa.*
320. *Rocznik Statystyczny (1977): Rok XXXVII, GUS, Warszawa.*
321. *Rocznik Statystyczny (1981): Rok XLI, GUS, Warszawa.*
322. *Rocznik Statystyczny (1986): Rok XLVI, GUS, Warszawa.*
323. *Rocznik Statystyczny (1991): Rok LI, GUS, Warszawa.*
324. *Rocznik Statystyczny (1996): Rok LVI, GUS, Warszawa.*
325. *Rocznik Statystyczny (2002): Rok LXII, GUS, Warszawa.*
326. *Rocznik Statystyczny (2006): Rok LXVI, GUS, Warszawa.*
327. *Rocznik Statystyczny (2011): Rok LXXI, GUS, Warszawa.*
328. *Rocznik Statystyczny (2014): Rok LXXIV, GUS, Warszawa.*
329. Rudolf Z. (1937): Planowanie wsi a zdrowie publiczne, *Nowiny Społeczno-Lekarskie*, *Rocznik XII*, 13-14, Warszawa-Poznań: 217-220.
330. Rudolf Z. (1938): Planowanie wsi jako zagadnienie zdrowia publicznego, *Przegląd Techniczny*, t. LXXVII, 19: 663-672.
331. Rudy M. (2008): Administracja sanitarno-weterynaryjna w Polsce Ludowej, *Życie Weterynaryjne* 83(5): 395-402.
332. Rudziński H. (1936): Próby realizacji zagadnień zdrowotnych na wsi wileńskiej, *Zdrowie Publiczne*, 5: 458-470.
333. Rudziński H. (1952): Stacje sanitarno-epidemiologiczne i sanitarno-kwarantannowe jako organy nadzoru sanitarnego w terenie, *Zdrowie Publiczne*, Rok 68, 4 (42): 39-51.
334. SAPARD - wybrane efekty realizacji pomocy przedakcesyjnej w Polsce (2006), ARiMR, Warszawa.
335. Schmidt J. G. (1830): Krótki rys używania kąpeli parowych Rosyjskich, Drukarnia Łątkiewicza, Warszawa.
336. Seyda B. (1977): *Dzieje medycyny w zarysie*, wyd. 3, PZWL, Warszawa.
337. Skalski S. (1904): Niewyzyskana droga szerzenia zasad higieny wśród ludu, *Czasopismo Lekarskie*, t. VI, zeszyt 12, 1904: 72-73.
338. Skórska Cz. (2009): Narażenie zdrowia wywołanie przez czynniki biologiczne występujące w pyłach organicznych, w: M. Florek, L. Wdowiak (red.): *Źródła zagrożeń i profilaktyka zdrowotna w rolnictwie*. IMW, Lublin: 67-76.
339. Skrońska Z. (1937): Patrole sanitarne straży pożarnych, (red.) M. Kacprzak, *W walce o zdrowie wsi polskiej*, ISS, Warszawa: 105-110.
340. Skrzypulec B. (2013): Eksplanacyjna rola teorii filozoficznych w badaniach kognitywistycznych, *Studia z Kognitywistyki i Filozofii Umysłu*, 7(1): 85-97.
341. Skuza W. (1938): *Wież tworząca....*, Spółdzielnia Wydawnicza „Pomoc Oświatowa”, Warszawa.

342. Słomka J. (1929): Pamiętnik włościanina od pańszczyzny do dni dzisiejszych, wyd. II, Towarzystwo Szkoły Ludowej, Kraków.
343. Słońska Z, Misiuna M. (1993): Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów, Agencja Pro-Lider, Warszawa.
344. Słownik biograficzny miasta Lublina (1993): Tom I, T. Radzik, J. Skarbek, A. Witusik (red.), Wyd. UMCS, Lublin.
345. Smelser N.J.(2005): Analiza zachowania zbiorowego (tłum. P. Polak) w: P. Sztompka, M. Kucia (red.): Socjologia. Lektury. Wyd. Znak, Kraków: 204-218.
346. Smiskova A. (1896): Hygiena ludowa. Trzeba dbać o zdrowie, aby się ustrzec choroby, Księgarnia Teodora Paprockiego i S-ki, Warszawa.
347. Socha J. (1975): Powstanie ZMW RP „Wici” w świetle polityki stronnictw ludowych, *Więś Współczesna*, Rok XIX, 2 (216): 145-147.
348. Sokal K. (1928): Higiena w szkołach powszechnych powiatu lubelskiego, Drukarnia Państwowa, Lublin.
349. Sokół Z. (2002): Kobiety ruch wiciowy i jego czasopisma w latach 1928-1939, w: A. Kołodziejczuk, W. Paruch (red.): Dzieje i przyszłość polskiego ruchu ludowego T.1 Od zaborów do okupacji (1895-1945), Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa: 187-200.
350. Sowiński M. (1928): Rybna i Kaszów, wieś powiatu krakowskiego, Warszawa.
351. Specht G. (1961): Korespondent naukowy Instytutu, jego rola, cele i zadania oraz metody pracy, *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny MZiOS, IMPiHW*, nr 12, Lublin: 224-228.
352. Sprawozdanie z działalności Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki za rok 1969 (1970): *IMPiHW*, Lublin.
353. Sprawozdanie z działalności Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki za rok 2012 (2013): *IMW*, Lublin.
354. Stankiewicz A. (1957): Warunki i potrzeby higieny osobistej związane z pracą zawodową w rolnictwie, *Biuletyn Metodyczno-Organizacyjny IMPiHW*, nr 5, Lublin: 67-78.
355. Statut IMPiHW (1955): *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny*, nr 2, *IMPiHW*, Lublin: 1-5.
356. Sterling S. (1928): Tezy walki z gruźlicą, Nakładem Wydziału Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi, Łódź.
357. Stępniewski T. (1954): Oświata sanitarna na wsi, *Zdrowie Publiczne*, 5 (wrzesień-październik), 1954: 412-415.
358. Stępniewski T. (1957): Kilka uwag na temat oświaty sanitarnej na wsi, *Biuletyn Metodyczno-Organizacyjny IMPiHW*, nr 5, Lublin: 181-187.
359. Strojnowski J. (1989): Stan zdrowotny i lecznictwo Lubelszczyzny do czasów rozbiorów w: J. Kłoczowski (red.): *Dzieje Lubelszczyzny cz. I*, PWN, Warszawa: 229-264.
360. Strojnowski J. (1996): Witold Chodźko jako lubelski neurolog i psychiatra w latach 1901-1907, *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, Rok XIV, 2: 287-308.
361. Strożecki K. (1933): Łaźnie w dawnej Polsce i konieczność ich wznowienia, Drukarnia Społeczna w Pruszkowie, Warszawa.
362. Styk J. (1988): Ewolucja chłopskiego systemu wartości: analiza historyczno-socjologiczna, Wyd. UMCS, Lublin.
363. Styk J. (1993): Chłopski świat wartości: studium socjologiczne, Wydaw. Duszpasterstwa Rolników, Włocławek.
364. Styk J. (1995): *Więś*, Seria: Stare i nowe struktury społeczne w Polsce, Wyd. UMCS, Lublin.
365. Styk J. (1999): Chłopi i wieś polska w perspektywie socjologicznej i historycznej, Wyd. UMCS, Lublin.

366. Stypułkowski C. (2002): Motywy kultury zdrowotnej w literaturze polskiej, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
367. Sulimski J. (1984): Zdrowie ludności wiejskiej w działalności społecznej ZMW, *Wiś Współczesna*, Rok XXVIII, 4 (326): 130-133.
368. Supady J. (1977a): Powstanie i działalność Łódzkiej Kropli Mleka w latach 1904-1914, *Zdrowie Publiczne*, LXXXVIII, 6: 411-415.
369. Supady J. (1977b): Powstanie i działalność Ligi Przeciwgruźliczej w Łodzi w latach 1908-1913, *Zdrowie Publiczne*, LXXXVIII, 12: 799-807.
370. Surzycki S. (1931): Organizacja pracy społecznej rolniczej, WSIN, Warszawa.
371. Synak B. (1976): Udział Koła Gospodyń Wiejskich w Wielkim Klinczu w przeobrażaniach wsi, *Wiś Współczesna*, Rok XX, 4(230): 137-142.
372. Sytuacja sanitarno-epidemiczna w r. 1968 (1969): *Zdrowie Publiczne*, LXXX, 11: 965-982.
373. Szaflik J.R. (2001): Dzieje Ochotniczych Straży Pożarnych, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.
374. Szarejko P. (1955): Słownik lekarzy polskich XIX wieku, Wyd. Naukowe Semper, Warszawa.
375. Szczawińska M. (1958): Na straży zdrowia wsi, PZWL, Warszawa.
376. Szelburg-Zarembina E. (1966): „Kot i Renia”, w: E. Szelburg-Zarembina, *Idzie niebo ciemną nocą* opr. H.J. Grabiński, Warszawa: 76.
377. Szelburg-Zarembina E. (1966): Tu mydło, tu gąbka, w: E. Szelburg-Zarembina, *Idzie niebo ciemną nocą* opr. H.J. Grabiński, Warszawa: 60.
378. Szniolis A. (1930): Kąpielisko dla wsi, *Zdrowie Publiczne*, 9-10: 442-450.
379. Sztachelska I. (1945a): Służba zdrowia na wsi, Referat wygłoszony na I Zejeździe Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia, LIN-W (Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy), Warszawa.
380. Sztachelska I (1945b): Służba zdrowia na wsi, *Dziennik Zdrowia*, nr 2: 63-66.
381. Sztachelski J. (1950): Wytyczne pracy służby zdrowia na rok 1950, PZWL, Warszawa.
382. Sztompka P. (1991): Współczesne orientacje socjologiczne, w: Z. Krawczyk, W. Morawski (red.): *Socjologia. Problemy podstawowe*, PWN, Warszawa: 34-54.
383. Sztompka P. (2002): *Socjologia*. Wyd. Znak, Kraków: 163-164.
384. Sztompka P. (2005a): *Socjologia zmian społecznych*. Wyd. Znak, Kraków: 256.
385. Sztompka P. (2005b): *Ruchy społeczne – struktury- in statu nascendi*, (tłum. A. Małek) w: P. Sztompka, M. Kucia (red.): *Socjologia. Lektury*. Wyd. Znak, Kraków: 225-237.
386. Sztumski J. (2011): *Ruchy społeczne i proces ich rozwoju* w: S. Wróbel (red.): *Teoretyczne problemy ruchów społecznych i politycznych*, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń: 209-216.
387. Szumski J. (1946): Akcja leczniczo-zapobiegawcza i propagandy higieny życia codziennego wśród ludności wiejskiej, *Śląska Gazeta Lekarska*, Rok II, 1: 407-408.
388. Szyller S. (1915): *Jak powinna być odbudowana wieś polska*, Druk Tow. AKC. S. Orgelbranda Synów, Warszawa.
389. Śliwińska S. (1975): Organizacja ochrony zdrowia ludności na wsi, *Wiś Współczesna*, Rok XIX, 6 (220): 104-108.
390. Środa M. (2009): *Kobiety i władza*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa.
391. Świrgoń W. (1981): Związek Młodzieży Wiejskiej, *Wiś Współczesna*, Rok XXV, 5(291): 22-31.
392. Taborski L. (1994): Katalog wystawy „Rodzina Chodzków”, Muzeum Okręgowe w Łomży, Łomża.

393. Tchórznicki J. (1896a): Dla zdrowia ludu, Skład główny w Księgarni M. A. Wizbeka, Warszawa
394. Tchórznicki J. (1896b): Pilne sprawy higieniczne, Druk A. Pajewskiego, Warszawa.
395. Themerson M. (1903): Przyczynek do organizacji kąpeli w szkołach początkowych, *Zdrowie, Rocznik XIX, Seryi II-iej Tom III, czerwiec, Zeszyt 6*: 637- 645.
396. Tokarski S. (1992): Choroby społeczne mieszkańców polskiej wsi XX wieku. Analiza socjo-medyczna, IMW, Lublin.
397. Tołwińska J. (1955): Jak prowadzić oświatę sanitarną na wsi, PZWL, Warszawa.
398. Tołwiński W. (1901): Dział lekarski na Wystawie Rolniczo-Przemysłowej w Lublinie, *Czasopismo Lekarskie, Tom III, Nr 8*: 1-7.
399. Tryfan B. (1967): Charakterystyka kobiet wiejskich w organizacjach społecznych, *Wiś Współczesna, Rok XI, 4(122)*: 57-64.
400. Tryfan B. (1968): Pozycja społeczna kobiety wiejskiej. Książka i Wiedza, Warszawa.
401. Tryfan B. (1985): Podstawy polityki społecznej na wsi, Wyd. SGGW-AR, Warszawa.
402. Tryfan B. (1987): Kwestia kobieca na wsi, PAN IRWiR, Warszawa.
403. Turner J. H. (1994): Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie. Zysk i S-ka, Warszawa.
404. Turner J.H. (2004): Struktura teorii socjologicznej (tłum. G. Woroniecka, J. Szmatka i in.), PWN, Warszawa.
405. Tworek B. (2007): Kultura zdrowotna ludności wiejskiej w Małopolsce od połowy XIX do końca XX wieku, LTN, Lublin.
406. Uhma S, Bliźniewski R. (1959): Polski Czerwony Krzyż 1919-1959, PZWL, Warszawa.
407. Ulicka G. (1993): Nowe ruchy społeczne. Niepokoje i nadzieje współczesnych społeczeństw, WSiP, Warszawa.
408. Umińska R, Berbec W. (1974): Wybrane zagadnienia higieny bytowania na wsi w świetle badań Instytutu, *Medycyna Wiejska, t. IX, 3*: 181-188.
409. Urgacz B. (1991): Osobowa koncepcja kultury wsi (w analizie strukturalno-funkcjonalnej), PAN IRWiR, Warszawa.
410. Walczak E. (2002): Działalność oświatowo-kulturalna Ochotniczych Straży Pożarnych w środowisku wiejskim II Rzeczypospolitej, w: A. Kołodziejczyk, W. Paruch (red.): *Dzieje i przyszłość polskiego ruchu ludowego T.1 Od zaborów do okupacji (1895-1945), Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa*: 239-253.
411. Wasilewski A. (2013): Stan środowiska naturalnego, rolnictwo ekologiczne i agroturystyka we wsiach objętych ankietą IERiGŻ-PIB, Wydawnictwo IERiGŻ-PIB, Warszawa
412. Wawrowski Ł. (2011): Modele zamierania ruchu społecznego z perspektywy dynamiki zjawisk społecznych w: S. Wróbel (red.): *Teoretyczne problemy ruchów społecznych i politycznych, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń*: 218-227.
413. Wawrzyniak B. (1977): Praca instruktorek wiejskiego gospodarstwa domowego w warunkach podmiejskich, *Wiś Współczesna, Rok XXI, 11(246)*: 136-139.
414. Wawrzyniak B. (1980): Kobieta wiejska, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.
415. Wawrzyszuk B. (1962): Higienizacja wsi – planowanie, organizacja i wykonanie w: *Oświata sanitarna na wsi. Higienizacja wsi. Biblioteczka Metodyczna Organizatora Oświaty Sanitarnej Nr 25, PZWL, Warszawa*: 30-44.
416. Wawrzyszuk B. (1963): Łaźnie na wsi (broszura), PZWL, Warszawa.
417. Wawrzyszuk B. (1964): Próba oceny sanitarno-higienicznego wsi polskiej w świetle 28 obozów letnich organizowanych przez Akademię Medyczną w latach 1953-1958 w: Grzycki, R. Tuskiewicz, W. Szewczykowski, B. Wawrzyszuk (red.): *Stan zdrowotny i higiena wsi lubelskiej. Materiały z obozów naukowo-społecznych (1954-1960), Wydawnictwo Lubelskie, Lublin*: 203-213

418. Wawrzyszuk B, Umińska R. (1966): Problemy ruchu higienizacji wsi, *Medycyna Wiejska*, t. XIV, 1: 47-51.
419. Wendel A, Zell Z. (1968): *Rady narodowe w PRL, Książka i Wiedza*, Warszawa.
420. Wentlandtowa H. (1969): Oświata sanitarna (oświata zdrowotna) w: C.W. Korczak (red.) *Higiena ochrona zdrowia*. PZWL, Warszawa: 508-523.
421. Wentlandtowa H. (1976): Oświata zdrowotna w Polsce, PZWL, Warszawa.
422. Wernic L. (1905): O wystawach higienicznych na prowincji w ogóle i w szczególności, o wystawach ruchomych, *Zdrowie, Rocznik XXI, seryji II, Tom V, zeszyt: 126-130*.
423. Wieniawski A. (1906): O naszych stowarzyszeniach rolniczych, Warszawa.
424. Więckowska E. (1981): 95 lat czasopismo „Zdrowie” - „Zdrowie Publiczne”, *Zdrowie Publiczne*, t. 92, 5: 369-373.
425. Więckowska E. (1985): Czasopismo „Zdrowie” w latach 1900-1914, *Zdrowie Publiczne*, t. 96, 11: 493-500.
426. Wisiańska J. (1977): Ruch młodzieżowy a poprawa warunków zdrowotnych i sanitarnych wsi, *Wiś Współczesna, Rok XXI, 2 (240): 122-126*.
427. Wiśniewski A. (1984): Ochotnicze Straże Pożarne, *Wiś Współczesna, Rok XXVIII, 5(327): 76-81*.
428. Władziński J. (1912): Ze wsi, *Nowa Jutrzenka*, 15 lutego, rok V, nr 7: 61-62.
429. Wnuk-Lipiński E. (2005): *Socjologia życia publicznego*. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa.
430. Wojtczak W. (2009): *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia PZWL*, Warszawa.
431. Wrońska I. (1986), Rola pielęgniarki w przemianach higieniczno-zdrowotnych polskiej wsi okresu międzywojennego, *Medycyna Wiejska*, t. XXI, 2: 73-79.
432. Wrońska I. (1991): *Polskie pielęgniarstwo 1921-1939*, Norbertinum, Lublin.
433. Wroński W. (1900): Jak sobie na wsi radzić w nagłych wypadkach choroby przed przybyciem doktora, Druk „Gazety Rolniczej”, Warszawa.
434. Wspomnienie pośmiertne o Prof. dr Janie Danielskim (1959): *Zdrowie Publiczne*, 3: 201-206.
435. Wrzosek A. (1919): *Myśli o reformie wydziałów lekarskich*, Drukarnia Nakładowa Braci Winiewiczów, Poznań.
436. *Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2013 r.* (2014): KRUS, Warszawa.
437. Wypych J. (1986): Przed „Wiciami”. Ruch młodzieży wiejskiej do 1928 r., w: K. Przybysz (red.): *Przed „Wiciami” i po „Wiciach”*, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa: 8-69.
438. Wysocka I. (1965): Szkoły zdrowia na wsi, *Wiś Współczesna, Rok IX, 9(103): 148-151*.
439. Wysocka I. (1974): Działalność produkcyjna i wychowawcza kół gospodyń wiejskich, *Wiś Współczesna, Rok XVIII, 10 (212): 58-64*.
440. Wystawa „Czystość – to zdrowie” (1910): *Towarzystwo Higieny Praktycznej im. Bolesława Prusa*, Warszawa.
441. Wystawa Higieniczna w Warszawie (1887): *Zdrowie* nr 23, sierpień: 1-15.
442. Wystawa Higieniczna w Warszawie c.d. (1887): *Zdrowie* nr 24, wrzesień: 18-20.
443. Wystawa Higieny 9.XII.1945-15.I.1946 (broszura) (1945): U.W.L. Wydział Zdrowia, Lublin.
444. Wystawa przemysłu i rolnictwa. Wycieczki, *Gazeta Częstochowska*, 28 sierpnia, Rok I, Nr 23: 3.

445. Wyszomirski K. (1937): Spółdzielnie zdrowia, w: M. Kacprzak (red.): W walce o zdrowie wsi polskiej, ISS, Warszawa: 205-215.
446. Zabłotniak R. (1973): Towarzystwo Higieny Praktycznej im. Bolesława Prusa, Zdrowie Publiczne, LXXXIV, 2: 149-155.
447. Zabłotniak R. (1975): Sekcja sanitarna Komitetu Książęco-Biskupiego w Krakowie (1915-1918), Zdrowie Publiczne, LXXXVI, 12: 1011-1015.
448. Zabłotniak R. (1989): Komitet Sanitarny Warszawski (1914-1915), Zdrowie Publiczne, t. 100, 5: 291-294.
449. Zagórski J. (2009): Zagrożenia zdrowia wynikające ze szkodliwego oddziaływania czynników fizycznych oraz działania zapobiegawcze, w: M. Florek, L. Wdowiak (red.): Źródła zagrożeń i profilaktyka zdrowotna w rolnictwie. IMW, Lublin: 19-28.
450. Zawadzka Z. (1937): Przygotowanie pielęgniarek wobec ich zadań w służbie zapobiegawczej i leczniczej na wsi, w: M. Kacprzak (red.): W walce o zdrowie wsi polskiej, ISS, Warszawa: 232-243.
451. Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku (1999): PARPA, Warszawa.
452. Zduniówna W. (1913): Wycieczka do Liskowa, Zorza, 10 lipca, nr 28: 236-237.
453. Zgórski K. (1925): Higijena. Podręcznik dla szkół powszechnych, wyd. V, Instytut Wydawniczy „Biblioteka Polska”, Warszawa
454. Złotkowski D. (2009): Wystawa Przemysłu i Rolnictwa w Częstochowie 1909 roku w świetle prasy polskiej, Muzeum Częstochowskie, Częstochowa.
455. Żabko-Popowicz A. (1937): Wieś polska w świetle prac naukowych i publicystycznych z okresu po uwłaszczeniu włościan, Roczniki Socjologii Wsi. Studia i Materiały (red.) W. Grabski, Tom II, Warszawa: 67-151.
456. Żeleński T. (1905): Kropla Mleka, Drukarnia „Czas”, Kraków.

Akty prawne

457. Dekret o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 sierpnia 1954 r. (Dz.U. Nr 37, poz. 160 i 161).
458. Instrukcja w sprawie urządzania gnojowisk i ustępów w gospodarstwach wiejskich z dnia 26 stycznia 1928 r. wydana przez Naczelnika Wydziału Rolnictwa Z. Pomianowskiego.
459. Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Nr 142 z dnia 14 sierpnia 1930 r.) o wymaganiach sanitarno-higienicznych przy projektowaniu ludowych zakładów kąpielowych.
460. Przepisy policyjno-budowlane. Tytuł II, Przepisy dla gmin wiejskich. Rozdział 10. Ustępy, gnojówki i odprowadzanie nieczystości, Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 lutego 1928 r., o prawie budowlanym i zabudowaniu osiedli (Dz.U. Nr 23, poz. 202).
461. Przepisy policyjno-budowlane. Tytuł II, Przepisy dla gmin wiejskich. Rozdział 9. Studnie (Dz.U. z 1928 r. Nr 23, poz. 202).
462. Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowego zakresu działania oraz zasad i trybu postępowania państwowych inspektorów sanitarnych z dnia 14 sierpnia 1954 r., (Dz.U. PRL Nr 37, poz. 161).
463. Rozporządzenie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Spraw Walki z Epidemiami z dnia 10 czerwca 1921 r., wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych

- w przedmiocie utrzymania porządku w domach, na dziedzińcach hodnikach i jezdniach w gminach wiejskich (Dz.U. Nr 55, poz. 346).
464. Rozporządzenie Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych w przedmiocie budowy i utrzymania studni, (Dz. U. z 1920 r. Nr 102, poz. 677).
465. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o usuwaniu nieczystości i wód opadowych, (Dz.U. Nr 32, poz. 311).
466. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o zaopatrywaniu ludności w wodę, (Dz.U. Nr 32, poz. 310).
467. Ustawa z dnia 8 października 1982 r. o społeczno-zawodowych organizacjach rolników, (Dz. U. Nr 32, poz. 217, z późn. zm.).
468. Ustawa z dnia 9 lipca 1920 roku o ludowych szkołach rolniczych, (Dz.U. Nr 62, poz. 398).
469. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników z dnia 20 grudnia 1990 r., (Dz. U. z 1991 r. Nr 7, poz. 24).
470. Ustawa o utrzymaniu czystości i porządku w gminach z dnia 13 września 1996 r., (Dz.U. Nr 132, poz. 622).
471. Ustawa Prawo ochrony środowiska z dnia 27 kwietnia 2001 r., (Dz.U. Nr 62, poz. 627).
472. Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 1955 r. w sprawie regulaminy Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, (M.P. 1955 nr 107, poz. 1425).
473. Zasadnicza ustawa sanitarna z 19 lipca 1919 r., (Dz.U. Nr 63, poz. 371).

Źródła internetowe

474. http://biblioteka.teatrnn.pol/dlibra/Content/9294/Zycie_kulturalne_Lublina_w_latach_1900-1939.pdf, data dostępu 19.09.2013 g. 9:10.
475. <http://kolkarolnicze.eu/O-nas/Kola-Gospodyn-Wiejskich>, data dostępu 04.06.2014 g. 10:35.
476. http://ligakobietpolskich.pl/?page_id=146, data dostępu 23.06.2014 g. 10:18.
477. http://www.pth.pl/historia.php?id_info=1&id_menu_left=5&sub_id_info_d=, data dostępu 11.12.2013 g. 11:31.
478. <http://www.wystawa1909.pl/o-wystawie.html>, data dostępu 10.07.2014 g. 12:26.
479. <http://www.org.pl/strona.php?p=1992>, data dostępu 13.02.2014 g. 20:00.
480. <http://www.muzeumrzemiosla.pl/index.php?page=artykuly&id=124>, data dostępu 22.02.2015 g. 14:14.
481. <http://www.zamek-lancut.pl/pl/Aktualnosci,140.>, data dostępu 22.02.2015 g. 14:15.
482. <http://wolsztyn.naszemiasto.pl/artykul/konkurs-piekna-wies-rozstrzygniety,2460777,artgal,t,id,tm.html>, data dostępu 02.03.2015 g. 15:30.
483. <http://www.metropolisdg.pl/uslugi/rpo-regionalne-programy-operacyjne>, data dostępu 05.03.2015 g. 11:50.
484. <http://www.arimr.gov.pl/pomoc-unijna/prow-2014-2020.html>, data dostępu 05.03.2015 g. 12:05.
485. <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Raport-10-lat-Polski-w-UE-unowoczesnilo-rolnictwo-i-przetworstwo-3112963.html>, data dostępu 13.02.2015 g. 8:05.
486. http://www.liskow.pl/asp/pl_start.asp?typ=14&menu=25&strona=1, data dostępu 20.04.2015 g. 11:18.

487. <http://www.bychawa.pl/historia-53/45-historia-bychawy.html>, data dostępu 01.05.2015 g. 9:30.
488. <http://www.info.kalisz.pl/biograf/blizinski.htm>, data dostępu 17.05.2015 g. 8:30.

Aneks

1. Regulamin pracy współpracownika naukowego Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie

REGULAMIN PRACY współpracownika naukowego Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie.

1. Współpracownika naukowego Instytutu powołuje Dyrekcja Instytutu na posiedzeniu Kierowników Działów i Zakładów na wniosek Kierownika Działu Org.-Met.
2. Współpracownikiem naukowym Instytutu może zostać lekarz wiejski, który wykaże chęć współpracy naukowej z Instytutem.
3. Obowiązki współpracownika naukowego Instytutu są następujące:
 - a) utrzymanie łączności naukowej z Instytutem według wskazań Działu Org.-Met.
 - b) dostarczanie materiału dla prac naukowych Instytutu
 - c) branie udziału w krajowych konferencjach lekarzy wiejskich przez:
 1. wygłaszanie referatów
 2. branie udziału w dyskusji
 - d) utrzymywanie swej placówki terenowej w należyтым stanie pracy higien.-prof. i leczniczej
 - e) prowadzenie pracy oświatowej na terenie zasięgu swej placówki
4. Uprawnienia współpracownika terenowego:
 - a) pomoc Instytutu w umożliwieniu zaocznych specjalizacji
 - b) możliwość podnoszenia swych kwalifikacji zawodowych przez udział w kursach Instytutu Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich i Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi.
5. Instytut zapewnia współpracownikom:
 - a) pomoc w ustaleniu metodyki pracy naukowej i konsultacji
 - b) pomoc w uzyskaniu stypendium naukowego
 - c) pomoc w uzyskaniu specjalizacji zaocznej
 - d) przekazywanie bezpłatne biuletynów i odbitek.

Źródło: Biuletyn Organizacyjno-Methodyczny dla lekarzy wiejskich, korespondentów i współpracowników naukowych Instytutu, Nr 4, IMPiHW, Lublin, 1957.

2. Regulamin współpracy korespondentów naukowych z Instytutem Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie

REGULAMIN współpracy korespondentów naukowych z Instytutem Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie.

1. Korespondentów naukowych powołuje Dyrekcja Instytutu na zebraniu Kierowników Zakładów i Działów, na wniosek Kierownika Działu Org.-Met.
2. Korespondentem naukowym może być mianowany współpracownik terenowy, który:
 - a) w ciągu trzyletniej współpracy wykaże się pewnym wkładem naukowym w pracę badawczą Instytutu,
 - b) utrzymuje stałą łączność naukową z odpowiednimi Działami lub Zakładami Instytutu.
3. Obowiązki korespondenta naukowego są następujące:
 - a) utrzymanie stałej łączności z odpowiednim Działem Instytutu,
 - b) branie udziału w pracach naukowych Instytutu przez opracowywanie tematów badawczych,
 - c) branie udziału w Konferencjach krajowych lekarzy pracujących dla wsi przez:
 - 1) wygłaszanie referatów i koreferatów
 - 2) brania udziału w dyskusji
 - d) utrzymywanie swej placówki terenowej w należyтым stanie pracy hig.-prof. i leczniczej
 - e) zbieranie materiałów dla opracowań naukowych Instytutu,
 - f) prowadzenie pracy oświatowej na terenie zasięgu swej placówki.
4. Korespondent naukowy ma pierwszeństwo w staraniach i poparciu Instytutu odnośnie:
 - a) uzyskania aspirantury zaocznej
 - b) umożliwienia specjalizacji zaocznej
 - c) uzyskanie asystentur
 - d) podnoszenia swych kwalifikacji wymianę asystentów klinik i korespondentów
5. Instytut zapewnia korespondentom:
 - a) potrzebną literaturę naukową
 - b) konsultowanie metodyki i wyników pracy
 - c) pomoc w przeprowadzaniu przewodów kandydackich zaocznych
 - d) nadzór i kierownictwo nad pracami kandydackimi
 - e) pomoc w uzyskaniu specjalizacji zaocznej
 - f) pomoc w wymianie asystentów i korespondentów
 - g) przekazywanie bezpłatnie odbitek prac i biuletynów naukowych
 - h) przedstawianie wniosków co do nagradzania przodujących korespondentów naukowych.

Źródło: Biuletyn Organizacyjno-Methodyczny dla lekarzy wiejskich, korespondentów i współpracowników naukowych Instytutu, Nr 4, IMPiHW, Lublin, 1957.

3. Projekt programu higienizacji wsi polskiej

B. Brodniewicz, B. Gastoł, S. Grzymała, J. Parnas, B. Wawrzyszuk
Zespół specjalny do opracowania programu higienizacji wsi polskiej.

PROJEKT PROGRAMU HIGIENIZACJI WSI POLSKIEJ

1. Geneza higienizacji wsi w Polsce i definicja pojęcia higienizacja

Higienizacja czyli uzdrowotnienie wsi oznacza długofalowe, kompleksowe działania społeczne, zmierzające do poprawy warunków bytowania i pracy ludności wiejskiej oraz stanu sanitarno-higienicznego i kulturalnego wsi.

Celem higienizacji jest poprawa stanu zdrowotnego ludności wiejskiej.

Pojęcie terminu higienizacji wprowadzili do medycyny społecznej higieniści bułgarscy; nazwa ta przyjęła się również i w naszym kraju.

Geneza higienizacji wsi w Polsce, w najszerszym tego słowa znaczeniu, datuje się z końca ubiegłego i początku bieżącego stulecia. Wiekowe zaniedbania w zakresie sanitarnej kultury wsi i stanu zdrowia ludności wiejskiej stały się bodźcem i moralnym nakazem dla nielicznej grupy ludzi o wysokim poczuciu społecznym, do pojedynczych i fragmentarycznych wysiłków nad podniesieniem higieny wsi. Były to czasy zaboru, absolutnie nie sprzyjające higienizacji wsi. Lepszy klimat i niewątpliwą poprawę w rozwoju higienizacji wsi daje się zauważyć w okresie międzywojennym. Zwiększają się szeregi lekarzy – społeczników o zainteresowaniu problematyką zdrowia na wsi, gromadzi się dokumentacja naukowa dotycząca medycyny wsi (Chodźko, Kacprzak, Danielski, Rudolf, Szniolis, Salak, Rudziński i inni), włączają się do akcji uniwersytety ludowe i organizacje wiejskie oraz powstają wzorcowe ośrodki higienizacji (Lisków, Zemborzyce). Nie była to jednak akcja planowa w szerokim znaczeniu, wskutek czego niewiele zmieniło się na lepsze.

Sprawa higienizacji wsi nabiera specjalnego znaczenia dopiero w Polsce Ludowej, dzięki inicjatywie i naukowo-badawczej działalności Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie, który przy współpracy P.Z.H. i Akademii Medycznych niektórych regionów Polski zdobywa niezbędną dokumentację naukową dla racjonalnego planowania i wykonywania zadań higienizacji wsi. W ten sposób w ciągu ostatnich lat zebrano olbrzymi wartościowy materiał naukowy, dotyczący stanu sanitarno-higienicznego wsi oraz stanu zdrowotności ludności wiejskiej, który domaga się szybkiej poprawy na drodze planowych i zorganizowanych działań higienizacyjnych.

2. Uzasadnienie konieczności higienizacji wsi.

Zamierzenia tak ogromne swoim zasięgiem wymagają licznych wysoko wyspecjalizowanych kadr, skoordynowanego wysiłku wielu resortów, władz centralnych i terenowych, nakładu środków materialnych oraz długofalowego programu działalności. Potrzeby szeroko zakrojonej akcji higienizacji wsi uzasadnione są następującymi względami decydującymi o:

- a) wartości biologicznej (rozrodczości, liczebności, zdrowotności, zachorowalności, zapadalności, umieralności) połowy ludności całego kraju,
- b) poprawie warunków higienicznych środowiska, sprzyjających zwiększeniu wydajności oraz rozwojowi bazy aprowizacyjnej, jaką w zakresie podstawowych artykułów żywności stanowi dla kraju – wieś,
- c) jakości produktów żywnościowych, dostarczanych na rynek, dla masowej konsumpcji, szczególnie pod względem sanitarno-epidemiczno-higienicznym, co uwarunkowane jest przestrzeganiem zasad higieny podczas produkcji wstępnej, przeróbki, przechowywania (składowania) lub transportu,
- d) zagrożeniu sanitarno-epidemiologicznym kraju, z powodu stałego zatrudnienia kilku milionowej rzeszy ludności wsi w miastach, fabrykach, zakładach pracy i przemyśle, dojeżdżającej codziennie nawet na odległość do 100 km, a której zaniedbane warunki higieniczne oddziałują bezpośrednio, względnie pośrednio niekorzystnie na ludność, stale zasiedziałą w miejscowościach pracy,
- e) ograniczenie stopnia infiltracji ludności samej i jej środowiska przez pasożyty oraz szkodniki sanitarne, będące przenosicielami chorób epidemicznych i epizootycznych (pomory zwierząt hodowlanych) oraz przyczyną wielu dolegliwości, schorzeń, absencji chorobowej, spadku wydajności pracy, itp.,
- f) możliwościach zmniejszenia poważnych strat materialnych i gospodarczych, wyrządzanych przez szkodniki żywnościowe niszczące, względnie zakażające ogromne ilości produktów rolnych i paszy wskutek składowania ich na wsi, w nieodpowiednich warunkach,
- g) zaktywizowaniu udziału szerokich rzesz ludności wiejskiej we wszystkich dziedzinach życia społecznego, gospodarczego, kulturalnego i politycznego przez podniesienie poziomu kulturalnego, zwłaszcza oświatę sanitarną – wpływającą ze stosowania wskazań higieny osobistej, higieny pracy oraz poprawę warunków sanitarnych domów i obejścia gospodarskiego.

Wieś polska higienicznie zacofana w stosunku do otaczających krajów o wyższej kulturze sanitarnej staje się rezerwuarem nagminnego zapalenia wątroby, żółtaczk zakaźnej, zakażeń jelitowych, gruźlicy, chorób odzwierzęcych.

Załącznik nr 1

3. Projekt organizacji ruchu higienizacji na szczeblu centralnym, wojewódzkim, powiatowym, gromadzkim i wiejskim.

Odnosnie organizacji ruchu higienizacji wsi, która by przyniosła realne przemiany pod względem kultury sanitarnej w skali krajowej, zachodzi bezwzględna konieczność właściwego ustawienia kierowniczego, organizacyjnego i koordynującego działania ze strony Ministerstwa Zdrowia i O.S., w powiązaniu z innymi resortami jak rolnictwa, leśnictwa, oświaty i handlu itp. W tym celu winna być – wzorem Bułgarii – podjęta w jak najkrótszym czasie uchwała Rządu o powołanie do życia Komitetu Higienizacji

Wsi na szczeblu centralnym oraz odpowiednich komitetów na szczeblu wojewódzkim, powiatowym, gromadzkim i wiejskim.

W skład Głównego Komitetu Higienizacji Wsi powinni wejść: Wiceprezes Rady Ministrów, przedstawiciele partii, przedstawiciele zainteresowanych resortów, władz, instytucji, organizacji społecznych, zawodowych, placówek naukowych - których działalność związana jest z terenem wiejskim.

W składzie terenowych komitetów higienizacji wsi winny być reprezentowane wszystkie władze, instytucje, organizacje społeczne, polityczne, zawodowe, placówki naukowe, gospodarcze – działające na wszystkich szczeblach władz terenowych, przez najwyższych przedstawicieli władzy terenowej.

Organami komitetów higienizacji wsi są: prezydium, komisje problemowe i plenum komitetu, działające na podstawie odpowiednich przepisów, na zasadach organizacji wyższej użyteczności publicznej.

W ramach komitetów higienizacji wsi będą działały komisje problemowe, obejmujące całokształt prac związanych z higienizacją.

Proponuje się następujące komisje problemowe w Komitecie Głównym i województwach:

1. Komisja oświaty sanitarnej.
2. Komisja ds. budownictwa i urządzeń sanitarnych.
3. Komisja zaopatrzenia w wodę i ochronę wód przed zanieczyszczeniem.
4. Komisja ds. asenizacji i zoohigieny.
5. Komisja ds. koordynacji współzawodnictwa.
6. Komisja ds. analizy metod prowadzenia higienizacji oraz jej kontroli.

Komitety niższych szczebli mogą powoływać również odpowiednie komisje w niezbędnych ilościach.

Do zadań komitetów higienizacji wsi należy:

1. Koordynowanie wysiłków instytucji społecznych i państwowych, organizacji społecznych, politycznych i zawodowych, zmierzających do podniesienia stanu sanitarno-higienicznego wsi oraz stanu zdrowotnego jej mieszkańców,
2. Popularyzowanie i inicjowanie higienizacji wsi, pobudzenie i mobilizowanie społeczeństwa do prac nad poprawą stanu sanitarno-higienicznego osiedli,
3. Kierowanie akcją higienizacji wsi oraz wytyczanie kierunków i zadań w tym zakresie,
4. Powoływanie i wytyczanie zadań komisjom problemowym,
5. Powoływanie komitetów niższych szczebli,
6. Opracowanie planu higienizacji wsi i jego systematyczne wykonywanie,
7. Koncentracja środków materiałowych i finansowych oraz celowe i racjonalne ich wykorzystanie.

Zadania ustalone przez komitety higienizacji wsi – wszystkie władze terenowe, instytucje i organizacje, których działalność związana jest z terenem wsi – obowiązane są realizować w ramach swoich uprawnień i obowiązków, przewidzianych prawem.

Władze te i instytucje ponoszą zarazem odpowiedzialność w swoim zakresie za realizację działań higienizacyjnych.

Załącznik nr 2.

4. Rola i zadania służby zdrowia jako inicjatora i stymulatora ruchu higienizacji wsi.

Trzonem ruchu higienizacji wsi może i powinna stać się służba zdrowia. Musi ona przejąć kierownictwo, fachową konsultację i koordynację w zakresie planowania i realizacji zadań higienizacji wsi.

Należy to niewątpliwie do działalności profilaktycznej, która stanowi integralną część zawodu lekarskiego. Stąd akcja higienizacyjno-profilaktyczna należy do podstawowych obowiązków wiejskiej służby zdrowia, która poprzez humanitarny i pełen troski o zdrowie stosunek do chorego, może sobie zdobyć szacunek i zaufanie społeczeństwa wiejskiego dla swych poczynań w zakresie poprawy stanu sanitarnego wsi i zdrowotności jej mieszkańców. Powołane tu będą w pierwszym rzędzie wiejskie ośrodki zdrowia i wiejskie spółdzielnie zdrowia. Nie małą rolę mogą tu odegrać również naukowi korespondenci pozostający w bezpośrednim i stałym kontakcie z Instytutem Medycyny Pracy i Higieny Wsi.

Uwzględniając społeczny charakter ruchu higienizacji wsi, służba zdrowia ma być jego inicjatorem, kierownikiem i koordynatorem.

Zadania te służba zdrowia wykonuje przez:

1. Pobudzanie i rozwijanie inicjatywy społecznej, zmierzającej do poprawy stanu sanitarnego wsi,
2. Szerzenie oświaty sanitarnej wśród ludności wiejskiej i wykorzystanie jej do higienizacji,
3. Współdziałanie z Radami Narodowymi, organizacjami społecznymi, politycznymi, miejscowym społeczeństwem – w opracowywaniu i wykonywaniu planów higienizacyjnych (głównie w podległych placówkach),
4. Wysuwanie dezyderatów odnośnie uwzględnienia wymagań higienicznych w budownictwie wiejskim mieszkaniowym, inwentarskim, użyteczności publicznej, urządzeniach sanitarnych i innych, służących do zaopatrzenia w wodę,
5. Kierowanie i koordynowanie wszelkich wysiłków społecznych, zmierzających do poprawy warunków sanitarno-higienicznych,
6. Sprawowanie fachowego nadzoru nad pracami higienizacyjnymi na swoim terenie,
7. Współdziałanie w organizowaniu konkursów czystości, współzawodnictwa w higienizacji, ocena przebiegu tej akcji, udział w przydzielaniu nagród oraz organizowanie innych form społecznego działania (spółki wodne, zespoły produkcji materiałów budowlanych, itp.).

Lekarze szkolni oraz pielęgniarki, instruktorzy higieny na terenie wsi, winni być rzecznikami planowej akcji profilaktycznej i oświatowej, planowanej według specjalnych planów i zróżnicowanej swą tematyką, metodyką i środkami oddziaływania – do potrzeb licznej młodzieży szkolnej oraz rejonów kraju.

Brygady Wojewódzkich Zakładów DDD mają podczas zleconych im usług w terenie poważne możliwości sanowania środowiska wiejskiego przez zwalczanie szkodników sanitarnych i gospodarczych oraz pozytywnego oddziaływania w zakresie czystości i porządku środowiska bytowania i pracy rolników oraz profilaktyki.

Analogiczne zadania w zakresie działań i nadzoru lek.-wet., odnośnie środowiska hodowlanego, należą do służby weterynaryjnej.

5. Rola i zadania innych organizacji rolniczych, spółdzielczych, oświatowych, itp.

Organizacje społeczne, rolnicze, oświatowe, polityczne, związkowe – mają duże możliwości przy współdziałaniu z komitetami higienizacji – prowadzenie prac, związanych z poprawą warunków sanitarno-higienicznych wsi.

Do głównych zadań w/w organizacji należą:

1. Współdziałanie ze służbą zdrowia w zakresie oświaty sanitarnej oraz popularyzowanie idei higienizacji,
2. Mobilizowanie społeczeństwa do czynów społecznych,
3. Organizowanie konkursów czystości i innych form społecznych, mających na celu poprawę stanu sanitarno-higienicznego,
4. Organizowanie szkół zdrowia i innych form szkolenia, uwzględniając w programach zajęć szkolenia z minimum sanitarnego, wykorzystując przygotowane aktywy do higienizacji,
5. Współdziałanie w opracowywaniu i wykonywaniu planów higienizacji wsi,
6. Starania odnośnie uzyskania kredytów na higienizację,
7. Prowadzenie higienizacji w podległych organizacyjnie placówkach wiejskich,
8. Rozwijanie patronatu nad poszczególnymi placówkami i osiedlami wiejskimi,
9. Rozwijanie kultury ogólnej wśród ludności wiejskiej.

Poszczególne Wydziały Rad Narodowych – poza ścisłym współdziałaniem, współpracą z komitetami higienizacji, opracowaniem planu higienizacji dla swoich placówek – zabezpieczą wykonanie planów higienizacji w podległych jednostkach.

Załącznik nr 3.

6. Metodyka ogólna higienizacji wsi.

Realizacja zadań higienizacyjnych na wsi zależy w poważnym stopniu od stosowania właściwych metod higienizacji.

Przy tych samych celach podniesienia stanu higieny na wsi mogą być stosowane różne metody realizowania, co zależy od wielu czynników, np. rodzaju produkcji rolnej, tradycyjnych form życia ludności danego terenu, psychiki mieszkańców wsi, wielkości nakładów finansowych.

Przy założeniach ogólnych, które powinny być jednolite dla całego kraju, praktyczna ich realizacja z przyczyn w/w może w poszczególnych rejonach odbiegać od ogólnego schematu.

Zasady ekonomii pracy nasuwają jako słuszne w przewidywaniu zainicjowania wielkiej akcji, obejmującej cały kraj, stworzenie jakiejś placówki studium metodykę

w pracy higienizacyjnej oraz – co należy uznać za bardzo ważne na wsi – studiowanie strony psychologicznej tego działania. Chodzi o to, aby na podstawach naukowych osiągnąć najlepsze wyniki w najkrótszym czasie, przy najlepszym wykorzystaniu środków finansowych, przy czym należałoby stworzyć warunki psychologiczne dla wpływania na psychikę ludności wiejskiej w stałym dążeniu do dbania o higienę.

Z dotychczas stosowanych metod i doświadczeń na podkreślenie zasługują: planowa zabudowa i rozbudowa przestrzenna osiedli wiejskich, zgodnie z wymogami sanitarno-higienicznymi, organizowanie współzawodniczenia i konkursów pod względem akcji sanitarno-porządkowej i stanu higieny mieszkaniowej i osobistej, wraz z przydzieleniem nagród pieniężnych, przeznaczonych dla dalszej akcji higienizacyjnej oraz systematyczne i właściwe stosowanie oświaty sanitarnej.

Spośród różnych metod stosowanych w higienizacji najbardziej odpowiednią jest metoda wzorców, mających oddziaływać na otoczenie, a organizowanych w każdej wsi, gromadzie, powiecie, województwie. Wzorcami tymi mogą być poszczególne obiekty na wsi, np. dom mieszkalny, zagroda, urządzenia sanitarne, szkoły, sklepy, itp., wieś, gromada względnie powiat, przy czym główny nacisk przy organizowaniu wzorców powinien być położony przede wszystkim na ośrodek zdrowia, szkołę i uspołecznione gospodarstwa rolne (PGR, POM, spółdzielnie produkcyjne).

Podstawę działania w higienizacji wsi stanowi statut, względnie regulamin pracy, plany higienizacyjne opracowane w sposób podany w części o planowaniu higienizacji.

Wydaje się słusznym, aby w planowaniu ogólnym ruchu higienizacji wsi wyodrębnić wyraźnie dwa jej fragmenty:

1. Budowę nowych osiedli wiejskich, gdzie możliwość stosowania i wypróbowania metod prawidłowej zabudowy i urządzeń sanitarnych jest bardzo szeroka.
2. Poprawę warunków higienicznych w istniejących już osiedlach wiejskich, gdzie główny wysiłek i pomysłowość skierowane muszą być na adaptację i przebudowę.

7. Problematyka szczegółowa w higienizacji wsi.

1. Zasadniczym postulatem jest uwzględnienie przez służbę architektoniczno-budowlaną podstawowych wymogów higienicznych w budownictwie, w poszczególnych dziedzinach gospodarki narodowej na wsi oraz życiu ludności wiejskiej.
2. Drugi postulat, to uwzględnienie w planowaniu higienizacji pewnej etapowości, a więc planów krótko- i długoterminowych oraz ich kompleksowość i zabezpieczenie wykonania.
3. Dokładne rozpoznanie potrzeb, drogą przeprowadzenia szczegółowej inwentaryzacji danego środowiska wiejskiego i założenia kartotek.

Problematyka ta dotyczy następujących zasadniczych dziedzin:

a) W zakresie planowania przestrzennego.

1. W dziedzinie planowania przestrzennego poza uwzględnieniem wymagań higienicznych, dążenie do osiedli o charakterze zwartym, dającym możliwości wprowadzenia urządzeń komunalnych.

2. Opracowanie planów zagospodarowania przestrzennego dla poszczególnych osiedli. Wytyczenie granic zabudowy wsi, uwzględniając charakter osiedla wiejskiego: wieś indywidualna, gospodarstwa uspołecznione (PGR, POM, Spółdzielnie Produkcyjne), warunki topograficzne, bioklimatyczne, rejon (mieszkalny, gospodarczy, produkcyjny, przemysłowy, ośrodek kulturalno-społeczny) oraz strefy ochronne.
 3. Opracowanie założeń przebudowy starych osiedli wiejskich, z uwzględnieniem gospodarki rolnej.
 4. Dostarczenie wsi typowych projektów budynków mieszkalnych, inwentarskich, urządzeń komunalnych, sanitarnych i zakładów użyteczności publicznej, uwzględniając wymagania higieniczne.
 5. Zabezpieczenie nadzoru budowlanego, sanitarnego nad rozwijającym się budownictwem wiejskim.
 6. Odbudowa i przebudowa zniszczonych zagród.
- b) W zakresie wody.
7. Gruntowny remont istniejących urządzeń, służących do zaopatrzenia wsi w wodę oraz zabezpieczenie ich przez zanieczyszczeniem z zewnątrz.
 8. Rozwijanie centralnego zaopatrzenia w wodę (gdzie tylko są na to możliwości), jako najodpowiedniejszego systemu zaopatrzenia pod względem higienicznym i ekonomicznym.
- c) W zakresie asenizacji.
9. Remont istniejących urządzeń asenizacyjnych, doprowadzając je do odpowiedniego stanu sanitarno-higienicznego.
 10. Budowa nowych urządzeń sanitarnych, głównie gnojowni i ustępów wzorowych w każdym gospodarstwie, uwzględniając zabezpieczenie gleby przed zanieczyszczeniem i racjonalne usuwanie odpadków, śmieci – drogą kompostowania oraz zbierania ich na placach i w miejscach publicznych.
 11. Uwzględnienie w planach długofalowych – w związku z rozwojem centralnego zaopatrzenia w wodę – również kanalizacji wiejskiej.
- d) W zakresie higieny szkolnej.
12. Doprowadzenie do stanu higienicznego wszystkich szkół wiejskich, aby mogły być wzorcami higienicznymi i ośrodkami kultury sanitarnej.
 13. Zabezpieczenie w nowobudujących się szkołach wymogów higienicznych, zapewniających młodzieży szkolnej odpowiednie warunki zdrowotne.
 14. Wprowadzenie obowiązku nauczania higieny w szkołach podstawowych oraz popularyzowanie zagadnień higienizacji i aktywny w niej udział młodzieży szkolnej.
- e) W zakresie higieny pracy.
15. Zabezpieczenie wymagań bhp przy maszynach rolniczych i innych w zakładach pracy w rolnictwie, podczas robót polowych oraz w obejściach.
 16. Zapewnienie pracownikom rolnym i ich rodzinom higienicznych warunków bytowania, umożliwienie kąpeli, zabezpieczenie w odzież ochronną i roboczą.

17. Podniesienie poziomu uświadomienia sanitarnego pracowników rolnych, drogą systematycznej pracy oświatowo-sanitarnej.
- f) W zakresie higieny bytowania ludności wiejskiej.
18. Poprawa stanu higieny mieszkań przez przeprowadzenie niezbędnych remontów starych budynków, zabezpieczenie wymagań higienicznych w nowych budownictwie mieszkaniowym oraz właściwą ich eksploatację i utrzymanie.
19. Poprawa stanu higieny osobistej ludności wiejskiej przez odpowiednie uświadomienie sanitarne, budowę kąpielisk, popularyzowanie i organizowanie prostych urządzeń kąpieliskowych w każdym domu, uwzględnienie w projektach nowego budownictwa mieszkaniowego na wsi pomieszczeń do mycia się, przewidzianych w przyszłości na łazienkę domową, w miarę rozwoju centralnego zaopatrzenia w wodę.
20. Poprawa stanu odżywiania się ludności wiejskiej, poprzez odpowiednie uświadomienie sanitarne, nauczanie (kursy) i stosowanie racjonalnego odżywiania, uwzględniając w pierwszym rzędzie żywienie niemowląt i dzieci.

Załącznik nr 4.

8. Finanse i środki techniczne dla ruchu higienizacji wsi, czyny społeczne, subwencje państwowe i spółdzielcze.

Podstawowym źródłem środków finansowych w prowadzeniu higienizacji wsi powinny być:

- 1) Dotacje państwowe, spółdzielcze i różnych towarzystw, wydzielone dla poszczególnych terenowych rad narodowych dla realizowania większych inwestycji, przy czym powinien być zapewniony również udział finansowy samej ludności, o ile są to urządzenia komunalne, ewentualnie socjalne, służące jej potrzebom. Przy tym celowe będzie scentralizowanie tych kredytów w poszczególnych radach narodowych i umożliwienie komitetom higienizacji udziału w planowym i celowym ich rozdziale.
- 2) Pewnym znacznym uzupełnieniem środków finansowych w higienizacji powinny być wkłady finansowe samej ludności wiejskiej.
- 3) Inną formą uzupełnienia środków finansowych - to uzyskanie kredytów na cele higienizacji od innych organizacji, prowadzących swoją działalność na wsi jak P.C.K., Kółka Rolnicze, Fundusz Rozwoju Rolnictwa Ziemi Zachodnich, itp., pożyczki długoterminowe oraz nagrody, otrzymane w ramach organizowanych konkursów czystości itp., a także z urządzanych imprez różnego rodzaju.
- 4) Czyny społeczne rozwijane przez ludność wiejską (robotnicza, niefachowa, transport materiałów, materiał miejscowego pochodzenia).
- 5) Zabezpieczenie w drodze odpowiedniego planowania centralnego i terenowego niezbędnych materiałów budowlanych dla wsi, organizacji miejscowych

zespołów produkcji tych materiałów, dostarczenie wsi odpowiedniej dokumentacji technicznej urządzeń sanitarnych, budynków mieszkalnych, inwentarskich, uwzględniających w dostateczny sposób wymagania higieniczne.

9. Planowanie ruchu higienizacji wsi na wszystkich szczeblach organizacyjnych.

Planowanie ruchu higienizacji wsi winno być dokonywane na wszystkich szczeblach organizacyjnych, tj. centralnym, wojewódzkim, powiatowym, gromadzkim i wiejskim. Planowanie to musi być oczywiście zharmonizowane i skoordynowane. W tym celu pożądaną jest rzeczą, aby na szczeblu centralnym, w sposób kompleksowy, został opracowany długofalowy, ramowy plan higienizacji wsi, będący podstawą działania w całym kraju. W ramach tych ogólnych założeń i wytycznych należy tworzyć roczne plany działania higienizacyjnego w terenie, na szczeblu wojewódzkim, powiatowym, gromadzkim i wiejskim, z uwzględnieniem specyfiki regionu oraz warunków środowiskowych.

W organizowaniu planów higienizacji konieczny jest aktywny udział rad narodowych, które winny ponosić współodpowiedzialność za ich realizację. Komitety higienizacji wsi na szczeblu powiatowym – w oparciu o wytyczne wojewódzkich komitetów – powinny ustalić własny program działania, w ramach którego powinny się ściśle powiązać z działającymi w terenie wiejskim, gromadzkimi komitetami higienizacji wsi.

Załącznik nr 5.

10. Higienizacja wsi indywidualnych, PGR, POM i wsi spółdzielczych.

Do najtrudniejszych zadań należy higienizacja wsi indywidualnych, których znaczna większość wykazuje całkowite zaniedbanie pod względem sanitarno-higienicznym. Do najbardziej zaniedbanych dziedzin należy budownictwo wiejskie, sprawa zaopatrzenia w wodę pitną, sprawa odpowiednich urządzeń asenizacyjnych, zagadnienie wadliwego żywienia się i stanu zdrowia ludności wiejskiej, itp. Likwidacja takiego stanu wymaga planowego, kompleksowego, skoordynowanego i systematycznego działania higienizacyjnego. Na czoło wysuwa się tu tworzenie wzorcowych wsi indywidualnych, jak również idea konkursów higienizacji między poszczególnymi wsiami, z przydzielaniem nagród, przeznaczonych na dalszy postęp w zakresie kultury sanitarnej.

Higienizacja wsi spółdzielczych, PGR-ów, POM-ów wydaje się być łatwiejszą w przeprowadzeniu. Są to bowiem gospodarstwa uspołecznione i państwowe, stąd łatwiej o nakłady pieniężne i materiałowe, jak również o robociznę. Winny one świecić przykładem higienizacji, powinny stanowić ośrodki promieniowania nie tylko pod względem kultury rolnej, ale i pod względem kultury sanitarnej.

O dalszych postępach ruchu higienizacji wsi może zdecydować powołanie do życia Komitetu Higienizacji Wsi przy Radzie Ministrów, który w sposób planowy wytyczy zasadnicze kierunki higienizowania wsi w całym kraju.

Do poważnych środków postępu w ruchu higienizacji wsi należy zaliczyć współzawodnictwo w higienizacji, konkursy i wzorce higienizacyjne. Współzawodnictwo

w higienizacji należy stosować zarówno między wsiami indywidualnymi jak też i spółdzielczymi, PGR-ami i POM-ami. Na szczególną uwagę zasługuje urządzenie konkursów czystości na wsi, ogłaszanych przez różne organizacje zawodowe i społeczne i ocenianych przez specjalne komisje oceny konkursu. Tematyka konkursu może być czystość w chacie wiejskiej, czystość obejścia gospodarskiego, higiena osobista, itp. Doniosłą rolę spełniają tu również konkursy o higieniczną szkołę i podniesienie higieny osobistej u dzieci szkolnych. Właściwą drogą rozwoju higienizacji wsi w dobie obecnej wydaje się organizowanie wzorcowych wsi, PGR-ów, POM-ów, ośrodków zdrowia, szkół, itp. Ośrodki te powinny być tak urządzone i zorganizowane pod względem sanitarno-higienicznym, aby promieniowały i wywierały wpływ higienizacyjny na otaczające je środowisko wiejskie.

11. Rola i zadania Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki i filii Instytutu w Poznaniu.

Zgodnie ze statutem, do podstawowych zadań Instytutu należy:

1. Prowadzenie badań w wybranych ośrodkach higienizacji dla wypracowania odpowiednich metod oraz oceny efektów higienizacji.
2. Udział w centralnej koordynacji ruchu higienizacji wsi i naukowe opracowanie tego ruchu.
3. Pełnienie funkcji doradcy naukowo-metodycznego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej dla zagadnienia higienizacji.
4. Opiniowanie i konsultowanie planów, regulaminów, uchwał odnośnie higienizacji, przekazywanych przez poszczególne komitety, placówki.
5. Opracowywanie wytycznych i innych praktycznych opracowań (szkice projektowe, materiały oświatowo-sanitarne, itp.) dla higienizacji wsi.
6. Inicjowanie i popularyzowanie ruchu higienizacji wsi poprzez wydawnictwa naukowe i popularnonaukowe.

12. Rola i zadania WSSE i PSSE.

Rolę i zadania WSSE i PSSE w dziedzinie poprawy warunków sanitarno-higienicznych osiedli określa dekret o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dla odpowiedniego przeprowadzenia higienizacji koniecznym jest rozszerzenie nadzoru sanitarnego stacji san.-epid. na gospodarstwa rolne na wsi, zwiększenie ich operatywności, wzmożenie instruktażu nad instruktorami higieny przy ośrodku zdrowia oraz współpracy z Instytutem.

13. Rola i zadania Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, któremu bezpośrednio podlega Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi im. Witolda Chodźki, spełnia zasadniczą rolę kierowniczą, organizacyjną i koordynującą w upowszechnianiu akcji higienizacji wsi na terenie całego kraju. Jednym z podstawowych zadań Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej będzie dalszy intensywny rozwój sieci placówek służby zdrowia na wsi.

W programie rozwoju medycyny wiejskiej w Polsce wysuwa się wzrost liczby ośrodków zdrowia, spółdzielni zdrowia, lekarzy wiejskich i pielęgniarek wiejskich. W związku z tym nasuwa się wniosek w kierunku położenia szczególnego akcentu w czasie studiów medycznych na zagadnienia medycyny wiejskiej i sprofilowanie w tym kierunku przynajmniej dwóch akademii medycznych.

Dałoby to lepsze przygotowanie lekarzowi pracującemu na wsi, w zakresie leczniczej i higieniczno-profilaktycznej działalności. Szczególne znaczenie w realizacji zadań higienizacji wsi przypada Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jako instytucji uprawnionej do opiniowania projektów z punktu widzenia wymagań higieny oraz do zapobiegawczego i stałego nadzoru sanitarnego również w odniesieniu do osiedli wiejskich.

Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w podnoszeniu stanu sanitarnego kraju określa dokładnie dekret z dnia 14.VIII.1954 r., odnośnie nadzoru zapobiegawczego i bieżącego zapobiegania powstawaniu chorób zakaźnych i zawodowych oraz zwalczaniu tych chorób, popularyzowania zasad higieny oraz zapobiegania.

14. Oświata sanitarna w ruchu higienizacji wsi, kursy higienizacji wsi dla lekarzy i działaczy wiejskich.

Oświata sanitarna stanowi potężny czynnik w rozwoju higienizacji wsi. Zgodnie z zarządzeniem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej udział w akcji oświatowo-sanitarnej należy do obowiązków każdego pracownika służby zdrowia. Ażeby oświata sanitarna przyniosła realne rezultaty w higienizacji wsi, musi być prowadzona stale, systematycznie i na odpowiednim poziomie. Należy tu wykorzystywać wszystkie drogi i możliwości terenowe. Wchodzi w rachubę przede wszystkim szkoła, dom ludowy, kino, telewizja, radio, wydawnictwa rolnicze, popularne wydawnictwa z zakresu oświaty sanitarnej, wystawy.

Materiały oświatowo-sanitarne winny być jednak opracowywane pod kierunkiem naukowym P.Z.H. (Zakład Oświaty Sanitarnej), Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi, czy też Akademii Medycznych.

Przed wszystkim popularne wydawnictwa oświatowo-sanitarne muszą budzić zaufanie i przemawiać do przekonania odbiorców, jakimi są mieszkańcy wsi. Nie tylko treść, ale i sposób wygłaszania pogadanek na temat higieny i zwalczania chorób posiada dużą wartość dla rozwoju higienizacji wsi. W związku z tym zachodzi konieczność urządzania konkursów na temat higienizacji wsi dla lekarzy wiejskich i różnych działaczy społecznych pracujących na wsi. Do tego celu powołany jest Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie.

Źródło: Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny poświęcony medycynie wiejskiej przeznaczony dla lekarzy wiejskich, korespondentów i współpracowników naukowych Instytutu, pracowników służby sanitarno-epidemiologicznej na wsi i pracowników bhp w rolnictwie i leśnictwie, IMPiHW, Lublin, 1962, Nr 14, s. 148-161.

4. Kryteria wsi wzorowej pod względem higieny

KRYTERIA WSI WZOROWEJ POD WZGLĘDEM HIGIENY

A/ Określenie wzorca, wzoru.

Posługując się określeniem wg słownika języka polskiego J. Karłowicza i W. Niedźwiedzkiego /PIW 1952/ wzorzec, wzór model oznacza przedmiot służący do wykonywania czegoś w większych rozmiarach, w większej ilości /wzór, forma/.

Natomiast wzorowy oznacza przedmiot mający być wzorem, służący za wzór, normalny /szkoła, kolonia wzorowa, gospodarstwo wzorowe/.

B/ Kryteria wsi wzorowej.

Wieś wzorowa pod względem higieny powinna posiadać następujące elementy:

- 1/ Perspektywiczny plan zagospodarowania przestrzennego
- 2/ Niezbędne urządzenia komunalne, sieć placówek usługowych,
 - a/ ulice urządzone, chodniki i zieleńce,
 - b/ budynki wyposażone we właściwe urządzenia sanitarne, dobrą wodę, prawidłowe ustępy i gnojownie,
 - c/ instalację elektryczną,
 - d/ wodociąg osiedlowy,
 - e/ ewentualnie gaz i lokalne urządzenia kanalizacyjne lub ustęp publiczny,
 - f/ ośrodek ochrony roślin,
 - g/ łaźnię osiedlową i pralnię,
 - h/ agencję pocztowo-telegraficzną,
 - i/ punkt weterynaryjny,
 - j/ składnicę zaopatrzenia i zbytu, magazyn paliwowy i stację benzynową,
 - k/ ośrodek usług transportowych,
 - l/ sklep wielobranżowy,
 - m/ piekarnię,
 - n/ warsztaty rzemieślnicze usług podstawowych,
 - o/ zlewnię mleka,
 - p/ remizę straży pożarnej,
 - r/ gospodę /restauracja i kawiarnia/
- 3/ Zorganizowaną opiekę lekarsko-profilaktyczną
 - s/ ośrodek zdrowia z punktem aptecznym lub apteką względnie ambulatorium z punktem aptecznym.
- 4/ Niezbędne zakłady nauczania, wychowania oraz instytucje zapewniające rozwój życia społecznego, kulturalnego i gospodarczego.
 - t/ pełną szkołę podstawową,
 - u/ boisko sportowe, ewentualnie basen otwarty,
 - w/ żłobek,
 - x/ przedszkole,
 - y/ agronomówkę,

- z/ klub z salą widowiskowo-kinową, czytelnię, bibliotekę lub Dom Ludowy,
- ż/ międzykółkową organizację gospodarczo-usługową.
- 5/ Siedzibę Gromadzkiej Rady Narodowej i M.O.
- 6/ Wzorowe zagrody pod względem higieny.
- 7/ Prawidłowo rozwiązane zagadnienia bhp w gospodarstwach rolnych i w poszczególnych placówkach, zakładach.
- 8/ Grzebowisko zwierząt.
- 9/ Utrzymane w stałej czystości posesje, drogi, place, zakłady oraz kompostowanie odpadków i wykorzystanie dla celów rolniczych.
- 10/ Aktywny Komitet Higienizacji Wsi.
- 11/ Ludność uspołecznioną, gotową do podejmowania czynów społecznych.

Kryteriom wymienionym w punkcie 1-4 odpowiada wieś rozwojowa, której wymagania ujęte są w 25 punktach Instrukcji Technicznej do opracowania projektów planów zagospodarowania przestrzennego zespołów wiejskich jednostek osadniczych, wydanej przez KBUiA w roku 1963.

Według Knabego i Zunka /Problemy poprawy osiedli wiejskich w NRD, Zdravstvene Novine 1/64/ Z punktu widzenia higienisty, ekonomisty rolnego i architekta pożądane jest tworzenie tzw. centralnych wsi liczących 1700 – 2500 mieszkańców. Odpowiadałoby to naszemu osiedlom typu ponad gromadzkiego. Takie osiedla można wyposażyć w centralne urzędy komunalne /centralne zaopatrzenie w wodę, usuwanie nieczystości/ i inne zakłady odpowiadające wymogom kulturalnym, zdrowotnym i socjalnym.

Za tego rodzaju osiedlami wzorowymi przemawia również możliwość wprowadzenia i sprawdzenia szeregu metod pracy, badania stanu zdrowia, prowadzenia oświaty sanitarnej oraz oceny kompleksowej higienizacji i skutecznego oddziaływania na środowisko.

Podobne stanowisko odnośnie wsi wzorowych pod względem higieny, zajmuje Wojewódzki Komitet Higienizacji Wsi w Krakowie, posiadający bardzo duże doświadczenie w tym zakresie. Zespół metodyczny tego Komitetu /przewodniczący Doc. Dr M. Bilek/ przy wyborze wsi wzorowej kieruje się wytycznymi podanymi w wyżej wymienionej Instrukcji Technicznej KBUiA z 1963 r. uzupełniając ją dwoma punktami odnośnie mechanizacji rolnictwa, ustalenia kierunków produkcji rolnej oraz gotowości mieszkańców do dawania systematycznego wkładu pracy społecznej, opartej na zrozumieniu celowości i istoty wsi wzorowych. Doc. Dr Grzymała podkreśla rolę aktywnie działającego Komitetu Higienizacji Wsi i uspołecznienia ludności wsi, gotowej do świadczenia i podejmowania prac związanych z poprawą warunków sanitarnych na wsi. Elementy te mogą być również, zdaniem Doc. Dra Grzymały, kryteriami wsi wzorowej.

Z krajów zagranicznych najwięcej wzorów może dostarczyć nam Bułgaria. Stosowane są tam następujące wymagania, odnośnie wsi wzorowych pod względem higieny:

- 1/ posiadanie aktualnego planu urbanistycznego lub regulacyjnego,
- 2/ posiadanie zabudowy dzielnicowej,
- 3/ posiadanie dróg brukowanych oraz oczyszczanie ich dwa razy w miesiącu,

- 4/ posiadanie zagród wzorowych,
- 5/ posiadanie światła elektrycznego,
- 6/ zachowanie prawidłowych odległości pomiędzy poszczególnymi dzielnicami wsi tj. 200 m. od rejonu produkcyjnego,
- 7/ urządzone i zabudowane podwórza Spółdzielni Produkcyjnych według zatwierdzonego planu,
- 8/ posiadanie centralnego zaopatrzenia w wodę i odpowiedniego rozwiązania usuwania odpadków i nieczystości,
- 9/ posiadanie zakładów usługowych: łaźnie, piekarnie, rzeźnie,
- 10/ posiadanie zakładów kulturalno-oświatowych, socjalnych, szkoły, czytelnie z biblioteką, urządzenia do kultury fizycznej, ogródki, dziedzińce, parki,
- 11/ posiadanie ustępu publicznego,
- 12/ posiadanie ambulatorium względnie ośrodka zdrowia.

C/ Kryteria zagród wzorowych pod względem higieny.

Jednym z ważnych elementów wsi wzorowych, są zagrody wzorowe, dla których ustala się wyżej podane wymagania, zagroda wzorowa stosownie do w/w wymagań, powinna posiadać:

- 1/ rozplanowanie zgodnie z wymaganiami higieny: zagroda wolnostojąca posiadająca dwa podwórza, tj. mieszkalne /przy mieszkaniu/ i produkcyjne czyli gospodarcze,
- 2/ prawidłowe pod względem higieny rozmieszczenie odpowiednich urządzeń sanitarnych na terenie zagrody,
- 3/ dom mieszkalny i pozostałe budynki inwentarskie i gospodarcze w dobrym stanie sanitarno-technicznym.

Odpowiednio rozplanowane, posiadające właściwą orientację w stosunku do stron świata, oświetlenie naturalne, wentylację i ogrzewanie.

- 4/ odpowiednie ogrodzenie,
- 5/ utwardzoną nawierzchnię podwórza, względnie utwardzone dojście od strony ulicy oraz z mieszkania do poszczególnych urządzeń asenizacyjnych, studni i pozostałych budynków,
- 6/ odprowadzenie wód opadowych z terenu zagrody przy pomocy kanalizacji względnie rowów,
- 7/ ogród warzywny, kwiatowy, zadrzewienie,
- 8/ budynek mieszkalny i pozostałe oraz podwórze, utrzymane w czystości,
- 9/ odpowiedni poziom higieny osobistej mieszkańców,
- 10/ utrzymanie zwierząt domowych w odpowiedniej czystości i stosowanie higienicznego udoju mleka,
- 11/ zabezpieczenie maszyn rolniczych, narzędzi i budynków, podwórza pod względem bhp,
- 12/ przeprowadzanie okresowej deratyzacji, zwalczanie much i kompostowanie odpadków.

D/ Kryteria obiektów wzorowych.

Każdy obiekt /budynek, zakład pracy/ czy urządzenie aby zaliczyć do wzorowego pod względem higieny musi odpowiadać ustalonym wymogom sanitarnym. Obiekty te, czy urządzenia powinny posiadać przede wszystkim:

- 1/ odpowiednią lokalizację i wielkość działki,
- 2/ odpowiednią wielkość, promień obsługiwaną i ilość ludności objętej opieką czy usługą,
- 3/ odpowiednią funkcję pomieszczeń, wykończenie i urządzenie wewnątrz,
- 4/ odpowiednie materiały budowlane,
- 5/ odpowiednie zaopatrzenie w wodę,
- 6/ odpowiednie usuwanie odpadków i nieczystości,
- 7/ odpowiednie pomieszczenia sanitarne i ich wyposażenie,
- 8/ odpowiednie oświetlenie naturalne i sztuczne,
- 9/ odpowiednie ogrzewanie i wentylację,
- 10/ odpowiednie warunki bhp,
- 11/ powinny być utrzymane w odpowiedniej czystości uwzględniając remonty,
- 12/ powinny być zabezpieczone przed zawilgoceniem i zanieczyszczeniem z zewnątrz.

E/ Klasyfikacja osiedli wzorowych pod względem higieny.

Uwzględniając podane kryteria w punkcie "B", należy stosować następującą nomenklaturę:

- 1/ wieś wzorowa pod względem higieny – odpowiadająca wymogom podanym w punkcie "B",
- 2/ wzorowe pod względem higieny Państwowe Gospodarstwo Rolne,
- 3/ wzorowy pod względem higieny Państwowy Ośrodek Maszynowy,
- 4/ wzorowa pod względem higieny Spółdzielnia Produkcyjna,
- 5/ wieś z higienizowaną – w której przeprowadzono higienizację, lecz nie posiadająca perspektywicznego planu zagospodarowania przestrzennego,
- 6/ wieś higienizowana – wieś w której są zaawansowane prace.

Wzorowy PGR, Spółdzielnia Produkcyjna, POM powinny posiadać:

- 1/ odpowiedni plan zagospodarowania przestrzennego, zabudowę uwzględniającą wymagania higieny oraz plan rozwoju produkcji,
- 2/ odpowiadające wymogom higieny budownictwo mieszkaniowe, gospodarcze, inwentarskie, przemysłowo-produkcyjne, warsztaty naprawcze,
- 3/ odpowiednie zaopatrzenie w wodę i usuwanie odpadków i nieczystości z uwzględnieniem ich kompostowania,
- 4/ niezbędne placówki kulturalno-oświatowe z wychowania fizycznego, stosownie do potrzeb gospodarstwa, zakładu,
- 5/ odpowiednie budownictwo komunalne i urządzenia sanitarne,
- 6/ niezbędne placówki usług rzemieślniczych, handlowych,

- 7/ pełne zabezpieczenie pod względem bhp maszyn, narzędzi używanych podczas pracy, budynków, podwórz, zakładów i miejsc pracy oraz warunków pracy w produkcji roślinnej, zwierzęcej i usługach,
- 8/ zabezpieczoną opiekę lekarsko-profilaktyczną ze strony wiejskiego ośrodka zdrowia a w koniecznych przypadkach zorganizowanie stałego lub dojazdowego punktu lekarskiego i aptecznego względnie drużyn sanitarnych PCK,
- 9/ powinny być stale utrzymane w należytej czystości oraz powinna być przeprowadzona deratyzacja, odmuszanie,
- 10/ powinny posiadać aktywną załogę zdolną do podejmowania czynów społecznych odnośnie poprawy warunków sanitarnych miejsc pracy, warunków bytowania i otoczenia,
- 11/ powinny posiadać również Zakładowy Komitet Higienizacji.

Podane ogólne kryteria, odnośnie wsi i obiektów wzorowych zostaną szczegółowo rozpracowane.

Piśmiennictwo

1. Brodniewicz A., Gastoł B, Grzymała S., Parnas J., Wawrzyszuk B. Projekt programu higienizacji wsi polskiej. Biuletyn Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi Nr 14, 1962 r., str. 148-179.
2. Genow M. Prouczwanie wrchu dwiżenieto za sanitarna kultura. Nauczni Trudowe 1957, str. 77-85 Medicina i Fizkultura, Sofija, 1958.
3. Instrukcja techniczna do opracowania projektów planów zagospodarowania przestrzennego zespołów wiejskich jednostek osadniczych. Komitet ds. Budownictwa Urbanistyki i Architektury, Warszawa, 1963.
4. Kamienow E. Higiena na siełoto. Medicina i Fizkultura, Sofija, 1961.
5. Karłowicz J., Niedźwiedzki W. Słownik języka polskiego, PIW, Warszawa, 1952.
6. Knabe H., Zunk S. Problemi sanitacije seoskih naselja u Njemackoj Demokratskoj Republice. Zdrastvene Novine Nr 1, 1964, str. 17-21.
7. Szniolis A. Uzdrawienie wsi. Zdrowie publiczne Nr 9-10, 1930, str. 1-14.
8. Wawrzyszuk B. Higienizacja wsi, planowanie, organizacja i wykonanie. Biblioteka Metodyczna Organizatora Oświaty Sanitarnej Nr 25, 1962, str. 30-44.

Źródło: „Kryteria wsi wzorowej pod względem higieny” 1965 r., Archiwum Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.

5. Regulamin pracy Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Higienizacji Wsi w Lublinie

Regulamin pracy

Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Higienizacji Wsi w Lublinie, powołanego Uchwałą Wojewódzkiej Rady Narodowej Nr 19/59 z dnia 18.XII.1959 roku.

Rozdział I.

Skład Komitetu, rola i zadania

§ 1.

Wojewódzki Społeczny Komitet Higienizacji Wsi składa się z Prezydium i Plenum Komitetu.

§ 2.

Do Prezydium Komitetu wchodzi: przewodniczący, dwóch zastępców, sekretarz, zastępca sekretarza i 8 członków.

§ 3.

W skład Komitetu wchodzi: przedstawiciele organizacji społeczno-politycznych i zawodowych, przedstawiciele wydziałów Rad Narodowych oraz przedstawiciele placówek naukowych, kulturalnych i gospodarczych.

§ 4.

Do zadań W.S.K.H.W. należy: a) koordynowanie wysiłków instytucji społecznych i państwowych, zmierzających do podniesienia stanu sanitarno-higienicznego i zdrowotności ludności wsi, b) kierowanie akcją higienizacji wsi oraz wytyczania kierunków i zadań w tym zakresie, c) powoływanie i wytyczanie zadań Komisjom Problemowym, d) powoływanie powiatowych, gromadzkich i wiejskich Komitetów Higienizacji Wsi, e) opracowanie planu higienizacji wsi, f) koncentracja środków i funduszy.

§ 5.

Komitet dąży w działalności swojej do podniesienia stanu sanitarno-higienicznego wsi oraz poprawy zdrowia jej mieszkańców przez:

- a) wzmoczenie oświaty sanitarnej związanej z higienizacją wsi,
- b) pobudzenie inicjatywy społecznej szerokich rzesz ludności w kierunku poprawy stanu sanitarno-higienicznego wsi i osiedli,
- c) poprawę starych i budowę nowych urządzeń sanitarnych,
- d) kontrolowanie i nadzorowanie budownictwa wiejskiego mieszkaniowego i inwentarskiego oraz opracowanie wytycznych dla działalności Komitetów terenowych,
- e) wskazywanie celowości wykorzystania dotacji pieniężnych i rzeczowych na potrzeby higienizacji wsi,
- f) propagowanie idei wspólnej pracy i uspołecznionych form działania w rozwiązywaniu problemów z zakresu ochrony zdrowia i higieny wsi,
- g) organizowanie konkursów i współzawodnictwa pomiędzy komitetami oraz udział w ocenie i przydzielaniu nagród,

- h) opracowanie planów higienizacji województwa oraz wytycznych działania dla Powiatowych Komitetów Higienizacji Wsi,
- i) inicjowanie i pomoc przy organizowaniu wiejskich zespołów produkcji zastępczych i wykorzystania miejscowych materiałów budowlanych,
- j) czynienie starań o fundusze na cele higienizacji wsi.

Rozdział II.

Posiedzenie Komitetu

§ 6.

W.S.K.H.W. zbiera się na posiedzenie przynajmniej 4 razy do roku (raz na kwartał) dla omówienia zagadnień organizacyjnych oraz zagadnień związanych z ruchem higienizacji wsi.

§ 7.

W.S.K.H.W. przynajmniej raz do roku organizuje Rozszerzone Posiedzenie Plenarne z udziałem przedstawicieli Komitetów terenowych w celu omówienia przebiegu higienizacji wsi.

§ 8.

Termin zwołania Rozszerzonego Posiedzenia Plenarnego wyznacza Prezydium Komitetu Wojewódzkiego.

§ 9.

W.S.K.H.W. raz do roku składa sprawozdanie ze swojej działalności Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej.

§ 10.

Terenem działalności W.S.K.H.W. jest woj. lubelskie.

Rozdział III.

Komisje Problemowe

§ 11.

W.S.K.H.W. powołuje następujące Komisje Problemowe działające w ramach Komitetu:

- 1) Komisja do spraw oświaty sanitarnej
- 2) Komisja do spraw zaopatrzenia wsi w wodę
- 3) Komisja do spraw asenizacji i zoohigieny
- 4) Komisja do spraw budownictwa wiejskiego
- 5) Komisja do spraw koordynacji i współzawodnictwa

§ 12.

W skład Komisji Problemowych wchodzi: przewodniczący, zastępca oraz 2 członków.

§ 13.

Członkami Komisji Problemowej winni być ludzie, którzy w pracy codziennej zajmują się danymi zagadnieniami (np. Pracownicy Wydz. Budownictwa - w Komisji do spraw budownictwa wiejskiego).

§ 14.

Zadania Komisji Problemowych

Do zadań Komisji Problemowych należą:

- a) zbieranie danych potrzebnych do opracowania planów higienizacji wsi w zakresie zagadnień jakimi dana komisja zajmuje się,
- b) czuwanie nad właściwym przebiegiem prac
- c) udzielanie porad i instruktażu na jakie problemy należy zwracać uwagę przy prowadzeniu higienizacji wsi.

§ 15.

Komisje Problemowe zobowiązane są do składania sprawozdań ze swojej działalności na posiedzeniach W.S.K.H.W.

Rozdział IV.

Organizacja

§ 16.

Na czele akcji higienizacji wsi województwa stoi W.S.K.H.W.

Na szczeblu powiatowym – P.S.K.H.W.

Na szczeblu gromadzkim – G.S.K.H.W.

Na wsi – Wiejski S.K.H.W.

§ 17.

Komitety Higienizacji Wsi wszystkich ogniw terenowych mogą być powoływane na wniosek odpowiedniej Rady Narodowej lub bezpośrednio przez W.S.K.H.W.

§ 18.

Wiejskie Komitety mogą być powoływane na życzenie samej ludności wsi jak również przez P.G.R.N.

§ 19.

Członkami Wiejskiego Społecznego Komitetu Higienizacji Wsi winni w zasadzie być wszyscy jej mieszkańcy. Natomiast członkami Prezydium przedstawiciele miejscowej ludności, inteligencji i aktywu społecznego działającego na wsi.

Rozdział V.

Działalność Komitetów terenowych

§ 20.

Do zadań Komitetów Powiatowych i Gromadzkich należy:

- 1) Zakładanie Komitetów Higienizacji Wsi Gromadzkich i Wiejskich.
- 2) Sprawowanie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem prac zmierzających do poprawy stanu sanitarno-higienicznego.
- 3) Doprowadzenie na swoim terenie do należytego stanu sanitarnego wszystkich urządzeń publicznych i społecznych jak studnie, ustępy, gnojownie, sklepy G.S., masarnie, mleczarnie, zlewnie mleka, targowiska, punkty skupu i uboju zwierząt, rampy kolejowe, grzebowiska, itp.
- 4) oraz wszystkie czynności wymienione w § 5.

§ 21.

Komitety Powiatowe dwa razy do roku (w miesiącu maju i październiku) przesyłają protokół z wykonania nakreślonych zadań do W.S.K.H.W. w Lublinie.

§ 22.

Działalność Komitetów Wiejskich winna polegać na dopilnowaniu mieszkańców wsi, by wykonali oni swoje zadania zmierzające do poprawy stanu sanitarnego ze zwróceniem uwagi na podane w § 20 p.3. zalecenia.

§ 23.

Komitet Wiejski lub Gromadzki może zwrócić się o pomoc w tym zakresie do Komitetu wyższego szczebla lub bezpośrednio do najwyższego.

§ 24.

Plan pracy dla Komitetów wszystkich szczebli opracowują Prezydium Komitetów wraz z Komitetem i Komisjami Problemowymi.

§ 25.

Działalność Komitetu może być zawieszona jedynie tylko na wniosek odnośnej Rady Narodowej, zatwierdzony przez W.S.K.H.W.

§ 26.

Wszyscy członkowie Komitetów winni pracować usilnie nad poprawą stanu sanitarnego wsi w celu usunięcia wielowiekowego zaniedbania w tym zakresie.

§ 27.

Odejście członka z Prezydium Komitetu lub Komitetu z powodu ważnych przyczyn, należy uzupełnić przez dookoptowanie nowego członka.

§ 28.

Komitety Higienizacji Wsi w zasadzie mogą posiadać fundusze pochodzące ze składek członków lub dotacji Instytucji Państwowych lub Społecznych.

§ 29.

Fundusze te mogą być wykorzystane jedynie tylko na potrzeby związane z higienizacją wsi.

§ 30.

O celowości wydatkowania posiadanych kredytów decydują Komitety lokalne w porozumieniu z W.S.K.H.W. Natomiast o celowości wydatkowania funduszy centralnych decyduje Wojewódzki Społeczny Komitet Higienizacji Wsi.

Dział Met.-Org. I.M.P.i H.W

Zakład Higieny Wsi I.M.P.i H.W.

Źródło: Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny, poświęcony organizacji ochrony zdrowia na wsi, higienie pracy w środowisku wiejskim oraz higienizacji wsi polskiej, przeznaczony dla lekarzy wiejskich, korespondentów i współpracowników naukowych Instytutu, IMPiHW, Lublin, 1961, Nr 11, s. 368-373.

6. Statut Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego

STATUT KOMITETU HIGIENIZACJI WSI WOJEWÓDZTWA POZNAŃSKIEGO (wyjątki)

Założyciele Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego

1. dr Stanisław Grzymała
2. mgr Janina Jabłońska
3. dr Kazimierz Neyman
4. mgr Józef Osipiak
5. Helena Piątek
6. lek. Alfred Gallus
7. lek. Zbigniew Bartkowiak
8. dr Zygmunt Mencil
9. ek. Zbigniew Komarnicki
10. mgr Arkadiusz Tifenbach
11. dr Aleksander Golenda
12. lek. Maria Krajewska
13. lek.wet. Wiktor Rajszyś
14. mgr Tadeusz Pietrkiewicz
15. lek. Janusz Paluszyński
16. mgr Rajmund Fiksiński
17. Bolesław Kopa
18. mgr Bogdan Ciszewski

Rozdział I

Nazwa, teren działania i siedziba

§ 1

Stowarzyszenie pod nazwą „Komitet Higienizacji wsi Województwa Poznańskiego” działa na podstawie niniejszego statutu.

§ 2

Terenem działalności Stowarzyszenia jest województwo poznańskie. Siedzibą organów naczelných Stowarzyszenia jest miasto Poznań.

§ 3

Stowarzyszenie jest zarejestrowane na czas nieograniczony i posiada osobowość prawną.

§ 4

Stowarzyszenie posiada prawo zakładania oddziałów terenowych, powiatowych i lokalnych komitetów higienizacji wsi.

§ 5

Stowarzyszenie utrzymuje kontakty, mające na celu wymianę doświadczeń z krajowymi i zagranicznymi instytucjami i stowarzyszeniami, dążącymi do po-

prawy warunków higieniczno-sanitarnych wsi oraz zdrowotności jej mieszkańców. W szczególności Stowarzyszenie współpracuje z: Polskim Czerwonym Krzyżem, Polskim Towarzystwem Higienicznym, instytutami naukowymi, ruchem spółdzielczości wiejskiej oraz organizacjami społecznymi i politycznymi działającymi na terenie wsi.

Rozdział II

Charakter, cele i środki działania

§ 6

Stowarzyszenie dąży w swojej działalności do poprawy stanu sanitarno-higienicznego wsi wielkopolskiej i poprawy zdrowia jej mieszkańców przez:

- a) pobudzenie inicjatywy zmierzającej do poprawy zdrowotności mieszkańców wsi i poprawy warunków sanitarno-higienicznych, zwłaszcza przez budowę urządzeń sanitarnych,
- b) przeprowadzenie prac, mających na celu podniesienie stanu zdrowotnego i higienicznego wsi,
- c) występowanie do władz państwowych z wnioskami, dotyczącymi spraw zdrowia i higieny,
- d) szerzenie na terenie wiejskim naukowych poglądów na istotę i powstawanie chorób, pogłębianie znajomości zasad higieny oraz zwalczanie znachorstwa i przesądów w zakresie ochrony zdrowia,
- e) prowadzenie na terenie miast propagandy higienizacji wsi,
- f) gromadzenie środków pieniężnych i materialnych na potrzeby higienizacji wsi,
- g) koordynację wszelkich wysiłków społecznych, zmierzających do poprawy warunków sanitarno-higienicznych wsi,
- h) współdziałanie w realizacji planów państwowych dotyczących poprawy warunków sanitarno-higienicznych wsi,
- i) propagowanie idei wspólnej pracy i uspołecznionych form działania w rozwiązywaniu problemów z zakresu ochrony zdrowia i higieny wsi.

Rozdział III

Członkowie

§ 7

Członkami Stowarzyszenia mogą być osoby fizyczne o nienagannej przeszłości, które:

- a) ukończyły 18 lat
- b) zgłosiły swe przystąpienie do Stowarzyszenia,
- c) zostały doń przyjęte decyzją Prezydium Komitetu Higienizacji Wsi (Wojew. Powiat. Lokal.) oraz osoby prawne.

§ 8

Członkowie Stowarzyszenia dzielą się na zwyczajnych i honorowych.

.....

Rozdział IV

Organizacja

§ 15

Jednostkami terenowymi Stowarzyszenia są:

- a) Wojewódzki Komitet z siedzibą w Poznaniu,
- b) Powiatowe Komitety z siedzibą w miastach powiatowych,
- c) Lokalne Komitety, działające we wsiach objętych higienizacją.

§ 16

Lokalne Komitety powoływane są w poszczególnych wsiach przez ludność wiejską, przy czym z inicjatywą organizowania tego komitetu może wystąpić Prezydium Komitetu wyższego szczebla.

§ 17

Powiatowe Komitety powoływane są przez miejscowe społeczeństwo, przy czym z inicjatywą organizowania tego komitetu może wystąpić Prezydium Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego.

§ 18

Wojewódzki Komitet powoływany jest przez przedstawicieli społeczeństwa wielkopolskiego, pragnących wszechstronnego rozwoju wsi wielkopolskiej.

§ 19

- a) Najwyższym organem Stowarzyszenia jest Wojewódzki Zjazd Delegatów Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego,
- b) Organami Stowarzyszenia są:
 - I. Walne Zebranie Lokalne
 - II. Powiatowy Zjazd Delegatów Komitetu Higienizacji Wsi
 - III. Prezydium Komitetów (Wojewódzkiego, Powiatowego, Lokalnego)
 - IV. Komisja Rewizyjna
 - V. Sąd Koleżeński

§ 20

Wojewódzki Zjazd Delegatów Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego odbywa się jeden raz w roku w okresie jesienno-zimowym.

§ 21

Miejscem odbywania Wojewódzkiego Zjazdu Delegatów Komitetu Higienizacji Wsi jest miasto Poznań.

§ 22

Wojewódzki Zjazd dokonuje podsumowania dotychczasowych osiągnięć, ustala wytyczne działalności Stowarzyszenia. Ponadto, Walny Zjazd wybiera Prezydium Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego, Komisję Rewizyjną i Sąd Koleżeński.

§ 23

Uchwały organów Stowarzyszenia zapadają zwykłą większością głosów. W razie równości decyduje głos Przewodniczącego.

§ 24

Prezydium Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego może, w wypadku zaistnienia wyjątkowych okoliczności zwołać Nadzwyczajny Zjazd Delegatów Stowarzyszenia.

§ 25

Prezydium Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego zobowiązane jest zwołać nadzwyczajny zjazd na pisemne żądanie co najmniej 10 Komitetów Powiatowych.

§ 26

W Wojewódzkim Zjeździe włącznie w Nadzwyczajnym Zjeździe Delegatów Stowarzyszenia biorą udział:

- a) delegaci wybrani przez Powiatowe i Lokalne Komitety przy czym Powiatowe Komitety wybierają po trzech delegatów, a Lokalne Komitety wybierają po jednym delegacie,
- b) Członkowie Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego,
- c) członkowie honorowi Stowarzyszenia.

§ 27

Komisja Rewizyjna Stowarzyszenia jest jego organem kontroli. Komisja Rewizyjna Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego składa się z: 5 członków i 2 zastępców, wybranych przez Zjazd Delegatów Stowarzyszenia. Komisja Rewizyjna Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi Województwa Poznańskiego wybiera ze swego grona przewodniczącego, sekretarza i ich zastępców.

§ 28

Do zakresu działań Komisji Rewizyjnej Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi należy:

- a) kontrola gospodarki majątkowej Wojewódzkiego Komitetu pod względem celowości, oszczędności i legalności oraz kontrola działalności wszystkich organów Wojewódzkiego Komitetu pod względem zgodności ze statutem i programem działalności Stowarzyszenia,
- b) składanie sprawozdań na Zjeździe Delegatów Stowarzyszenia i stawianie wniosków o udzielenie absolutorium ustępującemu Prezydium Wojewódzkiego Komitetu.

Członkowie Komisji Rewizyjnej Wojewódzkiego Komitetu mają prawo uczestniczenia w posiedzeniach Prezydium Wojewódzkiego Komitetu z głosem doradczym.

...

§ 30

Prezydium Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi zwoływane jest przez Przewodniczącego Prezydium co najmniej 1 raz w ciągu 3 miesięcy. Do zakresu działania Prezydium Wojewódzkiego Komitetu należy:

- a) kierowanie działalnością Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi,
- b) wykonywanie uchwał Zjazdu Delegatów oraz uchwał i zarządzeń organów Stowarzyszenia,

- c) opracowywanie planów pracy, preliminarzy budżetowych i sprawozdań Wojewódzkiego Komitetu,
- d) uchylanie uchwał Komitetów Lokalnych i Powiatowych oraz zawieszanie w czynnościach Prezydium Komitetów Powiatowych i Komitetów Lokalnych oraz poszczególnych członków w wypadku niezgodności uchwał i działalności ze statutem Stowarzyszenia,
- e) zwoływanie Wojewódzkiego Zjazdu Delegatów Stowarzyszenia,
- f) reprezentowanie Stowarzyszenia.

§ 31

Prezydium Powiatowego Komitetu Higienizacji Wsi zwoływane jest przez Przewodniczącego Prezydium co najmniej 1 raz w ciągu 3 miesięcy. Do zakresu działania Prezydium Powiatowego Komitetu należy:

- a) kierowanie działalnością Powiatowego Komitetu,
- b) wykonywanie uchwał Zjazdu Delegatów Stowarzyszenia, Zjazdu Powiatowego oraz wytycznych Prezydium Wojewódzkiego Komitetu Higienizacji Wsi,
- c) opracowanie planów pracy, preliminarzy budżetowych i sprawozdań Powiatowego Komitetu,
- d) zwoływanie Powiatowego Zjazdu.

§ 32

Zjazd Powiatowy odbywający się 1 raz w roku w okresie jesienno-zimowym dokonuje analizy działalności Stowarzyszenia na terenie powiatu, ustala program dalszej pracy w oparciu o wytyczne Wojewódzkiego Zjazdu Delegatów Stowarzyszenia, a także wybiera Prezydium i Komisję Rewizyjną Powiatowego Komitetu Higienizacji Wsi.

§ 33

Komisja Rewizyjna Powiatowego Komitetu składa się z trzech członków i dwóch zastępców, wybranych przez Zjazd Powiatowy. Komisja Rewizyjna wybiera spośród siebie przewodniczącego i sekretarza. Do zakresu działania Komisji Rewizyjnej Powiatowego Komitetu stosuje się odpowiednie przepisy § 30.

§ 34

Walne Zebrania Lokalnego Komitetu Higienizacji Wsi odbywają się co najmniej 2 razy w roku. Walne Zebranie Lokalne dokonuje wyboru Prezydium Lokalnego Komitetu, opracowuje program rocznych prac dla realizacji zadań wytyczonych przez Wojewódzki i Powiatowy Zjazd. W Walnym Zebraniu Lokalnym biorą udział wszyscy członkowie Lokalnego Komitetu.

§ 35

Prezydium Lokalnego Komitetu zwoływane jest przez Przewodniczącego Prezydium co najmniej 1 raz w miesiącu. Do zakresu działalności Prezydium Lokalnego Komitetu należy:

- a) kierowanie działalnością Lokalnego Komitetu,
- b) wykonywanie uchwał Zjazdu Delegatów Stowarzyszenia, Zjazdu Powiatowego, wytycznych Prezydium Wojewódzkiego Komitetu i programu działania uchwalonego przez Walne Zebranie Lokalne.

...

Rozdział V
Fundusz Stowarzyszenia
§ 42

Fundusz Stowarzyszenia składa się ze składek członkowskich oraz z dotacji ofiarowanych przez osoby fizyczne i prawne.

Źródło: Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny poświęcony sprawom bhp w rolnictwie i leśnictwie oraz higienizacji wsi polskiej przeznaczony dla lekarzy wiejskich, korespondentów i współpracowników naukowych Instytutu oraz dla pracowników służby sanitarno-epidemiologicznej na wsi, IMPiHW, Lublin, 1960, Nr 10, s. 193-200.

7. Regulamin konkursu czystości dla przodujących rolników

REGULAMIN

konkursu czystości dla przodujących rolników powiatu
lubartowskiego pod hasłem:

„W obejściu wiejskim — z higieną na ty” organizowanego
w ramach konkursu wojewódzkiego „Zmieniamy oblicze wsi lubelskiej”

I. Celem konkursu jest podniesienie stanu sanitarnego obejść przodujących rolników, by stały się przykładem, nie tylko postępu w rolnictwie, ale również kultury sanitarnej.

II. Organizatorami konkursu są:

Wydział Zdrowia, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna i Przychodnia Obwodowa, przy współpracy z następującymi instytucjami:

1. Redakcja „Sztandar Ludu” — organ KW PZPR w Lublinie,
2. Wydział Rolnictwa i Leśnictwa,
3. Powiatowy Związek Gminnych Spółdzielni „Samopomoc Chłopska”,
4. Powiatowy Związek Kółek Rolniczych,
5. Spółdzielnia Ogrodniczo-Pszczelarska,
6. Bank Spółdzielczy,
7. OSM w Lubartowie,
8. OSM w Michowie.

Konkurs trwa w okresie od 1 stycznia do 30 maja 1970 r.

III. Warunki konkursu:

1. Doprowadzenie do właściwego stanu sanitarnego studni przez obudowę kółwrotu okrągłą budką z drzwiczkami, zainstalowanie stałego wiadra do czerpania wody, ocementowanie cembrowiny dookoła w promieniu 1 m, z lekkim spadkiem od środka, Estetyczne pomalowanie budki. Za spełnienie tego warunku uzyskać można do 15 punktów.

2. Wybudowanie przepisowego, murowanego lub drewnianego, ustępu ze szczelnym wycementowanym, pojemnikiem. Pojemnik powinien być tak wykonany, by nieczystości nie zanieczyszczały gleby i nie przedostawały się do wody studziennej. Ustęp powinien być oddalony co najmniej 15 m od studni i 10 m od domu mieszkalnego. Za spełnienie tego warunku uzyskać można 20 punktów za ustęp murowany i do 15 punktów za ustęp drewniany,

3. Wybudowanie murowanego, cementowego lub drewnianego szczelnego śmietnika ze szczelnym przykryciem. Wielkość śmietnika powinna odpowiadać potrzebom, obejścia. Śmietnik powinien być oddalony w miarę możliwości 15 m od studni i 10 m od domu mieszkalnego. Za spełnienie tego warunku uzyskać można do 15 punktów za śmietnik cementowy lub murowany oraz do 10 punktów za śmietnik drewniany.

4. Wybudowanie cementowego lub murowanego gnojownika do gromadzenia obornika. Wielkość gnojownika powinna odpowiadać potrzebom obejścia. Gnojownik powinien być w miarę możliwości oddalony od studni i od domu o 15 m. Dno gnojownika powinno być ocementowane, w celu zabezpieczenia gleby przed zanieczyszczeniem. Gnojownik powinien posiadać szczelną przykrywą zabezpieczającą przed przedostaniem się owadów (much). Za spełnienie tego warunku uzyskać można do 20 punktów.

5. Posiadanie kompletu odzieży ochronnej do pracy ze środkami chemicznymi w rolnictwie, tj. kombinezonu, półmasek, okularów, rękawic gumowych- lub igielitowych, butów gumowych, oraz używanie jej każdorazowo przy stosowaniu środków chemicznych. Za spełnienie tego warunku uzyskać można do 15 punktów. Za posiadanie poszczególnych elementów odzieży uzyskać można: za kombinezon — 6 pkt., półmaskę — 4 pkt, okulary — 3 pkt, rękawice — 2 pkt. Posiadanie samych butów nie będzie punktowane.

6. Pobielenie obory i chlewni co najmniej 1 raz w terminie do 1 maja 1970 r.

Za spełnienie tego warunku uzyskać można do 5 punktów.

7. Utrzymanie w stałej czystości, ładzie i porządku całego obejścia przez okres trwania konkursu. Za spełnienie tego warunku uzyskać można do 8 punktów.

8. Doprowadzenie do estetycznego stanu ogrodu, pomalowanie lub pobielenie parkanu, ewentualnie założenie siatki względnie wyremontowanie parkanu. Za spełnienie tego warunku uzyskać można do 10 punktów.

IV. Rolnicy, którzy spełnią wszystkie warunki, będą mogli ubiegać się o przodujące miejsca w konkursie. Warunkiem uczestniczenia w konkursie i uzyskania nagrodzonego miejsca jest spełnienie co najmniej jednego z wymienionych ośmiu warunków konkursu. Niemniej ambicją każdego uczestnika konkursu powinno być spełnienie jak największej ilości warunków i doprowadzenie swego obejścia do wzorowego stanu sanitarnego. Podsumowanie konkursu i rozdanie nagród uczestnikom odbędzie się w miesiącu czerwcu w Powiatowym Domu Kultury w Lubartowie, połączone z imprezą oświatowo-zdrowotną oraz utrwaleniem na taśmie filmowej PKF przebiegu konkursu i imprezy. Oceny stanu sanitarnego obejść tych rolników, którzy spełnią wszystkie warunki konkursu, dokona komisja w składzie: przedstawiciele Wydziału Zdrowia, Powiatowej Stacji San.-Epid., Wydziału Rolnictwa, Przychodni Obwodowej.

Oceny stanu sanitarnego pozostałych obejść dokona służba zdrowia oraz służba rolna z terenu powiatu.

V. Nagrody

Za udział w konkursie zależnie od ilości spełnionych warunków przewidziane są nagrody rzeczowe w postaci:

- 1) maszyn rolniczych,
- 2) opylaczy do środków chemicznych i kompletów odzieży ochronnej,
- 3) sprzętu gospodarstwa domowego — pralek, odkurzaczy, prodiżów, mikserów itp.,
- 4) sprzętu i środków do utrzymania higieny i kompletów toaletowych,
- 5) sprzętu niezbędnego do przeprowadzania higienicznego udoju, przechowywania i transportu mleka.

Źródło: J. Cyfrowicz (1970): Z działalności oświatowo-zdrowotnej w powiecie lubartowskim, konkursy, turnieje, imprezy, w: H. Wentlandtowa (red.): Konkursy w wychowaniu zdrowotnym, PZWL, Warszawa: 69-85.

8. Konkurs „Wzorowa zagroda”

KONKURS „WZOROWA ZAGRODA”

Jednym z podstawowych zadań działalności oświatowo-zdrowotnej, jakie postawił sobie Oddział Oświaty Zdrowotnej WSSE w Poznaniu, jest systematyczne podnoszenie zasobu wiadomości o zdrowiu i jego ochronie wśród społeczeństwa wiejskiego. W realizacji jego miała pomóc specjalna akcja, rozpoczęta w 1969 r., a zakończona w 1970 r. ankietą „Wzorowa zagroda”. Celem jej było przede wszystkim:

- spopularyzowanie wiedzy z zakresu higieny gospodarstwa wiejskiego; budynku mieszkalnego, budynków gospodarczych, studni, ustępów/śmietnika, ogródka warzywnego i owocowego,
- przekazanie zdobytych przez młodzież wiadomości starszemu pokoleniu poprzez wspólnie wypełnioną ankietę,
- poprawa stanu sanitarnego według możliwości,
- zwrócenie uwagi na przestrzeganie przepisów sanitarnych w miejscach publicznych (drogi, parki),

Miejsce i czas trwania konkursu

Konkurs – wzorzec został zorganizowany wspólnie ze Szkołą Podstawową w Powidzu pow. Gniezno oraz z zespołem instruktorów o. z. z terenu woj. poznańskiego. Do konkursu przystąpiły dzieci dwóch klas siódmych tej szkoły, Po wykładzie Kierownika Oddziału OZ na temat higieny osiedla wiejskiego, ilustrowanym flanelografem, tablicami instrukcyjnymi oraz odpowiednim zestawem ulotek, uczniowie otrzymali ankietę „Wzorowa zagroda”, celem wypełnienia ich w domu.

KONKURS „WZOROWA ZAGRODA”

Nazwa wsi Ilość mieszkańców

Imię i nazwisko gospodarza

- I. Dom mieszkalny** — drewno (2), cementówka (3), pustaki (4), cegła (5)
- Dach — słoma (0), papa (1), blacha (2), dachówka (3)
- Strych — jest (2), nie ma (0)
- Podpiwniczony — tak (2), nie (0)
- Podłogi — deski (2), cement (1), inne (2)
- Urządzenia sanitarne — pralka (1), natrysk (3), łazienka (2), WC (3), kanalizacja (3)
- Ogrzewanie — piec (2), centralne (3), inne (1—2)
- Oświetlenie — dzienne: jasno (2), ciemno (1) elektryczne (5), nafta (1), inne (1-3)
- Kuchnia — węglowa (1), gazowa (2), elektryczna (3)
- Urządzenia kulturalno-oświatowa — radio (2), telewizja (3), biblioteczka (4)
- Ogólny stan sanitarny pomieszczeń mieszkalnych — czysto (10), średnio (5), brudno (0)
- II. Zaopatrzenie w wodę**
- Studnie — rodzaj — kopane (5), wiercone (10), źródliki (2), wodociąg (25)
- Usytuowanie — najwyższy punkt w otoczeniu: tak (2), nie (0)
- Przykrycie — szczelne (2), nieszczelne (0)
- Zabezpieczenie i otoczenie — zamknięte (2), otwarte (0) wybrukowane (2), l—1,5 m, nie wybrukowane (0)
- Odległość od zanieczyszczeń — a) od gnojownika 15 m czy mniej (0)
b) od śmietnika 15 m czy mniej (0)
c) od ustępu 15 m czy mniej (0)
d) od domu mieszkalnego 7,5 m (1)
- Woda badana w SSE — zdatna do picia: tak (2), nie (0)
- III. Ustęp podwórzowy** — a) zwykły dół kloaczny (1)
b) betonowy dół kloaczny (2)
c) skrzynkowy dół kloaczny (2)
zamykany: tak (2), nie (0)
przykryty szczelnie dół kloaczny: tak (2), nie (0)
wentylowany: tak (2), nie (0)
oświetlony: tak (2), nie (0) papier: tak (2), nie (0)
- IV. Gnojownik** — a) wybetonowany: tak (3), nie (0) b) przykryty: tak (3), nie (0)
- V. Śmietnik** — drewniany (1), metalowy (2), murowany (2) zakryty (2), odkryty (0)
- VI. Budynki gospodarcze** — obora (2), stajnia (2), świniarnia (2), kurnik (1), stodoła (1)

Stan	—	dobry (4), dostateczny (3), zły (0) oświetlenie; dobre (2), złe (0) wentylacja: dobra (2), zła (0)
VII. Przejścia brukowane do:	—	studni (1), ustępu (1), budynków inwentarskich i gospodarczych (1), gnojownika (1), śmietnika (1)
VIII. Opłotowanie obejścia	—	bez (0), drut (2), drewniane (3), bramy wejściowej murowane (3), siatka (5)
IX. Ogród warzywny	—	nie ma (0), jest, dobrze utrzymany (20), źle (10)
kwiaty — trawnik		są (5), nie ma (0)
drzewa		
X. Ogólny stan sanitarny	—	czysto (15), średnio (5), brudno (0)
obejścia gospodarczego		
XI. Co można ulepszyć w gospodarstwie?		
1.	
2.	
3.	
 Razem punktów:	Ocena — zagroda wzorowa	— 180 — 200 punktów
	bardzo dobry	— 160 — 180 punktów
	dobry	— 130 — 160 punktów
	dostateczny	— 100 — 130 punktów
	niedostateczny	poniżej 100 punktów

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna — Oddział Oświaty Sanitarnej,
Poznań, 1969/70 rok.

Nazajutrz ankiety zebrano i oceniono wg ustalonej punktacji, Przyjęto do średniej oceny po 17 ankiet typowych zagród wiejskich. Wygrała, nieznaczną ilością punktów klasa VII a, uzyskując 2258 punktów oraz piłkę z siatką jako nagrodę zbiorową, podczas gdy klasa VII b — 2150 punktów i komplet rakietek z lotkami. Ogółem - było: 7 zagród bardzo dobrych pod względem sanitarnym, dobrych — 18, dostatecznych 7 i 2 niedostateczne.

Ankiety oceniali instruktorzy o. z. Do dwóch najlepszych zagród udało się 3-osobowe jury, które zlustrowało na miejscu ich stan sanitarny. Pokrywał się on z oceną ankietową. W tym czasie przedstawiciele obu klas (po 3 osoby) odpowiadali na następujące pytania zgaduj-zgaduli (każdy uczeń na 3 wylosowane pytania):

1. Co rozumiesz pod pojęciem higieny komunalnej?
2. Jakie urządzenia sanitarne powinny znajdować się we wzorcowym budynku mieszkalnym?
3. Wymień wymogi higieniczne dla ustępu.
4. Jaka organizacja społeczna zajmuje się uzdrowotnianiem warunków życia na wsi i z kim powinna współpracować celem właściwego wykonania swoich zadań?
5. Co rozumiesz przez kompostowanie i jak powinno ono prawidłowo przebiegać?

6. Wymień elementy „zieleni” znajdujące się we wzorcowej zagrodzie oraz ich cele i wartości.
7. Zarazki jakich chorób mogą być przenoszone przez muchy?
8. Jaki jest cykl rozwoju muchy?
9. W jakich warunkach muchy najlepiej rozwijają się (wymień środki tępiące muchy i ich larwy)?
10. Co to są tzw. „choroby brudnych rąk”, wymień je.
11. Jakie są przyczyny szerzenia się chorób zakaźnych przewodu pokarmowego?
12. Jak powinien być zbudowany prawidłowy śmietnik i gnojownik?
13. Jakie warunki musi spełnić dobra studnia?
14. Ile litrów wody potrzeba w gospodarstwie dla 1 konia lub krowy w ciągu doby, a ile dla drobiu?
15. Jaki rodzaj studni nadaje się do zaopatrywania wodociągu lokalnego lub komunalnego w dobrą wodę oraz jakie urządzenia komunalne mogą być zaopatrywane w wodę z wodociągu?
16. Jakie znasz studnie i jak oceniasz ich wartość?
17. Ile litrów wody do jedzenia, picia i mycia powinno zapewnić się w ciągu doby jednemu mieszkańcowi i jaki sposób mycia jest zgodny z wymogami higieny?
18. Jakie warunki powinna spełnić dobra woda?

Za prawidłowe odpowiedzi uczniowie otrzymali jako nagrody torby turystyczne i niezbędniki. Odpowiedzi punktowano od 0 - 3 pkt.

Dla uogólnienia wniosków z konkursu — wzorca instruktorzy o.z. z 29 powiatów rozdali, po uprzednich wykładach z pomocami metodycznymi, ankiety dzieciom ze szkół wiejskich. Po wypełnieniu wszystkie ankiety zostały przesłane do Oddziału Oświaty Zdrowotnej, gdzie przeprowadzono szczegółową analizę poszczególnych pozycji. Zwrócono specjalną uwagę na odpowiedzi na pytanie: co można ulepszyć w gospodarstwie,

W wyniku tej analizy okazało się, że:

- 120 — dzieci chciałoby założyć wodociąg w gospodarstwie,
- 97 — centralne ogrzewanie
- 88 — łazienki
- 86 — wycementować podwórze
- 70 — założyć kanalizację
- 39 — ogrodzić gospodarstwo
- 44 — wybetonować gnojownik
- 36 — założyć kuchnię gazową
- 25 — zakupić telewizor
- 20 — założyć elektryczność w budynkach gospodarczych
- 18 — założyć sad
- 9 — poszerzyć okna
- 8 — założyć wentylację
- 5 — doprowadzić wodę do budynków gospodarczych
- 5 — zakupić pralkę

- 3 — założyć biblioteczkę
- 1 — zakupić radio.

W bieżącym roku znów wypełnią ankietę ci sami uczniowie, dzięki czemu będzie można stwierdzić, czy nastąpiła poprawa w stanie higieniczno-sanitarnym i kulturalnym zagrod. Trzy klasy, w których wpływ dzieci na rodziców doprowadził do największej ilości pozytywnych zmian w zagrodzie, zostaną wyróżnione nagrodami.

Źródło: M. Bedryńska-Dobek, H. Fabisiak (1970): Konkursy „Wzorowa zagroda” i „Racjonalne żywienie” w: H. Wentlandtowa (red.): Konkursy w wychowaniu zdrowotnym, PZWL, Warszawa: 91-97.

9. Działalność społeczna i higienizacyjna ks. Wacława Blizińskiego w podkaliskim Liskowie

Lisków to wieś położona w powiecie kaliskim województwa wielkopolskiego. Jego powstanie identyfikowane jest z końcem XIII wieku, a najbardziej spektakularny rozwój i przemiana utożsamiana z początkiem XX wieku.

Główne zasługi w prowadzeniu zmian na polu higienizacji należy przypisać księdzu prałatowi Wacławowi Blizińskiemu (1870-1944). Pełnił on funkcję proboszcza w liskowskiej parafii, a ponadto zajmował stanowisko Dyrektora Departamentu Opieki Społecznej oraz posła na Sejm, a następnie senatora (Mikołajczyk 1985, s. 133).

Ksiądz Bliziński urodził się, jako pierwszy z trzech synów Mateusza i Magdaleny z Warychwskich, w Warszawie, gdzie edukował się w szkole początkowej i przez krótki okres w III Gimnazjum im. Jana Kazimierza, z którego został relegowany za odważne prezentowanie swojego patriotyzmu. Dalszą naukę pobierał indywidualnie od korepetytorów. W 1887 r. wstąpił do Seminarium Duchownego we Włocławku. Rozwój intelektualny i duchowy mógł realizować dzięki stypendium ufundowanemu przez hrabinę Ludwikę Ostrowską. Pracę duszpasterza, jako 22-letni diakon, rozpoczął latem 1892 r. parafii w Zagórowie (był tam 3 miesiące), kontynuował ją już jako wyświęcony kapłan, począwszy od grudnia tego samego roku, w Cieszęcinie w powiecie wieluńskim, a w sierpniu 1893 r. objął funkcję wikariusza katedry włocławskiej. Po sześcioletnim okresie nabywania doświadczeń wynikających z codziennej pracy kapłańskiej, ks. Bliziński został skierowany w 1899 r. do parafii w Liskowie, liczącej 5300 osób, w której objął funkcję proboszcza (Kęszka 2006, s. 7-8).

Ogromna charyzma, zmysł organizatorski i natura społecznika to cechy, które pozwoliły ks. Blizińskiemu zrewolucjonizować Lisków i uczynić wsią wzorową, godną naśladowania. Jego zaangażowanie sprawiało, że odzew społeczny na proponowane pomysły nowelizatorskie był duży.

Ksiądz prałat Bliziński, po przybyciu do Liskowa, zastał w nim ludność o bardzo niskim wykształceniu. Aż 87% jego mieszkańców było analfabetami, działała tylko jednoklasowa szkoła, do której uczęszczało zaledwie 40 dzieci (Bliziński 2003, s. 31).

Problemem wymagającym pilnego rozwiązania była plaga pijaństwa wśród Liskowian. W celu walki z nią w 1900 r. założył Parafialne Bractwo Trzeźwości (Kęszka 2011, s. 29).

Aby uzyskać jak najlepsze efekty swojej działalności, już w początkowej fazie pobytu w tej parafii zorganizował potajemną naukę czytania i pisania dla swoich parafian. Inną formą szerzenia oświaty, jaką zastosował ks. Bliźnińskiego, było rozprowadzanie wśród światlejszych gospodarzy dwóch gazet ludowych (początkowo po 10 egz.) – „Zorzy” i „Gazety Świątecznej”, by ci z kolei czytając na głos edukowali innych. Na przestrzeni lat 1905-1907 udało mu się również zorganizować 7 ochronek, które pełniły funkcję szkół elementarnych. (http://www.liskow.pl/asp/pl_start.asp?typ=14&menu=25&strona=1).

Proboszcz Wacław Bliźniński stał się inicjatorem wcielenia w życie idei spółdzielczości wśród ludności Liskowa. Dzięki jego innowacyjnym pomysłom w styczniu 1902 r. powstało stowarzyszenie spożywcze o nazwie „Gospodarz”, funkcjonujące na zasadach spółdzielczych. Wśród jego priorytetowych zadań znalazły się: dostarczanie mieszkańcom dobrej jakości i taniego towaru oraz unikanie pośrednictwa w transakcji kupno-sprzedaż, a także wzajemna pomoc w wysiłkach poprawiających funkcjonowanie gospodarstw rolnych. Zainicjował również organizację stowarzyszenia o nazwie „Wzajemne ubezpieczenie od pożarów”, którego naczelną ideą było wsparcie materialne osoby pokrzywdzonej w pożarze przynależącej do stowarzyszenia przez innych jego członków, a w 1911 r. mleczarnię spółdzielczą (Karczewski 1937, s. 35 i dalsze).

Walka o polepszenie sytuacji higienicznej mieszkańców Liskowa poprzedzona była wysiłkami proboszcza Bliźnińskiego ukierunkowanymi na niwelację zastoju gospodarczego tej wsi. Słusznie on rozumował, że dokonywanie zmian w stylu życia, nawykach higienicznych i kulturze zdrowotnej może przynieść jakieś efekty tylko wtedy gdy jego parafianie będą mieli zapewniony byt materialny.

Służyć temu miało m.in. utworzone przy jego udziale w 1906 r. Kółko Rolnicze. Zrzeszało ono m.in. świątłych ziemian, chłopów, którzy mieli pomóc w podniesieniu kultury gospodarstw małorolnych, poprzez udzielanie praktycznych wskazówek dotyczących uprawy roli. Biednym chłopom udostępniano również urządzenia służące do produkcji rolnej (np. siewników). Ważnym elementem działalności mającej na celu podniesienie poziomu ich wiedzy dotyczącej prowadzenia gospodarstwa rolnego były zainicjowane w 1907 r. kursy rolnicze. Z kolei bezrolni chłopci z Liskowa lepszy byt mogli osiągnąć dzięki powstałym warsztatom tkackim, których funkcjonowanie z kolei zwiększało zapotrzebowanie na płody rolne (np. len), a przez to dawało pracę rolnikom i ich rodzinom (Karczewski 1937, s. 57 i dalsze).

Ogniskiem ruchu oświatowego i ekonomicznego stał się oddany do użytku w 1908 r. Dom Ludowy. Wybudowany został dzięki pomysłowości proboszcza Bliźnińskiego, a potrzebne na to przedsięwzięcie pieniądze pochodziły ze składek, ofiar i sprzedaży akcji dziesięciorublowych. Mieścił on w sobie wiele pomieszczeń o jasno określonym przeznaczeniu. Na parterze budynku były to: sala do zebrań, zabawy, ochronka, sklep spółdzielczy, lokal dla kasy pożyczkowej, a także mieszkania dla zarządzających budynkiem i dla ochraniarki. Z kolei na pierwszym piętrze zlokalizowa-

no sala z przeznaczeniem dla tkaczy, pomieszczenie dla majstra i terminatorów oraz internat dla chłopców (Kosmowska 1918, s. 84).

Najbardziej związane z ruchem higienizacji wsi, efekty działalności społecznikowskiej księdza Blizińskiego, znalazły wyraz w organizacji kąpeli ludowych, pralni, izby porodowej, szpitalu i jedynej w odrodzonej Polsce wiejskim ośrodku zdrowia (Demel 2000a, s. 11). Ważnym nurtem działań odnoszących do kwestii higienizacji były również działania edukacyjne realizowane w obrębie ochronki, szkoły średniej i szkoły mleczarskiej oraz popularyzowanie wiedzy w utworzonej bibliotece i czytelnicy.

Kąpiele Liskowian mogły się odbywać dzięki wybudowanej w 1910 r., na placu należącym do Domu Ludowego, łaźni. Miała być ona wyrazem wcielenia w czyn hasła „czystość to zdrowie”. Fundusze na jej budowę pochodziły z wielu źródeł, a ich pozyskanie było możliwe dzięki zaradności księdza Blizińskiego. Znaczący wkład finansowy miało WTH, które mogło to uczynić dzięki woli przedśmiertnej, nieżyjącego już wówczas, Ludwika Górskiego, popierającego ideę organizowania takich obiektów. Ofiarodawcami były także: miejscowe warsztaty tkackie, Towarzystwo Opieki nad Dziećmi, Związek Katolicki, Centralne Towarzystwo Rolnicze, ks. Bliziński, inni drobni ofiarodawcy, a także organizatorzy zabaw ludowych w Liskowie (Moczydłowska 1913, s. 104-105).

Łaźnia wyposażona była w cztery wanny i saunę. Otwarta była w różne dni dla kobiet i dla mężczyzn. Kobiety mogły z niej korzystać w czwartki, mężczyźni zaś w soboty. W ciągu sześciu miesięcy od otwarcia łaźni skorzystało z niej 671 dzieci (każde płaciło za skorzystanie z niej po 6 groszy) i 225 osób dorosłych, wnoszących opłatę w wysokości 10 groszy. Oprócz tego odbywały się kąpiele w wannach. Skorzystało z nich 170 mężczyzn i 85 kobiet, płacąc za to po 1 złoty. W trakcie I wojny światowej wojska nieprzyjacielskie zdewastowały urządzenia kąpielowe, w efekcie czego łaźnia przez kilka lat nie była czynna. Jej powtórne uruchomienie nastąpiło w 1922 r., kiedy to dzięki dofinansowaniu Ligi Obrony Przeciw Epidemiom, na nowo wybudowano budynek kąpielowy, z łaźnią parową, sześcioma natryskami, trzema wannami i dezynfekтором wewnątrz. Zainteresowanie kąpielami było duże, bo średnio 400 osób tygodniowo korzystało z urządzeń sanitarnych w łaźni (Chmielińska 1925a, s. 57-58).

Na zakończenie pierwszej dekady XX wieku w liskowskim budynku gmachu kąpielowego zorganizowano również pralnię. Zaopatrzone ją w zlewy oraz krany z ciepłą i zimną wodą (Mikołajczyk 1985, s.134).

Ważnym przedsięwzięciem zrealizowanym przez ks. prałata Blizińskiego było utworzenie pierwszej ochronki w 1905 r. Koszty jej utrzymania ponosił on sam. Ochronka prowadziła działalność ukierunkowaną na wychowanie dzieci przez 6-7 miesięcy w ciągu roku, w pozostałych miesiącach zajmowała się szyciem bielizny, haftem itp. Dzieci uczono w niej porządku, bycia grzecznym i uważnym, a także podstawowych zasad higieny osobistej. Z czasem, dzięki dużemu zainteresowaniu ludności z Liskowa, taką formą działalności społecznej, utworzono kilka kolejnych ochronek. Spektakularnym efektem ich działalności był ogromny spadek liczby analfabetów. W okresie 10 lat ich liczba zmniejszyła się z 87% do 27% wśród dorosłych mieszkańców i do 8% wśród osób do 20 roku życia (Moczydłowska 1913, s. 118-119).

W grudniu 1920 r. w Liskowie otworzono szpital, który zaopatrzono w 30 łóżek. Na jego czele jako dyrektor stanął dr Władysław Fisz. Wyposażenie w sprzęt i opiekę specjalistyczną szpital zawdzięczał pomocy amerykańskiego Czerwonego Krzyża (<http://www.info.kalisz.pl/biograf/blizinski.htm>, data dostępu 17.05.2015 g. 8:30).

Kontynuacją działalności ukierunkowanej na poprawę sytuacji higieniczno-zdrowotnej dzieci w parafii liskowskiej było wcielanie w czyn hasła głoszonego przez ks. prałata Blizińskiego – „Zdrowe dziecko, to zdrowy obywatel”. Ten znamienity społecznik, wykonując swoje duszpasterskie obowiązki dostrzegał, w swojej parafii i w Polsce, ogromne zaniedbania pod względem higienicznym. Wyrażał przekonanie, że największymi ofiarami ciemnoty, przekładającymi się na karygodne błędy żywieniowe i higieniczne, są przede wszystkim matki i dzieci. Codziennymi praktykami stosowanymi wobec ciężarnych kobiet i małych dzieci były guślarskie zabiegi i zabobony, których stosowanie narażało je na poważne konsekwencje zdrowotne.

Na bazie tych przesłanek z inicjatywy ks. Blizińskiego utworzono w 1931 r. Stację Opieki nad Matką i Dzieckiem, prowadzoną przez lekarza, pielęgniarkę, akuszerkę i członkinie Koła Gospodyń Wiejskich, a obejmującą swym zasięgiem wioski całej parafii. Główną ideą wcielaną tu w życie było pokazanie w namacalny sposób jak racjonalnie odżywiać dzieci, dbać o ich czystość, schludność otoczenia itp. Od samego początku cieszyła się dużą popularnością, bo korzystało z niej niedługo od rozpoczęcia działalności ok. 240 dzieci mając mniej niż 2 lata. W 1933 r. w Liskowie utworzono ośrodek zdrowia (Bliziński 2005, s. 89-90).

Zmianom społeczno-kulturowym, a przez to i higienicznym, społeczności liskowskiej sprzyjało wdrożenie idei popularyzacji wiedzy poprzez utworzenie biblioteki i czytelnii. W 1913 r. księgozbiór biblioteki wynosił około 500 dzieł. W parafii dostępnych było ok. 100 gazet. W sposób bieżący przysyłanych było do czytelnii, zlokalizowanej w dużej sali Domu Ludowego, ponad dwadzieścia pism (np. „Zorza”, „Gazeta Świąteczna”, „Nowa Jutrzenka”, „Gazeta Włościańska”). Najczęściej korzystali z nich parafianie przed i po nabożeństwie w niedziele i święta (Moczydłowska 1913, s. 120-121).

Znaczącym, osiągnięciem ks. Blizińskiego było wydawanie własnej gazety w Liskowie. Podejmując się tego dzieła, w sposób umiętny i efektywny, zaangażował do współdziałania nauczycieli i uczniów szkół zawodowych i gimnazjum. Motywował ich do wydawania gazetek lub tworzenia kół zainteresowań, które stały się platformą dla późniejszej działalności wydawniczej (Karczewski 1973, s. 40). Na bazie kadry nauczycielskiej i młodzieży liskowskiej rozpoczęto wydawanie gazety „Ku szczytom”, a następnie czasopisma „Liskowiak”, którego nazwę w 1926 r. zmieniono na „Liskowianin” (zob. ¹) (Bliziński 2005, s. 85).

¹ „Liskowianin” to czasopismo wydawane od 1926 roku. Początkowo był to miesięcznik, a później kwartalnik. Wychodził on do II wojny światowej. W związku z tym, że po jej zakończeniu sytuacja polityczna nie sprzyjała kontynuacji wydawnictwa, ponownie zaczęto je redagować dopiero po zmianach ustrojowych w Polsce. Okazją sprzyjającą ku temu był jubileusz 700-lecia Liskowa w 1993 roku. Inicjatorem i wydawcą czasopisma został Komitet Obchodów Jubileuszowych i jesienią tego samego roku zorganizowano jego redakcję (http://www.liskow.pl/asp_pl_start.asp?typ=14&menu=35&strona=1).

Lisków, w związku z epokowymi zmianami, jakie zaszły po przybyciu do parafii ks. Wacława Blizińskiego, zyskał miano wsi wzorcowej. Wielką akceptację, a nawet zachwyt dla osiągnięć księdza, wyrażali polscy higieniści uczestniczący w III Ogólnokrajowym Zjeździe Higienicznym w Kaliszu 8-10 września 1911 r. Doceniali oni zwłaszcza te działania, które prowadziły do poprawy sytuacji higieniczno-sanitarnej Liskowa (Cabaj 2006, s. 108-110).

Lisków jako wzorową wieś, odwiedzało wiele wycieczek. Jedną z najbardziej znanych organizatorek wypraw do Liskowa była Aniela Chmielińska – działaczka oświatowa, żona lekarza, szczególnie zaangażowana w sprawy higieny oraz ochrony zdrowia ludności wiejskiej (Kosiński 1985, s. 146). Szczególnym zainteresowaniem wśród zwiedzających, zwłaszcza w sytuacji gdy były nimi kobiety, cieszyły się łaźnia i pralnia. Za przykład może tu posłużyć wycieczka uczennic uczęszczających do szkoły gospodarczej w Chyliczkach zorganizowana pod przewodnictwem Felicji Wyczółkowskiej i prof. Mojkwskiego (Zduniówna 1913, s. 436-437).

Poprzez ukierunkowaną i konsekwentną realizację idei unowocześniania Liskowa i mentalności jego mieszkańców, głównie dzięki księdzu prałatowi Blizińskiemu. Miejscowość ta w okresie niespełna 40 lat (1900-1939), osiągnęła znaczące sukcesy higieniczno-zdrowotne i ekonomiczne. Stało się to dzięki m.in. podjęciu działań edukacyjnych i wdrożeniu idei ruchu spółdzielczego wśród jego mieszkańców (Piątkowski 2000, s. 71). Ta podkaliska wieś, jako wzór propagowany zarówno przez higienistów, jak i inicjatorów przemian w innych dziedzinach życia i pracy mieszkańców wsi, często służyła za przykład motywujący społeczności lokalne do kolektywnego wysiłku na rzecz poprawy ich sytuacji higienicznej i zdrowotnej (Kosiński 1985, s. 147).

Chociaż minęło już ponad sto lat od przybycia ks. Wacława Blizińskiego do Liskowa, to nadal jego osoba i osiągnięcia stanowią często przywoływany wzorzec aktywności społecznej proboszcza, rozumianej obecnie jako realizację idei społeczeństwa obywatelskiego.

10. Działalność społeczna i prozdrowotna ks. Antoniego Kwiatkowskiego w podlubelskiej Bychawie

Bychawa to obecnie podlubelskie miasteczko, położone ok. 25 km na południe od Lublina w części Wyżyny Lubelskiej, zwanej Wyniosłością Giełczewską. Początkowo była ona wsią, której powstanie identyfikowane jest z pierwszą połową XIV wieku. W XVI wieku uzyskała ona prawa miejskie, które następnie utraciła w 1869 r. (przywrócono je ponownie dopiero w 1958 r.) (<http://www.bychawa.pl/historia-53/45-historia-bychawy.html>).

Ważnym wydarzeniem dla mieszkańców Bychawy początku XX wieku było przybycie do parafii księdza Antoniego Kwiatkowskiego (1861-1926), który pełnił tam posługę kapłańską aż 26 lat. Urodził się jako jedno z pięciorga dzieci w rodzinie robotniczej w Warszawie. Pracę duszpasterską, bezpośrednio po święceniach kapłańskich w 1890 r., rozpoczął jako wikariusz w lubelskiej parafii św. Pawła i jako kapelan

w szpitala św. Wincentego a Paulo (w miejscu obecnego PSK 1, znajdującego się przy ul. Staszica). Kolejnym przystankiem jego posługi był Zamość, a następnie w latach 1894-1899 Hrubieszów (gdzie pełnił funkcję proboszcza i dziekana). Będąc w Hrubieszowie już rozpoczął swoją działalność publicystyczną i wydawniczą własnych książeczek i broszur. Największe osiągnięcia wydawnicze, społecznikowskie i oświatowe ks. Kwiatkowskiego identyfikowane są z jego przybyciem w 1900 r. do Bychawy (Dębowczyk 2006, s. 13-14).

Społeczność bychawska początku XX wieku liczyła ok. 3 tysięcy osób, głównie pochodzenia żydowskiego (ok. 70%). Miejscowość była zaniedbana, domy w większości pokryte słomą, a w ich wnętrzach było zazwyczaj brudno i biednie. Ludność tej podlubelskiej wioski, podobnie jak ludność Liskowa zastana przez ks. Blizińskiego, zmagająca się z problemem alkoholizmu (Dębowczyk 2006, s. 20).

Diagnoza problemów społeczności bychawskiej, dokonana przez ks. Kwiatkowskiego, stanowiła bazę dla podjętych przez niego wielowątkowych działań naprawczych. Jego wysiłki organizatorsko-społecznikowskie i praca duszpasterska oscylowały wokół problematyki patriotycznej, społeczno-gospodarczej i prozdrowotnej.

Ks. Kwiatkowski nauczał swoich parafian poszanowania ojczyzny i propagował określony model bycia patriotą. W broszurach własnego autorstwa przytaczał sposoby miłowania ojczyzny (zob. ²), a także informował o konieczności zabiegania przez naród polski o utworzenie sejmu, głosowania powszechnego i obowiązkowego nauczania (Kwiatkowski 1916a, s. 3).

Swoją działalność społecznikowską, często nazywaną pracą organiczną, realizował przy pomocy i zaangażowaniu okolicznych ziemian. Szczególną aktywnością wykazywał się Stefan Plewiński³, przy którego wsparciu w 1906 r. ks. Antoni Kwiatkowski powołał Bychawskie Towarzystwo Oszczędnościowo – Kredytowe, a potem był prezesem jego zarządu, a plebania zaś początkową siedzibą. Towarzystwo Kredytowe działało bardzo skutecznie i dynamicznie. W 1913 r. liczyło ono już prawie 4500 członków. Działalność Towarzystwa Kredytowego i Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przynosiło zyski finansowe, które przeznaczono na cele społeczne, m.in. na: szpital w Bychawie, straż ogniową, Towarzystwo Uczącej się Młodzieży w Lublinie, Wydział Kółek Rolniczych Lubelskiego Towarzystwa Rolniczego itp. (Kopruckowniak 2011, s. 92-94). W grupie znaczących osiągnięć ks. Kwiatkowskiego znalazło się również po-

² Ks. A. Kwiatkowski, wśród sposobów miłowania ojczyzny wymieniał: „1) modlitwę o jej pomyślność, 2) przywiązanie do ziemi ojczystej, podbudowaną przysłowiem „gdzie ojczyzna, tam tylko dobrze, 3) zachowaniem czystości i poprawności mowy, 4) pielęgnowaniem: zwyczajów, zasobów duchowych i moralnych oraz dziejowych tradycji, 5) w miarę możliwości i zdolności troską o rozwój kultury ojczystej i cywilizacji oraz przystosowanie do potrzeb narodu zdobyczy prawdziwego postępu, 6) dążeniem do wzrostu rodzinnego rolnictwa, przemysłu i handlu jako trzech niezbędnych źródeł narodowego bogactwa” (Kwiatkowski 1916a, s. 5-6).

³ Stefan Plewiński – był dzierżawcą majątku w Krzczonowie, a ponadto pełnił szereg ważnych funkcji publicznych. Był on: posłem na do Drugiej Dumy Państwowej w 1907 r., prezesem Dyrekcji Szczegółowej Towarzystwa Kredytowego Ziemińskiego w Lublinie, a także członkiem Zarządu Lubelskiego Towarzystwa Rolniczego, prezesem Bychawskiego Towarzystwa Kredytowego oraz cenionym w gremiach politycznych działaczem Stronnictwa Narodowo-Demokratycznego (Kopruckowniak 2011, s. 91).

wstanie w 1906 r. Stowarzyszenia Spożywców „Jedność”, którego siedzibą była Bychawa, a naczelnym celem dbałość o rozwój handlu, oraz zorganizowanie w 1907 r. Kółka Rolniczego (Koprukowniak 2011, s. 103-108).

Ks. Kwiatkowski, podobnie jak wspomniany ks. Błaziński, swój pobyt w parafii rozpoczął od wdrożenia inicjatywy mającej na celu poprawę sytuacji materialnej parafian. Jego starania koncentrowały się wokół dźwignia z upadku gospodarstw rolnych okolicznych chłopów. Dalsze wysiłki organizatorskie ukierunkował na podniesienie poziomu stanu higieny i zdrowia ludności, a także zapewnienie opieki najbiedniejszym.

Duże znaczenie dla realizacji przyjętych planów miało utworzone w 1908 r. przy jego znaczącym udziale Bychawskie Towarzystwo Ratowania Chorych „Samarytanin”. Wśród czołowych zadań Towarzystwa znalazło się pozyskanie funduszy na dokończenie budowy szpitala, co przy dużej ofiarności społeczności bychawskiej i okolicznej, umiejętnościach organizatorskich władz Towarzystwa doprowadziło do powstania tego obiektu w 1909 r. Szpital był niewielki, bo składał się z 14 pokoi, w tym sali operacyjnej i pomieszczenia dla położnic. Jako lekarze, pracowali w nim kolejno Bohdan Gliński, Jan Weiss i Stefan Rakowiecki. W szpitalu biedne osoby były hospitalizowane za darmo, zamożniejsi wnosili opłatę w wysokości 50 kopiejek za dzień pobytu (Dębowczyk 2006, 52-57).

Szpital jako instytucja służąca ratowaniu zdrowia mieszkańców Bychawy i okolicznych wsi był obiektem ówczasnie, jak i później bardzo pożądanym. Jednakże ks. Kwiatkowski miał świadomość tego, że poza zapewnieniem opieki medycznej osobom chorym, równie ważna, a może nawet ważniejsza jest profilaktyka, czyli skuteczne zapobieganie chorobom. Podczas corocznych wizyt duszpasterskich miał okazję zapoznać się ze wszystkimi poważniejszymi problemami żywymi parafian. Poza biedą, zauważał on rażąco niski poziom higieny w domach i obejściach, w znacznej mierze będący następstwem ubóstwa, ale i braku wiedzy.

Podobnie, jak ks. Kwiatkowski, na łamach „Nowej Jutrzenki” ks. J. Władziński podnosił kwestię bardzo złych warunków mieszkaniowych ludności wiejskiej (brud, wilgoć, ciasnota), wykorzystywanie do celów spożywczych wody z rzek, stawów, a także brak dbałości o czystość ciała (Władziński 1912, s. 61-62).

W celu ukształtowania właściwych nawyków higienicznych ks. Kwiatkowski zainicjował utworzenie łaźni. Dzięki wsparciu Towarzystwa Spożywców „Jedność”, Towarzystwa Higienicznego, Centralnego Towarzystwa Rolniczego i Ordynacji Zamojskich w październiku 1913 r. rozpoczęto jej budowę, którą ukończono w 1915 r. i uruchomiono dla publicznego użytku. Na łaźnię składały się trzy pomieszczenia, w których mieściły się: rozbieralnia, mydelnia i pralnia, a ponadto zainstalowano dwie wanny i natrysk. Na wyposażeniu obiektu znalazło się też mieszkanie dla kąpielowego oraz kotłownia. Łaźnia cieszyła się dużą popularnością, a czynna była w piątki i soboty. Opłaty dla dorosłych wynosiły 50 gr, dla dzieci 30 gr, a kąpiel w łaźni parowej wyceniona była na 20 gr. (Dębowczyk 2006, s. 59-60).

Dla ks. Antoniego Kwiatkowskiego ważną dziedziną działalności, związanej z ruchem higienizacji wsi, było propagowanie rozwoju nowoczesnego budownictwa i re-

nowacja starych, zaniedbanych budynków. Szczególną uwagę zwracał na to by nowo powstałe lub wyremontowane domy urządzone były w sposób uwzględniający wzory higieniczne (Kosiński 1993, s. 203).

Propagowanie prozdrowotnego stylu życia i popularyzacja higieny realizowana była wielorako i wielotorowo. Jedną z form krzewienia wiedzy z tych dziedzin było zamieszczanie artykułów edukacyjnych na łamach wydawanego od 2 kwietnia 1908 r., z inicjatywy ks. Kwiatkowskiego, tygodnika o nazwie „Nowa Jutrzenka”. W czasopiśmie tym poza prezentacją informacji dotyczących higieny wsi, zapobiegania chorobom zakaźnym, zasad racjonalnego żywienia, zamieszczano także rady dotyczące hodowli zwierząt, upraw, stosowania nawozów itp. (Koprukowniak 2011, s. 122-124).

Ks. Antoni Kwiatkowski zastał Bychawę zaniedbaną pod wieloma względami, w tym ekonomicznym, kulturowym i higieniczno-zdrowotnym. Efektem jego ciężkiej i jakże ofiarnej pracy społecznikowskiej pracy było przekształcenie tej podlubelskiej wsi w miejscowość o infrastrukturze zbliżonej do osad miejskich. Co ważniejsze jednak, jego wzór osobisty i zaangażowanie były ważnym bodźcem do aktywności społecznej dla mieszkańców Bychawy i okolicznych miejscowości.

Obaj zaprezentowani kapłani, jako proboszczowie, w ciągu swojej circa ćwierćwiecznej posługi kapłańskiej w typowo wiejskich parafiach, dokonali fundamentalnych przeobrażeń modernizacyjnych. Jako synowie warszawskich robotników, dbając o zbawienie wieczne swoich parafian, dołożyli wszelkich starań i pełnego poświęcenia poprawie warunków ich ziemskiej egzystencji. Czynili wszystko pragnąc zminimalizować dystans cywilizacyjny między parafią wiejską i małomiasteczkową a wielkomiejską, w tych obu przypadkach warszawską. Współcześnie należałoby życzyć sobie tak wspańiałych, ofiarnych i charyzmatycznych kapłanów.

