

SYLWIA KUŹMA-MARKOWSKA
Uniwersytet Warszawski
Ośrodek Studiów Amerykańskich

Polska rodzina, amerykańska nowoczesność. Opieka nad matką i dzieckiem w działalności Fundacji Rockefellera w II Rzeczypospolitej*

Przemiany społeczne i ekonomiczne: industrializacja i urbanizacja, a także przeobrażenia mentalności (m.in. zmiana pozycji dziecka w rodzinie) w drugiej połowie XIX w. zwróciły uwagę na niepokojące zjawiska i procesy dotyczące najmłodszych członków społeczeństw Europy i Ameryki Północnej. Alarm wzbudzały szczególnie statystyki obrazujące wysoki wskaźnik umieralności niemowląt, według ówczesnych przekonań niebezpieczny zwłaszcza w połączeniu ze zmniejszającym się przyrostem naturalnym w rodzinach z klasy średniej i wyższej. Do wysokiej umieralności niemowląt w zamożniejszych warstwach społecznych, na przykład we Francji, miało się przyczyniać karmienie dzieci przez mamki¹. W klasach niższych głównym problemem wydawał się brak prawidłowej opieki nad najmłodszymi — niedostatki w dziedzinie higieny, złe żywienie, a także trudności w pogodzeniu macierzyństwa i pracy zawodowej przez robotnice przemysłowe.

Odpowiedzią na umieralność niemowląt oraz inne problemy zdrowotne dotyczące dzieci były liczne inicjatywy podejmowane od końca XIX w. praktycznie we wszystkich krajach europejskich i północnoamerykańskich. Zaliczyć do ich możemy między innymi powstawanie tzw. kuchni mlecznych (we Francji i na ziemiach polskich zwanych „Kroplą mleka/Goutte de lait”) oferujących czyste i przebadane mleko oraz mieszanki mleczne miejskim dzieciom, często pozbawionym zdrowego pokarmu. Od końca XIX w. wiele krajów (np. Niemcy, Francja, część stanów USA) zaczęło wprowadzać także ustawodawstwo ochronne dla matek, często uwzględniające urlopy macierzyńskie oraz renty dla wdów z dziećmi². W ra-

* Badania w Rockefeller Archive Center zostały przeprowadzone dzięki stypendium badawczemu Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej (Program „Kwerenda” edycja 2010).

¹ F. Fay – Sallis, *Les Nourrices à Paris au XIX^e siècle*, Paris 1980; G. D. Susman, *Selling Mothers' Milk. The Wet-nursing Business in France, 1715–1914*, Urbana–Chicago–London 1982.

² T. Skocpol, *Protecting Mothers and Soldiers: The Political Origin of Social Policy in the United States*, Cambridge Mass. 1992; S. Koven, S. Michel, *Womanly Duties. Maternalist Politics*

mach powstających programów zdrowia publicznego i medycyny zapobiegawczej w Europie i Ameryce Północnej w pierwszych dekadach XX w. zakładano stacje opieki nad matką i dzieckiem, oferujące zwykle za darmo porady zdrowotne dla kobiet w ciąży i dla niemowląt.

Wysoka umieralność niemowląt stanowiła na początku XX w. duży problem także w USA. Wedle opinii ówczesnych amerykańskich lekarzy i społeczników, była ona bardzo istotnym wskaźnikiem ogólnego stanu zdrowia i dobrobytu całego społeczeństwa. Ponadto w dobitny sposób pokazywała efektywność działających instytucji i służb medycznych. Z łatwością można było zatem stwierdzić, że te aspekty życia w Stanach Zjednoczonych na początku XX w. nie prezentowały się nalezycie. Problemy związane ze zdrowiem dzieci i niemowląt zmobilizowały w pierwszych dekadach XX w. do działania liczną grupę lekarzy, społeczników i działaczek kobiecych, skupionych wokół instytucji i organizacji dobrowolnych³. Działacze amerykańskiego ruchu społecznego na rzecz zmniejszenia umieralności niemowląt charakteryzowało naukowe podejście do opieki nad dzieckiem, którego wyrazem był między innymi nacisk kładziony na zbieranie statystyk, skrupulatną rejestrację przypadków i publikację badań. Wskutek ich działań sfera opieki nad dzieckiem coraz bardziej profesjonalizowała się i medykaliżowała⁴. Podobny trend miał miejsce w Europie, gdzie w latach międzywojennych kwestie opieki nad matką i niemowlęciem cieszyły się szczególnym zainteresowaniem⁵.

W odrodzonym w 1918 r. państwie polskim zdrowie matek i dzieci, zwłaszcza ich wysoka śmiertelność, także stanowiły dotkliwy problem oraz przedmiot troski społeczników i lekarzy. W powojennym chaosie i pod ciężarem trapiących kraj epidemii, instytucje państwowe nie zawsze były w stanie poradzić sobie z problemami dotyczącymi społeczeństwo, w tym dzieci i ich matki. Na ratunek przychodziły im więc zagraniczne organizacje filantropijne z Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, przede wszystkim z USA. Część z nich udzielała pomocy w momencie największego kryzysu, inne czekały aż sytuacja polityczna, w tym kształt polskich granic, ustabilizują się. Do drugiej grupy należała Fundacja Rockefellera (Rockefeller Foundation, dalej RF) — w dwudziestoleciu międzywojennym naj-

and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain, and the United States, 1880–1920, „American Historical Review” t. XCVI, 1990, nr 4, s. 1076–1108.

³ R. A. M e c k e l, *Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850–1929*, Baltimore 1990, s. 93n.

⁴ B. B e a t t y [i in.], *Introduction*, [w:] *When Science Encounters the Child: Education, Parenting and Child Welfare in 20th Century America*, red. B. B e a t t y [i in.], New York–London 2006, s. 2, 8; przez medykaliżację rozumie proces obejmowania opieką i kontrolą medyczną pewnych wydarzeń i sfer życia człowieka (np. porodu, opieki nad dzieckiem), które wcześniej nie były objęte nadzorem medycznym oraz wyjaśniania pewnych zjawisk i zachowań poprzez odwoływanie się do naukowej medycyny.

⁵ P. W e i n d l i n g, *Health and Medicine in Interwar Europe*, [w:] *Companion to Medicine in Twentieth Century* red. R. C o o t e r, J. P i c k s t o n e, London 2003, s. 29–50.

większa na świecie prywatna organizacja filantropijna, specjalizująca się m.in. w pomocy w dziedzinie zdrowia publicznego i medycyny naukowej.

Działania Fundacji, jej stypendystów i subsydiowanych przez nią instytucji w II Rzeczypospolitej obejmowały także opiekę nad matką i dzieckiem. Zaangażowaniu RF w tej dziedzinie warto się przyjrzeć z kilku powodów. Po pierwsze, jest to niezbadany fragment stosunków polsko-amerykańskich, dotyczący obszaru sporadycznie do tej pory cieszącego się zainteresowaniem historyków — zdrowia publicznego i medycyny społecznej. Sfera zdrowia i choroby oraz mające na tym polu stosunki pomiędzy polskimi i amerykańskimi działaczami i lekarzami pozwalają — jak sądzę — na dostrzeżenie aspektów niewidocznych w przypadku relacji dyplomatycznych, najczęściej badanych przez historyków. Dzięki nim widać próby wpływu Stanów Zjednoczonych na społeczeństwo polskie, zmierzające do jego przekształceń, szeroko rozumianej modernizacji i amerykańzacji. Po drugie, źródła dotyczące II Rzeczypospolitej, wytworzone przez przedstawicieli i współpracowników Fundacji Rockefellera, pozwalają przyjrzeć się kwestiom zdrowia i choroby, w tym opieki nad matką i dzieckiem, nie tylko w wielkomiejskich rodzinach inteligenckich, najlepiej do tej pory zbadanych⁶, lecz także wśród rodzin uboższych, małomiasteczkowych i wiejskich. Po trzecie, problemy związane z opieką nad matką i dzieckiem rzadko były do tej pory poruszane przez badaczy zajmujących się dziejami Fundacji Rockefellera⁷.

W artykule przedstawię formy i zakres działalności Fundacji Rockefellera w sferze opieki w II RP, nad niemowlętami i kobietami ciężarnymi, poprzedzając je krótkim wprowadzeniem na temat aktywności innych amerykańskich organizacji specjalizujących się w pomocy polskim dzieciom w pierwszych latach po Wielkiej Wojnie. Przyjrę się odwołaniom do kategorii nowoczesności, pojawiającym się jak mantra w raportach i innych dotyczących Polski dokumentach wytworzonych przez Fundację w okresie międzywojennym. Interesować mnie będą standardy opieki nad matką i dzieckiem propagowane przez jej działaczy, zauważane przez nich braki i wypaczenia w tej dziedzinie oraz oferowane sposoby radzenia sobie z nimi. Przede wszystkim zaś spróbuję odpowiedzieć na kluczowe dla mnie pytanie o model rodziny propagowany przez Fundację w ramach jej działań w sferze opieki nad matką i dzieckiem. Czy deklarowana nowoczesność tej opieki miała się przełożyć także na unowocześnienie polskiej rodziny? Jeśli tak, to co modernizacja polskiej rodziny miała dokładnie oznaczać?

⁶ K. Sierakowska, *Rodzice, dzieci, dziadkowie..., Wielkomiejska rodzina inteligencka w Polsce 1918–1939*, Warszawa 2003; prace syntetyczne na temat historii ojcostwa i macierzyństwa także skupiają się głównie na rodzinach wielkomiejskich, inteligenckich, zwykle należących do elit: E. B a d i n e r, *Historia miłości macierzyńskiej*, tłum. K. C h o i ń s k i, Warszawa 1998; *Historia ojców i ojcostwa*, red. J. Delumeau, D. Roche, tłum. J. Radożycki, M. Paloetti–Radożycka, Warszawa 1995.

⁷ A.–E. B i r n, *Skirting the Issue: Women and International Health in Historical Perspective*, „American Journal of Public Health” t. LXXXIX, 1999, nr 3, s. 399–407.

Głównym źródłem analizowanym przeze mnie są dokumenty wytworzone przez przedstawicieli Fundacji, dotyczące działalności tej organizacji w międzywojennej Polsce: raporty, sprawozdania, korespondencja oraz fotografie przesyłane z Polski do Nowego Jorku — siedziby Fundacji w USA. Część z tych źródeł została stworzona przez amerykańskich działaczy i członków RF odwiedzających Polskę i zawiera ich obserwacje i sądy. Inne dokumenty, przede wszystkim raporty roczne, powstawały na podstawie sprawozdań pisanych przez miejscowych (polskich) przedstawicieli Fundacji, głównie lekarzy pracujących w instytucjach przez nią (współ)finansowanych. Sprawozdania te przesyłano do Nowego Jorku lub Paryża (główniej europejskiej siedziby Fundacji), tam zaś amerykańscy pracownicy zapewne „filtrowali” je, umieszczając w tworzonych przez siebie raportach informacje uważane przez nich za ważne i przydatne. Najciekawszym źródłem wskazującym na próby wprowadzenia propagowanych przez RF standardów były zdjęcia robione w Polsce przez miejscowych działaczy i wysyłane za granicę. Fotografie te w widoczny sposób uwypuklają pewne aspekty działań w dziedzinie opieki nad matką i dzieckiem, kładąc szczególny nacisk na wprowadzania w życie wskazówek i inicjowanie praktyk uznawanych za wzorcowe przez przedstawicieli i działaczy Fundacji.

Pomoc ubogim i głodującym polskim dzieciom stanowiła główny rodzaj materialnego wsparcia oferowanego II Rzeczypospolitej przez Stany Zjednoczone w pierwszych latach po I wojnie światowej. Była ona po części kontynuacją działalności z lat wojennych, kiedy to RF sponsorowała transporty mleka w proszku i innych produktów żywnościowych do Polski⁸. W latach 1918–1922 pomoc dzieciom stanowiła istotną część akcji ratunkowych inicjowanych przez szereg organizacji z USA, przede wszystkim Amerykański Czerwony Krzyż (American Red Cross, dalej ARC), Amerykańsko-Żydowski Połączony Komitet Rozdzielczy (American Jewish Joint Distribution Committee, dalej JDC) czy też najsłynniejszą z nich: Amerykańską Administrację Pomocy (American Relief Administration, dalej ARA) kierowaną przez Herberta Hoovera. Wysiłki podejmowane przez te organizacje we wschodniej, południowej i – w mniejszym stopniu — centralnej Polsce miały na celu pomoc materialną i zdrowotną dla ludności polskiej i żydowskiej cierpiącej powojenną biedę i powszechnie trapionej licznymi chorobami.

Bieda, głód i choroby, które stały się doświadczeniem rzeszy polskich dzieci — grupy przedstawianej jako najbardziej dotkniętej powojennym kryzysem — często były interpretowane w kategoriach zapaści cywilizacyjnej kraju. Obrazy cierpiących dzieci powszechnie wykorzystywano w wojennej i powojennej propagandzie w celu wzbudzenia litości, wzmożenia patriotyzmu czy zebrania datków na cele charytatywne⁹. Ochrona dzieci (i kobiet) była podstawowym obowiązkiem

⁸ Poland, [w:] *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*, New York 1916, s. 318–323.

⁹ J.F. Irwin, *Sauvons les Bébés: Child Health and U.S. Humanitarian Aid in the First World War Era*, „Bulletin of the History of Medicine” t. LXXXVI, 2012, nr 1, s. 37–65.

mężczyzn–obywateli. Powojenne cierpienie, głód i choroby najsłabszych członków społeczeństwa wskazywały, że polscy mężczyźni — dotknięci wojną, często będący inwalidami lub uchodźcami — tej podstawowej opiekuńczej funkcji nie zawsze byli w stanie spełniać. Opiekować się swoimi dziećmi nie dawały rady także polskie kobiety, w amerykańskich publikacjach często przedstawiane jako sparaliżowane, na wpół zdrewniałe po latach wojny, strachu i niepewności¹⁰. Często bez środków materialnych, wycieńczone fizycznie, wygłodzone i w złym stanie zdrowia, kobiety nie były w stanie karmić piersią niemowląt ani zdobywać pożywienia dla starszych dzieci. Stąd opiekuńcze role polskich matek i ojców przejmowali zagraniczni „misjonarze” przybywający z USA czy Szwajcarii ze skondensowanym mlekiem i mieszankami odżywczymi, lekami, zachodnimi pomysłami i wzorcami.

Kuchnie mleczne oraz punkty rozdziału żywności przysyłanej z zagranicy w latach powojennych były w Polsce zakładane przede wszystkim pod auspicjami American Relief Administration. W kwietniu 1919 r. z inicjatywy ARA i rządu polskiego założono Polsko–Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom (dalej PAKPD)¹¹. Jego głównym zadaniem był nadzór nad rozdziałem „materiałów ratunkowych”, czyli produktów żywnościowych oraz ubrań, które trafiały do Polski dzięki ARA¹². PAKPD działał do połowy 1922 r. i – jak skrupulatnie wyliczyli Amerykanie — w tym okresie rozdał ok. 670 mln posiłków oraz ponad 3 mln sztuk odzieży. W końcowym okresie aktywności, Komitet ograniczył swe działania do ziem wschodnich II RP, które charakteryzowała największa nędza oraz najgorsze warunki mieszkaniowe i sanitarne. Kuchnie zakładane przez ARA i PAKPD rozdawały żywość najbiedniejszym dzieciom oraz matkom karmiącym. Każde z nich miało prawo do jednego posiłku dziennie. Co ważne, posiłek ten mógł być spożywany tylko na miejscu, gdzie został przygotowany¹³. Miało to na celu upewnienie się, że żywność trafia rzeczywiście do osób uznanych za najbardziej potrzebujące. Bez wątplenia los głodujących dzieci budził największe współczucie; ponadto były one „przyszłością narodu” — „zasobem”, o który należało zadbać jak najstaranniej. Wsparcie udzielane najmłodszym doskonale wpisywało się także w amerykańskie cele propagandowe. Pomagając dzieciom Amerykanie nie tylko zjednywali sobie dorosłych Polaków, lecz także budowali pozytywny obraz swego kraju w oczach następnego pokolenia¹⁴. Obok ARA i PAKPD programy pomocy dla dzieci i szeroko rozumianej opieki nad nimi były inicjowane po wojnie także przez Amerykański Czerwony Krzyż, który do połowy 1922 r. założył w Polsce

¹⁰ H. Hendricks, *Report of the Overseas Committee of the War Work Council of the YWCA 1917–1920*, New York 1920, s. 124–125.

¹¹ *Krótki zarys działalności Amerykańskiego Wydziału Ratunkowego, prowadzonej przy współudziale rządu polskiego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej*, [b.m.w.], 1922.

¹² *Ibidem*, s. 3.

¹³ *Ibidem*, s. 5.

¹⁴ F. Costigliola, *Awkward Dominion. American Political, Economic and Cultural Relations with Europe, 1919–1933*, Ithaca and London 1984, s. 21, 42.

ok. 140 ośrodków zdrowia przeznaczonych dla dzieci oraz organizował kampanie i wykłady propagujące za pomocą filmów, plakatów i ulotek amerykańskie standardy opieki nad najmłodszymi¹⁵.

Programy pomocy dzieciom oferowane przez amerykańskie organizacje w pierwszych latach po Wielkiej Wojnie miały na celu interwencję w kraju znajdującym się w stanie wyjątkowego kryzysu materialnego i sanitarnego, dotkniętym szczególnie powojenną nędzą. Pomimo ich tymczasowego i interwencyjnego charakteru, wiele z przedsięwzięć, jak stacje opieki nad matką i dzieckiem czy stacje „kropli mleka”, było wykorzystywanych przez Fundację Rockefellera jeszcze w drugiej połowie lat dwudziestych i na początku następnej dekady.

RF, jako jedno z nielicznych stowarzyszeń tego typu w okresie międzywojennym, posiadała wyspecjalizowany oddział zajmujący się sprawami związanymi ze zdrowiem i chorobą — Międzynarodową Radę Zdrowia (International Health Board — IHB), która w 1927 r. zmieniła nazwę na Międzynarodowy Oddział Zdrowia (International Health Division dalej IHD)¹⁶. Od momentu swojego powstania w 1916 r.¹⁷ IHB zajmowała się zwalczaniem epidemii i chorób przewlekłych, a także edukacją lekarzy i pielęgniarek społecznych. Założyciele Fundacji Rockefellera postrzegali walkę z chorobami jako program o dalekosiężnych celach, mający przynieść rezultaty wykraczające poza dziedzinę zdrowia. Ich sposób myślenia dobrze obrazuje często cytowana wypowiedź Fredericka Gatesa, jednego z najważniejszych wczesnych aktywistów RF: „Choroba jest największym schorzeniem ludzkiego istnienia i jest głównym źródłem wszystkich innych schorzeń i zwyrodnień: biedy, przestępstw, ignorancji, grzechu, nieskuteczności, wad dziedzicznych z pokolenia na pokolenie, i wielu innych występków i złych rzeczy”¹⁸.

RF od początku działalności podkreślała swój filantropijny, a nie dobroczynny charakter. Rodząca się w USA na przełomie XIX i XX w. filantropia naukowa kładła nacisk na udzielanie wsparcia organizacjom i agendum rządowym (a nie jednostkom) oraz oferowanie pomocy tylko na ściśle określony czas w celu wypracowania mechanizmów samodzielnego radzenia sobie z danym problemem i zapobieżenia uzależnianiu się odbiorców pomocy od wsparcia finansowego. Innym ważnym kryterium dla amerykańskich filantropów było przekonanie, że udzielanie pomocy może być kontynuowane tylko wtedy, gdy odbiorca rokuje szybkie samodzielnienie się i samowystarczalność. Przy braku tego typu prognoz wsparcie

¹⁵ Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, New York [RAC], Rockefeller Foundation Archives [RF], RG 6.1, series 1.3, box 47, folder 528, Report of Visit to Warsaw, 07.01.1922–11.01.1922.

¹⁶ J. Farley, *To Cast Out Disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913–1951)*, Oxford and New York 2004, s. 2.

¹⁷ Przed IHB w latach 1913–1916 istniała the International Health Commission, która wyrosła z założonej w 1909 r. Rockefeller Sanitary Commission: J. E t t l i n g, *The Germ of Laziness. Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*, Cambridge Mass. 1981.

¹⁸ Cyt. za: J. Farley, op. cit., s. 5.

finansowe należało jak najszybciej wycofać¹⁹. Te zasady miały być stosowane także w przypadku udzielania pomocy organizacjom i grupom zajmującym się zwalczaniem i profilaktyką chorób.

W przeciwieństwie do innych amerykańskich organizacji dobroczynnych, takich jak wspomniane już Amerykański Czerwony Krzyż czy Amerykańska Administracja Pomocy, Fundacja Rockefellera aż do 1922 r. nie zdecydowała się na rozpoczęcie swojej działalności w Polsce. Dopiero w momencie zapanowania względnego spokoju politycznego, działacze RF podjęli pierwsze kroki w celu zorientowania się w sytuacji panującej w kraju oraz w jego potrzebach sanitarno-zdrowotnych. Marta A. Balińska i Paul Weindling wskazują na czynniki polityczne, które skłoniły RF do zaangażowania się w programy ochrony zdrowia w Polsce. Była to przede wszystkim chęć powstrzymania niemieckiego militarystyki i radzieckiego komunizmu. Jak podkreślają badacze zajmujący się historią RF w międzywojennej Europie Środkowo-Wschodniej, działania Fundacji w II RP miały na celu m.in. propagowanie i zapewnienie stałego miejsca amerykańskiemu modelowi medycyny społecznej i zdrowia publicznego w Polsce. Kładziono w nim nacisk na naukowe podejście do zdrowia i choroby oraz profilaktykę, czemu miały służyć m.in. instytuty higieny i ośrodki zdrowia, w których przyjmowali lekarze, pielęgniarki i położne, wyszkoleni w nowoczesnych metodach zapobiegawczych²⁰. Inicjatywy podejmowane przez RF w Polsce i innych krajach miały również bardziej dalekosiężne cele: oparta na nauce medycyna miała przynieść „zacofanym” państwom środkowoeuropejskim zachodnią cywilizację i postęp, wyrażane m.in. stosunkiem do pracy i pieniędzy (kapitalistyczną produktywnością), religii czy kultury²¹. Propagując naukową medycynę opartą na statystykach oraz skrupulatnym rejestrowaniu i opisywaniu przypadków, Fundacja Rockefellera popularyzowała także amerykańskie wartości, szczególnie te mające korzenie w tak zwanej epoce progresywnej²². Polska i sąsiadujące z nią kraje były dla Amerykanów przy-

¹⁹ Ibidem, s. 4.

²⁰ M. A. Balińska, *The Rockefeller Foundation and the National Institute of Hygiene, Poland, 1918–1945*, „Studies in History and Philosophy of Science and Biomedicine” t. XXXI, 2000, nr 3, s. 423; P. Weindling, *Philanthropy and World Health. The Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organization*, „Minerva” t. XXXV, 1997, nr 3, s. 273; idem, *Public Health and Political Stabilization: the Rockefeller Foundation in Central and Eastern Europe between the Two World Wars*, „Minerva” t. XXXI, 1993, nr 3, s. 253.

²¹ B. B. Page, *The Rockefeller Foundation and Central Europe: A Reconsideration*, „Minerva” t. XL, 2002, nr 3, s. 280.

²² I. Lowy, P. Zylberman, *Medicine as a Social Instrument: Rockefeller Foundation, 1913–45*, „Studies in History and Philosophy of Science and Biomedicine” t. XXXI, 2000, nr 3, s. 365, 377. Progresywizmem określa się w USA zarówno epokę w dziejach (koniec XIX w. do I wojny światowej), jak i działający w tym okresie ruch polityczny i społeczny, którego celem było zreformowanie amerykańskiego życia społecznego, ekonomicznego i politycznego m.in. poprzez eliminację zjawisk postrzeganych jako patologiczne (np. korupcja, prostytucja, nadużywanie alkoholu, dominacja monopolu w gospodarce) i demokratyzację życia politycznego. Progresywne reformy miały być przeprowa-

jeżdżających po I wojnie światowej terenem pomiędzy Wschodem i Zachodem, położonym na pograniczu cywilizacji. Zdaniem przyjezdnych potrzebowały one modernizacji typu amerykańskiego, opierającej się na racjonalności, skuteczności i badaniach naukowych. Wysiłki podejmowane przez RF miały na celu unowocześnienie nie tylko sfery ochrony zdrowia czy życia codziennego, lecz także ekonomii i polityki, tak aby jednoznacznie usytuować kraje środkowoeuropejskie, w tym Polskę, w kręgu cywilizacji zachodniej²³.

Jednym z przejawów aktywności RF w Polsce była pomoc przy zakładaniu, a później finansowaniu tzw. wzorowych okręgów sanitarnych. Jak wyjaśniał wielki ich entuzjasta i jeden ze stypendystów Fundacji Rockefellera Marcin Kacprzak, idea okręgów wzorowych i składających się na nie ośrodków zdrowia wywodziła się ze Stanów Zjednoczonych, w których powstawanie od przełomu XIX i XX w. klinik i ośrodków było przejawem nowego stosunku do praktyki medycznej. Stosunek ten polegał na odejściu od prostych i doraźnych zabiegów lekarskich na rzecz bardziej złożonego programu zdrowotnego, nastawionego na zapobieganie chorobom. Program ten miał na celu m.in. promowanie higieny, zdrowszego stylu życia i prawidłowej opieki nad dziećmi²⁴. W II Rzeczypospolitej, podobnie jak w USA, okręgi wzorowe i ośrodki zdrowia były zakładane przez organizacje społeczne przy współpracy z samorządami. Zgodnie z przyswiecającą Fundacji Rockefellera zasadą naukowej filantropii, okręgi tylko na początku były (współ) finansowane przez organizacje charytatywne, które po określonym czasie wycofywały subsydia, a ośrodek zaczynał funkcjonować samodzielnie korzystając z pieniędzy pozyskanych od samorządu²⁵.

Idea wzorowego okręgu sanitarnego polegała na zgromadzeniu w jednym miejscu dwóch (przeciwgruźliczej oraz opieki nad matką i dzieckiem) lub więcej poradni bądź ośrodków zdrowia, mających na celu zapobieganie i walkę z chorobami społecznymi²⁶. W okresie międzywojennym do chorób czy też klęsk spo-

dzione dzięki zrobionym wcześniej badaniom i zebranych statystykom, wyjaśniającym przyczyny patologii i wskazującym możliwe rozwiązania problemów.

²³ Na temat Fundacji Rockefellera i modernizacji w przypadku Węgier cf. E. Ingebrigsten, *Privileged Origins: „National Models” and Reforms of Public Health in Interwar Hungary*, [w:] *Imagining the West in Eastern Europe and the Soviet Union*, red. G. Peteri, Pittsburg 2010, s. 39.

²⁴ P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of A Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, New York, 1982, s. 192; cf. G. Rosen, *Public Health: Then and Now. The First Neighborhood Health Center Movement: Its Rise and Fall*, „American Journal of Public Health” t. LXI, 1971, nr 8, s. 1620–1635; C.E. Rosenber, *Social Class and Medical Care in Nineteenth Century America: The Rise and Fall of the Dispensary*, „Journal of the History of Medicine” t. XXIX, 1974, nr 1, s. 32–54.

²⁵ M. Kacprzak, *Wzorowe okręgi sanitarne*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, nr 4, 30 kwietnia 1925, s. 150–151.

²⁶ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 233, folder 2862, Report Paris Office 1929, Poland; Z. Bychowski, *Pierwsze dziesięciolecie Wydziału Zdrowia Wyzwolonej Warszawy*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, nr 38–39, 11 listopada 1928, s. 851.

łecznych zaliczano gruźlicę, zakaźną chorobę oczu jaglicę (zwaną też ziarnicą), alkoholizm, choroby weneryczne, a także problemy związane z opieką nad matką i dzieckiem (zwłaszcza ich wysoką umieralność) i higieną szkolną²⁷. Według amerykańskich pomysłodawców okręgów wzorowych oraz polskich realizatorów tej idei, okręgi i ośrodki miały prowadzić przede wszystkim akcję uświadamiania i zapobiegania chorobom społecznym „nowoczesnymi metodami i środkami”²⁸. Ważnym elementem działania ośrodków była praca pielęgniarek społecznych, do których zadań należały wizyty w domach pacjentów oraz nadzór nad ich praktykami zdrowotnymi i sanitarnymi²⁹.

Dwa pierwsze okręgi wzorowe zostały założone w Polsce w 1925 r. na warszawskim Mokotowie i w powiecie skierniewickim z inicjatywy Fundacji Rockefellera, związanego z nią Państwowego Zakładu Higieny³⁰ i Departamentu Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych³¹. Później okręgi założono w powiatach: będzińskim i warszawskim, a także we Lwowie i Wilnie³². Przez kilka pierwszych lat okręgi były sponsorowane w znacznym stopniu (zwykle w ok. 40%) przez Fundację. Wszystkie były prowadzone przez lekarzy–stypendystów RF, którzy spędzili rok lub dwa w Stanach Zjednoczonych, odbywając staże na uniwersytetach specjalizujących się w medycynie i zdrowiu publicznym, przede wszystkim w Johns Hopkins University w Baltimore. Okręgi celowo zakładano w środowisku zarówno miejskim, jak wiejskim oraz w różnych regionach Polski, zwłaszcza w miejscach najbardziej dotkniętych problemami zdrowotnymi i sanitarnymi³³. Ich celem było prezentowanie modelowych zachowań i praktyk z dziedziny medycyny zapobiegawczej, demonstrowanie „jak należy prowadzić opartą na nauce akcję sanitarną”³⁴. To zadanie odgrywało szczególnie ważną rolę w okręgach mokotowskim (miejskim) i skierniewickim (wiejskim), w którym odbywały praktyki uczennice szkoły dla pielęgniarek prowadzonej przez Amerykanki w Warszawie oraz lekarze kształceni w Państwowej Szkole Higieny sponsorowanej przez Fundację.

²⁷ M. Kacprzak, *W sprawie ośrodków zdrowia*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, nr 39, 24 września 1931, s. 908.

²⁸ RAC, RF, RG 5.3, 700, box 233, folder 2862, Report Paris Office 1929, Poland.

²⁹ Z. Bychowski, op. cit., s. 851.

³⁰ M. A. Balińska, *Ludwik Rajchman. Życie w służbie ludzkości*, tłum. M. Braunstein, M. Krasicki, Warszawa 2012, s. 87.

³¹ M. Kacprzak, *Z działalności Departamentu Zdrowia: Ośrodki Zdrowia*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, nr 29, 18 lipca 1929, s. 690.

³² AAN, Ministerstwo Opieki Społecznej [MOS], sygn. 256, k. 59–63, Notes on the problems of creating new health demonstrations in Poland with the help of the Rockefeller Foundation.

³³ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 233, folder 2862, Report Paris Office 1929, Poland.

³⁴ M. Kacprzak, *Wzorowe okręgi sanitarne*, s. 151.

Okręgi miały być modelami, których praktyki powinny być przenoszone do innych ośrodków powstających na terenie całego kraju³⁵. Poza najbardziej doniosłą rolę wzoru i pola doświadczalnego dla innych instytucji, stacje i kliniki wchodzące w skład okręgów wzorowych miały także docierać z zasadami „nowoczesnej higieny” i zapobiegania chorobom do jak największej liczby osób zamieszkujących dany okręg „celem polepszenia warunków zdrowotnych tych mas i podniesienia ich na wyższy szczebel kultury ogólnej”³⁶. Zadanie to, jak narzekano w raportach przesyłanych do Fundacji, nie zawsze udawało się wypełniać. Utyskiwano na nikłe zainteresowanie ludności sprawami zdrowia i higieny, trudności komunikacyjne oraz brak odpowiednio przeszkolonych pielęgniarek i położnych.

W skład wszystkich sześciu okręgów wzorowych, założonych z inicjatywy i przy pomocy Fundacji Rockefellera, wchodziły stacje opieki nad matką i dzieckiem. Ich funkcjonowanie było wyrazem rosnącej od połowy XIX w. troski o zdrowie niemowląt i ich matek, związanej zwłaszcza z wysoką umieralnością dzieci. Dzięki stacjom działacze RF i ich polscy, wykształceni w amerykańskich szkołach współpracownicy mogli propagować nowoczesne, w dużej mierze przyniesione z USA wzorce opieki nad kobietami w ciąży i w połogu oraz nad dziećmi do trzeciego roku życia.

Aktywność ośrodków zajmujących się profilaktyką w dziedzinie opieki nad kobietą ciężarną i niemowlęciem była zazwyczaj wspomagana przez kuchnię mleczną³⁷. W niektórych przypadkach, jak na Mokotowie, obok stacji funkcjonował żłobek dla dzieci do lat trzech. Część ośrodków pomagała też ubogim matkom finansowo, udzielając zapomóg³⁸. W powiecie będzińskim, wysoko uprzemysłowionym i cierpiącym na problemy związane z dużym bezrobociem, stacje opieki nad matką i dzieckiem wchodzące w skład okręgu wzorowego działały w czterech miejscowościach, przyjmując pacjentów od czterech do sześciu godzin w tygodniu — tyle samo, co przychodnie przeciwgruźlicze i dłużej niż pozostałe ośrodki (przeciwjagliczy czy przeciwweneryczny)³⁹. Z darmowych porad korzystały zazwyczaj ubogie rodziny; ich dzieci często otrzymywały bez opłat mleko i mieszanki przyrządzane w kuchniach mlecznych. W okręgu wileńskim dożywiana

³⁵ P. Weindling, *Public Health and Political Stabilization*, s. 261.

³⁶ M. Kacprzak, *Z działalności Departamentu Zdrowia*, s. 690.

³⁷ RAC, RF, RG 2, series 789, box 12, folder 100, Contribution of the Rockefeller Foundation to Health Work in Poland; Ibidem, RG 5.3, series 700, box 30, folder 2843, Report Paris Office 1926, vol. 2, Poland; na temat stacji opieki nad matką i dzieckiem działających w okresie międzywojennym w Polsce poza okręgami wzorowymi: M. Gromski, L. Bartel, *Stacja opieki nad matką i dzieckiem: organizacja i prowadzenie*, Warszawa 1926; M. Balcerek, *Rozwój opieki nad dzieckiem w Polsce w latach 1918–1939*, Warszawa 1978; M. Paciorek, *Higiena dzieci i młodzieży w Polskim czasopiśmiennictwie medycznym okresu międzywojennego*, Warszawa 2010, s. 140–162.

³⁸ RAC, RF, RG 2, series 789, box 231, folder 2949, Report Paris Office 1927, vol. 2, Poland, District of Warsaw, Annual Report 1927.

³⁹ Ibidem, Report, Paris Office 1927, vol. 2, Poland.

była ponad połowa dzieci będących pod opieką poradni⁴⁰. W zamyśle fundatorów i założycieli podstawowym zadaniem stacji opieki nad matką i dzieckiem było wyeliminowanie tradycyjnych, nienaukowych praktyk związanych z opieką nad niemowlęciem i kobietą ciężarną, zlikwidowanie złych zjawisk i nieprawidłowych standardów oraz zastąpienie ich nowoczesnymi, zwykle amerykańskimi wzorcami propagowanymi przez Fundację Rockefellera.

Raporty Fundacji, zwłaszcza pochodzące z pierwszej połowy lat dwudziestych, kiedy dopiero rozważano zaangażowanie się w programy zdrowia publicznego w Polsce, są pełne opisów polskiego zacofania i nieprawidłowości cechujących — według Amerykanów — zarówno opiekę nad matką i dzieckiem, jak całą medycynę społeczną. Polska tego okresu w opisach Amerykanów to ubogi kraj z domami krytymi strzechą, z „prymitywnymi budynkami mieszkalnymi”, w których chłopcy mieszkali razem ze zwierzętami domowymi⁴¹. Fotografie przesyłane do Nowego Jorku wzmacniały obraz II Rzeczypospolitej jako kraju wiejskiego i zacofanego, który potrzebuje pomocy i instrukcji na drodze do modernizacji. Opisując sytuację w Polsce z początku 1922 r. Sinclair Gunn, dyrektor europejskiego oddziału Międzynarodowej Rady Zdrowia Fundacji Rockefellera, zwracał uwagę na rozbieżności pomiędzy poszczególnymi regionami. Podstawową różnicą pomiędzy byłym zaborem pruskim a pozostałymi terenami był dla Gunna brak rejestracji urodzeń, ślubów i zgonów oraz chorób zakaźnych w byłej Galicji i Królestwie Polskim⁴². Brak statystyk oraz odpowiednich rozwiązań sanitarnych i zdrowotnych, uwypuklane w raportach Fundacji, wskazywały na zacofanie Polski i główne kwestie konieczne do naprawy.

Kolejnym problemem mocno podkreślanym w sprawozdaniach z początku lat dwudziestych była wysoka śmiertelność niemowląt i położnic. Wskaźnik umieralności niemowląt miał być według raportów i korespondencji prowadzonej przez pracowników Fundacji „ogromnym problemem”⁴³. W istocie, umieralność niemowląt mogła być uważana za obszar szczególnej troski w latach zaraz po wojnie, zwłaszcza na wschodnich terenach byłego zaboru rosyjskiego, na których, według raportów Fundacji, miała umierać większość niemowląt. Jeśli popatrzymy na późniejsze statystyki, chociażby działającego w Wilnie okręgu wzorowego, gdzie w 1932 r. 127 dzieci na 1000 umierało poniżej pierwszego roku życia⁴⁴, kwestia ta przedstawia się zgoła inaczej. W rzeczywistości w drugiej połowie lat dwudziestych i na początku trzydziestych wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce nie różnił się od amerykańskiego. Według szacunków prowadzonych w USA na

⁴⁰ Ibidem, box 236, folder 2876, Report Paris Office 1931, Poland.

⁴¹ Ibidem, RG 5.1, series 2, box, 273, folder 3458, Health Demonstration in Starostwo Warszawa.

⁴² Ibidem, RG. 6.1, series 1.3, box 47, folder 535, Medical Education in Poland, 1923–1924.

⁴³ Ibidem, RG 2, series 789C, box 4, folder 35, Warsaw School of Nursing, 1922–1933; ibidem, Jan Surawski to Elizabeth Crowell, 20/3/1924.

⁴⁴ Ibidem, RG 5.3, series 700, box 237, folder 2881, Report Paris Office 1932, Poland.

początku drugiej dekady XX w. umierało w tym kraju średnio 150 dzieci poniżej pierwszego roku życia na 1000 urodzonych⁴⁵. Stawiało to Stany Zjednoczone daleko w tyle za Europą Zachodnią. Wysoki wskaźnik śmiertelności niemowląt z pewnością stanowił problem pałacy i jednoznaczny dowód na zapóźnienie Polski i USA w dziedzinie opieki na matką i dzieckiem. W raportach RF zauważano także charakterystyczną dla Polski znacznie mniejszą śmiertelność dzieci żydowskich⁴⁶, tłumaczoną już w pierwszych dekadach XX w. większym zaufaniem Żydów do lekarzy i instytucji medycznych oraz szybszą interwencją lekarską w czasie choroby. W przypadku Żydów ważną rolę miała też odgrywać mniejsza liczba przesądów dotyczących opieki nad niemowlętami i opartych na nich nawyków i zwyczajów pielęgnacyjnych⁴⁷. Obok śmiertelności niemowląt, poważnym czy wręcz „przerażającym” problemem, według pracowników Fundacji Rockefellera, był wysoki wskaźnik umieralności kobiet przy porodzie. Został on zdefiniowany jako klęska społeczna, gdyż „co roku zabiera tysiące kobiet w wieku najbardziej produkcyjnym”⁴⁸.

Z raportów Fundacji można odnieść wrażenie, że wysoka śmiertelność niemowląt i położnic była spowodowana m.in. nieprawidłowymi praktykami w czasie porodu i opieki nad dziećmi. Według pracowników Fundacji istotny problem stanowiły standardy opieki szpitalnej nad rodzącymi kobietami. Oddziały położnicze nadzorowane przez położne były nieporządne, niewietrzone i przepełnione, dzieci trzymano w łóżkach razem z matkami⁴⁹. Położne stanowiły jeden z głównych problemów niskich standardów opieki nad matkami i niemowlętami. W powszechnym przekonaniu były one źle wyszkolone. Narzekano nawet na poziom tych, które ukończyły specjalne kursy mające je przygotować do wykonywania zawodu⁵⁰. W czasie jednej z wizyt w powiecie będzińskim przedstawiciel RF odwiedził tamtejszą położną. Skrupulatnie odnotował, że jej dom nie wyglądał czysto, zaś torba z instrumentami i lekami była źle wyposażona. Na sugestie wymiany torby, położna „bardzo się tym zestresowała i przejęła ze względu na koszty, jakich by to wymagało”⁵¹. Rzekomy niski standard położnych stanowił poważny problem dla okręgów wzorowych. Dokuczał on szczególnie wtedy, gdy położne starano się przyuczyć do wykonywania zadań brakujących pielęgniarek społecznych. By po-

⁴⁵ J. N. Giglio, *Voluntarism and Public Policy between World War I and the New Deal*. Herbert Hoover and the American Child Health Association, „Presidential Studies Quarterly” t. XIII, 1983, nr 3, s. 430.

⁴⁶ RAC, RF, RG 3, series 700, box 233, folder 2862, Report Paris Office 1929, Poland.

⁴⁷ W. S z e n a j c h, *Porównawcza charakterystyka urodzeń i śmiertelności wśród ubogiej ludności chrześcijańskiej i żydowskiej w Warszawie i Łodzi*, Warszawa 1916, s. 53.

⁴⁸ M. K a c p r z a k, *Wzorowe okręgi sanitarne*, s. 152.

⁴⁹ RAC, RF, RG 2, series 789C, box 3, folder 31, Memorandum re. Study of Sick Nursing and Health Visiting, Poland 1922.

⁵⁰ Ibidem, RG 5.3, series 700, box 30, folder 2843, Report Paris Office 1926, vol. 2, Poland.

⁵¹ Ibidem, RG 2, series 789, box 4, folder 50, Będzin.

lepszy kwalifikacje akuserek, uczono je m.in. odpowiedniego kąpania dzieci, ich pielęgnacji i opieki, co skwapliwie zarejestrowano na jednym ze zdjęć przesłanych z Polski do Fundacji. Jako niewykształcone i prezentujące „niskie standardy”, położne skierniewickie uczyły się prawidłowej pielęgnacji na gumowych lalkach, a nie na żywych dzieciach⁵².

Wszystkie problemy i nieprawidłowości w dziedzinie opieki nad matką i dzieckiem w Polsce, starannie odnotowywane w raportach Fundacji, miały zostać wyeliminowane przez stacje opieki nad niemowlętami i kobietami w ciąży, działające według amerykańskich standardów. Ich celem było przede wszystkim unowocześnienie praktyk pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz objęcie dzieci i matek profesjonalną kontrolą medyczną. Modelowe działania ośrodka opieki nad niemowlętami i kobietami w ciąży dobrze ilustruje poniższy fragment jednego z raportów Fundacji Rockefellera dotyczący okręgu w powiecie będzinińskim:

Odwiedziliśmy stację opieki nad niemowlętami, która została założona przed laty przez Polsko–Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom. Niemowlęta mają wyznaczone godziny przyjęć; potrzebujące dostają mleko. Pielęgniarka wizytująca odbywa od 30 do 50 wizyt społecznych w miesiącu. [...] Stacja opieki nad niemowlętami jest dostępna dla wszystkich, niezależnie od statusu społecznego i są podejmowane starania, aby jak najwięcej dzieci było do niej przynoszonych. Mleko jest rozdawane za darmo potrzebującym i za opłatą pozostałym. Klinika dla dzieci zdrowych i dla chorych mieszczą się w oddzielnych pomieszczeniach. Średnia ilość wizyt w stacji dziennie wynosi 35. Przyjmuje jeden lekarz. Dzieci zdrowe są badane przez lekarza co dwa tygodnie. Co dwa tygodnie organizowane są także wykłady dla matek⁵³.

Do osiągnięcia głównego celu w opiece na matką i dzieckiem, czyli unowocześnienia standardów opieki, kluczowe były działania trzech grup osób: lekarzy, pielęgniarek i matek. Dzięki instrukcjom i nadzorowi profesjonalistów kobiety w ciąży i z małymi dziećmi miały zmodernizować swoje praktyki macierzyńskie i w rezultacie unowocześnić polską rodzinę. Podobnie jak w Stanach Zjednoczonych⁵⁴, w Polsce, w zamyśle amerykańskich pomysłodawców okręgów wzorowych, matki miały pełnić kluczową rolę we wcielaniu w życie wizji i standardów nowoczesnej opieki nad najmłodszymi członkami społeczeństwa.

Opieką nad matką ciężarną i dzieckiem zajmowały się w stacjach przede wszystkim pielęgniarki, które rejestrowały niemowlęta, a później prowadziły dotyczącą je dokumentację. Do ich zadań należało też ważenie i mierzenie dzieci, co zgodnie z amerykańskimi standardami stanowiło najlepszy sposób nadzoru nad

⁵² Ibidem, RG 5.3, 700, box 233, folder 2862, Report Paris Office 1929, Poland.

⁵³ Ibidem, RG 2, series 789, box 4, folder 50, Będzin.

⁵⁴ L. Curry, *Modernizing the Rural Mother: Gender, Class, and Health Reform in Illinois, 1910–1930*, [w:] *Mothers and Motherhood. Readings in American History*, red. R. D. Apple, J. Golden, Columbus Ohio, 1997, s. 495.

prawidłowym rozwojem małego pacjenta⁵⁵. Na zdjęciach stacji opieki nad matką i dzieckiem przesyłanych z Polski do Fundacji Rockefellera, waga i wysokościamiernicz zazwyczaj widnieją na pierwszym planie i stanowią kluczowe atrybuty nowoczesności i naukowej opieki nad niemowlęciem opartej na statystyce⁵⁶. Wraz z widocznymi na fotografiach białymi kitlami lekarzy i pielęgniarek, lekarstwami w ciemnych butelkach i umywalkami, wagi i wysokościamiernicze dla niemowląt podkreślały profesjonalizm stacji i ich personelu. Kluczowe znaczenie ciężaru i wzrostu w nadzorowaniu rozwoju dzieci podkreślały też plansze wiszące w stacjach, przedstawiające wykresy z prawidłowymi skalami długości i ciężaru ciała niemowląt⁵⁷.

Wyrazem nowoczesnej opieki medycznej nad matką i dzieckiem było także poddawanie pacjentów stacji różnym testom diagnostycznym: badaniu krwi i ciśnienia, testowi na gruźlicę (dzieci), a także na syfilis (matek)⁵⁸. Niewątpliwie stanowiło to nadzorujący i korygujący element opieki nad kobietami w ciąży. Do nowych standardów należały również częste kontrole lekarskie. W relacji z ośrodka wileńskiego podkreślano, że dzieci zarejestrowane w poradni dla matek są przynoszone i badane raz w miesiącu⁵⁹; w cytowanym powyżej raporcie z powiatu będzińskiego podawano częstotliwość co dwa tygodnie. Stopniowe przejmowanie nadzoru nad rozwojem i pielęgnacją niemowląt przez lekarzy i pielęgniarki pracujące w stacjach było jedną z podstawowych idei, według których działały ośrodki. Medykalizacja opieki nad dziećmi postępowała od końca XIX w. w Europie Zachodniej, zaś w okresie międzywojennym kontrola lekarza nad rozwojem i zdrowiem niemowląt stawała się powszechną praktyką w USA, skąd standardy przeniesiono do ośrodków wzorowych w Polsce⁶⁰.

Pielęgniarki rejestrowały także przychodzące do stacji opieki kobiety w ciąży, które za pomocą pogadanek, plakatów i broszur informowano o prawidłowej pielęgnacji małych dzieci. Do zadań pielęgniarek należało również kąpanie przyniesionych do stacji niemowląt⁶¹ — co wskazuje, że według standardów stacji często nie były one dostatecznie czyste — oraz nadzorowanie kuchni rozdającej mleko, zwykle mieszczącej się pod jednym dachem z ośrodkiem opieki nad matką i dziec-

⁵⁵ J. P. Bro sco, *Weight Charts and Well-Child Care. When the Pediatrician Became the Expert in Child Health*, [w:] *Formative Years. Children's Health in the United States, 1800-2000*, red. A. M. Stern, H. Markel, Ann Arbor 2002, s. 91-120.

⁵⁶ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 232, folder 2854, District Nurses' Meeting on Health Exhibit; Ibidem, RG 1.1, series 789J, box 4, folder 50, Dąbrowa, Well Baby Clinic; Ibidem, RG 5.3, series 700, box 232, series 2851, Spokojna Health Center, Infant Health Center.

⁵⁷ Ibidem, RG 5.3, series 700, box 232, folder 2854, District Nurses' Meeting on Health Exhibit.

⁵⁸ Ibidem, box 236, folder 2876, Report Paris Office 1931, Poland.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ R. D. Apple, *Perfect Motherhood. Science and Childbearing in America*, New Brunswick-London 2006, s. 56-82.

⁶¹ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 237, folder 2881, Report Paris Office 1933, Poland.

kiem⁶². Niemowlęta chore były badane przez lekarza, który udzielał też porad. Rola medyka w stacji wydawała się jednak znacznie mniejsza niż pielęgniarki. Na przykład lekarze znacznie rzadziej przedstawiani byli na zdjęciach, niż personel pomocniczy.

Pielęgniarki pracujące w stacjach opieki organizowały także cykle pogadank w trakcie których udzielały instrukcji dotyczących pielęgnowania dzieci, gotowania i zbalansowanej diety oraz utrzymania czystości w domu⁶³. W powiecie skierniewickim w skład personelu stacji wchodziła osoba profesjonalnie przeszkolona do udzielania matkom porad dotyczących prowadzenia gospodarstwa domowego. Przy jej pomocy organizowano w okolicznych miejscowościach kilkudniowe kursy, podczas których kładziono nacisk na prawidłowe praktyki gospodarskie oraz higienę dziecka⁶⁴. Działania pielęgniarek w tej sferze przypominały programy mające na celu amerykańizację imigrantów organizowane w USA w pierwszych dekadach XX w. W programach kierowanych do imigrantek z Polski szczególny nacisk kładziono na opiekę nad dziećmi oraz zwyczaje kulinarne, starając się zachęcić Polki do rezygnacji z gotowanej kapusty na rzecz bardziej „amerykańskich” produktów żywnościowych i sposobów przyrządzania potraw⁶⁵.

Według standardów propagowanych dla stacji przez Fundację Rockefellera, powinny w nich pracować profesjonalne pielęgniarki społeczne, które mogłyby regularnie odwiedzać swoich podopiecznych w domach⁶⁶. Ich wizyty miały na celu przede wszystkim kontrolę standardów opieki nad niemowlętami — głównie praktyk pielęgnacyjnych, czystości i diety — oraz nadzór nad przestrzeganiem zasad higieny i prawidłowego odżywiania się⁶⁷. Według pomysłodawców ośrodków wzorowych, śmiertelność położnic, dotycząca przede wszystkim tereny wiejskie, mogła być łatwo wyeliminowana dzięki pielęgniarkom społecznym, które w przeciągu kilku lat miały „ludność nauczyć, by w porę udawała się do lekarza lub wykwalifikowanej akuszerki, a udostępniwszy tę pomoc, zapobiec przedwczesnej śmierci matek”⁶⁸. Według Fundacji ideałem był jak najszerzej zakrojony program wizyt domowych, realizowany przez pielęgniarki. Udało się go zrealizować w dużym stopniu na Mokotowie, gdzie pod koniec lat dwudziestych odwiedzały one

⁶² Ibidem, box 30, folder 2843, Report Paris Office 1926, vol. 2, Poland, Report on the Activities of the Skierniewice Health Demonstrations.

⁶³ Ibidem, box 233, folder 2862, Report Paris Office 1929, Poland.

⁶⁴ AAN, MOS, sygn. 261, k. 9, Protokół posiedzenia Komisji Wojewódzkiej przy Wydziale Zdrowia Publicznego w sprawie Fundacji Rockefellerowskiej na powiat warszawski z 5 maja 1927 r.

⁶⁵ J. F. McClymer, *Gender and the „American Way of Life”: Women in the Americanization Movement*, „Journal of American Ethnic History” t. X, 1991, nr 3, s. 12.

⁶⁶ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 30, folder 2843, Report Paris Office 1926, vol. 2, Poland, Report on the Activities of the Skierniewice Health Demonstrations.

⁶⁷ AAN, MOS, sygn. 732, Druki rejestracyjne, Ośrodek Zdrowia na Mokotowie.

⁶⁸ M. Kacprzak, *Wzorowe okręgi sanitarne*, s. 152.

ok. 34% ludności⁶⁹. Zadania stawiane przed pielęgniarkami społecznymi w stacjach opieki nad matką i dzieckiem były kluczowe dla prawidłowego — w zamyśle amerykańskich fundatorów — ich działania. Tym dotkliwsze okazywały się braki personalne, trapiące wiele okręgów wzorowych, zwłaszcza wiejskich i małomiasteczkowych, np. w powiecie skierniewickim. Niedostatki personelu najdotkliwsze były w przypadku pielęgniarek. Nierzadko zdarzało się, że wykwalifikowane pielęgniarki społeczne, kształcone w warszawskiej szkole założonej przez Amerykanki, nie chciały po zakończeniu nauki wyjeżdżać do pracy na prowincję, obawiając się że będą musiały mieszkać w chłopskich izbach⁷⁰. Kłopoty z pielęgniarkami wizytującymi trapiły okręg skierniewicki aż do lat trzydziestych. Podobne problemy miał także założony w 1929 r. ośrodek wileński, w którym absolwentki szkoły dla pielęgniarek prowadzonej przez Amerykanki nie chciały pracować ze względu pensje — zbyt niskie, jak na ich aspiracje⁷¹. Także w najlepiej funkcjonującym ośrodku wzorowym na Mokotowie doskwierał brak wyszkolonego personelu, co prowadziło do przeciążenia pielęgniarek, nierzadko zmuszonych do pracy przez sześć czy siedem dni w tygodniu⁷².

Ważną rolę w propagowaniu wzorców prawidłowej opieki nad matką i dzieckiem miały spełniać także działające przy stacjach kuchnie (często zwane „Kroplami mleka”⁷³), w których potrzebujące niemowlęta otrzymywały mieszanki mleczne przygotowane według najlepszych standardów⁷⁴. Rolę atrybutu nowoczesności w kuchniach mlecznych pełnił sterylizator, z dumą prezentowany na zdjęciach przesyłanych do Fundacji z Polski. Tylko odpowiednio wyselekcjonowane i wysterylizowane mleko mogło zapewnić zdrowy pokarm i zapobiec jednej z najważniejszych przyczyn śmiertelności niemowląt — chorobom gastrycznym spowodowanym nieprawidłowym żywieniem⁷⁵. Zgodnie z lansowanymi wówczas standardami medycznymi, mleko i mieszanki rozdawane w kuchniach miały pełnić tylko rolę wspomagającą; poza tym w stacjach propagowano karmienie piersią, co wyraźnie ilustrował plakat widoczny na fotografii kuchni mlecznej jednego z ośrodków, z napisem: „Niech mnie Mama karmi!” Do karmienia piersią zachęcano także kobiety w stacjach amerykańskich, propagując mało popularną

⁶⁹ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 233, folder 2862, Report Paris Office 1929, Poland.

⁷⁰ Ibidem, box 30, folder 2843, Report Paris 1926, vol. 2, Poland.

⁷¹ Ibidem, box 235, folder 2871, Report Paris Office 1930, Poland.

⁷² AAN, MOS, sygn. 256, k. 70, Liczby dotyczące okręgu mokotowskiego i podziału pracy personelu.

⁷³ Na temat powstawania na ziemiach polskich, szczególnie w Galicji, stacji „Kropli mleka” przed I wojną światową pisałam w: S. Kuźma-Markowska, *From „Drop of Milk” to „Bureaus for Mothers” — Infant Care and Visions of Medical Motherhood in the Early 20th Century Polish Part of the Habsburg Empire*, [w:] *Medicine Within and Between Hamburg and Ottoman Empires, 18th–19th Centuries*, red. T. D. Sechel, Bochum 2011, s. 131–147.

⁷⁴ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 232, folder 2843, Report Paris Office, 1926, vol. 2, Poland.

⁷⁵ W. Szenajch, *Rady dla matek o karmieniu i pielęgnowaniu niemowląt*, Warszawa 1916, s. 1.

wówczas w USA alternatywę dla sztucznych mieszanek⁷⁶. Amerykańscy zwolennicy karmienia piersią, jak również preferujący butelkę, zgadzali się jednak, że wszystkie praktyki żywieniowe niemowląt powinny się odbywać pod ekspercką kontrolą lekarza, który miał decydować o odpowiedniej formule i ilości pokarmu. Karmienie najmłodszych dzieci, podobnie jak i inne sfery opieki nad nimi, ulegało w Stanach Zjednoczonych stopniowej medykalizacji i stawało się kolejnym obszarem w rozwoju niemowlęcia ściśle nadzorowanym przez lekarza⁷⁷. W Polsce „Krople mleka”, będące zazwyczaj częścią stacji opieki nad niemowlęciem i kobietą w ciąży, miały także propagować prawidłowe standardy higieniczne w opiece nad niemowlęciem, a także objąć jak największą liczbę małych pacjentów systematyczną kontrolą lekarską⁷⁸.

Kolejnym aspektem opieki nad matką i dzieckiem, o którym możemy się dowiedzieć dzięki raportom przesyłanym do Fundacji Rockefellera, są porody. Dwudziestolecie międzywojenne według amerykańskich badaczek Judith Walzer Leavitt, Jacqueline Wolf i Rimy D. Apple, było okresem, kiedy w USA rodzenie dzieci stopniowo przenosiło się z domu do szpitala. Zjawisko to — na przełomie XIX i XX w. dotyczące tylko kobiet z najniższych warstw społecznych — w latach dwudziestych i trzydziestych zaczęło coraz częściej obejmować także Amerykanki z warstw średnich. Przyczyniły się do niego wyższe standardy czystości, coraz lepsza opieka oraz oferowane w szpitalu znieczulenie, którym w Stanach Zjednoczonych zainteresowanych było coraz więcej kobiet. Szpitalna porodówka stopniowo przestawała być utożsamiana z miejscem, na które skazane były ubogie kobiety niemogące sobie pozwolić na opiekę prywatnego położnika⁷⁹.

Tymczasem w okresie międzywojennym w Polsce większość dzieci nadal rodziła się w domach⁸⁰. Zgodne z tym trendem wydają się statystyki dotyczące ośrodka wzorowego na Mokotowie, gdzie pod koniec lat dwudziestych ponad 80% porodów odbywało się w domach rodzających⁸¹. Podobnie we Lwowie w 1930 r. większość kobiet rodziła w domu w asyście położnej⁸². Natomiast zaskakujące są przesyłane do Fundacji Rockefellera dane dotyczące okręgu wileńskiego. Tam przez wiele lat od 70 do nawet 89% kobiet miało rodzić w szpitalu, a tylko

⁷⁶ R. A. Meckel, op. cit., s. 94–96.

⁷⁷ R. D. Apple, *Mothers and Medicine. A Social History of Infant Feeding, 1980–1950*, Madison, Wisconsin 1987, s. 150–166; J. Golden, *Social History of Wet Nursing: from Breast to Bottle*, Cambridge 1996, s. 179–200.

⁷⁸ R. A. Meckel, op. cit., s. 93.

⁷⁹ J. W. Leavitt, *Brought to Bed. Child-bearing in America, 1750–1950*, New York–Oxford 1986, s. 171n.; J. H. Wolf, *Deliver Me from Pain: Anesthesia and Birth in America*, Baltimore 2009; R. D. Apple, *Perfect Motherhood*, s. 61.

⁸⁰ P. Mężyński, *Rola poradni dla matek*, „Zdrowie”, 1929, nr 5, s. 272–280; cyt. za: M. Paciorek, op. cit., s. 142.

⁸¹ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 232, folder 2854, Report Paris Office 1928, Poland.

⁸² Ibidem, box 235, folder 2871, Report Paris Office 1930, Poland.

pozostałe w domu przy asyście pielęgniarki, bądź bez niczyjej pomocy⁸³. Liczba kobiet rodzących bez żadnej asysty, jak z dumą podkreślano, spadała z roku na rok. Do popularności porodów szpitalnych w Wilnie przyczyniły się bez wątpienia zachęty finansowe stosowane w ośrodku — rodzące matki były zwalniane z dużej części opłat za poród, zaś najuboższe rodziły za darmo⁸⁴. Prawdopodobnie też kobiety, które szukały opieki nad ciążą w stacji jeszcze przed porodem, były bardziej oswojone ze środowiskiem lekarskim i bardziej ufały naukowej medycynie. Jednak najważniejszy z punktu widzenia personelu ośrodka wileńskiego był fakt, że większość matek rodzących w szpitalu przynosiła później dzieci na kontrolę do stacji opieki⁸⁵. W ten sposób podstawowy postulat Fundacji i okręgów zbiorowych — objęcie opieką lekarską i nadzorem jak największej liczby dzieci i matek na wszystkich etapach: ciąży, porodu i opieki do trzeciego roku życia — był skutecznie realizowany.

Propagowane przez RF standardy w dziedzinie położnictwa skwapliwie starali się spełniać jej polscy współpracownicy. Ich wysiłki pokazuje zdjęcie przesyłane z Warszawy do Nowego Jorku, prezentujące oddział położniczy we współfinansowanym przez Fundację szpitalu, uwypuklające wprowadzenie preferowanych przez RF standardów w opiece nad kobietą ciężarną i niemowlęciem. Na zdjęciu dzieci leżą w odrębnych małych łóżeczkach, ustawionych obok łóżek zajmowanych przez położnice. Zajmowanie wspólnych posłań przez dzieci i matki po porodzie było według przedstawicieli Fundacji istotnym problemem w Polsce na początku lat dwudziestych. W krótkim okresie — jak zdawała się podkreślać fotografiami — udało się go jednak wyeliminować. Także sala przedstawiona na zdjęciu, wbrew temu na co narzekano wcześniej, nie była przepełniona, zaś prawidłowe wietrzenie umożliwiała duże, widoczne na fotografii okno. Nowoczesne i naukowe standardy opieki nad położnicami podkreślały także kartki z naniesionymi wykresami temperatury, wiszące nad łóżkiem każdej kobiety⁸⁶. Oddział był wzorowy — zgodnie z myślą funkcjonowania ośrodka — zaś jego kierownicy z dumą tę modelowość prezentowali.

Wielokrotnie już wspomnianym celem stacji opieki nad matką i dzieckiem, działających w ramach okręgów wzorowych, była korekta szkodliwych i nieprawidłowych praktyk pielęgnacji niemowląt. W celu ich wyeliminowania zwracano się do matek. Przychodzące do stacji kobiety z dziećmi zaraz po przekroczeniu jej progu znajdowały się w otoczeniu mającym za zadanie przekazać im jak najwięcej in-

⁸³ Ibidem, box 235, folder 2871, Report Paris Office 1930, Poland; ibidem, box 236, folder 2876, Report Paris Office 1931, Poland; ibidem, box 237, folder 2881, Report Paris Office 1932, Poland.

⁸⁴ Z bezpłatnej opieki medycznej i pomocy lekarskiej w trakcie i po porodzie mogły w II RP korzystać osoby objęte systemem ubezpieczeń społecznych (czyli zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego); K. S i e r a k o w s k a, op. cit., s. 114.

⁸⁵ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 237, folder 2881, Report Paris Office 1933.

⁸⁶ Ibidem, RG 1.1, series 789L, box 165, folder 3169, the Sejmik Hospital, Pruszków, the Maternity Ward.

formacji o nowoczesnej, prawidłowej opiece nad niemowlętami. Pierwszoplanową rolę pełniły plakaty, obficie zdobiące ściany pomieszczeń: poczekalni, gabinetów pielęgniarek i lekarzy. W stacji w Dąbrowie, wchodzącej w skład będązińskiego okręgu wzorowego, pochodzące głównie ze wsi kobiety mogły się dowiedzieć, czego chcą dzieci: piersi matki, zdrowych rodziców, słońca i powietrza, suchych pieluch, własnego łóżka, regularnego karmienia, ochrony od much — jak głosiły wypisane na plakacie hasła. Karmienie piersią propagował także inny często wiszący w stacjach „Kropli mleka”, wspomniany już plakat z napisem: „Niech mnie Mama karmi!”, przedstawiający płaczące niemowlę ze wstrętem odrzucające butelkę z krowim lub sztucznym (jak się możemy domyślać) mlekiem. Plakaty podkreślały także konieczność skrupulatnego przestrzegania czystości w pielęgnacji dzieci oraz niebezpieczeństwo much — jak mogło się wydawać plagi polskich wsi. Plakaty wiszące na ścianach stacji, jak głosiły widoczne na nich napisy, były zazwyczaj produkowane i dystrybuowane z pomocą Amerykańskiego Czerwonego Krzyża. Co więcej, na niektórych zdjęciach przedstawiających stacje opieki nad matką i dzieckiem można dostrzec na ścianach plakaty w języku angielskim np. wskazujące na wady podawania dzieciom smoczka lub innego „uspokajacza” lub krytykujące zbyt długie leżenie w łóżku⁸⁷. We wspomnianym ośrodku w Dąbrowie, oprócz anglojęzycznych plakatów, na ścianach wisały też: flaga USA oraz tabliczki z napisem: Amerykański Wydział Ratunkowy, Fundacja dla Dzieci Europy, Misja dla Polski oraz portret Herberta Hoovera — szefa tego Wydziału oraz — w powszechnym przekonaniu — największego przyjaciela i dobroczyńcy polskich dzieci.

Oprócz plakatów funkcję edukacyjną miały pełnić także pogadanki, pochody, kursy i szkoły. W trakcie odbywających się w ośrodkach wykładów dla matek, pielęgniarki społeczne uczyły prawidłowego pielęgnowania dzieci oraz udzielały instrukcji z dziedziny higieny i karmienia⁸⁸. Podczas tych pogadanek duży nacisk kładziono na kąpanie dzieci, demonstrując techniki trzymania niemowlęcia i propagując specjalne wanienki, przeznaczone wyłącznie dla małych pacjentów⁸⁹. Do szerszego kręgu odbiorców — matek nieodwiedzających poradni — starano się dotrzeć organizując tzw. pochody. Zdjęcia jednego z nich, odbywającego się w powiecie skierniewickim, przedstawiają wóz z kobietami w białych chustkach na głowach z niemowlętami na rękach. Przyczepiony do wozu napis głosił: „Nim dzieckiem choroba owładnie, matko z nim odwiedź poradnię, zbadają je, umyją, zważą, radą i mlekiem obdarzą”⁹⁰.

Także w lwowskim okręgu wzorowym, założonym na przedmieściach miasta zamieszkanym przez ubogich małopolskich rolników i biednych robotników, opie-

⁸⁷ Ibidem, series 789J, box 4, folder 50.

⁸⁸ Ibidem, RG 5.3, series 700, box 232, folder 2851, Report Paris Office 1927, vol. 2, Poland.

⁸⁹ Ibidem, box 232, folder, 2854, Child Welfare Dispensary — Demonstration of a Bath.

⁹⁰ Ibidem, box 30, folder 2843, Report Paris 1926, vol. 2, Poland.

ka nad matką i dzieckiem była palącym problemem. By polepszyć jej standardy, od 1929 r. do połowy lat trzydziestych prowadzono kurs dla kobiet ciężarnych oraz młodych matek, podczas którego instruowano je na temat zasad higieny i „nowoczesnej” opieki nad niemowlęciem, opartej na karmieniu piersią i utrzymywaniu bezwzględnej czystości. Kursy te miały jednak bardzo niewielki zasięg; w 1929 r. uczestniczyło w nich zaledwie 30 matek, przede wszystkim ubogich kobiet, które rzadko było stać nawet na wyprawkę dla dziecka⁹¹. W następnym roku kursy przekształciły się w „koło dla matek,” w czasie którego uczestniczki uczone, jak dbać o swoje zdrowie przed porodem oraz jak pielęgnować i karmić niemowlę po porodzie⁹². W czasie pokazów, pogadanek i pochodów z nośnymi hasłami kładziono nacisk na współpracę ciężarnych kobiet z położnymi, poprawę warunków sanitarnych w ich domach oraz higieniczne postępowanie w opiece nad niemowlęciem⁹³. Przedsięwzięcia te wpisywały się w ogólny cel ośrodków opieki nad matką i dzieckiem, którym było objęcie jak największej liczby kobiet w ciąży i niemowląt profesjonalną opieką medyczną prowadzoną według nowoczesnych, amerykańskich standardów.

W działającej pod auspicjami Fundacji Rockefellera Państwowej Szkole Higieny — zapewne w reakcji na wywołaną przez polskich socjalistów i „Wiadomości Literackie” dyskusję na temat świadomego macierzyństwa — na początku lat trzydziestych zainteresowano się także próbami kontrolowania liczby potomstwa w polskich rodzinach. Badania prowadzone na ten temat przez wielokrotnie cytowanego już Marcina Kacprzaka objęły wszystkie grupy społeczne, nie tylko klasę średnią i wyższą, której członkowie, jak powszechnie było wiadomo, stosowali środki antykoncepcyjne. Dane zebrane przez Kacprzaka i jego kolegów z PSH pokazywały, że kontrola urodzeń staje się popularna we wszystkich rejonach kraju i wśród wszystkich warstw społecznych⁹⁴. Pomimo stwierdzenia, że metody i środki antykoncepcyjne stosowane przez większość badanych są często „nieskuteczne i szkodliwe dla zdrowia,” ani Kacprzak, ani RF nie podjęli żadnych kroków by stan ten zmienić. Kierowany przez Kacprzaka i subsydiowany przez Fundację oddział PSH wołał raczej kontynuować wcześniej rozpoczęte badania nad śmiertelnością okołopłodową matek, uważane widocznie za ważniejsze⁹⁵. Fakt ten wskazuje na konserwatyzm Fundacji, która dopiero w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych

⁹¹ Ibidem, box 233, folder 2862, Report Paris Office 1929, Poland.

⁹² Ibidem, box 235, folder 2871, Report Paris Office 1930, Poland.

⁹³ Ibidem, box 232, folder 2854, Report Paris Office 1928, Poland.

⁹⁴ Część wyników tych badań, dotyczących przede wszystkim lekarzy, znajduje się w: M. Kacprzak, *Badania nad rozrodzością w Polsce, cz. II (Ankieta wśród lekarzy)*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” nr 21, 1933, s. 487; nr 19, 1932; nr 20, 1932.

⁹⁵ RAC, RF, RG 5.3, series 700, box 237, folder 2881, Report Paris Office 1933, Poland.

— w obawie przed „przeludnieniem” mającym dotknąć przede wszystkim Azję i Afrykę — zaangażowała się w programy planowania rodziny⁹⁶.

W latach trzydziestych niechętny akcji świadomego macierzyństwa był także Kacprzak⁹⁷ — entuzjasta okręgów wzorowych oraz stypendysta Fundacji Rockefellera, wyraźnie naznaczony jej filozofią działania. Według niego propagowanie środków antykoncepcyjnych mogło doprowadzić do „wyludnienia państw kulturalnych”⁹⁸. Kacprzak jednoznacznie postrzegał kontrolę urodzeń jako groźbę dla tradycyjnej rodziny i stosunków społecznych. Jego konserwatyzm jest widoczny chociażby w stwierdzeniu, że świadome macierzyństwo równa się wyludnieniu, które: „zmusi ludzkość do przekształcenia wzajemnych stosunków obu płci, i rodzina w dzisiejszej postaci nie utrzyma się”⁹⁹. Zmiana relacji pomiędzy płciami z tradycyjnych i patriarchalnych na bardziej egalitarne poprzez wprowadzenie świeckiego ustawodawstwa małżeńskiego i możliwości rozwodów była jednym z elementów reformy obyczajów, postulowanej przez grupę publicystów skupionych wokół „Wiadomości Literackich” — głównych popularyzatorów świadomego macierzyństwa. Stwierdzając, że „rodzina w obecnym kształcie nie utrzyma się”, Kacprzak artykułował obawy bardziej tradycyjnego środowiska, które na reformę obyczajów reagowało anatema i przeciwstawiało się ograniczeniu liczby dzieci w rodzinie oraz edukacji seksualnej, stanowiących istotne elementy tej reformy. W istocie obawy lekarza dotyczyły kształtu przyszłego społeczeństwa. Wizja nowoczesnej, laickiej, egalitarnej i racjonalnie planowanej rodziny przeciwstawiona została rodzinie tradycyjnej, ze zwyczajowymi rolami płci i wysokim przyrostem naturalnym. Zarówno Kacprzak, jak Fundacja Rockefellera w działaniach prowadzonych w Polsce jasno opowiadali się za tą drugą.

*

Stosunek Fundacji Rockefellera i Marcina Kacprzaka do kontroli urodzeń i postulowany przez nich model rodziny skłaniają do uważnego przyjrzenia się wizji nowoczesności, propagowanej w opiece nad matką i dzieckiem w okręgach wzorowych. Bez wątpienia RF zależało na poprawie warunków zdrowia i zmniejszeniu śmiertelności niemowląt i położnic, warto jednak także zapytać o cel podej-

⁹⁶ M. Connelly, *Fatal Misconception. The Struggle to Control World Population*, Cambridge Mass., 2008.

⁹⁷ O stosunku Kacprzaka do kontroli urodzeń i jego polemice z ginekologiem Hermanem Rubinautem, udzielającym porad antykoncepcyjnych w pierwszej polskiej Poradni Świadomego Macierzyństwa pisałam w: S. Kuźma – Markowska, *Działacze ruchu świadomego macierzyństwa w latach 30. XX w.*, [w:] *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX w.*, red. B. Urbaneck, Warszawa 2009, s. 270–275.

⁹⁸ M. Kacprzak, *Groźba wyludnienia a ograniczenie potomstwa*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, nr 22, 1932, s. 529.

⁹⁹ Idem, *W sprawie świadomego macierzyństwa*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, nr 27, 1932, s. 645.

mowanych przez Fundację działań w tej dziedzinie, a także o jej wizję stosunków społecznych, przede wszystkim relacji pomiędzy płciami.

W raportach z okręgów wzorowych jasno widać, że kluczową rolę w funkcjonowaniu stacji opieki nad matką i dzieckiem odgrywały kobiety: pacjentki i opiekunki niemowląt oraz pielęgniarki wizytujące i położne. Sprawozdania i zdjęcia potwierdzają oczywisty wówczas fakt: opieka nad dzieckiem była zadaniem matki, zapewne uważanej z przyczyn biologicznych za najlepiej do tego predysponowaną. Na zdjęciach i w raportach nigdzie nie spotyka się ojców w roli opiekunów dzieci. Pacjentki w stacjach pojawiają się przede wszystkim w roli matek — przyszłych (kobiety w ciąży, które należało otoczyć szczególną opieką medyczną) lub faktycznych — już po porodzie. Nacisk kładziony w stacjach na macierzyństwo podkreśla tradycyjny model małżeństwa i rodziny, propagowany przez Fundację. Matki należało otoczyć opieką przede wszystkim ze względu na ich funkcje reprodukcyjne i poinstruować, jak powinna wyglądać nowoczesna opieka nad dzieckiem, w okresie międzywojennym często postrzeganym jako przyszłość narodu. Zdrowe dzieci miały zgodnie z ideami przyświecającymi Fundacji Rockefellera stać się w przyszłości produktywnymi obywatelami.

Role płci w ośrodkach były jasno zdefiniowane także w przypadku personelu. Lekarze zarządzający ośrodkami wzorowymi i przyjmujący w stacjach opieki byli mężczyznami. Kobiety — pielęgniarki i położne — stanowiły personel pomocniczy. Można wśród nich wyróżnić dwie kategorie. Pierwsza to profesjonalistki — szkolone przez amerykańską szkołę pielęgniarki społeczne uosabiające nowoczesną, naukową medycynę, propagujące amerykańskie standardy opieki nad matką i dzieckiem. Druga grupa to polskie położne — zwykle oceniane w sprawozdaniach jako „prymitywne,” źle wykształcone, nieposiadające podstawowej wiedzy na temat nowoczesnych metod opieki nad niemowlęciem. Ponieważ wyszkolonych pielęgniarek zwykle brakowało, bądź nie chciały one podejmować pracy w prowincjonalnych ośrodkach, często jedynym wyjściem były próby szkolenia położnych, które uczono podstawowych zasad dotyczących pielęgnowania niemowlęcia, zupełnie ignorując ich tradycyjną, ludową wiedzę oraz doświadczenie.

Zarówno w Polsce, jak w USA w kampaniach na rzecz zmniejszenia umieralności niemowląt i poprawy opieki nad dziećmi podkreślano kluczową rolę, jaką miały do spełnienia ich matki. W amerykańskim kontekście stwierdzenia te zostały wykorzystane przez kobiety z klasy średniej. Pomogły działaczkom społecznym w zwiększeniu ich roli w życiu publicznym i objęciu ważnych stanowisk w administracji i organizacjach społecznych zajmujących się opieką nad dziećmi¹⁰⁰. W Polsce tak się nie stało. Przez cały okres międzywojenny publiczna opieka nad matką i dzieckiem była zdominowana przez mężczyzn zajmujących kluczowe pozycje w rządzie i administracji. Aktywistki społeczne działające w sferze opieki nad matką i kobietą ciężarną — np. Wanda Szczawińska (kierowniczka warszaw-

¹⁰⁰ L. Curry, op. cit., s. 496.

skiej stacji „Kropli mleka”), Zofia Garlicka (ordynatorka oddziału położniczego Szpitala Ujazdowskiego¹⁰¹) czy Justyna Budzińska-Tylička — nie piastowały żadnych stanowisk w organach rządowych, nadzorujących opiekę nad niemowlętami i ich matkami, ani w organizacjach zrzeszających profesjonalistów w tej dziedzinie (np. pediatrów). Zamiast nich pozycje te zajmowali Władysław Szenajch, Karol Jonscher, Marcin Kacprzak. W prasowych dyskusjach, zwłaszcza na łamach periodyków fachowych, uczestniczyli także przede wszystkim mężczyźni: Marcin Kacprzak, Jan Bogdanowicz, Marcei Gromski, Marian Balcerek, Stanisław Kopczyński¹⁰². Hasła nawołujące do włączenia doświadczeń matek przy podejmowania decyzji w publicznej opiece nad dzieckiem nie pojawiły się także w dyskursie publicznym. Wszystko to wskazuje na brak potencjału emancypacyjnego okręgów wzorowych i stacji opieki nad matką i dzieckiem.

Relacje pomiędzy płciami widoczne w ośrodkach zdrowia, podobnie jak stosunek Fundacji Rockefellera do kontroli urodzeń, pokazują konserwatywną wizję nowoczesności propagowaną przez RF. Zmodernizowanie polskiej rodziny miało się odbywać m.in. przy pomocy stacji opieki nad matką i dzieckiem, zakładanych i nadzorowanych przez Fundację. Stacje, prowadzone przez lekarzy i pielęgniarki wykształconych przez Amerykanów, instruowały kobiety w ciąży i z niemowlętami, jak mogą zmodernizować swoje praktyki macierzyńskie i w rezultacie unowocześnić polską rodzinę. Nowoczesność ta nie oznaczała jednak przemian obyczajowych czy bardziej egalitarnej wizji stosunków społecznych i rodzinnych, opartej na równości pomiędzy płciami. Podstawę standardów opieki nad matką i dzieckiem, propagowanych przez RF, stanowiły amerykańskie progresywne zasady naukowości, racjonalności i skuteczności. Istotne w nich było skrupulatne prowadzenie statystyk i kartotek oraz rejestrowanie przypadków, a także opieranie akcji sanitarnych „na nauce” i „nowoczesnej higienie”. Według Fundacji nowoczesność oznaczała także obejmowanie coraz większej liczby sfer życia — także prywatnego — kontrolą naukowej medycyny. Celem działań RF była modernizacja Polski, postrzeganej jako kraj prymitywny i zacofany, w tym unowocześnienie polskiej rodziny oraz jej podniesienie „na wyższy szczebel kultury ogólnej.” W zamyśle Amerykanów modernizacja ta polegać miała m.in. na zwiększeniu rozrodczość jej obywateli, osiągniętej dzięki polepszeniu warunków życia i stanu zdrowia.

Care for mother and child in the activities of the Rockefeller Foundation in interwar Poland

The article is devoted to the activities of the American Rockefeller Foundation aimed at care for mothers and children in interwar Poland. The idea behind these activities was modernization of the Polish family. At the time the Rockefeller Foundation was the biggest

¹⁰¹ K. Sierakowska, op. cit., s. 39.

¹⁰² M. Paciorek, op. cit., passim.

private global philanthropic organization functioning in Poland. Primarily, it concentrated on social medicine programmes and public health issues. Since 1922, the Foundation cooperated with Polish physicians and social activists, actively participating in setting up and then financing the so called 'exemplary areas', the goal of which was to operate prophylactic initiatives and disseminate modern social medicine standards. With the assistance of the Rockefeller Foundation six such 'exemplary areas' were established, which encompassed Mother and Child Care Stations and the so called 'Milk Kitchens' and nurseries, in which special personnel trained by the Americans, in particular social nurses, propagated modern methods of looking after pregnant women and infants, pointed out errors made by the parents, and demonstrated how those errors could be avoided. The Mother and Child Care Stations showed pregnant women and mothers of infants, how to modernize their motherly care and, in result, modernize the Polish family. The concept of the modern family, which emphasized motherhood and reproductive functions of women, was based on traditionally defined gender roles and high population growth. It combined social conservatism with the belief in scientific progress. According to the Rockefeller Foundation modernity meant encompassing as many children as possible with medical surveillance; it did not imply changes in morality or more egalitarian social relationships.