

Migracje a szerzenie się chorób zakaźnych na Pomorzu Zachodnim w latach pionierskich

Migrations and spread of infectious diseases in the West Pomerania in pioneer years

URSZULA KOZŁOWSKA, MAREK BULSA

Zakład Socjologii Zdrowia i Zachowań Prozdrowotnych, Uniwersytet Szczeciński

Sytuacja sanitarno-epidemiologiczna Pomorza Zachodniego po zakończonych działaniach wojennych była bardzo niekorzystna. Zniszczenia, panujący bałagan oraz duży ruch migracyjny stwarzały dogodne warunki do szerzenia się chorób zakaźnych. Wśród przybywającej ludności występował najczęściej dur brzuszny, plamisty, świerzb, malaria oraz choroby społeczne, szczególnie gruźlica i choroby weneryczne. Ważną rolę w ograniczaniu zachorowań odegrał Państwowy Związek Repatriacyjny (PUR). W wielu przypadkach, placówki PUR były jedynymi, które świadczyły pomoc medyczną ludności. W ambulatoriach, izbach chorych migrująca ludność była poddawana szczepieniom, dezynfekcji, dezynsekcji, izolowano osoby chore. Działania te miały na celu zapobieganie potencjalnym epidemiom.

Słowa kluczowe: migracje, Pomorze Zachodnie, lata pionierskie, choroby zakaźne

The sanitary-epidemiological situation of the West Pomerania after the Second World War was very unfavourable. Total destruction and chaos as well as a large migration movement created good conditions for the spread of infectious diseases. Certain diseases were common among migrants, such as typhoid, typhus, scabies, malaria and social diseases, particularly tuberculosis or venereal diseases. The State Repatriation Department played an important role in limiting them. In many cases, institutions of the State Repatriation Department were the only ones to provide medical help for the population. In outpatient clinics and sick rooms migrants underwent immunization, disinfection or disinfestation and ill patients were isolated. The aim of these actions was to prevent any potential epidemic.

Key words: migrations, West Pomerania, pioneer years, infectious diseases

© Hygeia Public Health 2012, 47(3): 383-389

www.h-ph.pl

Nadesłano: 17.06.2012

Zakwalifikowano do druku: 20.07.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Urszula Kozłowska

Uniwersytet Szczeciński, Zakład Socjologii Zdrowia i Zachowań Prozdrowotnych

ul. Krakowska 69-71, 71-017 Szczecin

tel. 609 999 185, e-mail: urszulakozlowska@interia.pl

Sytuacja sanitarno-epidemiologiczna panująca na terenie Pomorza Zachodniego, po II wojnie światowej, przedstawiała się bardzo niekorzystnie. Zniszczone wskutek działań wojennych miasta i wsie, ogólnie panujący bałagan, masy śmieci i gnijących substancji odżywczych na ulicach, zwłoki ludzkie pochowane nieodpowiednio lub nie pochowane w ogóle, woda w większości miejscowości nie nadająca się do picia wskutek zanieczyszczenia studni, zepsutych urządzeń wodno-kanalizacyjnych [1] stwarzały dogodne warunki do wystąpienia epidemii i szerzenia się chorób wśród ludności. Dodatkowym czynnikiem komplikującym daną sytuację był duży ruch migracyjny.

Celem artykułu jest przedstawienie wpływu migracji na szerzenie się chorób zakaźnych na Pomorzu Zachodnim w tzw. pionierskim okresie, tj. w latach 1945-1948. Jest to czas specyficzny. Lata te stanowią pierwszy, a zarazem najważniejszy etap integracji w wymiarze politycznym, ekonomicznym,

kulturalnym analizowanego obszaru. Ponadto były to początki budowania służby zdrowia. Przebiegały one w bardzo niekorzystnej sytuacji. Z jednej strony był to czas niezwykle trudny, z drugiej zaś jej organizacja odbywała się w całkowicie nieznanych warunkach. Należało od podstaw ukształtować służbę zdrowia, przygotować ją pod względem organizacyjnym i administracyjnym. Przybywający, na omawiany obszar, jej przedstawiciele, stanęli przed bardzo trudnym zadaniem. Pomimo istniejących skromnych środków należało podjąć działania w kierunku jej organizacji. Do priorytetowych zadań tamtego okresu należało przede wszystkim stworzenie odpowiedniego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Przebywająca już na danym terytorium ludność, a także ta napływająca, potrzebowała fachowej ochrony zdrowia.

Podstawową bazę źródłową, dzięki której dokonano analizy wpływu migracji na szerzenie się chorób zakaźnych, stanowiły materiały archiwalne znajdujące

się w Archiwum Państwowym w Szczecinie. Skorzystano głównie z dokumentów Państwowego Urzędu Repatriacyjnego (PUR). Słabą stroną tych dokumentów jest to, że są one często niekompletne, wypełnianie w sposób dowolny. Brak jest im określonego, formalnego wzoru. W niektórych z nich dominuje także subiektywny pogląd jego twórcy, często związany z jego osobistym doświadczeniem zawodowym, bez poparcia tego dowodem empirycznym. W wielu przypadkach przedstawiają one dane szacunkowe dotyczące danego zjawiska (szczególnie sprawozdania opisowe personelu fachowego PUR pochodzące z Punktów Etapowych). Nie zmienia to jednak faktu, że materiały te są cenne poznawczo. Zawierają wiele informacji dotyczących masowego ruchu ludności i jego wpływu na szerzenie się chorób zakaźnych.

Według Tadeusza Białeckiego w latach 1945-1948 na Pomorzu Zachodnim liczba polskiej ludności wzrastała bardzo szybko. Przybywali tutaj osadnicy pochodzący z różnych stron Polski, tzw. repatrianci głównie z terenów wschodnich, które znalazły się po II wojnie światowej w granicach Związku Radzieckiego, a także reemigranci z krajów zachodnich. Obok tych trzech podstawowych źródeł pochodzenia nowych mieszkańców Pomorza Zachodniego, czwartą grupę stanowiła ludność autochtoniczna. Wspomniany autor wskazuje, że największe nasilenie ruchu migracyjnego na omawianym obszarze przypadło na wczesne lata powojenne tj. na okres 1945-1946. W samym 1945 r. osiedliło się na Pomorzu Zachodnim 350 tysięcy osadników, rok później 353 tysiące, zaś w 1947 r. – 181 tysięcy, natomiast w 1948 r. tylko 51 tysięcy osadników. Z tego powodu uważa się, że rok 1947 był czasem stabilizacji ruchów migracyjnych na Pomorzu Zachodnim [3]. Odnotować również należy, że na danym obszarze po II wojnie światowej osiedliło się przejściowo blisko 30 tysięcy Żydów i około 50 tysięcy Ukraińców z Akcji „Wisła” oraz w mniejszej liczbie przedstawiciele innych mniejszości narodowych.

Ze względu na pochodzenie regionalne, ludność przybyłą na Pomorze Zachodnie można zaklasyfikować do pięciu grup demograficznych: autochtoni, tzw. repatrianci z ZSRR, reemigranci z krajów zachodnich, przesiedleńcy z Polski centralnej, dzieci do lat 4 (urodzone w latach 1945-1948 z rodziców powyższych grup ludności polskiej). Jak podkreśla Tadeusz Białcki, ostatniej kategorii nie można traktować jako oddzielnej grupy terytorialnej, ponieważ tworzyły ją dzieci do lat czterech, które urodziły się na Pomorzu Zachodnim, na innych terenach Polski a także za granicą [2].

Najliczniejszą kategorię demograficzną Pomorza Zachodniego tworzyli przesiedleńcy z Polski centralnej, stanowiąc blisko 60% całego zaludnienia danego obszaru. Częstym motywem osiedlania się

„centralniaków”, którzy byli kategorią zróżnicowaną zarówno pod względem pochodzenia terytorialnego, społecznego, kulturowego na Ziemiach Zachodnich, w tym na Pomorzu Zachodnim był świadomy wybór. Otwierało to przed nimi nowe możliwości funkcjonowania i rozwoju. Często czynili to w celu polepszenia swojej sytuacji życiowej, ponieważ wielu z nich w okresie międzywojennym miało ograniczone zdolności materialne, jaki i dostępu do oświaty. Ogólny poziom wykształcenia w tej grupie osadniczej był niski.

Drugą pod względem liczności kategorią socjologiczną byli przesiedleńcy z dawnego ZSRR, którzy stanowili 22,5% wszystkich osadników Pomorza Zachodniego. Dominowali wśród nich mieszkańcy dawnego województwa wileńskiego. Osadnicy ci, podobnie jak i pozostałe kategorie, przenieśli na nowe miejsce zamieszkania swoje tradycje, postawy świadomościowe, a także określony stan wiedzy historycznej, który nie był wysoki. Bardzo wielu tzw. repatriantów, szczególnie ze wschodu było analfabetami. Także ci, którzy pochodzili z głębi byłego Związku Radzieckiego odznaczeni się w większości przypadków wykształceniem podstawowym, nieliczni z nich posiadali tylko wykształcenie średnie [3].

Reemigranci stanowili blisko 5% ogółu ludności Pomorza Zachodniego. Przybywali zarówno z krajów Europy zachodniej, jak i południowej. Byli stosunkowo dobrze przygotowani pod względem zawodowym, jednak ich wiedza dotycząca Ziemi Zachodnich była niewielka.

Odrębną kategorię tworzyli autochtoni, niecałe 2%. Stanowili oni polską ludność rodzimą. Ich skupiska znajdowały się na terenach wschodnich powiatów złotowskiego, człuchowskiego, częściowo wałeckiego, sławieńskiego, słupskiego i bytowskiego [3, 4].

Należy zaznaczyć, że motywy związane z osiedleniem się na Pomorzu Zachodnim były odmienne dla różnych grup osadników. W przypadku większości tzw. repatriantów dane terytorium traktowali oni jako swoiste zadoścuczynienie za majątek pozostawiony przez nich na wschodzie. Natomiast w przypadku ludności pochodzącej z centralnej Polski, zgodnie z teorią push-pull, czynnikami, które leżały u podstaw ich migracji były złe warunki bytowe, przeludnienie danych terenów, zaś to co ich przyciągało do osiedlenia się na terytorium Pomorza Zachodniego była przede wszystkim chęć polepszenia swojej dotychczasowej sytuacji. W wielu przypadkach zła sytuacja bytowa, zawodowa były wyznacznikiem zajmowania niskiej pozycji w hierarchii społecznej, zaś migracja na dane tereny dawała możliwość i szansę na znaczny awans społeczny [5].

Biorąc pod uwagę wcześniejsze informacje dotyczące miejsca w strukturze społecznej, wykształcenie ludności przybywającej na dane terytorium, odzna-

czało się najczęściej niskim poziomem. Jak zauważa Władysław Markowski, zdecydowana większość ludności osiedlonej na Ziemiach Zachodnich, w tym na Pomorzu Zachodnim, pochodziła ze wsi, małych miast, z najbardziej zacofanej części Polski centralnej i południowo-wschodniej, względnie zza Bugu. Przeniesiona z tradycyjnej kultury wiejskiej do nowego, w wielu przypadkach miejskiego środowiska, zyskała znaczny awans społeczno-kulturowy, co związane było między innymi z wyższym standardem życia, możliwością zdobycia nowych zawodów wymagających większej wiedzy ogólnej oraz wyższych kwalifikacji [6]. Tadeusz Białecki również podkreśla, że zdecydowana większość osadników miast i miasteczek Pomorza Zachodniego wywodziła się ze wsi. Wskaźnik na terenie małych miast przekraczał ponad 80%, zaś w większych wynosił ponad 50% [7]. Można zatem uznać, że w strukturze ludności napływowej na teren Pomorza Zachodniego, wyraźnie zaznaczył się wysoki odsetek osób o niskim poziomie wykształcenia i niskiej pozycji społecznej oraz znaczne niedobory osób wykształconych o wysokim statusie społecznym. Na stanowisku takim stoi również Lucyna Turek-Kwiatkowska, według której odsetek inteligencji na Pomorzu Zachodnim był najniższy na całych Ziemiach Zachodnich i Północnych [3], co oczywiście nie pozostawało obojętne dla kształtującego się klimatu społeczno-kulturowego na tym obszarze. Na „specyfikę rekrutacji osadników” zwraca również uwagę Andrzej Sakson, podkreślając, że wielu z nich wywodziło się z miejskiej i wiejskiej biedoty, z „drobnych rolników z przeludnionych wsi, robotników rolnych i leśnych” [8].

Przybywająca na dany teren ludność tworzyła specyficzną „mozaikę kulturową”, swoisty „konglomerat różnych regionalnych kultur” odznaczający się specyficznymi cechami związanymi ze zróżnicowanym składem ludności napływowej [8]. Ta różnorodna zbiorowość ludzka odznaczała się dużym zróżnicowaniem mając na uwadze kulturę życia codziennego, obyczajów, aktywności społecznej oraz praktyk zdrowotnych, co w znaczący sposób wpływało na kulturę sanitarno-zdrowotną osadników. W wielu bowiem przypadkach ich zachowania ukierunkowane i związane ze zdrowiem, ich nawyki higieniczno-zdrowotne były nieodpowiednie. Przykładu może dostarczyć zachowanie jednego z przybyłych osadników: W jednym pokoju zamiast łóżek była sporządzona prycza na wysokości pół metra od podłogi obejmująca większą część pokoju, przy pryczy dość duża ilość słomy [...]. Jak się okazało cała rodzina osadnika spała pokotem na zbudowanej przez niego pryczy [...]. Zapytałem osadnika dlaczego to zrobił, odpowiedział mi, że nie nauczone spać w łóżku, ani jego rodzina [9].

Na kulturę sanitarno-zdrowotną osadników przybywających na teren Pomorza Zachodniego składało

się kilka czynników, między innymi, wspomniany już, niski poziom wykształcenia. Jak wiadomo zachowania zdrowotne są uwarunkowane poprzez różne elementy strukturalne. W sposób istotny na tego typu działania wpływa między innymi wykształcenie. Zaobserwowano, że osoby o niskim poziomie wykształcenia, częściej podejmują praktyki szkodliwe dla zdrowia, a także rzadziej podejmują działania nakierowane na zachowanie zdrowia [10]. Wydaje się zatem zasadne uznanie, że kapitał zdrowotny, jakim dysponowali osiedleńcy nie był bez znaczenia dla warunków sanitarno-zdrowotnych danego okresu.

Przestawiając sytuację sanitarno-epidemiologiczną na Pomorzu Zachodnim należy wziąć pod uwagę różne czynniki, które miały na nią wpływ. Trzeba również pamiętać o tym, że czynnik ludzki odegrał w niej duże znaczenie. Większość przybywającej ludności odznaczała się niską świadomością zdrowotną. Także warunki sanitarne, w jakich podróżowali, szczególnie tzw. repatrianci, wpływały na szerzenie się chorób zakaźnych. Wielotygodniowa podróż często w przeładowanych transportach, brak odpowiednich warunków higienicznych, niedożywienie stwarzały dogodne okoliczności do występowania różnych schorzeń.

Pomoc sanitarno-medyczną nad repatriowaną i przesiedlaną ludnością sprawowały głównie placówki PUR. Szybko okazało się, że PUR, który został powołany do organizacji ruchu przesiedleńczo-repatriacyjnego, nie może skupić się tylko na tej formie działalności. W transportach bowiem przybywało dużo osób chorych zakaźnie, starych, niedożywionych, dzieci i kobiet w ciąży wymagających pomocy lekarskiej. Różnorodność form działalności prowadzonej przez placówki PUR pozwalała na zabezpieczenie potrzeb ludności zarówno w wymiarze leczniczym oraz opiekuńczym.

Okręg Zachodnio-Pomorski administracyjnie tworzył obszar jednego województwa, ale był podzielony na trzy części w organizacji PUR: oddział obwodowy w Szczecinku, oddział okręgowy w Koszalinie oraz w Szczecinie, który został przekształcony z oddziału obwodowego Stargard. Z chwilą przeniesienia go do Szczecina, na początku 1946 roku, mamy do czynienia z Wojewódzkim Oddziałem PUR. Należy dodać, że utworzenie Oddziału Wojewódzkiego PUR w Szczecinie zakończyło pewną fazę działalności PUR na Pomorzu Zachodnim. Skończył się etap wielotorowości charakterystyczny dla okresu pionierskiego PUR na danym obszarze. Działania te stanowiły podstawę do lepszej organizacji jego działalności w wymiarze administracyjnym w latach następnych. Należy dodać, że czas ten PUR zakończył zwiększeniem ilości pracowników, pomocy medycznej udzielił w ponad 170 tysiącach przypadków. Zapewnił także pomoc opiekuńczą osiedleńcom. W ciągu zaledwie kilkumie-

sięcej działalności PUR, do końca 1945 roku na Pomorzu Zachodnim, zdołał zorganizować i uruchomić 36 punktów etapowych, 26 inspektoratów osadnictwa oraz 8 punktów sanitarno-odżywczych zlokalizowanych najczęściej na dworcach kolejowych [11].

Punkty etapowe pierwotnie były organizowane przy głównych szlakach kolejowych, którymi kursowały pociągi z wysiedleńcami i przesiedleńcami. Pierwsze tego typu placówki zostały zorganizowane w Pile, Stargardzie, Szczecinku oraz Koszalinie. Początkowo ich organizacja była uzależniona od rozwoju infrastruktury kolejowej [12]. Spełniały one dwa istotne zadania: miały zapewnić szeroką opiekę, w tym w wymiarze zdrowotnym, nad osobami znajdującymi się w transportach oraz zorganizować im właściwą pomoc, do chwili osiedlenia się w terenie. Odegrały również ważną rolę w akcji profilaktyczno-leczniczej. Były to miejsca, gdzie przybywająca ludność podlegała różnorodnym zabiegom mającym na celu minimalizację chorób zakaźnych. Była poddawana dezynfekcji, dezynsekcji, szczepieniom, otrzymywała pomoc medyczną.

Pracę w tego typu placówce regulowały różne instrukcje, okólniki. Dotyczyło to zarówno personelu, jak i osób przybyłych do punktu. Aby zapobiec szerzeniu się chorób zakaźnych, a także w celu usprawnienia poruszania się przybyłych do punktu etapowego, kierownik Oddziału Szczecińskiego PUR wydał Instrukcję sanitarną dla repatriantów. Zawierała ona podstawowe informacje dotyczące postępowania z danymi osobami. Wskazywała, że każdy, kto przybył do punktu etapowego musi zostać poddany oględzinom sanitarnym w ambulatorium PUR, oraz zabiegom dezynfekcyjno-kąpielowym. Miało to na celu wyeliminowanie chorych zakaźnie. Ponadto przy każdym ambulatorium była zorganizowana przychodnia do zwalczania świerzbu oraz izba chorych, gdzie do obserwacji lekarskiej byli zatrzymywani lżej chorzy. W przypadku, gdy ich pobyt przedłużał się powyżej 7 dni, kwalifikowano ich do leczenia szpitalnego, zaś w razie stwierdzenia lub podejrzenia choroby zakaźnej, chorzy bezzwłocznie byli kierowani do szpitali zakaźnych [13]. Należy także dodać, że w wielu wypadkach placówki sanitarne PUR jako jedyne zapewniały pomoc medyczną nie tylko dla przybyłej ludności, ale już osiadłej, ponieważ służba zdrowia, ani działalność PCK nie były jeszcze właściwie zorganizowane. Niemniej jednak same placówki PUR nie były w stanie zapewnić właściwego nadzoru sanitarnego. W celu zabezpieczenia sanitarnego akcji osiedleńczej, PUR podjął współpracę z PCK. Ten pierwszy był odpowiedzialny za organizację transportów kolejowych, prowadzenie punktów etapowych. Obok punktów dworcowych PUR, PCK organizował własne punkty pomocy sanitarnej i lekarskiej, sprawował opiekę

nad matką i dzieckiem w punktach etapowych PUR. Prowadził również domy noclegowe, izby chorych, ambulatoria oraz własne stacje opieki nad matką i dzieckiem. Ponadto uruchomił na stacjach wlotowych na tern Pomorza Zachodniego (Lębork, Chojna, Bytów, Krzyż) lotne drużyny sanitarne, odpowiedzialne za opiekę nad transportem ze stacji wlotowej do miejsca osiedlenia. W wielu przypadkach również personel sanitarny PCK pracował w placówkach PUR [14].

Organizacja właściwej opieki i pomocy medycznej stanowiła poważne wyzwanie w pracy placówek PUR, szczególnie w pierwszej fazie jej funkcjonowania. Braki wykwalifikowanych kadr medycznych, lekarstw, materiałów opatrunkowych, podstawowych urządzeń medycznych potrzebnych do wyposażenia izby chorych w istotny sposób dezorganizowały pracę w punktach etapowych. Te ostatnie w wielu przypadkach były urządzone w oparciu o przypadkowo zdobyte sprzęty, często niekompletnie. Brakowało bowiem łóżek, kocy, prześcieradeł, materacy, bielizny.

Pracę personelu sanitarno-medycznego w punkcie etapowym regulowały różnorodne instrukcje. Instrukcja dla lekarzy punktu etapowego określała jego obowiązki w odniesieniu do przybyłej ludności, natomiast Instrukcja dla lekarzy oddziałowych precyzowała zasady organizacji pracy w punktach etapowych. Sytuacja sanitarno-epidemiologiczna panująca w punkcie etapowym była wypadkową różnych czynników. Z jednej strony, jak już wcześniej wspomniano, w przybywających transportach było dużo osób wymagających pomocy lekarskiej, często chorych zakaźnie, wyniszczonych, z drugiej zaś duża ilość ludności przebywającej w punkcie etapowym, niski poziom higieny osobistej, niewłaściwie utrzymane warunki sanitarno-higieniczne stanowiły przyczynę występowania chorób zakaźnych.

Zachowanie odpowiedniego poziomu sanitarnego w punktach etapowych było trudne. Niesprawnie działające urządzenia wodno-kanalizacyjne, niewłaściwie zabezpieczone toalety, braki podstawowych środków czystości, czystej pościeli, kąpieliska, komory dezynfekcyjnej stanowiły poważne przeszkody w jego utrzymaniu. Zdarzało się, że niektóre punkty etapowe nie posiadały żadnych urządzeń dezynfekcyjnych. Skutkowało to tym, że środek DDT, wykorzystywany przy zwalczaniu wszy, był bezpośrednio, ręcznie sypany na ubrania, pościel, łóżka a także na ludzi. Nieodpowiedni poziom sanitarny był szczególnie odczuwany w punktach etapowych znajdujących się w Drawsku, Stargardzie, Nowogardzie [15].

Tabela zaprezentowana poniżej zawiera informacje dotyczące wybranych zachorowań w miesiącach lipiec-grudzień 1945 roku w punktach etapowych [16]. Lekarz okręgowy oddziału PUR w Szczecinie, Franciszek Morawski, w sprawozdaniach przesyłanych

do Zarządu Centralnego PUR (ZC PUR) podkreślał źle działającą sprawozdawczość, co powodowało, że do końca analizowanego okresu niektóre punkty w ogóle nie przesyłały żadnych sprawozdań. W oparciu o te niepełne informacje, można jedynie snuć przypuszczenia dotyczące problemów związanych z szerzeniem się chorób zakaźnych wśród przybyłej ludności. Niepełna sprawozdawczość bądź jej brak stanowią także element charakterystyczny dla tzw. okresu pionierskiego.

Lekarze etapowi w swoich sprawozdaniach informowali o sytuacji sanitarno-epidemiologicznej panującej na terenie punktu. Były to dokumenty, które początkowo nie miały one określonego, formalnego wzoru, co utrudniało właściwą ewidencję chorych i występujących zachorowań. Dokonywano jedynie szacunków różnych zjawisk chorobowych. Pisano o dużej ilości zachorowań, złym stanie sanitarnym, zdrowotnym przybywającej ludności, wszelkiego rodzaju brakach, potrzebach, z którymi borykały się punkty etapowe.

Ogólny stan zdrowotności wśród osób korzystających z pomocy PUR nie przedstawiał się najlepiej. Wycieńczona, wyniszczona ludność potrzebowała nie tylko pomocy lekarskiej, ale i odpowiedniego wyżywienia. Najczęściej wśród przyszłych osadników, szczególnie tych wysiedlonych z byłych terenów wschodnich II RP występował świerzb, malaria, różne formy gruźlicy, choroby weneryczne. Zwracano również uwagę na duże zauszenie, sięgające w niektórych transportach 90%, co stwarzało niebezpieczeństwo wystąpienia epidemii duru płamistego. Problematyczne były również choroby, dla których wrota zakażenia stanowił przewód pokarmowy. Aby im zapobiegać, wydawano różnego rodzaju zarządzenia regulujące postępowanie w przypadku stwierdzenia przypadków danej choroby. Dotyczyły to między innymi czerwonki. W razie jej stwierdze-

nia należało jak najszybciej przystąpić do tępienia much, odpowiednio zabezpieczyć śmietniki, toalety, regularnie prowadzić odkażanie przy pomocy środka DDT. Problematyczne były także zachorowania na dur brzuszny. Stan sanitarny wielu punktów etapowych nie był zadowalający. Panujący nieporządek, zepsute, niesprawnie działające urządzenia wodno-kanalizacyjne bądź ich brak stwarzały dogodne warunki do rozwoju choroby. W przypadku jej stwierdzenia bądź podejrzenia, chorego i jego najbliższe otoczenie poddawano szczepieniu przeciwko durowi brzuszemu. Miało ono na celu ograniczenie liczby zachorowań, czemu sprzyjał między innymi ruch migracyjny. Należy dodać, że dur brzuszny stwarzał poważny problem epidemiologiczny szczególnie na tzw. ziemiach odzyskanych, gdzie występowała zdecydowana większość powojennych zachorowań, przyjmując charakter epidemii.

Migracje stanowiły czynnik utrudniający właściwą ewidencję chorych. W celu lepszego nadzoru nad chorymi zakaźnie, każdy zarejestrowany posiadał kartę zdrowia (były to specjalne karty ewidencyjne), w której znajdowały się podstawowe informacje charakteryzujące schorzenie, zastosowane do tej pory leczenie, sugestie dotyczące dalszego postępowania. Chory natomiast był zobowiązany do jej okazywania w każdym punkcie etapowym, do którego przybywał. Informację o chorych otrzymywał także kierownik danego punktu etapowego, najczęściej drogą telegraficzną. W taki sposób między innymi ewidencjonowano dur brzuszny, płamisty, świerzb, błonicę. W przypadku tej ostatniej prócz izolacji chorego w szpitalu, podawano także profilaktycznie surowicę przeciwbłonicową dla wszystkich dzieci znajdujących się w transporcie [17].

Odmienną kategorię stanowiły choroby społeczne, występujące wśród osób korzystających z opieki

Tabela I. Wybrane zachorowania w punktach etapowych w miesiącach lipiec-grudzień 1945 r.

Nazwa etapu	zbadano chorych ogółem	izba chorych	chorych zakaźnie	dur brzuszny	czerwonka	malaria	gruźlica	choroby weneryczne	świerzb
Stargard	10398	–	3830	80	42	7	45	81	382
Choszczno	600	–	56	2	–	–	2	17	114
Lipiany	51	–	13	9	–	–	–	–	4
Gryfino	350	–	58	10	3	3	18	3	101
Gryfice	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dębno	6	–	3	2	1	–	–	–	–
Myślibórz	298	–	–	3	–	–	1	6	39
Szczecin nr 1	6537	119	1494	19	6	2	122	58	1225
Szczecin nr 2	6921	209	645	13	14	–	23	82	247
Łobez	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dobra	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nowogard	115	4	16	–	1	–	1	–	14
Goliszewo	82	–	39	1	2	–	–	–	18
Razem	25358	332	6151	139	69	12	212	247	2144

Źródło: AAN, PUR, Wojewódzki Oddział PUR w Szczecinie 1945 rok, sygn. X/13.

punktów etapowych. Zaliczano do nich: choroby weneryczne, gruźlicę, jaglicę. Aby ograniczyć występowanie zachorowań na choroby weneryczne wśród wysiedlonych, przesiedleńców, ZC PUR wydał stosowny okólnik, jak należy z takimi osobami postępować. Zawarte w nim informacje dotyczyły szczegółowo działań, jakie należy powziąć w stosunku do osoby chorej wenerycznie, kto ma leczyć takiego chorego, jakie kuracje przeszedł, jakie środki otrzymał w trakcie ich trwania, w jakich dawkach. W przypadku, gdy brak było w danej miejscowości odpowiednich miejsc do leczenia tego typu chorych, zadanie to przejmował lekarz punktu etapowego, lecząc ambulatoryjne choroby weneryczne. Inne zasady postępowania obowiązywały w stosunku do chorych wenerycznie w zakaźnym stadium. Należało ich niezwłocznie skierować do odpowiednich zamkniętych instytucji leczniczych, gdzie chory powinien przebywać do całkowitego zniknięcia objawów zewnętrznych. W pierwszym rzędzie należały tu: L. I., wczesne i recydywie formy L. II, i wczesny wrodzony L. z objawami zewnętrznymi [18]. Informacja o chorych wenerycznie była również przesyłana do lekarza powiatowego, placówek służby zdrowia znajdujących się w miejscu docelowej podróży przyszłych osadników.

W podobny sposób regulowano także sprawy związane z szerzeniem się gruźlicy wśród przyszłych osadników. Różnego rodzaju okólniki, zarządzenia określały jakie formy gruźlicy obejmuje leczenie, kto może korzystać z leczenia uzdrowiskowego, sanatoryjnego. Leczenie gruźlicy PUR prowadził wraz z innymi instytucjami. Należy dodać, że w latach 1946-1947, całością akcji przeciwgruźliczej kierował Wydział walki z gruźlicą zorganizowany Naczelny Nadzwyczajny Komitet do walki z epidemiami (NNK).

Podkreślenia wymaga również to, że z początkiem roku 1946 rozpoczęła się planowa i zorganizowana akcja repatriacji ludności niemieckiej [19] z terenu województwa szczecińskiego. Pierwszy transport został odprawiony 27 lutego danego roku. Całość akcji została powierzona Wojewódzkiemu Oddziałowi PUR. W stosunku do Niemców zastosowano takie same

zasady postępowania, w odniesieniu do zapobiegania chorobom zakaźnym, jakie stosowano w punktach etapowych. Należy jednak dodać, że z myślą o nich były przygotowane punkty zbiorcze, w których oczekiwali na repatriację. Poddawano ich dezynfekcji, dezynsekcji szczepieniom, aby ograniczyć możliwość wystąpienia chorób zakaźnych, zaś same punkty były poddawane surowej kontroli sanitarnej. Masowy ruch ludności niemieckiej, wysiedlanej z terenów, które wskutek postanowień poczdamskich przypadły Polsce, stanowi odrębny aspekt rozważań związany z migracją ludności i jej wpływu na szerzenie się chorób zakaźnych

Największe nasilenie pracy placówek PUR przypadło na rok 1946, kiedy to na Pomorze Zachodnie napłynęło najwięcej ludności. Ze stopniowo zmniejszającym się ruchem migracyjnym, uległy one likwidacji. Proces ten rozpoczął się już pod koniec 1946 roku. W latach następnych malała nie tylko liczba danych jednostek. Zmiany zachodziły również w infrastrukturze sanitarno-medycznej oraz składzie personelu. Przyjmuje się, że rok 1949 można potraktować, w zasadzie, jako czas końca wielkich, powojennych migracji. Ich przebieg, dynamika w zasadniczy sposób wpływały na zmiany zachodzące w PUR. Zlikwidowano wydział zdrowia powołany do zabezpieczenia wymiaru sanitarno-medycznego migracji ludności oraz wszelkie jego placówki, które świadczyły tego typu pomoc. Opiekę w wymiarze zdrowotnym nad wysiedlaną i przesiedlaną ludnością przejęły instytucje państwowej służby zdrowia. Ostatecznie PUR został zlikwidowany w marcu 1951 roku.

Należy jednak podkreślić, że działalność PUR w wymiarze sanitarno-medycznym odegrała ważną rolę w zapobieganiu rozwojowi chorób zakaźnych w powojennych warunkach. Jak już wspomniano w wielu przypadkach placówki PUR były jedynymi, które świadczyły pomoc medyczną potrzebującej ludności. Dzięki podejmowaniu różnorodnych działań między innymi odseparowywaniu chorych, leczeniu, szczepieniu, dezynfekcji, dezynsekcji zapobiegano potencjalnym epidemiom.

Piśmiennictwo / References

1. Archiwum Państwowe w Szczecinie (AP Sz), Urząd Wojewódzki Szczeciński (UWS) Protokół z konferencji sanitarnej 20 czerwca 1945, sygn. 102.
2. Białecki T. Struktura demograficzna ludności polskiej Pomorza Zachodniego w świetle spisu ludnościowego z dnia 31 XII 1948 r. Przegląd Zachodniopomorski 1968, 1: 49-66.
3. Turek-Kwiatkowska L. Udział nauk historycznych w przeobrażeniach społecznych na Pomorzu Zachodnim. [w:] Rozwój i zmiany w społecznościach Ziemi Zachodnich i Północnych Polski. Silski Z, Woźniak RB (red). US, Szczecin 1991: 188.
4. Białecki T. Przebieg procesów demograficznych i integracyjnych na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1965. Przegląd Zachodniopomorski 1965, 6: 39-52.
5. Dulczewski Z. Socjologiczne aspekty migracji ludności na Pomorzu Zachodnim. [w:] Przeobrażenia społeczne na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1947. Dulczewski Z (red). Wyd. Poznańskie, Poznań 1964: 104-105.
6. Markiewicz W. Społeczeństwo i kultura na ziemiach zachodnich w latach 1945-1960. Kultura i Społeczeństwo 1960, 3: 79-98.

7. Białecki T. Przemiany w strukturze społeczno-demograficznej mieszkańców Koszalina w latach 1950-1965. [w:] *Dzieje Koszalina*. Drewniak B, Lesiński H (red). Wyd Poznańskie, Poznań 1967: 289-294.
8. Sakson A. Przemiany tożsamości lokalnej i regionalnej mieszkańców Ziemi Zachodnich i Północnych. [w:] Michalak A, Sakson A, Stasieniuk Ż (red). *Polskie Ziemi Zachodnie. Studia socjologiczne*. Instytut Zachodni, Poznań 2011: 80-81.
9. Barański Z. Kłopoty z pewną kategorią osadników.... Fragment pamiętnika nadesłanego na konkurs „Dzieje szczecińskich rodzin w XX wieku”: 29, P-1006. Pamiętnik jest przechowywany w zbiorach Książnicy Pomorskiej.
10. Barański J, Piątkowski W. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Atut, Wrocław 2002: 32.
11. Paw J. Powstanie i rozwój PUR na Pomorzu Zachodnim [w:] *PUR na Pomorzu Zachodnim*, Szczecin 1947: 17.
12. Swoiński L. Punkty etapowe PUR, jako pierwsza pomoc repatriantom i przesiedleńcom. [w:] *PUR na Pomorzu Zachodnim*, Szczecin 1947: 25.
13. AP Sz, PUR OW. Instrukcja sanitarna dla repatriantów. sygn. 518, k. 23.
14. AP Sz, PCK OW. Sprawozdania z działalności oddziałów PCK. sygn. 44, k. 10.
15. AP Sz, PUR OW. Sprawozdania, korespondencja dotycząca między innymi współpracy z PCK 1945-1947. Sprawozdanie z czynności personelu sanitarnego punktów odbiorczych dla repatriantów z zachodu w Stargardzie i Szczecinie, sygn. 520.
16. AAN. PUR. WO PUR Koszalin. Sprawozdania z ruchu chorych na etapie w Koszalinie za czas od 1.VII do 31.XII.1945 roku, sygn. X/17.
17. AP Sz. PUR OW. Instrukcje i okólniki. Instrukcja dla lekarzy kierowników punktów odbiorczych dla przesiedleńców z zachodu, sygn. 518, k. 27.
18. AP Sz. PUR OW. Okólnik Nr 67. W sprawie zwalczania chorób wenerycznych, Instrukcja dla lekarzy oddziałowych PUR, sygn. 518.
19. AAN. MZO. Memorandum dotyczące repatriacji mniejszości niemieckiej z Polski, sygn. 527, k. 9-11.