

# Ewolucja zadań medycyny szkolnej w profilaktyce

## The evolution of school medicine tasks in prophylaxis

JOANNA MAJCHRZYK-MIKUŁA

Zakład Historii i Teorii Kształcenia, Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

W chwili obecnej nastąpiło całkowite załamanie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej w zakresie medycyny szkolnej. Autorka, sięgając w przeszłość, zwłaszcza do okresu Drugiej Rzeczypospolitej, podejmuje próbę wydobycia tych elementów, które stanowiły o rozwoju i postępie higieny i medycyny szkolnej w Polsce.

Przedstawiony wycinek historycznego przekroju modelu organizacyjnego opieki nad dzieckiem w wieku szkolnym może okazać się przydatny w aktualnie toczącej się na temat ten debacie. Szukając nowych rozwiązań i sięgając dzisiaj po obce wzorce, nie pamiętamy, że w Polsce idea opieki zdrowotnej nad uczniem ma ponad stuletnią tradycję. Jeden z pierwszych jej twórców, doktor Stanisław Kopczyński, stworzył w okresie międzywojennym model higieny szkolnej uznany wówczas za najlepszy w świecie. Jego powojenni kontynuatorzy model ten jedynie udoskonalali. Aktualnie w toku dokonujących się ciągłych przemian i dążenia do przebudowy struktur służby zdrowia, niemal zapomniano o medycynie szkolnej, a przecież w dalszym ciągu problemy zdrowotne i zagrożenia środowiskowe uczniów istnieją. Występują obecnie inne zagrożenia, ale profilaktyka prozdrowotna w szkole wydaje się niezbędna. Temat przedstawionego opracowania ma charakter komparatystyczny. Wchodzi w zakres problematyki interdyscyplinarnej, zawierając w sobie elementy historii medycyny oraz współczesnej pedagogiki zdrowia i medycyny szkolnej. Zatem wymaga zastosowania procedury metodologicznej, wykorzystując źródła i metody badawcze zgodnie z zasadami przyjętymi w metodologii pedagogiki ogólnej oraz historii medycyny.

**Słowa kluczowe:** *medycyna szkolna w Polsce, zdrowotność*

At present one can observe a complete collapse of the system of prophylactic health protection as far as school medicine is concerned. The author, looking back especially to the times of the Second Republic of Poland, endeavors to find the elements which influenced the development and progress of hygiene and school medicine in Poland.

The period of history depicted by the author presents the organizational model of school children protection and it might be helpful and useful for the debate taking place at present. Searching for new solutions and introducing foreign models we tend to forget that the school children health protection system in Poland is more than a hundred years old. Its precursor, doctor Stanisław Kopczyński, created between the wars the model of school hygiene which was said to be the best in the world at that time. Those who continued the introduction of the model after the war improved it to some extent. In the course of present discussion and trials to shape the health system in Poland anew people forget about the school medicine. However, numerous health problems and social dangers faced by pupils still exist and, additionally, there are new dangers, therefore health prophylaxis at school seems to be indispensable. The work is based on comparative studies. It goes under the heading of interdisciplinary studies joining the elements of history of medicine and modern health pedagogy and school medicine. Therefore, the methodological procedures need to be used. The author is going to use the sources and research methods used by general pedagogy methodology and history of medicine.

**Key words:** *school medicine in Poland, health*

© Hygeia Public Health 2011, 46(1): 32-38

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.09.2010

Zakwalifikowano do druku: 31.01.2011

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Joanna Majchrzyk-Mikuła

Zakład Historii i Teorii Kształcenia, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

ul. J. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski

tel. 512 116 001, e-mail: drasma@wp.pl

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat zmieniło się spojrzenie na poszczególne elementy składowe związane ze zdrowotnością, ale sens działań i kierunki wytyczane przez ludzi bezpośrednio związanych z tym tematem wydają się w gruncie rzeczy cały czas do siebie podobne. W dalszym ciągu poglądy te ulegają ciągłym zmianom i ewolucji, ale ma to bezpośredni związek ze zmieniającym się całym światem, nauką, zakresem wiedzy. Wpływ na to mają również mniej

lub bardziej przemyślane i trafne działania i czynności podejmowane przez społeczności ludzkie. Cyklicznym przemianom ulega środowisko naturalne, co ma kolosalny wpływ na życie człowieka – też w aspekcie jego zdrowia. Szeroko rozumiany postęp cywilizacyjny staje się przyczyną minimalizacji, a nawet czasami wręcz zaniku wpływu niektórych czynników. Powszechny dostęp do bieżącej czystej, świeżej wody i środków higieny osobistej w sposób radykalny ograniczył za-

kres występowania chorób związanych bezpośrednio ze złymi warunkami sanitarnymi. Zmiany warunków społeczno-ekonomicznych, rozwój higieny i całej medycyny przyczyniły się do spadku umieralności. Znacznie też zmalała liczba zachorowań na wiele chorób zakaźnych, głównie wśród dzieci. Niektóre schorzenia mają dziś przebieg łagodniejszy, nie powodują tak częstych, jak dawniej powikłań i następstw, a zwłaszcza zgonów.

Jednocześnie powstają ciągle nowe zagrożenia, związane na przykład z rozwojem i zmianami w przemyśle, technologią rolnictwa i produkcji żywności, zanieczyszczeniem wody i powietrza, wszelkiego rodzaju radiacjami, zmianami wywołanymi przez działania człowieka w obrębie lokalnych biosystemów czy też wreszcie zmianą trybu życia, a także mutacjami bakterii i wirusów. W ostatnich latach szczególnie jaskrawo zaczyna się zaznaczać zjawisko tak zwanych „chorób cywilizacyjnych”. Masowe ich występowanie związane jest z szybko przekształcającymi się warunkami egzystencji współczesnego człowieka, głównie ze zmianą trybu życia i warunków środowiskowych. Jednym z najważniejszych czynników powodujących choroby cywilizacyjne jest zmniejszona aktywność ruchowa człowieka, siedzący tryb życia, a także brak kontaktu z naturą i nadmierne przeciążenie układu nerwowego. Polacy zajmują pod tym względem jedno z czołowych miejsc w Europie. Wśród młodzieży szkolnej co czwarty uczeń lub uczennica wykazuje odchylenia od prawidłowego stanu zdrowia, a zaledwie trójka na setkę dzieci w wieku szkolnym jest całkowicie zdrowa, o czym informuje Polskie Towarzystwo Pediatryczne. Wśród zachorowań nagminnie występują wady postawy, kłopoty ze wzrokiem, zaburzenia w wadze masy i ciała, wszelkiego rodzaju alergię. Zaś stomatolodzy alarmują, że prawie 90% dzieci w wieku szkolnym ma próchnicę, wiele z nich trafia do gabinetu lekarskiego w ostatniej chwili [1,2,3].

Uczęszczanie do szkoły obejmuje 2/3 całego wieku rozwojowego człowieka. Ten okres życia charakteryzuje się dynamicznym tempem wzrastania, zwłaszcza w drugiej dekadzie, w przebiegu którego, u znacznego odsetka dzieci i młodzieży, ujawniają się lub pogłębiają różnorodne zaburzenia rozwoju i zdrowia. W okresie tym kształtują się także zachowania zdrowotne i umiejętności, z którymi młodzi ludzie wkraczają w dorosłe życie, a które w największym stopniu warunkują zdrowie ludzi w dalszych latach życia i trudno poddają się zmianom. Z tego powodu populacja w wieku szkolnym, obok zapewnienia odpowiednich warunków życia, oddziaływań wychowawczych (w tym edukacji zdrowotnej), wymaga zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej, obejmującej profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową oraz promocję zdrowia [4,5,6].

W Polsce przeprowadzane są na szeroką skalę programy profilaktyczne, diagnozujące stan zdrowia dzieci. Między innymi w województwie lubelskim Zakład Ochrony Zdrowia Matki i Dziecka Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego prowadzi systematycznie badania ankietowe w zakładach opieki zdrowotnej, sprawującej opiekę nad uczniami. Celem ich jest ocena problemów zdrowotnych i niektórych kwestii społecznych uczniów oraz przedstawienie stanu opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w szkołach. Dane dotyczące zachorowalności uzyskano drogą standardowych testów przesiewowych, informacji z poradni specjalistycznych przekazywanych do szkół i wywiadów środowiskowych prowadzonych przez pielęgniarki medycyny szkolnej oraz lekarzy wykonujących badania bilansowe [7,8].

Przykładowo dla porównania warto przytoczyć dane z kilku lat, by móc zauważyć, jak zwiększa się systematycznie częstość zachorowań uczniów, na różne choroby (tab. I).

Tabela I. Choroby występujące wśród uczniów województwa lubelskiego  
Table I. Diseases experienced by pupils of Lublin region

Choroby i zachorowania występujące w populacji dzieci	Rok szkolny 1999/2000		Rok szkolny 2003/4	
	410 145 uczniów		358 026 uczniów	
	Uczniowie objęci badaniami		Uczniowie objęci badaniami	
	387 177 (94,4%)		331 890 (92,7%)	
	liczba	%	liczba	%
Wady postawy	50 449	13,03	71 290	21,48
Wady i choroby wzroku	48 358	12,49	47 427	14,29
Niedobór masy ciała	12 970	3,35	13 209	3,98
Otyłość	13 396	3,46	13 773	4,15
Choroby alergiczne	9 525	2,46	11 317	3,41
Choroby tarczycy	6 079	1,57	3 020	0,91
Uzależnienia od tytoniu	15 100	3,9	13 607	4,1
Uzależnienia od alkoholu	968	0,25	3 352	1,01
Uzależnienia od narkotyków	465	0,12	631	0,19
Upośledzenie rozwoju umysłowego	3 756	0,97	2 356	0,71
Choroby nowotworowe	155	0,04	232	0,07
Gruźlica	116	0,03	232	0,07

Źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa lubelskiego za rok 2008, Lubelskie Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie, Lublin 2009

Powszechnymi badaniami profilaktycznymi na terenie województwa, w roku szkolnym 1999/2000 objęto 387 177 uczniów, co stanowiło 94,4% całej populacji dzieci szkolnych. Pięć lat później, w roku szkolnym 2003/2004, w badaniach ankietowych ujęto nieco mniej dzieci, 331 890, czyli 92,7% [7,9].

Z nadesłanych ankiet wynika, że najczęściej występującym schorzeniem u badanych były zaburzenia statyki ciała – wady postawy, a w ciągu ostatnich 5 lat istotnie zwiększyła się częstość ich występowania. O ile w roku szkolnym 1999/2000 stwierdzono to

schorzenie u 13,03% dzieci, to już w 2003/2004 r. liczba ta wzrosła do 71290 i stanowiła 21,48%. Ten ogromny wzrost nieprawidłowości w rozwoju narządu ruchu wynika w dużej mierze ze zmiany trybu życia, w którym czynnikiem jest brak aktywności fizycznej. W obecnym systemie szkolnym dziecko przez wiele godzin skazane jest przede wszystkim na przyjmowanie pozycji siedzącej, która stwarza zagrożenie dla prawidłowej postawy ciała ucznia. Ponadto rozwój komputeryzacji i zwiększenie oferty programów telewizyjnych sprawiają, że dzieci ograniczają swoją aktywność do minimum. Może to również sugerować wpływ częstego i długiego oglądania telewizji i pracy z komputerem na rozwój wad narządu wzroku, które stanowią drugą pod względem częstości występowania grupę schorzeń w populacji dziecięcej [1,10,11,12].

Wadom postawy bardzo często towarzyszy otyłość. Zmniejszająca się aktywność fizyczna i powszechny dostęp do żywności o wysokiej wartości energetycznej wpływają niekorzystnie na masę ciała. Wyniki badań wskazują, że liczba dzieci i młodzieży z tą przypadłością wzrosła na przestrzeni 5 lat, z 3,46% do 4,15%. Podobne proporcje wzrostu zauważyć można wśród uczniów z niedoborem wagi ciała.

W badanym okresie zwiększyła się częstość występowania chorób alergicznych wśród młodzieży szkolnej z 2,46% na 3,41%. Są one jednymi z najczęściej spotykanych schorzeń współczesnej cywilizacji, gdzie większość ich odmian ma charakter przewlekły i wymaga systematycznego leczenia [1,7,9].

Również bardzo istotny wpływ na zdrowie współczesnego człowieka ma styl jego życia, towarzyszące mu napięcia, frustracje i niepewność. Te zjawiska skorelowane są z narastającymi problemami społecznymi, brakiem czasu dla dzieci, bezrobociem, któremu często towarzyszą patologie rodzinne. Liczba dzieci ulegających skutkom niewydolności wychowawczej i niezaradności życiowej rodziców drastycznie się zwiększa. Młodzież ta wymaga troskliwej i aktywnej opieki lekarskiej, gdyż bardzo często ich rodzice nie spełniają prawidłowo swoich funkcji. Dużym problemem są uzależnienia wśród uczniów. Według przeprowadzonych badań w ciągu 5 lat czterokrotnie wzrósł odsetek młodzieży uzależnionej od alkoholu – z 0,25% do 1,01%. Rośnie również liczba uczniów dotkniętych problemem narkomanii. Należy zaznaczyć, że stan zdrowia młodzieży województwa lubelskiego nie odbiega od statystyki zachorowalności rówieśników w innych częściach naszego kraju o czym świadczą różnorodne badania i ankiety przeprowadzane przez środowiska lekarzy czy pedagogów. Niepokojący jest fakt, że zajmuje ono niechlubne pierwsze miejsce w Polsce w zachorowalności na gruźlicę, nie tylko wśród populacji dorosłych, ale też i uczniów, których liczba z każdym rokiem wzrasta [7,9].

Należy pamiętać, że wszystkie niedopatrzenia i zaniedbania w tworzeniu odpowiednich warunków rozwoju dzieci, mogą spowodować utrwalenie się złych nawyków oraz doprowadzić do zniekształceń w budowie i funkcjonowaniu narządów ciała. Z kolei te czynniki, powodując dolegliwości, w konsekwencji prowadzą do długotrwałego i kosztownego procesu leczenia. Rozwiązywanie problemów zdrowotnych tej grupy – powiązanych często z problemami społecznymi, złą kondycją finansową rodzin – jest bardzo trudne. Najskuteczniejsze są zwykle działania prowadzone dla całej populacji. Na pewno nie pomogą, sporządzane nawet systematycznie, jedynie badania ankietowe, które mają na uwadze ocenę problemów zdrowotnych uczniów. Trudno zgodzić się z rozwiązaniem zaproponowanym przez Ministerstwo Zdrowia, Departament Świadczeń Zdrowotnych, w którym zakres profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą ma charakter badań przesiewowych. Ograniczenie profilaktyki tylko do tej sfery, wskazuje na brak zrozumienia rzeczywistych potrzeb zdrowotnych dzieci. Konieczne jest nie tylko postępowanie diagnostyczne, ale przede wszystkim zapobieganie i ewentualnie właściwe leczenie uczniów, u których stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia i rozwoju.

Dzisiaj toczy się dość burzliwa dyskusja, nad nową koncepcją medycyny wieku rozwojowego. Środowisko lekarzy pediatrów wyraża dość istotne zastrzeżenia do obecnego modelu opieki zdrowotnej nad najmłodszymi, stwierdzając między innymi, że przeprowadzona w ostatnich latach w naszym kraju reforma ochrony zdrowia, poprzez wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego, doprowadziła do degradacji systemu fachowej, medycznej opieki nad populacją dzieci i młodzieży szkolnej. Lekarzy nie ma w szkołach już od roku 1992, kiedy przeprowadzono pierwszą reformę, która dokonała zmiany koncepcji opieki medycznej nad uczniami. Dotychczasowa opieka profilaktyczno-lecznicza, sprawowana przez lekarza i pielęgniarkę, została zredukowana do promocji zdrowia, a zadania do realizacji z tego zakresu powierzono w szkole pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania lub higienistce szkolnej, natomiast realizację świadczeń będących w kompetencji lekarza polecono lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w tym lekarzowi rodzinnemu [5,10,13,14].

Kolejna reforma systemu ochrony zdrowia w roku 1999 doprowadziła do całkowitego załamania się systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym, zwłaszcza w zakresie medycyny szkolnej. Jednym z istotniejszych elementów wprowadzonych przez nią zmian było nadanie kluczowej roli podstawowej opiece zdrowotnej. Ważną rolę w niej wyznaczono lekarzowi rodzinnemu. Wprowadzenie tej instytucji miało na celu między innymi zapew-

nienie całej społeczności w tym i dzieciom dostępnej i wszechstronnej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Dlatego planowano w roku 2000 powołać około 20 tysięcy gabinetów lekarza rodzinnego, które miały przejąć opiekę również nad uczniami, jednak do 2006 roku placówek tego typu zorganizowano tylko 5715 [2,5,10,15,16].

W instytucjach oświatowych, w myśl ustawy, nadal pozostawały higienistki szkolne, które miały sprawować stałą opiekę zdrowotną nad uczniami. Niestety dzisiaj nie we wszystkich polskich szkołach są one obecne. O ile problemy kadrowe dotyczą pielęgniarstwa w ogóle, o tyle w medycynie szkolnej występują w wersji zwielokrotnionej. Jednym z powodów braku zainteresowania tą specjalizacją, są względy ekonomiczne, bowiem pielęgniarka szkolna jest najgorzej wyceniana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i trudno się dziwić, że brakuje chętnych do wykonywania tego zawodu. W niektórych województwach, niskie stawki kontraktowe doprowadziły do rezygnacji z zatrudnienia znacznej liczby pielęgniarek, a w konsekwencji do zwiększenia liczby dzieci objętych opieką jednej pielęgniarki. NFZ wymaga, żeby na jeden etat przypadało 880 – 1 100 uczniów, co sprawia, że są one dostępne codziennie tylko w nielicznych placówkach oświatowych. Taka sytuacja utrudnia poznanie dziecka, zapewnienia mu właściwej opieki i prowadzenia efektywnej profilaktyki. W konsekwencji uczniowie – szczególnie z małych miejscowości i wsi – nie mają zapewnionej odpowiedniej opieki zdrowotnej. W 70% szkół podstawowych nie ma punktów medycznych. Tam, gdzie one funkcjonują, liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę często jest wyższa od przewidywanych norm. W efekcie później wykrywane są schorzenia przewlekłe, a umieralność dzieci i młodzieży w Polsce jest wyższa o 40% od rozwiniętych krajów Unii Europejskiej. Zatrważające są też dane dotyczące wykształcenia pielęgniarek, które bardzo często nie mają żadnego przygotowania specjalistycznego [3,15,17,18,19,20].

Dlatego też zdaniem specjalistów system ten nie zdał egzaminu. W wielu przypadkach kwestionowana jest praca pielęgniarek w szkołach oraz samych lekarzy rodzinnych, którzy sprawują opiekę profilaktyczno-medyczną nad uczniami, do której, często nie są odpowiednio przygotowani. Zarzuca się im brak niewystarczającego specjalistycznego przygotowania, zwłaszcza w dziedzinie pediatrii, specjalności, która obecnie przeżywa okres regresji. Lekarzy pediatrów jest po prostu mało, wielu z nich – jak zauważył prof. Leszek Szewczyk, konsultant wojewódzki do spraw pediatrii w Lublinie – [...] jest na emeryturze, druga połowa ma średnią wieku powyżej pięćdziesięciu. Jeśli sytuacja się nie zmieni – zdaniem profesora – [...] pediatrów wkrótce nie będzie, a lekarze rodzinni nawet

gdyby chcieli, nie są w stanie zastąpić nas w każdej chwili [8].

O tym, że powstaje luka pokoleniowa i brakuje następców, świadczy fluktuacja pediatrów zatrudnionych w placówkach służby zdrowia ma przestrzeni ostatnich 10 lat ukazana w tabeli II.

Tabela II. Lekarze pediatry pracujący w placówkach służby zdrowia – wg województw i podstawowego miejsca zatrudnienia  
Table II. Pediatricians in health care facilities by regions and primary place of employment

Region/Województwo	Lekarze pediatry zatrudnieni w placówkach służby zdrowia – rok							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Polska	8183	7837	7799	7177	6355	6221	6106	6023
Dolnośląskie	692	322	647	547	488	495	434	451
Kujawsko-Pomorskie	450	436	414	424	380	363	342	325
Lubelskie	462	436	410	356	317	297	322	305
Lubuskie	181	185	190	189	160	146	136	136
Łódzkie	653	685	650	608	581	584	530	509
Małopolskie	700	714	677	621	580	586	554	539
Mazowieckie	1206	1190	1165	991	926	860	888	873
Opolskie	201	209	188	181	145	159	165	155
Podkarpackie	367	356	338	345	316	316	306	311
Podlaskie	263	261	232	186	175	165	157	160
Pomorskie	508	522	495	451	363	367	347	355
Śląskie	1155	1159	1108	989	819	801	824	800
Świętokrzyskie	268	243	216	200	199	185	182	193
Warmińsko-Mazurskie	203	234	236	199	170	183	187	183
Wielkopolskie	590	599	572	590	496	464	488	478
Zachodniopomorskie	284	287	261	300	246	240	244	253

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2001-2009, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2001-2009.

Jak zauważyć można, liczba pediatrów w Polsce zmniejsza się z roku na rok. Na przestrzeni badanych lat specjalistów z tej dziedziny medycyny ubyło 26,4%. Zdaniem Alicji Chybickiej, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, przyczyną zapaści tej niezwykle ważnej z punktu społecznego specjalizacji jest brak zainteresowania tym kierunkiem wśród studentów. Według niej zrobiono już pierwszy krok w stronę poprawy tej sytuacji, bowiem została ona uznana za deficytową, a rezydentura pediatrów jest obecnie wyżej płatna [2,8].

Pomimo tych przedsięwzięć, w dalszym ciągu, zdecydowanie zbyt mała liczba lekarzy leczących najmłodszych nie jest w stanie poradzić sobie z tak dużą ilością dzieci z problemami zdrowotnymi, nie mówiąc już o profilaktyce, w której każde dziecko powinno być w ciągu roku przebadane, a nad uczniami, których zdrowie wymaga szczególnej troski, należy roztoczyć stałą opieką lekarską. Ponieważ obecny system tego nie zapewnia, w Departamencie Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad

nowymi propozycjami w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi w wieku szkolnym. Została wysunięta przez środowisko pediatrów koncepcja utworzenie w poszczególnych szkołach pediatrycznych punktów konsultacyjnych, w których rodzice mogliby szukać dla swego dziecka porady pediatry, a jednocześnie lekarz rodzinny, który pediatrą nie jest, mógł w razie potrzeby skonsultować się ze specjalistą [2,8]. Jest to godne rozważenia rozstrzygnięcie, spotykane w niektórych krajach Unii Europejskiej, gdzie promocja zdrowia i opieka profilaktyczna włączona jest w system resortu edukacji. Dzięki czemu, byłaby możliwość powiązania opieki zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym z systemem poradni psychologiczno-pedagogicznych, co zapewniłoby racjonalne wykorzystanie kadry specjalistów, zatrudnionych aktualnie w obu resortach, z korzyścią dla samych uczniów. Wydaje się jednak, mimo tak alarmujących danych, dotyczących stanu zdrowia polskich uczniów, że powrót lekarzy do szkół jest niemożliwy. A szkoda, po pierwsze ponowne zorganizowanie gabinetów lekarskich wymagałoby zmian organizacyjnych. Ponadto wiązałyby się to z dodatkowymi wydatkami dla budżetu.

Zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej tak dużej liczbie uczniów nie jest zadaniem łatwym. W ostatnim półwieczu koncepcje tej opieki i jej organizacja ulegały wielokrotnie zmianom. Dzisiaj szukając nowych rozwiązań, przenosząc na grunt obce wzorce, nie potrafimy wykorzystać doświadczeń z przeszłości, dobrych wypróbowanych rodzimych wzorców i modeli. Najlepiej uświadomił to współczesnemu pokoleniu profesor Maciej Demel, twierdząc, że [...] Znajomość historii oszczędza trudu wyważania drzwi otwartych, chroni przed popełnieniem nieświadomych plagiatów w sferze teorii i pseudonowatorstwa w dziedzinie praktyki, równocześnie uzbraja przeciw tym, którzy niełojalnie czerpią z przeszłości licząc naszą historyczną ignorancję [21]. Słowa te nie straciły na aktualności po dzień dzisiejszy, wręcz przeciwnie, potwierdzają zasadność podejmowania przez badaczy studiów retrospektywnych, z myślą o teraźniejszości i dniu jutrzejszym. Zwłaszcza w momencie, kiedy struktura organizacyjna medycyny szkolnej niemal się rozpadła i toczą się burzliwe dyskusje nad nową jej nowoczesnymi, godnymi XXI wieku strukturami. Nie pamięta się o tym, że system opieki zdrowotnej nad uczniami istniał w Polsce od kilkudziesięciu lat, a zapomnieniu uległ (poza nielicznymi specjalistami – historykami) poważny dorobek teoretyczno-programowy przypadł ma okres międzywojenny.

Dzięki tradycjom polskiego ruchu higieniczno-szkolnego, a przede wszystkim wielkiemu znawcy tego problemu doktorowi Stanisławowi Kopczyńskiemu, zostały stworzone w czasach II Rzeczypospolitej zręby organizacyjne państwowej opieki lekarskiej

w szkołach. Ideą jego było – jak wspomina M. Demel – [...] szerzenie higieny w szkole i poprzez szkołę. Kopczyński lansował czynną, pozytywną rolę szkoły, twierdząc, że może ona i powinna przyczynić się nie tylko do umysłowego i moralnego, ale też i fizycznego doskonalenia ucznia. Słowem – od defensywy przeszedł do ofensywy [22].

Model organizacyjny opieki zdrowotnej nad uczniami, zbudowany przez niego, oparty był głównie na polskiej tradycji, choć czerpał także z osiągnięć zagranicznych. Pod wieloma względami jego koncepcja programowa higieny szkolnej zbliżona była do modelu wizbadeńskiego, który zakładał dostępność opieki leczniczej poza placówką oświatową. Lekarze zatrudnieni w szkołach średnich, a więc z reguły elitarnych, nie zajmowali się w ogóle leczeniem młodzieży, pozostawiając to lekarzom prywatnym. Przeprowadzali natomiast systematycznie dwa razy do roku badania okresowe wszystkich uczniów. W tych działaniach bardzo często stosowano najnowsze zdobycze ówczesnej diagnostyki wczesnego wykrywania wad wzroku, słuchu, mowy, postawy ciała, a zatem tych funkcji, których zaburzenie mogło utrudniać naukę i adaptację szkolną. Lekarze szkolni sporządzali bieżące statystyki swoich obserwacji, konsultowali nauczycieli i rodziców w kwestiach związanych z możliwościami wysiłku fizycznego i potrzebami higienicznymi młodzieży. S. Kopczyński podjął w tym czasie dyskusję nad docelowym modelem higieny szkolnej, dostrzegając potrzebę uznania priorytetu zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży. Wskazywał na konieczność zatrudnienia jako lekarzy szkolnych pediatrów i obowiązkowego doksztalcania ich w kierunku zagadnień pedagogicznych [23,24,25,26,27]. Niestety, zakresły przez niego szeroki i ambitny program opieki zdrowotnej w szkołach okazał się niemożliwy do powszechnej realizacji w szkołach powszechnych – mimo, że w roku 1931 został w Paryżu nagrodzony i uznany za najlepszy na świecie [23,27,28,29]. Brakowało przede wszystkim lekarzy i był on zbyt kosztowny dla szkół publicznych, utrzymywanych ze skąpych budżetów samorządowych. Zauważyć można wyraźną analogie do lat współczesnych, kiedy aspekty ekonomiczne uniemożliwiają realizację tak ważnych dla całego społeczeństwa przedsięwzięć. Dzisiaj również znaleźliśmy się w sytuacji rozbieżności między wspaniałymi założeniami, jakimi są niewątpliwie pomysły ponownego zatrudnienia lekarzy w szkołach, a prozą życia, polegającą na braku środków finansowych, pozwalających zrealizować ten, tak wydawałoby się prozaiczny, ale bardzo wartościowy zamysł.

Podobnie jak dzisiaj, w okresie międzywojennym zauważyć można było wielkie braki kadrowe wśród lekarzy, którzy sprawowali opiekę medyczną nad dziećmi w wieku szkolnym. Mała liczba lekarzy,

a także trwające konflikty zbrojne, zwłaszcza wojna polsko-rosyjska, a co za tym idzie zmobilizowanie zdolnych do służby wojskowej lekarzy do naszej armii spowodowało, iż tworzenie struktur medycyny szkolnej przebiegało w pierwszych latach niepodległości powoli. Niewątpliwie ważnym argumentem, który przyczynił się do braku zainteresowania sporej grupy lekarzy sprawami higieniczno-szkolnymi i spowodowały, że liczba zatrudnionych w szkole nie wzrastała tak szybko, jak innych specjalności, były bardzo niskie pensje, zwłaszcza w szkołach powszechnych [13,24,29].

Mimo tych problemów, zwłaszcza kadrowo-finansowych, w okresie międzywojennym przede wszystkim dzięki inicjatywie dr S. Kopczyńskiego, następował stopniowy przyrost liczby lekarzy szkolnych w całym kraju [24,25]. Niewątpliwie najlepiej przedstawiała się sytuacja w szkolnictwie średnim, gdzie odnotowywano rzeczywiste osiągnięcia. Jak podaje autor Higieny szkolnej, w roku szkolnym 1928/29 stałą opieką lekarsko-pielęgniarską objętych było 89% szkół średnich ogólnokształcących, 94% seminariów nauczycielskich oraz 76% średnich szkół zawodowych [24,27,29]. Jakość tej opieki, zwłaszcza pod względem liczebności personelu medycznego, była dobra, w przeciwieństwie do szkół powszechnych. W sposób poglądowy ukazuje tę sytuację tabela III, w której dla porównania zestawiono liczbę lekarzy i higienistek szkolnych w pierwszych latach niepodległości ze stanem jaki istniał w początkach lat trzydziestych ubiegłego wieku.

Tabela III. Lekarze szkolni i higienistki szkół powszechnych większych miast Polski  
Table III. School physicians and hygienists in primary schools of bigger towns in Poland

Wyszczególnienie	1918-1923		1930-1931	
	Liczba lekarzy szkolnych	Liczba higienistek	Liczba lekarzy szkolnych	Liczba higienistek
Warszawa	40	30	56	51
Łódź	30	25	25	25
Wilno	8	5	14	11
Lwów	4	15	12	14
Bydgoszcz	11	6	6	5
Poznań	7	3	8	3
Kraków	8	2	10	6
Włocławek	4	5	3	3
Białystok	3	3	3	3
Kalisz	3	3	6	8
Płock	2	2	4	3
Lublin	2	2	3	3

Źródło: S. Kopczyński: Opieka higieniczno-lekarska nad szkołami powszechnymi. Szkoła Polska 1925; nr 3.

Analizując dane z tabeli III widać co prawda wyraźny wzrost liczby lekarzy w szkołach powszech-

nych na przestrzeni tych kilkunastu lat, ale – niestety – tylko duże miasta mogły się pochwalić dość dobrą opieką higieniczno-lekarską w szkołach nad uczniami. Należy tu jednak dodać, iż generalnie na terenach wiejskich, a także w małych osadach, liczba personelu medycznego była wówczas znikoma i o wiele za mała w stosunku do istniejących zagrożeń ze strony wielu chorób, zwłaszcza zakaźnych [26].

Sądzić można, że taka sytuacja podyktowana została względami materialnymi. Bowiem w myśl ustawy, opieka higieniczno-lekarska w szkołach powszechnych finansowana była przez samorządy, które nie zawsze traktowały sprawy higieny jako priorytetowe i nie odczuwały potrzeby zbyt dużego zaangażowania się w ten problem. Stąd opieka ta była bardzo zróżnicowana i z reguły niedostateczna, nie mówiąc już, o sytuacji szkół wiejskich, nad którymi nadzór i kontrolę sprawowali lekarze powiatowi.

Dlatego też – w sytuacji kiedy, nie można było zapewnić szkołom wystarczającej opieki lekarskiej – wspomniany S. Kopczyński zabiegał o utworzenie stanowiska higienistek. Uzasadniał to, pisząc [...] Tam zwłaszcza gdzie kadry lekarzy w ogóle, lekarzy szkolnych w szczególności są niewystarczające, higienistki szkolne, będą miały do spełnienia rolę nauczycielek higieny przez dom i szkołę [24]. Ich zadania zwłaszcza w prowadzeniu działalności profilaktycznej, określone zostały w roku 1921 w regulaminie dla higienistek szkolnych. Dzisiaj ten dokument ma już znaczenie historyczne, ale pokazuje jak ważną rolę miały one do spełnienia [13,17,25,30,31]. Aktualnie zadania ich kształtują się odmiennie niż sto, siedemdziesiąt czy nawet pięćdziesiąt lat temu, ale zawsze były i są ważnym ogniwem w sprawowaniu opieki i działalności profilaktycznej nad uczniami.

Minęło już kilkadziesiąt lat od stworzenia jednego z najlepszych w świecie projektu opieki medycznej nad dziećmi w szkole; oczywiście model ten miał wiele mankamentów i wokół niego toczyło się wiele dyskusji zarówno w środowisku lekarzy jak i pedagogów. Niewątpliwie jednak okres dwudziestolecia międzywojennego przyniósł poważny dorobek teoretyczno-programowy, z którego przez wiele lat po II wojnie światowej korzystały kolejne pokolenia lekarzy, pracujących w placówkach oświatowych. Jak bardzo aktualne są zasługi S. Kopczyńskiego, mimo upływu lat, mogą świadczyć słowa M. Demela napisane w jednej z książek, że [...] I dzisiaj – mimo odmiennego kierunku i nowych prądów, idee Kopczyńskiego uparcie wracają jako przewodni motyw w dyskusjach nad pryncypiami higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego. Proste i konsekwentne, narzucają się tym silniej, im bardziej higiena szkolna wikła się w sprzecznościach, waha się w wyborze między doktryną o jedności służby zdrowia a doktryną o jedności systemu oświaty [22].

Niewątpliwie S. Kopczyński, twórca higieny szkolnej w Polsce, pozostanie najwybitniejszą postacią w tej dziedzinie, lekarzem, który dostrzegł i docenił istotę więzi medycyny z pedagogiką, higieny ze szkołą, a wyciągnięte stąd wnioski zastosował w praktyce. Jego pro-

jekt, który powstał wiele lat temu, w zupełnie innych realiach społeczno-ekonomicznych i historycznych, może jednak być znakomitą podstawą do dalszych rozważań nad współczesnym modelem opieki zdrowotnej nad uczniami w placówkach oświatowych.

## Piśmiennictwo / References

1. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2001-2009.
2. Prencel P. Alarm dla pediatrii. *Lekarz* 2009, 4.
3. Woynarowska B (red). Profilaktyka w pediatrii. PZWL, Warszawa 2008.
4. Bożkowska K, Sito A (red). Opieka zdrowotna nad rodziną. PZWL, Warszawa 2003.
5. Jodkowska M, Ostrega W, Oblacińska A (red). Zasady i metodyka nadzoru w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Od kontroli do zarządzania jakością. IMiD, Warszawa 2003.
6. Oblacińska A. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w Polsce w latach 2000-2005. IMiD, Warszawa 2005.
7. Bień-Skowronek I. Problemy zdrowotne i społeczne uczniów w województwie lubelskim. *Medicus* 2005, 10.
8. Szewczyk L. Badajmy dzieci. *Medicus* 2010, 5.
9. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego za rok 2008. Lubelskie Centrum Zdr Publ, Lublin 2009.
10. Jodkowska M, Oblacińska A, Mikiel-Kostyra K. Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(3): 347-354.
11. Jodkowska M, Woynarowska B (red). Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. IMiD, Warszawa 2003.
12. Woynarowska B (red). Środowisko psychospołeczne szkoły a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. IMiD i UW, Warszawa 2003.
13. Majchrzyk-Mikuła J, Felchner A. Higienistki szkolne w profilaktycznej opiece zdrowotnej w latach 1918-1939. [w:] *Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Urbanek B (red). ŚUM, Warszawa 2008.
14. Rozporządzenie MZiOS z dn. 5.11.1992 r. w sprawie zakresu organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami Dz.U. nr 187/1992, poz. 441 i 442.
15. Rozporządzenie MZiOS z dn. 25.06. 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą Dz.U. nr.130/2003, poz.1196.
16. Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ. Dz.U. nr 45/2003, poz. 391 z późn. zm.
17. Majchrzyk-Mikuła J, Felchner A. Zdrowotność i profilaktyka uczniów wczoraj i dziś. [w:] *Wczesna edukacja dziecka – perspektywy i zagrożenia*. Włoch S (red). UO, Opole 2009.
18. Oblacińska A, Ostrega W (red). Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej. Poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów. IMiD, Warszawa 2003.
19. Woynarowska B, Małkowska A, Pułtorak M (red). Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej. IMiD, Warszawa 2003.
20. Woynarowska B, Oblacińska A, Jodkowska M, Ostrega W (red). Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. IMiD, Warszawa 2003.
21. Demel M. Bez historii teoria jest ślepa. *Wych Fiz Zdr* 1996, 5.
22. Demel M. Nauczyciel zdrowia. *Nasza Księgarnia*, Warszawa 1972.
23. Demel M. Wychowanie zdrowotne, geneza, rozwój, stan posiadania, perspektywy. *Wych Fiz Zdr* 1992, 1.
24. Kopczyński S. Higiena szkolna. M. Arcta, Warszawa 1921.
25. Kopczyński S. Nadzór lekarski nad szkołami i ruch higieniczno-szkolny w Polsce. *Wych Fiz* 1920: 1-2.
26. Kopczyński S. Opieka higieniczno-lekarska nad szkołami powszechnymi w Polsce. *Szkoła Powszechna* 1925, 3.
27. Leśnikowska-Ścigalska W. Higiena i medycyna szkolna w Polsce wczoraj dziś jutro. *GWSP, Mysłowice* 2004.
28. Fedorowski G. Ze wspomnień starego lekarza. *PAX*, Warszawa 1976.
29. Majchrzyk-Mikuła J. Lekarze szkolni w Polsce w latach 1918-1939. [w:] *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Urbanek B (red). ASPRA-JR, Warszawa 2009.
30. *Dziennik Urzędowy Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Rzeczypospolitej Polskiej* 1920, 18.
31. Olszewska M. Kwestie zdrowotne w szkolnictwie II Rzeczypospolitej. [w:] *Z dziejów zdrowia publicznego*. Nosko J (red). IMP, Łódź 2006.