

JOANNA
MAJCHRZYK-MIKUŁA
Akademia Piotrkowska
w Piotrkowie Trybunalskim
ORCID: 0000-0003-2920-0447

Pierwszy model medycyny szkolnej w Polsce po II wojnie światowej

The First Model of School Medicine in Poland After World War II

Summary

1960s was the time when the model of school medicine organization moved from the stage of theoretical disputes to years of implementation. For ten preceding years there had been numerous discussions conducted by doctors hygienists who offered various concepts. As a result a new original and Polish model of school medicine appeared. The new concept was being adjusted to everyday life realities and it was built upon new legal bases. The core of the model became an interesting presentation of school hygiene by Marcin Kacprzak who had been active in the field even before 1939. The concept was based on preventive medicine which treated preventive and curative activities of doctors as their most important tasks. Kacprzak introduced to school medicine the system of organized (dyspanserial) healthcare over children and youth and it was incorporated by doctors. In towns the health protection system was conducted by school doctors and in the countries by rural health care doctors. As a result, the whole population of pupils was under medical care. Due to it, the range of free medical service included children and youth up to the age of 14. The children were mostly from insured families (mostly farmer families) which was important from the point of view of social benefits.

Słowa kluczowe: higiena szkolna, medycyna szkolna, zdrowie, uczniowie, lekarze, Polska

Keywords: school hygiene, school medicine, health, pupils, doctors, Poland

Higiena i stan zdrowia uczniów

Okres II wojny światowej i okupacji miał niewątpliwie katastrofalny wpływ na pogorszenie stanu zdrowia oraz warunków higieniczno-sanitarnych całego polskiego społeczeństwa, w tym także dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w kolejnych powojennych latach. Straty, które w latach II wojny światowej poniosło młode pokolenie wskutek eksterminacji hitlerowskiej, były ogromne: 2,025 mln dzieci straciło życie, 1,5 mln po II wojnie światowej było sierotami, półsierotami lub dziećmi opuszczonymi (22% całego młodego pokolenia Polaków), z czego 320 tys. najmłodszych wymagało natychmiastowej opieki w specjalistycznych placówkach wychowawczych, terapeutycznych oraz medycznych¹.

Dane statystyczne pozwalają na określenie zmian liczby młodych Polaków tuż po zakończeniu wojny. Wynosiła ona ok. 8668 tys. i stanowiła ok. 40% całej populacji². Jednak dane statystyczne, zwłaszcza z okresu bezpośrednio powojennego, należy traktować orientacyjnie. Bowiem aparat administracji państwowej nie działał na tyle sprawnie, by uzyskane wówczas wyniki uznać można było za dokładne. Dodajmy, że z powodu masowej repatriacji, wysiedleń i przesiedleń oraz innych represji ze strony komunistycznych władz i Sowietów wyniki spisu z 1946 r. szybko się zdezaktualizowały³. Na liczbę dzieci i młodzieży w tym czasie wpływały również powojenne warunki życia. Miały one bezpośrednie przełożenie na kondycję zdrowotną ludności, która w pierwszych powojennych latach wymagała szybkich i intensywnych działań leczniczych oraz profilaktycznych. Sytuacja na terenie kraju, choć ogólnie trudna, była jednak zróżnicowana⁴. Tragiczna

¹ Liczba ta obejmuje zarówno dzieci polskie, jak i innych narodowości, w tym żydowskie i romskie, legitymujące się obywatelstwem polskim. Z. Tokarz, J.E. Wilczur, *Czas niewoli, czas śmierci. Martyrologia dzieci polskich w okresie okupacji hitlerowskiej*, Interpress, Warszawa 1979, s. 190; W. Pietruszka, *Sieroctwo w Polsce w okresie okupacji hitlerowskiej*, [w:] Cz. Pilichowski (red.), *Dzieci i młodzież polska w latach drugiej wojny światowej*, Warszawa 1982, s. 429; J. Kostkiewicz, *Niemiecka polityka eksterminacji i germanizacji polskich dzieci w czasie II wojny światowej*, UJ, Kraków 2020, s. 12.

² *Rocznik statystyczny 1947*, GUS, Warszawa 1947, s. 19.

³ W materiałach sprawozdawczych z okresu 1944–1946 zamieszczono informację o repatriacji ok. 5 tys. polskich dzieci z 60 domów dziecka z ZSRR. Dzieci te w miarę możliwości przekazano krewnym, natomiast większość umieszczono w domach dziecka. Archiwum Akt Nowych [dale: AAN], Ministerstwo Oświaty [dalej: MO], sygn. 231, *Materiały sprawozdawcze z działalności Ministerstwa Oświaty w okresie od lipca 1944 r. do grudnia 1946 r.*, k. 24.

⁴ A. Felchner, *Zdrowie i zdrowotność piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku 70-tych XX wieku)*, Arboretum, Wrocław 2006, s. 81.

sytuacja panowała na terenach najbardziej zniszczonych działaniami wojennymi. Oczywiście w pierwszych latach po wojnie zawilgocone, przeludnione i pozbawione jakiegokolwiek instalacji mieszkania, w których podstawowymi problemami był chłód i brak dostępu do wody pitnej, znajdowały się nie tylko na wsi. Zniszczone miasta, zarówno te duże, jak i mniejsze, nie gwarantowały lepszych warunków życia. O ile jednak sytuacja w ośrodkach miejskich ulegała systematycznej poprawie z każdym następnym rokiem, o tyle sytuacja na wsi pod tym względem okazała się znacznie bardziej długotrwała. O skali problemu mogą świadczyć przeprowadzane w pierwszych latach po wojnie terenowe inspekcje i kontrole⁵. W sprawozdaniach wykazywano ogromne rozmiary materialnych zniszczeń i zaniedbań sanitarnych również w placówkach szkolnych. Warunki higieniczne budynków, w tym sal szkolnych i sanitariatów, pozostawiały wiele do życzenia. Odbiegały od wszelkich przyjętych norm i zasad higieny szkolnej. Wizytator z terenu Kuratorium Okręgu Szkolnego Lubelskiego odnotował, że w 1945 r. „(...) budynki szkolne w wielu miejscowościach nie nadają się do użytku. Ściany są zawilgocone, panuje ogromny fetor. Brak ubikacji na zewnątrz (...)”⁶. Również w sprawozdaniach pozostałych okręgów szkolnych stan sanitarny i ogólny zaadaptowanych pomieszczeń przedstawiano często jako nieodpowiedni. Zajęcia prowadzone były w wynajętych budynkach o niskim standardzie, wręcz urągających przepisom sanitarnym⁷. Najbardziej niesprzyjające nauce warunki panowały w szkołach zlokalizowanych na terenach wiejskich. Należy pamiętać, że lata wojny i okupacji były czasem dewastacji wynikającej z celowego działania i polityki okupantów oraz cywilizacyjnej degradacji społeczeństwa polskiego⁸.

⁵ Na pierwsze lata powojenne 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. H. Rudziński, *Stacje sanitarno-epidemiologiczne i sanitarno-kwarantannowe jako organy nadzoru sanitarnego w terenie*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 4, s. 39.

⁶ AAN, MO, sygn. 4158 *Sprawozdanie ze szkół na terenie KOS Lubelskiego*, 1949, k. 199.

⁷ Zob. AAN, MO, sygn. 5158, sprawozdania inspekcyjne dotyczące szkół z różnych terenów Polski 1949.

⁸ S. Mauersberg, *Rozwój oświaty w okresie Tymczasowego Rządu Jedności Narodowej (lipiec 1945 – styczeń 1947)*, [w:] J. Miąso (red.), *Historia wychowania. Wiek XX*, PWN, Warszawa 1980, s. 311.

Niewątpliwie warunki socjalne stwarzały w wielu przypadkach stan zagrożenia epidemicznego, co powodowało zwiększanie się zachorowań. Choć szalejące tuż po wojnie epidemie tyfusu plamistego i brzusznego⁹ udało się opanować pod koniec lat 40. ubiegłego wieku, to jeszcze co najmniej przez kolejną dekadę społeczeństwo polskie zmagало się z epidemicznymi ogniskami szeregu chorób zakaźnych, w tym odry¹⁰, płonicy¹¹, błonicy¹² czy polio¹³. Inną chorobę zakaźną, będącą zmorą powojennego społeczeństwa polskiego, stanowiła gruźlica¹⁴. Wiele z tych chorób dotykała także najmłodszych. Kilka lat po wojnie

⁹ W pierwszych powojennych latach zapadalność na tyfus (dur osutkowy) była duża. Nie udało się jednak w pierwszym powojennym dziesięcioleciu zupełnie tej choroby wyeliminować. W latach 50. ustabilizowała się na poziomie 200–300 przypadków rocznie. Było to dziesięciokrotnie mniej niż przed rokiem 1939. Podobnie było z durem brzusznym, epidemię jego mieliśmy tuż po II wojnie światowej. Na szczęście w 1948 r. liczba ofiar była znacznie mniejsza niż w poprzednich latach. Zmarło niespełna 500 osób, choć zachorowało prawie 8 tys. Powszechne szczepienia dzieci i młodzieży pozwoliły niemal wyeliminować zagrożenie. Od lat 70. ubiegłego wieku ta śmiertelna choroba zanikła. E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, wyd. UW, Wrocław 2001, s. 140.

¹⁰ Jak pokazują statystyki, odra, choć była zakaźną chorobą dającą spore powikłania zwłaszcza w przypadku dzieci niedożywionych i z obniżoną odpornością, nie powodowała tak dużej umieralności, jak inne choroby zakaźne zbierające w latach 50. ogromne żniwo. Rozpoczęta w 1960 r. masowa akcja szczepień profilaktycznych spowodowała, że wskaźnik umieralności na tę chorobę spadł znacząco. E. Więckowska, op. cit., s. 150.

¹¹ Zachorowalność na błonicę (dyfteryt) rosła w zastraszającym tempie. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 1951 r. wśród 36,3 tys. zachorowań odnotowywano 3,14 tys. przypadków śmiertelnych. Mimo realizowanej zwłaszcza na przełomie lat 1954/1955 masowej akcji szczepień dopiero od 1957/1958 r. sytuacja ulegała zaczynała stopniowej poprawie, doprowadzając w ciągu kilkunastu lat do niemal całkowitego zaniku tej choroby. J. Kostrzewski, *Błonica (Diphtheria)*, [w:] J. Kostrzewski (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, PZWL, Warszawa 1964, t. 1, s. 103.

¹² Płonica, zwana szkarlatyną, to zakaźna choroba, dotykająca głównie dzieci w pierwszych latach życia, podobnie jak przed II wojną powodowała ogromną umieralność w całej Europie. J. Kostrzewski, *Zdrowie ludności Polski w świetle danych o chorobach i zgonach*, PZWL, Warszawa 1977, s. 61.

¹³ W 1959 r. rozpoczęto masowe szczepienia przeciwko chorobie Heinego-Medina (zwanej polio), czemu towarzyszyła szeroka akcja propagandowa wśród społeczeństwa. Jej znaczenie w przypadku wsi było ogromne, choć – co należy podkreślić – niezwykle dyscyplinująco działał też strach przed konsekwencjami tej choroby. Efektywność szczepień przeciw polio była niemal błyskawiczna – już w 1961 r. liczba zachorowań spadła do 96 (a jeszcze w latach 1956–1960 wynosiła średnio 1163). J. Kostrzewski (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1961–1970*, PZWL, Warszawa 1973, s. 32.

¹⁴ Gruźlica, zwana „chorobą biedaków”, wiązała się w znacznym stopniu z warunkami życia. Mimo iż w miastach poprawiały się one znacznie szybciej niż w przestrzeni wiejskiej badania prowadzone na obu obszarach w 1955 r. pokazywały, iż liczba dzieci ze zmianami w płucach była w tym czasie w obu środowiskach społecznych podobna. J. Leowski, M. Miller, *Gruźlica*, [w:] J. Kostrzewski, op. cit., s. 164.

przeprowadzone w poszczególnych okręgach szkolnych okresowe wizyty szkół wskazywały na poważne zaniedbania w obszarze higieny i zdrowia młodzieży w wieku szkolnym. M. Wiśniewska w swoim artykule, analizując kuratorskie sprawozdania z badań stanu higieny uczniów, podkreśliła, że „(...) duży odsetek społeczności uczniowskiej stanowiły dzieci i młodzież oceniane jako «brudne», niedożywione, «zawszone», ze zdiagnozowaną czynną gruźlicą, wadami wzroku, wadami postawy, próchnicą zębów, powiększoną tarczycą, i zaburzeniami trawienia (...)»¹⁵. W sprawozdaniu w roku szkolnym 1948/1949 na terenie wspomnianego Kuratorium Okręgu Szkolnego Lubelskiego na 4628 przebadanych uczniów z 15 szkół 654 określono jako brudnych, u 304 występowała wszawica, 42 z czynną gruźlicą płuc, 11 z jaglicą. Co trzeci uczeń posiadał wadę postawy oraz wadę wzroku. Wśród przebadanych odnotowano znaczne niedożywienie (982 uczniów) oraz szalejącą próchnicę zębów (1786 uczniów)¹⁶. Wykazane zaniedbania co najmniej do końca lat 50. nie były jednak tylko problemem środowisk wiejskich. Jak wynikało z raportu sporządzonego w połowie ubiegłego wieku, w miastach obserwowano podobne zjawiska. Wśród przebadanych 23% dzieci miała wadę wzroku, 39% badanych w wieku 7–11 lat borykało się z próchnicą, a 30% było zarobaczonych¹⁷.

Odbudowa przedwojennych struktur higieny szkolnej

W powojennych latach zapewnienie odpowiedniej opieki lekarsko-medycznej dla wszystkich obywateli, a zwłaszcza dla najmłodszych było zadaniem wykraczającym poza możliwości ówczesnych resortów zdrowia poszczególnych rządów Polski Ludowej. Rekonstrukcji wymagała opieka higieniczno-lekarska nad uczniami we wszystkich szkołach bez wyjątku. Pomimo tych obiektywnych trudności już w pierwszych miesiącach wolności do odbudowy stanęła grupa lekarzy działających prężnie na tym polu jeszcze przed wojną w okresie II Rzeczypospolitej. Wykorzystano i wprowadzono wzorzec wypracowany przez Stanisława Kopczyńskiego¹⁸ jeszcze w okresie międzywojennym.

¹⁵ M. Wiśniewska, *Zdrowie uczniów, medycyna szkolna i stan sanitarno-higieniczny szkół w powojennej Polsce*, „Rozprawy z Dziejów Oświaty” 2021, t. LVIII, s. 233.

¹⁶ AAN, MO, sygn. 4158, *Sprawozdanie ze szkół na terenie KOS Lubelskiego*, 1949, k. 199.

¹⁷ AAN, Ministerstwo Zdrowia, Gabinet Ministra. Wydział Prezydyalny [dalej: GMWP], sygn. 1/20, *Zagadnienie opieki lekarsko-higienicznej i higieniczno-sanitarnej w zakładach nauczania i wychowania*, k. 199.

¹⁸ System szkolnej opieki lekarskiej wprowadzany przez S. Kopczyńskiego (1873–1933) oparty został na modelu wiesbadeńskim, nazwa ta pochodziła od miasta Wiesba-

Zakładał on, iż za organizację opieki higieniczno-lekarskiej w obszarze szkolnictwa powszechnego odpowiadały samorządy terytorialne, które miały ją finansować. Zatem lekarze szkolni pracowali głównie w szkołach średnich, gdzie opiekę lekarską zapewniał resort oświaty, a w szkołach zawodowych organizowana ona była przez Centralny Urząd Szkolenia Zawodowego, który zajmował się kształceniem zawodowym i utrzymywał z tego tytułu własną służbę zdrowia¹⁹. Zatem w organizowaniu i zarządzaniu opieką zdrowotną w szkołach zaznaczała się wielotorowość, co ujemnie wpływało na rozwój i doskonalenie opieki medycznej nad uczniami. Ponadto w sytuacji ogromnego wyniszczenia organizmów populacji najmłodszych i towarzyszących im chorób wprowadzony system opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach, oparty tylko na przeprowadzaniu przez lekarzy badań okresowych, wzbudzał ogólny sprzeciw. Bowiem z założenia pozbawiał on lekarzy szkolnych całkowitej możliwości leczenia, co w owym czasie było sprawą pierwszorzędą. W sytuacji niewielkiego wówczas potencjału kadrowego oraz bardzo słabej bazy materiałowej służby zdrowia nie stać było państwa na propagowanie tego systemu opieki higieniczno-lekarskiej we wszystkich placówkach oświatowych²⁰. O ile stosunkowo szybko odbudowano formę tej opieki w szkołach ponadpodstawowych, mimo ograniczonych możliwości kadrowych, o tyle szkoły podstawowe pozostawały w zasadzie poza zasięgiem opieki lekarskiej.

den, w którym został wdrożony do szkół. Lekarze zatrudnieni byli w szkołach średnich, a więc z reguły elitarnych, nie zajmowali się tutaj w ogóle leczeniem uczniów, pozostawiając to lekarzom prywatnym, przeprowadzali natomiast systematycznie badania okresowe, sporządzali bieżące statystyki swoich obserwacji, konsultowali nauczycieli i rodziców w kwestiach związanych z możliwościami wysiłku fizycznego i potrzebami higienicznymi młodzieży. Lekarz szkolny był w tym systemie rzeczywistym członkiem rady pedagogicznej, równouprawnionym z nauczycielem, miał wpływ na organizację pracy szkoły, czuwając zwłaszcza nad przestrzeganiem higieny procesu nauczania i wychowania fizycznego. W 1930 r. na Międzynarodowym Kongresie Pedagogicznym w Paryżu polski system opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach średnich został uznany za najlepszy w świecie. J. Majchrzyk-Mikuła, *Higiena szkolna na Lubelszczyźnie na tle całego kraju*, NWP, Piotrków Trybunalski 2013, s. 245; J. Majchrzyk-Mikuła, A. Felchner, *Działalność doktora Stanisława Kopczyńskiego na rzecz rozwoju higieny szkolnej w II Rzeczypospolitej*, [w:] B. Urbanek, M. Paciorek, M. Ciesielska (red.), *Aktywność polskich lekarzy w dwudziestoleciu międzywojennym – w stulecie powołania Izby Lekarskiej*, IHN PAN, Warszawa 2020, s. 502.

¹⁹ S. Radiukiewicz, *Medycyna szkolna – pojęcia, zakres, historia*, [w:] S. Radiukiewicz (red.), *Medycyna szkolna*, PZWL, Warszawa 1987, s. 7.

²⁰ Dopełnieniem działań władz szkolnych było prowadzenie dokształcania nauczycieli w zakresie higieny szkolnej. Nauczyciele wiejskich szkół powszechnych mogli m.in. uczestniczyć w kursie dokształcającym organizowanym przez PCK. S. Radiukiewicz, *O kadrach szkolnej służby zdrowia*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1969, nr 9, s. 15.

Szczególnie tragiczna sytuacja dzieci i młodzieży w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej panowała na terenach najbardziej zniszczonych działaniami wojennymi²¹. W pierwszych powojennych latach szkolnych tworzenie systemowej opieki lekarskiej nad dziećmi i młodzieżą w środowiskach wiejskich było niezwykle trudnym procesem, któremu na przeszkodzie stały problemy finansowe, personalne i komunikacyjne. Brakowało pomieszczeń na gabinety szkolne i pieniędzy na ich wyposażenie, nawet w podstawowy sprzęt medyczny.

Taki stan rzeczy stawiał nowe zadania przed stosunkowo młodą dyscypliną medyczną, jaką była medycyna szkolna. II wojna światowa zniweczyła dotychczasowe osiągnięcia w dziedzinie opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą, Ponadto zwolennicy nowej władzy krytykowali ustrój Polski przedwrześniowej, odrzucając tym samym wiele rozwiązań prawnych i systemów, które zostały przed 1939 r. wdrożone w życie²².

To zapewne przyczyniło się do tego, że po wyzwoleniu opieka zdrowotna podlegała dość licznym przeobrażeniom. W odradzającym się pod rządami władzy ludowej państwie polskim zachodziło szereg zmian politycznych, społecznych i gospodarczych. Ich nieodłącznym elementem były propagandowe hasła, które okazały się stałym ogniwem nowej, komunistycznej rzeczywistości Polaków. Zjawiska te były również obecne w obszarze powojennej polityki zdrowotnej i społecznej, w której władza dążyła do uczynienia kwestii zdrowia obywateli sprawą państwową²³. Nieoceniony wkład w tworzenie systemu bezpłatnej i dostępnej dla wszystkich opieki zdrowotnej oraz wypracowania dla niej jednolitych form organizacyjnych wniósł Mar-

²¹ M. Wiśniewska, op. cit., s. 236.

²² J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, IMP, Łódź 2005, s. 193.

²³ W tym celu 11 kwietnia 1945 r. uchwalono dekret Krajowej Rady Narodowej o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, na podstawie którego zniesiono Ministerstwo Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, tworząc Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej [dalej: MPiOS] oraz Ministerstwo Zdrowia [dalej: MZ]. W ten sposób państwo przejęło odpowiedzialność za sprawę zdrowia Polaków. Lecznictwo ubezpieczeniowe – najważniejszy dział służby zdrowia – podlegało MPiOS. To ministerstwo zajmowało się też ochroną zdrowia dziecka do lat trzech. Według zamierzeń ówczesnej władzy utworzenie Ministerstwa Zdrowia miało przyczynić się do ujednoczenia polityki i jednolitego programu działalności, dać podwaliny dla rozwoju ochrony zdrowia. Zdrowie przestało być sprawą jednostki, a stało się przedmiotem troski państwa. Powołanie Ministerstwa było przejawem zasadniczych zmian, jakie się wówczas dokonały. Chodziło o objęcie ochroną zdrowia szerokich mas społeczeństwa i zbudowania „socjalistycznej” służby zdrowia, która w swych założeniach miała gwarantować wszystkim obywatelom dostęp do opieki zdrowotnej i upowszechnić świadczenia socjalne. Z. Grynberg, *Pięciolecie służby zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1949, nr 7–8, s. 11.

cin Kacprzak²⁴, który w niewielkiej, sześciostronicowej publikacji stanowiącej podsumowanie jego doświadczeń i przemyśleń w okresie dwudziestolecia międzywojennego, stwierdził, że „Zdrowie obywatela przestało być jego własnością prywatną”²⁵. W nowych warunkach ustrojowych widział on pełne uzasadnienie dla postulatu leczenia chorego ucznia przez państwo, z racji wypełniania przezeń obowiązku szkolnego. Uważał, że „(...) najśluszniesze byłoby traktowanie nauki w szkole jako pracy zawodowej i roztoczenie nad dziećmi i młodzieżą szkolną pełnej opieki lekarskiej – zapobiegawczej i leczniczej – podobnie jak to jest w zakładach przemysłowych. Ta grupa «ubezpieczonych» z racji wieku i pobytu w szkole powinna obejmować całą uczącą się młodzież, niezależnie od zatrudnienia rodziców”²⁶. W wywodach zmierzających do uznania praw higieny szkolnej na równi higieną przemysłową M. Kacprzak sięgał do argumentów o emocjonalnym ładunku niepozabawionym gorzkości, mówiąc, że „(...) higiena przemysłowa miała taki sam początek jak higiena szkolna, tylko dzieci nie są tak zorganizowane i nie mogą bronić swoich praw jak robotnicy dlatego nie osiągnęła wiele”²⁷. Dlatego też postulował, by sprawy dotyczące opieki nad zdrowiem zwłaszcza najmłodszych należały do najważniejszych zadań państwa. Tym samym domagał się powszechnej, dostępnej dla wszystkich pomocy lekarskiej. Ogromną rolę przypisywał ośrodkom zdrowia²⁸. Jego koncepcja znalazła swoje odbicie w ustawie

²⁴ Zakres zainteresowań, działalności naukowej, organizacyjnej i społecznej Marcina Kacprzaka (1888–1968) był bardzo szeroki. Jego działalność na tym polu przypadała już na pierwsze lata w niepodległej Polsce, kiedy w 1921 r. rozpoczął pracę jako lekarz sanitarny w Warszawie. Nawiązał jednocześnie bliski kontakt z Państwowym Zakładem Higieny i jako wybijający się młody higienista został wysłany w 1922 r. do Stanów Zjednoczonych. Studiował tam higienę i statystykę zdrowotną w Johns Hopkins School of Hygiene (Baltimore). Po dwuletnich studiach otrzymał stopień doktora zdrowia publicznego (doktorat z medycyny przyznano mu w Krakowie w 1930 r.) i wrócił do kraju, gdzie objął stanowisko kierownika Oddziału Statystyki i Epidemiologii oraz wykładowcy medycyny społecznej w Państwowej Szkole Higieny. Od tego momentu M. Kacprzak nieprzerwanie kontynuował działalność w tej dziedzinie. Z.J. Brzeziński, *Marcin Kacprzak*, „Nauka Polska” 1967, nr 2, s. 62.

²⁵ M. Kacprzak, *Prawo do zdrowia i jego realizacja*, Warszawa 1947, s. 1.

²⁶ M. Kacprzak, *Higiena szkolna w rozwoju historycznym*, [w:] M. Kacprzak (red.), *Higiena szkolna*, PZWL, Warszawa 1958, s. 19.

²⁷ M. Kacprzak, *Ewolucja poglądów na higienę szkolną*, „Pediatria Polska” 1960, nr 8, s. 326.

²⁸ Główną ideą tych placówek była poprawa stanu opieki i warunków zdrowotnych wsi, a zwłaszcza wyrównanie dysproporcji w tym zakresie występujących między osiedlami wiejskimi i miejskimi. Instytucje te w swoim założeniu miały bardzo ważną rolę do spełnienia, a mianowicie do ich zadań należało prowadzenie skoordynowanej działalności ukierunkowanej na zapobieganie chorobom i ich zwalczanie. Zajmowały się walką z chorobami zakaźnymi i społecznymi. Szczególną opieką medyczną otoczono

o publicznej służbie zdrowia ogłoszonej w 1948 r.²⁹ Zadania służby zdrowia nakreślone zostały bardzo szeroko: od zapewnienia każdemu obywatelowi w chorobie pełnowartościowej, jednakowej dla wszystkich pomocy lekarskiej, przez zaopatrzenie w leki, leczenie zakładowe itd., do szeroko pojętych zadań w dziedzinie zapobiegania, w której ujęta została także higiena szkolna. „Okręgowe ośrodki zdrowia powołane są do zapewnienia opieki nad zdrowiem ludności na obszarze objętym działalnością ośrodka, a w szczególności do udzielania ludności pomocy leczniczej w razie choroby, prowadzenia akcji zapobiegania chorobom, ze szczególnym uwzględnieniem opieki higieniczno-lekarskiej nad dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym”³⁰. W przypadku placówek oświatowych położonych powyżej pięciu kilometrów od ośrodka zdrowia funkcjonowały tzw. kolumny szkolne. Była to forma zintegrowanej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną. Sprawować ją mieli lekarze i pielęgniarki ośrodków zdrowia. Ten sam lekarz przeprowadzał w szkole badania profilaktyczne, a chore dzieci leczył w ośrodku zdrowia. Zapewne w wielu przypadkach pomoc ta była problematyczna i niewystarczająca. Nadal wiele dzieci pozostawało poza zasięgiem opieki lekarskiej³¹.

W sprawozdaniu Kuratorium Okręgu Szkolnego w Lublinie z roku szkolnego 1947/1948 czytamy: „Największy dział szkolnictwa sku-

matki, zwłaszcza kobiety w ciąży i ich dzieci. Nie pozostawiono również bez opieki dzieci w szkołach, którymi zajmowali się lekarze rejonowi. Założenia organizacyjne przewidywały utworzenie w nich poradni szkolnych, zwłaszcza w większych miastach. Ogółem do końca 1947 r. zorganizowano 934 ośrodki zdrowia oraz 80 punktów sanitarnych. Z. Jastrzębowski, *Ośrodki zdrowia w polskiej koncepcji leczenia samorządowego (1918–1939)*, „Zdrowie Publiczne” 1998, nr 11, s. 462.

²⁹ Fundamentalnym aktem prawnym, na którym oparto funkcjonowanie służby zdrowia, była ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia z 1948 r., na mocy której upaństwowiono wszystkie zakłady opieki zdrowotnej prowadzone wcześniej przez gminy, kasy ubezpieczenia chorobowego, kościoły, fundacje, stowarzyszenia, związki wyznaniowe. Od tej chwili państwo posiadało wyłączny i pełny monopol na tworzenie nowych i prowadzenie istniejących już zakładów opieki zdrowotnej. Ich tworzenie i rozbudowa podlegała rygorom centralnego planowania, często sprzecywnym z rzeczywistym stanem potrzeb. K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s. 24.

³⁰ Ustawa z dnia 28 października 1948r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1948 r. nr 55, poz. 434.

³¹ Okres pierwszego dynamicznego tworzenia ośrodków na wsi przypadł na początek lat 50. (1951/1952). Choć zgodnie z ideologicznymi założeniami powstawać miały one przede wszystkim na obszarze wsi uspołecznionych i wsi pegeerowskich, to w rzeczywistości tworzone były w miejscowościach dość przypadkowych, wyróżniających się przede wszystkim niezbędną – choć często prowizoryczną – przestrzenią lokalową. E. Szpak, *Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli. Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej*, IHN PAN, Warszawa 2018, s. 37.

piający w 1982 szkołach ponad 243 tysiące dzieci stanowi w dalszym ciągu teren najdotkliwszych braków w dziedzinie opieki higieniczno-lekarskiej, jednak w porównaniu z rokiem ubiegłym stan ogólny uległ znacznej poprawie. Ośrodki zdrowia (76) prowadzą dział opieki szkolnej, jednak około połowy szkół powszechnych jest jeszcze pozbawionych stałej opieki ze strony Ośrodków z powodu zbyt dużej od nich odległości. W tym wypadku opiekę lekarską, tak jak w przedszkołach, sprawują bądź lekarze zakontraktowani, bądź lekarze powiatowi. W miastach powiatowych i miasteczkach szkoły powszechne znajdują się pod stałą opieką higieniczno-lekarską, w znacznej części jednak szkół miejskich opieka ta jest wykonywana dorywczo. Odsetek brudnych i zawoszonych w porównaniu z rokiem ubiegłym zmalał. Pożądane są większe kredyty na zakup apteczek, zbiorników na wodę, umywalk (...). W sprawie tych braków Referat Higieny nawiązał kontakt z Wojewódzkim Wydziałem Zdrowia. Leczenie dentystryczne niedostateczne z powodu małej liczby dentyстів. Czynne są cztery ambulanse dentystryczne ruchome³². Jak widać, w miarę możliwości organizowano jednak pomoc dla potrzebującej ludności, w tym dzieci. Już od pierwszych lat powojennych stopniowo zauważalna była niewielka choćby poprawa warunków sanitarnych szkół i lepsza organizacja działań mających na celu diagnozowanie uczniów i interwencję medyczną. Doktor Maria Sokołowska³³ składająca sprawozdanie ze stanu sanitarnego placówek oświatowych oraz organizacji opieki higieniczno-lekarskiej nad młodzieżą szkolną w 1949 r., oceniła, iż warunki sanitarne są „(...) na ogół niepomysłne, powoli jednak ulegają poprawie³⁴, co odbywało się dzięki staraniom władz szkolnych, samorządów, lokalnej społeczności i samych nauczycieli, którzy niejednokrotnie sami opodatkowywali się na ten cel. O ile w miarę możliwości poprawiały się warunki do nauki, o tyle w dalszym ciągu, jak podkreśla ta sama Autorka, „(...) Pomoc lekarza szkolnego jest fikcją, lekarze ci są źle opłacani, nie mają nawet możliwości dokładnego zbadania dziecka. Zakłady wychowawcze są przeważnie pozbawione pomocy lekarskiej³⁵. Istotną barierę we wdrażaniu publicznego progra-

³² AAN, MO, sygn. 4158, *Sprawozdanie ze szkół na terenie Kuratorium Szkolnego [dalej: KOS] Lubelskiego*, 1949, k. 199.

³³ Maria Skokowska-Rudolf (1895–1975) – lekarz medycyny społecznej, ftyzjatra, pediatra. Zob. M. Skokowska-Rudolf, *Stan i potrzeby zdrowotne dzieci w Polsce*, LINW, Warszawa 1946, s. 12.

³⁴ M. Rudolf-Skokowska, *Organizacja medycyny szkolnej*, „Pediatria Polska” 1949, nr 1, s. 1.

³⁵ *Ibidem*, s. 3.

mu poprawy stanu zdrowia dzieci stanowił brak kadry medycznej³⁶, w tym specjalistów medycyny szkolnej³⁷.

Braki kadrowe w obszarze medycyny szkolnej odczuwalne były w całym kraju, choć w różnym stopniu. Tam gdzie pozwalała sytuacja kadrowa, powstawały poradnie dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Przykładem może być Kraków, w którym – jak podaje P. Juško – już w drugiej połowie lat 40. ubiegłego wieku funkcjonowało sześć międzyszkolnych poradni specjalistycznych (chorób wewnętrznych, dla młodzieży „nerwowej”, wad wymowy, okulistyka, laryngologiczna, przeciwgruźlicza). Podejmowane były także starania, aby objąć jak największą liczbę dzieci i młodzieży opieką dentystyczną, dla nich urządzono międzyszkolną poradnię dentystyczną w Miejskim Ośrodku Zdrowia. Działyło także sześć dzielnicowych ambulatoriów dentystycznych zlokalizowanych w budynkach krakowskich szkół³⁸. Jednak na taką opiekę lekarską mogły sobie pozwolić większe aglomeracje miejskie, gdzie liczba lekarzy była znacznie większa niż w pozostałych miejscowościach.

Czas tworzenia nowego modelu higieny szkolnej

Pod koniec 1952 r. ukształtował się model prawny i organizacyjny państwowej służby zdrowia, w który wprzężona została także szkolna służba zdrowia³⁹. Wszystkie rozproszone w różnych resortach działy służby zdrowia połączono w jedną państwową służbę podporządko-

³⁶ Podczas wojny śmierć poniosło prawie 50% lekarzy medycyny – ich liczba zmniejszyła się z 12 917 w 1938 r. do 7732 w 1946 r. Wśród lekarzy dentyków straty były znacznie większe (70%), z pożogi wojennej wyszło zaledwie 1,5 tys. Należy dodać, że geograficzne rozmieszczenie lekarzy było bardzo nierównomierne, podobnie jak placówek służby zdrowia. W 1947 r. najtrudniej z dostępem do służby zdrowia było w województwie białostockim, szczecińskim i rzeszowskim, natomiast stosunkowo dobra sytuacja pod tym względem panowała na terenie województw śląskiego, krakowskiego, poznańskiego i wrocławskiego. M. Paciorek, *Instytucja nadzoru Instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego w Polsce w latach 1947–1950 w świetle ówczesnych doniesień prasowych*, „Medycyna Nowożytna” 2011, t. 17, z. 1, s. 150.

³⁷ S. Radiukiewicz, *O kadrach szkolnej służby zdrowia...*, op. cit., s. 14.

³⁸ P. Juško, *Z zagadnień prawno-organizacyjnych opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach podstawowych w Polsce w latach 1945–1961 (w świetle Dzienników Urzędowych Ministerstwa Oświaty)*, „Kultura – Przemiany – Edukacja” 2021, t. IX, s. 32.

³⁹ W założeniach ideowych służba zdrowia miała być państwowa, realizująca założenia polityki zdrowotnej państwa i finansowana z państwowego budżetu. Cechować ją miała: kompleksowość, jednolitość, a także charakter społeczny, co w praktyce oznaczało przejęcie przez państwo wszystkich jednostek organizacyjnych wraz z personelem fachowym. W ten sposób przejęto m.in. ok. 60 placówek lecznictwa zamkniętego będących własnością Kościoła katolickiego. J. Sadowska, *Zmiany systemowe w służbie zdrowia 1945–1955 (na przykładzie Łodzi)*, AM w Łodzi, Łódź 2002, s. 103.

waną Ministrowi Zdrowia. W jego gestii znalazł się całokształt spraw dotyczących sprawowania opieki lekarsko-higienicznej i stomatologicznej nad zakładami nauczania i wychowania. Tym samym w następnych latach uprawomocnił się ostateczny model organizacyjny, nazwany z czasem szkolną służbą zdrowia⁴⁰. Przełomowym momentem dla jej działalności było wydanie aktu prawnego, który regulował opiekę zdrowotną nad szkołami podstawowymi. Dokument ten dość precyzyjnie określał kto i w jaki sposób odpowiada za opiekę higieniczno-lekarską nad uczniami szkół podstawowych ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w razie pojawienia się w tych placówkach chorób zakaźnych. Definiowała zakres obowiązków poszczególnych instytucji, w tym poszczególnych komórek organizacyjnych. Na gruncie szkoły bezpośrednią opiekę higieniczno-lekarską nad uczniami, jak również kontrolę stanu sanitarno-higienicznego szkoły, sprawował lekarz szkolny przy udziale pielęgniarki szkolnej. Byli oni pracownikami miejscowej przychodni rejonowej bądź ośrodka zdrowia. W tym samym dokumencie opracowano dla nich szczegółową instrukcję zadań i obowiązków realizowanych w ramach opieki higieniczno-lekarskiej nad uczniami. Uznano, iż lekarz szkolny „(...) jest odpowiedzialny za prawidłowy rozwój, stan zdrowia i higienę dzieci pozostających pod jego opieką oraz za nadzór nad stanem higieniczno-sanitarnym pomieszczeń i otoczenia przydzielonych mu szkół”⁴¹. W szkołach, w których brak było lekarza szkolnego, pielęgniarka dodatkowo wykonywała większość jego obowiązków, poza częścią związaną z przeprowadzaniem badań. Zwrócono także uwagę na rolę nauczycieli, zwłaszcza ich kompetencje w dziedzinie ochrony zdrowia najmłodszych, podkreślając, że „Nauczyciel taki powinien być obeznany z zagadnieniami higieny i zdrowia dzieci w szkole, a w miarę możliwości przeszkolony na kursie higieny szkolnej”⁴². Zakres jego obowiązków pokrywał się z tymi, jakie wyznaczono pielęgniarce szkolnej, poza realizowaniem szczepień dzieci, które w takiej sytuacji należały do obowiązku personelu medycznego najbliższego zakładu opieki zdrowotnej. Opracowane przez władze ustawodawcze normy prawne dotyczące opieki medycznej w placówkach szkolnych zostały uzupełnione przepisami wykonawczymi, instrukcjami i licznymi roz-

⁴⁰ J. Serejski, *Historia najnowsza higieny i medycyny szkolnej (1945–1973)*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1983, nr 9, s. 368.

⁴¹ Dz. Urz. MO z 1952 r. nr 20, poz. 164, Instrukcja nr 112/52 Ministra Zdrowia z 14 listopada 1952 r. (nr M.III.h.1/68/52) w sprawie opieki higieniczno-lekarskiej nad uczniami szkół podstawowych.

⁴² Ibidem.

porządzeniami umożliwiającymi praktyczne realizowanie przyjętych rozwiązań. Były one wydawane na wszystkich szczeblach administracji, która w pierwszej kolejności spadła na wydziały zdrowia prezydentów rad narodowych współpracujących na tym polu z wydziałami oświaty⁴³.

Równolegle do kształtującego się jednolitego ustroju społecznej służby zdrowia trwały dyskusje na temat koncepcji opieki lekarsko-higienicznej nad uczniami w ramach tego systemu. Ówczesna sytuacja zdrowotna, zarówno społeczeństwa, jak i uczniów, ramy prawne i organizacyjne, cała złożona sytuacja społeczno-gospodarcza Polski wytyczały nowe ramy działalności lekarzy i higienistek zatrudnianych w placówkach oświatowych. Musiały być one dostosowane do istniejących realiów. Podstawowym problemem było określenie pozycji pracowników służby zdrowia – powinni działać w strukturach szkół czy też głównie poza nimi, w dostępnych wszystkim uczniom specjalistycznych przychodniach, ambulatoriach lub gabinetach. Na ten temat wypowiadały się osoby najbardziej zainteresowane tymi kwestiami, głównie lekarze pracujący w instytucjach oświatowych i związani z higieną szkolną jeszcze w okresie międzywojennym. Swoje koncepcje prezentowali m.in. Jan Bogdanowicz⁴⁴, Klemens Sokal⁴⁵, Marcin Kacprzak czy Marcin Demel⁴⁶. Pierwszy z nich najważniejszą

⁴³ Szerzej: P. Juško, op. cit.

⁴⁴ Jan Bogdanowicz (1894–1967) – lekarz pediatra, jeden ze współtwórców koncepcji higieny szkolnej jeszcze w okresie II Rzeczypospolitej, zwolennik koncepcji higieny szkolnej lansowanej przez Stanisława Kopczyńskiego. Z. Lejmbach, *Jan Bogdanowicz*, [w:] E. Wilkoszewski (red.), *Słownik zastużonych pediatrów*, z. 1, PTP, Warszawa 1985, s. 21.

⁴⁵ Klemens Sokal (1887–1974) – lekarz chorób wewnętrznych, internista, znawca higieny szkolnej. W okresie międzywojennym związany z Lubelszczyzną. W latach powojennych ubiegłego wieku kontynuował swoje zainteresowania higieną i zdrowiem, zwłaszcza uczniów szkół zawodowych. Stworzył pierwszą poradnię szkolną, która skupiała obok lekarzy specjalistów grono psychologów, specjalistów w dziedzinie poradnictwa zawodowego. W koncepcji K. Sokala miały one stanowić bazę metodyczno-organizacyjną i konsultacyjno-specjalistyczną dla szkolnej służby zdrowia. B. Woynarowska, *Dr Klemens Sokal. Życie, działalność i koncepcja higieny szkolnej*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1975, nr 2, s. 18.

⁴⁶ Maciej Demel (1923–2017) – uznawany za twórcę polskiej szkoły edukacji zdrowotnej. Ukończył studia na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie w zakresie wychowania fizycznego (1948), a następnie pedagogiki (1949), a w 1952 r. został lekarzem. Utworzył Pracownię Wychowania Zdrowotnego w Instytucie Pedagogiki w Warszawie. Było to pierwsze formalne wkroczenie spraw zdrowia na teren pedagogiczny. Demel zakładał ścisły związek wychowania fizycznego i zdrowotnego. Był twórcą koncepcji i podstaw teoretycznych wychowania zdrowotnego w Polsce, twórcą pedagogiki zdrowia. E. Syrek, *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, UŚ, Katowice 2000, s. 38; *Wspomnienie o twórcy polskiej szkoły edukacji zdrowotnej – prof. Macieju Demelu*,

rolę w systemie opieki nad zdrowiem ucznia przypisywał „domowemu pediatrze”, który „(...) w pewnych okolicznościach współpracuje ze specjalistami. Lekarz zaś domowy musi dostarczyć szkole pełne dane o dziecku, o wszelkich zaburzeniach w jego rozwoju i uzupełniać te dane w razie potrzeby”⁴⁷. Ponadto, jak twierdził, zadaniem lekarza rejonowego – pediatry była opieka na dzieckiem zarówno chorym, jak i zdrowym. Zatem powinien on dzielić swój czas między przychodnię a placówki oświatowe położone w jego rejonie⁴⁸. Idea w postaci opieki łączonej pediatryczno-szkolnej była dość przekonująca, ale propozycje te mogły być ewentualnie realizowane tylko w większych miastach, przynajmniej stolicach powiatów, głównie ze względów kadrowych, zwłaszcza deficytu lekarzy pediatrów. Podobnego zdania był M. Demel, który również opowiadał się za zdecydowanym odcięciem lekarza szkolnego od zadań leczniczych na terenie szkoły⁴⁹. Ponadto stał on na stanowisku, aby opiekę lekarską roztaczać przede wszystkim w aspekcie organizowania środowiska szkolnego. Jego pogląd najlepiej charakteryzowała wypowiedź w „Wychowaniu Fizycznym i Sporcie”, gdzie podkreślił, że „(...) w lekarzu szkolnym, jeśli taki musi być, widzę przede wszystkim pedagoga, którego awangardowa rola polega na kierowaniu fizycznym i psychicznym rozwojem dziecka i na organizacji środowiska, stosownie do potrzeb rozwoju”⁵⁰. Na higienę szkolną patrzył z punktu wychowania, które powinna realizować szkoła, a nie przez pryzmat medycyny.

Odmienne poglądy głosił K. Sokal. W sytuacji, kiedy szkolnictwo polskie borykało się z problemem zapewnienia wszystkim placówkom własnych budynków szkolnych, organizowanie gabinetów przy szkołach stwarzało dodatkowy problem budżetowy. Dlatego też wielką nadzieję pokładał on w rozwoju poradni szkolnych, które wyposażone byłyby w nowoczesne zaplecze specjalistyczne, dzięki któremu lekarz

<https://sliwerski-pedagog.blogspot.com/2017/03/wspomnienie-o-tworcy-polskiej-szkoly.html> [dostęp 6.12.2022].

⁴⁷ J. Bogdanowicz, *Głos w dyskusji na temat referatu dr K. Sokala „Próba nowego układu higieny szkolnej”*, „Pediatria Polska” 1958, nr 12, s. 1454.

⁴⁸ J. Bogdanowicza można uznać za prekursora rejonów pediatryczno-szkolnych, których koncepcję próbowano realizować w latach 70. i 80. ubiegłego wieku. P. Tyfa, *Higiena i medycyna szkolna w latach 1945–1992*, [w:] J. Rzepka (red.), *Kronika Higieny Szkolnej i Medycyny na Śląsku i w Zagłębiu oraz XXX Jubileuszowy Zjazd Naukowy Higieny i Medycyny Szkolnej*, Agat, Katowice 1994, s. 283.

⁴⁹ B. Woynarowska, *Zasłużeni dla rozwoju higieny i medycyny szkolnej w Polsce (1918–1988)*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 3, s. 25.

⁵⁰ M. Demel, *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1960, nr 3, s. 28.

szkolny miał możliwość szybkiego wykrywania wad i chorób przewlekłych uczniów⁵¹. Autor tej koncepcji postulował, że tego typu poradnie powinny powstawać we wszystkich miastach i poszczególnych powiatach, stanowić centra zdrowia dla uczniów z danej miejscowości. Takie rozwiązanie opieki lekarskiej dałoby, w przekonaniu autora, więcej korzyści niż dotychczasowy system. Zarówno władze samorządowe, jak i sami lekarze postrzegali tę idee jako dość drogą instytucję i mało prestiżową dla samej kadry medycznej. Bowiern, zresztą jak i w okresie II Rzeczypospolitej, opieka medyczna w szkołach nie cieszyła się wysokim uznaniem w kręgach administracji służby zdrowia, co powodowało, że młodsza generacja lekarzy nie była zainteresowana obejmowaniem tych stanowisk. Wręcz przeciwnie – zauważyć można było stałą fluktuację w ramach tych etatów. W przypadku powyższych koncepcji sądzić można, że przede wszystkim uwarunkowania ekonomiczne były zasadniczą przeszkodą ich realizacji i tym samym nie mogły one nabrać w owym czasie realnego kształtu. Opinię taką wyraził J. Serejski – specjalista z zakresu medycyny szkolnej, śledząc losy tej dyscypliny w powojennym okresie⁵².

Okres dynamicznego rozwoju i sukcesów higieny i medycyny szkolnej

W wyniku ścierania się różnych poglądów i dyskusji, jakie prowadzono w okresie: 1955–1960 nad programem higieny szkolnej i ideą opieki lekarskiej w szkolnictwie, ostatecznie przystąpiono do realizacji elementów koncepcji M. Kacprzaka, która miała wiele wspólnych punktów z poglądami jego dyskutantów. Postulowaną przez J. Bogdanowicza rolę lekarza – pediatry domowego przejął lekarz poradni – pediatra, któremu podlegały dzieci zamieszkałe w danym rejonie. W nowym modelu uwzględniono także postulaty K. Sokala związane z orzecznictwem lekarzy specjalistów dla potrzeb szkoły, a utworzone w 1959 r. wojewódzkie przychodnie higieny szkolnej oparto na wzorze prowadzonej przez niego poradni międzyszkolnej w Warszawie⁵³. Swoje miejsce znalazła również koncepcja lansowana przez M. Demela, który w całości kształcił program opieki zdrowotnej uwzględnił

⁵¹ K. Sokal, *Próba nowego układu higieny szkolnej*, „Pediatria Polska” 1958, nr 12, s. 1939.

⁵² J. Serejski, op. cit., s. 369.

⁵³ J. Kopczyńska-Sikorska, B. Woynarowska, W. Wronicz, J. Ekiert, M. Demel, *Stulcie urodzin Klemensa Sokala*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1987, nr 5, s. 164.

także koncepcję lekarza szkolnego jako propagatora wychowania zdrowotnego na terenie szkoły.

Było to zupełnie nowe postrzeganie pojęcia higieny szkolnej, która w ujęciu tradycyjnym koncentrowała się na zagadnieniach środowiska fizycznego szkoły, kładąc mniejszy nacisk na środowisko społeczne. Nakreślenie nowych zadań leczniczych w ramach obowiązków lekarza szkolnego stanowiło zasadniczy trzon koncepcji M. Kacprzaka, która w sposób całościowy ujmowała zagadnienie zdrowotności dziecka na tle środowiska⁵⁴. Zakłada ona m.in., że opieka zdrowotna powinna zawierać całokształt działań na rzecz zdrowia młodej populacji społeczeństwa, od momentu poczęcia do osiągnięcia stabilizacji biologicznej, tj. od 0 do 18 lat. Uwzględniała także wpływ wielu czynników, zarówno genetycznych, jak i środowiskowych, na rozwój i stan zdrowia dziecka. Ponadto rozszerzała ona znacznie zakres bezpłatnych świadczeń profilaktycznych dla dzieci do 14. r.ż. z rodzin nieubezpieczonych, w ramach lecznictwa otwartego. Było to istotne osiągnięcie socjalne zwłaszcza dla wielu mieszkańców wsi, zajmujących się rolnictwem⁵⁵. Zakładano, iż realizacja zadań zawartych w programie przyczyni się – przy ścisłym współdziałaniu pracowników oświaty służby zdrowia – do poprawy stanu zdrowia uczniów oraz uzyskania przez nich lepszych wyników w nauce i w wychowaniu. Postulaty te znalazły swoje odbicie w stosownym dokumencie normatywnym, który wprowadził szereg zmian w opiece higieniczno-lekarskiej. Przede wszystkim zwrócono uwagę na potrzeby dzieci i młodzieży mających problem z funkcjonowaniem w środowisku szkolnym, zapewniając im wszechstronne wsparcie⁵⁶. Wyrazem tego był rozwój orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb szkolnych. Wymienić należy przede wszystkim orzekanie o dojrzałości szkolnej dzieci wstępujących do klas pierwszych szkoły podstawowej, jak też o stanie zdrowia uczniów kończących ten etap edukacji. W tym pierwszym dokumencie, który miał być przekazany szkole, zawarta winna być aktualna ocena stanu zdrowia i rozwoju psychofizycznego ucznia oraz określenie jego potrzeb zdrowotnych wraz z zaleceniami dla szkoły i opieki domowej. Zadaniem tych ostatnich badań było również dostarczenie informacji o ewentualnych przeciwwskazaniach zdrowotnych do podejmowania nauki na

⁵⁴ D. Cianciara, J. Muszyńska, *Marcin Kacprzak (1888–1968) – non omnis moriar*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2012, t. 66, nr 2, s. 376.

⁵⁵ S. Radiukiewicz, *Medycyna szkolna...*, op. cit., s. 7.

⁵⁶ Dz. Urz. MZiOP z 1961 r. nr 14, poz. 94, Instrukcja MZiOS Nr 37 w sprawie regulaminów pracy pracowników powołanych do wykonywania opieki lekarsko-higienicznej w zakładach nauczania i wychowania.

określonym kierunku nauczania zawodowego. Według S. Radiukiewicza w 1970 r. lekarze dokonali ponad 490 tys. badań orzekających o dojrzałości szkolnej dzieci wstępujących do pierwszych klas szkoły podstawowej, a w ramach badań uczniów kończących szkołę podstawową zbadano w miastach prawie 334 tys., a na wsi ponad 306 tys., wydając im stosowny dokument z uwagami o ewentualnych przeciwskazaniach zdrowotnych do podejmowania nauki w określonym kierunku kształcenia. Niewątpliwie badania te w dużej mierze przyczyniły się do nawiązania współpracy lekarzy szkolnych z poradniami wychowawczo-zawodowymi, zwłaszcza w zakresie poradnictwa zawodowego. Bardzo istotne przede wszystkim dla dzieci i uczniów z deficytami rozwojowymi czy z zaburzeniami w zachowaniu były kwalifikacje lekarskie uczniów do szkół specjalnych i zakładów wychowawczych. Tym samym zaczęto dostrzegać potrzeby osób niepełnosprawnych i respektować ich prawa do równego traktowania w zakresie społecznego funkcjonowania, jak również w dostępie do edukacji⁵⁷.

Jak można zauważyć, w nowym, lansowanym przez M. Kacprzaka pojęciu medycyna szkolna⁵⁸ skoncentrowana była przede wszystkim na uczniu. To on był głównym podmiotem zainteresowań lekarza szkolnego, który według niego miał być przede wszystkim klinicystą z dobrą znajomością fizjologii rozwoju i higieny. Jak podkreślał, „(...) lekarz szkolny nie może być tylko lekarzem sanitarnym, lecz powinien być specjalistą w dziedzinie fizjologii i patologii dzieci w wieku szkolnym, a współczesna higiena szkolna ma zajmować się nie tylko dzieckiem zdrowym, ale i chorym, któremu należy zapewnić jak najlepszą opiekę w czasie choroby”⁵⁹. Nowa wizja medycyny szkolnej

⁵⁷ Ustawa o rozwoju systemu oświaty i wychowania z 1961 r. Artykuł 20 ustawy stwierdza: „(...) Kształcenie i wychowanie dzieci i młodocianych przewlekle chorych, opóźnionych w rozwoju umysłowym, upośledzonych fizycznie i umysłowo odbywa się w specjalnych przedszkolach, szkołach podstawowych lub ośrodkach szkolno-wychowawczych (...)”.

⁵⁸ Higiena szkolna stała się w tym czasie dziedziną wiedzy o zespołowej problematyce. Obok zagadnień środowiska szkolnego objęła także problematykę kliniczną, głównie z zakresu pediatrii, psychiatrii, rehabilitacji, okulistyki, stomatologii. W związku z tym coraz częściej zaczęto używać terminu „medycyna szkolna”. Termin ten nie ma długiej tradycji. Co prawda po raz pierwszy został użyty w 1917 r. przez lekarza Karpa Rotermunda, ale w następnych latach nie był używany. Ponownie wrócono do tego terminu po II wojnie światowej. W 1948 r. w piśmiennictwie został użyty przez Marię Rudolf-Skokowską. W latach 60. pojęcie medycyny szkolnej używano wymiennie z higieną szkolną. Tę ostatnią uważano za poprzedniczkę medycyny szkolnej. Z tym że nadano jej znacznie szersze pojęcie. S. Karp-Rottermund, *Projekt wprowadzenia powszechnego lekarskiego dozoru szkolnego w Królestwie Polskim*, Warszawa 1917; M. Rudolf-Skokowska, *Organizacja medycyny szkolnej*, „Pediatria Polska” 1949, nr 1, s. 12.

⁵⁹ M. Kacprzak, *Rola lekarza w szkole*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1966, nr 1, s. 21.

przyczyniła się do utworzenia w 1963 r. dwustopniowej specjalizacji z higieny szkolnej⁶⁰, przemianowanej później na medycynę szkolną⁶¹. Kacprzak pokładał wielkie nadzieje w tym nowym modelu kształcenia lekarzy szkolnych. Jego zdaniem miał on podnieść rangę i prestiż lekarza szkolnego, który często posądzany był o bardzo niski poziom wiedzy fachowej.

Stosownie do przeprowadzanych badań okresowych i opieki dyspanseryjnej planowano także utworzyć cały system szkolnej służby zdrowia, z zapleczem metodyczno-organizacyjnym i specjalistycznym. Opiekę specjalistyczną na szczeblu miasta miały zapewniać samodzielne miejskie poradnie lekarskie. Jednak rozwój sieci tych placówek nie był równomierny, w związku z tym poziom opieki nie był jednolity. Zarysowała się wyraźna dysproporcja. Z oczywistych względów stosunkowo najlepiej przedstawiała się sytuacja w dużych miastach, zwłaszcza w ośrodkach akademickich, gdzie kształcono przyszłych lekarzy⁶². Dlatego też trudno jest określić rozmiar rzeczywistej świadczonej opieki w skali całego kraju. Nadal borykano się z podstawową trudnością, jaką stanowił brak kadry lekarzy szkolnych. W roku szkolnym 1971/1972 wśród 3870 lekarzy pracujących w placówkach oświatowych jedynie 549 zatrudniano w wymiarze pełnego etatu, a na terenach wiejskich stan kadry był jeszcze gorszy⁶³.

Mimo coraz większych możliwości doszkalania lekarzy szkolnych wzrastało również obciążenie ich nowymi zadaniami, bez zwiększania wymiaru ich zatrudnienia. Już nieliczna stara kadra lekarzy wykruśzała się, a dla młodej generacji nie zdołano stworzyć skutecznych bodźców wiążących ją z pracą w szkołach. Przekładało się to na jakość ich pracy, bowiem przeprowadzane przez nich w szkołach badania okresowe budziły zasadnicze zastrzeżenia. Ich zdaniem system sprawozdawczości nie oddawał pełnego obrazu pracy szkolnej służby zdrowia. Lekarze traktowali często badania jako czynność zrutynizo-

⁶⁰ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 grudnia 1962 r. w sprawie zasad i trybu uznawania lekarzy za specjalistów, <https://www.prawo.pl/akty/m-p-1963-2-4,16814315> [dostęp 11.12.2022].

⁶¹ Rozporządzenie MZiOS z 1973 r. zniósło w zakresie pierwszego i drugiego stopnia specjalizacje z higieny szkolnej, wprowadzając specjalizację drugiego stopnia z medycyny szkolnej na bazie specjalizacji pierwszego stopnia z pediatrii, interny lub medycyny ogólnej. J. Serejski, *Opieka lekarska w szkołach w okresie XXX-lecia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*, „Pediatria Polska” 1974, nr 7, s. 820.

⁶² W. Leśnikowska-Ścigalska, *Higiena i medycyna szkolna w Polsce wczoraj, dziś i jutro*, wyd. WSEW, Mysłowice 2004, s. 77.

⁶³ I. Krzysztofowicz, *Medycyna społeczna wieku rozwojowego*, wyd. PZWL, 1977, s. 13.

waną, służącą bardziej celom formalnej sprawozdawczości niż zindywidualizowanej opiece zdrowotnej nad uczniem⁶⁴.

Założeniem M. Kacprzaka było stworzenie modelu opieki zdrowotnej nad uczniami, który będzie dostosowany do realiów ówczesnego życia codziennego. Jednakże rzeczywistość tego okresu daleko odbiegała od wymagań przepisów. W oczach administracji służby zdrowia i oświaty opieka nad uczniem wciąż nie uzyskiwała należytej sobie wysokiej rangi, co tłumaczono niezmiennie koniecznością rozwiązywania pilniejszych zadań. Należy jednak zauważyć charakterystyczne tendencje rozwojowe w medycynie szkolnej. Nastąpił ilościowy wzrost objętych opieką dyspanseryjną dzieci i uczniów we wszystkich województwach, zwłaszcza w miastach o dobrze rozwiniętej bazie specjalistycznej. Następstwem czego była rozbudowa bazy konsultacyjno-specjalistycznej wojewódzkich przychodni higieny szkolnej, ukierunkowanej na korekcję i kompensację wad i zaburzeń rozwojowych. W wielu regionach kraju były organizowane turnusy i kolonie zdrowotne⁶⁵. Jak widać, pomimo ciągłych trudności w służbie zdrowia dążono do rozszerzenia działań w zakresie opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą polską, także z rodzin nieubezpieczonych. Należy też pamiętać, iż był to okres systematycznie zwiększającej się liczby placówek oświatowo-wychowawczych różnego typu, a co za tym idzie – coraz większa liczba dzieci i młodzieży uzyskiwała prawo do systematycznej opieki medycznej w szkołach, którą stanowiła medycyna zapobiegawcza. Niewątpliwie zasługi dla tego systemu wniósł M. Kacprzak, którego zdaniem szkoła miała być środowiskiem wspierającym zdrowie uczniów. Dał temu wyraz w jednym ze swoich licznych aforyzmów, mówiąc, że „(...) uczeń powinien wyjść ze szkoły zdrowszy niż do niej przyszedł”⁶⁶. Tym samym wyprzedził o całe ćwierćwiecze propagowaną na całym świecie koncepcję promocji zdrowia⁶⁷. Nie-

⁶⁴ J. Kopczyński, *Wrażenia z Krajowego Zjazdu Medycyny i Higieny Szkolnej*, Warszawa 20–21.11.1970 r., „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1971, nr 3, s. 18.

⁶⁵ J. Schejbal, *Higiena i medycyna szkolna w latach 1945–1992*, [w:] J. Rzepki (red.), *Kronika higieny szkolnej i medycyny na Śląsku i w Zagłębiu*, Katowice 1994, s. 276.

⁶⁶ M. Demel, *Bez historii teoria jest ślepa*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1996, nr 5, s. 152.

⁶⁷ Na koncepcji M. Kacprzaka został oparty zmodyfikowany system opieki zdrowotnej nad uczniami, wprowadzony w Polsce w 1992 r., Szkoła Promująca Zdrowie. Inicjatorką tego projektu była prof. Barbara Woynarowska. Zaproponowany nowy model edukacji zdrowotnej, skoncentrowany przede wszystkim na ludziach i miejscach, w których *tworzone jest zdrowie*, polegał na budowaniu kompleksowych programów edukacji zdrowotnej i wdrażaniu ich w środowiskach ważnych dla kształtowania zdrowia danej społeczności. Szkoła miała być jednym z tych środowisk, na którym spoczywałaby odpowiedzialność za przekazywanie uczniom rzetelnej informacji o zdrowiu. Bardzo

stety, w kolejnych latach realizowano w praktyce tylko pewne elementy jego teorii. Medycyna szkolna, jak każda dyscyplina naukowa, ewoluowała. Na kierunki zmian miały wpływ nie tylko badania naukowe, nowe koncepcje organizacyjne, ale także uwarunkowania ekonomiczne oraz społeczne kraju.

Bibliografia

Źródła archiwalne

AAN, GMWP, sygn. 1/20.

AAN, MO, sygn. 4158; 5158; 231.

Źródła drukowane

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

Dz. Urz. MO z 1952 r. nr 20, poz. 164, Instrukcja nr 112/52 Ministra Zdrowia z 14 listopada 1952 r. (nr M.III.h.1/68/52) w sprawie opieki higieniczno-lekarskiej nad uczniami szkół podstawowych.

Dz. Urz. MZiOP z 1961 r. nr 14, poz. 94, Instrukcja MZiOS Nr 37 w sprawie regulaminów pracy pracowników powołanych do wykonywania opieki lekarsko-higienicznej w zakładach nauczania i wychowania.

Rocznik statystyczny 1947, GUS, Warszawa 1947.

Opracowania

Bogdanowicz J., *Głos w dyskusji na temat referatu dr K. Sokala „Próba nowego układu higieny szkolnej”*, „Pediatria Polska” 1958, nr 12.

Brzeziński Z.J., *Marcin Kacprzak*, „Nauka Polska” 1967, nr 2.

Cianciara D., Muszyńska J., *Marcin Kacprzak (1888–1968) – non omnis moriar*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2012, t. 66, nr 2.

Demel M., *Bez historii teoria jest ślepa*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1996, nr 5.

Demel M., *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1960, nr 3.

ważne było odejście od edukacji zdrowotnej rozumianej tylko jako uczenie dzieci odpowiedzialności za własne zdrowie na rzecz szerzej rozumianej jego promocji. B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia dwóch lat projektu „Szkoła Promująca Zdrowie”* 1993, s. 12; A. Felchner, J. Majchrzyk-Mikuła, *Polska medycyna szkolna – przeszłość i postulaty na przyszłość*, [w:] K. Prętki, E. Baum (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane aspekty i problemy*, WMP, Poznań 2021, s. 116.

- Felchner A., Majchrzyk-Mikuła J., *Polska medycyna szkolna – przeszłość i postulaty na przyszłość*, [w:] K. Prętki, E. Baum (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane aspekty i problemy*, WMP, Poznań 2021.
- Felchner A., *Zdrowie i zdrowotność piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku 70-tych XX wieku)*, Arboretum, Wrocław 2006.
- Grynberg Z., *Pięciolecie służby zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1949, nr 7–8.
- Jastrzębowski Z., *Ośrodki zdrowia w polskiej koncepcji lecznictwa samorządowego (1918–1939)*, „Zdrowie Publiczne” 1998, nr 11.
- Juśko P., *Z zagadnień prawno-organizacyjnych opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach podstawowych w Polsce w latach 1945–1961 (w świetle Dzienników Urzędowych Ministerstwa Oświaty)*, „Kultura-Przemiany-Edukacja” 2021, t. IX.
- Kacprzak M., *Ewolucja poglądów na higienę szkolną*, „Pediatria Polska” 1960, nr 8.
- Kacprzak M., *Higiena szkolna w rozwoju historycznym*, [w:] M. Kacprzak (red.), *Higiena szkolna*, PZWL, Warszawa 1958.
- Kacprzak M., *Prawo do zdrowia i jego realizacja*, Warszawa 1947.
- Kacprzak M., *Rola lekarza w szkole*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1966, nr 1.
- Karp-Rottermund S., *Projekt wprowadzenia powszechnego lekarskiego dozoru szkolnego w Królestwie Polskim*, Warszawa 1917.
- Kopczyńska-Sikorska J., Woynarowska B., Wronicz W., Ekiert J., Demel M., *Stulecie urodzin Klemensa Sokala*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1987, nr 5.
- Kopczyński J., *Wrażenia z Krajowego Zjazdu Medycyny i Higieny Szkolnej*, Warszawa 20–21.11.1970 r., „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1971, nr 3.
- Kostkiewicz J., *Niemiecka polityka eksterminacji i germanizacji polskich dzieci w czasie II wojny światowej*, UJ, Kraków 2020.
- Kostrzewski J., *Błonica (Diphtheia)*, [w:] J. Kostrzewski (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, t. 1, PZWL, Warszawa 1964.
- Kostrzewski J. (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1961–1970*, PZWL, Warszawa 1973.
- Kostrzewski J., *Zdrowie ludności Polski w świetle danych o chorobach i zgonach*, PZWL, Warszawa 1977.

- Krzysztofowicz I., *Medycyna społeczna wieku rozwojowego*, wyd. PZWL, Warszawa 1977.
- Lejmbach Z., *Jan Bogdanowicz*, [w:] E. Wilkoszewski (red.), *Słownik zasłużonych pediatrów*, z. 1, PTP, Warszawa 1985.
- Leowski J., Miller M., *Gruźlica*, [w:] J. Kostrzewski (red.) *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, t. 1, PZWL, Warszawa 1964.
- Leśnikowska-Ścigalska W., *Higiena i medycyna szkolna w Polsce wczoraj, dziś i jutro*, wyd. WSEW, Mysłowice 2004.
- Majchrzyk-Mikuła J., Felchner A., *Działalność doktora Stanisława Kopczyńskiego na rzecz rozwoju higieny szkolnej w II Rzeczypospolitej*, [w:] B. Urbanek, M. Paciorek, M. Ciesielska (red.), *Aktywność polskich lekarzy w dwudziestoleciu międzywojennym – w stulecie powołania Izb Lekarskich*, IHN PAN, Warszawa 2020.
- Majchrzyk-Mikuła J., *Higiena szkolna na Lubelszczyźnie na tle całego kraju*, NWP, Piotrków Trybunalski 2013.
- Mauersberg S., *Rozwój oświaty w okresie Tymczasowego Rządu Jedności Narodowej (lipiec 1945–styczeń 1947)*, [w:] J. Miąso (red.), *Historia wychowania. Wiek XX*, PWN, Warszawa 1980.
- Nosko J., *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, IMP, Łódź 2005.
- Paciorek M., *Instytucja nadzoru Instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego w Polsce w latach 1947–1950 w świetle ówczesnych doniesień prasowych*, „Medycyna Nowożytna” 2011, t. 17, z. 1.
- Pietruszka W., *Sieroctwo w Polsce w okresie okupacji hitlerowskiej*, [w:] Cz. Pilichowski (red.), *Dzieci i młodzież polska w latach drugiej wojny światowej*, Warszawa 1982.
- Prętki K., *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.
- Radiukiewicz S., *Medycyna szkolna – pojęcia, zakres, historia*, [w:] S. Radiukiewicz (red.), *Medycyna szkolna*, PZWL, Warszawa 1987.
- Radiukiewicz S., *O kadrach szkolnej służby zdrowia*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1969, nr 9.
- Rudolf-Skokowska M., *Organizacja medycyny szkolnej*, „Pediatria Polska” 1949, nr 1.
- Rudziński H., *Stacje sanitarno-epidemiologiczne i sanitarno-kwarantannowe jako organy nadzoru sanitarnego w terenie*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 4.
- Sadowska J., *Zmiany systemowe w służbie zdrowia 1945–1955 (na przykładzie Łodzi)*, AM w Łodzi, Łódź 2002.

- Schejbal J., *Higiena i medycyna szkolna w latach 1945–1992*, [w:] J. Rzepki (red.), *Kronika higieny szkolnej i medycyny na Śląsku i w Zagłębiu*, Katowice 1994.
- Serejski J., *Historia najnowsza higieny i medycyny szkolnej (1945–1973)*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1983, nr 9.
- Serejski J., *Opieka lekarska w szkołach w okresie XXX-lecia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*, „Pediatria Polska” 1974, nr 7.
- Skokowska-Rudolf M., *Stan i potrzeby zdrowotne dzieci w Polsce*, LINW, Warszawa 1946.
- Sokal K., *Próba nowego układu higieny szkolnej*, „Pediatria Polska” 1958, nr 12.
- Syrek E., *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, UŚ, Katowice 2000.
- Szpak E., *Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli, Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej*, IHN PAN, Warszawa 2018.
- Tokarz Z., Wilczur J.E., *Czas niewoli, czas śmierci. Martyrologia dzieci polskich w okresie okupacji hitlerowskiej*, Interpress, Warszawa 1979.
- Tyfa P., *Higiena i medycyna szkolna w latach 1945–1992*, [w:] J. Rzepka (red.), *Kronika Higieny Szkolnej i Medycyny na Śląsku i w Zagłębiu oraz XXX Jubileuszowy Zjazd Naukowy Higieny i Medycyny Szkolnej*, Agat, Katowice 1994.
- Więckowska E., *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, wyd. UW, Wrocław 2001.
- Wiśniewska M., *Zdrowie uczniów, medycyna szkolna i stan sanitarno-higieniczny szkół w powojennej Polsce*, „Rozprawy z Dziejów Oświaty” 2021, t. LVIII.
- Woynarowska B., *Dr Klemens Sokal. Życie, działalność i koncepcja higieny szkolnej*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1975, nr 2.
- Woynarowska B., Sokołowska M., *Jak stworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia dwóch lat projektu „Szkoła Promująca Zdrowie”* 1993.
- Woynarowska B., *Zasłużeni dla rozwoju higieny i medycyny szkolnej w Polsce (1918–1988)*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 3.

Źródła internetowe

Wspomnienie o twórcy polskiej szkoły edukacji zdrowotnej – prof. Macieju Demelu, <https://sliwerski-pedagog.blogspot.com/2017/03/wspomnienie-o-tworcy-polskiej-szkoly.html>.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 grudnia 1962 r. w sprawie zasad i trybu uznawania lekarzy za specjalistów, <https://www.prawo.pl/akty/m-p-1963-2-4>, 16814315.