

Teresa Oleńska-Pawlak, Jadwiga Jedynak

## Rozwój opieki medycznej w Polsce nad dziećmi i młodzieżą uczącą się

Pierwsze wzmianki o opiece nad młodzieżą uczącą się pochodzą z epoki Odrodzenia, kiedy to w 1569 roku Piotr z Poznania dokonał w Akademii Krakowskiej wieczystego zapisu na opłacenie pomocy medycznej dla niezamożnych żaków. Fakt powstania tej fundacji stawia Polskę - według Sławomira Radiukiewicza specjalisty z zakresu medycyny szkolnej - w rzędzie światowych prekursorów organizacji opieki zdrowotnej<sup>1</sup>. Wszelako sprawy te pozostawały jeszcze poza zasięgiem ówczesnego szkolnictwa. Jedynie pedagodzy i filozofowie tego okresu (J. A. Komeński, J. Locke) zwracali uwagę w swoich dziełach na znaczenie zdrowia<sup>2</sup>.

Idea ochrony zdrowia uczniów znalazła w Polsce po raz pierwszy swoje urzędowe i praktyczne odzwierciedlenie w szkolnictwie Oświecenia. W 1773 r. w ustawach Komisji Edukacji Narodowej zawarto bowiem m. in. przepisy dotyczące zagadnień higieny szkolnej i ochrony zdrowia uczniów. Obowiązkiem ich przestrzegania obarczono nauczycieli<sup>3</sup>.

Grzegorza Piramowicza - jednego z głównych działaczy Komisji - do dziś uważa się za ojca polskiej higieny szkolnej. W kilkanaście lat bowiem po wydaniu ustaw napisał on, celem praktycznego uzupełnienia stwierdzeń w nich zawartych, "Powinności nauczyciela w szkołach parafialnych", gdzie zmieścił wskazówki dotyczące wychowania zdrowotnego i ochrony zdrowia uczniów<sup>4</sup>.

Do doskonałym realizatorem zasad Komisji w zakresie opieki nad zdrowiem uczniów był Tadeusz Czacki, który w założonym przez siebie Gimnazjum Krzemienieckim (1803) stworzył po raz pierwszy etat lekarza szkolnego oraz opracował wskazania dotyczące jego zadań i pracy (Radiukiewicz 1973).

W drugiej połowie XIX wieku, w krajach, gdzie przyjął się obowiązek nauki szkolnej - czego konsekwencją stanowił masowy proces nauczania dzieci i młodzieży - środowiskiem szkolnym i sprawami zdrowia uczniów zaczęli interesować się lekarze. Niestety - jak stwierdza Maciej Demel - nie jako sprzymierzeńcy i doradcy szkoły, ale jej bezwzględni i niesprawiedliwi krytycy<sup>5</sup>. Wspomniane zainteresowania skupiały się wówczas wokół badań nad wpływem zbiorowej nauki na zdrowie uczniów oraz mających na celu ocenę warunków nauczania, tj. higieny budynku szkolnego i procesu nauczania.

Do pionierów w tym zakresie zalicza się W. Szokalskiego (Paryż 1844) i J. Cohna (Wrocław 1866). Stwierdzili oni wpływ szkoły na powstawanie krótkowzroczności, spowodowanej - ich zdaniem - niewłaściwym oświetleniem i zb lekcyjnych. Do podobnych ustaleń odnośnie narastających wraz z wiekiem uczniów zniekształceń statycznych i wad postawy doszli lekarze ortopedzi. Inni zwrócili uwagę na środowisko szkolne będące rozsadnikiem chorób zakaźnych.

W rezultacie lekarze obarczyli środowisko szkolne całkowitą odpowiedzialnością za zły stan zdrowia ucznia, nie biorąc pod uwagę takich innych czynników, jak warunki socjalno-bytowe uczniów ze środowisk proletariatu miejskiego i chłopstwa, zły stan sanitarny miast i wsi, a także - podejmowanie pracy fizycznej przez młodocianych<sup>6</sup>. Wszelako pozytywnym efektem wzmożonych zainteresowań lekarzy stanem zdrowia uczniów było ukazanie konieczności zapewnienia szkołom opieki lekarskiej.

Z opracowań S. Radiukiewicza wynika, że pierwsze stanowiska lekarzy szkolnych utworzono w drugiej połowie XIX wieku w miastach szwajcarskich, a następnie belgijskich i francuskich - w 1879 r. W Polsce zatrudniono lekarzy najpierw w szkołach miej-

skich w Warszawie (1896 r.), potem we Lwowie (1898), natomiast w krakowskich szkołach zaczęli oni pracować od 1910 roku (Radiukiewicz 1973, s. 11).

Praca ówczesnych lekarzy szkolnych opierała się na tzw. systemie wiesbadeńskim. Powstał on w Wiesbaden w 1897 roku i polegał głównie na profilaktyce, tj. na otaczaniu uczniów w szkole opieką higieniczną, skrupulatnych i częstych badaniach okresowych oraz surowym nadzorze nad budynkami szkolnymi. Lekarze ci w zasadzie nie zajmowali się leczeniem, pozostawiało ono prywatną sprawą rodziców ucznia<sup>7</sup>. Wyjątek stanowili uczniowie uprawnieni do korzystania ze świadczeń filantropijnych.

Trudny okres historyczny, w którym znajdowała się Polska (rozbiory), nie sprzyjał rozwojowi opieki medycznej nad uczniami. Niemniej i wtedy istniały ośrodki działające w tym zakresie, do których przede wszystkim należały: Warszawa, Lwów i Kraków.

Pionierem higieny szkolnej na terenie zaboru rosyjskiego i jednym z pierwszych lekarzy szkolnych w Warszawie był Stanisław Markiewicz - inicjator systematycznych badań lekarskich uczniów i twórca pierwszych kolonii zdrowotnych dla dzieci proletariatu miejskiego w Warszawie (M. Demel 1967). Drugim zastępowym lekarzem był Stanisław Kopczyński - twórca i propagator higieny szkolnej. Opracował on nowoczesną koncepcję opieki zdrowotnej w szkołach wraz z określeniem zadań dla lekarza szkolnego, którą po raz pierwszy wprowadzono w zakładach Macierzy Szkolnej<sup>8</sup>. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości ta właśnie koncepcja stała się podstawą założeń organizacyjnych ochrony zdrowia w szkołach polskich<sup>9</sup>.

W zaborze austriackim największe zasługi w szerzeniu opieki zdrowotnej nad dziećmi miał Henryk Jordan - profesor Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Twórca wychowania fizycznego w Polsce, był też inicjatorem wprowadzenia lekarzy szkolnych do szkół krakowskich już w roku 1899 (władze miejskie powołały ich dopiero w 1910 roku). Jordan przygotowywał ponadto do galicyjskich szkół średnich lekarzy szkolnych - higienistów, którzy pełnili równocześnie funkcje nauczycieli wychowania fizycznego (M. Demel 1967).

Inną formę organizacyjną opieki zdrowotnej nad dziećmi uczącymi się w okresie zaborów stanowiły kolonie zdrowotne i tzw. szkoły na świeżym powietrzu. Na kolonie zdrowotne, zwane inaczej korpusami wakacyjnymi lub koloniami letnimi dla ubogich, kierowano przeważnie dzieci wątłe, zagrożone gruźlicą. Jednym z głównych propagatorów akcji kolonijnej na terenach polskich był wspomniany już S. Markiewicz. Natomiast szkoły na świeżym powietrzu założył w Polsce lekarz szkolny Leon Wernic (Radiukiewicz 1973).

Przełom wieku XIX i XX to okres, który przyczynił się do powstania i rozwoju higieny szkolnej, w tym - opieki medycznej o charakterze wychowawczym. Lekarze higieniści interesujący się wcześniej wyłącznie medycyną profilaktyczną, wskutek zbliżenia się do problematyki pracy szkolnej, włączyli się także do badań nad rozwojem psychicznym i procesem kształcenia dzieci.

Oprócz wspomnianych wcześniej lekarzy występujących w obronie zdrowia uczących się dzieci, na uwagę zasługują: Edward Madeyski, Władysław Osmolski, Paweł Gandkowski, którzy w trosce o zdrowie uczniów zajmowali się zarówno wychowaniem fizycznym w szkołach, jak też opracowywali metody wychowania zdrowotnego i programy nauczania higieny, łącząc je ściśle z normami psychologii rozwojowej<sup>10</sup>.

Do działań lekarzy przyłączyli się też pedagodzy, którzy - jak Jan Władysław Dawid, Aniela Szygówna i inni - brali aktywny udział w dyskusjach, zjazdach i różnego rodzaju akcjach służących podniesieniu stanu zdrowia i kultury zdrowotnej ówczesnego społeczeństwa. Problematyka stałej opieki lekarskiej w szkołach zajmowała też jedno z czołowych miejsc w obradach Międzynarodowych Zjazdów Higieny Szkolnej. W tym samym czasie (1906 r.) powstało pierwsze Koło Lekarzy Szkolnych przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich (Radiukiewicz 1973).

Wybuch I wojny światowej zahamował rozwój opieki medycznej nad uczniami, ale już wówczas posiadano świadomość jej tradycji i gdy Polska odzyskała niepodległość, szybko zaczęto organizować państwową opiekę lekarską w szkołach. Głównym pomysłodawcą i organizatorem był tutaj - jak zgodnie stwierdzają

M. Demel (1968, s. 48) i S. Radiukiewicz (1973, s. 12) - wspomniani już S. Kopczyński.

Należy zaznaczyć, że wymieniona opieka lekarska obejmowała głównie państwowe szkoły średnie. W szkołach powszechnych, pozostających pod zarządem samorządów terenowych, była ona bardzo różna, a niekiedy wręcz - zdaniem M. Demela - sprowadzała się do fikcji<sup>11</sup>. W szkołach wlejskich opieką lekarską nad uczniami sprawowali lekarze powiatowi. Niestety nie natrafiono na materiały źródłowe oceniające poziom tej opieki. Z początkiem lat trzydziestych naszego wieku zaczęto również zatrudniać w szkołach higienistki szkolne. W 1932 roku pracowało ich 200 w skali całego kraju (Radiukiewicz 1973, s. 15).

W okresie międzywojennym na szczególną uwagę zasługuje działalność Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci (1919 - 1939). Organizacja ta wyrosła z polskiego ruchu robotniczego na tle ówczesnej różnokierunkowej myśli i praktyki wychowawczo-opiekuńczej; tworzono wówczas ogrody Jordanowskie, organizowano kolonie letnie i szkoły na świeżym powietrzu. RTPD - zajmując się problemem społecznego wychowania dzieci robotniczych - dużą wagę przywiązywało do współpracy lekarzy i pedagogów w trakcie opieki dzieckiem. Czuwała nad tym Komisja Medyczno-Pedagogiczna, która na swoich comiesięcznych posiedzeniach rozważała szczegółowo problemy wychowania i zdrowia dzieci. Ta właśnie Komisja zaleciła prowadzenie w placówkach RTPD dzienników zawierających obserwacje i uwagi pedagogów i lekarzy o dziecku oraz opracowywanie charakterystyki, historii choroby i przebiegu leczenia poszczególnych dzieci<sup>12</sup>. Jak się wydaje - w oparciu o analizę dostępnego piśmiennictwa - RTPD było inicjatorem objęcia wszystkich dzieci (od poczęcia do 15 roku życia) powszechną opieką lekarską, co oficjalnie stwierdzono na I Ogólnopolskim Kongresie Dziecka (1939).

II wojna światowa zniweczyła dotychczasowe osiągnięcia w dziedziny opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą, a po wyzwoleniu opieka ta podlegała dość licznym przeobrażenim. Specjaliści z zakresu medycyny szkolnej (J. Serejski, J. Ekiert,

S. Radiukiewicz) dzielił ten okres na trzy etapy: I - odbudowy (lata: 1945 - 1952), II - rozbudowy (1953 - 1972), III - integracji i upowszechniania (od 1973 r. do chwili obecnej<sup>13</sup>).

Pierwszy etap charakteryzował się rekonstrukcją higieny szkolnej i opieki lekarsko-pielęgniarskiej według wzorów wypracowanych przed wojną przez Kopczyńskiego. Tak więc lekarze szkolni pracowali głównie w szkołach średnich, a praca ich obejmowała profilaktykę masową. Przeprowadzali oni co prawda badania okresowe uczniów, ale pozbawieni byli możliwości działań leczniczych. W organizowaniu i zarządzaniu opieką zdrowotną w szkołach zaznaczała się wielotorowość, gdyż szkołom średnim opiekę lekarską zapewniał resort oświaty, szkołom podstawowym resort zdrowia, a w szkołach zawodowych opiekę tę organizował Centralny Urząd Szkolenia Zawodowego (S. Radiukiewicz, 1973, s. 15).

Taki stan rzeczy ujemnie wpływał na rozwój i doskonalenie opieki medycznej nad uczniami. Ponadto z powodu niewielkiego wówczas potencjału kadrowego oraz bardzo słabej bazy materiałowej służby zdrowia szkoły podstawowe pozostawały w zasadzie poza zasięgiem opieki lekarskiej.

Ponieważ od pierwszych lat powojennych dążono w Polsce do stabilizacji systemu bezpłatnej i dostępnej dla wszystkich opieki zdrowotnej oraz wypracowania dla niej jednolitych form organizacyjnych, w 1952 roku wszystkie rozproszone w różnych resortach działy służby zdrowia połączono w jedną państwową służbę podporządkowaną Ministrowi Zdrowia. W myśl uchwały Prezydium Rządu nr 789 z 10 października tegoż roku, całokształt spraw dotyczących sprawowania opieki lekarsko-higienicznej i stomatologicznej nad zakładami nauczania i wychowania przekazano w gestię Ministerstwa Zdrowia.

Drugi etap - nazwany okresem rozbudowy - przypada na lata 1953 - 1972. Tworzona wówczas w Ministerstwie Zdrowia koncepcja opieki zdrowotnej w szkołach oparta była przede wszystkim na trzech ważnych decyzjach resortu. Po pierwsze - zrównano pod względem uprawnień do opieki zdrowotnej wszystkich uczniów. Następnie ukierunkowano opiekę zdrowotną na indywidualną pro-

filaktykę. Wreszcie - określono normatywy zatrudnienia personelu medycznego we wszystkich typach placówek oświatowo-wychowawczych. Normy te skorygowano w 1955 roku<sup>14</sup> i obowiązują one do chwili obecnej.

W latach pięćdziesiątych i z początkiem lat sześćdziesiątych określono również zadania resortu zdrowia i oświaty w zakresie ochrony zdrowia uczniów<sup>15</sup> oraz porządkowano sprawy współpracy między tymi resortami<sup>16</sup>. W okresie: 1955 - 1960 toczono dyskusje nad programem higieny szkolnej i koncepcją opieki lekarskiej w szkolnictwie. W opinii Radiukiewicza największe zasługi wnieśli tutaj; Marcin Kacprzak, Klemens Sokal, Jan Bogdanowicz i Maciej Demel.

Tabela 1

Obowiązujące normy zatrudnienia personelu medycznego w placówkach oświatowo-wychowawczych

Rodzaj placówki	Limit dzieci	Etatowe zatrudnienie	
		Lekarze	Pielęgniarki
Przedszkola		1000	500
Szkoły		2000	1000
Szkoły specjalne i domy dziecka		500	bez ograniczeń
Internaty		1000	400

Wspólnym elementem poglądów Kacprzaka i Sokala był postulat powierzenia lekarzowi szkolnemu obowiązku leczenia uczniów oraz indywidualnej opieki nad nimi, a nie - jak dotychczas - skupienie uwagi na otoczeniu szkolnym i całej zbiorowości uczniowskiej<sup>17</sup>. Zdecydowanie odmienne zdanie w tej kwestii mieli Bogdanowicz i Demel, którzy opowiedzieli się za zdecydowanym odcięciem lekarza szkolnego od zadań leczniczych na terenie szkoły. Ponadto stali oni na stanowisku, aby opiekę lekarską rozciągać przede wszystkim w aspekcie organizowania środowiska szkolnego (Radiukiewicz 1973).

W wyniku ścierania się różnych poglądów i koncepcji ukształtował się model opieki zdrowotnej nad uczniami dostosowany do realiów ówczesnego życia codziennego. Podstawę tworzyła koncepcja Kacprzaka, pozbawiona elementu całkowitej opieki medycznej, tj. leczenia uczniów na terenie szkoły. Uwzględniono też postulaty Sokala, związane z orzecznictwem lekarzy specjalistów dla potrzeb szkoły, a utworzone w 1959 roku wojewódzkie przychodnie higieny szkolnej oparto na wzorze prowadzonej przez niego poradni między-szkolnej w Warszawie<sup>18</sup>. Postulowaną przez Bogdanowicza rolę lekarza - pediatry domowego przejął lekarz poradni - pediatra, któremu podlegały dzieci zamieszkałe w danym rejonie. W całości program opieki zdrowotnej uwzględniono także koncepcję lekarza szkolnego jako propagatora wychowania zdrowotnego na terenie szkoły, lansowaną przez Demela.

Jednakże rzeczywistość tego okresu daleko odbiegała od wymagań przepisów. W efekcie - w oczach administracji służby zdrowia i oświaty opieka nad uczniem wciąż nie uzyskiwała należnej sobie wysokiej rangi, co tłumaczono niezmiennie koniecznością rozwiązywania pilniejszych zadań. Nieliczna stara kadra lekarzy wykruszała się, a dla młodej generacji nie zdołano stworzyć skutecznych bodźców wiążących ją z pracą w szkołach. Opinię taką wyraził J. Serejski - specjalista z zakresu medycyny szkolnej - podsumowując opiekę lekarską w szkołach w okresie 30-letnia PRL<sup>19</sup>.

W drugim etapie opieki zdrowotnej nad uczniami - trwającym bez mała dwudzieściolecie, dopiero pod koniec lat sześćdziesiątych odnotować można postęp w tej dziedzinie. Wyraził się on przede wszystkim w zatrudnieniu większej ilości kadry medycznej na pełnych etatach w szkołach. Zaczęły więc powstawać zupełnie nowe formy opieki zdrowotnej, jak zespoły korekcyjne: ortopedyczne, ortoptyczne, a także kolonie zdrowotne, chociaż tylko o charakterze lokalnym. Pracowano również nad problemem dostatecznie precyzyjnych i ujednoczonych kryteriów diagnostycznych oraz - ciągłości dokumentacji badań z okresu przedszkolnego i szkolnego. Stałe jednak borykano się z podstawową trudnością, jaką stanowił



brak kadry lekarzy szkolnych. W roku szkolnym 1971/72 wśród 3870 lekarzy pracujących w placówkach oświatowych jedynie 549 zatrudniano w wymiarze pełnego etatu, a na terenach wiejskich stan kadry był jeszcze gorszy (Krzysztofowicz 1977, s. 13).

Równocześnie był to okres narastającego kryzysu formuły badań okresowych, jako mało wydajnych i nieekonomicznych. Także prowadzone w szkołach badania okresowe budziły zasadnicze zastrzeżenia, gdyż lekarze traktowali je jako czynność zrutynizowaną, służącą bardziej celom formalnej sprawozdawczości niż zindywidualizowanej opieki zdrowotnej nad uczniem<sup>20</sup>. Zaczęto więc - w oparciu o doświadczenia innych krajów - zastępować badania okresowe badaniami typu "screeningów" wykonywanymi przez średni personel medyczny. Pojawiły się pierwsze lokalne (Warszawa, Śląsk, Trójmiasto) rozwiązania zmierzające do integracji opieki zdrowotnej w szkole z działalnością rejonowego lekarza pediatry (Serejski 1974).

Jak widać, pomimo ciągłych trudności w służbie zdrowia dążono do rozszerzenia działań w zakresie opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą polską. Należy też pamiętać, iż był to okres systematycznie zwiększającej się liczby placówek oświatowo-wychowawczych różnego typu, a co za tym idzie - coraz większa liczba dzieci i młodzieży uzyskiwała prawo do systematycznej opieki medycznej w szkołach.

Od roku 1973 datuje się trzeci etap rozwoju opieki zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym, nazwany etapem integracji i upowszechnienia. Dalsze założenia dotyczące ochrony zdrowia oparto na koncepcji medycyny wieku rozwojowego, która w sposób całościowy ujmuje zagadnienie zdrowia dziecka na tle środowiska. Zakłada ona między innymi, że opieka zdrowotna obejmuje całokształt działań na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży od momentu poczęcia do osiągnięcia stabilizacji biologicznej, tj. od 0 do 18 lat oraz uwzględnia wpływ wielu czynników, zarówno genetycznych, jak i środowiskowych, na rozwój i stan zdrowia dziecka<sup>21</sup>.

Podstawę do realizacji koncepcji medycyny wieku rozwojowego stworzyły ówczesne władze państwowe, przyjmując perspek-

tywiczny program rządowy rozwoju ochrony zdrowia społeczeństwa na lata 1973 - 1990, uchwalony dnia 23.II.1973 roku. Poczesne miejsce zajęły w tym programie problemy zdrowotne dzieci i młodzieży. Już w 1973 roku przy współudziale dwóch resortów: zdrowia i opieki społecznej oraz oświaty i wychowania, opracowano raport o stanie zdrowia i opieki nad populacją w wieku rozwojowym<sup>22</sup> oraz powzięto uchwałę dotyczącą poprawy i doskonalenia opieki zdrowotnej, jak też warunków wychowania i nauki uczniów, ustalono również dalsze wspólne kierunki działania obydwu ministerstw<sup>23</sup>.

Program wspólnych działań zakładał - ogólnie mówiąc - unowocześnienie pracy służby zdrowia w zakresie profilaktyki chorób wrodzonych, ich wczesnego wykrywania i rehabilitacji, kształtowania środowiska szkolnego.

Już w trzy lata później odbyło się następne posiedzenie prezydiów wspomnianych ministerstw, na którym dokonano oceny realizacji dotychczasowych zarządzeń i wytyczono dalsze kierunki działania wraz z terminarzami. Stwierdzono wówczas, że poziom świadczeń zdrowotnych jest niezadowalający. Opracowano więc szczegółowe zadania odnośnie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, które zawarto w specjalnej publikacji<sup>24</sup>, rozesełanej do wszystkich placówek opiekuńczo-wychowawczych w Polsce. Program ten obowiązuje do chwili obecnej.

Zakładano, iż realizacja zadań zawartych w programie przyczyni się - przy ścisłym współdziałaniu pracowników oświaty służby zdrowia - do poprawy stanu zdrowia uczniów oraz uzyskania przez nich lepszych wyników w nauce i w wychowaniu, między innymi dzięki doskonaleniu przez służbę zdrowia opieki lekarsko-higienicznej w szkołach. Od oświaty zaś oczekiwano się zwrócenia uwagi na higienę procesu nauczania i wychowania oraz wypoczynku uczniów.

W tak zaprogramowanej opiece zdrowotnej nad uczniami dopomógł Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, którego specjaliści opracowali szczegółową metodykę badań w ustalonych odstępach czasowych wieku rozwojowego (uogólniając: w wieku lat 2, 4, 6, 10, 14 i 18), nazwaną systemem badań bilansowych<sup>25</sup>.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej upowszechniło w 1976 r. ten system<sup>26</sup> zobowiązując każdego lekarza pracującego z dziećmi i młodzieżą do stosowania nowoczesnej metodyki opieki zdrowotnej.

Badania bilansowe realizowane są przez lekarza opieki podstawowej przy pomocy podległych mu pielęgniarek z poradni lub higienistek szkolnych. Stwierdzone przez lekarza wady lub inne odchylenia od prawidłowego stanu zdrowia winny być odnotowane według ustalonej klasyfikacji - z zastosowaniem odpowiednich symboli grup i podgrup dyspanseryjnych - w dokumencie zdrowia badanego, jaki stanowi "Karta zdrowia ucznia". Jest to podstawą do objęcia takiego dziecka czynną opieką medyczną, zwaną także opieką dyspanseryjną.

Aby sprostać powyższemu programowi badań, a jednocześnie zapewnić ciągłość i integrację podstawowej dokumentacji medycznej w całym okresie rozwojowym jednostki, zmodernizowano "Kartę zdrowia ucznia" oraz zobowiązano szkolną służbę zdrowia do umieszczenia wyników badań klinicznych w dokumencie "Wniosek dla dyrektora szkoły z bilansu zdrowia ucznia" (dziesięcioletniego, sześcioletniego, czternastoletniego, osiemnastoletniego). W tym dokumencie, który ma być przekazany szkole, zawarta być winna aktualna ocena stanu zdrowia i rozwoju psychofizycznego ucznia oraz określenie jego potrzeb zdrowotnych wraz z zaleceniami dla szkoły i opieki domowej. Ostatnia informacja jest niezwykle istotna dla odpowiedniego postępowania nauczycieli z uczniem, tworzy też konkretne podstawy do rzetelnej współpracy z pracownikami szkolnej służby zdrowia.

Przedstawiona koncepcja medycyny wieku rozwojowego przyjęła także założenie o podstawowym znaczeniu dla dalszego rozwoju opieki zdrowotnej w środowisku nauczania, tj. konieczności integracji opieki medycznej.

W 1973 r. (po wcześniejszych, wspomnianych już lokalnych próbach) upowszechniono działania tzw. rejonów szkolno-pediatrycznych, które w zależności od warunków lokalnych działały według dwóch wariantów:

- jeden lekarz rejonowy opiekował się zdrowymi i chorymi dziećmi od niemowlęctwa do podjęcia nauki szkolnej, natomiast drugi zajmował się profilaktyką i leczeniem dzieci od I do VIII klasy.

- ten sam lekarz rejonowy sprawował opiekę zdrowotną od okresu niemowlęcego do ukończenia przez dziecko szkoły podstawowej (K. Bożkova 1979, s. 45).

W celu integracji lecznictwa otwartego z zamkniętym utworzono również w służbie zdrowia nowe formy organizacyjne, tzw. zespoły opieki zdrowotnej (ZOZ-y) na poziomie opieki podstawowej i specjalistycznej, które funkcjonują do chwili obecnej.

Ponieważ od rozpoczęcia III etapu - integracji i upowszechniania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą uczącą się upływa już 13 lat, dlatego zasadne było zorientowanie się w ocenie dotychczasowej realizacji założonego i unormowanego odpowiednimi przepisami programu. Niestety, dokonana analiza piśmiennictwa medycznego i psychologiczno-pedagogicznego pozwoliła jedynie na stwierdzenie, że - jak do tej pory - brak jest kompleksowej, oficjalnej oceny działań w tym zakresie w skali ogólnopolskiej.

Natomiast za częściową ocenę można przyjąć wypowiedź J. Serejskiego, która zamieszczona została w czasopiśmie "Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna" (nr 8 z 1979 r.). Doceniając niezaprzeczone i bardzo korzystne zmiany, które doprowadziły do funkcjonowania opieki zdrowotnej w środowisku szkolnym, Serejski wysuwa kilka postulatów odnoszących się do dalszej poprawy sytuacji w tej dziedzinie.

Sprawą najpilniejszą jest - według niego - wyrównanie niepokojącej dysproporcji, jaka zarysowała się między badaniami bilansowymi a konkretnymi działaniami o charakterze leczniczym i opiekuńczo-wychowawczym, które z tych badań powinny wynikać. Spostrzeżenie to potwierdzają badania przeprowadzone przez jedną z autorek niniejszej publikacji w wybranych losowo 23 placówkach szkolnictwa specjalnego<sup>27</sup>.

Następny postulat obejmuje wyposażenie wszystkich terenowych ogniw szkolnej służby zdrowia w dostateczną ilość instrukcji metodycznych dotyczących badań przesiewowych i bilansowych,

odpowiednich druków dokumentacyjnych, a także niezbędnego sprzętu, jak np. wagi, ciśnieniomierze, tablice Snellena, tablice do badań widzenia barwnego itp. Serejski stwierdził, że rozwiązywanie tych spraw bardzo się opóźnia obniżając wyraźnie jakość badań powszechnych.

Efektywny rozwój opieki zdrowotnej nad uczniami zależy przede wszystkim - powiada dalej - od ilości lekarzy, jaką dysponuje służba zdrowia na danym terenie, aby w stopniu dostatecznym rozwiązywać pierwszoplanowe potrzeby zdrowotne. Przy nadal utrzymujących się brakach kadrowych poważniejsza opieka lekarska jest bowiem po prostu nierealna.

W trakcie poszukiwań dokumentów oceniających omawiany problem opieki medycznej natrafiono na ocenę realizacji programu działania w zakresie poprawy stanu zdrowia dzieci i młodzieży z terenu Krakowa i województwa miejskiego krakowskiego dokonaną przez Specjalistyczny Zespół Matki i Dziecka w Krakowie<sup>28</sup>. Stwierdzono, iż w ciągu całego pięcioletniego okresu sprawozdawczego (lata 1976 - 1980) nie zdołano zrealizować podstawowego obowiązku, tj. zapewnienia opieki lekarskiej wszystkim dzieciom i młodzieży w środowisku nauczania. Dane liczbowe z ostatnich lat (1980 - 1985) uzyskane w IMiD w Krakowie wskazują, że sytuacja braku opieki lekarskiej w szkołach ma zdecydowane tendencje wzrostowe.

Oceniając niezmiernie ważne w opiece lekarskiej nad dziećmi zagadnienie integracji tej opieki na szczeblu podstawowym, stwierdzono we wspomnianym dokumencie, że opieką tą objętych było 35% uczniów w szkołach podstawowych. I podczas gdy w istniejących rejonach pediatryczno-szkolnych lekarze skupiali się głównie na dziecku chorym, to w placówkach z opieką wyłącznie profilaktyczną mieli oni tylko tyle czasu, aby przeprowadzić badania orzecznicze i bilansowe.

Według opinii specjalistów z IMiD w Krakowie integracja nie spełniła pokładanych w niej nadziei na poprawę opieki zdrowotnej nad uczniami nie tylko z powodu ciągle powtarzającego się mankamentu, tj. braku kadry lekarskiej, ale także z powodu zbyt

dużej liczebności rejonów pediatrycznych. Poza tym zauważono zbyt małe często zaangażowanie się lekarzy pediatrów w sprawę szkoły.

Podobnie krytycznej oceny realizacji w praktyce zasady integracji podstawowej opieki zdrowotnej - jak się wydaje jedynej do tej pory oficjalnie dostępnej szerszemu ogółowi społeczeństwa - dokonała jedna z dziennikarek na podstawie rozmowy z dr Władysławą Wolańską, kierującą Zakładem Badań Zdrowotności Kobiet, Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie<sup>29</sup>. Według tego źródła brak spodziewanych efektów w integracji opieki pediatrycznej spowodowany został tym, że do obowiązków i tak już nielicznej kadry lekarzy szkolnych dodano opiekę nad częścią dzieci z rejonu, a pediatrów rejonowych obarczono dodatkową opieką nad uczniami w szkole. W rezultacie - część autentycznie zaangażowanych lekarzy szkolnych nie chcąc się podjąć tych obowiązków (włącznie z wizytami domowymi i znacznie większą ilością dzieci) odeszła do innej pracy. Z kolei zaś pediatrzy rejonowi, którzy i tak mieli wystarczającą ilość pracy w przychodniach, do szkół zaglądali bardzo rzadko.

Tak więc ustawiczne braki kadry lekarskiej spowodowały gwałtowne zmniejszenie się - szczególnie w ostatnim dziesięcioleciu - udziału lekarzy w opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną. Doprowadziło to do sytuacji, w której główny ciężar opieki spoczął na barkach pielęgniarki szkolnej. Jednak, jak stwierdza B. Woynarowska, ". . . szkoła nie dostrzegła i nie zaakceptowała pielęgniarki jako głównego partnera w opiece nad zdrowiem uczniów, domagając się niezmiennie pracy lekarza"<sup>30</sup>. Przyczyną takiego stanu rzeczy był bez wątpienia fakt, iż do nowej sytuacji nie przygotowywano i nie doskonalono pielęgniarek. Aby więc podnieść rangę zawodu pielęgniarki szkolnej oraz usankcjonować od dawna realizowane przez nią zadania, opracowano w Zakładzie Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, z początkiem lat osiemdziesiątych, projekt nowych regulaminów pracy pielęgniarek szkolnych w różnych typach szkół. W 1985 roku Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wydało

instrukcję<sup>31</sup>, określającą ramowo zadania pielęgniarki i higienistki szkolnej, które nie były formalnie zmieniane od 25 lat. Szczegółowe określenie owych zadań zawierają wytyczne Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie z dnia 8.VIII.1986 roku.

Reasumując można stwierdzić, że obecnie w dziedzinie opieki zdrowotnej w środowisku szkolnym, istnieje tendencja do prowadzenia jedynie działań profilaktycznych, z powierzaniem ich przede wszystkim średniemu personelowi medycznemu.

Ponieważ niniejszy artykuł poświęcony jest głównie rozwojowi opieki lekarskiej nad uczniami, z mniejszą uwagą potraktujemy zadania pielęgniarki w środowisku szkolnym. Wspomniemy tylko cztery podstawowe grupy tych zadań:

- zadania związane z opieką nad zdrowiem i rozwojem psychospołecznym uczniów;
- związane z zapobieganiem występowania chorób, urazów, zatruc i innych zaburzeń u uczniów;
- zadania z zakresu wychowania zdrowotnego;
- związane z kontrolą medyczną wychowania fizycznego.

W tak zaprogramowanej opiece zdrowotnej nad uczniami widać, że pielęgniarka szkolna uzyskała samodzielną pozycję. Czy uzyska jednak należną rangę, wynikającą z wagi pełnionych przez nią zadań, zależy będzie od systemu doskonalenia zawodowego, jak również od ilości uczniów powierzonych jej opiece.

Aktualnie w organizacji opieki zdrowotnej nad uczniami obowiązują dwie podstawowe zasady: każda placówka opiekuńczo-wychowawcza winna mieć zapewnioną opiekę pielęgniarki oraz - każda z tych placówek powinna mieć zapewniony nadzór opieki lekarskiej.

Znowelizowane zadania nadzoru lekarskiego określają wytyczne MZIOS z 15.VIII.1986 roku<sup>32</sup>. Na ich podstawie dopuszcza się różne formy organizacyjne tej opieki, w zależności od przyjętego modelu podstawowej opieki zdrowotnej w danym rejonie i tak zwanym ZOZ-ie. Na przykład w związku z rozszerzeniem od dnia 1.X.1986 roku w podstawowej opiece zdrowotnej pracy w systemie wolnego wyboru lekarza w szkołach, które znajdują się

w rejonie objętym takim systemem należy przejść na zatrudnienie lekarzy wynagradzanych na zasadzie ryczałtu. Oznacza to między innymi brak sztywnych ram czasowych przyjmowania uczniów przez lekarza w szkole, o ile szkoła będzie go w ogóle posiadała.

Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę fakt, iż w nowo obowiązujących zadaniach opieki lekarskiej, lekarz w środowisku szkolnym ma pełnić tylko zadania profilaktyczne, a czynną opiekę nad uczniami zakwalifikowanymi do grup dyspenseryjnych przyjęty poradnie w miejscu zamieszkania ucznia lub poradnie specjalistyczne, to niepokój ludzi profesjonalnie odpowiedzialnych za rozwój psychofizyczny dziecka może okazać się nieuzasadniony.

Na zakończenie należy zaznaczyć, iż z uwagi na ograniczone ramy artykułu nie uwzględniono zagadnienia współpracy szkolnej służby zdrowia z nauczycielami. Współpraca ta stanowi jeden z warunków realizacji opieki zdrowotnej w środowisku szkolnym i jest przedmiotem badań prowadzonych w Katedrze Pedagogiki Specjalnej WSP w Krakowie.

#### PRZYPISY

- <sup>1</sup> S. Radiukiewicz, *Medycyna szkolna*, Warszawa 1973.
- <sup>2</sup> J. Locke, *Myśli o wychowaniu*, Wrocław 1959.
- <sup>3</sup> L. Kurdybacha (red.), *Historia wychowania*, Warszawa 1967.
- <sup>4</sup> G. Piramowicz, *Powinności nauczyciela oraz wybór mów i listów*, wyd. 2, Wrocław - Kraków 1959.
- <sup>5</sup> M. Demel, *O wychowaniu zdrowotnym*, Warszawa 1968, s. 39.
- <sup>6</sup> M. Demel, *Początki higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego*, (w:) *Historia wychowania*, L. Kurdybacha (red.), t. II, Warszawa 1967, s. 728.
- <sup>7</sup> T. Drabczyk, *Stanowisko lekarza szkolnego wobec zagadnień higieniczno-pedagogicznych*, Warszawa 1916.



- 8 M. Demel, Nauczyciel zdrowia. Życie i dzieło doktora Stanisława Kopczyńskiego, Warszawa 1972.
- 9 S. Kopczyński, Historia higieny szkolnej, (w:) Higiena szkolna, S. Kopczyński (red.), Warszawa 1933.
- 10 M. Demel, Pedagogiczne aspekty warszawskiego ruchu higienicznego 1864 - 1914, Warszawa 1964.
- 11 M. Demel, Pedagogika zdrowia, Warszawa 1976, s. 35.
- 12 M. Kuzańska-Obrączkowska, Koncepcje wychowawcze RTPD, Kraków - Warszawa 1966.
13. Dla zdrowia oraz fizycznej sprawności pokoleń (wywiad z J. Serejskim i J. Ekiertem), "Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna" 1979, nr 8, s. 242 - 243.
- 14 Instrukcja nr 18/55 MZ z dnia 14.III.1955, Dz.U. MZ z 1955 r., nr 6, poz. 34.
- 15 Instrukcja nr 45/54 MZ z dnia 6.X.1954, Dz.U. MZ z 1954 r., nr 20.
- 16 Instrukcja (załącznik) nr 37/61 MZIOS, Dz.U. MZIOS z 1961 r., nr 14, poz. 94.
- 17 K. Sokal, Próba nowego układu higieny szkolnej, "Pediatria Polska" 1958, nr 2, s. 1439.
- 18 L. Krzysztofowicz, Medycyna społeczna wieku rozwojowego, Warszawa 1977, s. 13.
- 19 J. Serejski, Opieka lekarska w szkołach w okresie XXX-lecia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, "Pediatria Polska" 1974, nr 7, s. 821.
- 20 W. Szotowa, J. Serejski, Czynne poradnictwo w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym, Warszawa 1976, s. 15-16.
- 21 K. Bożkowska (red.), Zdrowie dziecka w Polsce, Warszawa 1979.
- 22 Raport o stanie zdrowia i opiece zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym oraz program działania na lata 1975 - 1990, Warszawa 1974, MZIOS, do użytku wewnętrznego.
- 23 Program działania w zakresie warunków zdrowotnych szkół i placówek oświatowo-wychowawczych, rozwoju opieki zdrowotnej oraz poradnictwa i orzecznictwa dla potrzeb dzieci i młodzieży na lata 1976-1980, Warszawa 1976.

- 24 Program działania w zakresie poprawy warunków zdrowotnych szkół i placówek oświatowo-wychowawczych, rozwoju opieki zdrowotnej oraz poradnictwa i orzecznictwa dla potrzeb dzieci i młodzieży na lata 1976-1980, Warszawa 1976.
- 25 S. Nowak, Propedeutyka pediatrii, wyd. IV uzupełn., Warszawa 1980.
- 26 Dz.U. MZIOS, 1976, nr 25, poz. 150.
- 27 T. Oleńska-Pawlak, Problemy opieki dyspanseryjnej nad uczniami placówek kształcenia specjalnego, (w:) Roczn. Nauk.-Dydakt. WSP w Krakowie, z. 85, Prace Pedagogiczne IV, Kraków 1983.
- 28 Realizacja programu działania w zakresie poprawy stanu zdrowia dzieci i młodzieży i dalszego rozwoju opieki zdrowotnej oraz poradnictwa i orzecznictwa dla potrzeb dzieci i młodzieży w okresie od 1976 do 1980 r. Dokument opracowany przez lekarzy Specjalistycznego Zespołu Matki i Dziecka w Krakowie, nr X/16-4/81.
- 29 H. Kaltenbergh, Niedomaga więcej niż połowa, "Magazyn Rodzinny" 1981, nr 9, s. 40-41.
- 30 B. Woynarowska, Nowy status i zadania pielęgniarki szkolnej, "Pielęgniarka i Położna" 1986, nr 9, s. 14.
- 31 Instrukcja MZIOS w sprawie ramowo określonych zadań pielęgniarki i higienistki szkolnej, Dz. U. MZIOS, 1985, nr 12.
- 32 Wytyczne MZIOS z dnia 15.VIII.1986 w sprawie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w roku szkolnym 1986/87, adresowane do lekarzy wojewódzkich - LOS 4131-29/86.