

Renata E. Paliga

Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk
ORCID 0000-0003-2913-227X

Powszechne szkolenia sanitarne prowadzone przez PCK w latach 1950–1955 jako kształtowanie kolektywizmu społecznego i sanitarnego

General Sanitary Training Conducted by the Polish Red Cross in 1950–1955 as a Means of Shaping Social and Sanitary Collectivism

Beginning in 1950, the Polish Red Cross began large-scale sanitary training in Poland. Within five years, a total of over five million people were trained. Those who completed the courses formed a network of sanitary networks operating on the principle of collective aid, i.e., joint action for the benefit of the community. The official motivation for these activities was sanitary and preventive education, particularly important in the face of infectious diseases spreading after World War II. However, the real goal was to train as many people as possible – particularly adolescents and young adults during the escalation of the Cold War – and to create a collective society through appropriate youth education. This article presents the training assumptions and the mechanisms for creating ‘sanitary collectivism’ in Poland between 1950 and 1955.

Keywords: sanitary training, sanitary collectivism, sanitary education of youth, Polish Red Cross

Słowa kluczowe: szkolenia sanitarne, kolektywizm sanitarny, edukacja sanitarna młodzieży, Polski Czerwony Krzyż

W latach 1950–1955 Polski Czerwony Krzyż prowadził edukację sanitarną ludności w Polsce na niespotykaną dotąd skalę. Szkolenia były masowe i obejmowały wszystkie grupy wiekowe społeczeństwa, w największym jednak stopniu dotyczyły dzieci i młodzieży, ponieważ uważano, że można ukształtować

nowego obywatela przez odpowiednie programy oświatowe i społeczne. O skali działań świadczą raporty, według których w 1950 r. przeprowadzono kursy sanitarne dla 226 960 osób, a w kolejnym – 1951 r. – liczba ta zwiększyła się do 1 329 480¹.

Zamysł tak szerokiej edukacji sanitarnej powstał w 1949 r., w okresie stalinizacji² i narastającego napięcia międzynarodowego. W materiałach edukacyjnych do prowadzenia szkoleń pisano wprost, że celem tych kursów jest wyszkolenie sanitarne całej młodzieży przedpoborowej³. Informacja ta przeznaczona była dla kadry szkolącej, natomiast oficjalny przekaz władz podtrzymywał narrację pełną troski o zdrowie i edukację zdrowotną obywateli.

System organizacji powszechnego szkolenia sanitarnego społeczeństwa zakładał przeniesienie na grunt Polski rozwiązań systemowych z ZSRR, a Polski Czerwony Krzyż stał się monopolistą w zakresie szkoleń zgodnych z polityką państwa. W oficjalnym przekazie twierdzono, że tylko PCK może i powinno prowadzić kursy, ponieważ dzięki tej organizacji można uzyskać masowość szkoleń w całej Polsce⁴.

Poza wymiarem praktycznym szkolenia sanitarne ludności stały się narzędziem politycznym do manipulacji socjotechnicznej, przy czym wykorzystano autorytet organizacji, której logo i nazwa kojarzyły się ludziom z pomocą humanitarną. Jednocześnie starano się utrzymać jej reputację w społeczeństwie, ponieważ została nadwyreżona po wprowadzeniu przez nowe władze zmian ideowych w procesie upolityczniania.

Jak wspomniano, oficjalnie ogłaszaną motywacją państwa do prowadzenia masowych szkoleń sanitarnych przez PCK była troska władz o edukację zdrowotną obywateli i prewencję chorób zakaźnych. Rzeczywiście, sytuacja sanitarno-epidemiologiczna po zakończeniu działań wojennych w Polsce była tragiczna⁵. Z tego powodu, już 20 listopada 1944 r. powstał w Lublinie Nadzwyczajny Komisarjat do Walki z Epidemiami, który później, w 1947 r., został przekształ-

¹ Archiwum Akt Nowych [AAN], sygn. 2/284/0/1/9, Akcje masowego szkolenia sanitarnego 1951, k. 1.

² Sowietyzacja jako proces wprowadzania zmian społecznych na bazie stalinizmu, czyli władzy zależnej i narzuconej przez ZSRR. Zob. M. Hübner, *Sowietyzacja kultury polskiej, duchowe zniewolenie*, [w:] *Dziedzictwo kulturowe w świadomości współczesnego człowieka*, red. idem, K. Zieliński, Toruń 2016, s. 137–153; J. Holzer, *Komunizm w Europie. Dzieje ruchu i systemu władzy*, Warszawa 2000, s. 70–79; M. Wierzbicki, *Sowietyzacja Polski i Europy Środkowo-Wschodniej jako proces*, „Tempus” 2023, nr 1, s. 39–60.

³ A. Graas, *Masowe szkolenie sanitarne w kołach PCK. Poradnik dla wykładowców i organizatorów kursów masowego szkolenia sanitarnego*, Warszawa 1951, s. 5.

⁴ Ibidem, s. 14.

⁵ Zob. Cz. Jeśmian, *Wpływ warunków okupacyjnych na wystąpienie wybranych chorób zakaźnych w latach 1939–1944*, Łódź 2013.

cony w Departament Sanitarно-Epidemiologiczny Ministerstwa Zdrowia⁶. Brud, choroby zakaźne, walka z tłącymi się ogniskami epidemii różnych chorób zakaźnych (tyfus, czerwotka, gruźlica i in.) były ważnymi problemami, z którymi zmagano się podczas organizacji życia społecznego w Polsce na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych⁷. Problemem była niewrażliwość na otaczający brud (szczególnie na terenach wiejskich) przez zmęczone wojną i niedostatkami społeczeństwo, a fatalny stan infrastruktury – brak wodociągów, kanalizacji, braki w dostępie do czystej wody, zanieczyszczenia studni itp. wpływały na nieskuteczność w promowaniu postaw higienicznych⁸.

Niewątpliwie praca nad uświadomieniem społecznym w tym zakresie była bardzo potrzebna i ważna. Do tej pory interpretuje się fakt prowadzenia przez PCK w latach pięćdziesiątych szkoleń sanitarnych jako akcję mającą znaczenie głównie higieniczne, społeczne i propagandowe⁹. Jednak na podstawie badań zasobów archiwalnych oraz po ocenie programu kursów prowadzonych w analizowanym okresie, motywy te należy uznać za niewystarczające i wymagające uzupełnienia.

Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na aspekt szkoleń w kontekście sytuacji międzynarodowej, czyli narastania zagrożenia wojennego. Wybuch wojny w Korei spotęgował te nastroje, a znaczenie masowych kursów sanitarnych organizowanych przez PCK od 1950 r. przekroczyło granice sfery profilaktyczno-edukacyjnej.

Analiza materiałów archiwalnych skłania do postawienia tezy o przygotowywaniu społeczeństwa do kolejnego konfliktu zbrojnego, przy jednoczesnym podtrzymywaniu poczucia zagrożenia, co miało wpływać na kształtowanie nowych postaw społecznych¹⁰. Była to także okazja do promowania idei kolek-

⁶ E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Warszawa 2001, s. 33; H. Wiór, *Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1919–1962*, [w:] *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964, s. 51–66; E. Szpak, *Warunki sanitarne w powojennej Polsce, zarys problemów i dynamika zmian (1945–1970)*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2014, s. 278.

⁷ E. Szpak, *Warunki sanitarne*, s. 277.

⁸ Ibidem, s. 277–279.

⁹ Np. E. Gorloff, *Organizacje społeczne i ideowo-wychowawcze w życiu codziennym szkół podstawowych województwa gdańskiego (1945–1956)*, „Pedagogika. Studia i Rozprawy” 2015, nr 24, s. 567–581. Autorka uzasadnia powstanie i funkcjonowanie szkolnych kół PCK nawiązaniem do tradycji przedwojennej oraz względami praktycznymi (walka z chorobami zakaźnymi i profilaktyka), a od 1948 r. – względami propagandowymi. Ibidem, s. 569–572.

¹⁰ M. Zaremba, *Wielka trwoga. Polska 1944–1947. Ludowa reakcja na kryzys*, Kraków 2012, s. 369–446. Autor podejmuje problem powszechnego lęku występującego w społeczeństwie polskim po wojnie w ujęciu wielowymiarowym. Porusza też pobieżnie problem obaw przed III wojną światową.

tywizmu pochodzącej z ZSRR, która stała się jedną z dominujących narracji propagandy politycznej w procesie sowietyzacji społeczeństwa¹¹.

W związku z tym nasuwają się automatycznie pytania badawcze – jaki był prawdziwy cel prowadzenia tak masowych szkoleń w Polsce w latach 1950–1955, których organizacja wymagała olbrzymich środków finansowych oraz zaangażowania wielkiego zespołu ludzi i organizacji PCK jako takiej? Kto był głównym decydentem podjęcia tych działań? Czy nazwa „kursy sanitarne” odpowiadała rzeczywistemu programowi szkoleń? Jak w późniejszym czasie wykorzystano aktywizację społeczeństwa w tym zakresie i czy próby kolektywizacji społeczeństwa przełożyły się na jakiekolwiek praktyczne korzyści w przyszłości.

Szkolenia sanitarne nie były zjawiskiem nowym. Organizowano je już wcześniej, w dwudziestoleciu międzywojennym. Były one prowadzone przez różne organizacje, np. PCK czy Przysposobienie Wojskowe Kobiet¹². Przygotowywano też stosowne materiały do szkoleń i podręczniki¹³. Ale wówczas jasno deklarowano cel jako przygotowywanie społeczeństwa do wojny i wartość informacyjna podręczników była adekwatna do tego zadania. Poza tym nie aktywizowano ideowo ani politycznie organizowanych wówczas struktur sanitarnych (drużyn sanitarnych i kolumn).

Kolektywizm to w metodologii nauk społecznych pogląd przeciwstawny indywidualizmowi, traktujący zbiorowość jako elementarną jednostkę społeczną, przy czym najczęściej w piśmiennictwie używa się tego terminu w kontekście politycznym¹⁴. Zakłada on wspólne działanie dla dobra ogółu. Szkolenia sanitarne milionów ludzi podjęte przez PCK w latach pięćdziesiątych w Polsce można więc uznać za próbę budowania kolektywizmu sanitarnego, który należy zdefiniować jako posłannictwo humanitarne, realizowane przez zespołowe niesienie pomocy¹⁵.

Dotychczas nie podjęto badań nad masowymi szkoleniami sanitarnymi, prowadzonymi w Polsce w latach pięćdziesiątych XX w. przez PCK jako zjawi-

¹¹ M. Wierzbicki, *Sowietyzacja Polski i Europy Środkowo-Wschodniej*, s. 54.

¹² B. Ratyńska, *Pół wieku w służbie idei*, Warszawa 1974, s. 44.

¹³ Podręcznikiem wyróżniającym się pod względem treści i jakości przekazu, adekwatnego do poziomu odbiorcy, jest, zdaniem autorki, praca: W. Szaynokowa, M. Szadkowska, *Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach na wsi*, Warszawa 1939. Więcej o podręcznikach do szkoleń sanitarnych w dwudziestoleciu międzywojennym zob. M. Paciorek, „Podręczniki” do nauki ratownictwa medycznego w dwudziestoleciu międzywojennym, [w:] *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX w.*, red. B. Urbanek, Warszawa 2012, s. 203–213.

¹⁴ Zob. *Słownik wyrazów obcych*, Wrocław 2001, s. 381; S. Blackburn, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, red. J. Woleński, Warszawa 1996, s. 191; *Z badań nad tradycją polskiej pedagogiki. Indywidualizm – Edukacja – kolektywizm*, red. E. Magiera, t. 1, Szczecin 2015; M. Urban, *Indywidualizm – kolektywizm a ideologie polityczne*, „Studia Politologiczne” 2010, nr 17, s. 160–171.

¹⁵ Dotychczas w literaturze przedmiotu nie spotkałam określenia „kolektywizm sanitarny”, jednak próba autorskiej definicji zjawiska wydaje się słuszna w kontekście tematu pracy.

skiem kulturowo-oświatowo-zdrowotnym w kontekście zachodzących w tamtym okresie zmian politycznych i społecznych. Celem artykułu jest więc przedstawienie szkoleń sanitarnych prowadzonych przez PCK w Polsce w latach pięćdziesiątych XX w. oraz przypomnienie, jak wyglądał system tworzonych struktur sanitarnych w ramach kształtowania społeczeństwa kolektywnego¹⁶. Szczególnie zaawansowane działania agitacyjne i próby forsowania rozwiązań bliźniaczej organizacji radzieckiej miały miejsce w latach 1950–1955, okres ten stał się więc cezurą niniejszej pracy. Nie przedstawia ona historii poszczególnych kursów, szkoleń czy organizowanych struktur, jak również reakcji medyków na ich organizację, odsyłając do dostępnej literatury, np. o trudnościach wprowadzania szkoleń i pracy lokalnych struktur PCK po wojnie¹⁷.

Materiałem badawczym były źródła archiwalne pochodzące z Centralnego Archiwum Wojskowego, Archiwum Akt Nowych, Archiwum Polskiej Akademii Nauk oraz źródła drukowane w postaci podręczników i poradników publikowanych w badanym okresie i sygnowanych przez PCK, które były przeznaczone do prowadzenia kursów tej organizacji.

Ważną część analizy stanowi dokładne porównanie treści merytorycznych zamieszczanych w materiałach do szkoleń, ponieważ zakres wiedzy (medyczny, higieniczny, z zakresu przysposobienia obronnego), konieczny do uzyskania zaliczenia, w jednoznaczny sposób świadczy o intencjach organizatorów. Uwzględniono też ewolucję treści w następnych wydaniach poradników do szkoleń, która była adekwatna do zmian zachodzących w sytuacji międzynarodowej i politycznej wewnątrz kraju.

Ze względu na ograniczenia formalne nie zostaną przedstawione okoliczności towarzyszące (np. stan epidemiologiczny kraju po II wojnie światowej czy oddolne reakcje środowiska medycznego na organizację szkoleń), które są składową ówczesnej rzeczywistości, lecz nie stanowią przedmiotu tej pracy i doczekały się już opracowań w literaturze przedmiotu¹⁷. Przedmiotem analizy będą natomiast działania odgórne władz państwowych i władz PCK, ponieważ są podstawą do próby określenia prawdziwych motywów i organizacji szkoleń.

¹⁶ Zob. np. R. Gałąj-Dempniak, *Wybrane problemy kadrowe oraz problemy pracowników Polskiego Czerwonego Krzyża w 1945–1947 r. na Pomorzu Zachodnim w świetle archiwaliów PCK*, „Przegląd Zachodniopomorski” 2021, nr 36, s. 227–247.

¹⁷ O stanie epidemiologicznym zob. np. popularny i znany podręcznik *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962, passim* oraz liczne prace Elżbiety Więckowskiej, w przeważającej części dotyczące sytuacji w dwudziestoleciu międzywojennym, ale też w okresie powojennym. Zob. E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001; eadem, *Państwowy Urząd Repatriacyjny jako instytucja ochrony zdrowia 1944–1949*, [w:] *Leczyć uzdrawiać, pomagać*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 11, Wrocław 2007, s. 283–310. Zob. też U. Kozłowska, *Organizacja zwalczania chorób zakaźnych jako element polityki zdrowotnej państwa na Pomorzu Zachodnim (1944/45–1972)*, Szczecin 2013, s. 11–79.

W dotychczasowej literaturze przedmiotu nie podjęto badań nad zagadnieniem szkoleń PCK w kontekście logistycznego zabezpieczenia kadrowego dla wojska w narastającym napięciu zimnej wojny.

Kursy sanitarne PCK jako żądanie wojska

W latach 1945–1950 doszło do likwidacji i ograniczenia działalności różnych stowarzyszeń społecznych i humanitarnych, a uzależnienie pozostałych od KC PZPR stało się faktem w 1950 r.¹⁸ PCK czynnie uczestniczył w odbudowie kraju, m.in. przez prowadzenie akcji pomocowych i pracę na bazie przetrwałej po wojnie infrastruktury ochrony zdrowia (sanatoria, stacje krwiodawstwa, domy opieki itp.). Dzięki płynącej z zagranicy pomocy finansowej i zaangażowaniu ludzi związanych z PCK przed wojną była to wówczas organizacja o potężnym wpływie: społecznym, ekonomicznym i politycznym. Dlatego mimo likwidacji wielu innych stowarzyszeń władze dążyły do przejęcia potencjału PCK¹⁹. Proces zmian trwał kilka lat i nazywany jest okresem przejściowym (1945–1948).

W 1945 r. rozwiązano Zarząd Główny PCK i powołano stanowisko Komisarza Wojskowego do spraw PCK²⁰. Posiadał on stałe uprawnienia do kontroli działalności PCK, brał udział w posiedzeniach Rady. Składał też wnioski, a uchwały PCK przedkładał ministrowi obrony narodowej²¹. W listopadzie 1947 r. dokonano kolejnej zmiany w regulaminie: zamiast „Komisarz Wojskowy” wprowadzono nazwę „Delegat Ministerstwa Obrony Narodowej”²². PCK

¹⁸ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXVI/1, *Projekt Rezolucji Komisji Koordynacyjnej Organizacji Społecznych*, k. 37–40; sygn. 237/XXVI/6, *Uchwała Biura Politycznego KC PZPR w sprawie organizacji społecznych z dnia 23 czerwca 1949 r.*, k. 1–2.

¹⁹ J. Szymoniczek, *W cieniu wojny. Polski Czerwony Krzyż w latach 1945–1972*, Warszawa 2016, s. 32.

²⁰ Ibidem, s. 41–46. Zmiany przeprowadzono na podstawie statutu z 1936 r., w którym widniał zapis, że w czasie mobilizacji lub zagrożenia Minister Obrony Narodowej może podporządkować PCK władzom wojskowym, wraz z jego strukturą organizacyjną. Wymieniono wszystkich członków Zarządu PCK, a zmiany w obrębie władz następowały kilka razy, aż do objęcia stanowiska przez płk. rezerwy Bronisława Kostkiewicza. Tłumaczono to koniecznością „wprowadzenia czynnika społecznego”, co jednoznacznie oznaczało umocowanie we władzach PCK przedstawicieli nowej władzy.

²¹ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXVI/22, Komisja do spraw organizacji społecznych, 1948–1950, k. 13–14; ibidem, Zakład Historii Partii przy KC PZPR, Archiwum, Polska Zjednoczona Partia Robotnicza Komitet Centralny, Komisja do spraw organizacji społecznych, 1948–1950, sygn. 2/1354/0/1.25/237, XXVI.22, Statut, k. 13.

²² AAN, sygn. 2/1354/0/1.25/237, XXVI.22, k. 15. Został nim płk Leon Gecow (1914–1952), we wrześniu 1948 r. mianowany dyrektorem Biura Wojskowego Ministerstwa Zdrowia. 25.07.1949 aresztowany w związku z tzw. sprawą Noela i Hermana Fieldów, 16.04.1952 skazany na 15 lat więzienia, gdzie zmarł po kilku miesiącach.

uległ reorganizacji w kwestiach zarządczych, ale nadal pozostał zależny od Ministerstwa Obrony Narodowej²³.

Od 1949 r. o wszelkich działaniach PCK decydowało to ministerstwo, uczestnicząc również w tworzeniu jego nowego statutu. Kolejne wersje dokumentu przesyłano do akceptacji MON, a finalne ustalenia przekazano KC PZPR²⁴ wraz z pismem przewodnim: „Zgodnie z życzeniem przesyłamy w załączeniu Statut PCK i podajemy skład Zarządu Głównego PCK”²⁵. Na nowo zorganizowano prace biura Zarządu Głównego PCK i powołano nowe resorty, w tym Resort Sanitarny i Szkolenia Powszechnego, którego zadaniem były szkolenia sanitarne, z wyjątkiem zawodowego szkolenia sanitarnego młodszych pielęgniarek²⁶. Działania te były ściśle połączone z działaniami resortu Oświaty Sanitarnej i Propagandy²⁷.

Oficjalne przedstawienie PCK po tych zmianach jako organizacji ukształtowanej na potrzeby nowej rzeczywistości polityczno-społecznej, z jej założeniami ideowymi i zadaniami, nastąpiło na I Krajowym Zjeździe Delegatów PCK, który odbył się w Warszawie 3–4 lutego 1951 r.²⁸

Od 1949 r. za organizację szkoleń sanitarnych miały odpowiadać Ministerstwo Zdrowia i Zarząd PCK. Jednak z materiałów archiwalnych jednoznacznie wynika, że te masowe działania rozpoczęto na żądanie władz wojskowych, które w ramach planów strategicznych szykowały się do mobilizacji wojennej²⁹.

Począwszy od 1949 r., wojsko przygotowywało się do ewentualnego konfliktu zbrojnego³⁰. Już w lutym 1948 r. Departament Służby Zdrowia MON, którego szefem był gen. prof. Bolesław Szarecki, rozpoczął wstępne czynności

²³ AAN, sygn. 237/XXVI/22, k. 1.

²⁴ AAN, sygn. 2/1354/0/1.25/237, XXVI.22, k. 1. W zasobie AAN w Warszawie znajduje się kilka wersji statutu, z nanoszonymi poprawkami i dopiskami różnymi charakterami pisma.

²⁵ Ibidem. Bronisław Kostkiewicz został prezesem PCK, Irena Domańska – wiceprezesem, Roman Bliźniewski – sekretarzem generalnym; członkami prezydium: Janina Kasprzak – pełnomocnik okręgu wojskowego PCK, dr Henryk Lenk – szef resortu sanitarnego, Alfred Lewandowski – szef resortu finansowego, Mieczysław Mążyk – szef resortu inspekcji, dr Seweryn Roman – szef resortu lecznictwa, Jadwiga Wiśniewska – szefowa resortu propagandy. Ibidem, k. 44.

²⁶ Ibidem, k. 64; AAN, PCK Zarząd Główny, Dział Szkolenia Pielęgniarek, sygn. 2/284/0/44.

²⁷ AAN, sygn. 2/1354/0/1.25/237, XXVI.22, k. 65.

²⁸ „Dopilnować, by plan akcji wyborczej opracowany przez Koła, Oddziały i Okręgi PCK był uprzednio uzgodniony z odpowiednimi komórkami partyjnymi; dopilnować, by dobór kandydatów na delegatów na Zjazdy Oddziałowe, Okręgowe i Krajowy do władz Koła, Oddziału i Okręgu był właściwy i uprzednio uzgodniony z odpowiednimi komórkami partyjnymi; kontrolować przebieg akcji i informować referat Sprawozdawczy Wydziału Organizacyjnego KC”. Ibidem, k. 47.

²⁹ Ibidem, k. 54.

³⁰ Centralne Archiwum Wojskowe [CAW], sygn. IV.503.7.42; sygn. IV.503.7.19; sygn. IV.503.7.149, Plan szkolenia medycznego i ogólnowojskowego na lata 1949 i 1950, preliminarze wydatków szkoleniowych, korespondencja dotycząca organizacji szkolenia.

organizacyjne w celu przygotowania służby zdrowia do prac mobilizacyjnych³¹. Od połowy 1948 r. sporządzano inwentaryzację oraz opracowanie katalogu niezbędnego sprzętu i wyposażenia dla wojska w czasie pokoju i wojny, prowadzono ewidencję oficerów pozostających w czynnej służbie (według odpowiedniej instrukcji MON) oraz powoływano komisje lekarskie, oceniające ich zdolność do długotrwałej służby. W MON powołano jednostkę mobilizacyjną w celu przygotowania planów działania w przypadku przyszłych działań militarnych³². Każdą z planowanych inwestycji w państwie w obrębie służby zdrowia rozpatrywano pod kątem możliwości wykorzystania jej do potrzeb obronnych³³. Próbowano racjonalizować założenia planu 6-letniego, tak aby planowane inwestycje były użyteczne dla wojska. Dlatego wszelkie zamierzenia inwestycyjne podlegały ocenie MON³⁴. Biorąc pod uwagę sytuację międzynarodową w latach czterdziestych XX w. i narastający konflikt ideowo-polityczny między mocarstwami, nie może dziwić planowanie użycia zasobów PCK przez władze wojskowe. Już w kwietniu 1949 r. MON uznało masowe szkolenia sanitarne i zorganizowanie oddawania krwi przez ludność cywilną za priorytetowe działania PCK³⁵. Władze wojskowe wyznaczały tematy szkoleń oraz wyrażały swoje wymagania względem kursantów³⁶. Szczególnie cenne dla wojska były te grupy, których członków można byłoby później zmobilizować i wcielić w odpowiednie struktury. Ministerstwo zaleciło sporządzać listy kandydatów do specjalistycznych szkoleń sanitarnych oraz uzyskać zgodę na ich szkolenie od władz MON³⁷.

W połowie 1949 r. PCK podjęło konkretne działania organizacyjne (m.in. sporządzono plany ilościowe uczestników szkoleń) i poszukiwano środków finansowych, koniecznych do realizacji celu. Na podstawie analizowanych materiałów archiwalnych można stwierdzić, że najliczniejszą grupą, którą zamierza-

³¹ Ibidem, sygn. IV.503.7, Plan inwestycji budowlanych służby zdrowia MON na lata 1950–1955 oraz wykaz planowanych zakupów w ZSRR na lata 1950–1955, k. 312.

³² Ibidem, sygn. IV.503.7.19, Sprawozdanie o stanie liczbowym oficerów jednostek podległych Dep. Służby Zdrowia oraz arkusze ewidencji personalnej lekarzy i farmaceutów, wyciągi z rozkazów personalnych MON. Projekty etatów jednostek służby zdrowia, k. 222.

³³ Ibidem, sygn. IV.503.7.42, k. 20.

³⁴ Ibidem, k. 155.

³⁵ AAN, sygn. 2/1354/0/1.25/237, XXVI.22; k. 54–56 (dopisano ręcznie datę 23.04.1949).

³⁶ CAW, sygn. IV.503.7.149, k. 54.

³⁷ AAN, sygn. 2/1354/0/1.25/237, XXVI.22, k. 54: „MON winno mieć wpływ na wybór kandydatów i kandydatek na kursy pielęgniarek i personelu niższego. [...] MON powinno mieć wpływ na programy szkoleń wszystkich szczebli szkolenia sanitarnego tak, aby absolwenci kursów bez kolejnego szkolenia mogli być wykorzystani w wojskowej służbie zdrowia na wypadek konieczności obrony kraju. MON powinno posiadać ewidencje absolwentów kursów wszelkich szczebli celem uwzględnienia ich w swoich planach”.

no wyszkolić na kursach sanitarnych prowadzonych przez PCK, była młodzież szkolna. Po ukończeniu kursów, uzyskawszy rangę ratowników, mogła ona zostać „użyta” jako sanitariusze³⁸.

Ministerstwo Zdrowia planowało zorganizowanie 1200 kursów dla ratowników według wzoru radzieckiego GSO (Gotow k sanitarnej oboronie)³⁹ dla co najmniej 33 tys. osób oraz przeszkolenie młodzieży szkolnej w liczbie 250 tys.⁴⁰ „Przeszkolona sanitarnie młodzież szkolna stanowić będzie narybek sanitarny, który w wypadkach koniecznych, po krótkim uzupełniającym przeszkoleniu wojskowym, spełniać będzie obowiązki wojskowego personelu pomocniczego służby zdrowia”⁴¹.

Do wiadomości publicznej podawano informacje, które uzasadniały masowe szkolenia sanitarne jako profilaktykę chorób zakaźnych oraz konieczność edukacji zdrowotnej w obliczu niedoboru kadr medycznych po wojnie⁴². Taka była również oficjalna narracja ministra zdrowia podczas różnego rodzaju wywiadów i wystąpień⁴³.

Szkolenie sanitarne młodzieży „Gotow k sanitarnej oboronie”

Organizowanie tak szeroko zakrojonej akcji szkoleń dla młodzieży nie było zadaniem łatwym⁴⁴. Mimo entuzjazmu i oficjalnych deklaracji w praktyce zdarzały się spory kompetencyjne, ponieważ jeszcze w grudniu 1951 r. nie było uregulowań prawnych co do istnienia młodzieżowych kół PCK w szkołach. Jan Rutkiewicz, ówczesny prezes PCK, wnioskował nawet do ministra zdrowia o zwołanie konferencji Zarządu PCK, Ministerstwa Oświaty i Związku Młodzieży Polskiej w celu ustalenia spraw związanych z organizacją Młodzieżowych Kół PCK⁴⁵. Pierwsze szkolenia sanitarne dla młodzieży

³⁸ CAW, sygn. IV.503.7.149, k. 148.

³⁹ J. Finkler, *Podręcznik wyszkolenia sanitarnego II stopnia*, tłum. W. Grzybowska, Warszawa 1951, s. 5.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ CAW, sygn. IV.503.7.149, k.148-149. Podpisano: „Szef Dep. Org. i Plan. Górecki i III wice-minister Obrony Narodowej, Jaroszewicz gen. bryg.”

⁴² M.D. Głowacka, *Szkolnictwo pielęgniarstwo w Polsce*, „Biuletyn Historii Wychowania” 1999, nr 10, s. 19.

⁴³ Archiwum Polskiej Akademii Nauk [APAN], Materiały Jerzego Sztachelskiego, sygn. III–225, *Rocznica istnienia Polski Ludowej i działalność służby zdrowia. Opracowania i referaty, 1950, 1953, 1956*, k. 3.

⁴⁴ Więcej o opiece medycznej i sanitarnej w szkołach zob. M. Wiśniewska, *Zdrowie uczniów, medycyna szkolna i stan sanitarno-higieniczny szkół w powojennej Polsce*, „Rozprawy z Dziejów Oświaty” 2021, t. 58, s. 229–246.

⁴⁵ AAN, sygn. 2/284/0/1/9, k. 4.

zostały przeprowadzone na wzór radziecki i bazowały na materiałach pochodzących z ZSRR⁴⁶. W 1951 r. Wydawnictwo Zarządu Głównego PCK opublikowało podręcznik do szkoleń sanitarnych II stopnia (dla młodzieży licealnej i dorosłych), który został przetłumaczony z języka rosyjskiego⁴⁷. Książka ukazała się w nakładzie 100 tys. egzemplarzy i w pierwszych latach była podstawowym podręcznikiem do kształcenia młodzieży. Materiały szkoleniowe zawierały podstawowe wiadomości o anatomii człowieka, uczyły metod i sposobów ewakuacji, opatrywania ran, hamowania krwotoków, ogólnej higieny osobistej oraz zapobiegania chorobom zakaźnymi i ich leczenia. Poza tym umieszczono w nich informacje o bojowych środkach trujących (BST) oraz o ochronie przed bronią chemiczną i o postępowaniu z rannymi po jej użyciu. Na kursach sanitarnych uczono młodzież, jak zachować się w czasie ataku chemicznego, zasad organizacji pobytu w schronie, podstaw obrony przeciwlotniczej. Przekazywano także wiedzę o mechanizmie wędrowania pyłów chemicznych w zależności od ukształtowania terenu i warunków atmosferycznych⁴⁸. W ramach kursu połowa godzin była przeznaczona na szkolenie sanitarne a połowa na propedeutykę wojskową.

Późniejsze publikacje przynosiły informacje o broni atomowej i obrażeniach ciała, które mogą być spowodowane użyciem broni masowego rażenia⁴⁹. Poszczególne pozycje wydawnicze zawierały rysunki i schematy przedstawiające zakładanie opatrunków, improwizowane sposoby tamowania krwotoków czy sposoby doraźnego unieruchamiania kończyn itp.

We wszystkich materiałach edukacyjnych tego okresu znajdowały się treści propagandowe, które chwaliły naukę radziecką i wyrażały wdzięczność za możliwość korzystania z doświadczeń organizacyjnych płynących z ZSRR⁵⁰. „Szkolenie ludności według programu GSO (*gotów do obrony sanitarnej*) objęło w ZSRR najszersze kręgi ludności. W okresie Wielkiej Wojny Narodowej ponad 23 miliony radzieckich patriotów zdobyło w kołach GSO znajomość i umiejętność niesienia pierwszej pomocy i zapobiegania chorobom zakaźnym”⁵¹.

⁴⁶ CAW, sygn. IV.503.7.149, k. 149.

⁴⁷ J. Finkler, *Podręcznik wyszkolenia; Podręcznik ratownika zdrowia, w.s. II stopnia*, red. M. Kowalski, Warszawa 1955.

⁴⁸ Np. J. Finkler, *Podręcznik wyszkolenia*, s. 46–54; *Podręcznik ratownika*, s. 170–172.

⁴⁹ J. Ejsmont, *Ratownik PCK*, Warszawa 1970, s. 87–95.

⁵⁰ „Setki tysięcy przeszkolonych sanitarnie aktywistów i aktywistek Radzieckiego Czerwonego Krzyża brało czynny udział w ogólnonarodowej pomocy dla frontu. Rekrutujące się z nich drużyny sanitarne ofiarne pracowały w czasie Wielkiej Wojny Narodowej na froncie, w pociągach sanitarno-wojskowych i szpitalach ewakuacyjnych za zaplecza, wynosiły rannych z pola bitwy, okazywały pierwszą pomoc ludności, która ucierpiała wskutek nalotów bombowców hitlerowskich”. A. Graas, *Masowe szkolenie*, s. 5.

⁵¹ J. Finkler, *Podręcznik wyszkolenia*, s. 5.

W późniejszych latach pojawiły się kolejne publikacje – podręczniki i pomoce dydaktyczne sygnowane przez Zarząd Główny PCK i inne wydawnictwa, np. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich⁵². Obok materiałów edukacyjnych o charakterze podręczników/skryptów, PCK przygotował publikacje dla osób prowadzących kursy. Przedstawiono w nich tematy szkoleń, liczbę godzin przeznaczonych na naukę poszczególnych zagadnień, sugerowano materiały pomocnicze do wykorzystania oraz określano niezbędne umiejętności, wymagane do pozytywnego zaliczenia kursu⁵³.

Szkolenia wykorzystywano też do agitacji polityczno-społecznej. Prowadzono pogadanki o celach i zadaniach PCK, by na podstawie odpowiednio przedstawianej historii organizacji prowadzić propagandę polityczną. Przedstawiano w fałszywym świetle działalność organizacji w krajach kapitalistycznych oraz wychwalano tę w ZSRR, porównywano w ten sam sposób jej działalność w okresie międzywojennym i powojennym⁵⁴.

Szkolenie I stopnia było przeznaczone dla młodzieży szkół podstawowych i obejmowało edukację o zasadach higienicznego trybu życia oraz naukę podstawowych zasad pierwszej pomocy (np. transport sanitarny, podstawy wiedzy o zranieniach, tamowanie krwawienia i zakładanie opatrunków)⁵⁵. Szkolenie na kursach II stopnia miało na celu przygotowanie ratowników sanitarnych i obejmowało młodzież licealną oraz osoby dorosłe narażone na wypadki (robotników, chłopów, pracowników przemysłu ciężkiego itp.)⁵⁶. Po ukończeniu szkolenia każdy uczestnik otrzymywał tytuł ratownika zdrowia i teoretycznie, według retoryki władz, zyskiwał umiejętności praktyczne (co przy 30 godzinach przeznaczonych na szkolenie, z czego połowa obejmowała zagadnienia obrony cywilnej, było niemożliwe)⁵⁷.

Zorganizowanie kursów sanitarnych w tak dużym zakresie wymagało zapewnienia kadr. Planowano aktywizację osób kompetentnych, które mogłyby

⁵² M.in. J. Finkler, *Podręcznik wyszkolenia*; A. Graas, *Masowe szkolenie. Podręcznik ratownika*; E. Ejsmont, *Ratownik PCK*.

⁵³ A. Graas, *Masowe szkolenie*. Na rynku wydawniczym pojawiały się też podręczniki szkolenia sanitarnego spoza PCK, np. Wincentego Kamińskiego, *Ratownictwo w nagłych wypadkach*, wyd. II uzupeł., Warszawa 1953. Autor był lekarzem (chirurgiem), książka zawiera wartościowe ryciny, a jej treść podaje tylko informacje medyczne i merytoryczne, bez danych z zakresu obrony cywilnej.

⁵⁴ *Podręcznik ratownika*, s. 2–5. Poszczególne tematy kursu i czas przeznaczony na szkolenie: Cele i zadania Polskiego Czerwonego Krzyża – 1 godz.; Pierwsza pomoc sanitarna – 8 godz.; Higiena – 2 godz.; Pielęgnowanie chorych w domu – 1 godz.; Choroby zakaźne i sposoby ich zapobiegania – 3 godz.; Gruźlica i walka z nią – 2; Krwiodawstwo – 1 godz., Terenowa obrona przeciwlotnicza – 12 godz. Razem – 30 godzin.

⁵⁵ J. Finkler, *Podręcznik wyszkolenia*, s. 3.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem, s. 4.

podjąć się tego zadania. W sprawozdaniu do Ministerstwa Zdrowia raportowano o tworzeniu kadr tzw. społecznych wykładowców (przy współudziale i współpracy ze związkami zawodowymi pracowników służby zdrowia), którzy według wstępnych ustaleń mieli być opłacani z funduszy akcji masowego szkolenia⁵⁸. Mimo entuzjastycznych informacji w prasie propagandowej o udziale przedstawicieli różnych zawodów w prowadzeniu kursów⁵⁹, zdobycie kadr nastroczało trudności. Brak prowadzących był główną przeszkodą w szybkiej realizacji ambitnych planów. Zarząd PCK (personalnie najprawdopodobniej Roman Bliźniewski – sekretarz, i prezes Jan Rutkiewicz) podsuwał Ministrowi Zdrowia różne sposoby zmuszenia odpowiednich osób do nieodpłatnej pracy. W poufnych pismach Zarząd zgłaszał również ministrowi zdrowia kłopoty ze współpracą z różnymi organizacjami społecznymi (wymieniając m.in. Centralną Radę Związków Zawodowych, Ligę Kobiet, Związek Zawodowy Pracodawców Służby Zdrowia, Związek Samopomocy Chłopskiej, Związek Nauczycielstwa Polskiego, Ligę Przyjaciół Żołnierza), które nie były zainteresowane udziałem w organizacji szkoleń⁶⁰. Młodzież uczestniczyła w szkoleniach chętnie, zazwyczaj w ramach zajęć szkolnych, traktując je jako ciekawe urozmaicenie. Natomiast udział osób dorosłych w kursach określany był przez PCK jako niewystarczający⁶¹.

Zmobilizowanie społecznych wykładowców (poświęcających za darmo czas w ciężkich ekonomicznie czasach, w których często pracowano na dwa etaty) okazało się trudne. Poza tym napotymano opór wśród pracowników zakładów pracy, którzy – jak określono w raporcie – „nie docenili potrzeby masowego szkolenia”⁶². Kierownictwa tych zakładów, mając na uwadze konieczność zrealizowania planu produkcyjnego, również niechętnie wyrażały zgodę na szkolenie pracowników w ramach godzin pracy. W raportach PCK pisano więc o braku zrozumienia kierownictw zakładów pracy, „niewidzących powiązania akcji masowego szkolenia sanitarnego i posterunków sanitarnych z zadaniami produkcyjnymi”⁶³. Poza tym brakowało pomocy edukacyjnych, np. tablic anatomicznych oraz materiałów do ćwiczeń i zajęć praktycznych. Dlatego PCK postulował do władz Ministerstwa Zdrowia o przyspieszenie ich produkcji⁶⁴.

⁵⁸ AAN, sygn. 2/284/0/1/9, k. 1.

⁵⁹ Pisano m.in.: „Szkolenie sanitarne mogło przyjąć tak szerokie rozmiary dzięki ofiarnej pracy wykładowców społecznych, niepobierających za swoją pracę wynagrodzenia. Ten cenny aktyw społeczny PCK rekrutował się przede wszystkim spośród nauczycieli, lekarzy, pielęgniarek i felczerów”. S. Uhma, R. Bliźniewski, *Polski Czerwony Krzyż 1919–1959*, Warszawa 1959, s. 104.

⁶⁰ AAN, sygn. 2/284/0/1/9, k. 2.

⁶¹ Ibidem, k. 3.

⁶² Ibidem.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Ibidem.

Proponowano rozwiązywanie zgłaszanych problemów przez odgórne działania, m.in. zmuszanie pracowników służby zdrowia do prowadzenia szkoleń, czyli: „rozszerzenie bazy społecznych wykładowców przez zmobilizowanie do akcji masowego szkolenia sanitarnego pracowników służby zdrowia drogą wydania odpowiednich zaleceń przez Ministerstwo Zdrowia i Z.Z. Prac. Służby Zdrowia”⁶⁵. Podobne sugestie dotyczyły wydania dyrektyw kierownictwu zakładów pracy, tj.: „przełamanie oporów ze strony kierownictwa zakładów pracy drogą wydania odpowiednich zarządzeń przez zainteresowane ministerstwa i związki branżowe”⁶⁶.

Kolektywizacja sanitarna: posterunek sanitarny, drużyna sanitarna, kolumna sanitarna

Od 1950 r. tworzone w społeczeństwie polskim sieć powiązań organizacyjnych między przedstawicielami różnych grup społecznych, począwszy od uczniów po pracowników fabryk.

Odpowiednie struktury były tworzone z osób przeszkolonych w czasie kursów sanitarnych I i II stopnia. Stworzono posterunki sanitarne, drużyny sanitarne oraz kadry specjalistyczne, nazywane w podręczniku tłumaczonym z języka rosyjskiego jako: „wyspecjalizowane grupy aktywu sanitarnego”⁶⁷. Celem i motywem tych działań była nie tylko edukacja prozdrowotna i ratownicza, kierowana dla szerokich mas ludności, ale również stworzenie hierarchicznego układu zdrowotno-sanitarно-ideowego, który można byłoby wykorzystać w celu umocnienia władzy. Próbowano tym samym przenieść na grunt społeczeństwa polskiego system powiązań opierający się na jednoczesnej współpracy, zależności i kontroli, który funkcjonował w ZSRR. W różnego rodzaju opracowaniach i materiałach promujących pracę PCK pisano wprost, że podczas tworzenia tych struktur wzorowano się na rozwiązaniach organizacyjnych płynących z ZSRR⁶⁸. Próbowano wytworzyć (w domyśle – wychować) społeczeństwo kolektywne na wzór radzieckiego, chociaż to drugie ukształtował terror polityczny w dwudziestolecie międzywojennym, a utrwaliły – warunki II wojny światowej⁶⁹.

Podstawową komórką tej sieci były posterunki sanitarne. „Korzystając ze wzorów Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, PCK

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ J. Finkler, *Podręcznik wyszkolenia*, s. 6.

⁶⁸ „Ta nowa forma mobilizowania aktywu społecznego do stałej systematycznej pracy w zakresie udzielania pierwszej pomocy okazała się bardzo skuteczna i znalazła szerokie zastosowanie w pracach PCK”. S. Uhma, R. Bliźniewski, *Polski Czerwony Krzyż*, s. 104.

⁶⁹ M. Wierzbicki, *Sowietyzacja Polski i Europy*, s. 54.

opracował po raz pierwszy w 1951 r. plan zorganizowania 5-osobowych zespołów sanitarnych, tzw. posterunków sanitarnych, z osób przeszkolonych sanitarnie⁷⁰. Tak nazywano zespoły, które w swoim środowisku (np. w miejscu pracy, bloku mieszkalnym, szkole, uczelni), miały pełnić ochotniczo rolę ratowników zdrowia⁷¹. „Koło PCK, przystępując do wykonania swoich zadań, powinno więc przede wszystkim przeszkolić sanitarnie swoich członków. Z przeszkolonych osób koło PCK tworzy bojową czołówkę – Posterunek Sanitarny”⁷².

Posterunek taki składał się z pięciu osób: komendanta posterunku i czterech ratowników zdrowia. Posterunki sanitarne miały za zadanie prowadzić prace nad podniesieniem poziomu higienicznego i sanitarnego, oświatą zdrowotną oraz nieść pierwszą pomoc⁷³.

W rzeczywistości funkcjonowanie posterunków nastroczało trudności. Zarząd PCK, nie chcąc ponosić kosztów ich działalności, mimo że były przydatne w statystycznych ujęciach propagandowych PCK i partii, wnioskował o przerzucenie kosztów na zakłady pracy, w których działają posterunki i drużyny sanitarne⁷⁴. Raportujący pisali wprost, że działalność posterunków i ich organizacja jest uzależniona od wyposażenia oraz zaopatrzenia, że PCK dostarczył leki i sprzęt z zasobów własnych i zakładów pracy, lecz jest to działanie improwizowane i niewystarczające, dlatego powstanie nowych posterunków uzależniano jest otrzymania odpowiedniego wyposażenia⁷⁵.

Po I Zjeździe PCK w 1950 r. opracowano plany organizacji posterunków sanitarnych dla poszczególnych województw. Planowano utworzenie 3250 placówek w ciągu sześciu miesięcy⁷⁶. W świetle sprawozdań plan został zrealizowany, a nawet przekroczony dwukrotnie w 1951 r.⁷⁷ W doniesieniach propagandowych oznajmiano, że ich liczba stale rośnie i w 1955 r. wyniosła 29 374 w „środowisku pracy i zamieszkania” oraz 14 278 – w szkołach⁷⁸.

Posterunki sanitarne były tworem organizacyjnym charakterystycznym dla ZSRR, opartym na działaniu kolektywnym. W zakładach pracy ich członkowie byli zobowiązani do pełnienia dyżurów. Każdego dnia wyznaczano dyżurnego, który nosił specjalną opaskę w celu lepszej identyfikacji, ale poza gotowością do udzielania pomocy nie przerywał swojej pracy⁷⁹. Od członków posterun-

⁷⁰ S. Uhma, R. Biźniewski, *Polski Czerwony Krzyż*, s. 104.

⁷¹ A. Graas, *Masowe szkolenie*, s. 6.

⁷² Ibidem, s. 13.

⁷³ Ibidem, s. 7.

⁷⁴ AAN, sygn. 2/284/0/1/9, k. 5.

⁷⁵ Ibidem, k. 2.

⁷⁶ Ibidem, k. 1.

⁷⁷ Ibidem, k. 2.

⁷⁸ S. Uhma, R. Biźniewski, *Polski Czerwony Krzyż*, s. 104.

⁷⁹ *Podręcznik ratownika*, s. 13.

ków sanitarnych oczekiwano współpracy z referentem BHP, prowadzenia akcji propagandowej i uświadamiającej, systematycznych kontroli czystości (np. stołówki), czuwania nad przestrzeganiem przepisów sanitarnych przez pracowników, udziału w szkoleniach i w regularnych ćwiczeniach. Poza tym aktywiści sanitarni mieli prowadzić pracę profilaktyczną, pomagać w przeprowadzaniu szczepień ochronnych itp.⁸⁰

Posterunki sanitarne organizowano też na osiedlach mieszkaniowych, w poszczególnych blokach, gdzie oprócz prac porządkowych i higienicznych ich obowiązkiem było wykrywanie osób gorączkujących i zgłaszanie tych przypadków do ośrodków służby zdrowia oraz organizowanie miejsc odosobnienia – izolacji⁸¹. Tryb oznajmujący instrukcji i zakresu obowiązków nie dopuszczał w tym przypadku jakiegokolwiek możliwości braku zgody ze strony osób chorych, nie uznawał więc ich podmiotowości. Poza tym oczekiwano od członków posterunków blokowych „planowej walki z urazowością wśród dzieci”, przy czym trudno określić, jak rozumiano walkę z urazami, które u dzieci z natury nie są planowane⁸². Ponadto wymagano organizacji pogadanek, odczytów, rozmów indywidualnych z tzw. otoczeniem, czyli opiekunami dziecka⁸³.

Przez tworzenie tych struktur zmuszano ludzi do kolektywnego działania i próbowano przerzucić na społeczeństwo zadania opiekuńcze i profilaktyczne państwa, niewydolnego w tym zakresie. Manipulowano społeczeństwem, wykorzystując idee humanizmu i ratownictwa, tworząc złudzenie kolektywnej odpowiedzialności za ratowanie jednostek.

W założeniu wszystkie rodzaje posterunków sanitarnych musiały współpracować z kołami PCK (terenowymi lub zakładowymi), oddziałem powiatowym oraz z placówką służby zdrowia. To na ośrodkach służby zdrowia i wykwalifikowanym personelu medycznym ciążył największy obowiązek wywiązywania się z zadań podległych im posterunków sanitarnych. Demagogia planowania opartego na rozwiązaniach z ZSRR zaspakajała oczekiwania, wyrażając jednocześnie troskę o obywateli.

Nieporozumienia, przerzucanie obowiązków i kosztów spowodowało w końcu kierowanie ludzi potrzebujących opieki i pomocy do podmiotów najbardziej do tego uprawnionych. „Placówka służby zdrowia (ośrodek zdrowia, przychodnia lub szpital czy izba chorych) zgodnie z Zarządzeniem Ministra

⁸⁰ Ibidem, s. 11–15.

⁸¹ „Wykrywają chorych gorączkujących; zawiadamiają niezwłocznie placówkę służby zdrowia o każdym przypadku zachorowania, organizują czasową izolację chorych do chwili zgłoszenia do lekarza i dopilnowują terminowego wykonywania zarządzeń lekarza dotyczących szczepień ochronnych i innych prac przeciwepidemicznych”. Ibidem, s. 15.

⁸² Ibidem, s. 16.

⁸³ Ibidem.

Zdrowia z 21 kwietnia 1952 r. powinna być opiekunem i fachowym doradcą posterunku sanitarnego. Nikt nie orientuje się lepiej niż własna placówka służby zdrowia, jak w danym czasie i określonym miejscu należy przeprowadzić prace sanitarno-zapobiegawcze i sanitarno-oświatowe”⁸⁴.

Kolejną komórką organizacyjną były drużyny sanitarne, które składały się z 18 osób. Panowała w nich ustalona hierarchia: komendant, zastępca (na ogół były to kobiety), trzy osoby sekcyjne i 12 członków. Natomiast najważniejszą i najbardziej fachową formacją była kolumna sanitarna – z lekarzem na czele⁸⁵.

W raportach chętnie przedstawiano przekroczenie zrealizowanego planu 6-letniego w zakresie szkoleń sanitarnych⁸⁶. Podawano, że w 1951 r. PCK planował przeszkolenie sanitarne 1 329 800 osób, a wyszkolił 1 493 606 osób i podkreślano, że stanowi to 112,2% całości planu masowego szkolenia sanitarnego⁸⁷. Informowano również, że powstało 8485 posterunków sanitarnych, czyli wykonanie 258% planu⁸⁸.

Są to dane wysyłane do Ministerstwa Zdrowia w grudniu 1951 r., a do PZPR – w styczniu 1952 r. Ton raportu do PZPR był zdecydowanie inny: bez skarg, wniosków czy jakichkolwiek oczekiwań pomocy rzeczowej i finansowej. Chwalono się ponadnormatywnymi osiągnięciami, przedstawiano statystyki robiące wrażenie sprawczości i donoszono o zrealizowaniu planów wydawniczych, tj. opublikowaniu 62 książek, broszur *Biblioteczki zdrowia* i *Biblioteczki pogadanek oświatowo-sanitarnych PCK*, o łącznym nakładzie 1 820 000 egzemplarzy⁸⁹.

Z danych przedstawianych oficjalnie w podsumowaniach 15-letniej działalności PCK po zakończeniu działań wojennych wynika, że ogółem w latach 1950–1955 przeszkolono na kursach sanitarnych różnego stopnia 5 233 910 osób⁹⁰.

Wraz z upływem czasu i pod wpływem zmian politycznych, szczególnie po wypadkach 1956 r., następowały zmiany w organizacji szkoleń sanitarnych, szczególnie w kwestii rezygnacji z masowego udziału osób dorosłych, wcześniej przymuszanych do tych działań. W latach sześćdziesiątych XX w. zawężono natomiast grupy docelowe do młodzieży szkolnej oraz członków różnego rodzaju struktur organizacyjnych PCK.

⁸⁴ Ibidem, s. 18.

⁸⁵ A. Graas, *Masowe szkolenie*, s. 7.

⁸⁶ AAN, sygn. 2/284/0/1/9, k. 12.

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Ibidem.

⁸⁹ Ibidem, k. 13.

⁹⁰ S. Uhma, R. Bliźniewski, *Polski Czerwony Krzyż*, s. 103.

Zakończenie

Szkolenia sanitarne, oficjalne uznawane za dowód troski państwa o zdrowie obywateli, były organizowane w latach 1950–1955 głównie w celu zabezpieczenia kadr sanitarnych na potrzeby wojska. W czasach politycznie niepewnych, w obliczu wojny w Korei, wojsko polskie budowało medyczne zaplecze logistyczne (szpitale, kadry medyczne, zabezpieczenie w środki opatrunkowe, leki, krew)⁹¹. Obowiązywała klauzula tajności, a główna narracja dotycząca działań PCK zawierała socjotechniczną manipulację ideowo-społeczną.

Szkolenia mające na celu kolektywizację sanitarną społeczeństwa w latach 1950–1955 obejmowały wszystkie grupy wiekowe Polaków. Podstawową jednostką budowania kolektywu sanitarnego miał być posterunek sanitarny, określany jako „bojowa jednostka”, organizowana w każdym bloku mieszkalnym, ulicy czy w zakładzie pracy⁹². Po zmianach politycznych w 1956 r. stało się jasne, że plany te były utopią istniejącą na papierze sprawozdań i podsumowań. Posterunki sanitarne w praktyce nie funkcjonowały, chociażby z powodu braku ich finansowania i zaopatrzenia, a także z powodu braku kadr o specjalistycznych umiejętnościach praktycznych. Nie można było uzyskać wiedzy praktycznej w zakresie pomocy sanitarno- przedmedycznej w czasie 30-godzinnego kursu prowadzonego przez ludzi o różnym wykształceniu, tym bardziej, że, jak wspomniano, połowa programu przeznaczona była na kwestie obrony cywilnej.

W podsumowaniu 15 lat pracy PCK napisano: „Najlepiej działają te posterunki, które są otoczone opieką ze strony placówek służby zdrowia”, ponieważ w praktyce zwracano się o pomoc do wykształconych pracowników medycznych i przerzucano na nich całą pracę oraz odpowiedzialność zawodową⁹³. W 1966 r. w podręczniku *Poradnik pracy drużyn sanitarnych* autor stwierdzał wprost: „nadzorując stan sanitarny zakładu pracy, osiedla, szkoły, drużyny sanitarne mają możliwość zawczasu dostrzec wszystkie uchybienia i natychmiast zaalarmować placówkę służby zdrowia. Ma to w szczególne znaczenie w zapobieganiu epidemiom chorób zakaźnych”⁹⁴.

Można się dziś zastanawiać nad oceną opisywanych tu działań państwa. Z perspektywy czasu mogą one wydawać się nadmierne (nieadekwatne do potrzeb), nachalne czy wręcz śmieszne. Kolektywizm, przedstawiony w satyryczny sposób w filmie *Alternatywy 4* w reżyserii Stanisława Barei można porównać z wymogami funkcjonowania „blokowego” posterunku sanitarnego, którego zadaniem było dla dobra społecznego wykrywanie i zgłaszanie odpowiednim

⁹¹ CAW, sygn. IV.503.7.149.

⁹² A. Graas, *Masowe szkolenie*, s. 13.

⁹³ S. Uhma, R. Bliźniewski, *Polski Czerwony Krzyż*, s. 105.

⁹⁴ A. Graas, *Poradnik pracy drużyn sanitarnych PCK*, wyd. 3 popr., Warszawa 1966, s. 67.

organom, wbrew ich woli, chorych gorączkujących. Jednak rekonstruując kontekst tych wydarzeń i biorąc pod uwagę fakt, że w 1950 r. społeczeństwo polskie (okaleczone wojną, biedą, wszechobecnym brudem, nękanie chorobami zakaźnymi i próbujące odbudować się z pożogi wojennej) przy powszechnej narracji zagrożenia kolejną wojną, tym razem z użyciem bomby atomowej, być może potrzebowało działań dających poczucie stabilności i przewidywalności. Takie złudne wrażenie dawała propaganda działania w grupie.

Jakkolwiek by nie oceniać terroru politycznego panującego w tym czasie oraz walki o władzę, która dotyczyła dorosłych, słabym ogniwem społeczeństwa była młodzież i dzieci. Zakładano, że bardzo łatwo można ich kształtować, „wychować” w różnym zakresie: politycznym, społecznym, oraz nauczyć postaw kolektywnych służących społeczeństwu (państwu i partii). Jak bardzo utopijna była to idea w odniesieniu do społeczeństwa polskiego, można stwierdzić po latach, ale po wojnie, na gruzach dawnego porządku, kształtowanie ideowe młodzieży wydawało się komunistom możliwe.

Kolektywizm w założeniu ustalał ramy działania, wyznaczał granice indywidualnej aktywności i decyzyjności (często przyjmującym drastyczne formy, wykształcone w ciągu pięciu lat wojny jako niezbędne do przetrwania jednostki), dawał poczucie stałości we współdziałającej prężnie grupie. Złudność i tymczasowość tych działań nie była wówczas dostrzegana, tym bardziej, że każdy opór społeczny „potwierdzał” istnienie wroga, bez którego systemowe założenia stalinizmu traciłyby sens.

Ironią losu był fakt, że PCK, organizacja humanitarna powołana do kultywowania idei wartości każdego indywidualnego istnienia, każdego życia, uczestniczył w budowaniu w latach pięćdziesiątych XX w. Polsce postaw kolektywu partyjno-sanitarnego. Z drugiej strony jednak, kolektywizm sanitarny, rozumiany jako działanie w grupie, z nadrzędnym przesłaniem niesienia pomocy i roli w tym „ratującej jednostki” (także chłopą, robotnika) jest wpisany w założenia ideowe wszelkich organizacji humanitarnych.

Mimo propagandowego charakteru szkoleń sanitarnych w omawianym okresie, w odniesieniu do młodzieży przetrwały one w działalności PCK znacznie dłużej – praktycznie do końca XX w. Irena Domańska, wieloletnia prezeska PCK w Polsce, już w 1967 r. pisała: „Najbardziej tradycyjne zadanie Polskiego Czerwonego Krzyża to szkolenia sanitarne”⁹⁵. Tak zapisała się też działalność tej organizacji w pamięci społecznej. Do dzisiaj w opracowaniach dotyczących historii PCK w XX w. szkolenia sanitarne i motywy ich organizowania przedstawiane są zazwyczaj w kontekście oświatowym.

⁹⁵ *Szkolenie sanitarne młodzieży. Wskazówki dla nauczycieli – opiekunów kół szkolnych PCK*, Warszawa 1967, s. 5.

Wielu ludzi wychowanych w PRL, czyli ustroju socjalistycznym, wspomina dziś z nostalgią „odgórne” organizacje dla młodzieży oraz szkolenia sanitarne, opierające swoją działalność na ideach wychowania kolektywnego i współdziałania w grupie. Nie doprowadziły one co prawda do trwałych zmian w mentalności polskiego społeczeństwa i trudno oceniać, czy nauczyły młodych ludzi współpracy i jakichkolwiek umiejętności praktycznych. Od połowy lat sześćdziesiątych rolę posterunków sanitarnych w fabrykach i zakładach pracy przejęły gabinety pielęgniarstwa i lekarskie medycyny pracy, medycyny szkolnej i innych placówek służby zdrowia, stworzonych na bazie masowo wykształconych powojennych kadr medycznych różnego szczebla.

Podsumowanie

Na podstawie analizy źródeł oraz porównania treści materiałów publikowanych przez PCK jako bazy merytorycznej do szkoleń prowadzonych w latach 1950–1955 należy stwierdzić, że głównym celem masowych szkoleń sanitarnych PCK było przygotowanie społeczeństwa do ewentualnego konfliktu zbrojnego oraz wypracowanie postaw kolektywnych, które mogłyby być bazą do późniejszych działań oddolnych. Działania te były narzucone odgórnie jako oczekiwania wojska, a sama organizacja PCK została wykorzystana jako narzędzie do wprowadzenia zamierzeń łączących wiele interesów – wojska i partii.

Na podstawie statystyk przeprowadzonych kursów i danych o grupach ludności, które poddano tym działaniom, można stwierdzić, że szkolenia były adresowane głównie do młodzieży, jak określano „przedpoborowej”, aby móc ją w łatwy sposób wcielić w struktury sanitariatu wojskowego. Wniosek ten potwierdzają zapisy w dokumentach archiwalnych, które w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych były tajne. Poza tym szkolenia miały być nośnikiem przekazu propagandowego i narracji władzy w celu uzyskania korzyści politycznych oraz kształtowania odpowiednich ideowo postaw społecznych.

Promowany wówczas w powszechnym przekazie propagandowym kolektywizm polityczny został w tym przypadku przeniesiony na grunt idei samarytańskiej. Wykorzystano tu naturalne odruchy społeczne – organizowanie się w obliczu zagrożenia w celu przetrwania, czyli działania wspólne, kolektywne oraz obawę przed kolejnym konfliktem zbrojnym.

W miarę upływu czasu i zmian sytuacji międzynarodowej wypracowana w latach 1950–1955 idea pracy w obrębie drużyn sanitarnych podlegała jednak ewolucji, ponieważ nie zyskały one akceptacji społecznej, a sztuczne utrzymywanie przez propagandę w przestrzeni publicznej zakłamanej rzeczywistości nie odniosło zamierzonego skutku.

Mimo deklaracji działań przeciwepidemicznych, na te zagadnienia poświęcano podczas kursów mało czasu, nie mogły więc mieć znaczącego wpływu na efekty systemowej walki ze złą sytuacją epidemiologiczną kraju. Umożliwiały one jedynie indywidualną edukację prozdrowotną i higieniczną, a dzięki uświadomieniu jednostek – profilaktykę przed zakażeniami. Szczególnie korzystne efekty mogły przynieść w zapobieganiu chorobom będącym wynikiem braku higieny, spożywania nieodpowiednio przygotowanych potraw oraz przenoszonych przez owady (pluskwy, wszy itp.). Zakażenia takie występują powszechnie podczas działań wojennych, w czasie migracji dużych grup ludzi i braku możliwości zachowania higieny.

Podręczniki do szkoleń wydawane przez PCK u schyłku latach sześćdziesiątych XX w. nie skupiały już uwagi na treściach związanych z obroną cywilną czy profilaktyką szerzenia chorób zakaźnych, lecz główny nacisk kładziono na kwestie światopoglądowe, mające na celu delikatne zachęcanie do postaw kolektywnych w obrębie drużyn PCK, które skupiały członków na zasadzie dobrowolności⁹⁶.

Jakkolwiek by nie snuć rozważań o utopijnym charakterze opisywanych działań PCK, niektóre z nich przetrwały w różnych formach w kolejnych latach. Były nimi m.in. szkolenia dla młodzieży i działalność kół PCK w szkołach. Państwo natomiast przejęło szkolenie sanitarne i obronne młodzieży, wprowadzając do szkolnictwa obligatoryjny obowiązek ich nauczania w postaci przedmiotu przysposobienie obronne.

Bibliografia

Źródła archiwalne

Archiwum Polskiej Akademii Nauk

Materiały Jerzego Sztachelskiego, sygn. III-225, *Rocznica istnienia Polski Ludowej i działalność służby zdrowia, opracowania i referaty: 1950, 1953, 1956*.

⁹⁶ „Jednym ze środków wychowania obywateli jest wciągnięcie jak największej ich liczby do aktywnego życia społeczno-politycznego. Obok organów partyjno-rządowych – poważną pracę wychowawczą prowadzą masowe organizacje społeczne. Jedną z takich masowych organizacji jest Polski Czerwony Krzyż. Zadaniem Polskiego Czerwonego Krzyża jest mobilizacja społeczeństwa do podnoszenia kultury sanitarnej w naszym kraju, do walki o zdrowie [...]. Jedną z podstawowych form działalności jest masowe szkolenie sanitarne, które ma na celu przede wszystkim udzielanie pomocy w nieszczęśliwych przypadkach i przy nagłych zachorowaniach”. A. Graas, *Poradnik pracy*, s. 6. Spis treści tej pracy obejmował: I Polski Czerwony Krzyż w walce o zdrowie społeczeństwa, II Organizacja drużyn sanitarnych, III Szkolenie i doszkalanie drużyn sanitarnych, IV Zakres i formy drużyn sanitarnych – tu podrozdział o zapobieganiu epidemiom (jedna strona, której połowa dotyczyła zalecenia szczepień). Ibidem, s. 66.

Archiwum Akt Nowych

sygn. 2/284/0/1/9, Akcje Masowego szkolenia sanitarnego 1951;
sygn. 2/1354/0/1.25/237, XXVI.22, Zakład Historii Partii przy KC PZPR
Archiwum, Polska Zjednoczona Partia Robotnicza Komitet Centralny,
Komisja do spraw Organizacji Społecznych, 1948–1950;
KC PZPR, sygn. 237/XXVI/1, Projekt Rezolucji Komisji Koordynacyjnej Or-
ganizacji Społecznych;
KC PZPR, sygn. 237/XXVI/6, Uchwała Biura Politycznego KC PZPR
w sprawie organizacji społecznych z dnia 23 czerwca 1949 r.;
KC PZPR, sygn. 237/XXVI/22, Komisja do spraw organizacji społecznych
1948–1950;
PCK Zarząd Główny, sygn. 2/284/0/44, Dział Szkolenia Pielęgniarek.

Centralne Archiwum Wojskowe

sygn. IV.503.7.42, Plan inwestycji budowlanych służby zdrowia MON na lata
1950–1955 oraz wykaz planowanych zakupów w ZSRR na lata 1950–
1955;
sygn. IV.503.7.19, Sprawozdanie o stanie liczbowym oficerów jednostek
podległych Dep. Służby Zdrowia oraz arkusze ewidencji personalnej leka-
rzy i farmaceutów, wyciągi z rozkazów personalnych MON, projekty etatów
jednostek służby zdrowia;
sygn. IV.503.7.149, Plan szkolenia medycznego i ogólnowojskowego na 1949
i 1950, preliminarze wydatków szkoleniowych, korespondencja dot. orga-
nizacji szkolenia.

Źródła drukowane

Ejsmont J., *Ratownik PCK*, Warszawa 1970.
Finkler J., *Podręcznik wyszkolenia sanitarnego II stopnia*, tłum. W. Grzybowska,
Warszawa 1951.
Graas A., *Masowe szkolenie sanitarne w kołach PCK. Poradnik dla wykładowców
i organizatorów kursów masowego szkolenia sanitarnego*, Warszawa 1951.
Kamiński W., *Ratownictwo w nagłych wypadkach*, wyd. 2 uzupeł., Warszawa
1953.
Podręcznik ratownika zdrowia w.s. II stopnia, red. M. Kowalski, Warszawa
1955.
*Szkolenie sanitarne młodzieży. Wskazówki dla nauczycieli – opiekunów kół szkol-
nych PCK*, Warszawa 1967.

Literatura przedmiotu

Blackburn S., *Oksfordzki słownik filozoficzny*, red. J. Woleński, Warszawa 1996.

- Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964.
- Gałąj-Dempniak R., *Wybrane problemy kadrowe oraz problemy pracowników Polskiego Czerwonego Krzyża w 1945–1947 r. na Pomorzu Zachodnim w świetle archiwaliów PCK*, „Przegląd Zachodniopomorski” 2021, nr 36, s. 227–247.
- Gorloff E., *Organizacje społeczne i ideowo-wychowawcze w życiu codziennym szkół podstawowych województwa gdańskiego (1945–1956)*, „Pedagogika. Studia i Rozprawy” 2015, nr 24, s. 567–581.
- Holko M., *Polityka rozwoju w Polsce: decentralizacja, fragmentacja i kolektywizacja odpowiedzialności*, [w:] *Zrównoważony rozwój gospodarczy jednostek samorządu terytorialnego*, red. E. Sobczak, Warszawa 2015, s. 22–37.
- Holzer J., *Komunizm w Europie. Dzieje ruchu i systemu władzy*, Warszawa 2000.
- Hübner M., *Sowietyzacja kultury polskiej, duchowe zniewolenie*, [w:] *Dziedzictwo kulturowe w świadomości współczesnego człowieka*, red. idem, K. Zieliński, Toruń 2016, s. 137–153.
- Jeśmian Cz., *Wpływ warunków okupacyjnych na wystąpienie wybranych chorób zakaźnych w latach 1939–1944*, Łódź 2013.
- Kersten K., *Narodziny systemu władzy. Polska 1943–1947*, Warszawa 2019.
- Kozłowska U., *Organizacja zwalczania chorób zakaźnych jako element polityki zdrowotnej państwa na Pomorzu Zachodnim (1944/45–1972)*, Szczecin 2013.
- Paciorek M., „Podręczniki” do nauki ratownictwa medycznego w dwudziestoleciu międzywojennym, [w:] *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX w.*, red. B. Urbanek, Warszawa 2012, s. 203–213.
- Pietrow N., *Nowy ład Stalina: sowietyzacja Europy 1945–1953*, Warszawa 2015.
- Słownik wyrazów obcych*, wyd. Europa, Wrocław 2001.
- Szaynokowa W., Szadkowska M., *Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach na wsi*, Warszawa 1939.
- Szpak E., *Warunki sanitarne w powojennej Polsce, zarys problemów i dynamika zmian (1945–1970)*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2014, s. 277–299.
- Szumilo M., *Kierownictwo Polskiej Partii Robotniczej (1944–1948). Portret historyczno-socjologiczny*, „Kwartalnik Historyczny” 2014, nr 2, s. 287–318.
- Szumilo M., *Realizm polityczny w kierownictwie PZPR – płaszczyzny i interpretacje*, „Politeja. Pismo Wydziału Studiów Międzynarodowych i Politycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego” 2013, nr 25, s. 33–49.
- Szymoniczek J., *W cieniu wojny. Polski Czerwony Krzyż w latach 1945–1972*, Warszawa 2016.

- Tomaszewski J., *Sowietyzacja wojska polskiego w latach 1943–1956*, Wrocław 2012.
- Uhma S., Bliźniewski R., *Polski Czerwony Krzyż 1919–1959*, Warszawa 1959.
- Urban M., *Indywidualizm – kolektywizm a ideologie polityczne*, „Studia Polityczne” 2010, nr 17, s. 160–171.
- Wierzbicki M., *Sowietyzacja Polski i Europy Środkowo-Wschodniej jako proces*, „Tempus” 2023, nr 1, s. 39–60.
- Więckowska E., *Państwowy Urząd Repatriacyjny jako instytucja ochrony zdrowia 1944–1949*, [w:] *Leczyć uzdrawiać, pomagać*, red B. Płonka-Syroka, A. Syroka, *Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 11, Wrocław 2007, s. 283–310.
- Więckowska E., *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Warszawa 2001.
- Wiór H., *Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1919–1962*, [w:] *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964, s. 51–66.
- Wiśniewska M., *Zdrowie uczniów, medycyna szkolna i stan sanitarno-higieniczny szkół w powojennej Polsce*, „Rozprawy z Dziejów Oświaty” 2021, t. 58, s. 229–246.
- Zaremba M., *Wielka trwoga: Polska 1944–1947. Ludowa reakcja na kryzys*, Kraków 2012.

Dr n. med. Renata Elżbieta Paliga, adiunkt w Instytucie Historii Nauki im. L.&A. Birkenmajerów PAN. Zainteresowania badawcze – historia medycyny polskiej na tle światowej, ewolucja nauki i metod diagnostyczno-terapeutycznych w XX w., historia organizacji opieki zdrowotnej w czasie pokoju i wojny. Ważniejsze publikacje: *Krwiodawstwo i krwiolecznictwo w medycynie polskiej XIX i XX w. (1830–1951)*, Zielona Góra 2014; *Hematologia*, [w:] *Dzieje medycyny w Polsce, 1944–1989*, t. 3. red. W. Noszczyk, Warszawa 2017; *Wojny i epidemie w dziejach Rzeczypospolitej. Dżuma, cholera, tyfus*, Warszawa 2022; *Management of the City in the Conditions of War and Epidemic, Based on the Events in Warsaw in 1831 during the Polish-Russian War and the Cholera Epidemic*, [w:] *LA CITÉ MALADE, pouvoirs, emotions et epidemies dans les metropoles europeennes (XVII–XX siecles)*, red. S. Julliet-Gorzon, S. Pech-Pelletier, S. Peres, Paris 2025.

Data zgłoszenia: 20 czerwca 2025 r.

Data przyjęcia do druku: 25 sierpnia 2025 r.