





DR. ZOFJA SIKOROWSKA - RUDNICKA

W sile wieku, w pełni pracy pedagogicznej i społecznej zesza z tego świata dn. 23 lutego ś. p. Zofja Sikorowska-Rudnicka. Od półtora roku Zmarła pracowała jako kierowniczk referatu naukowego w Polskim Komitecie Opieki nad Dzieckiem. Na stanowisku tem przejawiała wiele cennej inicjatywy, zyskując u wszystkich tych, z którymi łączyły ją stosunki pracy, najwyższe uznanie, szacunek i przyjaźń. Nazwisko ś. p. Sikorowskiej znane jest czytelnikom naszego pisma z układu zawodowych katalogów bibliograficznych dla pracowników społecznych.

Cześć Jej światłej pamięci.

OPIEKA NAD DZIECKIEM

CZASOPISMO, POŚWIĘCONE OCHRONIE MACIERZYŃSTWA, OPIECE NAD DZIEĆMI i MŁODZIEŻĄ.

Rok VII.

Styczeń—Luty 1929.

Nr. 1.

Śmiertelność niemowląt.

Podał

Dr. Karol Ryder

Od czasu, kiedy statystycy za pomocą liczb wykazali, jak dużo z nowonarodzonych umiera, nie dożywszy drugiego roku swego życia, sprawa nadmiernej śmiertelności niemowląt zwróciła na siebie uwagę badaczy i zaczęto badać zarówno przyczyny tego zjawiska, jak i sposoby jego usunięcia.

Dla należytego zrozumienia liczb, nadmienię tutaj, iż pod współczynnikiem śmiertelności przyjęto uważać w statystyce ilość zgonów dzieci w wieku od urodzenia do 1-go roku życia w stosunku do 1000 żywo urodzonych dzieci w ciągu tego samego roku i na tej samej przestrzeni. W tym też sensie należy rozumieć następane liczby, podane jako współczynnik śmiertelności niewowląt, za wyjątkiem tych przypadków, kiedy w poszczególnym przypadku podane zostanie inne określenie.

Najpełniejsze oraz obejmujące największy okres czasu dane pochodzą z Anglii, gdyż tam najdawniej prowadzono dokładną statystykę. Dane, dotyczące innych Państw, podane są w miarę dostępnych mi źródeł, z których jedne nie dosięgają tak daleko wstecz, inne nie dochodzą do ostatnich, najnowszych czasów, a jeszcze inne nie są zupełne. W każdym bądź razie, odnośne zestawienia pouczają nas niedwuznacznie o następujących rzeczach:

1) Współczynnik śmiertelności niemowląt nie jest jednako wysoki we wszystkich krajach i waha się w dość dużych granicach od kilkudziesięciu do kilkuset zmarłych niemowląt w ciągu roku na każde 1000 nowo, żywo narodzonych. Jeżeli są kraje, w których współczynnik ten, jak na przykład w Nowej Zelandji, może być tak niski, jak 41,9, to bezwzględnie liczby tak wysokie, jak przeszło sto, a już bezwzględnie wyższe od dwu do trzystu, powinny być zabytkiem

historycznym. Bo aczkolwiek istnieją przyczyny lokalne, stanowiące o różnicy w wysokości tego współczynnika, jednak nie są one o tak wielkim wpływie, aby powodować tak znaczne różnice w wysokości omawianego współczynnika. Badania wykazały, iż niski współczynnik śmiertelności niemowląt jest skutkiem najrozmaitszych czynników, poddających się ludzkim wpływom. Musimy dlatego uznać, iż kraj posiadający za wysoki współczynnik śmiertelności jest sam winien i nie robił wszystkiego, co może i powinien robić, aby współczynnik ten obniżyć. Niektórzy działacze uważają współczynnik śmiertelności niemowląt za wskaźnik zdrowotny danego kraju i statystyk tej miary, co Newsholm, powiada wprost, że współczynnik śmiertelności niemowląt jest miarą stanu zdrowotnego danego kraju. Jak termometr dla lekarza praktyka jest wskaźnikiem infekcji w organizmie, tak współczynnik śmiertelności niemowląt jest dla lekarza sanitarnego wskaźnikiem stanu zdrowia jego gminy.

2) Współczynnik śmiertelności niemowląt prawie wszędzie z biegiem czasu opada, choć nie we wszystkich krajach spadek ten rozpoczął się o jednym czasie, nie wszędzie odbywał się w tym samym stopniu i nie osiągnął choćby względnie jednakowego poziomu. Oprócz tego obserwujemy, iż spadek ten odbywał się nie stale, lecz wykazuje pewne wahania w niektórych latach.

W następującej tabelce (I) obliczony został procentowy spadek współczynnika śmiertelności niemowląt w kilkunastu krajach, z której widać też różnicę w rozmiarach tego spadku.

T A B L I C A I.

Spadek śmiertelności niemowląt. — Decrease of infant mortality.

Państwo—Country	1881—85	1906—10	$\frac{\%}{\%}$ spadku of decrease
Węgry (1891—95) — Hungary . . .	250	204	18.4
Austria (1866—83) — Austria . . .	255	202	20.4
Włochy (1891—95) — Italy	185	153	17.3
Belgia — Belgium	156	141	9.6
Francja — France	167	126	24.6
Anglja i Walja — England and Wales	139	117	15.8
Holandja — Netherlands	181	114	31.5
Szwecja — Sweden	116	78	32.8
Norwegja — Norway	99	70	29.3
Australja — Australia	125	78	37.6
Nowa Zelandja — New Zealand . .	90	70	22.2

W tabeli tej widzimy współczynnik śmiertelności średni dla dwu pięcioleci, podanych w nagłówku dwu pierwszych kolumn, za wyjątkiem trzech Państw, w których pierwsze pięciolecie było wskazane nie w nagłówku, lecz w nawiasach obok nazwy. Ostatnia kolumna wskazuje % spadek tego współczynnika w czasie między wskazanymi dwoma pięcioleciami. Waha się on pomiędzy 9.6% a 37.6%.

Ze spadek ten nie dotyczył tylko całych Państw, ale i poszczególnych miast, widzimy z niżej przytoczonej tabeli (II).

T A B L I C A II.

Współczynnik śmiert. niemowląt w miastach różnych Państw.
Infant mortality in cities of different Countries.

M i a s t a C i t i e s	1881 1885	1886 1890	1891 1895	1896 1900	1901 1905	1906 1910	1911	1912
Londyn—London .	150	153	156	162	131	114	129	91
Edinburgh.	127	136	140	144	131	119	118	113
Dublin (Reg. Area)	176	175	169	175	158	146	156	140
Sydney	173	155	138	130	107	85	78	76
Melbourne.	171	173	136	129	113	94	71	90
Montreal	—	246	237	258	271	261	242	—
Toronto.	—	—	200	231	205	166	114	—
Parż—Paris	162	152	135	119	110	106	118	103
Amsterdam	203	199	168	146	122	90	91	64
Rotterdam.	209	207	191	167	144	105	103	79
Stockholm.	208	182	170	169	136	103	77	82
Oslo.	156	168	158	152	119	96	116	107
St. Petersburg . . .	301	243	242	251	246	256	231	249
Moskwa—Moscow .	340	320	316	286	262	313	321	333
Berlin	279	264	242	218	202	164	173	142
Hamburg	222	260	226	182	174	150	158	130
Wiedeń—Wiena . . .	196	196	219	195	178	172	166	149
Praga	218	200	194	170	163	156	186	139
Budapeszt	244	237	199	174	149	151	161	141
Triest	212	238	233	218	201	213	215	184
Medjolan—Miland .	156	161	158	147	146	129	—	102
Buenos Aires	185	209	151	120	93	100	105	96

Z liczb, cytowanych u Bolta, wynika, że nie tylko w wielkich miastach, jak powyżej przytoczyłem, ale i w miastach o mniejszym rozmiarze obserwuje się spadek, o którym mowa. Widocznem to jest z następującej tabeli, która wyobraża dane, obejmujące 519 miast w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, rozbite na miasta o rozmaitej wielkości: (tabela III).

T A B L I C A III.

Śmiertelność niemowląt w 519 miastach St. Zjedn.
Inf. Mort. in 519 Cities of U. S. A.

Zaludnienie Population	Współcz. śmiert. niem.—Inf. Mort		% spadek współcz. 1916—1920 roku % of decrease 1916—1920
	w 1916 roku in 1916	w 1920 roku in 1920	
Ponad—Over 250.000	97,9	88,9	9,2%
100.000 — 250.000 . .	107,0	94,1	12,1%
50.000 — 100.000 . .	103,0	93,9	8,9%
25.000 — 50.000 . .	103,1	87,5	15,1%
10.000 — 25.000 . .	105,3	91,6	13,1%
Wszystkie 519 miast All 519 of U. S. A. .	101,1	90,5	10,5%

Widzimy z tego, iż spadek śmiertelności niemowląt w małych miastach nie tylko postępuje za spadkiem w wielkich miastach, ale go nawet przekracza.

Jeżeli przyjrzymy się liczbom, określającym współczynnik śmiertelności niemowląt oddzielnie dla miast i wsi, jak w poniższej tabeli (IV), to przekonamy się, że spadek, o którym mówimy, nie omija i ludności wiejskiej:

T A B L I C A IV.

Śmiertelność niemowląt w miastach i na wsi.
Inf. Mort. Rates in Cities and in the Country.

TEREN AREA	Współczynnik śmiertelności niemowl.—Inf. Mort. Rates								
	na całym terenie in the whole area			w miastach in the cities			na wsi in the country		
	1915	1921	% spadku of decrease	1915	1921	% spadku of decrease	1915	1921	% spadku of decrease
Stany Zjedn. Am. Półn. U. S. A. (Reg. Area)	99,5	78,67	21,0	102,94	78,24	24,0	94,11	79,43	15,6

Wprawdzie % [spadku pośród ludności wiejskiej] jest mniejszy, aniżeli miejskiej, ale jednak wynosi on 15,6%.

Cytowany powyżej Bolt zbadał, jak się zmienił stosunek zgonów niemowląt do ogólnej śmiertelności i znalazł co następuje:

w 1919 r.	śmiert.	niemowląt	wynosiła	14.4 ⁰ / ₀	ogólnej	śmiert.
w 1918 r.	"	"	"	13.0 ⁰ / ₀	"	"
w 1917 r.	"	"	"	15.7 ⁰ / ₀	"	"
w 1916 r.	"	"	"	16.1 ⁰ / ₀	"	"
w 1915 r.	"	"	"	16.6 ⁰ / ₀	"	"
w 1914 r.	"	"	"	17.3 ⁰ / ₀	"	"
w 1913 r.	"	"	"	17.9 ⁰ / ₀	"	"
w 1912 r.	"	"	"	17.7 ⁰ / ₀	"	"
w 1911 r.	"	"	"	17.9 ⁰ / ₀	"	"
w 1910 r.	"	"	"	19.4 ⁰ / ₀	"	"
w 1900 r.	"	"	"	20.7 ⁰ / ₀	"	"

Wynika z tego że w ciągu 20 lat stosunek ten spadł z 20.7⁰/₀ do 14.4⁰/₀, czyli, jeżeli w 1900 roku na każde 8 nowonarodzonych umierało jedno, nie dożywszy swych pierwszych urodzin, to w 1919 umierało tylko jedno na każde 12 nowonarodzonych. Jest to bezwzględnie duża oszczędność w życiu ludzkim i jest bardzo pocieszającym zjawiskiem, bo aczkolwiek, jak powiada Newman w przedmowie do swego dzieła o śmiertelności niemowląt, że nawet przy najpomyślniejszych warunkach śmierć niemowląt będzie stanowiła dużą część ogólnej śmiertelności, ale w miarę postępu cywilizacji udział ten powinien stawać się mniejszym i mniejszym. Dlatego też objaw spadku współczynnika śmiertelności niemowląt, jak go stwierdziliśmy powyżej, jest dowodem pocieszającym, dowodem postępu cywilizacji, która swym potężnym wpływem stara się wydrzeć śmierci jaknajwięcej niewinnych i zbytecznych ofiar, jakimi bezwzględnie są niemowlęta.

W przytoczonych wyżej tabelach, brak zupełny liczb polskich. Zupełnie nie miarodajne, mówiąc o kraju naszym jako całości, zgłaszanie narodzin dzieci, (co służy za podstawę do obliczenia współczynnika śmiertelności niemowląt), usprawiedliwia w zupełności ten brak. Ale Rosset podaje, że w dwóch największych miastach naszych współczynnik śmiertelności niemowląt nie tylko nie spada, jak to obserwowaliśmy niemal na całym świecie, ale podnosi się, a mianowicie:

w Warszawie w 1923 r.	wynosił	14.1	a w 1924 r.—	15.9
w Łodzi . . w 1925 r.	"	16.5	a w 1926 r.—	17.5
w " w 1927 r.	"	18.7		

Jeżeli w tych miastach, gdzie jednak w kierunku opieki nad niemowlętami robi się więcej jak w reszcie Państwa, obserwujemy takie zjawisko, można sobie łatwo wyobrazić, co się dzieje w mniejszych miastach, albo na wsi. To też przed nami stoi jeszcze większe zadanie, jak przed innymi narodami.

O czynnikach śmiertelności niemowląt wogóle.

Problemat śmiertelności niemowląt jest jednym z najbardziej może skomplikowanych problemów socjologicznych, zarówno jak i medycyny zapobiegawczej.

Splata się z nim tyle czynników najrozmaitszych, iż nic dziwnego, iż całe tomy specjalnych dzieł poświęcone są tej sprawie. Ustaliliśmy ogólne fakty, polegające na tem, iż faktycznie umiera dużo niemowląt, choć ilość umierających stale się zmniejsza, ale porównanie różnych współczynników wskazuje na to, iż w większości krajów jeszcze dużo może być i powinno być zrobionem, a szczególnie u nas. Ażeby jednak dokonać tego trzeba wiedzieć dokładnie, na czem polega cały problemat, jakie są przyczyny wywołujące go, jakie czynniki mogą go usunąć albo choć złagodzić. Pytania ile niemowląt w jakim okresie krótkiego swego życia umiera więcej, od jakich przyczyn, w jakiej porze roku, w jakich warunkach domowych, przy jakiej pielęgnacji, w jakich warunkach społecznych, ekonomicznych i domowych i t. d. były przedmiotem nieskończonej ilości badań i piśmiennictwo tego przedmiotu osiągnęło rozmiary już nieomal niedostępne dla opanowania. Dowodzi to, z jednej strony, jak ważnym, z drugiej strony, jak zawiłym jest ten problemat.

Poniżej przytaczam listę czynników, odgrywających rolę w wywoływaniu śmiertelności niemowląt, jak ją podaje Bolt.

Wykaz czynników, wpływających na śmiertelność niemowląt.

I. Meteorologiczne.

1. Zmiany w temperaturze.
2. Wilgotność.
3. Panujące wiatry.
4. Kurz.
5. Słońce i mgły.

II. Ludność.

1. Właściwości rasowe i odporność.
2. Ogólny poziom rozwoju umysłowego.
3. Obyczaje i zwyczaje.
4. Podział na grupy wieku.
5. Jednolitość.
6. Rozmaitość używanego języka.
7. Dobrobyt przemysłowy.
8. Stałość zamieszkania.

III. Narodziny.

1. Dokładność zameldowania narodzin.

2. Znaczny spadek lub wzrost narodzin.
3. Względna liczba pierworodnych w poszczególnych latach.
4. Stosunek narodzin chłopców do narodzin dziewcząt.
5. Stosunek narodzin ślubnych do nieślubnych dzieci.
6. Ilość nieżywo-urodzonych.
7. Wysokość współczynnika narodzin.
8. Jakość pomocy lekarskiej przy porodzie.

IV. Narodowość.

1. Zwyczaje i obyczaje.
2. Przewaga karmienia piersią.
3. Rasowa odporność.
4. Umiejętność przystosowania się do nowego otoczenia.
5. Różnice rasowe.

V. Stan organizacji zdrowotnej.

1. Walka z chorobami zakaźnymi.
2. Sposób dostawy mleka i zaopatrzenia w wodę.
3. Rodzaj opieki nad matką.
4. Warunki mieszkaniowe.
5. Warunki sanitarne w pojedynczych domach i całym osiedlu.
6. Walka z muchami i komarami.
7. Przepisy co do przymusowego szczepienia ochronnego przeciwko ospie.
8. Kształcenie lekarzy i pielęgniarek w opiece nad dzieckiem.
9. Stan organizacji lecznictwa kiły i gruźlicy.
10. Metody karmienia niemowląt.
11. Nadzór nad położniami.
12. Nadzór nad przytułkami.

VI. Patologiczne warunki.

1. Chorobliwe stany matki przed urodzeniem.
2. Wrodzone wady dziecka.
3. Niedorozwój fizyczny (przedwczesny poród).
4. Kiła.
5. Gruźlica.
6. Alkoholizm.
7. Epidemje

VII. Warunki życia matki.

1. Niedostatek materialny i złe warunki społeczne.
2. Niedbalstwo i ciemnota.
3. Zajęcie matki w przemyśle.
4. Wiek w chwili wyjścia za mąż.
5. Czystość w ciąży.
6. Życie w mieście czy na wsi.

7. Zatrucia w przemyśle.
8. Złe odżywianie matki.
9. Wyczerpujące i niszczące choroby.

VIII. Społeczne i ekonomiczne warunki.

1. Bezrobocie. Strajki.
2. Brak żywności.

IX. Wojna i jej skutki.

Litanja ta mówi za siebie. Jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę, że w wielu wypadkach badania tego czy innego czynnika na śmiertelność niemowląt znajdujemy różnicę zdań autorów, to trudność rozwiązania tego problemu jeszcze wzrasta.

Jednak działacz sanitarny musi szukać odpowiedzi na pytania, które winien sobie postawić przed przystąpieniem do realizacji zamierzeń, mających na celu zmniejszenie śmiertelności niemowląt. Bez tego nie wytknie sobie najważniejszej drogi, po której winien kroczyć, w którą winien skierować swe wysiłki, aby jaknajprędzej i jaknajskuteczniej dojść do postawionego sobie celu.

PIŚMIENNICTWO.

1. Bolt Artur. The mortalities of Infancy, *Abt's Pediatrics*. 2. Woodbury R. M. Decline in infant mortality in the United States birth registr. areas, 1925 — 21. 3. *Amer. Journ. Publ. Health*. Chicago 1923 XIII. p. 377 — 383. 4. Newman. G. Infant Mortality, A Social Problem 1906. 5. Rosset E. Samorząd a problem, Łódź 1928 według referatu w *Nowinach Społeczno-Lekarskich* 1928 N. 17 p. 514. 6. Duke E. Results of a Field Study in Jonstown, Pa 1915. 7. *Newsholm. Infant and Child Mortality Second Report to the Local Government Board*. 8. Greenwood M. and Brown J. W. An Examination of some Factors Influencing the Rate of Infant Mortality. *Journ of Hygiene* XII. 1912 pp 5 — 45. 9. Holt E. L. Infant Mortality and its Reduction, Especially in N. Y. City. *Journ. of the Amer. Med. Association* 1910 vol XIV. p. 682. 10. *Newsholm. Report on Child Mortality at Ages 0—5 in England and Wales* 1916. 11. Silbergleit H. Kindersterblichkeit in Europ. Grossstädten. *Arb. d. VIII. Int. Congr. für Hyg. und Demogr* Budapest 1897. 12. *Great Britain Local Govern. Board. 45 Annual Report* 1915—16. 13. Woodbury R. M. Infant Mortality Studies of the Child, *Amer. Stat. Assoc.* 1918. 14. Schwarz H. Infant Mortality and Child Mortal. *Amer. Journ. of Diseases of Children*. 1920 vol. 19. pp. 249. 15. Baker J. Reduction of Inf. Mort. in N. Y. Transaction of the international Congr. of Hygiene and Demogr. 1912. vol. 3. p. 141. 16. Meyer. Infant. Mortality in N. Y. City, *Wyd. Rockefeller Found* 1921. 17. Pearl R. Variation in the Rate of inf. Mort. in the. Un. St. Birth-Registr Area. *Amer. Child Hyg. Assoc. Tr.* 1920. 1921. Vol. XI. pp. 213 — 222. 18. Pearl R. Biometric Data on inf. Mort. in the U. S. Birth Reg. Area 1915 — 1918. *Amer. Journ. of Hyg.* 1921 vol. XI. pp 419—439. 19. Woodbury R. M. Decline of inf. mort. in the U. S. Birth Reg. Area 1915 — 21 *Amer. J. Pub. Health*. Chicago 1923 vol. XIII. pp. 377 — 383. 20. *Biometrica Infant Mortality and Mortality of Childhood*. vol. XI pp. 488—506 vol XIV. pp. 300—308. 21. *Studien über Sterblichkeit Todesursache und Ernährung Münchener Säuglinge*. *Arch. für Hygiene* Vol. 93. 1923. 22. Ingen Ph. Statistical Report on Infant Mortality for

1920 in 519 Cities of the U. S. Compiled for the Amer. Child. Hyg. Assoc. 1921. 23. March L. Some Researches Concerning the Factors of Mortality Stat. Journ. vol. LXXV. p. 505. 24. Allin Tables of Mortality for the Assurance of infantile life Trans. Vll-th. Intern. Congr. Actuaries p. 105. 25. Buchan S. F. 1911 Some sociological Aspects of infantile Mortal. Public. Health. vol. XXIV p. 221. 26. Sakard E. N. Inf. Mort. Publ. Health Journ. Toronto. Nov. 1923 p. 489. 27. Peiler S. Die Säuglingsterblichkeit nach dem Kriege. Wien. Klin. Woch. 1923 p. 799 i 1924 p. 118. 28. Hill H. W. Report of Public Health Committee on Reduction of. inf. mort. in London Publ. Health Journ Toronto 1923 p. 542. 29. Dinguizli. Inf. Mort. in Tunnis. Bullet de l'acad. de Medio. Paris 1923 p. 613. 30. Dublin. Inf. Mort. in Fall River. Mass. Amer. Stat. Assoc. vol. XIV. p. 505.

Oprócz tego wiele statystycznych danych czerpałem ze źródeł, podanych w pracy mej: „Naturalny przyrost ludności i jego czynniki,” umieszczonej w Nr. 4 z 1928 r. miesięcznika „Opieka nad Dzieckiem”.

Infant mortality.

By

Dr. K. Ryder.

Since the statisticians have shown that many of the newborn are not surviving the first year of life, the subject of infant mortality has turned the minds to it, and the statisticians began to study this problem, tried to find out the causes of the mortality and the means to reduce it

Our figures are showing that the infant mortality rate differs largely in different countries. There are of course some local causes for this difference but the study of this problem has shown that largely there are factors which can be influenced by the man. Therefore this country which has a high infant mortality rate is a country which has not all done what is possible to reduce this mortality. Newsholm considers the infant mortality rate as a scale for the public health means for the health of his community.

Figures are showing also that the infant mortality rate is all through the world slowly decreasing, however the moment when the decrease started is not in all countries the same and nor is the decrease the same neither came it for all countries to the same level.

The factors of infant mortality are very different and many ones. The list of factors of infant mortality given by Bolt in Abt's Pediatrics is showing the number and complexity of these conditions of which some are most important and some have only a relative importance. Any how a sanitarian has to study them to find out which of them are in his community the most important if he is going to reduce his infant mortality rate.

Opieka społeczna m. Wiednia nad dzieckiem szkolnem.

Podąła

Janina Wuttkowa.

Wiedeń, jako wielkie miasto przemysłowe, jako stolica potężnej monarchji, prowadził jeszcze przed wojną bardzo rozległą politykę samorządową na polu życia gospodarczego i opieki społecznej. W miarę tego, jak się przemysł rozwijał, a równolegle warunki życia społecznego, zwłaszcza warunki życia warstw pracujących komplikowały się, czynniki samorządowe uświadamiały sobie, jakie obowiązki społeczne im przypadały — to też tradycje opieki społecznej tkwią bardzo głęboko w samorządzie Wiednia. Opieka społeczna za czasów Monarchji miała jednak charakter zgoła inny niż teraz — była bowiem dobroczynnością.

Po upadku Monarchji, po straszliwych skutkach wojny, gdy naród płakał na ruinach swej dawnej świetności, gdy dzieci posyłano na wyżywienie do Szwecji, Norwegji i innych krajów, gmina m. Wiednia, gmina socjalistyczna, zdecydowała rozpocząć nowy okres historii Austrii, okres twórczy wychowania, pielęgnowania i szkolenia młodego pokolenia. Twórcą współczesnego systemu zorganizowanej opieki społecznej jest prof. Juljusz Taudler, który twierdzi, że najoszczędniejszą polityką ekonomiczną w stosunku do społeczeństwa jest jak najdalej i najgłębiej rozbudowana opieka nad dzieckiem i młodzieżą. Ilustruje to najdobitniej budżet opieki społecznej nad dzieckiem szkolnem. W roku 1924/25 budżet wynosił 3.000.000 szylingów, w r. 1925/26 — 3.000.000 szyl., a w r. 1926/27 — 17.000.000 szyl.

Trudno mówić o opiece społecznej m. Wiednia nad dzieckiem szkolnem, jako o zjawisku oderwanem, nie związanem z całokształtem życia gospodarczego współczesnego Wiednia.

Samorząd Wiednia zrozumiał, że czynnikiem regulującym życie społeczne, nie może być nawet w dużej mierze dobrze zorganizowane szkolnictwo, ku któremu wytrwale dąży Rada Szkolna m. Wiednia i wiele już realizuje w duchu szkoły

powszechnej: w r. 1927 do szkolnictwa powszechnego weszło 3.000 nowych młodych sił pedagogicznych, specjalnie kwalifikowanych w Instytucie Pedagogicznym.

Nawet najlepsza szkoła nie podoła wychowaniu nowego, silniejszego, mądrzejszego, lepszego pokolenia, jeżeli do szkoły przychodzą dzieci głodne, przychodzą z nor, a nie z mieszkań, przychodzą z najnienormalniejszych warunków życia dnia codziennego. Wszystko to rozumiała i o tem pamiętała przedewszystkiem gmina m. Wiednia, tworząc dla rodziny — tego naturalnego środowiska, w którym dziecko powinno się wychowywać — odpowiednie warunki życia. W ciągu 4 lat wybudowała przeszło 35 tysięcy mieszkań dla najbardziej potrzebujących — dla bezrobotnych — czyli blisko 14.000 ludzi otrzymało zdrowe, jasne, wygodne warunki życia dnia codziennego. „Słońce i powietrze w domu, to słońce i powietrze w sercu“ — mówi prezydent Rady Szkolnej m. Wiednia.

Jeżeli popatrzeć na te nowe miasto, w którym każde mieszkanie musi mieć choćby przez godzinę światło słoneczne, na te domy z podwórzami-ogrodami, podwórzami-boiskami dla dzieci, podwórzami basenami-pływalniami latem, a ślizgawkami zimą, i temi cudownemi „szklanemi domami“, w których mieszczą się t. zw. „kindergarteny“—przedszkola—ogrody, na te domy ze świetlicami dla dzieci szkolnych, z czytelniami, warsztatami i salami zabaw w czasie niepogody, to ma się głęboką świadomość, że zagadnienie opieki społecznej nad dzieckiem w Wiedniu jest postawione i rozwiązywane na szerokiej i naukowej płaszczyźnie życia współczesnego. Te przesłaniczne domy robotnicze są pierwszym, najistotniejszym etapem opieki społecznej nad dzieckiem.

Jak się przedstawia opieka społeczna na tle szkoły?

Pominąwszy, że każde dziecko otrzymuje od Rady Szkolnej wszystkie potrzebne do nauki książki, bardzo estetyczne i starannie wydane, że otrzymuje wszystkie materiały pisemne, należy podkreślić w opiece nad dzieckiem szkolnym 2 momenty: opiekę nad zdrowiem dziecka i opiekę wychowawczą.

Rzecznikami opieki społecznej na terenie szkoły jest lekarz, pielęgniarka społeczna i nauczyciel. A każde dziecko ma swoją kartę indywidualną, która pielęgniarce ułatwia znacznie pracę, bowiem w ten sposób zapoznaje się dokładnie z charakterystyką zdrowotną i wychowawczą powierzonych sobie dzieci, którym powinna bezwzględnie pomóc. Możliwości pomocy ma wiele: czy to przez dożywianie, czy przez udzielanie pomocy pieniężnej, czy przez wpływ na rodziców, czy przez umieszczenie dziecka w świetlicy, czy wreszcie przez wysłanie do domu odpoczynkowego i wiele jeszcze innych form pomocy.

Na 1 pielęgniarkę społeczną przypada 150 — 200 dzieci.

Lekarska opieka społeczna na terenie szkoły postawiła sobie za zadanie przede wszystkim walkę z gruźlicą i próchnicą zębów.

Urząd Zdrowia m. Wiednia*) uważa, że próchnica zębów jest przyczyną wielu niedomagań dziecka: wpływa ujemnie na ogólny rozwój, często staje się źródłem chorób zakaźnych. Badania prowadzone przez lekarzy wiedeńskich dały wyniki wprost przerażające: prawie wszystkie dzieci w wieku szkolnym miały zęby zepsute, to też Urząd Zdrowia zaczął systematyczne leczenie i kontrolę zębów w instytucjach specjalnych t. zw. Klinikach Szkolnych dentystycznych.

Klinik takich w Wiedniu jest 10 w najrozmaitszych punktach miasta, poza temi gmina m. Wiednia w 1925 r. wybudowała Centralę dentystyczną, kosztem przeszło 2.500.000 szylingów.

Każda szkoła jest obowiązana 2 razy do roku przyjmować dzieci do kontroli zębów, poza kontrolą odbywają się też ćwiczenia czyszczenia zębów. Każde dziecko otrzymuje bezpłatnie szczoteczkę do zębów — dobrowolnie jednak może zapłacić.

Dzieci zaś, które muszą leczyć zęby, obowiązane są przychodzić systematycznie, na co z początkiem roku szkolnego rodzice składają pisemną deklarację. Dzieci rodziców, należących do Kas Chorych, lub dzieci, których rodzice chcą je leczyć prywatnie, mogą nie korzystać z klinik, jednak po przedstawieniu odpowiedniego zaświadczenia.

Zasadniczą cechą opieki społecznej m. Wiednia jest nie tylko istnienie całego szeregu instytucji opiekuńczych, ale wewnętrzna organizacja pracy, która przez konsekwentne i celowe doprowadzenie spraw do końca, pozwala na wielką ekonomizację sił: np. w klinikach dentystycznych pracuje specjalny aparat administracyjny, który czuwa nad ewidencją dzieci. Zdarza się, że rodzice pomimo deklaracji zaniedbują leczenie dziecka, klinika stara się na rodziców wpłynąć: posyła przypomnienia, tłomaczy rodzicom, że leczenie zębów systematyczne jest podstawą zdrowia dziecka; po trzech napomnieniach wyznacza dokładnie termin, w jakim dziecko powinno się zjawić w klinice i powiadamia, że jeżeli dziecko się nie zgłosi, nie będzie już mogło korzystać z klinik dentystycznych. Oczywiście, że rodzice nigdy do tej ostateczności nie doprowadzają, czego wymownym dowodem jest powstawanie nowych klinik dentystycznych.

Każde dziecko ma w klinice swoją kartę rejestracyjną, za którą płaci 20 groszy — jest to zarazem całkowita opłata, jaką wnosi do kliniki za leczenie zębów.

Jak walczy samorząd m. Wiednia z gruźlicą na terenie szkoły?

*) Nietylko Urząd m. Wiednia: jest to rzeczą dawno już znaną (przyp. redakcji).

Przedewszystkiem urząd zdrowia chce wiedzieć, jak wielkie są rozmiary gruźlicy wśród dzieci w wieku szkolnym i za zgodą rodziców lekarze stosują szczepionkę, która wykazała na 11.000 dzieci 38,6⁰/₀ chłopców i 38,1⁰/₀ dziewcząt zagrożonych.

Dzieci chore na gruźlicę są ze szkół usuwane do specjalnych zakładów kuracyjnych.

W 1926 r. było leczonych na gruźlicę 7.086 dzieci z liczby tej 5.976 leczyło się w zakładach miejskich, reszta w zakładach Kasy Chorych. Zakłady miejskie są to piękne sanatoria, położone wśród zdrowych wielkich parków, w których dzieci mają swoje specjalne oddziały. Przeważnie jednak gmina m. Wiednia wysyła dzieci w góry Alpy do najrozmaitszych miejscowości np. Bad Hall, San Pelagio i t. d. W tych miejscowościach górskich w r. 1926 było na kuracji 3.089 dzieci. Dla dzieci w wieku szkolnym, które pomimo choroby uczęść się jednak mogą, zorganizowane są sanatoria-szkoły np. w Banengartnerhöhe, w Waldschule Alland i Weidlingau.

Tak się przedstawia opieka społeczna nad dzieckiem już chorem — na tem jednak skonstatowaniu i leczeniu choroby gmina m. Wiednia nie poprzestaje. Rozumie, że nawet najlepsze, najkosztowniejsze sanatoria dla gruźliczych nie wiele pomogą, jeżeli podleczony chory wraca nie do mieszkania, ale do nory, w jakiej najczęściej mieszkają ludzie pracy, wraca do najlepszych warunków dla choroby a nie dla zdrowia. Medycyna wie, że najskuteczniejszym środkiem walki z gruźlicą w zarodku jest jasne, słoneczne, zdrowe mieszkanie i dobre odżywianie. I na tem miejscu znów należy podkreślić tę konsekwentną, celową i oszczędną politykę samorządową m. Wiednia, które w walce o zdrowie młodego pokolenia pracę swoją zaczyna od podstaw, budując z górą 35 tysięcy mieszkań robotniczych.

Przewodnią ideą bowiem opieki społecznej m. Wiednia jest idea profilektyki — idea zapobiegania chorobie, a nie leczenia, idea niedopuszczania do choroby. Ten profilaktyczny charakter opieki daje niezmiernie duże rezultaty w walce z przejawami gruźlicy wśród dzieci szkolnych, gdyż w większości wypadków gruźlica powstaje na podłożu złych warunków życia codziennego. Lekarz szkolny jest w możności w związku z pracą t. zw. Jugendamt^{*)}, czyli urzędu opieki nad dzieckiem zagrożonym gruźlicą, dać takie warunki, które pozwolą mu chorobę zwalczyć. I znów na tem miejscu przypomnieć należy uregulowanie sprawy mieszkaniowej i następnie w szerokim zakresie zorganizowaną akcję dożywiania dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym. W każdej dzielnicy Wiednia, w odległości nie więcej jak 100 m. od szkoły, istnieją stołownie w których dzieci otrzymują obiad składający się z zupy, ja-

*) Jugendamt jest instytucją ogólnej opieki nad młodzieżą — nie tylko nad dziećmi zagrożonymi gruźlicą (przyj. red),

rzyny, mięsa i leguminy. Jadłospis jest określony przez specjalną Komisję lekarską przy Centralnej Kuchni Dożywiania dzieci i obliczony kalorycznie — obiad stanowi 700 K. Dzieci korzystają z dożywiania na podstawie orzeczenia lekarzy szkolnych. Wszystkie dzieci bezrobotnych otrzymują obiad bezpłatnie, według danych z 1927 roku tylko

10%	dzieci	płaciło	całkowitą	należność	60 gr.
21%	"	"	"	"	30 "
21%	"	"	"	"	15 "
a 78% kosztów pokrywała gmina.					

Stołówni miejskich dla dzieci szkolnych jest 86, a budżet na r. 1926/27 wynosił 2.800.000 szylingów. Ilość zaś korzystających — 20.000 dzieci.

W ścisłym związku z opieką społeczną nad zdrowiem dziecka szkolnego jest w Wiedniu rozwinięta w bardzo szerokim zakresie akcja kolonji i półkolonji letnich. Akcją tą zajmuje się organizacja t. zw. Wijug'u czyli Wiener Jugendhilfswerck'u. Jest to organizacja naczelna, jednocząca wszystkie poszczególne zespoły organizacyjne, które pracują na terenie wywczasów letnich dla dzieci i młodzieży. Jest to organizacja o najróżnorodniejszych odcieniach politycznych i religijnych, która pracuje od r. 1922 jednak pod dyrektywami Centralnego Urzędu Opieki Społecznej t. zw. Wohlfartsamt'u.

Wijug wysłał w r. 1926 —	35.000	dzieci i młodzieży
poza to Rada Szkolna	64.000	" "
a Kasa Chorych	40.000	" "

Ogółem w czasie wakacji 1926 r. 139.000 dzieci i młodzieży, spędziło lato poza miastem

Akcja kolonji letnich obejmuje, jak sądzić można, większą część dzieci; dla pozostałych i dla tych, które z kolonji powracają, gmina m. Wiednia organizuje półkolonje. Na półkolonjach dzieci pozostają cały dzień, otrzymują pełne odżywienie, a wieczorem wracają do domów. Na przejazd tramwajami, otrzymują bilety po 2 gr. Półkolonji w Wiedniu jest 6; oczywiście znajdują się w zdrowych, wielkich parkach. A teraz, do pełnego obrazu opieki społecznej nad zdrowiem dziecka, dodać należy cały szereg miejskich placów zabawowych, których miasto posiada 31, z nich 12 używane są zimą na ślizgawkę i tę wielką ilość pływalni na otwartym powietrzu.

Nauka pływania jest obowiązkowym przedmiotem szkolnym, oczywiście naukę poprzedza badanie lekarskie; każde dziecko, któremu lekarz szkolny pozwoli uczyć się pływać, otrzymuje kostium kąpielowy i ręcznik kąpielowy. Nauka pływania prowadzona jest metodycznie, od zabaw w wodzie, celowo stosowanych, przechodzi się do klasycznej nauki pływania. Nauka trwa 20 minut w obecności 2 specjalistów

i nauczyciela. Lekcje te odbywają się zimą w dużym pięknym basenie w kąpieliskach Amalienbadzie i Jörgerbadzie. W r. 1926/27 brało udział w tej nauce blisko 80.000 dzieci.

A latem odbywają się lekcje w miejskich pływalniach. I-sza miejska pływalnia założona była w 1917 r., w okolicach Schönbrunn, dawnej rezydencji cesarza Fr. Józefa. Wielka jednak frekwencja wywołała konieczność budowy następnych i w roku 1923 wybudowano w przepięknym parku pływalnię dla dzieci z obwodu III, IV i X, w 1926 — znów 3 pływalnie nowe, w 1927 — nowych pływalni 5. Są to wszystko baseny, otoczone wałem betonowym, mniej więcej mające 24 m. dł. — 16 szerokości a 60 cm. głębokości. Woda w tych basenach jest wodą górską. Miasto Wiedeń specjalnymi akwaduktami z odległości blisko 180 km. sprowadza do stolicy. Dezynfekcja wody odbywa się co 6 godzin metodą chlorowania. Do basenu przylega specjalny budynek, w którym znajduje się rozbieralnia i inne urządzenia.

Każde dziecko od lat 6 do 14 może z tych pływalni korzystać. Potrzebę tych pływalni najlepiej ilustrują liczby. W roku 1927, pływalnie wydały blisko 900.000 biletów dla dzieci.

Pozatem opieka społeczna nad dzieckiem szkolnym m. Wiednia przejawia się w formach najrozmaitszych. Istnieją np. t. zw. Schülerherberge, gospody dla uczniów; są to jakby hotele dla wycieczek, które przyjeżdżają do Wiednia, by zapoznać się z całą kulturą przeszłości i zobaczyć nowy Wiedeń. Całodzienne utrzymanie wraz z mieszkaniem wynosi 3 szylingi od osoby.

Takich gospód jest 3, łącznie na czterysta kilkadziesiąt łózek.

Tak się przedstawia opieka pedagogiczna m. Wiednia na tle szkoły?

Pominąwszy, że na terenie samej szkoły dziecko otrzymuje pomoc w naukach: np. dzieciom, które opuściły ponad 14 dni nauki, pomaga nauczyciel w godzinach pozaszkolnych. Pomoc taka już wyraźnie się zaznaczyła: ilość dzieci repetujących zmniejszyła się znacznie.

Szeroko rozwinięta akcja współpracy nauczycielstwa z rodzicami w t. zw. Elternvereinen, pozatem praca w poradniach wychowawczych daje możliwość bezpośredniego wpływu nauczycielstwa na rodziców.

Poradnie wychowawcze są rozmieszczone po jednej w każdym obwodzie miasta.

Jednak zdarza się często, że rodzice nie umieją zaopiekować się własnym dzieckiem w sposób odpowiedni, porady wychowawcze nie wystarczają. Cóż się wtedy dzieje?

W tym wypadku pielęgniarka społeczna przydziela dziecko do t. zw. horte (rodzaj świetlicy). Są to instytucje opieki otwartej. Dzieci ze szkoły nie wracają do domu, przychodzą do świetlicy, w której otrzymują obiad, przysłany

w niklowych termosach z Centralnej Kuchni Dożywiania Dzieci (instytucja miejska).

Każda świetlica składa się z uczelni i sali zabaw, zaopatrzona jest bogato we wszelkie materiały potrzebne dzieciom do nauki, jak również i w biblioteczki, warsztaty, gry i przyrządy sportowe. W świetlicach dzieci przebywają do godz. 7-ej wieczór pod kierunkiem specjalistów wychowawców.

Są jednak dzieci, które nie mogą się pomieścić w ramach domu rodzinnego, ani w ramach opieki otwartej—są to dzieci pod względem wychowawczym najtrudniejsze. Dla tych gmina m. Wiednia w 1927 r. zakupiła za 2.169.000 szylingów prawdziwy pałac t. zw. Wilhelminenberg.

Pałac, ongiś własność Ks. Salvatora, położony jest na przepięknym wzgórzu lesistem, zdala od gwaru miasta. Otoczenie zewnętrzne i pedagogiczna organizacja pracy zmierza w Wilhelminenbergu ku wpajaniu w siłę dzieci zasad kultury zewnętrznej i wewnętrznej.

Przez tę pracę kierownictwo pragnie dzieci wyprostować psychicznie — zniszczyć te skrzywienia, które zostały wywołane przez nienormalne warunki życia.

Wilhelminenberg jest to sanatorium pedagogiczne: praca tam jest ściśle związana z oddziałem pedagogiki leczniczej przy uniwersytecie.

Wrażenie jakie pozostaje po zwiedzeniu tego jasnego, słonecznego pałacu rodzi wiarę w jasną przyszłość ludzkości, utwierdza w przekonaniu o słuszności napisu jaki jest wryty na tablicy tego sanatorium: „Kto buduje pałace dla dzieci, ten burzy mury więzienne“.

L'assistance sociale aux enfants de l'age scolaire de la ville de Vienne.

Janina Wuttkowa.

Le créateur du système contemporain de l'assistance sociale a Vienne est Mr. le prof. Jules Tandler, qui affirme, que la plus économique politique social depend de l'assistance a l'eufance et jeunesse, qui doit etre la plus profond et la plus etendue.

Le premier devoir de l'assistance communale da la ville de Vienne est celui de donner aux familles les possibilié d'une vie normale. On a donc construit plus de 35.000 des logements clairs, hygiénique et confortables avec des arrangements pour les enfants comme: terrains de jeu, piscines en pleinair, glissoires club d'enfants, bibliotheques enfantines etc.

L'assistance communale comprend des oeuvres de la santé des enfants et des oeuvres de l'education.



Les fonctionnaires de l'assistance sociale à l'école sont: le medecin, l'infirmière sociale et le maître.

Chaque enfant possède à l'école une carte individuelle.

Le medecin lutte à l'école avant tout contre la tuberculose et contre la carie des dents. Les traitements systematiques et obligatoires ont lieu dans des cliniques des dents specialement destinées au traitement des ecoliers. Il y en a 10 cliniques outre la centrale qui est construite par la communauté de Vienne en 1925 pour plus que 2.5000.000 Sh.

Les medecins luttent contre la tuberculose en renvoyant les enfants malades aux sanatoriums urbains ou bien dans les montagnes aux Alpes.

Les plus grands efforts des medecins sont fixés vers l'action prophylactique, au premier lieu l'action d'alimentation très bieu saisie et largement organisée. En 1926/27 20.000 enfants prenaient leurs déjeuners dans les cantines scolaires, 1^o/₀ payait toute la somme de 60 s. pour un déjeuner, 21^o/₀ — la moitié, 20^o/₀ — un quart et pour la reste payait la ville.

L'action prophylactique comprend aussi l'organisation des colonies des vacances. En 1926/1927 130.000 d'enfants et de jeunesse d'en profitaient.

Pour les enfants, qui retournaient ou bien qui restaient en ville il y avaient des semicolonies.

Le caractère prophylactique de l'assistance scolaires se fait remarquer aussi dans l'action éducatrice. Elle se manifeste partont: dans les cartes individuelles de l'enfant, dans les salles de conseilles pedagogiques en chaque arrondissement de la ville, dans foyers (hortes) confortables, dans les dispensairs et surtout dans le merveilleux palais-sanatorium pedagogique „Wilhelminenberg". Partout on voit l'assistance sociale bien organisée, parfaitement réalisé et concernant le but.

Le budget de la ville de Vienne pour l'assistance sociale scolaire etait en 1924/25 — 3.000.000 Sh, en 1925/26 — 3.000.000 Sh et en 1926/27 — 17.000.000 Sh.

Sprawozdanie **z działalności Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem** **T-wa „TOZ” w Wilnie** **za okres czasu od 1920 do 1927 roku.**

Stacja Opieki rozpoczęła swą działalność 15 stycznia 1920 roku. Po okropnych latach okupacji niemieckiej ludność wileńska znalazła się w nader ciężkich warunkach materialnych i moralnych. Na skutek przeżytych wypadków wojennych i złych warunków życiowych, stan zdrowotności dzieci stale się pogarszał. Dojrzała wtedy w społeczeństwie myśl o konieczności zakładania instytucji, któreby pośpieszyły z opieką i pomocą dzieciom. Pierwszym zakładem tego typu była Stacja Opieki. Stacja rozwijała się w bardzo szybkim tempie, pomimo że ludność nie była jeszcze dostatecznie zaznajomiona z jej celem i zadaniem. Już w pierwszym roku działalności liczba dzieci zapisanych w stacji dosięgała 582.

W następnych latach zapisywało się rocznie 300 — 400 dzieci. Ogółem w ciągu 8 lat zapisano dzieci 3056, — dzieci żydowskich 2981. W tymże okresie czasu urodziło się w Wilnie 9672 dzieci żydowskich. Pod opieką Stacji znalazło się więc 31% wszystkich dzieci żyd. w Wilnie. Dzieci te rekrutowały się z najbiedniejszych warstw ludności. Wypisywano rocznie około 300 — 400 dzieci, czyli przeciętnie tyle, ile się zapisywało. Jednocześnie jednak wzrastała liczba dzieci, znajdujących się pod opieką Stacji. Np. z dniem 31 grudnia 1920 r. korzystało z opieki Stacji 269 dzieci, a w końcu 1927 roku — 428 dzieci. Tłomaczy się to tem, że Stacja w dalszej swej działalności przedłużyła okres opieki nad dzieckiem. Tak np. w r. 1923 — do 2 lat, a w r. 1926 — już do lat 3.

W 1-ym roku działalności zapisywano do Stacji wszystkie dzieci do 1 roku życia i nawet starsze. Zdawaliśmy sobie sprawę, iż ważnem jest dla normalnego rozwoju dziecka, aby jak najwcześniej znalazło się pod opieką Stacji i dlatego też rozwinięliśmy szeroką propagandę wśród rodziców, by zapisy-

wali swe dzieci w jak najwcześniejszym wieku. Propaganda ta dała dobre wyniki. W r. 1920 liczba dzieci do 3 miesięcy stanowiła 61⁰/₀ ogólnej liczby zapisanych, w roku 1921 już 93⁰/₀, a w roku 1927 dosięgła 95.7⁰/₀.

Charakterystycznym jest stały przyrost zapisanych dzieci do 1 miesiąca życia: w r. 1923 było ich — 32⁰/₀, w r. 1925 — 37,6⁰/₀, a w r. 1927 — 40,3⁰/₀. Przyniesione cyfry dobitnie świadczą, że rodzice ocenili pożyteczną działalność Stacji i przekonali się o dobrych wynikach opieki, jaką Stacja rozciągała nad dziećmi. To spowodowało, że coraz więcej zapisywano dzieci nawet tygodniowych.

W r. 1920 liczba dzieci chrześcijańskich stanowiła 7,6⁰/₀, w r. 1921 — 3,8⁰/₀, a w r. 1922 tylko 0,5⁰/₀ ogólnej liczby dzieci. Spadek liczby dzieci chrześcijańskich w r. 1922, korzystających ze Stacji, tłumaczy się tem, że w r. 1921 została założona Stacja Opieki dla dzieci chrześcijańskich. Tabele następne tyczą się wyłącznie dzieci żydowskich.

Liczba dzieci nieślubnych, korzystająca ze Stacji jest znikoma, gdyż większość tych dzieci jest umieszczona w Domu dla niemowląt, założ. przez „OZE“ w Wilnie. Wogóle liczba dzieci nieślubnych jest u nas, żydów nieznaczna — 0,5⁰/₀ (jak wynika ze statystyki d-ra Szabada)*).

T A B L I C A I.
W i e k r o d z i c i ó w.

R O K	do 20 l.		20—25		25—30		30—35		35—40		40—45		45—50		Ponad 50 l.		Nie wskazan.		Razem
	ojciec	matka	ojciec	matka	ojciec	matka	ojciec	matka	ojciec	matka	ojciec	matka	ojciec	matka	ojciec	matka	ojciec	matka	
1920	3	10	114	204	180	195	116	86	80	45	29	10	12	—	6	—	27	17	567
1921	7	16	95	185	187	213	134	113	107	64	42	18	26	—	8	—	6	3	612
1922	9	26	108	202	212	220	158	136	98	53	35	9	20	—	—	—	11	5	651
1923	5	20	91	261	254	245	168	116	126	70	51	15	25	—	6	—	17	16	743
1924	8	20	137	310	270	248	167	121	111	65	42	12	22	—	7	—	26	14	790
1925	18	51	160	283	276	259	147	122	96	48	37	8	17	—	8	—	20	5	779
1926	16	49	166	291	311	312	184	130	105	60	43	6	11	—	9	—	4	5	853
1927	15	50	156	248	271	282	157	113	99	59	36	8	15	—	11	—	10	10	770

*) Dr. C. Szabad. „Ruch ludności żydowskiej“ Pamiętnik Wil. T-wa Lekarskiego 1927 r., zeszyt II — III, IV — V.

Tab. I podaje wiek matek. Naogół daje się zauważyć, iż liczba matek do 20 lat stale wzrasta: w r. 1920 było ich — 1,7^{0/0}, a w roku 1927 już — 6,5^{0/0}. Co się zaś tyczy liczby matek w wieku do lat 30 — stanowiły one w r. 1920 — 72^{0/0}, a w r. 1927 — 75^{0/0}. Natomiast zmniejszyła się liczba matek starszych ponad lat 30: w r. 1920 — 26,3^{0/0}, a w r. 1927 — tylko 18,5^{0/0}.

T A B L I C A II.
L i c z b a p o r o d ó w.

ROK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Nie wskazano	Razem
1920	244	105	67	42	31	19	15	16	7	7	—	2	—	12	567
1921	238	160	65	39	43	21	14	13	11	6	—	2	—	—	612
1922	234	161	88	61	43	28	15	9	6	4	1	—	1	—	651
1923	254	194	120	71	43	25	9	16	7	1	2	1	—	—	743
1924	296	200	125	68	43	20	10	11	11	2	3	1	—	—	790
1925	305	184	127	74	40	21	10	7	6	2	2	1	—	—	779
1926	316	200	148	77	53	26	17	8	2	2	—	—	—	—	853
1927	273	187	131	74	49	30	11	8	4	2	—	1	—	—	770

Statystyka narodzin podana jest w tablicy II-ej. Liczba matek, mających po 1 dziecku, która wynosiła w r. 1920 — 43^{0/0} spadła w r. 1927 do 35^{0/0}. Natomiast wzrosła liczba matek mających 2, 3 i 4 dzieci:

	2	3	4
w r. 1920 . . .	18 ^{0/0}	12 ^{0/0}	7 ^{0/0}
„ „ 1927 . . .	24 ^{0/0}	17 ^{0/0}	10 ^{0/0}

Naogół zmniejszyła się liczba matek, mających więcej niż 4 dzieci; wzrosła liczba matek, mających najwyżej 4-ro dzieci.

	1920 r.	1927 r.
powyżej 4 dzieci . . .	20 ^{0/0}	14 ^{0/0}
najwyżej 4 „ . . .	80 ^{0/0}	86 ^{0/0}

Większość dzieci urodziła się w zakładach (Szpital żydowski, klinika na Zwierzyńcu, kliniki prywatne), a nie w domu.

Według tabeli Nr. 3 liczba dzieci urodzonych w zakładach stanowiła:

w roku 1923 —	60 ^{0/0}
„ „ 1927 —	84 ^{0/0}

T A B L I C A III.
Miejsce urodzenia.

ROK	W szpitalu	W domu	Nie wskazano	Razem
1920	172	54	341	547
1921	—	—	—	—
1922	—	—	—	—
1923	451	174	18	743
1924	609	167	14	790
1925	645	126	8	779
1926	719	121	13	853
1927	618	102	20	770

Danych pod tym względem za czas do 1923 r. nie posiadamy.

Naogół daje się zauważyć stały spadek liczby dzieci, rodzących się w domu. Pod tym względem Wilno znajduje się w warunkach pomyślnych.

Według zatrudnienia rodziców, pierwsze miejsce zajmują rzemieślnicy:

w roku 1920 — 50⁰/₀
" " 1927 — 40⁰/₀

Wzrosła natomiast później liczba handlujących i robotników:

w roku 1920 handl. 10⁰/₀, robotn. 9⁰/₀
" " 1927 " 18⁰/₀, " 15⁰/₀

Następne miejsca zajmują tragarze, zawody intelig., subjecki, bezrobotni i inni.

Rubryka bezrobotnych jest niecisła — w rzeczywistości liczba bezrobotnych jest większa. Często bowiem matki przy podawaniu zawodu męża nie zaznaczają, iż jest bezrobotnym, co dopiero później zostaje stwierdzone.

Wśród matek utrzymujących się z własnej pracy pierwsze miejsce zajmują handlarke (w r. 1920—15⁰/₀, w r. 1927—9⁰/₀), następnie—trudniące się rzemiosłem i robotnice. Liczba matek pracujących stale się zmniejsza i to dość znacznie: w r. 1920—37⁰/₀, w r. 1927—tylko 21⁰/₀. Tłomaczy się to tem, że pewna ilość tych matek jest ubezpieczona w Kasie Chorych i korzysta z zakładów K. Ch. Z tego też powodu zmniejszyła się liczba matek pracujących w t. zw. zawodach intelig.

Powyżej już zaznaczyłam, że ze Stacji korzysta najbiedniejsza część żydowskiej ludności w Wilnie. Potwierdza to statystyka zatrudnień rodziców.

Posiadamy materiał tyżący się warunków mieszkaniowych rodziców, za lata 1920 i 1927. Materiał ten został zestawiony na zasadzie naocznej kontroli mieszkań. Z tabeli tej wynika, iż jednopokojowe lokale zajmowały:

w roku 1920 — 263 rodziny (47⁰/₀)
 „ „ 1927 — 600 rodzin (78,8⁰/₀)

2-pokojowe:

w roku 1920 — 196 rodzin (35⁰/₀)
 „ „ 1927 — 127 „ (16⁰/₀)

Zmniejszyła się też liczba rodziców, zajmujących 3-pokojowe i większe lokale:

w roku 1920 — 18⁰/₀
 „ „ 1927 — 7⁰/₀

Przytoczone dane dobitnie wykazują na ile pogorszył się stan ekonomiczny rodziców i jak znacznie zmienił się kontyngens rodziców.

Rodzice zamożniejsi, subjeccji, nauczyciele i inni korzystają z Kasy Chorych, najbiedniejsi natomiast — z naszej Stacji. Należy też wspomnieć o złych warunkach higieniczno-sanitarnych miasta, o braku kanalizacji i wodociągów, o bardzo złym stanie mniejszych lokali, znajdujących się w starych ruderach oddawna nieremontowanych. A te właśnie lokale, jak wykazałam powyżej, zajmują rodzice, których dzieci korzystają z naszej Stacji. Te warunki mieszkaniowe są w zupełności odpowiednikiem stanu społecznego i ekonomicznego lokatorów tych mieszkań.

Mamy więc przed sobą obraz fatalnych warunków, w których żyje 94⁰/₀ dzieci.

Frekwencję w stacji ilustrują następujące dane. Za kryterjum punktualności przyjęliśmy 12-krotne zgłaszanie się do Stacji (od chwili zapisania się do chwili wypisania ze Stacji).

W r. 1920 naliczyliśmy 83 punktualnych t. j. 23⁰/₀, w r. 1927 — 128, t. j. 52⁰/₀. Jednocześnie zmniejszyła się liczba niepunktualnych: w r. 1920 — 1 — 4-krotnie odwiedziło Stację 40⁰/₀, a w r. 1927 — już tylko 15⁰/₀.

Cyfry te świadczą, iż ostatnio częściej i regularniej rodzice zgłaszają się ze swemi dziećmi do Stacji.

Przyczyny wypisywania się dzieci ze Stacji są następujące: 53⁰/₀ wypisuje się po dojściu do ustalonego wieku (w r. 1920 — 1923 — 1 rok życia, od 1923 — 2 lata), 20⁰/₀ — z powodu wyjazdu rodziców z Wilna, przeniesienia się do innych zakładów i śmierci.

27⁰/₀ dzieci przestaje korzystać ze Stacji przed ukończeniem 2 lat życia na skutek innych przyczyn, większość jednak z nich wypisuje się nie wcześniej, jak po ukończeniu 1 roku

życia. Matka często uważa za zbędne sprowadzenie dziecka rocznego, lub półtorarocznego, które potrafi już chodzić i je już wszystko. Często matka danego dziecka ma już następne nowonarodzone dziecko, lub jest w następnej ciąży.

Tab. Nr. 4 wykazuje właśnie, iż w r. 1927—72% dzieci wypisało się po ukończeniu 1 roku życia.

T A B L I C A IV.
Wiek dzieci wypisanych.

R O K	0—1 mies	1—3 mies.	3—6 mies.	6—12 mies.	%/0/0	Ponad 12 mies.	Razem
1920	3	22	48	140	32.	100	313
1921	2	30	74	125	32.3	110	341
1922	—	1	38	47	71.3	214	300
1923	1	10	16	49	65.3	143	219
1924	15	17	24	78	69,8	309	443
1925	—	—	9	84	69.	208	301
1926	1	8	31	88	65.	238	366
1927	—	9	31	58	72.	247	345

Z powyższych danych można wnioskować, iż największa część dzieci zapisuje się do Stacji w pierwszych tygodniach życia, a wypisuje się nie wcześniej, jak po ukończeniu 1 roku życia. Dzieci więc pozostają pod opieką Stacji w ciągu 1 roku swego życia, t. j. w najniebezpieczniejszym dla nich wieku.

Stacja udziela 6000—6500 porad rocznie, co stanowi 20—23 (przeciętnie) porad dziennie. Stacja delegowała też pielęgniarki do domu rodziców.

Odwiedzin domowych było:

w roku 1920 — 2668

„ „ 1927 — 3470

Przeciętnie przypada 5 odwiedzin domowych na dziecko rocznie.

Niektóre dzieci wizytowano 4-krotnie, większość ponad 4 razy, nawet niektóre ponad 12 razy.

Pielęgniarki - wizytatorki spełniały nader ważną rolę: wskazywały matce, jak należy opiekować się dzieckiem, udzielały im porad i wskazówek higienicznych (w sprawie kąpieli, spacerów, zwracały uwagę na stan czystości lokalu, jego wentylacji i t. p.).

Jednym słowem pielęgniarki pouczały matki, jak mają postępować, by nawet w danych warunkach ekonomicznych dziecko mogło się normalnie rozwijać. Dla matek więcej

uświadomionych wystarczyły 2 — 3 wizyty rocznie, natomiast dla innych niezbędnem było wizytowanie conajmniej 1 raz na miesiąc.

T A B L I C A V.

Zestawienie podług sposobu odżywiania dzieci do 6 miesięcy.

R O K	Karmione wyłącznie piersią %	D o k a r m i a n e							K a r m i o n e s z t u c z n i e								
		mało mleka	matka przy pracy	matka chora	bliźnięta	matka karmi 2 dzieci	i n n e dziecko chore	razem mieszane %	matka zmarła	matka chora	brak mleka	dziecko chore	dziecko nie bierze piersi	i n n e	nie wska- zane	razem sztucznie karmio- nych %	z tych od urodzenia na flaszce
1920	—	167	26	28	8	8	9	1	247	7	20	—	—	—	—	27	—
1921	—	53	34	27	15	1	—	1	131	3	9	4	—	—	—	16	—
1922	—	51	20	18	8	—	1	2	100	1	5	4	—	—	—	10	—
1923	138	42.2	92	25	24	6	1	19	167	2	8	4	—	6	1	22	5
1924	94	36.7	75	25	8	10	—	16	134	2	15	2	—	3	6	28	5
1925	136	40.1	120	27	12	5	—	26	190	—	5	3	1	—	4	13	3
1926	81	27.	148	27	7	4	—	9	196	2	3	9	—	4	—	22	3
1927	73	32.1	92	22	10	2	—	—	126	—	—	7	—	—	—	7	1

Przechoǳę obecnie do omówienia wyników naszej opieki. Odpowiem więc na pytanie, w czym się wyrażają dodatnie wyniki opieki nad dzieckiem, korzystającym ze Stacji.

Przedewszystkiem należy podkreślić nader dodatnie wyniki pod względem sposobu odżywiania dzieci, pozostających pod opieką Stacji.

Tab. Nr. 5 wykazuje, iż większość dzieci jest karmiona piersią swych matek, przyczem 30—40% odżywia się wyłącznie piersią do 6 miesięcy, 52—65% pokarmem mieszanym (mleko matki plus dożywianie). Zaledwie 6.7% w r. 1925 i 3.5% w r. 1927 (t. j. około 10 dzieci rocznie) odżywiane było sztucznie. Tych ostatnich odstawiono od piersi przed upływem 6 miesięcy życia (rzadko jednak w pierwszych dniach życia). Najczęściej przyczyną wczesnego odstawienia od piersi była choroba lub śmierć matki.

Najczęstszą zaś przyczyną dożywiania dzieci przed upływem 6 miesięcy jest brak dostatecznej ilości pokarmu matczynego (w 50% przypadków). Biedne matki, źle odżywiane, żyjące w ciężkich warunkach nie są w stanie produkować dostatecznej ilości pokarmu dla swego dziecka. Następną przyczyną jest praca zarobkowa, lub konieczność jednoczesnego karmienia dwojga dzieci. Widzimy więc, iż matki odstawiają swe dzieci od piersi przedwcześnie tylko w wypadkach wyjątkowych.

Odwrotnie, daje się nawet zauważyć, że matki żydowskie mają tendencję do jaknajdłuższego karmienia (powyżej roku). Dzięki temu normalnemu odżywianiu zaznacza się u dzieci znaczna poprawa w ich fizycznym rozwoju. Wskaźnikiem rozwoju fizycznego może być waga, wzrost, objętość głowy i klatki piersiowej.

Stacja kontrolowała dokładnie tylko wagę dzieci. Dotychczas nie ustalono przeciętnej wagi dla normalnego dziecka żydowskiego w jego poszczególnym wieku.

Uwzględniając niski poziom rozwoju dziecka żydowskiego, Stacja przyjęła za normę dla niego przeciętną wagę dziecka francuskiego (w/g Marfana). Waga dzieci niemieckich jest znacznie wyższą.

W 1920 r. krzywa Marfana była ideałem, do którego Stacja dążyła. Krzywa wagi dzieci, zapisanych na stacji, była znacznie niższą od krzywej Marfana (o 500—900 gr.). Z biegiem czasu, dzięki opiece Stacji stosunki pod tym względem znacznie się poprawiły i waga stale wzrastała.

W r. 1921 nasza krzywa była niższą od krzywej Marfana tylko o 200 gr. W r. 1922 — o 100 gr., w r. 1923 — obie krzywe były prawie jednakowe. Poczynając od 1924 r. nasza krzywa stale wznosiła się ponad krzywą Marfana: w r. 1927 nasza krzywa była o 200—250 gr. wyższą od krzywej Marfana.

Krzywa Marfana przestała być dla nas ideałem. Obecnie należy zebrać cały materiał, tyczący się wagi dzieci żydowskich i ustalić przeciętną wagę (średnią) dla normalnego dziecka

żydowskiego. Powinno to być jednym z zadań „TOZU“ w dziedzinie opieki nad dzieckiem.

Co się zaś tyczy chorób wśród naszych dzieci, — nie posiadamy odpowiedniej dokładnej statystyki.

Stacja zasadniczo bowiem nie przyjmuje chorych dzieci, za wyjątkiem cierpiących na zaburzenia odżywiania. (Chore dzieci kieruje się do Ambulatorjum, znajdującem się w tym samym domu).

W r. 1920 na liczbę 582 dzieci było 404 przypadków zaburzeń odżywiania, t. j. iż około 70% dzieci przeciętnie 1 raz w roku chorowało na wyżej wspomniane choroby.

W r. 1927 na 773 dzieci było 194 przypadków tych chorób t. j. tylko 25% dzieci, cierpiących na te lub inne zaburzenia.

Z powyższych danych wynika więc, iż zaburzenia przewodu pokarmowego są u dzieci, korzystających z opieki Stacji, coraz rzadsze i przestały być plagą, jak dawniej. Choroby przewodu pokarmowego są obecnie coraz rzadziej przyczyną śmiertelności u naszych dzieci. Tak np. w r. 1920—13 dzieci zmarło wskutek chorób przewodu pokarmowego, pozatem było 17 przypadków śmierci na skutek przyczyn nieznanych. Należy jednak przyjąć, iż wśród tych ostatnich była znaczna część również na skutek wspomnianych chorób.

W r. 1921—przypadków śmierci na skutek tych chorób było—6, w r. 1922—5, w r. 1924—7, w latach 1926—26—27 po 4 wypadki.

Wogóle daje się zauważyć spadek śmiertelności wśród dzieci naszej Stacji:

w roku 1920	zmarło	55
„ „ 1921	„	31
„ „ 1922	„	17
„ „ 1923	„	21
„ „ 1924	„	25
„ „ 1925	„	30
„ „ 1926	„	21
„ „ 1927	„	13

Ogółem zmarło za okres sprawozdawczy — 213 dzieci: 179 w wieku do 1 roku życia, 34 — w wieku ponad 1 rok życia.

Najczęstszą przyczyną śmierci były choroby narządów oddechowych — 70 przypadków, następne miejsce zajmują choroby przewodu pokarmowego (46), dalej gruźlica (24), choroby zakaźne (20), wrodzony niedorozwój (8), inne — 23.

W stosunku do zmniejszenia się wypadków śmierci — zmniejszył się i odsetek śmiertelności wśród niemowląt.

Śmiertelność stanowiła:

w roku 1920 — 14,1 ⁰ / ₀	w roku 1924 — 9,9 ⁰ / ₀
„ „ 1921 — 9,7 ⁰ / ₀	„ „ 1925 — 5,5 ⁰ / ₀
„ „ 1922 — 6,7 ⁰ / ₀	„ „ 1926 — 5,6 ⁰ / ₀
„ „ 1923 — 4,6 ⁰ / ₀	„ „ 1927 — 3,1 ⁰ / ₀

Odsetek śmiertelności niemowląt oblicza się w sposób następujący: liczba dzieci zmarłych przed upływem 1 roku życia w stosunku do liczby urodzonych i zapisanych na stacji w roku sprawozdawczym.

Przykład: W r. 1927 zmarło dzieci do 1 roku życia 8, w tymże roku wśród dzieci zapisanych do Stacji było 256 urodzonych w 1927 r.

Stosunek 8:256 równa się 3,1⁰/₀.

Biorąc pod uwagę bardzo złe warunki ekonomiczne rodziców tych dzieci możemy uważać śmiertelność 3⁰/₀ — jako minimalną. Rzecz jasna, iż śmiertelność wśród dzieci korzystających z innych Stacji t. j. rekrutujących się z zamożniejszych warstw może być mniejszą. Jako ilustracja może służyć statystyka Stacji Kasy Chorych. W 1 roku mojej pracy na tej Stacji (r. 1927) odsetek śmiertelności wśród niemowląt żydowskich wynosił 0,7⁰/₀, 1 przypadek śmierci na 145 dzieci urodzonych i zapisanych w tym roku do Stacji. Śmiertelność wśród dzieci chrześcijańskich w Stacji Kasy Chorych dosięgła 5,4⁰/₀ (14 przypadków na 260 dzieci).

Rodzice, zapisani w Kasie Chorych, pochodzą z warstw nieco zamożniejszych; zresztą mają być więcej zapewniony, jako pracownicy na stałych pensjach.

Zmniejszenie się śmiertelności wśród dzieci zapisanych na Stacji pociągnęło za sobą zmniejszenie się śmiertelności wśród dzieci żydowskich w Wilnie.

Według statystyki D-ra Szabada śmiertelność wśród niemowląt żydowskich w latach 1911 — 1924 (do wybuchu wojny) sięgała 15⁰/₀, w latach wojny i okupacji wzrosła w r. 1915 do 22,9⁰/₀, w r. 1917 — 38,9⁰/₀, natomiast w latach 1925, 6, 7 — znacznie spadła i wynosi około 6⁰/₀.

Uwzględniając złe warunki higieniczno-sanitarne m. Wilna, możemy obecną stopę śmiertelności (6⁰/₀) wśród niemowląt żydowskich uważać za zupełnie zadawalającą i za zupełnie dąbry wynik naszej działalności.

Działalność „Kropki Mleka“ przedstawia się, jak następuje, w cyfrach. Prawie 100⁰/₀ matek na początku działalności tej instytucji korzystało z mleka i innych produktów dla swych dzieci. Po upływie kilku miesięcy stosunki pod tym względem zaczęły się zmieniać: rodzice coraz więcej rozumieli i oceniali doniosłość właściwej działalności Stacji (konsultacje,

wskazówki lekarskie i inne). Wtedy stopniowo zaczęliśmy zmniejszać ilość wydawanych produktów. Pod koniec 1920 r. korzystało z produktów tylko 42⁰/₀ matek, a 58⁰/₀— wyłącznie z porad.

Liczba korzystających z produktów stale zmniejszała się. W latach 1926 — 1927 wynosiła zaledwie 8⁰/₀.

Zwiększyła się znacznie ilość matek korzystających wyłącznie z porad. Widzimy więc, iż rodzice obecnie przychodzą do Stacji w celu otrzymania porad, jak należy odżywiać i wychowywać swe dzieci.

Biorąc pod uwagę znaczenie Stacji:

- I. dla poprawy stanu fizycznego dzieci,
- II. dla walki z śmiertelnością wśród dzieci,
- III. dla prowadzenia pracy uświadamiającej i
- IV. dla zbierania danych statystycznych o żydowskiej demografii oraz, że są one najtańszymi zakładami opiekującymi się racjonalnie dziećmi,

sekcja opieki nad niemowlętami uważa, że Stacje winne zająć wybitne miejsce wśród działalności „TOZU“.

Należy rozszerzyć sieć Stacji w większych miastach, należy zakładać Stacje w małych miastach i miasteczkach, należy organizować ruchome poradnie dla b. małych osad.

Wszystkie dzieci winne się znaleźć pod opieką Stacji i wtedy będzie można liczyć na regenerację narodu żydowskiego.

Bolączki i potrzeby Opieki Społecznej nad dzieckiem opuszczonym i nieślubnym.

P o d a ł

Dr. M. Mayzner.

Bolączki i potrzeby opieki społecznej na dzieckiem opuszczonym i nieślubnym są bardzo liczne i różnorodne, to też pozwolę sobie poruszyć tylko najważniejsze z nich.

Aczkolwiek każdy rok przynosi coraz bujniejszy rozwój działalności czynników państwowych, samorządowych i społecznych na polu opieki nad macierzyństwem i dziećmi, jednakże szybko pędzące naprzód życie wysuwa coraz to nowe zadania i wymagania w tej dziedzinie.

Liczba uprawnionych do korzystania z opieki społecznej władz państwowych i samorządowych stale wzrasta, natomiast ilość zakładów opiekuńczych, szczególnie na prowincji, postępuje bardzo powoli, i nie jest w stanie nasycić potrzeb, które stale wzmagają się.

Przepełnienie Zakładów Opiekuńczych, podlegających Wydziałowi Opieki Społecznej i Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy, może służyć jako przykład niedostatecznej pojemności, istniejących tego rodzaju instytucji. Na prowincji sprawa ma się jeszcze gorzej.

Częstokroć zdarzają się wypadki, iż z oddalonych miejscowości Polski zostają sprowadzane dzieci przez matki lub ich rodziny, celem umieszczenia w zakładach opiekuńczych stolicy, co naraża ludzi na poważne koszty, a dzieci na długotrwałą tułaczkę, ze wszystkimi szkodliwymi skutkami dla ich zdrowia. Oczywiście, ludzie ci błędzą po Warszawie, szukając schronienia dla ich dzieci, przeważnie bezskutecznie.

Cała wyprawa po „złote runo“ kończy się zazwyczaj albo na podrzucenie dziecka, lub też na powrocie do domu.

Jest przeto powinnością władz państwowych lub też samorządowych przyjść z wydatną pomocą instytucjom społecznym, celem nmożliwienia im rozbudowy istniejących już zakładów opiekuńczych, lub też stworzenia ich tam, gdzie takowych odczuwa się szczególny brak.

Nie chodzi tutaj o udzielenie drobnych zapomóg pieniężnych, lecz raczej o racjonalną i planową rozbudowę opieki społecznej nad dzieckiem opuszczonym i nieślubnym, do wykonania której, według istniejących i obowiązujących ustaw, powołane są przede wszystkim organy samorządów i państwowe.

Pozatem odczuwa się dotkliwy brak zakładów specjalnych dla dzieci umysłowo niedorozwiniętych, moralnie zaniedbanych i trudnych do prowadzenia. Nawet w zakładach opiekuńczych stolicy pozostają liczne dzieci, wymagające opieki specjalnej, z powodu braku miejsc w odpowiednich instytucjach.

Zbytecznym jest chyba podkreślić, jak dalece szkodliwie wpływa obecność tych nienormalnych dzieci na środowisko dzieci zdrowych i w jakim stopniu utrudniają one prowadzenie normalnych zajęć przez personel wychowawczy.

Drugą sprawą, którą z kolei chciałbym poruszyć, jest przygotowanie dla powyższych zakładów odpowiednich kadr pielęgniarek i wychowawczyń. Braki w tej dziedzinie są ogromne. Przede wszystkim przyczynia się do tego niedostateczna ilość szkół pielęgniarstwa dzieci, a potem zbyt niski poziom większości już istniejących szkół. Skompletowanie w dzisiejszych warunkach odpowiednio wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego i wychowawczego nastęrcza dla kierownictwa zakładów opiekuńczych nieprzezwyjęzone wprost trudności. Nie można dostatecznie silnie podkreślić ważności tego zagadnienia dla zakładów. Dobrze wyszkolony personel pielęgniarski, pod kierownictwem doświadczonej zwierzchniczki, stanowi o sprawnym i sprężystym funkcjonowaniu dość skomplikowanego aparatu zakładowego. Oczywiście, mowa jest o zakładach, w których istnieją oddziały niemowlęce i dzieci małych do lat 3.

Z powyższego wynikają te zadania, jakie się nasuwają w tej dziedzinie, a więc:

- 1) powiększenie ilości szkół pielęgniarstwa dzieci;
- 2) podniesienie poziomu naukowo-organizacyjnego w istniejących już szkołach.

Chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jeden szczegół, który uwydatnia się przy kompletowaniu personelu pielęgniarskiego, mianowicie — niejednolity program nauczania w szkołach pielęgniarstwa, co w skutku prowadzi do niejednakowego wykształcenia uczniów. Należałoby przeto zorganizować zjazd kierowników(-czek) powyższych szkół, celem omówienia środków, prowadzących do ujednostajnienia zarówno czasu trwania nauk, jakoteż ich programu.

Wyjątek stanowią t. zw. szkoły amerykańskie pielęgniarstwa ogólnego, które mają ściśle zakrojony i jednolity program nauczania i wypuszczają pierwszorzędną pod wszystkimi względami materiał pielęgniarski.

Pozatem pragnąłbym poruszyć jeszcze w kilku słowach sprawę personelu wychowawczego dla dzieci od lat 2 do 5. Na zachodzie szczególnie w Niemczech, ustalili się specjalny typ pielęgniarki — wychowawczynie, dla dzieci w tym wieku, t. zw. Kleinkindergärtnerin. Istnieją specjalne kursy przygotowujące powyższego typu wychowawczynie. Miałem możliwość w kilku niemieckich zakładach wychowawczych przyrzec się pracy wyżej wymienionych i naocznie przekonać się co do celowości wyodrębnienia tego rodzaju pielęgniarek — wychowawczyń. Są to pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarstwa dzieci, a potem doksztalcały się na powyżej wzmiankowanych kursach.

Niestety, u nas ten okres przejściowy między niemowlęctwem a wiekiem przedszkolnym, niezmiernie doniosły dla rozwoju umysłowego i fizycznego dziecka, jest pod tym względem całkowicie zaniedbany.

Należałoby przeto do wypełnienia tej luki utworzyć kursy doksztalcające dla pielęgniarek, chcących się poświęcić temu szczególnie ciekawemu okresowi życia dziecka. Kursy takie mogłyby powstać przy zakładach opiekuńczych, posiadających własne szkoły pielęgniarstwa.

Byłoby, oczywista, rzeczą wielce pożądaną, aby zakłady te wybrały z pośród swego personelu pielęgniarskiego osoby specjalnie nadające się do tego celu i wydelegowały je na okres 6 — 12 — miesięczny zagranicę, celem odbycia studjów przy istniejących już tego rodzaju ochronkach (Kleinkindergarten). Osoby powyższe po powrocie byłyby czynne w charakterze instruktorek przy kursach doksztalcających.

Obecnie przejdziemy do omówienia zagadnienia społecznego o wielkiej doniosłości, mianowicie do kwestji wzrostu ilości podrzutek i jego przyczyn. Gdy na zachodzie dziecko podrzucone stanowi zjawisko względnie rzadkie, u nas, niestety, ilość dzieci podrzuconych stale wzrasta. Według danych, otrzymanych z Miejskiego Domu Opieki dla opuszczonych dzieci starozakonnych w Warszawie, w ciągu ostatniego okresu trzyletniego (1926—27—28), ilość dzieci podrzuconych, przybyłych do tego zakładu, prawie dwukrotnie przewyższała ilość podrzutek, przybyłych w ciągu poprzedzającego okresu trzyletniego (1923-24 i 25 r.). Ilość ta w ostatnim okresie trzyletnim wynosiła 229.

Na to zjawisko składa się wiele czynników. Stale wzrastająca pauperyzacja ludności jest bodaj najważniejszą przyczyną, która zmusza matkę do tego rozpaczliwego czynu. Istotnie, w kartach załączonych przez matki do dzieci podrzuconych, jako powód najczęstszy, podawana jest nędza.

Pozatem przyczynia się do tego jeszcze ciężkie położenie społeczne, w którym dotychczas przebywa matka nieślubnego dziecka.

Z chwilą opuszczenia zakładu położniczego, w którym dziecko zostało urodzone, matka dziecka niesłubnego pozostaje często wraz z niem na bruku. Rozpacz tych matek nie jest do opisania. Osłabione położem, wyczerpane fizycznie i moralnie złamane kobiety stają odrazu w obliczu niemożności znalezienia dla dziecka i siebie schronienia. Zakłady opiekuńcze obowiązane są przed przyjęciem przeprowadzać w każdym przypadku badanie krwi na odczyn Wassermana u matki i dziecka, a w poszczególnych wypadkach, w razie podejrzeń o jakieś inne choroby weneryczne lub gruźlicę, dokonywać dodatkowych badań. Zazwyczaj przedwstępne te badania trwają kilka dni. Trudno wymagać od kierownictwa lekarskiego zakładów zredukowania tych badań, jeśli się zważy, iż matki przyjęte wraz z dziećmi do zakładu obowiązane są karmić dzieci obce, a będąc chore, mogą je pozarażać.

Wyjściem praktycznym z tej sytuacji byłoby stworzenie instytucji przejściowych dla matek, wychodzących z zakładów położniczych. „Dom Matki” zapewniłby matce i dziecku dach nad głową w momencie, gdy ona tego najbardziej potrzebuje. Pozatem dałby możliwość matce dostania się do Zakładu Opiekuńczego lub też w razie, gdyby się nie nadawała do zakładu z tych lub innych powodów jako karmicielka, mogłaby czynić starania celem umieszczenia samego dziecka w zakładzie, a dla siebie — wyszukać zajęcie. Niewątpliwie wpłynęłoby to dodatnio na zmniejszenie ilości dzieci podrzucanych, a matkę wybawiłoby od wielu trosk i kłopotów, jakie jej się nasuwają odrazu w I-ym i to najbardziej ciężkim okresie jej macierzyństwa.

Umieszczenie dziecka samego w zakładzie opiekuńczym wymaga wykonania wielu formalności i naogół związane jest z poważnymi trudnościami. Byłoby rzeczą wielce pożądaną, aby przy przyjmowaniu dziecka do zakładu kwestje formalne zostały w miarę możliwości zredukowane tylko do koniecznego minimum z tem, aby każde dziecko, uprawnione do korzystania z opieki społecznej, mogło być możliwie szybko do zakładu przyjęte. Niewątpliwie przyczyni się ta okoliczność również do zmniejszenia ilości dzieci podrzucanych.

Wszystkie te zarządzenia wówczas celowe, jeśli uprzednio pojemność zakładów opiekuńczych będzie zastosowana do rzeczywistych potrzeb życiowych i odpowiednio do nich znacznie powiększona.

Ustanie wówczas smutny stan rzeczy, jaki istnieje obecnie w tej dziedzinie, a wraz z nim zostaną usunięte wszystkie konsekwencje stąd wynikające.

Niezależnie od zaspokojenia tych najniezbędniejszych potrzeb, winna iść praca w innym kierunku.

Opieka zakładowa nad dzieckiem, czyli zamknięta, nie jest w stanie sprostać tym wymaganiom, jakie stawia nowoczesny stan wiedzy pediatrycznej w dziedzinie pielęgnacji i wychowania dziecka zdrowego.

Najwybitniejsi pediatrzy, najwyżej kulturalnie stojących narodowości jakoteż wybitni pedagodzy i działacze społeczni, od dłuższego czasu toczą walkę przeciw zakładom opiekuńczym, zarzucając im niemożność zapewnienia dziecku możliwie pomyślnych warunków dla jego rozwoju fizycznego i umysłowego. Składa się na to, zdaniem uczonych, wiele różnorodnych czynników, stanowiących o tak zwanym hospitalizmie, a wpływających ujemnie na rozwój dziecka, przebywającego w zakładzie. Nie będę się tutaj rozwodził nad genezą i istotą hospitalizmu, jakoteż i innych szkodliwości, tkwiących w zakładach zamkniętych.

Faktem jest niezaprzeczalnym, iż dziecko pod opieką zamkniętą w zakładzie, nawet najbardziej wysoko postawionym pod względem lekarsko - pielęgniarzkim i wyposażonym we wszystkie nowoczesne urządzenia, rozwija się gorzej, niż dziecko, przebywające w opiece indywidualnej, jaką jest opieka otwarta - rodzinna.

Na zachodzie prawie we wszystkich krajach nastąpił zwrot zasadniczy w dziedzinie opieki społecznej nad dzieckiem. Opieka zakładowa, czyli zamknięta, jest traktowana jako zło konieczne i stopniowo zastępowana przez opiekę otwartą — indywidualną.

Opieka otwarta polega na oddawaniu dzieci na wychowanie rodzinom*), które uprzednio uzyskały na to zezwolenie od władz odnośnych. Przy wydawaniu zezwolenia rodzinom, ubiegającym się o sprawowanie opieki nad dzieckiem, władze zazwyczaj kierują się następującymi względami.

Przedewszystkiem rodzina taka musi się cieszyć nieposzlakowaną opinią, pozątem powinna posiadać znośne warunki mieszkaniowe i, oczywiście, wykazać się pewnym poziomem kulturalnym. Rodziny, które odpowiadają powyższym warunkom, otrzymują dzieci na wychowanie za odpowiednią opłatą miesięczną i obowiązane są co pewien czas przynosić swych wychowanków do Stacji Opieki, celem skontrolowania przez lekarza stanu zdrowia dziecka.

W przypadkach, jeśli rozwój dziecka nie jest dostateczny, dziecko zostaje odebrane od rodziny i skierowane do zakładu, celem ściślejszej obserwacji.

Niezależnie od tego specjalne pielęgniarki-wychowawczynie odwiedzają systematycznie dzieci w rodzinach, orientując się na miejscu co do warunków higienicznych, w jakich

*) Pod Opieką otwartą rozumiemy nie tylko oddawanie dzieci do rodzin, lecz wszelką formę opieki poza zakładami zamkniętymi (Przyp. Red).

dziecko przebywa, co do trybu życia jego i pożywienia, jakie otrzymuje. Pielęgniarki powyższe utrzymują ścisły kontakt z rodziną, tworząc w ten sposób łącznik między władzami, sprawującymi z urzędu opiekę nad dzieckiem, a rodziną, bezpośrednio ją wykonywującą.

Zakłady zamknięte są tylko punktem przejściowym dla dzieci, objętych opieką społeczną. Mianowicie, dzieci uprawnione do korzystania z opieki zostają kierowane do zakładów opiekuńczych, gdzie podlegają dokładnym badaniom lekarskim i pedagogicznym. Tu odbywa się segregacja dzieci, według ich stanu zdrowia i inteligencji. Dzieci zdrowe zostają przekazane rodzinom, natomiast inne, jak upośledzone, moralnie zaniedbane lub też trudne do prowadzenia, pozatem dzieci ułomne, względnie obciążone chorobami, zostają umieszczone w zakładach specjalnych, uzdrowiskach lub też na oddziałach szpitalnych.

Jak widzimy, zakłady zamknięte są w tych krajach tylko etapem przejściowym, a dzieci przebywają w nich tylko okres krótki, niezbędny dla przeprowadzenia dokładnej obserwacji i badań.

Pozatem w zakładach zamkniętych przebywają niemowlęta do 4-ch—6-ciu miesięcy życia, to jest aż do chwili, gdy mogą być sztucznie odżywiane, bez uszczerbku dla ich zdrowia.

W razie choroby dziecka, przebywającego w opiece rodzinnej, opiekunka winna natychmiast zawiadomić o tem Stację Opieki, do której dziecko należy, względnie zakład opiekuńczy, który dziecko do danej rodziny przydzielił.

Dziesiątki tysięcy dzieci na Zachodzie zostało umieszczonych w rodzinach; jak dotychczas, opieka rodzinna daje świetne wyniki. Zachorowalność i śmiertelność wśród tych dzieci daleko jest niższa niż w zakładach zamkniętych. Rozwój fizyczny i umysłowy tych dzieci przewyższa w znacznej mierze rozwój dzieci zakładowych.

Opieka otwarta okazała się najbardziej zbliżoną do tego ideału, jakim jest i pozostanie niewątpliwie opieka matki nad własnym dzieckiem w domu prywatnym, a od którego tak bardzo odbiega opieka zakładowa.

Musimy przeto i my rozpocząć akcję założenia podwalin pod organizację opieki otwartej, jako najbardziej odpowiadającej dzisiejszemu stanowi wiedzy. Zdajemy sobie dokładnie sprawę z tego, iż niski poziom kulturalny naszej ludności, jakoteż wielka nędza mieszkaniowa i małe uspołecznienie szerokich warstw ludności, stwarzają warunki niepomysłne dla opieki rodzinnej. Tem nie mniej znajdują się rodziny, które mają znośne warunki mieszkaniowe i dość inteligencji wrodzonej, aby móżdż wychować dziecko zdrowe.

Umieszczanie dzieci w rodzinach jest w naszych warunkach rzeczą wielce odpowiedzialną, to też wymaga znacznej

czujności i ostrożności w wyborze tych, których pieczy ma się powierzyć dzieci.

Przypuszczam, iż wielką usługę mogłyby okazać w tym względzie nasze stacje opieki na niemowlętami, które wśród licznych matek, znajdujących się pod ich opieką, znalazłyby z pewnością takie, które całkowicie zasługiwać będą na zaufanie społeczeństwa. Stacje Opieki, które w ogólnej organizacji opieki otwartej odegrałyby wybitną rolę, mogłyby również urządzać pogadanki i odczyty dla tych matek, celem uświadomienia ich co do zadań i celów opieki otwartej.

Przyczyniłoby się to jeszcze bardziej do zaciśnienia kontaktu, jaki musi istnieć między rodzinami, otrzymującymi dzieci na wychowanie a Stacjami opieki, sprawującymi bezpośredni nadzór i kontrolę nad wychowankami i ich opiekunami.

Żywię nadzieję, iż sprawa przeze mnie tutaj poruszona znajdzie żywy oddźwięk wśród miarodajnych czynników i że w niedługim czasie zapoczątkowanie opieki otwartej nad dziećmi stanowić będzie ważny etap w rozwoju naszej opieki społecznej nad dzieckiem opuszczonym i nieślubnym.

La question d'assistance aux enfants abandonnés en Pologne.

P a r

Dr. M. Mayzner.

Il se fait sentir surtout en province un grand manque d'asiles pour les enfants abandonnés. C'est pour ça que la capitale regorge de ces enfants de province qui ont le droit de profiter des établissements publics de la ville de Varsovie.

Les asiles pour les enfants abandonnés de Varsovie suffisent à peine pour les besoins locaux; il s'ensuit qu'ils ne peuvent pas interner les enfants provenant de la province.

Il nous manque aussi des établissements pour les enfants déclassés. Les enfants de cette catégorie se trouvent pour la plupart mêlés avec les enfants normaux ce que rend difficile la tâche d'éducation.

Il y a aussi de difficulté à trouver un personnel approprié tout d'abord parce que nous n'avons qu'un petit nombre d'écoles d'assistance aux enfants, le niveau de celles qui existent n'est pas à la hauteur, et le système d'enseignement n'est pas partout le même.

Plus difficile encore est la question de placement des enfants dans les familles.

Miss Eglantyne Jebb

Podał

M. Gromski.

W ostatnim zeszycie naszego czasopisma z ubiegłego roku donieśliśmy o śmierci miss Eglantyne Jebb.

Nauczycielka szkół powszechnych w Londynie i członek Rady wychowania w Cambridge, już w pierwszym roku wojny światowej rozpoczyna swą działalność filantropijną i w krótkim czasie staje się nikim niezastąpioną osobistością w dziedzinie międzynarodowej pomocy dzieciom, aby dzisiaj przejść już do historii, jako twórczyni najbardziej humanitarnej akcji, jaką świat zapoczątkował w celu naprawienia krzywd wyrządzonych dziecku przez wielką wojnę.

W czasie drugiej wojny bałkańskiej jedzie do Macedonji z ramienia „Funduszu pomocy Macedonji“ — i już do końca swego życia, w ciągu ostatnich dziesięciu lat, w zupełności oddaje się dziecku. Staje w końcu wojny w rządzie członków założycieli „Rady do zwalczania głodu“ (Fight the Famine Council), z której wyłania się wielka organizacja: „Fundusz Ratowania Dziecka“ (Save the Children Fund). W 1920 r. pod jej wpływem powstaje niezmiernej doniosłości instytucja międzynarodowej pomocy dzieciom („Union international de secours aux Enfants“). Organizująca się Liga Narodów wkrótce potem powołuje ją na stanowisko doradcy „Komisji Opieki nad Dzieckiem“.

Wreszcie słynna „Deklaracja Genewska“ praw dziecka z jej powstaje inicjatywy i przez nią jest zredagowana.

To są główne daty pełnego pracy i poświęcenia życia miss Eglantyne Jebb. Odeszła z tego świata, pozostawiając swe imię w rządzie tych zmarłych, o których ludzkość nigdy zapomnieć nie może.

Słabego zdrowia, bardzo szczupła i mizerna, o ascetycznej, upiękzonej głębokimi blado błękitnymi oczami, twarzy, robiła wrażenie człowieka nie z tego świata. Ostatnie sześć lat stale chorowała, lecz mimo męczącego ją cierpienia nie przerywała swej pracy, odbywając konferencje i narady, na-

wet wówczas, gdy, objeżdżając stolice i miasta Europy, nie mogła nieraz w czasie podróży podnieść się z łóżka wagonowego. Zawsze skromnie ubrana w długi płaszcz, ciemny kapelusz, okryty charakterystycznym brązowym szalikiem, nigdy nie unosząca się, przemawiająca cichym, spokojnym głosem, lecz wyrazami pełnymi serca i rozumu, robiła w czasach powojennej deprawacji wrażenie apostoła nowego, lepszego życia. Była ponad wszelką narodowością; więcej jeszcze — była ponad międzynarodowością. „Supernational” — było jej stałym i charakterystycznym wyrażeniem. W pracy dla człowieka nie zrażały jej żadne przeszkody i przeciwności. Zdecydowawszy się na jakiś plan, przeprowadzała go z całą konsekwencją, nie szczczędając czasu, zdrowia i życia, które oddała wreszcie w grudniu ubiegłego roku, śmiało rzecz można, dla najszczytniejszych, najpiękniejszych ideałów ludzkości. Jedną z wsi albańskich nazwała się od jej imienia Xheba (Jebba).

Cześć jej wielkiej pamięci!

Kronika krajowa.

ROZPORZĄDZENIE

Ministra Pracy i Op. Społ. z dn. 10 października 1927 r.
o kwalifikacjach kierowników zakładów opiekuńczych.

Na podstawie art. 15 oraz ust. drugiego art. 7 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 kwietnia 1927 r. o nadzorze i kontroli nad działalnością instytucyj opiekuńczych (Dz. U. R. P. N. 40, poz. 354) zarządzam co następuje:

§ 1. Kierownikiem (czką) zakładu opiekuńczego, który podlega nadzorowi i kontroli w myśl art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 kwietnia 1927 r. o nadzorze i kontroli nad działalnością instytucyj opiekuńczych (Dz. U. R. P. Nr. 40, poz. 354), może być osoba, mająca ukończonych lat 25 i mogąca się wykazać co najmniej dwuletnią pracą społeczną w dziedzinie opieki społecznej, bądź też dwuletnią pracą w charakterze wychowawcy (czyni) lub higienisty (stki) w zakładzie opiekuńczym.

Władza nadzorcza II-ej instancji może w drodze wyjątku zezwolić na powołanie na kierownika (czkę) zakładu osoby, która ukończyła lat 21.

§ 2. Kierownikiem (czką) zakładu nie może być osoba

- 1) pozbawiona z mocy orzeczenia sądowego władzy ojcowskiej względnie rodzicielskiej,
- 2) ograniczona w korzystaniu z praw na mocy prawomocnego wyroku sądowego,
- 3) skazana prawomocnym wyrokiem sądowym za przestępstwo przeciw moralności publicznej,
- 4) znajdująca się pod śledztwem sądowym za przestępstwo, wymienione w punkcie 3 względnie mogące pociągnąć za sobą utratę praw, aż do czasu ukończenia śledztwa,
- 5) chora, której choroba może grozić otoczeniu zarażeniem lub też na otoczenie ujemnie oddziaływać

§ 3. Kierownik (czka) zakładu opiekuńczego powinien posiadać ogólne wykształcenie co najmniej w zakresie siedmiu klas szkoły powszechnej i fachowe, w zależności od typu kierowanego przezeń zakładu.

W szczególności kierownik (czka) zakładu:

- a) dla niemowląt powinien posiadać wykształcenie lekarskie, o ile w składzie personelu nie jest przewidziany lekarz zakładowy;
- b) dla dzieci w wieku przedszkolnym powinien posiadać wykształcenie seminaryjne dla wychowawców przedszkolnych;
- c) dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym powinien posiadać wykształcenie ogólne w zakresie najwyższego typu szkoły, do jakiej uczęszczają wychowankowie zakładu, oraz fachowe dla wychowawców internatowych (względnie seminaryjne nauczycielskie);
- d) dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym powinien posiadać ogólne wykształcenie, określone w punkcie c), przy czem w składzie personelu powinni znajdować się specjaliści, których kwalifikacje określa punkt b);
- e) dla dzieci niedorozwiniętych, trudnych do prowadzenia, zaniedbanych, głuchoniemych i niewidomych powinien posiadać wykształcenie pedagogiczne specjalne:

- f) dla dorosłych, którzy skutkiem uszkodzenia zdrowia lub okaleczenia utracili zdolność do poprzedniej swej pracy zarobkowej, powinni posiadać znajomość specjalnej pedagogiki zawodowej dla kalek, o ile w składzie personelu zakładu nie jest przewidziany specjalny instruktor wykwalifikowany;
- g) dla nieuleczalnie chorych lub upośledzonych umysłowo i potrzebujących opieki lekarskiej lub pielęgnarskiej powinien posiadać wykształcenie lekarskie, o ile w składzie personelu nie jest przewidziany lekarz zakładowy.

§ 3. Stowarzyszenia, związki, instytucje oraz osoby fizyczne, prowadzące zakłady opiekuńcze, są obowiązane dane, dotyczące kwalifikacji kierowników zakładów podawać do wiadomości bezpośredniej władzy nadzorczej, która, o ile nie jest zarazem władzą nadzorczą ostatniej instancji, przesyła je ze swoją opinią do władzy nadzorczej II instancji.

§ 5. W braku kierownika o odpowiednich kwalifikacjach może zakładem kierować w charakterze pełniącego obowiązki kierownika osoba z niższymi kwalifikacjami, nie dłużej jednak, niż w ciągu 5 lat od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 6. Osoby, pozostające na stanowiskach kierowników zakładów opiekuńczych w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, o ile nie posiadają wymaganych kwalifikacji, mogą w drodze wyjątku pełnić obowiązki kierowników po okresie przejściowym (§ 5) pod warunkiem, że w okresie przejściowym ukończą kursy dokształcające dla wychowawców internatowych.

§ 7. Niewykonanie niniejszego rozporządzenia przez stowarzyszenia i związki oraz instytucje i zakłady pociągnie za sobą zastosowanie art. 11 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 kwietnia 1927 r. o nadzorze i kontroli nad działalnością instytucji opiekuńczych (Dz. U. R. P. Nr. 40, poz. 354).

§ 8. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1928 r. i obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem województwa śląskiego.

Minister Pracy i Opieki Społecznej:
Dr. Jurkiewicz.

OKÓLNIK

Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Noszenie książek i zeszytów w tornistrach.

Obserwacje nad dziatwą szkolną wykazały, że noszenie książek i zeszytów w teczkach, w paskach, pod pachą, przynosi szkodę organizmowi dziecka, gdyż zwłaszcza przy większym ciężarze książek i przy noszeniu jednostronnem, sprzyja chorobliwemu skrzywieniu kręgosłupa — potem zajęcie w tych razach rąk tamuje swobodę ruchów np. przy wchodzeniu do tramwaju, do wagonu, w razie poślizgnięcia się, a podczas mrozów ręce w tych przypadkach łatwo ulegają odmrożeniu.

Wobec tego polecam przedsięwzięcie wszelkich środków, by dziatwa nie potrzebowała nosić z domu do szkoły i z powrotem zbyt dużej liczby książek i zeszytów. by, o ile to okaże się możliwem, część pomocy naukowych, zbędnych w domu, pozostawiała w klasie w zamykanych szafach (w budynkach murowanych można do tego wykorzystać specjalne wgłębienia w ścianach, zamykane jak szafy).

Co się tyczy sposobu noszenia książek i zeszytów, to nauczyciele na konferencjach rodzicielskich powinni uświadamiać opiekę domową o szko-

dliwościach płynących dla zdrowia dziatwy wskutek niewłaściwego noszenia książek i zeszytów, i zalecać, by zaopatrywała dzieci w tornistry (z grubej tektury, ceraty, skóry i t. p.). Przy zalecaniu tego sposobu noszenia książek podnieść należy, że noszenie tornistra ew. plecaka sprzyja równomiernemu obciążeniu kręgosłupa i czynności jego mięśni wyprostnych, ułatwia zachowanie prawidłowej postawy, umożliwia swobodne używanie rąk, a w razie zbyt niskiej ciepłoty powietrza pozwala na zabezpieczenie ich od odmrożenia.

Zechcą pp. Kuratorowie podać powyższe zalecenie do wiadomości dyrekcji i kierownictw szkół, pp. Inspektorów szkolnych oraz ogółu nauczycielstwa, zaznaczając, iż noszenie tornistrów powinno dotyczyć głównie dziatwy szkół powszechnych oraz gimnazjum niższego.

Podsekretarz Stanu:

(—) *St. Czerwiński.*

O K Ó L N I K

Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Wizytacje szkół na różnych terenach Rzeczypospolitej wykazały, że okólnik Ministerstwa z dn. 9 marca 1923 r. (L. 88/23.K. Dz. Urz. 1923 Nr. 6, poz. 45) w sprawie zaopatrzenia szkół w ustępy został w znacznej mierze zrealizowany. Natomiast stan ustępów pod względem higienicznym w bardzo wielu szkołach jest wysoce niezadawalający.

Jeżeli budynek szkolny podlega gruntownemu remontowi zwykle raz na kilka lat, a bielenie ścian i korytarzy odbywać się winno raz do roku, to ściany w ustępach winny być bielone ew. smołowane dwa lub trzy razy do roku, a jeśli są malowane olejno, powinny być zmywane co kilka tygodni.

Podłogę i siedzenie w ustępach należy jak najczęściej szorować wodą gorącą z dodatkiem szarego mydła (10 deka na garniec wody), basen zaś zmywać wodą z dodatkiem nieoczyszczonego kwasu siarczanego lub solnego. W budynkach nieskanalizowanych należy czuwać nad systematycznym opróżnianiem dołów ustępowych.

Żadnych napisów, rysunków o treści nieprzyzwoitej na ścianach ustępowych tolerować nie wolno. Należy je natychmiast usuwać.

Należy koniecznie zaopatrywać miejsca ustępowe w papier. Szkoły zamożniejsze niech nabywają rolki lub paczki papieru klozetowego, szkoły mniej zamożne niech zaopatrują ustępy w kartki z czystego papieru, wszędzie z gazet lub zużytych zeszytów, przytwierdzone na gwoździach.

W szkołach o wyższym typie organizacyjnym z większą liczbą uczniów należy, przy dostatecznej liczbie tych pomieszczeń, poszczególne ustępy przeznaczać do użytku poszczególnych klas i powierzać ich opiece, wytwarzając w ten sposób wśród nich rywalizację co do stopnia dbałości o stan higieniczny ustępów.

Polecam przeto pp. Kuratorom podanie powyższego do wiadomości dyrekcji i kierownictw szkół i ogółu nauczycielstwa z żądaniem, by na sprawę czystości ustępów w szkołach zwrócono szczególną uwagę, a pp. wizytatorzy szkół, inspektorowie szkolni w żadnym przypadku wizytacji szkoły nie powinni zaniedbać zwizytowania stanu ustępów pod względem higienicznym. Stan ustępu w szkole jest poniekąd miernikiem dbałości kierownictwa o ogólny poziom higieny w szkole.

Za Ministra:

(—) *St. Czerwiński*

Podsekretarz Stanu.

O K Ó L N I K

Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego
w sprawie kwalifikacyj zdrowotnych uczniów seminarjów nauczycielskich.

Jako uzupełnienie § 2 (punkt 2) i § 4 rozporządzenia z dnia 19-go maja 1926 r. w sprawie regulaminu przyjmowania uczniów do państwowych seminarjów nauczycielskich (Nr. 1-7499/26, Dz. Urz. 1926 r. Nr. 10 poz. 114) oraz punktu 6 instrukcji z dnia 24 marca 1928 r. w sprawie wykonania ustawy z dnia 1 lipca 1926 r. o stosunkach służbowych nauczycieli w brzmieniu rozporządzenia z dnia 3 lutego 1928 r. (Dz. Urz. 1928 r. Nr. 5, poz. 90) wyjaśniam i zarządzam, co następuje:

Jeżeli kandydat do seminarjum nauczycielskiego wykazuje takie braki i wady cielesne, które zdaniem lekarza szkolnego mogą same ustąpić lub być usuniętymi w ciągu niezbyt długiego przeciągu czasu (np. drobne wady wymowy, drobne zeszpecenia twarzy, dające się usunąć na drodze operacyjnej, przejściowe niezłyty dróg oddechowych i t. p.), to ze względu na stan zdrowia może on być przyjęty do seminarjum warunkowo na jeden rok. Przy końcu roku szkolnego dykcja seminarjum na podstawie opinii lekarza szkolnego rozstrzyga o pozostawianiu kandydata w seminarjum na stałe.

Jeżeli u ucznia podczas pobytu na trzech niższych kursach seminarjum wystąpiły braki i wady cielesne, bezwzględnie go dyskwalifikujące do zawodu nauczycielskiego (np. gruźlica płuc w stanie utajonym, gruźlica gruczołów śródpiersiowych, rzadkie ataki padaczki nocne, ciężka wada serca po przebytych ostrym reumatyzmie stawowym, nagle powstałe wybitne upośledzenie słuchu lub jakieś inne kalectwo), wówczas dykcja na wniosek lekarza szkolnego usuwa go przy końcu roku szkolnego.

Jeżeli powyższe braki i wady cielesne, uniemożliwiające pełnienie zawodu nauczycielskiego, wystąpiły u ucznia dopiero na 4 lub 5 kursie seminarjum, wówczas uczeń, o ile mu ogólny stan zdrowia na to pozwala, może pozostać w seminarjum i może przystąpić do egzaminów ostatecznych. Przed wydaniem mu świadectwa dojrzałości Dykcja przekreśla na niem ustęp, uprawniający do pełnienia obowiązków nauczycielskich oraz zaznacza, że świadectwo to nie uprawnia do pełnienia obowiązków nauczycielskich ze względu na brak wymaganej przydatności fizycznej.

O ile stan zdrowia abiturjenta poprawi się, może on nie wcześniej niż po roku i nie później niż w ciągu pięciu lat zgłosić się ze świadectwem lekarskiem do dykcji zakładu, którego był uczniem, celem ponownego orzeczenia o przydatności fizycznej do zawodu nauczycielskiego. W razie stwierdzenia przez lekarza szkolnego tej przydatności, dykcja seminarjum wydaje mu normalne świadectwo dojrzałości.

Powyższe zarządzenie co do pozostawienia ucznia w seminarjum z brakami i wadami cielesnymi nie ma zastosowania do ucznia, który przez swą chorobę stał się niebezpieczny dla otoczenia; takiego ucznia należy niezwłocznie na wniosek lekarza szkolnego usunąć z zakładu.

Podsekretarz Stanu: (—) *St. Czerwiński.*

O K Ó L N I K.

IV Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t.
„Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą“

Przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) i z jego fundusów Polski Związek Przeciwgruźliczy przystępuje do organizacji IV Kursu uzupełniającego dla lekarzy, mającego za zadanie przygotowanie lekarzy do akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych.

Obecny Kurs 3-miesięczny uwzględnić będzie w pierwszym rzędzie studia praktyczne, obejmie również cały szereg wykładów teoretycznych.

Każdy ze słuchaczy Kursu będzie miał możność praktycznego zapoznania się z Kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (Stage'u) w zakresie gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej w klinikach Uniwersytetu Warszawskiego, na oddziałach szpitalnych. Nadto każdy słuchacz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w Warszawskich Poradniach Przeciwgruźliczych.

Dla ułatwienia odbycia Kursu zostaną wyznaczone dla 10 lekarzy stypendja w wysokości 750 zł. dla każdego uczestnika. Nadto 5-lekarzy będzie mogło odbyć Kurs bez żadnej opłaty za udział w Kursie.

Kurs rozpocznie się dnia 4 kwietnia r. b.

Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze wydelegowani przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) i przez Towarzystwa Przeciwgruźlicze.

Podania należy składać pisemnie, pocztą lub osobiście w biurze Związku Przeciwgruźliczego (Chocimska 24, Państwowa Szkoła Higieny) od godz. 10 — 3 do dnia 10 marca r. b.

Do podania należy dołączyć:

1) krótkie curriculum vitae z podaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji, która lekarza wydelegowała, 3) zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy, przynajmniej przez 2 lata po ukończeniu Kursu.

O przyjęciu na Kurs decydować będzie Komisja Organizacyjna, po czym natychmiast wszystkim kandydatom wysłane będą zawiadomienia.

Z ukończenia Kursu wydawane będą świadectwa.

Sekretarz Wykonawczy:

(—) *Dr. Paradistal.*

Prezes

Polskiego Związku Przeciwgruźliczego

(—) *Dr. Wroczyński.*

Konkurs Polskiego Towarzystwa Higienicznego na dwie dalsze broszury Biblioteczki Higienicznej Powszechnej, przeznaczone dla sfer włościańskich i robotniczych, na temat „Cięża, poród i połóg” oraz „Czystość ciała, kąpiele”. Każda z broszur ma obejmować jeden do półtora arkusza druku. Dyspozycja do tematu pierwszego: Objawy ciąży, trwanie jej, także wzmianka o przerywaniu ciąży czyli t. zw. spędzanie płodu: higiena ciąży, między innymi, także znaczenie badania wewnętrznego, nieprawidłowości ciąży, szczególnie te, w których należy zasięgnąć porady lekarskiej. Przygotowania do porodu: oznaki zbliżającego się porodu, przebieg prawidłowego porodu (także o badaniu wewnętrznym), t. zw. poród uliczny, nieprawidłowości porodu (najogólniejsze, w których potrzebna jest pomoc lekarska). Trwanie połogu, higiena połogu, nieprawidłowości połogu. O karmieniu dziecka.

Dyspozycja do tematu drugiego: I. Znaczenie fizjologiczne powłok zewnętrznych ciała, zanieczyszczenia skóry brudem nieorganicznym, organicznym, pasożytami zwierzęcymi, skóra i błony śluzowe zewnętrzne, jako wrota zakażenia w chorobach zakaźnych, higiena skóry (na miejscu naczelnym czystość), czystość błon śluzowych otworów ciała, zmywanie ciała. II. Kąpiele i ich znaczenie higieniczne, urządzenie kąpielowe w domu (zwyczajne, improwizowane), urządzenia kąpielowe dla użytku publicznego, wzór urządzenia kąpielowego na wsi (o ile możności także w obrazku), zakłady kąpielowe gmin wyznaniowych żydowskich, kąpiele rzeczne i stawowe. Dodatek: kąpiele powietrzne i słoneczne.

Za jedną broszurę na każdy z podanych tematów, którą Sąd konkursowy Towarzystwa Higieny (Sekcja Higieny Ludu) uzna za najbardziej odpowiadającą celowi, będzie wypłacona nagroda w kwocie 200 zł. Prace nagrodzone stają się własnością Polskiego Towarzystwa Higienicznego we

Lwowie. Prace, zaopatrzone godłem (bez wymienienia nazwiska autora) należy nadsyłać najpóźniej do 15 kwietnia b. r. pod adresem: Dr. Adolf Kuhn, Lwów, ul. Łyczakowska l. 46, w osobnej kopercie, zaopatrzonej tem samym godłem i zaklejonej, należy umieścić kartę z imieniem, nazwiskiem oraz dokładnym adresem zamieszkania autora.

Za Polskie Towarzystwo Higieniczne we Lwowie

Sekretarz:
(—) Dr. W. Szurek

Przewodniczący:
(—) Prof. dr. W. Nowicki

SPRAWOZDANIE Z KOLONJI LETNIEJ „TOZ-u“ W GRODNIE ZA ROK 1928.

Wiadomości ogólne.

Kolonja była czynna przez 3 sezony po 1 miesiącu i zamknięta została w dn. 29 września.

W kolonji umieszczono ogółem 248 dzieci, które spędziły 6975 dni kolonjalnych.

Ogólne wydatki kolonji wyniosły 28.730,21 zł. 1 dzień kolonjalny wynosił:

na odżywienie . . .	zł. 2,68
„ inne wydatki . . .	zł. 1,44
	<u>razem zł. 4,12</u>

Kolonja znajduje się na prawym brzegu Niemna, obok miejscowości letniskowej Pyski koło Grodna. Kolonja znajduje się na bardzo wysoko położonym i słonecznym placu, który obejmuje przestrzeń 2,5 ha pola i lasu. Plac przylega do wielkiego lasu majątku Stanisławów. Dzięki pozwoleniu zarządu majątku, las został przez kierownictwo kolonji wykorzystany przez całe lato.

Kolonja urządzona była w wielkim domu mieszkalnym, składającym się z 6 wielkich pokoi sypialnych, 1 sali klubowej i do gier, 2 szatni, 2 izolatorów, 1 pokoju ambulatoryjnego i 2 pokoi dla personelu nauczycielskiego i sanitarnego.

Kuchnia, pralnia, magazyn żywnościowy i pokoje dla personelu gospodarzo-technicznego znajdowały się w zbudowanym prowizorycznie budynku gospodarczym.

Kolonja TOZ'u prowadzona była w roku bieżącym, wzorem roku ubiegłego, jako kolonja lecznicza. Kierownikiem kolonji był lekarz, który prowadził pracę lekarską z pomocą specjalnej siostry-higienistki. Karność i odżywianie były odpowiednie.

W kolonji był ustanowiony następujący porządek dzienny:

O godz. 7-ej — wstawanie; od godz. 7 do 8 — porządkowanie pokojów, nacierania i ćwiczenia gimnastyczne.

O godz. 8 30 — pierwsze śniadanie; od godz. 9 — 10.30 przyjęcia lekarskie wykonywanie zarządzeń lekarskich.

O godz. 11 — drugie śniadanie; od godz. 11 — 13.30 wanny słoneczne wzgl. rozmaite gry i roboty ręczne.

O godz. 13.30 — obiad; od godz. 14 — 16 odpoczynek w łózkach.

O godz. 16.30 — podwieczorek; od godz. 17 — 19.30 roboty ręczne, odczyty, gry w klubie lublesie.

O godz. 19.30 — kolacja; o godz. 20 — mycie się i spanie.

Racja dzienna dziecka w kolonji była następująca: chleba 350 gr. bułki — 200 gr., mleka — 600 gr., masła — 60 gr., tłuszczu 10 gr., mięsa — 100 gr. cukru — 50 gr., mąki, krup, ryżu, fasoli — 150 gr. ryb, śledzi — 30 gr., jaj — 2,5 szt., kości — 35 gr., ziemniaków — 500 gr., kakao, kawy — 10 gr., śmietany, mleka zsiadłego, sera — 20 gr., włoszczyzny i owoców 50 gr. i różne in. drobiazgi.

Dzieci otrzymywały posiłki 5 razy dziennie wg. następującego porządku:

1-sze śniadanie — 1 jajo, bułka i chleb z masłem, kawa lub kakao, II-gie śniadanie — kasza z masłem lub mlekiem, śmietana i włoszczyzna, obiad — zupa, mięso z kartoflami lub kaszą, kompot, podwieczorek — słodkie pieczywo z mlekiem, kolacja — jajecznica, śmietana z poziomkami lub ogórkami, bułka, masło, kakao.

W kolonji zatrudniony był personel następujący:

a) pedagogiczno-wychowawczy — 3 nauczycielki — 3 osoby; b) lekarsko-sanitarny — 1 lekarz, 1 siostra-hig. — 2 osoby; c) gospodarczo-techniczny — 1 gospodyni, 1 kucharka, 1 praczka, 1 dozorca, 3 służące — 7 osób; razem 12 osób.

Opłaty dzieci wynoszą zaledwie zł. 3.305,95 t. j. 11,5% wydatków ogólnych. Opłata wynosiła 10 — 100 zł. 108 dzieci t. j. 43,5% ogólnej ilości przyjęto bez opłat.

Kolonja była czynna przez 3 sezony po 30 dni każdy. W ciągu tego czasu w kolonji umieszczono 248 dzieci.

Lekarze szkolni TOZ'u zakwalifikowali na skierowanie do kolonji najstarsze dzieci ze szkół powszechnych w ilości 385.

Zarząd jednak nie miał możliwości umieszczenia wszystkich dzieci z powodu braku miejsca, nie zważając na to, że wszystkie te dzieci potrzebowały pobytu w kolonji.

Do kolonji przyjęto tylko 248 dzieci czyli 64,25% ogólnej liczby zakwalifikowanych przez lekarzy szkolnych dzieci.

Z powodu wypadku zachorowania na szkarlatynę, który zaszedł podczas 3-go sezonu wypadło izolować kolonję na 14 dni. Przeprowadzono natychmiast w kolonji odpowiednią dezynfekcję, dzięki czemu zdołano chorobę zlokalizować, tak że można było ukończyć III-ci sezon.

W izolatorze 21 dzieci spędziło 76 dni.

Przez ambulatorjum przeszło 92 dzieci.

Rada Pedagogiczna kolonji składała się z personelu nauczycielskiego i kierowniczego kolonji i ze specjalnie wyłonionej sekcji z Komisji kolonialnej. Posiedzenia Rady Pedagogicznej odbywały się regularnie co tydzień. Na posiedzeniach rozważano zawsze kwestje, dotyczące się przeprowadzonej już pracy i ustalano plan pracy na przyszły tydzień.

W kolonji ustanowiono przy pracy system grupowy. Dzieci były podzielone na 3 grupy stosownie do ich wieku i stanu zdrowia. Każdą grupą kierowała specjalna nauczycielka-freblanka, która miała za zadanie opiekowanie się dziećmi w ramach wyznaczonego porządku dziennego, współpracę przy przestrzeganiu zarządzeń lekarskich i czuwanie nad ogólnym rozwojem dziecka.

Dzięki wysiłkom personelu nauczycielskiego udało się przyzwycząić do nader ważnych zasad higienicznych (codzienne mycie się do pasa, czyszczenie zębów szczotką, mycie nóg przed spaniem i t. p.) oraz do samoobsługiwania się — przepisy, z którymi bardzo wielka ilość dzieci, szczególnie pochodzących z biedniejszych warstw społeczeństwa spotkała się dopiero poraz pierwszy w życiu. Starano się osiągnąć, by ustanowione higieniczne przepisy życiowe przeszły u dzieci w przyzwyczajenie, tak by przestrzegały ich również po powrocie do domu.

Pod koniec każdego sezonu urządzano w kolonji przedstawienia i zabawy dla dzieci. Muzyka, tańce, obrazy tudzież ułożone przez dzieci piosenki i kuplety z życia kolonji stanowiły program przedstawień. W ciągu trwania kolonji urządzono 3 takie przedstawienia a la dzieci, które zostały entuzjastycznie przyjęte przez dzieci i pozostaną w ich pamięci jako przyjemne wspomnienie z czasu, spędzonego w kolonji.

Sprawozdanie kasowe.

Ogólna suma wydatków kolonji wyniosła . . .	zł. 28.730,21
" " wpływów " " " " " " " " " " " "	" 27.011 17
Deficyt wynosi	" 1.719,04

W poszczególnych pozycjach sprawozdanie kasowe przedstawia się następująco:

Sprawozdanie kasowe.

P o z y c j a	Suma zł.	%	1 dzień kolonji w zł.
PRZYCHÓD			
Subsydja:			
z Magistratu	13.500		
z Województwa	800		
z Centrali „Toz”	1.500	55,00	
Opłata dzieci	3.305,95	11,51	
Z Kasy Chorych	3.825,22	13,31	
Z innych instytucji	4.080,—	14,20	
Razem	27.011,17	94,02	
Deficyt	1.719,04	5,98	
Ogółem	28.730,21	100,00	
ROZCHÓD			
Odżywianie	18.660,45	64,97	2,68
Wydatki sanitarnohigieniczne	1.334,13	4,64	0,19
„ pedagogiczne	1.166,97	4,05	0,17
„ gospodarcze	1.252,97	4,36	0,18
Podróże i transport	480,35	1,67	0,07
Opał i światło	98,00	0,34	0,01
Personel	2.479,27	8,64	0,36
Inwentarz i urządzenie	306,90	1,07	0,04
Budowa kuchni prowizorycznej	2.751,87	9,58	0,39
Druki, wydatki biurowe i in.	196,30	0,60	0,03
	28.730,21	100,00	4,12

Wnioski.

Również tym razem kolonją naszą nie mogliśmy zadowolnić nawet połowy wszystkich ubogich dzieci naszego miasta, które pilnie potrzebały pobytu w kolonji. Do jedyne go domu kolonji więcej dzieci w żaden sposób umieścić nie było można.

Stoi zatem obecnie przed nami kwestja ukończenia budowy kolonji w całej jej ważności.

Zdajemy sobie należycie sprawę co do wszystkich trudności, z którymi związana jest budowa kolonji szczególnie obecnie, gdy T-wo „TOZ” ma wielki deficyt. Będziemy jednak i nadal uporczywie kontynuować swą pracę w przeświadczeniu, że organa samorządowe, organizacje ziomek w Ameryce, organa centralne naszego T-wa jakoteż cała ludność żydowska niewątpliwie dopomogą nam w pracy, dając nam możność wybudowania wreszcie zakładu zdrowia dla chorych i ubogich dzieci naszego miasta.

Kierownik Kolonji:

(—) Dr. S. Sołowiejczyk.

Zarząd T-wa „TOZ” w Grodnie:

(—) Dr. A. Lipnik,
Sekretarz (—) M. Serebreny.

Kronika zagraniczna.

A U S T R J A

Opieka kuracyjna dla dzieci słabowitych oraz zagrożonych gruźlicą.

Z inicjatywy dr. Molla, dyrektora Państwowego Zakładu Opieki nad Matkami i Niemowlętami, powołana została, wkrótce po ukończeniu wojny, instytucja pomocy krajowej i zagranicznej umożliwiającej dzieciom słabowitym odbycie kuracji nad morzem lub w górach. Początkowo, instytucja ta utrzymywała się z funduszy brytyjskich organizacji dobroczynnych oraz dobrowolnych udziałów Kas Chorych. Obecnie przeszła całkowicie na Kasy Chorych i nosi tuż „Pomoc Zjednoczonych Austrjackich Kas Chorych dla dzieci zagrożonych gruźlicą”. Począwszy od r. 1921 ogółem 16.800 dzieci spędzało po 6—8 tygodni w zakładach kuracyjnych tej organizacji.

Najbardziej znane zakłady znajdują się w Riccione i Rimini nad Adriatykiem. Przez cały czas pobytu, dzieci znajdują się pod obserwacją lekarzy, najczęściej—asystentów Państwowego Zakładu Op. nad Matką i Dzieckiem. Również pielęgniarki po większej części rekrutują się stamtąd. Rezultaty osiągnięte dotąd napełniają otuchą na przyszłość, gdyż wykazały, że dzieci po takim kilkutygodniowym pobycie na kuracji, stają się uodpornione przeciw gruźlicy jeżeli nie całkowicie, to w każdym razie w pewnym stopniu. Statystyka za rok 1925 i 26 wykazuje, że 80% dzieci straciło predyspozycję do gruźlicy całkowicie lub częściowo. Przybytek na wadze wynosi przeciętnie 2 klg., były jednak wypadki, kiedy przybytek ten dochodził nawet do 6 klg.

S T A N Y Z J E D N O C Z O N E

Dziecięce Kluby Bezpieczeństwa.

Dziecięce Kluby Bezpieczeństwa powstały w Stanach Zjednoczonych. Celem ich jest zapewnienie dzieciom większego bezpieczeństwa przy przechodzeniu przez ulicę. Organizacja ta powstała z inicjatywy i przy współudziale 36 największych dzienników amerykańskich. Członkowie Klubu nie płacą żadnej składki, przyrzekają jedynie pamiętać o zasadzie: „Patrz uważnie na prawo i lewo przy przechodzeniu przez jezdnię”. W przeciągu kilku miesięcy 253.120 dzieci w wieku od 5 do 14 — a więc prawie połowa ludności w tym wieku prowincji Ontario — zapisało się do Klubu. Celem tego ruchu jest zmniejszenie liczby nieszczęśliwych wypadków wśród dzieci. Organizacja Klubów korzysta z oficjalnej pomocy Ministerstwa Oświaty.

H O L A N D J A

Schroniska im Boddaert'a w Amsterdamie

Celem Towarzystwa schronisk im. Boddaert'a jest walka z przestępczością młodocianych. Towarzystwo zajmuje się jedynie takimi dziećmi, nad którymi trzeba czuwać bądź z powodu ich predyspozycji do psychopatji, bądź z powodu ich antyspołecznych i nieopanowanych popędów. Zasadą Towarzystwa jest, ażeby nie oddalać dzieci od ich środowiska i od jego pokus, gdyż powinny dalej stanowić część rodziny, byleby tylko miały jakieś moralne oparcie. Dzieci, któremi zajmuje się Towarzystwo pochodzą przeważnie z rodzin degeneratów, alkoholików i przestępców. Dziecko posiadające najczęściej słabą wolę, w schronisku powraca do życia, przestaje być „starym-maluśkim” lub złośliwą staruszką i staje się znowu dzieckiem. Dziecko takie, przed przybyciem do schroniska nie potrafi się na niczem skoncentrować — w szkole wstrzymuje bieg nauki, wiecznie się spóźnia

i nic sobie z tego nie robi, zostaje na ulicy zamiast pójść do szkoły. W domu bywa nieznośne, wszystko psuje i tłucze i matka ma spokój jedynie wtedy, kiedy śpi lub jest na ulicy. Na ulicy zaś w pogoni za „psikusami”, które uprawia wraz z podobną sobie bandą chłopców, spotyka niejedną pokusę. Ulica zabiera jego siły, deprawuje je i prowadzi w ostateczności do więzienia, skąd wychodzi ono najczęściej tylko poto, żeby tam wkrótce wrócić.

W przytułku wszystko się zmienia. Dziecko stara się skoncentrować, robi pewien wysiłek. Przekonywa się, że ono, nędzny parjas, też może się na coś przydać. Budzi się w niem ambicja. Przychodzi na czas do szkoły, stara się uważać na lekcjach. W schronisku uczy się porządku, nabiera zamiłowania do pewnego dobrobytu, uczy się sprzątać, gotować, reperować. To czego nauczyło się w schronisku, stara się po wyjściu stamtąd, zastosować w domu rodzicielskim.

Pierwsze takie schronisko powstało w Amsterdamie w r. 1903.

Ażeby dziecko nie wyrwać z jego środowiska i nie odzwyczajając od rodziny — o ile nie zachodzi gwałtowna potrzeba oddalenia go od niej — wychowawcy schronisk nocują zazwyczaj w domu. W dzień przebywają w szkole publicznej lub prywatnej. Czas pozostały po szkole spędzają w schronisku, gdzie są traktowani indywidualnie. Tam starają się utwierdzić w dziecku wszystkie jego dodatnie cechy i uodpornić je na pokusy. Niedzielę dziecko również spędza w domu rodzicielskim.

Dzieci w schronisku podlegają obserwacji, której rezultaty przedstawiane są znanemu psychjatrze d-rowi Codefroy. Najczęściej zostaje skonstatowane, że obserwacje były ściśle i otrzymane psychogramy są zupełnie pewne. Tak więc ratownictwo oparte jest na zasadach naukowych. A jest to prawdziwe ratownictwo, gdyż bez niego dziecko by zginęło. Nawet nie tyle są tu ważne metody kuracji, ile atmosfera schroniska, która działa na dziecko — podnosi je na duchu, dodaje sił i ochoty do życia. Zaczyna ono rozróżniać światło od ciemności — dobro od zła.

W domu rodzicielskim brud, nieporządek, brak zasad i harmonji. W przytułku — wygoda, wzorowy porządek, ład i harmonja. Ulica pełna jest pokus, którym dziecko nie może się oprzeć. Schronisko jest dlań punktem oparcia w niebezpieczeństwie.

Dziecko obserwuje cztery środowiska: dom rodzinny, ulicę, szkołę i schronisko. Sposób, w jaki dziecką reaguje na te cztery środowiska, daje obraz jego stosunku do społeczeństwa. Nie spostrzegając tego, dziecko podnosi poziom moralny swej rodziny. Więzy między dzieckiem i rodzicami zostają wzmocnione.

Schronisko stoi otworem dla dzieci wszystkich wyznań, które są tam narówni szanowane. Schronisko nie traci nigdy z oczu dziecka, które było tam wychowane. Nawet jako już dorosły człowiek pozostaje dzieckiem schroniska. Schronisko należy do niego i on należy do schroniska. Jeżeli zakłada własną rodzinę — wrota schroniska stoją dlań zawsze otworem. Do pełnoletności schronisko pomaga mu i współpracuje z rodzicami i opiekunami. Praca nad dzieckiem zaczyna się w schronisku, ale troska instytucji o wychowanka podwaja się jeszcze z chwilą, gdy ten schronisko opuszcza.

Dodatnie strony systemu wychowawczego schronisk Boddarta'a są następujące: unika się rozbitcia rodziny i przy pomocy samego dziecka podnosi się jej moralny poziom. Poza tem leczy się dzieci psychopatyczne.

Zanim dziecko zostanie uratowane z trzęsawiska, w którym grzęźnie, trwa to dość długo, zato kiedy raz stanie na twardym gruncie, samo zdaje sobie sprawę z niebezpieczeństw, których unikło. Przestają już być dla niego niebezpieczeństwami, gdyż je zna i potrafi ich uniknąć.

(Revue International de l'Enfant, Vol. V Nr. 26).

Przegląd piśmiennictwa za miesiąc listopad i grudzień.

Opieka nad dzieckiem.

- Protection de l'enfance en Pologne. Krakowski B. (B. I. P. E. Nr. 75, p. 1305).
L'organisation legale de l'Assistance aux Orphelins indigents. Nisot P. (B. I. P. E. Nr. 75, p. 1317).
Vertiefung der Krüppelförstorge. Dr. Basten. (Z. für Sch. Nr. 226, s. 672).
Wie Amerika erzieht. Dengler P. (R. I. de l'Enf. Nr. 35, s. 723).
Un service social dans une usine metallurgique en France. Copin E. (Oe. N. de l'Enf. Nr. 1, p. 7).

Kursy. Porady dla matek.

- Mothercraft courses for schoolgirls. Huntley L. (N. H. Nr. 230 p. 150).
L'école maternelle et la famille. Vaikai R. (R. I. de l'Enf. Nr. 36 p. 821).
Pour les mères, pour les enfants. Gros L. (Pro. J. Nr. 11 p. 397).
Consultations maternelles et de nourrissons. (Pro. J. Nr. 11, p. 395).

Sądy dla nieletnich.

- L'association internationale des juges des enfants. Uets P. (Oe. N. de l'Enf. Nr. 2, p. 76).
La Semaine de la Bonté à Paris (La prison d'enfants). Cramer J. (R. J. de l'En. Nr. 35, p. 749).

Higjena.

- Die Gesundheitsfürsorge im Lichte der Biologie und Hygiene. Tjaden. (Z. für Sch. Nr. 226, s. 619).
Die Entwicklung der Kinderheilkunde und der Kinderfürsorge in de Niederlanden. Scheltema S. (R. I. de l'Enf. Nr. 36- p. 810).
Ueber die Beziehungen von Pockenhäufigkeit und Durchimpfung der Bevölkerung. Sins. H. (S. für K. Nr. 5, s. 399).
Ecoles en pleir air de Montevideo. Mola A. (M. S. Nr. 11, p. 169).
The Red Cross World during 1928 (N. H. Nr. 12, p. 439).
Alcohol and Child Life. Courtenay C. (R. I. de l'Enf. Nr. 36, p. 803).
Mental Hygiene in Germany. Roemer H. (W. H. Nr. 12, p. 451).
The influence environment and the mental health and development of the Child: Adlura D. (N. H. Nr. 230, p. 158).
Ernährungsfürsorge für das Kleinkind. Benzing R. (G. F. K. Nr. 6, s 526).
Die bedeutung der akuten Infektionskrankheiten für das Kleinkindesalter. Eckstein A. (G. für K. Nr. 6, s. 502).
Die Erholungsfürsorge der österreichischen Krankenkassenhilfe für das tuberkulosegefährdete Kind. Moll L. (G. f. K. Nr. 6, s. 559).
Die Erholungsfürsorge für das Kleinkind. Meyer-Deiuis H. (H. f. K. Nr. 6, s. 542).

Ukazał się Nr. 4 „Zagadnień Rasy“, organu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Ciekawy ten kwartalnik zawiera między innymi prace: doc. Jana Mydlarskiego: „Typy antropologiczne i metody ich ujmowania“, prof. B. Nawroczyńskiego: „O zawodzie nauczyciela“, sprawozdanie ze Zjazdów międzynarodowych w Nancy i w Monachjum, sprawozdanie z działalności Polskiego Towarzystwa Eugenicznego i wiadomości bieżące. „Zagadnienia Rasy“ świadczą o coraz szerszym zakresie działania, jakie obejmuje ruchliwe Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Ukazał się numer 1/6 miesięcznika „Dos Kind”, organu Centr. Org. Opieki nad Dziec. Żyd., pod redakcją D-ra M. Pekera, o poniższej treści:

1. Do naszych czytelników i przyjaciół. Redakcja.
2. List do ojców i matek od czasopisma „Dos Kind”.
3. W szóstą rocznicę — Dr. M. Peker.
4. Jak kochają dzieci — Janusz Korczak.
5. Matka jako wychowawczyni swego dziecka — A. C.
6. Dziecko w domu — H. Boguszewska.
7. Psychopatyczne dziecko — Dr. W. L. Sterling.
8. Dlaczego dzieci lubią opowieści o zwierzętach — C. Tarłowski.
9. Pierwsze próby siedzenia u dziecka — Dr. P. K. Cieszyński.
10. Jak należy strzec dzieci od chorób zakaźnych — Dr. P. C.
11. Środki odżywcze dla dzieci — N. N.
12. Gimnastyka w freblówkach i szkołach — M. Jakóbowiczowa.
13. Rady lekarskie na brak apetytu w wieku dziecięcym — D. W.
14. Rozwój dziecka i higjena jego duchowego życia — Prof. B. Godelius.
15. Nerwowi nauczyciel — Dr. A. Klęsk.
16. Co to jest system Daltona — G. H.
17. Najnowsze pojęcia o dzieciach w wieku szkolnym — Alfred Binet.
18. Zagraniczna kronika: pomoc państwowa w dożywianiu dzieci bezrobotnych w Czechach, kluby, zabawa i oświata, praca kulturalna między dziećmi i młodzieżą.
19. Korespondencje z Warszawy i z Mławy.