Beata Szczepańska

Uniwersytet Łódzki

Szkoła, uczeń, nauczyciel na łamach „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego” w latach 1924–1939

W badaniach na gruncie historii wychowania, szczególnie dotyczących historiografii oświatowej w okresie dwudziestolecia międzywojennego, interesującym i cennym źródłem drukowanym okazuje się polska prasa medyczna.

W latach 1918–1939 ukazywało się w Polsce 85 naukowych periodyków medycznych¹. Najliczniejszą grupę pośród nich stanowiły czasopisma ogólnolekarskie. W nich właśnie – z uwagi na szeroki zakres tematyczny podejmowanych zagadnień – znaleźć można wiele publikacji dotyczących funkcjonowania systemu oświaty i wychowania, szczególnie w aspekcie kultury zdrowotnej szkoły. Wśród zajmujących się tą problematyką czasopism ogólnolekarskich wymienić można: „Polską Gazetę Lekarską”, „Lekarza Polskiego”, „Medycynę”, „Nowiny Lekarskie”, „Nowiny Społeczno-Lekarskie”, „Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego”, „Medycynę Społeczną” oraz „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”. Natomiast w grupie specjalistycznych periodyków medycznych, artykuły związane z funkcjonowaniem systemu edukacji znaleźć można w następujących tytułach prasowych, wyróżnionych w grupach tematycznych: pediatria – „Pediatria Polska”, higiena – „Archiwum Higieny”, „Zdrowie”, „Zdrowie Publiczne”, „Higiena Szkolna”, „Higiena Psychiczna”, epidemiologia – „Medycyna Doświadczalna i Społeczna”, medycyna sportowa – „Wychowanie Fizyczne”, „Przegląd Sportowo-Lekarski”, „Przegląd Fizjologii Ruchu”.

Przegląd prasy medycznej potwierdza jej wartości poznawcze w odniesieniu do różnych aspektów życia szkolnego, w tym także zagadnień dotyczących uczniów i nauczycieli, o których brak informacji w zachowanych materiałach zarówno archiwalnych, jak i drukowanych. W związku z polityką oszczędnościową, na skutek kryzysu gospodarczego zaprzestano bowiem drukowania sprawozdań, zwłaszcza dotyczących stanu zdrowia uczniów, jak i stanu sanitar-

¹ G. Wrona, *Naukowe czasopisma medyczne i farmaceutyczne w Polsce w latach 1918–1939*, „Rocznik Historii Prasy Polskiej” 2001, t. IV, z. 1, s. 45.

no-higienicznego szkół. Część publikowanych materiałów ma więc charakter kompensujący braki, część zaś ma charakter komplementarny. Szczególnie niedostrzegane z innej perspektywy aspekty styku polityki oświatowej z polityką w zakresie ochrony zdrowia, z którymi mieli do czynienia najczęściej opisujący szkolną rzeczywistość lekarze higieniści, stanowią o wartości prasy medycznej jako źródła do badania pracy szkoły, funkcjonowania w niej uczniów i nauczycieli.

Wśród medycznych czasopism ogólnolekarskich dwudziestolecia międzywojennego wystrzone spostrzeganie problemów szkoły, ucznia i nauczyciela przez pryzmat medycyny społecznej znaleźć można na łamach „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego” [dalej WCzL].

Periodyk ten powstał 1 stycznia 1924 r. z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej [dalej: PTMS] jako miesięcznik ukazujący się pod redakcją Zygmunta Srebrnego².

Celem statutowym PTMS, istniejącego od 1916 r., było zorganizowanie lekarzy do wspólnej pracy na rzecz zdrowia publicznego. Założycielami i członkami pierwszego zarządu Towarzystwa byli: Witold Chodźko, Zygmunt Kramsztyk, Rafał Radziwiłłowicz, Wilhelm Knappe, Klemens Pawlikowski, Maurycy Bornsztajn, Władysław Szenajch, Jan Szmurło, Leon Wernic³. Demokratyczne założenia programowe PTMS stały się podstawą do opracowania systemowej koncepcji opieki zdrowotnej, której realizację rozpoczęto w niepodległej Polsce za pośrednictwem powołanego w 1918 r. Ministerstwa Zdrowia Publicznego [dalej MZP]. Wobec uzasadnianej względami oszczędnościowymi likwidacji MZP, dokonanej w końcu roku 1923, a tym samym po odejściu od realizacji założeń ideowych w zakresie zdrowia publicznego WCzL związane z PTMS miało tworzyć mocny ośrodek demokratycznej myśli lekarskiej, kontynuując nowoczesne spojrzenie na podstawowe cele zdrowia publicznego⁴. Materiały dotyczące funkcjonowania szkolnictwa można znaleźć w następujących grupach publikacji na łamach WCzL:

- akty normatywne (rozporządzenia i okólniki w sprawie higieny szkolnej);
- materiały statystyczne dotyczące warunków sanitarno-higienicznych pracy szkół oraz opieki lekarsko-higienicznej w szkołach, a także zdrowia uczniów i nauczycieli;
- analizy programów nauczania higieny i ich realizacji;
- bezpośrednie relacje dotyczące pracy szkoły, działań nauczycieli i zagrożeń zdrowia uczniów;

² W. Knappe, *Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Rys historyczny*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1926, nr 11, s. 450. Zob. też.: *Medycyna Społeczna*, t. I, Warszawa 1916.

³ Tamże, s. 498.

⁴ Tamże. Zob. też: J. Fijałek, *Tradycje zdrowia publicznego w historii medycyny powszechnej w Polsce*, Łódź 1988, s. 71–72.

- korespondencja zagraniczna z dziedziny higieny szkolnej;
- sprawozdania z posiedzeń lekarzy szkolnych;
- dyskusje na temat organizacji opieki medycznej nad szkołami;
- recenzje publikacji dotyczących kultury zdrowotnej szkoły.

W większości publikacje te ukazywały się w dziale „Medycyna Społeczna”.

Poza warstwą informacyjną materiały te często miały charakter polemiczno-krytyczny wobec istniejącego stanu rzeczy i zawierały postulaty ten stan optymalizujące; odnosiły się one najczęściej do kwestii społecznych związanych z funkcjonowaniem szkolnictwa i opieki zdrowotnej.

Wobec fatalnego wpływu nieznajomości zasad higieny na zdrowie publiczne, analizy programów i metod nauczania higieny w szkołach wszystkich szczebli dokonał łódzki lekarz i społecznik – dr Stanisław Skalski⁵. W szkołach wyższych – poza medycznymi – zagadnienia higieny prawie nie były wykładowane, a w programach szkół średnich miały one charakter marginalny, związany z nauką przyrodoznawstwa, a w jej ramach anatomii i fizjologii.

Program nauczania higieny w szkołach powszechnych, choć bardziej szczegółowy i pełny, nie był – według S. Skalskiego – realizowany właściwie. Zalecenia dotyczące jego stosowania były lekceważone, nie uwzględniano zasady pogłębienia, nie stosowano odpowiednich metod i środków pracy dydaktyczno-wychowawczej, a wobec trudnych warunków lokalowych i sanitarnych w większości szkół niemożliwe do realizacji okazywały się zalecenia programowe, by szkoła mogła: „przez swoje urządzenia i cały tryb życia szkolnego wdrażać dzieci do stosowania przepisów higieny na wszystkich szczeblach nauczania”⁶. Starano się również porównawczo przedstawiać rozwiązania z zakresu promocji zdrowia w szkole i przez szkołę, stosowane za granicą – w Anglii⁷ i we Włoszech⁸.

Szczególne wrażenie wywarły na zwiedzającym Mediolan Marcinie Kacprzaku przepisy dotyczące włoskiej higieny szkolnej. Uznał on program nauczania higieny w tamtejszych szkołach ludowych za godny naśladowania. Autor relacji z Mediolanu ocenił, że włoskie dzieci nie uczą się higieny:

jak deklinacyj łacińskich lub umoralniających powiastek, lecz pogładowo, drogą praktyczną, na konkretnych przykładach zaznajamiania się stopniowo z własnym organizmem, z jego czynnościami i temi przejawami życia zewnętrznego, które mogą wywrzeć największy wpływ na jego zdrowie⁹.

⁵ S. Skalski, *Nauczanie higieny w szkołach publicznych*, WCzL, 1924, nr 7, s. 296–297; nr 8, s. 332–333.

⁶ Tamże, s. 332.

⁷ M. Kacprzak, *Z zagadnień sanitarnych Anglii*, WCzL, 1925, nr 10, s. 447–449.

⁸ M. Kacprzak, *Wrażenia z Mediolanu*, WCzL, 1925, nr 12, s. 522–524.

⁹ Tamże, s. 524.

Na łamach czasopisma wskazywano także na działania podjęte w ramach współpracy międzynarodowej, dotyczące m. in. higieny szkolnej¹⁰.

Szkoła była, w świetle publikacji pojawiających się w WCzL, miejscem poważnych zagrożeń dla zdrowia ucznia. Ogólnie uznawano, że pobyt dzieci w szkole w okresie najszybszego wzrostu organizmu wywiera najczęściej ujemny wpływ na rozwój ucznia; naraża się przy tym dzieci na większe ryzyko zarażenia się chorobami zakaźnymi¹¹. Co więcej, stwierdzano też wzrost zachorowań na traktowaną jako chorobę społeczną gruźlicę. W świetle danych statystycznych zebranych przez D. Nisensona w połowie lat dwudziestych liczba zachorowań na gruźlicę była szczególnie nasiloną od 7. roku życia – wraz z pojawieniem się dzieci w szkole¹². Badający dzieci w wieku od urodzenia do 15. roku życia, autor artykułu stwierdzał szczególne nasilenie gruźlicy u dzieci ze środowisk zaniedbanych, materialnie upośledzonych. Postulował przy tym częste badania nauczycieli i innych pracowników szkoły. Dla dzieci chorych proponował specjalne szkoły – uzdrowiska, gdzie mogłyby się równocześnie leczyć i uczyć. Należałoby też – zdaniem D. Nisensona – lepiej zorganizować poradnie przeciwgruźlicze i poprawić epidemiologiczne postępowanie w przypadku zachorowań. Badacz prezentował szersze widzenie społecznych uwarunkowań zachorowań na wspomnianą chorobę – domagał się polepszenia warunków mieszkaniowych ogółu ludności oraz zmian w organizacji przestrzeni wielkich miast¹³.

Stan sanitarno-higieniczny szkół, przy braku odpowiedniej opieki lekarsko-higienicznej, stworzył w znacznej ich części dramatyczne wręcz warunki nauki. Dane przedstawiane na łamach WCzL pod koniec lat dwudziestych przez dr. Stanisława Kopczyńskiego – naczelnego wizytatora higieny szkolnej w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego [dalej: MWRiOP] – prezentowane również w wielu innych pracach zwartych i periodykach, ukazywały ogromną przepaść pomiędzy potrzebami szkół powszechnych a realną opieką lekarsko-higieniczną, jaką dla swych uczniów te placówki uzyskiwały. Tylko 4,88% szkół powszechnych miało stałą opiekę lekarską, a wśród szkół wiejskich – zaledwie 1,1%¹⁴.

Podawano, że nierzadko na ucznia przypadało w placówce zaledwie 0,5 m² powierzchni podłogi. Nawet w centralnej Polsce połowa szkół nie miała ustępów. Bywały – także w okolicach Warszawy – miejsca, gdzie 25% dzieci

¹⁰ S. Tubiasz, „Wymiany” urzędników sanitarnych, urządzane przez Sekcje Higieny Ligi Narodów, WCzL, 1924, nr 5, s. 197–198.

¹¹ J. Babecki, *Opieka lekarska w szkole*, WCzL, 1929 nr 3, s. 69.

¹² D. Nisenson, *Gruźlica a wiek dziecięcy w świetle liczb*, WCzL, 1925 nr 8, s. 360.

¹³ Tamże, s. 361–362.

¹⁴ Recenzja: St. Kopczyński, *Zdrowie dziatwy szkół powszechnych*, „Nowiny Społeczno-Lekarskie” 1928, nr 21; 1929, nr 1. Podają za: WCzL, 1929, nr 12, s. 283.

miało wszawicę. Zdarzały się szkoły bez podłóg, z ubitą gliną zamiast nich¹⁵. Dane te potwierdzają pojawiające się na łamach czasopism sprawozdania obradujących na Zjazdach Powiatowych lekarzy.

W następnych latach publikowano coraz bardziej niepokojące opisy warunków sanitarno-higienicznych pracy szkół. W okólniku MWRiOP, wydanym w związku z organizacją roku szkolnego 1934/1935, stan szkół był określany jako niezadowolający, ich powierzchnia i kubatura jako niedostateczne. Wskazywano, iż budynki szkolne bywały spróchniałe, zagrzybione, zniszczone, niedogrzone i bez podłóg; w dużej ich części brakowało ustępów. MWRiOP wzywało, by władze oświatowe w okręgach szkolnych, wykorzystując wszelkie możliwości tkwiące w terenie, zmierzały do „zmiany bardzo złych niejednokrotnie warunków higienicznych, w jakich uczą się i przebywają dzieci w szkołach”¹⁶.

Trudne warunki, w jakich przebiegało nauczanie w szkołach – zwłaszcza powszechnych, których nie ukrywano w urzędowych dokumentach – szczególnie złe były w środowisku wiejskim.

Jednak w drugiej połowie lat trzydziestych również lekarze szkolni w Warszawie relacjonowali, iż warunki pracy szkół powszechnych stały się „mocno niepokojące”. Wobec „kryzysu szkolnego” dzieci siedziały czasem stłoczone trójkami w dwuosobowych ławkach, ławki w klasie ustawiano w sposób niezgodny z wymaganiami higieny – wszystko po to, aby pomieścić dzieci, dla których w szkołach brakowało miejsca. Nieszczelne podłogi, sprzyjające unoszeniu się kurzu w powietrzu wypełniającym klasy, dopełniały tego obrazu¹⁷.

Dodatkowo skomplikowały tę sytuację zmiany w organizacji opieki lekarskiej nad szkołami powszechnymi, dokonane w latach trzydziestych. Jeśli po odzyskaniu niepodległości nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi szkół sprawowali obecni w nich lekarze szkolni, to przez przesunięcie Sekcji Higieny Szkolnej z Wydziału Kultury i Oświaty do Wydziału Służby Zdrowia lekarze ci stracili swoje związki ze szkołami – przeniesieni zostali do miejskich ośrodków zdrowia i poradni zlokalizowanych poza szkołami. Nie mogli czuwać „nad higieną budynku szkolnego, przeprowadzanymi w nim remontami; nad czystością w salach szkolnych i nad rozmieszczeniem dzieci w szkole”¹⁸. Opisane zmiany w organizacji opieki lekarskiej nad szkołami powszechnymi, dokonane w Warszawie w połowie lat trzydziestych, zostały wcześniej zaproponowane w artykule Jana Babeckiego¹⁹. Artykuł ten uznany został przez redakcję WCzL

¹⁵ Tamże.

¹⁶ *Okólnik MWRiOP*, WCzL, 1934, nr 37, s. 623–624.

¹⁷ J. Balicka, *Szkoła a schorzenia serca u dzieci*, WCzL, 1936, nr 42, s. 720–722; nr 43, s. 740–742.

¹⁸ J. Szmurło, *Opieka higieniczno-lekarska w szkołach powszechnych Warszawy a Ośrodki Zdrowia*, WCzL, 1939, nr 8, s. 158–159.

¹⁹ J. Babecki, *Opieka lekarska w szkole*, WCzL, 1929, nr 3, s. 69–72.

za dyskusyjny, gdyż zawierał krytykę obowiązującego wówczas modelu opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami. Zdaniem J. Babeckiego bardziej ekonomicznie uzasadniona niż opieka lekarska w szkole jest pomoc medyczna wypróbowana w nowych formach – w zlokalizowanych poza szkołami poliklinikach lub poradniach. Jako marnotrawstwo i zbytek jawiły się autorowi artykułu poradnie w placówkach szkolnych, obejmujące nieliczną grupę uczniów, pozostawiające bez opieki znaczniejszą ich część, uczącą się głównie w szkołach powszechnych. Dostrzegł analogie między taką dystrybucją opieki zdrowotnej w szkołach a warunkami pracy szkół, piktując to, iż „1% dzieci uczyło się w pałacach, a 99% – w szkołach o stanie nieodpowiednim”²⁰.

Zarówno uwagi, jak i postulaty J. Babeckiego spotkały się na łamach WCzL z polemiką ze strony S. Kopczyńskiego, zarzucającego temu pierwszemu niedostateczną znajomość przepisów z zakresu higieny szkolnej²¹.

Przedstawione warunki pracy szkół, przy budzącej zastrzeżenia i niewystarczającej opiece lekarskiej nad stanem sanitarno-higienicznym placówek szkolnych, a także i zdrowiem uczniów, stanowiły tło opisywanych na łamach WCzL zagrożeń zdrowia dzieci i młodzieży. Oprócz wspomnianego wcześniej zagrożenia gruźlicą, wskazywano też na choroby zakaźne wieku dziecięcego i niebezpieczeństwa dla rozwoju psychicznego uczniów oraz omawiano przypadki i analizowano przyczyny samobójstw w wieku szkolnym.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej przedstawiany zarówno w świetle danych ogólnopolskich, jak i regionalnych, mógł budzić uzasadniony niepokój. Częstymi zaburzeniami zdrowotnymi notowanymi w odniesieniu do uczniów z Wilna były niedożywienie, podniesienie ciepłoty ciała, zapalenie oskrzeli i zwłaszcza gruźlica²². Według ogólnopolskich danych MWRiOP, wśród badanych w latach dwudziestych prawie 130 tys. dzieci wykryto 2 tys. chorych na tę chorobę społeczną²³. W świetle badań prowadzonych w Warszawie przez B. Glassa i H. Szpidbauma stwierdzono nadmiernie wysoki odsetek dzieci chorych na gruźlicę, a źródło ich zakażenia określono jako wewnątrzszkolne, wynikające z bezobjawowego często przebiegu choroby. Stąd też postulowano wykonywanie badań w postaci prób tuberkulinowych i rentgenowskich zdjęć w szerokim zakresie oraz szybkie izolowanie dzieci chorych²⁴. Jednak w latach trzydziestych, w specjalnie zorganizowanych oddziałach gruźliczych dla dzieci,

²⁰ J. Babecki, *Opieka lekarska w szkole*, WCzL, 1929, nr 4, s. 95.

²¹ S. Kopczyński, *Uwagi do artykułu dra J. Babeckiego*, WCzL, 1929, nr 5, s. 118–119.

²² Recenzja: *Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej*, WCzL, 1929, nr 22–23, s. 534.

²³ B. Krakowski, *Opieka nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w Polsce Niepodległej*, WCzL, 1928, nr 38–39, s. 854–855.

²⁴ B. Glass, H. Szpidbaum, *Z badań nad zagrzuźliczeniem dzieci w Warszawie*, WCzL, 1933, nr 38, s. 813.

w sytuacji nasilonych skutków społecznych kryzysu gospodarczego – biedy i głodu – sprzyjających rozwojowi choroby okazywało się, że brakowało małych pacjentów i spora część łóżek pozostawała niewykorzystana. To dziwne zjawisko próbował wyjaśnić Mieczysław Gantz. Według niego mimo niebezpieczeństwa rozprzestrzenienia się gruźlicy przez pozostawianie chorych dzieci w środowisku domowym lub szkolnym zarówno Ubezpieczalnia Społeczna, jak i Wydział Opieki Społecznej Warszawskiego Magistratu ograniczał do minimum kierowanie dzieci do szpitala. Względy społeczno-lekarskie podporządkowane zostały oszczędnościom²⁵.

Z kolei analiza porównawcza, dotycząca ostrych chorób zakaźnych wieku dziecięcego wskazywała na przesadzone obawy przed błonicą i płonicą w środowisku szkolnym, a nieuzasadnione bagatelizowanie zagrożenia odrą i krztuścem. Tendencje spadku umieralności z powodu tych dwóch ostatnich chorób były mniej wyraźne niż w przypadku wcześniej wymienionych. Strata czasu nauki, spowodowana długotrwałymi chorobami zakaźnymi tej grupy, wywoływała zaburzenia psychiczne i fizyczne u dzieci i młodzieży²⁶.

Wyraźny wzrost liczby chorób serca uczniów jako efekt przebytych infekcji i warunków pracy szkolnej w latach trzydziestych wskazywała J. Balicka²⁷.

Kwestie nadmiernej nerwowości uczniów i zaburzeń psychicznych w aspekcie higieny psychicznej przedstawiła natomiast Zofia Rosenblum. Autorka wskazała możliwości pomocy w tym zakresie, przedstawiając istniejące wówczas w Polsce poradnie pedagogiczne i psychologiczne, podkreślając jednak przy tym, że brak jest społecznych zakładów leczniczych dla dzieci wyczerpanych nerwowo²⁸.

Próbie analizy przypadków samobójstw związanych z psychologią i psychopatologią młodocianych na podstawie danych zebranych za pośrednictwem MWRiOP podjęła Maria Grzywo-Dąbrowska²⁹, motywy skłaniające dzieci i młodzież do samobójstwa przedstawił zaś Rafał Becker³⁰.

Niedomagania pracy szkoły, pojawiające się zwłaszcza w sferze zdrowotnej, mieli niwelować nauczyciele. Czy i ich zdrowie nie było jednak również poważnie zagrożone? Badania podjęte przez N. Blumentalównę wśród nauczy-

²⁵ M. Gantz, *Czyżby w Warszawie nie było gruźlicy dziecięcej?*, WCzL, 1934, nr 44, s. 761–762.

²⁶ A., *Znaczenie społeczne najważniejszych chorób zakaźnych wieku dziecięcego*, WCzL, 1934, nr 41, s. 701.

²⁷ J. Balicka, *Szkoła a schorzenia serca u dzieci*, WCzL, 1936, nr 42, s. 720–722.

²⁸ Z. Rosenblum, *Higiena psychiczna w zastosowaniu do dzieci w Europie Zachodniej i Polsce*, WCzL, 1935, nr 18, s. 381–384.

²⁹ M. Grzywo-Dąbrowska, *Przyczynki do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców wg ankiety MWRiOP za okres 1930–1932*, WCzL, 1934, nr 29–30, s. 490–493; nr 31–32, s. 512–516; nr 34, s. 549–553.

³⁰ R. Becker, *O skłonności do samobójstwa*, WCzL, 1934, nr 34, s. 553.

cieli szkół powszechnych w Warszawie, w latach 1924–1926 wskazywały jako najczęstsze schorzenie nauczycieli gruźlicę³¹. Czynnikiem wpływającym na szerzenie się tej choroby w omawianej grupie zawodowej były warunki pracy nauczycieli – szkodliwe zarówno dla nich, jak i dla ich uczniów (przepełnione klasy, niedostatecznie wietrzone) – oraz niewystarczające uposażenie, zmuszające ich do podejmowania dodatkowego zatrudnienia, wywołującego przemęczenie. N. Blumentalówna dostrzegała też częsty niewłaściwy dobór do zawodu jednostek o słabej, astenicznej budowie konstytucyjnej.

Innymi chorobami częstymi w tej grupie zawodowej były artretyzm, choroby serca, choroby nerwowe i kobiece. Nauczycielki chorowały dwa razy częściej niż nauczyciele, co autorka artykułu próbowała wyjaśnić wpływem szybszego wyczerpania sił kobiet przez podejmowane poza pracą zawodową obowiązki gospodarcze i rodzinne³². Schorzenia *par excellence* nauczycielskie (np. zapalenie krtani) miały raczej łagodny przebieg i chroniczny charakter; rzadko stawały się powodem dłuższych urlopów.

Wnioski stawiane przez N. Blumentalównę dotyczyły głównie zapobiegania chorobom nauczycieli, realizowanego przez:

- dokładniejszą selekcję zdrowotną kandydatów na nauczycieli (uwzględnianie kart zdrowia z lat szkolnych, dłuższa obserwacja kandydatów przed przyjęciem do pracy);
- badania okresowe nauczycieli, pozwalające na wcześniejsze wykrycie chorób;
- poprawienie warunków życia i pracy nauczycieli (niedożywienie, złe warunki mieszkaniowe, przemęczenie, ciągła troska o dobrnięcie do końca miesiąca);
- zmniejszenie liczby dzieci w klasie (norma w Polsce – 50 osób, w przeważającej części szkół była przekraczana);
- akcja uświadamiania nauczycieli co do racjonalnego trybu życia, kultury fizycznej i pracy – należało wprowadzić odpowiednie treści do programów studiów nauczycielskich;
- ułatwienie leczenia – sanatoria i domy zdrowia dla nauczycieli³³.

Zaobserwowany przez N. Blumentalównę w latach 1925–1926 spadek liczby urlopów zdrowotnych nauczycieli wyjaśnić można ich niepokojem o utratę miejsca pracy. Potwierdzenie tego typu obaw znajdujemy w publikacjach zamieszczanych na łamach prasy nauczycielskiej³⁴.

³¹ N. Blumentalówna, *O chorobach wśród nauczycieli szkół powszechnych na podstawie m. st. Warszawy 1924–1926*, WCzL, 1929, nr 2, s. 49–51.

³² Tamże, nr 1, s. 20–24.

³³ Tamże, nr 2, s. 51.

³⁴ *Sanatorium w Zakopanem. Sytuacja chorego nauczycielstwa*, „Głos Nauczycielski” 1934, nr 31, s. 695–697.

Inny wymiar tej nauczycielskiej obawy przed utratą pracy i chęci zadowolenia przełożonych zaobserwowała J. Balicka. Jej zdaniem, nadmierna koncentracja na realizowaniu przeładowanego programu nauczania, przy niechęci do powodującej zaległości w wiedzy uczniów ich nieobecności w czasie choroby, powodowała, że nauczyciele wymuszali niejednokrotnie na uczniach bycie „dzielnymi zuchami” i, mimo choroby – nawet zakaźnej, pojawianie się w szkole. A „zuchy”, które z anginą lub grypą pojawiały się w szkole – wywoływały epidemie klasowe, zwiększając zagrożenie chorobami swoich kolegów, a także nauczycieli³⁵. Wobec ogromnego przepełnienia szkół dziećmi, które i tak w części w czasie „kryzysu szkolnego” pozostawały poza szkołą, i niedostatecznej liczby nauczycieli, jak pisała J. Balicka: „mimo rzetelnego wysiłku, nauczyciel nie zawsze może być odpowiedzialny jako wychowawca i również nie może być opiekunem zdrowia dzieci”³⁶.

A właśnie zwiększenie obowiązków nauczyciela poprzez przeniesienie na niego szeregu prac wykonywanych dotąd przez lekarza szkolnego – obserwacji i kontroli rozwoju dziecka od strony medycznej, mającej na celu wychwycenie odchylenia od normy, były postulowane wobec oszczędności w organizacji opieki lekarskiej nad szkołami³⁷.

Przeprowadzona analiza zawartości „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego” wskazuje, że periodyk ten może stanowić ważne źródło do badań w obszarze historii edukacji. Przedstawiony materiał świadczy o dużej wrażliwości społecznej publikujących na jego łamach lekarzy, dostrzegających dysfunkcje w pracy szkoły, związane z dziedziną higieny szkolnej, a szczególnie wyraźnie zagrożenia zdrowia uczniów i nauczycieli, występujące na terenie szkoły. Cenne uzupełnienie tych rozważań stanowią propozycje i postulaty optymalizacji pracy szkoły, z odwoływaniem się do inspiracji zagranicznych włącznie.

³⁵ J. Balicka, *Szkoła a schorzenia serca u dzieci*, WCzL, 1936, nr 43, s. 740.

³⁶ Tamże, s. 742.

³⁷ K. Orzechowski, *Organizacja sanitarna powiatu warszawskiego*, WCzL, 1927, nr 7, s. 291; J. Babecki, *Opieka lekarska w szkole*, WCzL, 1929, nr 3, s. 69.